

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
POLICLÍNICO DOCENTE UNIVERSITARIO "13 DE MARZO".  
BAYAMO-GRANMA**

**Comportamiento del VIH-Sida en el Policlínico "13 de marzo". 2000-2009.**

**Behavior of HIV-AIDS at 13 de Marzo policlinic. 2000-2009.**

*Natalia Hernández Fonseca<sup>I</sup>; Yacnira Martínez Bazán<sup>II</sup>; Roselvis Valerino Matarí<sup>III</sup>; Joaquín Guerra Pompa<sup>IV</sup>; Caridad Noguera Garcés<sup>V</sup>.*

**Resumen**

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal para determinar el comportamiento del VIH-SIDA en el policlínico 13 de Marzo en el municipio Bayazo, provincia Granma, en el período comprendido entre el 1ro de enero del 2000 al 31 de mayo del 2009. El universo de trabajo está constituido por 65020 personas que se realizaron la prueba del VIH y la muestra por 41 pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), es decir, que presentaron positividad en la prueba a los que se le aplicó un formulario para conocer variables como el año en que se diagnosticó, sexo, edad, ocupación, vía de transmisión, conducta sexual y complicaciones. En el estudio se comprobó que el mayor número de casos son seropositivos, el año 2006 resultó ser el año en que se diagnosticaron el mayor número de seropositivos. Predominaron los pacientes del sexo masculino. El grupo de edad más afectado fue el de 20-35 años, seguido del grupo de 36 años o más, la mayoría de los pacientes presentaron vínculos laboral, la vía de transmisión fue por contacto sexual y los homosexuales fueron los más afectados, la candidiasis oral y las infecciones recurrentes de la piel fueron las complicaciones más frecuentes que presentaron estos pacientes.

Se aplicaron métodos de estadística descriptiva y con esta información se tabularon datos, utilizando valores absolutos y porcentajes. Se confeccionaron tablas y se analizaron y discutieron los resultados obtenidos llegando a conclusiones.

**Descriptores DeCS: VIH; SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA/epidemiología.**

**Abstract**

It was performed a descriptive, prospective and longitudinal research to determine the behavior of HIV-AIDS at 13 de Marzo Policlinic in Bayamo, during the period January 1rst, 2000 to May 31, 2009. The universe as made by 65020 persons who had developed the HIV test and the sample was made by 41 patients infested by the Human inmunodeficiency virus. They presented positivity in the test that was applied to them in order to know the variables like sex, age, occupation, way of tranmission,

sexual behavior and complications. In the research the greatest amount of cases were seropositives, in the year 2006 there were diagnosed the biggest amount of seropositives. Male patients prevailed. The most affected group of age was from 20-35 years followed by the group from 36 years and older. Most of the patients had jobs, the way of transmission was by sexual intercourse and homosexuals were mostly affected. Candidiasis and recurrent skin lesions were the most frequent complications.

Statistical methods were applied and through this information the data was gathered, using total values and percentages. Tables were made and the results were analyzed and discussed, reaching final conclusions.

**KEY WORDS: HIV; ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME/epidemiology**

## **Introducción**

El SIDA es un trastorno clínico grave y mortal, que se identificó como un síndrome definido e independiente en 1981. El síndrome representa la última etapa clínica de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que por lo común daña en forma progresiva el aparato inmunitario y otros órganos y sistemas, incluso el sistema nervioso central (SNC). <sup>(1)</sup>

Se le denominó cáncer de los Gay, porque los primeros casos conocidos estaban relacionados con personas con este tipo de orientación sexual y también se le llamó la enfermedad de las cuatro haches, por su concordancia con los heroinómanos, homosexuales, haitianos y hemofílicos. <sup>(2)</sup>

En el término de semanas a varios meses después de la infección por el virus, muchas personas presentan un cuadro agudo similar a la mononucleosis, de curso limitado, que dura una o dos semanas. Después de ese lapso, las personas infectadas pueden permanecer asintomáticas durante meses o años antes de que aparezcan otras manifestaciones clínicas, como infecciones oportunistas y síntomas generales y neurológicos. Por lo regular, la gravedad de las infecciones oportunistas posteriores relacionadas con la infección por VIH guarda correlación directa con el grado de disfunción del sistema inmunitario. El comienzo del cuadro clínico suele ser insidioso, con síntomas inespecíficos como linfadenopatía, anorexia, diarrea crónica, pérdida de peso, fiebre y fatiga. Sin embargo, dicha constelación de síntomas inespecíficos, en general, no basta para confirmar el diagnóstico de SIDA. Se denomina complejo relacionado con el SIDA o "infección por el VIH sintomática" a los signos y síntomas recién mencionados en una persona infectada por el virus. <sup>(3,4)</sup>

