CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA QUE PADECIERON COVID-19 EN 2021 EN FLORIDA

Autores e instituciones:

1. Dr. Jimmy Alonso Carballo https://orcid.org/0000-0002-7615-9048, Médico, Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral, Profesor asistente.
2. Lic. Mayelín Gómez Gutiérrez https://orcid.org/0000-0003-3096-4006.[2] Licenciada en enfermería. Profesora asistente.

Autor corresponsal y auotr: Jimmy Alonso Carballo, Dirección de correo electrónico: jimmyalonsobrasil@gmail.com teléfono: (53) 54050053.

Resumen:

Introducción: Dos pandemias quedarían unidas en pleno siglo 21, el VIH-SIDA y la COVID-19. La primera con control en la mayoría de los países desarrollados y en vías de desarrollo y con tendencia a la disminución de las muertes; y la COVID-19 con rebrotes con incremento de contagios y letalidad. Objetivo: Describir el comportamiento clínico-epidemiológico de la COVID-19 en los pacientes viviendo con el virus VIH en Florida, 2021. Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo realizado a 21 pacientes que viven con VIH-SIDA que sufrieron infección de COVID-19 evaluando las variables socio-demográficas de la muestra: edad, sexo, procedencia; además formas de contagio epidemiológico, formas clínicas de presentación y evolución del cuadro clínico. Resultados: Predominaron los pacientes de 19 a 39 años 49,9%, el sexo masculino 57,1% y de procedencia urbana 71,4%; más de la mitad eran universitarios. La mayoría eran pacientes con control del VIH 61,9% y el 95,2% recibían tratamiento antirretroviral. La rinorrea (52,4%), obstrucción nasal y cefalea (33,3% cada uno), junto a la fiebre (28,6%) fueron los síntomas predominantes. En 42,9% el principal factor de riesgo fue ser contacto de un confirmado. Sólo 4,8% de los pacientes presentaron formas críticas, ninguno falleció. Discusión: La infección de VIH/SIDA asociada al contagio de COVID-19 no predispone a un incremento en la mortalidad y desarrolló un comportamiento similar a lo revisado en la bibliografía consultada. Conclusiones: El comportamiento

clínico y epidemiológico de la infección de COVID-19 en pacientes que viven con el virus es similar a los que no portan esta condición.

Introducción:

La infección por COVID-19 en la actualidad es la mayor preocupación para los sistemas de salud; globalmente ha provocado más de 5 millones de muertes desde el inicio de la pandemia declarada en marzo del 2020, con una alta transmisibilidad y letalidad de 1,6 % en la región de las Américas. (1-3) Todos los individuos son susceptibles particularmente los vulnerables. (3,4) Justo el 11 de marzo de 2020, Cuba reportaba sus primeros tres casos de COVID-19, hasta la fecha en que se realiza este estudio. Cuba sobrepasa el primer año de pandemia con un aprendizaje acumulado que le ha permitido mantener la vigilancia y búsqueda activa de casos con seguimiento en los servicios de salud siempre basada en la atención prioritaria a los grupos más vulnerables por el mayor riesgo de desarrollar formas graves o de fallecer. (2,4) El diagnostico y manejo de los casos, la prevención, y conducta particular en cada grupo vulnerable ha sido conducida desde el inicio por el Protocolo de Actuación Nacional para la COVID-19. Una de las particularidades de los protocolos cubanos de actuación es la atención en instituciones de salud, no solo a pacientes confirmados con la enfermedad; sino a contactos de pacientes confirmados y sospechosos de la enfermedad(5) La rápida propagación del virus y la variabilidad del comportamiento clínico desde el asintomático hasta el inicio de un distres respiratorio agudo severo, particularmente en pacientes vulnerables, entre ellos los que portan inmunodeficiencias (6) han provocado una sobrecarga en los sistemas de salud y han repercutido negativamente en la economía mundial con su consecuente impacto social. (2,4,5)

