



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD
COORDINACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIH
Y SUS FACTORES ASOCIADOS, EN EL HOSPITAL DE INFECTOLOGÍA
“DR. DANIEL MÉNDEZ HERNÁNDEZ” CMN LA RAZA.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:
EPIDEMIOLOGÍA

PRESENTA:

Dra. Irma Quintero Montoya

ASESORES:

Dr. Enrique Alcalá Martínez

Dr. José Antonio Mata Marín

MÉXICO, D.F. FEBRERO, 2016

AUTORIZACIÓN

Dr. Enrique Alcalá Martínez
Jefe de Medicina Preventiva y Epidemiología Hospitalaria
Hospital de Infectología “Dr. Daniel Méndez Hernández” CMN La Raza.
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. José Antonio Mata Marín
Medico Infectólogo.
Hospital de Infectología “Dr. Daniel Méndez Hernández” CMN La Raza.
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Benjamín Acosta Cazares
Profesor Titular de la Especialidad en Epidemiología
Coordinación de Vigilancia Epidemiológica
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dra. Hayanin Cortés García
Profesora adjunta de la Especialidad en Epidemiología
Coordinación de Vigilancia Epidemiológica
Instituto Mexicano del Seguro Social

Agradecimientos

El día de hoy culmina una etapa más de mi vida académica, sin embargo lo mejor está por llegar, ahora nuevos retos esperan y en esta transición de residente a epidemióloga reitero mi agradecimiento en primer lugar a *Dios* por permitirme llegar a este día que es trascendental en todos los ámbitos de mi vida para bien. Agradezco a mis hijas *Arlette Ivonne* y *Valeria Nicolle López Quintero*, quienes antes de conocernos personalmente y desde nuestra primera graduación como madre e hija(s) son lo que más amo en la vida, mi apoyo vital, principal motivación e impulso para a seguir aprendiendo, creciendo y evolucionando en el ámbito personal y profesional, gracias porque han perseverado como familia hasta alcanzar este logro que es de las tres, aun cuando han vivido las ausencias irremplazables de mami.

Este logro lo ofrezco también a mis seres amados y ángeles, mami Eva, Hermano Abel Luis; quienes me enseñaron ante todo la lealtad como persona, ser humano y vivir máximo y aun desde donde se encuentren me siguen inyectando el coraje para vivir y luchar por mi familia y metas profesionales cada día.

Este éxito también es gracias a mi hermanos, Gregorio Miguel con su audacia y fortaleza, Raúl con su visión y honestidad, Fernando con su serenidad y sensibilidad enriquecen mi carácter. Y ¿de dónde obtener esas virtudes?... desde luego de mis padres gracias papá Gregorio Quintero Romero quien además de apoyarme y fortalecer mi espíritu, como nunca antes pude conocerle mejor como ser humano y con todo ello entender más la vida misma.

Ahora bien gracias; a mis asesores que son dos grandes pilares en este desarrollo profesional. Dr. Alcalá quien además de su infinita paciencia hacia mí desde el momento de ser mi maestro en la residencia y a lo largo de la travesía por esa isla durante el desarrollo de la tesis, me ha enseñado de todas las formas posibles ser firme en el actuar, decir y ser disciplinada. Dr. Mata, la Infectología, la epidemiología y la clínica siempre serán equipo, gracias por permitirme trabajar junto a ese gran equipo en Centro Médico Nacional La Raza; aprender, ampliar el panorama, empoderar, crecer, y visualizar otras metas como epidemióloga cada día; que solo Ud. puede transmitir como maestro que lo caracteriza. Sin duda es un honor sean mis asesores de tesis.

Agradezco a mis Profesores de la carrera en especial a la Dra. Hayanin por todo el apoyo, la confianza, guía que me brindo y fue trascendental en mi estancia en la residencia como maestra que es de calidad y con calidad de vida; a la Dra. Blanca Susana por brindarme su experiencia epidemiológica, como lo que es una gran líder, mujer y ser humano; y a Ud. Dra. Luz ya que eso es en mi vida, una luz en el camino de la epidemiología y con su experiencia de mamá epidemióloga desde que tuve el placer de trabajar a su lado. Dra. Rosario usted ha representado para mí la epidemióloga de vanguardia quien trabaja en equipo, con liderazgo y conocimiento para crecer y enseñar a su residente a utilizar las herramientas para llevar a cabo sus propios logros le agradezco por ese gran apoyo y disposición que me ha brindado. Agradezco a Ismael, Ariana, Gaby, Tony, Max, Santa, Chayito, Gloria, Erick, y toda... mi gran familia de origen, amigos de quien tengo la fortuna de contar con su apoyo y cariño incondicional, de los que se adelantaron en estos tres años y dejaron su esencia y los que a pesar de que no he nombrado y/o recién conozco; como es mi familia-amigos de Tlaxiaco Oaxaca...me brindaron la confianza, apoyo y energía para dar el 200% y con su experiencia seguir en la batalla.

ÍNDICE

1.	RESUMEN.....	5
2.	MARCO TEÓRICO.....	6
3.	ANTECEDENTES.....	13
4.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
5.	JUSTIFICACIÓN.....	18
6.	HIPÓTESIS.....	19
7.	OBJETIVOS.....	20
8.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	21
9.	PLAN GENERAL.....	32
10.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	33
11.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	34
12.	RESULTADOS.....	35
13.	DISCUSIÓN.....	38
14.	CONCLUSIONES.....	40
15.	BIBLIOGRAFÍA.....	41
16.	ANEXOS.....	43

I. RESUMEN

Alcalá M. E¹, Mata M. JA², Quintero M.I³, Calidad de Vida en Pacientes con Infección por el VIH y sus factores asociados, en el Hospital de Infectología “Dr. Daniel Méndez Hernández” CMN La Raza. ¹Especialista en Infectología de CMN La Raza del Hospital de Infectología “Dr. Daniel Méndez Hernández”. ²Especialista de Epidemiología Adscrito al servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología Hospitalaria del Hospital de Infectología “Dr. Daniel Méndez Hernández”. ³Residente de tercer año de la Especialidad de Epidemiología.

Objetivo: Evaluar la Calidad de Vida en pacientes con infección por el VIH y sus factores asociados, en el hospital de Infectología “Dr. Daniel Méndez Hernández” CMN La Raza.

Material y métodos: Estudio transversal, realizado en la Ciudad de México, se incluyeron hombres y mujeres con infección por el VIH, confirmada y documentada en expediente clínico, mayores de 18 años de edad, a quienes se aplicó el instrumento de Calidad de Vida MOS-HIV *Health Survey* 35 items, además se investigaron variables demográficas, socioeconómicas, clínicas y bioquímicas. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS v15.0 y Epidat v3.1, en el que se estimaron frecuencias simples, proporciones, medidas de tendencia central, dispersión, pruebas de normalidad; se obtuvo razón de momios de prevalencia (RMP) como medida de asociación e intervalos de confianza al 95% (IC_{95%}), con nivel de significancia estadística ($p \leq 0.05$) y se realizó regresión logística simple.

Resultados: Se analizaron 408 pacientes ambos sexos, la media de edad fue 33 años, 90% fueron hombres, 10% mujeres; residen en la Ciudad de México 62.2%, solteros el 77.9%, estudios de licenciatura 44.6%, el 55.4% empleados, 56.6% estado socioeconómico medio y 15.7% tienen hijos. Presentaron alguna comorbilidad 29.2%, clasificados en estadio C 36.5%, el 92.6% conteo CD4 > a 200 cels/mm³. El 80% carga viral indetectable, el 96.6% con tratamiento antirretroviral (TARV). El 81.1% tuvo una buena calidad de vida relacionada con la salud física (PHS) y el 62.3 con buena calidad de vida relacionada con la salud mental (MHS), y el 57.8% con buena calidad de vida relacionada con la salud global (GHS). El análisis bivariado en la PHS el tener hijos con (RMP 2.08 [IC_{95%} 1.13 – 3.81]; $P=0.02$), tener alguna comorbilidad (RMP 2.45 [IC_{95%} 1.6 – 4.09]; $P=0.01$), cambio de esquema una vez y más (RMP 2.61 [IC_{95%} 1.50 – 4.55]; $P=0.001$) conteo de CD4 (RMP 2.32 [IC_{95%} 1.03 – 3.46]; $P=0.06$), leucocitos alterados (RMP 2.06 [IC_{95%} 1.09 – 3.87]; $P=0.03$). GHS y cambio de esquema una vez y más (RMP 2.03 [IC_{95%} 1.24 – 3.33]; $P=0.005$). Conteo de CD4 (RMP 2.18 [IC_{95%} 1.02 – 4.65]; $P=0.06$). Reactivo a Herpes IgG (RMP 1.57 [IC_{95%} 1.00 – 1.48]; $P=0.06$). Aspartato amino transferasa (AST) (RMP 0.58 [IC_{95%} 0.35 – 0.97]; $P=0.04$). Alanino transferasa (ALT) (RMP 0.53 [IC_{95%} 0.29 – 0.97]; $P=0.05$). En el análisis multivariado las probabilidades de tener una mala PHS fue quienes tuvieron cambio de esquema una vez y más (RMP 0.45 [IC_{95%} 0.25 – 0.80]; $P=0.007$), presentar comorbilidad con (RMP 1.93 [IC_{95%} 1.13 – 3.31]; $P=0.01$). En la GHS el conteo CD4 con (RMP 0.98 [IC_{95%} 1.23 – 5.57]; $P=0.01$).

Conclusiones:

En nuestro estudio concluimos que los pacientes infectados por el VIH tuvieron una buena calidad de vida. Los factores asociados para mala PHS fue uno o más cambios de TARV, el tener alguna comorbilidad y en la GHS el conteo de CD4 menor a 200 células

Palabras clave: TARV: Tratamiento antirretroviral; PHS: calidad de vida relacionada con la salud física; MHS: calidad de vida relacionada con la salud mental; GHS: calidad de vida relacionada con la salud global.

2. MARCO TEORICO

2.1 Calidad De Vida

La OMS forma en 1994 el grupo de calidad de vida (WHOQOL) que la define como, “la percepción que tiene un individuo de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, normas, e inquietudes”. Caracterizándola como multidimensional, subjetiva, que incluye sentimientos positivos, negativos, y es variable en el tiempo. Posteriormente se acuñó el término calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), que adquirió importancia como medida de resultado de las intervenciones en salud, de los tratamientos y cuidados médicos (1).

2.2 Panorama histórico del estudio de la calidad de vida.

El interés por estudiar la calidad de vida apareció desde 1975, en diversos ámbitos como son la sociología, la psicología y la medicina (2). Padilla (2005), Permanye y Ribera (2006), indican que a partir de los años 80’s del siglo pasado, el contexto de la CVRS tuvo mayor auge; debido al cambio del perfil epidemiológico en la morbilidad observándose un incremento de las enfermedades crónicas, con una disminución de la mortalidad así como el aumento en la esperanza de vida y el desarrollo de diversas investigaciones en poblaciones con algún nivel de minusvalía resultado de la cronificación de diferentes enfermedades. (3)

Por otra parte Ebrahim, resaltó que los propósitos específicos de las mediciones en CVRS son “monitorear la salud de la población, evaluar el efecto de las políticas sociales y de salud, focalizar los recursos con relación a las necesidades, diagnóstico, severidad y pronóstico de una enfermedad y evaluar los efectos de un tratamiento” (4).

Por lo tanto la calidad de vida abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual de una persona. El bienestar físico se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, y la percepción del dolor. El bienestar social, tiene que ver con las funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar. El bienestar psicológico se relaciona con el temor, la ansiedad, la depresión, la cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento. Por último, el bienestar espiritual abarca el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior (3).

Stanton, Reversion y Tennen (2007) identificaron cinco procesos relacionados con el ajuste a las enfermedades crónicas que son la adaptación a sus actividades diarias, la conservación del estado funcional, la percepción de la calidad de vida en sus diferentes dimensiones, y la ausencia de trastornos psicológicos y emociones negativas. El impacto de la enfermedad crónica según Hu (1995) produce estrés a nivel financiero, sensación negativa hacia sí mismo y de las propias capacidades, como cambios en la filosofía de vida y problemas de conducta y emocionales. Por otro lado el impacto de la enfermedad crónica sobre las familias y cuidadores produce según Northam (1997) alteraciones a nivel de comunicación e interacciones, como también coaliciones y alianzas familiares, además de altos niveles de incertidumbre por las posibles consecuencias de la enfermedad (5).

