

Caracterización clinicoepidemiológica de adolescentes con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida en aldeas de Guinea Ecuatorial

Clinical and epidemiological characterization of adolescents with acquired immunodeficiency syndrome in small villages in Equatorial Guinea

Dra. Dagmaris Arias Acosta,¹ MsC. Mariela Sosa Zamora,² MsC. Carmen María Berenguer Gouarnaluses,³ MsC. Migdia Pérez Pérez⁴ y Dra. Dulce María Mojena Orúe⁵

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Diplomado en ITS/VIH/SIDA y en Medicina Familiar y Comunitaria. Instructor. Policlínico Docente "30 de Noviembre", Santiago de Cuba, Cuba.

² Especialista de I Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al niño. Diplomada en Medicina Natural y Tradicional. Instructor. Policlínico Docente "Josué País García", Santiago de Cuba, Cuba.

³ Especialista de I Grado en Pediatría. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Primaria de Salud. Diplomado en Nutrición. Instructor. Facultad de Medicina No. 1, Santiago de Cuba, Cuba.

⁴ Especialista de I Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño y en Medicina Natural y Tradicional. Instructor. Policlínico Docente "30 de Noviembre", Santiago de Cuba, Cuba.

⁵ Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Psiquiatría. Instructora. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo de 480 adolescentes con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, pertenecientes a 2 aldeas de Guinea Ecuatorial, atendidos en un puesto de salud desde julio de 2005 hasta enero de 2007, a fin de caracterizarlos según variables clínicas y epidemiológicas. Entre los principales resultados sobresalieron: las edades de 15 a 17 años, el sexo femenino y los adolescentes en estadios III y IV de la infección. La candidiasis bucal, las neumonías bacterianas y la neumonía por *Pneumocystis carinii* constituyeron las afecciones asociadas más frecuentes, las 2 últimas de las cuales, además de la neumonía tuberculosa, devinieron las principales causas de muerte.

Palabras clave: adolescentes, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, candidiasis bucal, neumonía bacteriana, neumonía por *Pneumocystis carinii*, neumonía tuberculosa

ABSTRACT

A descriptive, longitudinal and prospective study was carried out in 480 adolescents with acquired immunodeficiency syndrome, belonging to two small villages in Equatorial

Guinea, attended in a health post from July 2005 to January 2007, in order to characterize them according to clinical and epidemiological variables. Among the main results were ages between 15 and 17 years, female sex and adolescents in III and IV stages of infection. Oral candidiasis, bacterial pneumonias and pneumonia by *Pneumocystis carinii* were the most frequent associated conditions, the two latter, besides tuberculous pneumonia, were the main causes of death.

Key words: adolescents, acquired immunodeficiency syndrome, oral candidiasis, bacterial pneumonia, pneumonia by *Pneumocystis carinii*, tuberculous pneumonia

INTRODUCCIÓN

El VIH/SIDA, desconocida hasta hace un cuarto de siglo, constituye la principal causa de defunción en todo el mundo. La infección-enfermedad por VIH/SIDA es una afección crónica transmisible de tipo progresivo y causa viral, en la cual se establece una relación muy diversa entre huésped y virus, que finalmente condiciona la aparición de procesos morbosos oportunistas o tumores raros, o ambos.¹

Actualmente se estima que hay unos 34-46 millones de personas infectadas y más de 20 millones han muerto ya de SIDA. África alberga las dos terceras partes de los afectados por este virus, lo cual representa 11 % de la población total mundial, donde aproximadamente 1 de cada 12 africanos adultos es seropositivo y la infección afecta más a la mujer que al hombre en una proporción de 12/10.^{1,2}

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un conjunto de signos y síntomas que provoca agotamiento del sistema inmunitario, no es hereditario, inhibe las células del sistema inmunológico y destruye de manera progresiva la capacidad del cuerpo de defenderse contra infecciones y ciertos cánceres.²

Los jóvenes adolescentes son especialmente vulnerables a la infección por el VIH, por el hecho de encontrarse en un período de transición en el que ya no son niños, pero no han llegado a la edad adulta, cuyo desarrollo social, emocional y psicológico es incompleto y tienden a experimentar con formas peligrosas de comportamiento, a menudo sin darse cuenta del peligro.³

