



**Universidad Nacional
Federico Villarreal**

**Vicerrectorado de
INVESTIGACION**

Facultad de Medicina Hipólito Unanue

Escuela Profesional de Medicina

**FACTORES EPIDEMIOLOGICOS Y CLINICOS DE MORTALIDAD EN PACIENTES
CON VIH-SIDA EN TARGA QUE ACUDEN AL HOGAR SAN CAMILO EN EL
PERIODO 2017 -2018**

Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano

**AUTORA:
Merino Parra, Candy Ester**

**ASESOR:
Dr. Soto Linares, Carlos**

**JURADO:
Dr. Díaz Díaz, Luis
Dr. Cerna Iparraguirre, Fernando
Dr. Piña Pérez, Alindor
Dr. Sandoval Díaz, Wilder**

Lima-Perú

2019

DEDICATORIA

A mi madre por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, muchos de mis logros se los debo a ella, entre ellos este, gracias por motivarme siempre a alcanzar mis metas, y a mi padre que desde el cielo me protege y me da fuerzas para seguir adelante a pesar de la adversidad.

AGRADECIMIENTO

Son muchas personas que han contribuido para la realización de este trabajo. En primer lugar quiero agradecer al Dr Carlos Soto, mi asesor; al Dr José Claros por darme las herramientas necesarias y los consejos para realizar esta tesis, y a todos los doctores que contribuyeron con mi formación a lo largo de estos 7 años de carrera.

INDICE

RESUMEN	6
SUMMARY	7
I.- Introducción:	8
1.1.- Descripción Y Formulación Del Problema:	8
1.1.1 Formulación Del Problema:	9
1.2. –Antecedentes	9
1.3.- Objetivos:	12
1.5.1 Objetivo General	12
1.5.2 Objetivos Específicos	12
1.4.- Justificación Del Estudio:	13
1.5.- Planteamiento De Hipótesis:	13
II.- Marco Teórico	14
VIH/SIDA en el mundo y América Latina	14
VIH EN PERU	15
VIH SIDA	16
Fase aguda.....	17
Fase crónica.....	18
Factores de riesgo.....	19
Diagnóstico	19
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	20
III.- Método	21
3.1.- Tipo Y Diseño De Investigación:	21
3.2- Ambito Temporal Y Espacial	21
3.3.- Variables De Estudio:	22
3.4.- Población De Estudio:	24
a) Lugar de estudio.....	24
b) población de estudio.....	25
b) Selección de sujetos de estudio.....	25
3.5.- Instrumentos Y Materiales:	25
Fuentes:	25
Instrumentos:	26
3.6.- Procedimiento Análisis De Los Datos:	26
3.7.- Análisis De Los Datos:	26

<i>IV.- Resultados</i>	27
<i>V.- Discusión De Resultados</i>	38
<i>VI.- Conclusiones</i>	40
<i>VII.- Recomendaciones</i>	41
<i>VIII.- Referencias</i>	42
<i>IX- ANEXOS</i>	46

RESUMEN

TITULO: Factores Epidemiológicos Y Clínicos De Mortalidad En Pacientes Con VIH-Sida En TARGA Que Acuden Al Hogar San Camilo En El Periodo 2017 -2018

OBJETIVO: Determinar los principales factores epidemiológicos y clínicos de mortalidad en pacientes con VIH – SIDA en TARGA periodo enero del 2017 a diciembre del 2018; Hogar San Camilo.

MATERIALES Y METODOS: es un estudio de tipo Observacional, transversal, retrospectivo, descriptivo, mediante la revisión manual de 28 historias clínicas de pacientes fallecidos con VIH en tratamiento TARGA en el Hogar san Camilo durante el periodo 2017 – 2018. Se incluyeron todos los pacientes fallecidos con VIH positivos en tratamiento TARGA y se recolectó datos como edad, género, estado civil, opción sexual, recuento CD4, cantidad de carga viral, causa frecuente de muerte, comorbilidades y tiempo de tratamiento TARGA, entre otros.

