

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DE CIEGO DE ÁVILA

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
Dr. “ANTONIO LUACES IRAOLA”

TÍTULO. Morbilidad por VIH en el
Municipio de Ciego de Ávila
en el período 2006 – 2010.

AUTOR. Dr. Omar Mena Hernández. Especialista de
1er Grado en MGI. Residente de Medicina Interna.

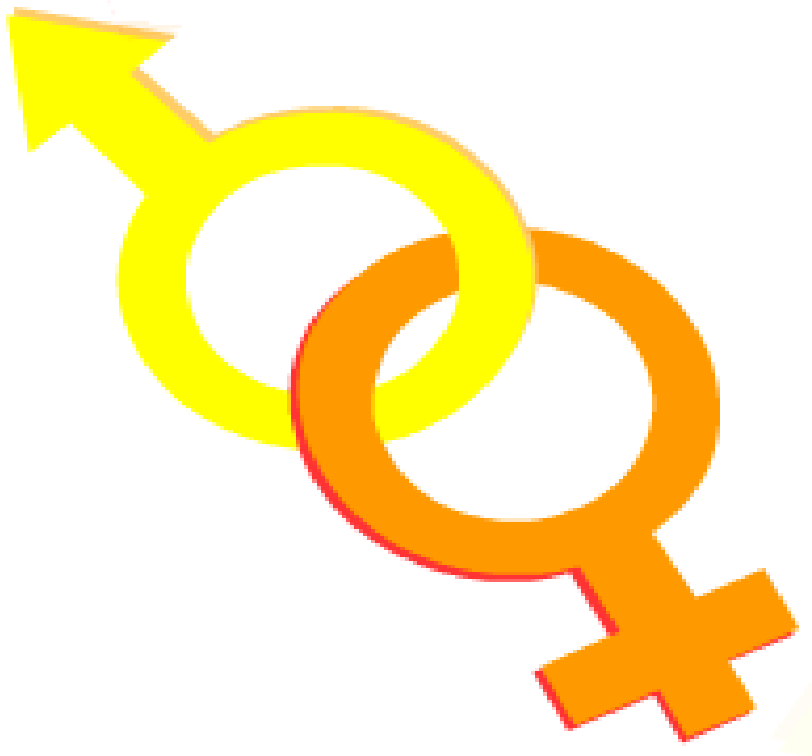
TUTOR. Dr. Carlos Peláez Padrón. Especialista de
1er Grado en Medicina Interna. Profesor Instructor.

ASESOR. Dr. José Jorge Pérez Assef. Especialista de
2do Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar.

**Trabajo para optar por el título de
“Especialista de 1er Grado de Medicina
Interna”.**

CIEGO DE ÁVILA
2011
“AÑO 53 DE LA REVOLUCIÓN”

DEDICATORIA



A mi hija Shanessa que la amo con la vida.

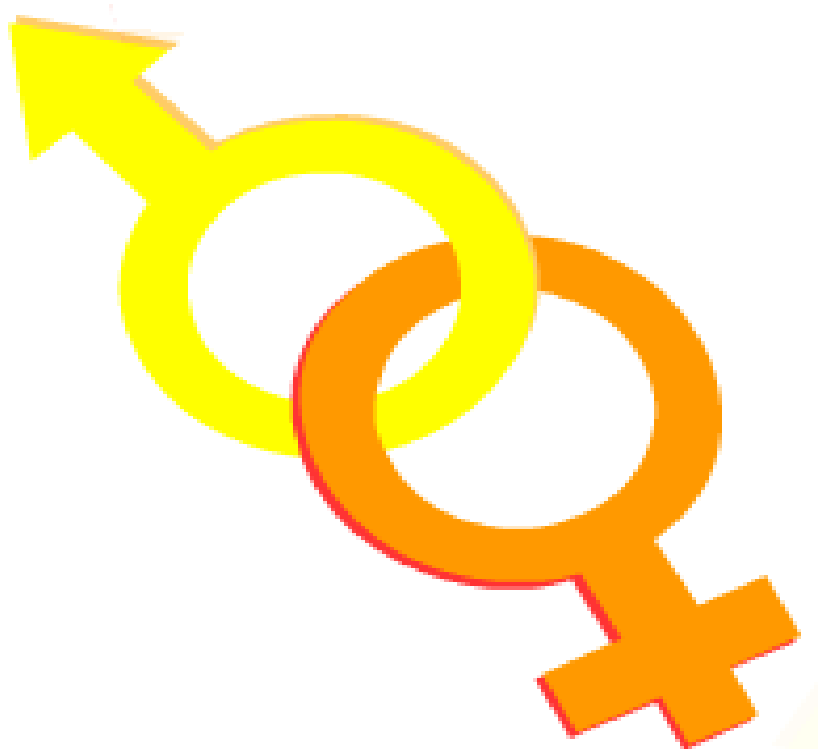
A mi mamá y mi papá que los quiero mucho.

A mi esposa que es mi razón de ser.

A todos mis familiares, amigos y profesores.



AGRADECIMIENTOS



AGRADECIMIENTOS

- A mi tutor del T.T.E Dr. Carlos Peláez Padrón por ser ejemplo de amigo, profesor y dedicación a su profesión.
- Al asesor del T.T.E Dr. José Jorge Pérez Assef por ser ejemplo de compañerismo y sabiduría.
- A mis tutores de Residencia por su gran ayuda, sus consejos y por guiarme en todo momento.
- Al Jefe de Servicio Dr. Cristóbal Mayola, ejemplo de todo lo positivo que puede ser una persona: hombre, padre, amigo y profesional.
- A todos los profesores que contribuyeron de una forma u otra a mi formación como especialista, especialmente al Dr. Rogelio Sánchez Mayola.

A todos, muchas **gracias...**



RESUMEN



RESUMEN

Se realizó una investigación descriptiva observacional con carácter retrospectivo para determinar la morbilidad por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el municipio de Ciego de Ávila en el período 2006 – 2010. Se estudiaron un total de 67 pacientes de los cuales solo la quinta parte han evolucionado hacia el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), con una relación portador - enfermo de 4,15 es a 1 (VIH - SIDA). Además se encontró un predominio en enfermos del sexo masculino entre 20 y 44 años, con escolaridad de secundaria básica y principalmente del área Centro y Norte de nuestro municipio. Es frecuente la coexistencia con otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), pero aún existen fallas en la prevención y el diagnóstico de estas. Los pacientes tuvieron una conducta sexual inadecuada, casi el 60 % son homosexuales y se han contagiado fundamentalmente por la vía sexual. Predominaron las manifestaciones clínicas como la fiebre, las diarreas, adenopatías y las generales; y los complementarios que definieron el diagnóstico fueron la prueba de ELISA, el Western blot; y para los casos sospechosos de SIDA se realizó el conteo global de Linfocitos T (CD4). Las principales complicaciones encontradas fueron la candidiasis oral, las neurológicas y las respiratorias. La tasa de prevalencia por VIH alcanzó los 6,67 por 100 000 habitantes.

PALABRAS CLAVES: VIH/ SIDA / enfermedades.

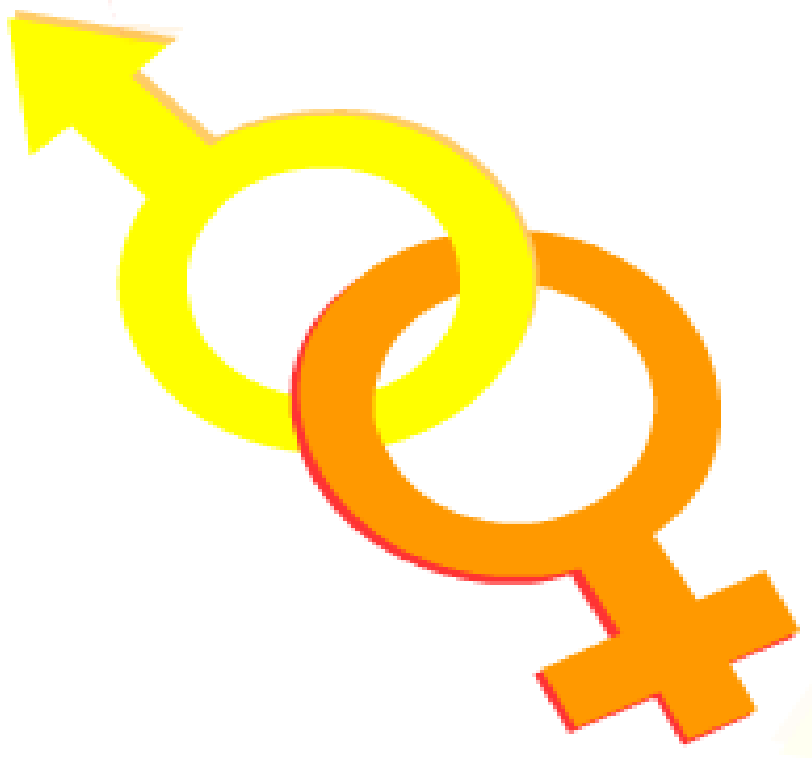
INDICE

PÁGINAS

INTRODUCCIÓN	_____	1
OBJETIVOS	_____	4
MARCO TEÓRICO	_____	5
MATERIAL Y MÉTODO	_____	14
RESULTADOS	_____	18
CONCLUSIONES	_____	30
RECOMENDACIONES	_____	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	_____	33
ANEXOS	_____	39



INTRODUCCIÓN



INTRODUCCIÓN

Desde sus inicios el Virus de Inmunodeficiencia humana y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH / SIDA) han sido definidos como un mal estigmador en nuestra sociedad. Las referencias a la muerte, así como el carácter de marginado de los que padecen la enfermedad han mediatizado las diversas opiniones sobre esta realidad.

