

FILIAL DE CIENCIAS MÉDICAS
 "ARLEY HERNÁNDEZ MOREIRA"
 MORÓN

VIH/SIDA: prevención y diagnóstico tardío. Morón 1986-2011.

HIV/AIDS: prevention and late diagnoses. Morón 1986-2011.

Jorge E. Rodríguez Casas (1), Saray Zamora González (2), Yoanka M. Fidalgo Carbó (3).

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar la ocurrencia de los diagnósticos tardíos en personas con VIH/SIDA, y posibles fallas de la prevención en la atención primaria en Morón, en el período comprendido entre 1986-2011. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal; la información se obtuvo de la base de datos nacional de casos VIH/SIDA del Ministerio de Salud Pública. **Resultados y Discusión:** De los 54 casos de incidencia en el municipio, 10 constituyeron debut clínico (18,5%); se incrementan los casos a partir del año 2000, con picos en el 2004, 2008 y 2011, lo que afecta más a los grupos etarios de 26-30 años (5,8%) y el de más de 60 (3,7%). El área de salud con mayor número de caso fue la Sur (60%) y el consejo popular Sur (40%). El sexo masculino es el más afectado (80%), y entre ellos los hombres que tienen sexo con hombres (70%). Los principales síntomas fueron la pérdida de peso y la fiebre (90%). Entre las entidades de presentación, los linfomas constituyen el 40%, seguido de la criptococosis con el 30%. El 30% falleció, de ellos el 20% en el 2005 y el 10% en el 2003. Hay un 70% de supervivencia, el 60% menos de 1 año (diagnósticos del último año), y un 10%, entre 11 y 15 años. **Conclusiones:** Se detectaron problemas en el trabajo de atención primaria de salud en cuanto al funcionamiento del Programa Nacional de Prevención de las ITS-VIH/SIDA.

Palabras clave: VIH, SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA, DIAGNÓSTICO TARDÍO.

1. Especialista de 1er Grado en Medicina Interna. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor Instructor.
2. Licenciada en Enfermería. Especialista de 1er Grado en Higiene y Epidemiología. Máster en Enfermedades Infecciosas.
3. Especialista de 1er Grado en Pediatría. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor Instructor.

INTRODUCCIÓN

La salud pública en Cuba tiene como principal escenario y guía del modelo sanitario cubano, al espacio de la Atención Primaria de Salud (APS), cuya base radica en el policlínico y los consultorios de medicina familiar con un equipo multidisciplinario, donde el Médico y la Enfermera de Familia son elementos fundamentales de los procesos de seguimiento, información, educación y comunicación de la comunidad, parte esencial de la prevención y el control de cualquier entidad (1). El Programa Nacional de Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/Sida se inició desde 1986. Su objetivo fundamental: evitar que esta enfermedad se convierta en un importante problema de salud para la población cubana (2). El rol del Médico y la Enfermera de Familia en este programa, es esencialmente, la prevención, mediante la dispensarización a la población con conducta sexual de riesgo, para efectuar un chequeo periódico y consejería sobre el tema, y a la población en general brindarle educación preventiva mediante la promoción del sexo seguro y protegido (uso del condón). En el caso de las personas ya infectadas por el virus, se precisa de una correcta atención médica por parte del equipo de salud. A pesar de la existencia del programa y de brindar información a la población sobre las ventajas de la detección temprana, se siguen reportando al servicio hospitalario individuos con una enfermedad definitiva de Sida, es decir, que sus conteos de linfocitos TCD4 son menores a 200 cel. /mL. Estos pacientes, a los cuales se les ha agrupado como diagnóstico tardío de Sida, llegan a la consulta médica con un sistema inmune agotado y una alta replicación viral, situación que, acompañada de una falta de terapia antirretroviral o de instauración tardía de esta, conduce a la muerte a un gran

porcentaje de casos. De hecho, se tiene constancia de que algunas personas han sufrido una infección por VIH durante más de 10 años sin que, durante ese tiempo, hayan desarrollado ninguna de las manifestaciones clínicas que definen el diagnóstico de Sida (3). El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Atlanta (CDC) ha establecido la definición siguiente para el diagnóstico del Sida: en un individuo VIH positivo el recuento de linfocitos TCD4 debe ser menor a 200 cel. /mL, o el individuo debe presentar alguna manifestación clínica definitoria de Sida, como, infecciones oportunistas (4). En general se identifica el concepto de diagnóstico tardío por su denominación en la lengua inglesa debut clínico. La palabra debut se define como estreno, primera presentación. En el caso del Sida la definición de debut clínico, consiste en la identificación de enfermedades oportunistas definitorias de Sida o linfocitos TCD4 menor de 200 cel. /mL en aquellos pacientes que, entre su confirmación de serología VIH positiva y su clasificación como caso Sida, hubiere transcurrido menos de un año (5).