RESULTADOS: la tasa de mortalidad en el año 2017 fue (3.27%), mientras que durante el 2018 (3.03%), varones (68%) y mujeres (32%). el 32 % tenían entre 18 y 29 años, 30 y 59 años (61%), y mayores de 60 años (7%). En cuanto a su estado civil, solteros (64%), casados (7%), convivientes (25%), viudos (4%). La mayoría de pacientes tenían secundaria completa (38%), y superior completa (25%). 100% de los pacientes refirieron ser heterosexuales. El 87% tenía CD4 entre 200 y 349. La causa de fallecimiento más común resulto ser la infecciosa con un (54%). La comorbilidad más frecuente fue la diarrea crónica y el síndrome consuntivo. La mayoría de pacientes recibió TARGA entre 3 y 12 meses

CONCLUSIONES: la causa más frecuente de muerte fue de causa infecciosa, la mayoría de los pacientes del estudio fueron varones, solteros, y heterosexuales, con CD4 bajo y asociado a comorbilidades como diarrea crónica y síndrome consuntivo

SUMMARY

TITLE: Epidemiological and Clinical Factors of Mortality in Patients with HIV-AIDS in TARGA who Go to the San Camilo Home for the Period 2017 -2018

OBJECTIVE: To determine the main epidemiological and clinical factors of mortality in patients with HIV - AIDS in HAART period January 2017 to December 2018; Home San Camilo.

MATERIALS AND METHODS: this is an observational, cross-sectional, retrospective, descriptive study, through the manual review of 28 clinical histories of deceased patients with HIV on HAART treatment at Hogar San Camilo during the period 2017 - 2018. All patients were included deaths with HIV positive in HAART treatment and data were collected as age, gender, marital status, sexual option, CD4 count, viral load amount, frequent cause of death, comorbidities and time of HAART treatment, among others.

RESULTS: the mortality rate in 2017 was (3.27%), while during 2018 (3.03%), males (68%) and females (32%). 32% were between 18 and 29 years old, 30 and 59 years old (61%), and older than 60 years old (7%). Regarding their marital status, single (64%), married (7%), cohabiting (25%), widowed (4%). The majority of patients had complete high school (38%), and complete high school (25%). 100% of patients reported being heterosexual. 87% had CD4 between 200 and 349. The most common cause of death was found to be infectious with one (54%). The most frequent comorbidity was chronic diarrhea and consumptive syndrome. The majority of patients received HAART between 3 and 12 months

CONCLUSIONS: the most frequent cause of death was of infectious cause, the majority of the patients in the study were male, single, and heterosexual, with low CD4 and associated with comorbidities such as chronic diarrhea and consumptive syndrome

I.- Introducción:

1.1.- Descripción Y Formulación Del Problema:

El virus de la inmunodeficiencia humana es considerado un retrovirus perteneciente al género lentivirus, el cual ataca al sistema inmunitario, además de replicarse en las células CD4, el sistema monocito/macrófago y también en las células que se encuentran en el sistema nervioso central de la persona infectada. El síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA), se define como el conjunto de manifestaciones clínicas en consecuencia a la pérdida de las defensas debido a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). (Otiniano Marilyn, 2016)

A inicios de la epidemia, las perduraciones de los pacientes se medían en meses y algunos en semanas, Sin importar lo rápido que se reconozca la enfermedad o complicación del paciente. A mediados de la siguiente década posterior a la aparición de VIH, se inventaron los medicamentos antirretrovirales que, al combinarlos con la experiencia y conocimientos nuevos sobre lo viral, se pudo lograr una nueva implementación de terapia antirretroviral moderna. Con la llegada de la terapia antirretroviral (TAR), la cual llevo un gran aumento en el control sobre la extensión del virus, reduciendo la carga viral el cual mejora la calidad de vida a los pacientes infectados por el VIH, sin embargo, no deja de ser una enfermedad sin cura definitiva. (Montalvo Raul, 2016).

A fines del año 2016 existian aproximadamente 36,7 millones de personas, todas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana en el mundo, y en ese mismo año se han producido cerca de 1,8 millones de infecciones desconocidas. El VIH suele ser diagnosticado mediante rápidos análisis los cuales permiten detectar presencias de anticuerpos contra dicho virus. En gran porcentaje de los casos, estos resultados se adquieren el mismo día, lo cual es

favorable ya que es conveniente detectar la enfermedad lo antes posible para iniciar con el tratamiento. (OMS, 2018).

