

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

CLINICA ESPECIALIZADA CONDESA



Instituto Nacional
de Salud Pública



Artículo que defenderá el Dr. Carlos Ridaura Valencia para obtener el grado de
Especialista en Salud Pública y Medicina Preventiva.

(Siguiendo los lineamientos de la revista Salud Pública de México)

TITULO

“Prevalencia y Características de los Presentadores Tardíos en una Clínica Especializada en
VIH de la Ciudad de México, 2010-2011”

AUTOR

Dr. Carlos Ridaura Valencia.

DIRECTOR

Dr. Carlos L. Magis Rodriguez

ASESOR

Dra. Betania Allen Leigh

MIEMBROS DEL JURADO

Presidente:	Dr. Carlos Conde González
Secretario:	Dr. Carlos L. Magis Rodriguez
Sinodal 1:	Dr. Jesús Casillas Rodriguez
Sinodal 2:	Dr. Sergio A. Bautista Arredondo

Quiero dedicarle este trabajo con mucho cariño a mi esposa y compañera de vida Fabiola y a mi hermoso hijo Giancarlo, que son el motor de mi vida y que con su apoyo y alegrías he podido alcanzar esta meta tan importante en mi vida.

Además quisiera agradecerle a cada uno de mis profesores que han sido parte de esta etapa tan significativa en mi vida, por todo el aprendizaje y enseñanza que han dejado en mí.

PAGINA FRONTAL

TÍTULO

Prevalencia y Características de los Presentadores Tardíos en una Clínica Especializada en VIH de la Ciudad de México, 2010-2011

AUTORES

Dr. Carlos Ridaura-Valencia. Médico Especialista en Salud Pública y Medicina Preventiva. Instituto Nacional de Rehabilitación, México.

Dr. Carlos Leonardo Magis-Rodríguez. Coordinador del Centro de Investigación en Infecciones de Transmisión Sexual. Clínica Especializada Condesa, México.

Dra. Betania Allen-Leigh.

Investigadora-Profesora. Instituto Nacional de Salud Pública, México.

Prevalencia y Características de los Presentadores Tardíos en una Clínica Especializada en
VIH de la Ciudad de México, 2010-2011

Objetivo: Determinar la prevalencia y características de los presentadores tardíos (PT) (CD4<350 cel/ μ l) en una clínica especializada en VIH de la ciudad de México, entre los años 2010-2011.

Material y Métodos: Se trata de un estudio transversal de 869 pacientes VIH-positivos diagnosticados de primera vez, con un conteo basal de células CD4 y que se incorporaron para la atención. Frecuencias, análisis bivariado y múltiple se realizaron con la información de las bases de datos de pacientes.

Resultados: De 869 pacientes (93% hombres, 7% mujeres), 77% se incorporaron en atención 30 días o menos después del diagnóstico de VIH. Se identificaron 475(54.66%) de PT, 441(92.8%) hombres y 34(7.2%) mujeres, con un mayor riesgo el grupo de 30-39-años (OR=1.90, 95%CI:1.42-2.55), y menor riesgo los de 20-29 y <20 años (OR=0.52, 95%CI:0.40-0.68) and (OR=0.48, 95%CI:0.24-0.96).

Conclusiones: A pesar de que en la ciudad de México la atención para el VIH es gratuita, la presentación tardía es frecuente. El presente estudio provee evidencia que ayude a la generación de políticas para una detección y cribado oportunos.

Palabras clave: Presentadores tardíos, VIH, México

Prevalence and Characteristics of Late Presenters in a Mexico City HIV-Specialized Clinic,
2010-2011.

Objective: To determine prevalence and characteristics of late presenters (CD4 < 350 cell/ μ l) in a Mexico City HIV-specialized clinic between 2010-2011.

Material and methods: Cross-sectional study of 869 HIV-positive patients diagnosed for the first time with baseline CD4 cell count and enrolled for medical attention. Frequencies, bivariate and multiple analysis were performed on patient datasets.

Results: Of the 869 patients (93% men, 7% women), 77% enrolled in care 30 days or fewer after HIV diagnosis. We identified 475(54.66%) late presenters, of whom 441(92.8%) were men and 34(7.2%) women. The 30-39-year age-group was at increased risk of being a late presenter (OR=1.90, 95%CI:1.42-2.55), whereas the 20-29 and <20-year age-groups were at lower risk for being late presenters (OR=0.52, 95%CI:0.40-0.68) and (OR=0.48, 95%CI:0.24-0.96).

Conclusions: Although in Mexico City HIV care is free-of-charge and universal access is provided, late presentation to care is still frequent. Although further studies which include more women in the sample are needed, this analysis provides evidence for implementing early detection and screening policies.

