

Artículo Original / Original Article

Prevalencia de pacientes portadores de infección por VIH que debutan con enfermedades marcadoras de SIDA en el Hospital de Clínicas

Prevalence of patients with HIV infection who present with AIDS marker diseases at the Hospital de Clínicas

*Maisa Sofía Vallejos Zarza¹ 

Pedro Arnaldo Mercado Ortiz¹ 

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas. Hospital de Clínicas. San Lorenzo, Paraguay

RESUMEN

Introducción: El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es el causante del síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA), es un virus que se puede transmitir a través de sangre o semen desde una persona infectada a otra no infectada o de una madre a un hijo en el embarazo, parto o lactancia. La infección por VIH progresa de manera silenciosa por diversas fases: fase 1 (aguda), fase 2 (crónica o asintomática), fase 3 (SIDA). **Objetivo:** Determinar la prevalencia de pacientes portadores de infección por VIH que debutan con enfermedades marcadoras de SIDA en el Hospital de Clínicas en el periodo comprendido entre enero 2021 a junio del 2023. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, retrospectivo, con muestreo no probabilístico a conveniencia, en el cual se revisaron fichas clínicas de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de VIH internados en sala de clínica médica entre enero 2021 a junio del 2023. **Resultados:** Fueron incluidos un total de 35 pacientes, todos con diagnóstico reciente de infección por VIH, los cuales presentaron una media de edad de $44,8 \pm 11,09$ años y 21 (60%) eran de sexo masculino. En 26 (74,29%) pacientes se constató una enfermedad marcadora al momento del diagnóstico, que en 6 (17,14%) de los casos fue múltiple. **Discusión:** La prevalencia del debut de infección por VIH con enfermedades marcadoras de SIDA encontrada es mayor a la observada en otros estudios. Esto puede deberse a múltiples factores que influyen en el diagnóstico tardío de la enfermedad.

Palabras clave: VIH, Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida, Enfermedades oportunistas relacionadas al SIDA.

ABSTRACT

Introduction: The human immunodeficiency virus (HIV) is the cause of human immunodeficiency syndrome (AIDS). It is a virus that can be transmitted through blood or semen from an infected person to an uninfected person or from a mother to a child during pregnancy, childbirth or breastfeeding. HIV infection progresses silently through various phases: phase 1 (acute), phase 2 (chronic or asymptomatic), phase 3 (AIDS). **Objectives:** Determine the prevalence of patients with HIV infection who debut with AIDS marker diseases at the Hospital de Clínicas in the period between January 2021 and June 2023. **Methodology:** Cross-sectional descriptive observational study with non-probabilistic sampling at convenience, where clinical records of patients over 18 years of age with a diagnosis of HIV admitted to a medical clinic ward between January 2021 and June 2023 were reviewed. **Results:** A total of 35 patients were included, who had a mean age of 44.8 ± 11.09 years and 21 (60%) were male. In 26 (74.29%) patients, a marker disease was found at the time of diagnosis, which in 6 (17.14%) of the cases was multiple. **Discussion:** The prevalence of the debut of HIV infection with AIDS marker diseases found is higher than that observed in other studies. This may be due to multiple factors that influence the late diagnosis of the disease.

Keywords: HIV, Acquired immunodeficiency syndrome, Opportunistic diseases related to AIDS.

Autor correspondiente: Maisa Sofía Vallejos Zarza. Correo Correspondencia: mai20vallejos@gmail.com

Fecha de recibido: 06/11/2024

Fecha de aceptado: 22/11/2024

Conflictos de interés: Sin conflictos de interés

Financiación: El estudio contó con financiación propia.

Contribuciones de los autores: El autor ha contribuido con la redacción del artículo y ha dado su conformidad para su publicación.

Editor Responsable: Dra. Tania Samudio. PNCT. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción, Paraguay.