No se conoce con exactitud la proporción de personas infectadas por el VIH que al final presentarán SIDA. Los datos de estudio en cohortes de adultos infectados por el VIH realizados antes de que se contara con terapia antivírica específica indicaron que de 15 a 20 % presentaban SIDA (según la definición de 1987) en término de cinco años, aproximadamente 50% en término de 7 a 10 años, y cerca de 70% en término

de 15 años. La tasa de letalidad del SIDA es muy alta y casi todos los enfermos (80 a 90%) fallecen en un lapso de tres a cinco años después de corroborar el diagnóstico de la enfermedad. Sin embargo el empleo sistemático de antirretrovíricos y fármacos profilácticos para evitar la neumonía por *P. carini* y otras infecciones oportunistas puede prolongar varios años la supervivencia. <sup>(5)</sup>

Las manifestaciones clínicas del SIDA en los lactantes y en los niños de corta edad se entrecruzan con la falta de crecimiento, las inmunodeficiencias hereditarias y otros problemas de salud en los niños. <sup>(6)</sup>

Desde 1985 se cuenta en el comercio con métodos serológicos para detectar anticuerpos con el método del VIH, y la prueba de detección inicial más utilizada (enzimoinmunoensayo o ELISA) es muy sensible y específica. Sin embargo, si la prueba muestra reactividad, debe suplementarse con otra más específica como la de Western blot o inmunofluorescencia indirecta. La OMS ha propuesto implementar como método complementario adicional otra prueba de enzimoimmunoensayo distinta, la que se utilizó para la detección inicial. La falta de reactividad de una prueba suplementaria es un argumento en contra de la primera prueba de enzimoimmunoensayo reactiva; la reacción positiva la refuerza y, en caso de un resultado indeterminado con la Western blot, son necesarios nuevos estudios. <sup>(7)</sup>

Se han identificado dos tipos: tipo 1 (VIH-1) y tipo 2 (VIH-2). Desde los puntos de vistas serológicos y geográfico son relativamente diferentes, pero comparten algunas propiedades epidemiológicas. La patogenicidad del VIH-2 parece ser menor que la del VIH-1. <sup>(8)</sup>

Las infecciones por VIH-1 se encuentran distribuidas en todo el mundo, pero su mayor prevalencia está en el África subsahariana, las Américas, Europa occidental y la zona meridional y sudoriental de Asia; el VIH-2 se detecta fundamentalmente en África occidental, con algunos casos en los países occidentales y otros países africanos vinculados epidemiológicamente con África occidental. <sup>(9)</sup>

El síndrome fue notificado por primera vez en 1981, pero en los estados Unidos y en otras zonas del mundo (Haití, África y Europa) se produjeron casos aislados en el decenio de 1970; a comienzos de 1995 se habían notificado más de 500 000 casos de SIDA en los Estados Unidos. Si bien el mayor número de casos se ha registrado en dicho país, se han notificado casos de SIDA en casi todos los países del mundo y entre todas las razas, edades y clases sociales. <sup>(10)</sup>

A nivel mundial, la OMS calcula que en 2003 se habrían presentados unos cinco millones de casos de la enfermedad, más de la mitad de ellos en África subsahariana.

Los últimos datos publicados por ONUSIDA sobre la situación de la epidemia muestran que la prevalencia del VIH a nivel mundial está estabilizándose y que el número de nuevas infecciones está decayendo, no obstante, hay en el mundo más de 33 millones de personas con el virus. Cada día 6,800 personas se infectan y más de 5,700 mueren a causa del SIDA. La pandemia continúa ocasionando el retroceso en el camino hacia el logro del desarrollo humano y sigue siendo uno de los principales retos de nuestro tiempo. <sup>(13)</sup>

En Cuba, la cifra de los diagnosticados con el VIH desde 1986 (año en el que se detectó el primer caso) sobrepasa los 9000 y actualmente viven con el virus 7300 personas, número que mantiene un incremento anual. <sup>(13)</sup>