Keywords: Late presenters, HIV, México

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud para finales del 2010 había 34 millones de individuos infectados con el VIH.¹

Los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos estima que 1.1 millones de personas viven con VIH y que de ellas una de cada cinco desconoce que están infectados.² En México se estima que 225,000 personas viven con VIH pero solo 100,000 (44%) de ellas conocen su estado serológico.³

PRESENTADORES TARDÍOS

La Presentación Tardía a la atención de una persona seropositiva a VIH es una condición que diversos investigadores han abordado desde distintos puntos de vista, lo que hace que sea difícil su comparación, llegando a utilizar términos para su abordaje como: “Diagnóstico Tardío” (CD4 <200 cell/ μ l);⁴ “Presentadores Tardíos” (CD4 <350 cell/ μ l),⁵ “Presentación Retardada a la Atención” (>6 meses),⁶ “Iniciadores de Terapia Anti Retroviral Altamente Activa” (CD4 <200 cell/ μ l);⁷ asociándose en un mayor riesgo de progresión clínica de la enfermedad.⁵

Recientemente en el 2011 en base a evidencia científica y con la finalidad de que exista un manejo de la información más adecuada para el estudio y análisis de los presentadores tardíos, que permita la comparación entre países por parte de las investigaciones realizadas por las distintas instituciones de salud e investigadores, el Grupo de Trabajo Europeo para el Consenso de Presentadores Tardíos (ELPCW), recomienda que se utilice la siguiente definición: Presentador Tardío: “Personas que se presentan para la atención con un conteo de

CD4 <350 células/ μ l o presentándose con algún evento definitorio de SIDA sin importar el conteo de CD4".⁸

PRONOSTICO

El conteo inicial de células CD4 al inicio del tratamiento es un factor importante para el pronóstico del individuo ya que en comparación con los pacientes con conteos >350 células/ μ l la mortalidad aumenta a medida que disminuyen los niveles de células CD4.⁹

El diagnóstico temprano con el tratamiento antiretroviral a tiempo y adecuado contribuye a disminuir el riesgo de mortalidad e incrementar la esperanza de vida en los pacientes seropositivos, en el caso de los presentadores tardíos ésta se encuentra altamente comprometida a medida que disminuya las concentraciones de células CD4 en el organismo.^{1,10-12}

El impacto económico al sistema de salud es importante dado que los presentadores tardíos requieren de una mayor utilización de recursos para su atención en comparación de los que no lo son, ya que el costo directo por la atención médica en los presentadores tardíos (CD4 <350 μ l) recientemente diagnosticados es el doble comparado con los que llegaron de manera temprana (CD4 >350 μ l), al verse incrementado tanto el número de ingresos de estos pacientes a centros hospitalarios como el número de medicamentos tanto antiretrovirales como no antiretrovirales.^{13,14}

Existe muy poca información en nuestro país referente a los presentadores tardíos, así como la evidencia actual es muy limitada. El objetivo del presente estudio es el determinar la prevalencia y características de los presentadores tardíos en nuestra clínica.

MATERIAL Y METODOS

Se trata de un estudio de tipo transversal de los pacientes VIH-positivos diagnosticados por primera vez en la Clínica Especializada Condesa (CEC), con conteo basal de células CD4 e incorporado para la atención entre enero del 2010 y diciembre del 2011. La CEC es una clínica del Gobierno de la Ciudad de México especializada en dar atención a pacientes seropositivos residentes de la ciudad afiliados al seguro popular; con la particularidad de ofrecer acceso universal para la detección del VIH, refiriendo a todas aquellas personas con resultado positivo a su institución del sistema de salud correspondiente. El diagnóstico de seropositividad se hace primeramente mediante inmunoensayo rápido basado en el principio del sándwich inmunocromatográfico y posteriormente como prueba confirmatoria la determinación del perfil de anticuerpos específicos contra el VIH. Una vez diagnosticada la seropositividad al VIH dentro del laboratorio de la CEC, el paciente es incorporado a la atención y referido al Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI) para la determinación de CD4, la cual se lleva a cabo mediante citometría de flujo; dicho centro es parte del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER).

Se incluyeron a todos aquellos usuarios de la CEC de cualquier edad y sexo, diagnosticados por primera vez en la misma clínica, que cuenten con registro de conteo de células CD4 y que hayan sido incorporados para su atención de enero del 2010 a diciembre 2011; además de que el tiempo de las fechas entre el diagnóstico, incorporación a la atención y toma de CD4 sea progresivo; excluyendo a quienes cuenten con derechohabiencia de otra institución del sector salud distinta al seguro popular o que no cuenten con registro de CD4, registros

duplicados o que la secuencia de las fechas entre el diagnóstico, incorporación a la atención y toma de CD4 en algún momento no sea progresiva.

