

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DE LOS PACIENTES
CON SIDA QUE CONSULTARON POR PRIMERA VEZ AL HOSPITAL
UNIVERSITARIO RAMON GONZALEZ VALENCIA DE BUCARAMANGA ENTRE
LOS AÑOS 1984 Y 2003**

Doctor LUÍS FERNANDO MORENO CORAL

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
ESCUELA DE MEDICINA
FACULTAD DE SALUD
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA
BUCARAMANGA
2006**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DE LOS PACIENTES
CON SIDA QUE CONSULTARON POR PRIMERA VEZ AL HOSPITAL
UNIVERSITARIO RAMON GONZALEZ VALENCIA DE BUCARAMANGA ENTRE
LOS AÑOS 1984 Y 2003**

Doctor LUIS FERNANDO MORENO CORAL

**Trabajo De Grado Para Optar Al Titulo De Especialista
En MEDICINA INTERNA**

**Doctor NELSON DAZA BOLAÑO
INTERNISTA HEMATOLOGO
DIRECTOR DEL TRABAJO**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
ESCUELA DE MEDICINA
FACULTAD DE SALUD
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA
BUCARAMANGA
2006**

A Diana Mar, por su inmenso y constante amor
y sin quien hubiera sido imposible alcanzar este sueño.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por hacerme sentir su constante presencia.

Al Dr. Nelson Daza por su apoyo en la dirección del proyecto.

Al Dr. Germán Gamarra por su orientación y guía no solo con el desarrollo de este proyecto sino por sus enseñanzas durante los tres años de mi residencia.

A los doctores Helmer Jair Ruíz y Boris Vesga por su apoyo con la base de datos para la realización de este trabajo.

Al departamento de Medicina Interna y a su secretaria Amparito por su confianza y colaboración incondicionales.

A la doctora Herminia Ramírez, bacterióloga del Banco Metropolitano de Sangre por su constante y explícita ayuda.

A las estudiantes de Medicina Claudia Jaimes y Genny Juliana Jiménez por su colaboración en la revisión de historias clínicas.

A Bucaramanga, Ciudad Bonita, que me acogió desde mi llegada y a su gente quienes me hicieron sentir como un hijo más de esta linda tierra.

A mi familia, que aunque en la lejanía, siempre llevo conmigo

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	13
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
2. OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GENERAL.	16
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.	16
3. JUSTIFICACION	17
4. MARCO TEÓRICO	18
4.1 DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES	19
4.2 DEFINICIÓN DE CASO DE SIDA	20
4.2.1 CRITERIO EPIDEMIOLOGICO	20
4.2.2. Criterio Clínico	21
4.2.3 Criterio De Laboratorio	22
4.3 DEFINICIÓN DE CASO DE SIDA SEGÚN CATEGORÍAS CLINICAS	24
4.4 FRECUENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS ASOCIADOS CON LA INFECCIÓN AGUDA POR VIH:	26
4.5 CORRELACIÓN DE COMPLICACIONES CON RECuento DE CD4	27
4.6 SITUACIÓN EN AMÉRICA LATINA	29

4.7 COMPORTAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR VIH EN COLOMBIA	31
5. DISEÑO METODOLOGICO	38
5.1 DISEÑO DEL ESTUDIO	38
5.2. ÁREA DE ESTUDIO	38
5.3. POBLACIÓN	38
5.4. TAMAÑO DE LA MUESTRA	38
5.5. VARIABLES Y SU MEDICIÓN	38
5.5.1 Definición De Términos O Definición Conceptual	38
6. RESULTADOS	55
6.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS	55
6.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	60
6.3 CARACTERÍSTICAS DE LABORATORIO	61
6.4 GRUPOS DE ENFERMEDADES	64
7. DISCUSIÓN	66
CONCLUSIONES	76
RECOMENDACIONES	78
BIBLIOGRAFÍA	79
LECTURAS RECOMENDADAS	84
ANEXOS	86

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla No.1 Condiciones Indicadoras En La Definición De Caso De SIDA (Adultos)	21
Tabla No. 2 Definición De Caso De SIDA Para Adolescentes Y Adultos Según Sintomatología Y Recuento De CD4	24
Tabla 3 Signos Y Síntomas En La Infección Aguda Por VIH	26
Tabla No.4 Complicaciones Infecciosas Y No Infecciosas De Acuerdo Con El Recuento De CD4	28
Tabla Nº 5 Distribución Según Grupos de Edad y Sexo	55
Tabla Nº 6 Distribución Según Origen y Procedencia	57
Tabla Nº 7 Distribuciones Según Compañero Sexual	58
Tabla Nº 8 Distribución Según número de Compañeros Sexuales	58
Tabla Nº 9 Distribución Según Síntomas Mas Frecuentes	60
Tabla Nº 10 Combinación de Síntomas Mas Frecuentes	60
Tabla Nº 11 Distribución Según el Nivel de Hemoglobina (gr/dl)	61

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Gráfica No.1 Incidencia Acumulada VIH/SIDA 1983 – 2001	34
Gráfica No. 2 Distribucion Según Ocupación	56

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO No. 1 ESTUDIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON SIDA EN ESE-HURGV	87

RESUMEN

TITULO: CARACTERISTICAS CLINICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DE LOS PACIENTES CON SIDA QUE CONSULTARON POR PRIMERA VEZ AL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMON GONZALEZ VALENCIA DE BUCARAMANGA ENTRE LOS AÑOS 1984 Y 2003 *

AUTOR: Luis Fernando Moreno Coral **

PALABRAS CLAVE: SIDA, VIH, EPIDEMIOLOGIA, CLINICA

CONTENIDO:

La variación en la presentación de los casos de SIDA obliga a un mejor conocimiento de sus características clínicas y epidemiológicas para tener una adecuada sospecha y hacer diagnósticos tempranos. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con los pacientes que asistieron al Hospital Universitario Ramón González Valencia entre los años 1984 y 2003 con diagnóstico de SIDA para determinar sus principales características en el momento de la consulta.

Se revisaron un total de 348 historias clínicas a las cuales se les aplicó un formato de recolección de datos teniendo en cuenta los aspectos epidemiológicos, clínicos y de laboratorios básicos.

Se observó que las características epidemiológicas conservan un patrón similar a las estadísticas referidas por estudios a nivel nacional e internacional llamando la atención el aumento de la enfermedad en grupos heterosexuales con una relación hombre/mujer que se acerca a la igualdad. La presentación clínica indica patologías especialmente de tipo infeccioso, tanto oportunistas como no oportunistas, siendo los tumores una forma de presentación poco frecuente en nuestro medio.

No se encontraron suficientes datos acerca de la carga viral y de los CD4 de los pacientes lo cual no permitió realizar análisis y comparaciones.

Las características clínicas, paraclínicas y epidemiológicas de la presentación de los casos de SIDA son similares en el ámbito local, nacional y mundial. La historia clínica es y seguirá siendo el instrumento fundamental para el enfoque diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

*Trabajo de grado

** Facultad de Salud, Especialización en Medicina Interna, Director Nelson Daza Bolaño

ABSTRACT

TITLE: CLINICAL AND EPIDEMIC CHARACTERISTICS OF THE PATIENTS WITH AIDS THAT THEY CONSULTED TO THE UNIVERSITY HOSPITAL RAMON GONZALEZ VALENCIA OF BUCARAMANGA FOR THE FIRST TIME AMONG THE YEARS 1984 AND 2003 *

AUTHOR: Luis Fernando Moreno Coral**

WORDS KEY: AIDS, HIV, EPIDEMIOLOGY, CLINIC

CONTENT:

The variation in the presentation of the cases of AIDS forces to a better knowledge of its clinical and epidemic characteristics to have an appropriate suspicion and to make diagnostic early. It was carried out a descriptive cross-sectional study with the patients that attended the University Hospital Ramón Gonzalez Valencia among the years 1984 and 2003 with diagnostic of AIDS to determine their main ones characteristic in the moment of the consultation.

They were revised a total of 348 clinical histories to which were applied a format of gathering of data keeping in mind the epidemic, clinical aspects and of basic laboratories.

It was observed that the epidemic characteristics conserve a similar pattern to the statistics referred by studies at national and international level calling the attention the increase of the illness in heterosexual groups with a relationship male/female that comes closer to the equality. The clinical presentation indicates pathologies especially of infectious type, as much opportunists as non opportunists, being the tumors a form of not very frequent presentation in our environment.

They were not enough data about the viral load and of the CD4 of the patients that which didn't allow to carry out analysis and comparisons.

The clinical, paraclinical and epidemic characteristics of the presentation of the cases of AIDS they are similar in the local, national and world environment. The clinical history is and it will continue being the fundamental instrument for the diagnostic focus and the patients' treatment.

*Trabajo de grado

** Facultad de Salud, Especialización en Medicina Interna, Director Nelson Daza Bolaño

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se ha convertido en una de las mayores epidemias que ha contado con más de 25 millones de muertes desde que el Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) fuere descubierto en 1981. A pesar de contar con un mejor acceso a una terapia antirretroviral la epidemia de SIDA terminó con la vida de 3,1 millones de personas en 2005 de las cuales 570.000 eran niños. Con gran preocupación se ha observado un aumento incontrolado del número de personas infectadas por el VIH calculándose que cerca de 40,3 millones de personas viven en la actualidad con el virus y que cerca de 5 millones más fueron infectadas en el 2005 (1).

A la par con estas estadísticas también se ha observado un paulatino cambio en la forma de presentación clínica del síndrome lo cual debe mantener en alerta al personal de salud que todos los días debe enfrentarse a pacientes potencialmente contagiados para hacer un diagnóstico precoz y oportuno y poder ofrecer alternativas de tratamiento adecuadas.

Hasta Junio de 2003 habían 40072 casos reportados en Colombia de infección por VIH/SIDA con una prevalencia que oscilaba entre el 0,4 y el 0,7%, teniendo en cuenta que por cada caso diagnosticado hay cerca de 10 casos no reportados (2). En el Departamento de Santander, para la misma fecha, se habían reportado 1540 casos que correspondían al 3,8% del total nacional ubicando a este departamento en el quinto lugar (2).

Por lo anterior, el presente trabajo busca realizar una descripción de las características con las cuales se presentaron los diferentes pacientes con VIH/SIDA tanto desde el punto de vista clínico como paraclínico para tener un

mejor conocimiento de la forma como se comporta la enfermedad en el medio local.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles fueron las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con VIH/SIDA que consultaron por primera vez al Hospital Universitario Ramón González Valencia de Bucaramanga entre los años 1984 y 2003?

El problema de la epidemia de la infección con el (VIH) ha trascendido tanto en tiempo como en espacio ya que diariamente se observa el crecimiento de la epidemia que año tras año da cuenta de gran número de muertes alrededor de todo el mundo.

Desde el reporte del primer caso de SIDA en Cartagena en Marzo de 1984, se ha observado un crecimiento logarítmico de los casos de infección por VIH/SIDA y de igual forma se ha observado que el comportamiento epidemiológico así como clínico de las principales enfermedades marcadoras de VIH/SIDA han presentado también cambios que deben tenerse en cuenta a la hora de enfrentar pacientes con la posibilidad de estar infectados por el virus.

De esta forma, es importante contar con información local y actualizada acerca de las posibles formas de presentación de esta entidad para hacer un diagnóstico precoz y evitar las consecuencias catastróficas que la enfermedad puede ocasionar.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL.

El objetivo general del proyecto es determinar cuales son las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con VIH/SIDA y que consultaron por primera vez al Hospital Universitario Ramón González Valencia de Bucaramanga en el periodo comprendido entre 1984 y 2003.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Describir las características epidemiológicas tales como origen, procedencia, edad, sexo, estado civil y ocupación de los pacientes incluidos en el estudio.
2. Describir por grupos las enfermedades asociadas a la infección por VIH/SIDA en el momento de la presentación al Hospital, tanto enfermedades definitorias como no definitorias.
3. Comparar distribuciones observadas a nivel local, nacional e internacional.
4. Determinar las características iniciales en la química sanguínea básica entre los pacientes con VIH/SIDA que consultaron el HURGV durante el período del estudio.

3. JUSTIFICACIÓN

Como se anotó inicialmente, debido a la curva ascendente tanto de la infección como de las diferentes complicaciones por el VIH que se están observando no solo a nivel mundial sino también a nivel de Latinoamérica y de Colombia, es necesario continuar con el estudio de esta infección para correlacionar la parte clínica con la epidemiológica y hacer un diagnóstico más efectivo en los pacientes infectados por este virus tendiente a mejorar el enfoque y el manejo de los mismos para en última instancia lograr mejor supervivencia y calidad de vida de los pacientes que se atienden diariamente.

4. MARCO TEÓRICO

El síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es el escalón final en la historia natural clínica de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). A partir del momento en que el virus entra al cuerpo humano pueden pasar de dos semanas a tres meses antes de que aparezcan anticuerpos en su sangre. En promedio, la enfermedad tiene un período de incubación de diez años, lo que implica que una persona puede transmitir el virus sin saber que está infectada (3).

De acuerdo con la información de ONUSIDA/OMS 40,3 millones (36,79 – 45,3 millones) de personas viven en la actualidad con el VIH y cerca de 5 millones contrajeron el virus en 2005. De este total, 38 millones (34,5 – 42,6 millones) se encuentran en adultos, 17,5 millones (16,2 – 19,3 millones) en mujeres y 2,3 millones (2,3 – 2,8 millones) en menores de 15 años; además se calcula que 3,1 millones (2,8 – 3,6 millones) murieron por la enfermedad en el mismo año, de las cuales 570000 fueron menores de 15 años (1).

El número de personas infectadas con VIH ha aumentado en todas las regiones menos en el Caribe en donde la prevalencia general no mostró cambios en el 2005 con respecto al año 2003. África Subsahariana sigue siendo la región más afectada con 25,8 millones (23,8-28,9 millones) de personas infectadas con VIH; además las dos terceras partes del total de personas que viven con el VIH se encuentran en esta región así como el 77% del total de mujeres infectadas. En esta misma región murieron cerca de 2,4 millones (2,1-2,7 millones) de personas en el año 2005. La proporción de mujeres afectadas sigue en crecimiento: en 2005 17,5 millones (16,2-19,3 millones) de mujeres vivían con el VIH, de las cuales cerca de trece millones vivían en África subsahariana (1).

4.1 DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) causa un variado número de manifestaciones clínicas, desde el portador asintomático hasta condiciones en extremo debilitantes y fatales, asociadas todas con alteraciones en la inmunidad celular.

El Síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA) es un grupo específico de condiciones o de enfermedades que indican disminución importante de la función inmunológica relacionada con la infección por el VIH. Este virus fue descubierto en 1983 por los Doctores Luc Montagnier y Robert Gallo en Francia y Estados Unidos respectivamente (4). Este virus pertenece a la familia *Retroviridae* y su material genético corresponde a ácido ribonucleico (ARN) (3). Una vez en el cuerpo el virus infecta un gran número de células CD4 (linfotropismo) y se replica rápidamente; este linfotropismo hace que la infección por VIH cause una agresión directa al sistema inmune dando particulares características a sus manifestaciones clínicas. Además de ser linfotropo también es un lentivirus que posee la capacidad de infectar células tisulares de estirpe macrófaga. Esta combinación de propiedades hacen que el VIH sea causante de un gran daño inmunológico responsable de la aparición de infecciones oportunistas, alteraciones neurológicas y la muerte.

Durante la primera fase (aguda) de la infección la sangre contiene gran número de partículas virales que se distribuyen por todo el cuerpo especialmente en los órganos linfoides. Dos a cuatro semanas después de la infección el 70% de personas experimentan síntomas como de un resfriado común y las células B comienzan a formar anticuerpos que reducen los niveles del VIH, llegando en ocasiones a recuperarse casi completamente el conteo de CD4. La capacidad de mutar que tiene el virus impide que el sistema de defensa del cuerpo humano controle completamente la infección y esto ha permitido clasificarlo en diferentes

grupos: M (Mayoritario), O (Outlier) y N (New o no A, no B). Cada grupo a su vez contiene subtipos de virus que tienen la capacidad de recombinarse lo cual a su vez puede de algún modo determinar las propiedades biológicas del mismo, la alteración en la sensibilidad de ciertas pruebas de detección del virus o en la resistencia primaria o disminución en la sensibilidad a ciertos antirretrovirales.

El tiempo promedio desde la infección hasta que la persona desarrolle síntomas relacionados con SIDA es de aproximadamente 10-12 años en ausencia de una terapia antirretroviral, encontrándose variaciones (10% desarrollan SIDA los 2-3 años después de la infección y hasta un 5% mantienen conteos de CD4 estables después de los 12 años de la infección primaria sin que tengan síntomas) (5).

4.2 DEFINICIÓN DE CASO DE SIDA

El diagnóstico de la infección por VIH requiere de la presencia de criterios epidemiológicos, clínicos y de laboratorio los cuales deben ser interpretados por el médico tratante para configurar un caso de VIH ó SIDA.

4.2.1 Criterio Epidemiológico (6). Indica antecedentes o conductas que impliquen riesgo para adquirir la infección por VIH y que obligan la realización de una prueba diagnóstica. Se debe solicitar una prueba para detectar anticuerpos contra VIH a toda persona que:

- Se identifica con riesgo para adquirir la infección.
- Tiene relaciones sexuales sin protección
- Es trabajador (a) sexual
- Usa drogas psicoactivas intravenosas, orales o inhalatorias.
- Tiene historia de enfermedades o infecciones de transmisión sexual.
- Tuvo transfusión sanguínea o fue receptor de transplantes antes de 1988.

- Profesional de la salud con exposición percutánea, o de piel no intacta, o de mucosas, a líquidos con precauciones universales, así no se conozca el estado serológico del paciente fuente.
- Donantes de sangre, semen, órganos o tejidos.
- Realización de tatuajes o de procedimientos médicos o quirúrgicos sin equipo estéril.
- Las parejas sexuales de los anteriores.
- Hijos de madres infectadas antes o durante el embarazo.
- Personas que soliciten voluntariamente la prueba.

4.2.2. Criterio Clínico (6). Hacen pensar en infección por VIH:

- Fiebre de origen desconocido por más de cuatro semanas.
- Pérdida de peso de más del 10%.
- Diarrea crónica mayor de un mes de evolución
- Los anteriores cuando no se puedan explicar por otras causas.
- Linfadenopatías persistentes mayores de 1cm, en más de dos sitios extrainguales, por más de tres meses.

En la siguiente tabla se pueden observar cuales son las enfermedades que indican un caso de SIDA:

Tabla No.1 Condiciones Indicadoras En La Definición De Caso De Sida (Adultos) (7).

- Candidiasis de esófago, tráquea, bronquio o pulmón.
- Cáncer de cérvix invasivo.
- Criptococosis extrapulmonar.
- Criptosporidiosis con diarrea > 1 mes.
- Citomegalovirus de órganos diferentes a hígado, bazo, ganglios linfáticos.
- Herpes simple con úlceras mucocutáneas > 1mes o bronquitis, neumonitis, esofagitis.
- Histoplamosis extrapulmonar.

- Demencia asociada a VIH: Discapacidad cognitiva y/o otra disfunción que interfiere con la ocupación o actividades de la vida diaria.
- Desgaste asociado a VIH: Pérdida de peso involuntaria >10% de la línea de base más diarrea crónica (>2 deposiciones/día >30 días) o fatiga crónica y fiebre desconocida >30 días.
- Isosporosis con diarrea >1 mes.
- Sarcoma de Kaposi en pacientes menores de 60 años.
- Linfoma de Burkitt, inmunoblástico o primario del SNC.
- Mycobacterium avium diseminada.
- Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar.
- Neumonía por Neumocystis carinii.
- Neumonía bacteriana recurrente (>2 episodios en 12 meses).
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- Septicemia por Salmonella (no typhi) recurrente.
- Toxoplasmosis de órganos internos.
- Síndrome de desgaste debido a VIH (ya definido).

Fuente: CDC de Atlanta.1997

4.2.3 Criterio De Laboratorio (6). Ante la presencia de indicadores clínicos o epidemiológicos de infección por VIH se debe solicitar una prueba de detección de anticuerpos contra el virus. Las técnicas disponibles para este propósito se dividen en Presuntivas y Confirmatorias.

- **PRUEBAS PRESUNTIVAS.** Detectan anticuerpos totales contra el virus. La mayoría de personas producen anticuerpos contra varias de las proteínas virales en las siguientes 6-8 semanas después de la infección. La más sensible, específica y disponible es la prueba de ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay) (8). Cuando se produce un resultado reactivo se repite nuevamente la prueba presuntiva; las muestras doblemente reactivas son sometidas entonces a una prueba confirmatoria. Una prueba presuntiva no reactiva indica ausencia de

infección o infección inicial, aún sin anticuerpos detectables (período de ventana serológica).

▪ **Prueba Confirmatoria.** Es más específica y detecta anticuerpos contra los principales componentes antigénicos del virus. Se conoce como Western-Blot (WB) y es específica para VIH-1 y VIH-2. El resultado aparece como un patrón de bandas el cual puede variar entre individuos y la intensidad depende de la cantidad específica de anticuerpos circulantes.

El resultado se interpreta de la siguiente manera:

- Negativo: Ausencia de cualquier banda.
- Positivo: Presencia de por lo menos 2 bandas de las 3 que indican presencia de anticuerpos contra las proteínas gp160/120, gp41 y p24.
- Indeterminada: Patrón de bandas que no corresponde a la definición de positivo ni de negativo.

Un WB negativo indica ausencia de infección por VIH o una infección temprana (período de ventana serológica y se procede como con la presuntiva). Un resultado positiva indica infección por VIH. El resultado indeterminado puede darse por diversas causas (infección temprana, fase terminal de la enfermedad o reacciones cruzadas), en este caso se realiza seguimiento con pruebas bimestrales y asesoría constante ya que durante dicho período la prueba puede tornarse positiva o negativa.

La inmunofluorescencia indirecta (IFI) también es considerada como una prueba confirmatoria de infección por VIH siempre y cuando se realice en un laboratorio certificado para tal fin por el Instituto Nacional De Salud (9).

▪ **Carga Viral Y Recuento De CD4.** La carga viral (niveles de ARN de VIH en sangre) indica la magnitud de la replicación viral y en forma indirecta nos da a conocer la tasa de destrucción de las células CD4. La cuantificación de ARN del VIH en el plasma posee importante valor pronóstico. Con niveles inferiores a 1000 copias/ml (3 logaritmos decimales) el riesgo de progresión es bajo, mientras que con tasas superiores a 100.000 copias/ml (5 logaritmos decimales) el riesgo de progresión es alto.

El recuento de CD4 indica la extensión del daño inmune y ayuda a determinar el riesgo del paciente para desarrollar infecciones oportunistas. Los sujetos seronegativos para el VIH y los seropositivos en las primeras fases de la infección poseen recuentos de estas células superiores a 1000/mm³. Cuando dicho recuento cae por debajo de 500/mm³ pueden comenzar a aparecer las manifestaciones clínicas relacionadas con el VIH, y por debajo de 200/mm³ el riesgo es máximo (10).

4.3 DEFINICIÓN DE CASO DE SIDA SEGÚN CATEGORÍAS CLÍNICAS

En la siguiente tabla se encuentran las categorías clínicas en las cuales se pueden clasificar los pacientes de acuerdo con sus manifestaciones y recuento de CD4:

Tabla No. 2 Definición De Caso De Sida Para Adolescentes Y Adultos Según Sintomatología Y Recuento De Cd4: (1993) (11)

Categorías clínicas			
	A	B	C
Categorías	Asintomático,	Sintomático	Condición
CD4	o LDG o infección Aguda por VIH	(no A o C)	indicadora de SIDA

> ó igual 500/mm ³ (>29%)	A1	B1	C1
200-499/mm ³ (14-28%)	A2	B2	C2
< 200/mm ³ (<14%)	A3	B3	C3

LDG, Linfadenopatía generalizada

Fuente: Bartlett, John G. and Gallant, Joel E. Medical management of HIV infection. Johns Hopkins University School of Medicine. 2003.

Las categorías clínicas indican:

Categoría A: Infección sintomática, linfadenopatía generalizada persistente o infección aguda.

Categoría B: Condiciones sintomáticas en un infectado con VIH y que no están listadas en la categoría C y que cumplen con al menos una de las siguientes características: a) las condiciones son atribuidas a infección por VIH o son indicativas de un defecto en la inmunidad celular, o b) las condiciones son consideradas por el médico como que tienen un curso clínico o necesitan manejo como complicación por infección por VIH. Dentro de estas condiciones están:

- Angiomatosis bacilar
- Candidiasis orofaríngea
- Candidiasis vulvovaginal persistente, frecuente o con pobre respuesta al tratamiento.
- Displasia cervical, carcinoma in situ.

- Síntomas constitucionales como fiebre mayor de 38,5 o diarrea por más de un mes
- Leucoplasia vellosa oral
- Herpes zóster, dos episodios o dos dermatomas comprometidos.
- Púrpura trombocitopénica idiopática
- Listeriosis
- Enfermedad pélvica inflamatoria, especialmente si se complica con absceso tubo-ovárico.
- Neuropatía periférica.

Categoría C: Condiciones que definen caso de SIDA (nombradas anteriormente). Para propósitos de clasificación, una vez el paciente se encuentre en categoría C permanecerá en dicha categoría en adelante.

4.4 FRECUENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS ASOCIADOS CON LA INFECCIÓN AGUDA POR VIH: (11,12)

La infección aguda por el VIH puede presentarse clínicamente con el inicio abrupto de un síndrome febril similar al de una mononucleosis infecciosa. Los síntomas coinciden con la presencia de altos títulos del virus, susceptibles de cultivo, que disminuyen rápidamente coincidiendo con la aparición de anticuerpos detectables específicos contra el VIH.

En la tabla 3 encontramos los principales signos y síntomas observados en la infección aguda por VIH:

Tabla No. 3 Signos Y Síntomas De La Infección Aguda Por VIH

Fiebre	96%
Adenopatías	74%
Faringitis	70%

Rash ^a	70%
Mialgias	54%
Diarrea	32%
Cefalea	32%
Náusea y vómito	27%
Hepatoesplenomegalia	14%
Pérdida de peso	13%
Candidiasis oral	12%
Síntomas neurológicos ^{aa}	12%

^a Lesiones eritematosas, maculopapulares en cara, tronco o extremidades incluyendo palmas y plantas o ulceraciones mucocutáneas orales, esofágicas o genitales.

^{aa} Meningoencefalitis o meningitis aséptica, neuropatía periférica o radiculopatía, parálisis facial, síndrome de Guillian-Barré, neuritis braquial, alteraciones congocitivas o psicosis.

Fuente: Department of Health and Human Services (DHHS) Guidelines. Ann Intern Med 2002; 137: 432

4.5 CORRELACIÓN DE COMPLICACIONES CON RECUENTO DE CD4

La depleción de los linfocitos CD4 circulantes en las personas infectadas por el VIH se encuentra asociada con un aumento en el riesgo de desarrollar infecciones oportunistas, enfermedades que amenazan la vida y con la muerte. En un estudio multicéntrico realizado en Estados Unidos se revisaron 18062 historias clínicas de pacientes infectados por el VIH observándose que las condiciones definitorias de SIDA se encontraron en pacientes con recuentos de CD4 menores de 200/microl en el 80% de los casos lo cual obliga al seguimiento del recuento de los CD4 como guía para el diagnóstico y tratamiento en pacientes infectados por VIH (14). Las complicaciones encontradas en el estudio las podemos observar en la tabla No.4:

Tabla No.4 Complicaciones Infecciosas Y No Infecciosas De Acuerdo Con El Recuento De CD4

CD4	COMPLICACIONES INFECCIOSAS	COMPLICACIONES NO INFECCIOSAS
Mayor 500/mm ³	Síndrome retroviral agudo Vaginitis candidiásica	Linfadenopatía generalizada Sx. de Guillian-Barré Miopatía Meningitis aséptica
200-500/mm ³	Neumonía por neumococo u otros TBC pulmonar Herpes Zóster Cándida orofaríngea Criptosporidiosis autolimitada Sarcoma de kaposi Leucoplasia vellosa oral	Neoplasia intraepitelial cervical – Ca. de cérvix Linfoma de células B Anemia Mononeuritis múltiple PTI Linfoma Hodgkin Neumonitis intersticial inespecífica
Menor 200/mm ³	Neumonía por Neumocystis carinii Histoplasmosis diseminada y coccidioidomicosis TBC miliar/Extrapulmonar Leucoencefalopatía multifocal progresiva	Sx constitucional Neuropatía periférica Demencia asociada a VIH Cardiomiopatía Mielopatía vacuolar Polirradiculopatía progresiva Linfoma no Hodgkin

CD4	COMPLICACIONES INFECCIOSAS	COMPLICACIONES NO INFECCIOSAS
Menor 100/mm ³	Herpes simple diseminado Toxoplasmosis Criptococosis Microsporidiasis Criptosporidiasis crónica Esofagitis por cándida	
Menor 50/mm ³	Citomegalovirus diseminado Mycobacterium avium complex diseminado	Linfoma del SNC

Fuente: Arch Intern Med 1995; 155:1537.

