CENSIDA
Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida

DÍA MUNDIAL DEL SIDA
1 DE DICIEMBRE DE 2016

BOLETÍN de ATENCIÓN INTEGRAL de PERSONAS con VIH

Volumen 2, n° 3 julio– septiembre 2016

HIV Drug Therapy GLASGOW 2016

Del 23 al 26 de octubre de 2016 se realizó el Congreso Internacional sobre Terapia Farmacológica en la Infección por el VIH (HIV Glasgow 2016) en Escocia.

Durante el Congreso se discutieron las importantes repercusiones de los costos de fabricación y venta de los antirretrovirales, y su impacto en las políticas de salud en todo el mundo. Al respecto el Dr. Andrew Hill declaró: "pocos servicios nacionales de salud conocen estos costos. Necesitamos una mayor transparencia en el establecimiento de precios, lo que tendrá un efecto cascada en otras áreas terapéuticas" refiriéndose tanto al tratamiento del VIH, como al tratamiento de la tuberculosis, la hepatitis B y C.[1]

La evolución del tratamiento antirretroviral, ha permitido buscar tratamientos más simples, con menos tomas y menor cantidad de efectos adversos.[2] En este marco se presentaron resultados que abonan a la idea de reducir la cantidad de medicamentos que se utilizan en el tratamiento ARV del VIH, debido a la eficacia de los nuevos fármacos disponibles.

En este ámbito, **la Dra. Roberta Gagliardini, reportó los resultados del estudio multicéntrico ATLAS-M,** realizado en Italia durante 96 semanas, que buscaba demostrar la **no inferioridad de un régimen de dos fármacos**, conformado por un inhibidor de proteasa reforzado con *ritonavir* y *lamivudina*, en personas previamente tratados con triple terapia y estables. Es decir, con carga viral indetectable y cuentas de CD4 mayor a 200 células/ml.

Los resultados a las 48 y 96 semanas mostraron que el grupo en biterapia fue estadísticamente superior al grupo en tripe terapia, por presentar una menor falla al tratamiento. Sin embargo, aun cuando la proporción de falla virológica fue menor en biterpia que en triple terapia (1.2% vs. 6.8%), ésta no fue significativa (p=0.060). Lo cual podría estar relacionado con una mayor número de efectos secundarios en el grupo de triple terapia.

Uno de los antirretrovirales que más se ha discutido últimamente es el inhibidor de integrasa *Dolutegravir*, debido a su alta barrera genética y una disminución de efectos adversos en los ensayos clínicos.

Sin embargo, la **Dra. Romina Quercia de *ViiV Healthcare*, examinó la incidencia de efectos adversos en el sistema nervioso central en personas tratadas con dolutegravir en la vida real**, como insomnio, mareo, depresión y psicosis. Para lo cual un grupo de investigadores en Alemania diseñaron un estudio retrospectivo de personas con VIH que iniciaron con un inhibidor de integrasa entre 2007 y 2016.

El estudió arrojó que las tasas de discontinuación a 2 años por un evento adverso eran mayores en pacientes tratados con *elvitegravir*. Sin embargo, las tasas de discontinuación por eventos adversos del SNC a los 12 meses eran sustancialmente mayores en los pacientes con dolutegravir (5.6% vs. elvitegravir 0.7% y raltegravir 1.9%). [7]

Estos resultados son consistentes a los reportados por la cohorte en Holanda, donde el 14% de los pacientes con *dolutegravir* abandonó el tratamiento por efectos neuropsiquiátricos.[6]

Consejo Editorial

Editor
Dr. Carlos Magis Rodríguez

Coeditores
Lic. Enrique Bravo García
Mtra. Marisol Valenzuela Lara

Colaborador
MPSS José Alfredo García Sánchez

Contenido

En portada	1
Editorial	3
Artículos originales	4
Nota de interés	6
Actualización epidemiológica	7
Directorio	16

Si gusta colaborar con esta publicación, favor de enviar su artículo original al correo:

marisol.censida@gmail.com

1200-1500 palabras incluyendo referencias.

Uno de los temas más discutidos durante la reunión, fue el uso de antirretrovirales en la prevención del VIH, específicamente la profilaxis previa a la exposición (PrEP, en inglés). Sin embargo, la discusión transitó de la efectividad de la intervención y posibles efectos secundarios, a estrategias de implementación y análisis de costo-efectividad.

Durante el Congreso se reportó que las personas están obteniendo PrEP genérico a través de diversos sitios en línea, con el riesgo de desconocer la legitimidad del medicamento utilizado. En este contexto la **Dra. Nneka Nwokolo presentó los resultados de una clínica en el centro de Londres que realizó pruebas de sangre para detectar niveles de *tenofovir/emtricitabina* en 234 personas que estaban tomando PrEP adquirido en internet**, encontrando niveles óptimos en sangre y ninguna infección por VIH.

Las personas tomando PrEP habían acudido para realizarse pruebas de ITS, y adicionalmente se les ofrecieron pruebas trimestrales de VIH, gonorrea, clamidia, sífilis y pruebas de función renal como parte de un servicio de monitoreo de PrEP. Todos eran HSH con una edad promedio de 37 años, 35% practicaban "*chemsex*", 85% tomaban PrEP diariamente, mientras que el 15% restante sólo cuando lo necesitaban.

La Dra. Nwokolo concluyó: "mientras la PrEP no se encuentre disponible en el Sistema Nacional de Salud es crucial hacerlo accesible a quien lo necesite". [5]

1. *New $90-$90-$90 target needed for global viral hepatitis, HIV and TB treatment*. (2016). Aidsmap.com. Disponible en: www.aidsmap.com/New-90-90-90-target-needed-for-global-viral-hepatitis-HIV-and-TB treatment/page/3094326/?utm_source=NAM-Email-Promotion&utm_medium=conference-bulletin&utm_campaign=English Revisado el 3 de noviembre de 2016
2. 30 años del VIH-SIDA: Perspectivas desde México. (2016) (p. 61). Ciudad de México.
3. Gagliardini R et al. *Simplification to atazanavir/ritonavir + lamivudine versus maintaining atazanavir/ritonavir + 2 NRTIs in virologically suppressed HIV-infected patients: 96-week data of the ATLAS-M trial*. International Congress on Drug Therapy in HIV Infection (HIV Glasgow), Glasgow, abstract 0121, 2016.
4. Ciaffi L et al. *Dual therapy with a boosted protease inhibitor plus lamivudine is an effective maintenance strategy in patients on second-line antiretroviral therapy in Africa: the ARNS 12286/MOBIDIP trial*. International Congress on Drug Therapy in HIV Infection (HIV Glasgow), Glasgow, abstract 0122, 2016.
5. Wang X, Nwokolo N (presenter), Boffito M et al. *InterPrEP: internet-based pre-exposure prophylaxis (PrEP) with generic tenofovir DF/emtricitabine (TDF/FTC) in London – analysis of pharmacokinetics, safety and outcomes*. International Congress on Drug Therapy in HIV Infection (HIV Glasgow),Glasgow, abstract O315, 2016.
6. Quercia R et al. *Psychiatric adverse events from the DTG ART-naïve phase 3 clinical trials*. International Congress on Drug Therapy in HIV Infection (HIV Glasgow), Glasgow, abstract P210, 2016.
7. Sabranski M et al. *Higher rates of neuropsychiatric adverse events leading to dolutegravir discontinuation in women and older patients*. International Congress on Drug Therapy in HIV Infection (HIV Glasgow), Glasgow, abstract 0214, 2016.

El 1° de diciembre de cada año se conmemora el "Día Mundial del Sida", el cual es un día dedicado a honrar a las víctimas de la epidemia del VIH y el Sida, pero también una oportunidad para recordar a toda la sociedad la necesidad de sumar esfuerzos en la respuesta mundial contra el Sida. El marco que propició su creación fue la Conferencia Mundial de Ministros de Salud sobre Programas de Prevención del Sida, celebrada en la ciudad de Londres en 1988, que acordó declarar ese año como el Año dedicado a la Comunicación sobre el Sida[1].

A raíz de ello, el Dr. Jonathan Mann, Director del entonces Programa Mundial del Sida (hoy ONUSIDA), apoyó la idea de dedicar un día especial. La fecha del 1° de diciembre fue elegida a sugerencia de los periodistas norteamericanos James Bunn y Thomas Netter, por ser una fecha posterior a la elección presidencial norteamericana y previa a las celebraciones navideñas, lo cual ayudaría a captar la atención de los medios de comunicación[2].

Este año el lema de la campaña es "*Levantemos las manos por la #PREVENCIÓNVIH*". Con este lema, ONUSIDA propone impulsar el uso de las redes sociales para que las personas expresen sus puntos de vista sobre lo que creen que hay que hacer para fortalecer los esfuerzos de prevención del VIH. En este contexto, "ONUSIDA pide a los ciudadanos de todo el mundo que presenten una fotografía de una palabra o una frase corta escrita en la palma de la mano, que resuma qué se necesita para fortalecer los esfuerzos de prevención del VIH. O en su defecto, un breve mensaje de video (máximo 30 segundos) que explique qué se debe hacer para reducir las nuevas infecciones por VIH en su comunidad[3].

El último reporte de ONUSIDA estima que, a finales del 2015, un total 36.7 millones de personas estaban viviendo con el VIH en todo el mundo [rango: 34.0 – 39.8 millones]; cada año se presentan más 2.1 millones de nuevas infecciones [rango 1.8 - 2.4 millones]; y 1.1 millones de personas mueren a causa del Sida[4].

En México, las estimaciones realizadas por Censida en forma conjunta con ONUSIDA, revelan que 200 mil personas viven con VIH [rango: 180 – 220 mil] y cada año se producen 11 mil nuevas infecciones [rango: 9,800 – 12,000][5]. La buena noticia es que el acceso universal a los antirretroviral ha permitido reducir la mortalidad por sida en México un 15% en el período 2008-2014[6].

