

Prevención y diagnóstico tardío de SIDA en Ciudad de La Habana, 1986-2007

Late prevention and diagnosis of the AIDS present in Havana City, 1986-2007

María Regla Bolaños Gutiérrez^I; Nereida Rojo Pérez^{II}

^IEspecialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Epidemiología. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología, La Habana, Cuba.

^{II}Doctora en Ciencias de la Salud. Máster en Salud Pública. Profesora Titular de la Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

RESUMEN

OBJETIVO: caracterizar la ocurrencia de los diagnósticos tardíos en personas con VIH y posibles fallas de la prevención en la atención primaria.

MÉTODOS: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, de los 422 casos ocurridos en la Ciudad de La Habana, en el período comprendido entre 1986-2007. La información se obtuvo de la base de datos nacional de casos VIH/SIDA del Ministerio de Salud Pública.

RESULTADOS: los casos de inicio clínico se incrementaron a partir de 1997, con un máximo en 2007, y los municipios con un mayor porcentaje de afectados son La Lisa, Plaza y Habana Vieja. Hubo un predominio del sexo masculino (91 %) con orientación sexual de hombres que tienen sexo con hombres (85,3 %); el grupo de edad más afectado fue de 40-44 años (20,4 %), y el 53,3 % son diagnosticados por la pesquisa de ingresos. Las entidades más frecuentes son, el desgaste por VIH (34,4 %), adenopatías generalizadas con CD₄ bajos (21,7 %), y neumonía por *Pneumocystis jiroveci* (16,0 %). En los últimos 10 años hubo un incremento de las defunciones y un 38,4 % fallecen el mismo año de su diagnóstico.

CONCLUSIONES: existen dificultades en el trabajo de prevención del VIH/SIDA, en la Atención Primaria de Salud.

Palabras clave: VIH/SIDA, debut clínico, infecciones oportunistas, diagnóstico tardío, prevención.

ABSTRACT

OBJECTIVE: to characterize the occurrence of late diagnoses in HIV-persons, and the possible failures in primary care.

METHODS: a cross-sectional and descriptive study was made of the 422 cases occurred in Havana City from 1986 to 2007. Information is from the national database of HIV/AIDS cases of Public Health Ministry.

RESULTS: cases of clinical beginning were increased from 1997, with a peak in 2007, and the municipalities with greater percentage of diseased include La Lisa, Plaza, and Habana Vieja. There was a predominance of male sex (91 %) with sexual intercourse from man to man (85,3 %); the more affected age group was that aged 40-44 (20,4 %), and the 53,3 % was that more diagnosed through admission inquiry. More frequent entities are: weakness by HIV (34,4 %), systemic adenopathies with low DC₄ (21,7 %), and pneumonia by *Pneumocystis jiroveci* (16,0 %). In past 10 years there was an increase of deceases, and the 38,4 % die during the same year of its diagnosis.

CONCLUSIONS: there are difficulties in prevention tasks of HIV/AIDS in Health Primary Care.

Key words: HIV/AIDS, clinical beginning, opportunistic infections, late diagnosis, prevention.

INTRODUCCIÓN

La salud pública en Cuba tiene como principal escenario y guía del modelo sanitario cubano, al espacio de la APS, cuya base radica en el policlínico y los consultorios de medicina familiar con un equipo multidisciplinario, donde el Médico y la Enfermera de Familia son elementos fundamentales de los procesos de seguimiento, información, educación y comunicación,¹ de la comunidad, parte esencial de la prevención y el control de cualquier entidad.

En 1984, con la creación del Médico y la Enfermera de la Familia y del especialista en medicina general integral, se produjeron modificaciones en la forma, contenido y práctica de la APS, se realizaron cambios trascendentales en la atención ambulatoria que repercutieron favorablemente en todo el sistema nacional de salud, y se impulsó un trabajo médico integral más dinámico y más ligado a la comunidad, que convirtió al binomio Médico-Enfermera de la Familia en el centro y célula fundamental de todo el sistema nacional de salud. Con el fin de ajustar el trabajo de los médicos y las enfermeras a su labor, se hizo necesario producir adecuaciones en los programas de salud y en las formas de su evaluación y control, se partió de premisas que tuvieran en cuenta el papel de *Guardianes y Promotores de Salud* que se les asignó, y la consagración al trabajo.