Toda sociedad establece los medios para categorizar a las personas, así como las pautas que se perciben como corrientes naturales de los miembros de cada una de esas categorías. Lo normal es un producto social más; mediante el cual determinados atributos son juzgados, evidentes, buenos, deseables, etc. Mientras tanto, frente a lo normal se erige lo patológico y lo marginal. Las personas, en nuestra vida cotidiana, mediante el ininterrumpido proceso de socialización, interiorizamos las normas, y con el uso de ellas las hacemos legítimas, transformándolas en evidencias sociales y realidad incuestionada.

A lo largo de la historia muchas enfermedades han causado temor y rechazo en la población. Al igual que la lepra, la malaria, la peste, la Tuberculosis Pulmonar (TB) y otras que azotaron cruelmente a la humanidad, hoy el VIH / SIDA preocupa sobremanera al hombre y la incertidumbre sobre su control y curación definitiva persiste con el decursar del tiempo. La ciencia aún no ha podido responder a un gran número de interrogantes en torno a esta enfermedad. (1,2)

No es un tema superfluo, pues esta falta de respuestas, abarca desde sus orígenes hasta el papel que desempeña el virus de inmunodeficiencia humana, como teóricamente único agente causal en el desarrollo del síndrome, este ataca algunas subpoblaciones de linfocitos responsables de la inmunidad celular (linfocitos T) y produce una respuesta clínica deficiente y progresiva en los enfermos.

A los científicos les resulta difícil aceptar sus propias limitaciones y en gran medida han sorteado el reto del VIH / SIDA convirtiéndose muchas de sus propias dudas en creencias generalizadas. La transmisión sexual y concretamente la homosexualidad, bisexualidad y la heterosexualidad siguen siendo y teniendo protagonismo en esta problemática. Aproximadamente del 70 al 75 % de los afectados a nivel mundial contraen la infección del VIH como consecuencia de prácticas sexuales de riesgo. (3)

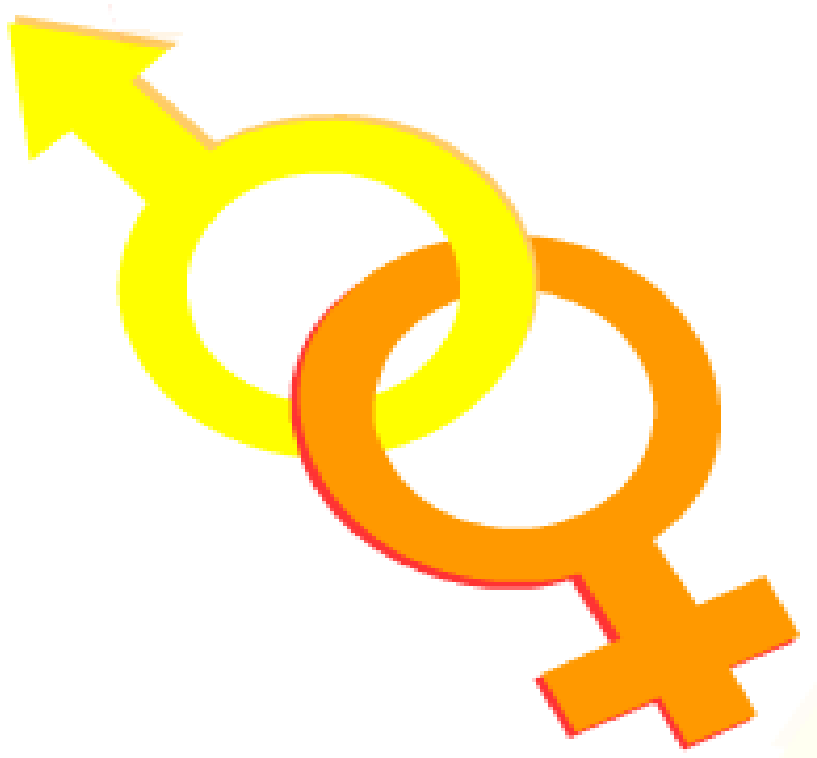
El panorama de América Latina y África es inquietante, los gobiernos apenas realizan campañas para controlar la epidemia del VIH, agobiados en muchos casos por graves problemas económicos y políticos. No se han podido desarrollar planes de control de VIH / SIDA, hay carencias de mensajes educativos y medios masivos de comunicación y es difícil el acceso a la terapéutica. Son muchas y poderosas las razones que indican la necesidad urgente de revisar el camino comprendido, de no asumir lo hipotético como real y de reiniciar la labor investigadora realizando un trabajo arduo para el que existen más obstáculos que facilidades.

Existen estimaciones mundiales de que cada día el virus causante del SIDA entra en contacto con 7 mil individuos sanos y los convierte en nuevos portadores del VIH. Para el año 2015 se espera que 25 millones de personas hayan desarrollado el padecimiento y más de 17 millones de personas fallezcan por esta causa ;esto constituye un problema de salud y actualmente como enfermedad infectocontagiosa y de transmisión sexual se agrupa en una de las cuatro líneas priorizadas de atención por el Ministerio de Salud Pública en nuestro país.

Teniendo en cuenta lo anterior, el deficiente nivel de conocimiento que tiene la población sobre la enfermedad y los estudios realizados en nuestro medio sobre el tema, nos proponemos realizar una revisión detallada de la morbilidad por VIH en nuestro municipio, con la cual estaremos contribuyendo a la mejor comprensión de la repercusión negativa que tiene esta dolencia en el proceso de salud. (4,5)

PROBLEMA CIENTÍFICO: ¿Cómo se ha comportado la Morbilidad por VIH en el municipio de Ciego de Ávila en el período 2006 - 2010?

OBJETIVOS



OBJETIVOS

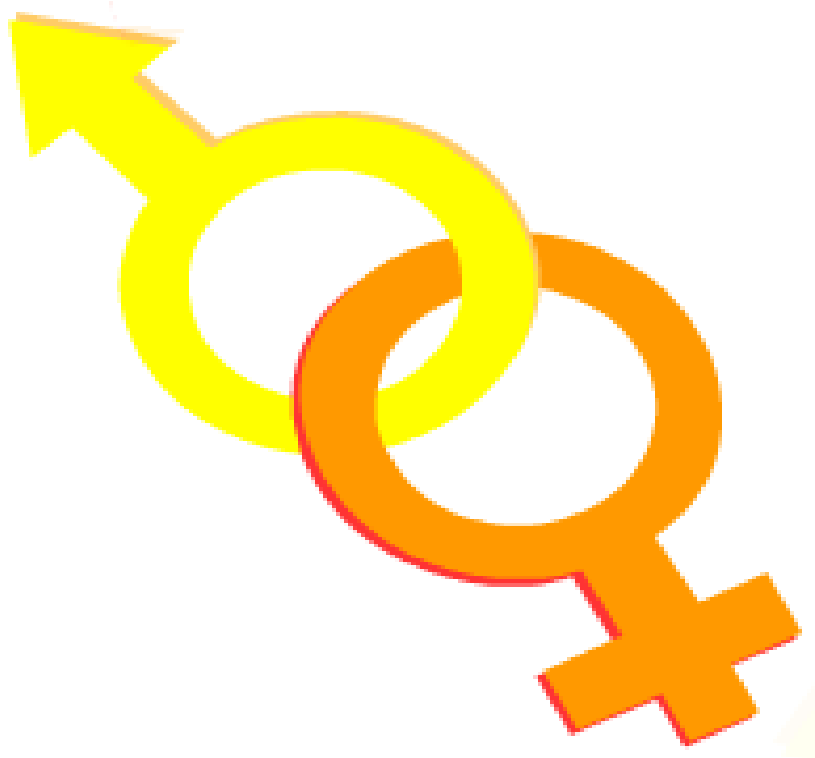
GENERAL

- Determinar la morbilidad por VIH en el municipio de Ciego de Ávila en el período 2006 - 2010.

ESPECÍFICOS

- Describir los factores epidemiológicos (edad, sexo, escolaridad y área de salud de cada enfermo).
- Señalar los antecedentes de Infección de Transmisión Sexual (ITS) en los casos estudiados.
- Identificar la orientación sexual de los pacientes.
- Precisar el total de portadores y enfermos; y establecer la relación entre ellos.
- Esclarecer las posibles formas de contagio.
- Reconocer los síntomas y signos asociados a la enfermedad.
- Evaluar los principales complementarios que se utilizan para hacer el diagnóstico.
- Precisar las complicaciones (enfermedades oportunistas) presentadas.
- Determinar la prevalencia del VIH en nuestro municipio.

MARCO TEÓRICO



MARCO TEÓRICO

Después de casi 30 años de evolución del VIH/SIDA esta enfermedad continua siendo aún enigmática y sorprendente, no solo para el “Mundo Científico” sino para toda la humanidad.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida del cual se realizaron las primeras observaciones en la primavera de 1980 (exactamente en el período comprendido entre mayo y junio de 1981) en la ciudad de Los Ángeles, en los Estados Unidos de Norteamérica, las cuales fueron reportadas por el Doctor M.S.Gottlieb (6) y colaboradores en un estudio de jóvenes homosexuales masculinos que presentaban neumonía a un germen oportunista (El protozoo Pneumocystis Jirovecci) solo, o asociado a otras afecciones oportunistas.

Se caracteriza por ser una enfermedad de tipo viral la cual ataca al sistema inmunitario del organismo, fundamentalmente a los linfocitos T (CD4) dejando al mismo sin defensa contra las enfermedades, sean estas de tipo oportunistas o no, que pese a los tratamientos con antibióticos terminan con provocar la muerte de los pacientes.

