



IUCS, FACULTAD DE MEDICINA, FUNDACION H. A. BARCELO
ASOCIACION MÉDICA ARGENTINA
“CURSO INTERNACIONAL DE INVESTIGACION”
BUENOS AIRES, ARGENTINA - AÑO 2012

Integrantes: Ghezzi, María de los Angeles

Trabajo: Formas de Presentación del HIV/SIDA en Mujeres.
Evaluación de Primera Causa de Internación.

Lugar: Hospital Dr. Francisco Javier Muñiz. Sector Infectología.
Buenos Aires, 2012



RESUMEN:

- **Título:** Formas de Presentación del HIV/SIDA en Mujeres. Evaluación de Primera Causa de Internación.
- **Autor/Padrinos:** Ghezzi María de los Angeles.
- **Lugar/Fecha:** Hospital Muñiz, Sector Infectología. Buenos Aires,2012.
- **Objetivo:** Evaluar la forma de presentación del HIV/SIDA en la población femenina, según su primera causa de internación durante el año 2011.
- **Material y Método:** Se utilizaran historias clínicas de pacientes que han sido hospitalizadas durante el año 2011.
- **Resultados:** La edad media de presentación fue 37,79 años, La patología más frecuente fue la Enfermedad Pulmonar.
- **Conclusiones:** La presentación HIV/SIDA coincide con otros estudios. Se debe estudiar mas casuistica.
- **Palabras claves:** HIV/SIDA, Patología, Mujer, Internación, CD4+.

ABSTRACT:

- **Title:** Presentations of VIH / AIDS in women, according to the first cause of hospitalization
- **Author/Mentor:** Ghezzi M, Da Rosa Nazario G, Torelli L./Dr. Laube Gerardo.
- **Place/Date:** Muñiz Hospital, Infectology Departement, Buenos Aires 2012.
- **Objective:** Evaluate the presentation of VIH/AIDS in female, according first internation, during 2011.
- **Methodology:** They used medical records of patients who were hospitalized during 2011.
- **Results:** Mean age was 37,79 most frequent pathology was pulmorary disease.
- **Conclusions:** The VIH/AIDS presentation was consistent with other works. More studies must be done.
- **Key words:** HIV/SIDA, Patology, Women, Internation, CD4+.

INTRODUCCIÓN

Desde la descripción de los primeros casos a principios de la década de los ochenta, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se ha convertido en la primera pandemia del siglo XXI. A pesar de los avances terapéuticos, que han modificado el espectro de la enfermedad en los países más desarrollados hasta convertirla en una "infección crónica manejable", la epidemia sigue avanzando a nivel mundial. (5,9)

La epidemiología del HIV, destaca su prevalencia en África subsahariana, Asia, China, América Latina (Brasil, Argentina corresponden el 50%). Los casos en América Latina el SIDA se convirtió en la principal causa de muerte en la población comprendida entre 25 y 34 años. (10)

El HIV/SIDA es una enfermedad infectocontagiosa, producida por el HIV (human immunodeficiency virus) – aislado de sangre, semen, secreciones vaginales y leche materna (líquidos corporales de transmisión) que genera una disfunción de la inmunidad, la que predispone a padecer infecciones y enfermedades proliferativas malignas.

Pertenece a la familia retrovirus, subfamilia lentivirus. Partícula esférica, con un núcleo o core que contiene RNA genómico y enzimas (transcriptasa reversa), que cataliza copias de DNA a partir del RNA viral. Esta envuelta por una bicapa lipídica con glicoproteínas, gp20, la que interactúa con el CD4 del blanco, gp41 es la de transmembrana. La p18 más interna donde se cierra el core, y la p24. El core protege el RNA y la transcriptasa reversa. Sus genes principales son ENV, GAG y POL codifican las glicoproteínas. Además SOR, TAT, TRS regulan la expresión genética del virus. (7)

El HIV ingresa a la célula después de unirse al receptor CD4, mediante correceptores, forma la unión CD4-gp120, una vez en el interior celular se combina con el material genético nuclear, formando doble cadena de ADN; incorpora los genes del virus al de la misma para la síntesis de RNA viral y proteínas virales, en consecuencia se generan nuevas partículas virales para

infectar otras células. Siendo la replicación una de las causas de destrucción celular, así como la citotoxicidad mediada por anticuerpos y síntesis de citoquinas.

