

Caracterización de variables biosociales en la epidemia de VIH/SIDA en el Municipio Plaza de la Revolución, 1986-2010

Characterization of biosocial variables of the HIV/AIDS epidemic in the municipality of Plaza de la Revolución, 1986-2010

MsC. Tania Massip Nicot,^I Dra. Juliette Massip Nicot,^{II} MsC. Yuri Arnold Domínguez^{III}

^I Dirección Municipal de Salud, Municipio "Plaza de la Revolución". La Habana, Cuba.

^{II} Departamento de Registros Médicos. Hospital Clínico quirúrgico Docente "Calixto García Iñíguez". La Habana, Cuba.

^{III} Departamento de Epidemiología y Nutrición. Instituto Nacional de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: las infecciones de transmisión sexual constituyen un conjunto de enfermedades infectocontagiosas que se expresan clínicamente con distinta sintomatología, y que tienen diferentes etiologías.

Objetivos: precisar cuáles son los grupos poblacionales más afectados e identificar las principales características biosociales que presentan las personas que viven con VIH-sida (PVIH-sida) en el municipio Plaza de la Revolución.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo a través de la revisión de las historias epidemiológicas y las historias clínicas de 348 personas que han sido diagnosticadas con VIH-SIDA, que se atienden en la Consulta de Descentralización en el Municipio Plaza de la Revolución desde 1986 hasta 2010. El análisis estadístico consistió en el cálculo de las frecuencias absolutas y relativas, para cada una de las variables en estudio, con el paquete estadístico SPSS v.11,5. Las variables estudiadas fueron: grupos de edades, escolaridad, orientación sexual, grupos de pesquisas, retrovirosis y área de salud.

Resultados: se hizo evidente que entre las edades de 20 a 39 años se encontró el mayor porcentaje de pacientes, tanto en el sexo femenino como en el masculino. El mayor porcentaje de PVIH-SIDA del municipio Plaza, se presenta en los niveles de enseñanza secundaria y preuniversitaria. Hubo un predominio de los pacientes homosexuales y bisexuales, pertenecientes todos al sexo masculino, seguido de la orientación heterosexual incluidos ambos sexos. En el caso de las mujeres todas resultaron heterosexuales. Uno de los principales factores de riesgo en este municipio lo constituyen los hombres que tienen sexo con otros hombres. En cuanto a las vías de diagnóstico, el de mayor incidencia resultó ser el de captado; le siguió el grupo de contacto e ingreso.

Conclusiones: se considera que deben analizarse los métodos de información para que haya un buen grado de percepción de riesgo de infección y comprensión sobre aspectos y conducta para la prevención de estas enfermedades, dirigido al sexo con otros hombres, así como en las edades de 20 a 39 años y en los policlínicos más afectados.

Palabras clave: VIH/sida, epidemiología, sexo, hombre.

ABSTRACT

Introduction: sexually transmitted infections are infectious contagious diseases characterized by a wide range of clinical symptoms and etiologies.

Objectives: Determine the most affected population groups and identify the main biosocial characteristics of people living with HIV-AIDS (PHIV-AIDS) in the municipality of Plaza de la Revolución.

Methods: a descriptive study was conducted based on a review of the epidemiological history and medical records of 348 patients diagnosed with HIV-AIDS and cared for at decentralized consultation services in the municipality of Plaza de la Revolución from 1986 to 2010. The statistical analysis consisted in the estimation of absolute and relative frequencies for each study variable, using the statistical software SPSS v. 11.5. The variables studied were age group, schooling, sexual orientation, screening group, retrovirus and health area.

Results: most patients were in the 20-39 age group. This applied to both sexes. The highest proportion of PHIV-AIDS in the municipality of Plaza were attending junior or senior high school. There was a predominance of male homosexual and bisexual patients, followed by heterosexual patients of both sexes. All female patients were heterosexual. One of the main risk groups in the municipality was men who have sex with other men. Most diagnoses were achieved by screening, followed by contact group and hospital admission.

Conclusions: information methods should be analyzed with a view to improving risk perception and disseminating knowledge about the characteristics of these diseases and the behavior required to prevent them. Efforts should be mainly directed to men who have sex with other men and the 20-39 age group, as well as patients from the most affected polyclinics.