La relación con las enfermedades oportunistas es tan evidente que estas entraron a formar parte de los criterios definitorios del SIDA desde que se elaboró el primero en 1982, el segundo en 1985 y el tercero en 1987, que ha sido enriquecido en la actualidad. (7) Entre las más frecuentes se encuentran la neumonía por Neumocystis Jirovecci, (8) Sarcoma de Kaposi (9, 10) y la Tuberculosis Pulmonar. (11, 12, 13)

Como se conoce, en 1993 la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) declaró la Tuberculosis Pulmonar (TB) un problema de salud mundial, especificando que la cantidad de defunciones por ella alcanzaría los 40 millones durante la próxima década si no se desarrollan las medidas de control requeridas. La O.M.S. estima que desde inicios de la epidemia del VIH / SIDA hasta finales del año 2006, el número de personas infectadas simultáneamente por VIH y Mycobacterium Tuberculosis en todo el mundo ascendió a 10 millones, pronosticándose que para el año 2015 existirá casi 3 millones de nuevos casos de coinfección de VIH / TB. Es evidente que para poder enfrentar seriamente el problema del SIDA y su asociación con esta dolencia se necesita realizar un intenso trabajo multidisciplinario en equipo que logre acciones favorables en este sentido. (14)

Los miles de casos que se reportan cada año son el resultado de una epidemia silenciosa de infección por el virus de inmunodeficiencia humana del cual se conocen dos tipos: el VIH - 1 de distribución mundial y el VIH - 2 que comenzó a extenderse por África Occidental y algunos países asiáticos como la India, alcanzando ya países de todos los continentes del hemisferio. (15,7) Una vez descrito el síndrome, planteados los criterios, conocido el agente causal y su forma de ataque, se pensó que se podía frenar la epidemia mediante una droga que neutralizara el virus al detectarse este en el organismo o su prevención mediante una vacuna; de momento, desgraciadamente, por las características del virus no se puede hablar de curación.

Sin embargo, los tratamientos modernos llegan a prolongar de forma eficaz la supervivencia de los pacientes y consiguen restablecimiento a largo plazo. La rapidez y los progresos en el terreno de los antiviricos abren grandes esperanzas. Este aumento de la supervivencia proporcionara a los pacientes más posibilidades de aprovecharse de los rápidos avances de la investigación en este campo y de acceder quizás un día, no muy lejano, a la curación. Entre los medicamentos que se utilizan en el tratamiento tenemos los antirretrovirales como la Zidovudina, Lamivudina, Nevirapina entre otros. (16,17)

Más recientemente se han comercializado los inhibidores de la proteasa, interesante categoría terapéutica que multiplica las posibilidades de acción contra el VIH, todos los medicamentos de este grupo disponibles actualmente son diferentes entre sí, sin embargo su costo en el mercado es muy elevado, lo que imposibilita que esté al alcance de todos los enfermos. Estos medicamentos funcionan mejor cuando se toman asociados a los antirretrovirales; ejemplo de estos están el Saquinavir, Ritonavir, Indinavir, y el Nelfinavir. (18)

Las pruebas serológicas de detección de anticuerpos contra el VIH constituyen un instrumento útil, y de gran interés en el control del SIDA entre estas se encuentran la Enzime Inmuno Sorbent Assay (ELISA) utilizada en la mayoría de los estudios con un 97% de efectividad en analizados.

En nuestro país se le realizan las pruebas de VIH/SIDA al 100 % de todas las embarazadas, sin embargo en todos los demás países no es así, lo cual aumenta el riesgo de transmisión del virus de la madre al feto por ausencia de programas de salud y además por los elevados costos de los exámenes, que no está al alcance de todas las mujeres poder pagarlos. (19)

Por esta margen de error existe otro examen complementario que es el Western blot cuya efectividad es de 0,001 % (menos de 1 por 100000 análisis). Ambas pruebas se realizan en nuestro país con excelentes resultados. (20) Estudios profundos de la enfermedad informan que todo el género humano sin excepción de sexo, raza, edad y localización geográfica no queda excluido de padecerla, aunque existen los llamados grupos de riesgo como los homosexuales, drogadictos, las personas promiscuas, trabajadores del sexo, las prostitutas, bisexuales y receptores de hemoderivados, entre otros.(21) La morbilidad aumenta también en otros grupos, fundamentalmente en adolescentes, alcohólicos, reclusos e inmunodeprimidos.

Desde comienzos de los años 80 la evidencia es cada vez mayor de que en los pacientes con ITS incrementa significativamente la vulnerabilidad al VIH. Las organizaciones de salud a través del mundo han reaccionado con un renovado interés en la prevención y tratamiento de las ITS, lo cual se considera de vital interés para contener la expansión de la epidemia del VIH por todo el planeta.

Debe hacerse mucho hincapié en la búsqueda de Infecciones de Transmisión Sexual. Nuestro programa Nacional de Control y prevención del VIH/SIDA establece que a todos los pacientes con diagnóstico de ITS se les debe realizar obligatoriamente las pruebas pesquizando el VIH, incluyendo a los sospechosos y a todos los contactos; por otra parte, se recomienda insistir en la búsqueda de cualquier ITS en pacientes con VIH/SIDA. (22)

Según la O.M.S. unas 20 millones de personas han enfermado de SIDA desde los comienzos de la epidemia. El número de afectados ha aumentado en 2,5 millones de personas por año y es posible que para el año 2015 la cifra total de padecientes alcance la cifra de 30 millones de personas y más de 3 millones de niños se habrán infectado con VIH en todo el mundo; actualmente aproximadamente el 60 % de los adultos son hombres.

La cantidad de personas entre seropositivos y enfermos se acercará a los 45 ó 50 millones. Esta dolencia se reporta en todos los países de los cinco continentes, siendo el africano, el americano y el asiático los tres más afectados en orden decreciente. Por todo lo anteriormente expuesto, nuestro país también es víctima de la enfermedad, porque geográficamente se encuentra en unas de las áreas más afectadas y transcurre una época donde se incrementa el turismo internacional. (23)

Hasta hace varios años se consideraba que en el transcurso de la infección por VIH existían solamente dos fases clínicas, la primoinfección y la etapa de SIDA; y que el largo período asintomático interpuesto entre ambas era virológicamente inactivo.

Estudios actualizados y más recientes sobre la dinámica viral a lo largo de la historia de esta infección, han demostrado que existe una intensa y continua actividad replicativa del VIH desde la infección primaria hasta las fases más avanzadas, produciéndose de inicio un equilibrio dinámico a nivel celular que se mantiene durante el período asintomático, pero que habitualmente concluye con el colapso del sistema inmune y se manifiesta con el desarrollo clínico de la enfermedad (SIDA).

La historia natural de la infección por VIH ha sido dividida clásicamente en tres etapas, las dos primeras primoinfección e infección asintomática corresponden al estado de portador y una tercera con aparición de enfermedades oportunistas o SIDA.

En los pacientes el tiempo que transcurre, por término medio desde que se produce la infección hasta el desarrollo del SIDA es de 10 a 11 años, esto es lo que se conoce como velocidad de progresión. Alrededor de 10% experimenta una rápida progresión al SIDA en manos de 5 años tras la seroconversión; otro 12 % permanecen libres de SIDA 20 años después de la infección primaria y alrededor de un 78 % queda incluido en la media.

En los casos SIDA definidos, la sintomatología y los signos físicos de los pacientes se expresan con una gran variedad clínica, las cuales interesan casi la totalidad de los órganos y sistemas del cuerpo humano.

Las manifestaciones clínicas pueden variar en diferentes poblaciones de acuerdo con la frecuencia relativa de otras infecciones asociadas; basándose en estas, se ha establecido por la OMS la clasificación clínica enfermedad la cual evoluciona en tres fases: aguda, intermedia o prolongada y final con destrucción del sistema inmune. En la fase aguda la viremia es elevada inicialmente y el rasgo fundamental del conjunto de síntomas que pueden aparecer es la inespecificidad; suele tratarse de un cuadro febril con sudoración, astenia, mialgias, cefalea y alteraciones gastrointestinales.

Es frecuente que el paciente experimente dolor faríngeo espontáneo o con la deglución y en ocasiones hay úlceras en la mucosa oral, aunque la incidencia es difícil de establecer en los casos asintomáticos no es infrecuente el desarrollo de un Síndrome Mononucleósido.

Un 50 % - 75 % de los pacientes desarrollan rash cutáneo, generalmente macular, que afecta el tronco y las extremidades. (24,25) En un 75 % de los casos de infección primaria se detecta linfadenopatías generalizadas, esplenomegalia y hepatomegalia. Además se han descrito cuadros neurológicos, candidiasis y hepatitis aguda transitoria.

