

Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Gustavo Aldereguía Lima"

SIDA: ESTUDIO EN DOS PROVINCIAS CUBANAS

Dr. Rubén Bembibre Taboada,¹ Dr. Alejandro Soto Cantero² y Dra. Teresa López Regueiro³

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de 193 casos afectados por el virus de la inmunodeficiencia humana en las provincias cubanas de Villa Clara y Cienfuegos en el período de enero del 1985 a enero del 1995 para conocer la repercusión de la epidemia de la región objeto de estudio. Se revisaron los expedientes clínicos y se aplicó formularios para la obtención de datos como: sexo, edad, forma de infección, hábito sexual, evolución, municipio y causas de muerte. Se procedió a la computarización de los datos por método Arian y gráficos por Harvard Graphics, se aplicó método de significación estadística chi-cuadrado. Se reportaron 157 casos en Villa Clara y 36 en Cienfuegos, el municipio más afectado fue Santa Clara, hubo 43 fallecidos y las principales causas de muerte fueron la neumonía por *Pneumocystis carinii* y neurotoxoplasmosis, los grupos más jóvenes de la vida adulta fueron los más afectados con un fuerte vínculo de la práctica sexual al desarrollo de la enfermedad.

Descriptor DeCS: SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA/epidemiología; VIH.

El SIDA es un proceso que se detecta por primera vez en el año 1981 en EEUU a punto de partida de una epidemia que comenzó a gestarse en la década de los 70 de forma silenciosa, siendo reportadas las primeras observaciones en mayo de 1980 en jóvenes homosexuales en hospitales de Los Angeles, California, que tenían como denominador común una inmunodepresión severa con anergia ante las prue-

bas de hipersensibilidad tardía y disminución de la relación entre las subpoblaciones linfocitarias.¹

El descubrimiento del agente causal correspondió a *Robert Gallo* del Instituto Nacional del Cáncer, de Bethesda; y Luc Montagnier del Instituto "Louis Pasteur" de París. Las alteraciones inmunológicas son las responsables de todo el proceso de síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

¹ Especialista de I Grado en Medicina Interna. Verticalizado en Terapia Intensiva. Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Gustavo Aldereguía Lima".

² Especialista de I Grado en Medicina Interna. Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Gustavo Aldereguía Lima".

³ Especialista de I Grado en Epidemiología. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología.

Éste constituye el mayor azote de la humanidad, con un incremento diario alarmante del número de casos realizándose múltiples investigaciones en todo el orbe.²⁻⁶ Se decidió realizar un trabajo en nuestro medio para conocer el grado de afectación por la epidemia en la región objeto de análisis.

MÉTODOS

Se analizaron todos los pacientes infectados por VIH (virus de inmunodeficiencia adquirida) teniendo como criterios de inclusión el 100 % de los casos con seroconversión notificados por los Centros Provinciales de Higiene y Epidemiología de las provincias de Villa Clara y Cienfuegos; corroborados con los reportes computadorizados de los sanatorios de ambos territorios siendo estudiados todos los pacientes con infección por VIH en el período de tiempo comprendido entre el 1 de enero de 1985 al 1 de enero de 1995, por ser la muestra coincidente con el universo la no necesidad de exclusión evitamos el sesgo de muestreo en la investigación, no siendo excluido ningún caso. Se confeccionó un formulario para la obtención de datos de interés siendo interrogados el 100 % de los pacientes vivos y se analizaron todos los expedientes clínicos, así como la revisión de las causas de muerte y datos de los fallecidos siendo determinadas las variables de edad, sexo, municipio de residencia, hábito sexual, evolución, estadio e ingreso hospitalario como las variables de estudio para la realización de nuestro trabajo. En nuestra investigación a los infectados por VIH se adoptó la clasificación del CDC (Central Disease Control) de Atlanta aceptada internacionalmente. Grupo I: infección aguda por VIH, grupo II: infección por VIH asintomática, grupo III: linfoadenopatías generalizadas

persistentes, grupo IV: otras enfermedades por VIH que comprende los subgrupos del A al E (ver anexo) y en el caso de los enfermos con SIDA la válida dentro de ésta según correspondía. Se procedió a la computadorización de datos por el sistema ARIAN y los gráficos fueron diseñados por Harvard Graphics, se aplicó el método de significación estadística de Chi cuadrado.