2.3 Virus de Inmunodeficiencia Humana

Pertenece a la familia de los retrovirus, subfamilia lentivirus. Estos virus tienen una serie de características específicas que son determinantes en la compleja patogenia de la infección. En su ciclo vital hay 2 fases: virión infectante RNA y pro virus DNA. Se replica mediante el mecanismo inverso al habitual. El papel fundamental lo juega la transcriptasa inversa (TI). El VIH constituye un grave

problema de salud pública, ya que infecta a las células del sistema inmunitario, causando un deterioro progresivo disminuyendo la capacidad del organismo para combatir algunas infecciones y otras enfermedades y en estados más avanzados que es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Si bien no existe cura para esta enfermedad, si se cuenta con diversos esquemas de tratamiento antirretroviral (TARV) que han demostrado ser eficaces en el control de la infección (6).

Epidemiología

A nivel mundial se estima que 36.9 millones de personas viven con VIH (diciembre, 2014), 19.8 millones de personas conocen su diagnóstico (diciembre, 2014) y 1.2 millones de personas murieron a causa de enfermedades asociadas al sida (2014). Se duplicó en 5 años el número de personas con acceso al tratamiento antirretroviral (7.5 millones en 2010 a 15.8 millones en junio de 2015). Las nuevas infecciones por el VIH han descendido en un 35% desde el año 2000 (2 millones en 2014, 3.1 millones en 2000). (7)

En México 190 mil personas vivían con VIH (diciembre 2014), ocupa el 2do. lugar en Latinoamérica en número de personas con VIH, pero con una prevalencia de VIH en la población de 15-49 años del 0.2 por ciento, 62.7% de personas conocen su diagnóstico (diciembre, 2014) 4,965 personas murieron a causa de enfermedades asociadas al sida (2013). 103,726 personas tenían acceso al tratamiento antirretroviral (junio, 2015). Las nuevas infecciones por el VIH han descendido en un 46% desde el año 2000. (14,000 en 2000 a 7,500 en 2014). La tasa de mortalidad por sida es de 4.2 por 100 mil habitantes, siendo de 1.4 en mujeres y 7.1 en hombres (2013). La tipología de acuerdo a ONUSIDA en México tiene una epidemia concentrada, en esta población son las prevalencias clave en la respuesta a la epidemia; hombres que tienen sexo con hombres 17.3%, personas que utilizan de drogas inyectadas (2.5%), mujeres trabajadoras del sexo comercial (0.7%) y hombres trabajadores del sexo comercial (24.1%), así como

mujeres trans género (15.5-20%). En México una de cada tres personas con VIH no conoce su diagnóstico. El número de personas en tratamiento antirretroviral aumentó un 10% en 2014. Hubo una disminución del costo promedio anual por tratamiento en la Secretaría de Salud de 75% en los últimos 12 años (\$ 37 mil en 2015, \$150 mil en 2003), por ello es necesario intensificar las acciones de detección oportuna, vincular a las personas detectadas con VIH a los servicios de atención, así como mejorar la retención y adherencia terapéutica y calidad del servicio. El 84% de las personas en tratamiento en la Secretaría de Salud se encuentran indetectables, 84.7 % continúan en tratamiento a los 12 meses, y se ha logrado disminuir la razón de mortalidad a 1.8%. (7,8,9)

2.4 Estrategias de Salud y calidad de vida en la infección por el VIH.

En salud pública se utiliza el concepto de CVRS para medir los efectos e impacto en la salud de diversas enfermedades, discapacidades y trastornos. El seguimiento de la CVRS en diferentes tipos de poblaciones permite la identificación de subgrupos que tienen una salud física o mental delicada para brindarles ayuda; y orientar las políticas o las intervenciones para mejorar su salud (10).

En 2011, los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptaron una nueva estrategia mundial del sector sanitario sobre el VIH/SIDA, con el fin de lograr el acceso universal a la prevención, diagnóstico, tratamiento, y atención; obteniendo una respuesta sostenible al VIH mediante el fortalecimiento de los sistemas de salud comunitarios, para abordar los determinantes sociales de la salud que incrementan la epidemia y dificultan la respuesta; mejorar la protección, la promoción de los derechos humanos, la promoción de la equidad de género y la calidad de vida (11).

Por otra parte la estrategia presentada en 2014 nos brinda bases para la importancia de valorar calidad de vida. El Programa Conjunto de las Naciones

Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) lidera al mundo para cumplir la meta global de cero nuevas infecciones por el VIH, cero discriminación, cero muertes relacionadas con el sida. Junto con once organizaciones (ACNUR, UNICEF, PMA, PNUD, UNFPA, UNODC, ONU Mujeres, OIT, UNESCO, OMS y Banco Mundial) trabajan para poner fin a la epidemia de sida para el 2030; como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. ONUSIDA estima que se necesitarán 31,100 millones de dólares para la respuesta al sida en 2020 y 29 300 millones de dólares en 2030. En cerrar la brecha - cero muertes relacionadas con el SIDA se busca empoderar a las PVVS y permitir, en todas partes acceder a los servicios que necesitan, realizar pruebas de VIH, pues se estimó que 19 millones de personas no son conscientes de su condición y de esta forma obtenga apoyo y acceso al tratamiento oportuno. (9,12)

En nuestro país el programa sectorial de salud 2013 – 2018 establece en sus objetivos, estrategias y líneas de acción a los que deberán apegarse las diferentes instituciones de la administración pública federal para materializar el derecho a la protección de la salud y los cuales deben ser congruentes con las metas nacionales establecidas en el plan nacional de desarrollo 2013 – 2018 entre las que destacan el consolidar el mejoramiento de la salud, la promoción, la prevención de las enfermedades y la protección de la salud, siempre con perspectiva de género, apegado a criterios éticos y respondiendo al mosaico multicultural que caracteriza al país; debiendo incorporar acciones propias de salud pública e intervenciones que cambien el actuar de las personas, en términos de su responsabilidad respecto a comportamientos sexuales, actividad física, alimentación, consumo de alcohol, tabaco, drogas ilícitas y en general en todas aquellas situaciones que ponen en riesgo la integridad física o mental y con un concepto integral asociado a estilos de vida saludables; promoviendo actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario (13,14).

México atraviesa una marcada transición poblacional y epidemiológica, la cual ha impactado de forma importante el perfil de la salud de la población. El Programa de Acción Específico 2013-2018 en VIH, SIDA e ITS incluye acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, para obtener mejores niveles de calidad de vida de las nuevas generaciones de nuestro país, para consolidar e incrementar la vigilancia epidemiológica, la prevención y el control de las enfermedades transmisibles como VIH, Sida se requiere de la participación coordinada las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, los diferentes órdenes de gobierno, la iniciativa privada y la sociedad civil; en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y del Programa Sectorial de Salud, que son la herramienta de coordinación, evaluación y seguimiento de las estrategias, líneas de acción e indicadores que nos permiten medir nuestro desempeño. Se requiere la promoción de la salud es su carácter anticipatorio, el cual busca atender, no a la enfermedad directamente, sino a los determinantes sociales de la salud que están enfocados a impulsar acciones que proporcionen a la población los medios necesarios para lograr una mejor salud, es importante aplicar un enfoque de prevención combinada (intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales) en un marco de derechos humanos, perspectiva de género e interculturalidad. (15)

2.5 Calidad de vida y VIH

El estudio de la calidad de vida ha resultado ser una herramienta trascendental en la construcción de guías, políticas, y formulación de objetivos para los cuidados de la salud, permitiendo describir a través de su conocimiento la evaluación de la efectividad de los tratamientos médicos y el impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes. Vosvick *et al* “destacan el estudio de la calidad de vida funcional en términos de cinco dominios; evaluando el funcionamiento físico, energía/fatiga, funcionamiento social, funcionamiento del rol y salud general y dolor. Plantean que la habilidad de mantener un nivel de bienestar en estos dominios es esencial para una alta calidad de vida en personas viviendo con enfermedades crónicas (2).

A su vez Hirabayashi *et al*, también apoyan el enfoque funcional quien define la calidad de vida de los pacientes portadores del VIH como el funcionamiento físico y la salud mental basada en la percepción individual de su vida. Cabe destacar que en el contexto de una enfermedad crónica, la evaluación subjetiva está basada en el funcionamiento psicológico y en el grado de daño del funcionamiento físico (2).

La infección por el VIH impacta la calidad de vida de estos pacientes; en los aspectos, biológicos, económico, sociocultural y psicológico; en el dominio biológico se puede presentar alteración o deterioro del estado de salud, infecciones oportunistas, neoplasias y trastornos neurológicos. En el plano económico se genera aumento de los gastos de prestación de servicios de salud, disminución de la población económicamente activa, abandono de la actividad económica para cuidar de un enfermo o por deterioro de su salud, en suma se reduce la esperanza de vida y en consecuencia su expectativa de vida. En los aspectos socioculturales es importante considerar el contexto donde se desarrolla la infección valorando, si esta tiene alguna una connotación moral y/o religiosa que con lleve a la discriminación, estigmatización, rechazo, abandono o alteración de la funcionalidad a nivel individual, familiar o sociocultural. La salud psíquica puede verse afectase por reacciones negativas frente al diagnóstico, como, miedo, ansiedad, tristeza, ira, frustración, desesperanza, impotencia, culpa e ideas suicidas ante el rechazo, la discriminación y abandono por parte de la familia y los amigos; trastornos obsesivos, y por el estigma. La evaluación de la CVRS puede ser a través de instrumentos genéricos; instrumentos específicos de enfermedades particulares o grupos de pacientes, y en áreas o dimensiones de funcionamiento (10).

3. ANTECEDENTES

Un análisis secundario, realizado con 2089 participantes en Australia, Brasil, India, Zimbawe, Italia y Ucrania tuvo como objetivo evaluar las observaciones de ONUSIDA acerca de las diferencias por edad, en varias dimensiones de la calidad de vida. Utilizaron el instrumento de calidad de vida (WHOQOL-HIV) se evaluaron 6 dimensiones la física, psicológica, social, de independencia, ambiental y espiritual. Se identificó un efecto mediado por la edad, ya que entre los individuos con VIH y menor edad; la calidad de vida fue peor, que en los individuos de mayor edad, sin embargo los adultos más viejos reportaron mejores resultados en el dominio psicológico, del ambiente y espiritual una de las debilidades en este estudio es que no en todos los países la población de VIH es homogénea, y que en algunos países no hay tantos sujetos con VIH viejos. Sin embargo, los adultos mayores con VIH tenían una mejor calidad de vida de lo esperado en 11 dimensiones, las relaciones sociales, sobre todo las relaciones personales son de suma importancia (41%), pero el apoyo y la vida sexual también, energía, sentimientos negativos, conocimientos, recursos financieros y los síntomas del VIH también contribuyeron (4).

Un estudio transversal al realizado en Francia de 1999-2004, analizó el impacto de la fatiga y la percepción subjetiva de los síntomas depresivos en la calidad de vida (QOL) de los pacientes coinfectados con VIH y el virus de la hepatitis C (VHC) que no recibieron la terapia anti-VHC; el 84% reportó el modo de transmisión a través del uso de drogas inyectables; el 57%, presentó síntomas depresivos, y el 69% informó fatiga, el análisis multivariado fue ajustado por las características sociodemográficas, clínicas, el consumo de alcohol o de drogas. Las puntuaciones altas en la Escala del Impacto de la Fatiga (FIS), se asociaron independientemente con una calidad de vida física alterada y las relaciones sociales; mientras que las puntuaciones altas con Escala de Depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D), se asociaron de forma independiente con una menor calidad de vida ambiental por lo que la percepción subjetiva de fatiga y

los síntomas depresivos son los mejores indicadores de la calidad de vida en pacientes coinfectados además la presencia de niños en el hogar, modo de transmisión usuarios de drogas inyectables, y el desempleo se asociaron de forma independiente con todos los niveles de calidad de vida (16).

En un estudio transversal multicéntrico, con 3,778 pacientes con infección por VIH en EUA, midió la CVRS a través de instrumento de auto reporte MOS, y se observó como la edad, ser mujer, el uso de drogas por vía parenteral, el nivel de educación bajo y el bajo nivel socioeconómico se asociaba con una pobre CVRS, por otra parte este estudio tuvo una importante limitación que fue un sesgo de memoria propio de los estudio en los que se utiliza autoreporte (17).