Las acciones sanitarias, ahora verdaderamente integrales, contemplan el enfoque higiénico-epidemiológico-clínico y social de los problemas de salud del territorio, y estos son identificados mediante una real investigación epidemiológica que, a partir

del desarrollo del modelo de APS en el consultorio, se dirige, ejecuta, evalúa y controla desde estos, y es realizada por el Médico de Familia y su enfermera, que trabajan muy cercanos al hogar, a las familias y a sus problemas, como parte integrante de su propia comunidad.

El Programa Nacional de Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA se inició desde 1986. Su objetivo fundamental: evitar que esta enfermedad se convierta en un importante problema de salud para la población cubana.² Sus componentes son: la vigilancia epidemiológica, la asistencia médica, la educación, el laboratorio y la investigación.

El diagnóstico precoz de la infección por VIH se realiza a través de la vigilancia epidemiológica, mediante la búsqueda activa de posibles casos infectados en grupos seleccionados de población, entre ellos: los captados, contactos de personas con VIH, individuos a los que se les diagnostica otra infección de transmisión sexual (ITS), donantes de sangre, gestantes, ingresos, reclusos e infección por tuberculosis, entre otros. Este proceso tiene la finalidad de diagnosticar, en etapas tempranas de la infección, aquellas personas portadoras del VIH. En este punto la prevención en APS juega un papel fundamental, pues contribuye a la detección de casos portadores asintomáticos de VIH, o en aquellas personas que ya presentan los síntomas del SIDA (enfermedades oportunistas) para diagnosticarlos e imponerles un tratamiento antirretroviral, y con esto, preservar su vida e impedir que continúe la transmisión de la enfermedad. Cuando esta vigilancia falla, se presentan personas que inician clínicamente con el SIDA, que si no son tratadas, en poco tiempo se verán aquejadas con alguna de las enfermedades oportunistas que caracterizan el síndrome, y pueden, incluso, morir.

El rol del Médico y la Enfermera de Familia en este programa, es, esencialmente, la prevención, mediante la dispensarización a la población con conducta sexual de riesgo, para efectuar un chequeo periódico y consejería sobre el tema, y a la población en general brindarle educación preventiva mediante la promoción del sexo seguro y protegido (uso del condón). En el caso de las personas ya infectadas por el virus, se precisa de una correcta atención médica por parte del equipo de salud.

A pesar de la existencia del programa y de brindar información a la población sobre las ventajas de la detección temprana, se siguen reportando al servicio hospitalario individuos con una enfermedad definitiva de SIDA, es decir, que sus conteos de linfocitos TCD₄ son menores a 200 cel/mL. Estos pacientes, a los cuales se les ha agrupado como *diagnóstico tardío de SIDA*, llegan a la consulta médica con un sistema inmune agotado y una alta replicación viral, situación que, acompañada de una falta de terapia antirretroviral o de instauración tardía de esta, conduce a la muerte a un gran porcentaje de casos.

La infección por VIH no implica necesariamente que la persona vaya a desarrollar la enfermedad. En esta fase el individuo se considera seropositivo o portador, es erróneo considerar a la persona infectada con el VIH como un enfermo de SIDA. De hecho, se tiene constancia de que algunas personas han sufrido una infección por VIH durante más de 10 años sin que, durante ese tiempo, hayan desarrollado ninguna de las manifestaciones clínicas que definen el diagnóstico de SIDA.³

El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Atlanta (CDC) ha establecido la definición siguiente para el diagnóstico del SIDA: en un individuo VIH positivo el recuento de linfocitos TCD₄ debe ser menor a 200 cel/mL, o el individuo debe presentar alguna manifestación clínica definitiva de SIDA, como, infecciones

oportunistas por *Pneumocystis jiroveci* (PCP), candidiasis oral, tuberculosis pulmonar, o carcinoma invasivo de cuello uterino en la mujer, entre otros.⁴

En general se identifica el concepto de diagnóstico tardío por su denominación en la lengua inglesa *debut clínico*. La palabra *debut* se define como estreno, primera presentación. En el caso del SIDA la definición de *debut clínico*, consiste en la identificación de enfermedades oportunistas definitorias de SIDA o linfocitos TCD₄ menor de 200 cel/mL en aquellos pacientes que, entre su confirmación de serología VIH positiva y su clasificación como caso SIDA, hubiere transcurrido menos de un año (Soria C. Debut de SIDA: evolución clínica y efecto sobre la replicación viral y conteo de linfocitos TCD₄ entre 6 y 12 meses después de iniciada la terapia antirretroviral. [tesis]. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri". Ciudad de La Habana; 2005).