El contacto social o comunitario rutinario con una persona infectada por VIH no conlleva riesgo de transmisión, solamente es peligroso el contacto sexual y la exposición a la sangre o a los tejidos. Las vías de transmisión del virus son análogas a las del virus de la hepatitis B (VHB). Las pruebas epidemiológicas indican que el VIH puede transmitirse de una persona a otra por contacto sexual, por compartir agujas y jeringas contaminadas con el virus, y por la transfusión de sangre infectada o sus componentes. <sup>(14)</sup> Los concentrados de factor de coagulación elaborados de plasma no controlado constituyeron una fuente importante de infección en personas con hemofilia; la selección de los donantes, el tratamiento eficaz con calor y otros métodos para procesar los concentrados han eliminado prácticamente este riesgo desde 1985. Aunque a veces el virus se encuentra en la saliva, las lagrimas, la orina y las secreciones bronquiales, no se ha notificado la transmisión después del contacto con esas secreciones. Los agentes transmitidos sexualmente son con factores que pudieran contribuir a la Transmisión de la infección por VIH. No hay datos de laboratorio ni epidemiológicos que indiquen que se haya transmitido la infección por el VIH por picaduras de insectos. El riesgo de transmisión por las relaciones sexuales bucales no se puede cuantificar con facilidad, pero al parecer es pequeña. <sup>(15)</sup>

Parece que existe correlación carga viral plasmática y carga viral vaginal, pero no se ha podido demostrar la correlación entre carga viral vaginal y el Conteo de CD4. <sup>(16)</sup>

El lema elegido para la Campaña Mundial contra el SIDA este año es el Liderazgo. El concepto de liderazgo esta ligado a las habilidades o capacidades de generar en la personas un cambio en el pensamiento o en el comportamiento. El VIH/SIDA tiene implicaciones sociales, económicas, culturales, médicas, humanas y políticas que requieren de acciones de liderazgo. Liderazgo por parte de gobiernos, instituciones, organizaciones no gubernamentales del Sistema de Naciones Unidas; pero también liderazgo y unión y esfuerzos individuales de cada persona, de cada uno de nosotros, por que todos y todas estamos afectados por el SIDA. <sup>(17)</sup>

Aunque Cuba presenta uno de los índices menores de infección por SIDA de Latinoamérica, las estadísticas sobre el VIH/SIDA en nuestro país muestran que el 81% de los diagnosticados son hombres con predominio de homosexuales y el 19% mujeres. En la Habana se registra el 53,3% de los infectados del país, nuestra provincia expone una de las tasas inferiores pero el peligro asecha. <sup>(18)</sup> Necesaria se hace la labor de todos los voluntarios para ejercer la mejor de las medicinas, esa que más que curar, prevenga, por lo cual nos motivamos en la realización de esta investigación.

## **Método**

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal para determinar el comportamiento del VIH-SIDA en el policlínico 13 de Marzo en el municipio Bayazo, provincia Granma, en el período comprendido entre el 1ro de enero del 2000 al 31 de mayo del 2009. El universo del trabajo esta constituido por las 65020 personas que se realizaron la prueba del VIH y la muestra por 41 pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana, es decir, que presentaron positividad de la prueba.

Para dar cumplimiento a los objetivos se coordino con el Jefe del Programa de ITS y las enfermeras encuestadoras del policlínico para cuantificar las pruebas del VIH realizadas durante la etapa estudiada y su positividad, se solicitó la colaboración de los médicos de los diferentes consultorios previo adiestramiento aplicaron un formulario a las pacientes afectadas donde se recogieron variables como: año en que se diagnosticó la enfermedad, sexo, edad, vinculo laboral, vía de transmisión, conducta sexual e infecciones más frecuentes.

### **Criterio de inclusión:**

Todos los pacientes del universo cuyo estudio fue positivo y se encontraban en el área para su seguimiento adecuado.

### **Criterio de exclusión:**

Se excluyeron los pacientes que el resultado de la prueba fue negativo.

Los datos se obtuvieron del Registro de caso con VIH positivo del policlínico, de la revisión de las historias clínicas ambulatoria y de los formularios aplicados. Para la recolección del dato primario se confeccionó una planilla (anexo 1) en la cual se reflejaron los datos generales de los pacientes estudiados y las variables que le dieron salidos a los objetivos específicos. Los datos se procesaron por conteo simple, se aplicaron métodos de estadísticas descriptivas y con esta información se tabularon datos, utilizando valores absolutos y por centajes, con ayuda de la calculadora marca

CASIO y la computadora marca DEEL Pentium IV. Se llegaron a conclusiones y se hicieron recomendaciones.