En el período intermedio o de latencia, la enfermedad se desarrolla a lo largo de muchos años con deterioro lento y progresivo de la inmunidad pudiendo o no desarrollar síntomas el paciente, predominando siempre la linfadenopatías masiva. (26, 27,17)

En estadio final el ganglio linfático se agota y las adenopatías descienden de tamaño, no se secuestra el virus el cual pasa en grandes cantidades a la sangre aumentando la viremia plasmática, lo cual lleva a un aumento de las infecciones convencionales, oportunistas o neoplásicas, entrando el paciente en una fase avanzada. (28,29)

El SIDA es la manifestación más avanzada de la infección por VIH, la cual se caracteriza por la presencia de infecciones y enfermedades oportunistas que son, en última instancia, las principales causas de morbilidad, discapacidad y muerte en personas afectadas. Se consideran oportunistas las infecciones que ocurren con mayor frecuencia o gravedad en personas infectadas por VIH debido a su estado de inmunodepresión. (30, 31,28, 7)

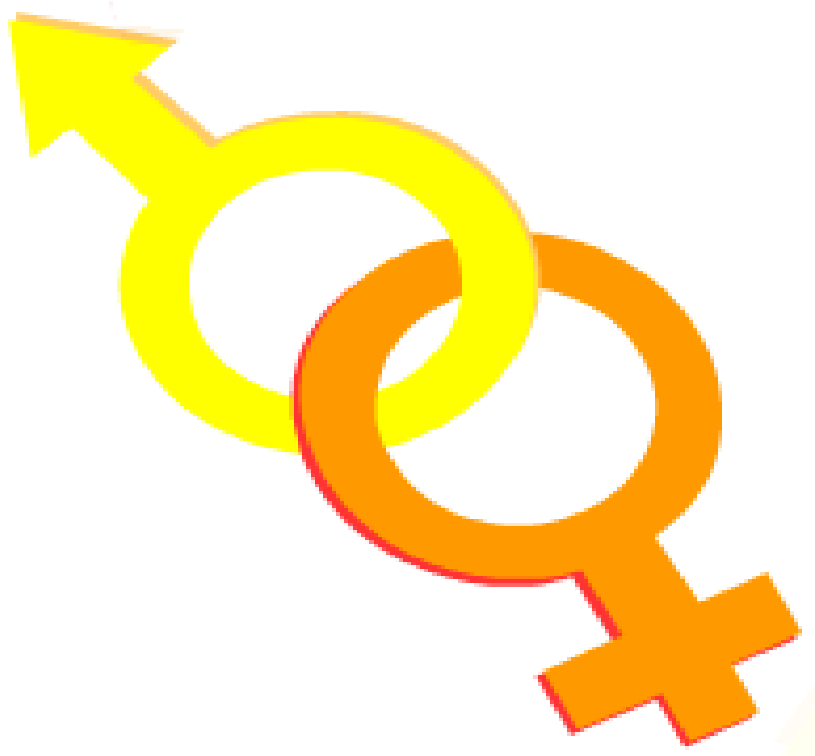
Teniendo en cuenta que estos pacientes con VIH/SIDA tienen un estado de inmunodeficiencia, y esto a su vez favorece a una elevada incidencia de enfermedades oportunistas y de complicaciones paralelas, es posible comprender que la evolución de todos ellos no es satisfactoria; además conociendo que todos los pacientes no se cuidan de la misma forma, entonces la evolución y pronóstico de la enfermedad es peor. Vale aclarar que en clasificaciones recientes de la enfermedad se considera que un paciente pasa de portador de VIH a enfermar de SIDA cuando aparecen enfermedades oportunistas o cuando el conteo global de linfocitos T (CD4) están por debajo de 200 (aunque no se presenten enfermedades oportunistas el paciente). (32, 27, 7)

El Ministerio de Salud Pública conciente del peligro potencial existente que esto representa creó el Programa Cubano de Prevención y Control del SIDA, puesto en práctica en el año 1986, aunque desde 1983 se iniciaron las actividades de prevención y control de la enfermedad. En Cuba, el índice de infección es muy bajo, la relación portador – enfermo es de 5 : 1; si se toma en cuenta que el índice reconocido internacionalmente es de 50 - 100 : 1.

Esto se debe a la ejecución de nuestra estrategia en un momento epidemiológico oportuno que nos permite la detección relativamente rápida y precoz de los seropositivos, lo que evita la progresión geométrica a partir del momento del diagnóstico, además de brindarle atención continuada a los grupos de riesgo; y todos los casos confirmados como seropositivos reciben gratuita y rápidamente apoyo sanitario y médico especializado. (33, 34)

A pesar de que se ha creado un sólido escudo de protección, no se puede garantizar que no aparezcan nuevos casos de contagio con la enfermedad debido a sus características y descuido de muchas personas, lo que nos hace constantemente vulnerables.

MATERIAL Y MÉTODO



MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una investigación descriptiva observacional con carácter retrospectivo para determinar la morbilidad por VIH en el municipio de Ciego de Ávila en el período 2006 – 2010.

PROCEDIMIENTO

El **universo** de estudio lo conforman todos los pacientes con diagnóstico de VIH – SIDA del municipio de Ciego de Ávila en la etapa señalada.

La **muestra** de nuestro trabajo comprendió a 67 pacientes VIH positivo registrados en el centro de Higiene y Epidemiología de nuestro municipio en la etapa señalada.

Criterios de Inclusión: Todos los pacientes con cuadro clínico y confirmación serológica de VIH/SIDA del municipio de Ciego de Ávila, diagnosticados en el período 2006 – 2010 y que estuviesen registrados oficialmente en el Centro municipal de Higiene y Epidemiología

Criterios de exclusión:

- Enfermos sin confirmación serológica de la dolencia.
- Enfermos de otros municipios de la provincia.
- Otros enfermos detectados en salas hospitalarias o atendidos en consultas de áreas de salud, pero que aún no estuviesen notificados oficialmente.

Criterios de salida:

- Pacientes que abandonan voluntariamente la investigación.
- Por traslado definitivo del enfermo a otra provincia.

Los **datos** para el análisis de nuestro estudio fueron recogidos por el autor de la investigación de las diferentes Historias Clínicas y registros internos, los cuales fueron facilitados por la dirección y el personal médico y de enfermería de ese centro, previo a coordinaciones pertinentes realizadas.

Otros elementos como orientación sexual previa, escolaridad y forma de contagio, entre otros, se verificaron directamente mediante entrevistas personal con algunos de los enfermos en visita a consulta.

EVALUACIÓN

Se confeccionó un formulario que agrupó diferentes variables (ver anexo 1), el cual se explicó a todos los casos a estudiar.

Relacionado con el estado del paciente, lo consideramos portador sintomático o caso SIDA de acuerdo a la clasificación clínico – epidemiológica del C.D.C de Atlanta.

Para evaluar la evolución clínica de los enfermos se tuvo en cuenta que esta fue satisfactoria cuando se logró la regresión de los síntomas y signos presentados, cuando el paciente estuvo asintomático o cuando alcanzó la curación de las enfermedades oportunistas (si se hubiesen presentado). Por otra parte, se consideró no satisfactoria si lo anteriormente descrito no se alcanzó.

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

En todo momento se tuvo en cuenta el consentimiento y la cooperación voluntaria de los pacientes para la recogida de información. (Anexo 2) Cumpliendo los principios de ética médica socialista no se divulgaron los nombres de estos, ni datos que afectaran su identidad personal, manteniéndose la privacidad que se requiere en ocasión de cada entrevista. En ningún momento se realizaron estudios experimentales u otros análisis que implicaran riesgo para los pacientes.

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se obtuvo por el autor y tutor del tema a partir de las Historias Clínicas de los pacientes y mediante entrevistas personales a consulta, y se registró en los formularios para ese fin. Los datos primarios se conservaron adecuadamente.

PENSAMIENTO ESTADÍSTICO

Para procesar los datos finales, se clasificó la información obtenida en tablas de distribución de frecuencia. Se emplearon como medida o formas de resumen el porcentaje y las tasas para los datos cuantitativos y para los cualitativos.

Se determinó la tasa de prevalencia según:

$$\frac{\text{No. de casos}}{\text{Población total}} \times 100\,000$$

NOTA: Se consideró como población total del municipio de Ciego de Ávila **100 300** habitantes.

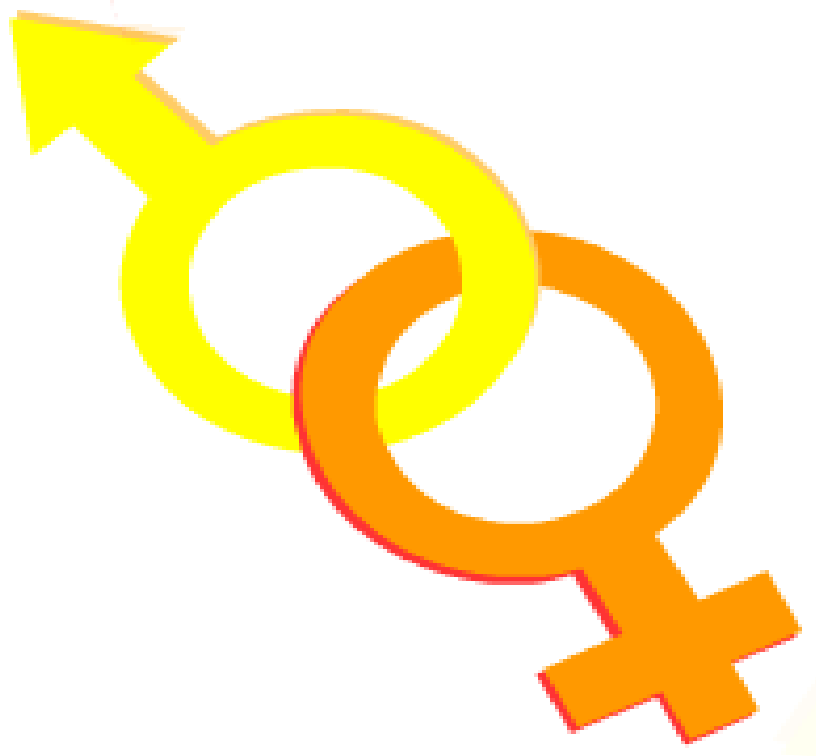
Se obtuvo la relación portador - enfermo dividiendo:

$$\frac{\text{No. de casos VIH}}{\text{No. de casos SIDA}}$$

La computación y análisis bioestadístico de los resultados se efectuó a través de medios automatizados empleando una computadora personal del tipo DUAL CORE, con paquetes de programa MICROSOFT y WINDOW – 7.

La información concluida se presentó en tablas para su mejor comprensión. Se comparó con la bibliografía nacional e internacional actualizada.

