



CIENCIAS CLÍNICAS Y PATOLÓGICAS
ARTÍCULO ORIGINAL

Características clínicas de pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana. Hospital General Docente “Enrique Cabrera”

Clinical characteristics of patients with Human Immunodeficiency Virus. Enrique Cabrera General Teaching Hospital

Dinorah de la Caridad Oliva Venereo^{1*}, Vladimir Rodríguez Benavides¹, Arturo Luis Viñas Martínez¹, Jorge Luis Valdés Fuster¹, Yunier Andrés Camilo Cuellar¹

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Hospital General Docente “Dr. Enrique Cabrera”. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: arturo.vinas@infomed.sld.cu

Cómo citar este artículo

Oliva Venereo DC, Rodríguez Benavides V, Viñas Martínez AL, Valdés Fuster JL, Camilo Cuellar YA. Características clínicas de pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana. Hospital General Docente “Enrique Cabrera”. Rev haban cienc méd [Internet]. 2019 [citado]; 18(3):403-417. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2719>

Recibido: 18 de marzo del 2018.

Aprobado: 16 de abril del 2019.

RESUMEN

Introducción: La atención de pacientes con VIH se realiza actualmente en Cuba de forma descentralizada; cada vez es mayor el número de casos ingresados en hospitales generales.

Objetivo: Determinar características clínicas de pacientes con VIH ingresados en el Hospital General Docente “Enrique Cabrera”.



Material y Métodos: Se realizó una investigación descriptiva retrospectiva de pacientes con VIH ingresados en el Hospital General Docente "Enrique Cabrera" en el período comprendido del 1RO de enero de 2007 hasta 31 de diciembre de 2013. La muestra estuvo constituida por 86 casos.

Resultados: El número de pacientes se incrementó por años, los casos masculinos constituyeron 79%, los grupos de edad más frecuentes 21 a 30 y 41 a 50 años. Las adenopatías generalizadas fue el hallazgo al examen físico más frecuente. Predominó el conteo de T CD4 menor de 200 células/mm³. Las

patologías respiratorias constituyeron 25% de las causas de ingreso. Se realizó el diagnóstico hospitalario en 36% de los casos de los cuales el 77% eran diagnósticos tardíos de la enfermedad.

Conclusiones: Los pacientes con VIH constituyen una población joven que ingresa cada vez más a nivel secundario hospitalario, con características propias de esta enfermedad y patologías que ponen en riesgo su vida.

Palabras claves: VIH, SIDA, adenopatías generalizadas, conteo de T CD4, diagnóstico hospitalario, diagnóstico tardío, caso SIDA.

ABSTRACT

Introduction: The care of patients with Human Immunodeficiency Virus is currently carried out in a decentralized way in Cuba. The number of patients with HIV admitted to general hospitals is increasing.

Objective: To determine the clinical characteristics of patients with HIV admitted to Enrique Cabrera General Teaching Hospital.

Material and Methods: A descriptive retrospective study was carried out in patients with HIV admitted to Enrique Cabrera General Teaching Hospital from January 1st, 2007 to December 31st, 2013. The sample consisted of 86 cases.

Results: The number of patients increased per year, male cases constituted 79 %, the most frequent age groups were from 21 to 30 years

and from 41 to 50 years. Generalized adenopathies were the most frequent findings on physical examination. CD4 T- cell counts below 200 cells/mm³ predominated in the study. Respiratory pathologies constituted 25 % of the causes of admission. Hospital diagnosis was carried out in 36 % of the cases, 77 % of which had late diagnoses of HIV.

Conclusions: HIV patients constitute a young population that is admitted more and more to secondary level hospitals. They present own characteristics of the disease and pathologies that put their lives at risk.

Keywords: HIV, AIDS, generalized adenopathies, CD4 T-cell count, hospital diagnoses, late diagnosis, AIDS case

INTRODUCCIÓN

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), causante del Síndrome de

Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), continúa siendo un problema de salud mundial. Según



reporte de la Organización de las Naciones Unidas relacionado con el SIDA (ONUSIDA) estimó que 77 millones de personas han contraído la infección por el VIH hasta finales de 2017.1 De ellos, 1,8 millones se infectaron mundialmente durante ese año, cifra considerada muy alta.⁽¹⁾

En la gran mayoría de las regiones, las nuevas infecciones por el VIH se concentran en jóvenes entre 15 y 24 años, lo cual confiere mayor trascendencia a esta enfermedad.⁽²⁾

Desde finales de 1996, comienza a utilizarse el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) para los pacientes con VIH, lo que ha

generado una disminución de la morbilidad y mortalidad por esta enfermedad, con una mayor expectativa y una mejor calidad de vida para estos pacientes.⁽³⁾ Se plantea que el TARGA ha evitado seis millones de muertes relacionadas con el SIDA nivel mundial.^(1,2)

En Cuba, hasta diciembre de 2016 han sido diagnosticados 26 360 personas con VIH, de ellos viven 82,5 %.⁽⁴⁾ El 46,3 % corresponde a la provincia La Habana, capital del país.

