



# Universidad Abierta Interamericana

**SEDE REGIONAL ROSARIO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

## **“Presentación de la infección VIH-Sida en la época pos-TAAE”**

**Alumno: ANSELMO BERTETTI**

**Tutor: Dr. SERGIO LUPO**

**Fecha de presentación: DICIEMBRE DE 2006**

## **RESUMEN**

Se estudió una población de pacientes con VIH y Sida en un centro de la ciudad de Rosario (Instituto CAICI), que concurrió por primera vez a dicha institución. La población estudiada se encuentra dentro de un promedio de edad de 38 años con una pequeña diferencia entre hombres y mujeres. La mayoría de los pacientes fueron asintomáticos, aunque un porcentaje importante tenía al momento del diagnóstico alteraciones inmunológicas severas (recuento de CD4+ menor a 200 Cel./ml) y por ende se consideraron como “diagnóstico tardío.”

La mayoría de los pacientes adquirieron la infección por vía sexual (40% de los varones por relaciones homosexuales) y más del 30% de los pacientes tenía relaciones sexuales con parejas VIH (+). La adicción endovenosa no fue una forma frecuente de contagio, lo que muestra un cambio en las conductas a este respecto. La alta frecuencia de pacientes con vía de contagio no conocida podría relacionarse a la dificultad que tienen los pacientes para comunicar sus hábitos sexuales.

El análisis de residencia y de procedencia demostró que gran parte de los pacientes proceden de poblaciones cercanas a Rosario.

Dos tercios de los pacientes realizaron su primera consulta con signos o síntomas relacionados al VIH, lo que muestra una falla en el diagnóstico precoz de la infección.

## **INTRODUCCIÓN**

El SIDA se detectó en Estados Unidos a comienzos de los años ochenta, inicialmente en hombres que acudieron a la asistencia sanitaria con un cuadro (síndrome) de infecciones múltiples donde el sistema inmune de los mismos no daba respuestas y la medicación convencional no lograba estabilizar la descompensación. Ya en los noventa el síndrome se había convertido en una epidemia mundial. En la actualidad la mayoría de las víctimas de la enfermedad son hombres y mujeres heterosexuales, y niños de países subdesarrollados.

En la actualidad se considera a la infección por VIH incurable, aunque existen medicamentos antirretrovirales que son capaces de contener dicha infección. En los países desarrollados, los infectados pueden llevar una vida totalmente normal, como un enfermo crónico, sin desarrollar un cuadro de SIDA gracias al tratamiento; sin embargo, en otras partes del globo donde no están disponibles estos medicamentos (África, por ejemplo) los infectados desarrollan SIDA y mueren pocos años después de haber sido diagnosticados.

El VIH se transmite a través de los fluidos corporales, tales como sangre, semen, secreciones vaginales y la leche materna. Es capaz de infectar las células T CD4+, un tipo de leucocito que coordina la respuesta inmune a las infecciones y al cáncer. Cuando la cantidad de células T CD4+ de una persona disminuye lo suficiente, esa persona queda susceptible de sufrir enfermedades que una persona sana sería capaz de rechazar. Estas enfermedades son, principalmente, infecciones oportunistas y ciertos tipos de cáncer, y, habitualmente, son la causa de muerte de los que padecen el SIDA. El VIH, además, es capaz de infectar células cerebrales, causando algunos desórdenes neurológicos.(1)

## **CONOCIMIENTO ACTUAL DE LA INFECCIÓN POR VIH**

El VIH está emparentado con otros virus que causan enfermedades parecidas al SIDA. Se cree que este virus se transfirió de los animales a los humanos a comienzos del siglo XX. Existen dos virus diferenciados que causan SIDA en los seres humanos, el VIH-1 y el VIH-2. Del primero la especie reservorio son los chimpancés, de cuyo virus propio, el SIVcpz, deriva. El VIH-2 procede del SIVsm, propio de una especie de monos de África Occidental. En ambos casos la transmisión entre especies se ha producido varias veces, pero la actual pandemia resulta de la extensión del grupo M del VIH-1, procedente según estimaciones de una infección producida en África Central, donde el virus manifiesta la máxima diversidad, en la primera mitad del siglo XX.

La pandemia actual arrancó en África Central, pero pasó desapercibida mientras no empezó a afectar a población de países ricos, en los que la inmunosupresión del SIDA no podía confundirse fácilmente con depauperación debida a otras causas, sobre todo para sistemas médicos y de control de enfermedades muy dotados de recursos. La muestra humana más antigua que se sepa que contiene VIH fue tomada en 1959 a un marino británico, quien aparentemente la contrajo en lo que ahora es la República Democrática del Congo. Otras muestras que contenían el virus fueron encontradas en un hombre estadounidense que murió en 1969 y en un marino noruego en 1976. Se cree que el virus se contagió a través de actividad sexual, posiblemente a través de prostitutas, en las áreas urbanas de África. A medida que los primeros infectados viajaron por el mundo, fueron llevando la enfermedad a varias ciudades de distintos continentes.

En la actualidad, la forma más común en que se transmite el VIH es a través de actividad sexual desprotegida y al compartir agujas entre usuarios de drogas de abuso intravenosas. El virus también puede ser transmitido desde una madre embarazada a su hijo (transmisión vertical). En el pasado también se transmitió el SIDA a través de transfusiones de sangre y el uso de productos derivados de

ésta para el tratamiento de la hemofilia o por el uso compartido de material médico sin esterilizar; sin embargo, hoy en día esto ocurre muy raramente, salvo lo último en regiones pobres, debido a los controles realizados sobre estos productos.

No todos los pacientes infectados con el virus VIH tienen SIDA. El criterio para diagnosticar el SIDA puede variar de región en región, pero el diagnóstico típicamente requiere:

- Un conteo absoluto de las células T CD4 menor a 200 por milímetro cúbico, o
- La presencia de alguna de las infecciones oportunistas típicas, causadas por agentes incapaces de producir enfermedad en personas sanas.

La persona infectada por el VIH es denominada *seropositiva* o *VIH positivo* (VIH +) y a los no infectados se les llama *VIH negativo* (VIH -). La mayoría de las personas seropositivas no saben que lo son.

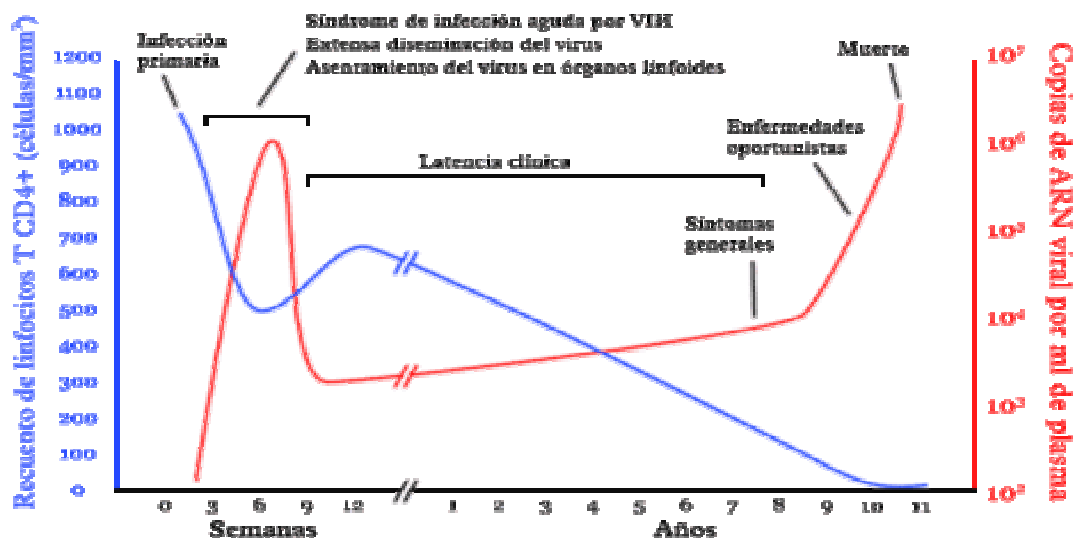
La infección primaria por VIH es llamada *seroconversión* y puede ser acompañada por una serie de síntomas inespecíficos, parecidos a los de una gripe, por ejemplo, fiebre, dolores musculares y articulares, dolor de garganta y ganglios linfáticos inflamados. En esta etapa el infectado es más transmisor que en cualquier otra etapa de la enfermedad, ya que la cantidad de virus en su organismo es la más alta que alcanzará. Esto se debe a que todavía no se desarrolla por completo la respuesta inmunológica del huésped. No todos los recién infectados con VIH padecen de estos síntomas y eventualmente todos los individuos se vuelven asintomáticos.(2)

Curso típico de la infección por VIH. (FIG. 1). Los detalles, en particular los plazos, varían ampliamente de un infectado a otro. En azul, evolución del recuento de linfocitos T CD4+. En rojo, evolución de la carga viral.

