

REPÚBLICA DE CUBA

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA.

Dr. JOSÉ ASSEFYARA

POLICLÍNICO UNIVERSITARIO DOCENTE SUR MORÓN

Supervivencia de pacientes con SIDA en Morón desde enero de
1998 a diciembre de 2014.

Autor: Dra. Yusmely Maza García

Residente de Segundo Año en Medicina General Integral.

2015.

REPÚBLICA DE CUBA

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA.

Dr. JOSÉ ASSEFYARA

POLICLÍNICO UNIVERSITARIO DOCENTE SUR MORÓN

Supervivencia de pacientes con SIDA en Morón desde enero de
1998 a diciembre de 2014.

Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en
Medicina General Integral.

Autor: Dra. Yusmely Maza García.

Residente de Segundo Año en Medicina General Integral.

Tutora: Dra. Marisel Menéndez Román.

Especialista de 1er Grado en MGI.

Especialista de 1er Grado en Bioestadística.

Master en Infectología.

Profesor Instructor.

2015.

P e n s a m i e n t o

**P o d e m o s s e r l o m á s r e a l i s t a s p o s i b l e s , p e r o i n t e n t a r e m o s h a c e r
l o i m p o s i b l e r e a l i d a d , l o i m p o s i b l e e s l o q u e n a d i e h a h e c h o , p o r
e s o l e l l a m a m o s i m p o s i b l e , p e r o e n r e a l i d a d n o h a y n a d a
i m p o s i b l e s i n o d i f í c i l .**

E r n e s t o C h e G u e v a r a

A g r a d e c i m i e n t o s

- A la Revolución por darme la oportunidad de realizar mi sueño.
- A mi Familia en especial a mis padres por confiar siempre en mí.
- A mi chiquitico Ronny por darme todo su amor y la fuerza para seguir adelante.
- A mi esposo por su cariño y comprensión y por estar a mi lado siempre animándome para seguir adelante.
- A mi tutora: **Dra. Marisel Menéndez Román** por haber contribuido en mi formación, por su dedicación, ayuda, consejos e ideas que ayudaron a la gestación y terminación de este trabajo.
- Mi especial agradecimiento a un grupo de amigos y compañeros sin cuya ayuda y colaboración no hubiera sido posible la culminación de este trabajo.
- A TODOS y cada uno de los que de una forma u otra han colaborado con la realización de este trabajo.

... .. ¡! MUCHAS GRACIAS!!...

D e d i c a t o r i a

A m i h i j o R o n n y q u e m e h a
d a d o t o d a l a f u e r z a y e l a l i e n t o p a r a s e g u i r
a d e l a n t e .

Resumen

Se analizó la supervivencia de los pacientes que viven con Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (PVSIDA) en el municipio Morón para lo cual se realizó un estudio transversal analítico de corte con el objetivo de estimar la supervivencia de los pacientes que viven con SIDA en el municipio morón desde enero de 1998 a diciembre del 2014. El universo de estudio son todos los casos que hayan sido diagnosticados como enfermos de SIDA durante el periodo de estudio. Los métodos para la obtención de información fueron el análisis documental y el formulario. Se trazaron objetivos específicos como distribuir la población de objeto de estudio según grupo de edad, sexo, estado civil, orientación sexual y forma de contagio. Analizar la aparición de complicaciones y el estado de adherencia al tratamiento de acuerdo al tiempo de evolución de la enfermedad. Estimar un tiempo de supervivencia de estos pacientes desde su diagnostico hasta la fecha que finaliza su estudio. Proponer un plan de acción que ayude a mejorar la supervivencia de los pacientes que viven con SIDA. La mayor prevalencia de los casaos está en el grupo de edad de 25 a 49 años, con un predominio del sexo masculino; siendo la vía sexual la forma de contagio más importante. Por otro lado se pudo comprobar que el 100% de los PVSIDA, tuvieron complicaciones en la evolución de la enfermedad y más de la mitad de los casos no permanecen adheridos al tratamiento, siendo las causas más frecuentes: el olvido, las reacciones adversas, las deformaciones en el cuerpo y por que no quieren tomar medicamentos. Se estimó la supervivencia en la serie de los casos SIDA y la media fue aproximadamente de 8.7 años con un intervalo de confianza 95% = (6.85; 10.55).

Índice

1.0. INTRODUCCIÓN	1
2.0. MARCO TEÓRICO	7
2.1. Reseña histórica de la enfermedad	7
2.2. Epidemiología.	7
2.3. Vías de transmisión.	8
2.4. Evolución de la enfermedad.	9
2.5. Métodos de diagnósticos.....	13
2.6. Tratamientos de la enfermedad.	15
3.0. MÉTODO	18
3.1. Aspectos generales del estudio:	18
3.2. MÉTODOS PARA LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN:.....	18
3.3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	20
4.0. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	22
5.0. CONCLUSIONES	37
6.0. RECOMENDACIONES	38
7.0. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39

1.0. INTRODUCCIÓN

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) induce a un proceso crónico y progresivo con un espectro enorme de manifestaciones y complicaciones, desde la infección primaria hasta las infecciones oportunistas, los tumores y el desgaste (1). Han pasado 33 años desde que en 1981 se publicaron los primeros casos de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). En este tiempo más de 60 millones de personas se han infectado y actualmente el programa de SIDA de las Naciones Unidas estima que 40,3 millones de personas viven con el VIH y que durante 2008 se registraron 4,9 millones de nuevas infecciones. Esto da idea del impacto de la enfermedad convirtiendo al VIH/SIDA en una de las principales causas de muerte en todo el mundo y en un importante problema de salud pública con gran impacto socio-sanitario y diversos aspectos a tener en cuenta. Uno de ellos es la mejora en el diagnóstico precoz y el adecuado manejo del caso hacen que hoy día pueda considerarse una enfermedad crónica, de afectación multisistémica y multiorgánica (2).

Por otro lado, cabe resaltar que el diagnóstico precoz es fundamental para conseguir tanto un mayor impacto en prevención como para frenar la expansión de la infección y la aparición de diagnósticos tardíos: el 40,7% de las personas diagnosticadas de sida en 2005 no eran conscientes de estar infectadas en el momento del diagnóstico (cifra que asciende a 63,1% entre infectados por vía heterosexual y al 62,6% entre hombres que se infectaron por medio de relaciones homosexuales) (3-5). Durante estos 33 años han sido muchos los avances realizados en cuanto al manejo general, diagnóstico y tratamiento de la infección y de los procesos concomitantes, todo lo cual supone nuevos retos y esfuerzos enmarcados en el constante proceso de actualización de los especialistas (6).

Actualmente, más de 90 % de las infecciones por el VIH tienen lugar en países subdesarrollados, y son precisamente estos los de peor situación socioeconómica y de elevada prevalencia de enfermedades como la tuberculosis, la malaria, la esquistosomiasis etc.; muchas de ellas reconocidos cofactores que aceleran de la infección por el VIH y la progresión al SIDA (3,4).

Cuba se encuentra entre los países que tiene menor proliferación de la epidemia en la región del Caribe, con una prevalencia de 0,06 %. Al cierre de diciembre de 2005, 5532 individuos vivían con el VIH en la isla y 1 435 habían fallecido a consecuencia del SIDA (7, 8).

En 1986 se diagnostican los primeros casos de infección por el VIH y SIDA en el país y partir de ahí se trazaron las primeras estrategias educativas a través de todos los medios disponibles, en especial las intervenciones directas con la población, utilizando las potencialidades del Sistema Nacional de Salud (SNS) en especial en la Atención Primaria de Salud (APS) a través del modelo de atención médica familiar (8). Para garantizar toda esta atención integral se fueron implementando una red de centros especializados para la atención al Paciente que vive con el VIH (PVVIH) y ya en el año 1991 y en la actualidad existen en todas las provincias. En 1993 se adoptó una nueva modalidad: el sistema de atención Ambulatoria (SAA) en este existen los Equipos de Ayuda Mutua, que no son más que pequeños grupos formados por personas afectadas, que se reúnen a compartir sus vivencias en un ámbito de confianza, confidencialidad y camaradería. En estos grupos se estimula la autoayuda, permitiendo superar aislamientos, al conocer a otras personas que viven en igual condición de salud, propiciando un espacio cálido en el que compartir sentimientos, temores y dudas.

En 1998 se implementó una nueva alternativa el "Hospital de día" en este se les proporcionan conocimientos sobre el cuidado de su salud y de otras personas para un tiempo después salir a la comunidad siempre que no existan compromisos para la salud que aconsejen su ingreso y recibir allí atención de forma ambulatoria. (9)

El desarrollo de la terapia para la infección por el VIH es sin dudas uno de los sucesos más importantes de la medicina moderna. Desde los inicios, con la introducción de la zidovudina (AZT), prototipo de un grupo terapéutico general conocido como análogos de los nucleótidos e inhibidores de la reverso transcriptasa (IRTNS), hasta la generalización de los inhibidores de las proteasas virales a partir de 1995, piedra angular de la terapia antiretroviral de alta eficacia (TARVAE), la actitud de pacientes y médicos pasó de ser una ciega incomprensión a un evidente optimismo. (6)

Desde principios de 1996 las expectativas de los pacientes han cambiado considerablemente. En la actualidad existe un conocimiento más amplio de cómo se comporta el virus en el organismo y de sus mecanismos fisiopatogénicos, comprendiéndose mejor como interrumpir los pasos de su ciclo vital. Potentes fármacos se suman al arsenal con que se dispone en la lucha contra el VIH. A la par se han desarrollado exámenes de laboratorio que determina los niveles de replicación viral, y que permiten comprobar la eficacia y rapidez con que actúan los medicamentos. También se realiza el seguimiento y monitoreo del conteo absoluto de TCD4, lo que nos permite tener una visión más clara de cuando comenzar la TARVAE. (10, 11, 12)

Múltiples han sido las acciones, pero si bien el tratamiento viral es un acápite importante otros aspectos necesitan la atención del personal involucrado: la ayuda psicológica y el apoyo social (es bien conocido como estas personas en ocasiones, y en la mayoría de los países han sido objeto de discriminación, marginación y abandono social), la reconsideración de la relación médico-paciente, y la aceptación y respeto por la diversidad sexual, son factores que deben tenerse en cuenta a la hora de abordar este fenómeno. Los esfuerzos que se han hecho y se realizan son meritorias si se tiene en cuenta las dificultades y las barreras que nos ha impuesto el férreo bloqueo económico que mantienen los Estados Unidos de América sobre Cuba desde hace más de 50 años y que dificulta la adquisición de medicamentos necesarios en la cura de pacientes, así como de otros insumos necesarios al país para la prestación de servicios, pero se debe tener claro que no solamente es este aspecto lo que facilita la solución al problema del control del VIH/SIDA. (13, 14, 15, 16)

En relación a estos aspectos de la investigación se buscaron respuestas a interrogantes, que no han sido estudiadas en el municipio de Morón. Si bien aún falta mucho por investigar y descubrir no es menos cierto que en el municipio se trabaja desde que se diagnosticara el primer caso en 1986, y que se han notificado 85 casos de PVVIH y de ellos 51 son portadores del virus VIH y 34 han sido diagnosticados como caso SIDA, la prevalencia es baja de 509.2 x 106 habitantes hasta el año 2014, pero han fallecido 10 lo que representa una letalidad de 11.7% del total de casos.