En una cohorte prospectiva en Francia APROCO, se investigó el impacto del primer año de tratamiento antirretroviral en la calidad de vida relacionada con la salud. En 654 pacientes a los que se les aplicó el instrumento auto administrado SF-36 *Short Form Health Survey*, encontraron en 233 pacientes una buena CVRS al comienzo del estudio y el 27% presentaron deterioro en la calidad de vida en el mes doce (M12). De los 421 con baja CVRS lograron buena CVRS al M12. Algunos factores asociados de forma independiente fueron conteo de CD4+ <500 μ L, y carga viral indetectable tiempo desde el diagnóstico del VIH <8 años, indetectables de ARN del VIH en el M12, y un menor número de síntomas auto-reportados en el M12. Una limitación importante es el tipo de instrumento utilizado ya que SF-36, no evalúa de forma específica a pacientes con VIH ni de la mejor forma el impacto de la TARV (18).

En Estados Unidos en una cohorte prospectiva de 450 pacientes se determinó en dos momentos posteriores al diagnóstico de VIH el cómo los pacientes comparaban su vida actual con respecto a vida previa de tener VIH. Se entrevistaron en 2 ocasiones a los sujetos al momento de la primera visita y a los 18 meses posteriores al inicio del tratamiento; se recolectaron datos demográficos y clínicos de los expedientes, se midieron las células CD4+, y carga viral, se aplicó

el instrumento CES-D para depresión, y el FACIT-SpEx para aspectos multidimensionales de religión y espiritualidad. La media de edad fue de 44.8 años, 78% se encontraron con un régimen ARV. 31% mencionó haber tenido una mejor calidad de vida antes del VIH, 28% dijo estar peor; los sujetos heterosexuales tuvieron OR 2.34 IC95% (1.13 - 4.86) para presentar deterioro en la calidad de vida con respecto de su vida previa al VIH, ser un paciente anciano OR 2.29 (IC95% 1.10 - 4.76). Este estudio presento un sesgo de selección ya que los pacientes no tenían problemas para adquirir sus medicamentos antirretrovirales por ser distribuidos por el estado (19).

Una Cohorte prospectiva en Estados Unidos de 116 participantes, tuvo como objetivo determinar si la calidad de vida del paciente con VIH predice la adherencia a la terapia antirretroviral. Para ello se evaluó la calidad de vida de los participantes al inicio de la terapia antirretroviral y cada mes durante 5 años con la escala de depresión CES-D, 48% de los participantes no tuvieron adherencia, las preocupaciones financieras fueron mayores entre los que tuvieron baja adherencia vs los de alta con una ($p=0.02$), aquellos con baja adherencia tendieron a utilizar más alcohol ($p=0.001$) y otras drogas ($p=0.002$), el uso actual de alcohol tuvo una OR 2.65 (IC95% 1.20-5.87) las preocupaciones financieras 1.16 (IC95% 1.031.30). Se destaca como una limitación del estudio que no se obtuvo información disponible de las pérdidas y muchos pacientes eran de uso crónico de TARV (20).

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La calidad de vida ha cobrado gran importancia al ser estudiada como una variable resultado, en el paciente ya que junto con el acceso al tratamiento antirretroviral han permitido disminución en la progresión de la enfermedad, un incremento en la esperanza de vida de hasta 50 años posterior a su diagnóstico lo que permite mejorar la calidad de vida y disminuir la mortalidad por causas relacionadas a SIDA.

Se han encontrado factores asociados que disminuyen la calidad de vida, como son clínicos, demográficos, y socioeconómicos entre los que se destaca el conteo de CD4 menor a 200 cels. carga viral detectable, comorbilidad psiquiátrica, menor nivel educativo, menor nivel socioeconómico, ser mujer, edad mayor, el uso de drogas inyectables, ausencia de seguro de salud que se asociaron a bajos niveles de CVRS.

Todo ello impacta directamente en la calidad de vida, en el bienestar físico, mental o global debido al deterioro del estado de salud, Infecciones oportunistas, neoplasias, trastornos neurológicos, inflamación persistente, reacciones negativas frente al diagnóstico como miedo e incertidumbre por las posibles consecuencias de la enfermedad manifestándose en ansiedad, tristeza y desesperanza; alterando la función del rol a nivel individual, familiar o sociocultural, que puede traducirse en falta de adherencia, abandono del tratamiento, de la actividad económica, estrés a nivel financiero repercutiendo en la progresión de la enfermedad y disminución de la esperanza de vida.

Por lo anterior en México se torna relevante y necesaria la evaluación de la calidad de vida ya que en la actualidad la infección por el VIH es considerada una enfermedad crónica, con repercusiones económicas, sociales y sobre el sistema de salud de los pacientes, la familia y la sociedad aumentando la demanda de los servicios y costos en salud.

Su estudio desde el punto de vista epidemiológico permitirá fortalecer el conocimiento de los factores que se asocian en nuestra población para en un futuro establecer estrategias de intervención y toma de decisiones.

Por lo que nos hacemos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la Calidad de Vida relacionada con la salud en pacientes con infección por el VIH en el Hospital de Infectología “Dr. Daniel Méndez Hernández” CMN La Raza?

¿Cuáles factores demográficos, socioeconómicos, y clínicos se asocian a una mala a la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con infección por el VIH en el Hospital de Infectología “Dr. Daniel Méndez Hernández” CMN La Raza?

5. JUSTIFICACIÓN

Al evaluar la calidad de vida en este estudio permitió valorar el bienestar físico, y mental de una persona que vive con el VIH en esta población del Instituto Mexicano del Seguro Social; así como brindar conocimiento acerca de los factores de riesgo que se asocian a ella así como el empoderamiento y coparticipación del paciente, orientarlo e informarlo para que realice cambios en su estilo de vida, planeación y distribución de sus recursos con los que cuenta o que puede acceder en los diversos ámbitos de su vida y por otra parte se brindan elementos que contribuyen al tratamiento del paciente.

Al realizar esta investigación se brindó la pauta para establecer nuevas líneas de investigación para fortalecer el conocimiento de la calidad de vida paulatinamente en nuestra población y que permita en el futuro establecer e identificar estrategias de intervención dirigidas a optimizar y focalizar los recursos humanos, económicos, de infraestructura y de acceso a servicios de salud que son enfocados a esta población vulnerable donde se podría incidir posteriormente en algunos factores de riesgo asociados, que ha sean identificados en el paciente con infección por el VIH para mejorar la calidad de vida.

6. HIPÓTESIS

- Los pacientes con infección por el VIH que se encuentran en control presentan una buena calidad de vida relacionada con la salud en el Hospital de Infectología “Dr. Daniel Méndez Hernández” CMN La Raza.

- Se asocian algunos factores demográficos, socioeconómicos, y clínicos a una mala a la calidad de vida en pacientes con infección por el VIH en el Hospital de Infectología “Dr. Daniel Méndez Hernández” CMN La Raza

7. OBJETIVOS

General:

- Evaluar la Calidad de Vida en pacientes con infección por el VIH y sus factores asociados en el hospital de Infectología “Dr. Daniel Méndez Hernández” CMN La Raza.

Específicos:

- Estimar la asociación entre calidad de vida y Sexo.
- Estimar la asociación entre calidad de vida por grupo de edad.
- Estimar la asociación entre calidad de vida y estado Civil.
- Estimar la asociación entre calidad y nivel socioeconómico.
- Estimar la asociación entre calidad de vida y grado de estudios.
- Estimar la asociación entre calidad de vida y comorbilidad.
- Estimar la asociación entre calidad de estadio de la enfermedad.
- Estimar la asociación entre calidad de vida y carga viral.
- Estimar la asociación entre calidad de vida y conteo de células CD4+.
- Estimar la asociación entre calidad de vida y tratamiento antirretroviral

8. MATERIAL Y MÉTODO

Lugar donde se realizó el estudio:

Hospital de Infectología del Centro Médico Nacional “Dr. Daniel Méndez Hernández” CMN La Raza

Diseño del estudio:

Estudio: Transversal.

Periodo de estudio.

Del 1° de Agosto del 2015 al 31 de Enero 2016.

Población de estudio:

Pacientes derechohabientes del IMSS, con infección por el VIH/SIDA en control en el Hospital de Infectología CMN “La Raza”.

Muestreo:

No probabilístico consecutivo.

Criterios de Selección

Inclusión

- Se incluyeron pacientes con diagnóstico de VIH al menos de 6 meses confirmado y documentado en expediente clínico.
- De ambos sexos.
- Pacientes con edad mayor o igual a 18 años de edad.
- En control en el Hospital de Infectología Centro Médico Nacional “La Raza”.
- Pacientes con al menos una determinación de CD4 + y carga viral.

Exclusión

- Se excluyeron pacientes quienes se negaron a participar en el estudio.

- Pacientes que se encontraron en periodo de gestación y puerperio.
- Pacientes con patología psiquiátrica como: esquizofrenia y otros trastornos psicóticos o retraso mental que impidan brindar datos o contestar el cuestionario, mismo que fue valorado por médico en su consulta psiquiatra en la unidad.

Eliminación.

- Quienes no contaban con expediente clínico completo y/o resultados de laboratorio de las variables bioquímicas que se estudiaron.

Tamaño Mínimo de Muestra

Fórmula para obtención de proporciones para población finita .

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2}$$

En donde:

Z_{α}^2 = Coeficiente de confiabilidad 1.96² (intervalo de confianza al 95%)

p= Prevalencia probable (en este caso 50%= 0.5)

q= 1-p (en este caso 1 - 0.5= 0.5)

d= precisión (0.05)

$$n = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05} = 384$$

Más 10% de perdidas = 422

Definición y operacionalización de Variables

Dependiente

Calidad de Vida

Definición: Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive; en relación con sus objetivos, expectativas, normas, e inquietudes

Naturaleza de la variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal Dicotómica

Operacionalización: Se utilizó Cuestionario MOS-HIV, corto de 35 ítems, con respuestas en escalas ordinales de 2, 3, 5 ó 6 posibilidades, divididos en 11 dimensiones que incluyeron la percepción general de la salud, dolor, función física, función de rol, función social, salud mental, energía, preocupación de salud, función cognoscitiva, calidad general de vida y salud transitoria; que se resumieron en dos para buena y mala calidad de vida; salud física (PHS) y salud mental (MHS).

Indicador: La calificación total se obtuvo aplicando coeficientes de ponderación en una escala de 0 a 100.

Valor < 50 = Mala Calidad de Vida relacionada con la salud Física, Mental y Global.

Valor > 50 = Buena Calidad de Vida relacionada con la salud Física, Mental y Global.

Independientes

Sexo

Definición: Condición fenotípica que diferencian a la mujer del hombre.

Naturaleza de la variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

Operacionalización: Durante la entrevista se observaron las características morfológicas de los individuos.

Indicador: 1. Femenino, 2. Masculino

Edad

Definición: Período de tiempo transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta la fecha de la entrevista.

Naturaleza de la variable: Cuantitativa.

Escala de medición: Razón

Operacionalización: Lo referido por el paciente durante la entrevista y corroborado en el expediente clínico.

Indicador: Años cumplidos.

Estado civil

Definición: Condición en la que se encuentra una persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.

Naturaleza de la variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

Operacionalización: Lo referido por el paciente durante la entrevista

Indicador: 1. Soltero(a) 2 Casado (a), 3. Unión Libre 4. Divorciado(a) 5. Separado 6. Viudo (a).

Grado máximo de estudios

Definición: Condición en que se encuentra una persona en relación con el último estudio o grado académico que curso. **Naturaleza de la variable:** Cualitativa

Escala de medición: Nominal politómica.

Operacionalización: Lo referido por el paciente durante la entrevista.

Indicador: 1. Analfabeta (sabe leer y escribir) 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Licenciatura 6. Posgrado.

Ocupación

Definición: Condición en que se encuentra una persona en relación con su ocupación actual.

Naturaleza de la variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal politómica.

Operacionalización: Lo referido por el paciente durante la entrevista.

Indicador: 1. Labores del hogar 2. Empleado 3. Obrero 4. Profesionista 5. Otro.

Nivel socioeconómico

Definición: Nivel que de acuerdo a su posición social y económica se otorga al individuo.