En Cuba, al finalizar el año 2007, se habían diagnosticado 9 039 personas con VIH, un total de 3 427 casos Sida, y fallecidas por esta causa 1 550. En Ciego de Ávila la cifra de infectados de VIH al cierre de 2008 era de 208 (6). La epidemia de VIH en Cuba está caracterizada por un crecimiento lento, concentrada en grupos específicos. Cada año se observa un incremento en el número de casos, por lo que si se quiere frenar y reducir su propagación e impacto, es necesario profundizar en los diferentes factores que inciden. Del mismo modo se identifica a la prevención como la base de la respuesta contra esta enfermedad, y la necesidad en esta lucha de reforzarla con elementos de atención, el apoyo y el tratamiento de los infectados (7). En los últimos años se ha observado un incremento de casos que acuden al nivel secundario y terciario con enfermedades oportunistas y/o conteos de linfocitos TCD4 bajos, sin haber tenido conocimiento previo de su estado seropositivo al VIH, y por tanto, la proporción de personas con el diagnóstico de debut clínico. Hasta diciembre de 2007, en el país se habían diagnosticado tardíamente con Sida 650 personas, y de estas, 422 pertenecen a La Habana, lo que significa el 64,9% del total, y llama la atención que en los últimos 10 años el número de personas que son diagnosticadas en esta etapa de la infección se ha incrementado (8).

Conocer los elementos que influyen sobre este fenómeno nos permite tratarlo y tomar las medidas necesarias para enfrentar mejor la infección -enfermedad de VIH. Para resolver esta situación nos trazamos la siguiente interrogante en la investigación: ¿Cuál será el comportamiento de los diagnósticos tardíos en personas con VIH, en nuestro municipio de Morón hasta el año 2011?

Hipótesis del trabajo: De realizarse un correcto trabajo por parte del médico y enfermera de la familia, con respecto al programa de VIH, es decir dispensarización, pesquisa, captación, educación y seguimiento de este grupo de personas, la prevención sería efectiva y se evitaría los diagnósticos tardíos, se disminuiría la cadena de transmisión, y nuestra población, gozaría de un mejor estado de salud. Por lo que se consideró necesario realizar un estudio sobre los casos que se han presentado en el municipio con el propósito de caracterizar la ocurrencia de los diagnósticos tardíos en personas con VIH, así como las posibles fallas de la prevención en la Atención Primaria de Salud. Por lo que se propone como objetivo: Caracterizar la ocurrencia de los diagnósticos tardíos en personas con VIH y posibles fallas de la prevención en la APS, del municipio de Morón 1986-2011.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal del total de casos diagnosticados como debut clínico en el municipio de Morón en el período de 1986 a 2011. El universo lo constituyeron los 54 casos de VIH diagnosticados en nuestro municipio en el período analizado, y la muestra estuvo conformada por los 10 casos que fueron diagnósticos tardíos. Se considera diagnóstico tardío todo aquel que se diagnostique con alguna infección oportunita que lo clasifique como categoría C, indicadora de Sida, según la clasificación CDC de 1993, o por unos CD4 menor a 200 células/mm³, o de 14%. También se considerará todo aquel que evolucione en menos de 1 año de VIH a Sida, por los criterios antes expuestos.