El **objetivo** de este trabajo fue determinar características clínicas de los pacientes con VIH ingresados en el Hospital General Docente “Enrique Cabrera”.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una investigación descriptiva retrospectiva de pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana ingresados en el Hospital General Docente “Enrique Cabrera” en el período desde el 1o de enero de 2007 hasta el 31 de diciembre de 2013.

El grupo de estudio estuvo constituido por 86 casos que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Los pacientes que tuvieron más de un ingreso se consideraron en cada uno como nuevo caso.

Criterios de inclusión:

- Pacientes que durante el ingreso hayan sido valorados por Infectología.
- Que constara el diagnóstico de VIH al egreso en el registro de Estadística.

Criterios de exclusión:

- Pacientes cuyas historias clínicas no se encontraron en el Archivo o no contaran con datos suficientes.

- Pacientes con patologías quirúrgicas o de ginecobstetricia que no hayan sido valorados por Infectología.

Las variables estudiadas fueron:

- Edad al ingreso: se clasificó en grupos.
- Sexo: masculino; femenino
- Signos al examen físico: los principales hallazgos al examen físico al ingreso.
- Valoración nutricional al ingreso: según el cálculo del Índice de masa corporal (IMC). Se clasificó según OMS:⁽⁵⁾ delgadez severa si menor de 16 kg/m²; bajo peso o delgado de 16- 18,4 kg/m²; normopeso de 18,5 a 24,9 kg/m²; sobrepeso o preobeso de 25 a 29,9 kg/m²; obeso de 30 a 40 kg/m² y obesidad mórbida más de 40 kg/m².
- Diagnóstico al Ingreso: los diagnósticos emitidos por el médico al ingreso se agruparon en: 1-Patologías respiratorias; 2- Patologías neurológicas; 3-Patologías digestivas; 4- Patologías cardiovasculares; 5- Síndrome febril



agudo inespecífico; 6- Síndrome febril prolongado/crónico; 7- Lesiones mucocutáneas; 8- Otros.

- **Conteo de linfocitos T-CD4:** se consideraron los valores constatados durante el ingreso o por estudio realizado 6 meses antes o un mes después de la hospitalización. Se clasificaron en: 1-Menor de 200 cel/mm³ y/o menos de 14%; 2- entre 200 y 499 cel/ mm³ y/o de 14 a 29%; 3- 500 cel/mm³ y más y/o más de 29%, según la clasificación del CDC,2014. ⁽⁶⁾
- **Carga viral:** se consideró 1- menor de 10 mil copias/ ml; 2- de 10 a 100 mil copias /ml; 3- más de 100 mil copias/ml.
- **Estado al egreso:** vivo; fallecido
- **Diagnóstico tardío:** se consideraron los casos de diagnóstico hospitalario con conteo de

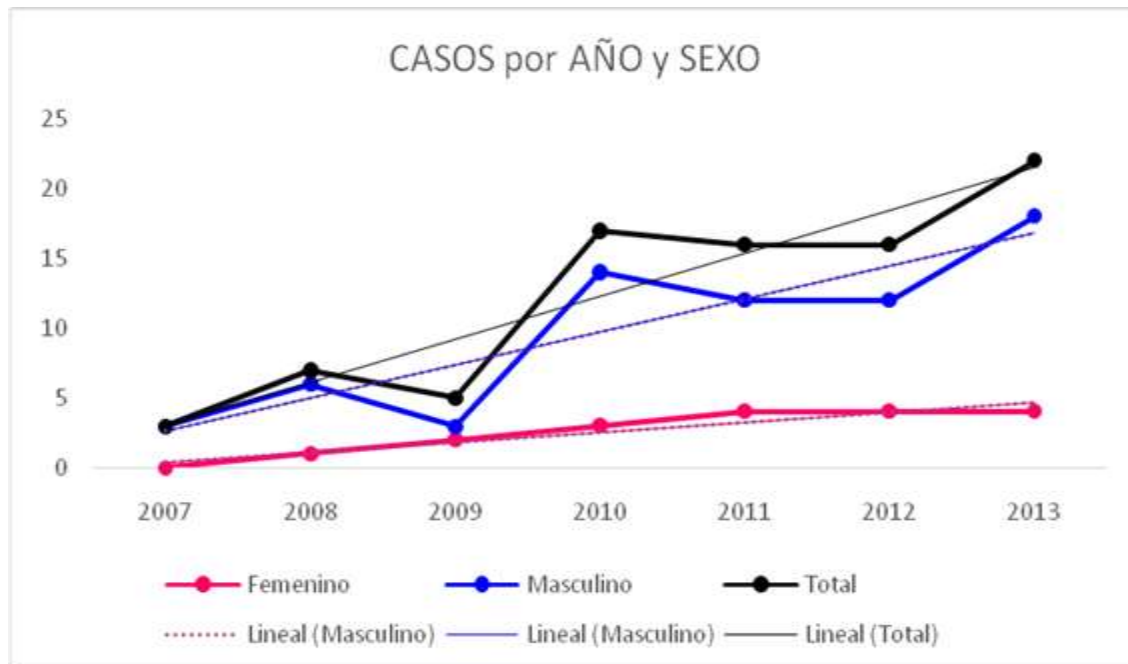
linfocitos T CD4 por debajo de 350 células x mm³.⁽⁷⁾

