

Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA HIPÓLITO UNANUE

**CONDICIONES CLINICAS AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO DE INFECCION
POR VIH/SIDA EN PERSONAS ADULTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
NACIONAL HIPOLITO UNANUE 2018.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO

AUTORA

Villanueva Figueroa, Sophia Marie

ASESORA

Dra. Achata Zevallos, Carmen Sonia

JURADO

Dr. Figueroa Quintanilla, Dante Anibal

Dra. Bonzan Rodriguez, Maria Ynes

Dr. Tambini Acosta, Moises Enrique

Dr. López Gabriel, Wilfredo Gerardo

Lima - Perú
(2019)

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a Dios por siempre acompañarme y a mis amados padres por su apoyo incondicional, quienes con sus palabras de aliento no me dejaron decaer para que siga adelante y cumpla mis metas.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por ser mi guía,
brindándome paciencia y sabiduría para
culminar mis metas.

Agradezco a mis padres Enrique y Marie por sus
consejos, valores y principios que me han
inculcado y a mi hermano por confiar siempre en
mí.

De igual manera agradezco a mi querida
Universidad Nacional Federico Villareal. A
mis maestros por su paciencia y dedicación
que me enriquecieron en conocimiento,
logrando que hoy me sienta dichosa y
contenta.

INDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCIÓN	9
1.1. Descripción y Formulación del Problema.	9
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.....	12
1.2. Antecedentes.....	13
1.3. Objetivos:	14
1.3.1. Objetivo General	14
1.3.2. Objetivos Específicos.....	14
1.4. Justificación del Estudio:.....	14
CAPITULO II: MARCO TEORICO	15
2.1. Bases	15
CAPITULO III: METODOLOGIA	21
3.1. Tipo y Diseño de Investigación:	21
3.2. Ámbito Temporal y Espacial:.....	21
3.3. Variables de Estudio:	22
3.3.1. Definiciones Operacionales	24
3.4. Población y Muestra:	27
3.5. Instrumentos:	28
3.6. Procedimientos y Análisis de los Datos:	28
CAPITULO IV: PRESENTACION DE RESULTADOS	29
CAPITULO V: DISCUSION DE RESULTADOS.....	35
CAPITULO VI: CONCLUSIONES	38
CAPITULO VII: RECOMENDACIONES	39
CAPITULO VIII: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	40
ANEXOS	42

RESUMEN

A pesar de los avances en la prevención y el tratamiento, el VIH sigue siendo un importante problema de salud pública mundial, después de haberse cobrado más de 34 millones de vidas hasta 2015 en todo el mundo. En el Perú, según estadísticas del MINSA hasta octubre del 2018 hay 119 042 personas con infección por el VIH y 42 436 casos de SIDA, de los cuales 19 028 han sido reportados en la última etapa de la enfermedad. En la actualidad existe poca información sobre estudios realizados sobre características clínicas y causas de mortalidad de pacientes con VIH/ SIDA en nuestro país.

Objetivo General: Determinar cuáles son las condiciones clínicas al momento del diagnóstico de infección VIH SIDA en personas adultas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, de enero a diciembre del 2018.

Objetivos Específicos: **i)** Determinar las características epidemiológicas de los pacientes con infección por VIH SIDA, en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a diciembre del 2018. **ii)** Determinar cuáles son las causas de mortalidad de los pacientes con infección por VIH SIDA, en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a diciembre del 2018. **iii)** Determinar cuáles son las etiologías de las causas de mortalidad de los pacientes con infección por VIH SIDA, en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a diciembre del 2018.

Método:- Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional en el periodo de un año, de enero a diciembre del 2018, En el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Resultados:- Del estudio desarrollado a 60 pacientes con VIH/SIDA atendidas en el hospital nacional Hipólito Unanue durante el 2018, se pudo determinar que 48 pacientes (80%) fueron varones y 12 (20%) mujeres, siendo que la media de edad en todos los pacientes fue de 32.6 años (18-76 años), los cuales fueron distribuidos en 3 grupos, encontrándose el mayor grupo de

pacientes entre 26-64 años 32 (53.4%) y el grupo de 18-25 años 16 (26.6%), Cuando valoramos la condición clínica, el estadio SIDA 46 (76.6%) es el predominante así como el recuento de CD4 < 200 células, 37 (61.6%) y carga Viral > 55000 copias/ml con 35 (58.4%), Las principales condiciones clínicas fueron, Candidiasis oral 12 (20%) seguido de Diarrea Crónica 10 (16.6%), la tuberculosis Pulmonar 8 (13.4%) y la presentación extra pulmonar 6 (10%), síndrome de consumo 8 (13.4%), así mismo un grupo importante de asintomáticos 5 (8.3%), Cuando analizamos mortalidad encontramos que las principales causas de mortalidad fueron Insuficiencia respiratoria 4 (33.4%), síndrome meníngeo 3 (25%), seguido de neoplasia 2 (16.4%), Cuando analizamos las etiologías de mortalidad encontramos que tuberculosis tanto en su forma pulmonar 3 (25.3%) y extrapulmonar 2 (16.6%) son las que presenta la mayoría de pacientes fallecidos, seguidas de neoplasias y sepsis.

Conclusiones.- En nuestro trabajo encontramos que la media de edad en todos los pacientes fue de 32.6 años (18-76 años), con respecto al sexo encontramos una relación Hombre/Mujer de 4, cuando valoramos la condición clínica, el estadio SIDA es el predominante así como el recuento de CD4 < 200 células, y carga Viral > 55000 copias/ml. Las principales condiciones clínicas fueron, Candidiasis oral y Diarrea Crónica, y las principales etiologías tenemos la tuberculosis Pulmonar, la presentación extra pulmonar y el síndrome de consumo que fueron las más representativas.

Palabras clave: VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana; TARGA: Terapia Antirretroviral de Gran Actividad, SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Humana.

ABSTRACT

Despite advances in prevention and treatment, HIV continues to be a major global public health problem, after over 34 million lives have been claimed up to 2015 worldwide. In Peru, according to MINSA statistics until October 2018 there are 119042 people with HIV infection and 42436 cases of AIDS, of which 19028 have been reported in the last stage of the disease. At present there is little information on studies conducted on clinical characteristics and causes of mortality of patients with HIV / AIDS in our country.

Overall objective.- Determine the clinical conditions at the time of diagnosis of HIV-AIDS infection in adults treated at the Hipolito Unanue National Hospital, from January 2018 to December 2018.

Specific objectives.- **i)** Determine the epidemiological characteristics of patients with HIV infection AIDS, at the Hipolito Unanue National Hospital from January to December 2108. **ii)** Determine what are the causes of mortality of patients with HIV infection AIDS, at the Hipolito Unanue National Hospital from January to December 2108. **iii)** Determine the etiologies of the causes of mortality of patients with HIV infection AIDS, in the Hipolito Unanue National Hospital from January to December 2018.

Method.- Retrospective, descriptive, observational study in the period of one year, from January to December 2018, in the Hipolito Unanue National Hospital.