La información para el análisis se obtuvo por medio del cruce de información entre los registros y bases de datos utilizadas por las distintas áreas involucradas en el diagnóstico, incorporación a la atención y toma de CD4 de usuarios seropositivos de la CEC, garantizando la total confidencialidad al asignárseles a la población de estudio un número consecutivo de identificación.

Siguiendo la definición del ELPCW (Grupo antes mencionado) definimos como presentador tardío a toda persona incluida en el estudio que se presenta para la atención con un conteo de CD4 <350 células/ μ l y como no presentador tardío a aquellos que de igual manera incluidos en el estudio pero con un conteo de CD4 ≥ 350 células/ μ l, tomándose en cuenta para ambos casos el primer registro de CD4 existente.

Para las demás variables recolectamos información referente al sexo biológico (hombre, mujer); edad (en su forma continua y en cinco grupos de edad: menores de 20, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49 y 50 y más; CD4 (primer registro de conteo de CD4 expresado en células/ μ l); fecha de diagnóstico (fecha en la que el paciente se diagnóstico positivo al VIH en el laboratorio de la CEC); fecha de ingreso (fecha en la que al paciente es incorporado para la atención y le abren expediente en la CEC); tiempo de llegada (tiempo transcurrido en días entre la fecha de ingreso y la fecha de diagnóstico); fecha de CD4 (fecha en la que al paciente se le tomo su primer conteo de células CD4 en la CEC).

ANALISIS ESTADISTICO

Se utilizaron frecuencias, medidas de tendencia central y proporciones para la edad, y sexo, así como también para conocer el tiempo de llegada y la cifra de células CD4. La prevalencia de presentación tardía se determinó mediante la proporción de pacientes por debajo del punto de corte de 350 células/ μ l en la variable CD4. Para saber si la edad se encuentra relacionada con una mayor posibilidad de ser presentador tardío, utilizamos el análisis de regresión logística con presentador tardío como variable de respuesta y edad en su forma continua como variable explicativa, con un nivel de significancia del 0.05%. Para conocer la asociación entre ser presentador tardío y cada uno de los cinco grupos de edad planteados, generamos variables dummy por cada grupo de edad y que se utilizaron como explicativas en la regresión logística univariada y múltiple, de donde obtuvimos las razones de momio con un nivel de confianza del 95%. Finalmente para saber que tanto se parece nuestra población de estudio y la población del registro de seropositivos del programa estatal de VIH de la Ciudad de México, se compararon las medias entre los grupos de edad y sexo de las dos poblaciones mediante el estadístico t de student. El análisis estadístico se realizó mediante el programa STATA en su versión 11 y utilizamos el programa para análisis epidemiológico de datos tabulados (EPIDAT) en su versión 3.0 para la comparación de medias.

RESULTADOS

De un total de 2347 personas diagnosticadas de primera vez en la CEC de enero 2010 a diciembre 2012 se obtuvo una población final de 869 pacientes (Figura 1), de los cuales 808 (92.98%) fueron hombres y 61 (7.02%) mujeres, con una media de 31.75 años de edad (rango 12-64 años). La mediana del conteo de células CD4 fue de 316 células/ μ l (RIQ: 168-501). El

77% (670) se enroló para la atención después de ser diagnosticado como seropositivo en 30 días o menos y el 50% lo hizo en 12 días o menos.

Se identificó una prevalencia de presentadores tardíos de 54.66% (475), siendo 92.84% (441) hombres y 7.16% (34) mujeres. El promedio de edad de los Presentadores Tardíos fue de 33 años (Dev: 8.7) con una mínima diferencia entre ambos sexos y para los no Presentadores éste fue de 30 (Dev: 9.3). (Figura 2-A).

El conteo de células CD4 medio fue de 182 células/ μ l (RIQ: 99-266) y de 520 células/ μ l (RIQ: 429-658) para los Presentadores Tardíos y los No Presentadores Tardíos respectivamente; presentando una mínima diferencia entre hombres y mujeres para ambos grupos. (Figura 2-B)

El tiempo medio de incorporación a la atención para los Presentadores Tardíos fue de 10 días y los hombres se incorporaron más tempranamente que las mujeres, no así para los no Presentadores Tardíos en los que el tiempo medio fue de 14 días y las mujeres acuden más anticipadamente. (Figura 2-C)

Mediante el análisis de regresión logística encontramos que la edad y la presentación tardía se encuentran asociadas, ya que se identificó que por cada año de edad que transcurre, se incrementa la posibilidad de ser Presentador Tardío en un 3.9%, siendo esta asociación estadísticamente significativa (RM = 1.039, 95%CI:1.023-1.055, $p=0.000$). Además de que el grupo de edad de 30-39 años presentó un mayor riesgo de ser presentador tardío (RM=1.90, 95%CI:1.42-2.55, $p=0.000$), mientras que los grupos de 20-29 años y < 20 años estuvieron

con un menor riesgo de ser presentadores tardíos. (RM=0.52, 95%CI:0.40-0.68, p=0.000) and (OR=0.48, 95%CI:0.24-0.96, p=0.037). (Tabla 1).