Naturaleza de la variable: Cualitativa.

Escala de medición: Ordinal.

Operacionalización: Se obtuvo durante la entrevista aplicando el instrumento para nivel socioeconómico para la república mexicana Regla AMAI 10x6 que clasifica a los hogares en seis niveles, considerando características o posesiones del hogar y la escolaridad del jefe de familia o persona que más aporta al gasto.

Indicador: Nivel socioeconómico por puntaje AMAI.

Nivel A/B: Es el segmento con el más alto nivel de vida del país.

Puntaje: Entre 242 y más.

Nivel C+: Es el segundo estrato con el más alto nivel de vida del país.

Puntaje: Entre 192 y 241

Nivel C: Este segmento se caracteriza por haber alcanzado un nivel de vida práctica y con ciertas comodidades.

Puntaje: Entre 157 y 191.

Nivel D+: Este segmento tiene cubierta la mínima infraestructura sanitaria de su hogar. Puntaje: Entre 102 y 156.

Nivel D: Es el segundo segmento con menos bienestar.

Entre 61 y 101

Nivel E: Puntaje Hasta 60

Se agrupó en 3 niveles socioeconómicos:

Nivel Alto: A/B y C+.

Nivel Medio: CY D+.

Nivel Bajo: D Y E.

Tabaquismo

Definición: Tabaquismo agudo o crónico dado por un tiempo expresado en días, meses o años expuestos al humo de tabaco, estimando el número promedio de cigarrillos. Fumador: Es la persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo en los últimos 6 meses dentro de este grupo se encuentra; fumador diario que ha fumado por lo menos un cigarrillo al día, durante los últimos 6 meses, fumador ocasional a quien ha fumado menos de un cigarrillo al día; asimismo se lo debe considerar como fumador. Ex Fumador: persona que habiendo sido fumador se ha mantenido en abstinencia al menos por los últimos 6 meses. No Fumador: persona que nunca ha fumado o ha fumado menos de 100 cigarrillos en toda su vida. De acuerdo a la codificación DSM IV: F17.2: Trastornos por consumo de nicotina F17.3: Abstinencia de nicotina CIE 10 abreviada: CIE 21.6 por lo que se construyó una escala de: Fumador activo, no fumador y ex fumador.

Naturaleza de la variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal politómica.

Operacionalización: se realizó por medio de interrogatorio directo.

Indicador: 1. Fumador activo 2Ex fumador 3. No fumador.

Alcoholismo

Definición: Consumo de bebidas alcohólicas de acuerdo a la frecuencia de consumo, número de copas y edad de inicio. Se construyó una escala de Bebedor, no bebedor, ex bebedor

Naturaleza de la variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal politómica.

Operacionalización: se realizó por medio de interrogatorio directo

Indicador: 1. Bebedor 2. Ex bebedor 3. No bebedor.

Uso de drogas

Definición: Consumo de todo fármaco o principio activo de un medicamento, elemento de origen biológico natural o producto obtenidos de él por diversos métodos, o sustancia producida artificialmente, que produce efectos en el sistema nervioso central modificando el estado de ánimo o produciendo placer, y que puede tener potencial de abuso. Se construyó una escala de uso actual de drogas, previo uso de drogas y nunca uso drogas.

Naturaleza de la variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal politómica.

Operacionalización: se realizó por medio de interrogatorio directo.

Indicador: 1. Uso actual de drogas, 2. Previo uso de drogas y 3. Nunca uso drogas.

Orientación sexual

Definición: La orientación sexual es la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual, puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos.

Naturaleza de la variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal politómica

Operacionalización: se realizó por medio de interrogatorio directo

Indicador: 1. Heterosexual 2. Bisexual 3. HSH

Carga Viral

Definición: Es la cuantificación de la infección por VIH se calcula por estimación de la cantidad de partículas virales en sangre.

Naturaleza de la variable: Cuantitativa.

Escala de Medición: Continua.

Operacionalización: Se realizó por medio de la revisión del expediente clínico y se tomó la carga viral actual. **Indicador:** Cantidad de copias de virus por mililitro.

Conteo de CD4

Definición: Es la cuantificación de nivel de células CD4+ medida en sangre, dada en porcentaje y/o número entero.

Naturaleza de la variable: Cuantitativa.

Escala de medición: Continua.

Operacionalización: Se realizó por medio de la revisión del expediente clínico y se tomará la actual.

Indicador: Nivel de CD4+ y/o porcentaje de CD4+.

Esquema de tratamiento antirretroviral:

Definición: Es el número que ha sido cambiado el esquema antirretroviral (TARV)

Naturaleza de la variable: cualitativa.

Escala de medición: Nominal dicotómica.

Operacionalización: Se realizó por medio del interrogatorio directo y corroboró por medio de la revisión del expediente clínico completo.

Indicador: 1. Un cambio o más en el esquema. 2. Nunca ha cambiado esquema

Comorbilidad

Definición: Circunstancia en que se encuentra un individuo en relación a la presencia o ausencia de uno o más de una enfermedad y/o trastornos además de la enfermedad o trastorno primario.

Naturaleza de la variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal dicotómica.

Operacionalización: Se interrogo sobre la existencia de algún padecimiento diagnosticado por un médico, diferente a la condición de VIH, pidiéndose además especificar él o los diagnósticos mediante interrogatorio directo.

Indicador: 1. SI 2. NO

Índice de Masa Corporal

Definición: indicador de la relación entre el peso y la talla que se utiliza para identificar el sobrepeso la obesidad y/o estado nutricional en los adultos.

Naturaleza de la variable: Cuantitativa continúa.

Escala de medición: Intervalo

Operacionalización: Durante la exploración y tomaron de medidas antropométricas por medio de una báscula calibrada se midió para conocer talla y peso. Se calculó peso corporal dividido entre la estatura elevada al cuadrado (kg/m^2), y utilizo la clasificación de IMC de acuerdo a la OMS.

Indicador: 1. Bajo peso: <18.5 2. Normopeso: 18.5-24.9 3. Sobrepeso: 25-29.9
4. Obesidad GI: 30-34.9 5. Obesidad GII: 35-39.9 6. Obesidad GIII: >40.

Presión sanguínea.

Definición: Fuerza ejercida por el corazón consta de un periodo de relajación y contracción.

Naturaleza de la variable: Cuantitativa

Escala de la variable: Razón.

Operacionalización: La medición se efectuó después de por lo menos, cinco minutos en reposo. El paciente se abstuvo de fumar, tomar café, productos cafeinados y refrescos de cola, por lo menos 30 minutos antes de la medición. Se valoró con un esfigmomanómetro anerode calibrado como lo recomienda la NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. El ancho del brazalete deberá cubrir alrededor del 40% de la longitud del brazo y la cámara de aire del interior del brazalete deberá tener una longitud que permita abarcar por lo menos 80% de la circunferencia del mismo, el ancho del brazalete será entre 13 y 15 cm y, el largo, de 24 cm. El observador se sitúa de modo que su vista quede a nivel del menisco de la columna de mercurio. Se aseguró que el menisco coincida con el cero de la escala, antes de empezar a inflar. Se colocó el brazalete situando el manguito sobre la arteria humeral y colocando el borde inferior del mismo 2 cm por encima del pliegue del codo. Mientras se palpo la arteria humeral, se inflo rápidamente el manguito hasta que el pulso desapareciera, a fin de determinar por palpación el nivel de la presión sistólica. Se desinflató nuevamente el manguito y se colocó la cápsula del estetoscopio sobre la arteria humeral. Se inflo rápidamente el

manguito hasta 30 o 40 Niveles en milímetros de mercurio mm.Hg por arriba del nivel palpatorio de la presión sistólica y se desinflató a una velocidad de aproximadamente 2 mm.Hg/seg. La aparición del primer ruido de Korockoff marcó el nivel de la presión sistólica y, el quinto, la presión diastólica. Los valores se expresaron en números pares.

Indicador: Niveles en milímetros de mercurio (mm.Hg)

Glucemia:

Medida de concentración de glucosa libre en la sangre, suero o plasma sanguíneo.

Escala de medición: Razón

Operacionalización: Se obtuvo de los resultados de las muestras sanguíneas venosas en la que se mide la glucosa por el método de glucosa oxidasa. Tomada de un ayuno > 8 horas se clasifican nivel de glucosa sérica normal de menor a 100 mg/dl de acuerdo a los criterios de ADA 2011. Glucosa basal alterada > 100 – 125 mg/dl.

Indicador: Niveles en miligramos sobre decilitro (mg/dl).

Colesterol Sérico total:

Definición: Lípido que se encuentra en condiciones normales en el plasma sanguíneo y es medido en forma total.

Naturaleza de la variable: Cuantitativa

Escala de medición: Razón.

Operacionalización: Se obtuvo de los resultados de las muestras de sangre periférica venosa. Se realizó análisis enzimático por medio de instrumentos estandarizados de laboratorio. Con ayuno de 12 horas y abstenerse de tomar bebidas alcohólicas. Se clasificaron en Niveles séricos normales <200 mg/dl y alterado > 200 mg/dl.

Indicador: Niveles en mg/dl.

Triglicéridos

Definición: Lípido compuesto por tres ácidos grasos unidos al glicerol el cual se encuentra circulando en el plasma sanguíneo.

Naturaleza de la variable: Cuantitativa

Escala: Razón.

Operacionalización: Se obtuvo de los resultados de las muestras de sangre periférica venosa. Se realizó análisis enzimático por medio de instrumentos estandarizados de laboratorio. Se clasificaron en Niveles séricos normal < 150mg/dl y alterado > 150mg/dl.

Indicador: Niveles en mg/dl.

Método de recolección de datos

- Cuestionario MOS-HIV, versión corta de 35 reactivos, divididos en 11 dimensiones y validado para población mexicana, con tiempo medio de respuesta del cuestionario es de 10 min y 22s. el coeficiente de confiabilidad (alfa de Cronbach) fue mayor de 0.70 (0.75 - 0.87) el reportado en dicha validación. (21)
- Cuestionario Regla AMAI NSE 10x6, consta de 10 reactivos que dan un puntaje y clasifica de manera sencilla y rápida el nivel socioeconómico del paciente.
- Cuestionario de Datos Clínicos que consta de 42 reactivos que incluye estado nutricional, antecedentes de la infección por el VIH, tratamiento antirretroviral, comorbilidades, toxicomanías y perfil bioquímico que serán corroborados y obtenidos de la revisión del expediente clínico por el investigador

9. PLAN GENERAL

Se realizó diariamente revisión del listado de pacientes con infección por VIH citados en el servicio de consulta externa del Hospital de Infectología “Dr. Daniel Méndez Hernández” CMN La Raza.

- Se incluyó a todos los pacientes que cumplieron con los criterios de selección, quienes firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio, garantizando la confidencialidad y anonimato de la información recabada.
- El cuestionario estructurado incluyó el cuestionario que mide calidad de vida MOS-HIV específico para pacientes con infección por el VIH se realizó de forma cerrada y se explicó el tiempo aproximado de respuesta (20 minutos), mismo se aplicó por el investigador principal a través de entrevista directa.
- Se revisó expediente clínico para tomar datos bioquímicos y corroborar datos clínicos del paciente.
- Se brindó un ambiente confianza para facilitar la expresión de los sentimientos para ello se habló o con un lenguaje claro y sencillo, tranquilo y sin prisas, se permitió aclarar dudas.

10. Análisis Estadístico

Análisis Univariado:

Se calcularon frecuencias simples y proporciones para las variables cualitativas. Se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas. Se aplicó la prueba Kolmogorov Smirnov para la distribución de las variables cuantitativas

Análisis Bivariado:

Se estimaron razones de momios de prevalencia. Chi cuadrada, Intervalos de confianza al 95%, y valor de $p \leq 0.05$ como estadísticamente significativa.

Análisis Multivariado:

Se realizó un modelo de regresión logística incluyendo las variables estadísticamente significativas o clínicamente importantes para explicar la asociación entre la variable dependiente y las independientes.

11. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación se apegó a lo estipulado en la séptima enmienda de la Declaración de Helsinki promulgada en Junio de 1964 por la Asociación Médica Mundial. El presente trabajo no afecta los derechos humanos, ni las normas éticas y de salud en materia de investigación, por lo tanto no se comprometen la integridad física, moral o emocional de las personas.