La pandemia de Virus de Inmunodeficiencia Humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH-SIDA) continúa siendo un problema de salud universal con una magnitud sin precedentes; los pacientes que viven con VIH (PVV) suelen desarrollar una vulnerabilidad ante las infecciones que puede incrementar sus formas graves y muerte. El SIDA es una enfermedad crónica transmisible de etiología inmunológica-viral causado por el VIH. En esta afección se produce el deterioro crónico del sistema inmunitario debido a la pérdida progresiva de linfocitos CD4 con la aparición de enfermedades oportunistas, infecciones sobre añadidas y tumores con consecuencias

que pueden ser letales para el individuo. (7,8) A medida que ocurre el deterioro del sistema inmunitario van apareciendo síntomas y signos propios de la enfermedad que pueden ser graves como tuberculosis, meningitis, infecciones bacterianas graves o canceres como los linfomas. (8,9) En el mundo VIH/SIDA ha cobrado 36,3 millones de vida; a finales de 2020 37,7 millones de personas vivían con VIH, más de 2/3 (25,4 millones) eran del continente africano. En ese mismo año 680 mil personas morían por causas relacionadas con el VIH y 1,5 millones resultaban infectadas. (10) En Cuba los primeros casos fueron diagnosticados en 1986, desde entonces se han implementado diversas acciones que han posibilitado que el país registre tasas inferiores al mundo; hasta 2019 reportaba 23500 PVV de las 28659 diagnosticadas con VIH, habían fallecido 5519 y 4336 desarrollarían SIDA. La causa principal de muerte fueron las infecciones. (9,10)

Con un punto de partida en el que dos pandemias se unirían en el mundo moderno y la epidemiología postmoderna enfrentaría grandes retos estos años basados en la hipótesis de que dos epidemias unidas podrían incrementar el riesgo de morir y considerando la prevalencia de diagnóstico entre PVV y que además sufren infección por el SARS-COV-2 oscila entre 0,3% a 1,8% es acertado pensar que es un problema de salud; no obstante no se debe evitar considerar esta condición como un factor que vulnera hacia mal pronóstico en los casos que no se logra una evolución favorable. (13,14) Investigaciones en Estados Unidos concluyeron que si bien los PVV no parecen tener un mayor riesgo de infección por COVID-19, sí presentan un mayor riesgo de resultados desfavorables, debido a formas más graves que pueden requerir cuidados intensivos particularmente en los que tienen una carga viral incrementada. (15) La unión VIH/SIDA con el SARS-COV-2 es rara en niños. (12,15) En pacientes con más de 50 años, antecedentes de hipertensión arterial crónica, enfermedad cardiovascular, pulmonar, tabaquismo y obesidad puede suponerse un riesgo mayor de desarrollar formas graves de COVID-19. (12) Fundamentado en esto se diseñó el presente estudio cuyo objetivo fue determinar el comportamiento de las variables socio-demográficas con un enfoque clínico y epidemiológico en los pacientes adultos con diagnostico previo de VIH/SIDA que enfermaron de COVID-19 en Florida, Cuba en el año 2021; con el fin de conocer de manera más activa como el VIH y el COVID-19 están afectando a la

población susceptible logrando con estrategias futuras de intervención minimizar los daños de la COVID-19.

Materiales y Métodos:

