



CIENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS Y SALUBRISTAS

ARTÍCULO ORIGINAL

Características clínico-epidemiológicas de mujeres con Virus de Inmunodeficiencia Humana. Boyeros. 1986-2016

Clinical and epidemiological characteristics of women with Human Immunodeficiency Virus. Boyeros. 1986-2016

[Dinorah de la Caridad Oliva Venereo^{1,2*}](#) / [Eddy Ning Toirac¹](#) / [Arturo Luis Viñas Martínez^{1,2}](#)

¹Hospital General Docente "Dr. Enrique Cabrera". La Habana, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: dino.oliva@infomed.sld.cu

Recibido: 24/07/2020. Aprobado: 20/03/2021

Cómo citar este artículo

Oliva Venereo DC, Ning Toirac E, Viñas Martínez AL. Características clínico-epidemiológicas de mujeres con Virus de Inmunodeficiencia Humana. Boyeros. 1986-2016. Rev haban cienc méd [Internet]. 2021 [citado]; 20(3):e4124. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/4124>

RESUMEN

Introducción: En los últimos años las mujeres constituyen uno de los grupos más vulnerables y afectados por el VIH.

Objetivo: Determinar características clínico-epidemiológicas de mujeres con VIH, residentes en el municipio Boyeros.

Material y métodos: investigación descriptiva, retrospectiva de pacientes femeninas con VIH, diagnosticadas y residentes en el municipio Boyeros, desde 1986 hasta el 31 de diciembre del 2016. Se incluyeron solo las pacientes mayores de 14 años, vivas, diagnosticadas y residentes en el municipio. La muestra estuvo constituida por 99 casos. La fuente de información se obtuvo de las historias clínicas de la Consulta Municipal especializada para la atención a pacientes con VIH/sida del municipio Boyeros.

Resultados: Las tasas de incidencia muestran tendencia ascendente. El 49,5 % se diagnostican con edades entre 15 y 29 años. Predominan las mujeres blancas en 40 %, con nivel de escolaridad secundaria básica (43 %). Un 19 % se hizo el diagnóstico como gestante y más de 50 % no declararon vínculo laboral estable. El diagnóstico tardío se presentó en 43 % y a edades mayores. El último conteo de T-CD4 fue mayor de 350 células/mm³ en más de 50 %. El 92,9 % de los casos tienen indicado TARV.

Conclusiones: La población femenina con VIH del municipio Boyeros es predominantemente joven, con nivel de escolaridad básica y sin vínculo laboral. Se mantienen casos de diagnóstico tardío y las cifras de T-CD4 muestran valores adecuados en la mayoría de los casos.

Palabras Claves:

Virus de inmunodeficiencia humana; mujeres; diagnóstico tardío, conteo de CD4

ABSTRACT

Introduction: Women are one of the most vulnerable groups affected by HIV during the last years.

Objective: To determine the clinical and epidemiological characteristics of women with HIV in Boyeros municipality.

Material and Methods: A descriptive retrospective research was conducted in female HIV patients in Boyeros municipality from 1986 to December 31, 2016. Only alive women older than 14 years living in the aforementioned municipality who were previously diagnosed with HIV were included in the study. The sample was composed of 99 cases. The information was obtained from the clinical records of the Municipal Consultation where specialized care is given to patients with HIV/AIDS.

Results: The incidence rates of HIV infection in women showed a rising trend. Also, 49,5 % of women infected with HIV were between 15 and 29 years of age. There was a prevalence of whites (40 %) as well as women with secondary levels of education (43 %). The diagnosis was also made in pregnant women, representing the 19 %. More than 50 % of them declared not to have steady jobs. Late diagnosis was identified in 43 % of women in older ages. The latest T-CD4 count was higher than 350 cells/mm³ in more than 50 % of them. ART was indicated in 92,9 % of the cases.

Conclusions: The female population infected with HIV in Boyeros municipality is mainly young; a lot of them have basic educational levels and do not have an employment contract. Late diagnosis of HIV infection continues to be identified. T-CD4 cell counts show adequate values in most of the cases.

Keywords:

Human Immunodeficiency Virus; women; late diagnosis, T-CD4 count.