<https://orcid.org/0000-0003-3386-8028>

Revisor: Dra. Lilian Duarte. Servicio de Atención Integral. Instituto de Medicina Tropical. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción, Paraguay. <https://orcid.org/0009-0006-7066-2896>



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una [Licencia Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

INTRODUCCIÓN

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es el causante del síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA), es un virus que se puede transmitir a través de sangre o semen desde una persona infectada a otra no infectada o de una madre a un hijo en el embarazo, parto o lactancia. La infección por VIH progresa de manera silenciosa por diversas fases: fase 1 (aguda), fase 2 (crónica), fase 3 (SIDA)⁽¹⁾. El estadio de SIDA, se caracteriza por un conteo de linfocitos T CD4+ menor de 200 cél/μL y la presencia de alguna de las llamadas enfermedades marcadoras de sida (infecciones que son poco frecuentes en personas con un sistema inmunitario saludable; y también tienen mayor riesgo de padecer ciertos tipos de cáncer)⁽²⁾. Cuando estas manifestaciones clínicas se presentan como inicio de la infección en personas sin serologías positivas previamente, se clasifican como infecciones oportunistas asociadas al SIDA⁽³⁾.

La epidemia del SIDA sigue representando una de las crisis de salud más graves que se enfrenta a nivel mundial, desde sus inicios en la década del 80. Un control adecuado de la epidemia presupone de pruebas de detección rápidas, amplias y, sobre todo, accesibles para toda la población, sin discriminación alguna. Estas pruebas están especialmente indicadas para personas con alto riesgo de infección por VIH, incluidas aquellas con síntomas de infección aguda o crónica, personas con infecciones de transmisión sexual (ITS), mujeres embarazadas y personas pertenecientes a poblaciones vulnerables, como hombres que tienen una relación sexual con hombres con estado de infección desconocido, consumidores de drogas y trabajadores sexuales⁽⁴⁾.

El diagnóstico tardío de la infección por VIH incrementa la morbilidad asociada a esta patología, disminuye la tasa de respuesta favorable al tratamiento, además aumenta la tasa de transmisión y el costo de la asistencia sanitaria⁽⁵⁾.

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (HIV) se debe a retrovirus (HIV-1 y HIV-2) que causan la destrucción progresiva de las células que infectan, en este caso, los linfocitos CD4+ y comprometen la inmunidad celular, lo que a su vez aumenta el riesgo de ciertas infecciones y cánceres⁽⁶⁾.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) de los EE. UU. han desarrollado una lista de infecciones oportunistas que se consideran condiciones definitorias de SIDA, también denominadas enfermedades "marcadoras"⁽⁷⁻⁹⁾.

El diagnóstico de infección por VIH puede estar basado en la detección del virus o de sus antígenos en la persona infectada, o de los anticuerpos que una persona con infección genera frente al virus⁽⁴⁾.

Existen diferencias comparativas en cuanto a sensibilidad, especificidad y uso de las diferentes pruebas diagnósticas de la infección por el VIH⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

La estadificación de la infección por el VIH es útil en varias etapas del proceso de la enfermedad: en el diagnóstico inicial, en el ingreso de los pacientes a esquemas de tratamiento, así como en el seguimiento del curso de la enfermedad⁽¹²⁾.

En la clasificación del VIH de 1993, según los CDC, todas las categorías son excluyentes y el paciente debe clasificarse en la más avanzada posible⁽⁵⁾.

Esta clasificación consta de tres categorías clínicas:

- **Categoría A:** Infección primaria y estados asintomáticos con o sin linfadenopatía generalizada persistente (LGP).
- **Categoría B:** Pacientes que presentan o han presentado enfermedades relacionadas con VIH (no pertenecientes a la categoría A o C) cuyo manejo o tratamiento puedan verse complicados debido a la presencia de la infección por VIH. Ejemplos: Angiomatosis bacilar, Candidiasis orofaríngea (aftas). Candidiasis vulvovaginal: persistente, frecuente o con mala respuesta al tratamiento, Displasia

cervical (moderada o grave) /carcinoma cervical in situ, síntomas constitucionales, como fiebre (38,5 °C) o diarrea que dura >1 mes; Leucoplasia vellosa oral; Herpes zoster que involucra al menos dos episodios distintos o más de un dermatoma; Púrpura trombocitopénica idiopática; Listeriosis; Enfermedad inflamatoria pélvica, especialmente si se complica con un absceso tuboovárico; Neuropatía periférica.