Se realizó un estudio observacional descriptivo y retrospectivo sobre el comportamiento de la infección por COVID-19 en pacientes con diagnóstico previo de VIH/SIDA (PVV) en el municipio de Florida, en la provincia de Camagüey durante el periodo de diciembre de 2020 a noviembre de 2021 siendo la muestra conformada por 21 PVV infectados por el SARS-Cov2 en ese periodo. Estos pacientes fueron identificados desde una base de datos del sistema estadístico municipal de donde se lograron extraer los que tenían el antecedente de retro virosis. Se excluyeron 2 PVV con re-infección en este mismo periodo de tiempo. La fuente primaria de información fue la base de datos del centro de higiene municipal con la cual se conformó una sábana donde se plasmaron las variables que incluyeron: edad, sexo, condición clínica serológica de VIH (VIH ó SIDA), criterio epidemiológico, resultado del reverso transcripción/reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (PCR), manifestaciones clínicas y principales secuelas en su evolución. Las variables fueron obtenidas de las historias clínicas individuales de los pacientes que en el 100% de los casos habían sido ingresados según el protocolo vigente, por tratarse de pacientes vulnerables. (5) La obtención secundaria de los datos fue a partir del movimiento hospitalario del departamento estadístico del municipio. Por último se visitó a los pacientes con el objetivo de evaluar la presencia de secuelas debido a la COVID-19, se logró contactar a todos los pacientes y en todos los casos se obtuvo la disposición para participar en el estudio obtenida por un consentimiento informado. El diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 fue definido por PCR positivo en secreciones respiratorias obtenidas mediante hisopado nasal y faríngeo en todos los casos. Se consideró caso sospechoso de COVID-19 cualquier paciente que presentara manifestaciones clínicas sugestivas de la enfermedad COVID-19 (fiebre, tos seca, disnea gradual u otra manifestación respiratoria, decaimiento, malestar general, cefaleas, diarreas, pérdida del olfato y/o gusto) teniendo en cuenta la situación epidemiológica, tales como: residir en un área con alto riesgo de trasmisión del virus dentro de los 14 días antes del inicio de los síntomas; residir o viajar a un área de trasmisión comunitaria en cualquier

momento dentro de los 14 días anteriores al inicio de los síntomas; o haber estado en contacto con un caso confirmado o un caso bajo investigación, hasta 14 días antes del inicio de los síntomas. (5) Para el procesamiento estadístico fueron registrados los datos en una hoja de cálculo electrónica Excel y para su análisis fueron transferidos al programa estadístico Statiscal Package for the Social Sciencies (SPSS), versión 25,0.

Resultados:

Se identificaron 21 PVV que además padecieron infección por SARS-COV-2 en el periodo de diciembre 2020 a diciembre 2021. Predominaron los pacientes con edades entre 19 y 39 años 42.9% (9); ninguno de los pacientes tenía edad pediátrica inferior a 18 años. La edad media fue de 37,4 años con una desviación estándar +/- 5.2. Por sexo 57.1% (12) masculino versus 42,9% (9) femenino y procedentes de ambiente urbano 71,4% (15). Con respecto al nivel educacional 52.4% (11) eran universitarios. Según la etapa clínica de VIH/SIDA eran PVV con VIH compensado 61.9% (13) y sólo 9.5% (2) estaban en el estadio de inmuno-compromiso por SIDA. Recibían tratamiento con anti-retrovirales en alguno de los esquemas protocolizados 95.2% (13). **Tabla. 1**

Los pacientes identificados en la muestra seleccionada eran pacientes previamente infectados con VIH; 38.1% (8) tenían más de 10 años de padecer esta condición serológica seguido del grupo de los que tenían entre 6 y 10 años viviendo con VIH. Sólo 9.5% (2) tenían menos de un año de diagnosticados. Predominaron los pacientes con carga viral indetectable para VIH con 61.9% (13) y solo 2 pacientes presentó alguna forma de SIDA, en ambos casos dado por tumores oportunistas. Fue significativo que el 95.2% (14) tenían tratamiento oportuno para el VIH. **Tabla. 2**

La sintomatología de presentación clínica de los PVV fue diversa: con rinorrea 52,4% (11), con obstrucción nasal y cefalea cada uno 33.3% (7), y 28,6% (6) presentaron fiebre. Fueron asintomáticos durante el cuadro clínico de la infección por SARS-COV-2 23.8% (5). Predominaron los pacientes que se enfermaron a partir de un caso previamente confirmado con PCR positivo 42.9% (9); solamente en 4.8% (1) no se logró identificar la fuente de la infección. Clínicamente 42.9% (9) desarrollaron una enfermedad con síntomas moderados. Sólo 19,0% (4) y 4,8% (1) desarrollaron formas graves y críticas de la enfermedad respectivamente; ninguno de los pacientes falleció. Todos los pacientes estuvieron ingresados por ser vulnerables; de ellos 61,9% (13)

estuvieron ingresados en sala abierta de atención secundaria, 23,8% (5) fueron admitidos en salas para vigilancia intensiva y/o cuidados intensivos en correspondencia con el estado clínico de 5 pacientes que fueron reportados de graves o críticos en su evolución hospitalaria. Fueron hospitalizados por cinco días 28,6% (5) y solo 14,3% %(3) permanecieron ingresados por más de 7 días; el promedio de estadía de ingreso fue de 5,6 días. **Tabla. 3**