En Cuba, al finalizar el año 2007, se habían diagnosticado 9 039 personas con VIH, un total de 3 427 casos SIDA, y fallecidas por esta causa 1 550. En Ciudad de La Habana la cifra de infectados de VIH al cierre de 2007 era de 4 936 (54,6 %), más de la mitad de todo el país.⁵

La epidemia de VIH en Cuba está caracterizada por un crecimiento lento, concentrada en grupos específicos. Cada año se observa un incremento en el número de casos, por lo que si se quiere frenar y reducir su propagación e impacto, es necesario profundizar en los diferentes factores que inciden. Del mismo modo se identifica a la prevención como la base de la respuesta contra esta enfermedad, y la necesidad en esta lucha de reforzarla con elementos de atención, el apoyo y el tratamiento de los infectados (Ochoa R, Sánchez J, Duque I, Hernández M. Manual para médicos de familia sobre ITS/VIH/SIDA. Intervención Educativa. (8)79 Ciudad de La Habana; 2003).

En los últimos años se ha observado un incremento de casos que acuden al nivel secundario y terciario con enfermedades oportunistas y/o conteos de linfocitos TCD₄ bajos, sin haber tenido conocimiento previo de su estado seropositivo al VIH, y por tanto, la proporción de personas con el diagnóstico de *debut clínico*. Hasta diciembre de 2007 en el país se habían diagnosticado tardíamente con SIDA 650 personas, y de estas, 422 pertenecen a Ciudad de La Habana, lo que significa el 64,9 % (Informe de Balance Anual de ITS-VIH/SIDA. Ciudad de La Habana MINSAP, 2007) del total, y llama la atención que en los últimos 10 años el número de personas que son diagnosticadas en esta etapa de la infección se ha incrementado. Conocer los elementos que están influyendo sobre este fenómeno nos permite tratarlo y tomar las medidas necesarias para enfrentar mejor la infección —enfermedad de VIH— por lo que se consideró necesario realizar un estudio sobre los casos que se han presentado en la ciudad, con el propósito de caracterizar la ocurrencia de los diagnósticos tardíos en personas con VIH, así como las posibles fallas de la prevención en la atención primaria.

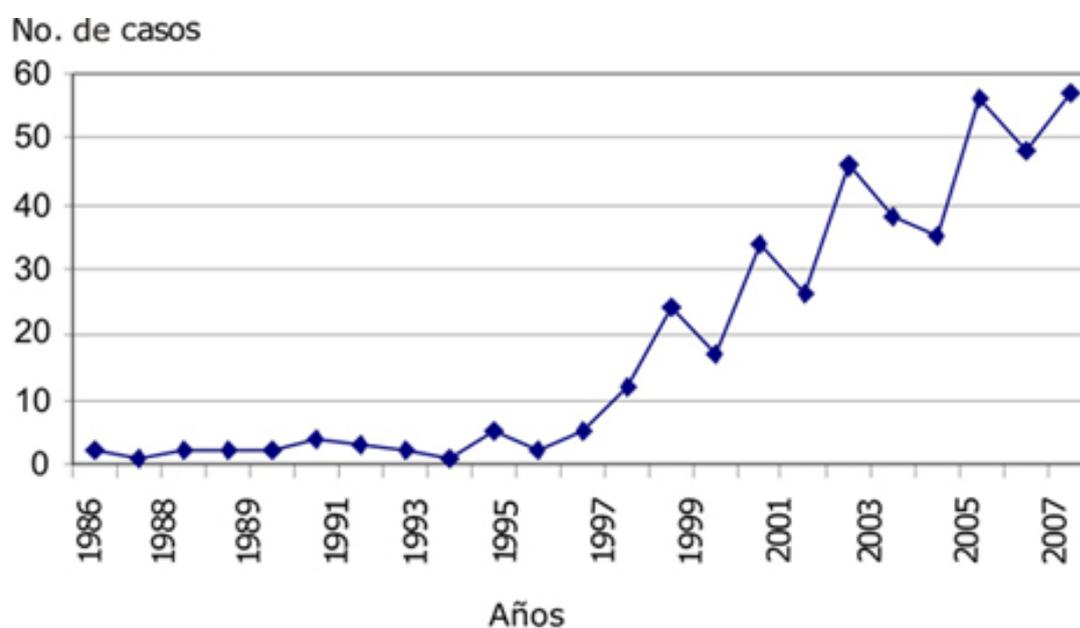
MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal del total de casos diagnosticados como *debut clínico* en la Ciudad de La Habana en el período de 1986 a 2007. Se utilizaron variables como: edad, sexo, orientación sexual, grupo pesquisa por el que se diagnosticaron los pacientes, municipio donde vivían en el momento de su diagnóstico, principales manifestaciones clínicas, enfermedad con la que comenzaron y estado vital.