En el municipio no se realizan adecuadamente las actividades que posibiliten las conductas de autocuidado, adherencia al tratamiento y prevención de complicaciones, además de la participación social con estos pacientes, que ayuden a mejorar su calidad de vida para alcanzar una mayor supervivencia, por ejemplo:

- Lograr que más del 50% de los promotores no sean Hombres que tienen sexo con otros Hombres (HSH) debido a la homofobia existente en nuestro municipio.
- Promover conductas sexual responsables en grupos vulnerables en la comunidad en general.
- Reforzar las acciones de consejería mantener sede permanente en la comunidad y reforzar además la educación de pares.
- Desarrollar proyectos de comunicación con HSH.
- Fortalecer la comunicación interpersonal, grupal y masiva para desmitificar el uso del condón.
- Facilitar la venta de condones en los nuevos centro ubicados en la comunidad y capacitar al personal en técnicas de promoción de ventas.
- Crear equipos de ayuda mutua capacitados y apoyarlos con materiales educativos.
- Realizar audiencias sanitarias sobre temas que sensibilicen a la comunidad incrementando la aceptabilidad del uso de los condones.

El objeto de estudio son los pacientes VIH/SIDA y el **campo de acción** estará dirigido a las acciones fundamentales en que se basa la atención integral al PVVIH.

Por ello esta investigación es factible y oportuna, buscando realizar de inicio un diagnóstico de la problemática y después aplicar un plan de acciones. Es relevante socialmente pues se beneficiaran los propios afectados y la sociedad, y en la práctica ayudara a resolver un problema de gran importancia que es proporcionar una calidad de vida óptima a estos pacientes, y proporcionará a los profesionales de la salud los conocimientos necesarios sobre la problemática de estos pacientes, brindando a la vez toda la información posible referente al contexto en que se desenvuelven.

Pregunta investigativa:

¿Cómo se estará comportando la supervivencia de los pacientes con sida en el municipio Morón?

Hipótesis:

Luego de analizar la supervivencia de pacientes que viven con SIDA en el municipio Morón durante el periodo Enero 1998 a Diciembre de 2014 y establecer relación entre variables que puedan influir en la supervivencia de estos pacientes se podrá elaborar un plan de acciones con actividades que posibiliten las conductas de autocuidado, adherencia al tratamiento y prevención de complicaciones, además de la participación con estos pacientes.

O b j e t i v o G e n e r a l .

Analizar la supervivencia de los pacientes que viven con SIDA en el municipio Morón.

O b j e t i v o s E s p e c í f i c o s .

1. Determinar la población objeto de estudio de acuerdo al Grupo de edad, sexo, estado civil, orientación sexual y forma de contagio.
2. Analizar la aparición de complicaciones y el estado de adherencia al tratamiento de acuerdo al tiempo de evolución de la enfermedad.
3. Estimar el tiempo de supervivencia de estos pacientes desde la fecha de su diagnóstico a la fecha en que finaliza el estudio.
4. Proponer un plan de acciones que ayude a mejorar la supervivencia de los pacientes que viven con SIDA.

2.0. MARCO TEÓRICO .

2.1. Reseña histórica de la enfermedad .

La infección por VIH/SIDA considerada como la «epidemia del siglo xx» integra el grupo de las enfermedades clasificadas como emergentes, es una causa de muerte prematura, tanto en los países occidentales como en los países en vías de desarrollo, siendo una de las causas que crece más rápidamente en los últimos años. En EE.UU., en términos de años potenciales de vida perdidos, es la cuarta causa de mortalidad en la población general y entre las personas de edades comprendidas entre los 25 y 44 años es la primera causa de muerte desde el año 1993. (17, 18)

ONUSIDA y la Organización Mundial de Salud (OMS) estiman, dado el subregistro existente, que desde el comienzo de la pandemia hasta finales de 1996 más de 2409 millones de hombres, mujeres y niños han sido infectados por el VIH, de los cuales 8.4 han desarrollado el sida y un 6.4 millones han fallecido por esta causa.

Se calcula que para el inicio del próximo milenio se habrán infectado por el virus más de 20 millones de niños y adultos y habrán desarrollado la enfermedad más de 10 millones de adultos. Por otro lado se estima que aproximadamente un tercio de los recién nacidos de madres infectadas son portadores del VIH y se pronostica que para esta fecha habrá de 5 a 10 millones de niños que aun cuando no se hayan infectado con el virus procedente de la madre, habrán quedado huérfanos a causa del sida. (19- 21)

Los primeros signos de infección con VIH pueden ser inflamación de los ganglios y síntomas gripales. Los mismos pueden presentarse y desaparecer un mes o dos después de la infección. Los síntomas graves pueden no aparecer hasta pasados meses o años.

2.2. Epidemiología .

El sida es una enfermedad transmisible de origen viral, que se caracteriza por presentar deterioro grave del sistema de defensa del organismo (sistema inmunológico) y daño a diversos órganos y tejidos debido a la acción directa del virus. El sida representa la etapa final y más grave de la infección viral; sin embargo para llegar a ella la infección tiene que pasar por una serie de etapas previas, cada una de ellas con sus propias manifestaciones. Se establece el diagnóstico de sida en el momento en que el colapso del sistema inmune es de tal severidad que el individuo se encuentra incapacitado para defenderse de diversos microorganismos (infecciones oportunistas) y células tumorales responsables de su muerte. (19, 20)

Como se expuso anteriormente, hasta hoy se han identificado 2 virus causantes de esta enfermedad: VIH-1 y VIH-2. La mayoría de las personas infectadas en el mundo y en nuestro país portan el primero, el cual es más agresivo que el segundo. Por tal razón, el período que media entre la infección con el virus y el desarrollo del SIDA es más largo en el caso del VIH-2; sin embargo, como los aspectos clínicos y epidemiológicos son muy similares entre sí, en lo adelante se hará referencia a ellos de forma conjunta.

Una vez identificada la afección, la Organización Mundial de la Salud reconoció 3 patrones epidemiológicos de infección por el VIH, que actualmente no se toman en cuenta, pues de forma general el número de infectados se ha incrementado en todas las áreas. El comportamiento sexual homobisexual ha venido experimentando un aumento muy cercano al heterosexual en todos los países, así como el de los casos por uso de drogas endovenosas (18, 35).

2.3. Vías de transmisión.

Existen diferentes vías de transmisión que son comunes para ambos tipos de virus:

-  **Transmisión sexual (homosexual y bisexual):** Que es la principal forma de transmisión. Mucha más común de hombre a mujer que de mujer a hombre. La transmisión entre mujeres no es frecuente. La transmisión de hombre a hombre es muy frecuente. Un solo contacto sexual no siempre es capaz de transmitir la infección.
-  **Transmisión vertical:** Mucho más frecuente cuando son niños cuyos padres son seropositivos. Muy frecuente la infección durante el parto y poco frecuente si se realiza cesárea. Las infecciones transplacentarias alcanzan casi un 30-50%.
-  **Transmisión sanguínea (receptores de órganos, receptores de sangre, uso de drogas y otros medicamentos por vía parenteral):** Hay dos grupos de riesgo fundamentales: aquellos receptores de sangre y aquellos receptores de drogas bajo condiciones no adecuadas. Actualmente el riesgo de transmisión por transfusiones no es muy alto debido a los controles que se realizan en los lugares donde se procesa la sangre o sus derivados, sin embargo, sigue siendo elevada la transmisión en aquellas personas adictas a drogas parenterales. Existe también el riesgo en trabajadores de la salud que no cumplen las normas internacionalmente establecidas para trabajar con líquidos o tejidos corporales.

2.4. Evolución de la enfermedad.

La historia natural de la infección por el VIH está dividida en los siguientes estadios: (19-21)

- ✚ Transmisión viral (contacto sexual, medicamentos de uso parenteral, transmisión vertical, accidentes de trabajo, etc).

- ✚ Infección primaria por el VIH (también llamada infección aguda primaria o síndrome de seroconversión aguda, con manifestaciones clínicas generalizadas y por tanto pocas veces reconocida por los médicos).

- ✚ El tiempo de comienzo de los síntomas después de la exposición es de tres a cuatro semanas, pero puede ser tan largo como de hasta diez meses. Los síntomas típicos son fiebre, adenopatías, faringitis, rash, mialgias o artralgias, diarreas, cefalea, náuseas, vómitos, hepatoesplenomegalia y aftas orales.

Las manifestaciones de meningitis, neuritis, parálisis facial, psicosis, etc son menos frecuentes pero no son raras. Desde el punto de vista de los parámetros de laboratorio, se presentan con frecuencia linfocitosis con depleción de células TCD4, aumento de células TCD8 y a menudo linfocitos atípicos.

- ✚ Seroconversión (aparece al término de tres a doce semanas después de haberse efectuado la transmisión. El intervalo medio es de 63 días; aunque existen casos de mucho más tiempo).

- ✚ Período clínico latente con o sin adenopatía persistente generalizada.

- ✚ Infección sintomática temprana conocida como Complejo Relacionado al SIDA. y más recientemente referida al estadio B de acuerdo a la clasificación de 1993 (candidosis oral, leucoplasia pilosa oral, neuropatía periférica, displasia cervical, síntomas constitucionales, herpes zoster recurrente, púrpura trombocitopénica idiopática y listeriosis).

✚ SIDA (condiciones de acuerdo a los criterios de la clasificación de 1993 o con conteo de CD4 menor de 200 células/mm³).

✚ Infección avanzada caracterizada por conteo de CD4 menor de 50 células/mm³ de sangre. Estos pacientes tienen muy limitadas su expectativa de vida con un promedio de 12-18 meses. Virtualmente todos los pacientes que mueren con complicaciones relacionadas al VIH están en el estadio de la categoría de menos de 50 células/mm³ de sangre). (19, 20, 21)

Desde el momento en que el VIH infecta a un paciente (independientemente de la vía), prolifera de forma continua y rápidamente se disemina sobre todas las estructuras linfoides (la carga viral de los ganglios linfáticos es muy superior a la plasmática). Cabe distinguir:

I- Una fase precoz o aguda de varias semanas de duración y con una viremia muy alta que disminuye muy rápidamente debido a la actividad del sistema inmune lo cual es diferente de un paciente a otro y determina su pronóstico futuro.

II- Una fase intermedia o crónica de varios años de duración con replicación viral activa, viremia de nivel intermedio y variable de unos pacientes a otros y relativamente estable. El nivel de viremia circulante es el marcador pronóstico mejor y más precoz.

III- Una fase final o de crisis, en que la viremia vuelve a elevarse, desciende la cifra de linfocitos TCD4 por debajo de 200 células/mm³ de sangre y aparecen complicaciones infecciosas o neoplásicas. La secuencia promedio de eventos de un paciente que no recibe tratamiento es de aproximadamente diez años contando desde la seroconversión hasta la muerte. Dos importantes variables predicen de forma aproximada la evolución individual de una persona: la carga viral y el conteo de linfocitos TCD4. La tasa promedio de declinación de linfocitos TCD4 es de aproximadamente 50 células/mm³ de sangre en un año (sin terapia) y un aumento entre 30 000-50 000 copias virales por ml en un año. Por tanto el pronóstico en términos de tiempo hacia la muerte se incrementa con una disminución de las células CD4 y un aumento de la carga viral.

El factor principal en el control de la replicación en el VIH es la respuesta de las células T citotóxicas las cuales son reguladas por las células TCD4. Los factores relacionados con el retardo hacia la progresión de la enfermedad incluyen:

- Baja carga viral.
- Arquitectura de los ganglios linfáticos conservada.
- Incremento de la actividad de las células TCD8
- Cepas de virus formadoras de sincitio.

