

**Trabajo Original**

**Atención secundaria de pacientes con VIH/SIDA en el Hospital General Camilo Cienfuegos. Sancti Spíritus. 2008.**

**Secondary care of patients with HIV/AIDS at the Camilo Cienfuegos "General Hospital" Sancti Spíritus. 2008.**

**Dra. Marleni Machado Hernández<sup>1</sup>, Lic. Pedro Manuel Casas León<sup>2</sup>, Dr. David Luna González<sup>3</sup>**

1. Especialista de 1er grado en Medicina Interna. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor Asistente. Sancti Spíritus. Cuba.
2. Licenciado en Enfermería. Máster en Enfermedades Infecciosas.
3. Especialista de 1er grado en Inmunología Clínica. Director del Laboratorio Provincial de Inmunología de Sancti Spíritus. Profesor Asistente.

**RESUMEN**

Introducción: La epidemia del VIH/SIDA se incrementa en el mundo, causando más de 22 millones de decesos y 40 millones de portadores. Objetivo: Caracterizar la atención médica recibida por los pacientes con VIH/SIDA que ingresaron en el Hospital Provincial Camilo Cienfuegos de Sancti Spíritus. Material y Método: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo sobre la atención secundaria en los 37 pacientes con VIH/SIDA ingresados en el año 2008 en la sala de Miscelánea. Las variables fueron: atención médica, edad, sexo, interrelación médico paciente, diagnóstico, evolución clínica, infecciones oportunistas, esquema terapéutico utilizado, análisis complementarios, años de enfermedad, reingresos, conteo de linfocitos CD 4. Resultados: Predominaron los pacientes masculinos y el grupo de edad de 21-30. Las enfermedades más frecuentes fueron las neumonías bacterianas, las diarreas y la candidiasis bucofaríngea. Los estudios hemoquímicos y el conteo de CD4 contribuyeron al 100% del diagnóstico de los pacientes, no así los microbiológicos. El 51,35% de los pacientes habían reingresado en varias ocasiones y de estos el mayor número los de diagnóstico más reciente, dos años un 13,51% y menos de cuatro años 16,21%. El 45,94% de los pacientes tenían, conteos de CD4 bajos y muy bajos el 40,54%, y de estos los mayores porcentos eran los diagnosticados de menos de 6 años. El 64,86% no presentaban tratamiento antirretroviral previo. Los tratamientos recibidos fueron adecuados según la patología presentada. El 94,59 % de los pacientes evolucionaron satisfactoriamente. Fue satisfactoria la opinión de los pacientes de la atención recibida por el personal de salud de la sala de Miscelánea, no así por el de otros servicios. Conclusiones: Las neumonías bacterianas, diarreas y candidiasis bucofaríngea siguen siendo las oportunistas más frecuentes que motivan el ingreso de estos pacientes; el conteo de CD4 contribuye al diagnóstico de las mismas y sus valores bajos es motivo de sus frecuentes ingresos, así como el no haber tenido tratamiento antirretroviral. Los tratamientos adecuados favorecen la evolución. Existe insatisfacción en la atención a estos pacientes en algunos servicios del hospital.