Se utilizaron variables como: incidencia, edad, sexo, orientación sexual, grupo pesquisa por el que se diagnosticaron los pacientes, principales manifestaciones clínicas, enfermedad con la que comenzaron, así como la letalidad y la supervivencia. La información se obtuvo de la base de datos nacional de casos VIH/Sida del Ministerio de Salud Pública, y de la consulta municipal que labora en el Policlínico Universitario Norte de Morón. Como medidas de resumen de la

información se utilizaron frecuencia absoluta y relativa. Los resultados se presentan en forma de tablas elaboradas, se utilizó el programa Microsoft Excel 2003.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La incidencia del VIH/Sida en el municipio de Morón, desde 1986 hasta el año 2011, fue de 54 casos. Es notable el reporte de algunos casos al inicio de la epidemia, pero es curioso que entre 1993 y el año 2000, no se reportaron incidencia alguna, que coinciden curiosamente con los años más difíciles del período especial en nuestro país. Sin embargo a partir de entonces, cada año recoge nuevos casos, teniendo picos en los años 2004 (7 casos, que representan el 13%) y los años 2008 y 2011, con 6 casos per cápita que representan el 11,2%, respectivamente (Tabla No.1).

De las 54 personas diagnosticadas con VIH en el municipio en este período, 10 iniciaron como debut clínico, para un 18,5% del total de diagnosticados. Similar a lo planteado por la literatura revisada (9). Los grupos de edad más afectados son los de 26-30 años con 3 casos, que representan el 5,8%, y le sigue el de más de 60 años, con 2 casos, que representa el 3,7%. Respecto al comportamiento del grupo etario, no hubo gran diferencia a lo reportado en la bibliografía, los grupos más afectados están en el rango de 25 a 49 años, que es la edad reproductiva y laboral, lo cual coincide con un estudio realizado en el Instituto Pedro Kouri (IPK), sobre debut clínico en el año 2004 (10), y otro estudio realizado en Montevideo, Uruguay, en el que la edad promedio fue de 35 años (11). Hay que señalar que en los últimos 5 años en La Habana, las tasas de infectados se han desplazado hacia edades menos jóvenes (de 35 y más), y en el año 2007 se halló un incremento de las personas de más de 50 años, grupo al que, por lo general, no van dirigidos los mensajes educativos con la misma intensidad que a los jóvenes (9). Que también concuerda con nuestro estudio (Tabla No. 2).

Ambas áreas de salud están afectadas por los debut clínicos, pero la Sur se ve más afectada con 6 casos (60%) y el consejo popular Sur es el que lleva el mayor peso en la incidencia con 4 casos, igual cifra que toda el área Norte con 4 casos (40%) y su consejo popular más afectado fue el Este, con 3 casos (30%). Estos resultados indican la necesidad de que en el municipio se cumpla cabalmente con los objetivos del programa en cuanto a control y prevención de la infección VIH/Sida. El equipo de salud encabezado por el Médico de Familia debe realizar una pesquisa correcta a la población con conducta sexual de riesgo. En la práctica se ha constatado que ha existido inestabilidad del equipo de VIH/Sida a nivel del área y del municipio, por lo general están incompletos, no tienen psicólogos, educadores para la salud, y existe fluctuación en los promotores formados para el trabajo de prevención, por lo que la realización de actividades educativas y preventivas sobre el tema, no ha sido todo lo eficaz que se esperaba (Tabla No.3).

Respecto a la orientación sexual de los casos que debutaron con un estadio avanzado de Sida, como es de esperarse, los homosexuales (HS), son los de mayor número, y dentro de ellos, los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), representan el mayor por ciento (70), y el restante 30%, corresponde a los heterosexuales (HTS), y dentro de ellos con mayor peso, el sexo femenino (20%), no se reportaron en los bisexuales. Al analizarlo por sexo, se aprecia mayor incidencia en el masculino (80%), y el 20% restante corresponde al sexo femenino. También coincidimos con otros autores al respecto (9). El Programa Nacional de Control y Prevención del VIH/Sida, para un mejor control de la epidemia, incluye la pesquisa a los grupos de riesgos de VIH, que contempla la captación de toda persona con una conducta sexual de riesgo. Sin embargo, en el presente estudio el sexo más afectado es el masculino, hecho que corresponde con las características de la epidemia en el municipio, provincia y a nivel nacional, y dentro de este grupo, el mayor por ciento lo tiene el que practica una orientación sexual de HSH, que está considerado como uno de los grupos más vulnerables a la infección, por lo que se debe incrementar la calidad en la búsqueda activa de posibles infectados para disminuir los casos que se diagnostican en etapas tardías de la enfermedad. Además, dentro de la vigilancia, el control de foco juega un papel importante; una vez diagnosticada una persona con VIH, en su entrevista epidemiológica debe aportar su fuente de infección, es decir, la persona que probablemente lo infectó, así como todas aquellas que tuvieron relaciones sexuales con el seropositivo en un período de 10 años (contactos). En este aspecto hay numerosas dificultades, porque en muchos casos el diagnosticado con VIH desconoce quién lo infectó, no aporta en la entrevista suficientes contactos para seguir la cadena epidemiológica, e impedir que continúe la transmisión, por lo que esas personas

