

Aspectos clínicos y epidemiológicos en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida de la provincia de Santiago de Cuba

Clinical and epidemiological features in patients with acquired immunodeficiency syndrome from Santiago de Cuba province

Dr. Reinier Besse Díaz,^I Dr. Ventura Puente Saní,^{II} Dra. Liliana Martínez Cantillo,^{IV} Dr. Lázaro Ibrahim Romero García^{III} y Lic. Laidelbis Minier Pouyou^V

^I Hospital Clínicoquirúrgico Universitario "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo", Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

^{III} Policlínico Docente "José Martí Pérez", Santiago de Cuba, Cuba.

^{IV} Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", Santiago de Cuba, Cuba.

^V Facultad de Medicina No. 2, Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de 60 pacientes adultos con diagnóstico de síndrome de inmunodeficiencia adquirida, ingresados en el Servicio de Medicina Interna (Sala de Inmunología Clínica) del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, en el período 2014-2016, a fin de caracterizarles según algunas variables clínicas y epidemiológicas seleccionadas para ello. Entre los principales resultados figuraron el predominio del sexo masculino (63,3 %), del grupo etario de 35-44 años (36,7 %) y del tiempo de evolución de la enfermedad de 1 a 4 años (41,7 %). Igualmente pudo concluirse que las enfermedades oportunistas, como la candidiasis orofaríngea y la neurotoxoplasmosis (con 25 y 4 pacientes, respectivamente), presentaron importancia clínica marcada en la evolución de los afectados.

Palabras clave: síndrome de inmunodeficiencia adquirida, infecciones oportunistas relacionadas con el sida, signos y síntomas, atención secundaria de salud.

ABSTRACT

A descriptive, cross-sectional and retrospective study of 60 adult patients with diagnosis of acquired immunodeficiency syndrome, admitted in the Internal Medicine Service (clinical Immunology room) of "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" Teaching General Hospital in Santiago de Cuba was carried out in the period 2014-2016, in order to characterize them according to some clinical and epidemiological variables selected for it. Among the main results there were the prevalence of the male sex (63,3 %), age group 35-44 years (36,7 %) and a clinical course of the disease from 1 to 4 years (41,7 %). Likewise, it could be concluded that the opportunistic diseases, as the oropharyngeal candidiasis and neurotoxoplasmosis (with 25 and 4 patients, respectively) presented a significant clinical importance in the clinical course of the patients affected.

Key words: acquired immunodeficiency syndrome, opportunistic infections related with AIDS, signs and symptoms, secondary health care.

INTRODUCCIÓN

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH)/sida es una de esas enfermedades crónicas que ha tenido manifestación epidémica y constituye actualmente uno de los problemas de salud pública más graves a nivel mundial. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), al presentar la situación de la enfermedad en el cierre de 2015, plantea que 36,7 millones (34 millones-39,8 millones) de personas vivían con el VIH en todo el orbe.¹

Cabe señalar que el sida es una pandemia caracterizada por una inmunodepresión profunda, que conduce al desarrollo de infecciones oportunistas, neoplasias secundarias y manifestaciones neurológicas.²⁻⁵

En 2014 ocurrieron aproximadamente 5 000 nuevas infecciones cada día, de las cuales alrededor de 30 % fueron en jóvenes en las edades de 15 a 24 años, y asimismo se registró una tasa de incidencia del VIH de 57,3 casos por un millón de habitantes; cifra que duplicó el número de casos del año 2000.⁶⁻¹⁰

Al finalizar el 2015, las personas infectadas por VIH constituían alrededor de 2,1 millones en todo el mundo. El crecimiento de la infección es lento, pero sostenido, sobre todo en zonas urbanas, y la vía de contagio predominante es la transmisión sexual (99,2 %).¹¹⁻¹⁴