Todos los órganos linfoides y los sistemas macrofágicos son alcanzados por el HIV desde los primeros estadios de la infección. Por lo anteriormente expresado, estos los órganos son reservorios del virus. (6)

El curso clínico empieza con una infección primaria, con síndrome retroviral agudo, luego el periodo clínico de latencia y posteriormente la enfermedad clínicamente evidenciable debida a la inmunodeficiencia (SIDA).

Podemos dividir a la Enfermedad en tres periodos:

Fase aguda: puede ser asintomático o presentar un síndrome mononucleosico, luego de un período de incubación de 2 a 6 semanas después de la exposición, se caracteriza por fiebre, adenopatías generalizadas, enantema faucial y en ocasiones, un exantema morbiliforme transitorio, algunos con trombocitopenia. Niveles altos de carga viral, antigenemia p24 detectable y caída de linfocitos CD4. Este cuadro dura de 2 a 4 semanas.

Fase intermedia: por lo general dura varios años, el deterioro de la inmunidad es progresivo. Los pacientes suelen presentar pocos síntomas, adenomegalias periféricas palpables, trastornos neuropsiquiátrico mínimos. La latencia es clínica pero no virológica, aun cuando en esta fase haya pocas evidencias de enfermedad; y de importancia epidemiológica donde el enfermo no adopta las precauciones necesarias para evitar el contagio.

Fase final o de crisis: inmunodepresión grave que favorece la infección, y neoplasias asociadas. (1)Esta a su vez se divide en etapas:

- Etapa temprana –T CD4 de 400 a 500 células/mm, suele presentar adenomegalias generalizadas, manifestaciones cutáneas (dermatitis seborreica, foliculitis, molusco contagioso, sarna), leucoplasia oral vellosa, ulceraciones bucales y herpes.

- Etapa moderada- T CD4 de 200 a 400 células/mm. Clínica de enfermedad constitucional, diarrea recurrente, pérdida de peso, fiebre, artromialgias, fatiga crónica y manifestaciones cutáneas. Infecciones bacterianas recurrentes.
- Etapa Tardía – TCD4 de 50 a 200 células/mm, además de síntomas constitucionales, aparición de enfermedades oportunistas como neumonía (por pneumocists jiroveci), encefalitis (toxoplasma gondii), criptosporidiosis, tuberculosis diseminada, candidiasis esofágica y sarcoma de Kaposi. Anemia, leucopenia, con neutropenia y trombocitopenia.
- Fase avanzada: TCD4 es menor a 50 células/mm. Mayor riesgo de enfermedades oportunistas, rinitis por CMV, micobacterias atípicas, meningoencefalitis por Cryptococcus neoformans, leucoencefalopatía multifocal, histoplasmosis diseminada, compromiso neurológico y atrofia cerebral.

Con respecto al diagnóstico del HIV, este, se basa en las manifestaciones clínicas, epidemiología y pruebas de laboratorio- específicas e inespecíficas.

Estas son:

- 1- Determinación de anticuerpos específicos (ELISA, WESTERN BLOT, IFI),
- 2- Detección del antígenos viral p24,
- 3- Cultivo viral,
- 4- Detección de los ácidos nucleicos.

Tratamiento: La aparición anualmente en la práctica médica de 2 ó 3 nuevos agentes antivirales desde 1995 ha permitido avances sin precedente en el tratamiento del VIH. La terapia combinada ha demostrado ser la más efectiva para tratar el VIH. De todo el potencial de la terapia combinada con drogas disponibles se ha realizado solo un número limitado de posibles combinaciones incorporando nuevas drogas que han sido totalmente probadas. La terapia combinada puede aumentar la supresión viral, prevenir la resistencia a los

medicamentos, optimizar la exposición a la droga y simplificar la dosis, pero también puede resultar en un antagonismo farmacológico, concentraciones subterapéuticas de las drogas y toxicidad inesperada.