**DeCS:** ATENCIÓN SECUNDARIA DE SALUD, BROTES DE ENFERMEDADES, SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.

**Palabras clave:** SIDA, Síndrome de Inmunodeficiencia humana, VIH, virus de inmunodeficiencia humana.

## ABSTRACT

**Introduction:** HIV / AIDS is an increasing worldwide epidemics, causing over 22 million deaths and 40 million carriers. **Objective:** To characterize the care received by patients with HIV / AIDS admitted at Camilo Cienfuegos Provincial Hospital of Sancti Spiritus. **Material and Methods:** A retrospective study was made on secondary care in the 37 patients with HIV / AIDS in 2008 admitted at the Miscellaneous Care Ward. The variables were: health care, age, sex, physician-patient relationship, diagnosis, clinical course, opportunistic infections, treatment regimen used, additional tests, years of disease, readmissions, CD 4 cell count. **Results:** There was a predominance of male patients and the age group of 21-30. The most common diseases were bacterial pneumonia, diarrhea and buccopharyngeal candidiasis. Hemochemicals studies and CD4 count contributed a 100% to patient diagnosis, but not the microbiological ones. 51,35% of patients were readmitted on several occasions and of these the largest number had the latest diagnosis, two years, (13,51%) and less than four years (16,21%). 45,94% and 40,54% of the patients had low and very low CD4 counts, respectively, and of these the highest percentages were diagnosed with less than 6 years. 64,86% had no prior antiretroviral therapy. Treatments received were suitable according to the disease developed. 94,59% of patients had successful outcomes. Patients opinion about the care received by the health staff of the Miscellaneous Care Ward was satisfactory, but not by the other services. **Conclusions:** Bacterial pneumonias, diarrhea and buccopharyngeal candidiasis are still the most common opportunistic diseases that cause the admission of these patients. CD4 count contributes to their diagnosis and their low values are caused by their frequent admissions, and the lack of a previous antiretroviral therapy. Adequate treatments favor the disease evolution. There was dissatisfaction with the care of these patients in some hospital services.

**MeSH:** SECONDARY HEALTH CARE, DISEASE OUTBREAKS, ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME.

**Keywords:** AIDS, acquired immunodeficiency syndrome, HIV, human immunodeficiency virus.

## INTRODUCCIÓN

La epidemia del VIH/SIDA mantiene un incremento alarmante a nivel mundial, según datos de la (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde su aparición hace 24 años, ha sido la causante de la muerte de más de 22 millones de personas en el mundo, actualmente existen más de 40 millones infectados. Anualmente esta cifra se incrementa siendo la principal causa de muerte en todo el mundo. Los países más pobres y con infraestructura de salud más deficiente son los que reportan los índices de infecciones y defunciones más elevados, por lo que la epidemia sigue constituyendo una amenaza para el desarrollo de la humanidad <sup>1,2</sup>.

La introducción de inhibidores de proteasa e inhibidores de la transcriptasa reversa no nucleótidos (NNRTI) al tratamiento antirretroviral en 1995, dio inicio a la era del tratamiento antirretroviral altamente activo (TARGA), resultando una dramática mejoría en la mortalidad y morbilidad de la enfermedad por VIH/SIDA, determinado por el descenso en la incidencia de infecciones oportunistas y tumores <sup>3,4</sup>, sin embargo, debido a los altos costos del tratamiento y a la falta de infraestructura en los sistemas de salud en países subdesarrollados, aún es imposible extender el uso del TARGA <sup>5</sup>.

Desde 1983 en Cuba, el gobierno revolucionario, ha estado al tanto del desarrollo y el conocimiento científico de la aparición y la evolución del virus transmisor del SIDA. En 1985 gracias al entrenamiento adquirido y a la vigilancia epidemiológica activa, se obtuvieron las primeras informaciones sobre la presencia de la enfermedad y la transmisión de la misma en el país. En 1986 se internaron los primeros casos en el Sanatorio del SIDA de Santiago de las Vegas donde vivían y se les brindaba toda la ayuda médica necesaria, posteriormente se implementó por todo el país una red de centros especializados para la atención integral a pacientes con VIH <sup>6</sup>.

En Cuba hasta el 2009 se han detectado 11208 seropositivos, 4528 han enfermado de SIDA, 1971 fallecidos, de ellos 1834 a causa del SIDA y 137 por otras causas, personas vivas con VIH/SIDA 9237, y más de 4200 personas reciben tratamiento antirretroviral.