Las cifras anteriores muestran la necesidad de no bajar la guardia y de convertir el próximo 1° de diciembre de 2016 en una jornada que sea capaz de amplificar la respuesta mexicana frente a la epidemia.

Dr. Carlos Magis Rodríguez
Director de Atención Integral

Referencias
1. Cumbre Mundial de Ministros de Salud. Declaración de Londres sobre Prevención del SIDA: 28 de enero de 1988. Ginebra: Organización Mundial de la Salud;1988.
2. Walter E. Inventors of World AIDS Day: James Bunn and Thomas Netter. Newsworks 2011; http://www.newsworks.org/index.php/local//speak-easy/30571-inventors-of-world-aids-day-james-bunn-and-thomas-netter. Accessed September 30, 2016.
3. ONUSIDA. Día mundial del sida 2016 - Materiales para la campaña #prevenciónVIH. 2016; http://www.unaids.org/es/resources/campaigns/WAD2016/materials. Accessed Octubre 25, 2016.
4. UNAIDS. AIDS by de numbers 2016. Geneva, Switzerland: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS;2016.
5. UNAIDS. AIDS by de numbers 2016. Geneva, Switzerland: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS;2016.
6. CENSIDA. Dirección de Atención Integral. Boletín de Atención Integral de Personas con VIH (octubre-diciembre 2015). 2015;Tercera Época 1(4)

ARTÍCULO ORIGINAL

Mecanismo de transmisión registrado en personas con VIH en tratamiento antirretroviral en la Secretaría de Salud

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida

Con el objetivo de conocer la proporción de poblaciones clave en tratamiento ARV en la Secretaría de Salud, desde 2015 se agregó a la plataforma SALVAR el registro del mecanismo de transmisión.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo transversal de las personas con VIH en tratamiento ARV al 1° de abril de 2016. Para tal efecto se cotejó la base de datos de SALVAR con la del Registro Nacional de Casos (RNC) de la Dirección General de Epidemiología del 1er trimestre de 2016. El cotejo de información se realizó utilizando las variables, nombre, fecha de nacimiento, CURP y RFC. El análisis de datos se realizo con el software STATA.

Resultados

Al corte del 1° de abril de 2016 existían 75 mil 785 personas con VIH en tratamiento antirretroviral en la Secretaría de Salud, registradas en la plataforma SALVAR, de las cuales 29 mil 565 cuentan con la variable mecanismo de transmisión registrada en el sistema.

Adicionalmente se encontró dicha variable en el RNC de 17 mil 481 personas, para una muestra total de 47 mil 046 personas con VIH con mecanismo de transmisión conocido, equivalente al 62% del total de personas con VIH en tratamiento ARV en la Secretaría de Salud.

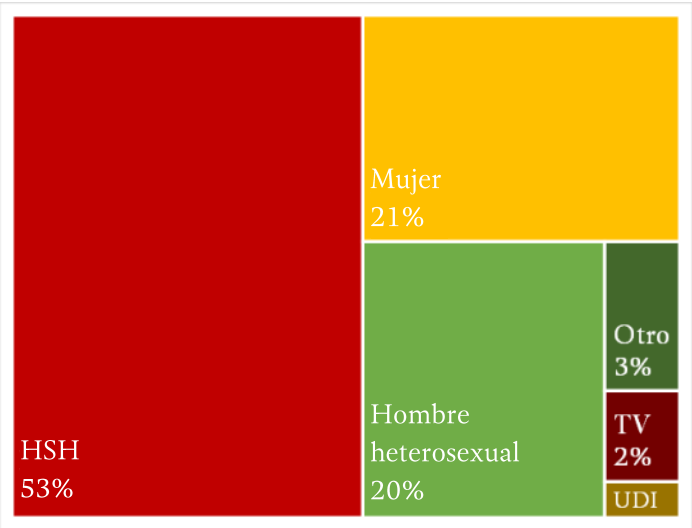
La proporción de datos obtenida en cada entidad fue muy heterogénea, siendo la mínima en Jalisco (35%) y la máxima en Hidalgo (95%). Sin embargo, sólo en 4 de las 32 entidades federativas el porcentaje con información fue menor al 50% (Tabla 1).

De las 28 mil 739 personas con VIH en tratamiento sin registro del mecanismo de transmisión, 5 mil 910 eran mujeres (20.6%).

Del total de la muestra, el 53% (IC95% 52.2—53.1) eran hombres que tienen sexo con hombres (HSH), 21% (IC95% 21.0—21.8) mujeres, 20% (IC 95% 19.6—20.3) hombres heterosexuales, en el 2% (IC95% 1.9—2.1) la transmisión fue vertical, y 0.8% (IC95% 0.7—0.9) estaba asociado por el uso de drogas inyectables (figura 1).

Las entidades con mayor proporción de HSH en tratamiento ARV registradas en SALVAR fueron Nuevo León (71%, IC95% 69.0—73.5), Ciudad de México (69%, IC95% 67.9—70.5) y Quintana Roo (64%, IC95% 61.0—66.5); mientras que las entidades con

Figura 1. Mecanismo de transmisión de las personas con VIH en tratamiento ARV en la Secretaría de Salud



menor número de HSH fueron: Chiapas (32%, IC95% 30.3—33.9), Veracruz (37%, IC95% 35.6—38.3) y Guerrero (39%, IC95% 37.2—41.5) (figura 2) .

En contraste, las entidades con mayor proporción de mujeres con VIH por transmisión sexual fueron Veracruz (31%, IC95% 29.4—32.1), Guerrero (30%, IC95% 28.1—25.7), Chiapas (29%, IC95% 27.5—29.1) y Oaxaca (27%, IC95% 25.0—29.0). Mientras que la Ciudad de México, Jalisco, Querétaro y Nuevo León son las entidades con menor proporción (figura 3).

En cuanto a transmisión vertical, las principales entidades fueron San Luis Potosí (4%), Chiapas, Oaxaca, Tabasco y Guerrero (5%). Es importante señalar el caso de Sonora y Baja California, las entidades con

Tabla 1. Análisis descriptivo de la personas en tratamiento ARV por entidad de atención en la Secretaría de Salud

	N	n (%)	HSH	M	H	TV	UDI
Aguascalientes	465	391 (84)	50%	19%	27%	2%	0%
Baja California	2,639	2,026 (77)	46%	22%	21%	1%	6%
Baja California Sur	394	350 (89)	51%	25%	17%	3%	2%
Campeche	856	696 (81)	50%	26%	21%	2%	0%
Chiapas	3,826	2,674 (70)	32%	29%	33%	4%	0%
Chihuahua	2,014	1,411 (70)	54%	21%	22%	2%	1%
Coahuila	855	412 (48)	61%	18%	18%	1%	1%
Colima	566	372 (66)	52%	24%	17%	1%	1%
Ciudad de México	10,971	5,051 (46)	69%	10%	11%	0%	0%
Durango	550	427 (78)	48%	21%	27%	1%	1%
Guanajuato	2,094	909 (43)	50%	22%	22%	2%	2%
Guerrero	2,453	1,987 (81)	39%	30%	21%	4%	0%
Hidalgo	735	700 (95)	47%	23%	21%	4%	1%
Jalisco	5,182	1,819 (35)	56%	14%	21%	3%	2%
México	6,548	4,196 (64)	62%	19%	18%	1%	0%
Michoacán	1,356	1,259 (93)	52%	21%	17%	1%	1%
Morelos	1,355	777 (57)	57%	19%	21%	1%	0%
Nayarit	734	458 (62)	47%	23%	24%	1%	0%
Nuevo León	2,432	1,549 (64)	71%	15%	11%	0%	0%
Oaxaca	2,314	1,989 (86)	50%	27%	19%	4%	0%
Puebla	2,824	1,936 (69)	57%	21%	21%	1%	0%
Querétaro	822	442 (54)	62%	15%	20%	1%	0%
Quintana Roo	1,932	1,169 (61)	64%	21%	13%	1%	0%
San Luis Potosí	823	664 (81)	47%	22%	25%	5%	0%
Sinaloa	992	677 (68)	49%	21%	26%	1%	1%
Sonora	822	530 (64)	42%	21%	19%	2%	15%
Tabasco	2,989	2,373 (79)	49%	24%	21%	4%	0%
Tamaulipas	2,392	1,395 (58)	50%	27%	17%	2%	1%
Tlaxcala	681	411 (60)	49%	21%	23%	3%	0%
Veracruz	7,097	4,744 (67)	37%	31%	25%	3%	1%
Yucatán	2,039	1,837 (90)	61%	19%	19%	1%	0%
Zacatecas	363	222 (61)	50%	24%	22%	1%	0%
Entidades	72,115	45,853 (64)	52%	22%	20%	2%	1%
Institutos y Hospitales	3,670	1,193 (33)	65%	12%	14%	4%	0%
Nacional	75,785	47,046 (62)	53%	21%	20%	2%	1%

HSH: hombres que tienen sexo con hombres; M: mujeres; H: hombres; TV: transmisión vertical; UDI: personas que se inyectan drogas

mayor proporción de transmisión por uso de drogas inyectables, 15% (IC95% 11.5—17.5) y 6% (IC95% 4.7—6.7) respectivamente (tabla 1).

Conclusiones

Por primera vez se obtuvieron las cifras sobre las categorías de trasmisión de las personas que reciben TAR. Esta nueva información permite señalar que, aunque la epidemia a nivel nacional se ha mantenido estable y concentrada, existen heterogeneidades importantes en las diversas regiones del país. Por ejemplo, que la proporción de HSH en Chiapas es la mitad de la registrada en Nuevo León y la Ciudad de México; y que la proporción de mujeres en ésta última, representa únicamente la tercera parte de la que existe en Veracruz, Guerrero y Chiapas.

