

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 1515-3460

Buenos Aires

Vol 4 | Núm 8 | May 2016

Páginas.

Recibido: 01/03/2016

Aceptado: 18/04/2016

¹ Médica Especialista en Clínica Médica. Especialista en Enfermedades Infecciosas. Médica de planta de Infectología HGA "E. Tornú".

² Bioquímica de Planta, sector Química Clínica (Virología). HGA "E. Tornú".

³ Médica Especialista en Enfermedades Infecciosas. Médica de planta de Infectología HGA "E. Tornú".

⁴ Médica Especialista en Clínica Médica. Especialista en Enfermedades Infecciosas. Médica de planta de Infectología del IREP.

⁵ Promotora de Salud. CePAD. Hospital Enrique Tornú.

⁶ Bioquímica de Banco de Sangre. HGA "E. Tornú".

Los autores expresan no poseer conflicto de intereses.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Dra Viviana Rodríguez. Muñiz 379.
3°B. CABA. TE: 011-20703781.
CEL: 1560554529.
Mail: vmr1808@hotmail.com

CASCADA DE TRATAMIENTO DE VIH EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

THE CASCADE OF HIV CARE IN A PUBLIC HOSPITAL IN BUENOS AIRES CITY

Rodríguez Viviana Mónica¹, Rocculi María Teresa G², Molina Ana María³, Cagnoni Adriana¹, Russo Lacerna Diego³, Ricci Beatriz⁴, Guzmán Alba⁵, Arcuri Ana⁶.

RESUMEN

Introducción: la cascada de tratamiento del VIH es un modelo que ilustra la proporción de personas viviendo con VIH/SIDA en cada etapa del proceso de atención, para identificar problemas y oportunidades desde el diagnóstico hasta la supresión viral.

Objetivo general: describir la cascada de tratamiento en pacientes con diagnóstico reciente de infección por VIH en un hospital público de la CABA y compararlo con la situación de la Argentina y América Latina.

Materiales y métodos: estudio de cohorte retrospectiva. Pacientes con ELISA VIH reactivos (2013-2014). Estadística descriptiva y analítica. Software: STATA 10.

Resultados: la incidencia de VIH fue 3,47 % (IC95 3,00-3,99). El 42,21 % fue atendido en nuestro hospital y 12,56 % en otros. No ubicados en el sistema: 45,23 %. El 38,55 % tenía criterios de SIDA y 27,71 %, enfermedad marcadora. En 30,12 % se diagnosticó en internación; 62,5 % de ellos tenía criterios de SIDA, RR 6,5 (IC95 2,70- 15,60). Mortalidad: 12,05 %; letalidad 9,87 %; 90 % de los fallecimientos ocurrieron en internación; todos tenían criterios de SIDA. El 59,04 %, recibió tratamiento antirretroviral (TARV), de los cuales 53,06 % alcanzaron CV (carga viral) indetectable.

Conclusiones: la incidencia de VIH positivos para el periodo 2013-2014 fue 3,47 %. Sólo el 54,77 % tomó contacto con el sistema de salud. De los retenidos en el HGAET, más de un tercio presentaba enfermedad avanzada. Cerca del 60 % recibió TARV y un tercio alcanzó CV indetectables. Nuestros datos reflejan la situación país. Los puntos críticos de la cascada estuvieron vinculados al contacto y la retención en el Sistema de Salud.

PALABRAS CLAVE cascada, VIH, tratamiento antirretroviral.

ABSTRACT

Introduction: HIV care cascade is a model that illustrates the proportion of people suffering from HIV/AIDS at every stage of health care access, so as to identify problems and opportunities from diagnosis to viral load suppression.

Primary endpoint: To describe the cascade of care in patients with newly diagnosed HIV infection in a public hospital in the city of Buenos Aires and to compare it to the situation of Argentina and Latin America.

Methods: Retrospective cohort study. Patients with positive HIV ELISA (2013-2014). Descriptive and analytical statistics. Software: STATA 10.