Los antivirales (2,3) se clasifican según su mecanismo de acción en:

1. Inhibidores de la reverso transcriptasa (IRT):

A. -Nucleósidos (IRTNs):

- -AZT (Retrovir, zidovudina)
- -ddl (Videx, didanosina)
- ddC (Hivid, zalcitabina)
- 3 TC (Epivir, lamivudina, GR109714X)
- d4T (Zerit, estavudina)
- Abacavir (Ziagen, 1592U89)

B. No nucleósidos (IRTNNs):

- Nevirapina (Viramune)
- Delavirdina (Rescriptor, U-90152T)
- Efavirenz (Sustiva)

2. Inhibidores de proteasas (IP):

- Saquinavir (Invirasa)
- Indinavir (Crixivan)
- Ritonavir (Norvir)
- Nelfinavir (Viracept)
- Amprenavir (Agenerase)

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se revisaron 415 fichas de consultorio de los pacientes atendidos en el Sector de Infectología del Hospital Dr. Francisco Javier Muñiz que corresponden al período Marzo-Diciembre del 2011.

El principal criterio de inclusión es el sexo femenino, diagnóstico previo de HIV, y haber sido internadas en dicho establecimiento.

De la casuística estudiada, un total de 211 fichas pudieron ser analizadas, por encontrarse, las mismas, completas para las variables en estudio. Las mismas fueron: la edad de las pacientes, motivo de consulta, motivo de internación, cantidad de CD4+, y número de internaciones. Estas variables se relacionaron entre sí de la siguiente manera: porcentaje de cada patología, valor de CD4+, y su relación con el motivo de consulta y el motivo de internación.

Se investigaron diferencias entre las distintas variables en la presentación, mediante las pruebas de Student.

Se consideran significativos aquellos valores de $p < 0.05$.

RESULTADOS.

De 221 casos de HIV/SIDA diagnosticados, en pacientes de sexo femenino, la edad media de presentación fue 37,79 años con una mediana de 38, y una moda de 38. Esto fue calculado mediante un examen descriptivo, con un índice de confiabilidad del 95%. Las patologías encontradas, fueron divididas en grandes grupos, de acuerdo al sistema afectado.

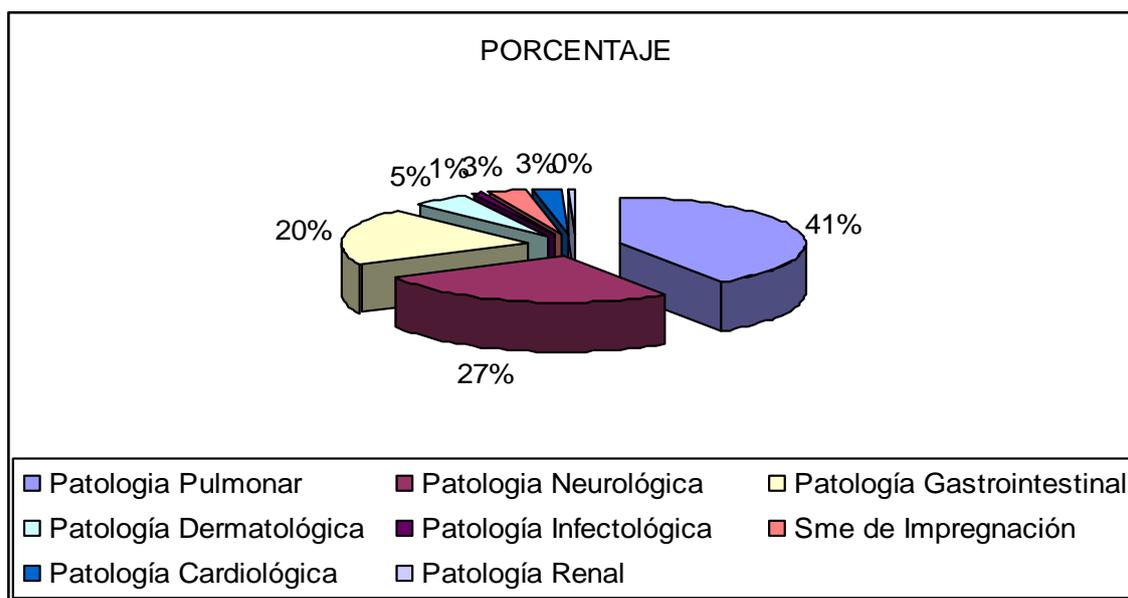
<u>Estadística Descriptiva para la Edad</u>	
<i>Columna1</i>	
Media	37,79888268
Error típico	0,786410051
Mediana	38
Moda	38
Desviación estándar	10,52144941
Varianza de la muestra	110,7008976
Curtosis	0,793054457
Coefficiente de asimetría	0,368527241
Rango	67
Mínimo	10
Máximo	77
Suma	6766
Cuenta	179
Nivel de confianza (95,0%)	1,551886534