Finalmente comparamos que tanto nuestra población de estudio se parece a la población del registro de seropositivos del programa estatal de VIH de la Ciudad de México mediante el estadístico t de student y encontramos que en el caso de la edad promedio son semejantes entre las mujeres de ambas poblaciones (ttest=-1.8500, p=0.0691), no así para los hombres. En referencia a los grupos de edad encontramos que en casi todos ellos las medias de edad entre las dos poblaciones son semejantes a un nivel de significancia de 0.05, con la excepción del grupo de 20-29 en el que si existe diferencia estadística. (Tabla 2)

DISCUSIÓN

A pesar de que en la Ciudad de México la atención del paciente con VIH es totalmente gratuita y se otorga un acceso universal, la presentación tardía a la atención es frecuente. En contraste con otros dos estudios llevados a cabo uno en México que definió a su población de estudio como “late tester” a los pacientes seropositivos recientemente diagnosticados que se presentaran para la atención con algún evento definitorio de SIDA o con un conteo inicial de CD4 <200 células/ μ l y que encontraron una prevalencia del 61% y otro estudio multinacional el cual integro datos de seis países latinoamericanos dentro de ellos México y que definieron a su población de estudio como “Iniciadores tardíos de TARAE (LHI)” a aquellos pacientes de similares características que el anterior, solo que previo al inicio del tratamiento ARV y que encontraron una prevalencia del 79%; en nuestro estudio encontramos una prevalencia menor de presentadores tardíos (55%) utilizando el punto de corte de conteo inicial de CD4 <350

células/ μ l y una mucho mas baja (29%) al disminuirlo a <200 células/ μ l. Nosotros decidimos utilizar dicho punto de corte por ser el propuesto por el ELPCW⁸, así como también por ser el punto de corte en el que el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA en México (CENSIDA) recomienda se inicie la terapia ARV.¹⁵ Cabe señalar que en dichos estudios previos los datos provienen de un hospital de tercer nivel de atención, en donde se tiene mayor probabilidad de recibir pacientes en un estado avanzado de la enfermedad, por lo que si subieran su punto de corte al utilizado por nosotros, podrían encontrarse por ende prevalencias mucho mayores.^{7,16}

En comparación con otros países que utilizaron la misma definición que nosotros, encontramos una menor prevalencia que en países desarrollados como Italia (63%) y Canadá (59%).^{5,14}

En lo que respecta a la edad, en distintos estudios se menciona a esta como un factor de riesgo para ser presentador tardío, en el presente estudio el grupo de edad de 30-39 años presentó 1.9 veces de mayor posibilidad de ser presentador tardío con respecto a los demás grupos y esta asociación es estadísticamente significativa; encontrando a este grupo de edad asociado en la presentación tardía en otros países como en Bélgica, Francia y España;^{4,6} dicha asociación podría tener un potencial sesgo debido a que pudiera ser que los pacientes dentro de este grupo ya tuvieron más tiempo de poder estar infectados y de poder presentar alguna sintomatología en comparación con los grupos de menor edad, ya que según el Registro de seropositivos del programa estatal de VIH de la Ciudad de México la edad media de ser caso es de 34 años. Al parecer la edad juega un papel importante en la presentación

tardía independientemente de que definición se utilice, que a mayor edad mayor posibilidad de ser presentador tardío como lo encontramos en nuestro estudio que por cada 10 años de incremento en la edad aumenta en un 39% la posibilidad de ser presentador tardío, que de igual manera en el estudio multinacional comentado anteriormente encontraron un 21% de mayor posibilidad. Aunque para el presente estudio no se pudo obtener información referente a los grupos de riesgo, en diversos estudios las personas usuarias de drogas intravenosas y las heterosexuales se encuentran asociadas con la presentación tardía, por lo que resulta pertinente en futuros estudios contar con esta información.^{4-7,17}

