

**CENTRO PROVINCIAL
DE HIGIENE Y EPIDEMIOLOGÍA
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

COMUNICACIÓN

**INFECCIÓN POR VIH/SIDA. UN PROBLEMA DE SALUD EN LA PROVINCIA
DE VILLA CLARA.**

Por:

MSc. María Alicia Rodríguez Sotolongo¹, Lic. Odalis García Cruz² y Dra. Miriam María González Morrell³

1. Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología. Master en Salud Pública. Instructora. ISCM-VC.
2. Licenciada en Enfermería.
3. Especialista en Medicina General Integral.

Descriptor DeCS:

INFECCIONES POR HIV/epidemiología

Subject headings:

HIV INFECTIONS/epidemiology

Aunque no se pueda pronosticar con confiabilidad a largo plazo la magnitud de la epidemia de infección por VIH en el mundo, la amenaza que representa es mucho más grave de lo previsto. La epidemia está más difundida de lo esperado; es considerablemente más compleja y su mortalidad ha resultado varias veces más alta que la pensada, de forma tal que todos los países del mundo tienen infectados por VIH/ SIDA¹⁻⁴. Cuba muestra una situación favorable en relación con la mayoría de los países del mundo, si se tienen en cuenta las cifras informadas. La virtual ausencia de SIDA infantil, la existencia de un fuerte programa de control que data desde 1985, que minimizó la magnitud de los problemas en el país, y la fortaleza del sistema nacional de salud, son factores que han propiciado la mencionada situación. No obstante, existen indicadores que pudieran favorecer el aumento de casos en los próximos años, entre los que cabe señalar el mantenido número de casos de sífilis, gonorrea y condilomas, enfermedades que incrementan el riesgo de infección por VIH y utilizan similar vía de transmisión, así como, entre otros factores, la baja percepción de riesgo en personas pertenecientes a grupos vulnerables⁵. Dentro de las provincias más afectadas del país se encuentra Villa Clara, pues desde el comienzo de la epidemia en Cuba en el año 1986 hasta el cierre de 2001 se informa un total de 448 pacientes (tabla), y de ellos han fallecido 175.

Tabla Incidencia de la infección por VIH/ SIDA por años. Provincia Villa Clara. 1986-2001.

| Años | No. de casos | Tasa/millón de habitantes |
|------|--------------|---------------------------|
| 1986 | 3 | 3,7 |
| 1987 | 3 | 3,7 |
| 1988 | 5 | 6,2 |
| 1989 | 27 | 33,6 |
| 1990 | 23 | 28,4 |
| 1991 | 27 | 33,3 |
| 1992 | 20 | 24,6 |
| 1993 | 21 | 25,5 |
| 1994 | 25 | 30,2 |
| 1995 | 18 | 21,6 |
| 1996 | 56 | 68,2 |
| 1997 | 47 | 57,2 |
| 1998 | 33 | 39,6 |
| 1999 | 57 | 68,3 |
| 2000 | 48 | 57,4 |
| 2001 | 35 | 41,8 |

Fuente: Departamento de Estadísticas. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología.

La tendencia general de la infección ha sido hacia el incremento, y se ha hecho más evidente en 1996, año que marca a nuestra provincia como la segunda de mayor incidencia del país⁶, con tasas acumuladas de 34,60/millón de habitantes que duplica la tasa nacional, y un índice de positividad de las muestras de VIH de 0,023, cifra que se halla por encima de lo que pretendía nuestro país, y que aparece en los Objetivos, Propósitos y Directrices para el año 2000.

Los municipios que aportan la mayor incidencia de forma acumulada son: Santa Clara, Caibarién, Santo Domingo y Sagua, con tasas de 85,3, 31,3, 21,4 y 20,4/millón de habitantes respectivamente. De los trece municipios, 10 manifestaron un comportamiento ascendente.

El sexo masculino ofrece mayor participación (70 %); se diagnosticaron 2,3 hombres por cada mujer, similar a otras investigaciones que han demostrado que la razón hombre/mujer siempre ha tenido un mayor por ciento en el sexo masculino (4:1); por tal motivo se estipulan tres tipos epidemiológicos de estudio:

- El primero, llamado estudio occidental, que se observa en países capitalistas, Europa, Australia, Estados Unidos y Canadá, donde la razón hombre/mujer es igual a 10:1.
- El segundo, denominado estudio africano, es exclusivo para África, para una razón hombre/mujer igual (1:1), debido a que la afectación de la epidemia se produce en toda la población de hombre/mujer niños recién nacidos.
- El tercero es el estudio mixto, que se puede encontrar en países del Caribe, Haití y Latinoamérica, donde se combinan ambas razones anteriores, pero siempre con predominio del sexo masculino, aunque otras investigaciones difieren y expresan que en el siglo XX la participación del sexo femenino sería mayor que la del masculino, y las edades se corresponden con las de mayor actividad sexual, ya que más del 80 % de las personas detectadas integran el grupo de 15 a 29 años.

Predominan las personas con condiciones sociales inadecuadas en el 70,5 % de los diagnosticados, lo que coincide con el incremento del número de reclusos en la epidemia.

Según la orientación sexual, los hombres que tienen sexo con otros hombres han ido en aumento a medida que han transcurrido los años, y en sentido general, el 58 % de las personas del sexo masculino tuvieron este tipo de orientación sexual, situación que se presenta de forma similar en todo el país⁷.