4.6 SITUACIÓN EN AMÉRICA LATINA

Según el informe de ONUSIDA/OMS de 2005, en Latinoamérica cerca de 1,8 millones (1,4-2,4 millones) de personas viven con VIH y en 2005 aproximadamente 66000 (52000-86000) personas fallecieron por SIDA y se registraron 200000 (130000-360000) nuevos casos de infección por VIH; entre los jóvenes de 15-24 años se estimó que el 0,4% de las mujeres y el 0,6% de los hombres vivían con VIH en 2005. En Latinoamérica, Argentina, Brasil y Colombia cuentan con las mayores epidemias debido al gran número de habitantes que poseen, siendo Brasil el que aporta cerca de la tercera parte de los 1,8 millones de infectados por VIH (1).

Las relaciones sexuales entre varones también constituyen la vía predominante de transmisión en diversos países, especialmente Colombia y Perú (2,0 – 28%),

seguidos por los profesionales del sexo (0 – 63%) (15). Se observó igualmente que combinaciones tales como relaciones sexuales sin protección entre mujer-hombre, hombre-hombre y el uso de drogas endovenosas aumentan la epidemia (1).

En Brasil se ha observado que la tendencia a iniciar relaciones sexuales en forma más precoz puede cambiar el perfil epidemiológico de la infección por VIH. A esto se suma la escasez de conocimientos acerca de la infección por VIH.

En Argentina han cambiado las tendencias a medida que los varones transmitieron la infección a sus esposas o novias y ahora el mayor número de nuevas infecciones se presentan por relaciones heterosexuales sin protección, aumentando en forma importante la cantidad de mujeres infectadas (la razón de hombre-mujer bajó de 15:1 en 1988 a 3:1 en 2004) con un gran número de infecciones en los sectores urbanos pobres. En Buenos Aires 4% de los consumidores de drogas son positivos y algunos estudios han mostrado una prevalencia del VIH de 7-12% entre varones que tienen relaciones sexuales con varones (16,17).

En Chile y Uruguay los casos de VIH se concentran especialmente en las áreas urbanas. En Uruguay, el consumo de drogas endovenosas (un cuarto de los casos, especialmente en menores de 25 años) y las relaciones sexuales entre varones (un tercio de los diagnósticos) son los factores más destacados de la epidemia (18).

En Bolivia la epidemia se ve especialmente impulsada por el comercio sexual y por las relaciones sexuales entre varones (19).

En Ecuador los casos de VIH se han duplicado desde el 2001, en donde se ha encontrado una prevalencia entre el 17 y el 23% entre varones que tienen

relaciones sexuales con varones; la prevalencia entre profesionales del sexo fue solo del 2% y al parecer las mujeres contagiadas fueron infectadas por su esposo o por su novio quienes tenían relaciones con otros hombres (20).

En Perú se ha observado una prevalencia de infección por VIH entre el 12 y el 23% en el grupo de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en un estudio realizado por el Ministerio de salud del Perú en 2002. El sexo remunerado es otro factor que aumenta el riesgo de la infección ya que se encontró que hasta el 44% de los varones entre 18 y 29 años afirmaron haber tenido relaciones sexuales remuneradas con uso inconstante del preservativo. Como en otras regiones, las relaciones sexuales entre hombres han permitido un aumento en la infección de las mujeres que son las parejas de los anteriores (21).

En América central, el VIH se propaga especialmente entre los grupos menos favorecidos. Se transmite por contacto sexual sin protección (entre varones y mujeres y también entre varones). A pesar de la carencia de información los datos indican que la epidemia se concentra en y alrededor de las principales zonas urbanas y rutas de transporte.

4.7 COMPORTAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR VIH EN COLOMBIA

Se calcula que en Colombia habría unas 67.000 personas que vivían con VIH en 1998. En el altiplano el VIH se transmite principalmente por medio de las relaciones sexuales sin protección entre hombres, mientras en la costa, la epidemia en gran parte es de carácter heterosexual.

En los estudios de vigilancia centinela realizados con embarazadas se observan diferentes patrones de infección. En Bogotá, 0,1% de las mujeres embarazadas tuvieron resultados positivos a la prueba de detección del VIH realizada como

parte de la vigilancia centinela en 1996. Sin embargo, en Cali, la prevalencia de la infección fue de 0,4%.

En 1990 se llevó a cabo una campaña nacional en la cual 130.000 colombianos se realizaron la prueba para detección de VIH, obteniéndose una seroprevalencia de 0,24% (debe tenerse en cuenta que cuando la persona acude a tomarse voluntariamente una prueba lo hace porque podría haber tenido el riesgo de infectarse con el virus, esto hace que la prevalencia de la infección sea más alta en los centros donde acuden voluntariamente las personas para tomarse dicha prueba).

En Colombia se han observado prevalencias de 1,1% entre hombres y mujeres que asisten a consulta de enfermedades de transmisión sexual. En trabajadoras sexuales la prevalencia oscila entre 0,2 y 1,4%. En 1999 se observó una elevación preocupante de la infección entre 0,1 y 0,7% de mujeres embarazadas y de 0,7 a 1,4% entre pacientes de consulta por enfermedades de transmisión sexual.

Se ha observado una variación en la razón de la infección por VIH y SIDA durante el tiempo. En 1987 la razón hombre:mujer de los casos de VIH y de SIDA era de 37:1. En 1995 había disminuido a 5:1 y en 1998 hasta 3:1.

De igual forma es importante tener en cuenta que en realidad es el comportamiento sexual y no la identidad lo que hace que el virus se transmita con mayor facilidad, siendo esto particularmente observado en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. En un estudio de más de 2.300 estudiantes universitarios de sexo masculino de Bogotá, uno de cada 10 sujetos informó haber tenido actividad homosexual. Además, 18,2% de 630 hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) tuvieron resultados positivos a la prueba de detección del VIH en esa ciudad en 1999.

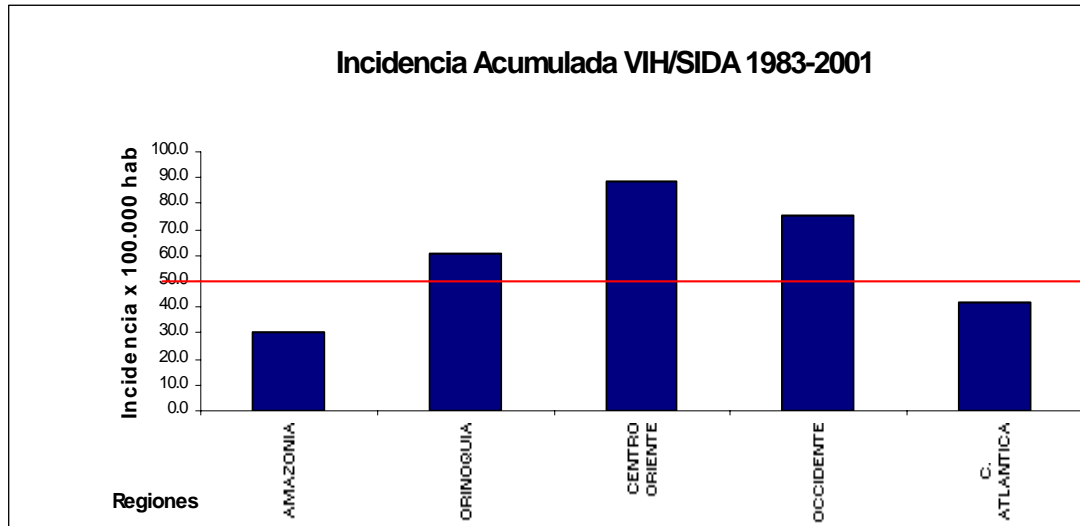
En un estudio de 425 hombres que tuvieron relaciones sexuales con hombres realizado en Colombia en 1996, se encontró que 14% de estos hombres también tienen compañeras sexuales. Esta superposición de distintos comportamientos de riesgo sirve de puente al VIH, permitiéndole pasar de un grupo de HSH con conductas de alto riesgo a la población heterosexual, cuyo riesgo de exposición al VIH no es mayor que el promedio (22).

La incidencia acumulada de casos VIH/SIDA vivos y muertos en los 16 años de epidemia en Colombia es de 5,1 por cien mil y la estimada para estos años es de 51%. Es decir que por cada caso registrado existen 10 casos en el año 2001 que no se han identificado (23).

En Colombia la mayoría de los casos (83%) inicialmente afectó a varones (1). La prevalencia entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (hasta el 20% en Bogotá) ha superado la encontrada entre las profesionales del sexo (0,8% en 2000-2001 en Bogotá) (1, 15,19). El comportamiento sexual de varones que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres ha hecho cambiar la tendencia de la epidemia con un aumento en el número de mujeres infectadas especialmente en la Costa Caribe y el noreste del País; de ahí que de las mujeres que fueron seropositivas en el marco de estudios tendientes a prevenir la transmisión materno-infantil del VIH, el 72% indicaron tener una relación estable y hasta el 90% indicó ser “ama de casa” (24).

El desplazamiento forzoso debido al conflicto civil que se presenta en el país puede haber colaborado en el aumento del riesgo de que las mujeres se infecten con el VIH (24). Se ha observado que entre los jóvenes (15 a 24 años) y las mujeres embarazadas la prevalencia de infección por VIH iba del 1,2-1,3% en Santander y el Valle al 2,4% en Atlántico (25).

Gráfica No.1 Incidencia Acumulada VIH/SIDA 1983 – 2001



Fuente: Instituto Nacional de Salud

Es de anotar que en todas las regiones se observa un repunte de la incidencia en el año 2001, lo cual obedece a las acciones de fortalecimiento de la notificación iniciado en el mes de octubre del 2001.

Otro hallazgo relevante en este análisis de tendencia es la evidencia de un ascenso sostenido en la tendencia de infección en la región de la Amazonía que superó la media nacional 2 veces (2,7 y 1,3 por cien mil habitantes respectivamente) (23).

Se encontró que el 77% de los casos acumulados hasta el 2001, corresponden a la vía sexual, 2% vertical, 1% sanguínea y 20% sin datos sobre las formas de transmisión (23).

En el Centro Oriente del país se encontró una razón Hombre:Mujer de 3:1; coexistencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) de 2,9%, y 1,9% de casos reportados en trabajadores sexuales en los años 90, donde el 50% de los casos corresponden a hombres (23).

La mediana nacional de la edad fue de 31 años independientemente del estadio de la infección. El rango de la edad por regiones se encontró entre 27 y 33 años (23).

En cuanto a la preferencia sexual de los adolescentes, se encontró que es heterosexual, con una mediana en el porcentaje de homosexuales de 4,9% en las 4 regiones estudiadas, resaltando en las regiones Atlántica y Oriental, un peso importante en la presencia de preferencias bisexuales (grupos puentes), lo cual ayuda a explicar el exceso de casos en hombres en estas regiones (23).

El SIDA como causa de mortalidad general en Colombia, se ha desplazado en los últimos años 68 lugares, pasando de ocupar el lugar 97 dentro de todas las causas de mortalidad en 1991 al puesto 29 en 1998. Esta tendencia es más pronunciada en la observación de causas por sexo, con desplazamiento de 164 lugares en el grupo de mujeres entre 1991 y 1999 (causa 209 en 1991; causa 45 en 1999). En hombres paso de ocupar el puesto 65 en 1991 al 29 en 1999 (23).

El efecto directo de la mortalidad por SIDA estimado en Colombia a partir de los registros de mortalidad por el DANE, ha sido de 406.722 años de vida potencialmente perdidos por muerte (AVPP) entre 1991 y 1998. Con un mayor peso en el grupo de hombres entre los 15 a 44 años, para una mediana de AVPP de 457,9 por 1.000 hombres durante estos años (23).

Los análisis de estudios de mortalidad en diferentes departamentos muestran que la magnitud del SIDA, cada vez es mayor compitiendo en los primeros 10 lugares de mortalidad en hombres con muertes violentas y enfermedades cardiovasculares. Por ejemplo en Bogotá, el SIDA es la tercera causa de mortalidad en el grupo de hombres entre los 15-44 años y la octava causa en hombres entre los 45-59 años. En Cartagena de Indias, el SIDA aparece en 1997

ocupando el puesto 17 (25). Para el año 2000, es la segunda causa de mortalidad en el grupo de hombres entre los 15 a 44 años.

La vigilancia de Bancos de Sangre ha detectado en nuestro país, que la seroprevalencia estimada en donantes, es de aproximadamente 3 casos por cada mil unidades estudiadas para marcadores de VIH y entre 8 y 10 casos de cada 1.000 unidades de sangre para los demás marcadores (23).

En lo corrido del 2001, el INS asumió la subsidiariedad del diagnóstico confirmatorio de VIH, procesando muestras confirmatorias a 20 de 32 departamentos (63%). El IFI presentó la mayor proporción de indeterminados con 32% de las pruebas con esta técnica (74% del total).

La tasa de positividad total fue de 63%. La proporción de positividad en WB fue de 68%, representando un 34% del total de positivos. La proporción de positividad en IFI fue de 60%, con un 66% del total (23).

La gran diferencia económica y social en los países latinoamericanos se constituye en un marco propicio para que la epidemia del SIDA avance y se convierta en una causa importante de mortalidad. El progresivo cambio del patrón de transmisión desde el predominio homosexual inicial hacia la transmisión heterosexual, especialmente en la región nororiental (Santander) y Costa Atlántica, permite una mayor afectación de las mujeres jóvenes con una reducción progresiva de la relación hombre : mujer (26).

En jóvenes estudiantes de la Universidad Industrial de Santander con un promedio de edad de 22 años (21,6-22,4, 95% IC) se encontró que los principales comportamientos de riesgo para transmisión del VIH son: mantener relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol, hacerse tatuajes sin agujas nuevas y compartir agujas para inyectarse drogas intravenosas.

Se encontró una asociación positiva entre tener un nivel de conocimientos inadecuado sobre la enfermedad, el ser hombre y estudiar una carrera del área de humanidades con el riesgo de infección por VIH.

En cuanto al conocimiento de la enfermedad hay un adecuado conocimiento acerca del agente causal, vías de transmisión y forma de diagnóstico de la enfermedad. Se observó un menor conocimiento sobre la transmisión por lactancia y sexo oral. No hubo conocimiento adecuados sobre la posibilidad de adquirir la infección por prácticas como tatuajes, perforaciones y sexo bajo efecto de psicoactivos (27).

De acuerdo con un estudio realizado en Bucaramanga (Santander), los principales medios de información acerca de la transmisión del VIH fueron la televisión, la prensa y a través de folletos. Se observó que el nivel de conocimiento del grupo es bajo con relación a la información brindada, especialmente en mujeres. Como factores de riesgo se encontraron: relación sexual sin condón, mayor exposición en hombres por inicio temprano de las relaciones sexuales, promiscuidad sexual especialmente en varones y el no considerar la relación oral y anal como relación sexual (28).

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio observacional descriptivo de corte transversal.

5.2. ÁREA DE ESTUDIO

Área de influencia del Hospital Universitario Ramón González Valencia.