Durante la etapa asintomática, cada día se producen varios miles de millones de virus VIH, lo cual se acompaña de una disminución de las células T CD4+. El

virus no sólo se encuentra en la sangre, sino en todo el cuerpo, particularmente en los ganglios linfáticos, el cerebro y las secreciones genitales.

**FIG 1. Curso natural de la infección por VIH.**



El tiempo que demora el diagnóstico de SIDA desde la infección inicial del virus VIH es variable. Algunos pacientes desarrollan algún síntoma de inmunosupresión muy pocos meses después de haber sido infectados, mientras que otros se mantienen asintomáticos hasta 20 años.

La razón por la que algunos pacientes no desarrollan la enfermedad y por que hay tanta variabilidad interpersonal en el avance de la enfermedad, todavía es objeto de estudio. El tiempo promedio entre la infección inicial y el desarrollo del SIDA varía entre ocho a diez años en ausencia de tratamiento.

**Categorías clínicas:**

Linfocitos T CD4	A	B	C
> 500 cel/ml	A1	B1	C1
200-499 cel/ml	A2	B2	C2
<199 cel/ml	A3	B3	C3

■ sida

## **CLASIFICACION CDC – ADULTOS (3):**

### **CATEGORIA A:**

- Primoinfección o síndrome retroviral agudo (P.I)
- Asintomático
- Adenopatías generalizadas persistentes (LGP)

### **CATEGORIA B:** (*Incluye enfermedades relacionadas con el VIH, aunque no marcadoras de SIDA.*)

- Candidiasis orofaríngea
- Candidiasis vaginal persistente, recurrente o rebelde
- Leucoplasia vellosa
- Zoster extenso o recurrente
- Púrpura trombocitopénico inmune (PTI)
- Displasia de cuello uterino o carcinoma in situ
- Fiebre o diarrea de más de 1 mes de duración, sin causa conocida
- Angiomatosis bacilar
- Neuropatía periférica
- Neumonía Intersticial linfoide

### **CATEGORIA C** (*marcadoras de SIDA*)

#### **INFECCIOSAS:**

- Pneumocistosis
- Toxoplasmosis encefálica
- Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar
- Tuberculosis
- Micobacteriosis atípica diseminada o extrapulmonar
- Criptococosis extrapulmonar
- Diarrea de más de 1 mes por *Cryptosporidium* o *Isospora belli*
- Candidiasis de esófago, traquea, bronquios o pulmón.
- Herpes simple de más de 1 mes o visceral
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP)
- Neumonías bacterianas comunitarias recidivantes (>2) en 1 año
- Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar
- Salmonelosis sistémica no tífica

#### **TUMORALES:**

- Sarcoma de Kaposi
- Linfoma No Hodgkin
- Linfoma Primario de SNC
- Carcinoma Invasor de Cuello Uterino

#### **OTROS MARCADORAS:**

- Síndrome de Desgaste o Consunción por VIH.
- Encefalopatía por VIH
- Conteo de LCD4 menor de 200/mm<sup>3</sup>

## **Diagnóstico de VIH**

Infección aguda por VIH es definida como el período de infección antes de la seroconversión total y es diagnosticada por la detección del antígeno p24 o RNA viral en la ausencia de una respuesta positiva a las pruebas ELISA y Western blot. La seroconversión parcial a las proteínas del VIH por el Western blot ocurre usualmente dentro de los primeros 30 días de la infección (4). En este momento el paciente puede tener un Elisa para VIH positivo pero el Western blot aún ser negativo.

La seroconversión total generalmente ocurre alrededor de las 6-12 semanas después de la exposición, con una media de 63 días (5). La mayoría de los individuos con infección temprana son diagnosticados a través de una prueba reciente de anticuerpos positiva, y frecuentemente no recuerdan los síntomas de un síndrome retroviral agudo.

La infección aguda es raramente detectada, ya sea por que no es identificada por el individuo o es mal diagnosticada en los pocos pacientes que buscan atención médica (4). Esta baja frecuencia de detección es debido probablemente al gran espectro clínico, la presencia de síntomas no específicos, la falta de sospecha clínica de los médicos, y la necesidad de PCR o antígeno p24 para confirmar el diagnóstico antes de la seroconversión (6).

El período de la infección temprana con VIH abarca desde el tiempo de seroconversión hasta los seis meses posteriores a la transmisión del VIH. El intervalo de seis meses está basado en el tiempo estimado de estabilización de la carga viral y el conteo de CD4 después de la infección. Los estudios existentes sobre infección temprana se han visto obstaculizados por la falta de estándares en los tiempos de infección de los participantes. Muchas cohortes consisten de una mezcla de sujetos con infecciones agudas sintomáticas y seroconvertidores recientes, frecuentemente identificados con pruebas de



anticuerpos al VIH. Cuando tratamos de estimar el momento de la infección en individuos que seroconvierten, se considera que este ocurre en el tiempo medio entre su último resultado negativo y su primer positivo.

El diagnóstico tardío de la infección por VIH condiciona indudablemente su evolución posterior, a la vez que favorece la propagación de la epidemia.(7)

### **La primoinfección**

A diferencia de lo que se creía en un principio, la primoinfección por VIH presenta en la mayoría de los casos (entre 66 y 90%) síntomas que en general motivan la consulta médica (8). Esta consulta, en la enorme mayoría de los casos, involucra a médicos de atención primaria, clínicos de consultorios externos, sistemas de demanda espontánea o guardias. Se debe considerar este diagnóstico diferencial frente a un cuadro febril de tipo mononucleosiforme, y si bien no existen manifestaciones patognomónicas, un interrogatorio dirigido puede orientar los primeros pasos esenciales para el diagnóstico y evitar la pérdida de una oportunidad inigualable para el control de la enfermedad. Esto se deba a que, luego de la infección primaria, la misma puede continuar avanzando en forma silente durante meses o años (9).

La aparición ocasional de infecciones oportunistas tales como Candidiasis orofaríngea o eventualmente neumonía por *Pneumocystis carinii* es altamente sugestiva de la etiología retroviral del síndrome (10). El cuadro clínico deberá ser evaluado en el contexto de otros diagnósticos diferenciales incluyendo infección primaria por virus Epstein Barr o citomegalovirus, rubéola, sarampión, toxoplasmosis aguda, sífilis secundaria, reacción secundaria a drogas o enfermedad gonocócica diseminada.

La consideración de la etiología retroviral del cuadro clínico no implica en ningún caso la inclusión de los análisis específicos para VIH dentro de una “batería” diagnóstica inicial, y mucho menos en ausencia de un previo consentimiento expreso por parte del paciente. La posibilidad de resultados

falsos positivos en relación a la probabilidad pre-test, y la enorme significación emocional que implica el diagnóstico justifican en todos los casos la existencia de un consejo previo y posterior al envío de la muestra para diagnóstico, y la aceptación voluntaria del paciente de la realización del análisis (1).