Siguiendo el estudio de las variables propuestas, para este trabajo, se encontró que los Motivos de consulta más frecuentes según signos y síntomas fueron: Patología Pulmonar (40,72%), patología Neurológica (26,69%), Patología Gastrointestinal (19,90%), Dermatológica (4,98%), Síndrome de Impregnación (3,17%), Cardiovascular (2,71%), Infectológica (0,90%), Renal (0,45%). Para esto se utilizó la prueba de Student, con índice de confiabilidad del 95%.

Resultados Estadísticamente significativos ($p < 0.05$).

MOTIVO DE CONSULTA.

Clasificación	PORCENTAJE
Patología Pulmonar	40,72%
Patología Neurológica	26,69%
Patología Gastrointestinal	19,90%
Patología Dermatológica	4,98%
Patología Infectológica	0,90%
Sme. de Impregnación	3,17%
Patología Cardiológica	2,71%
Patología Renal	0,45%



En cuanto a los Motivos de Internación, se encontraron los siguientes valores: Patología Pulmonar (34,30%), Patología Neurológica (19%), Patología Gastrointestinal (13,57%), Patología Dermatológica (3,17%), Patología Infectológica (13,12%), Síndrome de impregnación (0,45%), Patología Cardiovascular (1,80%), Patología Renal (3,16%), Patología Hematológica

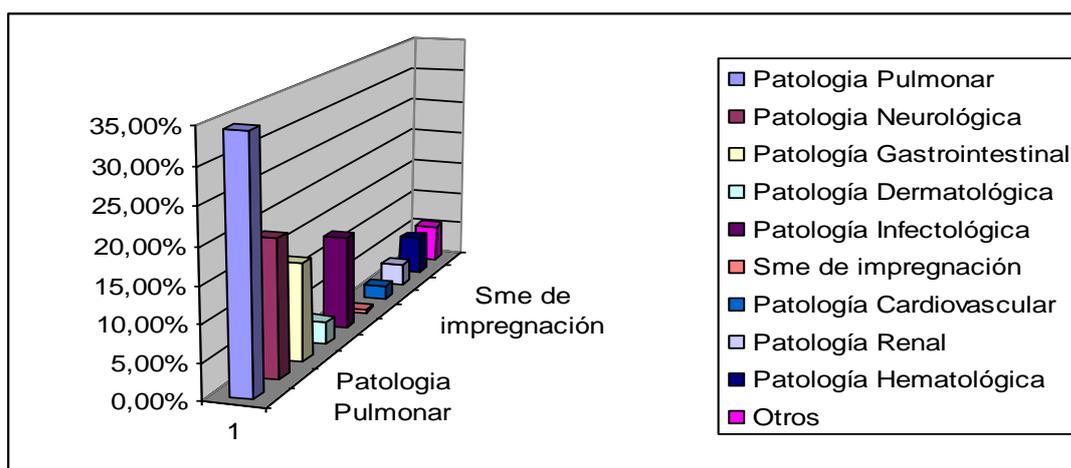
(5,43%), y Otros (5,43%). Para esto se utilizó la prueba de Student, con índice de confiabilidad del 95%.