5.3. POBLACIÓN

Todos los pacientes consultantes a los diferentes servicios del HURGV con VIH/SIDA entre 1984 y 2003 y que son observados por primera vez.

5.4. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Corresponderá al total de pacientes que consultaron al HURGV con prueba de VIH positiva y SIDA en el período de tiempo indicado. La lista de pacientes fue obtenida en el servicio de estadística del Hospital Universitario Ramón González Valencia y se incluyeron los códigos del CIE-9 0420 a 0439 correspondientes a Enfermedades por el virus de inmunodeficiencia humana, hasta el año de 1999; a partir del año 2000 se tuvieron en cuenta los códigos del CIE-10 B20 a B24.

5.5. VARIABLES Y SU MEDICIÓN

5.5.1 Definición de términos o definición conceptual: a. Infección por VIH = Pacientes con indicadores clínicos o epidemiológicos a quienes se les realiza prueba presuntiva (ELISA) por duplicado la cual es reactiva. La confirmación se

realiza con una prueba confirmatoria (Western Blot o IFI) o con determinación de la carga viral.

b. SIDA = Paciente con infección por VIH y con manifestaciones de infecciones oportunistas y cánceres que se encuentran en el grupo de enfermedades definitorias para SIDA.

c. Fecha de consulta o de ingreso = Documentación cronológica del tiempo (dd/mm/aa) en el cual consulta el paciente y/o es ingresado a los diferentes servicios del HURGV.

d. Edad = Cuantificación cronológica del tiempo de vida (años) de un individuo.

e. Género = Identidad que permite el reconocimiento del sexo al cual pertenece un individuo, hombre o mujer; masculino o femenino.

f. Servicio = Identifica el área del hospital por la cual el paciente ingresa al hospital.

g. Ocupación = Oficio al que se dedica diariamente el paciente en el momento de la consulta.

h. Estado civil = Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles.

i. Natural = Sitio geográfico del cual es nativo el individuo analizado.

j. Procedencia = Área geopolítica (Departamento, municipio, vereda, corregimiento, barrio, dirección) de la cual proviene el individuo, donde radica su residencia habitual o permanente, que a su vez se divide en área o zona urbana (determinada por un asentamiento organizado poblacional con una dirección

establecida y/o barrio) y área o zona rural (determinada por la vivencia en veredas o corregimientos).

k. Motivo de consulta:

- Remitido = Traslado o envío del paciente desde otro sitio de atención hacia el HURGV (Hospital, centro de salud, médico particular u otros).
- Traído = Paciente que ingresa al HURGV sin que utilice sus propios medios.
- Voluntad propia = Paciente que ingresa al HURGV utilizando sus propios medios.

l. Síntomas y signos:

- Fiebre = Elevación de la temperatura corporal por encima de 38°C medida con un termómetro de mercurio.
- Diarrea = Evacuación de heces líquidas o poco consistentes, con un aumento de su frecuencia.
- Malestar general = Sensación de incomodidad generalizada causada por un trastorno fisiológico.
- Anorexia = Disminución o pérdida del apetito.
- Pérdida de peso = Pérdida involuntaria del 10% o más del peso habitual del paciente en el momento de la consulta.
- Cefalea = Dolor a nivel de la cabeza referido al cráneo o a una parte localizada del mismo.
- Tos y expectoración = Expulsión súbita, involuntaria y más o menos violenta de aire de los pulmones tras una inspiración brusca y el cierre de la glotis. Cuando se expulsa algún tipo de secreción se habla de expectoración.
- Disnea = Dificultad para respirar en la cual el paciente se hace conciente de su propio ciclo respiratorio.
- Palidez = Pérdida del color natural observado en la piel y/o mucosas.

- Dificultad para la deambulaci3n = Incapacidad para la marcha por los propios medios del paciente.
- Deshidrataci3n = Conjunto de signos y sntomas ocasionados por la p3rdida de agua contenida en el organismo.
- Sangrado = Salida de sangre debida a una lesi3n de las paredes de un vaso sanguneo. Es externo si se vierte en la superficie corporal del individuo e interno si lo hace en el interior de un 3rgano.
- Astenia = Sensaci3n de debilidad generalizada con fatiga f3cil, con el deseo intenso de estar acostado.
- Adinamia = Disminuci3n de la fuerza muscular.
- Dolor abdominal = Sensaci3n penosa y desagradable de intensidad variable ubicada en la regi3n abdominal.
- Dolor tor3cico = Sensaci3n penosa y desagradable de intensidad variable localizada en el 3rea tor3cica.
- N3useas = Sensaci3n desagradable de v3mito.
- V3mito = Expulsi3n violenta por la boca, normalmente precedida de n3useas, de material contenido en el est3mago.
- Odinofagia = Dolor en el 3rea de la faringe desencadenado por la degluci3n.
- Placas orales = Lesiones eritematosas en mucosa oral acompaadas o no por exudados de color blanquecino y en ocasiones en forma de ulceraci3n.
- Edema = acumulaci3n de lquido en el compartimiento intersticial que segun su ubicaci3n se clasifica en generalizado (anasarca) o localizado (edema palpebral, ascitis, edema de miembros inferiores).
- Convulsiones = Trastorno paroxístico de la funci3n cerebral caracterizado por episodios sbitos y breves que pueden cursar con alteraciones del nivel de conciencia, actividad motora o fen3menos sensitivos.

m. Comportamiento sexual:

- Homosexual = Atracción sexual hacia personas del mismo sexo.
- Heterosexual = Atracción sexual hacia personas del sexo opuesto.
- Bisexual = Atracción sexual de un individuo por ambos sexos.
- Promiscuidad = Más de un compañero (a) sexual por año.
- Número de compañeros sexuales en el último año.
- Farmacodependencia = Estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco que lleva a modificar el comportamiento con un impulso irreprimible para tomar el fármaco en forma continua y periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces físicos, para evitar el malestar producido por la deprivación.
- Transfusión sanguínea = Inyección en la vena de sangre o de un componente de la misma, con fines terapéuticos.
- Lúes (Sífilis) = Enfermedad infecciosa y contagiosa causada por el *Treponema Pallidum* y que se adquiere por contacto sexual en forma primaria por la aparición de un chancro (ulceración) indurado no doloroso localizado en el área de inoculación. La forma secundaria se caracteriza por aparición de lesiones polimórficas inespecíficas en piel y la forma terciaria por complicaciones de tipo cardiovascular o en SNC. Se diagnóstica con la clínica y la presencia de VDRL reactiva.
- Blenorragia = Inflamación de las vías genitourinarias con emisión de flujo purulento y dolor en la micción, causada por un diplococo gramnegativo intracelular (*Neisseria gonorrhoeae*) altamente contagioso por contacto sexual.
- Herpes genital = Infección ocasionada por el virus del herpes caracterizada por la aparición de vesículas transparentes agrupadas sobre un halo enrojecido y que dan la sensación de prurito y quemazón.
- Condiloma = Tumoración benigna de aspecto digitado, en forma de verruga, propio de mucosas genitales, anales y oral, producido por un virus, fácilmente transmisible por contacto sexual.

n. Desplazamientos fuera del país = Países visitados por el paciente en los últimos 5 años.

o. Antecedentes personales:

- Alcohol = Consumo de alcohol durante el mes anterior al estudio.
- Acupuntura = Práctica en la cual se insertan agujas pequeñas y delgadas en la piel en puntos específicos del cuerpo.
- Tatuajes = Dibujo indeleble grabado en la piel introduciendo materias colorantes bajo la epidermis.
- Hemofilia = Trastorno hereditario de la coagulación, ligado al sexo, que afecta principalmente varones, en el cual se aumenta el tiempo necesario para la formación del coágulo sanguíneo y se presentan sangrados secundarios anormales.

p. Antecedentes familiares: Contacto con personas con VIH o SIDA.

q. Exámenes de laboratorio:

- ELISA para VIH = Tipo de inmunoensayo ligado a enzimas para determinar la presencia de anticuerpos a VIH en la sangre o fluidos.
- Western Blot = Prueba de laboratorio para anticuerpos específicos para VIH (p24, gp 41, gp 120, gp 160).
- IFI = Inmunofluorescencia indirecta = Método para detectar anticuerpos contra VIH usando un suero que reacciona con células infectadas y un material fluorescente.
- Hemograma completo = Incluye el recuento de las tres líneas celulares.
- Glicemia = Medición estándar de la glucosa en sangre venosa en el momento de ingreso del paciente sin tener en cuenta la hora ni periodos de ayuno previos.

- Creatinemia = Medición sérica del nivel de creatinina que corresponde a productos finales del metabolismo proteico. Se utiliza como medida indirecta de la función renal (tasa de filtración glomerular). Se mide en mg/dl.
- Nitrógeno ureico en sangre = Producto final del metabolismo hepático de los aminoácidos que no son utilizados en la síntesis proteica, usando como medida indirecta de la rata de filtración glomerular. Se mide en mg/dl.
- Hematuria = Presencia de más de tres eritrocitos por campo en el sedimento urinario (hematuria microscópica).
- Leucocituria = Presencia de cinco o más leucocitos por campo en el microscopio de luz al estudiar el sedimento urinario.
- Proteinuria = Presencia de proteínas en la orina (excreción promedio normal de 150 mg al día) determinada mediante el método de dipstick con alta especificidad. Puede informarse en forma de cruces o en mg/dl.
- Densidad urinaria = Peso de un determinado volumen de una solución cuando se compara con un volumen igual de agua destilada; en este caso se analiza una muestra de orina siendo normal un valor entre 1008 y 1030.
- Aspirado y biopsia de médula ósea = Mediante una muestra de médula ósea obtenida de la cresta iliaca posterior superior se realiza el análisis del material utilizando diferentes tipos de coloraciones para determinar la presencia de trastornos mieloproliferativos o infiltración infecciosa.
- Tiempo de Protrombina = Mide el tiempo de coagulación del plasma y se correlaciona con la vía extrínseca de la coagulación. El valor normal se expresa en segundos y se encuentra entre 11,2 y 13,3.
- Tiempo parcial de tromboplastina = Mide el tiempo de coagulación del plasma y se correlaciona con la vía intrínseca de la coagulación. El valor normal se expresa en segundos y se encuentra entre 28,11 y 40,32
- Hemocultivo = Cultivo bacteriano obtenido a partir de una muestra de sangre de un individuo afectado por una infección en periodo bacterémico.

- Coprocultivo = Cultivo bacteriano obtenido a partir de una muestra de materia fecal.
- Urocultivo = Cultivo bacteriano obtenido a partir de una muestra de orina y expresado en unidades formadoras de colonias (UFC) por mm³.
- Micosis = Conjunto de enfermedades provocadas por hongos pertenecientes a familias diferentes que actúan en forma nociva o que son saprofitos del organismo y que en ciertas condiciones adquieren la capacidad de producir una enfermedad.
- Ecografía = Método basado en ultrasonido para identificar patología especialmente a nivel abdominal.
- Radiografía de tórax = Método basado en rayos X los cuales al pasar a través del tórax del paciente realizan impresión sobre una película que al ser revelada da una imagen los tejidos blandos y duros de la cavidad torácica.
- TAC cerebral = Examen radiológico utilizado para visualizar las estructuras internas del cráneo.
- CD4 = Proteína en la superficie de algunas células, particularmente linfocitos T cooperadores o T4, macrófagos o células dendríticas. Su cantidad por ml de sangre se han utilizado como marcador del avance de la infección y de la enfermedad por el VIH y por tanto para determinar el inicio y las modificaciones del tratamiento antirretroviral, así como la profilaxis contra infecciones oportunistas.
- CD8 = Proteínas sobre la superficie de células T supresoras encargadas de reconocer y matar células cancerosas e infectadas.
- Carga viral = Número de copias de VIH en la sangre. Cantidad de virus que existe en el organismo por unidad de volumen de sangre.

b. Operacionalización de las variables:

VARIABLE PRINCIPAL	DIMENSIONES VARIABLES SECUNDARIAS	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con SIDA que consultaron el HURGV entre 1984 y 2003	Edad	Numero de años de vida al momento de la consulta	Cuantitativa	Intervalos: 0 – 14 15 – 44 45 – 59 60 en adelante
	Genero	Identidad que permite el reconocimiento del sexo al cual pertenece un individuo	Cualitativa	Nominal: Masculino Femenino
	Estado Civil	Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles adquiridas con otra persona	Cualitativa	Nominal: Soltero Casado Unión libre Separado Viudo No dato No aplica
	Servicio	Área del Hospital por la cual ingresa el paciente	Cualitativa	Urgencias Cirugía Ginecobstetricia/Recuperación Pediatria Neurocirugia Cirugía plástica Ortopedia Medicina interna Banco de sangre
	Ocupación	Oficio al que se dedica diariamente el paciente en el momento de la consulta	Cualitativa	Desempleado Ama de casa Trabajador sexual Oficios varios Agricultor Profesional Estilista Estudiante No dato No aplica

	Natural	Sito geográfico de donde es nativo el individuo	Cualitativa	Nominal: Bucaramanga y área metropolitana Otros municipios de Santander Otros departamentos No dato
	Procedencia	Área geopolítica de la cual proviene el individuo (residencia habitual o permanente)	Cualitativa	Nominal: Bucaramanga y área metropolitana Otros municipios de Santander Otros departamentos No dato
	Motivo de consulta	Forma como llegó el paciente a la consulta	Cualitativa	Nominal: Remitido Traído Voluntad propia
	Signos y Síntomas	Características clínicas que son observadas o referidas por el paciente y/o el médico	Cualitativa	Nominal: Sí No
	Uso de condón	Uso de preservativo en todas y cada una de las relaciones sexuales con parejas del mismo o diferente sexo	Cualitativa	Nominal: Sí No
	Hábito sexual	Clasificación según relaciones sexuales con personas del mismo, diferente o ambos sexos	Cualitativa	Nominal: Homosexual Heterosexual Bisexual Otros
	Tipo de relación	Forma particular de sostener la relación sexual	Cualitativa	Nominal: Orogenital Genitogenital Anogenital Otras
	Compañero sexual	Persona habitual con la que mantiene relaciones sexuales	Cualitativa	Nominal: Estable Promiscuo

	Número de compañeros sexuales	Número de compañeros sexuales en el último año	Cuantitativa	1 2-10 11 – 19 > ó igual a 20 No dato No aplica
	Farmacodependencia	Estado psíquico y a veces físico por la interacción entre el individuo y un fármaco	Cualitativa	Nominal: Sí No
	Transfusión sanguínea	Inyección de sangre o de componentes sanguíneos en la vena del paciente	Cualitativa	Nominal: Sí No
	Enfermedades de transmisión sexual	Tipo de enfermedad que se adquiere por el contacto sexual con otro individuo	Cualitativa	Nominal: Sí No
	Desplazamiento fuera del país	Países diferentes a Colombia visitados en los últimos cinco años	Cualitativa	Nominal: Sí No
	Antecedentes personales	Enfermedades o condiciones en el pasado del paciente diferentes a los motivos de la consulta actual (Alcohol, acupuntura, tatuajes, hemofilia)	Cualitativa	Nominal: Sí No
	Contacto con personas infectadas por VIH	Conocimiento de personas infectadas por el virus con las cuales se haya tenido contacto sexual o vertical	Cualitativa	Nominal: Sí No
	Prueba confirmatoria	Prueba de laboratorio realizada para confirmar la infección por el VIH	Cualitativa	Nominal: Sí No