En 1966 se desarrolló una terapia antirretroviral altamente activa, (TARAA) la cual hace que el VIH pase de ser una enfermedad mortal, a una en la cual se puede llevar una excelente calidad de vida; sin embargo dicha terapia, no erradica el virus, pero lo mantiene controlado en porcentajes mínimos. (Torruco Uri, 2016).

1.1.1 Formulación Del Problema:

¿Cuáles con los factores epidemiológicos y clínicos de mortalidad en pacientes con VIH – SIDA en TARGA que acuden al Hogar San Camilo- Lima, entre los periodos enero del 2017 a diciembre del 2018?

1.2. –Antecedentes

Alonso Cabello Ubeda en su trabajo de investigación que lleva por titulo Meningoencefalitis criptocócica. Epidemiología y factores de riesgo de mortalidad en la era pre- y pos-TARGA, Concluye que La morbimortalidad de la MC viene determinada por padecer una inmunodeficiencia grave, la presencia de enfermedad diseminada, títulos elevados de antígeno en el LCR y el retraso en el inicio del TARGA. (Cabello Alonso, 2016).

Monsalve Arteaga Lia en su trabajo de investigación titulado. “MORBILIDAD, MORTALIDAD Y FALLA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN ADOLESCENTES CON VIH / SIDA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA EN CARACAS, VENEZUELA” Obtuvo como resultado que según el mecanismo de transmisión, 29 (36,71 %)

fueron de transmisión vertical (TV) y 50 (63,29 %) de transmisión horizontal (TH). La principal enfermedad oportunista encontrada fue tuberculosis, y no se encontró diferencias significativas para padecerla según el mecanismo de transmisión ($p: 0,54$). Al considerar los factores demográficos y diagnóstico inicial se observó que a una mayor edad de diagnóstico hay menor probabilidad de falla antirretroviral (OR: 0,75). Así mismo, independientemente del mecanismo de transmisión, sexo y tratamiento inicial el 50% de los pacientes presentará falla virológica luego de 90 meses de tratamiento. (Monsalve Lia, 2017).

Raul Montalvo en su tesis que lleva por título “Mortalidad en pacientes con infección por VIH/SIDA en tratamiento antirretroviral en Huancayo, Perú 2008-2015” concluye en que El mayor número de muertes de los pacientes con infección por VIH/SIDA ocurre durante los tres primeros meses de TAR y está asociado a un diagnóstico tardío (alta carga viral, bajo CD4 y presencia de enfermedades oportunistas). Sugerimos la implementación de terapia supervisada durante los primeros meses de TAR en pacientes con CD4 menor de 100 cel/mL, para identificar en forma temprana las infecciones oportunistas. (Montalvo Raul, 2016)

Otiniano Espinoza Marilyn es su tesis que lleva por título: CARACTERISTICAS CLINICO EPIDEMIOLOGICAS ASOCIADAS A LA MORTALIDAD POR VIH-SIDA EN EL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA DURANTE EL PERIODO 2012-2014 concluyo que: Las enfermedades infecciosas fueron una de las principales causas de muerte en pacientes con VIH, las cuales tuvieron como punto de partida el abdominal y el respiratorio en mayor proporción. (Otiniano Marilyn, 2016)

Parra Olarte, Paul, en su tesis que lleva por título: “Características epidemiológicas, clínicas e inmunológicas en pacientes con coinfección por tuberculosis – VIH/SIDA en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo 2012 – 2016” tiene por

objetivo determinar las características epidemiológicas, clínicas e inmunológicas de los pacientes con coinfección Tuberculosis – VIH/SIDA, realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de 173 casos. Fueron varones (86%), con edades $38,82 \pm 12,2$. Con nivel de instrucción secundaria 96%. Predominó la tuberculosis extrapulmonar (53,8%). Métodos para confirmación microbiológica: baciloscopía 71%, cultivos 58%. La resistencia a drogas: TB MDR 8,7% y XDR 0,6%. Recibieron TPI el 5,8%. Las infecciones oportunistas más frecuentes: Candidiasis orofaríngea, diarrea crónica e infección por *P.jirovecii*. Las principales complicaciones fueron las reacciones adversas hepáticas y la reconstitución inmune en los de reciente inicio de TARGA. Los niveles de CD4 < 200 fueron de 77%, carga viral >3000 (74%) y relación CD4/CD8 < 0,8 (95%). (Parra Paul, 2017).