Se calcularon frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas; y media y desviación estándares para las variables cuantitativas. Se utilizó el test Chi Cuadrado de independencia para establecer la posible relación entre las variables categóricas y el test de comparación de proporciones cuando se compararon dos grupos de una misma variable. En todos los casos se trabajó para un nivel de confianza de 95%.

Los datos recogidos solo fueron usados con los propósitos de la investigación conforme a los principios de la ética médica y se excluyó el nombre de los pacientes en el llenado de la encuesta a fin de mantener el anonimato de los casos.

RESULTADOS

Gráfico. Número de casos con VIH ingresados por año, según sexo



En el Gráfico se observa que el número de casos se comporta igual para ambos sexos. ingresados mantiene una tendencia ascendente y

Tabla 1: Casos ingresados con VIH, según edad al ingreso por sexo.

Edad al ingreso	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Hasta 20 años	0	0	4	5,9	4	4,7
21-30	9	50,0	17	25,0	26	30,2
31-40	4	22,2	13	19,1	17	19,8
41-50	5	27,8	20	29,4	25	29,1
51-60	0	0	6	8,8	6	7,0
Más de 60 años	0	0	8	11,8	8	9,3
Total	18	20,9*	68	79,1*	86	100,0

*% del total de casos

El mayor número de casos corresponde al sexo masculino. La edad promedio general fue 38,6 años. Predominan los grupos de edad de 21 a 30 y de 41 a 50 años. En los hombres, la edad

promedio fue 40,1 años y el grupo más frecuente 41 a 50 años. En las mujeres, la edad promedio fue 33,3 años y 50% son de grupos más jóvenes. (Tabla 1).

Tabla 2: Casos ingresados con VIH, según examen físico por sexo

Signos al examen físico*	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%**	No.	%**	No.	%
Adenopatías generalizadas	4	22,2	34	50,0	38	44,2
Hepatomegalia	4	22,2	26	38,2	30	34,9
Lesión(s) en mucosas	5	27,8	24	35,8	29	34,1
Estertores crepitantes bilateral	6	33,3	17	25,0	23	26,7
Lesión(s) en piel	4	22,2	14	20,9	18	21,2
Alteraciones conducta neurológica	2	11,1	15	22,4	17	19,8
Signos focales neurológicos	1	5,6	12	17,6	13	15,1



Estertores crepitantes unilateral	2	11,1	6	8,8	8	9,3
Signos meníngeos	1	5,6	2	2,9	3	3,5
Valoración nutricional según IMC						
Delgadez severa	0	0	3	4,4	3	3,5
Bajo peso o delgado	3	16,7	13	19,1	16	18,6
Normal	8	44,4	37	54,4	45	52,3
Sobrepeso o preobeso	4	22,2	5	7,4	9	10,5
Obeso	1	5,6	1	1,5	2	2,3
Sin información	2	11,1	9	13,2	11	12,8

* No excluyentes.

** % del total de casos femeninos y masculinos.

La presencia de adenopatías fue el hallazgo más frecuente, seguido de la presencia de hepatomegalia y lesiones en mucosas. En las femeninas, predominaron los hallazgos de estertores crepitantes bilaterales.

Las alteraciones neurológicas fueron: desorientación (nueve casos), bradipsiquia y/o somnolencia (6 casos) e ideas alucinatorias (dos casos), hemiplejía o hemiparesia (siete casos), disartria (tres casos), convulsiones, parálisis facial periférica y ataxia (un caso). Las lesiones en mucosas fueron: candidiasis oral en 22 casos,

úlceras anales en tres casos, lesiones de Sarcoma de Kaposi en mucosas y lesiones de Herpes Simple en dos casos. Estos datos no son mostrados en tablas.