Resultados Estadísticamente significativos ($p < 0.05$).

MOTIVO DE INTERNACION.

CLASIFICACIÓN	PORCENTAJE
Patología Pulmonar	34,30%
Patología Neurológica	19%
Patología Gastrointestinal	13,57%
Patología Dermatológica	3,17%
Patología Infectológica	13,12%
Sme de impregnación	0,45%
Patología Cardiovascular	1,80%
Patología Renal	3,16%
Patología Hematológica	5,43%
Otros	5,43%

Motivo de Internación



EVALUACIÓN DE NÚMERO DE INGRESOS HOSPITALARIOS



Se observó, que un 66,97%, de las pacientes, tuvo una sola internación, un 19%, se interno 2 veces, el 9,05%, lo hizo 3 veces, un 1,81% se interno 2 veces, mientras, que solo el 2,71%, llegaron a tener 5 internaciones.

RELACIÓN CD4+-PATOLOGÍA.

Relación CD4+Patología

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas desiguales

	<i>Variable 1</i>	<i>Variable 2</i>
Media	2,413636364	2,209090909
Varianza	2,170589456	2,211789124
Observaciones	220	220
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	438	
Estadístico t	1,449259738	
P(T<=t) una cola	0,073990318	
Valor crítico de t (una cola)	1,648339967	
P(T<=t) dos colas	0,147980637	
Valor crítico de t (dos colas)	1,965394793	

La relación CD4+ con respecto a la patología, fue estadísticamente significativa ($p < 0.05$) para este estudio, se utilizó el Test de Student, por el tipo de variable estudiada, con índice de confianza del 95 %.

RELACIÓN CD4+-EDAD.

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas desiguales

Relación Edad-Cantidad de CD4+

	<i>Variable 1</i>	<i>Variable 2</i>
Media	37,79888268	2,413636364
Varianza	110,7008976	2,170589456
Observaciones	179	220
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	184	
Estadístico t	44,64123951	
P(T<=t) una cola	5,8894E-101	
Valor crítico de t (una cola)	1,653177088	
P(T<=t) dos colas	1,1779E-100	
Valor crítico de t (dos colas)	1,9729405	

Para esto se utilizó la prueba de Student, con índice de confiabilidad del 95%.
Resultados Estadísticamente significativos ($p < 0.05$).

La relación CD4+ con el motivo de consulta, fue estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

DISCUSIÓN

- De los resultados obtenidos a partir de la casuística estudiada, observamos que la edad media de presentación es de 37 a 38 años. Sin embargo, encontramos en la literatura trabajos en los que la edad promedio fue entre 15 y 35 años.

- Los motivos de consulta más frecuentes según signos y síntomas fueron: Patología Pulmonar (40,72%), patología Neurológica (26,69%), Patología Gastrointestinal (19,90%), Dermatológica (4,98%), Síndrome de Impregnación (3,17%), Cardiovascular (2,71%), Infectológica (0,90%), Renal (0,45%). Estos datos han sido comparados, con trabajos similares, en población con diagnóstico de HIV. (4,5)

- Encontramos algunas diferencias con los resultados presentados por Medigraphic (11) (Características clínicas y evolución de pacientes con SIDA de Eduardo Ferat-Osorio, a Gilberto Guzmán-Valdivia Gómez) donde los resultados fueron los siguientes: las complicaciones gastrointestinales en los pacientes que desarrollan SIDA son frecuentes (30-70%). La afectación neurológica es muy frecuente en el curso de la infección por VIH, siendo entre un 10-20% de los casos la primera manifestación del SIDA.