Key words: HIV-AIDS, epidemiology, sex, man.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual constituyen un conjunto de enfermedades infectocontagiosas que se expresan clínicamente con distinta sintomatología y que tienen diferentes etiologías. Las reúne el hecho epidemiológico de adquirirse principalmente por contacto sexual, independientemente de la preferencia sexual, sin ser este el único mecanismo de transmisión; son evitables en la mayoría de los casos y pueden ser diagnosticadas en etapas tempranas.¹

El virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH), identificado por primera vez en 1981, se ha vuelto una de las enfermedades infectocontagiosas más temibles del pasado y presente siglo. Esta tragedia ha sido conocida en su dimensión real por su frecuencia de aparición, su ataque predominantemente a personas jóvenes o de edad mediana, su forma de diseminación por contacto sexual o por la sangre, el riesgo de infección de personas aparentemente sanas que son portadoras de la infección y, en muchos pacientes, la evolución implacable a el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) que concluye con la muerte.²⁻⁴

En los últimos años se han producido prometedores avances en las iniciativas mundiales para abordar la epidemia de sida, incluido un mayor acceso a los programas eficaces de tratamiento y prevención. Sin embargo, el número de personas que viven con el VIH-sida (PVIH-sida) sigue aumentando, así como el de defunciones causadas por sida. Un total de 39,5 millones de personas, vivían con el VIH en el 2006.^{5,6}

En muchas regiones del mundo, las nuevas infecciones por el VIH se concentran sobre todo entre los jóvenes (de 15 a 24 años). Entre los adultos de 15 años o más, los jóvenes representaron el 40 % de las nuevas infecciones contraídas en 2006.⁵

Las consecuencias sociales y económicas de la enfermedad han sido especialmente devastadoras en muchos países en desarrollo del África subsahariana, que soportan el 64 % de la carga mundial de la enfermedad. La epidemia también sigue creciendo rápidamente en Europa Oriental y Asia Oriental.⁷⁻¹³

En los últimos dos años, el número de personas que vive con el VIH aumentó en todas las regiones del mundo. El incremento más preocupante se registró en Asia oriental y en Europa oriental y Asia central, donde el número de personas que vivían con el VIH en 2006 fue una quinta parte (21 %) más alto que en 2004. Los 270 000 adultos y niños infectados por el VIH en Europa oriental y Asia central en 2006 dan cuenta de un aumento de casi el 70 % en relación con las 160 000 personas que contrajeron el VIH en 2004. En Asia meridional y sudoriental, el número de nuevas infecciones por el VIH se incrementó un 15 % en 2004-2006, mientras que en Oriente Medio y África del Norte aumentó un 12 %. En América Latina, el Caribe y América del Norte las nuevas infecciones de 2006 se mantuvieron en líneas generales al mismo nivel que en 2004.¹⁰⁻¹²

La epidemia más limitada en la región del Caribe, es la de Cuba, donde tanto la prevalencia nacional del VIH en adultos como la prevalencia en personas que solicitan tratamiento para infecciones de transmisión sexual fueron inferiores al 0,1 % [$< 0,2$ %] en 2005. En conjunto, alrededor del 80 % de los diagnósticos de VIH han correspondido a varones, y las prácticas sexuales peligrosas entre ellos constituyen el principal factor de riesgo de transmisión del VIH en el país.¹⁴⁻¹⁵

A pesar de los esfuerzos intensivos y satisfactorios para controlar la epidemia, el número de personas diagnosticadas de VIH ha aumentado desde 1996. Después de la introducción en 2001 de fármacos antirretrovíricos producidos localmente, las tasas anuales de mortalidad por SIDA han disminuido un 72 %, y las de infecciones oportunistas, un 76 %, mientras que el tiempo promedio de supervivencia después del diagnóstico de sida ha pasado de poco más de un año a cinco años.¹⁶⁻¹⁸

En Cuba durante el año 2006 la prevalencia de la enfermedad en el grupo de 15-49 años fue de 0,05 % y la incidencia de VIH de 9,9 por 100 000 habitantes, por otra parte la tasa de mortalidad por sida por millón de habitantes en el antes mencionado año, fue de 8,6, así como la incidencia de sida en dicho año fue de 2,4 por 100 000 habitantes.¹⁷

La atención a las personas que presentaban dicha enfermedad o eran portadores de la misma, desde el año 1986 hasta el año 1993 era la consiguiente:

- Sistema sanatorial como única variante de atención médica.
- Interconsultas de especialidades en hospitales seleccionados, Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí" (IPK) para la atención especializada y de los casos terminales y/o con complicaciones procedentes del Sanatorio de Santiago de las Vegas (SSV) y de otras provincias.
- A partir del año 1993 se pasó al Sistema de Atención Ambulatoria (SAA), dándosele atención comunitaria a cargo del médico de familia.
- Atención secundaria a cargo de especialistas de sanatorios y de otros servicios de los hospitales provinciales.¹⁹

Ante el mantenido incremento del número de PVIH-sida y el IPK tener que prestar atención clínica a la totalidad de los pacientes de Ciudad de la Habana y provincia Habana [UE1], además de la atención terciaria de todas las PVIH-sida del país, fue necesario establecer una serie de medidas con el propósito de optimizar la atención integral de salud a estas personas. Por esta situación a partir del año 2006 el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) de Cuba decidió acercar los servicios de salud al lugar de residencia de las personas; utilizar recursos humanos existentes en las provincias y potenciar su capacidad de respuesta; la multiplicación de conocimientos sobre VIH/sida a otros profesionales y mejorar la interrelación y coordinación entre los diferentes niveles de atención a estos pacientes en las provincias y municipios.