El 52 % tuvieron un IMC en valores normales, pero 22 % presentaban diferentes grados de delgadez. La tendencia a la delgadez fue mayor en el sexo masculino. Se realizó el cálculo de diferencia de porcentaje en relación con el bajo peso entre ambos sexos lo cual no fue significativo con $Z= 1,814$ $p < 0,05$. (Tabla 2).

Tabla 3: Casos ingresados con VIH, según estudios de evaluación de estado inmunológico según sexo

Estudios de estado inmunológico	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Conteo de T-CD 4						
Menor de 200 cel/mm ³ o menos de 14 %	8	44,4	40	58,8	48	55,0
Entre 201 y 499 cel/ mm ³ o De 14 a 29 %	7	38,9	16	23,5	23	26,7



Mayor de 500 cel/mm ³ o Mayor de 29%	2	11,1	2	2,9	4	4,7
No realizado	1	5,6	10	14,7	11	12,8
Carga viral						
Menor de 10 mil copias/ ml	1	5,6	6	8,8	7	8,1
De 10 a 100 mil copias /ml	5	27,8	15	22,1	20	23,3
Más de 100 mil copias/ml	5	27,8	14	20,6	19	22,1
No realizado	7	38,9	33	48,5	40	46,5

El conteo de linfocitos T-CD4 se realizó en 87% y la carga viral en 53% de los casos. En más del 50%, el valor de T-CD4 fue menor de 200 células/mm³. El comportamiento varió con el sexo: los hombres presentaron valores menores de 200, pero en la relación de porcentaje no fue estadísticamente

significativo (Z= 1,092 NS entre ambos sexos). En las mujeres, 11% tenían más de 500 células/mm³. En relación con la carga viral se evidenciaron valores altos en el mayor por ciento de los casos realizados, con un comportamiento similar para ambos sexos. (Tabla 3).

Tabla 4: Casos ingresados con VIH, según diagnóstico al ingreso por estado al egreso

Diagnóstico al ingreso	Estado al egreso					
	Fallecido		Vivo		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Patologías respiratorias	1	4,5 (7,8)	21	95,5 (28,8)	22	25,6
Patologías digestivas	2	13,3 (15,3)	13	86,7 (17,8)	15	17,4
Síndrome febril prolongado/crónico	3	21,4 (23,1)	11	78,6 (15,1)	14	16,3
Patologías neurológicas	5	41,7 (38,5)	7	58,3 (9,6)	12	14,0
Lesiones mucocutáneas	0	0 (0)	4	100,0 (5,5)	4	4,7
Síndrome febril agudo inespecífico	0	0 (0)	4	100,0 (5,5)	4	4,7
Cardiovasculares	0	0 (0)	2	100,0 (2,7)	2	2,3
Otros	2	15,4 (15,3)	11	85,6 (15,1)	13	15,1
Total	13	15,1	73	84,9	86	100,0

% del total de columna

Las patologías respiratorias constituyeron las principales causas de ingreso, seguido de las patologías digestivas. Cerca de 85% de los casos

egresaron vivos. La mayoría de los pacientes que ingresó por patologías respiratorias, digestivas, cardiovasculares y lesiones mucocutáneas,



egresaron vivos. Las patologías neurológicas fueron las de mayor por ciento de fallecidos, seguidos de los casos que ingresaron como síndrome febril prolongado y/o crónico. (Tabla 4).

Tabla 5: Características de la enfermedad al diagnóstico, según sexo

Características de la enfermedad	sexo					
	Femenino		Masculino		total	
	No.	%	N	%	N	%
Diagnóstico previo	16	88,9	39	57,4	55	64,0
Diagnóstico hospitalario	2	11,1	29	42,6	31*	36,0
Diagnóstico tardío (N=31)*						
Si	2	100* (2,3)	22	91,6* (25,6)	24	77,4* (27,9)
No	0	0* (0)	7	8,4* (8,1)	7	22,6* (8,1)
TARGA (N=55)**						
Si	5	31,3	27	69,2	32	58,2**
No	11	70,7	12	30,8	23	41,8**

* % de N=31 (% del total de casos)

** % de N= 55

En la Tabla 5, se observa que el mayor por ciento de casos tenía diagnóstico previo de la enfermedad, fundamentalmente las mujeres. La media de tiempo de diagnóstico previo fue 4,7 años (\pm 3,7 años). El diagnóstico hospitalario se

realizó en 36 % de los casos, de los cuales 77% fueron diagnósticos tardíos. El diagnóstico tardío significó casi 28 % del total de casos. El 58 % refirió TARGA indicada previo al ingreso.