El principal efecto del virus es destruir los linfocitos TCD4 e inactivar los linfocitos T citotóxicos CD8. La reducción de las células TCD4 produce una inmunosupresión que al final da lugar al cuadro clínico conocido como sida. Los linfocitos T citotóxicos CD8 destruyen células infectadas por los virus y previenen el incremento de la infección. Ello representa uno de los medios de destrucción del VIH. Los anticuerpos no son efectivos para el control de la infección, de hecho los anticuerpos pueden incrementar la virulencia de la infección viral debido a que están involucrados en el fenómeno de apoptosis (muerte celular programada) a través de la formación de superantígenos. (22, 23)

La clasificación del VIH/SIDA ha pasado por múltiples etapas más a menos complejas, todas y cada una de ellas tienen su utilidad en dependencia del lugar donde nos encontremos prestando nuestra asistencia médica. La clasificación dada por el Centro para la Prevención y Control de Enfermedades de Norteamérica y la Organización mundial de la salud (CDC/OMS) revisada en 1987 fue desarrollada con fines epidemiológicos, por consiguiente no facilita el manejo clínico ni proporciona información para el pronóstico.

Actualmente la mayoría de los autores prefiere el uso de la clasificación de 1993 que combina el conteo de células TCD4 y las manifestaciones clínicas del paciente.

CATEGORÍAS SEGÚN CONTEO DE CÉLULAS TCD4	CATEGORÍAS CLÍNICAS		
	A ASINTOMÁTICO O ADENOPATÍAS GENERALIZADAS O INFECCIÓN AGUDA	B SINTOMÁTICOS (NO INCLUYEN CATEGORÍAS A O C)	C CONDICIONES INDICADORAS DE SIDA (1987)*
> 500 cél/m m 3 (> 29 %)	A 1	B 1	C 1
200-499 cél/m m 3 (14-28 %)	A 2	B 2	C 2
< 200cél/m m 3 (< 14 %)	A 3	B 3	C 3

Todos los pacientes de las categorías **A 3**, **B 3** y **C 1-2-3** son considerados como casos SIDA.

La historia de la pandemia VIH/SIDA se puede dividir en dos etapas. La primera etapa comprendería desde su descripción inicial y el descubrimiento del agente causal en la década de los 80, en la cual la enfermedad tenía una evolución natural y los médicos sólo podían tratar las complicaciones, es decir las enfermedades oportunistas y una segunda etapa después de la aparición de las terapias combinadas después del año 1996. (22, 23) Según la definición de la OMS, una enfermedad oportunista es aquella que no ocurre normalmente, por la capacidad del sistema inmunitario del organismo de controlarla, pero que puede constituir un problema mayor cuando existe inmunodeficiencia. Consecuentemente, las enfermedades oportunistas propiamente dichas solamente se desarrollan en individuos con sistema inmunitario deprimido. Este concepto es importante ya que explica por qué enfermedades comunes como la tuberculosis pulmonar que pueden ocurrir en individuos inmunocompetentes no son consideradas oportunistas por la OMS, independientemente de que el CDC de Atlanta incluye ésta y otras enfermedades como indicadores de la categoría sida en individuos portadores del VIH.

Las enfermedades oportunistas continúan siendo una causa mayor de morbilidad y de mortalidad en pacientes con SIDA. Y por ello en las últimas recomendaciones del CDC ha sido demostrado un efecto beneficioso en el uso temprano de las drogas antirretrovirales en individuos con sida y enfermedades oportunistas para las cuales solo existe un tratamiento limitado o no existe tratamiento específico efectivo, como es el caso de la *Cryptosporidiosis*, *mycrosporidiosis*, la leuco encefalopatía multifocal progresiva, la encefalopatía del virus de inmunodeficiencia humana, el síndrome de consumo o desgaste e incluso el sarcoma de Kaposi.

2.5. Métodos de diagnósticos.

Para diagnosticar la infección por retrovirus humanos se utilizan las pruebas de laboratorio, que se clasifican en directas e indirectas. Las directas, facilitan el diagnóstico precoz de la infección, pues permiten detectar la presencia del virus o de sus constituyentes (proteínas y ácido nucleico) aún antes de desarrollarse la respuesta de anticuerpos frente a ellos, pero tienen el inconveniente de ser muy costosas; entre estas pruebas figuran: antigenemia P24, cultivo viral y reacción en cadena de la polimerasa. Las dos últimas junto al *Western blot*, se utilizan para el diagnóstico de la infección en los niños, causada por la transferencia pasiva de anticuerpos de la madre al recién nacido.

Las pruebas indirectas demuestran la respuesta inmune por parte del huésped y están basadas en estudios serológicos para la detección de anticuerpos en el suero. La presencia de anticuerpos antiVIH, lejos de reflejar una exposición y erradicación inmune del virus en el pasado, significa el estado de portador actual.

Por otra parte, las serologías son específicas para cada retrovirus (VIH-1, VIH-2), por lo que deben de hacerse de forma independiente. Así, la serología VIH (ELISA o microELISA) se utiliza como prueba de cribado y la *Western blot* es la confirmatoria. La radioinmunoanálisis e inmunofluorescencia son pruebas que a pesar de su especificidad no se utilizan de rutina como método de diagnóstico, pues se reservan para casos que no estén bien definidos por los métodos anteriores.

Todas estas pruebas necesitan no menos de 7 días para realizarlas y obtener un resultado; sin embargo, como existen pacientes que no vuelven al laboratorio para conocer el resultado de la misma, se desarrollan las pruebas de diagnóstico rápido de la infección por VIH, como alternativa en el escenario clínico y de vigilancia epidemiológica. Inicialmente, dichas pruebas no contaban con gran aceptación, lo cual ha sido superado por las generaciones actuales.

Hoy día, el programa nacional de prevención y control de las ITS/VIH-sida ha incorporado la prueba rápida al diagnóstico de la infección por VIH, teniendo en cuenta su eficacia y lo fácil que resulta su realización, puesto que para hacerla no requiere necesariamente de un laboratorio y puede efectuarse por personal entrenado para esa tarea; solo es importante que se cumplan las normas técnicas que indica el fabricante y que sea la técnica certificada y autorizada por el Ministerio de Salud Pública.

Ahora bien, la prueba HEXAGON (de diagnóstico rápido de la infección por VIH/sida) está disponible en los distintos centros asistenciales de atención primaria y secundaria de salud para conocer presuntivamente si la persona tiene o no infección por VIH/sida. La misma representa una herramienta útil para perfeccionar tanto el diagnóstico como la atención a grupos vulnerables; permite fortalecer la vigilancia epidemiológica en situaciones, lugares y grupos de población específica; es de fácil aplicación, alta sensibilidad y especificidad. Su desempeño ha sido probado con paneles bien caracterizados. Si resulta positiva, se sigue el algoritmo diagnóstico establecido nacionalmente por el programa antes citado. Asimismo, está considerada como otro método diagnóstico de la infección por VIH/sida y junto a la serología UMELISA, si es positiva, se cumple el requisito de tener 2 estudios serológicos positivos por métodos distintos; entonces se realiza el estudio confirmatorio para definir si es o no un paciente infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana.

Es evidente que, al igual que las demás, lleva la correspondiente consejería antes y después de realizarla, entonces que esta prueba es de gran utilidad en la práctica clínica donde se deben tomar decisiones cuando está en peligro la vida de un paciente, como es el caso de los comienzos clínicos o los accidentes ocupacionales para saber el seroestado de la fuente. No se puede obviar. (19, 23,38)

2.6. Tratamientos de la enfermedad.

Las drogas antirretrovirales actúan sobre diferentes pasos necesarios para la replicación viral, hasta la fecha las más extendidas son aquellas drogas que actúan sobre la transcriptasa inversa y las drogas que actúan sobre las proteasas; aunque ya existen fármacos capaces de inhibir otros sitios tales como los inhibidores de la fusión y los de la integrasa.

Los **Inhibidores de la Reverso Transcriptasa (IRT)** alteran la función de la enzima llamada reverso transcriptasa que es la que utiliza el VIH para cambiar su mensaje genético a una forma que pueda ser fácilmente insertada dentro del núcleo de la célula infectada. Es la encargada de hacer una copia en ADN del ARN viral de manera que este pueda insertarse en el ADN celular mediante la acción de las integrasas y así producir proteínas del VIH necesarias para la auto reproducción viral. (19, 20, 21, 22, 23)

Los **Inhibidores de las Proteasas (IP)** son fármacos con una potente actividad antiviral. La proteasa del VIH es requerida para el clivaje del polipéptido *gag-pol* en sus partes funcionales y la inhibición de este clivaje trae como consecuencia una disminución en la producción de viriones maduros. O sea estos medicamentos se parecen a los trozos de la cadena de proteína que la proteasa corta normalmente. Al adherirse a la proteasa, los IP previenen que la proteasa corte las cadenas largas de proteínas y enzimas en trozos más cortos que el virus necesita para reproducirse en nuevas copias de sí mismo.

Como se expuso anteriormente la primera droga antirretroviral conocida fue el AZT en 1987 que en un inicio fue utilizado como monoterapia. Más tarde aparecieron el DDI (Didanosina) y el DDC (Zalcitabina) pero igualmente fueron usadas como monoterapia por lo cual la obtención de beneficios fue temporal. Ya en el año 1995 se demostró que los regímenes que utilizaban la combinación de dos drogas especialmente el AZT más DDI resultaban más efectivos en detener la progresión de la enfermedad y aumentar el número de linfocitos TCD4+, comenzándose a ver una disminución en la mortalidad por sida. (22 – 24)

En 1996 cuando aparecen los inhibidores de proteasas y con un mayor conocimiento en la patogenia del VIH, la comunidad científica se llenó de un optimismo sin precedentes al aparecer esquemas terapéuticos que combinaban tres fármacos, uno de ellos un inhibidor de proteasas, conocidos como TARVAE, los cuales no sólo eran capaces de aumentar el número de CD4 sino que además disminuían la carga viral a niveles indetectables con un impacto notable en la mortalidad por sida y un aumento en la sobrevivencia de los enfermos y en la calidad de vida de estos. Paralelo a la aparición de los inhibidores de proteasas fueron desarrollados también los inhibidores no análogos de la reversotranscriptasa constituidos por Nevirapina, Delaverdine y en 1998 el Efavirenz que también se han sumado al arsenal terapéutico y han aumentado el número de combinaciones posibles contra el sida.

La supervivencia tras el diagnóstico de sida es un parámetro muy importante para valorar la incidencia de las distintas intervenciones terapéuticas y para planificar los cuidados sanitarios de los pacientes. En los países desarrollados, esta supervivencia ha aumentado en los últimos años, debido a la introducción del tratamiento antirretroviral, a la profilaxis primarias y secundarias de diversas infecciones oportunistas, a los cambios en las definiciones de sida y al mejor conocimiento de la infección por VIH y sus complicaciones, lo que permite un diagnóstico y tratamiento más precoces. Múltiples son los factores que influyen en la supervivencia del sida entre ellos se incluyen factores demográficos, clínicos, inmunológicos, virales, terapéuticos y temporales. (22 – 24)

Los aspectos más importantes son los relacionados con las medidas de autocuidado del propio paciente que incluyen: la asistencia a consultas de seguimiento, la realización de los exámenes periódicos de monitoreo y la adherencia al tratamiento, pilares fundamentales en el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes.

En nuestro municipio contamos con una población total de 66765 de ellos 33218 son femeninos y 33547 masculinos estando Dispensarizada: 66 117 para un 99 % siendo el GI 8138 pacientes GII 31314 pacientes, GIII 23805 pacientes, GIV 964 pacientes con una esperanza de Vida al Nacer de 77.9.

