

Enfermedad avanzada del VIH en Cuba

Dra. Milena Duque Vizcaíno
(milenadv@ipk.sld.cu)



Dicotomias

- Portador sano- Enfermo
- Infección por VIH- Estadío SIDA
- Persona con VIH-Enfermedad Avanzada



El TARV cambio el impacto del VIH



**EL
CAMINO
QUE
PONE
FIN AL
SIDA**

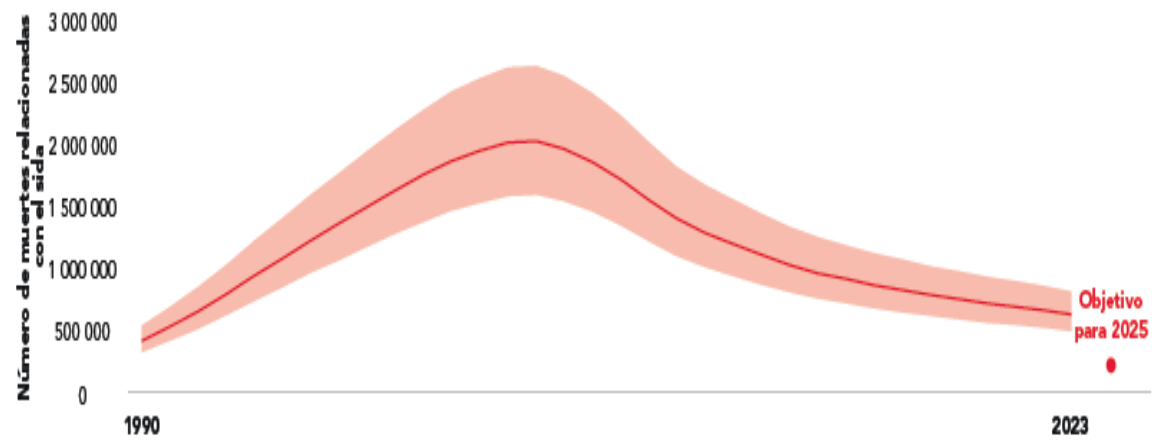




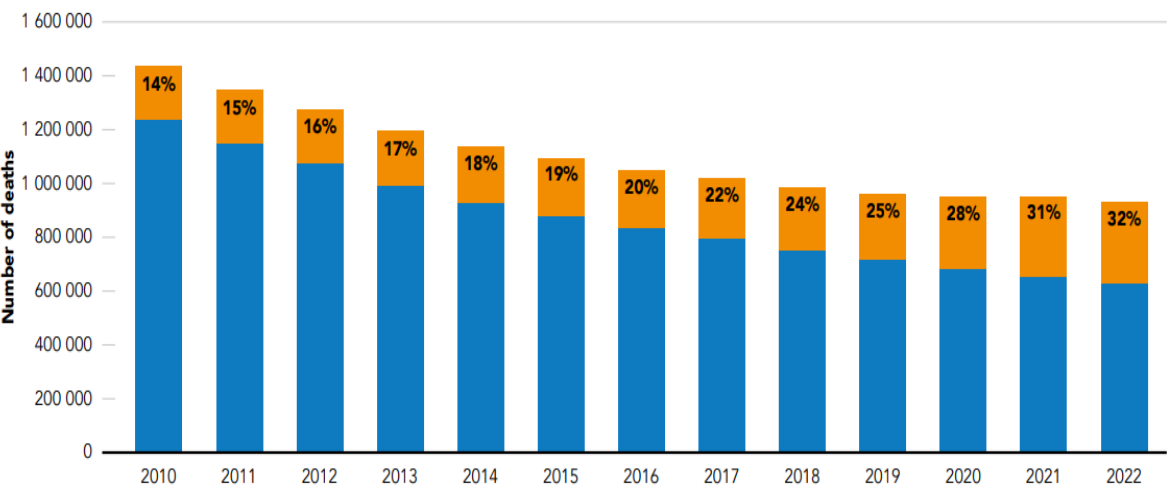
Se puede acabar con el sida para 2030, pero vamos con retraso



Número de muertes relacionadas con el sida y objetivo para 2025, mundial, 2010-2023

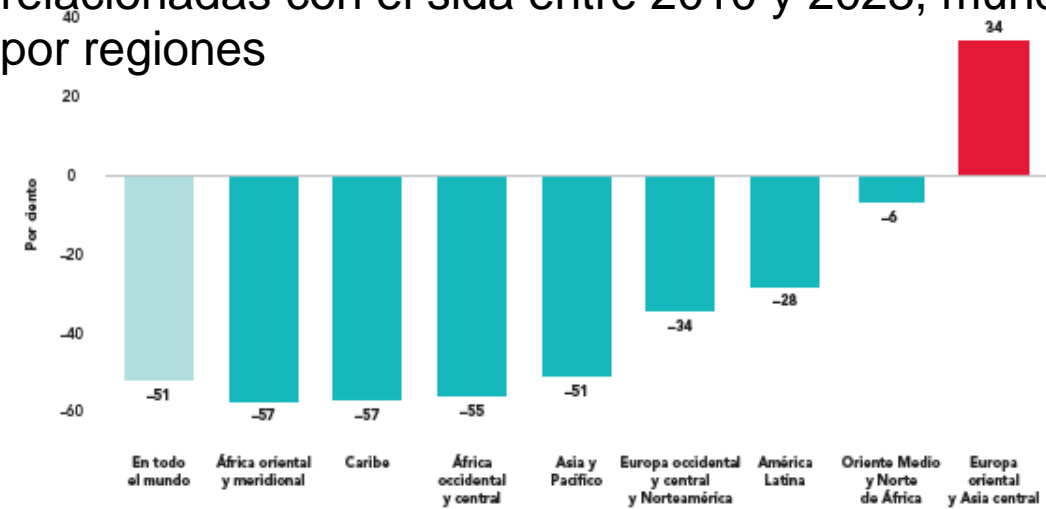


Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2024 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).



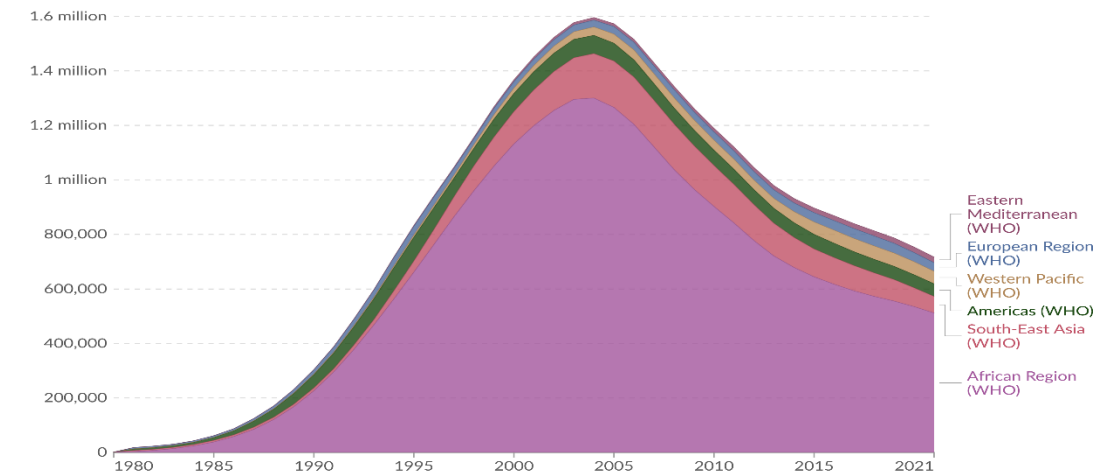
Muerte por VIH muerte no relacionada a VIH

Variación porcentual del número anual de muertes relacionadas con el sida entre 2010 y 2023, mundial y por regiones



HIV/AIDS deaths by world region

Estimated annual number of deaths from HIV/AIDS¹.



Data source: IHME, Global Burden of Disease (2024)

OurWorldinData.org/hiv-aids | CC BY

ONUSIDA, 2024 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Enfermedad avanzada del VIH





SOLUCIÓN??

COSTO??

CONSECUENCIAS??



SOLUCIÓN??

COSTO??

CONSECUENCIAS??



SOLUCIÓN??

COSTO??

CONSECUENCIAS??