En la provincia de Sancti Spíritus se acumulan 310 seropositivos (23 casos nuevos en el 2009), de ellos masculinos 240 para el 77,5% y femeninos 70 para el 22,5%. De los masculinos el 86,2% son hombres que hacen sexo con otros hombres (HSH) y 33 heterosexuales que representan el 13,7%. Los municipios que aportan más del 50% de los casos son: Cabaiguán, Sancti Spíritus y Fomento

Primeramente los pacientes eran tratados en el Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí" (IPK), pero con la nueva política del Ministerio de Salud Pública de descentralizar esta atención hacia el interior del país, el nivel de atención secundaria ha cobrado gran significación. En este nivel son atendidos los pacientes con patologías que por su gravedad o complejidad necesitan el ingreso, allí se someten a una serie de análisis complementarios y procedimientos para llegar a un diagnóstico correcto de sus enfermedades y ponerles el tratamiento requerido. Con la evolución de su enfermedad se hacen cada vez más frecuente sus ingresos y necesitan cada vez más del equipo de atención secundaria, por eso del esmero y dedicación que este colectivo pueda brindarles depende se prolongue su vida con la calidad requerida, de ahí que es importante caracterizar la atención médica recibida por los pacientes con VIH/SIDA que ingresaron en el Hospital Provincial Camilo Cienfuegos de Sancti Spíritus con vista a resolver esta polémica.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el período comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre del año 2008 en la sala de Miscelánea.

Población: 37 pacientes con VIH ingresados en la sala de Miscelánea.

Muestra: Coincide con la totalidad de la población en estudio.

Variables: Atención médica, edad, sexo, interrelación médico paciente, evolución clínica, infecciones oportunistas y cánceres detectados, esquema terapéutico utilizado, análisis complementarios indicados, años de enfermedad, reingresos, conteo de linfocitos CD4.

Criterios de inclusión: Pacientes con VIH ingresados en la sala de Miscelánea del Hospital General Camilo Cienfuegos de Sancti Spíritus en el 2008.

Criterios de exclusión: Pacientes con VIH ingresados en el Hospital General Camilo Cienfuegos de Sancti Spíritus pero no en la sala de Miscelánea en el 2008.

Recolección de datos, análisis y procesamiento estadístico: La base de datos se creó a partir de la revisión de las historias clínicas de los pacientes que se encontraban en el departamento de archivo del Hospital y por entrevistas que se realizaron a los pacientes. En el caso de los fallecidos se revisó los protocolos de necropsias del departamento de Anatomía Patológica.

## RESULTADOS

Predominaron los pacientes masculinos en un 75,67% y el grupo de edad de 21-30 con 40,54%(Tabla 1).

Las enfermedades más frecuentes fueron las neumonías bacterianas 35,13%, las diarreas 21,62% y la candidiasis bucofaringea 24,32%(Tabla 2).

Los estudios hemoquímicos y el conteo de CD4 contribuyeron al 100% del diagnóstico de los pacientes, no así los microbiológicos (Tabla 3).

El 51,35% de los pacientes habían reingresado en varias ocasiones y de estos, el mayor número los de diagnóstico más reciente, 2 años un 13,51% y menos de 4 años 16,21%(Tabla 4).

El 45,94% de los pacientes tenían, conteos de CD4 bajos y muy bajos el 40,54%, y de estos los mayores porcentos eran los de diagnóstico menor de 6 años. (Tabla 5)

El 64,86% de los pacientes no presentaban tratamiento antirretroviral previo. (Tabla 6)

Las cefalosporinas y los amino glucósidos fueron los antimicrobianos más utilizados. El cotrimoxazol fue usado en un 32,43%. Como antiparasitario, el metronidazol fue utilizado en un 21,62%. Los antimicóticos utilizados fueron la nistatina, el fluconazol y el miconazol. El tratamiento sintomático fue aplicado a todos los pacientes. (Tabla 7)

El 94,59 % de los pacientes evolucionaron satisfactoriamente. (Tabla 8)

Fue satisfactoria la opinión de los pacientes sobre la atención recibida por el personal de salud de la sala de Miscelánea 100%, no así por el personal de otros servicios el 13,51%. (Tabla 9)

## DISCUSIÓN

Varios estudios reflejan la mayor frecuencia de la enfermedad en el sexo masculino y dentro del mismo como principal grupo de riesgo los HSH (Hombres que hacen el sexo con otros hombres) <sup>8</sup>, aunque últimamente las formas de transmisión heterosexual han aumentado <sup>9</sup>, lo que a su vez ha aumentado el impacto del VIH en las mujeres y consecuentemente la transmisión materno infantil <sup>10,11</sup>. También coinciden las edades jóvenes, donde el individuo tiene una vida sexual más activa aunque algunos estudios evidencian que la edad de diagnóstico de la infección por VIH está aumentando en Cuba y en el mundo desde hace algunos años debido a la supervivencia prolongada de los sujetos infectados y al diagnóstico tardío lo que ha contribuido a un incremento de la incidencia en pacientes con edades avanzadas <sup>12</sup>.