- Tasa de Mortalidad General 6.4 x 10 000 hab.
- Tasa Bruta de Natalidad 11.4 x 1000 hab.
- Tasa de Fecundidad General 42.7 x 1000 Mujeres

Hemos logrado una tasa de mortalidad infantil inferior a $4,5 \times 1000$ nacidos vivos, una tasa de mortalidad del menor de 5 años inferior a $6 \times 10\ 000$ nacidos vivos y tasa de mortalidad materna directa inferior a $26 \times 100\ 000$ nacidos vivos. (L-154). En cuanto a la población dispensarizada con riesgo de ITS con prueba de VIH realizada negativa tenemos un total de 15258 con respecto a la incidencia de la infección por VIH el 100% de los casos del ultimo año son del sexo masculino, El 100% la forma de contagio fue sexual. No tuvimos debut clínico, ni muerte por cusa de SIDA, sino por enfermedades oportunista, por lo que acumulamos 10 fallecidos del total de incidencia acumulada para un índice de letalidad de 11.7% La tasa de prevalencia municipal es de $509,2 \times 106$ habitantes. La prevalencia del municipio es de 85, del total de prevalencia 34 son casos SIDA y 51 son portadores de la infección por el VIH.

3.0. MÉTODO

3.1. Aspectos generales del estudio:

Se realizó un estudio transversal analítico, de corte con el objetivo de estimar la supervivencia de los pacientes que viven con SIDA en el municipio de Morón durante el periodo de Enero de 1998 a Diciembre de 2014.

Universo.

El universo de estudio quedo conformado por todos los casos que fueron diagnosticados como enfermos de SIDA (34) en el municipio durante el período de estudio.

Criterios de inclusión y exclusión:

Todos los casos que fueron diagnosticados de SIDA durante el periodo de estudio.

- Se consideró además el consentimiento de acceso a una parte de la base de datos SIDA TRAT en el departamento de Epidemiología del centro municipal de Higiene y Epidemiología de Morón.(Anexo 1)
- Se excluirán todos los que no cumplan con los anteriores.

3.2. MÉTODOS PARA LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN:

Análisis síntesis método teórico: permitió hacer un estudio de las tendencias mundiales en cuanto al comportamiento de la enfermedad a nivel mundial y nacional y la importancia del seguimiento de la enfermedad para su mejor control.

♦ **Formulario:** Permitted la recolección de la información para su posterior tabulación.

♦ **Análisis documental:** Base de datos SIDA TRAT en el departamento de Epidemiología del centro municipal de Higiene y Epidemiología de Morón. Se utilizó para la obtención de las variables y estimación del tiempo de supervivencia.

CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Principales variables de medición de respuesta:

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	VARIABLE OPERACIONALIZADA
GRUPO DE EDAD	Cuantitativa continua interval	15 -24 25 - 49 50 y más
SEXO	Cualitativa nominal dicotómica	M o F
ESTADO CIVIL	Cualitativa nominal dicotómica	Soltero Casado
ORIENTACION SEXUAL	Cualitativa nominal dicotómica	Heterosexual Bisexual
FORMA DE CONTAGIO	Cualitativa nominal politómica	Sexual Parenteral Vertical
TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD	Cuantitativa continua interval	Menos de 1 año 1 a 3 años 4 a 6 años 7 a 9 años Más de 10 años
COMPLICACIONES	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	Cualitativa nominal dicotómica	Sí - Si el paciente se ajusta a las prescripciones médicas que incluye restricciones dietéticas y horario de las tomas. No - Si el paciente no se ajusta a las prescripciones médicas que incluye restricciones dietéticas y horario de las tomas

3.3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Medición: Una vez concluida la recopilación del dato primario se procedió al recuento individual de cada unidad de información, para cuyo análisis se confeccionaron tablas de contingencia, empleándose el número absoluto, porcentaje, tasas, desviación típica y media como medidas de resumen para las variables cualitativas y cuantitativas. Se realizaron gráficos a todas las variables de importancia.

Se calculó la Tasa de prevalencia y de letalidad utilizando la población estimada para el año 2014 para las áreas de salud y municipio: Área Norte (30675); Área Sur (36090) y municipio (66765).

$$TP = \frac{\text{casos nuevos} + \text{casos viejos en lugar y tiempo X}}{\text{población total en lugar y tiempo X}} \times 10^n$$

$$\text{Tasa de letalidad} = \frac{\text{Total de fallecidos por la enfermedad durante periodo de estudio}}{\text{Total de casos de la enfermedad durante el periodo de estudio}} \times 100$$

Para estimar la Supervivencia se utilizó el Método del Producto Límite o estimador de Kaplan-Meier (25-27) cuyo estadígrafo es el siguiente:

$$S(t_i) = \frac{r_i - m_i}{r_i} \cdot S(t_{i-1})$$

Esta es una probabilidad condicional donde:

$S(t_i)$ = Probabilidad de sobrevivir hasta t_1 = Probabilidad de sobrevivir hasta t_2 / sobrevive hasta t_1

Para realizar el análisis de supervivencia se tuvieron en cuenta la fecha de diagnóstico como **fecha inicial** y la **fecha de corte del estudio** fijada por la investigadora para terminar el seguimiento, por lo que del tiempo transcurrido entre ambos resultará el **período de seguimiento**. En la investigación se observó la ocurrencia de la mortalidad a partir de la fecha de diagnóstico.

Pueden darse diferentes situaciones en el análisis:

La muerte: ocurrió el evento o fracaso.

Pérdida del seguimiento: observación censurada.

Muerte por otras causas: observación censurada.

Es excluido del estudio sin haber ocurrido el evento: observación censurada.

No ocurre el evento en el período de observación: observación censurada.

Observación censurada: Es aquella que cuando se llega al final del período de observación fijado por el investigador previamente, hay individuos a los cuales no ha ocurrido el evento y no se conoce cuándo le ocurrirá. Por lo tanto, no se conoce el tiempo real de supervivencia para ellos, solo se conoce el tiempo de supervivencia hasta el final del estudio.

Los datos fueron procesados en el paquete estadístico SPSS v.15 y para los textos y gráficos se utilizaron los programas Microsoft Word y Excel 2010.

ÉTICA

Toda la información utilizada en este estudio se conservó bajo los principios de máxima confiabilidad. El uso de la misma ha sido únicamente con fines científicos. Se tuvieron en cuenta los principios de la ética dados por:

- Respeto la vida humana
- Respetar la dignidad de la persona
- Ser fiel al paciente y a su salud, la que en principio debe estar por encima de cualquier otra conveniencia.

Para dar respuesta a los objetivos propuestos se confeccionó un informe final teniendo en cuenta los requisitos docentes- metodológicos exigidos por el departamento de Post-Grado de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

4.0. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Tabla No 1: Serie histórica de tasas de incidencia de VIH/SIDA. Morón 1986-2014.

Año	Tasa	Año	Tasa	Año	Tasa	Año	Tasa
1986	1.98	1994	0	2002	3.21	2010	8.20
1987	0	1995	0	2003	4.80	2011	6.20
1988	0	1996	0	2004	11.0	2012	2.30
1989	1.91	1997	0	2005	3.29	2013	1.58
1990	0	1998	0	2006	6.48	2014	4.35
1991	0	1999	0	2007	4.82		
1992	5.23	2000	0	2008	11.34		
1993	1.81	2001	8.08	2009	6.30		

Desde la notificación del primer caso de VIH/SIDA en el año 1986, ha seguido un curso ascendente hasta el año en curso (85 casos) con tasas de incidencia que han alcanzado la cifra de 11.00 y 11.34 x 10⁵ en el año 2004 y 2008 respectivamente. La tasa de prevalencia municipal es de 127.31 x 100 000 habitantes. La letalidad de la enfermedad es del 11.7% con 10 casos fallecidos por esta causa. En lo que se refiere al comportamiento relacionado con el país el municipio se encuentra por debajo de la media nacional y la provincia no se encuentra en el grupo de las de mayor incidencia. Cuba tiene hoy una de las tasas más bajas estimadas de prevalencia con 0.07% en población sexualmente activa (8) (Ver Anexo 2).

Tabla 2: Distribución de los casos notificados VIH/SIDA de acuerdo al grupo de edad y sexo.

Grupo de edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	VIH	SIDA	VIH	SIDA	No	%
Menos de 25 años	6	5	4	4	19	22.35
25 a 49 años	35	17	2	6	60	70.60
50 años y más	3	2	1	-	6	7.05
Total	44	24	7	10	85	100.00

En el tabla 2 se puede observar que el grupo de edad de 25 a 49 años es el de mayor predominio VIH/Sida con el 70.60 %, donde el sexo masculino con el 52 enfermos, es el de mayor aporte. Es importante destacar que no tenemos casos menores de 15 años contagiados con el virus. La media de edad resultó de 35 años $\pm$ 5 años, con una mediana de 36. (Ver Anexo 3)

Resultados muy similares se han obtenido en investigaciones realizadas dentro y fuera del país. En un estudio realizado en el municipio encontró que la media de edad resultó de 37 años $\pm$ 6 años, con una mediana de 38 (28); mientras que en Brasil se encontró, el 77,3% hombres y el 22,7% mujeres, con una edad media de 31,2 $\pm$ 7 años (límites: 15 a 73) (29).

En Cuba, los mayores de 12 años que se encuentran en SAA, conforman una población mayoritariamente masculina, el 80% son hombres y en consecuencia, la proporción de mujeres es apenas del 20%. La edad media y la edad mediana ronda los 35 años, siendo ligeramente superior en el caso de los hombres. Por grupos de edad la mayor concentración de estas personas se da en el grupo 25 a 44 años. No obstante mientras las mayores proporciones de hombres se encuentran en ese grupo (72.1%), las mujeres se concentran mayoritariamente entre los 20 y los 39 años. Este patrón por edad tiene cierto diferencial por sexo. La edad media de los hombres es de 36 años, y la de las mujeres es 33. La proporción de PVS hombres menores de 30 años es de 27,5% y la de las PVS mujeres de 37,5%. (30)

Tabla 3: Distribución de los PVS de acuerdo al estado civil y el sexo.

Estado civil	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	NO	%	NO	%	NO	%
Casado	4	16.66	3	30.00	7	20.58
Soltero	8	33.34	4	40.00	12	35.30
Acompañado	12	50.00	3	30.00	15	44.12
Total	24	70.58	10	29.42	34	100.00

En cuanto al estado civil de los 34 casos el 44.12% se encontraba acompañado, siendo el sexo masculino el de mayor aporte con el 50.00 % en esta categoría, seguida de la categoría soltero y casado con el 35.30% y 20.58% respectivamente como se puede observar en la tabla No 3.

En países desarrollados como Estados Unidos resulta extremadamente difícil hacer el diagnóstico y seguimiento de los casos debido a que la promiscuidad y la prostitución influyen como factor importante de riesgo de esta enfermedad.

Chile es de América del Sur, presenta resultados similares al estudio realizado, no así Brasil en el cual predomina el estado civil soltero. (29-31)

Tabla 4: Distribución de los de los PVS de acuerdo a la orientación sexual y sexo

Orientación sexual	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	NO	%	NO	%	NO	%
Heterosexual	6	25.00	10	100.00	16	47.05
Bisexual	18	75.00	-	-	18	52.95
Total	24	70.58	10	29.42	34	100.00

En cuanto a la orientación sexual y el sexo tenemos en el municipio 16 Heterosexuales para un 47.05% y 18 Bisexuales para un 52.95% ya que no podemos asegurar que estos últimos sea completamente Homosexuales.

En países como Estados Unidos y Canadá la orientación sexual de cada persona es más liberal, siendo frecuente que la incidencia de esta enfermedad sea mayor en los bisexuales. (32-37)

Tabla 5: Distribución de los PVS de acuerdo a la forma de contagio y el sexo.