Results.- entering the study 60 patients of which 48 patients (80%) were male and 12 (20%) female. The average age in all patients was 32.6 years (18-76 years), which were distributed in 3 groups , being the largest group of patients between 26-64 years 32 (53.4%) and the group of 18-25 years 16 (26.6%), When we assess the clinical condition, the AIDS stage 46 (76.6%) is the predominant as well as the CD4 count <200 cells, 37 (61.6%) and Viral load > 55,000 copies / ml

with 35 (58.4%), The main clinical conditions were, oral Candidiasis 12 (20%) followed by Chronic Diarrhea 10 (16.6%) , pulmonary tuberculosis 8 (13.4%) and extra pulmonary presentation 6 (10%), consumption syndrome 8 (13.4%), as well as an important group of asymptomatic 5 (8.3%), When we analyze mortality we find that the main causes of mortality were respiratory insufficiency 4 (33.4%), meningeal syndrome 3 (25%), followed by neoplasia 2 (16.4%), when anal We raised mortality etiologies found that tuberculosis in both pulmonary form 3 (25.3%) and extrapulmonary form 2 (16.6%) are those that present the majority of deceased patients, followed by neoplasms and sepsis.

Conclusions.- In our work we found that the average age in all patients was 32.6 years (18-76 years), with respect to sex we found a Male / Female ratio of 4, when we assessed the clinical condition, the AIDS stage is the predominant as the CD4 count <200 cells, and viral load> 55,000 copies / ml. The main clinical conditions were oral candidiasis and chronic diarrhea, and the main etiologies are pulmonary tuberculosis, extra pulmonary presentation and consumption syndrome that were the most representative.

Keywords: HIV: Human Immunodeficiency Virus; HAART: High Activity Antiretroviral Therapy, AIDS: Human Immunodeficiency Syndrome.

INTRODUCCIÓN

1.1. Descripción y Formulación del Problema.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), aislado por primera vez en 1983, es el agente causal del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que representa la expresión clínica final de la infección. La característica más importante es la destrucción del sistema inmune, pero el VIH también origina una serie de manifestaciones clínicas. Esto es debido al doble tropismo del VIH; por un lado, como todos los lentivirus infecta las células de la estirpe macrofágica y por otro, presenta un tropismo especial por los linfocitos CD4.

Se conocen 2 tipos de virus: VIH-1 y VIH-2, siendo VIH-1 el responsable de la epidemia en occidente.

El VIH es un virus ARN que pertenece a la familia retroviridae, concretamente a la subfamilia lentivirus. Como todo retrovirus se caracteriza por poseer la enzima transcriptasa inversa, capaz de sintetizar ADN a partir del ARN viral.

El VIH se puede transmitir por tres mecanismos bien establecidos:

- a) Transmisión sexual. Exposición directa a secreciones de personas infectadas como semen y secreciones vaginales.
- b) Transmisión sanguínea. Exposición a sangre o sus derivados, ya sea por transfusiones y trasplantes o por vía parenteral debido al uso de agujas contaminadas.
- c) Transmisión perinatal. Transmisión de una madre infectada a su producto, esto se ha llamado transmisión vertical. La infección del producto se puede dar durante el embarazo, durante el parto o durante la lactancia. (2,3).

Tras la entrada en el organismo, el virus se disemina a través de los órganos linfoides y del sistema nervioso. En esta etapa de primo infección (periodo ventana de 4-12 semanas), no es

posible detectar anticuerpos específicos frente al VIH, pero sí existe una actividad citotóxica, que sugiere que la respuesta celular es más precoz e importante en el control inicial de la replicación viral que la síntesis de anticuerpos. (Nájera, 2000)

El paciente infectado puede persistir asintomático o presentar un cuadro clínico caracterizado por un síndrome mononucleósido (30-70% de pacientes, a menudo inadvertido). Es una etapa donde inicialmente los niveles de viremia son altos (carga viral elevada), así como el número de CD4 infectados.

A los 10-20 días del contagio irá apareciendo el antígeno p24 circulante (2-6 semanas).

Paulatinamente aparecerán diferentes tipos de anticuerpos e inmunidad celular, coincidiendo con la desaparición del antígeno p24 y el descenso de virus circulante y CD4 infectados. Los linfocitos infectados y los viriones libres quedan atrapados en la red de células dendríticas de Langerhans de los ganglios linfáticos produciendo una hiperplasia folicular.

Como consecuencia de la virulencia de las cepas infectantes y de la intensidad de la respuesta antiviral generada por el huésped, se alcanza una carga viral basal tras la primo infección, dato de gran valor pronóstico en la evolución de la infección. Aun así, esta respuesta antiviral no consigue erradicar el virus. (Mas A 2001).

Fase crónica asintomática

La viremia disminuye respecto a la primo infección, pero el virus continúa replicándose, sobretodo en tejido linfoide, el gran reservorio de la infección. Sólo en una proporción muy baja de los linfocitos infectados (<1%) el VIH se replica de forma activa, en el resto permanece de forma latente. La carga viral en los órganos linfoides es entre 10 y 10.000 veces superior a la circulante, con tendencia progresiva a igualarse. Los niveles de CD4+ se mantienen relativamente estables, pero van descendiendo paulatinamente.

Esta fase es asintomática, con o sin adenopatías, plaquetopenia o mínimos trastornos Neurológicos.

Fase avanzada o sida

Con el tiempo se da una incapacidad progresiva del sistema inmunitario para contener la replicación viral, que junto a la emergencia de variantes más agresivas (cepas X4) aumentarán la destrucción inmunológica, desplazará ese equilibrio entre virus y huésped a una fase de replicación viral acelerada y de profunda inmunosupresión.

El deterioro del sistema inmune, “agotamiento”, se refleja en la disminución de la respuesta humoral y celular: disminuyen los niveles de anticuerpos p24, anticuerpos neutralizantes, actividad citotóxica y el número de linfocitos CD8. Esta etapa se caracteriza por la aparición de infecciones oportunistas y síntomas constitucionales, descenso de los niveles de CD4+ (menor de 200/ μ l) y aumento de la carga viral, igualándose la carga viral circulante y la de los ganglios linfáticos.

La mediana de progresión a sida es de 10 años, alrededor del 20% progresan a sida en menos de 5 años y un 10% no habrá progresado a los 20 años (progresores lentos).

Los factores asociados a la no progresión pueden ser de carácter inmunológico (respuesta CTL anti-VIH más potente y niveles altos de anticuerpos neutralizantes), virológico (Niveles bajos o indetectables de viremia, infección por cepas virales menos virulentas) o de carácter genético (predisposición genética para sintetizar con mayor eficacia factores solubles inhibidores de la replicación viral).

Clasificación de la infección por VIH. Criterios de sida (Gatel, 2001).

Uno de los puntos importantes en la evaluación inicial del paciente infectado por VIH, es determinar el estadio de la enfermedad. El sistema más utilizado es la revisión de 1993 de la CDC (Center Disease Control), que sustituye la clasificación de 1986:

La categoría clínica A se aplica a la infección primaria y a pacientes asintomáticos con o sin linfadenopatías generalizadas persistentes (LGP).