Figura 2. Proporción de hombres que tienen sexo con hombres en TAR por entidad de atención en la Secretaría de Salud

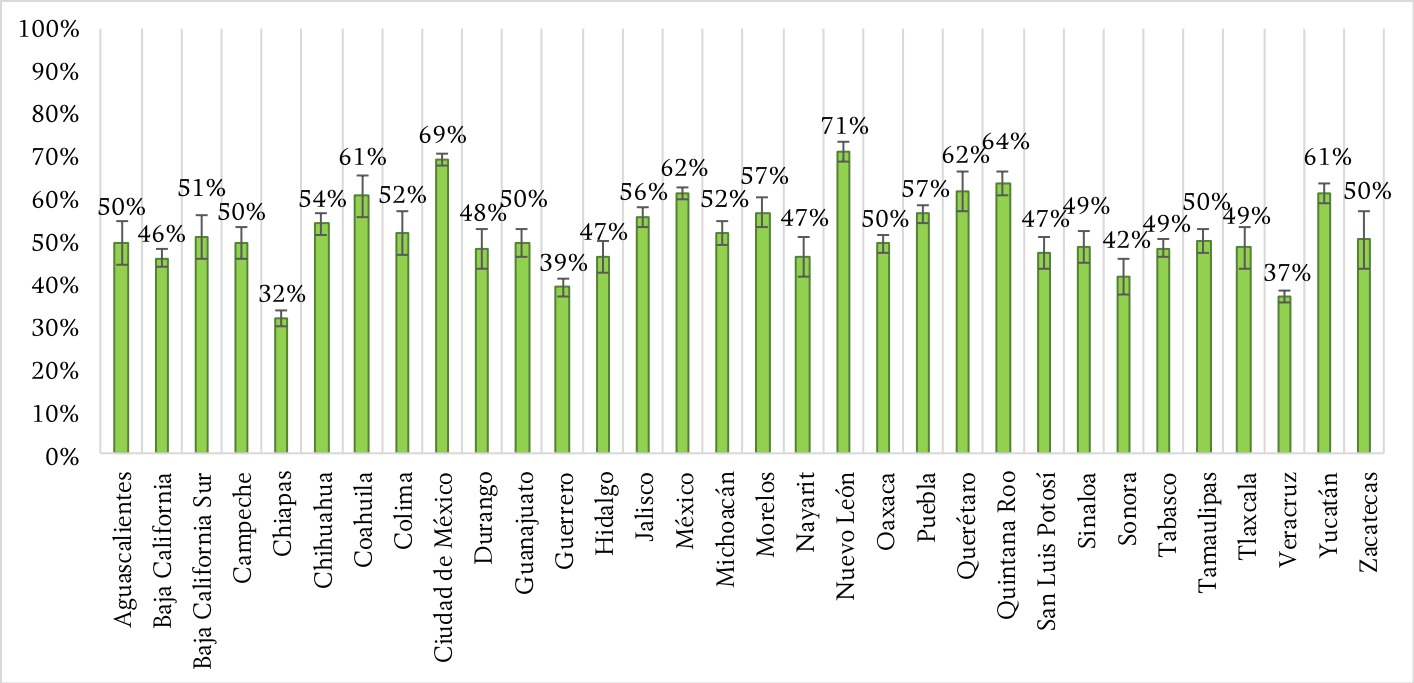
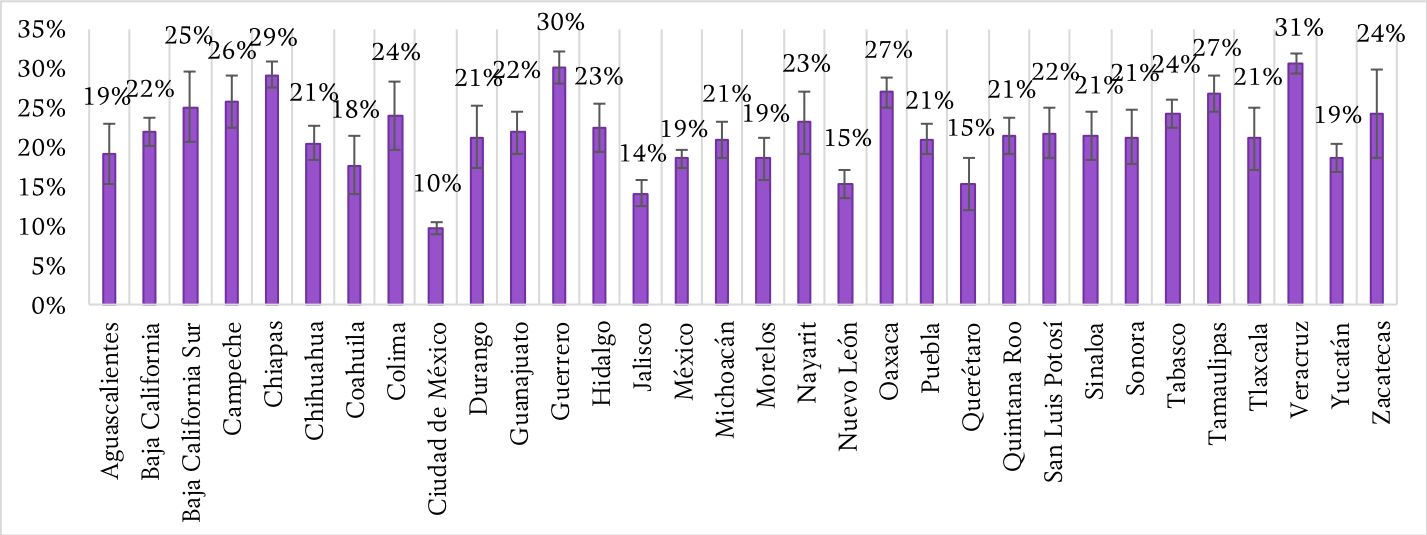
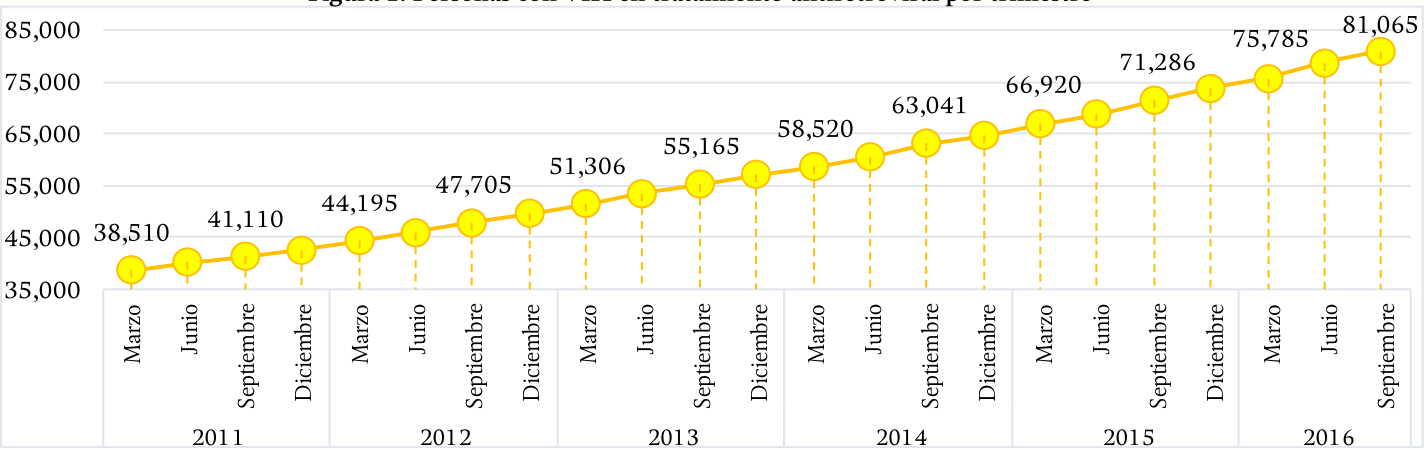


Figura 3. Proporción de mujeres con transmisión sexual en TAR por entidad de atención en la Secretaría de Salud