El diagnóstico temprano, como a veces ocurre, favorece el mejor pronóstico de los afectados. Al respecto, durante el período 2010-2014 en Santiago de Cuba fueron diagnosticados tardíamente 90 pacientes; de ellos fallecieron 30 en esa etapa. De igual modo se ha demostrado que los estadios clínicos se relacionan con la supervivencia, el pronóstico y la progresión de la enfermedad en afectados sin tratamiento antirretroviral.¹⁵⁻¹⁷

La epidemia en la provincia prevalece en 3 municipios: Contramaestre, Palma Soriano y Santiago de Cuba, en los cuales los consejos populares de mayor riesgo son el "José Martí" zona norte del municipio de Santiago de Cuba, el "Victoria de Girón" de Palma Soriano y el de Maffo.¹⁸

Según criterios de expertos del territorio, la provincia de Santiago de Cuba es el segundo conglomerado poblacional con personas seropositivas del país. Esta situación de salud es de gran importancia y justificó la elaboración de este trabajo.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal, con recolección retrospectiva del dato primario, a fin de caracterizar clínica y epidemiológicamente a la población afectada, atendida en el Servicio de Medicina Interna (Sala de Inmunología Clínica) del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, desde octubre del 2014 hasta igual mes del 2016. Para ello se tomó una muestra aleatoria de 60 pacientes.

Las variables fueron seleccionadas según el Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH-sida.¹⁹ Se llevó a cabo una revisión exhaustiva de las historias clínicas y de la tarjeta de control de la consulta especializada, de donde se extrajo la información necesaria, previa aprobación del Consejo Científico de la institución y del consentimiento informado de los pacientes. Se utilizaron medidas de resúmenes cuantitativas y cualitativas para mostrar los resultados.

RESULTADOS

El sexo predominante fue el masculino (tabla 1), con un total de 38 pacientes, y el grupo etario de mayor connotación epidemiológica fue el de 35-44 años, para 39,5 %.

Tabla 1. Pacientes según edad y sexo

Edades (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%*
	No.	%*	No.	%*	No.	%*
18 a 24	8	21,2	5	22,7	13	21,6
25 a 34	10	26,3	9	41,0	19	31,7
35 a 44	15	39,5	7	32,0	22	36,7
45 a 54	3	7,8	1	4,5	4	6,6
55 a 64	1	2,6			1	1,7
65 y más	1	2,6			1	1,7
Total	38	63,3	22	36,7	60	100,0

*Porcentajes calculados en base al total de las categorías del sexo

De los 60 afectados de la serie, 55 no eran trabajadores, para 91,6 %, y 5 sí estaban vinculados laboralmente, para 8,4 %.

En la tabla 2 se muestra que el tiempo de evolución predominante desde el diagnóstico clínico fue de 1 a 4 años, con 25 afectados, para 41,7 %.

Tabla 2. Pacientes según tiempo de evolución desde el diagnóstico inicial hasta la fase sida

Tiempo de evolución	No.	%
Menos de 1 año	7	11,7
De 1 a 4 años	25	41,7
De 5 a 10 años	23	38,3
Más de 10 años	5	8,3
Total	60	100,0

Respecto a la asociación con enfermedades oportunistas, 33 pacientes las presentaron y entre ellas resultó más frecuente la candidiasis orofaríngea, con 75,6 %, seguida de la neurotoxoplasmosis, con 12,1 % (tabla 3).

Tabla 3. Enfermedades oportunistas en la población estudiada

Enfermedades oportunistas	No.	%*
Candidiasis orofaríngea	25	75,6
Neurotoxoplasmosis	4	12,1
Neumonía por <i>Pneumocistis jiroveci</i>	2	6,1
Linfoma no Hodking	1	3,1
Criptococosis cerebral	1	3,1
Total de afectados	33	100,0

*Porcentaje calculado en base al total de pacientes según enfermedad oportunista

DISCUSIÓN

La población femenina en Cuba se encuentra menos afectada por la enfermedad; no obstante, a nivel mundial las mujeres representan 50,0 % de la epidemia. Con referencia a lo anterior, el predominio de dicho sexo en América y Europa puede tener probablemente como razón fundamental las diferencias sociales y culturales, aunque para confirmarlo deberían realizarse estudios más profundos en el orden epidemiológico.^{1,10,12,19}