Olivares Nunura, José Luis, en su tesis que lleva por título: “Factores clínicos y epidemiológicos más frecuentes de los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el Hospital de Apoyo I Nuestra Señora de las Mercedes – Paita durante el periodo julio 2016 - Junio 2017” concluye que predominó al sexo masculino, entre 15 -29 años, de un nivel socioeconómico bajo, procedente del distrito de Paita, soltero, el consumo de alcohol, fueron heterosexuales en su mayoría, como antecedente de ITS la Sífilis, la vía de contagio fue la sexual; el recuento de CD tenían entre 200 - 499 cel/uL; la carga viral fue media; el estadio clínico fue el VIH; el esquema más usado fue AZT+3TC+EFV; la infección oportunista fue el herpes zoster, sintomatología de ingreso fue la fiebre prolongada, y las causas de mortalidad fueron infecciosas. (Olivares Jose, 2018)

Espinoza Morales, Diego en su tesis que lleva por título: “Factores asociados a sobrevida en una cohorte de pacientes con VIH que iniciaron terapia antirretroviral (Targa) en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en Lima durante los años 2004-2012” encontró como factores

asociados a la sobrevida: El uso de Zidovudina/ Lamivudina/Efavirenz en comparación con otros esquemas de TARGA utilizados (HR: 0,51; IC95%:0,39-0,66), iniciar TARGA con más de 350 células/mL de CD4+ (HR: 0,29; IC95%: 0,12-0,71), tener algún grado de educación (HR: 0,48; IC95%: 0,26- 0,92) y ser casado (HR: 0,45; IC95%: 0,27-0,76). Conclusiones: La condición de ser casado, tener menos de 36 años, tener algún grado educativo e iniciar terapia con recuentos de CD4+ mayores a 350 células/mL aumenta la sobrevida durante los primeros 3 años. (Espinoza Diego, 2018).

1.3.- Objetivos:

1.5.1 Objetivo General

- Determinar los principales factores epidemiológicos y clínicos de mortalidad en pacientes con VIH – SIDA en TARGA periodo enero del 2017 a diciembre del 2018; Hogar San Camilo.

1.5.2 Objetivos Específicos

- Identificar la tasa de mortalidad en pacientes con VIH- SIDA en TARGA periodo enero del 2017 a diciembre del 2018; Hogar San
- Identificar las principales causas de mortalidad en los pacientes con VIH- SIDA en TARGA periodo enero del 2017 a diciembre del 2018; Hogar San Camilo.

1.4.- Justificación Del Estudio:

EL VIH es una epidemia mundial, la cual se viene controlando su mortalidad y mejorando su calidad de vida, convirtiéndola en una enfermedad crónica gracias a la implementación del TARGA, sin embargo, pese a ello hay un gran número de pacientes que fallecen a pesar de estar en TARGA, por lo cual el presente estudio plantea describir los factores epidemiológicos y clínicos que se van a identificar en este grupo poblacional y si tienen repercusión en las causas de mortalidad de los fallecidos.

En la actualidad no se registran datos estadísticos de estudios realizados sobre las causas de mortalidad de pacientes con VIH/ SIDA en TARGA a nivel nacional, América latina ni mundial.

Trascendencia: Asimismo, este estudio contribuirá a conocer con más detalle algunas características clínicas como edad, género, el recuento de CD4, carga viral, de los pacientes que fallecieron por causas relacionadas con el VIH/SIDA en el Hogar San Camilo durante el periodo de enero 2017 a Diciembre 2018. Por último, el conocer las causas de fallecimiento en este grupo poblacional es importante debido a que ello contribuye a prevenir y disminuir la mortalidad en estos pacientes ya que guían al médico a realizar exámenes diagnósticos enfocados en las principales enfermedades asociadas a la infección por VIH/SIDA.

1.5.- Planteamiento De Hipótesis:

En los trabajos descriptivos no es necesario hipótesis.

II.- Marco Teórico

VIH/SIDA en el mundo y América Latina

“El VIH, [...], se ha cobrado ya más de 35 millones de vidas. En 2016, un millón de personas fallecieron en el mundo por causas relacionadas con este virus.” (OMS, 2018)

“77,3 millones [59,9 millones–100 millones] de personas contrajeron la infección por el VIH desde el comienzo de la epidemia.” (ONUSIDA, 2017).