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud Capítulo I, artículo 17 apartado II, el presente trabajo se consideró INVESTIGACIÓN CON RIESGO MINIMO, ya que son estudios que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico y tratamiento rutinario. Art. 22. Se entregó a cada participante un consentimiento informado por escrito el cual firmo para ser incluido en el estudio.

De acuerdo a las recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación establecidas por la OMS: Se informó al paciente seleccionado sobre los objetivos de este estudio, y se garantizó la confidencialidad y anonimato de la información recabada.

El presente estudio fue sometido a consideración y autorización por el Comité de Investigación y Ética del Hospital de Infectología del CMN La Raza.

Folio: R-2016-3502-14

12. RESULTADOS

Se estudiaron un total de 427 pacientes de ambos sexos mayores de 18 años con infección por VIH documentada en expediente clínico, se excluyeron 5 de ellos dos fueron hombres con patología psiquiátrica trastorno bipolar que no pudieron brindar datos o contestar el cuestionario con determinación por médico psiquiatra en expediente clínico de la unidad, 3 pacientes se negaron a contestar 1 mujer y dos hombres, se eliminaron 11 pacientes, 8 con expediente clínico incompleto 4 sin resultados de laboratorio de las variables bioquímicas estudiadas.

Nuestra población tuvo una distribución no normal, la media de edad fue de 33 años, el grupo de edad más representativo se encontró entre los 18 a 29 años de edad 38.5%, seguido de los de 30 a 39 años 35.3%, 40 a 49 años con 13.5 %, de 50 y más años 12.7%, 90% fueron hombres, 10% mujeres; residen en la Ciudad de México el 62.2%, y el 33.8% otro estado (135 en Estado de México, 1 en Veracruz, Hidalgo y Puebla respectivamente).

El estado civil más frecuente fue el soltero con 77.9%, el nivel máximo de estudios fue licenciatura con 44.6%, el 55.4% es empleado, estado socioeconómico más frecuente fue el medio con 56.6%, y el 15.7% tienen hijos. El 31.4% fuma actualmente, ingieren bebidas alcohólicas el 53.4%, el 14% consumen alguna droga en la actualidad (cannabis, otras como éxtasis, popers, anfetaminas y pegamentos y en menor frecuencia cocaína, heroína) y 24.3% han consumido algún tipo de droga alguna vez en la vida. Respecto al estado nutricional se encontró sobrepeso en el 31.1% y obesidad en el 7.6%, presentaron alguna comorbilidad el 29.2%. El 71.8% eran hombres que tienen sexo con hombres (HSH), el 16.4% es heterosexual y el 11.8% tiene preferencia bisexual.

Dentro de las características generales de enfermedad se encontraron clasificados en estadio C el 36.5%, al momento del estudio contaban el 92.6% con un conteo CD4 > a 200 cels/mm³. El 80% tuvo una carga viral indetectable, el

96.6% se encontraron con un TARV, reportando efectos secundarios el 34.8%, el 51% tienen más de 12 meses con el TARV. Han cambiado tratamiento anti retroviral el 19.6 %, el principal motivo de cambio falta de respuesta 52.5% y por presentar efectos secundarios 41.25%.

En las características bioquímicas se observó que en el perfil TORCH tuvo 25% IgM Toxoplasma IgM reactiva, el 2.5% Rubeola IgM reactiva, el 8.6% tuvo Citomegalovirus IgM reactiva tuvo 72.8% IgG reactivo, el 12.7% tuvo Herpes IgM reactivo 1% tu, el 23.8% tuvo *Ac anti-treponema pallidum* reactivo.

Al evaluar a calidad de vida el 81.1% tuvo una buena calidad de vida relacionada con la salud física, y el 62.3% tuvo una buena calidad de vida relacionada con la salud mental, y el 57.8% tuvo una buena calidad relacionada con la salud global.

En el análisis bivariado los factores de riesgo asociado a la calidad de vida relacionada con la salud física (PHS) fue el tener hijos (RMP 2.08 [IC_{95%} 1.13 – 3.81]; $P=0.02$). Tener alguna comorbilidad (RMP 2.45 [IC_{95%} 1.6 – 4.09]; $P=0.01$). El cambio de esquema una vez y más (RMP 2.61 [IC_{95%} 1.50 – 4.55]; $P=0.001$). Conteo de CD4 tuvo (RMP 2.32 [IC_{95%} 1.03 – 3.46]; $P=0.06$). Leucocitos alterados (RMP 2.06 [IC_{95%} 1.09 – 3.87]; $P=0.03$).

En lo referente a la calidad de vida relacionada con la salud mental, el análisis bivariado no encontró factores de riesgo asociados, ni estadísticamente significativos. Sin embargo en la calidad de vida relacionada con la salud global (GHS) los factores de riesgo asociados a una mala calidad de vida fue cambio de esquema con (RMP 2.03 [IC_{95%} 1.24 – 3.33]; $P=0.005$). Conteo de CD4 (RMP 2.18 [IC_{95%} 1.02 – 4.65]; $P=0.06$). Reactivo a Herpes IgG (RMP 1.57 [IC_{95%} 1.00 – 1.48]; $P=0.06$). Aspartato amino transferasa (AST) (RMP 0.58 [IC_{95%} 0.35 – 0.97]; $P=0.04$). Alanino transferasa (ALT) (RMP 0.53 [IC_{95%} 0.29 – 0.97]; $P=0.05$).

En el análisis multivariado al realizar el modelo de regresión logística las probabilidades de tener una mala calidad de vida relacionada con la salud física fue quienes tuvieron un cambio y más fue (RMP 0.45 [IC_{95%} 0.25 – 0.80]; $P=0.007$), por otra parte presentar comorbilidad con (RMP 1.93 [IC_{95%} 1.13 – 3.31]; $P=0.01$). En la calidad de vida relacionada con la salud global el conteo CD4 con (RMP 0.98 [IC_{95%} 1.23 – 5.57]; $P=0.01$).

13. DISCUSIÓN

En la actualidad la infección por el VIH es considerada una enfermedad crónica, que implica diversos procesos de adaptación entre ellos, la percepción que tiene la persona acerca de su calidad de vida; en nuestro estudio se encontró una buena calidad de vida relacionada con la salud física en la mayoría de los pacientes mientras que más de la mitad de los pacientes presentaban buena calidad de vida relacionada con la salud mental y la salud global.

Se observó el grupo de edad que tuvo mayor representación fue de 18 a 29 años; la mayoría de los pacientes fueron hombres, viven en la Ciudad de México, son solteros, sin hijos, con estudios de licenciatura y con estado socioeconómico medio.

Por otra parte los factores que se asociaron de forma independiente a una mala calidad de vida relacionada con la salud física (PHS) fue un cambio y más de tratamiento anti-retroviral (TARV) y la presencia de comorbilidad, en la calidad de vida relacionada con la salud mental no se encontraron asociaciones, sin embargo para la calidad de vida relacionada con la salud global (GHS) fue asociado el conteo de CD4 menor a 200 cels.

Nuestros resultados fueron consistentes con un estudio realizado en China, WeiSunet *et al.* con calidad de vida relacionada a la salud física (PHS) de 66.8, calidad de vida relacionada a la salud mental (MHS) de 62.2 y GHS de 64.5 encontrándose puntuaciones similares de buena calidad de vida.

Marcellin F. *et al.* en un estudio realizado en Francia reporto al menos la mitad tenía antecedentes de coinfección, depresión u otras comorbilidades psiquiátricas así puntuaciones altas de síntomas depresivos se asociaron a una menor calidad de vida física y mental respectivamente. Campsmith M. *et al.* en un estudio realizado en Estados Unidos de América, asocio el recuento de CD4 menor a 200cels. con menor calidad de vida relacionada con la salud.

Validez: Error de clasificación no diferencial, por autoreporte de la calidad de vida, así como del consumo de drogas lícitas e ilícitas y un sesgo de memoria por la percepción de su calidad de vida de dos semanas a la fecha de la entrevista.

Precisión: A pesar de que se tuvo el 100% de la muestra se requiere incrementar el tamaño de la muestra ya que existieron problemas de precisión tanto en el análisis bivariado y multivariado.

14. CONCLUSIONES

En nuestro estudio los factores asociados para mala calidad de vida relacionada con la salud física (PHS) fueron uno o más cambios de tratamiento antirretroviral (TARV), el tener alguna comorbilidad y en la calidad de vida relacionada con la salud global (GHS) el conteo de CD4 menor a 200 cels.

Resulta trascendente en este primer momento tomar en cuenta los resultados obtenidos para orientar y focalizar esfuerzos para mejorar las estrategias al abordar a los pacientes en relación al cambio del tratamiento antirretroviral TARV, el que padezca alguna comorbilidad, así como mejorar el conteo de CD4; analizando sus implicaciones en nuestra población en control y con ello evitar la progresión de la enfermedad al mejorarse la calidad de vida.

Se requiere de nuevas investigaciones que evalúen la calidad de vida en población mexicana para que fortalezcan cada vez más el estudio y conocimiento de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes infectados por el VIH e identificar factores de riesgo asociados que disminuya la demanda de servicios y costos en salud por complicaciones o muerte relacionadas a SIDA en estos pacientes.

15. BIBLIOGRAFÍA

1. Schwartzmann L. **Calidad de vida relacionada con la salud. Aspectos conceptuales.** Ciencia y Enfermería 2003; 9(2):9-21 Disponible en: <http://www.psicologiamedica.org.uy/pdfs/cvrs.pdf>
2. Urzúa A. **Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales.** Rev Med Chile 2010. 138 (3):358-65. Disponible en : <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n3/art17.pdf>
3. Badía X. Suriñach N. **Calidad de vida relacionada con la salud en el paciente VIH.** Health Outcomes Research Europe Group Barcelona, 4º Seminario de atención farmacéutica. p.79-92. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n3/art17.pdf>
4. Skevington SM. **Is Quality of life poorer for older adults with HIV/AIDS? International evidence using the WHOQOL-HIV.** AIDS Care: Psychological and Socio medical Aspects of AIDS/HIV. 2012; 24(10):1219-25. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22428745>
5. Arrivillaga QM, Correa D, Salazar I. **Psicología de la salud: abordaje integral de la enfermedad crónica.** Bogotá. Manual moderno; 2007; 27-9.
6. Pascual A. Corral JL, Pachón DJ, Pujol E, Rivero RA. **El virus de la Inmunodeficiencia Humana. Inmunopatogenia.** En Infección por el VIH: Guía práctica. 2ª ed. editores Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas; 2003. p. 29-35

7. CENSIDA. Centro Nacional para la Prevención y el control del VIH y el sida. **01 de diciembre 2015 Día Mundial del sida**. Boletín. p. 1-4 Disponible en : <http://www.censida.salud.gob.mx/> <http://www.censida.salud.gob.mx/>
8. CENSIDA. **Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México** Registro Nacional de Casos de SIDA [Internet]. México: CENSIDA; [Actualización 2014 septiembre 30]. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_3er_trim_2014_pdf
9. ONUSIDA: Hoja Informativa 2015. **Estadísticas Globales. Día mundial del sida 2015** [Internet]. New York: El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH / SIDA; 2015. p. 2-6 Disponible: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150901_FactSheet_2015_es.pdf
10. Cardona-Arias JA. **Representaciones sociales de calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA**, Medellín, Colombia, Rev. salud pública, 2010; 12 (5): 765-76. Disponible en: [ww.scielosp.org/pdf/rsap/v12n5/v12n5a07.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n5/v12n5a07.pdf)
11. Organización Mundial de la Salud. **Estrategia OMS contra el VIH/sida para 2011-2015**: 63^a Asamblea mundial de la salud WHA63. Punto 11.4; 2010 Mayo 21; Ginebra, Suiza. p. 1-3. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R19-sp.pdf
12. ONUSIDA. **Día Mundial Del SIDA 2014 Cerremos la Brecha**. [Internet]. New York: El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH / SIDA; 2014. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/WAD2014closethegap>