## Resultados

En la tabla 1 se observa el comportamiento de VIH/SIDA en nuestro policlínico, desde que se diagnosticó el primer caso que fue en el año 2000 hasta el 31 de mayo del 2009 existe un total de 41 pacientes que presentaron la prueba del VIH positiva y de estos, el 68,3% corresponde a los ceros positivos, esto se debe al desarrollo alcanzado por nuestro sistema de salud, así como al nivel educacional de la población que ha concientizado la importancia que tiene realizarse esta prueba, semejantes resultados obtuvo la Dra. Cote en su estudio, <sup>(19)</sup>

En la tabla 2 se refleja la cantidad de casos que se fueron diagnosticando por años, como se puede ver el año 2006 aportó 7 casos, la mayor cantidad, esto se debe a que existió un alza en la pesquisa, esto nos obliga a pensar en la necesidad de asumir una conducta responsable y preventiva que abarque el comportamiento individual, familiar y social. Estos resultados coinciden con otras investigaciones pero en diferentes lugares. <sup>(20)</sup>

En cuanto a la relación que existe entre esta patología y el sexo, esta reflejado en la tabla 3 que el mayor por ciento (92,6% ) esta dado en sexo masculino, esto es debido a individuos que mantienen conductas y actitudes sexuales riesgosas, como tener más de una pareja sexual, creer que la relación de la pareja es inestable, lo que propicia su cambio frecuente, practicar el sexo de forma no segura (no usar preservativo) y utilizar hábitos sexuales riesgosos (oro-genital y genito-anal) sin protección. Coincidiendo con la literatura revisada donde las estadísticas sobre el VIH/SIDA en nuestro país muestran que el 81% de los diagnosticados son hombres y se experimenta un leve incremento en las féminas dado fundamentalmente por la presencia de hombres bisexuales que transmiten el virus a sus esposas o parejas y a los patrones de conducta social (machismo) que favorece estas relaciones para el sexo masculino sobre el femenino. <sup>(21)</sup>

En la tabla 4 se observa que el grupo etareo de mayor afectación en este país fue el de 20 a 35 años con 21 casos para un 51,2%, seguido por el grupo de más de 36 años con un 26,8%, coincidiendo con otros autores. <sup>(22)</sup> La llamada "Revolución Sexual" trajo consigo un cambio de las conductas sexuales. Las relaciones precoces obedecen a procesos biológicos dados por una maduración sexual más tempranas que hace 100

años atrás y en lo social, a los cambios en los estilos de vida motivados por el desarrollo, tanto de la urbanización como del turismo, mayor acceso al transporte, mayor aceptabilidad por parte de los adulto de estas relaciones y considerando que puede existir un periodo de latencia de hasta 15 años.

El 73.1% de los pacientes presentaron vínculo laboral, observándose en la tabla 5, esto nos demuestra lo grandiosa que es nuestra Revolución en donde estas personas no se marginan, sino que se crean estrategias para contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes con VIH. Estas acciones contribuyen a disminuir el estigma y la discriminación, lo que sigue siendo uno de los principales desafíos que afrontamos. Al comparar estos resultados con la literatura vemos que cada día surgen organizaciones internacionales con el fin de incorporar estas personas a la sociedad. <sup>(23)</sup>

En la tabla 6 se muestra que en el 100% de los casos el contagio ocurrió por vía sexual, esto se debe a que tenemos que seguir educando a la población en las ventajas que tiene el uso del preservativo en la prevención de las infecciones de transmisión sexual, así como enfatizar en la importancia de mantener una pareja estable, coincidiendo con otras investigaciones. <sup>(24,25)</sup>

En cuanto a la conducta sexual se expone en la tabla 7 que siguen siendo los homosexuales los que aportan el mayor número de casos con 25 pacientes para un 61%. La tendencia a la liberación sexual, que se manifiesta por un aumento en el número de parejas sexuales e inestabilidad en estas, parece ser un fenómeno universal a juzgar por los informes provenientes de otros países, en esto intervienen múltiples causas, y los hábitos sexuales, aunque se conoce que el sexo oro-genital y genito-anal sin protección, constituyen conductas sexuales de riesgo para la transmisión de las ITS/VIH/SIDA, agravado por el porcentaje relativamente elevado de los individuos del sexo masculino que lo practican. En este caso se evidencia la no percepción del riesgo. <sup>(26)</sup>

Las complicaciones quedaron reflejadas en la tabla 8, como es sabido el nivel inmunológico se encuentra disminuido en estos pacientes, las complicaciones más frecuentes en este estudio fueron la candidiasis oral con 26 casos, 13 casos de enfermedades recurrentes de la piel como son los herpes Zoster, seguido de las infecciones del aparato respiratorio alto con cuatro casos, incluyendo un paciente con tuberculosis, una embarazada y tres fallecidos.