La seropositividad, según grupo de pesquisa más elevada, estuvo a cargo del grupo de contactos con índice de 1,9 %, que son aquellas personas que mantuvieron o mantienen contactos sexuales

con personas diagnosticadas; de hecho se infiere la importancia de la entrevista y reencuesta a todos los casos diagnosticados, con el fin de localizar sus contactos, sospechosos y asociados. Le sigue en orden de frecuencia el grupo de reclusos, con índice de 0,15 %; en los años de más elevada incidencia en la provincia, éste presenta la más alta positividad. El otro grupo importante lo constituye el de captado, con índice de 0,04 %, que son aquellas personas que se encuentran dispensarizadas por su médico de la familia, ya que constituyen un riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual, por mantener cambios frecuentes de pareja sin protección, los cuales, según se plantea en la bibliografía, tienen de 7 a 10 veces más riesgo de contraer el virus de VIH/SIDA que el que no la padece.

Dentro de los grupos seleccionados a los que se les realiza pesquisa de VIH, el de más elevada positividad fue el grupo de contactos –que incluye personas que tienen relaciones sexuales con seropositivos–, el grupo de reclusos y el de captados, que integran los dispensarizados por el médico de la familia por mantener conductas sexuales de riesgo; en estos grupos fueron diagnosticados 201,118 y 36 casos respectivamente.

La vía de transmisión más frecuente fue por contacto sexual en un 58,9 %, seguido de la parenteral con 40,8 %. En nuestra provincia no existen diagnosticados por transmisión ocupacional ni por transfusiones sanguíneas⁸. Por transmisión vertical sólo hemos tenido un caso; sin embargo, los estudios en países capitalistas desarrollados reflejan que el 20 % de los diagnosticados han enfermado por vía parenteral y la vía vertical entre un 25 y 50 %. Se ha estudiado en países subdesarrollados el deterioro de la supervivencia infantil, lo cual es alarmante, y se prevé para el año 2005 que 6 de cada 1 000 lactantes de Sudáfrica con SIDA congénito fallecerán antes de llegar al primer año de vida.

Las infecciones oportunistas que más predominaron en estos pacientes fueron la candidiasis bucal y esofágica, neurotoxoplasmosis, neumonía por *Neumocystis carinii*, herpes zoster, criptococosis, leucoplasias, criptosporidiosis, entre otras⁹.

La mayoría de las personas infectadas con el VIH desarrollan el síndrome de inmunodeficiencia adquirida; sin embargo, la duración del período asintomático varía de forma considerable. Algunos individuos progresan al SIDA después del año de seroconversión y otros se mantienen asintomáticos por 10 años o más. Estas diferencias en las respuestas ante un mismo agente causal se atribuyen a factores virales, hospederos o uno de ellos.

El tiempo de vida de los enfermos está relacionado con la forma clínica de la enfermedad; la letalidad en nuestro país es algo más del 50 % al año y alcanza hasta el 80 % a los dos años de diagnosticado el paciente. Aunque algunos han logrado sobrevivir más de cinco años con los tratamientos modernos, el SIDA es aún irremisiblemente mortal.

Ante la inexistencia de una vacuna efectiva y el alto costo de los medicamentos, el trabajo de prevención es el principal objetivo para contrarrestar actualmente esta enfermedad, que ha causado los mayores estragos a finales del siglo XX. Esta prevención implica la modificación de la actividad sexual; es necesario potenciar la percepción del riesgo entre la población ante una enfermedad que obliga a todos a encarar arduas cuestiones en relación con la infección. No basta con crear la sensibilidad, pues muchos mantienen la ilusión de la autoprotección contra el SIDA y creen que es necesaria para los demás, pero no para sí mismos. Se necesitan, además, cambios de comportamiento desde el punto de vista sexual. Vivimos momentos de reflexión en la historia de la humanidad. El SIDA realza todos los puntos fuertes y débiles del hombre: nuestra vulnerabilidad y nuestros temores, nuestra fuerza y nuestra compasión, especialmente para quienes son más vulnerables, menos capaces o más pobres que nosotros; es necesario equilibrar día a día nuestros temores acerca del SIDA, con la certeza de que la actuación del hombre acabará por conducirnos al éxito.

Como forma de enfrentamiento y lucha contra el VIH/ SIDA nuestra provincia tiene como propósito enfatizar y promover las acciones de Promoción de Salud para lograr modificar la conducta sexual del individuo, sobre todo en los grupos vulnerables y de alto riesgo, así como desarrollar la intersectorialidad, con el fin de que todos los sectores involucrados participen activamente para evitar que la epidemia exceda nuestros pronósticos.

Referencias bibliográficas

1. Mertens TE, Low -Beer DC. Hacia dónde se encamina la epidemia de infección por VIH/ SIDA? Rev Panam Salud Pub 1997; 1(3):220-8.
2. Vidal Casero MC. Los programas de prevención y control del SIDA en las Comunidades Autónomas. Farmacéutico (Profesión y Cultura) 1997; (191):120-4.
3. ONUSIDA. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/ SIDA. La epidemia de SIDA: Situación en diciembre de 1998. Ginebra: OMS; 1998. p. 18.
4. ONUSIDA. Una respuesta conjunta al SIDA en acción. ONUSIDA; Ginebra; 1999. p. 16.
5. Ministerio Salud Pública de Cuba. Plan Estratégico Nacional. La Habana; 2000
6. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Actualización del Programa Nacional de Control y Prevención del VIH/ SIDA. La Habana; 1995.
7. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Boletín Informativo de la Dirección Nacional de Epidemiología. La Habana; 2001.
8. Iglesias Valera J. Viviendo con VIH. Manual para personas viviendo con VIH/ SIDA en Cuba. La Habana: Pueblo y Educación; 1999. p. 2.
9. Jiménez O, Álvarez A, Alfonso MA, Villalón M, Reyes X, Carnota del Busto R, et al. Conociendo sobre VIH: manual para el personal de salud y médicos de la familia de Cuba. La Habana: Pueblo y Educación; 1999. p. 17.