“35,4 millones [25,0 millones–49,9 millones] de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida desde el comienzo de la epidemia.” (ONUSIDA, 2017).

“En 2017, se produjeron 1,8 millones [1,4 millones–2,4 millones] de nuevas infecciones por el VIH, en comparación con los 3,4 millones [2,6 millones– 4,4 millones] de 1996.” (ONUSIDA, 2017).

“Desde 2010, las nuevas infecciones por el VIH en adultos descendieron alrededor de un 16%, desde 1,9 millones [1,5 millones–2,5 millones] hasta 1,6 millones [1,3 millones–2,1 millones] en 2017.” (ONUSIDA, 2017).

“Desde 2010, las nuevas infecciones por el VIH en niños descendieron un 35%, desde 270.000 [170.000–400.000] en 2010 hasta 180.000 [110.000–260.000] en 2017.” (ONUSIDA, 2017).

“2016, en la Región de África de la OMS había 25,6 millones de personas infectadas. [...] en ella se registran casi dos tercios de las nuevas infecciones por el VIH en el mundo. (OMS, 2018).

“La cobertura mundial del TAR para las mujeres infectadas que están embarazadas o en periodo de lactancia es del 76%.” (OMS, 2018).

VIH EN PERU

El VIH es un virus que se encuentra considerado como uno de los mayores problemas para los seres humanos, nos afecta a todos sin distinción sea de edad, raza, entre otros, siendo los países menos desarrollados, sus mayores víctimas. (MINSa, 2015).

El VIH es un virus en su mayoría asociado a los comportamientos sexuales con los que se extiende por medio de los más jóvenes en zonas urbanas, esta representa un peligro alto para la población la cual puede impactar enormemente en la economía del país. (MINSa, 2015).

“Casos acumulados de VIH a Octubre 2017: 109,263 casos de VIH y casos SIDA 40,551.” (MINSa; 2017).

“Número de personas viviendo con VIH/SIDA en 2016 : 70,000 personas.” (MINSa; 2017).

“Epidemia concentrada en HSH (prevalencia 12.4%) vs. población general (prevalencia 0.23%).” (MINSa; 2017).

“La transmisión es predominantemente sexual (97%).” (MINSa; 2017).

“Relación hombre/mujer: 4/1.” (MINSa; 2017).

“Lima y Callao concentran el 70% de los casos.” (MINSa; 2017).

Muertes relacionadas con el SIDA

Desde el pico alcanzado en 2004, los casos de muertes relacionadas con el sida se han reducido en más de un 51%. - En 2017, fallecieron 940.000 [670.000–1,3 millones] personas en todo el mundo a causa de enfermedades relacionadas con el sida, frente a los 1,9 millones [1,4 millones–2,7 millones] de 2004 y los 1,4 millones [1 millón–2 millones] de 2010 (10)

VIH SIDA

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un lentivirus de la familia Retroviridae, causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Su característica principal consiste en un periodo de incubación prolongado que desemboca en enfermedad después de varios años. Existen dos tipos del VIH, llamados VIH-1 y VIH-2. El primero de ellos corresponde al virus descubierto originalmente, es más virulento e infeccioso que el VIH-2 y es el causante de la mayoría de infecciones por VIH en el mundo. El VIH-2 es menos contagioso y por ello se encuentra confinado casi exclusivamente a los países de África occidental. (14)

El virus ha sido aislado en la saliva, las lágrimas, la orina, el semen, el líquido preseminal, los fluidos vaginales, el líquido amniótico, la leche materna, el líquido cefalorraquídeo y la sangre, entre otros fluidos corporales humanos. El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada (acto sexual sin protección); a través de la sangre y los hemoderivados en individuos que comparten agujas y jeringas contaminadas para inyectarse drogas y en quienes reciben transfusiones de sangre o derivados igualmente contaminados; existe un riesgo laboral pequeño entre los profesionales sanitarios, el personal de laboratorio y posiblemente otras personas que manipulan muestras sanguíneas o fluidos de personas con VIH, estudios realizados indican que el riesgo de transmisión después de una

punción cutánea con una aguja o un instrumento cortante contaminados con la sangre de una persona con VIH es de aproximadamente 0.3%. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia. Actualmente en países desarrollados la transmisión vertical del VIH está totalmente controlada (siempre que la madre sepa que es portadora del virus). (14)