- **Categoría C:** Pacientes que presenten o hayan presentado alguna de las complicaciones ya incluidas en la definición de SIDA y no existan otras causas de inmunodeficiencia que puedan explicarla. En esta categoría se encuentran: Candidiasis traqueal, bronquial, pulmonar o esofágica, Criptococosis extrapulmonar, Criptosporidiasis o Isosporidiasis con diarrea más de un mes, Infección por Citomegalovirus (CMV) en el niño de más de un mes de edad (en otra localización distinta a hígado, bazo o ganglios linfáticos), Retinitis por CMV, Encefalopatía por VIH, Herpes simple (HS) que causa una úlcera cutánea de más de un mes de evolución, bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier duración, que afecten a un paciente de más de un mes de edad, Histoplasmosis diseminada (HD), Sarcoma de Kaposi (SK), Linfoma de Burkitt o equivalente, Linfoma inmunoblástico o equivalente, Linfoma cerebral primario o equivalente, TB pulmonar, extrapulmonar o diseminada, Infección por *M. avium* intracelular o *M. kansasii* diseminada o extrapulmonar, Infección por otras microbacterias extrapulmonar o diseminada, Neumonía por *P. jirovecii* (PCP), Neumonía recurrente (más de 2 episodios/año), Leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP), Sepsis recurrente por *Salmonella* sp diferente a *S. typhi*, Toxoplasmosis cerebral, Síndrome de desgaste, Carcinoma de cuello uterino invasivo, Coccidiomicosis diseminada (en una localización diferente o además de la pulmonar o los ganglios linfáticos cervicales o hiliares)

Dentro de cada una de estas tres categorías clínicas se establecen otras tres categorías inmunológicas, dependiendo del conteo de linfocitos T CD4⁺/uL: **Categoría 1:** Recuento de linfocitos T CD4 mayor o igual a 500 cel/mm³ en número absoluto o mayor o igual al 29%; **Categoría 2:** Recuento de linfocitos T CD4 entre 200 y 499 cel/mm³ o entre 14 – 28%; **Categoría 3:** Recuento de linfocitos T CD4 menor de 200 cel/mm³ o menor del 14%.

En 2022 fallecieron 630 000 (de 480 000 a 880 000) personas por causas relacionadas con el VIH y 1,3 (de 1,0 a 1,7) millones contrajeron el virus. En 2020, alrededor de 680.000 personas murieron de enfermedades relacionadas con el sida en todo el mundo, frente a los 1,9 millones de 2004 y los 1,3 millones de 2010^(13,14).

En Paraguay la epidemia de VIH/SIDA se inició en el año 1985, con la detección de 2 casos en hombres que tenían sexo con hombres (HSH). De acuerdo a los datos el Programa Nacional de Control de VIH/SIDA/ ITS (PRONASIDA) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) de Paraguay, la tasa anual de nuevos diagnósticos de infección por VIH presenta una tendencia ascendente desde el 2000 al 2013⁽¹⁵⁻¹⁹⁾. Cabe destacar que muchos de los nuevos diagnósticos son a partir de enfermedades marcadoras de SIDA, con porcentajes que varían entre los diferentes países (desarrollados y en vías de desarrollo) entre 22% al 65%. Estos sujetos que serológicamente positivos de presentación tardía constituyen un verdadero desafío para el control de la propagación de la infección por VIH ya que progresan relativamente asintomáticos a SIDA sin recibir atención médica⁽²⁰⁻²³⁾.

Esta investigación tuvo como objetivo determinar la prevalencia de pacientes cuyo diagnóstico se lleva a cabo de manera tardía, con enfermedades marcadoras de SIDA.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, retrospectivo con un muestreo no probabilístico de conveniencia con una población enfocada de pacientes de ambos sexos, adultos, con diagnóstico confirmado de infección por VIH en el Hospital de Clínicas, y una población accesible de pacientes con diagnóstico confirmado de infección por VIH entre enero del 2021 a junio del 2023 en servicios de Clínica Médica.

Fueron incluidas fichas de pacientes mayores de 18 años de ambos sexos con diagnóstico de infección por VIH confirmada mediante pruebas serológicas de cuarta generación (método ELISA), internados en cátedras de clínica médica del Hospital de Clínicas en el periodo comprendido entre enero del 2021 a junio del 2023. Siendo excluidas aquellas fichas con datos incompletos

Para el reclutamiento de datos se realizó una revisión sistemática de fichas del archivo central del Hospital de Clínicas de pacientes con diagnóstico de infección por VIH, mediante datos proporcionados por el Departamento de Control de Infecciones del hospital, previa autorización por nota a dicho departamento y a la Dirección General Asistencial del hospital.