RESULTADOS



RESULTADOS

TABLA 1

DITRIBUCIÓN SEGÚN EDAD

GRUPO DE EDAD	No. DE CASOS	%
Menor de 15 años	2	3,0
15 a 19	12	17,9
20 a 29	24	35,8
30 a 44	18	26,8
45 a 59	9	13,5
60 y más	2	3,0
TOTAL	67	100

Fuente: Encuestas.

En la tabla No.1 observamos que la mayor cantidad de pacientes afectados se encuentra entre las edades de 20 y 44 años. Es lógico suponer que en estos grupos etáreos la incidencia es más alta, debido a que en ellos, como se conoce, la actividad sexual es más activa y específicamente en edades más jóvenes se reporta falta de experiencia sobre el conocimiento y la prevención de las I.T.S. En África el pico etáreo específico de incidencia de casos con VIH y/o SIDA está entre 29 y 30 años. (35)

TABLA 2

DITRIBUCION SEGÚN SEXO

SEXO	No. DE CASOS	%
FEMENINO	17	34
MASCULINO	50	66
TOTAL	67	100

Fuente: Encuestas.

Por otra parte, en nuestra investigación la mayoría de los pacientes contagiados pertenecen al sexo masculino (tabla 2), existiendo un total de 50 hombres y solo 17 mujeres. Estos resultados se corresponden con los reportes nacionales e internacionales notificados. (36)

En Brasil, las mujeres representan el 40 % de los casos infectados por este virus, sin embargo en África central y occidental la tasa de prevalencia es casi igual en hombres como en mujeres, lo cual contrasta con Norteamérica y el resto del mundo, ya que en Estados Unidos hay alrededor de 12 hombres por cada 1 mujer enferma con VIH. (37)

TABLA 3

NIVEL DE ESCLARIDAD DE LOS PACIENTES

NIVEL ESCOLAR	No. DE CASOS	%
NINGUNO	2	3,0
PRIMARIA	4	5,9
SECUNDARIA	43	64,2
PREUNIVERSITARIO	11	16,4
UNIVERSITARIO	7	10,5
TOTAL	67	100

Fuente: Encuestas.

En este estudio hemos encontrado que los porcentos más altos de casos aparecen en personas con un nivel escolar de secundaria básica (tabla 3) con un total de 43; y paradójicamente se reportaron solo 24 pacientes con niveles escolares inferiores y/o superiores. Pensamos que a pesar de existir un programa de atención para estos pacientes; y conociendo que nuestro Ministerio de Salud Pública y la Dirección Provincial y Municipal de Salud realizan importantes esfuerzos en la prevención y promoción de salud para controlar la actual situación del VIH/SIDA en nuestro país, provincia y específicamente en nuestro municipio; e incrementándose las labores de divulgación y propaganda de las ITS por los diferentes medios de difusión masiva, no son suficientes aún los conocimientos clínico – epidemiológicos y preventivos sobre el tema, igualmente pensamos que los mecanismos para la información pudiesen reportar fallas o no ser los más idóneos en este sentido. (38)

No obstante en estos grupos más afectados, las relaciones sociales se incrementan, donde además hay una alta frecuencia de búsqueda de experiencias sexuales y de cambios de parejas, dando lugar a la promiscuidad, acción que constituye un factor de riesgo importantísimo para contagiarse con el virus.

TABLA 4

DISTRIBUCION DE CASOS SEGÚN ÁREAS DE SALUD

ÁREA DE SALUD (POLICLINICOS)	No. DE CASOS	%
POL. NORTE	19	28,4
POL. SUR	9	13,5
POL. CENTRO	25	37,2
POL. BELKYS	14	20,9
TOTAL	67	100

Fuente: Encuestas.

En la tabla No. 4 se describe la tasa de prevalencia de la enfermedad en nuestro municipio, específicamente por áreas de salud (policlínicos), existiendo en el área del Policlínico Centro la tasa más alta, seguida por el Policlínico Norte. Consideramos que estos hallazgos tengan una relación directa con la localización de la población de estos policlínicos, población que habita en zonas más urbanizadas y más poblados, y esto a su vez permite una mayor expansión de relaciones interpersonales y mayor participación en actividades recreativas, donde existe un ambiente propicio para motivar a futuras relaciones íntimas.

TABLA 5

COMPORTAMIENTO DE ITS SEGÚN CASOS.

OTRAS ITS	No. DE CASOS	%
BLNORRAGIA	18	26,8
HERPES SIMPLE	6	8,9
CONDILOMA	9	13,5
SIFILIS	13	19,4
TOTAL	46	68,6

Fuente: Encuestas.

Se ha reportado un aumento de la morbimortalidad, en las últimas décadas, de las Infecciones de transmisión sexual tanto en Cuba como a nivel internacional. El VIH/SIDA se ha convertido en un paradigma de esta afirmación. Existen cada vez más notificaciones de asociación de dos o más ITS en un mismo paciente y es muy habitual que previo al diagnóstico de una de ellas se recoja el antecedente de haber padecido cualquier otra. Se reportan 18 millones de casos nuevos de ITS a nivel mundial por año (87% en personas entre 15 y 29 años). (38)

En nuestro trabajo detectamos un 68,6 % de incidencia de otras ITS asociadas en los casos estudiados, fundamentalmente de blenorragia y sífilis (Tabla 5). En las historias clínicas revisadas no se recogieron padecimiento de otras afecciones, por lo cual pensamos que se deba a un subregistro, ya que conocemos de la frecuencia actual de otras ITS, como son: Hepatitis B, trichomoniasis y clamidiasis , entre otras.

TABLA 6

CASOS SEGÚN ORIENTACION SEXUAL

ORIENTACION SEXUAL	No. DE CASOS	%
HOMOSEXUALES	38	56,7
HETEROSEXUALES	29	43,3
TOTAL	67	100

Fuente: Encuestas.

Estadísticamente es interesante la orientación sexual del hombre para el riesgo de contraer este tipo de enfermedad. En todo el mundo la conducta sexual inadecuada es un factor primordial que está muy relacionado con el VIH/SIDA. (39) Epidemiológicamente la homosexualidad en las mujeres no constituye un elemento de riesgo a considerar porque no existe transmisión primaria de la enfermedad en este sexo; ocurre todo lo contrario en el sexo masculino, donde esta práctica inadecuada es clave en el aumento de la morbilidad del VIH. También en los hombres se hace más habitual la “libertad sexual” con abuso de relaciones promiscuas, desordenadas y no protegidas. (39) En nuestro estudio epidemiológico pudimos constatar que los homosexuales, sobre todo hombres, son los más afectados por el virus (tabla 6), ya que de los pacientes estudiados el 56,7 % de ellos tenían relaciones sexuales con personas del propio sexo y el menor porcentaje de contagiados estaba en los heterosexuales con solo el 43,3 %.

TABLA 7

TOTAL DE PORTADORES Y ENFERMOS

ESTADO DE LOS PACIENTES	No. DE CASOS	%
PORTADORES (VIH)	53	79,1
ENFERMOS (SIDA)	14	20,9
TOTAL	67	100

Fuente: Encuestas.

RELACION PORTADOR – ENFERMO (VIH/SIDA) 4,15 es a 1.

En Cuba, el índice de infección es muy bajo, la relación portador – enfermo es de 5 : 1; Esto se debe a la ejecución de nuestra estrategia en un momento epidemiológico oportuno que nos permite la detección relativamente rápida y precoz de los seropositivos. (40)

Según datos obtenidos mediante nuestro estudio, de los 67 pacientes con VIH estudiados solo 14 habían evolucionado hacia el SIDA, significando un 20,9 %.

Este porcentaje (tabla 7) nos da la razón de que, de cada 4,15 pacientes con VIH, 1 evoluciona hacia el SIDA; por lo que el índice de relación portador – enfermo en nuestro municipio está por encima de la media nacional; (41) dando la medida de que hay que seguir trabajando, para evitar que los pacientes con VIH se sigan complicando o enfermando.

TABLA 8

PROPORCION SEGÚN FORMAS DE CONTAGIO

FORMAS DE CONTAGIO	No. DE CASOS	%
PARENTERAL	0	0
SEXUAL	65	97
AUTOINOCULADOS	0	0
TRANSPLACENTARIO	2	3
TOTAL	67	100

Fuente: Encuestas.

La forma de transmisión del VIH en los casos encuestados de nuestro trabajo nos brindó la información de que la transmisión sexual es la forma de contagio más importante con un total de 65 casos (tabla 8), ya que los otros dos pacientes fueron infectados por vía transplacentaria, o sea que estos dos niños tenían ambos padres enfermos, y decidieron por propia voluntad tenerlos; sabiendo el riesgo que corrían esos pequeños, al nacer, desde antes del embarazo.

No encontramos pacientes infectados por autoinoculación y/o parenteral; y revisando la literatura internacional no se recogen datos de casos autoinoculados, (42, 31) llamando mucho la atención, ya que en años anteriores habían pacientes infectados por estas vías en nuestra provincia (de 1989 a 1998 hubo 4 casos). Las relaciones sexuales desprotegidas siguen siendo la principal fuente de transmisión de la enfermedad, de ahí que hay que insistir en el uso del preservativo en todas las parejas y relaciones sexuales, para lograr la prevención de la transmisión de las ITS/VIH/SIDA. (42, 43)

TABLA 9**PRINCIPALES SÍNTOMAS Y SIGNOS**

SINTOMAS Y SIGNOS	No. DE CASOS	%
ASTENIA	6	8,9
DIARREA	10	14,9
SUDORACIÓN	3	4,4
TOS Y ESPECTORAC.	3	4,4
LESIONES DE PIEL	3	4,4
ESPLENOMEGALIA	4	5,9
ADENOPATÍAS	8	11,9
ALOPECIA	0	0
FIEBRE	15	22,3
PÉRDIDA DE PESO	4	5,9
ANOREXIA	5	7,4
ARTRALGIA	0	0
HEPATOMEGALIA	2	2,9
MANIFEST. OCULARES	0	0
HEMOPTISIS	1	1,4
MIALGIAS	0	0
MANIFES. NEUROLÓG.	3	4,4
TOTAL	67	100

Fuente: Encuesta

En nuestros pacientes estudiados aparecieron con más frecuencia la fiebre, diarreas, adenopatías, astenia, anorexia, pérdida de peso y esplenomegalia; seguido por otras como tos y expectoración, sudoración, lesiones en piel y la manifestaciones neurológicas; los otros síntomas y signos no fueron frecuentes, y algunos no estuvieron presentes (tabla 9).