La categoría B se aplica a pacientes que presenten síntomas de enfermedades no pertenecientes a la categoría C, pero relacionadas con la infección por VIH (enfermedad de Muguet; candidiasis vulvovaginal persistente; displasia cervical; fiebre o diarrea de más de un mes; leucoplasia oral vellosa; herpes zoster; púrpura trombocitopénica idiopática; listeriosis; enfermedad inflamatoria pélvica; neuropatía periférica).

La categoría C incluye pacientes que presenten las patologías incluidas en las enfermedades diagnósticas de sida.

Los pacientes incluidos en las categorías C1, C2, C3, A3 y B3 se consideran afectados de sida.

La supervivencia de estos pacientes no supera el 15-30% a los 3 años. Al mismo tiempo, el número de muertes por SIDA también está disminuyendo con 1.6 (1.4 a 1.9) millón de muertes por SIDA en 2012, por debajo de 2,3 (2.1 a 2.6) millones en 2005. (Berenguer, 2012).

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

¿Determinar cuáles son las condiciones clínicas al momento del diagnóstico de infección VIH SIDA en personas adultas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, de enero a diciembre del 2018?

1.2. Antecedentes.

A pesar de los avances en la prevención y el tratamiento, el VIH sigue siendo un importante problema de salud pública mundial, después de haberse cobrado más de 34 millones de vidas hasta 2015 en todo el mundo. Aun así, la evolución mundial muestra datos que son esperanzadores. En su informe de 2015, ONUSIDA mostraba que se había producido una disminución de un 35% en las nuevas infecciones por VIH desde el año 2000. En ese periodo, las nuevas infecciones por VIH entre los niños habían disminuido un 58%. Se había registrado una disminución del 42% en las muertes relacionadas con el sida desde el punto máximo de 2004. El acceso al tratamiento antirretroviral había aumentado un 84% desde 2010.

A mediados de 2015, había 15,8 millones de personas infectadas por VIH que recibían tratamiento antirretroviral en todo el mundo. Se calcula que solo el 54% de las personas con VIH conocen el diagnóstico.

En 2014, a pesar de la eficacia del TARGA en la prevención de la transmisión materno-fetal, 1 de cada 4 embarazadas con VIH en todo el mundo no recibieron dicho tratamiento. Aunque se ha producido un gran avance en cuanto al acceso a los tratamientos, las personas actualmente tratadas representan menos de la mitad de las que lo necesitarían de acuerdo a las recomendaciones actuales.

En el Perú, según estadísticas del MINSA hasta octubre del 2018 hay 119 042 personas con infección por el VIH y 42 436 casos de SIDA, de los cuales 19 028 casos de SIDA han sido reportados en la última etapa de la enfermedad. (Boletín Epidemiológico MINSA 2018).

En la actualidad existe poca información sobre estudios realizados sobre características clínicas y causas de mortalidad de pacientes con VIH/ SIDA en nuestro país.

1.3. **Objetivos:**

1.3.1. **Objetivo General**

- Determinar cuáles son las condiciones clínicas al momento del diagnóstico de infección VIH SIDA en personas adultas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, de enero a diciembre del 2018.

1.3.2. **Objetivos Específicos**

- Determinar las características epidemiológicas de los pacientes con infección por VIH SIDA, en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a diciembre del 2018.
- Determinar cuáles son las causas de mortalidad de los pacientes con infección por VIH SIDA, en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a diciembre del 2018.
- Determinar cuáles son las etiologías de las causas de mortalidad de los pacientes con infección por VIH SIDA, en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a diciembre del 2018.

1.4. **Justificación del Estudio:**

- EL VIH es una epidemia mundial, la cual se viene controlando su morbi mortalidad y mejorando su calidad de vida, volviéndola una enfermedad crónica gracias a la implementación del TARGA, sin embargo siguen ingresando pacientes con infección reciente , así como un número de pacientes que fallecen pese a estar en tratamiento TARGA, por lo cual el presente estudio plantea describir cuáles son las condiciones clínicas al momento del diagnóstico de infección VIH SIDA en personas adultas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. Bases

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha adquirido categoría de pandemia porque está afectando a todos los países del mundo. Además, en muchos lugares el VIH es ya la primera causa de muerte entre la población joven (15 – 49 años) (Cabrera 2005).

Esta pandemia tiene consecuencias no solo sanitarias, también sociales y económicas tanto para los infectados y sus familias.

En algunos países con alta prevalencia del síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA) la esperanza de vida, indicador que frecuentemente ha sido utilizado como marcador de progreso de una sociedad, está retrocediendo hasta niveles de los años sesenta.

Constituye un problema de salud pública, es responsable de la muerte de más de 20 millones de personas en el mundo desde el inicio de la enfermedad; y existen 33.4 millones de personas seropositivas en el mundo (ONU SIDA 2016).

A nivel mundial, hasta noviembre del 2010 fueron 33.4 millones de personas que vivían con VIH y SIDA, 2.7 millones fueron nuevos casos y 2 millones fallecidos. En América Latina, el número de personas con VIH es de 2 millones.

En nuestro país, el primer caso de SIDA se ha reportado en el año 1983, desde entonces hasta octubre del 2018 hay 119 042 personas con infección por el VIH y 42 436 casos de SIDA, de los cuales 19 028 casos de SIDA han sido reportados en la última etapa de la enfermedad. (Boletín Epidemiológico MINSa 2018).

La vía de transmisión más frecuente es la vía sexual en un 97% de los casos, la transmisión vertical 2% de la madre al hijo. Una mujer embarazada puede propagar el

virus a su feto a través de la circulación sanguínea compartida o una mamá lactante lo puede pasar a su bebé por medio de la leche materna.

La evaluación y el tratamiento de las madres que son VIH positivas ha ayudado a disminuir el número de hijos que tienen VIH y la transmisión sanguínea 1% siendo el grupo etáreo entre 25 a 29 años los que mantienen el pico más alto de incidencia.

Con menos frecuencia, el VIH se disemina a través de agujas o de otros instrumentos filosos que estén contaminados con VIH (principalmente trabajadores de la atención médica). El virus NO se disemina por: Contacto casual, como un abrazo o besos con la boca cerrada Mosquitos o mascotas Participación en deportes tocar cosas que hayan sido tocadas por una persona infectada con el virus Comer alimentos manipulados por una persona con VIH.

Los factores de riesgo para contraer el VIH incluyen: Tener sexo anal o vaginal sin protección. Recibir sexo anal es el más riesgoso. Tener parejas múltiples también incrementa el riesgo. Usar correctamente un condón nuevo cada vez que tengan relaciones sexuales ayudará enormemente a disminuir este riesgo.

Consumir drogas y compartir agujas o jeringas. Tener una pareja sexual con VIH que no esté tomando medicamentos para el VIH. Tener una enfermedad de transmisión sexual (ETS).

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana tiene una elevada morbi mortalidad alterando la economía familiar y gastos en los servicios de salud y con la utilización extendida de la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (**TARGA**) ha llevado en una disminución en la respuesta virológica e inmunológica, transformando a esta enfermedad **VIH-SIDA** en una condición crónica.