El tamaño de muestra fue determinado por conveniencia, fueron incluidos en el estudio todos aquellos pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

Para el análisis y gestión de datos se utilizaron planillas de cálculo de Microsoft Excel 2010, y para el análisis y elaboración de gráficos y tablas se utilizó el paquete estadístico EpiInfo 7.2. A las variables cualitativas se les calculó la frecuencia absoluta y relativa, y se expresaron en porcentajes. Los resultados se presentan en tablas y gráficos.

En cuanto a los asuntos éticos el trabajo ha sido realizado respetando la autonomía del paciente ya que todos los pacientes han acudido de manera voluntaria al centro asistencial. Se respetó el principio de no maleficencia, el principio de beneficencia, y el principio de justicia. El presente estudio fue realizado acorde a las leyes nacionales e internacionales vigentes.

RESULTADOS

Fueron incluidos un total de 35 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, los cuales presentaron una media de edad de $44,8 \pm 11,09$ años. De los pacientes incluidos, 21 (60%) eran de sexo masculino. En cuanto al estado civil, 27 (77,14%) eran solteros, y la minoría eran casados, en unión libre o divorciados. Respecto a la procedencia 32 (91,43%) eran del departamento central y el resto se encontraban distribuidos en diferentes departamentos del país; 14 (91,43%) residían en zona urbana, el resto en zona rural. Referente al nivel académico 16 (45,71%) tenían la primaria completa, 14 (40%) la educación secundaria completa y 5 (14,29%) universitaria completa; 11 sujetos (31,43%) se dedicaban al trabajo doméstico y/o eran amas de casa. Ver Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de pacientes portadores del VIH de reciente diagnóstico. Hospital de Clínicas. Año 2023. (n=35)

Sexo	Masculino 60% (21) Femenino 40% (14)
Edad	44,8±11,09 Soltero: 77,14% (27)
Estado civil	Casado: 2,86% (1) Divorciado: 5,71% (2) Unión Libre: 14,29% (5)
Escolaridad	Primaria: 45,71% (16) Secundaria: 28,57% (10) Universitaria: 25,71% (9) Caaguazú: 2,86% (1)
Procedencia	Central: 91,43% (32) Misiones: 2,86% (1) San Pedro: 2,86% (1)
Zona de residencia	Urbana: 91,43% (32) Rural: 8,57% (3) Abogado: 2,86% (1) Agente Inmobiliario: 2,86% (1) Albañil: 8,57% (3) Cocinero: 2,86% (1) Comerciante: 20% (7) Costurero: 2,86% (1) Desempleado: 8,57% (3)
Ocupación	Domestica: 31,43% (11) Estibador: 2,86% (1) Estudiante: 2,86% (1) Funcionario Público: 2,86% (1) Guardia: 2,86% (1) Mecánico: 2,86% (1) Odontólogo: 2,86% (1) Peluquero: 2,86% (1)

Todos los pacientes tuvieron diagnóstico por primera vez de infección por VIH mediante pruebas serológicas de cuarta generación; el motivo de consulta más frecuente fue la alteración del sensorio en 8 (26,86%) de los pacientes, cefalea en 6 (17,14%) de los pacientes, seguido por fiebre en 4 (11,43%), astenia, dificultad respiratoria y hemiparesia en 3 (8,57%) de los pacientes respectivamente, paraparesia y diarrea en 2 (5,71%) de los pacientes y por último convulsiones, diplopía, dolor precordial y epistaxis en 1 (2,88%) de los pacientes respectivamente. Ver Gráfico 1.