Muchos estudios coinciden en que las neumonías bacterianas desempeñan un papel importante dentro de las complicaciones pulmonares en el paciente con VIH/SIDA. En un estudio realizado en 4 ciudades de los EE.UU., esta enfermedad fue la causa fundamental de ingresos, la neumonía bacteriana fue la enfermedad más frecuente diagnosticada. Resultados similares se encontraron en países como Sudáfrica y Nigeria, en los cuales la neumonía bacteriana desempeñó un papel importante dentro de las complicaciones pulmonares en el paciente con VIH/sida. En España se ha encontrado una mayor incidencia de neumonía bacteriana en estos pacientes con infiltrados pulmonares, así como un descenso en los índices de hallazgos de *Pneumocystis jiroveci* <sup>3</sup>. Actualmente la neumonía bacteriana suele aparecer antes que otras infecciones que definen SIDA ya que el número de CD4 no suele ser tan bajo, entre 300-400 cél/mm <sup>3</sup>.

Las diarreas son frecuentes en la infección por VIH, afectando a más de un 60% de estos pacientes. Inicialmente son debidas al Síndrome agudo por VIH, en etapas intermedias pueden ser debidas a Enteropatía por VIH y sobrecrecimiento bacteriano y en etapas tardías son producidas por (criptosporidium, microsporidium, Isospora belli, CMV; HS, adenovirus, Complejo Mycobacterium avium, Salmonella, Shigella y Campilobacter)<sup>13</sup>. La respuesta terapéutica es escasa, o inexistente para algunos patógenos, y por otra parte surgen resistencias a los tratamientos conocidos.

Las candidiasis orofaríngeas son las micosis más frecuentes en los pacientes con VIH, aunque comportan una alteración de la calidad de vida no entrañan por si mismas un aumento de la mortalidad. En la mayoría de los casos afectan las mucosas, siendo la candidiasis oral, esofágica y la vulvovaginitis las más frecuentes<sup>14</sup>.

El hecho de que los estudios microbiológicos no contribuyeran al diagnóstico de las enfermedades presentadas por los pacientes atenta con el buen diagnóstico de los casos ya que la mayoría de las enfermedades presentadas por estos pacientes son de etiología infecciosa y por tanto el aislamiento adecuado del germen causal es primordial para poder instaurar un tratamiento eficaz. El conteo linfocitos T, CD4 contribuyó a conocer el estado inmunitario de los mismos y tener una visión más clara de la etiología de las enfermedades, en dependencia de dicho valor así es la frecuencia con que aparecen determinados gérmenes. Muchos autores plantean que el recuento de linfocitos T CD4 es la prueba de laboratorio que se acepta como el mejor indicador de la competencia inmunitaria del paciente con infección por el VIH<sup>15</sup>.

En el momento del diagnóstico los pacientes tenían un grado avanzado de su enfermedad y un deficiente estado inmunológico por lo que su diagnóstico había sido tardío, hecho que está ocurriendo en los últimos años donde se han encontrado que muchos pacientes al ser diagnosticados presentan manifestaciones clínicas que lo clasifican como caso SIDA. Esto es reflejado en un trabajo realizado en el IPK en el año 2006 donde el debut clínico representó 4,2 % del total de pacientes diagnosticados<sup>12</sup>. Los pacientes que debutan con una enfermedad definitiva de SIDA, en una fase avanzada y con un sistema inmunológico deprimido, tienen índices de letalidad altos. Si se suma que comienzan el tratamiento antirretroviral tardíamente, el efecto es mayor. Se ha planteado que la falta de conocimiento sobre la situación VIH positiva de la persona es una barrera mucho más grande para el tratamiento que la falta de acceso a servicios de salud. Si a esto se adiciona que son pacientes de más de 35 años, con enfermedades crónicas de base, que han mantenido síntomas intensos y desgastantes por varios meses, y que al debut presentan varios eventos clínicos, la mortalidad se incrementa.