pueden permanecer años sin conocer su diagnóstico, a menos que manifiesten síntomas de la enfermedad (Tabla No.4).

Los grupos de pesquisa más frecuentes por los cuales se diagnosticaron las personas que iniciaron con Sida son: ingreso 3 (30%), y captados 3 (30%), los otros corresponden a contactos 2 (20%) y las ITS 2 (20%). También coincidimos con otro trabajo realizado en La Habana (9). Al analizar los grupos de pesquisa por donde fueron diagnosticados estos pacientes, se observa que el mayor por ciento correspondió a aquellos que estaban ingresados en un hospital, lo que reafirma el fallo del sistema de atención primaria para captar tempranamente estos casos. A pesar del acceso a los medios diagnósticos del VIH en todo el nivel de atención de salud y de la educación preventiva a la población, se han incrementado las personas que asisten al médico, que presentan sintomatología clínica de Sida. En la revisión cuidadosa de las historias epidemiológicas de estos casos es frecuente que hayan asistido meses, o años atrás, a diferentes centros de atención médica con síntomas que nadie sospechó como Sida y por ello no se le indicó el estudio de VIH. En la presente investigación se pudo determinar que el mayor por ciento de los pacientes no estaba dispensarizados por su consultorio médico, por lo que no se efectuaron los correspondientes estudios de control ni la educación preventiva (Tabla No.5).

Los principales problemas de salud que aquejaban las personas que debutaron en estadio avanzado de Sida, fueron la pérdida de peso y la fiebre, seguido del síndrome adénico, síntomas neurológicos, respiratorios, y las diarreas crónicas y manifestaciones en piel y mucosas. Estos síntomas corresponden con lo descrito ampliamente en la literatura (12).

Luego de este período, si no hubiera tratamiento, aparecerán las enfermedades marcadoras del Sida, que tienen una elevada mortalidad asociada, estas son: Neumonía por PCP, que suele ser la enfermedad más frecuente. Lesiones cerebrales por el parásito toxoplasma. Infecciones oportunistas producidas por hongos (13). Otros estudios reflejan que la enfermedad asociada con mayor frecuencia es la candidiasis oral y esofágica, por la inmunosupresión severa que presentan estos pacientes (14). Los resultados de la presente investigación muestran que la frecuencia con que se muestran las entidades que afectan a las personas que comenzaron con Sida coincide con la bibliografía revisada (Tabla No.6).

Las entidades de presentación de los debut clínicos, se aprecia como los linfomas constituyen el 40%, seguido de la criptococosis con el 30%, y del síndrome de desgaste 20% y con el 10%, la neurotoxoplasmosis. Son muchos autores que señalan a un grupo de entidades como causantes de ser los principales cuadros que hacen que estas personas diagnostiquen como debut clínico, dentro de ellas se encuentran las encontradas en nuestro estudio, que sin dudas son las que llevan a un deterioro del estado clínico de la persona que de no actuar enérgicamente y oportunamente con la vida de las personas, y aun así, a veces resultan ser fatales, incompatibles con la supervivencia de estas personas (Tabla No. 7).