INTRODUCCIÓN

La epidemia por el virus de Inmunodeficiencia humana (VIH) continúa siendo calificada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un importante problema médico, tanto en el aspecto clínico como epidemiológico. La organización de las Naciones Unidas para el sida (ONUSIDA), estima que cerca de 75 millones de personas han sido infectados en todo el mundo desde el inicio de esta enfermedad, de los cuales un estimado de 38 millones, permanecían vivos al finalizar 2018.⁽¹⁾

Actualmente las mujeres constituyen uno de los grupos más afectados por el VIH. Se calcula que un aproximado de 19 millones de mujeres mayores de 15 años, vivían con el VIH a nivel mundial al cierre de 2018.⁽²⁾ Esto representa 52 % de todas las personas mayores de 15 años que viven con el VIH.⁽²⁾ Otras cifras también son alarmantes: cada semana, aproximadamente 6 000 mujeres jóvenes entre 15 y 24 años se infectan por el VIH. Las adolescentes y las mujeres jóvenes representaron 60 % del total de nuevas infecciones en ese grupo de edad en 2018.^(1,2) En América Latina se estima que 580 mil mujeres mayores de 15 años vivían con el VIH a finales de 2018, de las cuales 28 mil constituyeron nuevas infecciones en ese año.⁽³⁾

Las mujeres tienen factores que aumentan su vulnerabilidad frente a la infección por el VIH.⁽⁴⁾ Desde el punto de vista biológico durante las relaciones sexuales, el VIH se transmite más fácilmente de hombre a mujer, fundamentalmente en mujeres más jóvenes, pues el tejido que reviste su aparato genital no está completamente desarrollado y la mucosa más delgada ofrece menos protección a la penetración del virus. Desde el punto de vista social, en muchos países del mundo existen factores como la desigualdad de género, la violencia, la pobreza y la inseguridad económica, que siguen incrementando el riesgo de las mujeres de contraer el VIH, al limitar que las mujeres puedan rechazar una relación sexual de riesgo o convencer a su pareja de tener relaciones sexuales protegidas.^(1,4) El sexo transaccional, incluido el que se produce entre mujeres jóvenes y hombres mayores; y el tener varias parejas, se convierte a veces en una estrategia de supervivencia en el caso de mujeres que viven en la pobreza o que se enfrentan a oportunidades de subsistencia muy limitadas. Estas conductas aumentan el riesgo de infectarse con el VIH. Las pautas culturales que alientan al hombre a tener muchas compañeras sexuales, dan como resultado que mujeres, incluso las monógamas, estén en riesgo de infección.^(4,5,6)

En Cuba hasta 2017 han sido diagnosticados 26 360 casos, de los cuales las mujeres solo representan 20 % del total de casos, pero las tasas de incidencia de mujeres en el país han mostrado incremento a partir del año 2000.⁽⁷⁾

Nos propusimos como **objetivo** determinar las características clínico- epidemiológicas de las mujeres con VIH residentes en el municipio Boyeros, en el cual radica el Hospital General Docente "Enrique Cabrera".

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una investigación descriptiva, retrospectiva de las pacientes femeninas con VIH, diagnosticadas y residentes en el municipio Boyeros, provincia de La Habana, desde el 1º de enero de 1986 hasta el 31 de diciembre del 2016.

Se incluyeron solo pacientes vivas al cierre de la investigación, diagnosticadas y residentes en el municipio, mayores de 14 años (criterios de inclusión).

La muestra estuvo constituida por 99 casos. La fuente de información se obtuvo de las historias clínicas de la Consulta Municipal especializada para la atención a pacientes con VIH/sida del municipio Boyeros.

Se analizaron variables demográficas:

- edad al diagnóstico y edad actual: en grupos de cada diez años. Se consideraron: Menos de 20 años, de 20 a 29, de 30 a 39, de 40 a 49, de 50 a 59, de 60 y más.
- color de la piel: según apreciación del entrevistador y/o conste en la historia clínica. Se consideraron: blanco, negro, mestizo.
- escolaridad: según grado escolar terminado referido por la paciente. Se consideraron: iletrado (no concluyó 6to grado); primaria (concluyó estudios hasta 6to grado); secundaria (concluyó estudios hasta 9no grado); preuniversitario (refirió haber concluido hasta 12o grado o haber concluido una enseñanza profesional de nivel medio); universitario (haber concluido una enseñanza profesional de nivel superior)
- Fuente del diagnóstico: según los grupos de pesquisa establecidos en el Plan Estratégico Nacional (PEN) del Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP) y el Programa Nacional de Atención a pacientes con VIH/sida.⁽⁸⁾ Se consideraron: **Captado** (procede de un grupo de alto riesgo por su conducta sexual); **Contacto VIH** (ha tenido relaciones sexuales con otro seropositivo al VIH); **Donante** (caso detectado VIH positivo en una donación de sangre); **Emigrante** (por

estudio realizado a una persona que va a emigrar); **Espontáneo confidencial** (caso que se realizó la prueba de ELISA para VIH por solicitud espontánea); **ITS** (se realizó el diagnóstico en un paciente estudiado con otra ITS); **Gestante** (se realizó el diagnóstico durante el chequeo a embarazada en el 1er y 3er trimestre); **Ingreso hospitalario** (diagnóstico realizado durante un ingreso hospitalario, por sospecha clínica de la enfermedad); **Recluso** (estudio realizado a paciente recluso en Unidad penitenciaria).

