



Cuba Salud

IV Convención
Internacional de Salud
17-21 de octubre, 2022

Estado del arte, mortalidad y tendencia en el debut clínico de sida

Ventura Puente Sani¹
Lázaro I. Romero García²
José Carlos Puente Hernández³
Vanessa M. Puente Hernández⁴

¹ Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso, Santiago de Cuba, Cuba, ventura@infomed.sld.cu

² Hospital Provincial Saturnino Lora Torres, Santiago de Cuba, Cuba, lazaroirg@infomed.sld.cu

³ Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso, Santiago de Cuba, Cuba, josecarlospuentehernandez@gmail.com

⁴ Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso, Santiago de Cuba, Cuba, vanessapuentehernandez@gmail.com

Resumen: La infección por VIH/sida continúa siendo un área de interés para la salud pública mundial, por la elevada morbilidad y mortalidad asociadas a esta infección. **Objetivos:** Caracterizar la incidencia del debut clínico de sida según variables epidemiológicas seleccionadas y precisar la magnitud de la mortalidad y la tendencia relacionada con el fenómeno de interés. **Método:** se realizó un estudio observacional y descriptivo, con estrategia longitudinal, para caracterizar el debut clínico de sida, según diferentes dominios en el Hospital General “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso”, de la provincia de Santiago de Cuba, en el periodo desde 2016 hasta 2020. **Resultado:** Se estimó un total de 90 enfermos con debut clínico de sida, constatándose que los dos últimos años (2019 y 2020) se identifican las mayores frecuencias porcentuales, con el 28,9 % y 26,7 %, respectivamente. La edad promedio de los enfermos fue de 39,2 años. Los grupos de edades preponderantes fueron los de 25 a 24 años (46,7 %). Dentro de las enfermedades oportunistas las neumonías y el desgaste biológico fueron las más representativas. La carga de mortalidad fue del 50,0 %. Se constató un incremento de los enfermos con debut de sida en los 15 años. **Conclusiones:** Se evidencia un incremento de los enfermos con debut clínico de sida en los últimos lustros, de manera sustancial y sostenida en el tiempo estudiado así como una importante carga de mortalidad en esta población de enfermos constituyendo un problema sanitario a tener presente en las estrategias de los sistemas locales de salud.

Palabras clave: síndrome de inmunodeficiencia adquirida, VIH/sida, infecciones oportunistas, diagnóstico tardío, debut clínico.

I. INTRODUCCIÓN

Han transcurrido más de tres décadas desde el inicio de la descripción de los primeros casos relacionados con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) hasta la actualidad; los avances alcanzados en el conocimiento, la vigilancia epidemiológica, así como en el control de la infección han sido extraordinarios. Sin embargo, esta entidad clínica infectocontagiosa sigue planteando importantes retos, tanto sociales como sanitarios, a expensas de personas que se diagnostican tardíamente, lo cual conduce a un aumento de la morbilidad y la mortalidad de estos casos, convirtiéndose en un importante problema de salud. Según reporte de la Organización de las Naciones Unidas relacionado con el sida (ONUSIDA), estimó que 37,6 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo en el año 2020. ⁽¹⁾

El seguimiento de pacientes con VIH en Cuba se realiza, en la actualidad, de forma descentralizada y ha concebido la atención a la respuesta de esta enfermedad con enfoque salubrista, insertado desde la Atención Primaria de Salud (APS) y centrado en las personas que viven con VIH, con participación intersectorial y de las «poblaciones claves», atendiendo a las necesidades propias de cada grupo. Cada vez es mayor el número de casos ingresados en hospitales generales, sobre todo a expensa de pacientes con diagnósticos tardíos de la enfermedad. Cuba reporta una dinámica ascendente en la epidemia por VIH/sida desde los años 90: con tasas de incidencia de 2,6 en 1990 se incrementó a 23,2 (tasa por millón de habitantes) en el 2020, situación que se mantiene en el 2018 y 2019 con tasas de 17,7 y 13,5 casos por millón de habitantes, respectivamente. ^{(2),(3),(4)}