Cuba, 2025

SOLUCIÓN??

COSTO??

CONSECUENCIAS??

Enfermedad avanzada por VIH

- cifras de linfocitos CD4 < 200 cel/mm³
- estadio clínico 3 o 4 de la OMS
- Todos los niños menores de 5 años

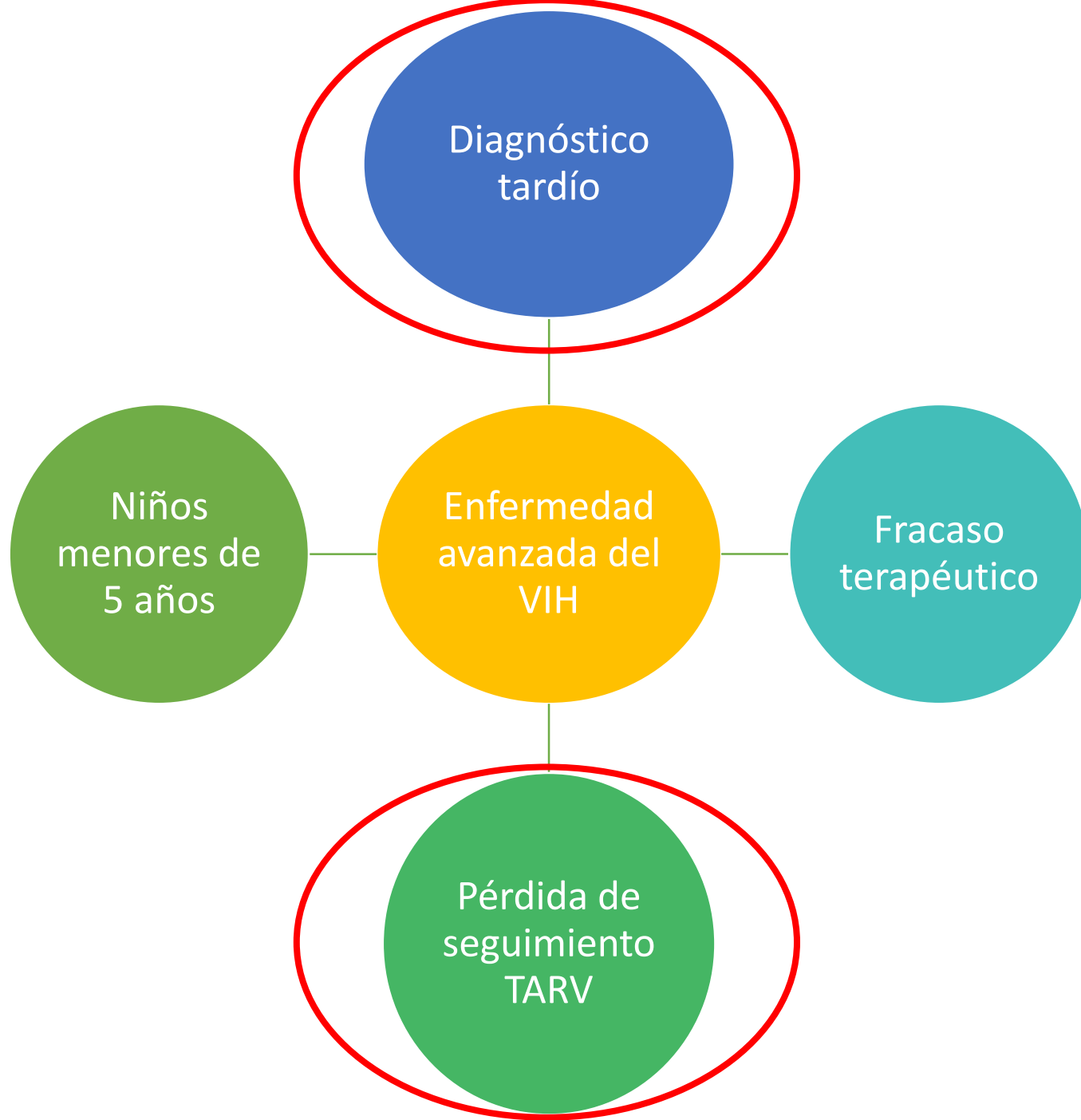
Tabla 1. Estadios clínicos por la infección del VIH.

Estadio clínico 1	Asintomático
Estadio clínico 2	Pérdida moderada de peso de causa desconocida (menos del 10% del peso corporal presumido o medido), infecciones recurrentes de las vías respiratorias (sinusitis, amigdalitis, faringitis, otitis media), herpes zoster, queilitis angular, úlceras orales recurrentes, erupciones pruriginosas papulares, dermatitis seborreica, infecciones fúngicas ungueales.
Estadio clínico 3	Pérdida grave de peso de causa desconocida (más del 10% del peso corporal presumido o medido), diarrea crónica de causa desconocida durante más de 1 mes, fiebre persistente de causa desconocida (intermitente o constante durante más de un mes), candidiasis oral persistente, leucoplasia oral vellosa, tuberculosis pulmonar, infecciones bacterianas graves (neumonía, meningitis, empiema, piomiositis, osteomielitis, artritis, bacteriemia, enfermedad pélvica inflamatoria grave).
Estadio clínico 4	Neumonía por <i>Pneumocystis</i> , neumonía bacteriana grave recurrente, infección crónica por herpes simple (orolabial, genital o anorrectal durante más de 1 mes, o visceral de cualquier duración), candidiasis esofágica (o candidiasis de la tráquea, los bronquios o los pulmones), tuberculosis extrapulmonar, Sarcoma de Kaposi, infección por <i>citomegalovirus</i> (retinitis o infección de otros órganos, no incluye ganglios, hígado o bazo), toxoplasmosis del sistema nervioso central, encefalopatía por VIH.

Diagnóstico tardío: Paciente que al diagnóstico como caso de VIH presentan

- cifras de linfocitos CD4 < 350 cel/mm³
- enfermedades oportunistas definitorias de sida





**Organización
Panamericana
de la Salud**



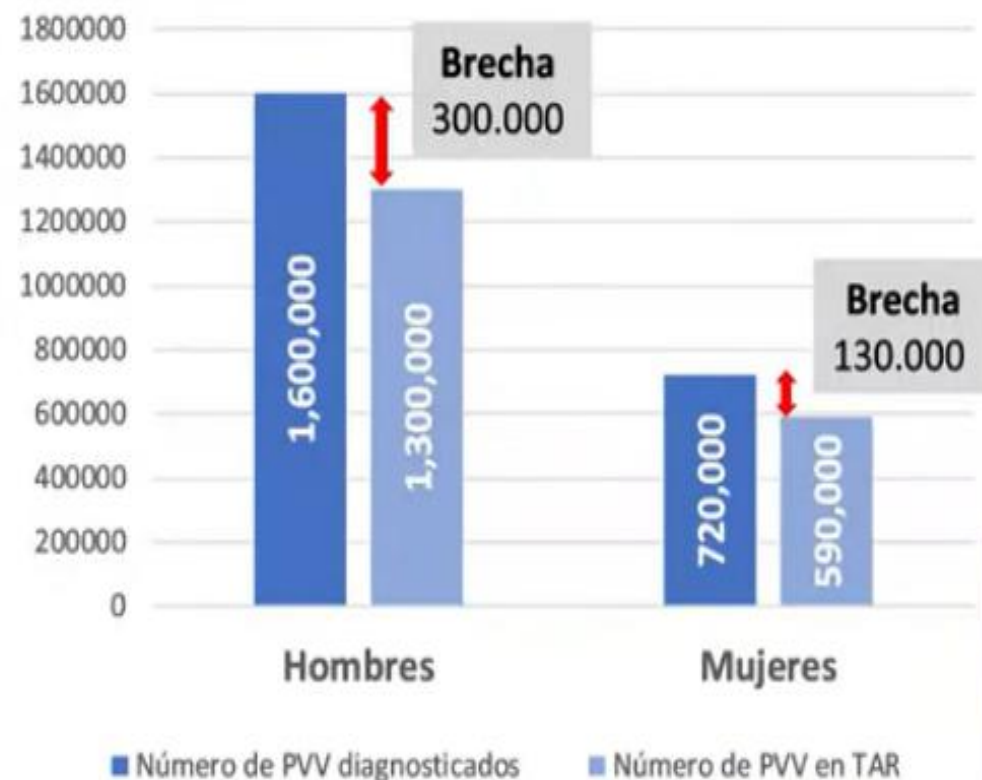
**Organización
Mundial de la Salud**
Américas