De los 10 casos reportados como debut clínicos entre 1986 y el 2011, en el municipio de Morón, 3 fallecieron (30%), como consecuencias de entidades definitorias de Sida, y que provocaron su muerte. De ellos el 20%, fueron del sexo masculino, recordar que es el sexo más afectado, más vulnerable, y el 10%, corresponde al sexo femenino. En cuanto a los años de mayor incidencia de las defunciones, 2 ocurrieron en el 2005 (ambos del sexo masculino), y un caso femenino en el 2003. Un estudio realizado en La Habana en el 2007, reporta 422 casos de debut clínico estudiados, fallecieron 226 (53,5 %), donde se evidencia que las cifras se incrementaron a partir del año 1998 con la proporción más alta de defunciones en 2005 (9), coinciden con nuestros resultados en cuanto a los años, pero un índice de letalidad mayor que el nuestro. Es conocido que a partir de 2000, año en que comenzó la producción de medicamentos antirretrovirales en Cuba, que facilita al 100% de los pacientes enfermos de Sida los tratamientos, comenzó una disminución en las cifras de defunción. También, a nivel internacional, se ha comprobado que los tratamientos antirretrovirales han reducido la incidencia de enfermedades oportunistas y aumentado significativamente la calidad y la esperanza de vida de los personas con VIH (14) (Tabla No.8).

La supervivencia de los debut clínicos, del total de 10 debut, 3 fallecieron antes del año del diagnóstico (30%), quedan 7 vivos (70%), de ellos 6 se diagnosticaron hace menos de 1 año (60%), y hay otro caso que lleva entre 11 y 15 años (10%). Nuestros resultados superan al reflejado en un estudio realizado en nuestra capital en el 2007, que reportó un 38,4%. Del año 1986 al 1996 el mayor por ciento de los casos de inicio fallecían en menos de un año. A partir del 1997, a pesar de que aumenta el número de debut clínico, es menor el porcentaje de fallecidos en tan corto período, aunque es significativo que en el año 2005 murió el 50%, y en

el 2007 un 45,6% de los casos (9). Un estudio realizado en el Reino Unido e Irlanda demuestra que una tercera parte de los pacientes solo descubrieron que tenían el VIH cuando su conteo de linfocitos TCD4 estaba en un bajo nivel, lo que los hacía muy susceptibles a las infecciones, y como consecuencia, fallecían en poco tiempo (15). Cuando el seguimiento por el CMF no tiene la periodicidad correcta, ya sea por negación del paciente a su enfermedad, temor a que se conozca su afección, o al rechazo y discriminación en los centros asistenciales, y la realización de CD4 y CV, el paciente puede enfermar y morir en un breve lapso. A nivel de atención primaria subsisten dificultades en el trabajo de prevención del VIH, fundamentalmente en la vigilancia epidemiológica, en la que no es suficiente la pesquisa activa a los grupos vulnerables, por lo que el mayor por ciento de los debut clínicos son HSH, que son diagnosticados ingresados en un hospital con alguna enfermedad marcadora de Sida.

CONCLUSIONES

En el municipio de Morón existe una incidencia importante de debuts clínicos, se incrementaron los casos a partir del año 2000, con picos en el 2004, 2008, y 2011, se afectaron más los grupos etarios de 26-30 años, y el de más de 60. El área de salud con mayor número de casos fue la Sur y el consejo popular Sur, que lleva el peso dentro de esta área. Por sexo fue el masculino el más afectado, y dentro de ellos los HSH. Los grupos de pesquisa más frecuentes son los ingresos y captados. Los principales síntomas fueron la pérdida de peso y la fiebre. Los linfomas, seguido de la criptococosis, constituyeron las principales entidades. Los fallecimientos por dicha causa ocurrieron en el 2005, y en el 2003. Existe un predominio de la supervivencia. Se detectó problemas en el trabajo en la APS, respecto al Programa Nacional de Prevención de las ITS-VIH/Sida.

RECOMENDACIONES

Divulgar el resultado de este trabajo, y estimular a otros similares, así como hacerlo llegar a las autoridades competentes para trazar objetivos de trabajo, en base a solucionar problemas, como los aquí reflejados. No solo a la APS, sino a la atención secundaria donde también se detectan fallas en su mecanismo.

Realizar cursos de capacitación en la APS, para elevar el nivel de conocimientos y repercuta en un mejor manejo de la persona con VIH/Sida.

ABSTRACT

Objective: Characterize the new cases of late diagnoses in people with HIV/AIDS, and possible failure of prevention in the Health Primary Assistance, in Moron, from 1986 to 2011.

Method: A descriptive cross sectional study was carried out, the information was obtained from the national data base of VIH/AIDS cases in the Ministry of Public Health.