Existían 20 pacientes con CD4 bajos o muy bajos sin terapia antirretroviral previa la que les fue puesta en su ingreso. Esto es muy importante ya que una combinación de varias drogas antirretrovirales, ha sido muy efectiva en la reducción del número de partículas de VIH en el torrente sanguíneo. Impedir que el virus se replique puede ayudar al sistema inmunitario a recuperarse y mejorar los conteos de células T. La terapia antirretroviral no es una cura para el VIH pero ha sido enormemente efectiva durante los últimos 10 años. Hay buena evidencia de que si los niveles de VIH permanecen inhibidos y el conteo de CD4 permanece alto (por encima de 200), se puede prolongar y mejorar significativamente la vida de la persona.

Los tratamientos aplicados se basaron en: los síntomas y signos presentados ellos, así como los hallazgos encontrados en los exámenes hematológicos e imagenológicos. Hubo correspondencia entre los diagnósticos y los tratamientos aplicados, implementándose con las dosis y tiempo requerido.

La mayoría de los pacientes evolucionaron favorablemente y solo 2 fallecieron, uno por insuficiencia respiratoria aguda producto de una neumonía por neumocistis jeroveci y el otro paciente con una neurotoxoplasmosis lo que reflejó el estado precario de sus sistemas inmunológicos.

La adecuada atención del paciente por el personal de salud que lo atiende es importante para su recuperación, logrando evitar actitudes de rechazo y discriminación. Es fundamental insistir en la obligatoriedad por parte del personal de salud de atender y apoyar a las personas infectadas. El enfermo se encuentra en una situación de fragilidad y sufrimiento tal que le corresponde, en primer lugar, que se le ayude a cuidar su salud y vida. No todas las personas infectadas por el VIH o enfermas de SIDA se contagian por su responsabilidad; pero incluso si ello fuera así, no existe ninguna justificación legítima para estigmatizarlas ni discriminarlas familiar, social o laboralmente. A los infectados por el VIH y a los pacientes de SIDA se les debe tanto respeto y asistencia como a cualquier otro enfermo, e incluso más, pues los enfermos con infección por VIH muchas veces viven solos su dolencia y caen rápidamente en la depresión. Los sentimientos de culpabilidad, rabia y ansiedad ante la incertidumbre y la discriminación los acompañan en el diario vivir, por lo que requieren, más que otros, de un particular apoyo <sup>16</sup>.