Existe un grupo muy vulnerable que desconoce su condición serológica que por temor, autoestigmatización o discriminación, eluden ser registrados y diagnosticados con la enfermedad, por tanto, acuden al sistema sanitario con un fallo exhausto del sistema inmunológico, con la presencia de variadas infecciones oportunistas que, obviamente, llevan a la muerte al paciente, esto se conoce como «diagnóstico clínico tardío» o «debut clínico de sida». ⁽⁵⁾

El impacto y la magnitud de este fenómeno en el curso de la epidemia del VIH en Cuba, actualmente, siguen siendo desconocidos en su totalidad. ⁽⁶⁾ De ahí la importancia de este trabajo connotar el comportamiento de este fenómeno en la ciudad de Santiago de Cuba, por lo que nos propusimos caracterizar la incidencia del debut clínico de sida según variables epidemiológicas seleccionadas y precisar la magnitud de la mortalidad y la tendencia relacionada con el fenómeno de interés.

II. MÉTODO

Se realizó un estudio observacional y descriptivo en enfermos que cumplieron con el algoritmo de diagnóstico tardío según el Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH/sida y las hepatitis y que fueron atendidos en el Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso, en el periodo comprendido desde 2016 hasta 2020. La muestra aleatoria estuvo conformada por 90 enfermos con diagnóstico tardío de la enfermedad, registrados en la base de datos provincial del Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología de Santiago de Cuba y en el departamento de registros médicos de la institución de referencia. Para alcanzar los objetivos propuestos se estudiaron variables epidemiológicas, clínicas, presencia de enfermedades oportunistas, parámetros humorales: Conteo de

células T CD4 y Carga viral (CV). Para el proceso de obtención de los valores de linfocitos CD4+, se cuantificaron en un equipo de citometría de flujo (CyFlow™ Space) de la *Sysmex Europe GmbH*, diseñado para el análisis de células y recuento absoluto. Se determinaron los valores de carga viral por el sistema de *Cobas AmpliPrep (TaqMan 48)* de Roche®.

La mortalidad fue constatada a través de la tasa de letalidad de la subpoblación de enfermos seleccionada, al momento de concluida la recogida del dato primario, sobre la base del estado actual del enfermo (vivo o fallecido). La tendencia fue identificada mediante el método gráfico, que contempló un horizonte temporal de 15 años. (componente longitudinal). Se revisaron las historias clínicas de los pacientes involucrados en la investigación, que se encontraban en el archivo del departamento de registros médicos que posibilitaron la obtención de la información complementaria para el estudio de las variables propuestas.

Se creó una base de datos en soporte digital, con toda la información acumulada de las variables seleccionadas para el estudio y se procesó de forma computadorizada mediante los programas informáticos *Stat Graphics plus*®, versión 2.1, *Epinfo*®, versión 3.2 y el *SPSS/PC*®, versión 21.0, que permitieron el análisis y procesamiento estadístico del dato empírico. Para el análisis de los resultados se emplearon el promedio y la desviación estándar como medida de resumen para las variables cuantitativas y el porcentaje y la razón, como medidas de resumen para las variables cualitativas. Se computaron intervalos de confianza del 95 % (I.C 95 %) para proporciones de variables seleccionadas. Se utilizó el Test χ^2 de independencia para identificar asociación estadísticamente significativa entre los criterios de interés. Fue seleccionado un nivel de significación $\alpha= 0,05$.

III. RESULTADOS

Obsérvese en la tabla 1 la distribución de frecuencias de casos de debut/sida según años de estudio. Se estimó un total de 90 enfermos con debut clínico de sida, constatándose que los dos últimos años (2019 y 2020) identifican las mayores frecuencias porcentuales, con el 28,9 % y 26,7 %, respectivamente; es decir, uno de cada dos casos de debut/sida del quinquenio se contabilizaron en estos dos años.