- Vínculo laboral: se consideró sin vínculo laboral estable las que refirieron ser desocupadas, amas de casas, jubiladas y estudiantes. Las restantes que refirieron trabajar en alguna rama del sector estatal o privado se consideraron con vínculo laboral estable.

Las variables clínicas analizadas fueron:

- Diagnóstico tardío al diagnóstico: se consideró cuando la infección por VIH se diagnosticó con conteo T CD4 menor de 350 cel./mm³ o con una enfermedad definitoria de sida. (Si este criterio se basa en alguna fuente).

- Caso sida: Al diagnóstico, según la clasificación del CDC, 2014.⁽⁹⁾ Se consideraron casos clase A 3 (caso sida, según criterios de laboratorio por cifras bajas de linfocitos T-CD4, sin haber tenido síntomas de enfermedad marcador de sida), y casos con enfermedades sida definidas, según constara en la historia clínica.

- Conteo de T CD4: último conteo de linfocitos T CD 4 realizado en el año de estudio. Dado en células/mm³.

- Carga Viral: último valor realizado en el año de estudio. Dado en copias/ml.

Para el análisis estadístico se utilizaron técnicas descriptivas e inferenciales. Se calcularon distribuciones de frecuencias. Se aplicaron técnicas estadísticas para aceptar o rechazar aspectos contenidos en los objetivos: prueba Z para la comparación de porcentajes que proceden de 2 grupos independientes y la prueba Chi-cuadrado para tablas de contingencias. Se calculó la tasa de incidencia VIH para cada año (cociente entre el número de casos nuevos VIH y la población femenina (Datos tomados de la Oficina de Estadísticas Municipal) del año en cuestión, multiplicado por 100 000. Para el cálculo de las tasas se utilizó el universo de los casos.

Se tuvieron en cuenta los principios de la ética médica para la obtención de los datos que solo fueron usados con fines de investigación, siempre excluyendo el nombre de los pacientes para mantener la confidencialidad.

RESULTADOS

Se evidencia un incremento de las tasas de incidencia en el período estudiado. La tasa de 2006 se ve triplicada en 2016. (Gráfico 1).

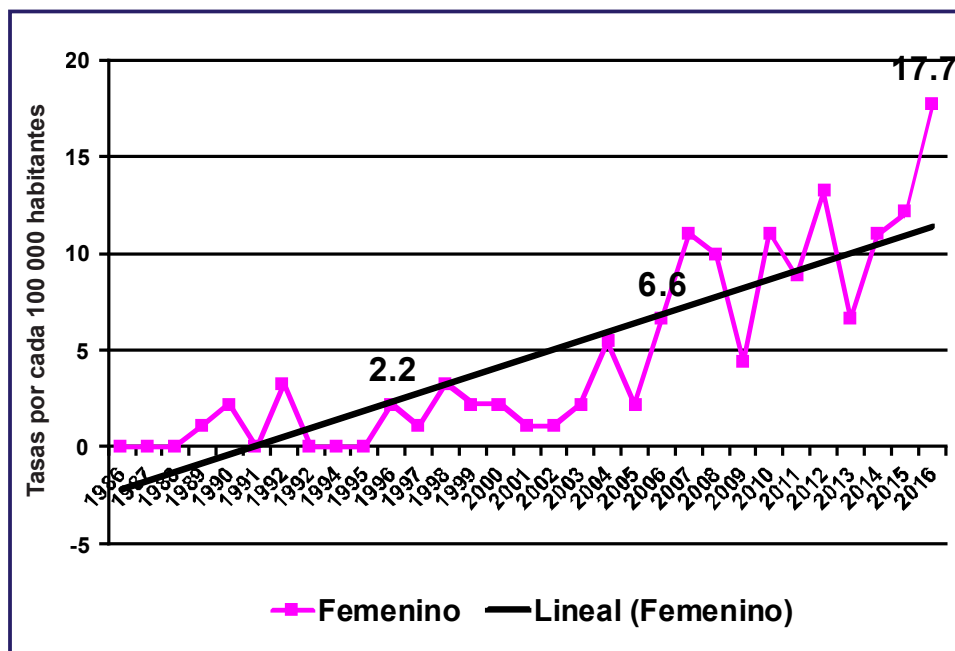


Gráfico 1. Tasas de incidencia de infección por VIH en mujeres según año de diagnóstico

Cerca de 50 % de los casos se diagnostican entre 15 y 29 años, de los cuales, 35,4 % entre 20 y 29 años. El promedio de edad al diagnóstico fue de 32,8 años con desviación estándar de 12,6 años, la edad mínima 16 y máxima 61 años. Más de la mitad de los casos tienen menos de 40 años actualmente, con un promedio de 38,5 años, 12,8 de desviación estándar, mínima de 17 y máxima de 69 años. (Tabla 1).