En su evolución presentaron secuelas 61,9% (13) y quedaron exentos de cualquier tipo de secuelas 38,1% (8). De los que tuvieron secuelas en su evolución predominaron las psicológicas 61,9% (13) seguido de las del sistema osteo-mioarticular 38,6% (6). Estos pacientes que desarrollaron secuelas precisaron acceso a terapia rehabilitadora en su mayoría: 57,1% (12). **Tabla. 4**

Discusión

Se infectaron por el SARS-COV-2 21 PVV; esto representa el 29,6% del total de pacientes diagnosticados con VIH-SIDA. La llamada vulnerabilidad de los pacientes con diagnóstico previo de VIH/SIDA para contraer o desarrollar formas más graves de la COVID-19 está dada por la exposición continua al riesgo y la susceptibilidad de padecer la infección por SARS-COV-2. Según el Centers for Desease Control and Prevention (CDDP) de los Estados Unidos los colectivos vulnerables están integrados por adultos mayores, personas con comorbilidades (particularmente aquellas descompensadas), personas inmunocomprometidas, incluidas aquellas con tratamiento para cáncer, gestantes, y personas con discapacidades. (19) La evidencia científica es escasa sobre el riesgo de contraer el SARS-COV-2 en pacientes con VIH. Zhu et al, reportaron la infección en un paciente en la ciudad de Wuhan el cual podría ser considerado como el primer reporte de contagio en pacientes que viven con el VIH y concluye que este es un factor de riesgo para la COVID-19. (12) La asociación entre características clínicas graves y los resultados y la edad, sexo y las enfermedades vulnerables para padecer COVID-19 ha sido bien documentada. En el análisis por sexo de la muestra estudiada se sabe que el número de casos no parece depender del aumento de la edad, siendo mayor en el grupo de 20 a 39 años coincidiendo nuestro estudio que reporta 42,9% (9) en el mencionado grupo. (11) En España la edad media de vida de pacientes con VIH es de 38,8 años siendo inferior en el presente estudio de 37,4 años según un estudio

presentado. (11) La predisposición por sexos para COVID-19 es semejante de modo que la probabilidad de enfermar no parece depender del sexo, (3,10) sin embargo en lo particular respecto a la mortalidad por COVID-19 sí ha sido demostrada ser superior en el sexo masculino. Bouza E, y colbs, (3) explican en sus estudios que existe una tendencia discretamente superior en el sexo femenino para la prevalencia quizás provocado porque estén expuestas a entornos más aglomerados en mercados y tiendas. En el presente estudio predominó el sexo masculino con 57,1% (12) por una lógica asociación a que los pacientes con VIH/SIDA sí suelen ser más prevalentemente del sexo masculino que femenino; esto debido a que como grupo tiene mayor riesgo de exposición por la presencia de hombres que tienen sexo con otros hombres. Por informes mundiales de OMS de ONUSIDA se conoce que el riesgo de enfermar de hombres por VIH es muy alto con respecto a mujeres y que 9 por cada 10 enfermos son del sexo masculino.