Personas con VIH en tratamiento antirretroviral en la Secretaría de Salud

Figura 1. Personas con VIH en tratamiento antiretroviral por trimestre



63,516 (78%) hombres en TAR

17,549 (22%) mujeres en TAR, de las cuales, 111 son mujeres trans

Figura 2. Proporción de hombres y mujeres en tratamiento ARV, 2010-2016

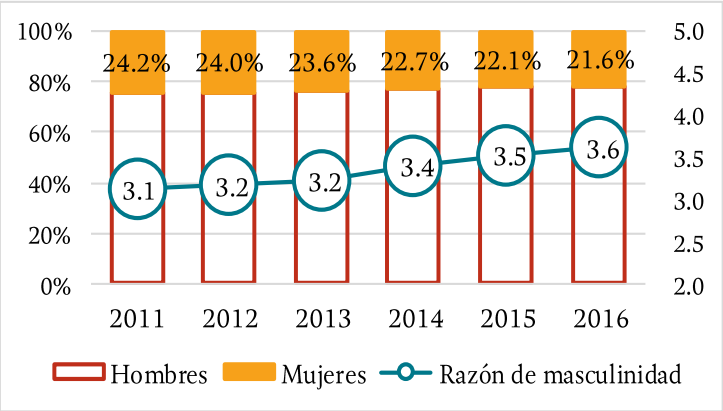


Figura 3. Proporción de personas en tratamiento ARV por grupo de edad

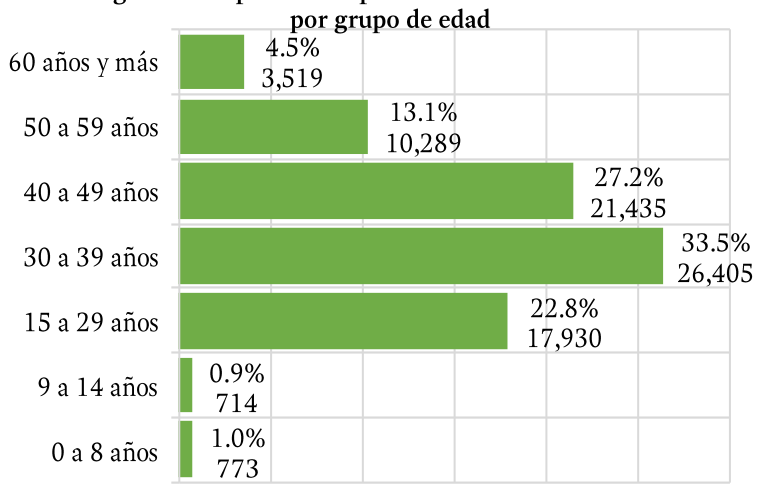


Tabla I. Personas en TAR por lugar de atención y razón de masculinidad

Lugar de atención	Personas con VIH en TAR	Razón de masculinidad
Aguascalientes	485	3.9
Baja California	2,856	2.9
Baja California Sur	408	2.6
Campeche	981	3.0
Ciudad de México	11,890	8.8
Coahuila	940	3.4
Colima	600	3.1
Chiapas	4,066	2.1
Chihuahua	2,097	3.6
Durango	547	3.8
Guanajuato	2,178	3.9
Guerrero	2,613	2.2
Hidalgo	766	3.2
Jalisco	5,417	5.3
México	7,046	4.2
Michoacán	1,532	3.5
Morelos	1,434	3.4
Nayarit	783	2.7
Nuevo León	2,665	4.9
Oaxaca	2,509	2.4
Puebla	2,949	3.4
Querétaro	890	5.4
Quintana Roo	2,193	3.5
San Luis Potosí	915	2.8
Sinaloa	999	3.5
Sonora	907	3.5
Tabasco	3,318	2.7
Tamaulipas	2,454	2.6
Tlaxcala	739	3.0
Veracruz	7,474	2.2
Yucatán	2,209	4.1
Zacatecas	402	3.1
Entidades	77,262	3.6
Institutos y Hospitales	3,803	5.5
Nacional	81,065	3.6

Tabla II. Personas en TAR por lugar de atención, género y grupo de edad

Unidad de atención	0 a 8		9 a 14		15 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 y más		Total	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Aguascalientes	2	2	3	4	12	56	35	118	29	124	9	65	9	17	99	386
Baja California	18	18	20	17	137	372	230	635	189	676	101	316	46	81	741	2,115
Baja California Sur	1		2	4	20	53	37	103	32	92	18	35	3	8	113	295
Campeche	5	10	5	3	75	226	83	232	50	158	23	87	5	19	246	735
Ciudad de México	1	3			213	2,668	367	3,628	352	2,783	208	1,254	67	346	1,208	10,682
Coahuila	5	5	7	2	57	153	72	249	49	202	15	93	9	22	214	726
Colima	2	4	3	3	27	78	54	141	36	143	21	62	2	24	145	455
Chiapas	35	50	27	32	319	693	437	928	265	585	135	318	84	158	1,302	2,764
Chihuahua	10	13	8	6	109	253	112	472	119	538	70	278	24	85	452	1,645
Durango	1	5	1	5	16	51	30	136	39	151	22	70	4	16	113	434
Guanajuato	9	7	9	4	77	320	124	550	136	516	63	251	30	82	448	1,730
Guerrero	21	11	21	17	175	322	297	596	184	506	81	238	49	95	828	1,785
Hidalgo	5	1	5	3	30	146	55	195	64	144	20	74	5	19	184	582
Jalisco	16	21	15	21	146	795	238	1,435	267	1,329	120	710	56	248	858	4,559
México	5	10	2	4	244	1,452	482	1,970	385	1,539	175	558	67	153	1,360	5,686
Michoacán	7	4	9	5	54	208	122	365	94	363	39	178	17	67	342	1,190
Morelos	4	3	10	2	66	285	92	332	88	267	43	148	26	68	329	1,105
Nayarit	1	6	4	2	41	84	60	186	62	171	33	78	8	47	209	574
Nuevo León	13	15	6	8	89	469	162	713	106	641	64	292	14	73	454	2,211
Oaxaca	29	17	12	19	155	381	239	582	178	426	83	233	41	114	737	1,772
Puebla	11	12	17	15	130	631	199	848	170	504	98	208	38	68	663	2,286
Querétaro	1	2	2	1	24	193	45	262	42	185	16	81	10	26	140	750
Quintana Roo	4	9	6	5	130	467	161	588	112	418	53	187	17	36	483	1,710
San Luis Potosí	7	3	8	6	59	139	61	210	66	195	29	87	8	37	238	677
Sinaloa	5	5	5	7	45	125	68	221	50	240	36	142	11	39	220	779
Sonora	3	3	5	1	40	114	70	223	56	234	21	96	7	34	202	705
Tabasco	20	28	26	19	236	718	324	790	181	545	80	262	21	68	888	2,430
Tamaulipas	13	19	8	10	177	367	209	570	172	488	79	246	20	76	678	1,776
Tlaxcala	4	6	2	3	34	168	61	175	46	136	28	48	8	20	183	556
Veracruz	32	41	49	39	540	1,181	788	1,646	585	1,257	258	689	105	264	2,357	5,117
Yucatán	8	12	8	11	103	533	144	567	100	384	45	210	23	61	431	1,778
Zacatecas	3	2	1	1	22	54	27	106	32	83	9	44	5	13	99	303
Entidades	301	347	306	279	3,602	13,755	5,485	19,772	4,336	16,023	2,095	7,638	839	2,484	16,964	60,298
Institutos y Hospitales	60	65	63	66	114	459	111	1,037	136	940	65	491	36	160	585	3,218
Nacional	361	412	369	345	3,716	14,214	5,596	20,809	4,472	16,963	2,160	8,129	875	2,644	17,549	63,516

Figura 4. Personas con VIH por año de inicio del tratamiento antirretroviral en la Secretaría de Salud

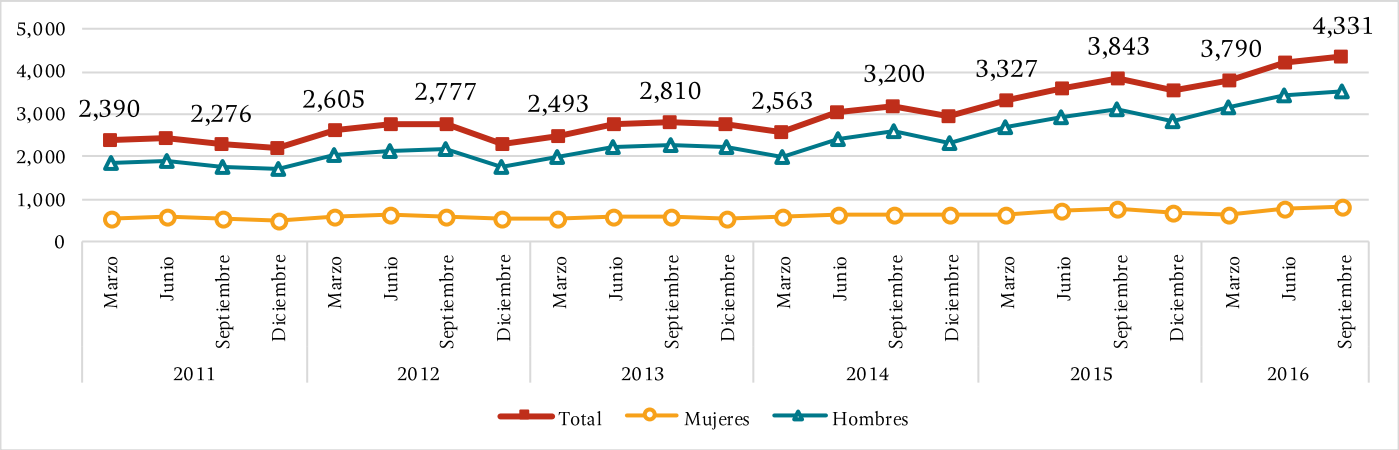


Figura 5. Proporción de mujeres con VIH en cada estado de las personas que han iniciado TAR en 2016 en la Secretaría de Salud