- Encontramos en el trabajo, de los Doctores Claudia Patricia Valencia, y Gladys Eugenia Canaval, (8) titulado como: "Signos y síntomas en personas que viven con el virus del sida en Cali, Colombia", donde se informaron que las cinco consultas más frecuentes según signos y síntomas más importantes son: síntomas respiratorios (51%), síntomas digestivos (41%), síndrome de impregnación (18%), síntomas dermatológicos (17%), y efectos secundarios a medicamentos (10%), con respecto a este trabajo encontramos una similitud, con respecto a nuestro trabajo, en cuanto que los síntomas del aparato respiratorio, son altamente prevalente en la población HIV+

CONCLUSIONES

- Edad media de presentación del HIV/SIDA en la muestra estudiada es de 37,79 años.
- La presentación fue, Patología Pulmonar (40,72%), patología Neurológica (26,69%), Patología Gastrointestinal (19,90%), Dermatológica (4,98%), Síndrome de Impregnación (3,17%), Cardiovascular (2,71%), Infectológica (0,90%), Renal (0,45%), Resultados Estadísticamente significativos ($p < 0.05$).
- La relación CD4+ con el motivo de consulta, fue estadísticamente significativa ($p < 0.05$).
- Para ser concluyente se requiere del análisis futuro de una mayor casuística, representativa del número de casos afectados por esta Enfermedad.

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco la valiosa colaboración recibida para la realización de este trabajo, al Dr. Gerardo Laube, también aprovechamos esta oportunidad para hacer extensos, en el Doctor nuestros agradecimientos, a todos los Integrantes del sector de archivos de historias clínicas del Hospital Muñiz. Y por último, a Guadalupe Morais por el asesoramiento para la realización del mismo.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Alvarez S., Canto C., Muñoz-Fernandez M. "A new possible mechanism of human immunodeficiency virus type 1 infection of neural cells" Neurobiol Dis. 2002 Dec; 11(3): 469-78.
2. Basualdo J. A.; "Microbiología biomédica"; Cecilia Coto, Ramon Alberto Torres – 2º edición, Buenos Aires: Atlante Argentina, 2006; Cap 5: (935-950)
3. GEMES (Grupo Español Multicéntrico para el Estudio de Seroconvertidores).El período de incubación del sida en España antes de la terapia antirretroviral de alta eficacia. Medicina Clínica (Barc) 2000;115:681-6.
4. Kinloch-de Loes S, de Sausure P, Saurat JH, Stalder H, Hirschel B, Perrin LH. "Symptomatic primary infection due to human immunodeficiency virus type 1: review of 31 cases." Clin Infect Dis 1993; 17:59-65
5. Lafeuillade A, Poggi C, Tamalet C, et al. 2Effects of combination of zidovudine, didanosine and lamivudine on primary human immunodeficiency virus type 1 infection". J Infect dissise 1997; 175:1051-5.
6. Merino Muñoz Dolores, Ricardo Creagh Cerquera e Ignacio Martín Suárez."Infección aguda por el HIV". Cap 9:129-136
7. Orozco-Topete R. Manifestaciones dermatológicas del paciente con SIDA. In: Ponce S, Rangel S, eds. SIDA Aspectos clínicos y terapéuticos. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000. p. 231-47.
8. Palmieri Omar J.; "Enfermedades infecciosas"; 1º edición, Buenos Aires, 2005. Cap 41. Pag 359-423
9. Quesadas F, Galván E, Cádiz A. "SIDA infección enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana". La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1987:163-71
10. Rosenberg ES, Altfeld M, Poon SH, et al. "Immune control of HIV-1 after early treatment of acute infection". Nature. 2000; 407:523-26.
11. Wortley PM, Chu SY, Díaz T, Ward JW, Doyle B, Davidson AJ, et al. HIV testing patterns: where, why, and when were persons with AIDS tested for HIV? AIDS 1995;9:487-92.