Results: HIV incidence was 3.47 % (CI95 3.00 to 3.99). 42.21 % of patients were treated in our hospital and 12.56 % in others. Not located patients: 45.23 %. 38.55 % fulfilled AIDS criteria and 27.71 % had an AIDS-defining condition. 30.12 % of patients were diagnosed during inpatient care; 62.5 % of them met AIDS criteria, HR 6.5 (CI95 2.70- 15.60) The mortality was of 12.05 %; lethality 9.87 %; 90 % of deaths occurred during hospital stay; all patients met AIDS criteria. 59.04 % of patients received HAART, of which 53.06 % achieved undetectable viral load.

Conclusions: The incidence of HIV positive results for the period 2013-2014 was 3.47 %. Only 54.77 % made contact with the health system. From the patients cared for in our hospital, more than a third had advanced disease. About 60 % received HAART and one third reached undetectable viral load. Our data reflects our country situation. The critical points of the cascade were linked to the contact and retention in the health system.

KEY WORDS: HIV care cascade, antiretroviral treatment.

Introducción

Según datos del año 2013 publicados por la OMS hay 35.000.000 de personas en el mundo conviviendo con VIH/SIDA, 1.500.000 muertes anuales asociadas y alrededor de 6000 nuevos infectados por día (1). Mientras que en Estados Unidos el 18 % de los infectados desconoce su status serológico (2), en la Argentina el valor asciende al 30 % (3).

La cascada de tratamiento del VIH, también llamado “continuo de la atención de VIH”, es un modelo que ilustra la proporción de personas viviendo con VIH/SIDA en cada etapa del proceso de atención. Su finalidad es la de identificar problemas y oportunidades relacionados con la prestación de servicios desde el diagnóstico hasta la supresión viral (4). Las etapas de dicho proceso responden a las siguientes preguntas:

¿Cuántas personas que viven con el VIH se testearon y se diagnosticaron?

De ellos, ¿cuántos están relacionados con la atención médica?, ¿cuántos quedan retenidos en el sistema?, ¿cuántos reciben tratamiento antirretroviral (TARV)? y ¿cuántos logran la supresión viral?

El principal problema que afrontan los Sistemas de Salud es que a lo largo de este proceso se pierde un número significativo de personas, y sólo una minoría logra cargas virales (CV) indetectables, cuyos beneficios involucran la salud individual y poblacional.

Durante el “Primer Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el continuo de la atención”, realizado en México en el 2014, se definieron cuatro metas de tratamiento y prevención para el año 2020 que impactarían en la cascada:

- ☞ Meta 1: el 90 % de las personas que viven con VIH debería conocer su estado serológico.
- ☞ Meta 2: el 10 % o menos de personas deberían tener un primer recuento de CD4 menor o igual a 200 cel. /mm³.
- ☞ Meta 3: el 90 % de las personas elegibles para tratamiento según las normas nacionales debería recibirlo.
- ☞ Meta 4: el 90 % de las personas con TARV tendría que alcanzar carga viral no detectable según el método.

Esta iniciativa fue denominada “90 %-90 %-90 %” (5).

Aplicar este modelo de cascada a nuestra población nos permite identificar los puntos débiles en los distintos tramos del proceso que ameritan intervención. Sin bien el Sistema de Salud es el principal actor en las políticas sanitarias esta tarea no puede ser abordada exclusivamente por él porque también involucra grupos comunitarios, comunidades religiosas, personas que viven con VIH y otros.

Objetivo general

Describir la cascada de tratamiento en pacientes con reciente diagnóstico de infección por VIH en un hospital público de la CABA y compararlo con la situación reportada en la República Argentina y en América Latina.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar la incidencia de Elisa de 4ta generación para VIH reactivo en el periodo 2013-2014 en el Hospital General de Agudos Enrique Tornú (HGAET).
2. Determinar qué proporción de pacientes tomaron contacto con el sistema de salud pública y describir su distribución.
3. Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes atendidos en nuestro hospital.
4. Determinar la proporción de pacientes que recibieron TARV.
5. Estimar la proporción de pacientes que alcanzaron CV no detectable con el TARV.
6. Comparar nuestros resultados con los reportados por la CABA, el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) y Latinoamérica (UNAIDS), en el mismo período.