Con este trabajo se propone como objetivos precisar cuáles son los grupos poblacionales más afectados e identificar cuáles son las principales características biosociales que presentan las PVIH-sida en el municipio Plaza de la Revolución.

MÉTODOS

Se realizó un estudio epidemiológico observacional descriptivo y retrospectivo. El universo estuvo constituido por las 348 personas diagnosticadas con VIH-sida que se atienden en la Consulta de Descentralización del municipio Plaza de la Revolución, desde el comienzo de la epidemia en 1986 hasta el año 2010.

La muestra estuvo distribuida en los siguientes policlínicos: Rampa. (63 pacientes); Héroes de Corynthia (62); Vedado, (84); Héroes del Moncada (55); 19 de Abril (42); Plaza de la Revolución (25); Puentes grandes (17). Se revisó la información acumulada sobre la epidemia, las encuestas epidemiológicas y las historias clínicas de la consulta.

La información, fue procesada con el paquete SPSS para Windows, versión 11.5, el análisis estadístico consistió en el cálculo de las frecuencias absolutas y relativas, con lo cual se obtuvieron los porcentajes de acuerdo con las variables estudiadas: grupos de edades, escolaridad, orientación sexual, grupos de pesquias, retrovirus, áreas de salud; fueron expresadas en frecuencias absolutas y relativas, utilizando el (Estadígrafo G.).

RESULTADOS

En la tabla 1, se observa que el grupo de edad de mayor prevalencia fue de 30 a 39 años, (31,89 %), [UE1] entre ellos las mujeres representaron 6,32 %. Este grupo fue seguido por los de 20 a 29 años.

Tabla 1. Muestra estudiada según edad y sexo, Plaza de la Revolución, 1986-2010

| Grupos etario | M | % | F | % | Total | % |
|---------------|-----|-------|----|-------|-------|-------|
| 0 a 9 años | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10 a 19 años | 19 | 5,45 | 2 | 0,57 | 21 | 6,03 |
| 20 a 29 años | 93 | 26,72 | 16 | 4,59 | 109 | 31,32 |
| 30 a 39 años | 111 | 31,89 | 22 | 6,32 | 133 | 38,21 |
| 40 a 49 años | 50 | 14,36 | 11 | 3,16 | 61 | 17,52 |
| 50 A 59 años | 16 | 4,59 | 1 | 0,28 | 17 | 4,88 |
| 60 años y más | 3 | 0,86 | 4 | 1,14 | 7 | 2,01 |
| Total | 292 | 83,91 | 56 | 16,09 | 348 | 100 |

Fuente: Encuestas epidemiológicas.

Al analizar el nivel de escolaridad (tabla 2), tenían el nivel preuniversitario y secundario aprobado 41,37 % y 20,40 % de los pacientes, respectivamente. Por último, el nivel de escolaridad que menos porcentaje presentó fue el primario (3,44 %). Se analizó además la relación entre el nivel escolar y el sexo. Predominaron los hombres con escolaridad preuniversitaria (35,34 %) y secundaria (7,81 %). En el caso de las mujeres predominó el nivel preuniversitario (6,03 %). Para ambos sexos, el nivel que menos porcentaje tuvo fue el primario (hombres 3 % y mujeres 0,86 %).

Tabla 2. Escolaridad según sexo, Plaza de la Revolución, 1986-2010

| Nivel Escolar | M | % | F | % | Total | % |
|------------------|-----|-------|----|-------|-------|-------|
| Primaria | 9 | 2,58 | 3 | 0,86 | 12 | 3,44 |
| Secundaria | 62 | 17,81 | 9 | 2,58 | 71 | 20,40 |
| Preuniversitario | 123 | 35,34 | 21 | 6,03 | 144 | 41,37 |
| Técnico Medio | 44 | 12,64 | 13 | 3,73 | 57 | 16,37 |
| Universitario | 54 | 15,51 | 10 | 2,87 | 64 | 18,39 |
| Total | 292 | 83,91 | 56 | 16,09 | 348 | 100 |

Fuente: Encuestas epidemiológicas.