Con los inicios de la epidemia aparecieron hipótesis de que el tratamiento antirretroviral podía influenciar en la historia natural de la evolución del COVID-19; este elemento fue descartado por autores en estudios de importante impacto. (4,8,12). En el presente estudio la mayoría sustancial de los pacientes tenían controlada su enfermedad crónica por lo cual se obtuvieron resultados similares a las conclusiones de Altamirano A, (13) que plantea que, en pacientes portadores de VIH, con adecuado tratamiento que logran un control adecuado de su enfermedad, con adecuado tratamiento y buena evolución clínica no hay evidencias de que el COVID-19 presente características particulares diferentes al resto de la población. No obstante, se considera que continúa siendo un factor importante hacia formas graves y muerte cuando no se logra el adecuado manejo del VIH o cuando se obtiene en formas ya graves del SIDA por diferentes causas. (11,13). Tesoriero JM, y colabs, también concluyen que cuando los pacientes no tienen los elementos para un adecuado control de su carga viral, expresada en niveles celulares menores que los estándares suele producirse formas clínicas diferentes y más graves de la enfermedad que pueden llevar a la muerte. (15) Se considera que en el presente estudio coinciden los resultados con estos autores ya que 95,2% (14) cumplían con un esquema completo de tratamiento que denota control de la enfermedad. También Bouza E, y colabs. estudiando el comportamiento de las

consecuencias posteriores a la infección por SARS-COV-2 concluía que cuando el paciente con VIH era indetectable por un tratamiento optimo no existían diferencias en la evolución y consecuencias del COVID-19. (3) A pesar del trabajo intenso de ONUSIDA y la ampliación del tratamiento 15 millones de personas en el orbe que viven con VIH no tienen acceso a la terapia antirretroviral lo cual puede comprometer su sistema inmunitario y desarrollar formas clínicas diferentes de la enfermedad. (15)

En conclusión, predominaron los pacientes masculinos con VIH/SIDA y COVID-19 con edad promedio de 37,4 años y los procedentes de zonas urbanas estuvieron más representados lo que determina que no existen diferencias entre las variables socio-demográficas entre los PVV y la población general al enfermar de COVID-19. Ser portador de VIH/SIDA aunque no es un marcador que cambia la historia natural en la evolución de la infección por SARS-COV-2 sí se considera un factor de riesgo sobre todo en los pacientes que no hacen tratamiento médico y no tienen una evolución favorable.

CONCLUSIONES

Predominaron los pacientes masculinos de los que hubo concomitancia entre VIH/SIDA y COVID-19, la edad promedio fue de 37,4 años y los pacientes procedentes de zonas urbanas estuvieron más representados evidenciando un perfil de comportamiento similar a padecer sólo de COVID-19. Las manifestaciones clínicas de la COVID-19 fueron similares a las presentadas habitualmente y no guardan relación con el estado de seroconversión VIH. Ser contacto de un sospechoso o confirmado de COVID-19 fue el principal factor de riesgo epidemiológico en la población estudiada. Ser portador de VIH/SIDA aunque no es un marcador pronóstico que cambia la historia natural en la evolución de la infección por SARS-COV-2; sí se considera un factor de riesgo sobre todo en los pacientes que no hacen tratamiento médico y no tienen una evolución favorable. En los que lograron control adecuado de su padecimiento VIH no existieron diferencias significativas. Deja de ser un temor para el gremio científico la hipótesis de que el VIH por sí solo es un factor entorpecedor del pronóstico de la evolución por COVID-19. Permanecerán las dos pandemias azotando la humanidad, pero ya se ha logrado incrementar el conocimiento de ambas lo que redunda en un mejor control: conocer el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes con VIH/SIDA que

enfermaron de COVID-19 es la piedra angular para futuros estudios de intervención comunitarios para lograr un mejor control de ambas infecciones virales.

Referencias Bibliográficas:

1. Statista GmbH. Número de personas fallecidas a causa del coronavirus en el mundo a fecha de 15 de octubre de 2021, por país. Alemania: Statista GmbH; 2021 [consultado 12/12/2021]. Disponible en: https://es.statista.com/estadisticas/1095779/numero-de-muertes-causadas-por-el-coronavirus-de-wuhan-por-pais/
2. Organización Panamericana de la Salud. Actualización Epidemiológica Enfermedad por coronavirus (COVID-19) 27 de septiembre de 2021. Washington, D: C.: OPS; 2021 [consultado 13/10/2021]. Disponible en: https://www.paho.org/es/file/96708/download?token=pjF8pPMm
3. Bouza E, Cantón Moreno R, De Lucas Ramos P, García-Botella A, García-Lledó A, Gómez-Pavón J, et al. Síndrome post-COVID: Un documento de reflexión y opinión. Rev Esp Quimioter. [Internet] 2021. [consultado 15/10/2021]; 34(4):269-279. Disponible en: Https://doi:10.37201/req/023.2021/req023.2021.
4. Kadi N, Khelfaoui M. Population density, a factor in the spread of Covid-19 in Algeria: statistic study. Bull Natl Res. Cent. [Internet] 2020 [consultado 15/10/2021]; 4(1):1-7. Disponible en: http://doi.org/10.1186/s42269-020-00393-x.
5. MINSAP. Protocolo de actuación nacional para la COVID-19 (Versión 1.6). Cuba [Internet]. 2021 [consultado 15/10/2021]: Disponible en: https://files.sld.cu/editorhome/files/2021/03/Protocolo-COVID19-debate. 2021 Mar [consultado 15/10/2021]. Disponible en: http://www.cubadebate.cu/noticias/2021/03/09/los-ninos-Cuba_versi%c3%b3n-1.6.pdf
6. Sallete Rincón M, Carvallo Ruiz DE, Martínez Nuñez EN, Cristancho Orlandino MC. COVID-19: Fisiología e inmunopatología. Medicina Interna. 2021 [consultado 15/10/2021];37(1):3-12.
7. Mnauel Sierra, Jackeline Alger, Eleonora Espinosa, Ivan Espinoza, Mauricio Gonzales, Edna Maradaga, et al. Vulnerabilidad a la epidemia de ITS/VIH/SIDA en zonas rurales de Honduras. Rev Med Hondur. [Internet]. 2009 [consultado

15/10/2021]; 77(4)153-192. Disponible en: https://revistamedhondurena.hn/numeros/show/48

8. Bell Perez K, Coronado Rojas N, Polanco García B, Laugart Wilson A, Camepllo Cala M. Modificación de conocimientos acerca del VIH/SIDA en trabajadores de una fábrica de Guantánamo. RevInfCient [Internet]. 2016 [consultado 15/10/2021]; 95(5):[aprox 7p]. Disponible en https:www.revinfcientifica.sld.cu/index.php//ric/article/view/66[links]
9. Castellanos Bertot Y, Caracterización de los pacientes infectados por VIH SIDA en la provincia de Guantánamo. Rev. Ciencias Medicas. [Internet]. 2021 Ago [consultado 15/12/2021]; 25(4):e5069. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942021000400005%Ing=es. Epub01-Jul-2021.
10. Soto-Camejo C, CamejoPerez C, Soto Martinez O, Matos Jarrosay AZ, Luciano Aguilar D. Caracterización de la infección por VIH/SIDA en el municipio Guantánamo. RevInfCient[Internet]. 2021 [consultado 15/12/2021]; 100(2):[aprox 0p]. Disponible en https://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php//ric/article/view/3309[links]
11. Costenaro P, Minotti C. SARS COV-2infection in people living with HIV: a systematic review. 2021; 31:1-12. doi: 10.1002/rmw2155.
12. ONUSIDA.org. [Internet]. Oficina Regional de ONUSIDA para América Latina y el Caribe. 2020. [consultado 15/10/2021]; consultado 15/10/2021]. Disponible en https://onusidalac.org/1/indez.php/internas/item/2555-covid-19.
13. Altamirano A. Infección por COVID-19 en pacientes con VIH: una revisión narrativa. [Internet] Universidad Privada Antenor Orrego. UPAO-Tesis. 2020. [consultado 15/12/2021] Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.12759/6996.
14. Bhaskaran K, Rentsch CT, MacKenna B, Schultze A, Mehrkar A, Bates CJ, et al. HIV infection and Covid 19 death: a population-based cohort analysis of UK primary care data and linked national death registrations within the OpenSAFELY platform. Lancet HIV.2021; 8:e24-e32. doi:10.1016/s2352-3018(20)30305-2.
15. Tesoriero JM, Swain CE, Pierce JL, Zamboni L, Wu M. Holgrave DR et al. COVID-19 outcomes among persons living with our without diagnosis HIV infection in New

York State. JAMA Netw Open. 2021; 4:e2037069.doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.37069.