OFICINA REGIONAL PARA LAS

- ✓ 1 de cada 3 personas con infección por el VIH acude a los servicios de atención
- ✓ 40% PVV que inician TAR
- ✓ 20% PVV que inician TAR tienen CD4 inferior a 100 células/mm³

Tratamiento antirretroviral del VIH

Personas diagnosticadas (+15) y en TAR,
América Latina y el Caribe, 2023



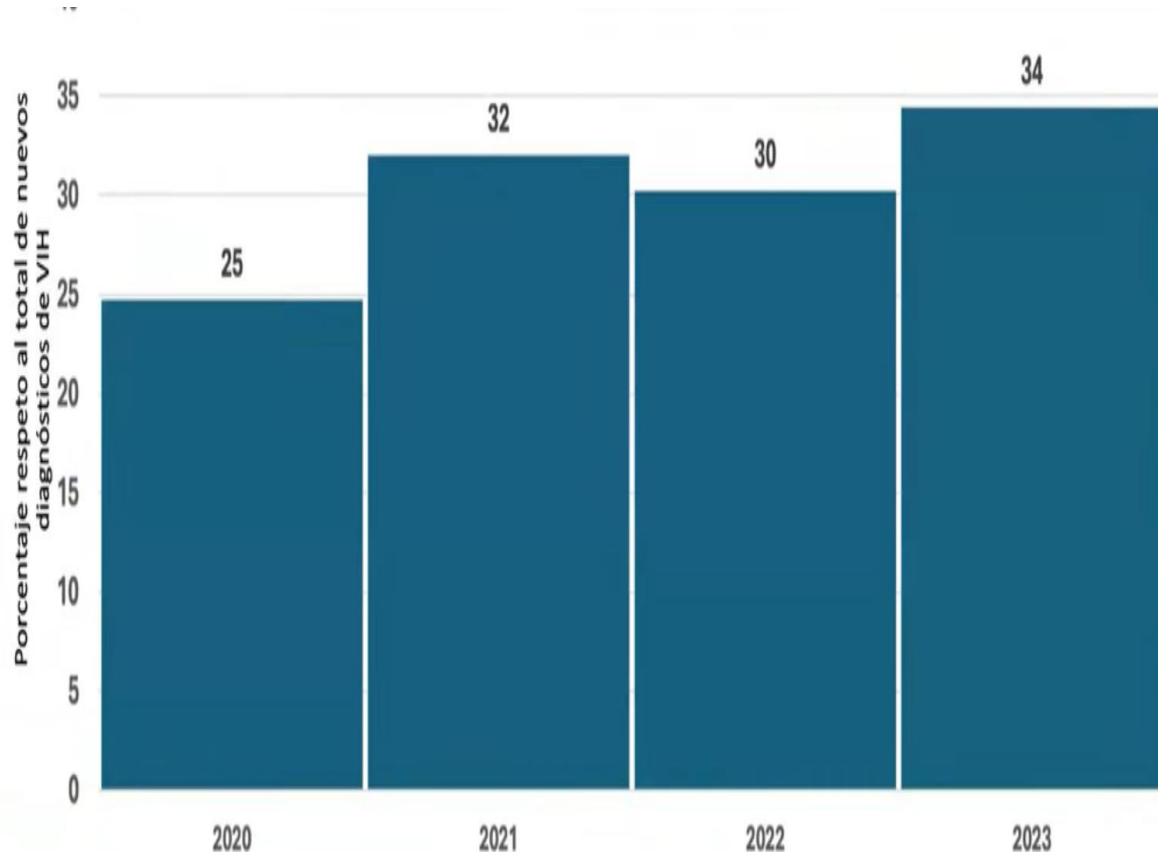
Distribución personas con enfermedad avanzada según nuevos diagnósticos y revinculados

País	Nuevos diagnósticos	Reinicios
Trinidad y Tobago	25%	75%
Paraguay	44%	56%
Brasil	42%	58%

Cumplimiento meta de tratamiento antirretroviral en personas con VIH, 2023

>81% Cobertura ARV	75-81% Cobertura ARV	50-75% Cobertura ARV	<50% Cobertura ARV
3	3	18	2
ECU, HAI ,PER	ARG, BRA, URU	BHS, BRB,BOL, CHI, COL, CRI, CUB, DOM, GTM, GUY, SAL, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, VEN	BLZ, SUR

Personas con diagnóstico tardío de VIH (%) en América Latina y el Caribe, 2020-2023

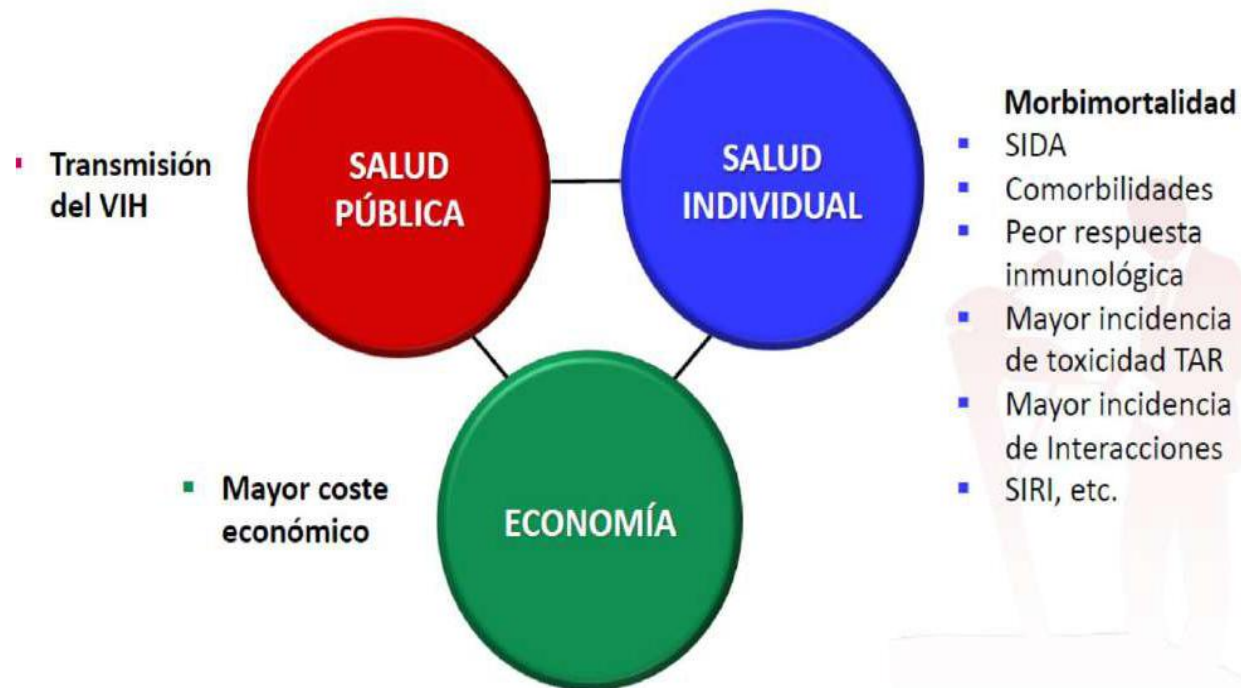


Fuente: OPS, 2024. Basada en los datos de informes de país en respuesta al cuestionario GAM, 2020-2023.