En cuanto al tipo de orientación sexual y su relación con el sexo, predominaron los homosexuales y bisexuales masculinos (73,27 %), seguidos de los heterosexuales incluidos ambos sexos (26,72 %). En el caso de los hombres, los homosexuales y bisexuales tuvieron mayor incidencia (73,27 %), que los heterosexuales masculinos (10,63 %) (tabla 3).

Tabla 3. Orientación sexual según sexo, Plaza de la Revolución, 1986-2010

| Orientación Sexual | Masculino | % | Femenino | % | Total | % |
|--------------------|-----------|-------|----------|-------|-------|-------|
| Homo-Bisexual | 255 | 73,27 | 0 | 0 | 255 | 73,27 |
| Heterosexual | 37 | 10,63 | 56 | 16,09 | 93 | 26,72 |
| Total | 292 | 83,91 | 56 | 16,09 | 348 | 100 |

Fuente: Encuestas epidemiológicas.

Se obtuvo que 66,95 % (n= 233) de las personas se encontraban en la fase de VIH y el resto padecía de sida (n= 115; 33,04 %). En la provincia, las PVIH constituyen 65,93 % y los enfermos con sida el 34,07 %, lo que demuestra valores muy similares. Desde el comienzo de la epidemia se reporta en el país un 38,75 % de pacientes enfermos con sida y 61,23 % son PVIH. Por lo que puede observarse en el municipio el porcentaje de enfermos de sida es similar al de la provincia e inferior al hallado a nivel nacional (tabla 4).

Tabla 4. Encuestados y su clasificación en VIH y sida, Plaza de la Revolución, 1986-2010

| Clasificación | Total | % |
|---------------|-------|-------|
| VIH | 233 | 66,95 |
| Sida | 115 | 33,04 |
| Total | 348 | 100 |

Fuente: Encuestas epidemiológicas.

En cuanto a los grupos de pesquisa reportados por los casos confirmados como seropositivos (tabla 5), se observa que dentro de los grupos de estudio, el más incidente resultó ser el de captado (29,31 %). Consideramos que este hecho

constituye un éxito para el municipio, pues traduce un óptimo trabajo realizado por el personal de salud sobre las personas que presentan conductas de riesgo. Le sigue a este, el grupo de contacto e ingreso (19,25 y 14,65 %, respectivamente).

Tabla 5. Casos confirmados como seropositivos por grupos de pesquisa y sexo, Plaza de la Revolución, 1986-2010

| Grupo de Pesquisa | M | % | F | % | Total | % |
|-------------------|-----|-------|----|-------|-------|-------|
| Contacto | 54 | 15,51 | 13 | 3,73 | 67 | 19,25 |
| Captado | 84 | 24,13 | 18 | 5,17 | 102 | 29,31 |
| Gestante | 0 | 0 | 4 | 1,14 | 4 | 1,14 |
| Emigrante | 1 | 0,28 | 0 | 0 | 1 | 0,28 |
| Donante de sangre | 32 | 9,19 | 1 | 0,28 | 33 | 9,48 |
| Recluso | 13 | 3,73 | 0 | 0 | 13 | 3,73 |
| Espontáneo | 33 | 9,48 | 5 | 1,43 | 38 | 10,91 |
| Ingreso | 45 | 12,93 | 6 | 1,72 | 51 | 14,65 |
| ITS | 30 | 8,62 | 9 | 2,58 | 39 | 11,20 |
| Total | 292 | 83,91 | 56 | 16,09 | 348 | 100 |

Fuente: Encuestas epidemiológicas.

En la tabla 6, se muestra los pacientes que presentaron síntomas de retrovirosis aguda por el VIH; existiendo un predominio que refirieron no haber presentado síntomas en esta fase (63,63 %).

Tabla 6. Reporte de Incidencia de Infección Primaria Sintomática al VIH, Plaza de la Revolución, 1986-2010

| Retrovirosis | Pacientes | % |
|--------------|-----------|-------|
| Sí | 21 | 31,81 |
| No | 42 | 63,63 |
| No recuerda | 3 | 4,54 |
| Total | 66 | 100 |

Fuente: Historias clínicas.

En la tabla 7, se observa la detección acumulada por áreas de salud predominando los mayores valores, en los policlínicos Vedado (24,13 %), y Rampa (18,10 %), respectivamente. Esto puede estar relacionado con áreas de mayor afluencia de turismo internacional y estar además, densamente pobladas.