Casi una tercera parte de las personas con VIH/SIDA tiene de 15 a 24 años de edad (unos 10 millones) y cada minuto 6 jóvenes menores de 25 años se infectan con el VIH. Los adolescentes que niegan el riesgo personal que tienen de contraer este virus pueden ignorar los mensajes de prevención, descartar su importancia o pensar que ellos no son los responsables de la protección.⁴

El estigma del VIH y la discriminación resultante, real o temida, han demostrado ser los obstáculos más difíciles para la prevención eficaz del VIH. Ambos factores reducen la eficacia de los esfuerzos para controlar la epidemia mundial y crean un clima ideal para que esta avance aún más.¹

MÉTODOS

Se efectuó un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo de 480 adolescentes (hasta 20 años) con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, previamente diagnosticados

durante su ingreso en el hospital de la región o mediante chequeo ambulatorio, pertenecientes a 2 aldeas de Guinea Ecuatorial, atendidos en un puesto de salud desde julio de 2005 hasta enero de 2007, a fin de caracterizarles según variables clínicas y epidemiológicas.

La información se obtuvo a través de la entrevista a los pacientes y de la revisión de las historias clínicas ambulatorias.

Se aplicó un instrumento creado al efecto donde se midieron las siguientes variables:

- Edad (en años)
 - a) 11 - 14: adolescencia precoz
 - b) 15-17: adolescencia intermedia
 - c) 18 - 20: adolescencia tardía
- Sexo
- Vías de contagio: vertical, sexual y parenteral
- Estadios clínicos al diagnóstico, enfermedades asociadas y causas de muerte

RESULTADOS

En la casuística (**tabla 1**), predominaron los adolescentes entre 15 y 17 años de edad (56,2 %) y el sexo femenino (56,6 % del total).

Tabla 1. *Adolescentes con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida según grupo etario y sexo*

| Grupo etario (en años) | Sexo | | | | Total | |
|------------------------|-----------|------|----------|------|-------|-------|
| | Masculino | | Femenino | | No. | % |
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| 11-14 | 35 | 7,2 | 47 | 9,8 | 82 | 17,2 |
| 15-17 | 128 | 26,6 | 142 | 29,6 | 270 | 56,2 |
| 18-20 | 46 | 9,6 | 82 | 17,2 | 128 | 26,6 |
| Total | 209 | 43,4 | 271 | 56,6 | 480 | 100,0 |

La vía sexual constituyó la principal forma de contagio (388, para 80,6 % del total) y se observó, además, que la mayoría de los adolescentes pertenecían a los estadios III y IV de la infección (103, para 21,4 y 298, para 62,1 %, respectivamente).

Al evaluar las afecciones asociadas más frecuentes se pudo apreciar predominio de la candidiasis bucal, dado por 240 pacientes (88,8 %), seguida por las neumonías bacterianas (202, para 74,8 %) y, en menor número, por la *Pneumocystis carinii* (45, para 16,6 %), resultados que fueron más relevantes en el grupo de 15 a 17 años de edad.

En la **tabla 2** puede observarse que entre las principales causas de muerte preponderaron la neumonía por *Pneumocystis carinii* (5,4 %), seguida por las neumonías bacterianas y las tuberculosas, dado por 3,5 y 2,9 %, respectivamente.

Tabla 2. Adolescentes con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida según causas de muerte

| Causas de muerte | 11-14 | | Edad 15-17 | | 18-20 | | Total | |
|--|-------|-----|---------------|-----|-------|-----|-------|------|
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| Neumonía por <i>Pneumocystis carinii</i> | 4 | 0,8 | 10 | 0,2 | 12 | 2,5 | 26 | 5,4 |
| Neumonía bacterianas | 6 | 1,2 | 8 | 1,6 | 3 | 0,6 | 17 | 3,5 |
| Neumonía tuberculosa | 3 | 0,6 | 6 | 1,2 | 5 | 1,0 | 14 | 2,9 |
| Síndrome de desgaste | 4 | 0,8 | 5 | 1,0 | 3 | 0,6 | 12 | 2,5 |
| Linfoma no Hodgking | 1 | 0,2 | 2 | 0,4 | 4 | 0,8 | 7 | 1,4 |
| Sarcoma de Kaposi | 1 | 0,2 | 2 | 0,4 | 3 | 0,6 | 6 | 1,2 |
| Meningitis por criptococcus | 2 | 0,4 | 1 | 0,2 | 3 | 0,6 | 6 | 1,2 |
| Total | 29 | 6,0 | 34 | 7,0 | 33 | 6,8 | 96 | 20,0 |