Material y métodos

Diseño: Estudio observacional, descriptivo y analítico, retrospectivo, longitudinal (Cohorte retrospectiva).

Se registró el número de pacientes con test de Elisa de 4ta generación reactivo del total de la población testeada para VIH, en el periodo 2013-2014 en el HGAET.

Los datos demográficos fueron obtenidos de los registros del Laboratorio, del Centro de Prevención, Asesoramiento, y Diagnóstico (CEPAD), del Servicio de Infectología y del Sistema de Administración de pacientes VIH del Ministerio de Salud (SVIH).

Todos las personas con test positivos fueron buscados en la base SVIH del MSAL, lo que permitió identificar a los pacientes del HGAET y a los de otros hospitales del sistema.

Se incluyeron para el análisis los pacientes mayores de 18 años que realizaron al menos una consulta con el Servicio de Infectología del Hospital y aquellos que concurrieron al CEPAD para retirar el test y a los cuales se les realizó entrevista y se completó la ficha de denuncia correspondiente.

Se consideró diagnóstico tardío cuando el paciente presentaba enfermedades oportunistas o recuento de linfocitos CD4 <200 /mm³ (criterios de SIDA según el CDC) al momento del primer test para VIH positivo.

Se consideró CV no detectable a un valor <50 copias/ml

Se describieron todas las variables evaluadas utilizando las medidas sumarias correspondientes según el tipo de dato (media, mediana, proporciones) acompañadas por las res-

pectivas medidas de dispersión y los intervalos de confianza del 95 % (IC95). En el análisis se aplicó ttest o chi2, según correspondiera. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Así mismo se calculó la incidencia de VIH y su IC95 %.

Se aplicó test de diferencia de proporciones para comparar nuestros datos con los publicados en la Literatura.

Las fuentes bibliográficas fueron OPS, ONUSIDA, boletines epidemiológicos de la Coordinación Sida, la Dirección de Sida y ETS y los Ministerios de Salud de GCBA y de Nación MSAL.

El software utilizado para el análisis de los datos fue STATA 10.0

Resultados

Sobre un total de 5726 testeados se diagnosticaron 199 resultados positivos de VIH (Elisa de 4° generación) durante el período 2013-2014, lo que representa una incidencia de 3,47 % (IC95 %: 3,01-3,98).

Los pacientes con Test reactivo se distribuyeron de la siguiente manera: 83 (42 %, IC95: 35,35-49,07) fueron atendidos en nuestro hospital, 25 (12,5 %, IC95:7,96-17,17) en otros hospitales de la CABA y Gran Buenos Aires. Se perdió el seguimiento de 91 pacientes (45,5 %, IC95:38,81-52,65) de los cuales 50 (25 %) no fueron encontrados en el SVIH a pesar de tener datos completos, y siendo los datos insuficientes en 41 (20,5 %). Gráfico 1.

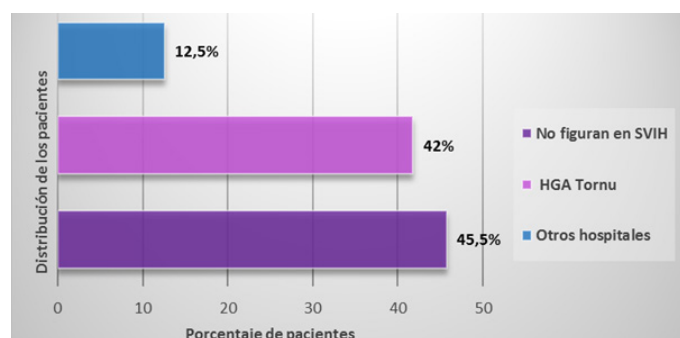


Gráfico 1. Contacto con el Sistema de Salud

La mediana de edad global fue de 34 años (RIC 21-61). Ciento cuarenta y seis (73 %) eran hombres, sin diferencias significativas en la media de edad entre ambos sexos ($p = 0,58$).