DISCUSIÓN

En Cuba, se reporta una dinámica ascendente en la epidemia por VIH desde los años 90: de tasas de incidencia de 2,6 en 1990 se incrementó a 14,9 x millón de habitantes en 2017.⁽⁸⁾ El municipio Boyeros, donde radica la población mayoritaria que atiende el Hospital “Enrique Cabrera”, reporta cifras crecientes en los casos diagnosticados con VIH, según Valdés Fuster y colaboradores.⁽⁹⁾ La tendencia al incremento en los casos ingresados en el servicio de Medicina

Interna del hospital referido, refleja que los pacientes buscan atención médica en centros de salud cercanos a su domicilio. Trabajos recientes sugieren que las tasas de hospitalización en pacientes con VIH han aumentado, posiblemente como resultado del envejecimiento a que llegan los pacientes, las coinfecciones y los efectos secundarios del tratamiento antirretroviral.^(9,10) En un estudio realizado en el Hospital “Manuel



Fajardo” del municipio Plaza, de La Habana, mostró similar incremento de casos atendidos.⁽¹¹⁾ En otros trabajos de pacientes hospitalizados cubanos, se reporta el predominio de casos masculinos, lo que es característico de la epidemia cubana.^(5,11,12,13) A nivel mundial, desde los primeros años de esta enfermedad, han sido los hombres los más afectados, en particular los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), los cuales, aún hoy, siguen aportando un importante número de casos en los países de América Latina.⁽¹⁴⁾

En los trabajos cubanos se reportan edades promedio entre 35 y 45 años, similar a nuestro estudio.^(11,12) En un estudio realizado en España de pacientes ingresados con VIH, que abarcó desde 2000 hasta 2009, se apreció un incremento significativo de la edad media desde 36,6 años en 2000, hasta 43,6 años en el 2009, y se observó que la media de edad en las mujeres fue inferior a la de los hombres en todo el periodo, similar a lo mostrado en nuestro trabajo.⁽¹⁵⁾ La edad de un paciente que ingresa a los servicios hospitalarios está en dependencia de factores como: diagnóstico previo o no de VIH, años de diagnóstico, el uso de TARGA, uso de profilaxis para infecciones oportunistas, la enfermedad que justifique la hospitalización, entre otros.

La presencia de adenopatías generalizadas fue el signo más frecuente encontrado. Se sabe que, a partir de los primeros momentos de la infección, el VIH invade el tejido linfático donde alcanza concentraciones elevadas e infectará y destruirá fundamentalmente los linfocitos T CD4+, lo que es parte de la patogenia de esta enfermedad, estando también descrito la afectación de otros

órganos linfoides como hígado, bazo, ganglios y el tejido linfoide de las mucosas, especialmente intestinal.⁽¹⁶⁾

La delgadez se presentó en la cuarta parte de los casos. En un estudio realizado en Cuba en la provincia de Pinar del Rio se reportó un bajo por ciento de individuos con un estado nutricional deteriorado.⁽¹⁷⁾ En otro estudio realizado en La Habana se constataron alteraciones del estado nutricional, mediante diferentes mediciones antropométricas, aun en estado asintomático de la enfermedad.⁽¹⁸⁾ Se han descrito cambios en la composición corporal en las diferentes etapas de la infección por VIH.⁽¹⁸⁾ Otros indicadores bioquímicos (como la determinación de albúmina, proteína C reactiva y transferrina) también son de utilidad para la exploración del estado nutricional, los cuales no fueron estudiados en nuestro trabajo.⁽¹⁹⁾

El conteo de T CD4 fue menor de 200 células/mm³ en más de 50 % de los casos. Estos resultados son similares a los estudios realizados en Cuba en Sancti Spiritus y La Habana, donde se constató conteo de T CD4 bajos o muy bajos.^(11,12) Las alteraciones inmunológicas que acompañan a la infección por el VIH son prácticamente exclusivas de esta entidad y se deben fundamentalmente a una destrucción y/o disfunción de los linfocitos T CD4. El repertorio inmunológico se pierde, fundamentalmente, por debajo de la cifra de 200 linfocitos CD4/mm³, por lo que la cifra de T CD4 es un marcador pronóstico de progresión clínica y mortalidad en los pacientes con VIH, si no se efectúan intervenciones terapéuticas.^(16,20)