	Hemoglobina	Cantidad de la proteína transportadora de oxígeno en la sangre expresada en gr/dl	Cuantitativa	Severidad de la anemia: Severa Menor de 8 Moderada 8 – 9,99 Leve 10 – 12,99 Normal 13 y más
	Leucocitos	Número absoluto de células blancas sanguíneas contenidas en un mm ³ de sangre	Cuantitativa	Menor de 5000 5000 – 10000 Mayor de 10000
	Plaquetas	Cantidad de plaquetas por mm ³ de sangre	Cuantitativa	Menor de 150000 150000 – 450000 Mayor de 450000
	Glicemia	Cantidad de glucosa en la sangre expresada en mg/dl	Cuantitativa	Menor de 140 140 – 199 200 y más
	Creatinemia	Nivel de creatinina en la sangre expresado en mg/dl	Cuantitativa	Menor de 0,5 0,5 – 1,3 Mayor de 1,3
	Nitrógeno ureico	Nivel de nitrógeno ureico en la sangre expresado en mg/dl	Cuantitativa	< 15 > ó igual a 15
	Proteinuria	Presencia o no de proteínas en una muestra al azar de orina	Cualitativa	Nominal: Sí No
	Hemocultivo	Cultivo bacteriano obtenido a partir de una muestra de sangre	Cualitativa	Nominal: Positivo Negativo

	Coprocultivo	Cultivo bacteriano obtenido a partir de una muestra de materia fecal	Cualitativa	Nominal: Positivo Negativo
	Cultivo de LCR	Cultivo obtenido a partir de una muestra de LCR	Cualitativo	Nominal: Positivo Negativo
	Tiempo de Protrombina	Mide la coagulación del plasma y se expresa en segundos (vía extrínseca de la coagulación)	Cuantitativa	< 11,2 11,2 – 13,3 > 11,3
	Tiempo parcial de tromboplastina	Mide la coagulación del plasma y se expresa en segundos (vía intrínseca de la coagulación)	Cuantitativa	< 28,11 28,11 – 40,32 >40,32
	Coprológico	Examen directo de materia fecal	Cualitativo	Nominal: Positivo Negativo
	Urocultivo	Cultivo obtenido a partir de una muestra de orina	Cualitativo	Nominal: Positivo Negativo
	Micosis	Enfermedades producidas por diferentes familias de hongos	Cualitativo	Nominal: Positivo Negativo

Ecografía	Hallazgos más comunes con ultrasonido aplicado a diferentes partes del cuerpo	Cualitativo	Normal Hepatoesplenomegalia Atrofia renal Hepatomegalia Nódulos hepáticos Otros
Radiografía de tórax	Hallazgos encontrados en las placas de tórax tomadas a los pacientes	Cualitativo	Normal Infiltrados alveolares Infiltrados intersticiales Infiltrados mixtos Cardiomegalia Proceso Granulomatoso Otros
TAC cerebral	Hallazgos más comunes en la escanografía cerebral realizada a los pacientes	Cualitativa	Normal Isquemia Lesión inflamatoria Lesión que ocupa espacio Edema Atrofia Leucoencefalopatía Hemorragia Otras
Recuento de CD4	Número de Linfocitos T4 por ml de sangre	Cuantitativa	Menor de 200 200 – 500 Mayor de 500
Carga viral	Número de copias del VIH en la sangre por unidad de volumen	Cuantitativa	Menor de 5000 5000 – 30000 Mayor de 30000

	Diagnósticos	Enfermedades por sistema afectado	Cualitativa	Nominal: Enf. respiratorias Enf. digestivas Enf. del SNC y periférico Enf. endocrinas y metabólicas Enf. hematológicas Enf. mentales Enf. circulatorias Enf. renales Otras infecciones Candidiasis Otros
--	--------------	-----------------------------------	-------------	---

6. Forma de recolección de la información: La información se recogió utilizando un instrumento creado (formulario de recolección de datos) el cual se aplicó a todas las historias clínicas de los pacientes que se detectaron con VIH/SIDA en el periodo de tiempo del estudio. Para completar la información sobre cada paciente se revisaron los formatos de autorización para la toma de muestra de ELISA VIH obtenidos del archivo del banco de sangre de la institución. De igual forma, se revisaron los archivos en los cuales se recolecta la información sobre el resultado de las pruebas confirmatorias y el tipo y resultado de las mismas. Las historias clínicas se revisaron en la sección de estadística del Hospital de acuerdo con la lista inicial de las mismas. Después de la reestructuración del Hospital Universitario Ramón González Valencia la revisión de las historias clínicas se llevó a cabo en la oficina de estadística del Hospital y en las instituciones contiguas al mismo hacia donde se enviaron las historias clínicas del antiguo Hospital. Ver formato de recolección de la información en Anexo No. 1

7. Procesamiento y análisis: La información fue recogida mediante la revisión de cada una de las historias clínicas que se obtuvieron de la lista inicial y se consignó en el formulario que se observa en el anexo No.1; esta recolección fue realizada por estudiantes de Medicina Interna bajo estricta supervisión y por el autor del trabajo. Una vez recogida la información en el formulario respectivo se procedió a introducirla en la base de datos de Microsoft Office Excel 2003. La información fue digitada por el autor del trabajo y grabada en un computador personal al cual solo tenían acceso el autor y director del trabajo. Posteriormente, de la base de Excel los datos se transportaron al paquete estadístico STATA 9.0 para realizar el análisis.

Las variables cuantitativas se expresaron como media con desviación estándar.

Las variables cualitativas se expresan como frecuencias.

Los intervalos de edad se escogieron teniendo en cuenta la población económicamente activa y por la necesidad de analizar los casos que se presentan en personas jóvenes en el grupo de 15 a 44 años de edad (29). La anemia se determinó de acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la salud (OMS) (30) y los recuentos de leucocitos y de plaquetas se dividieron en intervalos según valores normales del laboratorio del Hospital. Ya que la glicemia se consideró al azar, el valor de 140 mg/dl se tomó de las recomendaciones de la Asociación Americana de Diabetes para determinar pacientes con alteración en su prueba de glicemia, pero no para hacer diagnóstico de nuevos casos de diabetes. Lo valores de creatinemia igualmente fueron tomados de acuerdo con los datos del laboratorio del Hospital. Para las consideraciones sobre el recuento de CD4 y de la carga viral se siguieron las recomendaciones del Centro de Control de Enfermedades Infecciosas de Atlanta (CDC, por su sigla en inglés) y según la Johns Hopkins University School of Medicine (7).

8. Aspectos éticos: De acuerdo con el artículo No. 10 del Título II de la Resolución 008430 de 1993 el presente estudio se clasifica en la categoría de “Investigación sin riesgo” ya que se realizará mediante la revisión de historias clínicas. Por lo anterior no es necesario el consentimiento informado de los pacientes incluidos en el estudio.

Igualmente los investigadores garantizaron la confidencialidad de la información guardando la base de datos en un computador personal con acceso restringido disponible únicamente para el autor de trabajo. La base de datos no podrá ser utilizada sin estricta autorización del grupo investigador.

6. RESULTADOS

Se obtuvo una lista total de 906 historias clínicas con los códigos correspondientes a Enfermedades por el virus de inmunodeficiencia humana. 213 pacientes se encontraban asintomáticos y 169 habían fallecido (no se tuvo acceso a estas últimas historias clínicas porque se encuentran en un archivo especial confidencial). De las restantes historias clínicas 176 tenían información muy limitada que posiblemente no aportarían datos al estudio o no fueron encontradas en el archivo debido al cambio que se hizo del archivo general con la reestructuración del Hospital Universitario Ramón González Valencia. De ésta forma, solo se pudo recoger información adecuada de 348 historias clínicas las cuales se analizan en el estudio.

6.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS

De los 348 pacientes 258 (74,14%) eran hombres con un promedio de edad de 31,53 años; 90 (25,86%) pacientes fueron mujeres con un promedio de edad de 26,95 años; el promedio de la edad para la población total fue de 30,34 años (DE, 12,45). 285 (81,9%) pacientes se encontraban en el grupo de 15 a 44 años, 210 hombres (73,68%) y 75 mujeres (26,31%).

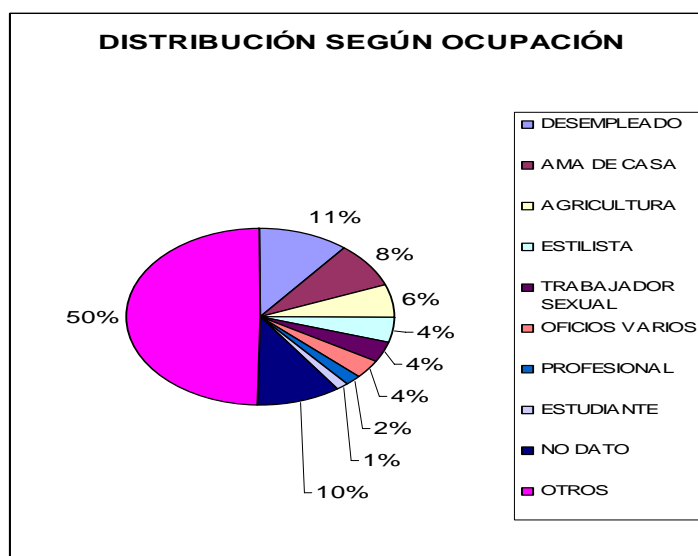
Tabla Nº 5 Distribución Según Grupos de Edad y Sexo

GRUPOS	HOMBRES		MUJERES	
	No.	%	No.	%
0 - 14	15	4,31	11	3,16
15 - 44	210	60,34	75	21,55
45 - 59	27	7,75	4	1,14
60 y más	6	1,72	0	0
	258	100	90	100

De acuerdo con el estado civil la mayor cantidad de los pacientes eran solteros con 154 casos (44,25%), seguidos por la unión libre con 59 casos (16,95%) y por los pacientes casados con 37 casos (10,63%).

La situación laboral más común encontrada fue la de Desempleado con 38 pacientes (10,92%) seguida por la de Amas de casa con 29 casos (8,33%), la Agricultura con 21 casos (6,03%) y por los Estilistas con 15 casos (4,31%).

Gráfica No. 2 Distribucion Según Ocupación



El servicio por el cual ingresó la mayor cantidad de pacientes fue por Urgencias con 272 pacientes (78,16%), seguido por el piso de Medicina Interna con 34 pacientes (9,77%) y por el servicio de pediatría con 25 pacientes (7,18%). La mayor parte de los pacientes se encontraron en la segunda década del estudio (1994-2003) con 282 casos (81,03%).

132 pacientes eran naturales de Bucaramanga y su área metropolitana (Floridablanca, Piedecuesta y Girón) que corresponde al 37,93%, 100 eran originarios de otros departamentos (28,74%) y 86 de otros municipios de

Santander (24,71%); en 30 historias no se encontró datos acerca del origen de los pacientes. Los departamentos de donde eran naturales la mayoría de los pacientes, diferentes a Santander, fueron en su orden: Antioquia (23 pacientes), Norte de Santander (13 pacientes), Cesar (10 pacientes), Cundinamarca (9 pacientes) y Bolívar (7 pacientes).

En cuanto a la procedencia la mayoría de pacientes también procedían de Bucaramanga y su área metropolitana con 240 pacientes (68,97%), pero se encuentran seguidos por los procedentes de otros municipios de Santander con 60 pacientes (17,24%) y luego por los que vienen de otros departamentos con 37 pacientes (10,63%). En 11 historias no se encontraron datos acerca de la procedencia de los pacientes. Los departamentos de donde procedían la mayoría de los pacientes, diferentes a Santander, fueron: Cesar (11 pacientes), Bolívar (6 pacientes), Norte de Santander (4 pacientes) y Boyacá (3 pacientes).

Tabla Nº 6 Distribución Según Origen y Procedencia

	ORIGEN		PROCEDENCIA	
	No.	%	No.	%
BUCARAMANGA Y AREA METROPOLITANA	132	37.93	240	68.97
OTROS MUNICIPIOS DE SANTANDER	86	24.71	60	17.24
OTROS DEPARTAMENTOS	100	28.74	37	10.63
NO DATO	30	8.62	11	3.16
TOTAL	348	100	348	100

Un total de 172 pacientes (49,43%) fueron remitidos de diferentes sitios de atención y 152 consultaron por voluntad propia (43,68%). De aquellos pacientes remitidos 98 provenían de Hospitales de niveles I y II (56,97%) y 21 de centros de salud (12,2%)

En cuanto a los hábitos sexuales solo 12 pacientes indicaron usar preservativo en sus relaciones sexuales (3,45%), 39 indicaron no utilizarlo (11,21%) y en 271 (77,87%) historias no se encontraba interrogado es ítem.

128 pacientes manifestaron ser heterosexuales (36,78%), 44 Homosexuales (12,64%) y 25 Bisexuales (7,18%). 144 (41,38%) indicaron que tenían relaciones sexuales de tipo promiscuo, y 50 en forma estable (14,37%). En cuanto al número de parejas sexuales 63 pacientes (18,1%) aceptaron tener entre 2 y 10 compañeros y 29 (8,33%) tuvieron 20 o más compañeros.

Tabla Nº 7 Distribuciones Según Compañero Sexual

TIPO	No.	%
ESTABLE	50	14.37
PROMISCUO	144	41.38
NO DATO	126	36.21
NO APLICA	28	8.05
TOTAL	348	100

Tabla Nº 8 Distribución Según número de Compañeros Sexuales

No. COMPANEROS	No.	%
1	24	6.9
2 – 10	63	18.1
11 – 19	5	1.44
20 y más	29	8.33
NO DATO	201	57.76
NO APLICA	26	7.47
TOTAL	348	100

Con respecto a la Farmacodependencia solo 50 pacientes (14,37%) aceptaron consumir algún tipo de sustancia psicoactiva dentro de los cuales solo 3 (6%) consumían drogas intravenosas; llama la atención que en 165 pacientes (47,41%) no se encontró información acerca del consumo de drogas.

29 pacientes (8,33%) aceptaron haber recibido transfusión de algún tipo de componente sanguíneo sin que se anotara el año.

Se encontraron antecedentes de otras enfermedades de transmisión sexual en 66 pacientes (18,96%) entre las cuales se observaron: Blenorragia en 37 casos (56,06%), Sífilis en 20 casos (30,30%), Condilomas en 12 casos (18,18%) y Herpes genital en 10 pacientes (15,15%).