Pero no solo se diagnosticaron los casos por los antecedentes epidemiológicos y por la sintomatología presentada, sino que también se realizaron, a todos los pacientes, complementarios que nos ayudan y al final, definen el diagnóstico de la enfermedad.

Dentro de los principales complementarios indicados y realizados a los pacientes estuvieron las pruebas serológicas de detección de anticuerpos contra el VIH, entre estas se encuentran la **Enzime Inmuno Sorbent Assay (ELISA)** y el **Western blot**, cuyas efectividades son de 97% y de 0,001% respectivamente.

Estas pruebas se realizaron en nuestro municipio, ya fuere en los policlínicos, Hospital Provincial, o en el centro de Higiene y Epidemiología; luego fueron repetidas en la Habana, para un diagnóstico definitivo.

Para casos sospechosos de SIDA se realizó el **Conteo total de linfocitos T (CD4)**, los cuales se realizaron en el IPK para precisar la inmunología de los pacientes y saber la cifra exacta de los mismos; con lo cual se valoró el comienzo o no del tratamiento con antirretrovirales. (44) Además se hicieron otras pruebas menos específicas que las anteriores pero que nos ayudaron al inicio, a pensar en un posible contagio con el VIH. Dentro de estas estuvieron: la **Eritrosedimentación**, resultando acelerada; el **Leucograma con diferencial**, donde el conteo de leucocitos estuvo por debajo de 5, (leucopenia, con el diferencial a predominio de linfocitos) la **VDRL** (serología), que nos permite a hacer diagnóstico diferencial con la sífilis; y la **LDH**, marcador que resultó elevado en todos los pacientes estudiados (sobre los 500). En fin, todas estas pruebas se realizaron en nuestro país y provincia, con excelentes resultados. (44)

TABLA 10**CASOS CON ENFERMEDADES OPORTUNISTAS**

ENFERMEDADES OPORTUNISTAS	No. DE CASOS	%
TB PULMONAR	1	9,1
TB EXTRAPULMONAR	0	0
HERPES SIMPLE	0	0
HERPES ZOSTER	0	0
POLINEUROPATIAS	1	9,1
CANDIDIASIS ORAL	4	36,3
SARCOMA DE KAPOSI	1	9,1
CITOMEGALOVIRUS	0	0
HISTOPLSMOSIS	0	0
CRIPTOCOCOSIS	0	0
COCCIDIOMICOSIS	0	0
LINFOMA DE HODKING	0	0
AMIGDALITIS	0	0
NEUROTOXOPLASMOSIS	2	18,2
MENINGITIS ASEPTICA	0	0
ENCEFALITIS POR VIRUS LENTO.	0	0
PNEUMOCYSTIS JIRVECCI (NEUMONIAS)	2	18,2
TOTAL	11	100

Fuente: Encuesta

La incidencia de enfermedades oportunistas en los pacientes estudiados está encabezado por la Candidiasis Oral, seguida por la neumonía por Pneumocystis jirovecii y la Neurotoxoplasmosis, las menos frecuentes están mencionadas en la tabla No. 10 junto a las anteriormente mencionadas. (45, 43, 30) De los 67 pacientes estudiados con VIH, solo 11 de ellos presentaron enfermedades oportunistas, para el 16,4%; ya que los otros 3 pacientes con SIDA fueron diagnosticados por el conteo total de linfocitos T (CD4), sumándonos un total de 14 pacientes.

Los principales hallazgos encontrados en la investigación están con los reportes provinciales y nacionales sobre enfermedades oportunistas. (46) Vale señalar que el diagnóstico de estos eventos fueron realizados en nuestra provincia por nuestros médicos y laboratorios, a pesar de que hay escasés de recursos y tecnología.

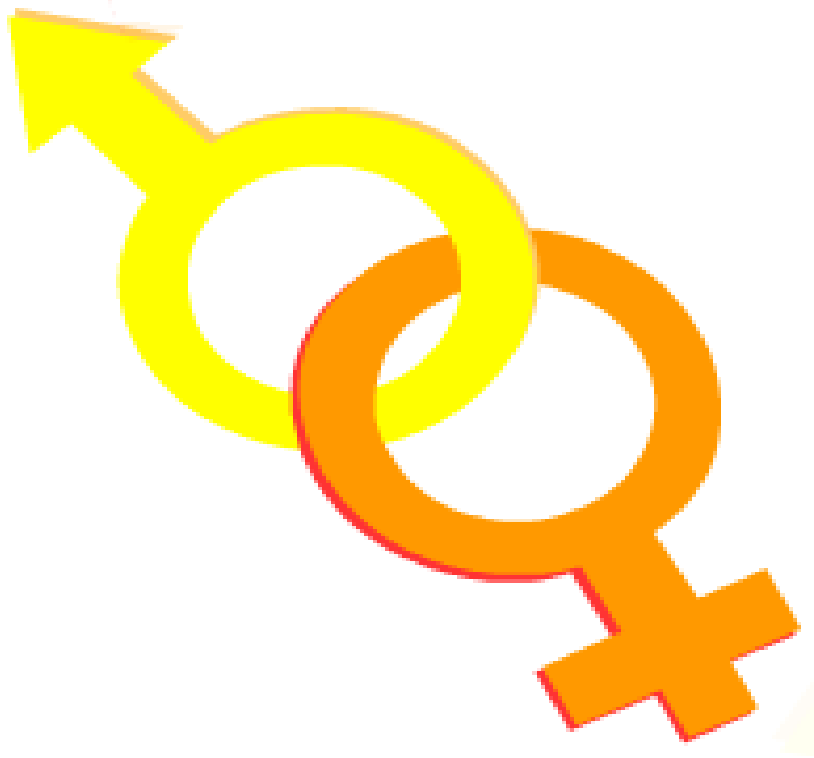
Otro dato importante en nuestro estudio fue la **tasa de prevalencia**, de la enfermedad en nuestro municipio por cada 100 000 habitantes. Conocimos que al tener nuestro municipio un total de 100300 habitantes y estudiándose un total de 67 pacientes, encontramos que la tasa de prevalencia es de **6,67 enfermos por cada 100 000 habitantes**.

Esta cifra está muy lejana de países del África, Latinoamérica o los Estados Unidos, donde la prevalencia del VIH/SIDA es mucho mayor; además está por debajo de otras provincias como Ciudad de La Habana, Matanzas y Villa Clara.

No obstante, es más elevada que hace 12 años en nuestro propio municipio (que fue de 2,59 por cada 100 000 habitantes) lo que nos demuestra que la prevalencia de esta dolencia ha aumentado significativamente en el municipio con relación a años anteriores.

(47, 41, 36, 7)

CONCLUSIONES



CONCLUSIONES

1 – La morbilidad por VIH/SIDA es mayor en pacientes entre 20 y 44 años y en el sexo masculino, dato que está en correspondencia con la bibliografía internacional.

2 – La mayoría de los pacientes afectados tienen un nivel de secundaria básica, evidenciando fallas en el programa de divulgación, prevención y promoción de salud acerca de la enfermedad, por parte de las autoridades pertinentes.

3 – Nuestro municipio tiene una morbilidad relativamente baja, pero esta es más significativa en las zonas urbanizadas, lo que sugiere una relación directa de la enfermedad con la expansión de las relaciones sociales.

4 – En correspondencia con los reportes existentes, el 68,6% de nuestros pacientes presentaron coexistencia o antecedentes de otras ITS, fundamentalmente de blenorragia, pero es evidente que existe un subregistro de estas enfermedades en nuestro medio .

5 – La situación de salud de estos enfermos está en relación directa con la conducta sexual inadecuada o de riesgo, ello nos hace ver que las personas aún no tienen conciencia de la importancia del uso del condón como barrera protectora contra las ITS/VIH/SIDA.

6 – El 56,7% de los pacientes infectados con el virus son homosexuales con conducta sexual desordenada, quedando demostrado que este grupo de personas está más expuesto a contagiarse.

7 – La gran mayoría de los pacientes estudiados se comportaron como portadores asintomáticos, y solo la quinta parte de ellos ha evolucionado al SIDA, demostrando que la evolución de los contagiados con VIH ha sido favorable.

8 – El contagio de la enfermedad se produce fundamentalmente a través de la vía sexual, por lo que deben continuar los manejos de salud sobre la utilidad y eficacia del uso del condón.