Los datos de los pacientes atendidos en el HGAET están resumidos en la Tabla 1. Los pacientes atendidos en el HGAET (83) presentaron una mediana de edad de 35 años (RIC 29-45), y fue significativamente mayor en el grupo con SIDA (8 años más, IC95 %:3 a 13 años). El 73,49 % (IC95:64-83) eran hombres.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN DIAGNOSTICADA VIH POSITIVA [N 83] DURANTE EL 2013-2014 EN EL H.G. A. E. TORNÚ.

Variables	N y %
Sexo masculino	61 (73,49)
Mortalidad global	10 (12,05)
Letalidad	8 (9,87)
TARV	49 (59,04)
CV < 50 copias/ml	26 (31,33)
Condición sexual	N y %
Heterosexual	49 (59,04)
Bisexual	2 (2,41)
Hsh	24 (28,92)
Desconocido	8 (9,64)
Diagnóstico tardío	N y %
Global	32 (38,55)
En internación	25 (30,12)
Enf. Oportunista	23 (27,71)

Aproximadamente el 39 % (IC95:28-49) tenía criterios de SIDA al momento del diagnóstico y casi un tercio del total presentaba alguna enfermedad marcadora. Gráfico 2.

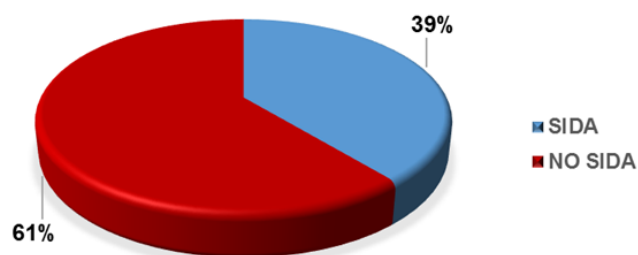


Gráfico 2. Situación clínica al momento del diagnóstico.

De los pacientes con criterios de SIDA, 81,25 % tenían alguna enfermedad oportunista.

Las cuatro patologías más frecuentes, que representan el 80 % de las enfermedades oportunistas, fueron Tuberculosis (32 %), neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (26 %), Citomegalovirus (11 %) e Histoplasmosis diseminada (11 %). Gráfico 3.

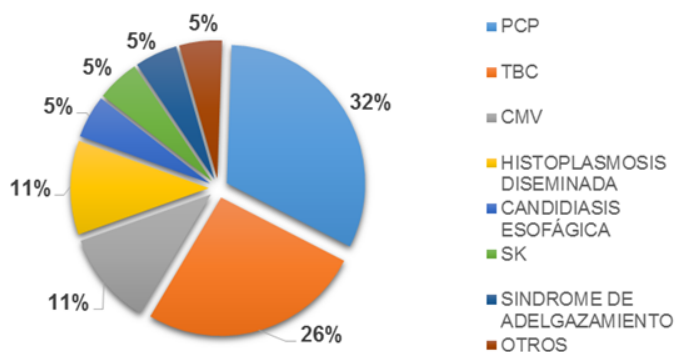


Gráfico 3. Enfermedades marcadoras.

En 25 pacientes (30,12 %, IC95:20,25-40) se diagnosticó VIH durante la internación o inmediatamente antes de ella, el 87 % tenía una enfermedad marcadora.

La mortalidad global fue del 12 % (IC95:5,04-19,05); el 90 % de los fallecimientos ocurrió durante la internación ($p < 0,01$); se observó un incremento de al menos 180 % en el riesgo de morir en los pacientes internados. El 100 % de ellos tenía criterios de SIDA y el 90 % de las muertes ocurrió por enfermedades oportunistas ($p < 0,01$).

El hecho de tener SIDA incrementó un 232 % el riesgo de morir (IC95 %: 134 a 371).

De los 83 pacientes, 49 recibieron TARV (59,04 %, IC95:48,46-69,62), de los cuales la mitad alcanzó CV indetectable. La proporción global con CV indetectable fue de 31,3 %.

Cabe considerar que 5 pacientes con CV detectable no habían cumplido los 6 meses de tratamiento al momento del cierre del estudio.