No se encontraron datos de desplazamiento a otros países en los anteriores 5 años en 221 pacientes (63,51%); solo 12 pacientes (3,45%) aceptaron haber viajado a otro país.

42 pacientes (12,07%) manifestaron haber tenido contacto con una persona portadora del VIH, 99 (28,45%) lo negaron y en 207 (59,48%) no se encontró el dato en la historia.

Con respecto a las pruebas confirmatorias, a través de la historia clínica se pudo establecer que a 154 (44,25%) pacientes les fueron tomadas, pero solo se encontró el resultado de las mismas en 65 casos (42,2%): 53 positivas, 1 negativa y 11 indeterminadas.

6.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Los signos y síntomas más frecuentes en su orden fueron: Fiebre, diarrea, pérdida de peso, tos con expectoración, malestar general, anorexia, cefalea, lesiones en la mucosa oral, disnea y vómito. La distribución se observa en la siguiente tabla:

Tabla Nº 9 Distribución Según Síntomas Mas Frecuentes

TIPO	No.	%
FIEBRE	219	62,93
DIARREA	166	47,70
PERDIDA DE PESO	156	44,83
TOS	146	41,95
MALESTAR GENERAL	101	29,02
ANOREXIA	98	28,16
CEFALEA	94	27,01
LESIONES ORALES	87	25,00
DISNEA	82	23,63
VOMITO	82	23,63

Las combinaciones de sintomatología más frecuentes se observan en la tabla:

Tabla Nº 10 Combinación de Síntomas Mas Frecuentes

GRUPO DE SÍNTOMAS	No.	%
Fiebre y Diarrea	110	31,61
Fiebre, Diarrea y Pérdida de peso	70	20,11
Fiebre y lesiones de mucosa oral	56	16,09
Fiebre, Disnea y Tos	50	14,41

6.3 CARACTERÍSTICAS DE LABORATORIO

El cuadro hemático se analizó teniendo en cuenta las tres series celulares encontrándose los siguientes datos:

Hemoglobina (en 297 pacientes, 85,34%) con un promedio de 10,86 gr/dl (DE, 2,64); anemia leve se observó en 130 pacientes (43,77%), moderada en 55 pacientes (18,52%) y severa en 38 pacientes (12,79%).

Tabla Nº 11 Distribución Según el Nivel de Hemoglobina (gr/dl)

HEMOGLOBINA	No.	%
MENOR DE 8 (ANEMIA SEVERA)	38	12.79
8 – 9.99 (ANEMIA MODERADA)	55	18.52
10 – 12,99 (ANEMIA LEVE)	130	43.77
13 y más	74	24.92
TOTAL	297	100

El recuento plaquetario se determinó en 195 pacientes (56,03%), con un promedio de 246325,6 (DE, 130570); 33 pacientes (16,92%) tuvieron recuentos por debajo de 150000 plaquetas y 17 pacientes (8,72%) con recuentos superiores a 450000 plaquetas.

El leucograma se determinó en 296 pacientes (85,05%), con un promedio de 7621,4 leucocitos (DE, 4838,78); 96 pacientes (32,09%) tuvieron un recuento menor a 5000 leucocitos y 57 pacientes (19,26%) un recuento superior a 10000 leucocitos.

Los niveles de glicemia se midieron en 186 pacientes (53,44%) con un promedio de 95,46 mg/dl (DE, 29,82), 170 pacientes (91,4%) tuvieron niveles menores a 140 mg/dl y solo 3 pacientes (1,61%) tuvieron niveles de 200 mg/dl o más.

La creatinina sanguínea se encontró determinada en 169 pacientes (48,56%) con un promedio de 1,34 mg/dl (DE, 1,76); 136 pacientes (80,47%) tuvieron creatininas entre 0,5 y 1,3 mg/dl y 23 pacientes (13,61%) tenían creatinina mayor de 1,3 mg/dl. Adicionalmente, 72 pacientes (42,6%) tenían creatinina de 1 mg/dl.

La determinación del nitrógeno ureico (BUN) fue encontrada en 175 pacientes (50,28%) con un promedio de 18,19 mg/dl (DE, 17,06) encontrándose niveles mayores o iguales a 15 mg/dl en 67 pacientes (38,29%).

En 14 pacientes (4,02%) se encontraron datos de Aspirado de médula ósea y biopsia de médula ósea, siendo los hallazgos más frecuentes: Normal en 5 pacientes (35,71%), Histoplasma en 3 pacientes (21,42%), Cambios megaloblásticos en 2 pacientes (14,28%).

Datos sobre tiempos de coagulación fueron encontrados en 76 pacientes (21,83%). El promedio del tiempo de protrombina fue de 13,69 segundos (DE, 1,88), encontrándose 39 pacientes (51,32%) con un valor superior a los 13,3 segundos. El promedio del tiempo parcial de tromboplastina fue de 32,97 segundos (DE, 11,41), encontrándose 11 pacientes (14,47%) con dicho valor superior a 40,32 segundos.

Se encontraron datos del parcial de orina en 127 pacientes (35,63%) entre los cuales se menciona la presencia de 5 ó más leucocitos por campo de alto poder en 61 pacientes (48,03%), proteinuria en 44 pacientes (34,65%), cilindruria en 32 pacientes (25,2%) y hematuria microscópica en 18 pacientes (14,17%).

Datos sobre hemocultivos pudieron encontrarse en 42 pacientes (12,06%) siendo los resultados más frecuentes: Negativo en 29 pacientes (69%), E. coli en 5 pacientes (11,9%), Pseudomona en 2 pacientes (4,76%) y Salmonella en 2 pacientes (4,76%).

Se encontró coproparasitoscópico en las historias clínicas de 87 pacientes (25%) que corresponde al 52,4% de los que refirieron diarrea (166 pacientes). Se encontró flora bacteriana aumentada en 35 de ellos (40,23%). Se determinó la presencia de parásitos en 33 de los 87 pacientes (37,93%), siendo los más frecuentes: Giardia en 7 pacientes (21,21%), Strongyloides en 6 pacientes (18,18%) Blastocystis hominis en 4 pacientes (12,12%), Entamoeba histolytica en 4 pacientes (12,12%), Tricomonas hominis en 4 pacientes (12,12%) y Endolimax nana en 3 pacientes (9,09%).

En 35 pacientes se encontraron urocultivos (10,05%) con los siguientes resultados más frecuentes: Negativo en 18 pacientes (51,42%), E. coli en 7 pacientes (20%), Multibacteriano en 5 pacientes (14,28%) y Klebsiella en 3 pacientes (8,57%). En los restantes 313 pacientes (89,94%) no se pudo determinar si les fueron o no realizados urocultivos.

En 103 pacientes (29,59%) se encontraron datos de enfermedades por hongos. Los sitios más frecuentes de los mismos fueron: Orofaringe en 89 casos (86,4%), Esófago en 8 casos (7,76%), Vagina en 2 casos (1,94%), Piel en un caso (0,97%) y Diseminada en 3 casos (2,91%). El tipo de hongo encontrado fue: Cándida en 99 casos (96,11%), Dermatofitos en un caso (0,97%) e Histoplasma en 3 casos (2,91%).

En cuanto a las ayudas imagenológicas, los datos encontrados en las historias clínicas fueron los siguientes:

- Ecografías en 47 pacientes (13,5%) siendo la más ordenada la ecografía abdominal en 30 casos (63,83%) y posteriormente la ecografía hepatobiliar en 6 casos (12,77%), la ecografía de tórax en 3 casos (6,38%), la ecografía obstétrica en 3 casos (6,38%) y la ecografía renal en 2 casos (4,26%). Los hallazgos más frecuente fueron: Normal en 10 pacientes (21,28%), hepatoesplenomegalia en 8

pacientes (17,02), atrofia renal en 4 pacientes (8,51%), hepatomegalia en 3 pacientes (6,38%) y Nódulos hepáticos en 3 pacientes (6,38%).

La radiografía de tórax se encontró en 109 pacientes (31,32%). Los hallazgos fueron los siguientes: Normal en 27 pacientes (33,94%), Infiltrados alveolares en 26 pacientes (23,85%), Infiltrados intersticiales en 23 pacientes (21,1%) e infiltrados mixtos en 5 pacientes (4,59%).

Se observaron datos de TAC cerebral en 46 pacientes (13,21%) de los cuales 19 sugerían lesiones inflamatorias (41,30%) y 14 fueron normales (30,43%).

Solo se pudo encontrar datos inmunológicos en 25 pacientes (7,18%) con recuentos de CD4 en promedio de 233,6 células/mm³ (DE, 253,33); 16 pacientes (64%) tuvieron menos de 200 CD4, 6 pacientes (24%) entre 200 y 499 CD4 y 3 pacientes (12%) 500 o más CD4. La carga viral solo se encontró en 16 pacientes (4,59%) con un promedio de 50319,19 copias/ml (DE, 70310,08); 5 pacientes tenían una carga viral menor de 5000 copias/ml (31,25%), 5 pacientes (31,25%) entre 5000 y 50000 copias/ml y hubo 6 pacientes (37,5%) con más de 50000 copias/ml.

6.4 GRUPOS DE ENFERMEDADES

Las enfermedades definatorias de SIDA se encontraron en 98 pacientes (28%) distribuidas de la siguiente forma: Tuberculosis pulmonar en 27 casos (27,55%), Toxoplasmosis cerebral en 16 casos (16,32%), Neumonía por Neumocystis jiroveci en 15 casos (15,30%), TBC extrapulmonar en 13 casos (13,26%), Candidiasis esofágica en 8 casos (8,16%), Strongyloidiasis en 7 casos (7,14%), Criptococosis meníngea en 6 casos (6,12%), Sarcoma de Kaposi en 3 pacientes (3,06%), Encefalopatía por VIH en 2 casos (2%) y Linfoma en un caso (1%).

Se encontraron otras enfermedades no definatorias con distribución especial en los siguientes grupos: Enfermedades respiratorias con 122 casos (35,05%), Enfermedades digestivas con 95 casos (27,29%), Enfermedades del Sistema nervioso Central y periférico en 50 casos (14,36%), otras infecciones en 36 casos (10,34%).

7. DISCUSIÓN

La edad promedio de los pacientes en este estudio fue de 30,34 años (DE, 12,45) la cual es similar al promedio nacional (31 años); de igual forma la relación hombre:mujer fue de 2,8:1 , cercana al promedio nacional de 3:1, al promedio de Latinoamérica de 3,1:1 y al mundial de 2,3:1 lo cual confirma que las estadísticas locales son equiparables a las del resto del país y del mundo en este aspecto (1). Llama la atención que esa relación hombre:mujer en el grupo de 15 a 44 años es de 2,8, igual a la general, diferente a la de otros países en Latinoamérica donde la relación puede llegar a 4:1 (Chile 2003). Es importante observar la tendencia mundial a mostrar un incremento progresivo en el número de mujeres afectadas por la infección con el VIH, lo cual se viene observando igualmente en Colombia. De esta forma, si analizamos las dos décadas del presente estudio podemos observar que en la primera década (1984-1993) la relación hombre:mujer era de 7,25:1 y que en la segunda década (1994-2003) la relación bajó considerablemente hasta 2,43:1, siendo esto consistente con datos a nivel internacional y mundial (1).

La mayor cantidad de la población del estudio se encuentra en el grupo de personas económicamente activa y de mujeres en edad fértil lo cual es preocupante porque la enfermedad se convierte en una de las principales causas de ausentismo laboral y de años de vida potencialmente perdidos, aunque este trabajo no fue diseñado para determinar mortalidad. De igual forma se observa que los hombres son los más afectados ya que aportan el 60,34% (210 pacientes) del total de enfermos entre los 15-44 años que es lo que se observa también a nivel nacional (23).

El estado civil predominante fue el de soltero lo cual puede estar unido al hecho de llevar una vida sexual más promiscua que cuando se tienen compromisos de otro

tipo. Se encontró un total de 32 menores de edad (9,19%) algunos de los cuales eran niños, pero también se encontraron adolescentes expuestos a la transmisión sexual del virus.

Llama la atención el hecho de que la mayoría de pacientes en el momento de la consulta manifestaron estar desempleados cuando antes desempeñaban algún tipo de actividad económica. Esto hace pensar que los pacientes están consultando en forma tardía debido a que la enfermedad avanzada les impide mantener una calidad de vida adecuada y un desempeño óptimo en el trabajo.

Es importante recalcar que hay un gran número de mujeres dedicadas al hogar que aparecen con la enfermedad indicándonos la importancia de los grupos puente (Hombres que tienen sexo con hombres) en la transmisión de la infección en nuestro país (24) y que hay también un número importante de personas dedicadas a la agricultura que se encontraron en este estudio dándonos a conocer que no solo en la ciudad se observa la enfermedad sino que también el área rural se encuentra afectada y que las acciones deben programarse también en dichas áreas. No se pudo determinar la procedencia rural o urbana de los pacientes ya que dicha información no se encontraba consignada en las historias clínicas.

Se observó que el 87,93% de los pacientes (306 casos) ingresaron en conjunto por el área de Urgencias y por Medicina Interna lo cual pone de manifiesto que son éstas las dos áreas en las cuales se hace una mayor búsqueda de los casos cuando se enfrentan a patologías cuya etiología es difícil de dilucidar y cabe la sospecha de la infección por el VIH. Esta información también nos indica que la principal causa de consulta fue de tipo médico y no quirúrgico y es ahí donde radica la importancia de sospechar la infección en los pacientes que se manejan en las áreas de atención médica.

Como era de esperarse, la gran mayoría de los pacientes eran naturales de Bucaramanga y de su área metropolitana, pero un 28,74% (100 casos) eran de otros Departamentos; En cuanto a la procedencia llama la atención que se observa una mayor cantidad de pacientes procedentes de Bucaramanga y municipios de Santander que de otros departamentos lo cual indica el desplazamiento que la población viene presentando desde hace varios años por diversos motivos y que de acuerdo con los estudios este tipo de comportamiento aumenta el riesgo de transmisión del VIH especialmente en las mujeres (24).

Aproximadamente la mitad de los pacientes (49,43%) fueron remitidos hacia el Hospital Universitario Ramón González Valencia y del total de estas remisiones el 56,97% provenían de Hospitales nivel I y II indicándonos el papel tan importante que tienen los diferentes niveles de atención en el reconocimiento de los pacientes sospechosos, su enfoque diagnóstico y pronta remisión para estudio y manejo.

Se pudo observar que solo en el 3,45% de los casos hubo respuesta positiva al uso de preservativo en las relaciones sexuales, el dato no fue referido en 271 pacientes por lo cual no se puede realizar un análisis adecuado debido a que no se sabe si estos pacientes en realidad lo utilizaban o no; para una mejor apreciación se requiere que la historia clínica sea más completa para que permita sacar conclusiones con mayor peso.