## **CONCLUSIONES**

Las neumonías bacterianas, las diarreas y la candidiasis bucofaríngea siguen siendo las oportunistas más frecuentes que motivan el ingreso de los pacientes con VIH; el conteo de CD4 contribuye al diagnóstico de las mismas y sus valores bajos motivo de sus frecuentes ingresos, así como el no haber tenido tratamiento antirretroviral. Los adecuados tratamientos favorecen la evolución. Existe insatisfacción en la atención recibida por los pacientes con VIH/sida en algunos servicios del hospital.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Globalhealthfact.org- Global Data on HIV/AIDS Disponible en: <http://www.globalhealthfacts.org/index.jsp>
  2. World AIDS Day: Cuba with the Lowest HIV-Aids Rate in the Caribbean. 2008. Disponible en <http://www.cubanow.net/pages/loader.php?sec=18&t=2&item=5931-30k>
  3. Burgos Aragüez Dailé, Berdasquera Corcho Denis, Pomier Suárez Olga, Roig Álvarez Tania, Sarria Castro Madelaine. Alteraciones pulmonares en el paciente VIH/SIDA: aspectos clínico-diagnósticos y de respuesta terapéutica. Rev Cubana Med Trop [revista en la Internet]. 2009 Abr [citado 2010 Jul 30]; 61(1): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0375-07602009000100005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602009000100005&lng=es).
  4. Carpio E, López V, Fardales V, Benítez I. Oral manifestations of HIV infection in adult patients from the province of Sancti Spiritus, Cuba. J Oral Pathol Med (2009) 38: 126–131.
  5. ACCSI: Guía para el uso de medicamentos antirretrovirales, segunda edición, Venezuela, 2005.
  6. Pérez Ávila LJ. SIDA: Confesiones a un médico. Ediciones Lazo Adentro 2006: 5-6.
  7. Balance anual de ITS-VIH/Sida Provincia Sancti Spíritus. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Año 2009.
  8. Ochoa Soto R, Rojo Pérez N. Investigación sobre VIH en el contexto de la Salud Pública Cubana. Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/SIDA.2006:134-136.
  9. Downs A M, De Vincenzi I. For the Europe Study Group in Heterosexual Transmission of HIV. Probability of heterosexual transmission of HIV: relationship to number of unprotected sexual contacts. J Acquir Immune Defic Syndr. 2006; 11:388-95.
  10. Barreiro P, Del Romero J, Leal M, Hernando V, Asencio R, de Mendoza C et al. Natural Pregnancies in HIV-Serodiscordant Couples Receiving Successful Antiretroviral Therapy. J Acquir Immune Defic Syndr. 2006 Nov 1; 43(3):324-26.
  11. González Núñez I, Díaz Jidy M, Pérez Ávila J. La transmisión materno infantil del VIH/SIDA en Cuba. Rev Cubana Med Tropv.52n.3Ciudad de la Habanasep.-dic.2000
  12. Oropesa González L, Sánchez Valdez L, Berdasquera Corcho D Gala González A, Pérez Ávila JL, Lantero MI. Debut clínico de SIDA en Cuba Rev Cubana Med Tropv.59(2) Mayo-ago.2007
  13. Álvaro Sosa Acosta... [y otros]. Urgencias Médicas. Guía de primera atención. Enfermedad diarreica aguda infección gastrointestinal. Cap 5. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
  14. Quindós G. Nuevos aspectos diagnósticos y terapéuticos de la micosis sistémica. IX Reunión Científica de la Sociedad Valenciana de Microbiología Clínica, Vila-Real, 2001.
  15. Wood E, Hogg RS, Yip B, et al. The impact of adherence on CD4 cell count responses among HIV infected patients. J Acquir Immune Defic Syndr 2004, 35: 261-8.
  16. Amador Romero FJ, Mayor Rios JH, Tosar Alonso Z. Bioética y SIDA. El ser humano y su dignidad. Rev Cubana Salud Trabajo 2005; 6(2)
-

## ANEXOS

Tabla 1: Relación de pacientes con VIH/SIDA ingresados en el HGCCSS en el año 2008 según edad y sexo.

Grupo de edades	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
_ 20	0	0	2	5,40	2	5,40
21 - 30	4	10,8	11	29,72	15	40,54
31 - 40	4	10,81	8	21,62	12	32,43
41 - 50	1	2,70	6	16,21	7	18,91
+ 51	0	0	1	2,70	1	2,70
TOTAL	9	24,32	28	75,67	37	100

Fuente: HC y entrevista

Tabla 2: Enfermedades que presentaron los pacientes con VIH/SIDA ingresados en el HGCCSS 2008.

Enfermedades	Pacientes	%
Neumonía bacteriana	13	35,13
Candidiasis orofaríngea	9	24,32
Síndrome diarreico agudo	8	21,62
Reacción a los antirretrovirales	4	10,81
Síndrome de desgaste	3	8,10
Neumonía por neumocistys jeroveci	3	8,10
Varicela	2	5,40
Micosis	2	5,40
Herpes	2	5,40
Pancarditis	2	5,40
Furunculosis	1	2,70
Glomerulonefritis	1	2,70
Cardiopatçia hipertensiva	1	2,70
Anemia y trombositopenia	1	2,70
Cirrosis hepatica por virus C	1	2,70
Toxoplasmosis	1	2,70

Fuente: HC



Tabla 3: Complementarios indicados a los pacientes con VIH/SIDA ingresados en el HGCCSS 2008.