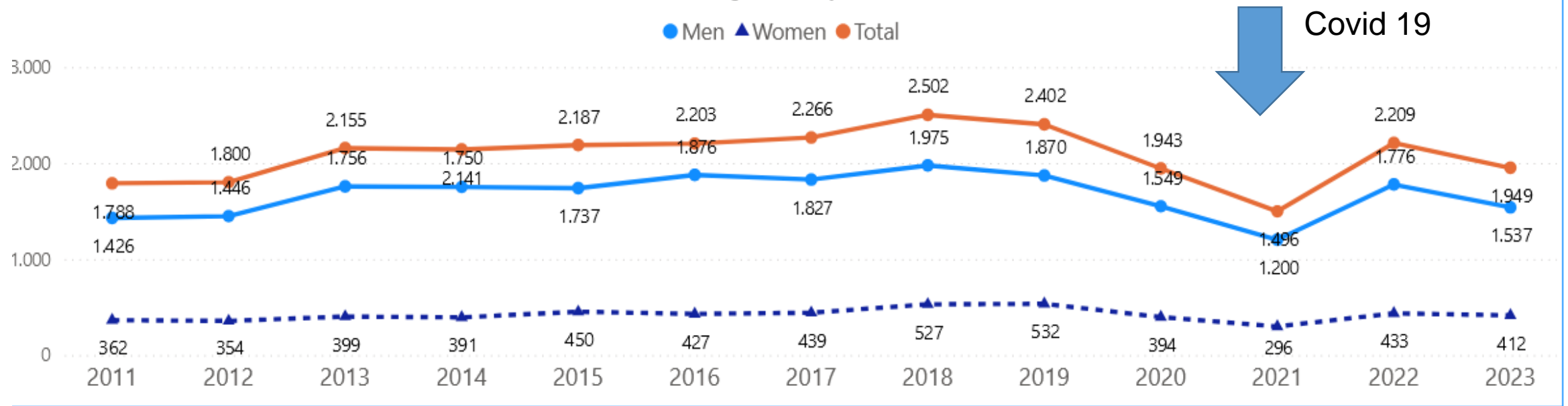
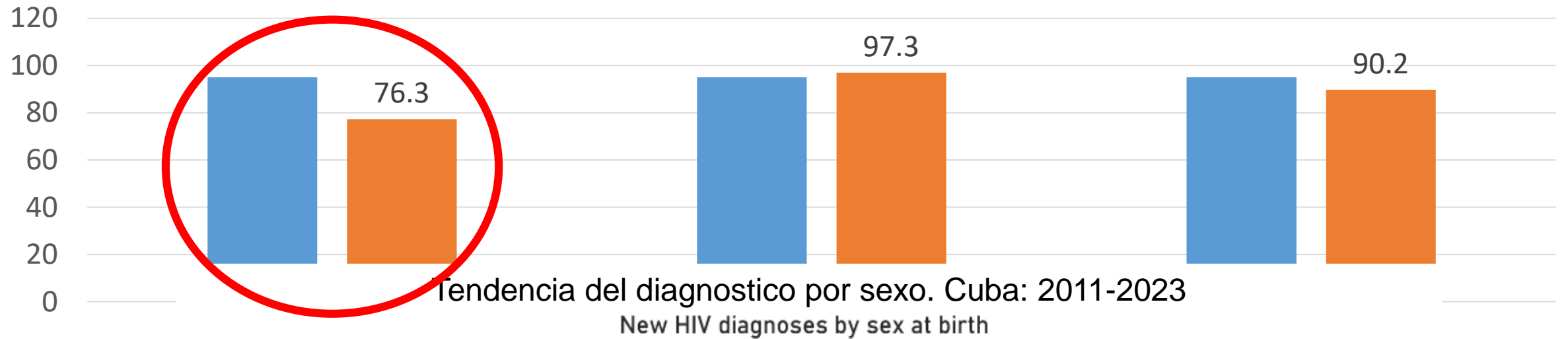
Nota: Diagnóstico tardío: CD4 basal <200 células/mm³. Valor de la mediana de 20 países.

Consecuencias del retraso diagnóstico del VIH

Tres categorías:

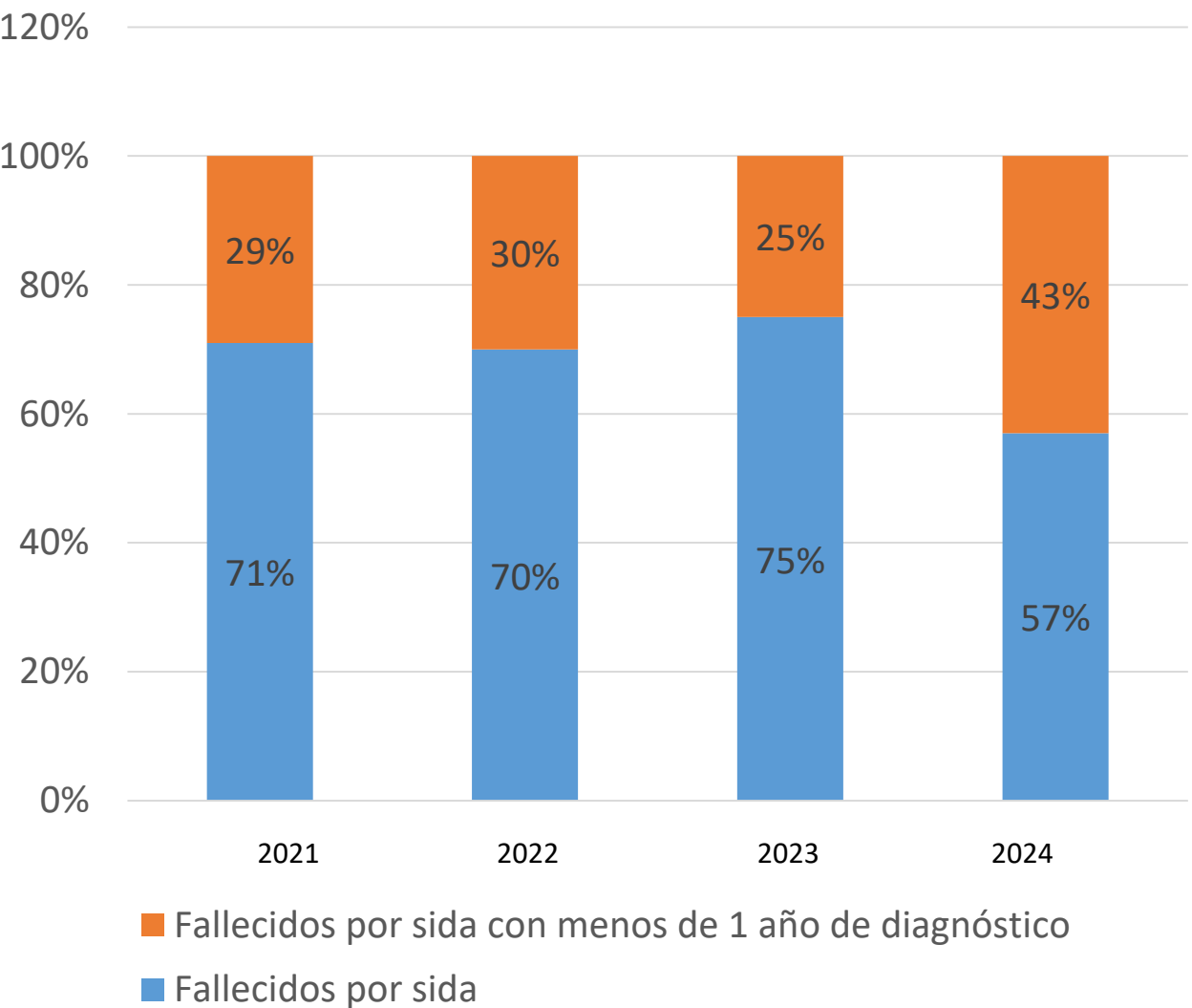
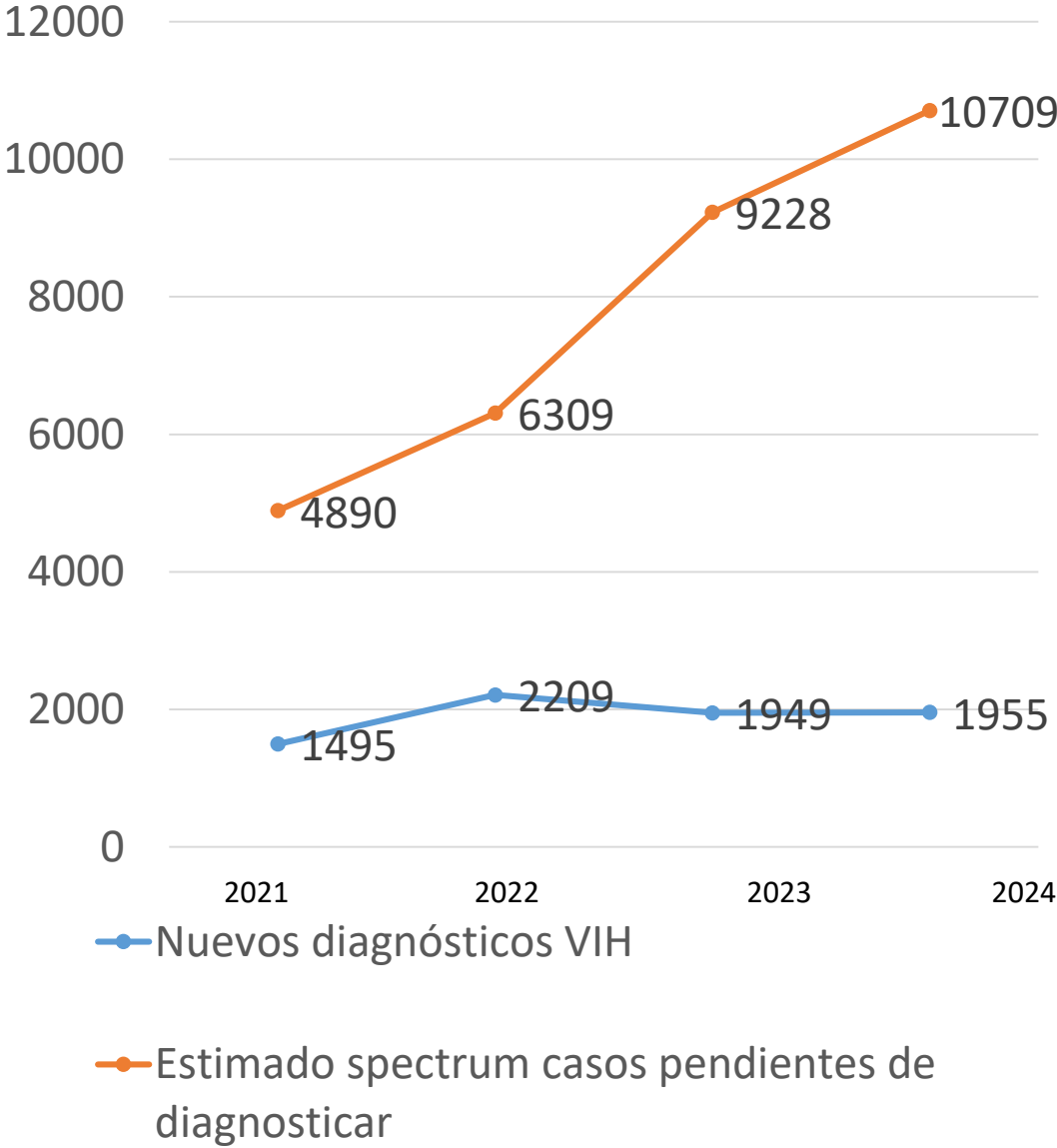