La Tabla 2 registra la situación en Latino América, Argentina, la CABA y HGAET.

TABLA 2. COMPARACIÓN DE LA SITUACIÓN DEL VIH EN LATINOAMÉRICA, ARGENTINA, CABA Y H.G. A. E. TORNÚ

	Latino América [2012] ¹	Argentina [2013] ²	CABA [2013] ³	HGAET [2013-2014] ⁴
Personas que conviven con VIH	1.500.000	110.000	30.000	284
Nuevas infecciones anuales	84.000	6000	833	100
Diagnósticos tardíos	56 %	33 %	37,50 %	39 % (IC 95: 27,48-49,63)
Muertes asociadas al VIH	52.000 (3,46 %)	1477 (1,3 %)		4 (1,4 %; IC95: 0,04- 2,76)

¹ONUSIDA. ²Boletín sobre VIH-SIDA en Argentina N° 31. Año XVII. Diciembre 2014. ³Situación epidemiológica del VIH-SIDA en la Ciudad de Buenos Aires Diciembre de 2014 Coordinación Sida / Ministerio de Salud / GGBA: notificaciones. ⁴Datos propios.

La proporción de diagnósticos tardíos en nuestro hospital fue de 39 % (IC95: 27,48-49,63) y las muertes asociadas fueron de 1,4 %; IC95:0,04-2,76).

En la tabla 3 se compara la proporción de pacientes en TARV y cuántos de ellos alcanzaron CV indetectable en la Argentina y en el HGAET.

A partir de lo expuesto el continuo de atención de VIH en nuestra población fue: de 199 personas diagnosticadas con VIH en el periodo 2013-2014, el 54 % permaneció en el Sistema de Salud Pública y de ellos, 77 % permaneció en seguimiento en el Servicio de Infectología del hospital. Recibieron TARV 59 %, de los cuales el 53 % alcanzó CV indetectable.

La Cascada de tratamiento del VIH del HGAET figura en el Gráfico 4.

TABLA 3. PROPORCIÓN DE PACIENTES EN TARV Y CON CV INDETECTABLE. DATOS REPORTADOS PARA LA ARGENTINA Y EL H.G.A.E. TORNÚ.

Condición	Argentina [2013]	HGAET [2013-2014]	Test de diferencia de proporciones
Personas que conviven con VIH	110.000	83	
Personas que reciben TARV	52.034 ¹	49	$p = 0,032$ (IC95 % -0,0223 a 0,1142)
Personas con CV indetectable	34.342 ²	26	$p = 0,055$ (IC95 % -0,0098 a 0,2698)

¹Boletín sobre VIH-SIDA en la Argentina N° 31 AÑO XVII-Dic 2014. ²Fundación Huésped

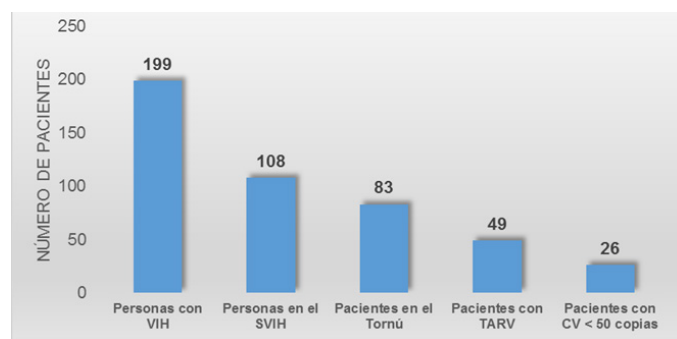


Gráfico 4. Cascada de tratamiento de VIH. H.G.A. E. Tornú.

Discusión

A pesar de que hace más de tres décadas que se diagnosticó por primera vez el VIH, aún no ha sido posible controlar la propagación de la infección a nivel mundial. El Dr. Julio Montaner, luego de una serie de estudios realizados en Canadá, propuso tratamiento para todas las personas infectadas con VIH, con la finalidad de lograr CV indetectables y prevenir la transmisión. Esta estrategia se perfiló como una de las más efectivas para erradicar la epidemia y por lo tanto analizar las causas que impiden su realización es fundamental para corregir la situación.