El interrogatorio dirigido al paciente, incluyendo antecedentes de análisis de VIH y estado serológico, situaciones de riesgo de transmisión de VIH dentro de los seis meses previos al momento de la consulta y otras manifestaciones clínicas (diarrea crónica, descenso de peso, otras enfermedades de transmisión sexual) ayuda sin embargo a establecer una probabilidad diagnóstica (1).

El diagnóstico de infección primaria por VIH se basa en detectar la existencia de replicación viral en ausencia de anticuerpos específicos, por lo cual el test de Elisa será negativo y el Western Blot indeterminado. La confirmación implica la realización de análisis específicos dirigidos a la identificación directa de partículas virales, habitualmente mediante la detección de Antígeno p24 o PCR cuali o cuantitativa.

La sensibilidad de la p24 es de aproximadamente 88% y la especificidad de 100%, mientras que para los tests de PCR cuantitativa la sensibilidad es cercana a 100% y la especificidad de 88% (11). La prueba de PCR suele triplicar en costo a la de Antígeno p24.

La detección de la infección por VIH en su etapa de primoinfección permite establecer el control más preciso del cuadro de inmunodeficiencia, dado que la pérdida de repertorio inmunológico tiene lugar desde el momento mismo del contagio; y posibilita el inicio eventual de un tratamiento antirretroviral de alta eficacia con influencia decisiva sobre la evolución posterior de la enfermedad (12).

\*Meningoencefalitis o meningitis aséptica, neuropatía periférica o radiculopatía, síndrome de Guillain Barré, parálisis facial, neuritis braquial, alteración cognitiva

Por otro lado, el médico clínico puede tener a su cargo el diagnóstico de la enfermedad asintomática o ser el destinatario de un pedido voluntario de testeo por parte del paciente. También en estos casos el interrogatorio dirigido y el consejo previo y posterior al resultado del análisis son elementos fundamentales para un diagnóstico adecuado (13).

El diagnóstico de infección por VIH es en general el más grave que el paciente ha sufrido y lleva implícita una gran carga de angustia y preocupación que el médico nunca debe soslayar (14). En todos los casos se deberá contar con el análisis confirmatorio (Ej. Western Blot) antes de certificar al paciente su condición.

La derivación del paciente al médico especialista podrá ser realizada de inmediato o bien podrá esperarse hasta contar con los análisis de carga viral plasmática y recuento de linfocitos CD4+ que permitan establecer un cuadro de la situación actual del paciente respecto de su enfermedad. Pero es indudable la importancia de esta primera orientación del paciente en su condición de seropositivo

### **Prevención: La mejor vacuna**

Recomendaciones:

Para evitar que la epidemia se siga expandiendo es necesario que TODAS las personas hagan un esfuerzo por incorporar a su rutina de vida algunas medidas preventivas. El número de víctimas crece anualmente de manera alarmante, a pesar del esfuerzo que las diferentes organizaciones realizan por la difusión de información. El error más frecuente en el que incurre la población mundial es el aislamiento, al considerar que de una u otra forma se es ajeno al padecimiento de esta enfermedad, mientras la epidemia no descansa y busca diariamente a su próxima víctima (15).

Para evitar contraer la infección por la vía sanguínea se debe:

- Exigir la prueba de despistaje del VIH en cualquier transfusión o transplante que se vaya a recibir.

- Ser honesto al momento de realizar una donación de sangre u órgano, en el caso de que se sospeche sobre una situación de riesgo asociada con el VIH y SIDA.
- Evitar la utilización de jeringas que ya han sido utilizadas.
- Realizarse los piercings, tatuajes y acupuntura en lugares que garanticen la higiene, así como cuidar que las agujas sean sólo de uso personal.
- Cuidar la vía perinatal, vertical o madre al hijo: antes, durante y después del parto.

Las mujeres embarazadas deben tener en cuenta:

- Buscar información sobre el VIH/SIDA, transmisión, prevención y medidas a tomar en caso de tener un resultado positivo.
- Realizarse la prueba de despistaje del VIH.
- Buscar asesoría médica en cuanto a la alimentación y cuidados.
- Buscar asesoría médica en cuanto al uso de medicamentos antirretrovirales después del tercer mes de embarazo.
- Planificar el parto, realizar cesárea, aplicar durante el parto medicamentos antirretrovirales.

Buscar información sobre los riesgos de la leche materna

Cuidados para evitar la infección por vía sexual:

- Establecer una relación responsable y honesta con la pareja.
- Practicar el sexo seguro con la utilización del condón de látex (masculino) o poliuretano (femenino) y lubricantes a base de agua.

*Condón masculino:* La utilización del condón reduce el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, entre las que se cuenta la infección con el virus del VIH.

*Condón femenino:* Aunque es menos frecuente escuchar sobre la utilización del condón en las mujeres, los avances tecnológicos han permitido la incorporación de este método anticonceptivo a los ya existentes

## **OBJETIVOS**

El presente trabajo tiene por objetivo describir el momento del diagnóstico y control de pacientes diagnosticados de HIV desde el año 2000 al 2006, las causas que motivaron las consultas, los factores de riesgo de los pacientes, los antecedentes de patologías comúnmente asociadas al HIV, las conductas de riesgo presentes en los mismos, la orientación sexual de los pacientes, la procedencia y el lugar de residencia,.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Diseño descriptivo observacional retrospectivo. Se analizaron aproximadamente de 3.000 historias clínicas del archivo del Centro de Asistencia e Investigación Clínica en Inmunocomprometidos (CAICI), donde se seleccionaron 134 para la realización del estudio.

Variables utilizadas: Sexo , edad, motivo de consulta, primer valor de LT CD4+, primer valor de carga viral (Log.), antecedentes de patologías asociadas comúnmente al HIV, pareja o conviviente HIV positivo, vías de contagio, utilización de drogas endovenosas, Conductas de riesgo, indicadores de mal pronóstico, lugar de residencia y lugar de procedencia.

Criterios de inclusión: Todo paciente diagnosticado dentro de los 3 meses de la primera consulta con el especialista entre el 1 de enero de 2000 hasta el 20 de octubre de 2006, y que contenga toda la información requerida en la historia clínica. Se aceptaron las historias clínicas que tenían como faltante información con respecto a la orientación sexual y a la vía de contagio que no todos los pacientes han relatado al entrevistador médico por razones de pudor o de cualquier otra naturaleza.

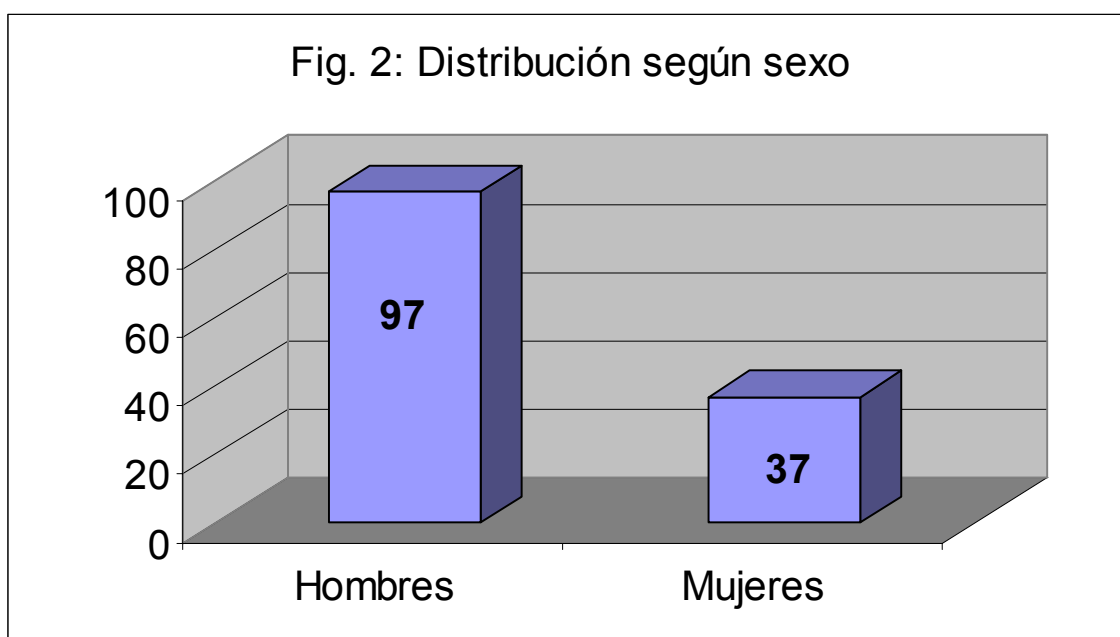
Criterios de exclusión: Pacientes que no contengan la historia clínica con los datos requeridos para el estudio, pacientes con diagnóstico de HIV de más de 3

meses de la primera consulta con el especialista, pacientes con diagnóstico de HIV antes del 1 de enero de 2000.