La infección por VIH se presenta en diversas etapas, identificadas por un conjunto de síntomas e indicadores clínicos. En ausencia de un tratamiento adecuado, la fase de la infección aguda por VIH inicia en el momento del contagio, el virus se replica constantemente e infecta los linfocitos T-CD4, que constituyen una parte esencial del sistema inmunológico en los seres humanos. Por su parte, el sistema inmunológico del portador del VIH reacciona ante la presencia del virus y genera una respuesta que puede mantener la infección bajo control al menos por un tiempo, mediante la reposición de células defensivas. Al término de un periodo que se puede prolongar por varios años, el VIH se vuelve resistente a las defensas naturales del cuerpo y destruye el sistema inmune del portador. De esta manera, la persona seropositiva queda expuesta a diversas enfermedades oportunistas desarrollando la etapa del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. (14)

Fase aguda

Un porcentaje importante de personas que contraen el virus no presenta síntomas de la infección en su fase aguda, es decir, son pacientes asintomáticos. Sin embargo, se calcula que entre el 40 y 90% de los casos con infección por VIH-1 presentan manifestaciones clínicas. El cuadro de la

infección aguda es similar al de una mononucleosis infecciosa: fiebre, malestares musculares, inflamación de los ganglios, sudoración nocturna, diarrea, náuseas y vómito. La gran mayoría de los seropositivos no reciben diagnóstico del cuadro agudo de la infección por VIH, pues son síntomas compartidos por varias enfermedades. (14)

El cuadro de la infección aguda por VIH aparece entre dos y seis semanas después de la exposición al virus, y desaparece unos pocos días después. Durante la fase aguda de la infección, las pruebas tradicionales siempre darán negativo porque no detectan directamente el VIH, sino los anticuerpos producidos como respuesta por el sistema inmune, lo que ocurre alrededor de la 12va semana después de la exposición. En contraste, las pruebas de carga viral, que contabilizan el número de copias del ARN del virus en la sangre, arrojarán como resultado una elevada cantidad de copias del VIH durante la fase aguda de la infección. (14)

Fase crónica

La fase crónica de la infección por VIH se suele llamar también de latencia clínica porque el portador es asintomático, es decir, no presenta síntomas que puedan asociarse con la infección. Esto no quiere decir que el virus se encuentre inactivo. Por el contrario, durante la fase crónica el VIH se multiplica incesantemente. Se calcula que, en un sujeto infectado, diariamente se producen entre mil y diez mil millones de nuevas partículas virales y son destruidos alrededor de cien millones de linfocitos T CD4. Los pacientes son asintomáticos gracias a que el sistema inmune tiene una gran capacidad para regenerar las células destruidas por el virus, pero pueden presentar adenopatías y la disminución del conteo de plaquetas en la sangre. La reacción ante la

presencia del virus termina por desgastar al sistema inmunológico. En ausencia de tratamiento, la mayoría de los portadores del virus desarrollan el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en un plazo de 5 a 10 años. (14)

Factores de riesgo

Hay algunos comportamientos que aumentan el riesgo de que una persona contraiga el VIH:

- tener relaciones sexuales anales o vaginales sin preservativo;
- padecer otra infección de transmisión sexual como sífilis, herpes, clamidiasis, gonorrea o vaginosis bacteriana;
- compartir agujas, jeringuillas, soluciones de droga u otro material infectivo contaminado para consumir drogas inyectables;
- recibir inyecciones, transfusiones sanguíneas o trasplantes de tejidos sin garantías de seguridad o ser objeto de procedimientos médicos que entrañen cortes o perforaciones con instrumental no esterilizado;
- pincharse accidentalmente con una aguja, lesión que afecta en particular al personal de salud. (3)

Diagnóstico

Las pruebas serológicas, entre ellas los análisis rápidos y los enzimoimmunoanálisis (EIA), detectan la presencia o ausencia de anticuerpos contra el VIH-1, el VIH-2 y el antígeno p24 del virus. Ninguna prueba permite diagnosticar por sí sola la presencia del VIH.