La información se obtuvo de la base de datos nacional de casos VIH/SIDA del Ministerio de Salud Pública, y para el análisis se utilizaron medidas de resumen de frecuencias absolutas y relativas. Los resultados se presentan en forma de tablas y figuras elaboradas utilizando el programa *Microsoft Excel 2003*.

RESULTADOS

En Ciudad de La Habana desde el año 1986 hasta el 2007 se habían diagnosticado 422 casos de *debut clínico*, cuyo número de casos y por ciento comenzó su ascenso a partir del 1997, con un incremento notable en 2002 (45 casos), un descenso ligero en 2003 y 2004, para alcanzar la cifra más alta de diagnosticados en 2007 (57 casos) ([fig. 1](#)).



Fuente: Base de datos nacional de casos VIH/SIDA. MINSAP.

Fig. 1. Casos de *debut clínico* por años. Ciudad de La Habana, 1986 -2007.

De las 4 936 personas diagnosticadas con VIH en la ciudad en este período, 422 iniciaron como SIDA para un 8,5 % del total de diagnosticados. En todos los municipios se han presentado casos de *debut clínico*, pero los que exhiben un porcentaje más elevado son Plaza de la Revolución (12,0 %), La Lisa (11,9 %), Habana Vieja (10,2 %), Cerro (10,1 %), 10 de Octubre (10,0 %) y Centro Habana (9,4 %) ([tabla 1](#)).

Tabla 1. Frecuencia de casos de *debut clínico* por municipios

Municipios	Casos VIH+	<i>Debut clínico</i>	%
Playa	355	21	5,9
Plaza	374	45	12,0
Centro Habana	699	66	9,4
Habana Vieja	441	45	10,2
Regla	108	7	6,5
Habana del Este	312	18	5,8
Guanabacoa	162	9	5,6
SMP	328	19	5,8
10 de Octubre	590	59	10,0
Cerro	338	34	10,1
Marianao	285	25	8,8
La Lisa	201	24	11,9
Boyeros	252	11	4,4
Arroyo Naranjo	374	31	8,3
Cotorro	117	8	6,8
Provincia	4 936	422	8,5

Fuente: Base nacional de casos VIH/SIDA, MINSAP.

En cuanto al sexo, en los casos estudiados se observa un predominio masculino (91,4 %), que coincide con el mayor porcentaje de infectados en Ciudad de La Habana, como también, la orientación sexual a la que corresponde el mayor por ciento, es a los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), con 85,3 %.

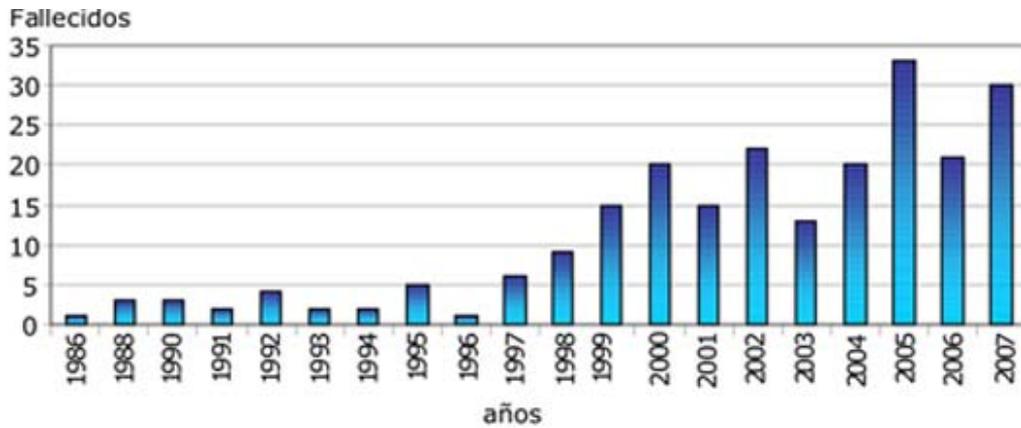
Los grupos de edades que presentan el mayor porcentaje de personas que iniciaron como SIDA son el de 40-44 (20,4 %), 30 a 34 (13,3 %), 35-39 años (19,0 %) y 50 y más, con 14,9 %.