(Se utilizaron medidas tales como Porcentajes, Promedios, Desvíos estándar e intervalos de confianza).

## **RESULTADOS**

La población total de pacientes estudiados es de 134. El 72,4% corresponde a historias clínicas de hombres y el 27,6% de mujeres. (Fig. 2). Se evidencia una mayor población masculina diagnosticada recientemente.



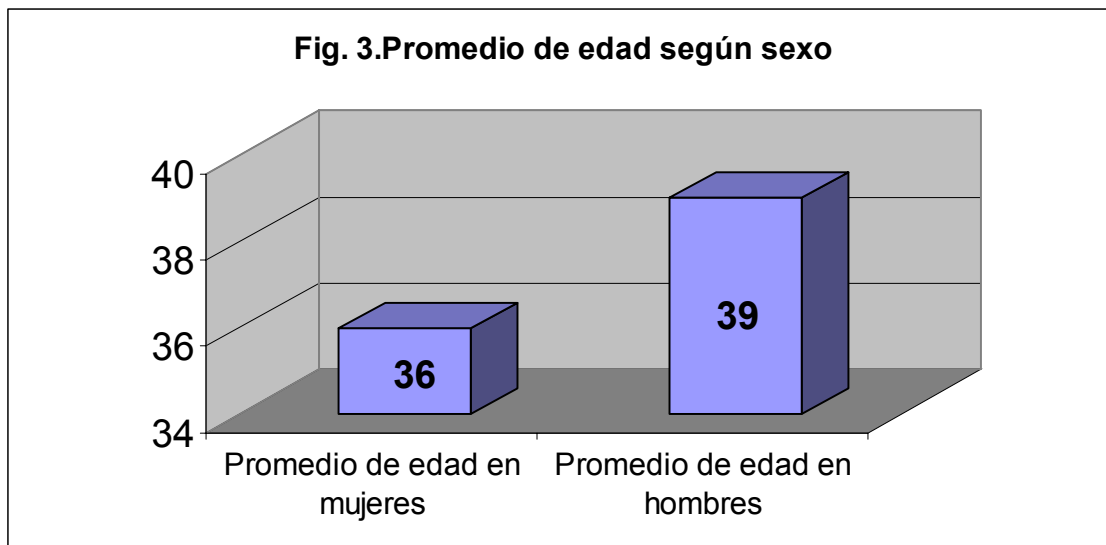
El análisis de sobre la orientación sexual arrojó los datos observados en la tabla-1.

Tabla 1: Orientación sexual de los pacientes estudiados.

ORIENTACION SEXUAL			
MUJERES		HOMBRES	
HETEROSEXUALES	100%	HETEROSEXUALES	49.4 %
		HOMOSEXUALES	35.1 %
		BISEXUALES	5.2 %
		DESCONOCIDA	10.3 %

La variabilidad encontrada en los hombres no fue correspondida en las mujeres, probablemente a que en general en contagio entre mujeres no es significativo sin embargo es cierto que la mujer tiene mayor capacidad de adquirir la infección por HIV que el hombre. Los datos de la tabla 1 son compatibles con estadísticas mundiales. Los pacientes heterosexuales son 48, homosexuales 34, bisexuales 5 y de orientación desconocida 10. Las 37 mujeres son heterosexuales.

El promedio de edad al momento de la consulta de la población total fue de 38 años (DE: 10,9). El paciente de menor edad fue de 17 años y el de mayor de 69 años, en ambos casos fueron mujeres. La edad máxima y mínima para los hombres fue de 62 y 19 años respectivamente. Los promedios de edad según sexo se muestran en la figura 3, los desvíos estándar de ambos sexos fueron los mismos de la población total.



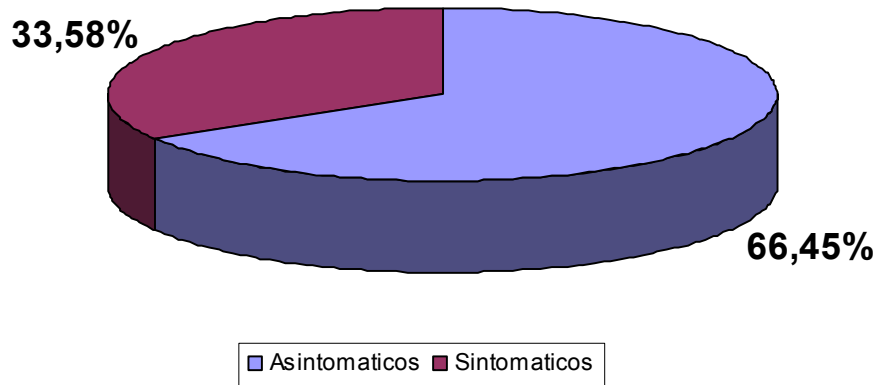
Las consultas pueden describirse una a una sin embargo para simplificar se optó por reunirlos en 2 grupos, asintomáticos (66,42%) y sintomáticos (33,58%). Véase Fig. 4.

El grupo de asintomáticos son 89 pacientes con un promedio de edad de 39,97 años (DE: 11,2), de los cuales 28 (31,46%) son mujeres y 61 (68,94%) son hombres. Las edades promedios de mujeres y hombres fueron de 34,7 y 37,9 años respectivamente. Cabe resaltar que el 14,4% de estos pacientes consultaron por ser parejas y/o convivientes de personas HIV positivas y el 5,6% se realizó voluntariamente un test para detección de HIV que resultó ser positivo. El 2,2% se detectó el HIV en un examen de rutina por embarazo.

El grupo de sintomáticos son 45 pacientes con un promedio de edad de 40,4 años (DE: 10,10) de los cuales 9 (20%) son mujeres y 36 (80%) son hombres. Las edades promedio de mujeres y hombres fueron de 41,3 y 40,1 años respectivamente.

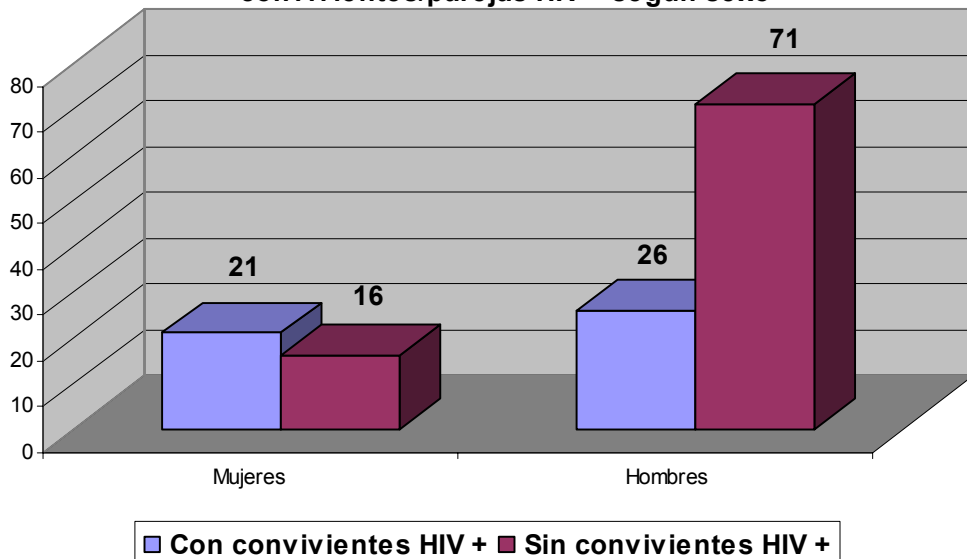


**Fig. 4: Porcentaje de pacientes asintomáticos y sintomáticos al momento de la consulta.**



En la población total (n = 134) el 64,9% no tienen convivientes HIV positivos. De estos el 18,4% son mujeres y el 81,6% son hombres. El 35,1% de los pacientes tenían convivientes o pareja HIV positivos. De estos 44,7% y 55,3% eran mujeres y hombres respectivamente. (Fig. 5)

**Fig. 5: Distribución de pacientes que presentan convivientes/parejas HIV + según sexo**



El 22,4% de los pacientes tenía antecedentes de patologías que son asociadas generalmente a la infección por HIV. De estos el 20% son mujeres y el 80% hombres.