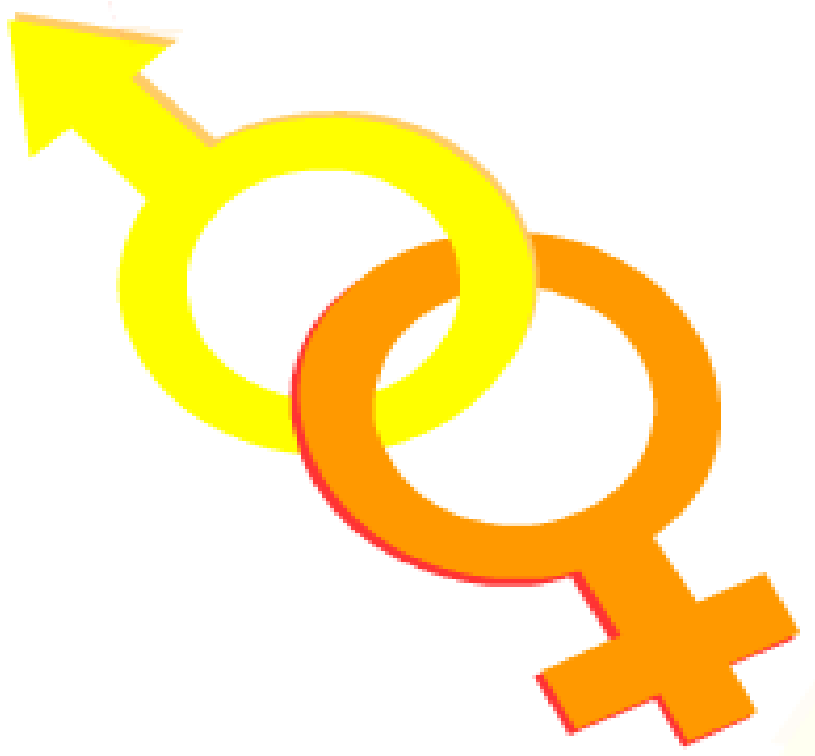
9 – El cuadro clínico de los pacientes evidencia que hay una gran variedad de síntomas y signos, pero predominaron la fiebre, las diarreas, adenopatías y las manifestaciones generales.

10 – Los complementarios que definieron el diagnóstico del VIH fueron La ELISA y el Western blot; y para los casos SIDA el conteo global de linfocitos T (CD4), todos ellos hechos en territorio nacional.

11- La Candidiasis oral, las enfermedades neurológicas y las respiratorias se muestran clínicamente como las enfermedades oportunistas más frecuentes, y la gran mayoría de ellas, han sido diagnosticadas y confirmadas por el personal de la salud calificado de nuestra provincia.

12 – La morbilidad por VIH/SIDA en nuestro municipio alcanza una tasa de 6,67 pacientes por cada 100000 habitantes, cifra que ha aumentado considerablemente en nuestro municipio en relación con años anteriores. .

RECOMENDACIONES



RECOMENDACIONES

1 – Continuar sistematizando y perfeccionando los métodos de divulgación para la promoción, prevención y control de la enfermedad.

2 – Mejorar el diagnóstico de otras ITS que pueden asociarse al VIH/SIDA.

3 – Sistematizar el conteo de CD4 de todos los pacientes en el IPK, de ser posible, cada seis meses, para prevenir complicaciones y así comenzar con tratamiento con antirretrovirales lo antes posible .

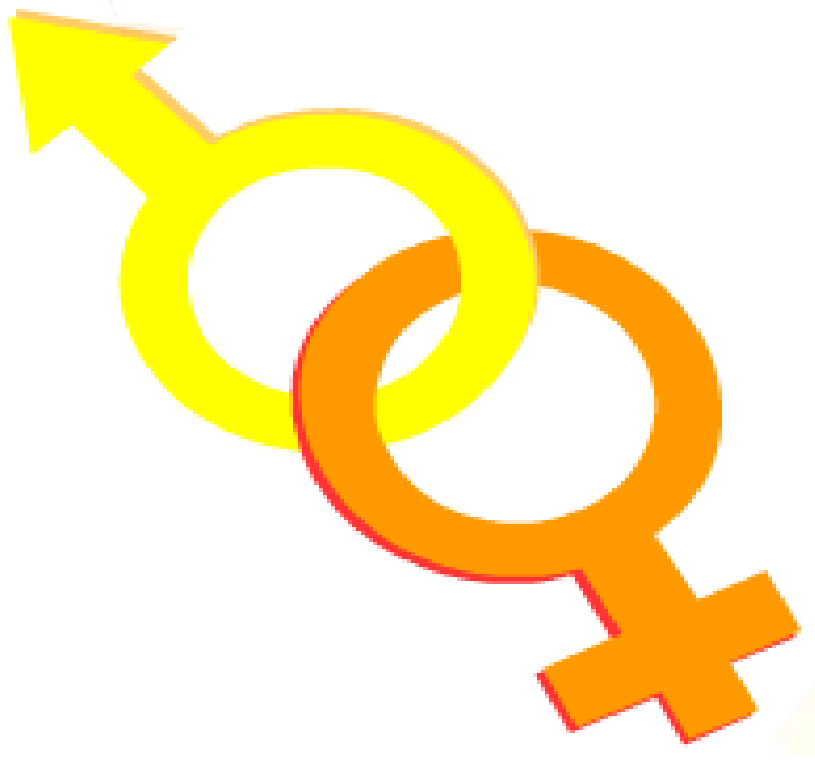
4 –Incrementar los mensajes sobre el uso del condón en todas las relaciones sexuales para evitar tanto las ITS, como el VIH/SIDA.

5– Realizar cada 6 meses, como mínimo, la prueba del VIH (ELISA) a todas las personas que se encuentran dentro de los grupos de riesgos, o con una conducta sexual inadecuada.

6 – Establecer coordinaciones oficiales con hospital de Ciego de Ávila para el ingreso en el servicio de atención al grave de los pacientes complicados o en estadio terminal para mejor atención y tratamiento.

7 –Divulgar en la población las formas de contagio y las principales manifestaciones clínicas de la enfermedad, para su mejor conocimiento, lográndose así una asistencia oportuna a los servicios médicos cuando sea necesario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alcamí J. Una breve historia del sida. *Enferm Infecc Microbiol Clín* [serie en Internet]. 2008[citado 12 oct 2010];26, Sup(11): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B94S7-4Y7KNHJ-1&_user=10&_coverDate=10%2F31%2F2008&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_origin=search&_sort=d&_docanchor=&_view=c&_searchStrId=1642839117&_rerunOrigin=scholar.google&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=5da9599773c4fd501b684659d61d5a93&searchtype=a.
2. Castro ZE. A 27 años del descubrimiento del VIH: breve historia de una nueva enfermedad del siglo XX. *Rev Medica Electron*[serie en Internet]. 2008[citado 12 oct 2010]; 30(4);[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol4%2008/tema17.htm>.
3. Rodríguez LA, Moreno LE, Bautista JD, Ardila AE, Numa EC, Caicedo P, et al. Prevalencia de infección por VIH/SIDA en hombres que tienen sexo con hombres. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2009;41(2):135-141.
4. Msamanga GI, Fawzi WW. The double burden of HIV infection and tuberculosis in Sub-Saharan Africa. *N Eng J Med*. 2007; 337(12):849-51.
5. Page MJ, Harrison KM, Wei X, Hall HI. "Federal funding for reporting cases of HIV infection in the United States, 2006". 2010;407(2):368 – 73.
6. Gottlieb MS, Campbell MG, Hawes SE, Nickle DC, Wong KG. HIV-1 Superinfection in the Antiretroviral Therapy Era: Are Seroconcordant Sexual Partners at Risk?[página en Internet]. plosone.org; 2009[citado 12 oct 2010]:[aprox. 9 pantallas]. Disponible en:

<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0005690>.

7. Group Says uniform measure define should define HIV/AIDS care. (No authors listed) Hosp Med. 2010 Jul – Sep; 20 (3): 104 – 7.

8. Pinching A. “Neumonía causada por *Pneumocystis carinii*” (NDC). Acción en SIDA. 2009;(5): 6 – 7.

9. Oksenhedler E, Cazals-Hatem D, Schulz TF. Transient angiolymphoid hyperplasia and Kaposi’s Sarcoma after primary infection with human herpes virus 8 in patient with human immunodeficiency virus infection. N Eng J Med. 2006; 338(22):1585-9.

10. Iwamasa T. “Epidemic and non-epidemic Kaposi Sarcoma. Diagnosis, Staging and Treatment”. Critical reviews in Oncologic and Hematology. 2007; 24: 153 – 63.

11. Havlir DV, Barnes PF. Tuberculosis in patients with human immunodeficiency virus infection. N Eng J Med. 2009; 340(5):367-73.

12. Torres R, Fiol J, Cameros L, Pérez J. “La infección por el VIH y la Tuberculosis en Cuba”. Bol. Oficina Panamericana”. 2006; 119(1): 66-7.

13. Druce N, Long S, Anderson K, Bianco M, Carrasco E. “Abordando la TB y el VIH”. Acción en SIDA. 2006; 16: 1 – 2.

14. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Alto a la Tuberculosis. Componentes de la estrategia y medidas de aplicación. Washington, DC: WHO, 2006.