La primacía de los hombres en esta investigación coincidió con los resultados de otras series^{3,6} desarrolladas en municipios de Santiago de Cuba y La Habana, en las cuales se informaron tasas más altas del sexo masculino, lo cual se debe a las características propias de la epidemia en este país. Igualmente un estudio reciente, desarrollado en el municipio de Santiago de Cuba, mostró que el sexo masculino era el más afectado.¹⁶

Respecto a la edad, en Cuba la epidemia está mostrando una tendencia al incremento en edades mayores; por ejemplo, en un estudio realizado en personas que vivían con el VIH, se evidenció que 64,2 % poseía las edades de 25 a 44 años, y las mayores proporciones de hombres se encontraban en ese grupo etario (63,7 %).⁶

En la presente casuística se destaca que la isla cubana cuenta con programas encaminados a promocionar la salud desde los primeros grados escolares hasta la adolescencia. Sin embargo, en el período en que la mayoría de los individuos inician su vida sexual y se enfrentan a otros factores de vulnerabilidad, como la falta de competencia para el ejercicio de una sexualidad responsable, la baja percepción del riesgo, las presiones de grupo, el alto número de parejas sexuales, entre otros; es cuando más necesitan un conocimiento sobre la prevención de las enfermedades, principalmente de las infecciones de transmisión sexual.

Por otra parte, en esta serie existió una marcada preponderancia de los desempleados, lo cual llamó la atención de los autores, pues en Cuba una de las principales prioridades es garantizar la educación, con lo cual prácticamente se ha erradicado el desempleo; además de que el "trabajo es un derecho del pueblo". También en otros estudios nacionales se señala una mayor frecuencia de los afectados que no tenían vínculo laboral.^{3,6}

Otra publicación de autores santiagueros muestra que un porcentaje no despreciable de pacientes con el VIH-sida estaban desocupados.¹⁶ Se considera que estos resultados son relevantes, puesto que indican la poca participación social legal de los enfermos con sida en la provincia de Santiago de Cuba, lo que lleva a actitudes incorrectas, sobre todo por parte de los jóvenes, relacionadas con el elevado riesgo de infección y de propagación de la enfermedad, como el trabajo del sexo, el alcoholismo, el abuso de sustancias adictivas y otros que implican satisfacer las necesidades básicas humanas desde lo subjetivo, lo cual empeora la situación social de estos afectados. Cabe resaltar que esto es una alerta a los investigadores y a las organizaciones políticas y de masas para enfrentar tan importante situación de salud.

El inicio clínico del sida, o diagnóstico tardío del virus, en la actualidad constituye un problema de salud en las instituciones sanitarias,^{16,19} que se encuentra en ascenso en la población general. En esta investigación el período de 1 a 4 años de evolución luego del diagnóstico resultó el momento de desencadenamiento de las enfermedades oportunistas, así como el de mayor debacle inmunológica en estos pacientes. Se ha referido que este período es muy desventajoso, pero podría evitarse si se establece un diagnóstico precoz; por lo se trabaja incansablemente en los centros que atienden a estos pacientes, sobre todo ahora que se cuenta con la prueba rápida del VIH, que garantiza buenos resultados al respecto.¹⁶ Según algunos autores^{6,7} en el 2015 se notificaron 23 casos, de los cuales 7 murieron.

Los datos demuestran la falta de visión de riesgo y el desconocimiento sobre esta enfermedad por parte de la mayoría del personal médico.¹⁶ En este estudio se coincidió con el planteamiento anterior, pues fue relevante el hecho de que muchos de los pacientes habían asistido en varias ocasiones a centros sanitarios (consultorios médicos, cuerpos de guardia, salas de hospitalización) y que no se sospechó que padecieran la enfermedad, por lo que se impone un enfoque de riesgo que posibilite considerar la presencia del virus, a fin de accionar oportunamente y disminuir el impacto de los años de vida potencialmente perdidos en la población clave; en la medida que la precocidad del diagnóstico sea significativa, se determinará el pronóstico.¹⁶ Se considera necesaria una nueva visión epistemológica de este problema, con el objetivo de disminuir el nivel de mortalidad elevado que el diagnóstico tardío conlleva, o sea, la cosmovisión desarrolladora que deben poseer los profesionales de la salud.