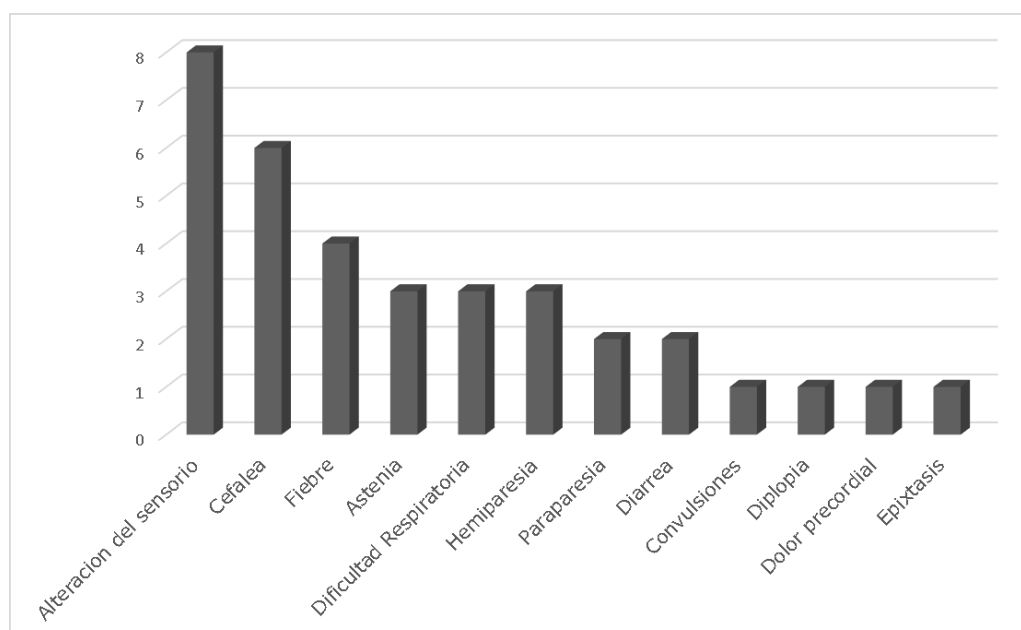


Gráfico 1. Motivos de consulta en pacientes portadores de infección por VIH (n=35).

En 26 (74,29%) de los pacientes se constató una enfermedad marcadora al momento del diagnóstico, que en 6 (17,14%) de los casos fue múltiple.

Las enfermedades marcadoras más frecuentes fueron en 14 (40%) de los pacientes toxoplasmosis cerebral, seguido por 5 (14,29%) síndrome de Wasting. La neumocistosis, criptococosis meníngea y la candidiasis esofágica en 3 (8,57%) de los sujetos, respectivamente; y, finalmente, en 1 (2,86%) se diagnosticó sarcoma de Kaposi, cáncer de cérvix uterino, encefalopatía por VIH y linfoma no Hodgkin respectivamente. Ver Gráfico 2.

De los pacientes estudiados, 4 (11,43%) fallecieron, siendo las causas de muerte en 3 (75%) de los casos el shock séptico a punto de partida pulmonar y 1 caso (25%) por enclavamiento encefálico.

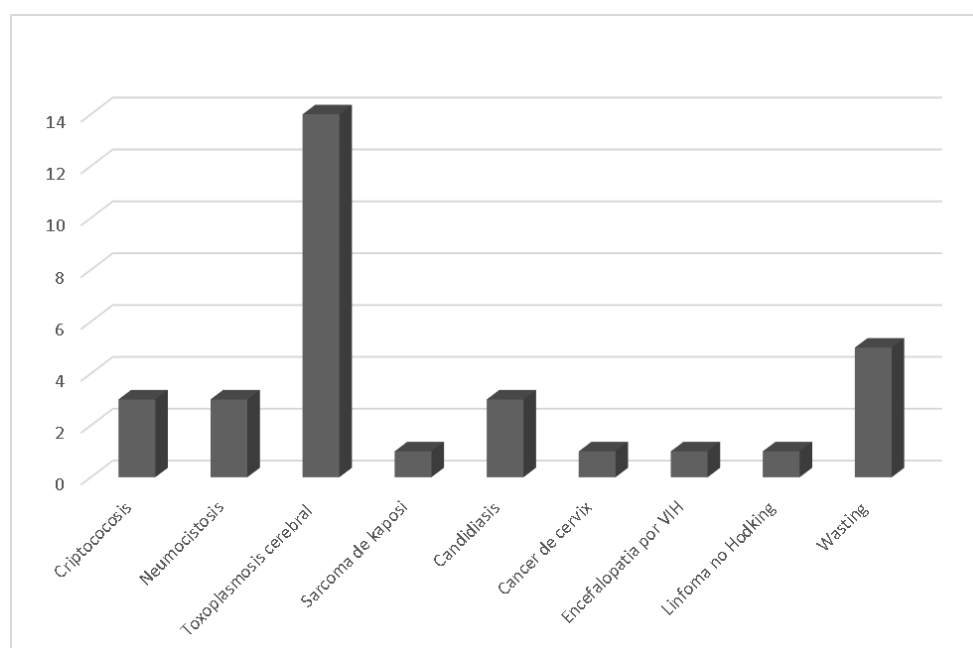


Gráfico 2. Enfermedades marcadoras en pacientes con diagnóstico de infección por VIH (n=26).