Los grupos de pesquisa más frecuentes por los cuales se diagnosticaron las personas que iniciaron con SIDA son, ingreso 224 (53,1 %), captados 83 (19,7 %), contactos 42 (10,0 %) y espontáneos 34 (8,1 %). De los 422 diagnósticos tardíos, solo 82, es decir el 19,4 % estaban dispensarizados en el grupo de riesgo (personas con conducta sexual de riesgo).

Las manifestaciones clínicas habitualmente encontradas en los 389 casos de *debut clínico* que tenían información en su historia epidemiológica acerca de la sintomatología presentada cuando se diagnosticaron, fueron pérdida de peso (85,3 %), fiebre (71,5 %), síntomas respiratorios (62,0 %), diarreas crónicas (55,5 %), manifestaciones en piel y mucosas (18,8 %) y síntomas neurológicos (10,8 %).

En los casos estudiados las entidades que con mayor frecuencia afectan a las personas que iniciaron con SIDA son: desgaste por el VIH (35,4 %), adenopatías generalizadas y linfocitos TCD₄ bajos (21,7 %), neumonía por PCP (16,0 %), la neurotoxoplasmosis (9 %), y la cryptococosis (5,4 %).

De los 422 casos de *debut clínico* estudiados, habían fallecido 226 (53,5 %), ([fig. 2](#)), donde se evidencia que las cifras se incrementaron a partir del año 1998 con la proporción más alta de defunciones en 2005.



Fuente: Base nacional de casos VIH/SIDA, MINSAP.

Fig. 2. Casos de *debut clínico* fallecidos por años. Ciudad de La Habana, 1986-2007.

La [tabla 2](#) muestra el número de personas que comenzaron con SIDA que fallecen el mismo año de su diagnóstico (38,4 %), lo que significa que al ser diagnosticados tardíamente, disminuyó su supervivencia. Del año 1986 al 1996 el mayor por ciento de los casos de inicio fallecían en menos de un año. A partir del 1997, a pesar de que aumenta el número de *debut clínico*, es menor el porcentaje de fallecidos en tan corto período, aunque es significativo que en el año 2005 murió el 50 %, y en el 2007 un 45,6 % de los casos.

Tabla 2. Frecuencia por años de casos de *debut clínico* fallecidos en el año de su diagnóstico

Años	Debut Clínico	Fallecidos en el año	%
1986	2	1	50,0
1987	1	0	0,0
1988	2	0	0,0
1989	2	0	0,0
1990	4	1	25,0
1991	3	0	0,0
1992	2	2	100,0
1993	1	0	0,0
1994	5	2	40,0
1995	2	2	100,0
1996	5	1	20,0
1997	12	3	25,0
1998	24	7	29,2
1999	17	8	47,1
2000	34	12	35,3
2001	26	11	42,3
2002	46	17	37,0
2003	38	12	31,6
2004	35	14	40,0
2005	56	28	50,0
2006	48	15	31,3
2007	57	26	45,6
Total	422	162	38,4

Fuente: Base nacional de casos VIH/SIDA, MINSAP.

DISCUSIÓN

En la literatura revisada se plantea que el 5 % de los pacientes comienzan con SIDA aproximadamente a los 3 años de infección, en cambio el 12 % se mantendrán libres de esta entidad más de 20 años. En los pacientes estudiados se hace difícil analizar el tiempo que llevaban de infectados con el VIH, ya que en las encuestas epidemiológicas realizadas a los pacientes se precisa en muy pocos casos la fecha probable de contagio, lo que hace reflexionar sobre si esto es un fenómeno nuevo, o si es consecuencia de un diagnóstico tardío, y cuáles serían las causas que lo mantienen. Según estudios epidemiológicos que incluyen pacientes cubanos infectados por VIH 1, el periodo de incubación calculado, a partir de la fecha probable de contagio, tiene una media de 11 años, por lo que la posibilidad del diagnóstico tardío es real en los pacientes que se han estudiado.