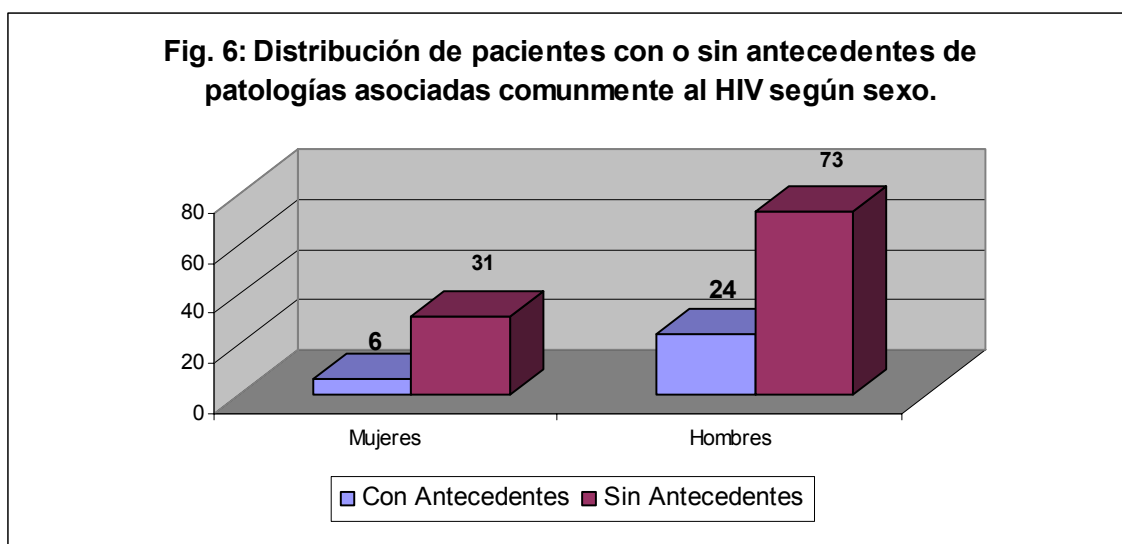
El 77,6% consultaron sin tener ningún antecedente de patologías comúnmente asociadas al HIV. El 29,8% y el 70,2% de estos son mujeres y hombres respectivamente. (Fig. 6)

La población con antecedentes de patologías asociadas al HIV tenía un promedio de Linfocitos T CD4+ de 291 Cel./ml. (IC 95% = 208 – 374).

En estos pacientes el promedio del logaritmo de la carga viral fue de 4,5 (DE: 1,08) (IC 95% = 4,1 – 4,8).

En la población sin antecedentes de patologías asociadas al HIV el recuento promedio de Linfocitos T CD4+ fue de 426 Cel./ml. (IC 95% = 377 – 475). El promedio del logaritmo de la carga viral fue de 4,5 (DE: 0,98) (IC 95% = 4,3 – 4,7).

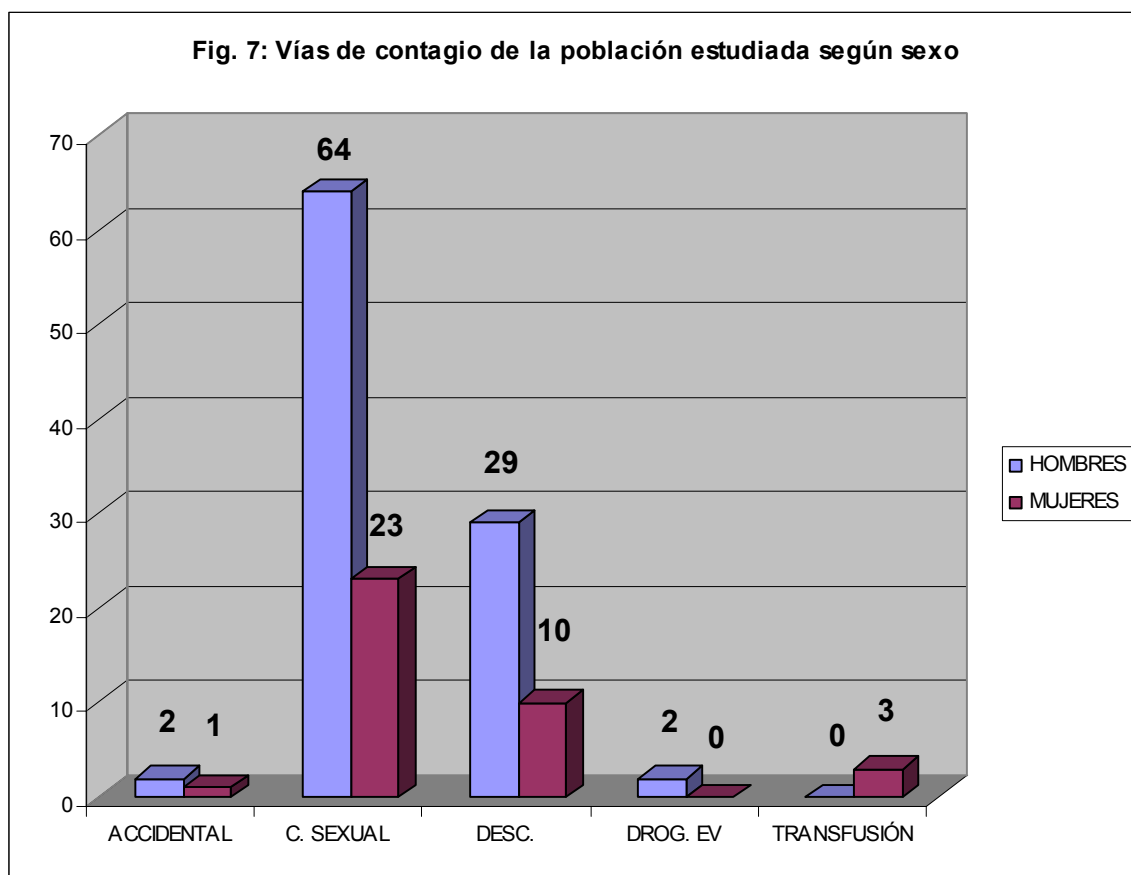
La Mediana del logaritmo de la carga viral de la población total (n = 134) fue de 4,6 Log. y la Moda de 5,3 Log.



La vía de contagio que lidera las estadísticas es la sexual correspondiendo al 64,9% de los pacientes estudiados (Fig. 7). Particularmente en el caso de los hombres bisexuales el 100% contrajo la enfermedad por esta vía. El 85,3% de los homosexuales y el 60,4% de los hombres heterosexuales forman parte de también del grupo de contagio por vía sexual.

El 62,2% de las mujeres se contagiaron por vía sexual.