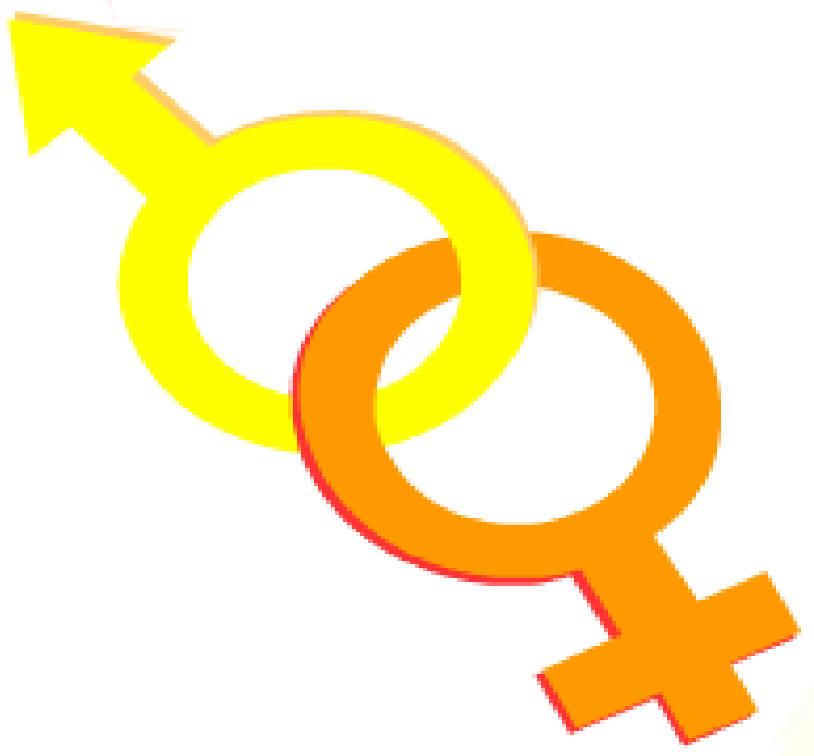
15. Miranda Gómez O, Fariñas Reinoso AT, Coutín Marie G, Nápoles Pérez M, Lara Fernández H, Bueno Marrero LE. Panorámica de la infección por el VIH en Cuba, 1986-2007. Rev Cubana Hig Epidemiol [serie en Internet]. 2009;47(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032009000200004&lng=en&nrm=iso&ignore=.html.
16. Steinbrook R. Providing antiretroviral therapy for HIV infection. N Eng J Med. 2007; 344(11):844-6.
17. Mugenyi PN. AIDS: the use of antiretroviral drug. Afric Health. 2008; 21(1):23-7.
18. Bozzette SA, Joyce G, McCaffrey DF. Expenditures for the care of HIV-infected patients in the era of highly active antiretroviral therapy. N Eng J Med. 2007; 344(11):817-23.
19. Pérez AJ, Villaverde A B. Pautas para la atención clínica a personas infectadas con VIH o enfermos de SIDA. Cuba; 2006.
20. Mylonakis E, Paliou M, Lally M, Flanigan TP, Rich JD. Laboratory Testing for infection with the human immunodeficiency virus: established and novel approaches. Am J Med. 2000; 109: 568-76.
21. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2008. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Junio, 24, 2009.
22. Elisalde B. "Pruebas serológicas de detección de anticuerpos Frente al VIH". SIDAPRES. 2008; (2): 11 – 13.
23. Hirschel B, Francioli P. Progress and problems in the fight against AIDS. N Eng J Med. 2006; 338(13):906-8.

24. Leppard B, Naburi AE. Herpes zoster: an early manifestation of HIV infection. *Afric Health*. 2008; 21(1):5-6.
25. Gallardo Pérez MA, Herrera Ceballo E. "Piel e Infección por VIH". En: Bosch García RJ, Herrera Ceballos E. *Trastornos mucocutáneos en el SIDA. Claves Diagnósticas y terapéuticas*, España; 2008. p.11 – 21.
26. Wulff AE. *Neuropatías Periféricas en la infección por VIH/SIDA*; 2009. p. 18-20.
27. Shiels MS, Pfeiffer RM, Engels EA. "Age at cancer diagnosis among persons with AIDS in the U. States". 2010 Oct ;153 (7): 477 - 9.
28. Marra CM. *Neurological complication of HIV infection*. University of Washington Seattle, WA. 2006.
29. Tirelli V, Errante D, Carbone A, Gloghin A, Vaccher E. "Malignant tumors in patients with HIV infection". *Critical reviews in Oncologic and Hematology*. 2007; 24: 165 – 84.
30. Martínez Gallegos P. *Infección del virus de inmunodeficiencia (VIH) y síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida (SIDA)*. Vigía (Santiago). 2006;8(22):26-29, 2005.
31. (33)Palella FJ, Delaney KM, Moorman AC. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *N Eng J Med*. 2009; 338(10): 553-60.
32. (46)Kahn JO, Walker BD. Current concepts: Acute human immunodeficiency virus type 1 infection. *N Eng J Med*. 2008; 339(1):33-9.

33. González NI, Díaz Jmanuel, Verdasquera CD, Pérez AJ. Programa de prevención y control de la transmisión vertical del VIH en Cuba: Enero de 1986 - diciembre de 2007. Rev Chil Infectol[serie en Internet]. 2010[citado 12 oct 2010]; 27(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182010000500006.
34. Temesgen Z, Selected Infections and Conditions Associated With HIV Infection. Chapter 12 HIV infection. Mayo Clinical internal Medicine Concise TextBook (2008).
35. Owili DM. Cutaneous manifestation of HIV infection in Africa. *Afric Health*. 2009; 21(2):19-22.
36. Sutcliffe B. "Las bases de una política racional contra el VIH/SIDA: un análisis comparativo internacional". *SIDAPRESS*. 2007; 6: 38 – 41.
37. (26) Schmidt C. "The cancer – HIV/AIDS". 2010 summer; 60 (2): 2 – 4.
38. Larrondo JR, Hernández JM, González AR, Larrondo RP. "Lesiones en los genitales externos, Enfoque diagnóstico y conducta". *Rev Cubana Medic Gen Integr*. 2008; 14(1):5 – 14.
39. Sastre Espada J. "VIH/SIDA derrotar prejuicios y reivindicar la solidaridad". *Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA*. Esp. 2006: 5.
40. Silvarino R, Cabrera S, Méndez E, Savio E. Infección por VIH y desarrollo de fenómenos autoinmunes. *Rev Med Urug*. 2010; 26(3):161-167.
41. Programa Nacional de Control y Prevención del VIH/SIDA. *MINSAP*. 2007: 1 – 3.

42. Karcesky S. "HIV/AIDS and neurologic diseases". 2010 sep.– oct; 125 (5): 718 – 27.
43. Revelo R, Peña A, Peña C. "Complicaciones Neurológicas y Psiquiátricas de las infecciones por VIH". Medico Intercambio. 2007;16: 452 – 57.
44. Constantine NT, Saville RD, Dax EM. Retroviral Testing and Quality Assurance: Essentials for Laboratory Diagnosis. Ann Arbor, MI: Malloy Printers; 2005.
45. Martínez Machin G. "Aislamiento, identificación e identificación de levaduras en pacientes con VIH con Candidiasis Oral". Rev Cubana Med Trop IPK. 2010; 49:174 – 180.
46. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, Programa Nacional de Lucha contra el Retrovirus del Humano, Sida y ETS; 2006.
47. Bozzette SA, Berry SH, Duan N. The care of HIV-infected adults in the United States. N Eng J Med. 2008; 339(26):1897-904.

ANEXOS



ANEXO 1.

1. CASO ÍNDICE No. _____

2. EDAD	Menor 15	_____	3. SEXO _____
	15 – 19	_____	
	20 – 29	_____	
	30 – 44	_____	
	45 – 59	_____	
	60 y más	_____	4. ÁREA DE SALUD (Policlínico.)

5. ESCOLARIDAD

Primaria	_____
Secundaria	_____
Preuniversitaria	_____
Universitaria	_____
Ninguna	_____

6. ANTECEDENTES DE OTRAS I.T.S.

Sífilis	_____
Blenorragia	_____
Condiloma	_____
Herpes Simple	_____

OTRAS (Cuáles) _____

7. CONDUCTA SEXUAL

Heterosexual	_____
Homosexual	_____

8. ESTADO DEL PACIENTE

Portador de VIH.	_____
Enfermo de SIDA	_____

9. FORMA DE CONTAGIO

Sexual	_____
Parenteral	_____
Transplacentario	_____
Autoinoculado	_____

10. PRINCIPALES SÍNTOMAS Y SIGNOS

Astenia _____ Anorexia _____ Pérdida de Peso _____ Fiebre _____

Sudoración _____ Diarreas _____ Alopecia _____ Artralgia _____

Mialgias _____ Tos y Expectoración _____ Hemoptisis _____

Hepatomegalia _____ Esplenomegalia _____ Adenopatías _____

Manifestaciones Oculares _____ Manifestaciones Neurológicas _____

Lesiones en Piel _____

OTRAS (Cuáles) _____

11. MÉTODOS COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Cuáles _____

12. ENFERMEDADES OPORTUNISTAS

TB. Pulmonar _____ Herpes Simple _____ Herpes Zoster _____

TB Extrapulmonar _____ Polineuropatías _____ Amigdalitis _____

Citomegalovirus _____ Pneumocystis Carinii _____ Histoplasmosis _____

Meningitis Aséptica _____ Coccidiomicosis _____ Neurotoxoplasmosis _____

Linfomas Hodgking _____ Criptococosis _____ Sarcoma de Kaposi _____

Encefalitis por Virus Lento _____ Candidiasis Oral _____

OTRAS (Cuáles) _____

ANEXO 2.

MODELO DE CONCENTIMIENTO INFORMADO.

Titulo del estudio: Morbilidad por VIH en el municipio de Ciego de Ávila en el período 2006 – 2010.

Yo, _____, natural de _____ en calidad de paciente, doy fe de que:

- 1 - He analizado la información que se me ha explicado sobre el estudio.
- 2 - He podido hacer todas las preguntas que me preocupan sobre este trabajo.
- 3 - He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.
- 4 - La información que se me ha brindado es comprensible y suficiente.
- 5 - Comprendo que mi participación en el estudio es voluntaria.

Puedo decidir retirarme de la investigación:

- 1 - Cuando lo desee.
- 2 - Sin tener que dar explicación.
- 3 - Sin que esto repercuta en mi atención médica.

He tenido contacto con:

Dr. _____ (autor)
Dr. _____ (tutor)

Los cuales me han explicado todos los aspectos relacionados con la investigación.

Toda la información pertinente está adaptada a mi nivel de entendimiento y estoy de acuerdo en participar.

Por todo lo planteado anteriormente, presto mi conformidad a participar en el estudio y como constancia firmo.

(paciente)

(firma)

(testigo)

(firma)

(fecha)