Metas 95/95/95. Cuba. 2024



Source: PAHO, 2023. Basic indicators of the Health Information Platform for the Americas (PLISA). For those countries without data in PLISA, the information has been completed with data from national epidemiological bulletins.

Estadísticas nacionales Cuba. 2021-2024



Problema de salud 2025

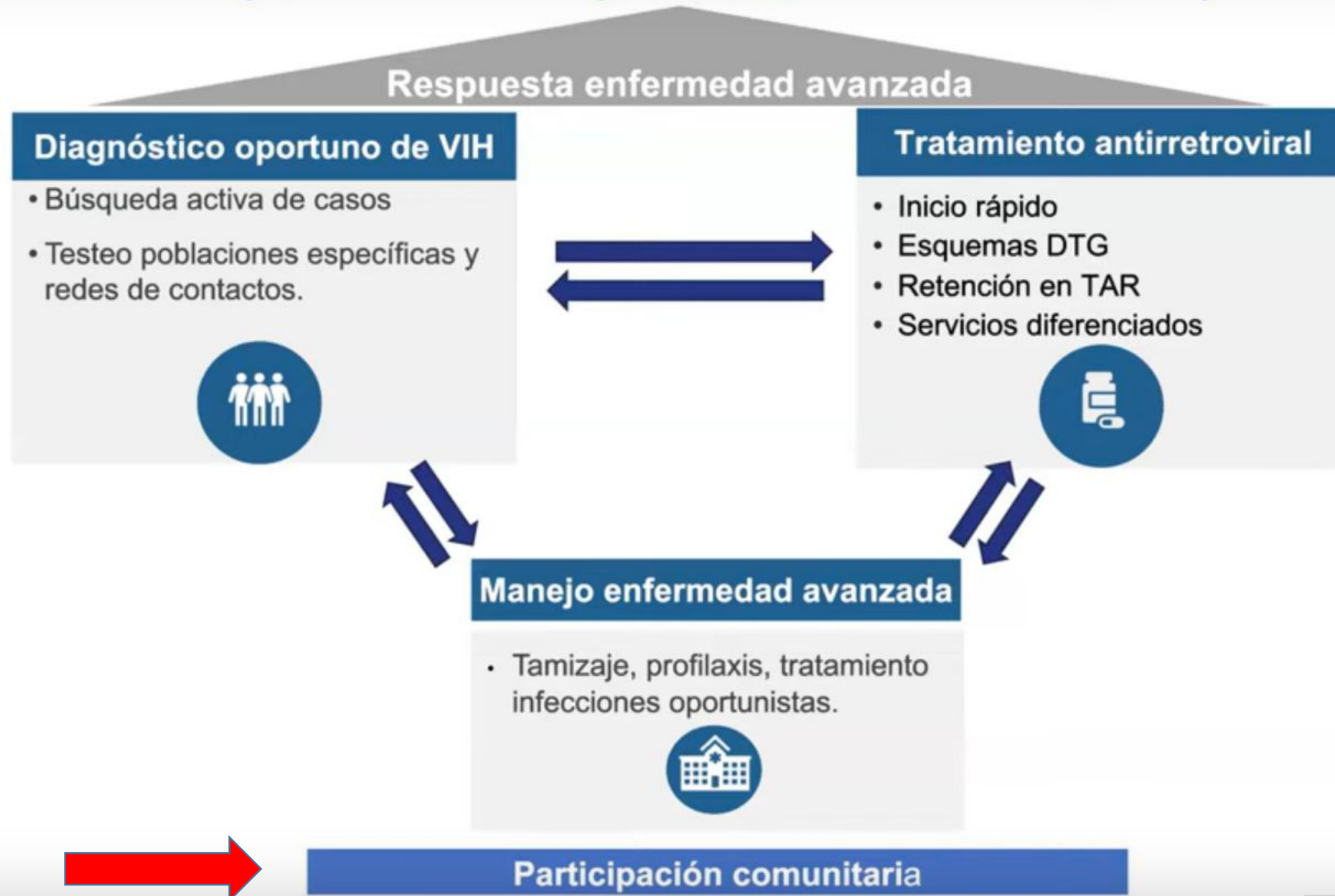
Es esperado el incremento de pacientes que acudan a los servicios de salud con diagnóstico tardío y/o enfermedad avanzada del VIH