Tabla 1. Pacientes femeninas con VIH según grupos de edad al diagnóstico y edad actual

Grupos de edades	Edad al Diagnóstico			Edad Actual		
	No.	%	% Acumulado	%	No.	% Acumulado
Menos de 20	14	14,1	14,1	2	2,0	2,0
de 20 a 29	35	35,4	49,5	33	33,3	35,4
de 30 a 39	15	15,2	64,6	18	18,2	53,5
de 40 a 49	24	24,2	88,9	19	19,2	72,7
de 50 a 59	10	10,1	99,0	24	24,2	97,0
de 60 y más	1	1,0	100,0	3	3,0	100,0
Total	99	100,0		99	100,0	

Predominan las mujeres blancas y mestizas (72 %), el nivel de escolaridad más frecuente fue secundaria básica (43,4 %). La principal fuente del diagnóstico correspondió al grupo de Captados, llama la atención que casi 20 % se diagnosticó mediante la pesquisa en embarazadas. Más del 50 por ciento no cuentan con vínculo laboral estable. (Tabla 2).

Tabla 2. Pacientes femeninas según algunas características demográficas

Otras características demográficas	No.	%
Color de la piel		
Blanca	40	40,4
Mestiza	32	32,3
Negra	27	27,3
Escolaridad		
Primaria	7	7,1
Secundaria básica	43	43,4
Preuniversitario	37	37,4
Universitario	12	12,1
Fuente de diagnóstico		
Captados	37	37,4
Contactos VIH	21	21,2
Gestantes	19	19,2
Espontáneo Confidencial	10	10,1
ITS	6	6,1
Ingreso hospitalario	4	4,0
Vínculo laboral		
Sin vínculo laboral estable	54	54,6
Con vínculo laboral estable	45	45,4

El diagnóstico tardío se presentó en 43 % de los casos. Han sido clasificados como sida 27 %, de ellos 85 % clasificaron solo según criterios de laboratorio por cifras bajas de linfocitos T-CD4.

Se puede esperar que entre 78.1 % y 92.3 % de los casos sida habrán sido diagnosticados tomando en cuenta el valor de T-CD4. La neumonía por *Neumocystis Jiroveci* fue la enfermedad marcadora más frecuente reportada en los casos estudiados como se observa en la **Tabla 3**.

Tabla 3. Pacientes femeninas con VIH según características clínicas de la enfermedad por VIH

Características clínicas de la enfermedad por VIH (al diagnóstico de la infección)	No.	%
Diagnóstico tardío		
Si	43	43,4
No	56	56,6
Caso SIDA		
Si	27	27,3
No	72	72,7
Entidad marcadora de SIDA (N = 27*)		
Estadio A 3	23	85,2
Neumonía por Pneumocystis	2	7,4
Desgaste por VIH	1	3,7
Neurotoxoplasmosis	1	3,7

*de N=27

En el **Gráfico 2**, se muestra la relación edad al diagnóstico con los casos que fueron diagnóstico tardío. En 32 % en el grupo de 20 a 29 años. En los grupos de 30 a 39 y 40 a 49 años el porcentaje de diagnóstico tardío supera los porcentos de grupo de edades mostrados.