DISCUSIÓN

Las personas infectadas por el VIH/SIDA han aumentado en la región en los últimos 10 años, principalmente las mujeres. Los factores biológicos no son los únicos determinantes, aunque sí representan una función importante. En América Latina y el Caribe hay que descartar factores como la diferencia de estándares, el comportamiento social entre el hombre y la mujer en temas como la fidelidad conyugal, la migración desde las áreas rurales hacia los centros urbanos y la transmisión del VIH a la pareja por varones que practican bisexualidad.¹

Debido a su fisiología, las niñas y las mujeres jóvenes corren un riesgo cuatro veces mayor de contraer el VIH que los hombres. En esta serie el grupo de edad más afectado fue el de 15 a 17 años, con predominio del sexo femenino, resultados similares han encontrado algunos autores,⁵ quienes plantean que en algunos países de África subsahariana, las tasas de infección en féminas de 15 a 19 años de edad son de 5 a 6 veces más altas que en varones de los mismos grupos etarios.

Las niñas y las mujeres jóvenes son, desde el punto de vista biológico, social y económico, más vulnerables tanto a la infección, al sexo sin protección como al coercitivo;^{3,5} la adolescencia es un período en el que muchas personas experimentan, no solo con diferentes formas de relación sexual, sino también con las drogas. Aparte del riesgo asociado al uso compartido de agujas, se sabe que el alcohol y las drogas psicoactivas pueden influir también en el comportamiento sexual y aumentar el riesgo de que una persona contraiga la infección por el VIH u otra infección por transmisión sexual (ITS). El consumo excesivo de alcohol reduce las inhibiciones, aumenta la agresión, reduce la capacidad de uso de la información importante aprendida acerca de la prevención del SIDA y deteriora la capacidad de tomar decisiones en relación con la protección.⁷

La vía más importante de transmisión del VIH en el mundo es la sexual, tanto en relaciones homosexuales como heterosexuales.⁶⁻⁸ Así se corrobora en esta casuística, donde la mayoría de los adolescentes fueron contagiados por dicha vía.

Otros autores² también plantean que la epidemia ha tenido consecuencias importantes en la población adolescente y joven, al considerarse que en América Latina y el Caribe la mitad de todas las recientes infecciones ocurrieron en individuos menores de 25 años de

edad, generalmente contagiados por la vía sexual. Del total de casos notificados entre 1993-1997 en México, 1,6 % eran adolescentes que habían sido infectados por dicha vía.⁷

Al estar científicamente demostradas las formas de transmisión del VIH/SIDA, se pueden enfrentar los perjuicios que existen a su alrededor fundamentados en la ignorancia y el miedo. La estigmatización del este síndrome desde su aparición ha favorecido el surgimiento de posturas discriminatorias, relacionadas con la pandemia, que se manifiestan de forma aislada y con un carácter muy individualizado.^{4, 6}

La clasificación de la infección por VIH según estadios clínicos resulta de gran importancia, pues ofrece claridad en el pronóstico individual de cada paciente. Cuando los exámenes complementarios no están al alcance se puede hacer el diagnóstico clínico, que orienta en el tipo de tratamiento, incluso para empezar o cambiar los antirretrovirales.^{9, 10}

En esta investigación la mayoría de los adolescentes correspondían a los estadios III y IV de la infección, lo que denota que el SIDA evoluciona rápidamente en edades más tempranas, además de que en estas regiones los pacientes son diagnosticados en estadios avanzados por condiciones económicas, sociales, culturales y geográficas desfavorables.