16. Jassat W, Cohen C, Masha M, Goldstein S, Kufa T, Savusleku D et al. COVID-19 in-hospital mortality in South Africa: the intersection of communicable and non-communicable chronic diseases in a high HIV prevalence setting. Med Rxiv. 2020:2020.12.21.20248409.doi: 10.1101/2020.12.21.20248409

Tabla 1. Distribución socio demográfica y clínica de los pacientes con VIH/SIDA enfermos de COVID-19.

Parámetro	No.	%
Edad:		
0 a 2 años	0	0
2 a 18 años	0	0
19 a 39 años	9	42.9
40 a 59 año	7	33.3
más de 60 años	5	19.0
Sexo:		
Masculino	12	57.1
Femenino	9	42.9
Nivel educacional:		
Ninguno	0	0.0
Primario completo	3	14.3
Secundario completo	7	33.3
Universitario completo	11	52.4
Procedencia:		
Urbano	15	71.4
Rural	6	28.6

*Fuente: Creación propia de datos propios de departamento estadístico de la Dirección Municipal de Salud de Florida.

Tabla 2. Características clínicas del padecimiento de VIH/SIDA

Parámetros de evolución VIH/SIDA	No	%
Tiempo de Infección VIH		
Menos de un año	2	9.5
1-5 años	5	23.8
6 a 10 años	6	28.6
Más de 10 años	8	38.1
Clasificación VIH/SIDA		

VIH indetectable(Carga Viral menos 50 copia/mL)	13	61.9
VIH carga viral detectable	6	28.6
Paciente con SIDA	2	9.5
Tratamiento:		
Con tratamiento anti-retroviral	20	95.2
Sin tratamiento anti-retroviral	1	4.8

*Fuente: Creación propia de datos propios de base de datos de los PVV en Florida

Tabla .3: Características clínico-epidemiológicas de la infección por COVID-19

Comportamiento clínico y epidemiológico de COVID-19	No.	%
Sintomatología clínica		
Rinorrea	11	52.4
Obstrucción nasal	7	33.3
Cefalea	7	33.3
Fiebre	6	28.6
Asintomática	5	23.8
Tos seca	5	23.8
Odinofagia	5	23.8
Pérdida del olfato	5	23.8
Pérdida del gusto	4	19.0
Diarreas	3	14.3
Rash	3	14.3
Disnea	3	14.3
Malestar general	2	9.5
Vómitos	2	9.5
Tipo de contacto infectante		
Contacto de caso confirmado	9	42.9
Contacto de caso sospechoso	5	23.8
Vive en zona de riesgo	4	19.0
Viajero internacional	2	9.5
No identificado	1	4.8
Clasificación clínica para COVID-19		
Leve	7	33.3
Moderada	9	42.9
Grave	4	19.0
Critico	1	4.8
Fallecido	0	0.0
Sitio de ingreso		
Domicilio	0	0.0
Centro de aislamiento	3	14.3
Sala de hospitalización abierta	13	61.9
Sala de Vigilancia Intensiva	2	9.5
Unidad de Cuidados	3	14.3

Intensivos		
Días de hospitalización		
Menos de 3 días	4	19.0
4 días	5	23.8
5 días	6	28.6
6 días	2	9.5
7 días	1	4.8
Más de 7 días	3	14.3

*Fuente: Creación propia de datos propios de Departamento Estadístico de la Dirección Municipal de salud de Florida.

Tabla 4. Descripción de las secuelas post-Covid19.

Distribución de las secuelas post-COVID-19	No.	%
Presencia de secuelas		
Si	13	61.9
No	8	38.1
Clasificación de las secuelas		
Psicológicas	13	61.9
Del sistema osteomioarticular	6	28.6
Respiratorias	5	23.8
Neurológicas	4	19.0
Endocrino-metabólicas	1	4.8
Vasculares	1	4.8
Necesidad de tratamiento rehabilitador		
Sí	12	57.1
No	9	42.9

*Fuente: Creación propia de datos propios de Departamento Estadístico de la Dirección Municipal de salud de Florida.