Los eventos oportunistas no se presentan de modo homogéneo, ya que dependen de factores, como la vía de contagio, lugar donde se infectó y el grado de compromiso inmunitario, así las infecciones por citomegalovirus y el sarcoma de Kaposi tienen mayor incidencia en pacientes homosexuales, la histoplasmosis y la infección por *Mycobacterium aviar* son más frecuentes en Estados Unidos, mientras que la toxoplasmosis y la tuberculosis lo son en nuestro medio.

Para tratar de explicar el por qué de este ascenso en los últimos 10 años, se observó la ocurrencia de los inicios con respecto al total de seropositivos al VIH

diagnosticados por año, y corresponde con el incremento de personas con VIH en este período. Los municipios de mayor por ciento de *debut clínico* son Plaza, La Lisa, Cerro, pero no todos coinciden precisamente con los que históricamente han tenido el mayor número de casos diagnosticados en la ciudad, como sí es el caso de Habana Vieja, 10 de Octubre y Centro Habana. Estos resultados indican la necesidad de que en dichos municipios se cumpla cabalmente con los objetivos del programa en cuanto a control y prevención de la infección VIH/SIDA. En estos territorios el equipo de salud encabezado por el Médico de Familia debe realizar una pesquisa correcta a la población con conducta sexual de riesgo. En la práctica se ha constatado que ha existido inestabilidad del equipo de VIH/SIDA a nivel del área y del municipio, por lo general están incompletos, no tienen psicólogos, educadores para la salud, y existe fluctuación en los promotores formados para el trabajo de prevención, por lo que la realización de actividades educativas y preventivas sobre el tema, no ha sido todo lo eficaz que se esperaba.

Respecto al comportamiento del grupo etario, no hubo gran diferencia a lo reportado en la bibliografía, los grupos más afectados están en el rango de 25 a 49 años, que es la edad reproductiva y laboral, lo cual coincide con un estudio realizado en el IPK, sobre *debut clínico* en el año 2004 (Sánchez J. Debut Clínico e Inmunológico de SIDA. IPK, 2004. Tesis. Instituto "Pedro Kourí". Ciudad de La Habana, Cuba 2004), y otro estudio realizado en Montevideo, Uruguay, en el que la edad promedio fue de 35 años (Torales M, Cardoso A, Savio E. Histoplasmosis Diseminada en Pacientes VIH Positivos. Trabajos y revisiones. XI Congreso Panamericano de Infectología. Córdoba, 2003). Hay que señalar que en los últimos 5 años en la ciudad las tasas de infectados se han desplazado hacia edades menos jóvenes (de 35 y más), y en el año 2007 se halló un incremento de las personas de más de 50 años, grupo al que, por lo general, no van dirigidos los mensajes educativos con la misma intensidad que a los jóvenes.

El Programa Nacional de Control y Prevención del VIH/SIDA, para un mejor control de la epidemia, incluye la pesquisa a los grupos de riesgos de VIH, que contempla la captación de toda persona con una conducta sexual de riesgo. Sin embargo, en el presente estudio el sexo más afectado es el masculino, hecho que corresponde con las características de la epidemia en la ciudad y a nivel nacional, y dentro de este grupo, el mayor por ciento lo tiene el que practica una orientación sexual de HSH, que está considerado como uno de los grupos más vulnerables a la infección, por lo que se debe incrementar la calidad en la búsqueda activa de posibles infectados para disminuir los casos que se diagnostican en etapas tardías de la enfermedad. Además, dentro de la vigilancia, el control de foco juega un papel importante; una vez diagnosticada una persona con VIH, en su entrevista epidemiológica debe aportar su fuente de infección, es decir, la persona que probablemente lo infectó, así como todas aquellas que tuvieron relaciones sexuales con el seropositivo en un período de 10 años (contactos). En este aspecto hay numerosas dificultades, porque en muchos casos el diagnosticado con VIH desconoce quién lo infectó, no aporta en la entrevista suficientes contactos para seguir la cadena epidemiológica, e impedir que continúe la transmisión, por lo que esas personas pueden permanecer años sin conocer su diagnóstico, a menos que manifiesten síntomas de la enfermedad.