Results and Discussion: Between 54 of the new cases, 10 were late diagnoses, it represent the 18,5%, increasing the cases from the year 2000, with small amount in 2004, 2008 and 2011, affecting more the 26-30 age group (5,8%) and more than 60 years old (3,7%). The south health area was the one with more number of cases (60%), and the South Popular council (40%); the masculine sex was the most affected (80%) and within them, men who have sex with men 70%. The most important symptoms were loss of appetite and fever (90%). As main entities, lymphoma represent the 40%, following by the Cryptococcosis with 30%. 30% died, 20% of them in the year 2005, and 10% in the year 2003. There is a 70% of survival, the 60% less than 1 year (diagnosis of the last year), and 10%, between 11 and 15 years. **Conclusions:** Problems with the work of Health Primary Assistance were detected with regard to the functioning of the National Program of Prevention the Sexually Transmitted Infections-HIV/AIDS.

Key words: HIV, ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME, DELAYED DIAGNOSIS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Toledo J, Rodríguez P, Reyes M, Caraballoso M, Cruz A, Sánchez L. Fundamentos de la salud pública. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
2. Torres R, Lantero MA. Acerca del programa de prevención y control de la infección por el VIH/SIDA en Cuba. RESUMED. 2000; 13(2):76-9.
3. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) [DVD]. Microsoft Encarta®; 2007.
4. Control Diseases Center. Definition for AIDS among adolescents and adults. MMWK. 1993; 41(17):1-17.

5. Soria C. Debut de SIDA: evolución clínica y efecto sobre la replicación viral y conteo de linfocitos TCD4 entre 6 y 12 meses después de iniciada la terapia antirretroviral. Ciudad de La Habana: Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí"; 2007.
6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA. Cierre 2008. Registro Informatizado VIH/SIDA. La Habana: MINSAP; 2009.
7. Ochoa R, Sánchez J, Duque I, Hernández M. Manual para médicos de familia sobre ITS/VIH/SIDA. Intervención Educativa. La Habana: MINSAP; 2003.
8. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Informe de Balance Anual de ITS-VIH/SIDA. La Habana: MINSAP; 2007.
9. Bolaños Gutiérrez MR, Rojo Pérez N. Prevención y diagnóstico tardío de SIDA en Ciudad de La Habana, 1986-2007. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2009 [citado 26 Ene 2011]; 25(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252009000200003&script=sci_arttext
10. Sánchez J. Debut clínico e inmunológico de SIDA [tesis]. Ciudad de La Habana: Instituto "Pedro Kourí"; 2004.
11. Torales M, Cardoso A, Savio E. Histoplasmosis diseminada en pacientes VIH positivos. Trabajos y revisiones. XI Congreso Panamericano de Infectología. Córdoba; 2003
12. Sánchez J, Cancio I, Reymond V. Información básica sobre la atención integral a personas viviendo con VIH/SIDA. La Habana: Ediciones Lazo Adentro; 2006.
13. Arias Gómez M, Requena Caballero I, Lema Devesa C, Suárez Dono J, Llovo Martínez J, Martino V. Meningitis simultánea por Candida y tuberculosis como debut de SIDA. An Med Int (Madrid). 2008; 18(9): 479-80.
14. CDC/OPS/ONUSIDA. Pautas para la prevención de infecciones oportunistas en personas con VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. Washington: OPS; 2005.
15. Diagnóstico de VIH llega muy tarde [Internet]. 2005 [citado 26 May 2005] [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.impactaperu.org/pages/news.htm>

ANEXOS

Tabla: No.1. Incidencia de VIH/Sida en municipio de Morón, por grupos de edad desde 1986-2011.