Nos queda claro que existen muchos retos que vencer y brechas que acortar en cuanto al abordaje de esta problemática, como lo es que para muchos individuos el conocer el status de seropositividad representa una barrera muy importante para que acudan a realizarse la prueba por sentirse etiquetados o por el temor percibido de llegar a morir o que acuden a realizarse la prueba en un estadio muy avanzado de su enfermedad, como en Europa en donde acuden uno de cada tres en esas condiciones,^{8,18} también se necesita generar las estrategias pertinentes en todos los niveles del proceso de la atención al paciente seropositivo siguiendo el modelo de cascada de la atención recientemente divulgado,¹⁹ en la cual se estiman las pérdidas en el seguimiento que se tienen desde el total de las personas que viven con VIH, hasta el número de ellas que cuentan con cargas virales indetectables, para así abordar de manera multidisciplinaria las áreas de oportunidad (detección, incorporación, permanencia y adherencia) que representan las pérdidas en el seguimiento que se tienen en cada uno de los peldaños de esta cascada, lo cual se reflejaría favorablemente en una disminución de la prevalencia de presentadores tardíos. Aunque actualmente no existe cura

alguna, se considera al VIH/SIDA como una enfermedad crónica ²⁰ que cuando se sigue un tratamiento antirretroviral adecuado se puede llevar una vida sana y productiva;¹ y que además si se cuenta con redes sociales de apoyo amplias, la calidad de vida mejora notablemente.²¹

Lo anterior abre otro tema de discusión referente a cuando es adecuado iniciar el tratamiento ARV ya que hay evidencia que indica que la esperanza de vida de los presentadores tardíos aumenta a medida que se inicie el tratamiento antiretroviral oportunamente;¹¹ el cual para el 2012 en México se recomienda que se inicie en personas con conteos de CD4 menores a las 350 células/ μ l,¹⁵ y hasta hace apenas unos cuantos años la literatura existente también lo hacía;¹² actualmente se exhorta a iniciar tratamiento ARV a toda persona seropositiva sin importar el conteo de células CD4, lo que ayuda a disminuir la mortalidad y la ocurrencia de numerosas complicaciones e infecciones oportunistas, así como también reduce considerablemente la transmisibilidad del virus, esto se conoce actualmente como “Tratamiento como Prevención” (Treatment as Prevention).²²⁻²⁴

Ante una presentación tardía frecuente y al panorama de cronicidad que presenta la infección del VIH, resulta muy importante tomar en cuenta las estrategias que actualmente algunos países están estudiando y adoptando en materia de prevención, como lo es el inicio de tratamiento a toda persona seropositiva sin importar sus conteos.

Una limitación del estudio realizado fue que solamente se obtuvo información de los pacientes más adheridos y que hay personas con diagnóstico de seropositividad que no llegaron a algún

punto del proceso de la atención; así como también se tuvo una mayor oportunidad de captar a pacientes del año 2010 que del 2011, ya que al final del periodo del 2011 algunos pacientes se encontraban en algún punto del proceso de atención. El presente estudio representa un punto de partida para el abordaje de esta problemática y provee evidencia que pudiera ser utilizada por los tomadores de decisiones para generar estrategias de un cribado y detecciones oportunas, así como para fortalecer el proceso de incorporación a la atención y retención de los pacientes seropositivos.

AGRADECIMIENTOS

Le doy mi entero agradecimiento al personal operativo y directivo de la CEC por las facilidades otorgadas para la realización de este trabajo.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud [sitio de internet]. Centro de Prensa; Nota descriptiva No. 360 VIH/SIDA [actualizado noviembre2011; consultado 2010 ene 13]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/index.html>.
2. Campsmith M, Rhodes P, Hail HI. Estimated Prevalence of Undiagnosed HIV-Infection in the United States at the End of 2006. Proceedings of the Sixteenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections Conference; 2009 feb 8-11; Montreal, Canada.
3. Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA. El VIH/SIDA en México 2009. México: Secretaria de Salud, 2009.