Tabla 7. Detección acumulada por áreas de salud y sexo, Plaza de la Revolución, 1986-2010

| Área de Salud | M | % | F | % | Total | % |
|-----------------|-----|-------|----|-------|-------|-------|
| Rampa | 57 | 16,37 | 6 | 1,72 | 63 | 18,10 |
| Vedado | 69 | 19,82 | 15 | 4,31 | 84 | 24,13 |
| Plaza | 22 | 6,32 | 3 | 0,86 | 25 | 7,18 |
| Puentes Grandes | 14 | 4,02 | 3 | 0,86 | 17 | 4,88 |
| Moncada | 41 | 11,78 | 14 | 4,02 | 55 | 15,80 |
| Corynthia | 54 | 15,51 | 8 | 2,29 | 62 | 17,81 |
| 19 de Abril | 35 | 10,05 | 7 | 2,01 | 42 | 12,06 |
| Total | 292 | 83,91 | 56 | 16,09 | 348 | 100 |

Fuente: Historias clínicas.

DISCUSIÓN

La epidemia del VIH/sida en Cuba ha estado caracterizada por un incremento lento, y concentrada en grupos específicos (jóvenes adolescentes), mujeres y hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH). Cada año ocurre un crecimiento en el número de casos; por lo que si se quiere frenar y reducir la propagación y el impacto de esta, es necesario profundizar en los diferentes factores que inciden: sociales, culturales, políticos, económicos, psicológicos y de género.²⁰

Desde el año 2001, se decidió por el gobierno cubano y las autoridades del MINSAP, comenzar la producción de medicamentos antirretrovirales y su distribución a todos los necesitados del país. En Cuba el VIH/sida no constituye un grave problema de salud, debido a la voluntad política, al desarrollo del sistema social y de salud y a las estrategias que se implementan ante problemas que se comportan como pandemia. No obstante, motivados por el pleomorfismo de afecciones que caracterizan a las PVIH: este trabajo podría acercarnos más al conocimiento de esta situación de salud en el territorio.²⁰⁻²¹

Aunque el mayor porcentaje de casos con VIH-sida se encuentra en la provincia de La Habana, el municipio Plaza de la Revolución, no se encuentra entre los tres municipios más afectados, ocupa el cuarto lugar, por lo que es aconsejable realizar estudios del comportamiento de la epidemia de VIH-sida para poder prevenir en la comunidad, donde existe mayor vulnerabilidad y riesgo de la enfermedad.

Se hace evidente, que entre las edades de 20 a 39 años se encuentra el mayor porcentaje de pacientes en ambos sexos. Al parecer tanto en este municipio como en la provincia hay tendencia de mayor envejecimiento en los grupos de riesgo de la enfermedad por lo que son en estos grupos de edades en los que hay que orientar mejor el trabajo de prevención (tabla 2).

Se observa una relación masculino/femenino de 5:1, confirmando resultados encontrados en otros trabajos.²⁰⁻²¹ Llama la atención que similares resultados fueron encontrados por *Sorge* y otros, en un estudio realizado en la provincia de Santiago de Cuba, aunque en este trabajo el predominio entre estos dos grupos de edades estaba fundamentalmente en el grupo de 20 a 29 años.²² En el informe de ONU/sida se muestran gráficamente también una mayor prevalencia en las edades de 20 a 35 años.¹⁷

En el trabajo de *Cortés* y otros²³ encontraron que por grupo de edades, las mayores tasas las aportan los grupos de 20 a 24 años y plantean que los grupos de mayor edad no están exentos de adquirir la infección, ya que sus tasas se han elevado, aunque no llegan a ser como en los más jóvenes, 54,0 % de la tasa lo acumula La Habana.⁴

Otros trabajos²⁴ reportan que las edades predominantes encontradas fueron de 25 a 29 años en hombres (48,4 %) y de 35 a 39 años en las mujeres (39 %).

En la provincia Ciudad de la Habana, el predominio es en las edades de 30 a 34 años tanto en ambos sexos.²⁵ En el estudio realizado en Ciego de Ávila²⁶ aunque no se especifica sexo, se reporta un predominio de enfermos en las edades de 25 a 44 años.

Ibáñez y otros²⁷ refieren un trabajo similar realizado en el municipio 10 de Octubre donde la mayor prevalencia estuvo entre los 30 y 39 años, resultados similar al nuestro. Se demuestran la diversidad de comportamiento en un indicador, al parecer tan sencillo, como lo es la edad en diferentes regiones del país.

La escolaridad se comportó (tabla 2) de la siguiente forma: el 78,16 % de la muestra estudiada alcanzó un nivel escolar medio (secundaria, preuniversitario, técnico medio), estando en concordancia con niveles aceptables, gracias a la política educacional establecida por la revolución cubana y que ha favorecido a todos sin distinción de ningún tipo. Estos indicadores son similares a los indicadores nacionales, no así con respecto a la pandemia en el mundo, en que dista mucho el nivel escolar de los infectados en los que predomina un alto porcentaje de analfabetos, sobre todo en los países subdesarrollados y en vías de desarrollo.