En el 56,6% de pacientes se pudo obtener el dato de la preferencia sexual siendo el hábito heterosexual el más frecuente lo cual concuerda con las estadísticas nacionales e internacionales en las cuales se observa que durante el tiempo hay más personas heterosexuales infectadas por el virus y que por lo tanto de acuerdo con lo observado para América Latina y para Colombia la transmisión no es función del hábito sexual que tenga la persona sino la actitud que tenga ante su comportamiento sexual, recalcando la importancia de los grupos puente (hombres que tienen sexo con hombres) en la transmisión al grupo heterosexual (1,23, 31).

Llama mucho la atención que el 41,37% de los pacientes indicaron tener relaciones sexuales en forma promiscua, siendo esto de vital importancia y punto central en las campañas de prevención del contagio con el VIH ya que hasta un 18% de los pacientes encontrados mantienen relaciones sexuales con más de dos personas al año.

Fue difícil determinar el número de pacientes farmacodependientes en este estudio porque al realizar la revisión de las historias clínicas en el 47,41% (165 casos) de las mismas no se hacía referencia al antecedente positivo o negativo para el consumo de drogas y en aquellos que sí tenían el dato no se encontraba claramente especificado el tipo, vía o cantidad del psicofármaco utilizado. Para tener una apreciación mejor debe realizarse un estudio cuyo diseño incluya un formato especial para recolectar en forma completa este tipo de información.

Como en el caso anterior tampoco se pudo obtener información clara y completa acerca del antecedente de transfusiones, consumo de alcohol o desplazamientos fuera del país. De igual forma, para conocer con detalle estas variables se necesitaría de un estudio con otro tipo de diseño para obtener conclusiones significativas.

En la historia clínica de 62 pacientes (17,81%) se encontraron datos que indicaban que habían tenido una o más enfermedades de transmisión sexual lo cual pone de manifiesto la importancia que tienen las ETS en el riesgo de adquirir la infección por el VIH.

Una de las partes principales en el diagnóstico de la infección por VIH es la realización de pruebas confirmatorias. En el presente estudio se pudo determinar que solo en 154 pacientes se pudieron llevar a cabo (140 Western Blot y 14 IFI) y que en el momento de revisar la historia solo había resultados en 65 de las mismas. Con estos datos es difícil realizar comparaciones ya que de acuerdo con

las estadísticas del Instituto Nacional de Salud la concordancia con respecto al CDC (Centros para el control y prevención de enfermedades, de acuerdo con sus siglas en inglés) es de 100% para la ELISA, y entre 83-100% para el Western Blot y para la IFI (23).

El espectro clínico con respecto a la sintomatología referida por los pacientes no se aleja demasiado de aquel descrito por el Instituto de Salud de Estados Unidos y es llamativo que la mayoría de los pacientes en quienes se sospecha la presencia de la infección retroviral presentan una serie de combinaciones sintomáticas que pueden alertar al médico tratante. Así observamos que la gran mayoría de los pacientes manifiestan síndrome febril acompañado de sintomatología respiratoria o del tracto gastrointestinal, con presencia de fiebre, diarrea, pérdida de peso o fiebre, disnea y tos productiva (7). Llama mucho la atención la presencia de lesiones orales tipo micótico en una cuarta parte de los pacientes lo cual junto con los síntomas mencionados deben alertar al médico tratante para la sospecha de infección por VIH.

Desde el punto de vista de laboratorio son muchas las apreciaciones que pueden realizarse; es de gran importancia tener en cuenta que durante los últimos 20 años han cambiado las técnicas de laboratorio ya que inicialmente no se contaba con una química sanguínea sistematizada así como con un hemograma electrónico; los laboratorios se realizaban de acuerdo con la necesidad del paciente y la solicitud del médico, por lo cual al realizar la revisión de las historias clínicas se halla un déficit en cuanto a la cantidad de la información que uno esperaría encontrar. Sin embargo pueden describirse los siguientes hallazgos:

- El 75% de los pacientes a quienes se les realizó hemograma tenían algún grado de anemia (no se puede conocer exactamente el tipo por falta de la medida de volúmenes corpusculares), con un 43,77% con anemia leve; no se puede conjeturar acerca del origen de la misma ya que muchos pacientes presentaban

combinaciones de enfermedades y no se puede atribuir el resultado a efecto directo del virus.

- Hubo un 16,92% de pacientes (33 casos) quienes tenían recuentos plaquetarios por debajo de lo normal; esto nos alerta, especialmente en el área de urgencias, a tener una mente más abierta al enfrentar pacientes con síndromes febriles trombocitopénicos ya esta puede ser una manifestación inicial de la infección por VIH de acuerdo con los demás hallazgos en la historia clínica.

- Hasta un 43,67% de pacientes (152 casos) presentaban leucopenia o leucocitosis a su ingreso lo cual indica que no solo el paciente con infección por VIH tiene infecciones oportunistas o sobreagregadas sino que puede haber compromiso medular por la misma infección o por otros agentes.

- Es llamativo que hasta en un 72,89% de pacientes (199 casos) se encontró un predominio de los neutrófilos en el leucograma, llamando la atención a siempre buscar sobreinfecciones en pacientes en quienes se sospeche infección por VIH.

- Los niveles de glicemia fueron tomados al azar por lo cual no se puede analizar incidencia de posibles casos nuevos de diabetes. El promedio de glicemia fue de 95,46 mg/dl y solo 3 pacientes presentaron glicemia mayor a 200 mg/dl probablemente reflejando pacientes diabéticos previamente.

- El nivel de creatinina se determinó en cerca de la mitad de los pacientes, con un total de 143 pacientes (84,61%) con creatinemia normal y solo 23 pacientes (13,61%) presentaban elevación de la misma. Hubo 7 pacientes en quienes se hizo impresión diagnóstica de enfermedad renal lo cual puede indirectamente indicar que la mayoría de las alteraciones posiblemente se debieron a un mecanismo prerrenal con control posterior. Al observar el BUN se reafirma lo

anterior ya que en este caso se observan niveles mayores de 15 mg/dl en el 38,29% de los pacientes.

- El aspirado de médula ósea así como la biopsia de médula ósea se realizaron en los pacientes teniendo en cuenta el posible compromiso medular por hallazgos anormales en los paraclínicos iniciales o por sospecha de compromiso infiltrativo de tipo infeccioso o de otro tipo en la misma. Por este medio se pudieron diagnosticar casos de micosis diseminadas, especialmente Histoplasma, aunque también se encontraron hallazgos inespecíficos en su análisis.

- Los tiempos de coagulación se encontraron prolongados, especialmente el tiempo de protrombina en el 51,32% de los pacientes a quienes se les realizó el examen; es difícil determinar si esto corresponde a un efecto directo del virus sobre la vía extrínseca de la coagulación o si lo que se observa es el compromiso hepático por el virus y por las enfermedades concurrentes cuando consulta el paciente.

- De los 127 pacientes a quienes se les realizó un citoquímico de orina en cerca del 50% pudieron verse anomalías inespecíficas que pueden orientar al clínico en la búsqueda de un compromiso renal más serio. De igual forma, es importante analizar que el compromiso prerrenal puede ser responsable de hallazgos inespecíficos en el estudio del sedimento urinario.

- Fue difícil encontrar resultados de cultivos de las diferentes secreciones que se tomaron a pacientes en quienes se sospechaba una posible infección. Esto puede deberse a que posiblemente los resultados no se encontraban en la historia clínica en el momento de su revisión. De los 42 hemocultivos tomados solo 13 fueron positivos (30,95%) aislándose especialmente enterobacterias. De los 35 urocultivos tomados 17 fueron positivos (48,57%) siendo E. coli la bacteria más frecuente.

- Las micosis fueron detectadas en 103 pacientes (29,59%) siendo la Cándida la más frecuente y especialmente ubicada en la orofaringe. Solo hubo ocho casos de candidiasis esofágica como enfermedad definitoria de VIH. Como se anotó anteriormente el conjunto de signos y de síntomas aunado a la presencia de lesiones de posible origen micótico en la cavidad oral pueden orientar hacia una infección por el VIH cuando el cuadro clínico y la historia del paciente no son concluyentes.

- El ultrasonido como medio diagnóstico fue tomado en 47 pacientes (13,5%), siendo la más frecuente la ecografía abdominal total y permitiendo, de acuerdo con la sintomatología del paciente, encontrar alteraciones especialmente en órganos sólidos con sospecha de infiltración. Los hallazgos positivos fueron encontrados en 37 pacientes (78,72%) lo cual demuestra que este tipo de exámenes deben realizarse teniendo muy en cuenta la clínica, el examen físico y la sospecha de patologías que pudieran observarse con este método diagnóstico.

- Aunque fue considerable el número de pacientes que consultaron por síntomas respiratorios solo se pudo encontrar el informe de radiografía de tórax en 109 pacientes (31,32%) teniendo en cuenta que fueron ordenadas en más pacientes, pero que sus hallazgos no fueron descritos en la historia clínica. Se encontraron alteraciones en 72 pacientes (66,05%) siendo los principales hallazgos los infiltrados de tipo alveolar en 26 pacientes (23,85%) y los infiltrados intersticiales en 23 pacientes (21,20%). Lo anterior se correlaciona con el número de pacientes que tuvieron enfermedades definitorias de SIDA con compromiso respiratorio (73, equivalente al 56,58% de las enfermedades definitorias de SIDA). Debido a la gran cantidad de pacientes que consultan por sintomatología respiratoria tanto en los servicios de urgencias como de consulta externa es importante tener una aproximación clara hacia la búsqueda de patología respiratoria que pueda orientar hacia un compromiso de la inmunidad celular. Lo ideal sería diseñar un estudio en el cual se pudiera tener acceso a medios

diagnósticos invasivos tales como la fibrobroncoscopia para intentar hacer un diagnóstico etiológico y corroborar los hallazgos de la literatura que apuntan que las neumonías adquiridas en la comunidad son una de las principales causas de enfermedad pulmonar en los pacientes con SIDA.

- Se encontraron datos de TAC cerebral en 46 pacientes (13,21%) observándose hallazgos patológicos en 32 casos (9,2% del total de pacientes) siendo este un número menor al encontrado en otros estudios que evaluaron netamente el compromiso del SNC en pacientes con VIH/SIDA; esto posiblemente se deba al intervalo de tiempo en el cual se realizó el presente estudio ya que el número de pacientes con VIH/SIDA es mucho mayor que en otras series (31). Con estos datos no es posible determinar prevalencia de enfermedades del SNC en pacientes con VIH/SIDA en este estudio ya que en la mayoría de las historias no se anotaron con cuidado los hallazgos neurológicos para determinar el compromiso nervioso y en los restantes 302 pacientes no hay datos sobre toma o no de TAC cerebral.

- A pesar de ser herramientas necesarias para el manejo de los pacientes con VIH/SIDA el recuento de CD4 y de la carga viral no se encontraron en más del 90% de los casos, posiblemente porque inicialmente no eran anotados los resultados en las historias clínicas o por dificultades administrativas debido a costos que impidieron su realización en todos los pacientes. Por lo anterior no pueden realizarse asociaciones entre los recuentos de CD4, carga viral y las diferentes sintomatologías y diagnósticos de los pacientes.

Desde el punto de vista clínico la forma de presentación de la infección por VIH/SIDA no difiere de la observada con respecto a datos nacionales y de otros países. Puede observarse dentro de las patologías respiratorias que la Tuberculosis pulmonar, la neumonía bacteriana y la neumonía por *Neumocystis jiroveci* son las principales infecciones que afectan a pacientes con VIH (32).

Algunos estudios muestran todavía a *N. jiroveci* como la causa principal de complicaciones respiratorias en este tipo de pacientes (33) aunque con la introducción de la terapia antirretroviral altamente efectiva la incidencia de neumocistosis ha disminuido observándose un mayor número de neumonías bacterianas (34,35). Sin embargo para poder corroborar esto así como la incidencia de cada una de ellas se necesitaría de un estudio con diseño diferente al presente en el cual en forma invasiva se haga un diagnóstico etiológico de las patologías pulmonares observadas en estos pacientes. Como ya se mencionó las enfermedades respiratorias marcadoras de SIDA representaron el 56,58% de las enfermedades definitivas.

También se observó que 22 pacientes tenían infecciones del SNC (16 Toxoplasmosis y 6 Criptococosis) que corresponden al 17,05% de las enfermedades definitivas en este estudio.

Enfermedades no definitivas: Muchos otros diagnósticos fueron encontrados en el grupo de pacientes analizados, pero en general al comparar la forma de presentación en otros países y especialmente en Europa puede observarse que en dichas latitudes se presentan más comúnmente los tumores, las enfermedades hematológicas y endocrinas mientras que en Latinoamérica y en Colombia observamos un gran número de pacientes con manifestaciones de enfermedades gastrointestinales, respiratorias y del sistema nervioso central que cuentan con 236 casos en el presente estudio (67,8%). Por eso la importancia de tener en cuenta el espectro clínico de presentación a nivel local para agudizar el tamizaje de la infección por VIH/SIDA en nuestros pacientes.

CONCLUSIONES

- Así como en todo estudio basado en la recolección de información de las historias clínicas de los pacientes, se encontraron múltiples dificultades incluyendo la búsqueda física de las mismas y posteriormente la carencia de una información completa durante su revisión lo cual no permite determinar incidencias ni tampoco desarrollar guías para el diagnóstico o manejo de las patologías que se tratan en este estudio.
- Se confirmó que con el transcurrir del tiempo el número de pacientes con VIH/SIDA se ha incrementado en forma paulatina tanto por el aumento en sí del número de personas afectadas así como por la mejoría en los sistemas de notificación de esta enfermedad.
- Las características epidemiológicas de la infección por VIH/SIDA son similares en el contexto local, nacional y mundial según los diferentes reportes indicando que la pandemia se extiende posiblemente en forma equivalente en las diferentes regiones, con excepciones particulares.
- Debido a que actualmente el mayor número de personas enfermas y que portan la infección se encuentran en el grupo de heterosexuales, se recalca que no importante no es la identidad sexual por sí misma sino la actitud en el comportamiento sexual que asume cada persona.
- Se observa a nivel de todas las esferas la tendencia creciente a la feminización de la enfermedad debido al rol particular que juega la mujer en la sociedad y por el papel tan importante de los grupos puente en los últimos años.