4. Castilla J, Lorenzo JM, Izquierdo A, Lezaund ME, Lopez I, et al. Characteristics and Trends of Newly Diagnosed HIV-Infections, 2000-2004. *Gac Sanit* 2006; 20(6):442-448
5. d'Arminio Monforte A, Cozzi-Lepri A, Girardi E, Castagna A, Mussini C, Di Giambenedetto S, et al. Late presenters in new HIV diagnoses from an Italian cohort of HIV-infected patients: prevalence and clinical outcome, *Antivir Ther* 2011;16(7):1103-1112.
6. Ndiaye B, Salleron J, Vincent A, Bataille P, Bonnevie F, Choisy P, et al. Factors associated with presentation to care with advanced HIV disease in Brussels and Northern France 1997-2007. *BMC Infect Dis* 2011;11:11.
7. Crabtree-Ramírez B, Caro-Vega Y, Shepherd BE, Wehbe F, Cesar C, Cortés C, et al. Cross-Sectional Analysis of Late HAART Initiation in Latin America and the Caribbean: Late Testers and Late Presenters. *PLoS One* 2011;6(5): e20272.
8. Antinori A, Coenen T, Costagiola D, Dedes N, Ellefson M, Gatell J, et al. Late presentation of HIV infection: a consensus definition. *HIV Med* 2011;12(1):61-64
9. Egger M, May M, Chene G, Phillips AN, Ledergerber B, Dabis F, et al. Prognosis of HIV-1-infected patients starting highly active antiretroviral therapy: a collaborative analysis of prospective studies. *Lancet* 2002;360(9327):119-129.
10. Lohse N, Hansen AB, Pedersen G, Kronborg G, Gerstoft J, Sørensen HT, et al. Survival of persons with and without HIV Infection in Denmark 1995–2005. *Ann Intern Med* 2007;146(2):87-95.
11. May M, Gompels M, Delpech V, Porter K, Post F, Johnson M, et al. Impact of late diagnosis and treatment on life expectancy in people with HIV-1: UK Collaborative HIV Cohort (UK CHIC) Study. *BMJ* 2011;343.

12. When To Start Consortium, Sterne JA, May M, Costagliola D, de Wolf F, Phillips AN, et al. Timing of initiation of antiretroviral therapy in AIDS-free HIV-1-infected patients: a collaborative analysis of 18 HIV cohort studies. *Lancet* 2009; 373(9672):1352-63.
13. Sabin CA, Smith CJ, Gumley H, Murphy G, Lampe FC, Phillips AN, et al. Late Presenters in The Era of Highly Active Antiretroviral Therapy: Uptake of and Response to Antiretroviral Therapy. *AIDS* 2004; 18(16):2145-51.
14. Krentz HB, Gill MJ. The direct costs of late presentation (<350/mm) of HIV infection over a 15-year period. *AIDS Res Treat* 2012;2012:757135.
15. Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA. El VIH/SIDA en México. Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH. México: Secretaria de Salud, 2012.
16. Crabtree-Ramírez B, Caro-Vega Y, Belaunzarán-Zamudio F, Sierra-Madero J. High prevalence of late diagnosis of HIV in Mexico during the HAART era. *Salud Publica Mex* 2012;54(5):506-514.
17. Mojumdar K, Vajpayee M, Chauhan NK, Mendiratta S. Late presenters to HIV care and treatment, identification of associated risk factors in HIV-1 infected indian population. *BMC Public Health* 2010;10:416.
18. Jürgensen M, Tuba M, Fylkesnes K, Blystad A. The burden of knowing: balancing benefits and barriers in HIV testing decisions. A qualitative study from Zambia. *BMC Health Serv Res* 2012;12:2.
19. Gardner EM, McLees MP, Steiner JF, Del Rio C, Burman WJ. The Spectrum of Engagement in HIV Care and its Relevance to Test-and-Treat Strategies for Prevention of HIV Infection. *Clin Infect Dis* 2011;52(6):793-800.
20. Colvin CJ. HIV/AIDS, chronic diseases and globalization. *Global Health* 2011;7:31

21. Charles B, Jeyaseelan L, Pandian AK, Sam AE, Thenmozhi M, Jayaseelan V. Association between stigma, depression and quality of life of people living with HIV/AIDS (PLHA) in South India – a community based cross sectional study. BMC Public Health 2012;12:463.
22. Thompson MA, Aberg JA, Hoy JF, Telenti A, Benson C, Cahn P , et al. Antiretroviral Treatment of Adult HIV Infection 2012 Recommendations of the International Antiviral Society–USA Panel. JAMA 2012;308(4):387-402.
23. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, HPTN 052 Study Team, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. N Engl J Med 2011;365(6):493-505.
24. Wilson DP. HIV Treatment as Prevention: Natural Experiments Highlight Limits of Antiretroviral Treatment as HIV Prevention. PLoS Med 2012;9(7).