Los pacientes que desconocen la vía de contagio son el 29,1% de los pacientes. El 74,4% y el 25,6% corresponden a hombres y mujeres respectivamente



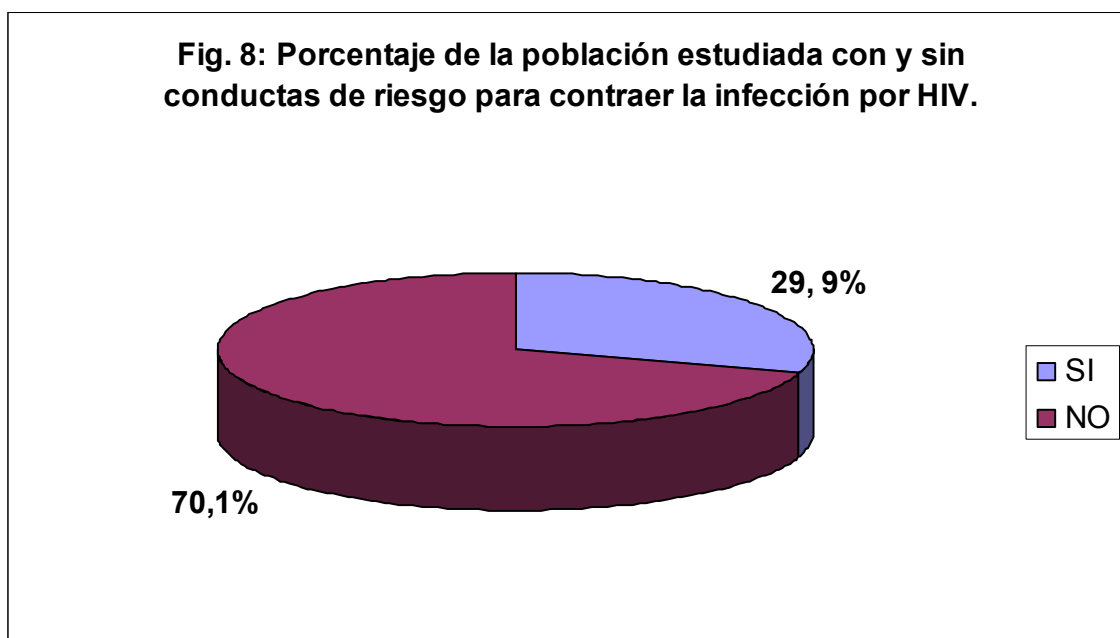
Las demás vías de transmisión del virus fueron la minoría en la población estudiada siendo la vía transfusional exclusiva de las mujeres y por drogadicción endovenosa exclusiva de los hombres.

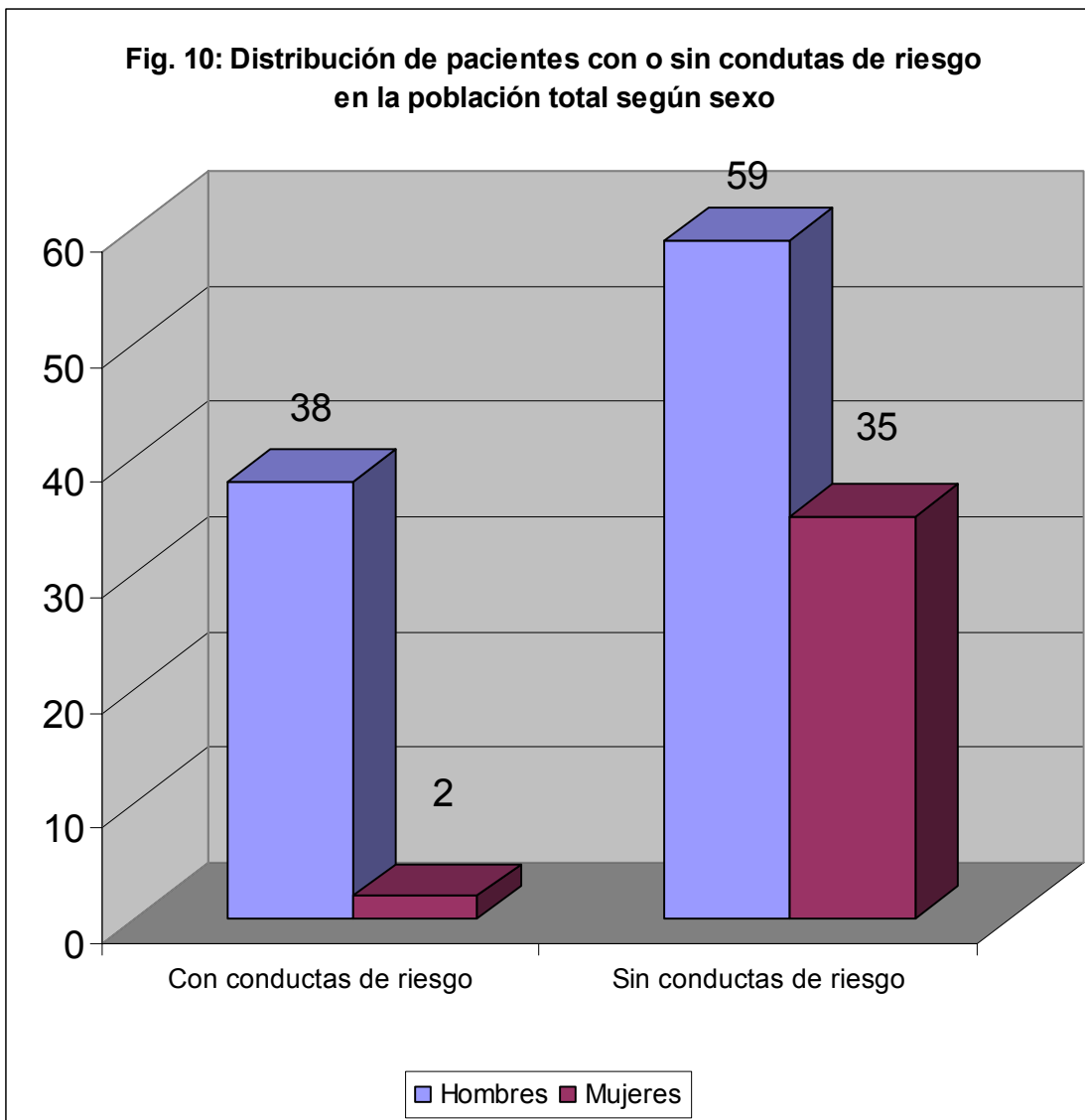
Los pacientes con conductas de riesgo para contraer la infección por HIV representan el 29,9% de la población total.(Fig. 8) De estos el 95% corresponden al sexo masculino y el 5% al femenino.(Fig. 9)

En cuanto a la orientación sexual de los hombres con conductas de riesgo el 13% de los pacientes son bisexuales , 55,5% son homosexuales, 28,9% son heterosexuales y en el 2,6% de los pacientes la orientación sexual era desconocida.

Los pacientes sin conductas de riesgo representan el 70,1% del total de la población estudiada.(Fig. 8) De estos 62,8% son hombres y 37,2% son mujeres.(Fig. 9).

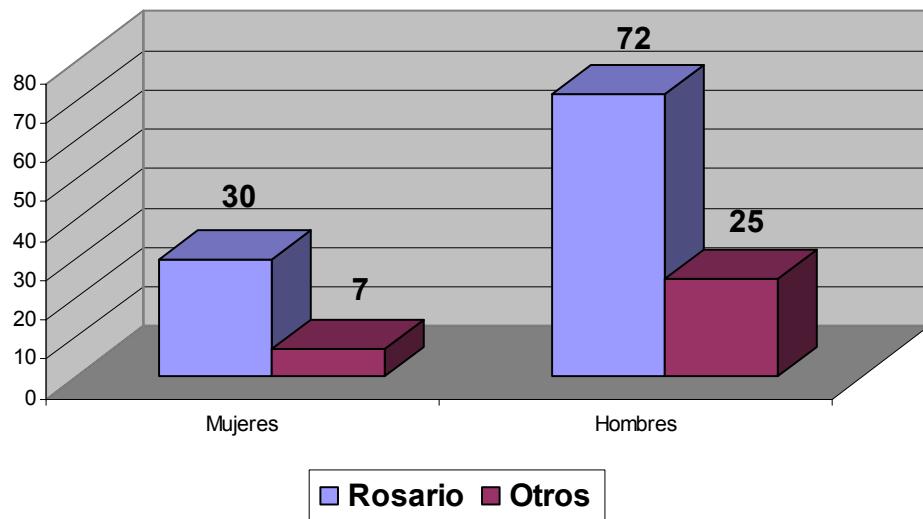
La orientación sexual de los hombres sin conductas de riesgo corresponde a 62,7% de heterosexuales, 22% homosexuales y 15,3% desconocida.