Tabla 1 Distribución de frecuencias según año de diagnóstico de la enfermedad y estado actual

Año de diagnóstico de la enfermedad	Estado actual de la enfermedad			
	PVV con VIH/sida		Debut clínico	
	No.	%	No.	%
2016	274	20,8	14	15,5
2017	269	20,4	16	17,8
2018	290	22,0	10	11,1
2019	265	20,1	26	28,9
2020	218	16,7	24	26,7
Total	1316	100,0	90	100,0

Fuente: Dirección de Higiene y Epidemiología y Microbiología. Departamento de ITS/VIH/sida y hepatitis.

En la Tabla No. 2, la edad promedio de los enfermos de la actual serie de casos fue de 39,2 años (DE= 12,3 años); con valores extremos de 17 años (valor mínimo) y de 67 años (valor máximo). Los

grupos de edades más representativos resultaron ser los de 25 a 24 años (46,7 %) y de 45 a 64 años con el 38,9 %; (tabla 2). Hubo predominio de los enfermos del sexo masculino (73 varones *versus* 17 hembras), lo que representa que ocho de cada 10 enfermos fueron del sexo masculino (81,1 %). Para las categorías de la variable sexo se mantuvieron con predominio estos mismos grupos de edades, en relación con el resto de las edades. Al ser una enfermedad que se transmite, fundamentalmente, por vía sexual, las edades más afectadas son las de mayor actividad sexual.

Tabla 2 Distribución de frecuencias según grupos de edades y sexo

Grupos de edades	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
De 15 a 24 años	5	29,4	7	9,6	12	13,3
De 25 a 44 años	7	41,2	35	47,9	42	46,7
De 45 a 64 años	4	23,5	31	42,5	35	38,9
De 65 y más años	1	5,9	0	0,0	1	1,1
Total	17	100,0	73	100,0	90	100,0

Fuente: Dirección de Higiene y Epidemiología y Microbiología. Departamento de ITS/VIH/sida y hepatitis.

La distribución de frecuencias según orientación sexual y sexo no evidenció, en la presente investigación, ningún enfermo transgénero. En relación con la práctica del sexo transaccional (PPTS) en la serie de interés según sexo, se precisó que un total de 20 enfermos (22,2 % del total; IC 95%: 13,3-31,3) realizaban esta práctica de forma constante en el tiempo, de ellos 15 eran hombres (75,0 %) y cinco mujeres (25,0 %). En cuanto a la orientación sexual (tabla 3) se identifica el predominio de los enfermos con orientación homosexual (47,8 %; IC 95%: 36,9 - 58,6 %), seguido de los heterosexuales (33,3 %; IC 95%: 23 - 43,6 %). El 82,2 % de los enfermos masculinos clasificaron como bisexuales u homosexuales (60 enfermos; IC 95%: 72,7 - 91,6 %).

Tabla 3 Distribución de frecuencias según orientación sexual y sexo

Orientación sexual	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Heterosexual	17	100,0	13	17,8	30	33,3
Bisexual	0	0,0	17	23,3	17	18,9
Homosexual	0	0,0	43	58,9	43	47,8
Total	17	100,0	73	100,0	90	100,0

Fuente: Dirección de Higiene y Epidemiología y Microbiología. Departamento de ITS/VIH/sida y hepatitis.

Dentro de las enfermedades oportunistas definatorias constatadas (tabla 4) se estimaron los mayores porcentajes para las neumonías (33,3 %; IC 95%: 23,0 - 43,6 %), el desgaste biológico, con el 16,7 % (IC 95%: 8,4 -24,9 %); la toxoplasmosis cerebral y la candidiasis orofaríngea y esofágica estuvieron presente en un 11,1 % (IC 95%: 4,0 - 18,1 %) respectivamente.

Tabla No.4. Distribución de frecuencias según presencia de infección oportunistas.