Recientemente ha surgido el concepto de Cascada o Continuo de la Atención de VIH, que proporciona un marco para los proveedores de servicios y los encargados de formular políticas de salud (6).

En el 2012 el CDC (7) publicó un modelo de cascada, según los datos que disponía hasta ese momento. Esta cascada no difirió de la publicada por la OPS, que además incluyó el total de personas con VIH.

En el año 2012 la OPS denunciaba que las Cascadas de Latino América y el Caribe carecían del dato de "cuántas personas estaban vinculadas con el sistema de salud" y "cuántas continuaban con atención médica" debido a las dificultades de registro y seguimiento de pacientes.

Es así que el organismo propuso una serie de Indicadores para evaluar el continuo de la atención, que pueden ser puestos

en marcha a partir de un registro minucioso de cada etapa. Estos indicadores se basan en aspectos propios de la cascada y de accesibilidad, calidad y otros como el suministro de test diagnósticos) (8).

Con respecto a los objetivos planteados al comienzo del estudio, consideramos que eran válidos porque la epidemia de VIH en la Argentina está estabilizada y concentrada (9), lo cual significa que, como en otros países de América Latina, el número de diagnósticos de casos nuevos es cercano a los esperados y la prevalencia en población general es menor al 1 % y mayor al 5 % en al menos un grupo vulnerable.

Sobre 5726 testeos realizados en el HGAET, se detectaron 199 casos de VIH positivo para el periodo 2013-2014 (incidencia 3,47 %, IC95 %: 3-4). Si consideramos que se trata de personas que voluntariamente concurren al testeo y probablemente con algún factor de riesgo, podemos establecer que estamos dentro del promedio reportado para población vulnerable por la Fundación Huésped (2010) (10): incidencia en HSH de 6 %, menos de 1 % en mujeres trabajadoras sexuales, y entre 1 y 3 % entre usuarios de drogas.

Teniendo en cuenta que según el boletín del Ministerio de Salud (11), actualmente hay un 30 % de personas que desconocen su condición de infectados, estimamos una población total de VIH positivos para el HGAET, de 284.

No es un hecho menor que no se hayan podido ubicar en el SVIH 91 pacientes (45,5 %), lo cual reforzaría la denuncia de OPS en cuanto a la falta de registros en Latino América y el Caribe.

Otros datos que merecen atención son el predominio de infecciones en el sexo masculino y la edad de 35 años al momento de diagnóstico. Estos datos concuerdan con el Boletín 30 años de la epidemia de VIH-SIDA en la Argentina (2014) publicado conjuntamente por la Coordinación Sida, la Dirección de Sida y ETS y los Ministerios de Salud de GCBA y de Nación. El mismo reporta "...en la actualidad dos de cada tres nuevas infecciones se dan en varones...", y la edad al momento del diagnóstico se estima en 36 años para varones y de 33 años entre las mujeres (9).

Con referencia a los diagnósticos tardíos, hasta el 30 % de los varones y el 15 % de las mujeres son diagnosticados en etapas sintomáticas de la infección. Nuestras cifras en forma global son superiores (38,55 %), por lo cual nos preguntamos si está subestimado el número de diagnósticos tardíos a nivel país, o si esto representa diferencias entre las distintas zonas o regiones.

La enfermedad oportunista por excelencia fue la TBC, que concuerda con lo denunciado por ONUSIDA en la Actualización técnica (2000). Es interesante también destacar que no hay diferencias significativas en la proporción de diagnósticos tardíos entre Argentina, la CABA y el HGAET, mientras que son inferiores a los de Latino América en forma global. En otras palabras, el hospital es reflejo de lo que ocurre a nivel país (Tabla 2).

En cuanto al número de muertes asociadas al VIH (tasa de letalidad) tampoco hubo diferencias porcentuales entre lo registrado en el hospital y lo que sucede a nivel país, y se observan nuevamente valores más bajos que los registrados para Latino América (Tabla 2).