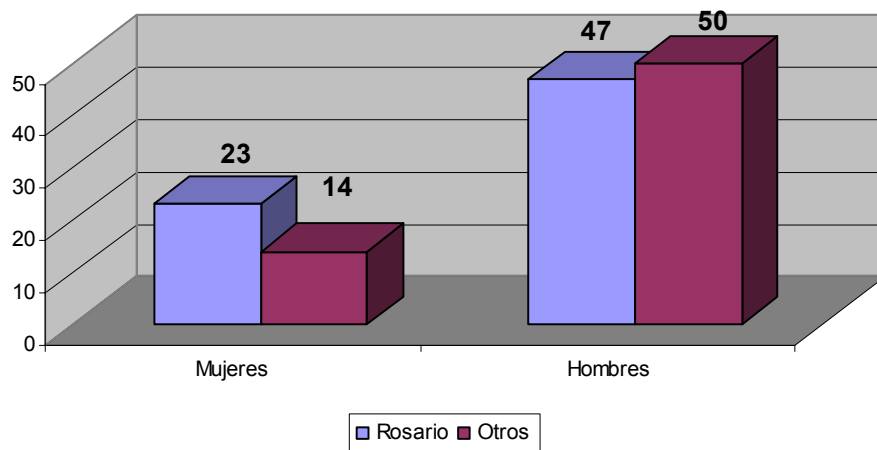
El 76,1% de las historias clínicas estudiadas corresponde a personas residentes actuales de la ciudad de Rosario el resto lo componen residentes de ciudades como Capital Federal, Arroyo seco, Firmat, Beltrán, Pergamino, San Nicolás, Cañada de Gómez, San José de la esquina, y Santa fe. De estos el 29,4% son mujeres y el 70,6% son hombres.(Fig.11)

**Fig. 11: Lugar de residencia de la población estudiada según sexo**



El 52,2% de es nativo de la ciudad de Rosario el resto (47,8%) (Fig. 12) procede de otras ciudades, por ejemplo, Capital Federal, Arroyo seco, Firmat, Córdoba, Cañada de Gómez, Corrientes, Paraná, San Javier, San Justo, San Nicolás, Villa Constitución y Zavalla. De la ciudad de Rosario el 32,8% de los pacientes fueron mujeres y el 67,2% son hombres. En el caso de los que proceden de otras ciudades el 21,9% son mujeres y el 78,1% son hombres.

**Fig. 12: Lugar de procedencia de la población estudiada según sexo**



## **Resumen de los resultados**

- Promedio de edad de la población total (n = 134): 38 años (DE : 10,9).
- Promedio de edad de mujeres: 36 años. (Max. = 69, Min. = 17).
- Promedio de edad de hombres: 39 años. (Max. = 62, Min. = 19).
- Porcentaje de pacientes asintomáticos (n = 89) al momento de la consulta: 66,42%, ( 31,46% Mujeres, 68,54% Hombres) de los cuales el 13,48% tenían < 200 LT CD4+/ml.
- Porcentaje de pacientes sintomáticos (n = 45) al momento de la consulta: 33,58% (20% Mujeres, 80% Hombres), de los cuales el 42,2% tenían < de 200 LT CD4+/ml.
- El 100% de las mujeres son heterosexuales.
- El 49,4% de los hombres son heterosexuales, el 35,1% son homosexuales, el 5,2% son bisexuales y en el 10,3% la orientación sexual es desconocida.
- El 64,9% de la población no tenía convivientes/pareja VIH + (18,4% Mujeres, 81,6% Hombres).
- El 35,1% de la población tenía convivientes/pareja VIH + (44,7% Mujeres, 55,3% Hombres).
- El 22,4% de los pacientes tenía antecedentes de patologías asociadas comúnmente al VIH (20% Mujeres, 80% Hombres).
- El 77,6% de los pacientes no tenía antecedentes de patologías asociadas comúnmente al VIH (29,8% Mujeres, 70,2% Hombres).
- En los pacientes con antecedentes de patologías asociadas comúnmente al VIH el recuento promedio de LT CD4+ fue de 291 cel/ml. (IC 95%: 208 – 374) y el promedio de carga viral (escala logarítmica) fue de 4,5 log (DE: 1,08) (IC 95%: 4,1 – 4,8).
- En los pacientes sin antecedentes de patologías asociadas al VIH el recuento promedio de LT CD4+ fue de 426 cel/ml. (IC 95%: 377 - 475) y el promedio de carga viral (escala logarítmica) fue de 4,5 log. (DE: 0,98) (IC 95%: 4,3 – 4,7).

- De los pacientes asintomáticos (n = 89), 13 consultaron por tener pareja VIH +, 5 por resultados positivos en tests voluntarios, 2 por positividad en screening por embarazo y 67 consulta voluntaria directamente al especialista.
- La vía de contagio mas frecuente fue la sexual con el 64,9% de los casos (26,4% Mujeres, 73,6% Hombres) y de vía desconocida el 29,1% ( 25,6% Mujeres, 74,4% Hombres). El resto de las formas de contagio no es porcentualmente significativa.
- Con respecto a la orientación sexual y forma de contagio el 100% de los bisexuales se contagió por vía sexual, así como el 85,3% de los homosexuales y el 60,4% de los heterosexuales.
- El 29,9% de la población tenía conductas de riesgo asociadas al contagio del VIH (5% Mujeres, 95% Hombres)
- El 70,1% de la población no tenía conductas de riesgo asociadas al contagio del VIH (37,2% Mujeres, 62,8% Hombres).
- El 76,1% de los pacientes son residentes actuales de la ciudad de Rosario (29,4% Mujeres, 70,6% Hombres).
- El 52,2% de los pacientes son nativos de la ciudad de Rosario (32,8% Mujeres, 70,6% Hombres)



## **DISCUSIÓN:**

El último informe de ONUSIDA sobre la situación de la epidemia en el mundo, el más completo de todos los realizados hasta la fecha, estima que a finales de 2005 alrededor de 38,6 millones de personas (entre 33,4 y 46 millones) vivían con VIH, se produjeron 4,1 millones de nuevas infecciones y 2,8 millones de fallecimientos.

Por primera vez desde su creación, hace ahora 10 años, ONUSIDA ha contado con la implicación de la sociedad civil para recoger y analizar los datos.

Las cifras son algo más bajas que las que reflejaba el anterior informe, correspondiente a diciembre de 2005, pero desde la Agencia de Naciones Unidas para el Sida explican que estas diferencias se deben, sobre todo, "a la mayor cantidad de datos disponibles y al mayor número de población analizada, más que a un descenso en la prevalencia del VIH".

Otra de las críticas que hace ONUSIDA es que a pesar de que el 90% de los países cuenta con una estrategia nacional para combatir el sida, los sistemas para implementar esas políticas son contradictorios y escasos y los programas de prevención sólo alcanzan a una minoría. Incluso hay signos de que la prevención está disminuyendo en algunas regiones, lo que supone que "se ha perdido una gran oportunidad para reducir los contagios".