La introducción de la TARGA, capaz de alcanzar supresión máxima de la replicación viral, logra beneficios clínicos evidentes, es considerada como una de las mejores estrategias costo-efectiva introducidas en la última década, porque reduce la mortalidad, hospitalizaciones, la incidencia de infecciones oportunistas, el uso de servicios de salud y mejora la calidad de vida.

Arias Miranda, González García y colaboradores en Madrid (2006), concluyeron que hubo 125 ingresos de 82 pacientes, un 77% varones y un 71% con infección por el virus de la hepatitis C (VHC). La edad media fue de 42 años. El 64% la vía de transmisión fue la drogadicción parenteral. Un 36% recibían TARGA y un 51% reunían criterios sida. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron la patología respiratoria (32%) y las enfermedades definitorias de sida (EDS) con un 22%, de las que la tuberculosis (TBC) fue la más frecuente. Un 10% fueron ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). La mortalidad fue del 11% pacientes/año.

Cabrera y colaboradores (2007) mencionaron que la incidencia de tuberculosis (TB) a nivel mundial está en aumento coincidiendo con el surgimiento y la expansión de la infección por VIH (virus de inmunodeficiencia humana). La prevalencia de infección por VIH en pacientes con TB supera 10% en Uruguay y alcanza 33% en otras regiones del mundo. La infección por el VIH es el principal factor de riesgo asociado al desarrollo de TB. En coinfectados el riesgo anual de desarrollar una TB activa es 20 veces mayor respecto a la población general y es, además, la primera causa de muerte en pacientes con infección por VIH en países menos desarrollados. Por otra parte, 12% de las muertes por TB ocurre en pacientes coinfectados con VIH.

Engels Sandoval, Yeny Chavarría y colaboradores (2009) encontraron hallazgos en relación al componente socio demográfico, el sexo más afectado fue el masculino, lo cual coincide con numerosos trabajos en los cuales se plantea que este grupo es el más afectado, relacionaron que podría explicarse por varias razones, entre ellas el mayor número de parejas sexuales que tienen los hombres en relación con las mujeres. Sin embargo se puede plantear que en algunos estudios se ha notado que las mujeres se están equiparando con respecto a los hombres a nivel mundial. A si mismo pudo observar que el grupo etareo más afectado fue el grupo de 31 a 40 años y el de los menores de 30 años. Si se unen estos dos grupos etáreos, se puede concluir que 57 pacientes (67%) correspondieron con los grupos de mayor actividad sexual.

Este aspecto coincide con numerosos estudios publicados, los casados o en unión libre son los grupos más frecuentemente encontrados en el presente estudio, dato que contrasta con otros estudios en los cuales el grupo más afectado es el de los solteros.

La categoría educativa menos afectada fue la universitaria, lo cual puede explicarse por el mayor nivel intelectual y la correcta percepción de riesgo a que están expuestos.

Jorge Alave, Jorge Paz, Elsa González y colaboradores en Perú (2012) analizaron a 1 478 registros de sujetos en TARGA: la mediana de edad fue 35 años (rango intercuartil [RIQ] 29- 41) y 69,6% fueron varones. Se encontró falla virológica en 24%. La proporción de fallecidos fue superior en el grupo con falla virológica (9,5%) respecto al grupo sin falla virológica (1,8%). En el análisis multivariado, la edad, antecedentes de uso de anti-retrovirales antes de iniciar TARGA, cambio de anti-retrovirales por toxicidad, infecciones oportunistas durante TARGA, nivel de linfocitos CD4+ inferior a 100 céls/mL al año de inicio de TARGA, adherencia y estadio clínico se asociaron independientemente

a falla virológica. En un sub-análisis limitado al grupo de pacientes sin antecedente de uso de anti-retrovirales antes del inicio de la TARGA, se encontró que adherencia, edad y aparición de infecciones oportunistas tuvieron asociación con falla virológica. Este estudio identificó factores asociados a falla virológica. Se necesitan estudios adicionales para evaluar si el uso de estos factores ayudaría a identificar prospectivamente pacientes en riesgo de fallar y al diseño de intervenciones para disminuir este riesgo.

Héctor Meijide, Álvaro Mena y colaboradores en España (2013), identificaron 125 pacientes con al menos una neoplasia. Los cánceres más frecuentes fueron: linfoma no Hodgkin (n: 39; 30,2%), sarcoma de Kaposi (n: 20; 15,5%), enfermedad de Hodgkin (n: 11; 8,8%), neoplasia pulmón (n: 20; 16%) y hepatocarcinoma (n: 9; 6,9 %). La edad media fue 42 ± 11 años, 84% varones, 55,8% estaban co-infectados por VHB y/o VHC. Las conductas de riesgo fueron: 45,6% usuarios de drogas vía parenteral, 16,8% hombres con relaciones sexuales con hombres y 20% heterosexuales. Se encontraron 67 NNDS (52%) y 62 (48%) NDS; los pacientes con NNDS presentaron mayor tiempo de evolución de la infección por VIH y de exposición a TARGA, mayor recuento de CD4 y mejor control virológico que los del grupo de NDS. Desarrollaron un segundo tumor cuatro pacientes. La supervivencia global fue de 34,7%.

A partir del año 1996 cuando el Programa Nacional de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS) mejoró el sistema de registro de casos y muertes, la tendencia del número de defunciones notificadas fue ascendente (quizás por una mayor búsqueda activa de casos). Desde el año 1997 hasta el año 2003 se observó una tendencia relativamente estable en el número de muertes por SIDA notificadas en esos años, aún eran muy poco los pacientes que recibían TARGA.

Las muertes relacionadas con SIDA a nivel mundial han descendido en un 30% desde los índices de mayor número en el 2005; debido a esta epidemia, alrededor de 36 millones [30 millones–42 millones] de personas han fallecido a causa de enfermedades relacionadas con el sida.

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1. **Tipo y Diseño de Investigación:**

- Trabajo descriptivo retrospectivo observacional en un periodo de un año (enero a diciembre del 2018), donde se determinó cuáles fueron las condiciones clínicas al momento del diagnóstico de infección VIH SIDA en personas adultas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

3.2. **Ámbito Temporal y Espacial:**

a) **Lugar de estudio.**

El Hospital Nacional Hipólito Unanue, hospital de tercer Nivel de Atención, centro de referencia de todo Lima Este, comprende distritos muy poblados como San Juan de Lurigancho, Ate Vitarte, Santa Anita, Agustino entre otros, cuenta con los servicios de Emergencia, Hospitalización en Medicina Interna e Infectología.

b) **Selección de sujetos de estudio**

Criterios de inclusión:

- Todo paciente mayor de 18 años de ambos sexos con diagnóstico de Infección VIH SIDA, demostrado con una prueba rápida de Elisa para VIH SIDA, o Wester Blot.
- Todos los pacientes deben contar con recuento de CD4 y CV (carga viral) al ingreso del trabajo.
- Que todos se encuentren hospitalizados en los servicios de Medicina Interna, Infectología, así como en consulta externa de los mismos servicios.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión.
- Información incompleta en las historias clínicas.