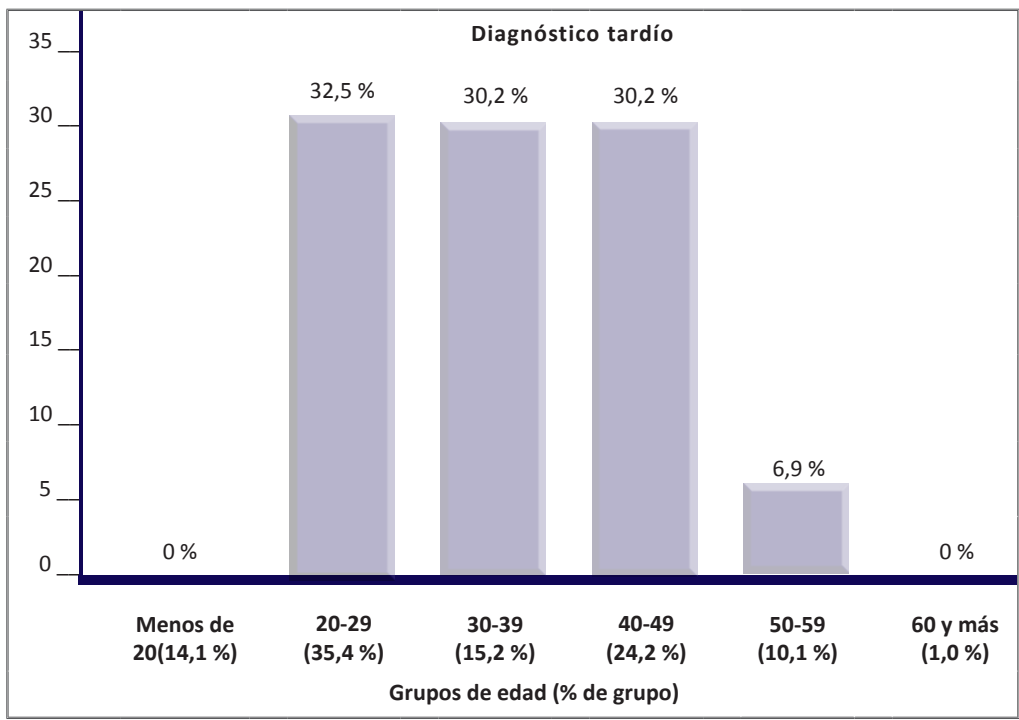


Gráfico 2. Edad al diagnóstico según diagnóstico tardío

Cerca de 60 % de los casos (59,6 %) tienen más de 350 células y de ellos más de la mitad, presentan más de 500 células/mm³ actualmente. Existe 36 % que tienen cifras por debajo de 350, correspondiendo a 18 % las que se mantienen por debajo de 200 células/mm³. Solo 26 % tienen carga viral indetectable pero menor de mil copias suman 46 %. (Tabla 4).

Tabla 4. Variables inmunológicas

Variables inmunológicas	No.	%
Último T CD4		
Más de 500	32	32,3
No De 350 a 499	27	27,3
De 200 a 349	18	18,2
Menor de 200	18	18,2
NO REALIZADO	4	4,0
Carga viral		
Indetectable	26	26,3
Menor de 1000 copias/ml	20	20,2
Más de 1000 copias/ml	38	38,4
NO REALIZADO	15	15,2

El 92,9 % de los casos tienen indicado TARV; ATRIPLA (combinación de tenofovir, emtricitabina y efavirenz) es el medicamento utilizado en 35 % de los casos, seguido del esquema zidovudina-lamivudina-nevirapina (31,5 %).

DISCUSIÓN

En Cuba, se reporta un incremento de las tasas de incidencia de VIH en los últimos años, con valores de 14,9 x millón de habitantes en 2017.⁽¹⁰⁾

En la epidemia cubana son predominantes los casos masculinos, pero existen trabajos que reportan incremento en el número de mujeres en la provincia La Habana, capital del país,^(7,11,12) y similar en un estudio de todos los pacientes con VIH en el municipio Boyeros, donde se mostró un incremento progresivo en el número de mujeres diagnosticadas hecho que ha sido evidenciado en nuestro estudio.⁽¹³⁾

En este trabajo, las mujeres entre 15 a 29 años representaron casi 50 %. Las mujeres de edades jóvenes entre 15 y 24 años siguen representando un grupo vulnerable en la epidemia de VIH.^(1,2) En Cuba, se ha reportado que las tasas más elevadas de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el VIH, se encuentran en los jóvenes entre 20 y 24 años de edad, seguidos por los adolescentes entre 15 y 19 años; se reportó que 80 % de las personas detectadas se encuentran entre 15 y 29 años para ambos sexos.^(14,15) En estas edades son más frecuentes conductas sexuales que implican mayor riesgo de infección por el VIH, como ejemplo: el inicio de las relaciones sexuales; cambios frecuentes de parejas; se tienen relaciones sexuales no planificadas y muchas veces se asumen actitudes de “riesgos”, que incluyen consumo de alcohol o incluso drogas y bajo su efecto las relaciones sexuales, en las que se participa sin plena conciencia del hecho y sin protección.^(4,6,7,11,16)

En relación con el color de la piel, los estudios difieren según los países.⁽¹⁷⁾ En Cuba, existe un grado de mestizaje importante y, por tanto, el color de la piel blanca no es exactamente expresión de raza.