## **Conclusiones**

Predominaron los pacientes seropositivos, siendo el año 2006 el que aportó un mayor número de casos. El grupo etáreo entre 20-35 años presentó un elevado número de pacientes. El sexo masculino resultó el más afectado, predominando la vinculación a la sociedad de los mismos, la vía de transmisión fue por contacto sexual con predominio de tipo homosexual, la candidiasis oral y las infecciones recurrentes de la piel fueron las complicaciones más frecuentes que presentaron estos pacientes.

## **Recomendaciones**

Continuar con la labor educativa en la población acerca de la importancia de realizarse la prueba del VIH, así como el uso del preservativo para proclamar el amor a la vida por encima del placer fugaz.

## **Referencias Bibliográficas**

1. Ziegler JL, Beckstad JA, Volberding PA. Non-Hodgkin's lymphoma in 90 homosexual men: relation to generalized lymphadenopathy and acquired immunodeficiency syndrome. *New Engl J Med*. 2005; 311(9): 565-70
2. Soler M, Sanjose S, Ribera JM, Dalmaso L, Casanova J. Epidemiology of AIDS associated malignances. *AIDS Rev* 2001; 5: 44-55.
3. Saag MS, Holodny M, Kuritzkes DR. HIV viral load markers in clinical practice: recommendations of and International IDS Society –USA Expert Panel. *Nat Med*. 2004; 2:625-9.
4. Miralles P, Rubio C, berenguer J, Ribera JM, Calvo F. Recomendaciones de GESIDA/PETHEMA sobre el diagnóstico y tratamiento de los linfomas en pacientes infectados por el VIH. *Med Clin (Barc)* 2002; 118(6): 225-36.
5. Goudert JJ, Cote TR, Virgo P, Scoppa SM, Kigma DW, Gail MH. Spectrum of AIDS- associated malignant disorders. *Lancet* 2003; 351: 1833-9.
6. Knowles DM, Chamulak GA, Subar M. Lymphoid neoplasia associated with the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). The New York University Medical Center experience with 105 patients (1981-1986). *Ann Intern Med* 2006; 108(5): 744-53.
7. Kaplan LD, Abrams DI, Feigal E. AIDS's associated non Hodgkin lymphoma in San Francisco. *JAMA* 2002; 261(5): 719-24.
8. International Collaboration on HIV and Cancer. Highly active antiretroviral therapy and incidence of cancer in human immunodeficiency virus-infected adult. *J Nati Cancer Inst* 2004; 92(22): 1823-30.
9. Gerard L, Galicier L, Boulanger E. Improved survival in HIV- related Hodgkins lymphoma since the introduction of highly active antiretroviral therapy. *AIDS* 2003; 17(1): 81-7.