3.3. Variables de Estudio:**a) Variable Dependiente:**

Condiciones clínicas al momento del diagnóstico de infección por VIH/SIDA en personas adultas.

b) Variables Independientes:

DEFINICION DE VARIABLES						
Variable Independiente	Definición conceptual	Naturaleza	Escala de medición	Indicador	Técnica	Instrumento
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	cuantitativa	Escala de razón	De acuerdo a parámetros	Revisión de Historia Clínica	Historia Clínica
Sexo	Características biológicas que definen a un ser humano como hombre o mujer.	cualitativa	Nominal	Masculino Femenino	Revisión de Historia Clínica	Historia Clínica
Nivel de instrucción	Es el grado más alto completado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país	cualitativa	Nominal	Analfabeta Primario incompleto Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior	Revisión de Historia Clínica	Historia Clínica

				incompleta Superior completa		
Estado civil	Situación personal en que se encuentra una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente.	cualitativa	Nominal	Soltero Casado Conviviente Divorciado Viudo	Revisión de Historia Clínica	Historia Clínica
Terapia antiretroviral de gran actividad (TARGA)	SI NO	Terapia con antiretrovirales compuesto por 2 inhibidores nucleosidos de la transcriptasa reversa (INTR) y un inhibidor no nucleosido de la transcriptasa reversa (INNTR) en este caso nevirapina.	Nominal		Revisión de Historia Clínica	Historia Clínica
CD4	> 200 < 200	Implica el recuento de las cepas de glóbulos blancos que contienen marcados de superficie CD4 y que constituyen el principal blanco del VIH. Se mide por mm^3 , siendo los valores mínimos de 500 cel/mm^3 .	Nominal		Revisión de Historia Clínica	Historia Clínica

Carga Viral (CV)	>55,000 copias/ml <55,000 copias/ml	Total de copias del VIH en la sangre total, se mide por ml. Se establece como crítica una cifra superior a 15000 copias/ml	Nominal		Revisión de Historia Clínica	Historia Clínica
------------------	--	--	---------	--	------------------------------	------------------

3.3.1. Definiciones Operacionales

1.- **VIH/SIDA**

Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

2.- **Infección por el VIH/SIDA**

Toda persona de ambos sexos con diagnóstico de infección por el VIH/SIDA establecido por una prueba Rápida o examen de Elisa para VIH/SIDA.

3.- **Neumonía por *Pneumocystis jirovecii***

Infección causada por el hongo oportunista ***Pneumocystis jirovecii***. Es una enfermedad cosmopolita y afecta principalmente a pacientes inmunocomprometidos, sobre todo a aquellos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Se presentan con fiebre, dificultad respiratoria progresiva y tos sin expectoración.

4.- **Síndrome de Desgaste**

El **síndrome de desgaste** suele ser uno de los primeros síntomas de SIDA, pudiendo presentarse también durante el periodo de latencia o fase asintomática con signos clínicos difusos. Además es la principal manifestación del complejo sintomático precoz, estado que precede al SIDA. Caracterizado por pérdida involuntaria de más del 10% del peso corporal total acompañado de diarrea crónica, debilidad o fiebre, en ausencia de

enfermedades intercurrentes u otras condiciones de infección por VIH que expliquen está perdida.

5.- **Síndrome consuntivo**

Se refiere a la pérdida de más del 10% del peso corporal total en igual o más de 30 días.

6.- **Diarrea Crónica**

Es aquella que dura más allá de 4 semanas. Puede estar acompañado de otras manifestaciones clínicas como dolor abdominal, baja de peso, malabsorción de nutrientes, náuseas, vómitos o fiebre.

7.- **Tuberculosis pulmonar**

Todo paciente con diagnóstico de TBC pulmonar confirmado por hallazgo de BK (+) en esputo y/o aspirado gástrico, cultivos (+) de esputo y/o aspirado gástrico, radiografía y cuadro clínico.

8.- **Tuberculosis extrapulmonar**

Todo paciente que tenga BK (+) y/o cultivo (+) hallado en cualquier otro fluido corporal, tejido.

9.- **Candidiasis**

La **candidiasis** de la piel o de las mucosas es una enfermedad micótica (micosis) provocada por un hongo del género de las Cándidas que se manifiesta como una pequeña lesión o úlcera (afta).

El afta puede manifestarse en la cavidad bucal, en el esófago o en la vagina (afta vaginal). Infección provocada por el hongo *Cándida Albicans*. El diagnóstico se hace por el examen directo con KOH, buscando las pseudohifas en el material obtenido en el raspado.

10.- Depresión

Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.

11.- Encefalopatía por el VIH

Complejo de demencia del SIDA, o encefalopatía asociada con VIH, se produce en personas con infección por VIH más avanzada. Los síntomas son encefalitis (inflamación del cerebro), cambios en la conducta, y una declinación gradual en la función cognitiva, incluyendo problemas de concentración, memoria y atención.

12.- Leuconcefalopatía multifocal progresiva

Está causado por el virus JC, que destruye las células que fabrican mielina, la cubierta grasa tipo protectora de muchos nervios y células cerebrales del cuerpo. Los síntomas incluyen diversos de deterioro mental, pérdida de la visión, perturbaciones del habla, ataxia (incapacidad de coordinar los movimientos), parálisis, lesiones cerebrales, y por último, coma.

13.- Toxoplasmosis Cerebral

Está causada por el parásito *Toxoplasma gondii*. Los síntomas comprenden encefalitis, fiebre, dolor de cabeza intenso que no responde al tratamiento, debilidad en un lado del cuerpo, convulsiones, letargo, aumento de la confusión, problemas de visión, mareos, problemas al hablar o caminar, vómitos y cambios en la personalidad.

14.- Meningitis criptocócica

Está causada por el hongo *Cryptococcus neoformans*, los síntomas son fatiga, fiebre, dolor de cabeza, náuseas, pérdida de la memoria, confusión, somnolencia y vómitos. Si

se deja sin tratar, los pacientes con meningitis criptocócica pueden entrar en coma y morir.

15.- linfomas del sistema nervioso central (SNC)

Los linfomas del SNC casi siempre están asociados con el virus de Epstein-Barr (un virus humano común de la familia del herpes). Los síntomas comprenden dolor de cabeza, convulsiones, problemas de la visión, mareos, perturbaciones del habla, parálisis y deterioro mental. Los pacientes con SIDA pueden desarrollar uno o más linfomas en el SNC. El pronóstico es malo debido a la inmunodeficiencia avanzada y en aumento.