Es lógico plantear que el nivel de escolaridad esté relacionado con la protección frente a adquirir el VIH. En un estudio realizado en Brasil se señala que se afectan más las personas con bajo nivel de educación y que las mujeres son más vulnerables que los hombres a los factores sociales tales como la educación baja.⁽¹⁸⁾ El nivel de escolaridad y conocimientos no siempre van aparejados a una adecuada percepción de riesgo. En las mujeres se involucran muchos factores a la hora de decidir una relación sexual protegida en especial la disposición de roles domésticos que, aun hoy, asigna

menor poder de decisión a las mujeres, lo cual influye en la poca capacidad de exigir el uso del condón en sus relaciones sexuales.^(2,12,16,18)

El grupo Captados constituyó la mayor fuente de diagnóstico, ya que la búsqueda activa de la infección por VIH a diferentes grupos de población forma parte de la vigilancia epidemiológica del Programa Nacional de Prevención y Control de la infección por VIH y se realiza en todos los niveles de atención médica.⁽⁸⁾ Dentro de los grupos de pesquisa se encuentran las gestantes, trabajo de detección de la infección que resulta imprescindible, porque permite la actuación precoz para evitar la transmisión materno-infantil del VIH, donde Cuba tiene un lugar meritorio.^(2,12,19)

Llama la atención el elevado índice de mujeres desocupadas en la población estudiada. Esto ha sido señalado por otros investigadores.^(2,12,15,18) El no tener vínculo laboral traduce una baja participación en la vida económica y social, sobre todo considerando que se trata de una población cuya edad promedio es dentro de los 30 años; es decir, que son mujeres que se encuentran en plena capacidad de producir y aportar a la sociedad. La ausencia de empleo implica la posibilidad de participar en actividades ilícitas para satisfacer sus necesidades materiales, incluyendo el sexo transaccional, y/o que la mujer tenga dependencia social y económica de su pareja, lo cual genera pérdida de la capacidad de negociación de sexo protegido.^(12,15,16,19,20) Este es un aspecto negativo que caracteriza a la población estudiada y que debe generar acciones de trabajo social por los organismos encargados de las estrategias de prevención.

El diagnóstico tardío continúa siendo un problema aún en países desarrollados como los Estados Unidos y se reporta que aumenta con la edad, similar a nuestros resultados.^(21,22,23) La detección precoz de la infección por el VIH es necesaria para el control y la prevención de la diseminación de la epidemia en la comunidad, así como para la aplicación de intervenciones dirigidas a mejorar el pronóstico de los individuos afectados. Es por ellos que ONUSIDA ha establecido objetivos ambiciosos para 2020, denominados **90-90-90**, con el propósito de alcanzar que 90 % de las personas viviendo con VIH conozcan su estado serológico.⁽²⁴⁾ Estos objetivos se lograran fundamentalmente mediante el pesquiasaje activo en grupos de poblaciones claves como los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH); drogadictos; personas reclusas o en condiciones de reclutamiento; personas con sexo transaccional; con sexo transgenero; mujeres adolescentes y jóvenes, entre otros.^(5,6) El conocimiento precoz del diagnóstico consigue la detección de casos en etapas asintomáticas y con conteos celulares de T-CD4 más elevados, la introducción del tratamiento antirretroviral (TARV) en etapas precoces de la enfermedad y se retarda la aparición de enfermedades oportunistas de la etapa sida.^(7,12,25,26)

Comparamos los casos con cifras de T-CD4 mayores de 200 células/mm³ al cierre de nuestro trabajo en 2016, y lo comparamos con lo reportado en el estudio de los casos del municipio Boyeros.⁽¹³⁾ Reportamos un incremento en el número de mujeres con valores de T CD4 mayores de 200 células/mm³. Esto puede significar la mejoría inmunológica lograda a través del uso adherente y acertado de la TARV, y por lo tanto un importante trabajo por parte del equipo de salud encargado de la atención de estas mujeres.

Los otros objetivos de ONUSIDA son alcanzar que 90 % de personas viviendo con VIH estén bajo TARV, y de ellos 90 % tengan Carga Viral suprimida.⁽²⁴⁾ El objetivo de tratamiento está cumplido en las mujeres de nuestro municipio. No fue posible evaluar adecuadamente la supresión de la Carga Viral con la TARV porque no pudo realizarse este estudio en 15 % de los casos, lo cual es una deficiencia de este trabajo.

En 2016, la OMS recomendó proporcionar TARV por vida a todas las personas con el VIH, con independencia de su estado clínico y de su recuento de T CD4, y en 2018 se actualizaron sus directrices para el tratamiento, con el fin de tener en cuenta los últimos avances científicos.^(24,27) Las directrices para el tratamiento de la infección por el VIH incluyen nuevos antirretrovirales alternativos (como el dolutegravir o efavirenz a dosis bajas) como tratamiento de elección, con mejor tolerabilidad, mayor eficacia y tasas más bajas de incumplimiento terapéutico que los fármacos recomendados anteriormente. Ochenta y dos países de ingresos bajos y medios, entre ellos, Cuba, han empezado la transición al dolutegravir, y se espera que ello prolongue el tiempo de uso del tratamiento y la calidad de la asistencia a las personas infectadas.⁽²⁸⁾

Mantener cargas virales suprimidas es un reto para mejorar el estado inmunológico en las mujeres con VIH del municipio Boyeros, a partir de terapias eficaces y que faciliten una mayor adherencia al tratamiento.