Forma de contagio	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	NO	%	NO	%	NO	%
Sexual	19	79.16	10	100.00	29	85.29
Parenteral	5	20.84	-	-	5	14.71
Vertical	-	-	-	-	-	-
Total	24	70.58	10	29.42	34	100.00

Los resultados obtenidos en cuanto a la forma de contagio es muestra de la labor que se realiza en todo el país en la promoción de las medidas de protección contra el virus (Tabla 5, Ver Anexo 4).

En la investigación la causa más frecuente manifestada para el contagio es el sexo sin protección lo que representa el 85.29% y de esta cifra 5 casos manifestaron querer contagiarse para compartir con su pareja seropositiva.

Estos resultados coinciden con otros estudios realizados en Cuba quedando en evidencia la necesidad de trabajar para garantizar la marcha correcta del Programa VIH/SIDA. Recientemente se trató esta variable en Santiago de Cuba y la Provincia de la Habana y concluyeron con similares resultados, evidenciando que la forma de contagio por vía sexual es la más frecuente seguida por la vía parenteral.

La posibilidad de tener el riesgo identificado garantiza que se pueda dar seguimiento a todo paciente que sea portador de algún factor de riesgo que facilite la aparición de la enfermedad, esta posibilidad hace factible la oportunidad de controlar estos factores, de hacer un diagnóstico precoz y de poder establecer un pronóstico que garantice una mayor supervivencia y el control de las temidas limitaciones de esta enfermedad. (24-33)

Tabla 6: Distribución de los PVS de acuerdo al tiempo de evolución de la enfermedad y las complicaciones.

Tiempo de evolución de la enfermedad	Complicaciones	
	si	no
Menos de 1 año	4	-
De 1 a 3 años	8	-
De 4 a 6 años	3	-
De 7 a 9 años	6	-
Más de 10 años	13	-
Total	34	-

Tabla 7: Distribución de los PVS según tipo de complicaciones

Complicaciones	NO	%
Tuberculosis	3	8,82
Neurotoxoplasmosis	2	5,88
Herpes	2	5,88
Sarcoma de Kaposi	5	14,70
Neumopatías	8	23,52
Otras	14	41,20
Total	34	100,00

En cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad y la aparición de complicaciones (Tabla 6 y 7), 4 casos presentaron complicaciones antes del primer año, 8 casos entre uno a tres años de evolución, 3 casos entre 4 y 6 años y 13 casos con más de 10 años de evolución. La frecuencia de infecciones oportunistas fue del 29.41% (10) y dentro de ellas fueron reportadas: la tuberculosis que representa el 8,82 %, neurotoxoplasmosis y herpes con dos casos cada una que representa el 5.88 % respectivamente, el sarcoma de kaposi con cinco casos para un 14.70%, neumopatías que representa el 23,52 % y entre otras complicaciones tenemos que representa el 41,20%.

Muchas son las enfermedades que se pueden asociar al VIH/SIDA. Las enfermedades oportunistas continúan siendo una causa mayor de morbilidad y de mortalidad en pacientes con sida. La tuberculosis y el sida son pandemias íntimamente relacionadas. Se calcula que uno de cada tres pacientes portadores del virus de inmunodeficiencia humana, como promedio, sufre de tuberculosis en algún momento de su vida.

Es importante individualizar en cada caso y balancear el esperado efecto favorable de los antirretrovirales, restablecedores del funcionamiento del sistema inmune, con sus efectos desfavorables como la toxicidad medicamentosa, la interacción de efectos de las drogas, la reactivación de otras enfermedades oportunistas como complicación tras el incremento de la inmunidad corporal, y la potencialidad de acortar el plazo de una pobre adherencia con el consecuente fallo terapéutico y resistencia medicamentosa. En la literatura clásica sobre este tema se documenta que las infecciones oportunistas mayores marcan el panorama clínico de los pacientes luego de diez años de evolución y que su aparición se acompaña de elevada letalidad y pobre supervivencia. Es importante decir que la aparición o no de complicaciones, su supervivencia y óptima calidad de vida está muy ligada a la actitud de autocuidado y de cumplimiento del tratamiento retroviral de los pacientes (31-34).

Tabla 8: Distribución de los PVS de acuerdo a la adherencia al tratamiento.

Adherencia al tratamiento	NO	%
Si	4	11.77
No	30	88.23
Total	34	100.00

En la tabla 8 se observa el comportamiento en cuanto a la adherencia al tratamiento. El 88.23% de los pacientes no se encuentra adherido al tratamiento y la indicación del mismo ha estado acompañada de la intervención de convencimiento médico sobre el paciente con el propósito de que no abandone la terapia indicada. Solo un paciente manifestó que su médico no le había explicado la importancia de cumplir con la medicación y las repercusiones de su abandono. (Ver Anexo 5)

Las razones más frecuentes que se señalaron como causa de abandono fueron: el olvido en dos paciente, las reacciones adversas, las deformaciones en el cuerpo y porque no quiere tomar medicamentos solo un caso.

En las tres encuestas realizadas a personas con VIH/SIDA en Cuba en 2007, 2009 y 2013 se concluyó que los PVS prácticamente en la totalidad de los casos (99.3%) la indicación de tratamiento estuvo acompañada de la intervención de convencimiento médico sobre el paciente con el propósito de que no abandonara la terapia indicada y aun así se encontró que un 7.2 y 5.5% respectivamente no tomó los medicamentos siguiendo estrictamente las orientaciones médicas; y dentro de los argumentos más frecuentes: la aparición de reacciones adversas (28.7%); de deformaciones en el cuerpo (3.3%); el olvido (22.5%); sentirse bien de salud (11%), y no querer tomar los medicamentos (10%).(16)

La adherencia al tratamiento se puede mejorar con diversas estrategias. En primer lugar, es necesario motivar a la persona para que procure tomar correctamente la medicación. El estilo de vida de cada paciente ha de tenerse en cuenta para escoger la mejor opción disponible y favorecer la mejor adherencia posible al tratamiento. La información adecuada le permitirá estar preparado ante cualquier situación imprevista.

Por otro lado, también es bueno dar tratamiento profiláctico de las complicaciones (diarreas, vómitos). En las primeras semanas, evitar en lo posible estas complicaciones generará una mejor adherencia. Es decir, profilaxis no siempre, pero sí al principio, para que la persona se encuentre mejor y se sienta más motivada a seguir el tratamiento.

En cuanto a la dosificación, no es tanto el problema de la cantidad de comprimidos a tomar como del número de veces al día en que el paciente debe estar pendiente de su medicación. A más tomas, más dificultad para que siga el tratamiento correctamente.

La persona deberá aprender a tomar la medicación de modo adecuado, en qué momento del día, de qué manera, si antes o después de las comidas, etc. Si existe confusión se impide crear el hábito que asegura la buena adherencia. Describir cómo tomar la medicación, y en qué condiciones, es importante. Existen muchos factores que pueden atentar contra la adherencia: el olvido, viajes, si se siente enfermo o deprimido, está muy ocupado, por estar dormido, etc. Por ello, es obligatoria la asistencia a consulta donde se encuentran los profesionales dedicados a dar la información sobre la adherencia. Su objetivo fundamental es informar y reforzar el mecanismo del hábito, imprescindible para asegurar una adherencia correcta al tratamiento antirretroviral. (34, 35)

El porcentaje de adherencia puede ser medido de diferentes formas y entre las más utilizadas están calcular el número de comprimidos entre el número de comprimidos prescritos y el auto reporte en este último el paciente refiere al médico las dosis que ha tomado o ha dejado de tomar, debe establecerse una relación de confianza entre la persona y el médico. Puede medirse mediante entrevistas, cuestionario y diarios. (36)

Tabla 9. Estimación de la supervivencia.

Medias y medianas del tiempo de supervivencia							
Media				Mediana			
Estimación	Error típico	Intervalo de confianza al 95%		Estimación	Error típico	Intervalo de confianza al 95%	
		Límite inferior	Límite superior			Límite inferior	Límite superior
8,720	,951	6,856	10,584	12,000	,000	.	.

a. La estimación se limita al mayor tiempo de supervivencia si se ha censurado.

Hay 24 censurados (70.58%) donde no ha ocurrido el evento en cuestión.

En la tabla 9 se estima la supervivencia en la serie de los casos sida la media de supervivencia aproximadamente 8.7 años con un intervalo de confianza 95% = (6.85; 10.55) y a los 7 años habían muerto el 65% de los pacientes. En un análisis previo de supervivencia en la totalidad de casos de VIH/SIDA en el municipio en el período 1986 - 2010, la media de supervivencia se estimó en 102 meses (9 años) con un intervalo de confianza de 95% = (101.19; 134.72) y en este caso a los 94 meses habían muerto el 75% de los pacientes.(28)

En este aspecto la bibliografía reporta después de realizado el diagnóstico, supervivencia mucho más largas, pero siempre asociadas a una buena adherencia al tratamiento. En un estudio realizado en España que abarco un periodo de 12 años la supervivencia estimada fue de 24 meses, aunque la población de este estudio es mucho menor. (10)

También se recogen datos de estudios realizados en países desarrollados, con medianas de supervivencia que oscilan entre los 14 meses en el estudio de New York (1994), 17 meses en el estudio europeo (1994) y 21 meses en el de Washington (1993).(16)

Es importante recordar y enfatizar para concluir en algunos aspectos primordiales en cuanto a proporcionar una larga supervivencia y una calidad de vida mejor a estos pacientes: Las consultas de seguimiento integral, los exámenes de monitoreo y la adherencia al tratamiento de la cual ya hemos hablado anteriormente, pero que merece un comentario final.

Las consultas de seguimiento son el marco propicio donde se desarrollan las actividades que nos permiten establecer acciones que promueven la adherencia al tratamiento, las conductas de autocuidado, además de permitirnos conocer el estado de salud del paciente, la marcha del tratamiento prescrito, la indicación y análisis de los resultados de los **exámenes de monitoreo** (TCD4 y carga viral) (38-39), aquí resaltamos que no sólo los exámenes de inmunidad son importantes, sino todos los necesarios para el buen control de los pacientes y poder realizar en conjunto con otras disciplinas una valoración integral de su verdadero estado, tanto clínico como psicosocial ofreciéndole un soporte emocional, que permita un adecuado enfrentamiento a la enfermedad.

Volvemos a insistir con la **adherencia al tratamiento** que no solo depende de lo que el médico sea capaz de lograr con su diario quehacer que es muy importante. Para lograr una buena adherencia es imprescindible que el paciente se involucre en el tratamiento, que comprenda de una manera consciente que el tratamiento le es necesario y lo convierta en un hábito, en una parte de su vida diaria. La adherencia es, a veces difícil ya que los seropositivos son personas a las que, encontrándose bien de salud, el médico les va a prescribir un tratamiento que consistirá en la toma de una serie de comprimidos que quizás les van a producir alteraciones y que harán que la persona tienda a rechazarlos o a olvidar tomarlos. Para evitar esta situación se requiere un proceso de información que le permita a la persona comprender lo importante que es una buena adherencia al tratamiento.

Según Clotet (40), una adherencia perfecta sería la de un 100 %. En ese contexto, el VIH no se podría reproducir, no habría mutación posible y por tanto, no habría posibilidad alguna de desarrollar resistencias, del mismo modo que si no se toma medicación tampoco hay posibilidad de resistencias. Cuando los niveles plasmáticos del fármaco son óptimos, el virus no tiene capacidad de replicarse, de manera que el virus que podría emerger en esos momentos se inhibe. En cambio, cuando la concentración en plasma de fármaco es subóptima, permite la replicación de algunos virus y puede aparecer, al azar, una mutación que le confiera resistencia al fármaco. Una mala adherencia a la medicación produce una concentración en plasma subóptima y ofrece el medio idóneo para que proliferen cepas de virus resistentes al fármaco del tratamiento.