Diferentes procesos son causa de ingreso en estos pacientes, estén o no relacionados con su enfermedad. En nuestro trabajo, las patologías respiratorias fueron las más frecuentes, aunque no la principal causa de mortalidad. En el trabajo llevado a cabo en España, 44 % ingresaron por síntomas respiratorios.⁽¹⁵⁾ En el estudio realizado en el Hospital “Manuel Fajardo” las neumopatías inflamatorias de origen bacteriano fueron la principal causa de fallecimiento, lo cual no coincide con nuestro estudio. Se reporta que las complicaciones respiratorias se presentan hasta en 70 % de los infectados por VIH durante el curso de su enfermedad, siendo mayormente de etiología infecciosa.⁽²¹⁾ Mundialmente son la causa más importante de ingreso hospitalario de estos enfermos y se reportan con una alta mortalidad.^(21,22,23) En nuestro trabajo, fueron las causas neurológicas las de mayor mortalidad. En un estudio sobre mortalidad realizado en otra provincia del país y en un trabajo publicado en Perú, se citan las complicaciones neurológicas como las principales causas de mortalidad.^(24,25) El diagnóstico hospitalario se presentó más en los hombres y coincide con lo reportado en la literatura.^(26,27) Se ha documentado que los hombres, generalmente jóvenes, demoran en buscar asistencia médica para el diagnóstico de esta enfermedad, por infravaloración del riesgo personal.⁽²⁸⁾ Fue elevado el número de casos con diagnóstico tardío, lo cual supone que la mayoría de los pacientes se diagnosticaron con una enfermedad marcadora de SIDA o con conteo de T CD4 menores de 350. Pintos Pascual y colaboradores han publicado que en países como España, hasta un tercio de los pacientes

infectados por el VIH desconocen que su condición y hasta la mitad de los casos se diagnostican con recuentos de T CD4 inferiores a 350 células/mm³.⁽²⁹⁾ El diagnóstico precoz de la infección por el VIH permite el inicio temprano de la terapia antirretrovírica, disminuye la morbilidad y previene la diseminación de la

epidemia en la comunidad.^(29,30) El diagnóstico precoz de la infección por VIH se realiza a través de la vigilancia epidemiológica, mediante la búsqueda activa de posibles casos infectados en grupos claves de población.⁽³⁰⁾

Se constató 58 % de indicación de TARGA en los casos de diagnóstico previo. En el trabajo realizado en el municipio Boyeros hasta 2013 tenían indicado TARV el 83 % de los casos.⁽⁹⁾ En Cuba, la cobertura de tratamiento antirretroviral (TARV) ha ido en crecimiento; se logró en 2016 que incluyera a 80 % de los pacientes.⁽³¹⁾ Pensamos que la cifra registrada en nuestro estudio no refleja la realidad de indicación de TARV, sino pudiera ser reflejo de no adherencia al tratamiento y recogida en la historia clínica como que no existía indicación o, en ocasiones, si el estado clínico no lo permitió, al contestar los familiares desconocían que su paciente tomaba TARV, entre otros factores. En un estudio publicado sobre abandono de TARV en el municipio Boyeros en 2013, se evidenció 46 % de abandono de TARV.⁽³²⁾

Limitaciones

En este trabajo no se analizaron variables como estudios complementarios de laboratorios ni imagenológicos realizados ni resultados de necropsias en casos fallecidos, lo cual será objeto



de análisis en otros estudios. Tampoco fue objetivo de la investigación profundizar en aspectos relacionados con la TARV.

CONCLUSIONES

Los pacientes con VIH ingresados en el Hospital “Enrique Cabrera” durante el período 2007-2013 se caracterizaron por ser predominantemente masculinos con edad media de 38 años. Las enfermedades respiratorias fueron la causa

principal de ingreso, pero las patologías neurológicas las causas de más fallecidos. Predominó el conteo bajo de TCD4, la carga viral elevada y número importante de diagnósticos tardíos.

RREFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ONUSIDA. HOJA INFORMATIVA – DÍA MUNDIAL DEL SIDA DE 2018. ESTADÍSTICAS MUNDIALES SOBRE EL VIH DE 2017 [Internet]. Ginebra: ONUSIDA; 2018 [consultado 9/marzo/2019]. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf.
2. Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. VIH/Sida. Estadísticas Mundiales. Factográfico salud [Internet]. Feb 2018 [consultado 9/marzo/2019]; 4(2):[aprox. 13p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2018/02/factografico-de-salud-febrero-2018.pdf>.
3. Monitoreo Global del Sida 2019. Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin al sida de 2016. [Internet]. Ginebra: ONUSIDA; Feb 2018 [consultado 9/marzo/2019]. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/document/2018/Global-AIDS-Monitoring>
4. Verdasquera Corcho D, Ramos Valle I, Borroto Gutiérrez S, Rumbaut Castillo R, Pérez principal de ingreso, pero las patologías neurológicas las causas de más fallecidos. Predominó el conteo bajo de TCD4, la carga viral elevada y número importante de diagnósticos tardíos.
5. Ávila LJ, Alfonso Berrio L et al. Capacidad de respuesta y desafíos del sistema de salud cubano frente a las enfermedades transmisibles. Rev Panam Salud Pública. [Revista en Internet]. 2018 [consultado 25/May/2019]; 42:e30. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raaw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v42/1020-4989-rpsp-42-e30.pdf
6. WHO. BMI classification. [Internet] Geneva: World Health Organization; 2006. [cited 17/june/2018]. Available from: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
7. Selik RM, Mokotoff E D, Branson B, Owen SM, Whitmore S, Hall H. I. Revised Surveillance Case Definition for HIV Infection — United States, 2014. [Internet] United States: MMWR (CDC); April 11, 2014 [cited 9/mar/2019]. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6303a1.htm> 2014