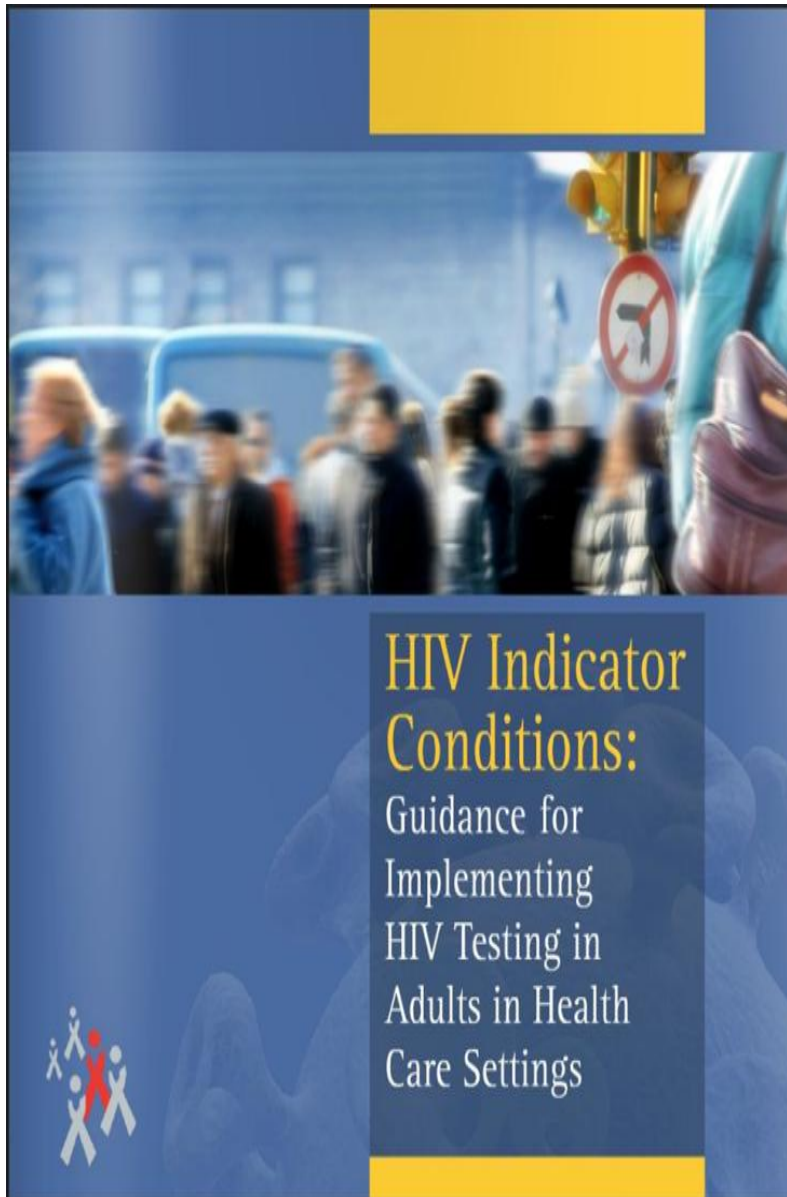


David Kirby: la foto que cambió el rostro del sida (1990)

Pilares conceptuales de abordaje de la enfermedad avanzada por VIH

Monica Alonso Gonz...





Realizar la prueba de VIH ante la presencia de las condiciones indicadoras demostró ser estrategia

**ACEPTABLE
FACTIBLE
EFICAZ.**

ENFERMEDADES QUE PUEDEN SER INDICADORAS DE
INFECCIÓN POR EL VIH.
HIDES = HIV INDICATOR DISEASES

Tabla 1. Enfermedades indicadoras de infección VIH asociadas a una prevalencia de VIH no diagnosticado > 0,1 %

1. Infección de transmisión sexual
2. Linfoma maligno
3. Cáncer/Displasia anal
4. Displasia cervical
5. Herpes zóster
6. Hepatitis B o C (aguda o crónica)
7. Síndrome mononucleósico
8. Trombocitopenia o leucocitopenia idiopática que dure más de 4 semanas
9. Dermatitis seborreica/exantema
10. Enfermedad neumocócica invasiva
11. Fiebre sin causa aparente
12. Candidemia
13. Leishmaniasis visceral

Fuente: Adaptado de HIV in Europe, Grupo HIDES. Enfermedades indicadoras de infección por VIH: Guía para la realización de la prueba del VIH a adultos en entornos sanitarios. 2013.

Tabla 2. Otras enfermedades posiblemente asociadas a una prevalencia de VIH no diagnosticado > 0,1%

1. Cáncer de pulmón primario
2. Meningitis linfocítica
3. Leucoplasia vellosa oral
4. Psoriasis grave o atípica
5. Síndrome de Guillain-Barré
6. Mononeuritis
7. Demencia subcortical
8. Enfermedad del tipo esclerosis múltiple
9. Neuropatía periférica
10. Pérdida de peso injustificada
11. Linfadenopatía idiopática
12. Candidiasis bucal idiopática
13. Diarrea crónica idiopática
14. Insuficiencia renal crónica idiopática
15. Hepatitis A
16. Neumonía de adquisición en la comunidad
17. Candidiasis

Fuente: Adaptado de HIV in Europe, Grupo HIDES. Enfermedades indicadoras de infección por VIH: Guía para la realización de la prueba del VIH a adultos en entornos sanitarios. 2013.

Enfermedades definitorias de SIDA

- | | |
|---|---|
| 1. Cáncer cervical (invasivo) | 12. Isosporiasis (intestinal crónica > 1 mes de duración) |
| 2. Candidiasis esofágica | 13. Leucoencefalopatía multifocal progresiva |
| 3. Candidiasis de bronquios, tráquea o pulmones | 14. Linfoma immunoblástico |
| 4. Coccidioidomicosis (diseminada o extrapulmonar) | 15. Linfoma cerebral primario |
| 5. Criptococosis (extrapulmonar) | 16. Linfoma de Burkitt |
| 6. Criptosporidiosis, intestinal crónica (> 1 mes de duración) | 17. <i>Mycobacterium avium</i> complex o <i>Mycobacterium kansasii</i> (diseminada o extrapulmonar) |
| 7. Encefalopatía asociada al VIH | 18. <i>Mycobacterium</i> , otras especies o especies sin identificar (diseminada o extrapulmonar) |
| 8. Enfermedad por citomegalovirus que no afecte a hígado, bazo y nódulos | 19. Neumonía (recurrente) |
| 9. Herpes simple: úlceras crónicas (> 1 mes de duración); o bronquitis, neumonitis o esofagitis | 20. Neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i> |
| 10. Septicemia recurrente por <i>Salmonella</i> | 21. Retinitis por citomegalovirus (con pérdida de visión) |
| 11. Histoplasmosis (diseminada o extrapulmonar) | 22. Sarcoma de Kaposi |
| | 23. Síndrome de emaciación por VIH |

Adaptado de HIV in Europe, Grupo HIDES. Enfermedades indicadoras de infección por VIH: Guía para la realización de la prueba del VIH a adultos en entornos sanitarios. 2013.

Distribución de los pacientes con diagnóstico tardío, según formas clínicas de presentación

Variables	No.	%
Formas clínicas		
Fiebre	25	31,7
Síntomas Respiratorios	16	20,3
Pérdida de Peso	11	13,9
Adenopatías	11	13,9
Síntomas Digestivos	8	10,1
Manifestaciones Cutáneas	5	6,3
Síntomas Neurológicos	3	3,8
Enfermedad definitoria		
PcP	21	26,6
Síndrome de desgaste	20	25,3
Enfermedad linfoproliferativa	14	17,7
Retrovirosis Aguda	13	16,5
Esofagitis Moniliásica	6	7,6
Piodermitis recurrente	2	2,6
Neurocriptococosis	1	1,3
Tuberculosis ganglionar	1	1,3



DIAGNÓSTICO TARDÍO DE LA INFECCIÓN POR VIH, IPK, 2019.

- pacientes con **edad avanzada** (60 a 69 años) en el que la probabilidad de diagnóstico tardío fue 5,4 veces mayor.
- **probabilidad de muerte 24,3 veces mayor a los 6 meses** con diferencias estadísticamente significativas con respecto a pacientes sin DT.

Vidal et alY. Aspectos clínicos y de laboratorio en pacientes con diagnóstico tardío de sida. Rev haban cienc méd 2019.

La buena praxis médica recomienda cribar el VIH en determinadas situaciones clínicas

Enferm Infecc Microbiol Clin. 2018;36(8):465-471



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Original

La prueba del VIH orientada por condiciones indicadoras: oportunidades perdidas para adelantar el diagnóstico de la infección en hombres que tienen sexo con hombres

Marco Espinel^a, María José Belza^{b,c,*}, Cristina Cabeza-de-Vaca^b, Beatriz Arranz^d, Juan Miguel Guerras^d, Jennifer García-Soltero^b y Juan Hoyos^{b,c}

Enferm Infecc Microbiol Clin. 2018;36(8):463-464



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Editorial

Oportunidades perdidas dentro del sistema sanitario para el diagnóstico de la infección por VIH en HSH en España: necesitamos más compromiso y más acción

Missed opportunities within the health system for the diagnosis of HIV infection in MSM in Spain: Greater commitment and action is required

Julia del Amo^{a,b,*} y Carlos Iniesta^{a,b}

Oportunidades perdidas de diagnóstico de la infección por el VIH en pacientes con diagnóstico tardío en el entorno hospitalario (2015-2021)

En más del 40% de los pacientes con diagnóstico tardío de VIH se perdió la oportunidad de ser diagnosticados en el hospital en los 3 años previos al diagnóstico.