DISCUSIÓN

En este estudio se evidencia la prevalencia del diagnóstico tardío de la infección por VIH, esto es el debut con enfermedades marcadoras de SIDA. La prevalencia encontrada es bastante mayor a la observada en 2012 en un estudio realizado por R. Leguizamón en el Hospital Nacional de Itauguá, en el que la prevalencia de casos nuevos diagnosticados en estadio SIDA fue de 35% (16), frente a una prevalencia del 74,29% constatada en este estudio. Según el Ministerio de Salud, en su Programa Nacional de control del VIH/SIDA, la prevalencia de nuevos diagnósticos en estadio SIDA es menor en relación con este trabajo, según dicho informe la prevalencia fue de 31,43% en 2016, 29,96% en 2019, y muestra un descenso en 2020 a 18,9%⁽²⁴⁾.

Sin embargo, el resultado obtenido en este estudio es similar a un trabajo realizado en Bolivia en 2016, en el cual se constató un diagnóstico tardío del 65%. (25) Por otra parte, nuestro resultado difiere de un estudio realizado en Barcelona en 2020, en el cual solo 12,2% de pacientes presentaron una enfermedad definitoria de sida al momento del diagnóstico⁽²¹⁾. Estas diferencias sustanciales pueden deberse a las diferencias entre las poblaciones estudiadas en cuanto a varios aspectos como son el nivel de educación y, sobre todo, al mayor y mejor acceso a las pruebas de tamizaje del VIH en los países desarrollados.

La edad media fue de 44,8±11,09 años, lo cual es sustancialmente mayor a otros estudios, por ejemplo, en el trabajo realizado por R. Leguizamón en el Hospital Nacional de Itauguá en 2012, la edad media de los nuevos casos de PVVS fue de 31 años. En cuanto a la distribución por sexo, los resultados concuerdan con un trabajo realizado en Paraguay por Aguilar et al. en 2015, en los que se constata el predominio del sexo masculino⁽¹⁵⁾. Respecto a la procedencia el resultado obtenido es semejante a otros estudios, observándose una mayor prevalencia de casos en el departamento central, como puede verse en el informe de la situación epidemiológica del Paraguay del 2020. (24) No existen datos a nivel nacional para realizar una comparación respecto a la procedencia de zona urbana versus rural, pero en un estudio realizado en Florida en 2007-2011 por Trepka y cols., el diagnóstico tardío (definido como diagnóstico de SIDA dentro de los 3 meses posteriores al diagnóstico de VIH) fue más común en las zonas rurales que en las urbanas (35,8% frente a 27,4%) (26), lo cual difiere de este estudio, en el que 91,43% de los sujetos viven en zona urbana. Tales diferencias probablemente se deben primeramente al mayor acceso a las pruebas de detección en las zonas urbanas que en el medio rural, además de la diferencia socioeconómica y el nivel de instrucción entre dichas poblaciones, lo cual desemboca en una menor tasa de diagnósticos en zonas rurales. Todo esto se refleja en el resultado de este trabajo en el que se registra un mayor número de casos diagnosticados en el departamento central del país y en residentes de zona urbana. Cabe mencionar que la mayoría de los nuevos diagnósticos de VIH se dieron en personas solteras y de escolaridad primaria, sin embargo, no se cuentan con datos a nivel local para realizar una comparación de estos resultados. No obstante, en un estudio semejante realizado en Bolivia en 2016 por Quiroga y cols., 59% de los sujetos con diagnóstico tardío no tenía pareja estable y 44% tenía información incompleta o nula sobre el VIH/SIDA. (27) nuestro resultado concuerda además con un estudio realizado en China en 2019 por XiHu et al., en el cual los pacientes con presentación tardía se asociaron significativamente con el sexo masculino, edad avanzada, y educación primaria/sin educación⁽²³⁾. Probablemente, el predominio del sexo masculino en estadio tardío, se deba a la mayor detección de VIH en mujeres gracias a la existencia de programas que incluyen el screening de la enfermedad como parte del control prenatal.