16.- Clasificación de estadios de infección por VIH según CDC de 1993

	Categorías clínicas		
	A	B	C
	Infección aguda	Infección	Condiciones
Categorías de	Infección asintomática	sintomática	indicadoras
Linfocitos CD4+	o LGP	no A o C	de SIDA
(1) ≥ 500 cel/mm ³	A1	B1	C1
(2) 200-499/mm ³	A2	B2	C2
(3) $< 200/\mu$ L	A3	B3	C3

3.4. Población y Muestra:

La población estuvo constituida por todos los pacientes mayores de 18 años de ambos sexos con diagnóstico de Infección VIH SIDA, demostrado con una prueba rápida de Elisa para VIH SIDA, o Wester Blot durante el periodo de enero a diciembre del 2018 en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

3.5. Instrumentos:

a) Fuentes:

Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes que se encuentran registrados en la base de datos computarizada de historias clínicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue, así como las historias clínicas convencionales de cada paciente.

b) Instrumentos:

Instrumentos de Recolección de Datos:

- Se revisó los archivos de Estadística donde se encuentran todos los pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA.
- Se seleccionó los pacientes con diagnóstico VIH-SIDA que cumplieron con los criterios de inclusión.
- Se recopiló datos en una ficha de toma de datos.
- Estos datos fueron almacenados en un archivo de base de datos del SPSS versión 20.0 en español.

3.6. Procedimientos y Análisis de los Datos:

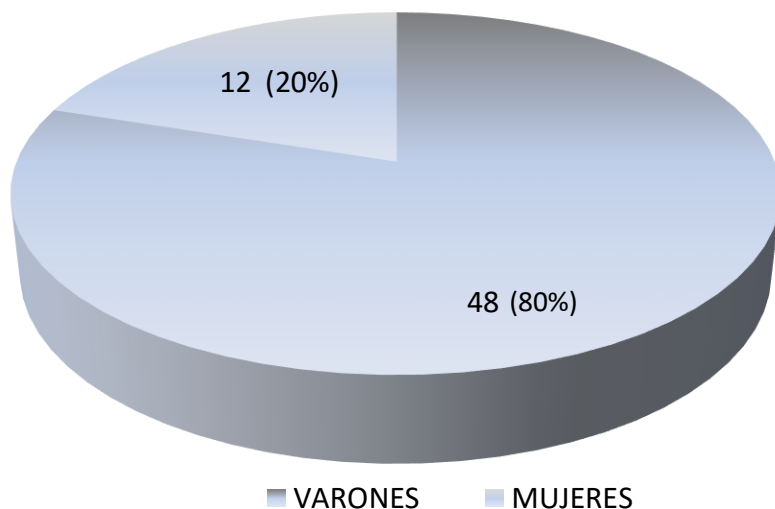
Se realizó una revisión crítica de los datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, donde se procedió a la creación de una base de datos pertinente que permitió el análisis estadístico de los mismos, se usó el paquete estadístico SPSS 20.0. Versión en español.

CAPITULO IV: PRESENTACION DE RESULTADOS

En el presente estudio se realizó en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a diciembre del 2018 donde se incluyó a 75 pacientes con infección por el VIH/SIDA diagnosticados por la prueba de Elisa, de ellos 15 se excluyeron por no cumplir con los criterios de inclusión, ingresando al estudio 60 pacientes de los cuales 48 pacientes (80%) fueron varones y 12 (20%) mujeres. Ver gráfico N° 1.

Grafico N°1

Distribución por género al momento del diagnóstico de infección VIH SIDA en personas adultas atendidas en el Hospital Nacional Hipolito Unanue 2018.



Cuando valoramos las características epidemiológicas de los pacientes con infección VIH SIDA observamos lo siguiente:

La media de edad en todos los pacientes fue de 32.6 años (18-76 años), los cuales fueron distribuidos en 3 grupos, encontrándose el mayor grupo de pacientes entre 26-64 años 32 (53.4%) y el grupo de 18-25 años 16 (26.6%), Ver tabla 1.

Cuando valoramos el grado de instrucción observamos que la mayoría de pacientes presentan secundaria completa e incompleta 35 (58.3%).

Cuando se valora la condición sexual el grupo de pacientes de conducta heterosexual 42 (70%).

Con respecto al estado civil la condición de soltero 32 (53.3%) y conviviente 15 (25%) son los más representativos.

Con respecto a ocupación el grupo de empleado 18 (30%) y desempleado 22 (36.6 %) son los más representativos.

Cuando valoramos la condición clínica, el estadio SIDA 46 (76.6%) es el predominante así como el recuento de CD4 < 200 células, 37 (61.6%) y carga Viral > 55000 copias/ml con 35 (58.4%),

Ver tabla 1.

Tabla N°1

*Características Epidemiológicas de los pacientes con infección por VIH SIDA.
Hospital Nacional Hipólito Unanue 2018*

	VARIABLE	N=60	%
SEXO			
	MASCULINO	48	80
	FEMENINO	12	20
EDAD			
	18-25 AÑOS	16	26.6
	26-64 AÑOS	32	53.4
	>64 AÑOS	12	20
GRADO DE INSTRUCCIÓN			
	• Sin Instrucción	3	5
	• Primaria	14	23.3
	• Secundaria	35	58.3
	• Superior	6	10
	• Desconocido	2	3.4
CONDICION SEXUAL			
	HETEROSEXUAL	42	70
	HOMOSEXUAL	14	23.4
	BISEXUAL	4	6.6
ESTADO CIVIL			
	SOLTERO	32	53.3
	CASADO	10	16.6
	VIUDO	2	3.4
	CONVIVIENTE	15	25
	DIVORSIADO	1	1.7
OCUPACION			
	EMPLEADO	18	30
	DESEMPLEADO	22	36.6
	COMERCIANTE	8	13.4
	ARTESANO	12	20
ESTADIO CLINICO DE ENFERMEDAD			
	SIDA	46	76.6
	NO SIDA	14	23.4
RECuento DE CD4			
	>200 CEL	23	38.4
	<200 CEL	37	61.6

CARGA VIRAL PREVIA AL TARGA

>55000 COPIAS/ML	35	58.4
<55000 COPIAS/ML	25	41.6

Cuando valoramos las condiciones clínicas al momento del diagnóstico de infección por VIH SIDA en personas adultas atendidas en el hospital Nacional Hipolito Unanue, encontramos lo siguiente: Las principales condiciones clínicas fueron, Candidiasis oral 12 (20%) seguido de Diarrea Crónica 10 (16.6%), la tuberculosis Pulmonar 8 (13.4%) y la presentación extra pulmonar 6 (10%), síndrome de consumo 8 (13.4%), así mismo un grupo importante de asintomáticos 5 (8.3%), ver tabla 2.

Tabla N°2

*Condiciones Clínicas de los pacientes con infección por VIH SIDA.
Hospital Nacional Hipólito Unanue 2018*

Condiciones Clínicas	N= 60	%
Asintomáticos	5	8.3
Candidiasis oral	12	20
Diarrea crónica	10	16.6
Síndrome de consumo	8	13.4
Neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i>	4	6.6
Tuberculosis Pulmonar	8	13.4
Tuberculosis Extrapulmonar*	6	10
Candidiasis Esofágica	4	6.6
Criptococosis Cerebral	1	1.7
Cancer de cervix	1	1.7
Linfoma no Hodking	1	1.7

*TBC GI (1), MEC TBC (3), TBC Miliar (1) y TBC Pleural (1).

Cuando analizamos la mortalidad de los pacientes relacionado a su estadio clínico encontramos que la mayoría de pacientes se encuentran en estadio SIDA categoría C, Ver tabla 3.

Tabla N°3.