Este estudio tiene como *limitaciones* que no se incluyeron variables no descriptivas, que tienen importancia en la evolución y pronóstico de estas pacientes tales como: condiciones de vida, apoyo familiar y adherencia al tratamiento, entre otros, que no fueron posible abordar en este trabajo.

CONCLUSIONES

La población femenina con VIH del municipio Boyeros muestra cifras progresivamente crecientes; es una población predominantemente joven con poco vínculo laboral estable y donde se han identificado casos de diagnóstico tardío. La mayoría de los casos ha sido estudiada clínica e inmunológicamente y se le ha indicado terapia antirretroviral

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ONUSIDA. Estadísticas mundiales sobre el VIH de 2017 [Internet]. Ginebra: ONUSIDA; 2018 [Citado 09/03/2020]. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
2. ONUSIDA. Cero discriminación relacionada con el VIH contra las mujeres y las niñas [Internet]. Ginebra: ONUSIDA; 2018 [Citado 09/03/2020]. Disponible en: http://onusidalac.org/1/images/2020_ZeroDiscrimination_spotlight_es.pdf
3. ONUSIDA. Regional fact sheets. LATIN AMERICA 2018 [Internet]. Ginebra: ONUSIDA; 2018 [Citado 09/03/2020]. Disponible en: <http://onusidalac.org/1/images/regional-factsheets-latinamerica2018.pdf>
4. Oliva Venereo DC, Saavedra Ramírez C, Viñas Martínez AL. Las mujeres y el vih/sida: por qué un problema. Rev haban cienc méd [Internet]. 2009 Dic [Citado 09/03/2020];8(5):[Aprox. 2 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000500016&lng=es
5. ONUSIDA. Monitoreo Global del SIDA 2020 [Internet]. Ginebra: ONUSIDA; 2019 [Citado 09/03/2020]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_es.pdf
6. ONUSIDA. When women lead change happens [Internet]. Ginebra: ONUSIDA; 2017 [Citado 09/03/2020]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/when-women-lead-change-happens_en.pdf
7. Verdasquera Corcho D, Ramos Valle I, Borroto Gutiérrez S, Rumbaut Castillo R, Pérez Ávila LJ, Alfonso Berrio L, et al. Capacidad de respuesta y desafíos del sistema de salud cubano frente a las enfermedades transmisibles. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2018 [Citado 09/03/2020];42:e30. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v42/1020-4989-rpsp-42-e30.pdf
8. Ministerio de Salud Pública. Plan estratégico nacional para la prevención y el control de las ITS y el VIH/sida/ 2014–2018 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2013 [Citado 09/03/2020]. Disponible en: <http://files.sld.cu/sida/files/2014/03/pen-primera-parte.pdf>
9. Selik Richard M, Mokotoff ED, Branson B, Owen SM, Whitmore S, Hall HI. Revised Surveillance Case Definition for HIV Infection [Internet]. Atlanta: CDC; 2014 [Citado 09/03/2018]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6303.pdf>
10. Minsap. Anuario Estadístico de Salud [Internet]. La Habana: Minsap; 2017 [Citado 28/04/2019]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2018/04/anuario-2017-e-sin-graficos1.pdf>
11. Oliva DC, Viñas AL, Saavedra C, Oliva M, González C, De la Torre C. HIV/AIDS among women in Havana, Cuba: 1986-2011. MEDICC Rev [Internet]. 2013 [Citado 09/03/2010];15:29-35. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/medicc/2013.v15n4/29-35/>
12. Bolaños Gutiérrez MR. Atención a mujeres con VIH/sida. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2020 [Citado 09/03/2020];36(1):e1073. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252020000100011&lng=es
13. Valdés Fuster JL, Oliva Venereo DC, Viñas Martínez AL, Lastre Hernández D, Camilo Cuéllar YA. Características clínico-epidemiológicas de los pacientes con el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Boyeros. 2013. Rev haban cienc méd [Internet]. 2016 [Citado 09/03/2010];15(6):955-67. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000600011&lng=es
14. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados. Cuba, 2014 [Internet]. La Habana: Minsap; 2015 [Citado 09/03/2010]. Disponible en: <http://www.google.com.cu/url?url=http://files.sld.cu/dne/files/2015/09/mics52014cuba.pdf>
15. Centro de Estudios de Población y Desarrollo. Encuesta sobre indicadores de prevención de infección por el VIH/sida-2011 [Internet]. La Habana: CEPDE; 2012 [Citado 09/03/2010]. Disponible en: <http://www.one.cu/publicaciones/cepde/EncuestaPrevencionSida/Informe%20de%20Resultado%20Encuesta%20de%20Indicadores%202011.pdf>