Y todavía un mayor problema es el fenómeno de las resistencias cruzadas. Si una persona en tratamiento antirretroviral no logra evitar que el virus prolifere, éste va incorporando más y más mutaciones que le permiten mejorar su crecimiento y crecer mejor en ese medio, de manera que también va incorporando mutaciones comunes a otros fármacos, es decir, desarrolla, no solamente una resistencia al fármaco del tratamiento en curso, sino que acaba produciendo virus resistentes a otros tratamientos de posible elección. Otro riesgo es, por supuesto, la transmisión de virus resistentes a otras personas, con lo cual la resistencia todavía se propaga más y más entre la población. De todo ello Clotet concluye que, cuando no hay una buena adherencia al tratamiento siempre es mejor interrumpirlo que continuar con él. Una buena adherencia exige cumplir con la medicación en más de un 90% lo que conlleva a menos días de ingreso, y por tanto, un menor coste hospitalario y una menor morbilidad y mortalidad, asegurando una vida de calidad óptima y mayor supervivencia.

Tabla 10. Propuesta de Plan de acción para mejorar la supervivencia.

No	Actividad	Escenario	Responsable	Fecha de Cumplimiento	Criterio de medida
1	Realizar diagnóstico de los conocimientos de los trabajadores sobre el tema.	Centro de trabajo de Salud	Especialista del Área	2do Trimestre del 2015	Diagnosticado el 100 % de los trabajadores del centro de trabajo de Salud.
2	Capacitación en los GBT de cada una de las Áreas de Salud sobre algunos términos que se trabajan en el programa.	GBT de las cinco áreas	Equipo de ITS.	2do Trimestre del 2015	Capacitado el 95 % de médicos y enfermeras.
3	Realización de talleres de formación de Promotores en cada Centro de Salud.	Centros de Salud	Especialistas del Área y Equipo de ITS	2do Trimestre del 2015	Formar 10 Promotores por cada Área de Salud.
4	Capacitaciones en cada uno de los centros de trabajo ejecutada por los promotores formados.	Centros de Trabajo.	Especialistas del Área y Equipo de ITS	Mensual	Realizada todas las capacitaciones en los centros.
5	Realización de Videos debates referentes al tema.	Centros de Trabajo.	Equipo de ITS.	Semestral	Realizado el 90 % de los videos debates.
6	Entrega de materiales educativos a la población masculina priorizando a los HSH que trabajan en el sector de salud.	Centros de Trabajo. Sitios de encuentros.	Equipo de ITS.	Mensual	Entregar el 100 % de los materiales educativos.
7	Monitorear la permanencia de preservativos en consultas de ITS, Dermatología, Planificación familiar y consultorios.	Policlínicos, CMF y Hospitales.	Especialistas de Áreas y Equipo de ITS.	Permanente	Abastecidas el 100 % de los lugares que deben estar con preservativos permanentemente.

8	Incorporar a los equipos de ayuda mutua profesionales de la salud, promotores y trabajadores del sector. (consentimiento informado)	Locales de Salud. Casa de PVS	Jefe del programa Coordinador de la línea de apoyo	Permanente	Creados y funcionando los EAM Tres trabajadores por cada EAM
9	Existencia en las unidades, del registro de accidentes con riesgo de exposición al VIH y realizar a los accidentados la prueba del VIH, Consejería y tratamiento según corresponda.	Locales de Salud.	Jefe del programa	Permanente	Chequear el 100 % de los accidentados.

Se necesitan muchos más recursos para abordar problemas de salud pública acuciantes, en particular el VIH/SIDA. El hecho de afrontar el SIDA con métodos más audaces permitirá fortalecer la atención primaria, sobre la base de los principios establecidos en Alma-Ata en 1978. Pero para lograr ese objetivo los donantes internacionales y los propios países tendrán que hacer mayores inversiones en salud. Disponemos de conocimientos y recursos suficientes para prevenir la mayoría de las nuevas infecciones y defunciones por VIH que hoy se producen. Usando mejor los recursos existentes y captando nuevos recursos para influir en un problema nuevo y cada vez más grave, la OMS trabajará con un criterio de emergencia para ayudar a los países a corregir las desigualdades en el acceso a terapias de probado valor. Si se lleva a cabo correctamente, esta respuesta de emergencia puede dar lugar a avances sostenidos. Las inversiones realizadas en la equidad de la prevención y la mejora del acceso a la asistencia reportarán numerosos beneficios, incluida una atenuación de las desigualdades, tanto sociales como médicas, que amenazan la frágil paz y estabilidad de la comunidad mundial. (37, 41)

5.0. CONCLUSIONES

- La mayor incidencia de los casos de VIH/SIDA se encuentra en el grupo de edad de 25 a 49 años, con un predominio mayoritariamente del sexo masculino; siendo la vía sexual la forma de contagio más importante.
- Pudimos corroborar que el 100% de los casos SIDA tuvieron en algún momento complicaciones.
- Más de la mitad de los casos no se encuentran adheridos al tratamiento siendo las causas más frecuentes: el olvido; las reacciones adversas; le producen deformaciones en el cuerpo y porque no quiere tomar medicamentos.
- En estos momentos contamos con una media de supervivencia de aproximadamente 8,7 años con un intervalo de confianza de 6,85 a 10,55 aunque de un total de 34 pacientes SIDA 13 tienen más de 10 años de evolución.

6.0. RECOMENDACIONES

- En consecuencia con los resultados obtenidos en la investigación se propone hacer llegar a las autoridades sanitarias el plan de acción a corto plazo con la finalidad de mejorar la adhesión al tratamiento, pilar de importancia en alargar la calidad de vida y por ende la supervivencia de los pacientes.

7.0. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Reyes Corcho Andrés, Mosquera Fernández Miguel A., Bouza Jiménez Yanelka, Pérez Avila Jorge, Hernández Vivian, Jam Morales Blas et al. Impacto de la terapia antirretroviral de alta eficacia en la respuesta clínica e inmunoviológica en enfermos SIDA. Rev Cubana Med Trop [revista en la Internet]. 2007 Ago [citado 25 de enero 2015]; 59(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602007000200011&lng=es.
- 2.- Thomas Mulet V, Aguado Taberna C, Fidalgo González S, Fransi Galiana L, Gutiérrez Jodra M, Mascort Roca J, et al. La infección por el VIH/sida y atención primaria.sl: se; 2004.p:33-35.
3. - UNAIDS/W HO . Report on the global HIV/AIDS epidemic. [Internet]. 2008 [citado 25 de enero 2015]: [aprox 6p]. Disponible en http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/default.asp.
- 4.- Informe de ONUSIDA para el Día Mundial del SIDA, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. [Internet]. 2010 [citado 25 de enero 2015]:[aprox 5p].Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/global_report2010/en/index.html
- 5.- Situación de la epidemia de sida, diciembre de . [Internet]. 2009 . [citado 25 de enero 2015]: [aprox 4p]. Disponible en Accesible en <http://www.unaids.org>.
6. - Khalsa AM . Preventive counseling, screening, and therapy for the patient with newly diagnosed HIV infection. Am Fam Physician 2009; 73: 271-80.
7. - The global HIV and AIDS epidemic, 2008. MMWR 2008; 50(21):434-94.
- 8.- MINSAP. Cuadro Epidemiológico Nacional. Cuba: Dirección Nacional de Estadísticas; 2011.

9.- Sánchez Fuentes J, Reymon González V, López Rodríguez V J. Información Básica sobre la Atención Integral a personas viviendo con VIH/SIDA. Habana: MINSAP, PNUD, CNP ITS- VIH/SIDA; 2010.

10.- Bouza JY, Reyes CA, Pentón L, León SC, Bouza JY. Evaluación de la respuesta clínica e inmunológica a la TARGA en enfermos SIDA de dos provincias cubanas. Rev Cubana Med Trop 2006; 58(1):73-84.

11.- Antela A. Manual de capacitación para el manejo integral de personas adultas que viven con el VIH/SIDA para equipos de atención primaria y comunitaria en Latinoamérica y el caribe. Washington: OPS; 2012.

12.- Sánchez Fuentes J, Reymon González V, López Rodríguez V J. Plan Estratégico Nacional ITS/VIH/SIDA 2001-2010. La Habana: Minsap; s/a.

13.- Aplicaciones de la Psicología en el proceso salud enfermedad. Rev Cubana Salud Pública. 2008; 29(3):275-81.

14.- Martín Alfonso Libertad. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2006 Sep [citado 25 de Enero del 2015] ; 32(3):[aprox. 4p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300013&lng=es.

15.- Castilla J, Noguer I, Belza MJ, del Amo J, Sánchez F, Guerra L. ¿Estamos diagnosticando a tiempo a las personas infectadas por el VIH? Aten Primaria 2008; 29: 20-55. Vigilancia epidemiológica del sida en España. Registro Nacional de Casos de Sida. [Internet] 2010. [citado 25 de Enero del 2015]. [aprox 4p]. Disponible en http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_sida.jsp.

16. - Lineamientos para la Aplicación de los Algoritmos del Laboratorio para el Diagnóstico de Infecciones de Transmisión Sexual para los Laboratorios de la Red Nacional de Salud Pública. s.l INDRE; 2012.

17.- Briongos Figuero L. S., Bachiller Luque P., Eiros Bouza J. M., Palacios Martín T. Papel del médico de familia en el manejo de la infección por VIH. An. Med. Interna (Madrid) [revista en la Internet]. 2007 [citado 25 de Enero del 2015]; 24(8): 399-403. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>.

18. - Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents. . Developed by the Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV infection convened by the Department of Health and Human Services (DHHS). [En Internet] 2010: 2007 [citado 25 de Enero del 2015]: [aprox 3p]. Disponible en: <http://AIDSinfo.nih.gov>.

19. - CDC. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. MMWR Recommend Rep 2006; 55 (RR-14): 1-17.

20.- Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010, MMWR Recommend Rep 2010, 59.(RR-12): 59-64

21.-The Foundation for Professional Development. Southern African HIV Clinicians Society. HIV/AIDS Management Course. S.I. : Pretoria University; 2009.

22. - National Center for HIV, STD, and TB Prevention, CDC (Centers for Disease Control and Prevention) Atlanta Georgia. Treating Opportunistic Infections Among HIV- Infected Adults and Adolescents. Recommendations of the panel on Clinical Practices for Treatment of HIV. MMWR. 2011, 53 (RR15): 17-22.

23.- Procedimientos para la Aplicación del Algoritmo para Diagnóstico por Laboratorio de la Carga Viral y Subpoblaciones Linfocitarias CD4, CD8 y CD3 de VIH, para los Laboratorios de la Red Nacional de Salud Pública. s.I. : INDRE; 2012

24.- Hidalgo J A, Vázquez J A. Candidiasis. (Monograph on the Internet). World medical library. [Internet] 2005 [citado 25 de Enero del 2015]: [aprox4p] Disponible en: <http://www.emedicine.com>

25.- Bayarre Veá. H, Hodforf G. Inferencia Estadística. La Habana: ENSAP; 2013.