Presencia de enfermedades oportunista	No.	% ⁱ
Neumonías	30	33,3
Desgaste biológico	15	16,7
Neurotoxoplasmosis	10	11,1
Candidiasis orofaríngea y esofágica	10	11,1
Sarcoma de Kaposi	8	8,9
Tuberculosis pulmonar	8	8,9
Tumores malignos	6	6,7
Torulosis	4	4,4
Linfomas no Hodgkin	3	3,3
Sarna noruega	1	1,1

Fuente: Departamento de registros médicos. Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso.
ⁱ porcentaje calculado en base al tamaño muestral (n=90).

En el informe actual (tabla 5), los parámetros humorales de interés al ingreso de los pacientes con debut clínico de sida, estimándose un promedio de 135,4 células para los T CD4+ (DE= 108,4); con valor mínimo de cinco células y máximo de 658 células. La CV estimó un valor promedio aproximado de 876296,8 copias por mm³, con valores mínimo y máximo de cero y 10 millones, respectivamente; resultados que conducen al planteamiento del estado clínico y humoral de inmunodeficiencia severa de los enfermos estudiados.

Tabla No. 5. Distribución de frecuencias según parámetros humorales al ingreso.

Parámetros humorales	Media	D.E	Me	Valor mínimo	Valor máximo
T CD4+ ⁱ	135,4	108,4	119,5	5	658
Carga viral ⁱⁱ	876297	2354119	19150	0	10 000 000

ⁱ valores válidos (n=60; 66,7%). ⁱⁱ valores válidos (n=50; 55,6%).

Fuente: Dirección de Higiene y Epidemiología y Microbiología.
 Departamento de ITS/VIH/sida y hepatitis.

A partir de los nuevos desafíos y metas aún no cumplidas que enfrenta la humanidad, se hace necesario analizar y discutir la mortalidad por sida en la actual serie de casos. En lo referente a esta variable en el seguimiento de los pacientes en el quinquenio, según grupos de edades y sexo, se observó que la carga de mortalidad fue del 50,0 % (IC 95%: 39,1 - 60,8 %). El mayor monto porcentual de mortalidad se estimó en los grupos de edades de 25 a 44 años y de 45 a 64 años, que ambos totalizan el 91,1 %.

En lo referente al sexo (tabla 6), se precisa relación estadísticamente significativa entre esta variable y el estado al egreso (p= 0,0154), siendo evidente que el porcentaje de fallecidos es marcadamente superior en los enfermos masculinos (56,2 % IC 95%: 44,0 - 68,2 %) *versus* en los femeninos (23,5 %; IC 95%: 6,8 - 49,8 %).

Tabla 6 Distribución de frecuencias según orientación sexual y sexo

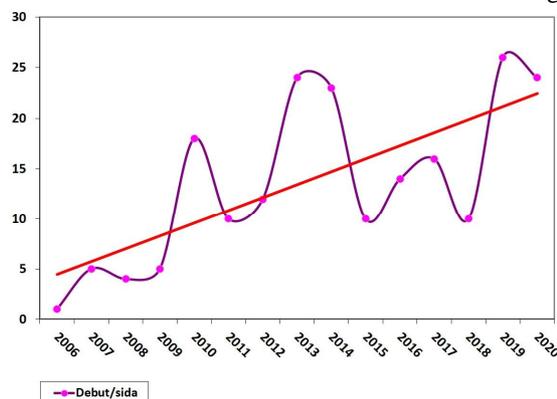
Sexo	Estado actual al egreso				Total	
	Vivos		Fallecidos			
	No.	%	No.	%	No.	%
Femenino	13	76,5	4	23,5	17	100,0
Masculino	32	43,8	41	56,2	73	100,0

Fuente: Dirección de Higiene y Epidemiología y Microbiología. Departamento de ITS/VIH/sida y hepatitis.