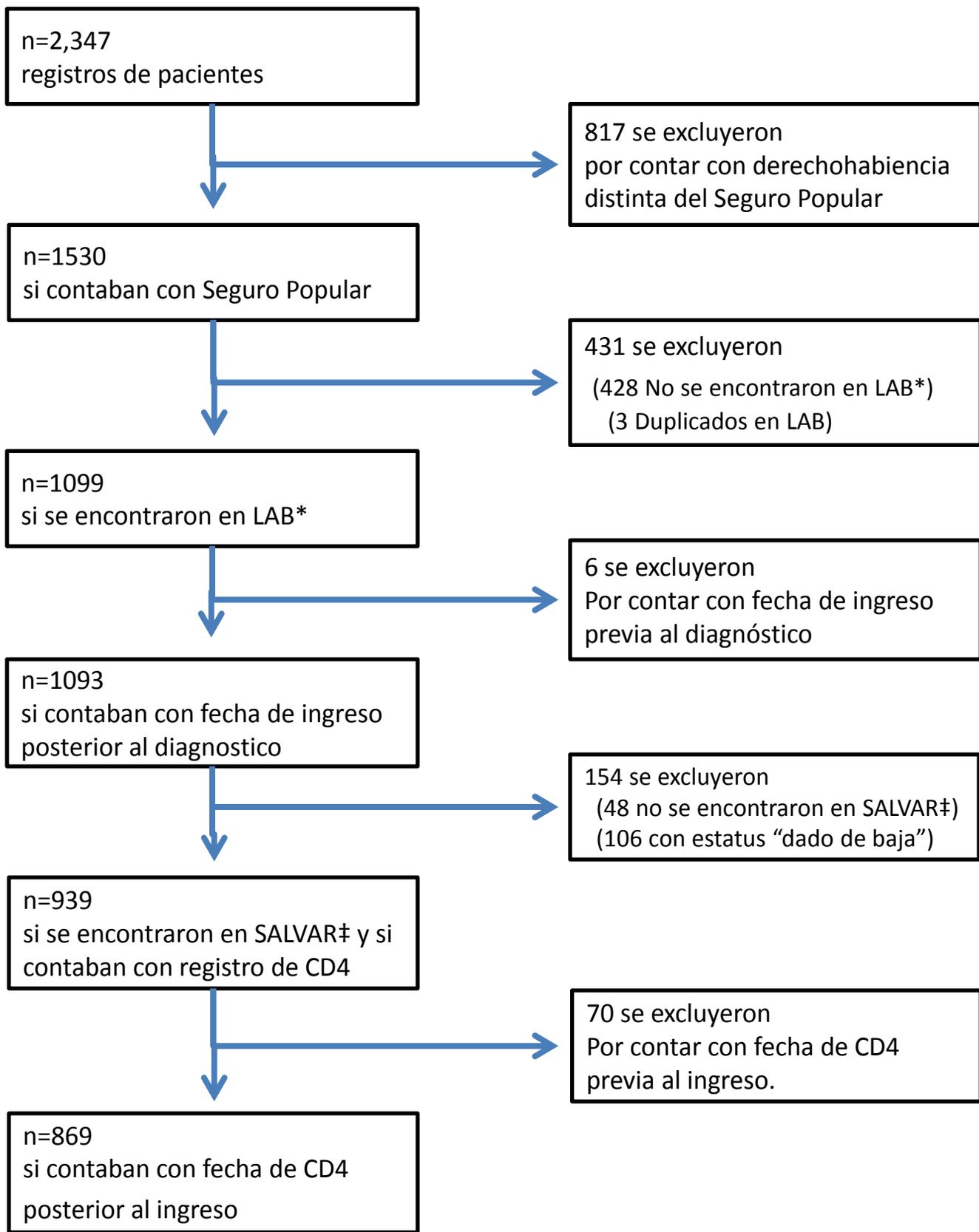


Figura 1. Proceso de obtención de la población de estudio del universo de pacientes seropositivos que acudieron al servicio encargado de la incorporación al tratamiento de la Clínica Especializada Condesa del 2010 al 2011.

*Base de datos del laboratorio de la CEC.

‡Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de ARV, donde se tomo en cuenta el primer registro CD4.

Diferencias entre Presentadores Tardíos y no Presentadores Tardíos por sexo. Estudio Realizado en la Clínica Especializada Condesa, Ciudad de México 2010-2011