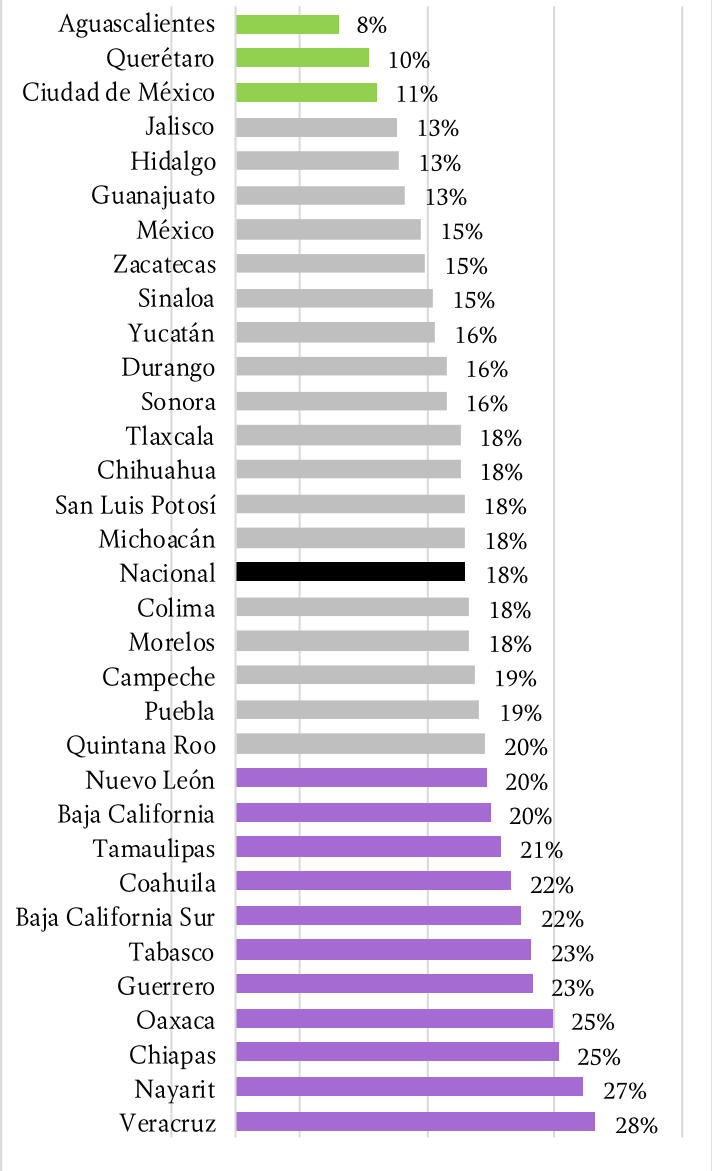
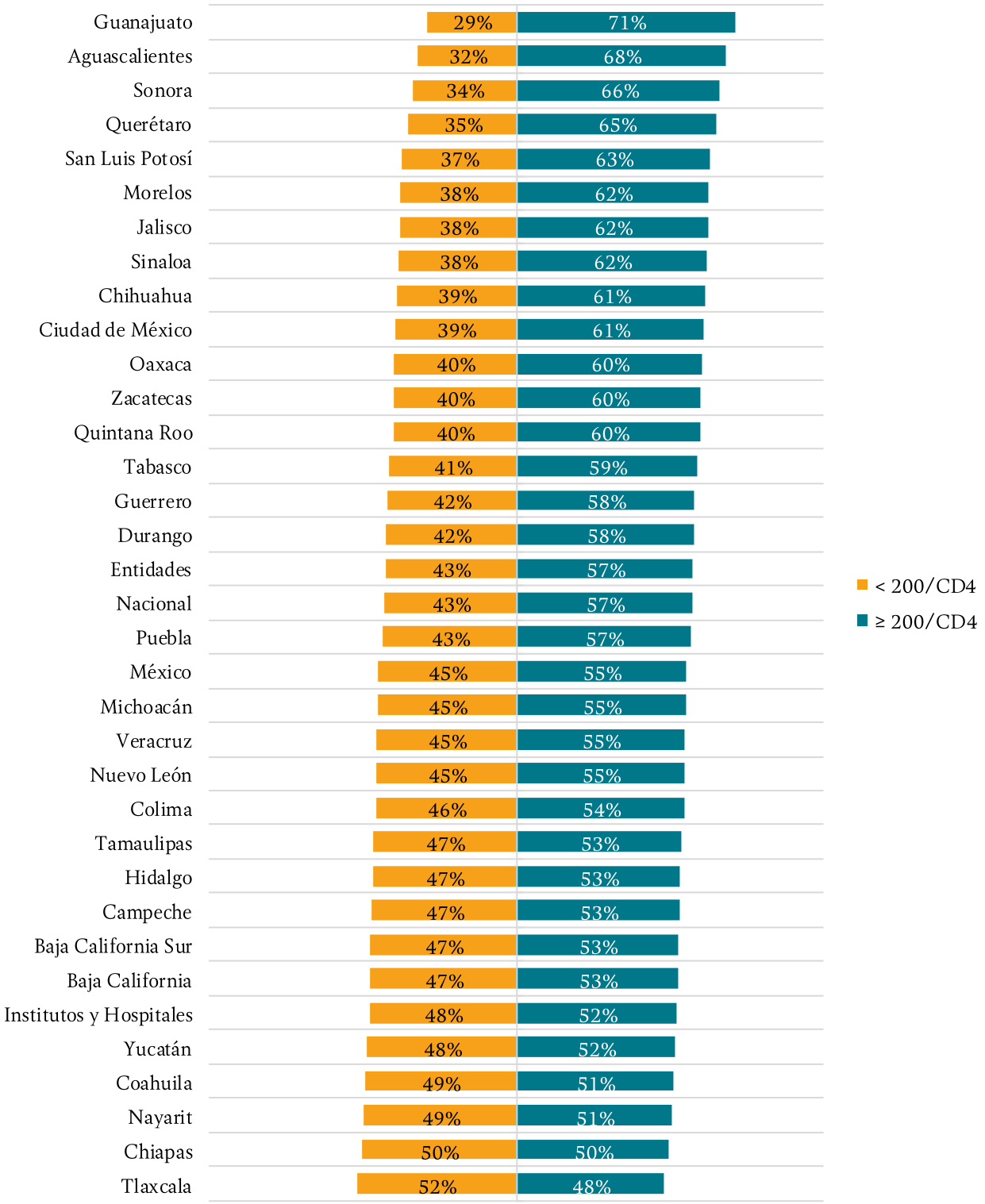


Tabla III. Personas con VIH que han iniciado TAR en 2016 en la Secretaría de Salud

Lugar de atención	Total de personas que iniciaron TAR en 2016		% de hombres	
Aguascalientes	50	0.4%	46	92.0%
Baja California	432	3.5%	346	80.1%
Baja California Sur	58	0.5%	45	77.6%
Campeche	214	1.7%	174	81.3%
Ciudad de México	2,147	17.5%	1,910	89.0%
Coahuila	139	1.1%	109	78.4%
Colima	82	0.7%	67	81.7%
Chiapas	669	5.4%	500	74.7%
Chihuahua	244	2.0%	201	82.4%
Durango	85	0.7%	71	83.5%
Guanajuato	256	2.1%	222	86.7%
Guerrero	349	2.8%	268	76.8%
Hidalgo	125	1.0%	109	87.2%
Jalisco	680	5.5%	594	87.4%
México	1,080	8.8%	923	85.5%
Michoacán	234	1.9%	192	82.1%
Morelos	213	1.7%	174	81.7%
Nayarit	110	0.9%	80	72.7%
Nuevo León	403	3.3%	324	80.4%
Oaxaca	355	2.9%	267	75.2%
Puebla	429	3.5%	347	80.9%
Querétaro	125	1.0%	112	89.6%
Quintana Roo	419	3.4%	337	80.4%
San Luis Potosí	134	1.1%	110	82.1%
Sinaloa	155	1.3%	131	84.5%
Sonora	188	1.5%	157	83.5%
Tabasco	591	4.8%	454	76.8%
Tamaulipas	429	3.5%	340	79.3%
Tlaxcala	108	0.9%	89	82.4%
Veracruz	1,122	9.1%	806	71.8%
Yucatán	326	2.7%	275	84.4%
Zacatecas	74	0.6%	63	85.1%
Entidades	12,025	97.8%	9,843	81.9%
Institutos y Hospitales	267	2.2%	234	87.6%
Nacional	12,292	100.0%	10,077	82.0%

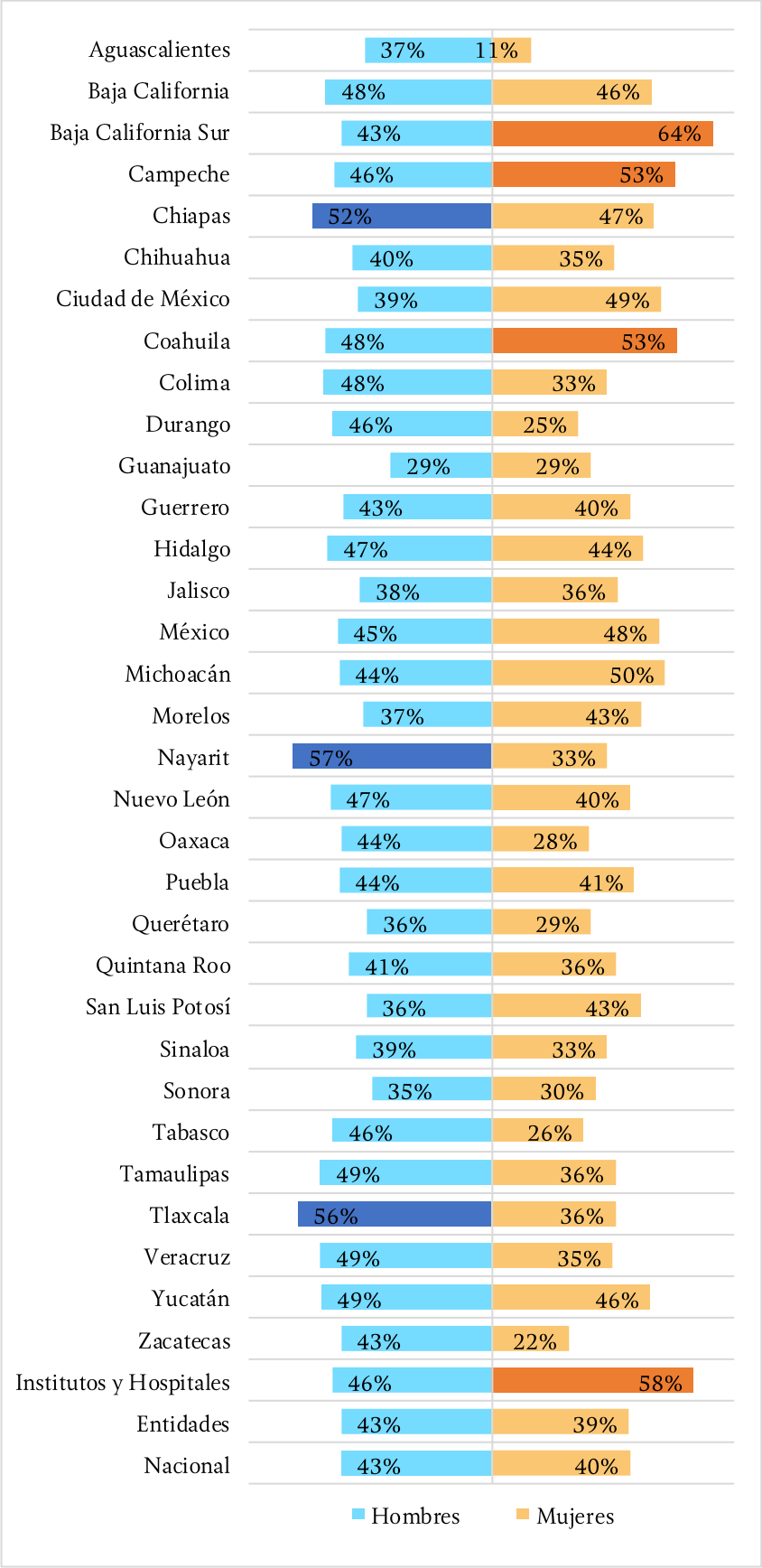
Estatus inmunológico de personas con VIH al inicio de la atención