Complementarios	Tipos	Total	%
Hemoquímicos	Hb,eritro, glicemia, creatinina,colesterol, TG,TGO,TGP,BIL,FA Acido úrico,	37	100
Microbiológicos	Heces fecales	8 (-)	21,62
	Espustos	10(-)	27,02
	LCR	1(-)	2,70
	Urocultivos	4(-)	10,81
	Hemocultivos	2(-)	5,40
Imagenológicos	Rx de tórax	15(+)	40,54
	USD abdominal	4	10,81
	TAC de cráneo	0	0
Conteo de CD4		37	100

Fuente: Historias clínicas

Tabla 4: Pacientes con VIH/SIDA ingresados en el HGCCSS. 1ro de enero al 31 de diciembre del 2008. Según años de enfermedad y reingresos.

Años De Enfermedad	Reingresos				Total	
	Sí		No			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<2	5	13,51	4	10,81	9	24,32
3-4	6	16,21	0	0	6	16,21
5-6	2	5,40	5	13,51	7	18,91
7-8	4	10,81	1	2,70	5	13,51
9-10	1	2,70	4	10,81	5	13,51
11-12	0	0	2	5,40	2	5,40
>12	1	2,70	2	5,40	3	8,10
Total	19	51,35	18	48,64	37	100

Fuente: Historias clínicas

Tabla 5 Pacientes con VIH/SIDA ingresados en el HGCCSS. 1ro de enero al 31 de diciembre 2008. Según conteo de CD4 y años con la enfermedad.

Años de Enfermedad	Conteo de CD4						Total	
	Muy bajo		Bajo		Normal			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 2	5	13,51	4	10,81	0	0	9	24,32
3 - 4	2	5,40	3	8,10	1	2,70	6	16,21
5 - 6	3	8,10	4	10,81	-	-	7	18,91
7 - 8	2	5,40	1	2,70	2	5,40	5	13,51
9 -10	1	2,70	3	8,10	1	2,70	5	13,51
11 - 12	1	2,70	1	2,70	-	-	2	5,40
>12	1	2,70	1	2,70	1	2,70	3	8,10
Total	15	40,54	17	45,94	5	13,51	37	100

Fuente: Historias clínicas

Tabla 6: Pacientes con VIH/SIDA ingresados en el HGCCSS. 1ro de enero al 31 de diciembre 2008. Según conteo de CD4 y tratamiento antirretroviral.

Conteo de CD4	Tratamiento antirretroviral				Total	
	Sí		No			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muy bajo	6	16,21	8	21,6	14	37,83
Bajo	6	16,21	12	32,4	18	48,64
Normal	1	2,70	4	10,8	5	13,51
Total	13	35,13	24	64,86	37	100

Fuente: Historias clínicas y base de datos SIDATRAT.

Tabla 7: Tratamientos impuestos a los pacientes con VIH/SIDA ingresados en HGCCSS. 2008.

Tratamiento	Medicamentos	Pacientes	%
	Cefalosporinas y amino glucósidos	19	51,35
	Cotrimoxazol	12	32,43
Antiparasitarios	Metronidazol	8	21,62
Sintomático	Dipirona, broncodilatadores, AINE	37	100
Antimicóticos	Nistatina, fluconazol , miconazol, Ketoconazol	11	29,72

Fuente: HC y entrevista.

Tabla 8: Evolución de los pacientes con VIH/SIDA ingresados en el HGCCSS. 2008.

Evolución	Pacientes	%
Favorable	35	94,59
Desfavorable	2	5,40
Total	37	100

Fuente: Historias clínicas

Tabla 9: Satisfacción por la atención recibida de los pacientes con VIH/SIDA atendidos en el HGCCSS. 2008.

Satisfacción por la atención recibida	Personal del servicio de miscelánea	%	Personal de otros servicios	%
Satisfactoria	37	100	32	86,48
No satisfactoria	0	0	5	13,51

Fuente: Historias clínicas y entrevista.