- La ocupación de las personas con VIH/SIDA también a presentado un paulatino cambio en su perfil ya que de ser una enfermedad que inicialmente afectaba a ciertos grupos marginados ahora se están viendo afectadas en su mayoría las amas de casa quienes son contagiadas por hombres con preferencias sexuales diferentes (bisexuales).
- La presentación clínica de la infección por VIH/SIDA es muy variada por lo cual debe tenerse en cuenta el perfil epidemiológico local para una adecuada sospecha y caracterización de los casos, sin embargo es importante considerar que en países subdesarrollados la principal forma de manifestación son las enfermedades infecciosas definitorias y no definitorias de SIDA.
- Existe un grupo de signos y síntomas que pueden orientar hacia la sospecha de la enfermedad, sin embargo no es posible con el presente trabajo realizar asociaciones estadísticas para establecer tendencias en la presentación clínica debido a la carencia de datos importantes en las historias clínicas. Lo anterior tampoco permitió hacer la correlación entre uno de los marcadores más importantes para el seguimiento de la enfermedad, como es el recuento de CD4, con las variables clínicas.
- Los laboratorios de base en el momento de la consulta pueden también ayudar en la sospecha de la infección por VIH/SIDA; así tenemos que un importante número de pacientes presentan anemia al momento de la consulta, pero debido que no todos tenían exámenes completos las observaciones encontradas no se pueden generalizar.
- Por último, es labor de cada trabajador de la salud estar alerta con respecto a la pandemia en la que se constituye la infección por VIH/SIDA para lograr una mayor sospecha, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de nuestros pacientes.

RECOMENDACIONES

- Con base en el presente estudio se abren las puertas para crear una línea de investigación para recolectar información en forma prospectiva de pacientes con VIH/SIDA para acercarse más al perfil epidemiológico local de la enfermedad.
- Desarrollar un formato especial de identificación y de historia clínica para los pacientes con VIH/SIDA para lograr un seguimiento adecuado y poder detectar los cambios en la evolución de la enfermedad ahora que hay mayor disponibilidad de terapias antirretrovirales y ver su impacto en la morbilidad y mortalidad de la enfermedad.
- Realizar en forma minuciosa y frecuente la auditoría de las historias clínicas par mejorar su calidad y poder extraer de ellas información que pueda originar estudios que mejoren y faciliten la atención de los pacientes.
- Mejorar la disponibilidad de los resultados de los exámenes paraclínicos para tomar decisiones rápidas con los pacientes y contar con ellos en el momento en que se requiera estudiar tendencias de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

ONUSIDA/OMS. Situación de la Epidemia de SIDA. Diciembre de 2005.
Disponible en:

<http://www.unaids.org.co/documentos/situaciondelaepidemiadesida2005.pdf>

Ministerio de Protección Social de Colombia. Oficina Asesora de Comunicaciones.
Situación de la epidemia por VIH-SIDA en Colombia. 2003. Disponible en:

<http://www.minproteccion-social.gov.co/MseContent/images/news/DocNewsNo444401.doc>

Médicos Generales Colombianos. Guía de atención del VIH/SIDA. 2000.
Disponible en: <http://www.medicosgeneralescolombianos.com/SIDA.htm>

Protagonistas de la Historia. Montagnier, Luc y Gallo, Robert. Disponible en:
<http://www.artehistoria.com/historia/personajes/7708.htm>

National Institutes of Health. U.S. Department of Health and Human Services. How
HIV causes AIDS. 2004. Disponible en:
<http://www.niaid.nih.gov/factsheets/howhiv.htm>

Velásquez, Gloria., Soto, Mónica., Betancur Martínez Julián., Salgado Vélez,
Helí., Sánchez E. Juanita., Anglés, Jorge. Proyecto ISS-ASCOFAME. Guías de
Práctica Clínica Basadas en la Evidencia. SIDA.

Bartlett, John G. and Gallart, Joel E. Medical management of HIV infection. Johns
Hopkins University School of Medicine. 2003; p.4
Glosario de VIH/SIDA. Quinta edición. 2006

Díaz Granados, Carlos A., Alvarez, Carlos., Prada, Guillermo. Guía para el manejo de VIH/SIDA basada en la evidencia. Colombia. Ministerio de Protección Social, FEDESALUD. p. 34

Mellors, J W., Muñoz, A., Giorgi J V., Margolick, J B, Tassoni, C J., Gupta, P et al. Plasma viral load and CD4 + lymphocytes as prognostic markers of HIV-1 infection. *Ann Intern Med.* 1997; 126: 946-954

CDC. 1993. Revised Classification System for HIV Infection an Expanded Surveillance Case Definition for AIDS Among Adolescents and Adults. *MMWR.* 1992; 41: (No. RR-17)

Dybul, Mark., Fauci, Anthony S., Bartlett, John G., Kaplan, Jonathan E., Pau, Alice K. Guidelines for Using Antiretroviral Agents among HIV-Infected Adults and Adolescents. Department of Health and Human Services (DHHS) Guidelines. *Ann Intern Med.* 2002; 137 (supl):432

Niu, M T., Stein, D S., 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 Dec; 168 (6): 1490-1501

D. L. Hanson, S. Y. Chu, K. M. Farizo and J. W. Ward. Distribution of DC4+ T lymphocytes at diagnosis of acquired immunodeficiency syndrome-defining and other human immunodeficiency virus-related illness. The Adult and Adolescent Spectrum of HIV Disease Project Group. *Arch Intern Med.* Vol. 155 No.14. July 24, 1995; p.1537

Montano, Silvia et al. Prevalence, Genotypes and Risk Factores for HIV Transmisión in South America. *J Acquir Immune Defic Syndr.* September 1, 2005; 40 (1): 57-64

Bautista CT et al. Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection among South American men who have sex with men. *Sex Transm Infect.* 2004; 80: 498-504

Pando de los A et al. HIV immunodeficiency virus type 1 seroprevalence in men who have sex with men from Buenos Aires, Argentina: Risk factors for infection. *Int J Epidemiol.* 32:735-740

Osimani, María Luz. The Challenge of Implementation of Preventive Programs in a Developing Country: Experiences, Situations and Perspectives in Uruguay. *Clin Infect Dis.* 2003; 37 (supl):422-426

Khalsa, J H., Francis, H., Mazin, R. Bloodborne and Sexually Transmitted Infections in Drug Abusers in the United States, Latin America, the Caribbean and Spain. *Clin Infect Dis.* 2003; 37 (supl):331-337

Ministerio de Salud del Ecuador. Epidemiología del virus de inmunodeficiencia humana y síndromes de inmunodeficiencia adquirida en el Ecuador. Junio. 2005. Quito.

Guanira, J et al. Second generation of HIV surveillance among men who have sex with men in Peru during 2002. Decimoquinta Conferencia Internacional sobre el SIDA. Resumen WePeC6162 Bangkok. 11-16 de Julio. 2004

OPS/OMS/ONUSIDA. VIH y SIDA en las Américas: Una epidemia multifacética. Organización Panamericana de la Salud (original en inglés, 2001)

Acosta J, Prieto F, Mejía A. Programa ITS/SIDA. Instituto nacional de Salud. Informe preliminar de respuesta territorial de la situación de las enfermedades de transmisión sexual/VIH/SIDA. Colombia. 2001

García. R. Reduction of mother-to-child transmission of HIV. In Colombia: two years of national experience. 2003-2005

Alvis Guzmán M, Correa J, Carcamo A. La mortalidad por SIDA en Cartagena de Indias Colombia: Impacto económico del los AVVP 1995-2000. Universidad de Cartagena. Facultad de Ciencias Económicas. Departamento de ciencias Económicas y Sociales. Cartagena. 2001

García, R. SIDA: Situación en el mundo y en Colombia 20 años después. Biomédica. 2003; 23:247-253

Vera, Lina María., López, Nahyr., Ariza, Nelly Dayana. Asociación entre el área de estudio y los conocimientos y comportamientos frente a la transmisión del VIH/SIDA entre los estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. Colombia Médica. 2004; 35:62-68

López, Nahyr., Vera, Lina María., Orozco, Luis Carlos. Conocimientos y prácticas sexuales de riesgo para adquirir la infección por VIH en jóvenes de Bucaramanga. Colombia Médica. 2001; 32:32-40

Universidad Nacional de Colombia. Curso de Economía General. Capítulo 11: Inflamación y Desempleo. Manizales. 2005. Disponible en: <http://www.virtual.unal.edu.con/cursos/sedes/Manizales/4010043/lecciones/11inlac ydesemp2.htm>

American Diabetes Association. Standard of Medical Care in Diabetes. Diabetes care. 2005; 28 (supl 1):5-6

Bernal García, Edgar Augusto. Compromiso del sistema nervioso central en pacientes con infección por VIH-SIDA. Investigación para optar al título de

Especialista en Medicina Interna. Universidad Industrial de Santander. Facultad de salud. Escuela de Medicina. Departamento de Medicina interna. Bucaramanga. 2004

Wolff, Armand J., O'Donnell, Anne E. HIV-related pulmonary infections: a review of the recent literature. *Curr Opin Pulm Med*. 2003; 9 (3):210-214

Rimland, D., Navin, T R., Lenox, J L., Jernigan, J. A., Kaplan, J., Erdman, D et al. Prospective study of etiologic agents of community-acquired pneumoniae in patients with HIV infection. *AIDS*. 2002; 16:85-95

Wolff, Armand J., O'Donnell, Anne E. Pulmonary Manifestations of HIV Infection in the Era of Highly Active Antiretroviral Therapy. *Chest*. 2001; 120:1888-1893

Arciniegas Asquirola, William., Aguirre Castañeda, Claudio. SIDA y sus complicaciones. *Rev Med Risaralda*. 2003; 9 (2): 10

LECTURAS RECOMENDADAS

López de Munain, Josefina., Cámara, M Mar., Santamaría, Juan Miguel., Zibero, Zuriñe., Baraia-Etxaburu, José., Muñoz, Josefa. Características clinicoepidemiológicas de los nuevos diagnósticos de infección por el virus de inmunodeficiencia humana. Med Clin (Barc). 2001;117: 654-656

Rodríguez, Henar Márcos. Servicio de Epidemiología y Enfermedades Transmisibles. Dirección General de Salud Pública. Boletín Epidemiológico de Castilla y León. Vigilancia Epidemiológica del SIDA. España. 2003: 19 (12): 45-48

Beltrán, M., Gil, R., Nassif, V., Sanga, N. Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes HIV-reactivos al momento de su diagnóstico. Comparación del período anterior y posterior a la adopción de la terapéutica antirretroviral de alta eficacia. 1992-2002. Actualizaciones on al día. Argentina. 2003;11: (40)34-38

A. Díaz Franco, I. Noguez Zambrano, I. Mahillo Fernández, D. Martín SantaOlalla, R Solano Silveira. Características clinicoepidemiológicas de los pacientes con infección por VIH/SIDA a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMDB). Años 1999-2002. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. 2005; 13 (2): 13-24

Brettle, Raymond P., Foreman, Angus., Povey, Sarah. Clinical features of AIDS in the Edinburgh City Hospital Cohort. Int J STD AIDS. 1996; 7: 190-196

Díaz Granados, Carlos A., Alvarez, Carlos., Prada, Guillermo. Guía para el manejo de VIH/SIDA basada en la evidencia. Colombia. Ministerio de Protección Social, FEDESALUD.

Dybul, Mark., Fauci, Anthony S., Bartlett, John G., Kaplan, Jonathan E., Pau, Alice K. Guidelines for using Antirretroviral Agents among HIV-Infected Adults and Adolescents. *Ann Intern Med.* 2002; 137:381-433

Comisión Nacional de SIDA-CONASIDA. Caracterización epidemiológica de la infección por VIH/SIDA en Chile, Diciembre de 2003. *Rev Chil Infect.* 2003; 22 (2):169-202

Arciniegas Asquirola, William., Aguirre Castañeda, Claudio. SIDA y sus complicaciones. *Rev Med Risaralda.* 2003; 9 (2): 5-12

Velásquez, Gloria., Soto, Mónica., Betancur Martínez Julián., Salgado Vélez, Helí., Sánchez E. Juanita., Anglés, Jorge. Proyecto ISS-ASCOFAME. Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia. SIDA.

ANEXOS

**ANEXO No. 1 ESTUDIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON
SIDA EN ESE-HURGV**

I. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE _____ EDAD _____ GENERO _____
HC _____ SERVICIO _____ FECHA <dd/mm/yyyy>
OCUPACION _____ ESTADO CIVIL _____ NATURAL _____
PROCEDENCIA _____ TELEFONOS _____

II. DATOS CLINICOS:

M. DE CONSULTA : REMITIDO__ TRAIIDO__ VOLUNTAD PROPIA__
INSTITUCIÓN REMITENTE _____

SÍNTOMAS:

FIEBRE __ DIARREA __ MAL GRAL __ ANOREXIA __ PERDIDA
PESO __ CEFALEA __ TOS Y EXPECT __ DISNEA __ PALIDEZ __
DIF. AMB . __ DESHIDR __ SANGRADO __
OTROS _____

III. COMPORTAMIENTO SEXUAL:

UTILIZACIÓN DE CONDON SI __ NO __
HABITOS SEXUALES :HOMOSEX__ HETEROSEX__ BISEX__ OTROS__
TIPO DE RELACION:
RELOG __ RELGG __ RELAG __ RELOTRO __
COMPAÑERO SEXUAL: ESTABLE__ PROMISCOUO__ No. COMP.__
FCODEPND: NO__ SI__ VIA _____ SUSTANCIA_____
TRANSFUS. SANGUÍNEA__ COMPONENTE_____ FECHA_____

E.T.S.: LUES__ GONORREA__ HERPES__ CONDILOMA_____

DEPLAZAMIENTO: FUERA DEL PAIS____ LUGAR_____

IV. ANTECEDENTES PESONALES:

ALCOHOL__ ACUPUNTURA__ TATUAJE__ HEMOFILIA__

V. ANTECEDENTES FAMILIARES:

CONTACTOS CON PERSONAS CON VIH O SIDA__ HOSPITALIZACION__

DIAGNOSTICOS: _____

VI. LABORATORIO:

WBLOT: SI__ NO__ FECHA_____ RESULTADO _____

HB__ HTO__ LEUCOC_____ NEUTROF__ LINF__ MON__ EOS_____

PLAQ____GLIC__ CREATININA__ BUN__ HEMATURIA_____

MEDULA OSEA: AMO__ BMO__ LECTURA_____

TP__ TPT__ FIBRINOGENO__ OTROS _____

LEUCOCITURIA__CILINDRURIA__PROTEINURIA____ DENSIDAD_____

HEMOCUL: NO__ SI__ GERMEN_____

COPCULT: NO__ SI__ GERMEN _____

CULT. LCR: NO__SI__ BK__CRIPTOCOCO__PROTEINAS__ CELULAS

CPC: FLORA _____ PARASITOS _____

FLUJO VAGINAL: FROTIS: _____ GRAM _____

UROCULTIVO : NO__ SI__ GERMEN _____

MICOSIS__ SITIO_____TIPO_____ ECOGRAFIA:

SITIO_____ LECTURA _____

RX. TORAX: NO__ SI__ LECTURA _____

TAC CEREBRAL: NO__ SI__ LECTURA _____

OTROS EXAMENES _____