13. Secretaria de Salud. **Programa Sectorial de Salud 2013 – 2018**. México: Diario Oficial de la Federación; 3ª Sección; [Actualización 2014 noviembre 7]. Disponible en: <http://www.spps.gob.mx/programa-sectorial-2013-2018.html>.
14. Gobierno de la República. **Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018**. México Incluyente. México: Gobierno de la República; 2013. Disponible en: <http://www.presidencia.gob.mx/plan-nacional-de-desarrollo2013-2018/>
15. Secretaria de Salud. **Programa de acción específico, Respuesta al VIH, SIDA E ITS 2016-2018**. Programa Sectorial de Salud. P 1-10. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/acerca/PAE_2013_2018_AUTORIZADA.pdf.
16. Marcellin F, Préau M, Ravaux I, Dellamonica P, Spire B, Carrieri MP. **Self-Reported Fatigue and Depressive Symptoms as Main Indicators of the Quality, of Life (QOL) of Patients Living with HIV and Hepatitis C: Implications for Clinical Management and Future Research**. HIV Clin Trials 2007; 8(5):320-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17956833>
17. Campsmith ML, Nakashima AK, Davidson AJ. **Self-reported health-related quality of life in persons with HIV infection: results from a multi-site interview project**. Health Qual Life Outcomes 2003, 24; 1:12. Disponible en: <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-1-12>
18. Carrieri P, Spire B, Duran S, Katlama C, Peyramond D, François, et al. **Health-Related Quality of Life After 1 year of Highly Active Antirretroviral Therapy**. JAIDS. 2003; 32:38-43. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12514412>

19. Tsevat J, Leonard CA, Szaflarski M, Sherman NS, Cotton S, Mrus MJ, et al, **Change in Quality of Life after Being Diagnosed with HIV: A Multicenter Longitudinal Study**. AIDS Patient Care STDS 2009; 23(11):931-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2832655/>
20. Holmes WC, Wang H, Chapman J, Gross R. **HIV/AIDS Specific Quality of Life and Adherence to Antirretroviral Therapy over the time**. J Acquir Immune Defic Syndr. 2007; 46(3): 323-7 Disponible en http://journals.lww.com/jaids/Abstract/2007/11010/HIV_AIDS_Specific_Quality_of_Life_and_Adherence_to.11.aspx:
21. Peña LM, Aguilar GS, Suárez MA. **Validación mexicana de la escala MOS-HIVde calidad de vida en pacientes infectados por el VIH**. Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 21(5), 2007 p-313-319

16. ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																		
ACTIVIDAD:	2014				2015								2016					
	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
Revisión bibliografía	■	■	■	■														
Elaboración de protocolo					■	■	■	■	■	■								
Evaluación por Comité Investigación											■	■	■	■	■	■	■	
Recolección de Información																	■	■
Análisis de Resultados																	■	■
Escritura de tesis e Informes																	■	■

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Coordinación de Investigación en Salud
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Carta de Consentimiento Informado para participación en protocolos de Investigación

Nombre del estudio: **CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIH Y SUS FACTORES ASOCIADOS, EN EL HOSPITAL DE INFECTOLOGÍA “DR. DANIEL MÉNDEZ HERNÁNDEZ” CMN LA RAZA.**

Lugar: _____

Fecha: _____

Número de registro: **R-2016-3502-14**

Este estudio tiene como objetivo: Evaluar la Calidad de Vida en pacientes con infección por el VIH y sus factores asociados, en el hospital de Infectología “Daniel Méndez Hernández” CMN La Raza en el periodo de Agosto 2015 a Enero 2016.

Justificación: Evaluar la calidad de vida, permitirá valorar el bienestar físico, social, psicológico de una persona que vive con VIH en esta población del Instituto Mexicano Del Seguro Social, así como conocer los factores de riesgo que se asocian a ella. Esto brinda a su vez la co-participación del paciente, al orientarlo e informarlo para que realice cambios en su estilo de vida, planeación y distribución de sus recursos con los que cuenta o que puede acceder en los diversos ámbitos de su vida.

Por favor le la información que le proporcionamos y realice las preguntas que desee antes de decidir si desea o no participar.

Los riesgos a los cuales se puede exponer es sentirse incomodo ya que el cuestionario consta de preguntas de tipo personal e índole sexual.

El **beneficio** que obtendra por su participacion al finalizar el estudio en este estudio sera tener conocimiento de los diferentes factores que se encuentran relacionados a la calidad de vida, en pacientes con infección por el VIH que permitan mejorar su calidad de vida.

Usted tiene la libertad de realizar cualquier tipo de pregunta relacionada con el estudio y decidir no responder las preguntas que no desee o continuar con la entrevista o abandonar el estudio sin que afecte la atención medica que recibe del Instituto.

La participación en este estudio no tendra ningún costo para usted ni recibirá ninguna compensación monetaria, ni en especie.

Confidencialidad: La invitacion para participa el estudio y aplicación del cuestionario sera de forma personal, los resultados de los cuestionarios realizados seran confidenciales y solo le seran proporcionados a usted y serán mantenidos en archivos confidenciales en la Jefatura de la Division de Epidemiologia del

Hospital. De Infectología “Dr. Daniel Méndez Hernández” CMN La Raza. Usted puede ponerse en contacto con la Dra. Irma Quintero Montoya Residente de tercer año de Epidemiología adscrita a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica al teléfono celular:55-51-88-24-81.Co-Investigadores: Dr. Enrique Alcalá Martínez EpidemiólogoHospital de Infectología CMN “La Raza”. Dr. José Antonio Mata Marín Infectólogo Hospital de Infectología ” CMN “La RazaTeléfono: 57245900. En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono: (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx.

Declaración de consentimiento informado: Se me ha explicado con claridad en que consiste el estudio que se llevara a cabo, además he leído (o alguien me ha leído) el contenido de este documento.

Se me ha dado la oportunidad de hacer las preguntas, as vez se me entrego una copia de este formato. Al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación.

Nombre y firma del participante.

Dra. Irma Quintero Montoya.

Datos Socioeconómicos (AMAI NSE10X6)	
Pregunta	Respuesta
1. Marque con una x el total de cuartos, piezas o habitaciones en el hogar (excepto baños, medios baños, pasillos, patios y zotehuelas.	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7 o más)
2. Cuantos baños completos con regadera y W.C para uso exclusivo de los integrantes hay en su hogar.	(0) (1) (2) (3) (4 o más)
3. En su hogar cuenta con regadera funcionando en alguno de los baños.	No tiene Si tiene
4.Cuál es el total de focos en su hogar (techos, paredes, lámparas de buro o piso	(0-5) (6-10) (11-15 (16-20) (21 o más)
5. El piso de su hogar es predominantemente de tierra, de cemento o alguno otro tipo de acabado	1. Tierra 2. Cemento 3. Otro tipo de material o acabado
6. Número de automóviles propios que tiene en su hogar, excluyendo taxis.	(0) (1) (2) (3 o +)
7. Cuantas televisiones a color funcionan en su hogar	(0) (1) (2) (3 o más)
8. Cuantas computadoras personales (escritorio o laptop) tiene funcionando en el hogar	(0) (1) (2 o más)
9. En su hogar cuenta con estufa de gas o eléctrica	No tiene Si tiene
10. Pensando en la persona que aporta la mayor parte del ingreso en este hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que completo?	No estudio=0 Primaria incompleta=0 Primaria completa=22 Secundaria incompleta=22 Secundaria completa=22 Carrera comercial=38 Carrera técnica=38 Preparatoria incompleta=38 Preparatoria completa=38 Licenciatura incompleta 52 Licenciatura completa=52 Diplomado o maestría=72 Doctorado= 72 No sabe/o contesto=0

DATOS CLÍNICOS

Estado nutricional

Peso actual _____ Kg. Talla _____ cm. Índice de Masa Corporal (IMC) _____

Tensión Arterial _____/_____ mm.Hg. BI.

Antecedentes VIH

1. Fecha de diagnóstico de VIH: ____/____/____

Día/ Mes / Año

2. ¿A qué edad fue diagnosticado con VIH? _____

3. Tiempo de diagnóstico de VIH: Años _____ Meses: _____

4. Estadio clínico al Diagnóstico de VIH: _____

5. Carga viral (inicial) _____ fecha _____ 6. Conteo CD+4 (inicial) _____

fecha _____ 7. Carga viral (última) _____ fecha _____ 8. Conteo CD+4 (ultima)

_____ fecha _____

9. ¿Actualmente se encuentra en tratamiento antirretroviral (TARV)? 1) No 2) Si

En caso de que respuesta fuera Si responde:

10. ¿Cuánto tiempo lleva con este último esquema antirretroviral? _____ meses.

11. ¿Qué esquema antirretroviral usa actualmente?

12. Lugar en donde inició el TARV: IMSS _____ SSA _____ ISSSTE _____ Otro (Especifique)

13. Tiempo total de TARV en meses: _____ 14. ¿Cuántas veces ha cambiado el esquema de TARV?

1 cambio o más _____ Nunca ha cambiado _____ 15. ¿Por qué fue cambiado? Falta de

respuesta _____ efectos secundarios _____ cambio de médico _____ Otro

(Especifique) _____

16. ¿Ha presentado efectos secundarios por el TARV? Sí _____ No _____ En caso de haber

respondido _____ afirmativamente. ¿Cuál? _____ Especifique:

17. ¿Qué tiempo tarda en trasladarse desde su casa o trabajo a esta unidad para su TARV? _____ hrs _____ minutos

18. ¿Por parte de farmacia hubo ocasiones que no surtieron sus medicamentos? Sí _____ No _____

19. fuma actualmente SI _____ No _____ Fumador activo _____ ex fumador _____ no

fumador _____ 20. En caso de fumar actualmente ¿Cuántos cigarrillos al día fuma? _____

21. ¿Ingieres bebidas alcohólicas? Si _____ No _____ Bebedor actual _____ ex bebedor _____ no bebedor _____
22. ¿Con qué frecuencia ingieres bebidas alcohólicas? Diariamente _____ 1 vez por semana _____ 1 vez al mes _____
23. ¿Consumes algún tipo de droga? Si _____ No _____ Uso actual de drogas _____ previo uso de drogas _____ nunca _____ ¿Cuál consumes? Marihuana _____ Heroína _____ Cocaína _____ Otra(s) especifique _____
24. ¿Cómo se identifica sexualmente? Heterosexual _____ Bisexual _____ HSH _____
25. ¿Padece alguna otra enfermedad? Sí _____ No _____
26. ¿Cuál? Diabetes Mellitus _____ Hipertensión arterial _____ Cardiopatía isquémica _____ Hepatitis B _____ Hepatitis C _____ Tuberculosis _____ Insuficiencia renal crónica _____ Hepatopatía _____ Otra (Especifique) _____ ¿tiempo de evolución de esta (s) enfermedades)? _____
27. ¿Se encuentra actualmente con otro tratamiento médico? Sí _____ No _____ ¿Cual? _____

Perfil Bioquímico(resultados actuales)

28. Hb _____ 29. Hto _____ 30. Leucos _____ 31. Plaquetas _____ 32. Glucosa _____
33. Urea _____ 34. Creatinina _____ 35. Colesterol _____ 36. BT _____ 37. BD _____
38. BI _____ 39. Triglicéridos _____ 40. AST _____ 41. ALT _____

42. PERFIL TORCH (inicial)	Reactivo(+)	No reactivo(-)	Valores
TOXOPLASMA			
IgG			
IgM			
RUBEOLA			
IgG			
IgM			
CMV			
IgG			
IgM			
HERPES			
IgG			
IgM			
Ac. ANTITREPONEMA			

CUESTIONARIO MOS-HIV

INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE.

Por favor, responda a cada una de las siguientes preguntas poniendo esta señal “x” en la casilla correspondiente.

1. En general, usted diría que su salud es:

(marque una sola respuesta)

Excelente 1

Muy buena 2

Buena 3

Regular 4

Mala 5

2. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las últimas dos semanas?

(marque una sola respuesta)

Ningún dolor 1

Muy poco 2

Poco 3

Moderado 4

Severo 5

Muy severo 6

3. Durante las dos últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluye tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?