Una de las estimaciones en las metas hacia el 2020 ("90-90-90") es aumentar a 90 % la proporción de personas que conozcan el diagnóstico del VIH, aumentar a 90 % la proporción de personas bajo tratamiento antirretroviral y aumentar a 90 % la proporción de personas bajo tratamiento con carga viral indetectable; además se ha expuesto que reducir los diagnósticos tardíos constituye la cuarta meta.¹⁶

Las enfermedades oportunistas están ampliamente relacionadas con el diagnóstico tardío y con una terapéutica ineficiente debido a diversos factores, lo que puede conducir a elevar la mortalidad por sida. En este trabajo se obtuvo un predominio de la candidiasis orofaríngea, seguida de la neurotoxoplasmosis. Las infecciones oportunistas no se presentan de modo similar en los afectados, pues dependen de factores como la vía de contagio y el grado de daño inmunológico.

La neurotoxoplasmosis fue la segunda infección oportunista en frecuencia, lo que coincidió con varios estudios^{7,16,17} en los que se señala su gran prevalencia e incidencia en los pacientes con sida. Esta es de gran trascendencia en la evolución de los afectados, al ser una causa importante de mortalidad e incapacidad por secuelas físico-motoras; de manera que es necesario detectarla y tratarla oportunamente.

En otros estudios cubanos se notifica que la tuberculosis es la primera enfermedad oportunista asociada al sida.^{2,6} Cabe destacar que todos los pacientes de la actual serie recibieron profilaxis contra la tuberculosis, lo que, unido a otros elementos no relacionados con la investigación, supone una protección contra esa enfermedad y además pudiera ser la razón por la que esta no figuraba entre las infecciones oportunistas. Sin duda alguna, la tuberculosis y el sida representan un grave problema sanitario.

Para dar por concluido, el sida continúa siendo un problema de salud en la provincia de Santiago de Cuba, donde se estiman variaciones en su aparición en cuanto a la edad y el sexo, con un número superior de hombres, cualquiera que sea su orientación sexual, y de jóvenes, sobre todo en las edades inferiores a los 30 años, aunque se han observado tendencias a un aumento de los grupos etarios superiores. La evolución hacia la fase sida resultó acelerada, con un predominio de la candidiasis orofaríngea y la neurotoxoplasmosis como enfermedades marcadoras de ello.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ONUSIDA. Hoja Informativa. Noviembre de 2016. Estadísticas Mundiales. Ginebra: ONUSIDA; 2016 [citado 27 Dic 2016]. Disponible en: http://files.sld.cu/sida/files/2016/12/UNAIDS_FactSheet_es-noviembre-2.pdf
2. Silva Reyes I, Del Campo Mulet E, Nápoles Smith N, Cuba García M, Arias Deroncerés IJ. Aspectos clinicoepidemiológicos en pacientes con coinfección por sida y tuberculosis en la provincia de Santiago de Cuba. MEDISAN. 2016 [citado 27 Dic 2016]; 20(10). Disponible en: <http://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/452/html>
3. Castañeda Vargas E, Baute Pareta N, Silva Sánchez M, Ibarra Sayas D, Jiménez Cardero M. Comportamiento de portadores de VIH/sida en el municipio de II Frente. MEDISAN. 2014 [citado 27 Dic 2016]; 18(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000600007&lang=pt
4. Ceccotti EL, Sforza RR. La odontología en la lucha contra el sida. Información para profesionales. Buenos Aires: Federación Odontológica; 2015 [citado 27 Dic 2016]. Disponible en: http://www.gador.com.ar/wp-content/uploads/2015/04/aids_info2.pdf
5. Otero Rodríguez I, Vinent González R, Padrón González O, León Medina D. Enfoque extensionista sobre VIH/SIDA en la formación de estudiantes de Estomatología. Rev Ciencias Médicas. 2015 [citado 27 Dic 2016]; 19(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Valdés Fuster JL, Oliva Venereo DC, Viñas Martínez AL, Lastre Hernández D, Camilo Cuéllar YA. Características clínico-epidemiológicas de los pacientes con el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Boyeros. 2013. Rev Habanera Ciencias Médicas. 2016 [citado 27 Dic 2016]; 15(6). Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1562/1518>