"El informe global de la epidemia de sida 2006" alerta de que tanto los gobiernos como las iniciativas internacionales han fracasado a la hora de proporcionar el apoyo y el cuidado necesario a los 15 millones de niños que se han quedado huérfanos por culpa de la enfermedad (16).

Peter Piot, director de ONUSIDA, cree que el panorama no es esperanzador, ya que este virus ha aumentado en casi todas las partes del globo. *"Las epidemias se están diversificando, con infectados por mantener sexo sin protección y por utilizar agujas no desinfectadas". "Por primera vez, después de un cuarto de siglo de epidemia, el mundo tiene los medios para empezar a cambiar la evolución del sida. Pero el éxito dependerá de un acuerdo sin precedentes entre todos los actores sociales para dar una respuesta coordinada a la enfermedad y para mantenerla a lo largo del tiempo"*, concluye el escrito.

Lo que sucede en Argentina y más precisamente en la ciudad de Rosario, no escapa a lo que sucede en países o ciudades similares. Los casos notificados de VIH, son en todo el país 32.411 casos de los cuales el 50% corresponden al período posterior al año 2001, año en que se incorpora al registro de SIDA la notificación obligatoria del VIH. A partir de la creación del registro de VIH (1° de Junio de 2001) se comienza a trabajar en conjunto Programa Nacional de lucha contra los RH, SIDA y ETS (17) , Programas Provinciales de SIDA, efectores de salud y médicos notificantes para realizar la reconstrucción histórica de dicho registro Aunque puede parecer que la prevalencia de la enfermedad por VIH lo que en realidad podría estar sucediendo es que hay una menor proporción de diagnósticos y además de diagnósticos tardíos que debutan clínicamente a partir de enfermedades oportunistas sobre todo en pacientes de edades más avanzadas.

Las organizaciones mundiales y de cada país se han encargado en la década de los 90 a difundir vasta información acerca de las vías de transmisión del VIH y de los recaudos que las personas debían tomar, sin embargo, dichas campañas han decrecido en cantidad en los últimos años sin una razón establecida. Las campañas de prevención probablemente hayan surtido más efecto en personas jóvenes que en adultos en los que los cambios en la modalidad de vida resultan más dificultosos. De esto se extrae que los pacientes que consultan por en estados más avanzados sean los mayores de la población general. Es particularmente interesante resaltar la importante cantidad de pacientes que han concurrido por propia voluntad directamente al médico especialista en VIH ante la sospecha de contagio, hecho destacable y prácticamente reservado a las personas más jóvenes de la población en riesgo. La posibilidad de infección por VIH esta frente a todos nosotros, de manera que es innegable la responsabilidad que el estado tiene ante esta patología. Es deber del mismo proporcionar los medios educativos al respecto y dedicar a esto el tiempo suficiente para que la población realmente tome conciencia y analice el futuro de esta enfermedad que seguramente nos perseguirá durante un largo tiempo.

## **Conclusión**

La población estudiada se encuentra dentro de un promedio de edad de 38 años con una pequeña diferencia entre hombres y mujeres. Estos se encuentran cercanos a la media para otras poblaciones revisadas en la bibliografía.

Los mayoría de los pacientes fueron asintomáticos, sin embargo, un porcentaje importante de estos tenía al momento del diagnóstico un recuento de CD4+ menos a 200 Cel./ml,. Estos pacientes son los que consideramos como “pacientes diagnosticados tardíamente de la misma manera que los pacientes que consultaron con síntomas de patología asociadas comúnmente al VIH.

En relación a la orientación sexual de los pacientes se denota un alto porcentaje de la población total, siendo todas las mujeres y la mitad de los hombres heterosexuales y cerca de un 40% de hombres homosexuales.

Más del 30% de los pacientes tenía convivientes VIH + lo que resultó en consultas voluntarias y podría decirse preventivas.

Las vías de contagio no se diferencian mucho de las estadísticas mundiales siendo el contagio sexual la vía preferencial para ambos sexos. Aunque muchos pacientes desconocían la forma de contagio podría asumirse que gran parte de ellos no escapan a esta forma de contraer la enfermedad teniendo en cuenta que un importante número tenía antecedentes de conductas de riesgo para el contagio del VIH.

El análisis de residencia y de procedencia demuestra que gran parte de los pacientes no son residentes ni nativos de la ciudad de Rosario, sin embargo, residen o proceden de localidades cercanas, por lo que podría decirse que Rosario tiene una amplia área de influencia y además por ser una ciudad de referencia para poblaciones con poca infraestructura para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos pacientes.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. "Medicina familiar y práctica ambulatoria". Rubinstein A., Terrasa S., Durante E., Rubinstein E., Carrente P.. Ed. Panamericana. 208:1513-1529. 2001.
2. "Medicina Interna". Farreras – Rozman. Ed. Mosby/Doyma Libros. 13º ed. Vol. II. Parte 13. Págs. 2530-2541. 1995
3. Estadios de la infección por VIH/SIDA propuestos por el CDC en 1993 (estadificación VIH-SIDA, CDC/USA. 1993)
4. Schacker, T; Collier, AC; Hughes, J; Shea, T; Corey, L. Clinical and epidemiologic features of primary HIV infection. *Ann Intern Med* 1996;125:257-64.
5. Horsburgh, CR. Jr; Ou, CY; Jason, J. et al. Duration of human immunodeficiency virus infection before detection of antibody. *Lancet* 1989;2:637-40.
6. Schechter, M. Therapy for early HIV infection: how far back should the pendulum swing? *J Infect Dis* 2004;190(6):1043-5.
7. Belloso W. Virus de la inmunodeficiencia humana y síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (Primera entrega). *Evid. Actual. Pract. ambul.* 2005;8:21-23.
8. Niu MT, Stein DS, Schnittman SM. Primary human immunodeficiency virus type 1 infection: review of pathogenesis and early treatment intervention in humans and animal retrovirus infections. *J Infect Dis*, 1993 186(6):1490-501.
9. Schacker T, Collier AC, Hughes, et al. Clinical and epidemiologic features of primary HIV infection. *Ann Intern Med*, 1996 125(4): 257-64.
10. Orenstein R. Presenting syndromes of Human Immunodeficiency Virus. *Mayo Clin Proc* 2002; 77(10): 1097-102.
11. Daar ES, Little S, Pitt J, et al, Los Angeles County Primary HIV Infection Recruitment Network. Diagnosis of primary HIV-1 infection. *Ann Intern Med*. 2001;134:25-29.

12. Kaufman GR, Duncombe C, Zaunders J y col. Primary HIV infection: a review of clinical manifestations, immunologic and virologic changes. *AIDS Patient Care STDS* 1998; 12(10): 759-67.
13. Phillips KA, Bayer R, Chen JL. New Centers for Diseases Control and Prevention`s guidelines on HIV counseling and testing for the general population and pregnant women. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003; 32(2): 182-91.
14. Schrooten W, Dreezen C, Fleerackers Y, Andraghetti R y col. Receiving a positive HIV test result: the experience of patients in Europe. *HIV Med* 2001; 2(4): 250-4.
15. <http://www.el-nacional.com/sida/prevencion.asp>
16. "Situación de la epidemia de S.I.D.A.". Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA.(ONUSIDA). Diciembre 2005.
17. Boletín Diciembre de 2005. Programa Nacional de Lucha Contra los Retrovirus del humano, S.I.D.A. Y E.T.S Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación Argentina.

# **ÍNDICE**

RESUMEN .....	2
INTRODUCCIÓN .....	3
CONOCIMIENTO ACTUAL DE LA INFECCIÓN POR VIH.....	4
Categorías clínicas: .....	6
CLASIFICACION CDC – ADULTOS .....	7
Diagnóstico de VIH .....	8
La primoinfección.....	9
Prevención: La mejor vacuna.....	11
OBJETIVOS .....	13
MATERIALES Y MÉTODOS.....	13
RESULTADOS.....	14
Resumen de los resultados .....	23
DISCUSIÓN: .....	25
CONCLUSIÓN.....	27
BIBLIOGRAFÍA .....	28