10. Hoffmann C, Wolf E, Fatkenheuer G. Response to highly active antiretroviral therapy strongly predicts outcome in patients with AIDS-related lymphoma. *AIDS* 2003; 17(10): 1521-9.
11. Besson C, Goubear A, Gabarre J. Changes in AIDS-related lymphoma since the era of highly active antiretroviral therapy. *Blood* 2001; 98: 2339-44.
12. Herida M, Mary-Krause M. Incidence of non-AIDS-defining cancers before and during the highly active antiretroviral therapy era in a cohort of human immunodeficiency virus-infected patients. *J Clin Oncol* 2003; 21: 3447-53.
13. Mocroft A, Katiama C, Johnson AM, Pradier C, Antunes F. AIDS across Europe, 1994-1998: EuroSIDA study. *Lancet* 2000; 356: 291-6.
14. CASCADE Collaboration. Change in the uptake of antiretroviral therapy and survival in persons with known duration of HIV infection in Europe. *HIV Medicine* 2000; 1: 224-31.
15. Collaborative Group on AIDS Incubation and HIV survival including the CASCADE EU Concerted Action. Time from HIV-1 seroconversion to AIDS and death before widespread use of highly-active antiretroviral therapy: a collaborative re-analysis. *Lancet* 2000; 355: 1131-7.
16. Stebbing J, Gazzard B, Mandalia S. Antiretroviral treatment and immune parameters in the prevention of systemic AIDS-related non Hodgkins lymphoma. *J Clin Oncol* 2004; 22(11): 2177-83.
17. Cote TR, Biggar RJ, Rosenberg PS. Non-Hodgkins lymphoma among people with AIDS: incidence, presentation and public health burden. AIDS/Cancer Study Group. *Int J Cancer* 1997; 73: 645-50.
18. Jaffe ES, Harris NL, Stein H, Vardiman JW. World Health Organization classification of tumors. Pathology and genetics tumours of hematopoietic and lymphoid tissues. Lyon: IARC Press; 2005.
19. Simonelli C, Spina M, Cinelli R. Clinical features and outcome of primary effusion lymphoma in HIV-infected patients: a single-institution study. *J Clin Oncol* 2003; 21: 3948-54.
20. Lester D, Thompson LD, Fisher SI, Chu W, Nelson A. HIV-associated Hodgkin lymphoma: a clinicopathologic and immunophenotypic study of 45 cases. *Am J Clin Pathol* 2004; 121(5): 727-38.
21. Spina M, Vacher E, Nasti G. Human immunodeficiency virus associated Hodgkins disease. *Semin Oncol* 2005; 27(4):480-8.
22. Vaccher E, Tirelli U, Spina M, Talamini R, Errante D, Simnelli C. Age and serum lactate dehydrogenase level are independent prognostic factors in human immunodeficiency virus related non Hodgkins lymphoma: a single institute study of 96 patients. *J Clin Oncol* 2004; 14: 2217-23.
23. Re A, Casari S, Cattaneo C. Hodgkin disease developing in patients infected by human immunodeficiency virus-related non Hodgkin lymphoma. *Cancer* 2001; 92(11): 2739-45.

24. Levine AM. Acquired immunodeficiency syndrome-related lymphoma: clinical aspects. Semin Oncol 2000; 27(4): 442-53.

**Tabla 1. Comportamiento del VIH/SIDA en la Policlínica “13 de Marzo” 2000-2009.**

Comportamiento	No. de casos	%
VIH	28	68.3
SIDA	13	31.7
TOTAL	41	100

**Tabla 2. Pacientes diagnosticados por año del VIH/SIDA en la Policlínica “13 de Marzo” 2000-2009.**

Años	No. de Casos
2000	1
2001	5
2002	2
2003	5
2004	2
2005	3
2006	7
2007	5
2008	6
2009	5

**Tabla 3. Relación del HIV/SIDA con el sexo en la Policlínica “13 de Marzo” 2000- 2009.**

Sexo	No. de casos	%
Masculino	38	92.6

Femenino	3	7.4
TOTAL	41	100

**Tabla 4. Relación del HIV/SIDA con la edad en la Policlínica “13 de Marzo” 2000-2009.**

Edades	No. de casos	%
15-19 años	9	22
20-35 años	21	51.2
Más de 36 años	11	26.8
TOTAL	41	100

**Tabla 5. Relación del HIV/SIDA con el vínculo laboral en la Policlínica “13 de Marzo” 2000-2009.**

Vínculo Laboral	No. de casos	%
Con vínculo laboral	30	73.1
Sin vínculo laboral	11	26.9
TOTAL	41	100

**Tabla 6. Relación del HIV/SIDA con las vías de transmisión en la Policlínica “13 de Marzo” 2000-2009.**

Vías de Transmisión	No. de casos	%
Sexual	41	100
TOTAL	41	100

**Tabla 7. Relación del HIV/SIDA con la conducta sexual en la Policlínica “13 de Marzo” 2000-2009.**

Conducta Sexual	No. de casos	%
Homosexual	25	61
Bisexual	13	31.8

Heterosexual	3	7.2
TOTAL	41	100

**Tabla 8. Complicaciones más frecuentes del HIV/SIDA en la Policlínica “13 de Marzo” 2000-2009.**

Candidiasis Oral -----	26 casos
Infecciones Recurrentes de la Piel -----	17 casos
Infecciones del Aparato respiratorio Alto ----	13 casos
Embarazadas -----	1 casos
Fallecidos -----	3 casos

**Encuesta.**

Nombre:

Edad:

Sexo:

Vínculo Laboral:

Resultado de la prueba del VIH:

Año del diagnóstico:

Conducta sexual:

Vía de transmisión:

Complicaciones:

---

<sup>i</sup> Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de primer Grado en Ginecosbtetricia.

<sup>ii</sup> Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de primer Grado en Ginecosbtetricia.

<sup>iii</sup> Especialista en ITS-VIH-SIDA.

<sup>iv</sup> Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral.

<sup>v</sup> Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.