A partir de estos resultados podría considerarse que si bien el trabajo educativo en relación con las enfermedades de transmisión sexual y el VIH-sida en los niveles de primaria, secundaria y preuniversitario han sido establecidos, debe analizarse si debe modificarse los métodos de cómo se lleva la información para que haya un buen grado de percepción de riesgo de infección y comprensión sobre aspectos y conducta para la prevención de estas enfermedades.

En la provincia de La Habana se ha encontrado igual resultado, lo que confirma la necesidad de adecuación de los programas.²⁵ El estudio realizado en Santiago de Cuba²² arrojó que los hombres predominaron (67 %) y que sólo contaban con nivel secundario y las mujeres con nivel preuniversitario.

En el trabajo de *Abrahantes* y otros, se reporta un predominio también de casos con nivel preuniversitario aprobado, con un 65,1 %.²⁴ En la investigación de *Gómez* y otros el nivel de escolaridad predominante fue la secundaria (43,4 %) y preuniversitario (26,3 %) por lo que el trabajo preventivo debe de orientarse más a estos niveles escolares.²⁵ En el trabajo de *Ibáñez*, en el municipio capitalino 10 de Octubre, también se reportó el mayor número de casos, con nivel universitario con un 44 %.²⁷ Se demuestra con estos resultados comparativos que cada provincia cuenta con problemáticas específicas.

En cuanto al comportamiento sexual; en este estudio, las mujeres fueron heterosexuales, lo que coincide con lo señalado por la literatura al respecto; donde actualmente se señala un aumento de la prevalencia de la enfermedad en esposas de hombres bisexuales y polígamos.¹⁴

En un estudio realizado²⁸ se encontró un predominio de HSH en un 73,4 % de la población estudiada. De forma similar, otro trabajo de cuatro años reportó un predominio de HSH significativo.²⁶

Un alto porcentaje de las personas diagnosticadas como seropositivas en el país son HSH, pero que se definen a sí mismos como heterosexuales y como tales no atienden los mensajes de las campañas educativas, son por lo tanto, más vulnerables y pueden contagiar a mujeres con las que mantienen una relación estable u ocasional.

La cifra de 72,4 % de HSH encontrada en la totalidad de los hombres estudiados en el policlínico Héroes del Moncada²⁹ es muy similar a la encontrada en este estudio, y además siendo inferior a la registrada para el país que es de 86,5 %; se considera un porcentaje alto para un municipio de salud. Esto significa que para esta área, uno de los principales factores de riesgo los constituyen las relaciones desprotegidas entre HSH, lo que concuerda con la opinión de especialistas que plantean que en estos momentos la epidemia cubana se concentra mayoritariamente en este grupo de riesgo.

En cuanto a los grupos de pesquisa de VIH en este trabajo, los contactos, tuvieron una relación con el sexo, pues 255 pacientes resultaron ser homosexuales y bisexuales, lo que pudiera explicar el predominio de la incidencia en este grupo comportamental y a su vez su relación con la evolución clínica.

De los casos estudiados, fueron pesquisados a partir de las ITS, en correspondencia con el comportamiento epidemiológico de estas entidades en el territorio, y su demostrada relación con la infección por VIH, pues las ITS ulcerativas favorecen el incremento de la posibilidad de adquirir el VIH/sida.³⁰⁻³³

En el grupo de los espontáneos, 37 pacientes fueron diagnosticados por esa vía, de ahí la importancia del incremento del conocimiento con respecto a la existencia de esta forma de pesquisa por vía anónima, pues ayudaría al diagnóstico precoz de enfermos que temen consultar al médico de forma espontánea.

En cuanto a la incidencia de infección primaria sintomática por retrovirosis aguda del VIH, en el artículo de revisión que *Schechter* publicó en los *Annals of Internal Medicine*, citado por el autor³⁴ analizó si la gravedad de los síntomas tenía algún valor de predicción en cuanto a la progresión de la enfermedad en la ausencia de una terapia antirretroviral. La conclusión fue que no es el máximo de la carga viral lo que tiene un valor predictivo respecto a la progresión, sino la seriedad de los síntomas. Este autor plantea que, al tratar a las personas que presentan estos síntomas de síndrome retroviral agudo, si ellos están tan graves que necesitan ser hospitalizados, o presentan una gran sintomatología aunque no requieran ingreso, la tasa de progresión para un conteo de células CD4 inferior a 250, ocurre uno a dos años después de la seroconversión.

Por lo tanto, la gravedad de los síntomas es sumamente importante. El máximo alcanzado por la carga viral no desempeña un papel preponderante en la progresión de la enfermedad, porque el virus puede tener una replicación muy rápida, pero si la persona tiene un buen sistema inmune, o llega a iniciar la terapia antirretroviral, se considera que esto en sí ya es un buen pronóstico.