Si bien la proporción de personas que reciben TARV en el hospital es significativamente menor a la de Argentina ($p < 0,01$), no se observan diferencias en cuanto a la proporción que alcanza CV indetectables.

Durante el primer semestre del 2014 la Argentina adhirió al del "Primer Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el continuo de la atención" para cumplir cuatros metas en el 2020 conocidas como 90 %-90 %-90 %.

La construcción de nuestra propia Cascada del continuo de atención de VIH nos permitió analizar cada paso involucrado con las metas.

La primera columna, que representa el número de personas que conviven con VIH, es el resultado de los esfuerzos para diagnosticar personas infectadas. Para ello el HGAET tiene una participación "proactiva" en la promoción del chequeo voluntario, con la ventaja de disponer de un CEPAD dentro de la institución. En los últimos años, las iniciativas se han extendido al barrio, y se han efectuado Campañas en el área Programática del Hospital.

La segunda columna son las personas en SVIH y representa una caída del 46 % de los diagnosticados. Desde nuestra óptica no se puede descartar que algunos de esos pacientes no hayan retirado los informes, otros hayan pasado al Sistema Privado o que descontinuaran su contacto con el Sistema Sanitario.

La tercera columna muestra que solo 42 % de los diagnosticados quedo fehacientemente vinculado al HGAET.

Las causas generales de la falla de la retención en el Sistema Sanitario se puede resumir en:

1. Estigma de la enfermedad
2. Desestimación de la situación.
3. Barreras administrativas.
4. Pobre comunicación entre pacientes y el sistema.
5. Limitaciones económicas.
6. Fragmentación del Sistema de Salud.

Es muy difícil comparar la situación del HGAET con la situación en Latino América porque es escasa la información. Crabtree-Ramírez y col. han reportado que la media de tiempo de los diagnósticos de VIH fue de 2 años previos a la iniciación del TARV en el Distrito Federal y lo interpretaron como falla del vínculo entre el paciente y los sistemas de cuidado. Existen datos que mencionan pérdidas de 40 % en Venezuela y 60 % en Colombia. La Clínica Condesa de la Ciudad de México (2011) reportó que más de la mitad de las personas diagnosticadas con VIH no figuraban en la base de datos hasta 6 meses después (10).

De lo anterior se desprende que el vínculo con los sistemas de salud es deficiente en la mayor parte de los países de América Latina, lo cual representa el mayor obstáculo para el continuo de la atención (11-13).

La cuarta columna: personas con TARV, representa el 25 % de los pacientes de partida pero el 59 % de los que quedaron vinculados al hospital. Esto es una medida del alcance del tratamiento.

En la actualidad se recomienda iniciar TARV en todas las personas con VIH, independientemente de su recuento de CD4. Cabe mencionar que al momento de realizar el presente estudio, esta recomendación aún no era universalmente aceptada.

Algunos estudios han demostrado que un valor elevado de CD4 podría ser un factor de riesgo asociado a la falta de tratamiento (14,15).

La última columna: pacientes con CV <50 copias/ml representó el 13% del total y 53% de los tratados con TARV. En la Argentina se reporta que un tercio de las personas que participan en el Programa Nacional no alcanzan niveles indetectables de CV, a pesar de ser uno de los países latinoamericanos de mayor cobertura de TARV (81 %) (15). Otros países Latinoamericanos tienen proporciones de pacientes con CV no detectable (sobre el total de personas infectadas), entre 12 % (Venezuela) y 25 % (México), y no alcanzan las cifras de Estados Unidos (28 %) o Canadá (35 %) (10,15).

Finalmente las dificultades que tuvimos al confeccionar la Cascada fueron datos insuficientes, registros incompletos,

erróneos, duplicados, mal codificados. En cuanto a pedidos reiterados, hubo pacientes que no retiraron su resultado y volvieron a realizarse el Test uno o dos años después.

Conclusiones

La incidencia de VIH positivos en el período 2013-2014 fue de 3,47 %. De los 199 pacientes diagnosticados, sólo 54,5 % tomaron contacto en algún momento con el sistema de salud según el SVIH; los pacientes perdidos alcanzan casi la mitad.