Figura 6. Estado inmunológico de las personas con VIH al momento de la vinculación a los servicios de salud por entidad federativa, 2016



***Personas con VIH con primer CD4 registrado en SALVAR durante 2016**

Figura 7.Atención tardía de hombres y mujeres con VIH por entidad federativa, 2016 (< 200 / CD4 en la primer cuenta registrada)



Durante enero-septiembre de 2016 se registró el primer recuento de CD4 de 1,814 mujeres y 8,404 hombres, de los cuales el 44 y 40 por ciento, respectivamente, presentaron recuentos de CD4 menores a 200 células/mm^3 (figura 7).

Este indicador busca medir el estado inmunológico de las personas con VIH al momento de su vinculación a los servicios de salud, ante lo cual se observan importantes diferentes entre las entidades: mientras en Guanajuato el 71% de personas con primer registro de CD4 tuvo más de 200/CD4, en estados como Tlaxcala fue menor al 50%. (figura 6).

Estas diferencias se mantienen al comparar la atención tardía de hombres y mujeres al interior de las entidades; como el caso de Nayarit donde el 33% de las mujeres tuvieron un primer CD4 menor a 200 células/mm^3, mientras que en hombres fue casi el doble (57%).

La información analizada brinda un acercamiento sobre el estado inmunológico de las personas con VIH al momento de llegar a la atención en las entidades. Si revisan entidades como Coahuila, se observa que alrededor del 50% de las personas llegaron de forma tardía, independientemente del sexo (hombres 48%, mujeres 53%) (figura 7).

Se encontraron proporciones de atención tardía en mujeres mayores al 50% en 4 de las 32 entidades: Baja California Sur, Campeche, Coahuila, e Institutos y Hospitales.

Eficacia del tratamiento antirretroviral de las personas con VIH

Figura 9. Porcentaje de indetectabilidad en personas en TAR por más de 6 meses y con CV reciente por sexo, 2010-2016

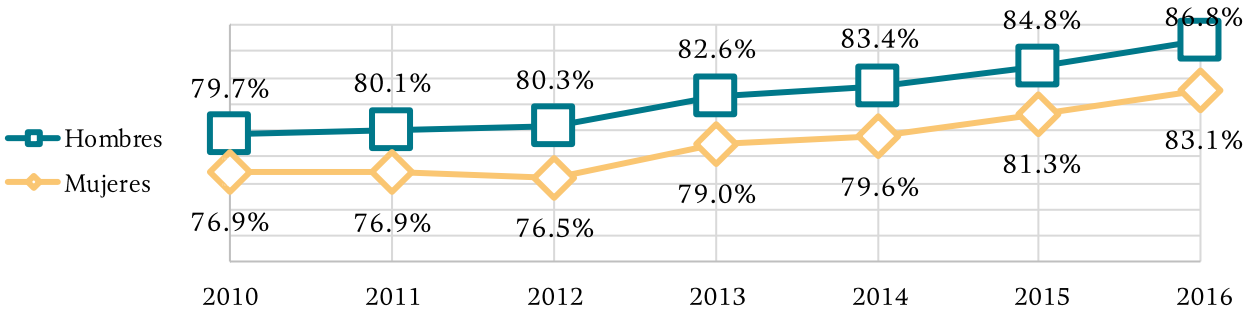
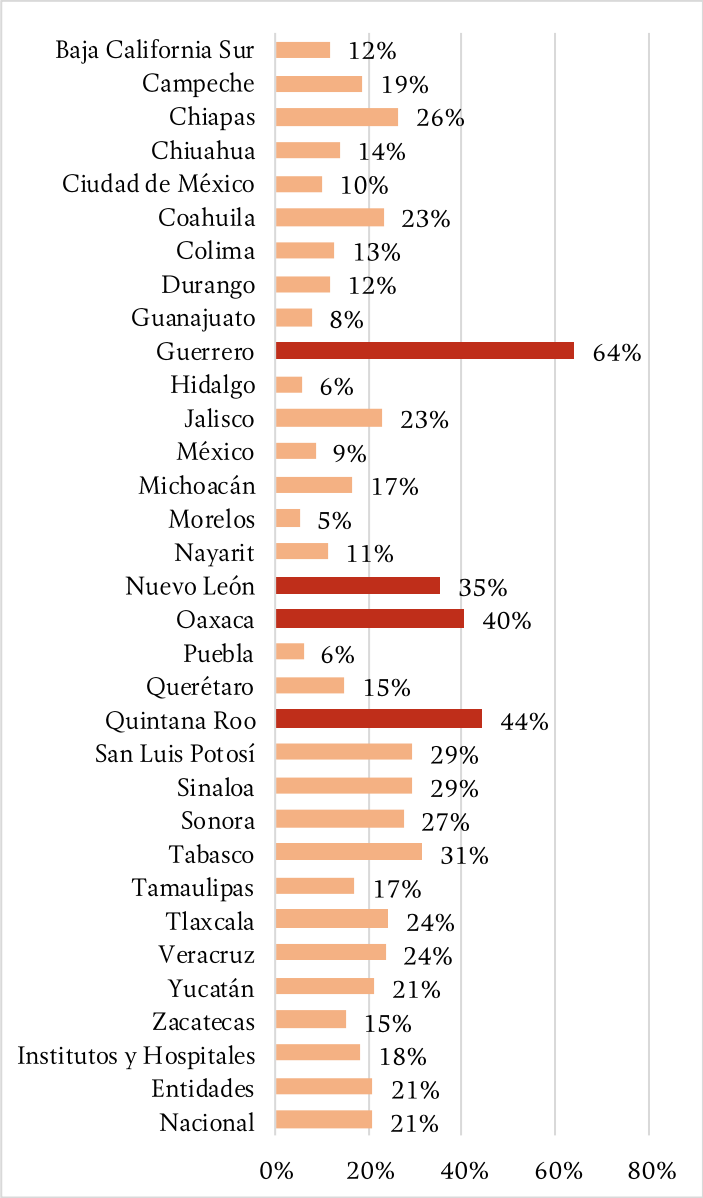


Tabla IV. Porcentaje de indetectabilidad en personas en TAR*

Entidad	6 meses o más en TAR	CV en los últimos 6 meses	CV indetectable	
			n	%
Aguascalientes	454	408	348	85%
Baja California	2,555	1,776	1,503	85%
Baja California Sur	368	325	301	93%
Campeche	823	670	542	81%
Ciudad de México	10,716	9,646	8,661	90%
Coahuila	836	642	542	84%
Colima	547	478	391	82%
Chiapas	3,648	2,687	2,218	83%
Chihuahua	1,897	1,636	1,425	87%
Durango	479	423	380	90%
Guanajuato	1,997	1,838	1,702	93%
Guerrero	2,378	858	645	75%
Hidalgo	681	641	541	84%
Jalisco	4,923	3,797	3,158	83%
México	6,331	5,781	5,173	89%
Michoacán	1,359	1,134	1,003	88%
Morelos	1,319	1,248	1,091	87%
Nayarit	697	619	499	81%
Nuevo León	2,369	1,531	1,307	85%
Oaxaca	2,259	1,345	1,179	88%
Puebla	2,646	2,487	2,231	90%
Querétaro	789	672	593	88%
Quintana Roo	1,895	1,058	897	85%
San Luis Potosí	815	576	510	89%
Sinaloa	903	639	541	85%
Sonora	773	561	444	79%
Tabasco	2,913	1,998	1,637	82%
Tamaulipas	2,164	1,795	1,429	80%
Tlaxcala	666	505	449	89%
Veracruz	6,647	5,077	4,208	83%
Yucatán	2,002	1,578	1,114	71%
Zacatecas	352	299	262	88%
Entidades	69,201	54,728	46,924	86%
Institutos y Hospitales	3,618	2,962	2,705	91%
Nacional	72,819	57,690	49,629	86%

*Acorde a la fecha de primer esquema registrado en SALVAR, carga viral menor igual a 50 copias/ml

Figura 10. Proporción de personas con más de 6 meses en TAR sin CV reciente por entidad federativa, 2016