26. Gramatges Ortiz Anissa. Aplicación y técnicas del análisis de supervivencia en las investigaciones clínicas. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter [revista en la Internet]. 2002 Ago [citado 25 de enero 2015] ; 18(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892002000200004&lng=es.
- 27- Breslow NE. Analysis of survival data under the proportional hazard model. Int Stat Rev 1975; 43:45-58.
- 28.- Menéndez Román M. Intervención educativa sobre control y seguimiento en pacientes que viven con SIDA. Municipio Morón .2009. [tesis]. Morón: Filial Tecnológica de la Salud [Arley Hernández Moreira]; 2010.
- 29.- Fernández M Ana P, ConÇalves G M et all. Mayor supervivencia en pacientes con marcadores inmunogenéticos de rápida progresión para el SIDA: Apoyo para la atención de enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagen. 2009; 13 (2): 222-27.
- 30.-Iglesias Linares M; Mena Martínez M; Franco María del C. Encuesta a personas con VIH/sida, 2007. Evaluación del alcance del objetivo 4 del proyecto cuba/fondo mundial. "Mejorar la Atención Integral y la Calidad de Vida de las personas con VIH/sida Abril 2007" .Cuba: Editorial ONE; 2009.
- 31.- Masiá, M; Padilla, S; Álvarez, D; López, J C.; Santos, I; Soriano, V et. all. Risk, predictors, and mortality associated with non-AIDS events in newly diagnosed HIV-infected patients: role of antiretroviral therapy. AIDS. 2013; 27(2):181-189.
- 32.- Larrea Fabra Roberto, Roque Acosta María del Carmen. Enfermedades oportunistas: Experiencias en la población sudafricana con SIDA. Rev cubana med [revista en la Internet]. 2007 [citado 25 de enero 2015]; 46(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232007000300005&lng=es.

33- Oropesa González Lisset, Sánchez Valdez Lizet, Berdasquera Corcho Denis, Gala González Ángela, Pérez Ávila Jorge Lorenzo, Isela Lantero María. Debut clínico de SIDA en Cuba. Rev Cubana Med Trop [revista en la Internet]. 2007 Ago [citado 25 enero 2015]; 59(2): [aprpx. 5p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602007000200009&lng=es.

34.- Walensky RP, Paltiel AD, Losina E, Mercincavage LM, Schackman BR, Sax PE, et al. The survival benefits of AIDS treatment in the United States. J Infect Dis 2011; 194(1):11-9.

35. - Lamotte Castillo JA. Infección-enfermedad por VIH/SIDA [artículo en línea]. MEDISAN 2004;8(4). <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san06404.htm> [consulta: fecha de acceso].

36.- Petruckevitch A, Del Amo J, Phillips AN, Johnson AM, Stephenson J, Desmond N, et al. Disease progression and survival following specific AIDS-defining conditions: a retrospective cohort study of 2048 HIV-infected persons in London. AIDS 2010; 12:1007-13.

37 - Bell C, Devarajan S, Gersbach H. *The long-run economic costs of AIDS: theory and an application to South Africa*. Washington, DC, Banco Mundial: 2003 (http://www1.worldbank.org/hiv_aids/docs/).

38.- Lamotte Castillo José Antonio. Diagnóstico rápido de la infección por VIH/sida. MEDISAN [revista en la Internet]. 2014 Mar [citado 25 de enero 2015]; 18(3): 292-394. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000300001&lng=es

39.- Sax PE, Cohen CJ, Kuritzkes DR. Diagnosis and evaluation of HIV infection. In: HIV essentials. 4 ed. Boston: Jones and Bartlett Learning; 2012. p. 6-17.

40.- Clotet B. Adherencia al tratamiento del HIV, resistencia a las medicinas antirretrovirales y a la evaluación de la atención sanitaria. BCN SIDA [Internet]2012. [citado 27 de Enero del 2015] : [aprox. 6p].

Disponible en: http://www.prbb.org/quark/24/imim_Q24/024025.html

41- U.S. National Library of Medicine 8600 Rockville Pike, Bethesda, MD 20894
U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health
Página actualizada 4 diciembre 2014 Tema revisado 19 febrero 2014

A N E X O S .

A N E X O 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE REALIZACIÓN DE INVESTIGACIÓN PARA UTILIZAR DATOS ESTADÍSTICOS DEL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA.

Consentimiento de autorización para obtención de datos estadísticos en proyecto de investigación médica.

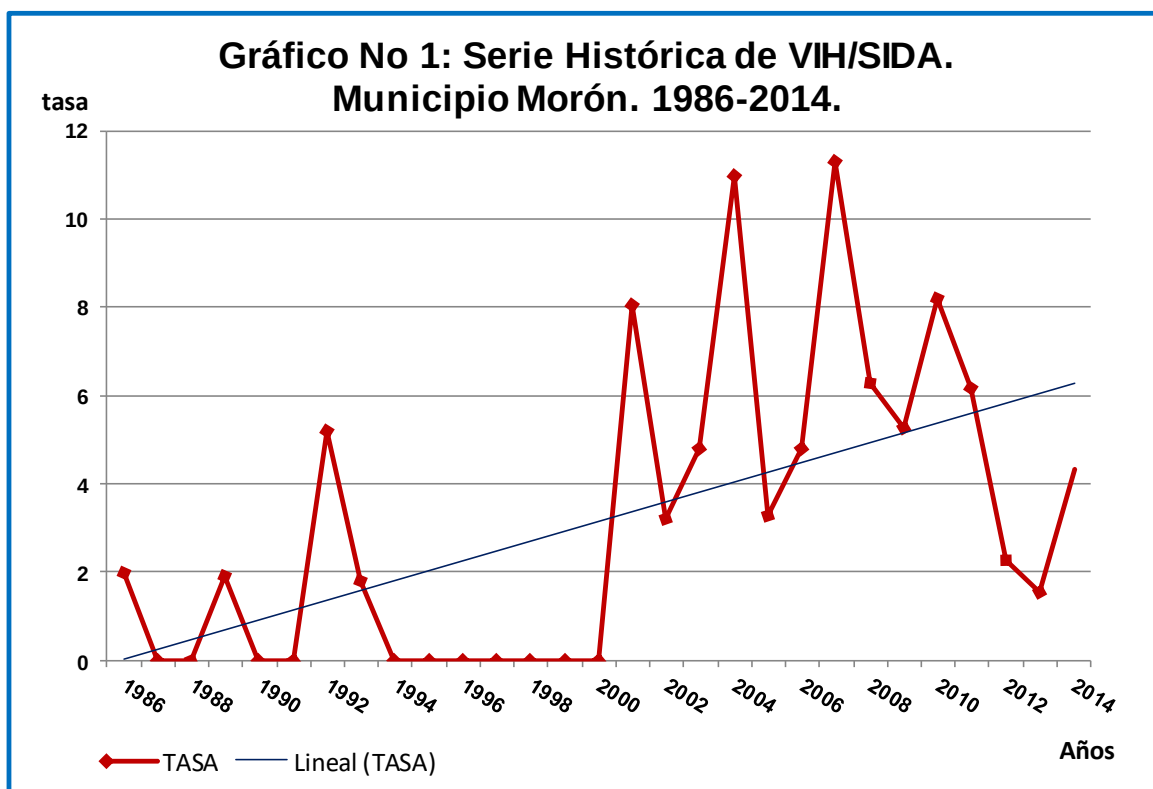
El (la) que suscribe _____: solicita autorización para utilizar algunos elementos de la base de datos de SIDATRAC en mi investigación sobre supervivencia de pacientes con sida del municipio de morón para dar continuidad una investigación anterior.