Años	Grupos de edad													total										
	≥15		16-20		21-25		26-30		31-35		36-40		41-45		46-50		51-55		56-60		+60			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1986	-	-	-	-	1	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,8
1989	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,8
1992	-	-	1	1,8	2	3,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	5,5
1993	-	-	-	-	1	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,8
2000	-	-	-	-	-	-	1	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,8
2001	-	-	-	-	1	1,8	1	1,8	2	3,7	1	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	9,3
2002	-	-	-	-	1	1,8	-	-	1	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3,7
2003	-	-	1	1,8	1	1,8	-	-	-	-	1	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	5,5
2004	-	-	-	-	1	1,8	1	1,8	1	1,8	3	5,5	-	-	1	1,8	-	-	-	-	-	-	7	13
2005	-	-	1	1,8	1	1,8	1	1,8	1	1,8	-	-	1	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	5	9,3
2006	-	-	1	1,8	1	1,8	1	1,8	-	-	-	-	1	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	4	7,4
2007	-	-	-	-	1	1,8	2	3,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3,7
2008	-	-	-	-	2	3,7	1	1,8	-	-	1	1,8	1	1,8	1	1,8	1	1,8	-	-	-	-	6	11,2
2009	-	-	-	-	1	1,8	1	1,8	1	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	5,5
2010	-	-	-	-	-	-	-	-	3	5,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	5,5
2011	-	-	-	-	-	-	1	1,8	1	1,8	-	-	-	-	1	1,8	1	1,8	-	-	2	3,7	6	11,2
Total	-	-	4	7,4	14	26	10	18,5	10	18,5	6	11,2	4	7,4	3	5,5	1	1,8	-	-	2	3,7	54	100

Fuente: Base de datos nacional de casos VIH/Sida del Ministerio de Salud Pública, y de la consulta municipal que labora en el Policlínico Universitario Norte de Morón.

Tabla: No.2. Diagnósticos tardíos según grupo de edad por año de diagnóstico. n=54

Años	Grupos de edad																							
	≥15		16-20		21-25		26-30		31-35		36-40		41-45		46-50		51-55		56-60		+60		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2000	-	-	-	-	1	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,8	
2003	-	-	-	-	-	-	1	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,8	
2004	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,8	
2005	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,8	
2008	-	-	-	-	-	-	1	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,8	
2011	-	-	-	-	-	-	1	1,8	-	-	-	-	-	-	1	1,8	1	1,8	1	1,8	-	2	3,7	5 9,5
Total	-	-	-	-	1	1,8	3	5,8	-	-	1	1,8	1	1,8	-	1	1,8	1	1,8	-	2	3,7	10 18,5	

Tabla No.3. Distribución de los diagnósticos tardíos por consejos populares (CP) y área de salud(AS).

AS	Consejos populares	No.	%
Norte	Turiguanó	-	-
	Este	3	30
	Oeste	1	10
	Sub-total	4	40
Sur	Sur	4	40
	Patria	1	10
	Vaquerito	1	10
	Sub-total	6	60
Total		10	100

Tabla No.4. Orientación sexual de los diagnósticos tardíos.

Sexo	Orientación sexual						Total	
	Homosexual		Heterosexual		Bisexual			
	No.	%	No.	%	No.	%		
Masculino	7	70	1	10	-	-	8 80	
Femenino	-	-	2	20	-	-	2 20	
Total	7	70	3	30	-	-	10 100	

Tabla No.5. Grupos de pesquisa por los cuales diagnosticaron los diagnósticos tardíos.

Grupos de pesquisa	No.	%
Ingreso	3	30
Captado	3	30
Contacto	2	20
ITS	2	20
Total	10	100

Tabla No. 6. Principales síntomas que referían los diagnósticos tardíos al diagnóstico. n=10

Síntomas	No.	%
Pérdida de peso	9	90
Fiebre	9	90
Síndrome adénico	4	40
Diarreas crónicas	1	10
St neurológicos	3	30
St respiratorios	2	20
Manif. en piel y mucosas	1	10

Tabla No.7. Entidades de presentación de los debut clínicos.

Entidades	No.	%
Sd desgaste	2	20
Neurotoxoplasmosis	1	10
Criptococosis	3	30
Linfomas	4	40
Total	10	100

Tabla No.8. Fallecidos por debut clínicos por año de defunción y sexo.

n= 10

Fallecido por debut clínicos	masculinos		femeninos		total	
	No.	%	No.	%	No.	%
2003	-	-	1	-	1	10
2005	2	-	-	-	2	20
Total	2	20	1	10	3	30

Tabla No.9. Supervivencia

n=10

Supervivencia años	No.	%
Fallecidos	3	30
Vivos	7	70
-1 año	6	60
1-5	-	-
6-10	-	-
11-15	1	10
16-20	-	-
21-25	-	-