7. Antinori A, Coenen T, Costagiola D, Dedes N, Ellefson M, Gatell J et al. Late presentation of HIV infection: a consensus definition. *British HIV Association. HIV Medicine* [Revista en Internet] 2011 [consultado 17/marzo/2019]; 12:61–64. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1468-1293.2010.00857.x>
8. Infomed. Anuario Estadístico de Salud [Internet]. Cuba: Infomed; 2017. [consultado 28/mayo/2019]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2018/04/anuario-2017-e-sin-graficos1.pdf>.
9. Valdés JL, Oliva DC, Viñas AL, Lastre D, Camilo YA. Características clínico-epidemiológicas de los pacientes con el Virus de Inmunodeficiencia Humana. *Boyerros*. 2013. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* [Revista en Internet]. 2016 [consultado 25/Febrero/2018]; 15(6): [aprox. 12p.]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1562>
10. Vallecillo G, Mojal S, Torrens M, and Muga R. Antiretroviral Therapy (ART) Use, Human Immunodeficiency Virus (HIV)-1 RNA Suppression, and Medical Causes of Hospitalization Among HIV-Infected Intravenous Drug Users in the Late ART Era. *Open Forum Infect Dis*. [Revista en Internet]. Jun 2014 [cited 25/jun/2018]; 1(1):6. Available from: <https://academic.oup.com/ofid/article/doi/10.1093/ofid/ofu010/2280598/Antiretroviral-Therapy-ART-Use-Human#>
11. Mederos J, Larrea R R, Sosa O. Caracterización de pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana egresados del Hospital "Manuel Fajardo Rivero", 2006-2013. *Rev haban cienc méd* [Revista en Internet]. Abr 2015 [consultado 27/Febrero/2018]; 14(2):148-158. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000200004&lng=es.
12. Machado M, Casas P M, Luna D. Atención secundaria de pacientes con VIH/SIDA en el Hospital General Camilo Cienfuegos. *Sancti Spiritus*. 2008. *Gaceta Médica Espirituana* [Revista en Internet]. 2010 [consultado 27/Febrero/2018]; 12(3): [aprox. 10p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.12.%283%29_02/p2.html
13. Miranda O, Fariñas AT, Coutín MG, Nápoles M, Lara H, Lago T. Comportamiento de la epidemia de VIH en Cuba. *Rev Med Electrónica*. [revista en Internet]. Feb 2012 [consultado 17/marzo/2019];34(1):7-24. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242012000100002&lng=es.
14. ONUSIDA. HOJA INFORMATIVA: AMERICA Y EL CARIBE. [internet] Ginebra: ONUSIDA; 2016. [consultado 9/enero/2019]. Disponible en: http://onusidalac.org/1/images/2015/pdf/ONUSIDA_FactSheet_es.pdf.
15. Córdova V, López M, Arteta Z, Correa F. VIH-SIDA en la clínica médica: descripción de una población hospitalaria. *Arch Med Int* [Revista en Internet]. Dic 2009 [consultado 27/Febrero/2019]; 31(4):99-102. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2009000400004&lng=es