La enfermedad marcadora predominante encontrada es la toxoplasmosis cerebral, seguida por el síndrome de desgaste; estos resultados son inversos a los obtenidos en

2012 por Leguizamón en la que la enfermedad predominante fueron la diarrea crónica, la fiebre persistente y la candidiasis esofágica, quedando en cuarto lugar la toxoplasmosis cerebral (16). En otro estudio realizado en Barcelona en 2020 por Muelas y cols., la enfermedad marcadora más frecuente fue la neumonía por *Neumocystis Jirovecii* (21). Por otro lado, constatamos que, de los sujetos estudiados, el 17,14% padecía más de una enfermedad marcadora, que difiere del resultado obtenido en 2012 por Leguizamón⁽¹⁶⁾, en el que el 52% padecía dos o más enfermedades marcadoras coexistentes.

El motivo de consulta más frecuente en los pacientes estudiados es la alteración del sensorio, seguido por la cefalea, que concuerda con el predominio de neurotoxoplasmosis como la infección más frecuente encontrada en este estudio. No se cuentan con estudios para comparar este resultado.

De los sujetos incluidos en este estudio, fallecieron 4 (11,43%) todos ellos portadores de enfermedades marcadoras, y la causa de muerte más frecuente fue el shock séptico a punto de partida pulmonar. Estos resultados son distintos a los obtenidos por Aguilar en 2015, en cuyo estudio 6,4% fallecieron a causa del VIH (15), sin embargo, en 2012 según el trabajo de Leguizamón, de los casos catalogados en estadio SIDA han fallecido 24%⁽¹⁶⁾.

Dentro de las limitaciones de este estudio cabe mencionar primeramente que, debido al diseño, no se pueden generalizar los resultados a la población general. En cuanto a la realización del trabajo se presentan limitaciones en diversos puntos como son: la existencia de un subregistro de casos nuevos captados, así como la falta de un sistema de registro y seguimiento óptimo de estos casos en la institución. La falta de un archivo centralizado limita el estudio a las pocas áreas de acceso más factible de las fichas clínicas, reduciendo así la potencia del estudio y la posibilidad de generar conocimientos en diferentes eslabones como ginecología, pediatría, etc. Por otra parte, en la recolección de datos se señala la falta de registro de la orientación sexual, la vía de contagio, el uso de drogas endovenosas o alcohol, etc., que se realizan de forma desigual en las diferentes unidades, lo que dificulta obtener datos fidedignos para el análisis y generación de conocimientos a partir de este. Finalmente, la falta de recursos de laboratorio y la demora en la obtención o la falta de registro de resultados de carga viral y el recuento de linfocitos TCD4+ realizados por el PRONASIDA (Programa Nacional de Control de SIDA e ITS) han dificultado la obtención de datos de mayor potencia para estadificación de los casos incluidos en este estudio.

CONCLUSIÓN

Esta investigación proporciona un panorama de la situación epidemiológica de la infección por VIH en nuestro centro. Este estudio proporciona datos a partir de los cuales se pueden instaurar mejoras institucionales para elevar la calidad del registro y seguimiento de estos pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS/OMS OP de la S. Definición de caso de la OMS de la infección por el VIH a efectos de vigilancia [Internet]. Organización Panamericana de salud [OPS]. 2009. 15–20 p. Available from: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/DEFINICION_ESTADIFICACION2.pdf
2. Da Silva Pinto Neto LF, De Barros Perini F, Aragón MG, Freitas MA, Miranda AE. Protocolo Brasileño para Infecciones de Transmisión Sexual 2020: Infección por VIH en adolescentes y adultos. Epidemiol e Serv Saude. 2021;30(Special issue 1):1–16.
3. Hernández Requejo D, Pérez Ávila J, Can Pérez A. Enfermedades oportunistas en pacientes VIH/sida con debut de sida que reciben tratamiento antirretroviral. Rev Cuba Investig Biomed. 2015;34(3):254–63.
4. Services USP, Force T. Evidence Synthesis Number 174 Screening for Elevated Blood Lead Levels in Children: A Systematic Review for the U. S. Preventive Services Task Force. 2015; (174).