16. Pinzón Fernández MV, Vernaza Pinzón P. Riesgos para infecciones de transmisión sexual o VIH en adolescentes. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad del Cauca [Internet]. 2017 [Citado 09/03/2010];19(1):[Aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://facultadsalud.unicauca.edu.co/revista/ojs2/index.php/rfcs/article/view/165>
17. Teva I, Bermúdez MP, Ramiro MT, Buena Casal G. Situación epidemiológica actual del VIH/SIDA en Latinoamérica en la primera década del siglo XXI: Análisis de las diferencias entre países. Rev Méd Chile [Internet]. 2012 [Citado 09/03/2010];140(1):50-8. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000100007&lng=es
18. Castrighini CD, Reis RK, Neves LA, Melo ES, Gir E. Caracterización epidemiológica de personas que viven con VIH/sida. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2019 [Citado 05/05/2020];35(1):[Aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1683>
19. Fuentes Beltrán L, Castro Peraza M, Pérez Chacón D, Rodríguez Delgado F, Núñez Mederos CS, Regla Bolaños M. Enfoque de género en la evolución de las estrategias de prevención y control del VIH/sida en Cuba. Rev Cubana Med Trop [Internet]. 2019 [Citado 09/03/2010];71(3):e375. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602019000300002&lng=es. Epub 03-Mar-2020
20. Robles Aguirre BA. La construcción y resignificación social del VIH. Un estudio antropológico. Medicina Social [Internet] 2016 [Citado 21/02/2018];11(1):[Aprox. 2 p.]. Disponible en: www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/download/887/1727
21. WHO/Europe. Media centre-Half of all women with HIV are diagnosed late in Europe [Internet]. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2019 [Citado 09/03/2010]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/press-releases/2019/half-of-all-women-with-hiv-are-diagnosed-late-in-europe>
22. Hall I, Tang T, Espinoza L. Late Diagnosis of HIV Infection in Metropolitan Areas of the United States and Puerto Rico. AIDS and Behavior [Internet]. 2016 [Citado 09/03/2010];20:967-72. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-015-1241-5>
23. Hernández Requejo D, Pérez Ávila J, Can Pérez A. Enfermedades oportunistas en pacientes VIH/sida con debut de sida que reciben tratamiento antirretroviral. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2015 [Citado 09/03/2010]; 34(3):[Aprox. 2p.]. . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002015000300006&lng=es
24. ONUSIDA. 90-90-90 Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida [Internet]. Ginebra: ONUSIDA; 2016 [Citado 09/03/2010]. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90_90_90_es.pdf
25. Caniglia EC, Sabin C, Robins JM, Logan R, Cain LE, Abgrall S, et al. When to Monitor CD4 Cell Count and HIV RNA to Reduce Mortality and AIDS-Defining Illness in Virologically Suppressed HIV-Positive Persons on Antiretroviral Therapy in High-Income Countries: A Prospective Observational Study. J Acquir Immune Defic Syndr [Internet]. 2016 [Citado 09/03/2010];72:214-21. Disponible en: https://journals.lww.com/jaids/Fulltext/2016/06010/When_to_Monitor_CD4_Cell_Count_and_HIV_RNA_to.15.aspx
26. Gargallo Bernad C, Sangrós González FJ, Arazo Garcés P, Martínez Álvarez R, Malo Aznar C, Gargallo Bernad A. Oportunidades perdidas en el diagnóstico de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana en la comunidad de Aragón. Importancia del diagnóstico tardío..Enferm Infecc Microbiol Clin [Internet]. 2019 [Citado 09/03/2010];37(2):100-8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-pdf-S0213005X18301630>
27. Organización Mundial de la Salud. VIH/sida [Internet]. Ginebra: OMS; 2019 [Citado 09/03/2010]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
28. Grupo de Estudio del SIDA-SEIMC. Documento de consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019 [Citado 09/03/2010]. Disponible en: http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2019/02/Guia_Tar_Gesida_Ene_2019.pdf

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses en relación con la investigación presentada.

Contribución de autoría

DCOV: Idea original del estudio, confección de las tablas y análisis de los resultados, análisis crítico del manuscrito.

ENT: realizó la búsqueda y recolección de los datos.

ALVM: análisis crítico del manuscrito, actualización d la bibliografía.

Todos los autores participamos en la discusión de los resultados y hemos leído, revisado y aprobado el texto final del artículo.