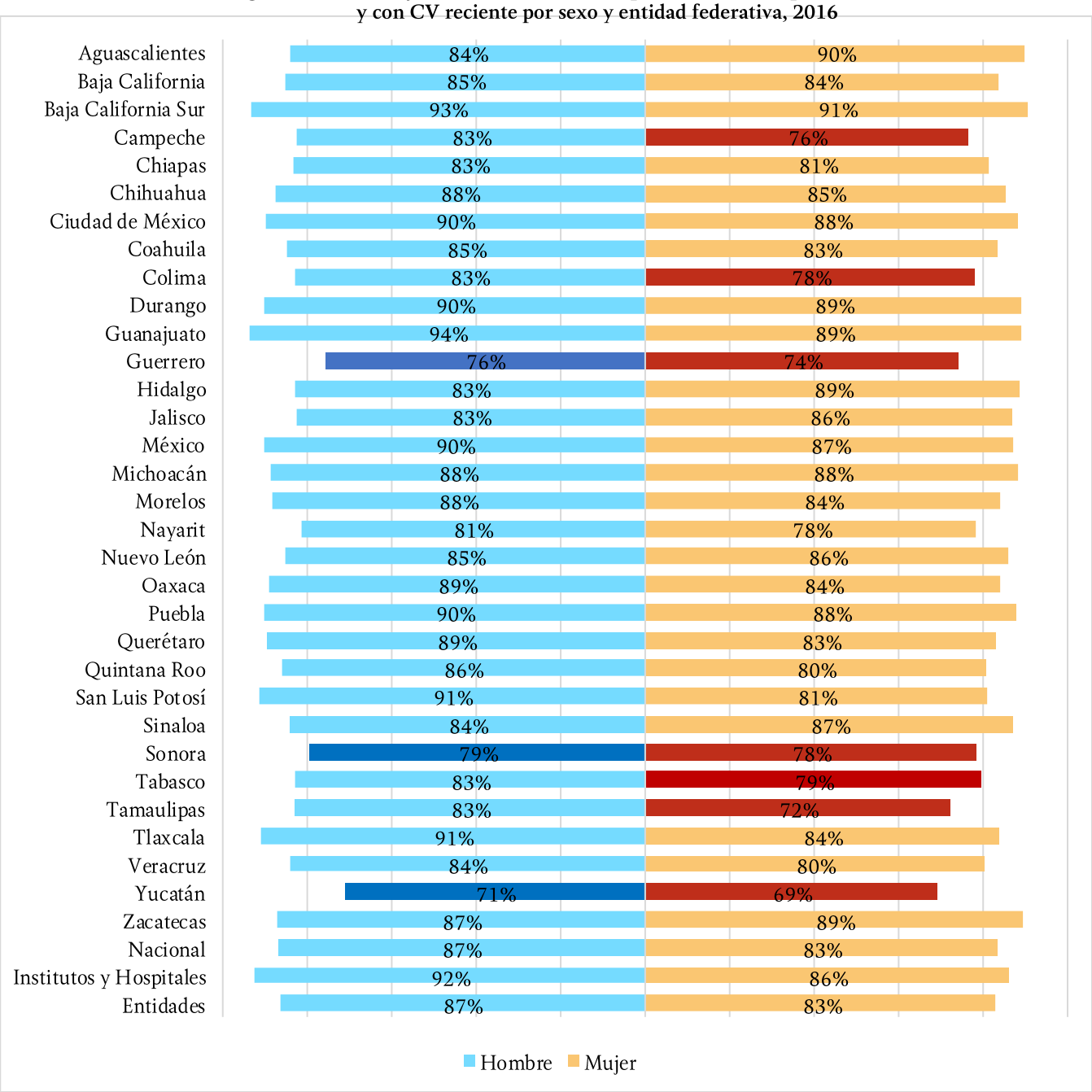
Al 30 de junio de 2016 había 81 mil 65 personas con VIH en tratamiento ARV, de las cuales 72 mil 819 tenía más de 6 meses en tratamiento ARV. Sin embargo el 21% (15,129) no contaba con un carga viral en los últimos 6 meses, por lo que se excluyeron del análisis.

Las entidades con mayor proporción de personas en TAR sin CV reciente (figura 10) fueron Guerrero (64%), Nuevo León (44%), Quintana Roo (44%) y Oaxaca (40%) (figura 10).

Se analizaron un total de 57 mil 690 personas con VIH en tratamiento ARV por más de 6 meses y con CV reciente. Se encontró un porcentaje de indetectabilidad en dicha población del 87% en hombres y 83% en mujeres (figura 9).

Las entidades con menor indetectabilidad fueron Yucatán (71%), Guerrero (76%) y Sonora (79%), mientras que Guanajuato (94%), Baja California Sur (93%) y San Luis Potosí (91%) tuvieron con mayor indetectabilidad (figura 11).

Figura 11. Porcentaje de indetectabilidad en personas en TAR por más de 6 meses y con CV reciente por sexo y entidad federativa, 2016



Actualización epidemiológica: 3° trimestre de 2016

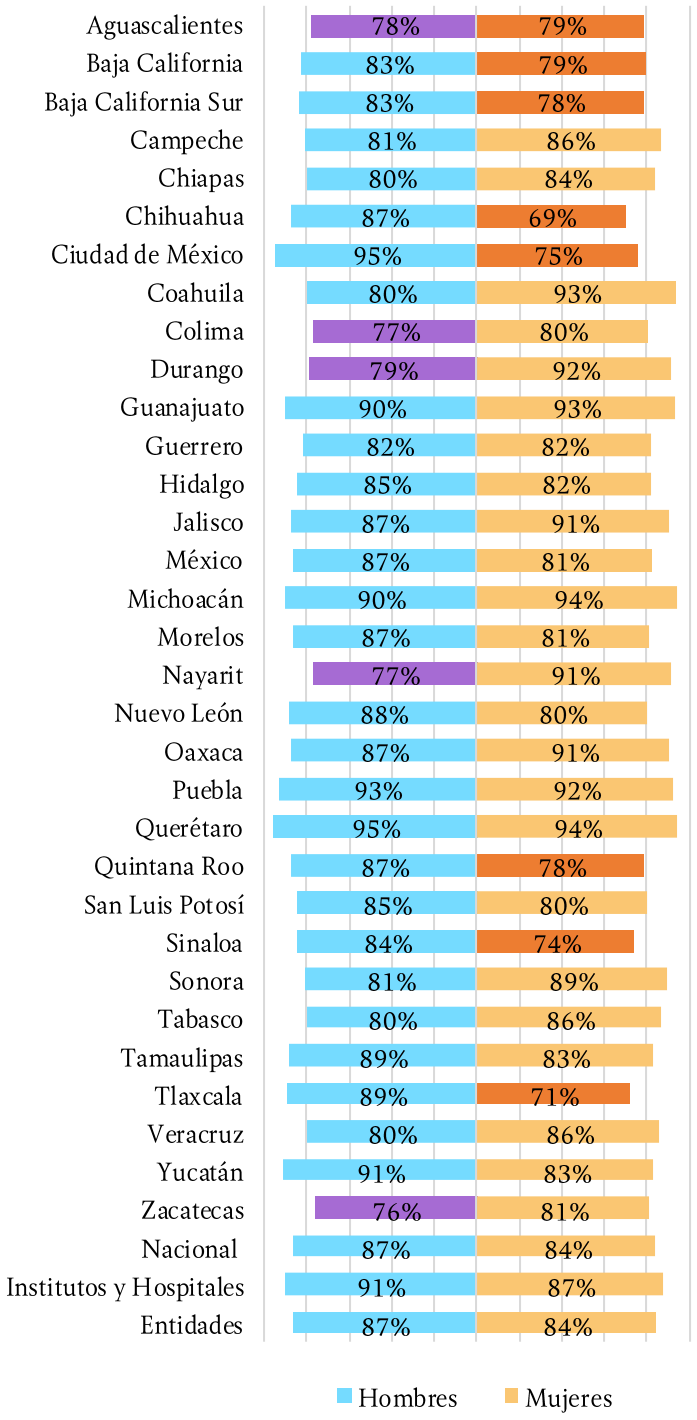
Retención al tratamiento antirretroviral de las personas con VIH

Se analizaron 10 mil 760 personas con VIH que tuvieron como fecha de asignación de primer esquema el período enero-septiembre de 2015. Se encontraron activas 9 mil 272 personas (86%) a los 12 meses de tratamiento, siendo el porcentaje de retención mayor en hombres que en mujeres (87% vs. 84%). Las entidades con menor porcentaje de retención fueron: Colima, Aguascalientes y Zacatecas (78%).

Tabla V. Retención al tratamiento ARV de personas con VIH en TAR durante 12 meses

Lugar de atención	Personas que cumplieron 12		
	N	Activos	%
Aguascalientes	59	46	78%
Baja California	362	297	82%
Baja California Sur	66	54	82%
Campeche	169	139	82%
Ciudad de México	1,379	1,276	93%
Coahuila	143	118	83%
Colima	80	62	78%
Chiapas	581	471	81%
Chihuahua	299	248	83%
Durango	69	56	81%
Guanajuato	355	321	90%
Guerrero	293	240	82%
Hidalgo	83	70	84%
Jalisco	711	622	87%
México	831	715	86%
Michoacán	194	177	91%
Morelos	189	162	86%
Nayarit	84	68	81%
Nuevo León	403	350	87%
Oaxaca	372	327	88%
Puebla	405	377	93%
Querétaro	124	118	95%
Quintana Roo	341	291	85%
San Luis Potosí	121	101	83%
Sinaloa	126	104	83%
Sonora	107	89	83%
Tabasco	594	486	82%
Tamaulipas	401	349	87%
Tlaxcala	71	62	87%
Veracruz	1,038	846	82%
Yucatán	325	291	90%
Zacatecas	64	50	78%
Entidades	10,439	8,983	86%
Institutos y Hospitales	321	289	90%
Nacional	10,760	9,272	86%

Figura 12. Porcentaje de retención de personas con VIH a los 12 meses de haber iniciado TAR por entidad y sexo, 2016



Razón de mortalidad de personas con VIH en tratamiento antirretroviral

Durante los últimos 12 meses se registraron 1,378 defunciones, 19% en mujeres y 81% en hombres.

La razón de mortalidad, que es un indicador basado en la relación entre las defunciones de los últimos 12 meses y el total de personas en TAR, muestra una tendencia descendente desde 2011.