(marque una sola respuesta)

Nada 1

Un poco 2

Regular 3

Bastante 4

Mucho 5

4. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual ¿le dificulta hacer esas actividades? Si es así, ¿cuánto?				
(marque una casilla en cada pregunta)		SÍ, se me dificulta mucho (1)	SÍ, se me dificulta un poco (2)	NO, no se me dificulta nada (3)
a. El tipo o cantidad de esfuerzos intensos que puede hacer, como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes muy fuertes.		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. El tipo o la cantidad de esfuerzos moderados que puede hacer como mover una mesa y cargar la bolsa del mandado.		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Subir una cuesta o varios pisos por la escalera.		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. Agacharse o levantar algo.		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. Caminar una cuadra (unos 100 metros).		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. Comer o bañarse o ir al baño o vestirse.		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. Su salud, ¿le impide hacer su trabajo, tareas domésticas o ir a la escuela?				
(marque una sola respuesta)				
	Sí		1	<input type="checkbox"/>
	No		2	<input type="checkbox"/>
6. ¿Hay algún tipo de trabajo, tarea doméstica o deberes escolares que no haya podido hacer a causa de su estado de salud?				
(marque una sola respuesta)				
	Sí		1	<input type="checkbox"/>
	No		2	<input type="checkbox"/>

En cada una de las siguientes preguntas, señale, por favor, la casilla de la respuesta que se acerque más a cómo se ha sentido durante las dos últimas semanas.						
	Siempre 1	Casi siempre 2	Muchas veces 3	Algunas veces 4	Sólo alguna vez 5	Nunca 6
7. Durante las últimas dos semanas, ¿Cuántas veces su salud le ha dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o parientes cercanos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Durante las dos últimas semanas ¿Cuántas veces...						
a. estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. se sintió desanimado y triste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. se sintió feliz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. se sintió tan decaído que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En cada una de las siguientes preguntas, señale, por favor, la casilla de la respuesta que se acerque más a cómo se ha sentido durante las dos últimas semanas.

	Siempre 1	Casi siempre 2	Muchas veces 3	Algunas veces 4	Sólo algunas veces 5	Nunca 6
9. Durante las últimas dos semanas ¿Cuántas veces...						
a. se sintió lleno de vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. se sintió agotado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. se sintió cansado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. tuvo fuerzas suficientes para hacer lo que quería hacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. se sintió agobiado por sus problemas de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. se sintió desanimado por sus problemas de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. llegó a perder la esperanza por sus problemas de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. llegó a tener miedo dado su estado de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Siempre 1	Casi siempre 2	Muchas veces 3	Algunas veces 4	Sólo algunas veces 5	Nunca 6
10. En las últimas dos semanas, ¿Cuántas veces...						
a. Ha tenido usted dificultad al analizar y resolver problemas, por ejemplo al hacer planes, tomar decisiones o aprender cosas nuevas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ha olvidado usted cosas que habían pasado recientemente, por ejemplo el lugar donde había dejado las cosas o la fecha en que tenía citas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ha tenido usted dificultades para mantener su atención al hacer una tarea durante mucho tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ha tenido usted dificultades a la hora de concentrarse y pensar al hacer una tarea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases.						
	Toltalmente cierta 1	Muy cierta 2	No lo sé 3	Muy falsa 4	Totalmente falsa 5	
a. Estoy un poco enfermo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Estoy tan sano como cualquiera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Mi salud es excelente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Me encuentro mal últimamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	12. ¿Cómo calificaría su calidad de vida en las últimas dos semanas? Es decir ¿Cómo le han ido las cosas?			
	(marque una sola respuesta)			
		Muy bien, no podrían haber ido mejor.	1	<input type="checkbox"/>
		Bastante bien.	2	<input type="checkbox"/>
		Cosas buenas y cosas malas, un poco de todo.	3	<input type="checkbox"/>
		Bastante mal.	4	<input type="checkbox"/>
		Muy mal, no podrían haber ido peor.	5	<input type="checkbox"/>
	13. Comparada con la de hace dos semanas, su salud física y emocional ahora es...			
	(marque una sola respuesta)			
		Mucho mejor.	1	<input type="checkbox"/>
		Algo mejor.	2	<input type="checkbox"/>
		Más o menos igual.	3	<input type="checkbox"/>
		Algo peor.	4	<input type="checkbox"/>
		Mucho peor.	5	<input type="checkbox"/>
		<u>GRACIAS</u>		
	MOS - HIV Health Survey			
	Copyright The Johns Hopkins University / Albert Wu, MD, MPH			57
	All Rights Reserved			

RESULTADOS

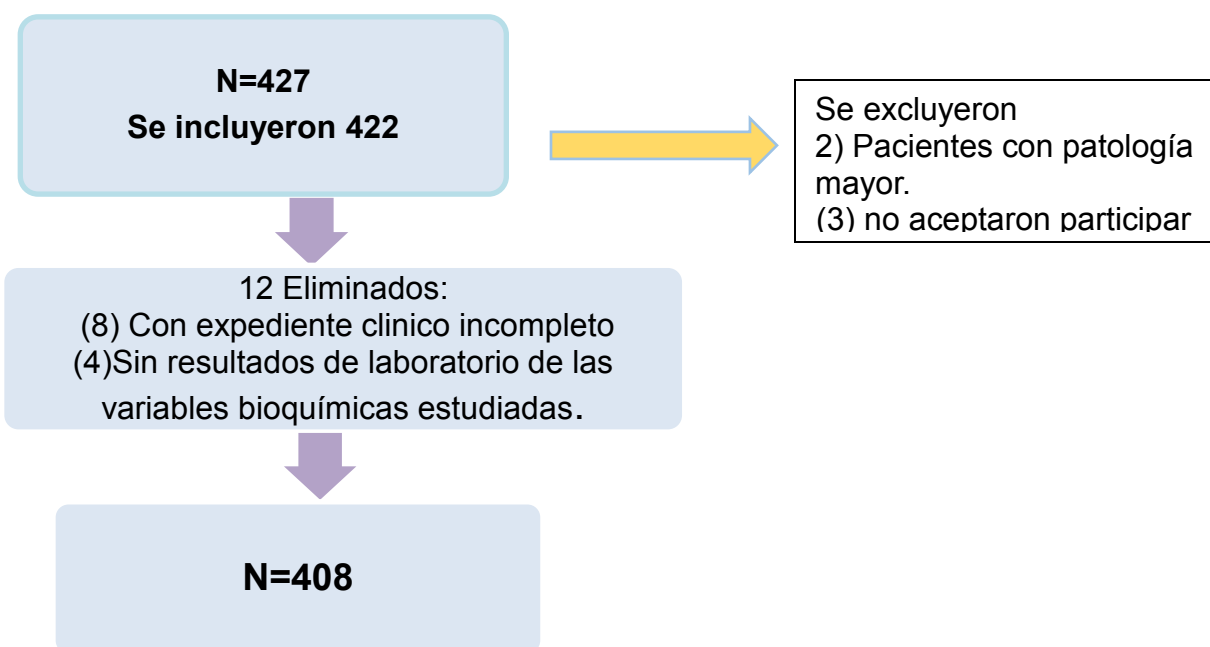


TABLA 1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS EN PACIENTES CON INFECCION POR EL VIH EN EL ESTUDIO DE CALIDAD DE VIDA

Variable	No	%
Sexo		
Hombre	367	90
Mujer	41	10
Edad		
18-29 años	157	38.5
30-39 años	144	35.3
40-49 años	55	13.5
50 y mas años	52	12.7
Estado Civil		
Soltero(a)	318	77.9
Casado(a)	90	22.1
Estado al que pertenece		
Ciudad de México	270	66.2
Otro Estado	138	33.8
Grado de estudios		
Primaria	23	5.6
Secundaria	48	11.8
Preparatoria	140	34.3
Licenciatura	182	44.6
Postgrado	15	3.7

CONT. TABLA 1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS EN PACIENTES CON INFECCION POR EL VIH EN EL ESTUDIO DE CALIDAD DE VIDA

Variable	No	%
Ocupación		
Labores del hogar	11	2.69
Empleado	226	55.4
Obrero	10	2.45
Profesionista	110	26.96
Otra ocupación	51	12.5
Nivel socioeconómico		
Alto	110	27
Medio	231	56.6
Bajo	67	16.4
Hijos		
Si	64	15.7
No	344	84.3

TABLA 2. CARACTERISTICAS GENERALES DE CONSUMO DE DROGAS ENTRE LOS PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIH EN EL ESTUDIO DE CALIDAD DE VIDA

Variable	No.	%
Fuma		
Si	128	31.4
No	280	68.6
Tipo de Fumador		
Fumador activo	128	31.4
Ex Fumador	100	24.5
No fumador	180	44.1
Consume Alcohol		
Si	218	53.4
No	190	46.6
Tipo Bebedor		
Bebedor activo	218	53.4
Ex bebedor	90	22.1
No Bebedor	100	24.5
Consume Drogas		
Si	57	14
No	351	86
Tipo uso Drogas		
Uso actual	57	14
Previo uso	42	10.3
Nunca	309	75.7
Tipo de Droga *		
Marihuana	28	49.1
Heroína	2	3.5
Cocaína	7	12.3
Otra Droga **	20	35.1

* Uso actual de Drogas

**Otra Droga como éxtasis, popers, anfetaminas y pegamentos.

TABLA 3. CARACTERISTICAS CLINICAS EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH EN EL ESTUDIO DE CALIDAD DE VIDA

Variable	No	%
Comorbilidad		
Si	119	29.2
No	289	70.8
Identidad sexual		
HSH	293	71.8
Bisexual	48	11.8
Heterosexual	67	16.4
IMC		
Bajo peso	13	3.2
Normopeso	237	58.1
Sobrepeso	127	31.1
Obesidad	31	7.6

TABLA 4. VARIABLES BIOQUIMICAS DE LOS PACIENTES CON INFECCION POR EL VIH EN EL ESTUDIO DE CALIDAD DE VIDA

Variable	No.	%
CD4+		
< ó = a 200 cels.	30	7.4
> a 200 cels.	378	92.6
Carga viral		
Detectable	80	19.6
Indetectable	328	80.4
Estadio		
Estadio A	166	40.7
Estadio B	93	22.8
Estadio C	149	36.5

TABLA 5. TRATAMIENTO EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH EN EL ESTUDIO DE CALIDAD DE VIDA

Variable	No.	%
TARV		
Si	394	96.6
No	14	3.4
Cambio TARV		
1 cambio y más	80	20.3
Nunca ha cambiado	314	79.7
Tiempo de TARV		
Hasta 6 meses	75	19.03
7 a 12 meses	111	28.17
Mas de 12 meses	208	52.8
Efectos secundarios		
Si	142	36.04
No	252	63.96

TABLA 6. CALIDAD DE VIDA FISICA RELACIONADA CON LA SALUD FISICA (PHS), MENTAL (MHS) Y GLOBAL (GHS) EN LOS PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH

Variable	No.	%
PHS		
PHS Mala Calidad	77	18.9
PHS Buena Calidad	331	81.1
MHS		
MHS Mala Calidad	154	37.7
MHS Buena Calidad	254	62.3
GHS		
GHS Mala Calidad	172	42.2
GHS Buena Calidad	236	57.8

TABLA 7. MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DISPERSIÓN DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIH EN EL ESTUDIO DE CALIDAD DE VIDA

Variable	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	DE	RI	p*
Edad	19	76	33.03	31	10.36	13	0.001
Peso	43	103	71.42	70	11.79	17.93	0.182
Talla	1.54	1.87	1.71	1.71	0.07	10	0.001
IMC	16.8	34.41	24.3	24.34	3.38	4.45	0.2
Carga Viral	19	270000	4798.03	19	27184.48	0	0.001
CD4	76	1075	509.41	503.5	209.45	259	0.192
TA Sistólica	90	150	111.03	110	13.05	20	0.001
TA Diastólica	60	90	72.47	70	8.25	10	0.001

* Kolmogorov-Smirnov

TABLA 8. MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DISPERSION DE CARACTERISTICAS BIOQUIMICAS EN PACIENTES CON INFECCION POR EL VIH EN EL ESTUDIO DE CALIDAD DE VIDA

Variable	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	DE	RI	p*
Hemoglobina	8.37	19.1	15.92	16.3	1.67	1.7	0.001
Hematocrito	24.9	87	47.22	47.95	6.29	5.73	0.001
Leucocitos	2.23	12	6.02	5.5	1.79	2.02	0.001
Plaquetas	104	441	224.18	210.5	62.87	72.7	0.001
Glucosa	72	147	90.19	89	9.99	12.75	0.001
Urea	12	87	27.84	27	11	11	0.001
Creatinina	0.5	2.2	0.92	0.9	0.19	20	0.008

* Kolmogorov-Smirnov

TABLA 9. CALIDAD DE VIDA FISICA (PHS) Y CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y SOCIOECONOMICAS EN PACIENTES CON INFECCION POR EL VIH

Variable	Mala PHS	Buena PHS
	No. (%)	No. (%)
Sexo		
Femenino	8	33
Masculino	69	298
Edad		
18-29 años	25	132
30-39 años	23	121
40-49 años	13	42
50 y mas años	16	36
Identidad sexual		
HSH	16	51
Bisexual	8	40
Heterosexual	53	240
Estado Civil		
Soltero(a)	58	260
Casado(a)	19	71
Hijos		
SI	19	45
NO	58	286
Grado de estudios		
Primaria	7	16
Secundaria	10	38
Preparatoria	27	113
Licenciatura	30	152
Postgrado	3	12
Ocupación		
Labores del hogar	3	8
Empleado	38	188
Obrero	2	8
Profesionista	21	89
Otra ocupación *	13	38
Estado al que pertenece		
Ciudad de México	52	218
Otro Estado **	25	113
Nivel socioeconómico		
Alto	22	88
Medio	41	190
Bajo	14	53

*Estudiante, jubilado.