Los resultados de la presente investigación destacan que el 26,7 % (n= 24) de los pacientes fallecidos tenían una inmunodepresión severa (conteos de linfocitos T CD4+ inferior a 200 células/ μ L) y el 27,8 % (n= 25 enfermos) tenían estimación de la carga viral con elevada replicación del virus, expresión de un fallo clínico, virológico o inmunológico, todo lo cual fue connotado por la determinación del conteo de linfocitos T CD4+ por debajo de 200 cel/ mm^3 (el valor promedio de los T CD4+ fue de 145 células (DE= 148,6) y la carga viral plasmática superior a las 1000 copias/ml (CV promedio ascendió a más de dos millones de copias por mm^3 ; DE= 348893), a lo que se adiciona la no respuesta al tratamiento, se está en condiciones de plantear que los enfermos fallecidos de la actual serie, al momento del deceso, se encontraban en fracaso inmunológico.

En el gráfico siguiente se observa la ilustración en el tiempo (tendencia) de los enfermos con debut de sida desde 2006 hasta el 2020. En este periodo se diagnosticaron un total de 202 enfermos con debut clínico de la enfermedad. Es evidente el incremento sostenido, sobre la base de la inclinación ascendente de la línea de tendencia, de los enfermos con debut de sida en los 15 años que fueron analizados, con aumento porcentual considerable de la magnitud de enfermos entre el primer quinquenio del periodo (2006-2010; 33 enfermos) en relación con el último quinquenio (2016-2020; 90 enfermos), lo que permite estimar el incremento de los casos entre ambos periodos en el 53,3 %.

Gráfico No. 1. Tendencia de los casos de debut clínico de sida en Santiago de Cuba. 2006 – 2020.



Fuente: Dirección de Higiene y Epidemiología y Microbiología. Departamento de ITS/VIH/sida y hepatitis.

IV. CONCLUSIONES

Se evidencia un incremento de los enfermos con debut clínico de sida en los últimos lustros, de manera sustancial y sostenida en poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad, así como importante carga de mortalidad en esta población de enfermos, fundamentalmente en el sexo masculino, constituyendo un problema sanitario a tener presente en las estrategias de los sistemas locales de salud, teniendo en consideración la tendencia temporal sostenida al aumento de los casos en el territorio de referencia.

REFERENCIAS

1. Se solicita se utilice el Estilo Vancouver. Las referencias obtenidas de Internet deben incluir la fecha en que se consulta. ONUSIDA. Estadísticas mundiales sobre el VIH de 2020 [Internet]. Ginebra: ONUSIDA; 2021 [consultado 9/julio/2021]. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
2. Infomed. Anuario Estadístico de Salud [Internet]. Cuba: Infomed; 2020. [consultado 7/julio/2021]. Disponible en: <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electr%c3%b3nico-Espa%c3%blol-2019-ed-2020.pdf>
3. MINSAP. Plan Estratégico Nacional para la prevención y control de las ITS, el VIH y las hepatitis. Departamento del Programa de ITS-VIH/sida y hepatitis, MINSAP.2019-2023.
4. Gala A, Berdasquera D, Pérez J, Pinto J, Suárez J, Joanes J, *et al.* Dinámica de adquisición del VIH en su dimensión social, ambiental y cultural. *Rev Cubana Med Trop.* 2007 [citado 11 Mar 2011]; 59(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602007000200003&lng=es&nrm=%20iso &tlng=es
5. Puente Saní Ventura, Montoya Rivera Jorge, Oropesa Roblejo Pedro. Visión epistemológica del diagnóstico clínico tardío del sida en el proceso de formación del residente de medicina interna. *MEDISAN* [Internet]. 2015 Ene [citado 2021 Jul 07]; 19(1): 102-112. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000100014&lng=es.
6. Oropesa González Lisset, Sánchez Valdez Lizet, Berdasquera Corcho Denis, Gala González Ángela, Pérez Ávila Jorge Lorenzo, Isela Lantero María. Debut clínico de sida en Cuba. *Rev Cubana Med Trop* [Internet]. 2007 Ago [citado 2021 Jul 07]; 59(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602007000200009&lng=es