5. Terrazas JJ. A 30 años de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Rev Alerg Mex* [Internet]. 2018;58(4):205–12. Available from: <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP21.pdf>
6. J. Lamotte. *Medisan* 2014;18(7): 993. *Medisan* [Internet]. 2014;18(7):993–1013. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v18n7/san15714.pdf>
7. Taboada DA, Insfrán I, Vicenti DC. Artículo original Enfermedades marcadoras más frecuentes y su relación cronológica con el diagnóstico (Dx) de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en un hospital de referencia More frequent marking diseases and chronological . 2006;3(1):15–20.
8. Fard SA, Khajeh A, Khosravi A, Mirshekar A, Masoumi S, Tabasi F, et al. Fulminant and diffuse cerebral toxoplasmosis as the first manifestation of hiv infection: A case presentation and review of the literature. *Am J Case Rep*. 2020;21: 1–6.
9. Low A, Gavrilidis G, Larke N, B-Lajoie MR, Drouin O, Stover J, et al. Incidence of Opportunistic Infections and the Impact of Antiretroviral Therapy among HIV-Infected Adults in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Infect Dis*. 2016;62(12):1595–603.
10. Eroglu S., Toprak S., Urgan O, MD, Ozge E. Onur, MD, Arzu Denizbasi, MD, Haldun Akoglu, MD, Cigdem Ozpolat, MD, Ebru Akoglu M. Protocolo integrado de VIH e ITS en Atención Primaria. *Saudi Med J*. 2012;33: 3–8.
11. Álvarez-Carrasco RI. Interpretación de las pruebas usadas para diagnosticar la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. *Acta Medica Peru*. 2018;34(4):309–16.
12. Parekh BS, Ou CY, Fonjongo PN, Kalou MB, Rottinghaus E, Puren A, et al. Diagnosis of human immunodeficiency virus infection. *Clin Microbiol Rev*. 2019;32(1):1–55.
13. ONUSIDA. Estadísticas mundiales sobre el VIH en 2021. Jt United Nations Program HIV/AIDS. 2021;2–9.
14. ONUSIDA. Estadísticas De América Latina Sobre El Vih. 2017;2030. Available from: <http://onusidalac.org/1/images/america-latina-datos-2017.pdf>
15. Aguilar G, Ríos-González CM, Samudio T, Kawabata A. Características epidemiológicas de la infección por VIH en Paraguay durante el año 2015. *Rev Chil Infectol*. 2017;34(4):415–6.
16. Leguizamón R, Bogado Vega ME. Epidemiología de VIH/SIDA en el Hospital Nacional de Itauguá. Paraguay Epidemiology of HIV/AIDS at the National Hospital Itauguá. Paraguay. 2012;1–11.
17. Samudio M, Vesga JF, Cohenca B, Jacobs M, Brezzo C. Estimate of the incidence of HIV in the adult population of Paraguay using the MoT mathematical model. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal*. 2015;37(3):154–61.
18. Aguilar G, Kawabata A, Samudio T, Rios-Gonzalez CM. Epidemiological behavior of HIV in Paraguay, 2017. *Rev salud pública del Paraguay*. 2018;8(2):9–14.
19. Social B. Informe Situación Epidemiológica del VIH. 2016.
20. Q.F. GINA CECIL JOHNSON HIDALGO, Mgs. 2020.
21. Muelas Fernandez M, Rojas Lievano JF, Perez Vidal R, Flor Perez A, Tapiz Reula A, Mallolas Masferrer J. Prevalencia de diagnóstico tardío en infección por VIH. *Med Clin (Barc)*. 2020 Nov 13;155(9):388–91.
22. Janocha-Litwin J, Zińczuk A, Serafińska S, Szymanek-Pasternak A, Simon K. Analysis of Deaths among HIV-Infected Patients Hospitalized in 2009–2018 in Main Centre of Infectious Disease in Region of Lower Silesia in Poland, Detailing Lesions in the Central Nervous System. *Med*. 2022;58(2).
23. Hu X, Liang B, Zhou C, Jiang J, Huang J, Ning C, et al. HIV late presentation and advanced HIV disease among patients with newly diagnosed HIV/AIDS in Southwestern China: A large-scale cross-sectional study. *AIDS Res Ther*. 2019;16(1):1–10.
24. Social B. Informe Situación Epidemiológica del VIH. 2020;
25. Trepka MJ, Fennie KP, Sheehan DM, Lutfi K, Maddox L, Lieb S. Late HIV diagnosis: Differences by rural/urban residence, Florida, 2007-2011. *AIDS Patient Care STDS*. 2014;28(4):188–97.
26. Quiroga Troche R, Leguizamón Castro A, Illanes D, Castro M. Factores que influyen en el retraso del diagnóstico del VIH. *Gac Médica Boliv* [Internet]. 2016;39(2):72–8. Available from: <http://www.scielo.org.bo/pdf/gmb/v39n2/v39n2a3.pdf>