RESULTADOS

En el estudio predominó el sexo masculino con 68,8 %, el hábito sexual predominante fue el bisexual para ambos sexos con 73 casos ($p < 0,001$). Predominó el grupo etario de 20-24 años con el 38,8 %. La transmisión sexual se comprobó en 184 casos para el 95,3 %. La forma de detección que predominó fue contagio directo con 127 casos. El municipio más afectado fue Santa Clara con oscilación de las tasas (fig.).

DISCUSIÓN

En el SIDA se señala una mayor afectación del sexo masculino dada la forma de transmisión y la susceptibilidad de determinados grupos de riesgo del sexo referido,^{2,3} lo que se corresponde con los resultados de nuestro estudio. En cuanto a los grupos etarios más afectados se señalan las edades más jóvenes de la vida sexual adulta activa, dada la tendencia en esta etapa a la existencia de un mayor número de relaciones sin pareja estable en condiciones inapropiadas. Se observó un franco decrecimiento a medida que avanzaba la edad.

Por la forma de infección o contagio, la sexual continúa siendo la vía principal de transmisión,³⁻⁶ que en la muestra fue de 184 casos para un 95,3 %, cifras inferior-

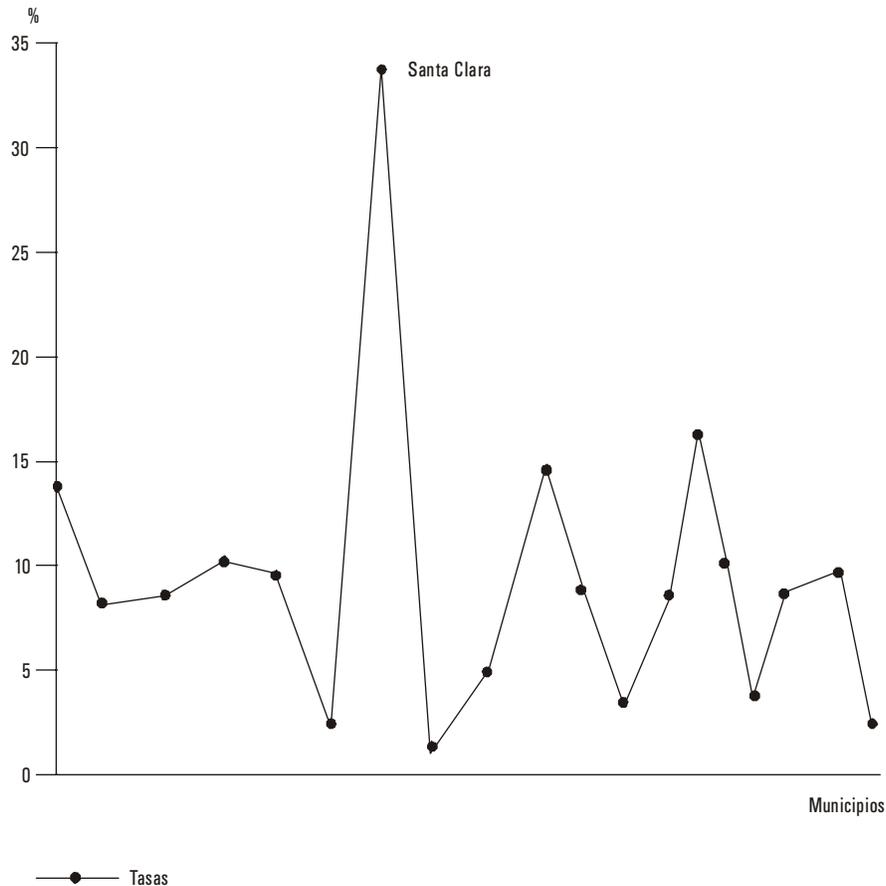


FIG. Infección por VIH en las provincias cubanas. Distribución de pacientes vivos por municipio.

res correspondieron a la transmisión por hemoderivados, material contaminado y transplacentaria.

La mayoría de los pacientes presentó un tiempo de evolución de 4 años, la menor cantidad se observó con el aumento del tiempo de evolución, explicable por posible fallecimiento y el tiempo que media entre la aparición de la epidemia en el país y la magnitud que adquiere en el decursar del tiempo.