La población atendida en nuestro hospital (42 %) fue predominantemente masculina, heterosexual, con una mediana de edad de 35 años, y más de un tercio presentaba enfermedad avanzada.

Cerca del 60 % recibió TARV y un tercio del total alcanzó niveles de CV indetectables.

En el análisis comparativo del HGAET la mayoría de los datos reflejan la situación país.

Los puntos más críticos de nuestra cascada, en los cuales se pierde un número importante de personas en concordancia con lo que ocurre en Latinoamérica, estuvieron vinculados al contacto y la retención en el Sistema de Salud.

Identificar y reducir los obstáculos en la cascada de tratamiento del VIH debe ser prioritario para evitar los diagnósticos y tratamientos tardíos, mejorar la salud individual, y reducir la transmisión del VIH.

Bibliografía

1. Global summary of the AIDS epidemic 2013- WHO-HIV department. July 2014. http://www.who.int/hiv/data/epi_core_dec2014.png?ua=1
2. Prevalence of Diagnosed and Undiagnosed HIV Infection — United States, 2008–2012. Morbidity and Mortality Weekly Report. Weekly / Vol. 64 / No. 24 June 26, 2015
3. Boletín sobre VIH-SIDA en la Argentina N° 31 - AÑO XVII - DICIEMBRE DE 2014.
4. Ronald Valdiserri, MD., M.P.H Video de la Cascada de Tratamiento de VIH. Blog* AIDS* gov. June 14, 2013
5. Primer foro latinoamericano y del Caribe sobre el continuo de la atención del VIH. Mayo 2014. http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/Llamado_a_la_Accion1.pdf.
6. EL TRATAMIENTO CASCADA O DE ATENCIÓN CONTINUA DE VIH. THE GMT INITIATIVE. Diciembre 2013. http://www.amfar.org/uploadedFiles/_amfar.org/Around_the_World/MSM%281%29/GMT%20HIV%20Treatment%20Cascade%20Fact%20Sheet%20SP_012314%20.pdf.
7. GMT HIV Treatment Cascade Fact Sheet SP_012314
8. Dr. Massimo Ghidinelli. Pan American Health Organization. Continuum of Care MONITORING FRAMEWORK. Panama, November 2012 http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19442&Itemid=
9. 30_años_de_VIH_en_Argentina_(1).pdf. Dirección de SIDA y ETS-2014.
10. Alicia Piñeirúa, Juan Sierra-Madero, Pedro Cahn, Rafael Napoleón Guevara Palmero, Ernesto Martínez Buitrago, Benjamin Young, Carlos Del Rio. The HIV care continuum in Latin America: challenges and Opportunities. *Lancet Infect Dis* 2015; 15: 833–39.
11. Larson BA, Brennan A, Mc Namara L, et al. Early loss to follow up after enrolment in pre-ART care at a large public clinic in Johannesburg. *South Africa Trop Med Int Health* 2010; 15 (suppl 1): 43-47
12. Amuron B, Namara G, Birungi J, et al. Mortality and loss-to-follow up during the pre-treatment period in an antiretroviral therapy programme under normal health service conditions in Uganda. *BMC Public Health* 2009; 9: 290.
13. Bofill LM, López M, Dorigo A, et al. Patient-provider perceptions on engagement in HIV care in Argentina. *AIDS Care* 2014; 26: 602–07.
14. María A. Pando. Aportes a la epidemiología del HIV en Argentina. Prevalencia e incidencia en grupos vulnerables. actualizaciones en SIDA. Buenos Aires. junio 2010. volumen 18. número 68:55-62 <http://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2014/09/ASEI-68-55-62.pdf>
15. Boletín sobre VIH-SIDA AÑO XVII MSAL ARGENTINA- NÚMERO 31 – DICIEMBRE DE 2014
16. Michael J. Mugavero, K. Rivet Amico, Tim Horn, and Melanie A. Thompson. The State of Engagement in HIV Care in the United States: From Cascade to Continuum to Control. *Clinical Infectious Diseases* 2013;57(8):1164–71.