16. Boza CR. Patogénesis del VIH/SIDA. Rev Clin Esc Med [Revista en Internet]. Dic 2017 [consultado 27/Febrero/2019]; 7(5):28-46. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2017/ucr175a.pdf>
17. Linares M, Santana S. Estado de la adiposidad corporal en sujetos infectados con el virus VIH/sida. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr [Revista en Internet]. Enero- Junio 2016 [consultado 02/enero/2018]; 26(1):93-104. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubalnut/can-2016/can161h.pdf>
18. Massip T, Nicot G, Massip J, Valdés A, Pimienta A. Evaluación nutricional de personas con VIH/SIDA. Rev Chil Nutr [Revista en Internet]. Junio 2015 [consultado 02/enero/2018]; 42(2):131-38. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v42n2/art03.pdf>
19. Linares EM, Martínez NC, Samanjata M, Da Silva JA, León MA. Changes in weight and CD4 + T cells in HIV / AIDS individuals with antiretroviral. Angola. Rev Ciencias Médicas [Revista en Internet]. Dic 2017 [cited 17/mar/2019]; 21(6):5-14. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000600003&lng=es.
20. Rodríguez J, Prieto S, Alonso M, Pérez C, Domínguez D, Bravo J, et al. Predicción de la concentración de linfocitos T CD4, con base en la teoría de conjuntos aplicada al seguimiento de pacientes con VIH. Acta méd. costarric [Revista en Internet]. Jun 2016 [consultado 25/ Febrero/ 2017]; 58(2):56-61. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022016000200056&lng=en.
21. Ramesh K, Gandhi S, Rao V. Clinical profile of human immunodeficiency virus patients with opportunistic infections: A descriptive case series study. Int J Appl Basic Med Res. [Revista en Internet]. May-Aug 2015 [cited 15/Feb/2017] ; 5(2):119–123. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4456886/>
22. González L, Hincapié M, Tassinari S, Cañas A, Celis CA. Compromiso pulmonar en pacientes con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Universitas Médica [Revista en Internet]. 2018 [consultado 25/Febrero/ 2019] ;59(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231054404007>.
23. Hernández D, Pérez J, Can A. Enfermedades oportunistas en pacientes VIH/sida con debut de sida que reciben tratamiento antirretroviral. Rev Cubana Invest Bioméd [Revista en Internet]. Sep 2015 [consultado 25/Febrero/ 2017] ; 34(3): [aprox. 10p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002015000300006&lng=es
24. Gómez A O, Santana E, Machado M, Suárez A, Márquez N. Caracterización de la mortalidad por sida en la provincia Sancti Spíritus. 1986-2011. Gac Méd Espirit [Revista en Internet]. Dic 2015 [consultado 15/Febrero/2017] ; 17(3):20-29. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212015000300005&lng=es



25. Montalvo R, Mejía J, Ramírez P, Rojas E, Serpa H, Gomez M et al . Mortalidad en pacientes con infección por VIH/SIDA en tratamiento antiretroviral en Huancayo, Perú 2008-2015. Acta méd. peruana [Revista en Internet]. Abr 2016 [consultado 18 Mar 2019]; 33(2):119-125. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000200005&lng=es
26. Silva A.C, Reis R K, Nogueira J A Gir E. Quality of life, clinical characteristics and treatment adherence of people living with HIV/AIDS. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Revista en internet]. 2014 [cited 17/01/2018]; 22(6):994-1000. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-116920140006000994&lng=en&nrm=iso
27. Verdugo F, Pinto F, Charpentier P, Von Mühlenbrock C, Soto A, Dabanch J et al . Pacientes con infección por VIH/SIDA en una Unidad de Pacientes Críticos: La experiencia de un hospital general en un país en desarrollo. Rev. chil. infectol. [Revista en Internet]. Jun 2015 [consultado 17/03/2019]; 32(3):294-303. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182015000400007&lng=es
28. Morales A, Espada J P, Orgilés M. Barreras hacia la prueba de detección del VIH en adolescentes en España. Psychosocial Intervention [Revista en Internet]. 2016 [consultado 18/marzo/2019] ; 25(3):135-141. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592016000300135&lng=es
29. Pintos Pascual. I, Muñoz Rubio. E, Ramos Martínez A. Diagnostico de la infección aguda y crónica por el VIH y de sus estados evolutivos. Medicine [Revista en Internet] 2018 [consultado 28/may/2019]; 12(56):3329-31 Disponible en: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0304541218301239.pdf?locale=es_ES&searchIndex
30. Agustí C, Martín- Rabadán M,Zarco J, Aguado C, Carrillo R, Codinachs R, et AL. Diagnóstico precoz del VIH en atención primaria en España. Resultados de una prueba piloto de cribado dirigido basado en condiciones indicadoras, criterios conductuales y de origen. Atención Primaria [Revista en Internet] Mar 2018 [consultado 17/marzo/2019]; 50(3):159- 165. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S0212656716305194/1-s2.0-S0212656716305194-main.pdf?tid=ec84c08f-6abc-4ac1-969d-845edbda1c6a&acdnat=1552886807_3c33e69ae32b90dc1ffc67afc676558d
31. ONUSIDA. Reporte de países. Resumen ejecutivo de la situación epidemiológica y la respuesta nacional a la infección por VIH/sida. Cuba 2016. [Internet]. Ginebra: ONUSIDA; 2017 [consultado 29/may/2019]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/CUB_2017_countryreport.pdf
32. Oliva Venereo Dinorah, Lastre Hernández Dania, Viñas Martínez Arturo Luis, González Fernández Ciro. Caracterización de pacientes con abandono de la terapia antirretroviral y



consecuencias económicas. Boyeros. 2013. Rev haban cienc méd [Internet]. 2015 Oct [citado 2019 May 24] ; 14(5):587-598. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000500006&lng=es

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Contribución de autoría

Todos los autores participamos en la discusión de los resultados y hemos leído, revisado y aprobado el texto final del artículo.