** Estado de México, Veracruz, Puebla, Hidalgo.

**TABLA 10. CARACTERISTICAS CLINICAS Y CALIDAD DE VIDA FISICA (PHS)
EN PACIENTES CON INFECCION POR EL VIH**

	MALA PHS	BUENA PHS
Variable	No. (%)	No. (%)
Fuma		
Si	22	106
No	55	225
Alcohol		
Si	36	182
No	41	149
Drogas		
Si	11	46
No	66	285
Comorbilidad		
Si	35	84
No	42	247

TABLA 11. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA ENFERMEDAD Y CALIDAD DE VIDA FISICA (PHS)

Variable	Mala PHS	Buena PHS
	No. (%)	No. (%)
TARV *		
Con TARV	75	319
Sin TARV	2	12
Cambio TARV		
1 Cambio ó más	26	54
Nunca ha cambiado	51	277
Efectos secundarios		
Si	32	110
No	45	221
Carga Viral		
Detectable	18	62
Indetectable	59	269
CD4		
< o = 200 cels	10	20
> a 200 cels	67	311
Esquema TARV		
TARV con IP **	26	86
TARV sin IP ***	15	29
TARV con Efavirenz	34	204
Sin TARV	2	12

*Tratamiento Antirretroviral.

** Tratamiento Antirretroviral con inhibidores de proteasa.

***Tratamiento sin Inhibidores de proteasa.

TABLA 12 . CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y MENTAL (MHS) EN PACIENTES CON INFECCION POR EL VIH

Variable	Mala MHS	Buena MHS
	No. (%)	No. (%)
Sexo		
Femenino	16	25
Masculino	139	228
Edad		
18-29 años	56	101
30-39 años	53	91
40-49 años	23	32
50 y mas años	22	30
Identidad sexual		
SHS	26	41
Bisexual	12	36
Heterosexual	116	177
Estado Civil		
Soltero(a)	117	201
Casado(a)	37	53
Hijos		
Si	27	37
No	127	217
Grado de estudios		
Primaria	12	11
Secundaria	16	32
Preparatoria	65	75
Licenciatura	57	125
Postgrado	4	11
Ocupación		
Labores del hogar	4	7
Empleado	96	130
Obrero	4	6
Profesionista	30	80
Otra ocupación	20	21
Estado al que pertenece		
Ciudad de México	100	170
Otro Estado	54	84
Nivel socioeconómico		
Alto	49	61
Medio	79	152
Bajo	26	41

**TABLA 13. CARACTERISTICAS CLINICAS Y CALIDAD DE VIDA MENTAL (MHS)
EN PACIENTES CON INFECCION POR EL VIH**

	MALA MHS	BUENA MHS
Variable	No. (%)	No. (%)
Fuma		
Si	48	80
No	106	174
Alcohol		
Si	88	130
No	66	124
Drogas		
Si	22	35
No	132	219
Comorbilidad		
Si	50	69
No	104	185

**TABLA 14. TRATAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA MENTAL (MHS)
EN PACIENTES CON INFECCION POR EL VIH**

Variable	Mala MHS	Buena MHS
	No. (%)	No. (%)
Tratamiento		
Con tratamiento	147	247
Sin tratamiento	7	7
Cambio TARV		
1 Cambio ó más	36	44
Nunca ha cambiado	118	210
Efectos secundarios		
Si	50	92
No	104	162
Carga Viral		
Detectable	26	54
Indetectable	128	200
CD4		
< o = 200 cels	18	12
> a 200 cels	136	242
Esquema TARV		
TARV con IP	46	66
TARV sin IP	13	31
TARV con EFV	88	150
Sin TARV	7	7

TABLA 15. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y CALIDAD DE VIDA GLOBAL (GHS) EN PACIENTES CON INFECCION POR EL VIH

Variable	Mala GHS No. (%)	Buena GHS No. (%)
Sexo		
Femenino	19	22
Masculino	153	214
Edad		
18-29 años	63	94
30-39 años	59	85
40-49 años	25	30
50 y mas años	25	27
Identidad sexual		
HSH	31	36
Bisexual	14	34
Heterosexual	127	166
Estado Civil		
Soltero(a)	132	186
Casado(a)	40	50
Hijos		
Si	31	33
No	141	203
Grado de estudios		
Primaria	13	10
Secundaria	19	29
Preparatoria	69	71
Licenciatura	66	116
Postgrado	5	10
Ocupación		
Labores del hogar	5	6
Empleado	99	127
Obrero	4	6
Profesionista	38	72
Otro	26	25
Estado al que pertenece		
Ciudad de México	111	159
Otro	61	77
Nivel socioeconómico		
Alto	54	56
Medio	89	142
Bajo	29	38

**TABLA 16. CARACTERISTICAS CLINICAS Y CALIDAD DE VIDA GLOBAL (GHS)
EN PACIENTES CON INFECCION POR EL VIH**

	MALA GHS	BUENA GHS
Variable	No. (%)	No. (%)
Fuma		
Si	53	75
No	119	161
Alcohol		
Si	94	124
No	78	112
Drogas		
Si	26	31
No	146	205
Comorbilidad		
Si	58	61
No	114	175

**TABLA 17. TRATAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA GLOBAL (GHS)
EN PACIENTES CON INFECCION POR EL VIH**

Variable	Mala GHS	Buena GHS
	No. (%)	No. (%)
Tratamiento		
Con tratamiento	165	229
Sin tratamiento	7	7
Cambio TARV		
1 Cambio ó más	45	35
Nunca ha cambiado	127	236
Efectos secundarios		
Si	59	83
No	113	153
Carga Viral		
Detectable	32	48
Indetectable	140	188
CD4		
< o = 200 cels	18	12
> a 200 cels	154	224
Esquema TARV		
TARV con IP	50	62
TARV sin IP	21	23
TARV con EFV	94	144
Sin TARV	7	7

**TABLA 18. ANALISIS BIVARIADO CALIDAD DE VIDA FISICA (PHS)
Y COMORBILIDAD**

Variable	RMP	IC 95%	χ^2	p
Comorbilidad				
Si	2.45	1.6 - 4.09	11.23	0.01
No	1			

**TABLA 19. ANALISIS BIVARIADO CALIDAD DE VIDA FISICA (PHS)
Y CAMBIO TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL (TARV)**

Variable	RMP	IC 95%	χ^2	p
Cambio TARV				
1 cambio y más	2.61	1.50 - 4.55	12.07	0.001
Nunca	1			

**TABLA 20. ANALISIS BIVARIADO CALIDAD DE VIDA FISICA (PHS)
Y CARACTERISTICAS GENERALES DE LA ENFERMEDAD**

Variable	RMP	IC 95%	χ^2	p
Estadio				
A	1			
B	1.13	0.56 - 2.29	0.71	0.42
C	2.02	1.14 - 3.57	0.01	0.01
CD4				
< ó = 200 cels	2.32	1.03 - 5.18	3.46	0.06
> 200 cels	1			
Carga Viral				
Detectable	1.32	0.72 - 2.40	0.58	0.44
Indetectable	1			

TABLA 21. ANALISIS BIVARIADO CALIDAD DE VIDA FISICA (PHS) Y CARACTERISTICAS BIOQUIMICAS				
Variable	RMP	IC 95%	χ^2	p
Leucocitos				
Alterado	2.06	1.09 - 3.87	4.39	0.03
Normal	1			
BT				
Alterado	1.57	0.93 - 2.66	2.93	0.08
Normal	1			

TABLA 22. ANALISIS BIVARIADO CALIDAD DE VIDA MENTAL(MHS) Y CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS, SOCIOECONOMICAS.				
Variable	RMP	IC 95%	χ^2	p
Sexo				
Mujer	1.05	0.54 - 2.04	0.02	0.86
Hombre	1			
Edad				
18-29 años	1			
30-39 años	1.05	0.65 - 1.68	0.83	0.9
40-49 años	1.29	0.69 - 2.42	0.41	0.42
50 y mas años	1.32	0.69 - 2.50	0.39	0.41
Nivel socioeconómico				
Alto	1			
Medio	1.36	0.68 - 2.35	0.45	0.53
Bajo	0.81	0.46 - 1.43	0.48	0.56

TABLA 23. ANALISIS BIVARIADO CALIDAD DE VIDA MENTAL (MHS) Y CAMBIO TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL (TARV)				
Variable	RMP	IC 95%	χ^2	p
Cambio TARV				
1 cambio y más	1.45	0.88 - 1.38	2.22	0.15
Nunca	1			

**TABLA 24. ANALISIS BIVARIADO CALIDAD DE VIDA GLOBAL(GHS)
Y CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÓMICAS**

Variable	RMP	IC 95%	χ^2	p
Sexo				
Mujer	1.2	0.63 - 2.30	0.16	0.61
Hombre	1			
Edad				
18-29 años	1			
30-39 años	1.03	0.65 - 1.64	0.02	0.9
40-49 años	1.24	0.66 - 0.67	0.47	0.52
50 y mas años	1.38	0.73 - 2.59	1.01	0.33
Nivel socioeconómico				
Alto	1			
Medio	1.03	0.65 - 1.64	0.88	0.9
Bajo	1.24	0.66 - 2.30	0.49	0.52

**TABLA 25. ANALISIS BIVARIADO CALIDAD DE VIDA GLOBAL (GHS)
Y CAMBIO TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL (TARV)**

Variable	RMP	IC 95%	χ^2	p
Cambio TARV				
1 cambio y más	2.03	1.24 - 3.33	8.1	0.005
Nunca	1			

**TABLA 26. ANALISIS BIVARIADO CALIDAD DE VIDA GLOBAL (GHS)
Y CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ENFERMEDAD**

Variable	RMP	IC 95%	χ^2	p
Estadio				
A	1			
B	0.89	0.53 - 1.52	0.69	0.78
C	1.69	1.08 - 2.65	0.02	0.02
CD4				
< ó = 200 cels	2.18	1.02 - 4.65	3.47	0.06
> 200 cels	1			
Carga Viral				
Detectable	0.89	0.54 - 1.47	0.09	0.66
Indetectable	1			

TABLA 27. ANÁLISIS MULTIVARIADO REGRESION LOGISTICA DE CALIDAD DE VIDA FISICA (PHS)

Variable	RMP	IC 95%	p
Hijos			
Si	1.56	0.82 - 2.98	0.17
No	1		
CD4			
< ó = 200 cels	1.97	0.83 - 4.64	0.11
> 200 cels	1		
Cambio TARV			
1 cambio y más	0.45	0.25 - 0.80	0.007
Nunca	1		
Comorbilidad			
Si	1.93	1.13 - 3.31	0.01
No	1		
Leucocitos			
Alterado	0.62	0.31 - 1.22	0.16
Normal	1		

TABLA 28. ANÁLISIS MULTIVARIADO REGRESION LOGISTICA DE CALIDAD DE VIDA GLOBAL (GHS)

Variable	RMP	IC 95%	p
Cambio TARV			
1 cambio y más	0.68	0.41 - 1.13	0.14
Nunca	1		
CD4			
< ó = 200 cels	2.66	1.23 - 5.77	0.01
> 200 cels	1		
AST			
Alterado	1.23	0.66 - 2.30	0.51
Normal	1		
ALT			
Alterado	1.47	0.69 - 3.09	0.3
Normal	1		
Herpes IgG			
Reactivo	1.48	0.92 - 2.37	0.1
No reactivo	1		