*Estadio Clínico de Mortalidad de los pacientes con infección por VIH SIDA.
Hospital Nacional Hipólito Unanue 2018*

Estadio	A	B	C	Total
Fallecidos	0	2	10	
		16.6	83.4	100 %

Cuando analizamos mortalidad encontramos que las principales causas de mortalidad fueron Insuficiencia respiratoria 4 (33.4%), síndrome meníngeo 3 (25%), seguido de neoplasia 2 (16.4%), Ver tabla 4.

Tabla N°4.

*Causas de Mortalidad de los pacientes con infección por VIH SIDA.
Hospital Nacional Hipólito Unanue 2018*

Causas de Mortalidad	N= 12	%
Sepsis Severa	1	8.3
Insuficiencia Respiratoria	4	33.3
Síndrome de Consumo	1	8.3
Síndrome Meníngeo	3	25.2
Neoplasias	2	16.6
Desconocido	1	8.3

Cuando analizamos las etiologías de mortalidad encontramos que tuberculosis tanto en su forma pulmonar 3 (25.3%) y extrapulmonar 2 (16.6%) son las que presenta la mayoría de pacientes fallecidos, seguidas de neoplasias y sepsis, Ver tabla 5.

Tabla N°5

*Causas Etiológicas de Mortalidad de los pacientes con infección por VIH SIDA.
Hospital Nacional Hipólito Unanue 2018*

ETIOLOGIAS	N = 12	%
Sepsis Severa		
	Pielonefritis	1 8.3
	gastroenterocolitis	1 8.3
Insuficiencia Respiratoria		
	Neumocistosis	1 8.3
	tuberculosis Pulmonar	3 25.3
Síndrome Meningeo		
	Meningitis tuberculosa	2 16.6
	Meningitis por Criptococo	1 8.3
Neoplasias		
	CA Cérvix invasor	1 8.3
	Linfoma no Hodgkin	1 8.3
Desconocido		
		1 8.3

CAPITULO V: DISCUSION DE RESULTADOS

El Virus de Inmunodeficiencia Humana y su enfermedad asociada sida (VIH/sida) han causado gran impacto en la sociedad, debido a sus repercusiones en la salud individual y colectiva manifestándose como un problema de salud mundial de una magnitud sin precedentes.

En el presente estudio ingresaron 60 pacientes de los cuales 48 pacientes (80%) fueron varones y 12 (20%) mujeres, con una relación Hombre/Mujer de 4, según el Boletín Epidemiológico de VIH SIDA en el Perú, hasta octubre del 2018 la relación es 3.7 hombres por una mujer en los casos diagnosticados de infección VIH, y para los casos SIDA es 4.7 hombres por una mujer, muy similar a lo encontrado en nuestro trabajo.

A finales de 2012, alrededor de 34 millones de personas vivían con el VIH en el mundo y se estima que el 0,8% de los adultos de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años son seropositivos, dato que varía considerablemente entre países y regiones (Balcindes Acosta 2018).

En el Perú, la infección por el VIH es una enfermedad de personas jóvenes y la mayor parte de ellos fallecen antes de los 40 años sin el tratamiento TARGA, en nuestro trabajo cuando valoramos las características epidemiológicas de los pacientes con infección VIH SIDA observamos lo siguiente:

La media de edad en todos los pacientes fue de 32.6 años (18-76 años), los cuales fueron distribuidos en 3 grupos, encontrándose el mayor grupo de pacientes entre 26-64 años 32 (53.4%) y el grupo de 18-25 años 16 (26.6%). Según el Boletín Epidemiológico de VIH SIDA en el Perú, hasta octubre del 2018 se observa un incremento sostenido en la proporción de los casos diagnosticados de VIH en varones de 18 a 29 años de edad, en las mujeres se presenta en mayor porcentaje en 30 a 59 años.

En el último quinquenio, se observa un mayor incremento en los casos de infección VIH diagnosticados en el grupo de 20 a 29 años, en otros trabajos como el de **Arias Miranda, González García y colaboradores en Madrid (2006)**, la edad media fue de 42 años, **Jorge Alave, Jorge Paz, Elsa González y colaboradores en Perú (2012)** analizaron a 1.478 registros de sujetos en TARGA: la mediana de edad fue 35 años (rango intercuartíl [RIQ] 29- 41) y 69,6% fueron varones.

Cuando valoramos la condición clínica, el estadio SIDA 46 (76.6%) es el predominante así como el recuento de CD4 < 200 células, 37 (61.6%) y carga Viral > 55000 copias/ml con 35 (58.4%), desde el año 1983 en que se reportó el primer caso de sida en el país, hasta el 31 de Octubre de 2018 se han notificado un total de 119 042 casos de infección por VIH, de los cuales 42 436 se encuentran en estadio sida. Boletín Epidemiológico de VIH SIDA en el Perú 2018.

Cuando valoramos las condiciones clínicas al momento del diagnóstico de infección por VIH SIDA en personas adultas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, encontramos lo siguiente: Las principales condiciones clínicas fueron, Candidiasis oral 12 (20%) seguido de Diarrea Crónica 10 (16.6%), la tuberculosis Pulmonar 8 (13.4%) y la presentación extra pulmonar 6 (10%), síndrome de consumo 8 (13.4%), fueron las más representativas, muy similar a los trabajos de **González García y colaboradores en Madrid (2006)** donde las condiciones clínicas al ingreso más frecuentes fueron la patología respiratoria (32%) y las enfermedades definitorias de sida (EDS) con un 22%, de las que la tuberculosis (TBC) fue la más frecuente. En nuestro trabajo cuando analizamos la mortalidad de los pacientes relacionado a su estadio clínico encontramos que la mayoría de pacientes se encuentran en estadio SIDA, 20% pacientes/año, mayor que la encontrada por **González García (2006)**, donde la mortalidad fue del 11% pacientes/año.

Encontramos que las principales causas de mortalidad fueron Insuficiencia respiratoria 4 (33.4%), síndrome meníngeo 3 (25%), seguido de neoplasia 2 (16.4%).

Cuando analizamos las etiologías de mortalidad encontramos que tuberculosis tanto en su forma pulmonar 3 (25.3%) y extrapulmonar 2 (16.6%) son las que presenta la mayoría de pacientes fallecidos.

En coinfectados el riesgo anual de desarrollar una TB activa es 20 veces mayor respecto a la población general y es, además, la primera causa de muerte en pacientes con infección por VIH en países menos desarrollados. Por otra parte, 12% de las muertes por TB ocurre en pacientes coinfectados con VIH.

Las otras causas de muerte fueron las neoplasias y sepsis, dentro de las neoplasias encontramos a los linfomas no Hodgkin muy similar a los trabajos de **Héctor Mejjide, Álvaro Mena en España (2013)**, donde identificaron 125 pacientes con al menos una neoplasia. Los cánceres más frecuentes fueron: linfoma no Hodgkin (n: 39; 30,2%), sarcoma de Kaposi (n: 20; 15,5%), enfermedad de Hodgkin (n: 11; 8,8%), neoplasia pulmón (n: 20; 16%) y hepatocarcinoma (n: 9; 6,9 %).