Este indicador parece ser de mucha importancia actualmente y debe ser de obligado registro en la consulta clínica a estos pacientes, aun cuando debe continuarse investigando en este sentido.

El mayor porcentaje de pacientes se encontró en edades juveniles, en ambos sexos. Hubo un predominio de los pacientes homo-bisexuales. La mayor incidencia la reportó el grupo de pesquisa de captado. Existió predominio de pacientes que no presentaron síntomas de retrovirosis aguda por el VIH. Los mayores porcentos de PVIH-sida correspondieron a áreas densamente pobladas y relacionadas con mayor afluencia de turismo internacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. Infecciones de transmisión sexual: pautas para su tratamiento [Internet]. La Habana, Cuba: MINSAP; 2004 [citado 10 de oct. 2009]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/manual_its.pdf
2. Álvarez R. Enfermedades de transmisión sexual. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. Vol. II. La Habana: ECIMED; 2001.
3. Cancio I, Sánchez J, Reymond V, López V. Información básica sobre la infección por VIH-sida. En: Información básica sobre la atención integral a personas viviendo con VIH/sida. La Habana: CNP ITS-VIH-sida; 2006.
4. Roca R. Temas de Medicina Interna. Tomo I. La Habana: ECIMED; 2002.
5. Organización Mundial de la Salud. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. La epidemia del sida. Situación actual. Diciembre 2006 [Internet]. Ginebra: OMS/ONUSIDA; 2006 [citado 10 de oct. 2009]. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_epiupdate_es.pdf
6. Castilla J, Lorenzo JM, Izquierdo A, Lezaun ME, López I, Moreno-Iribas C, et al. Características y tendencias epidemiológicas de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH. En: Libro de Resúmenes del IX Congreso Nacional Sobre el Sida. Barcelona, 29-31 de marzo de 2006. Barcelona: Dirección General de Salud Pública; 2006.
7. Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: guidelines on construction of core indicators: 2008 reporting. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. April 2007 Geneva: UNAIDS; 2009. UNAIDS/07.12E/ JC1318E.
8. Nemoto T, Iwamoto M, Morris A, Yokota F, Wada K. Substance use and sexual behaviours among Japanese tourists, students, and temporary workers in Honolulu, Hawaii. AIDS Educ Prev. 2007 Feb; 19(1):68-81.

9. Mari-Dell'Olmo M, Rodríguez-Sanz M, Garcia-Olalla P, Pasarín MI, Brugal MT, Caylà JA, Borrell C. Individual and community-level effects in the socioeconomic inequalities of AIDS-related mortality in an urban area of southern Europe. *J Epidemiol Community Health*. 2007 Mar;61(3):232-40.
10. Castilla J, Sobrino P, Lorenzo JM, Moreno C, Izquierdo A, Lezaun ME, López I, Núñez D, Perucha M, R´kaina Liesfi R. Situación actual y perspectivas futuras de la epidemia de VIH y sida en España. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2006;29(1):13-26.
11. Barrasa A, Grupo EPI-VIH. Mecanismos de transmisión y lugar probable de adquisición de la infección por el VIH en inmigrantes. *Gac Sanit*. 2005;19 (Supl 1):22.
12. Bal B, Ahmed SI, Mukherjee R, Chakraborty S, Niyogi SK, Talukder A, Chakraborty N, Sarkar K. HIV infection among transport workers operating through Siliguri-Guwahati national highway, India. *J Int Assoc Physicians AIDS Care (Chic Ill)*. 2007 Mar;6(1):56-60.
13. Hobstová J, Vitous A. Infectious diseases of drug users in the Czech Republic. Discussion 141-3. *Cas Lek Cesk*. 2007;146(2):137-41.
14. Allman D, Adebajo S, Myers T, Odumuye O, Oguniola S. Challenges for the sexual health and social acceptance of men who have sex with men in Nigeria. *Cult Health Sex*. 2007 Mar-Apr;9(2):153-68.
15. Ahmed SG, Gamas MG, Kagu MB. Declining frequency of blood donation among elites in Maiduguri, Nigeria. *Afr J Med Sci*. 2006 Sep;35(3):359-63.
16. Pérez J. Informe del comportamiento en Cuba a ONU/sida; 2006. La Habana, Cuba: Ministerio de Salud; 2006.
17. Organización Mundial de la Salud. Situación de la epidemia de sida: Región del Caribe. Diciembre de 2006. Ginebra: OMS; 2006.
18. Ministerio de Salud Pública. Preparativos y organización de la reunión de 2006 dedicada al seguimiento de los resultados del vigésimo sexto periodo extraordinario de sesiones: aplicación de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/sida. Marzo 2006. La Habana, Cuba: MINSAP; 2006.
19. Ministerio de Salud Pública. Plan Estratégico Nacional ITS/VIH/sida 2001-2006. La Habana, Cuba: MINSAP; 2001.
20. Centro Nacional de Prevención ITS/SIDA. Manual metodológico. Trabajo de Prevención de las ITS/VIH/sida. La Habana: CNPITS/MINSAP; 2004.
21. Centro Nacional de Prevención ITS/SIDA. Manual para Promotores de Salud. La mujer en la Prevención del sida. La Habana: CNPITS/MINSAP; 2004.
22. Salmon Gainza SL, Moya Y, Fuentes E. Caracterización clínica, antecedentes y enfermedades más frecuentes en enfermos de sida. *Rev Sal Públ*. 2005;37(6).