Figura 13. Porcentaje de razón de mortalidad de personas con VIH en TAR por sexo, 2011-2016

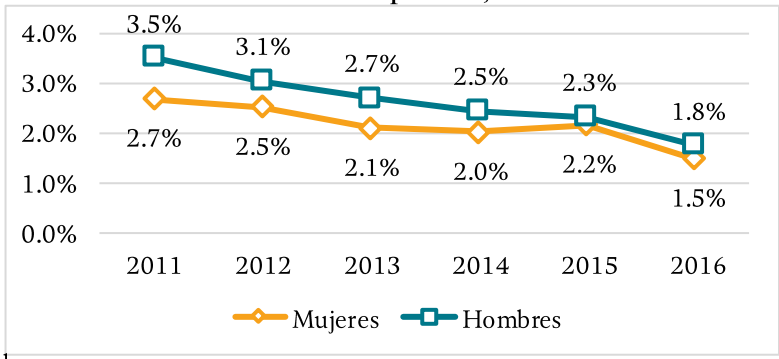
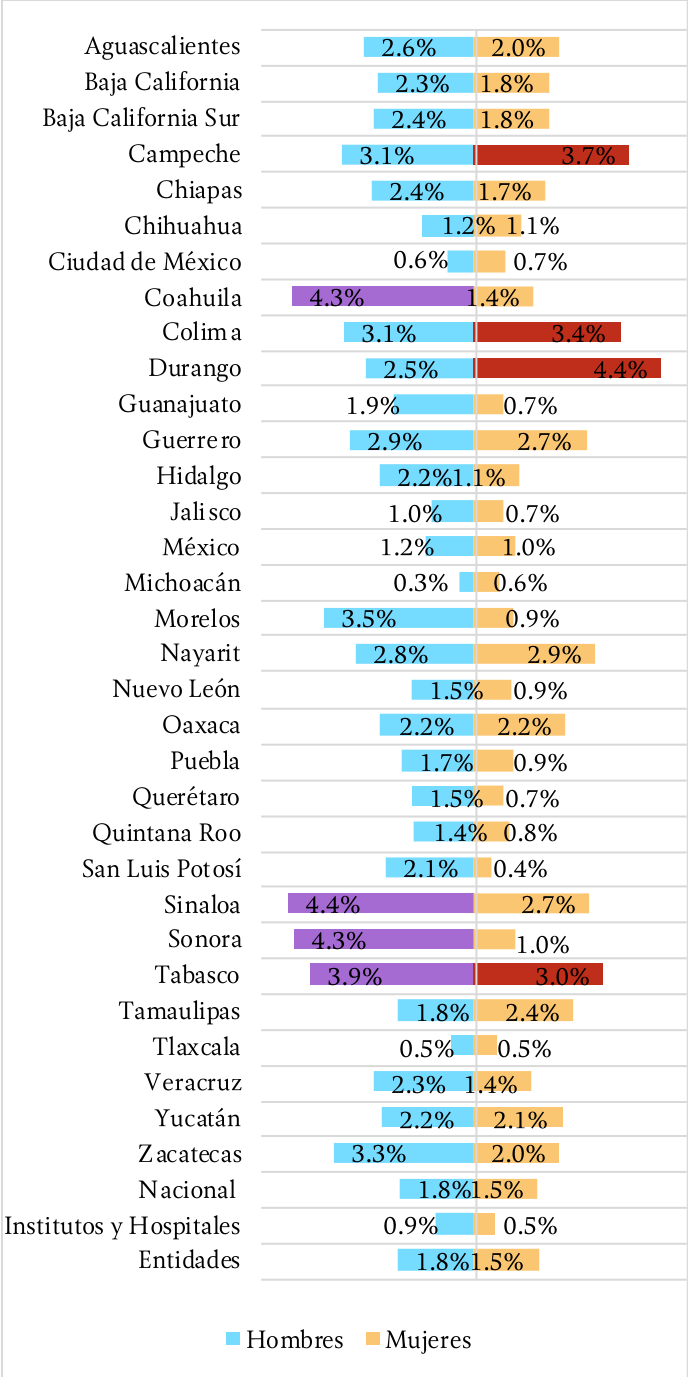


Tabla VI. Defunción de personas con VIH en TAR durante los últimos 12 meses

Lugar de Atención	Defunciones en los últimos 12 meses			Razón de mortalidad de personas en TAR %
	Total	Mujeres	Hombres	
Aguascalientes	12	2	10	2.5%
Baja California	61	13	48	2.1%
Baja California Sur	9	2	7	2.2%
Campeche	32	9	23	3.3%
Ciudad de México	75	9	66	0.6%
Coahuila	34	3	31	3.6%
Colima	19	5	14	3.2%
Chiapas	89	22	67	2.2%
Chihuahua	25	5	20	1.2%
Durango	16	5	11	2.9%
Guanajuato	36	3	33	1.7%
Guerrero	74	22	52	2.8%
Hidalgo	15	2	13	2.0%
Jalisco	51	6	45	0.9%
México	79	13	66	1.1%
Michoacán	6	2	4	0.4%
Morelos	42	3	39	2.9%
Nayarit	22	6	16	2.8%
Nuevo León	37	4	33	1.4%
Oaxaca	55	16	39	2.2%
Puebla	45	6	39	1.5%
Querétaro	12	1	11	1.3%
Quintana Roo	28	4	24	1.3%
San Luis Potosí	15	1	14	1.6%
Sinaloa	40	6	34	4.0%
Sonora	32	2	30	3.5%
Tabasco	121	27	94	3.6%
Tamaulipas	48	16	32	2.0%
Tlaxcala	4	1	3	0.5%
Veracruz	152	32	120	2.0%
Yucatán	48	9	39	2.2%
Zacatecas	12	2	10	3.0%
Entidades	1,346	259	1,087	1.7%
Institutos y Hospitales	32	3	29	0.8%
Nacional	1,378	262	1,116	1.7%

Figura 14. Porcentaje de razón de mortalidad de personas con VIH en TAR por entidad y sexo, 2016



CENSIDA
Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida

BOLETÍN de ATENCIÓN INTEGRAL de PERSONAS con VIH
Volumen 2, n° 3 julio– septiembre 2016

Dirección General

Dra. Patricia E. Uribe Zúñiga

Dirección de Atención Integral

Dr. Carlos Magis Rodríguez **Director de Atención Integral**

Dra. Lucila Villegas Icazbalceta **Subdirectora de Coordinación Estatal**

Lic. Juan René Hernández Rodríguez **Subdirector de Investigación y Modelaje**

Mtro. Juan Carlos Jaramillo Rojas **Subdirector de Normatividad y Apoyo Técnico**

Mtra. Liliana Marisol Ponce Ramos **Jefa del Depto. de Detección y Consejería**

Mtra. Adriana Villafuerte García **Jefa del Depto. de Programas Estatales**

Lic. Roberto Carlos Avilés Cisneros **Jefe del Depto. de Normatividad y Derechos Humanos**

Dirección de Investigación Operativa

Dr. Francisco Javier Posadas Robledo **Director de Investigación Operativa**

Mtra. Pilar Rivera Reyes **Subdirectora de Monitoreo de Indicadores**

Dirección de Prevención y Participación Social

Lic. Agustín López González **Director de Prevención y Participación Social**

C.D. Paloma Ruiz Gómez **Subdirectora de Programas Multilaterales**

Lic Sergio Alberto Barrón Limón **Jefe del Depto. de Organizaciones de la Sociedad Civil**

Lic. Alberto Herrera Beltrán **Jefe del Depto. de la Promoción de la Salud Sexual**

Coordinación Administrativa

Lic. Eduardo Mantecón Aguilar **Coordinador Administrativo**

Lic. Ricardo Perea Monroy **Jefe del Depto. de Recursos Humanos, Materiales y Financieros**

Programas Estatales

Dra. Cindy Patricia Pérez Arellano **Aguascalientes**
Dr. Guillermo Gaxiola Lugo **Baja California**
Dra. Noemí Varela Lara **Baja California Sur**
Lic. en Enf. Teyde Aurea Cruz Pérez **Campeche**
Dr. Gerardo Del Valle de Valle **Coahuila**
Lic. Ma. Eugenia Figueroa Santana **Colima**
Dr. Alejandro Rivera Marroquín **Chiapas**
Lic. Krissel García Hernández **Chihuahua**
Dra. Andrea González Rodríguez **Ciudad de México**
Dra. María del Rosario Valenzuela Salazar **Durango**
Dr. Héctor Genaro Meza Muñoz **Guanajuato**
Dra. Ma. Luisa Méndez Sánchez **Guerrero**
Dr. Pablo Oscar Romero Islas **Hidalgo**
Dr. Ariel Eduardo Campos Loza **Jalisco**
Dra. Sonia Echeverri Frías **México**
Dra. Juana del Carmen Chacón Sánchez **Michoacán**
Lic. en Enf. Norma Beatriz García Fuentes **Morelos**
Dra. Maricela Ortiz Navarrete **Nayarit**
Dr. Luis Antonio Sánchez López **Nuevo León**
Dra. Gabriela Velásquez Rosas **Oaxaca**
Dra. Ma. Claudia Rivera Luna **Puebla**
Dr. Javier Vega Terrazas **Querétaro**
Dr. Johnattan Macías Romero **Quintana Roo**
Dra. Araceli Aranda Medina **San Luis Potosí**
Dr. Juan Manuel García Díaz **Sinaloa**
Dr. Sergio Armando Salazar Arriola **Sonora**
Psic. Oscar Gabriel Uribe Bracho **Tabasco**
Dr. Alejandro Cortez Calderón **Tamaulipas**
Dra. Araceli Padilla Bañuelos **Tlaxcala**
Dra. Esmeralda Bernal Aguilera **Veracruz**
Dra. Dulce María Cruz Lavadores **Yucatán**
Dr. Ezequiel Reyes Durán **Zacatecas**