Media 2.2 visitas al hospital y 18 meses de demora de diagnóstico desde comienzo síntomas

Hernández-Feblés M, et al. Rev Esp Urg Emerg. 2023



Incidencia, gravedad y mortalidad de enfermedad avanzada por VIH. IPK 2024

Enfermedad avanzada por VIH (%/total pacientes)	56.7%
Diagnostico tardío (%/enfermedad avanzada)	54.7%
Edad (media) años	42.9
Sexo masculino	71.6%
Pacientes graves con enfermedad avanzada por VIH en UCI (%/enfermedad avanzada)	33.6%
Fallecidos (%/enfermedad avanzada)	23.1%
Pacientes con enfermedad avanzada por VIH con menos de 100 células CD4 (%/enfermedad avanzada)	65.3%

Oportunidades perdidas en pacientes con diagnóstico tardío de VIH. IPK

Presencia de oportunidades perdidas de diagnóstico oportuno de VIH	40%
Condiciones indicadoras por paciente (media)	3 / paciente
Tiempo demora del diagnóstico (media)	7.9 meses
Condición indicadora más frecuente	Pérdida de peso (68.6%) Fiebre prolongada sin causa aparente (60.8%) Diarrea crónica ideopática (41.2%)

Pilares conceptuales de abordaje de la enfermedad avanzada por VIH

BRUNO
Monica Alonso Gonz...



Recomendaciones

Atención de la infección avanzada por el VIH

Se debe ofrecer un conjunto de intervenciones que incluya el tamizaje, el tratamiento y la profilaxis de las principales infecciones oportunistas, el inicio rápido del TAR y el apoyo intensificado para la adhesión al tratamiento a todas las personas que acudan en busca de atención con una infección avanzada por el VIH.

(Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada).



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

	Intervención	Cifra de linfocitos CD4	Adultos	Adolescentes	Niños
Diagnóstico	Prueba Xpert® MTB/RIF en esputo como la primera prueba para el diagnóstico de la tuberculosis en las personas sintomáticas.	Cualquiera	Si	Si	Si
	Prueba de LAM-FL para el diagnóstico de la tuberculosis en pacientes con síntomas y signos de tuberculosis	≤100 células/mm ³ O a cualquier valor de CD4 si el paciente está gravemente enfermo	Si	Si	Si ^a
	Detección sistemática del antígeno criptocócico	≤100 células/mm ³	Si	Si	No
Profilaxis y tratamiento presintomático	Profilaxis con cotrimoxazol ^b	≤350 células/mm ³ o estadio clínico 3 o 4. Cualquier cifra de linfocitos CD4 en entornos con prevalencia alta de malaria o de infecciones bacterianas graves	Si	Si	Si Véanse los criterios en el anexo 1
	Tratamiento preventivo para la tuberculosis ^b	Cualquiera	Si	Si	Si ^c
	Tratamiento presintomático con fluconazol para los pacientes con antígeno criptocócico positivo que no presentan signos de meningitis	<100 células/mm ³	Si	Si	No procede (no se recomienda el tamizaje)
Inicio del TAR	Inicio rápido del TAR (según se recomienda en el capítulo 3)	Cualquiera	Si	Si	Si
	Posponer el inicio si los síntomas clínicos indican una tuberculosis o una meningitis criptocócica (véase el capítulo 3)	Cualquiera	Si	Si	Si
Apoyo adaptado de la adhesión al tratamiento	Asesoramiento adaptado para garantizar la adhesión óptima al conjunto de medidas de atención para la infección avanzada, incluidas las visitas	<200 células/mm ³	Si	Si	Si



Seguimiento clínico diferenciado

Diagnóstico tardío de VIH

CD4

- Seguir protocolo recomendado para primera consulta.
- Descartar enfermedades defintorias de sida.
- Énfasis en la evaluación del estado inmunológico y virológico.

Ante presencia de enfermedad marcadora de sida independientemente del conteo de CD4.

Asintomático con conteo de CD4 \leq 350 células/mm³.

INGRESO HOSPITALARIO

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN A ENFERMEDAD AVANZADA

Vigilancia activa de SRIS

- Tratamiento de enfermedades oportunistas y valorar ingreso.
- Quimioprofilaxis secundaria para las infecciones oportunistas.
- Inicio inmediato de TAR (excepto TB meníngea y criptococosis, retraso 4 semanas)

- Inicio de TAR.
- Profilaxis primaria de las enfermedades oportunistas más frecuentes.
- Vigilancia de signos y síntomas que evidencien presencia de enfermedades oportunistas subclínicas.



Enfermedad avanzada por VIH

1

Pesquisa de EO y comorbilidades

Presencia de EO

SI

NO

1. Remitir a hospital de referencia
2. Iniciar tratamiento específico de inmediato, según guías establecidas (tabla 23, pág. 180)*
3. Profilaxis secundaria de EOs (tabla 28, pág. 184)*

TODOS LOS PACIENTES:

HC y examen físico completos

Conteo de CD4 y CV

VDRL, Ags HB, Anti HVC, IgG toxoplasma, urea, creatinina, TPG, TGO, LDH

síntomas respiratorios o contacto cercano de caso TB+

Rx. de tórax, **GenXpertTB**

CD4menor 100 antígeno de criptococo suero

1. Profilaxis con cotrimoxazol 480mg diarios o 960mg en días alternos
2. Profilaxis de tuberculosis

Plan estratégico nacional 2024-2029, MINSAP

2

Inicio rápido de la TARV

Presencia de EO

SI

NO

En las primeras 2 semanas después del diagnóstico y tratamiento de la EO.

Retardar inicio de TAR **4-6 semanas en Tuberculosis meníngea o Criptococosis meníngea**

Inmediato, al momento del diagnostico
Vigilancia activa de SRI

Vigilancia activa de SRI



3

Optimización de la TAR

Pacientes sin tratamiento previo

1. Toma muestra previa para PGR.
2. Esquema de primera línea según guías (tabla 22, pág. 168)*.

Pacientes con fracaso virológico o abandono tratamiento previo

Toma muestra previa para PGR y elegir TARV según resultado

O

Utilizar segunda o tercera línea de tratamiento según corresponda (tabla 22, pág. 168)*

Fracaso virológico avanzado: pocas o nulas opciones por resistencia a TAR

nivel terciario (IPK)

4

Monitoreo de adherencia y respuesta al tratamiento

A los 3,6 y 12 meses después de iniciado un esquema de TAR

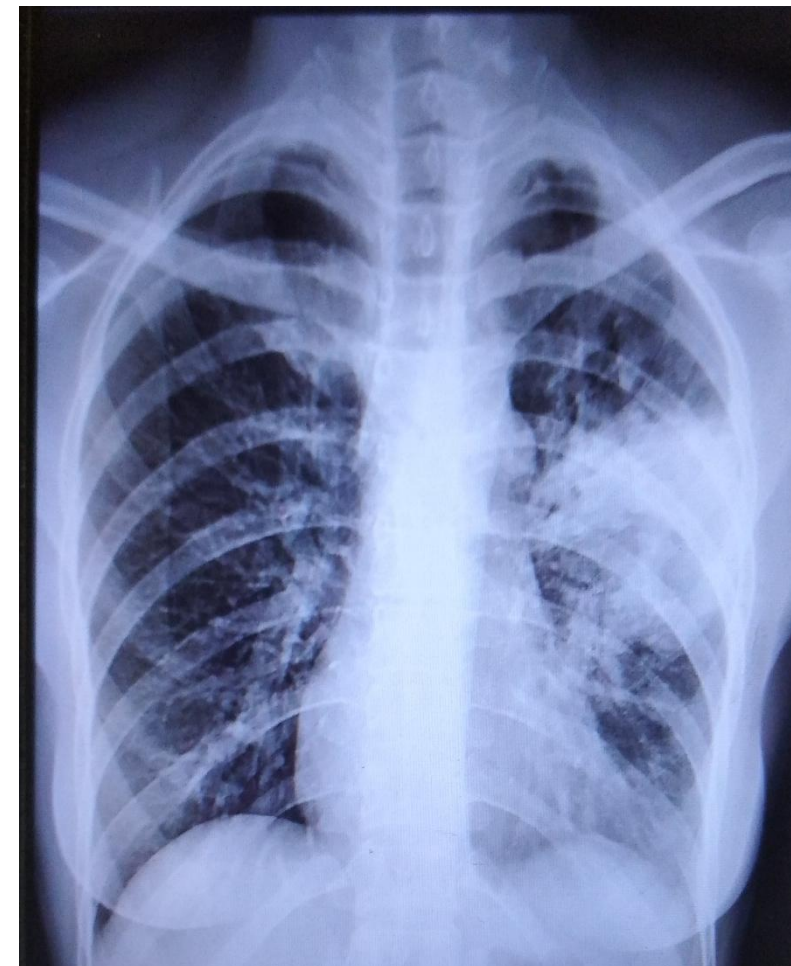
- Consultas de seguimiento
- Verificar adherencia y factores relacionados
- CD4 y Carga viral

Aproximación inicial sindrómica al paciente con EAV

1. No existe criterio UNISISTA en el paciente con EAV
2. La presencia de una infección oportunista NO EXCLUYE EL RESTO
3. Si no lo piensas, NO LO DIAGNOSTICAS.