Al analizar los grupos de pesquisa por donde fueron diagnosticados estos pacientes, se observa que el mayor por ciento correspondió a aquellos que estaban ingresados en un hospital, lo que reafirma el fallo del sistema de atención primaria para captar tempranamente estos casos.

A pesar del acceso a los medios diagnósticos del VIH en todo el nivel de atención de salud y de la educación preventiva a la población, se han incrementado las

personas que asisten al médico, presentando sintomatología clínica de SIDA. En la revisión cuidadosa de las historias epidemiológicas de estos casos es frecuente que hayan asistido meses, o años atrás, a diferentes centros de atención médica con síntomas que nadie sospechó como SIDA y por ello no se le indicó el estudio de VIH. En la presente investigación se pudo determinar que el mayor por ciento de los pacientes no estaban dispensarizados por su consultorio médico, por lo que no se efectuaron los correspondientes estudios de control ni la educación preventiva.

Aproximadamente el 80 % de las personas infectadas por el VIH evolucionarán a SIDA en un plazo de 8-10 años, siempre y cuando no reciban tratamiento. De manera general, antes de que el paciente presente una enfermedad oportunista (marcadora o definitoria de SIDA), aparecen algunos síntomas y/o signos como fiebre, diarreas, marcada pérdida de peso corporal y candidiasis oral. Las manifestaciones clínicas más frecuentes presentadas por los pacientes en este estudio fueron la pérdida de peso, la fiebre, los síntomas respiratorios, las diarreas y las lesiones de piel y mucosas. Estos síntomas corresponden con lo descrito ampliamente en la literatura,⁶ además, coincide con otras investigaciones en las que se evidencia cómo se repite este síndrome clínico en pacientes que comenzaron con SIDA.

Luego de este período, si no hubiera tratamiento, aparecerán las enfermedades marcadoras del SIDA, que tienen una elevada mortalidad asociada, estas son:

- Neumonía por PCP, que suele ser la enfermedad más frecuente.
- Lesiones cerebrales por el parásito toxoplasma.
- Infecciones oportunistas producidas por hongos.⁷

Otros estudios reflejan que la enfermedad asociada con mayor frecuencia es la candidiasis oral y esofágica, por la inmunosupresión severa que presentan estos pacientes.⁸ Los resultados de la presente investigación muestran que la frecuencia con que se muestran las entidades que afectan a las personas que comenzaron con SIDA coincide con la bibliografía revisada.

La mortalidad por SIDA, al finalizar el 2007, era de 1 603 fallecidos en todo el país, y en Ciudad de La Habana fueron 744. Es conocido que a partir de 2000, año en que comenzó la producción de medicamentos antirretrovirales en Cuba, que facilita al 100 % de los pacientes enfermos de SIDA los tratamientos, comenzó una disminución en las cifras de defunción. También, a nivel internacional, se ha comprobado que los tratamientos antirretrovirales han reducido la incidencia de enfermedades oportunistas y aumentado significativamente la calidad y la esperanza de vida de los personas con VIH.⁸

Al analizar el estado vital de los 422 casos de *debut clínico*, se constató que han muerto 226, que significa el 53,5 %, y de estos el 38,4 % fallecieron el mismo año de su diagnóstico. Un estudio realizado en el Reino Unido e Irlanda demuestra que una tercera parte de los pacientes solo descubrieron que tenían el VIH cuando su conteo de linfocitos TCD₄ estaba en un bajo nivel, lo que los hacía muy susceptibles a las infecciones, y como consecuencia, fallecían en poco tiempo.⁹

Otro de los componentes del programa es la atención médica a las personas con VIH, que contempla un seguimiento por parte del equipo de salud de su policlínico, médico y enfermera de consultorio, donde deben realizarle consulta mensual y visita de terreno al hogar, el seguimiento por los estudios inmunológicos de linfocitos TCD₄ y carga viral, para controlar la aparición de enfermedades

oportunistas que den al traste con la vida del paciente. Cuando este seguimiento no tiene la periodicidad correcta, ya sea por negación del paciente a su enfermedad, temor a que se conozca su afección, o al rechazo y discriminación en los centros asistenciales, el paciente puede enfermar y morir en un breve lapso. Esto evidencia una vez más que el diagnóstico en un estadio inicial de la infección, un seguimiento periódico a las personas con VIH y el tratamiento oportuno contra las enfermedades oportunistas, reduciría las cifras de fallecidos.