La distribución por los estadios de la clasificación CDC (Central Disease Control) fue similar para ambas provin-

cias, la mayoría correspondió al grupo 2 con 103 pacientes. Se señala un mayor número de enfermedades que no motiva ingresos en las primeras etapas de la enfermedad. Al compararse las tasas de mortalidad por 100 000 habitantes, Villa Clara presentó 4,74 y Cienfuegos 1,04, lo que evidencia mayor afección al norte de la región central del país. La neumonía por *Pneumocystis carinii*, neurotoxoplasmosis y linfoma, señaladas como causas principales de muerte⁷⁻¹⁰ fueron las más encontradas en el estudio, junto a la criptosporidiasis.

Los grupos etarios de jóvenes con vida sexual activa adulta son los más afectados y existe correlación entre el sexo masculino y la práctica sexual con

la infección por VIH en mayor frecuencia. Las infecciones por gérmenes oportunistas son las principales causas de muerte.

Anexo

Clasificación del CDC de Atlanta, Georgia

Grupos

- I- Infección aguda por VIH
- II- Infección por VIH asintomática
- III- Linfadenopatías generalizadas persistentes
- IV- Otras enfermedades por VIH
 - A- manifestaciones constitucionales
 - B- manifestaciones neurológicas
 - C- infecciones secundarias
 - D- Cánceres
 - E- Otras condiciones de infección por VIH

SUMMARY

We undertook a retrospective and descriptive study of 193 AIDS cases in the Cuban provinces of Villa Clara and Cienfuegos from January 1985 to January to find out the impact of the epidemics on the studied region. We checked medical records and applied some forms to gather data such as sex, age, way of infection, sex habits, evolution, municipality and cause of death. Data were computed by Arian method and graphics were made using Harvard Graphics; also Chi-square statistical significance method was used. One-hundred and fifty-seven cases in Villa Clara and 36 in Cienfuegos were reported; the most affected municipality was Santa Clara; 43 people died and the main causes of death were *Pneumocystis carinii* pneumonia and neurotoxoplasmosis. The youngest in the adult population were the most affected, with a strong relationship between sex practices and the development of the disease.

Subject headings: ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME/ epidemiology; HIV.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quesada Ramírez E. SIDA Infección Enfermedad por el virus de la Inmunodeficiencia Humana. La Habana: Científico técnico, 1985.
2. Peterman TA, Zaidi AA, Wroten J. Decreasing prevalence hides a high HIV incidence: Miami. *AIDS* 1995;9(8):965-70.
3. Gossop M, Powis B, Griffiths P, Strang J. Female prostitutes in south London: use of heroin, cocaine and alcohol, and their relationship to health risk behaviours. *AIDS Care* 1995;7(3):253-60.
4. Horner RD, Bennet CL, Rodríguez D, Weinstein RA, Kessler HA, Dickinson GM, et al. Relationship between procedures and health insurance for critically ill patients with *Pneumocystis carinii* pneumonia [see comments]. *Am J Respir Crit Care Med* 1995;152(5 Pt 1):1435-42.
5. Valero G, Peters J, Jorgensen JH, Graybill JR. Clinical isolates of *Mycobacterium simiae* in San Antonio, Texas. An 11-yr review. *Am J Respir Crit Care Med* 1995;152(5 Pt 1): 1555-7.

6. Parolin C, Sodroski J. A defective HIV-1 vector for gene transfer to human lymphocytes. *Soc J Mol Med* 1995;73(6):279-88.
7. Lundgren JD, Barton SE, Lazzarin A, Danner S, Goebel FD, Pehrson P, et al. Factors associated with the developmet of *Pneumocystis carinii* pneumonia in 5 025 European patients with AIDS. AIDS in Europe Study Group. *Clin Infect Dis* 1995;21(1):106-13.
8. Ferrer S, Miguel G de, Domingo P, Pericas R, Prats G. Pulmonary infection due to *Leuconostoc* species in a patient with AIDS [letter]. *Clin Infect Dis* 1995;21(1):225-6.
9. Visvesvara G, Leitch GJ, Pieniazek NJ, Da Silva AJ, Wallace S, Slemenda SB, et al. Short-term *in vitro* culture and molecular analysis of the microsporidian, *Enterocytozoon bieneusi*. *J Eukaryot Microbiol* 1995;42(5):506-10.
10. Glassroth J. Empiric diagnosis of *Pneumocystis carinii* pneumonia. Questions of accuracy and equity [editorial; comment]. *Am J Respir Crit Care Med* 1995;152(5 Pt 1):1435-42.

Recibido: 7 de julio de 1996. Aprobado: 12 de enero de 1999

Dr. *Rubén Bembibre Taboada*. Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente «Dr. Gustavo Aldereguía Lima», Cienfuegos, Cuba.