Enfermedades respiratorias en pacientes con EAV



Enfermedades respiratorias en pacientes con EAV

BUSCAR

Síntomas respiratorios: fiebre, tos, disnea,
expectoración



INDICAR

Radiografía de tórax
Esputo X-pert
Bacisloscopía
Esputo bacteriológico

Neumonía por Pneumocystis jiroveci (PCP) 45%

TB (10%)

Neumonía bacteriana (42%)

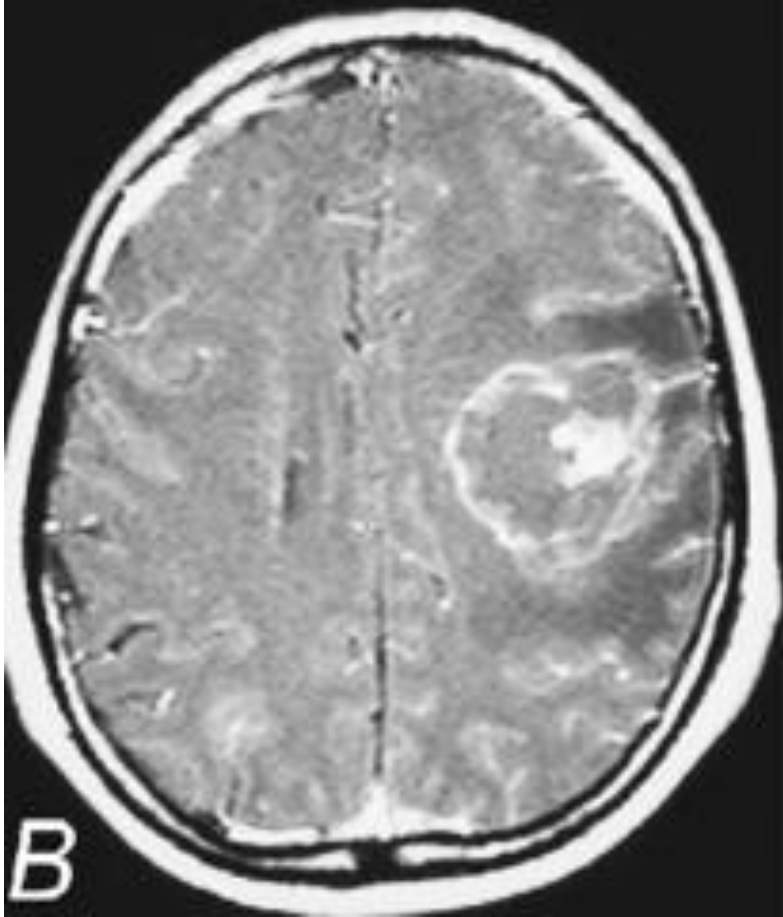
Otras causas

TRATAR

PEN 2024-2028: Capítulo. 6.3.5. TRATAMIENTO DE LAS PRINCIPALES INFECCIONES OPORTUNISTAS

1. No existe criterio UNISISTA en el paciente con EAV
2. La presencia de una infección oportunista NO EXCLUYE EL RESTO
3. Si no lo piensas, NO LO DIAGNOSTICAS.

Enfermedades del sistema nervioso central en pacientes con EAV



Enfermedades del sistema nervioso central en pacientes con EAV

Fiebre, cefalea, **signos meníngeos**

Fiebre, cefalea, **convulsiones,**
focalización motora

Afectación cognitiva, trastorno
concentración, memoria



INDICAR

Estudio LCR: tinta china (cultivo micológico)
Xpert (cultivo TB)
VDRL

Neuroimagen



BUSCAR

Criptococosis cerebromeningea
TB cerebromeningea
Neurosífilis
otras

Neurotoxoplasmosis
otras

LMP
Demencia x VIH
otras

TRATAR

PEN 2024-2028: Capítulo. 6.3.5.
TRATAMIENTO DE LAS PRINCIPALES
INFECCIONES OPORTUNISTAS

1. No existe criterio UNISISTA en el paciente con EAV
2. La presencia de una infección oportunista NO EXCLUYE EL RESTO
3. Si no lo piensas, NO LO DIAGNOSTICAS.

Enfermedades del sistema digestivo en pacientes con EAV



Enfermedades del sistema digestivo en pacientes con EAV

Dificultad o dolor al tragar



INDICAR

endoscopia



BUSCAR

Candidiasis
Sarcoma de Kaposi
Citomegalovirus
Úlceras herpéticas
otras

TRATAR

**PEN 2024-2028: Capítulo. 6.3.5.
TRATAMIENTO DE LAS PRINCIPALES
INFECCIONES OPORTUNISTAS**

Diarreas crónicas



Heces



Cryptosporidiasis
Citomegalovirus
Coccideas
Micobacteriosis
otras

1. No existe criterio UNISISTA en el paciente con EAV
2. La presencia de una infección oportunista NO EXCLUYE EL RESTO
3. Si no lo piensas, NO LO DIAGNOSTICAS.

Enfermedades de piel en pacientes con EAV



Enfermedades de piel en pacientes con EAV

BUSCAR

Sífilis (primaria o secundaria)
Sarcoma de Kaposi
Candidiasis
Escabiosis
Herpes zoster
Herpes simple
condilomas

TRATAR

PEN 2024-2028: Capítulo. 6.3.5. TRATAMIENTO DE LAS PRINCIPALES INFECCIONES OPORTUNISTAS

1. No existe criterio UNISISTA en el paciente con EAV
2. La presencia de una infección oportunista NO EXCLUYE EL RESTO
3. Si no lo piensas, NO LO DIAGNOSTICAS.

Enfermedades de ganglio en pacientes con EAV



Enfermedades de ganglio en pacientes con EAV

Fiebre+adenomegalias



Excéresis ganglio: X-pert
histologia



BUSCAR

TB
Linfoma
Kaposi
CMV
otras

TRATAR

PEN 2024-2028: Capítulo. 6.3.5. TRATAMIENTO DE LAS PRINCIPALES INFECCIONES OPORTUNISTAS

1. No existe criterio UNISISTA en el paciente con EAV
2. La presencia de una infección oportunista NO EXCLUYE EL RESTO
3. Si no lo piensas, NO LO DIAGNOSTICAS.

Desafíos en la respuesta cubana a la enfermedad avanzada por VIH:

1. Búsqueda activa de casos con condiciones clínicas indicadoras de VIH.
1. Diagnóstico oportuno de las personas con VIH y su vinculación al sistema de salud para evitar progresión a enfermedad avanzada del VIH.
2. Rescate y reintegración de personas perdidas de seguimiento que se encuentran transmitiendo y tienen alto riesgo de progresión y muerte.
3. Capacitación continua multidisciplinar para lograr identificación, integración y retención de las personas al TARV.



Necesitamos un enfoque integral, centrado en el paciente, y no en el diagnóstico, que procure mejorar los resultados en salud





Evite un futuro resurgimiento de la epidemia

Los esfuerzos para mejorar el inicio temprano de la atención del VIH/SIDA deben centrarse en factores como los ***altos costos percibidos de la atención del VIH***, el diagnóstico basado en sospechas clínicas y la falta de oportunidades para el diagnóstico temprano.