El Programa Nacional de Control y Prevención del VIH/SIDA contempla el uso de indicadores para el análisis técnico de la epidemia de VIH a diferentes niveles del sistema de salud. En el caso de los *debut clínico* debe ser analizado y discutido el caso en el territorio, con la participación del equipo de ITS/VIH/SIDA del área y del municipio, y es imprescindible la intervención de la APS y los hospitales. Es fundamental identificar en cada caso las deficiencias de la atención médica que llevaron al diagnóstico tardío para lograr una óptima prevención de la infección del VIH.

El diagnóstico de personas con VIH que presentan manifestaciones clínicas o enfermedades definitorias de SIDA en Ciudad de La Habana, es un indicador negativo, sobre todo si se tiene en cuenta que son diagnósticos tardíos. Esto indica que no se está aplicando correctamente el Programa Nacional de Control y Prevención del VIH/SIDA en la APS para la captación adecuada de los casos, ya que en muy pocos pacientes se sospechó la infección de VIH, y en gran número se trataba de personas con conducta sexual de riesgo, lo cual conllevó a que más de un 55 % haya fallecido, a pesar que en Cuba se le brinda una atención médica gratuita a las personas viviendo con VIH y a la cobertura de tratamiento al 100 % de los enfermos de SIDA.

En la ciudad, a pesar del acceso a los medios diagnósticos del VIH en todo el sistema de atención de salud y de la educación preventiva a la población, se han incrementado los casos de diagnóstico tardío de SIDA en el período estudiado. A nivel de atención primaria subsisten dificultades en el trabajo de prevención del VIH, fundamentalmente en la vigilancia epidemiológica, en la que no es suficiente la pesquisa activa a los grupos vulnerables, por lo que el mayor por ciento de los *debut clínicos* son HSH, que son diagnosticados ingresados en un hospital con alguna enfermedad marcadora de SIDA.

El diagnóstico tardío de la infección por VIH incrementa el riesgo de continuar la propagación de la epidemia y disminuye la supervivencia de las personas afectadas, porque no se logra un seguimiento médico correcto ni un tratamiento eficaz y oportuno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Toledo J, Rodríguez P, Reyes M, Caraballosa M, Cruz A, Sánchez L. Fundamentos de la salud pública. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.p.17.
2. Torres R, Lantero MA. Acerca del programa de prevención y control de la infección por el VIH/SIDA en Cuba. RESUMED. 2000; 13(2): 76-9.
3. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Microsoft® Encarta® 2007 [DVD]. Microsoft Corporation; 2006.

4. CDC. 1993 revised clasification system for a suverllance case. Definition for AIDS among adolescents and adults. MMWK. 1993; 41(17): 1-17.
5. Ministerio de Salud Pública. Resumen estadístico de la epidemia de VIH/SIDA en Cuba hasta el 2007. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/doc/servicios/sida/resumen_estadistico_de_la_epidemia_de_vih_2006-2007.doc Consultado 19 de diciembre de 2008.
6. Sánchez J, Cancio I, Reymond V. Información básica sobre la atención integral a personas viviendo con VIH/SIDA. Cap. 2. La Habana: Ediciones Lazo Adentro; 2006.p.21.
7. Arias Gómez M, Requena Caballero I, Lema Devesa C, Suárez Dono J, Llovo Martínez J, Martino V. Meningitis simultánea por Candida y tuberculosis como debut de sida. AN. MED. INTERNA (Madrid). 2001; 18(9): 479-80.
8. CDC. USPH/AIDS. Pautas para la prevención de infecciones oportunistas en personas con VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. MMRR. 1999: 48(10).
9. Impacta Noticias sobre VIH/SIDA/ITS. No. 86. Diagnóstico de VIH llega muy tarde. Disponible en: <http://www.impactaperu.org/pages/news.htm> Consultado 26 de mayo de 2005.

Recibido: 9 de octubre de 2008.

Aprobado: 14 de octubre de 2008.

María Regla Bolaños Gutiérrez. Departamento de Control y Prevención de ITS/VIH/SIDA. Calle 21 y O, Vedado, municipio Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba.
E mail: mari.bolanos@infomed.sld.cu