1. Y por ello firmo este documento junto al médico que me proporcionó los datos a los ___ días del mes de _____ de 2014.

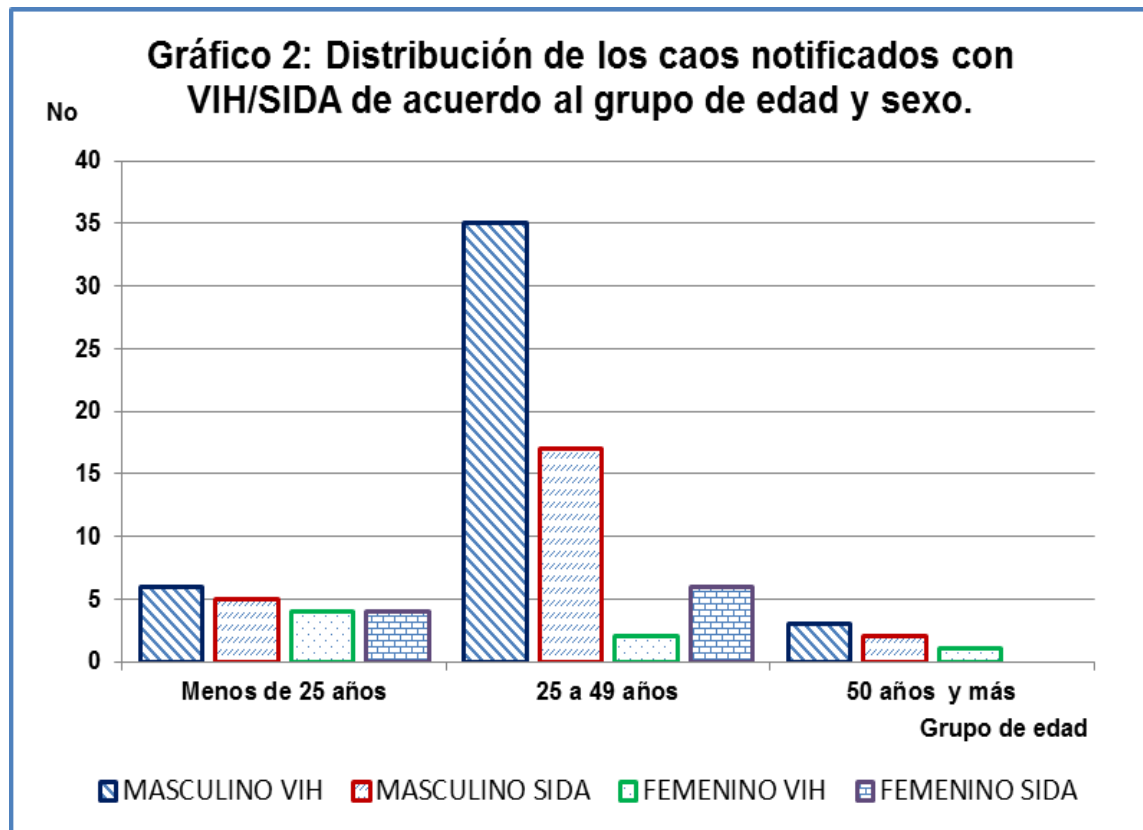
J de Departamento: _____ Firma _____

Médico: _____ Firma _____

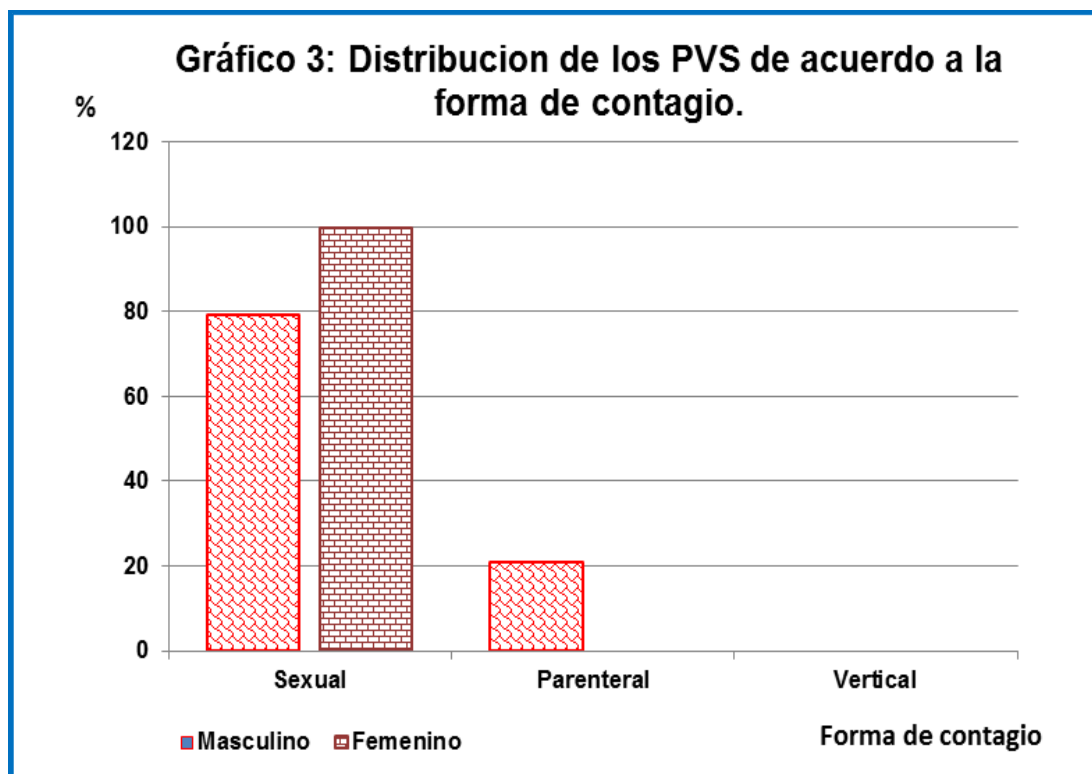
ANEXO 2



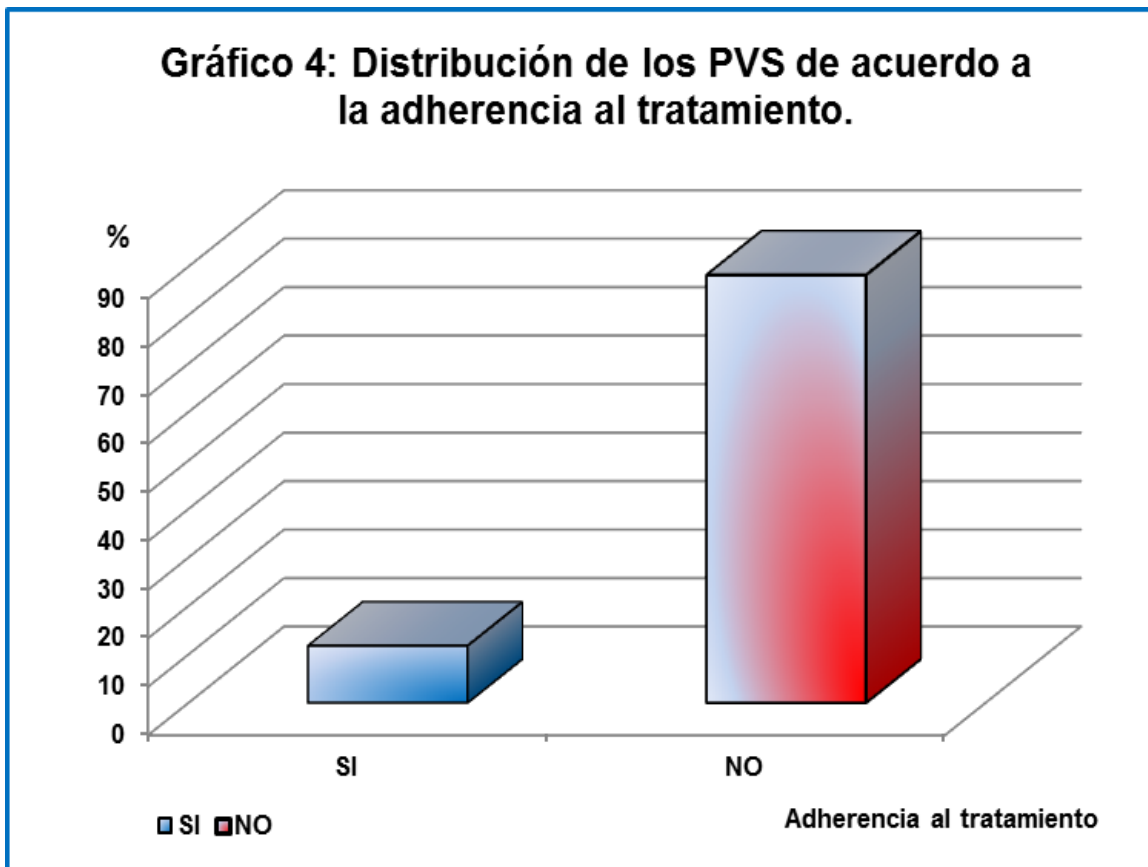
ANEXO 3



ANEXO 4



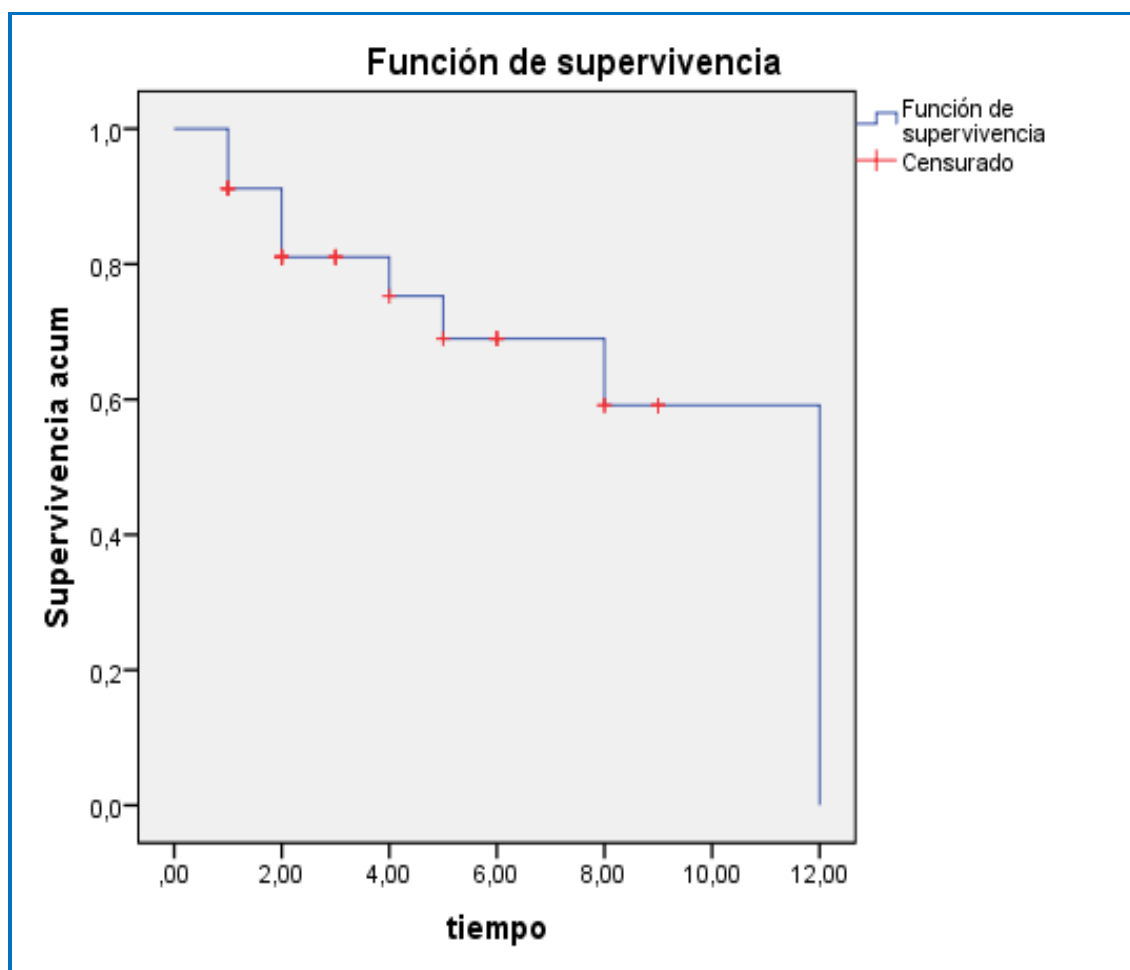
ANEXO 5



ANEXO 6

ESTIMACIÓN DE LA SUPERVIVENCIA DE PVS. MÉTODO DE KAPLAN- MEIER

	Tiempo	Estado	Proporción acumulada que sobrevive hasta el momento		N° de eventos acumulados	N° de casos que permanecen
			Estimación	Error típico		
1	1,000	,00	.	.	1	33
2	1,000	,00	.	.	2	32
3	1,000	,00	,912	,049	3	31
4	1,000	1,00	.	.	3	30
5	1,000	1,00	.	.	3	29
6	1,000	1,00	.	.	3	28
7	1,000	1,00	.	.	3	27
8	2,000	,00	.	.	4	26
9	2,000	,00	.	.	5	25
10	2,000	,00	,810	,070	6	24
11	2,000	1,00	.	.	6	23
12	2,000	1,00	.	.	6	22
13	2,000	1,00	.	.	6	21
14	2,000	1,00	.	.	6	20
15	2,000	1,00	.	.	6	19
16	2,000	1,00	.	.	6	18
17	3,000	1,00	.	.	6	17
18	3,000	1,00	.	.	6	16
19	3,000	1,00	.	.	6	15
20	3,000	1,00	.	.	6	14
21	4,000	,00	,753	,086	7	13
22	4,000	1,00	.	.	7	12
23	5,000	,00	,690	,099	8	11
24	5,000	1,00	.	.	8	10
25	6,000	1,00	.	.	8	9
26	6,000	1,00	.	.	8	8
27	6,000	1,00	.	.	8	7
28	8,000	,00	,591	,125	9	6
29	8,000	1,00	.	.	9	5
30	8,000	1,00	.	.	9	4
31	9,000	1,00	.	.	9	3
32	9,000	1,00	.	.	9	2
33	9,000	1,00	.	.	9	1
34	12,000	,00	,000	,000	10	0



Anexo 7 encuesta

Compañeros nos encontramos realizando una investigación a cerca del VIH -SIDA para lo cual solicitamos su colaboración contestando el cuestionario que le presentamos a continuación, queremos que sepa que toda la información recogida en este cuestionario es absolutamente confidencial y anónima, le agradecemos su colaboración .

Gracias.

1. Edad :_____ (años cumplidos)

2. Sexo (marque con una cruz)

_____ Femenino.

_____ Masculino.

3. Estado Civil

_____ Casado

_____ Soltero

_____ Acompañado

4. Orientación sexual (marque con una cruz)

_____ Heterosexual

_____ Homosexual

_____ Bisexual

5. Forma de contagio (marque con una cruz)

_____ Sexual.

_____ Parenteral.

_____ Vertical.

6. Tiempo de evolución de la enfermedad.

_____ Menos de 1 año.

_____ 1 a 3 años.

_____ 4 a 6 años.

_____ 7 a 9 años.

_____ Más de 10 años.

7. Complicaciones.

_____ Si.

_____ NO.

En caso de responder si exprese

cuales. _____.

8. Adherencia al tratamiento.

_____ Si _ si el paciente se ajusta a las prescripciones medicas que incluye restricciones dietéticas y horario de las tomas.

_____ No _ si el paciente no se ajusta a las prescripciones medicas que incluye restricciones dietéticas y horario de las tomas.