Las muertes relacionadas con SIDA a nivel mundial han descendido en un 30% desde los índices de mayor número en el 2005; debido a esta epidemia, alrededor de 36 millones [30 millones–42 millones] de personas han fallecido a causa de enfermedades relacionadas con el sida.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES

- En nuestro trabajo encontramos que la media de edad en todos los pacientes fue de 32.6 años (18-76 años).
- Con respecto al sexo encontramos una relación Hombre/Mujer de 4.
- Cuando valoramos la condición clínica, el estadio SIDA 46 (76.6%) es el predominante así como el recuento de CD4 < 200 células, 37 (61.6%) y carga Viral > 55000 copias/ml con 35 (58.4%).
- Las principales condiciones clínicas fueron, Candidiasis oral 12 (20%) seguido de Diarrea Crónica 10 (16.6%), la tuberculosis Pulmonar 8 (13.4%) y la presentación extra pulmonar 6 (10%), síndrome de consumo 8 (13.4%), fueron las más representativas.
- En nuestro trabajo cuando analizamos la mortalidad de los pacientes relacionado a su estadio clínico encontramos que la mayoría de pacientes se encuentran en estadio SIDA 20% pacientes/año.
- Cuando analizamos las etiologías de mortalidad encontramos que tuberculosis tanto en su forma pulmonar 3 (25.3%) y extra pulmonar 2 (16.6%) son las que presenta la mayoría de pacientes fallecidos.

CAPITULO VII: RECOMENDACIONES

- Todos los pacientes con sospecha diagnóstica de infección VIH SIDA independiente de la edad y sexo debe realizarse la prueba de Elisa para VIH, o una prueba rápida.
- Aumentar la conciencia entre los profesionales de la salud en el diagnóstico y manejo adecuado de las infecciones asociadas a pacientes con VIH SIDA.
- Fomentar el trabajo multidisciplinario entre las diferentes instituciones locales del MINSA para las derivaciones oportunas de estos pacientes.
- Implementar de manera prioritaria controles preventivos en enfermedades de transmisión sexual a todos los pacientes jóvenes y adultos mayores que están en riesgo de adquirir estas enfermedades.

CAPITULO VIII: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Astuvilca, J., Arce-Villavicencio; Y Sotelo, R., Quispe, J., Guillén, R., Peralta, L., Huaranga, J., Gutiérrez, C., (2007). Reacciones adversas del tratamiento antirretroviral Inicial en pacientes con VIH. Rev Perú Med Exp Salud Pública, 24(3), 218-24.
- AVERT. (sf) . History of HIV and AIDS overview. Disponible en <http://www.avert.org/professionals/history-hiv aids/overview>.
- Berenguer, J., Laguna, López-Aldeguer J., (sf). Prevención de las infecciones oportunistas en pacientes adultos y adolescentes infectados por el VIH en la era del tratamiento antirretroviral de gran actividad. Recomendaciones de Gesida/ Plan Nacional sobre el SIDA.
- Cabrera, D., Sanchez, S., Jave, O., (2005). Infección VIH/Sida en la Jurisdicción de la Dirección de Salud Lima Ciudad. Rev. Perú. Med. exp. Salud pública. , 22(4), 274-280. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342005000400006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1726-4634.
- Engels, A., Sandoval, Y., Yamileth, C., Kenneth, B., (2009). Características Clínicas y Epidemiológicas de los pacientes adultos con VIH en el Instituto Hondureño de Seguridad Social. Revista de Medicina Hondureña, 77(4), 153-192.
- Gatell, J., (2001). Clasificación de la infección por el VIH. Criterios de sida. Manual del SIDA. 4ª ed. Barcelona: Permanyer, 140-45.
- Héctor, M., Álvaro, M., Berta, P., Ángeles, C., Soledad, L., Pilar, V., Laura, B., Josefa, B., Guillermo; Rodríguez-Martínez y José, D Pedreira; (2013) . Neoplasias en pacientes con

infección por VIH. Estudio descriptivo de 129 casos en el período 1993-2010. Coruña-España.

Informe ONUSIDA. (2013). América Latina entre avances y retos en la respuesta al VIH.

Disponible en URL: <http://www.onusida-latina.org/es/press-statements/571-am%C3%A9rica-latina-entre-avances-y-retos-en-la-respuesta-al-vih.html>.

Jorge, A., Jorge, P., Elsa, G., Miguel., Martin, R., James, W., y Juan, E., (2012). Factores asociados a falla virológica en pacientes infectados con VIH que reciben terapia anti-retroviral en un hospital público del Perú.

Mas, A., Yuste, E., Menéndez-Arias L., (2001). Retrovirus humanos. Estructura y ciclo de replicación del VH. Manual del SIDA. 4ª ed. Barcelona: Permanye, 1-22.

Nájera,R., Thomson, M., Medrano, L., (2000). Retrovirus humanos. Etiopatogenia. Guía práctica del SIDA: Clínica, diagnóstico y tratamiento. 6.ª ed. Barcelona: Masson,1-18.

Sida STUDI. 30 años de VIH/SIDA, 30 años de luchas: 1º Diciembre: Día Mundial de Lucha contra el Sida (2011). Disponible en

<http://www.sidastudi.org/es/registro/d25f080433caee870133d9af2b160013?search=simple&text=30+a%C3%B1os.4>.

Situación del VIH/SIDA en el Perú Boletín Epidemiológico Mensual .(2017).

U.S. Department of Health & Human Services. (sf). A Timeline of HIV/AIDS. Disponible en www.aids.gov/hivaids-basics/hiv-aids-101/aids-timeline/.

IX. ANEXOS

FICHA DE EVALUACION

**CONDICIONES CLINICAS AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO DE INFECCION
POR VIH/SIDA EN PERSONAS ADULTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2018.**

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° DE FICHA: _____

- SEXO: Femenino () Masculino ()
- GRUPO ETARIO :
 - 18 – 25 ()
 - 26 – 64 ()
 - ≥ 65 ()
- ESTADIO CLÍNICO: A () B () C ()
- FECHA DE DIAGNÓSTICO DE SIDA: _____
- CONSUMO DE TARGA: SI () NO ()
- Tiempo de consumo TARGA:
 - 12 meses ()
 - 24 meses ()
 - Fecha de inicio: _____
 - Tipo de consumo: Continuo: SI () NO ()
 - Con periodos de abandono SI () NO ()
 - Tipo de esquema: NAIVE I ()
 - NAIVE II ()
 - Otros ()
- CD4 PREVIO AL TARGA :
 - >200 ()
 - < 200 ()
- CARGA VIRAL PREVIA AL TARGA:
 - >55.000 copias/ml ()
 - <55,000 copias/ml ()
-
- INFECCIONES OPORTUNISTAS: SI () NO ()
- DESCRIBIR CUAL -----
- Tiempo de aparición de iniciado el TARGA: < 1 semana ()
 - 1 – 4 semanas ()
 - 6 meses ()
 - 12 meses ()

FALLECIDOS POR INFECCIONES OPORTUNISTAS O NEOPLASIAS: SI () NO