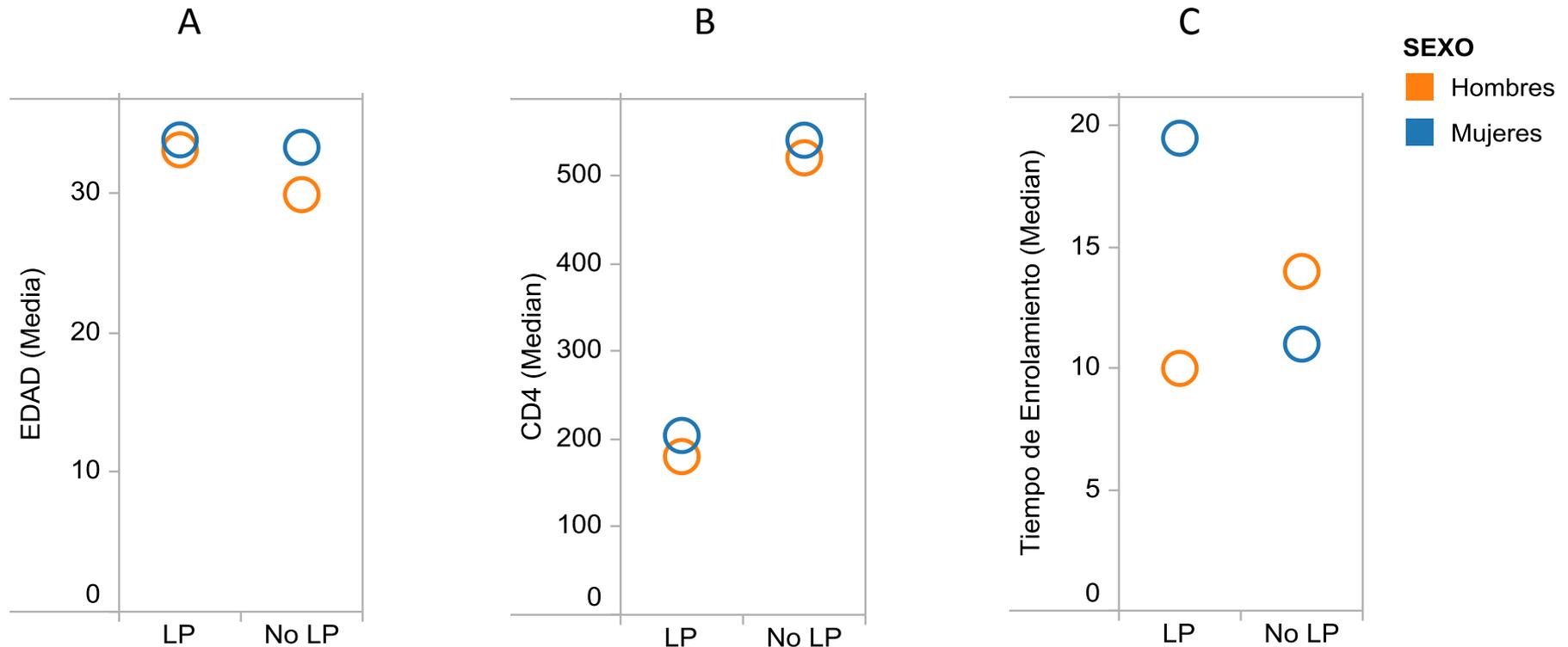


Figura 2. Se muestra la media de la Edad, mediana de Células CD4 y mediana del Tiempo de Enrolamiento en la Atención de los Presentadores Tardíos (LP) y los no Presentadores Tardíos (No LP). Los colores muestran detalles por el Sexo.

Tabla 1

**ANALISIS DE REGRESION LOGISTICA UNIVARIADO Y MULTIPLE DEL SEXO Y EDAD ASOCIADAS
CON LA PRESENTACION TARDIA.**

1) UNIVARIADO

	RM	p-value	IC (95%)
SEXO			
Mujeres	REF		
Hombres	0.9542	0.861	0.5651 - 1.6112
EDAD‡			
<20	0.4758	0.037	0.2365 - 0.9573
20 a 29	0.5222	0.000	0.3979 - 0.6854
30 a 39	1.9009	0.000	1.4181 - 2.5480
40 a 49	1.3934	0.089	0.9512 - 2.0411
50 a mas	1.2022	0.580	0.6260 - 2.3085

2) MULTIPLE

	RM	p-value	IC (95%)
EDAD			
<20	0.3162	0.002	0.1527 - 0.6547
20 a 29	0.4498	0.000	0.3278 - 0.6173
30 a 39	REF	REF	REF
40 a 49	0.8562	0.479	0.5573 - 1.3154
50 a mas	0.7692	0.452	0.3884 - 1.5231

‡ Para este análisis se generaron variables dummy para cada grupo de edad y el resultado representa a cada grupo en comparación con el resto

Tabla 2

**COMPARACION DE MEDIAS PARA LA EDAD ENTRE
POBLACIÓN DEL PRESENTE ESTUDIO Y LA POBLACIÓN DEL
REGISTRO DE SEROPOSITIVOS DEL PROGRAMA ESTATAL DE
VIH DE LA CIUDAD DE MÉXICO.**

	t test	p value
SEXO		
Mujeres	-1.85	0.0691
Hombres	-11.3934	0.0000
EDAD		
<20	0.7879	0.4310
20 a 29	-3.3874	0.0007
30 a 39	-1.4790	0.1392
40 a 49	0.4786	0.6323
50 a mas	-1.1477	0.2512