23. Cortés A, García R, Lantero M, Gonzáles R, Suárez R. El VIH/sida en la adolescencia, Cuba, 1987 hasta abril 2004: un enfoque epidemiológico. *Rev Cubana Med [Internet]*. 2010 Mar [citado 10 de oct. 2009];49(1):1-6. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232010000100001&lng=es
24. Abrahantes Hernández LE. Intervención Educativa Para Reducir las ITS-VIH-sida Santa Clara, 2002-2003. En: *Memorias II Foro en VIH/SIDA/ITS del abril 7 al 12 de 2003*. La Habana: Palacio de las Convenciones; 2003.
25. Gómez R, Fernández R, Reyes R, Rumbaut R. Infecciones de Transmisión Sexual en Personas Viviendo con el VIH/sida. *Rev Cub Med Trop [Internet]*. 2006 sept-dic. [citado 10 de oct. 2009];57(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602005000300002&lng=pt
26. Nodarse JC, Alfonso S, Cossio Barrios A. Comportamiento y Tendencia de la epidemia de VIH/sida. Provincia Ciego de Ávila 1986-2001. Ciego de Ávila, Camagüey, Cuba: Centro Provincial de Higiene y Epidemiología/MINSAP; 2003.
27. Ibañez A, Corzos N, Puertas D, Martínez MD. Comportamiento de la epidemia de VIH/sida Municipio de 10 de Octubre 2000-2004. En: *VI Congreso de la Sociedad Cubana de Bioingeniería del 5 al 8 de julio de 2005*. La Habana: Sociedad Cubana de Bioingeniería; 2005.
28. Gil Lanz A, Rodríguez Delgado L. Enfermedades de transmisión sexual en el curso del VIH-sida. Santiago de las Vegas. *Rev Cubana Enfermer [Internet]*. 1999 Ago [citado 10 de oct. 2009];15(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191999000200006&lng=es
29. Casanova C. Situación epidemiológica de la infección por el VIH en el área de salud del policlínico "Héroes del Moncada". *Rev Cubana Enfermer [Internet]*. 2006 Jun [citado 10 de oct. 2009];22(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000200003&lng=es
30. Garber M, Hanusa BH, Switzer GE, Mellors J, Arnold RM. HIV-infected African Americans are willing to participate in HIV treatment trials. *J Gen Intern Med*. 2007 Jan;22(1):17-42.
31. Barrasa A, Castilla J, Romero J, Pueyo I, Armas C, Varela JA, Ureña JM, Grupo EPI-VIH. Prevalencia de VIH entre las personas de ocho ciudades españolas que se realizan la serología tras exposiciones heterosexuales, 1992-2003. *Rev Esp Salud Pública*. 2004;78(6):669-77.
32. Moreno CL. The relationship between culture, gender, structural factors, abuse, trauma, and HIV/AIDS for Latinas. *Qual Health Res*. 2007 Mar;17(3):340-52.

33. Castilla J, Noguer I, Belza MJ, del Amo J, Sánchez F, Guerra L. ¿Estamos diagnosticando a tiempo a las personas infectadas por el VIH? Aten Primaria. 2002;29:20-5.
34. Quinn T. Infección Aguda por el VIH: Diagnóstico y Seguimiento [Internet]. The Body service of Remedy Health Media. New York, USA: The Body; 2006 [citado 10 de oct. 2009]. Disponible en: <http://www.thebody.com/cgi-bin/bbs/showflat.php?Cat=&Board=Spanish&Number=197272>

Recibido: 28 de diciembre de 2012.

Aprobado: 15 de septiembre de 2013.

Tania Massip Nicot. Dirección Municipal de Salud, municipio Plaza de la Revolución.
Correo electrónico: yuri.arnold@infomed.sld.cu