La aparición de las diferentes infecciones oportunistas, llamadas enfermedades definitorias del SIDA, junto con el descenso de la cifra de linfocitos T CD4 son aspectos determinantes del diagnóstico clínico de la enfermedad. Los fallecimientos de personas con SIDA no suelen deberse a la infección por el propio virus, sino a la aparición de dichas infecciones o de ciertos tumores.¹¹

En esta serie primaron como principales causas de muerte la neumonía por *Pneumocystis carinii*, seguida por las neumonías bacterianas y las tuberculosas, lo cual demuestra que estos pacientes son propensos a las infecciones por su estado inmunológico deficiente; así lo refieren algunos autores,^{1 - 13} quienes encontraron también la aparición de procesos morbosos oportunistas.

Hoy en día los adolescentes de ambos sexos confrontan un riesgo serio de infección por el VIH, que a su vez causa el SIDA. A pesar de que existe un mayor entendimiento y conciencia, esta infección es una amenaza seria tanto para los adolescentes heterosexuales como para los homosexuales, pues cuando estos se toman ciertos riesgos, es más probable que se contagien con el VIH y que desarrollen el SIDA.¹⁴

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ONUSIDA/OMS. Resumen de la Situación Mundial del VIH/SIDA en el Mundo.2005 <http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/epi_update2005_es.pdf> [consulta: 28 noviembre 2009].
2. Rubinstein E. Infección por el virus de inmunodeficiencia humana en la adolescencia Arch Argent Pediatr 2003; 101(6):477.
3. Los niños, los adolescentes y el VIH/SIDA (No. 30) <<http://www.aacap.org/page.wv?section=Informacion+para+la+Familia&name=Los+Ninos%2C+Los+Adolescentes+y+el+VIH%2FSIDA+No.+30>> [consulta: 28 noviembre 2009].

4. Braverman PK. Enfermedades transmitidas por contacto sexual. En: Strasburguer VC. Medicina de la Adolescencia. Clin Med Norteam 2000; 4:857-66.
5. Cuando el sida tiene cara de mujer.
<http://www.enredando.org.ar/agencia.shtml?AA_SL_Session=957d785ecca25e0a&x=31527> [consulta: 28 noviembre 2009].
6. American Academy of Pediatrics. Sexually transmitted diseases in adolescents and children. En: Pickering LK. Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases. 25 ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics, 2000:138-47.
7. Prevención en la infección por VIH/SIDA. Una opción por la vida
<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-267-1-prevencion-en-la-infeccion-por-vih_sida-una-opcion-por-la-vi.html> [consulta: 28 noviembre 2009].
8. Varghese B, Maher JE, Peterman T, Branson B, Steketee R. Reducing the risk of sexual HIV transmission: quantifying the per-act risk for HIV on the basis of choice of partner, sex act, and condom use. Sex Transm Dis 2002:29-39.
9. Gatell Artigas JM. Guía práctica del SIDA. 7 ed. Barcelona: Masson, 2002:47.
10. Información sobre la enfermedad del VIH.
<http://www.sfaf.org/informaciondelvih/index.html>> [consulta: 24 marzo 2009].
11. Benetuci J. SIDA y enfermedades asociadas. 2 ed. Buenos Aires: FUNDAI, 2001:171.
12. Pérez Pérez F, Álvarez González A, Chacón Asusta L, Amargos González GM, Villalón Oramas M, Rivero Villalón M, et al. Conociendo sobre VIH. Manual para médicos de familia y el personal de salud de Cuba. La Habana: Centro Nacional de Prevención de ITS/VIH/SIDA, 2004:11-42.
13. Cahn P, Dore G, Martínez E, O'Brien W, Tyndall M, Zala C. Progresos en la investigación clínica del SIDA. Actualizaciones en SIDA. Buenos Aires: Fundación Huésped, 2002: 10(38):97-107.
14. Detener el SIDA. Mantener la promesa <<http://www.mp3dseo.com/detener-el-sida-mantener-la-promesa/>> [consulta: 8 noviembre 2009].

Recibido: 10 de marzo de 2010
Aprobado: 18 de mayo de 2010

Dra. Dagmaris Arias Acosta. Policlínico Docente "30 de Noviembre", calle 10, esquina Miniet, reparto Santa Bárbara, Santiago de Cuba, Cuba
Dirección electrónica: msosa@medired.scu.sld.cu