7. Blankson J, Siliciano RF. Inmunopatogenia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. En: Goldman L, Ausiello DA, Schafer AI. Cecil y Goldman. Tratado de Medicina Interna. 24 ed. Madrid: Elsevier; 2013. p. 2179-81.
8. Rojo Pérez N, Sanabria-Ramos G, Valenti Pérez C, Louro Bernal I, Pérez Piñero JS, Llanusa Ruiz S, et al. Evaluación de la Estrategia Multisectorial Integrada para la Prevención y Control del Problema de Salud Pública VIH/sida en Cuba, 2004-2013 [citado 27 Dic 2016]; 15(3). Disponible en: <http://www.revistaccuba.cu/index.php/acc/article/viewFile/428/358>
9. United Nations Programme on HIV/AIDS. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Ginebra: UNAIDS; 2013. p. 4-5 [citado 27 Dic 2016]. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_en_1.pdf
10. ONUSIDA. Hoja Informativa 2015. Estadísticas globales [citado 27 Dic 2016]. Disponible en: http://files.sld.cu/sida/files/2016/04/20150901_FactSheet_2015_es.pdf
11. Broder S. The development of antiretroviral therapy and its impact on the HIV-1/AIDS pandemic. Antiviral Res. 2010 [citado 27 Dic 2016]; 85(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2815149/pdf/nihms153574.pdf>
12. ONUSIDA. El SIDA en cifras. 2015 [citado 27 Dic 2016]. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_es.pdf
13. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Incidencia de algunas enfermedades de declaración obligatoria. Anuario Estadístico de Salud. 2015. La Habana: ONI; 2016 [citado 27 Dic 2016]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2016/04/Anuario_2015_electronico-1.pdf
14. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Registro informático de VIH-SIDA. La Habana: MINSAP; 2013.
15. Leyva Flores R, Castillo Edson JG, Gontes Ballesteros ML, Molina Rodríguez JF. La cooperación financiera internacional para la lucha contra el SIDA en América Latina y el Caribe. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2014 [citado 27 Dic 2016]; 30(7): 1571-76. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n7/0102-311X-csp-30-7-1571.pdf>
16. Puente Saní V, Arias Deroncerés IJ. Inicio del sida o diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. MEDISAN. 2016 [citado 27 Dic 2016]; 20(8): 1009-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000800001
17. Puente Saní V, Montoya Rivera J, García Céspedes ME, Oropesa Roblejo P. Visión epistemológica del diagnóstico clínico tardío del sida en el proceso de formación del residente de medicina interna. MEDISAN. 2015 [citado 27 Dic 2016]; 19(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000100014

18. Romero González AG, Martín Alfonso L, González Valcárcel B, Romero González AT. Diagnóstico educativo sobre adherencia al tratamiento antirretroviral en médicos y enfermeras de la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2012 [citado 27 Dic 2016]; 28(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol28_2_12/mgi02212.htm
19. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Plan Estratégico Nacional para la prevención y el control de las ITS y el VIH-sida/ 2014-2018. La Habana: MINSAP; 2013 [citado 27 Dic 2016]. Disponible en: <http://files.sld.cu/sida/files/2014/03/pen-primeraparte.pdf>

Recibido: 18 de octubre de 2017.

Aprobado: 25 de diciembre de 2017.

Reinier Besse Díaz. Hospital Clínicoquirúrgico Universitario "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo", Carretera Central, km 21 ½, Melgarejo, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: reinier.besse@infomed.sld.cu