Es importante señalar que las pruebas serológicas permiten detectar los anticuerpos que se generan como parte de la respuesta inmunitaria para luchar contra patógenos externos, y no el propio VIH.

En la mayoría de las personas, los anticuerpos contra el VIH aparecen a los 28 días de la fecha en que se contrajo la infección y, por tanto, no se pueden detectar antes. Este lapso se denomina periodo de seroconversión y es el momento de mayor infectividad, pero la transmisión puede producirse en todas las fases de la infección.(3)

La práctica más correcta es realizar una nueva prueba de detección a todas las personas que hayan dado positivo en una primera prueba diagnóstica antes de atenderlos y tratarlos, con el fin de descartar que los resultados sean incorrectos o se haya proporcionado una información equivocada. Sin embargo, una vez se ha diagnosticado la infección y se ha empezado el tratamiento no se deben realizar nuevas pruebas diagnósticas.(3)

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

El SIDA constituye la etapa crítica de la infección por VIH. En esta fase de la infección, el portador del VIH posee un sistema inmunológico que probablemente sea incapaz de reponer los linfocitos T CD4+ que pierde bajo el ataque del VIH. De esta manera, el portador del virus es presa potencial de numerosas infecciones oportunistas que le pueden conducir a la muerte. La neumonía por *P. jiroveci*, el sarcoma de Kaposi, la tuberculosis, la candidiasis y la infección por citomegalovirus son algunas de las infecciones más frecuentes que atacan a los seropositivos que han desarrollado SIDA. La mayoría de los pacientes que han desarrollado SIDA no sobreviven más de tres años sin recibir tratamiento antirretroviral. Sin embargo, incluso en esta fase crítica pueden ser controlados mediante la terapia antirretroviral. Los antirretrovirales pueden brindar una mejor calidad de vida a un portador del VIH y aumentan sus posibilidades de supervivencia.

A pesar de los avances científicos y de los buenos resultados obtenidos con las distintas medidas terapéuticas implementadas la infección por VIH-SIDA continúa siendo un grave problema de salud a nivel mundial y es considerado como un tema prioritario dentro de los Programas de Salud Pública de nuestro país. Para disminuir la morbilidad y mortalidad derivada de la infección por el VIH y mejorar la calidad de vida de los pacientes, y disminuir la incidencia de los casos, es de esencial importancia homogenizar los criterios y procedimientos para la vigilancia epidemiológica de este padecimiento. En este contexto la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA es un elemento fundamental en la lucha contra la enfermedad. Este manual se presenta como un instrumento que permitirá producir información con la calidad adecuada y a través de los análisis realizados, conocer con mayor precisión su distribución y determinantes de riesgos en la población mexicana. El cumplimiento de los lineamientos y procedimientos para la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA establecidos en este Manual es obligatorio, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente. (14)

III.-Método

3.1.- Tipo Y Diseño De Investigación:

- Observacional, transversal, retrospectivo, descriptivo

3.2- Ambito Temporal Y Espacial

El estudio se realizó durante los años 2017 y 2018 en el Hogar San Camilo

3.3.- Variables De Estudio:

Variable	Dimensión	Definición conceptual	Criterios de medición	Valores finales	Naturaleza	Escala de medición	Instrumento
Características socio-demográficas	edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.		15-17 adolescente 8-29 joven 30-59 adulto >60 adulto mayor	cuantitativa	ordinal	Ficha de recolección de datos
	sexo	Características biológicas que definen a un ser humano como hombre o mujer.		Masculino Femenino	cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos
	Grado de instrucción	Es el grado más alto completado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país		Analfabeta Primario incompleto Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior incompleta Superior completa	cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos

	Estado civil	Situación personal en que se <u>encuentra</u> una <u>persona física</u> en <u>relación</u> a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente		Soltero Casado Conviviente Divorciado Viudo	cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos
	Orientación sexual			Homosexual Heterosexual Bisexual	cualitativa	nominal	Ficha de recolección de datos
Características clínicas	Recuento de cd4	Medición de los linfocitos que tienen el marcador de superficie CD4 presentes en sangre total y que constituyen la principal célula blanco del VIH.	Clasificación de la OMS	>500 /mm ³ 350-499/mm ³ 200- 349/mm ³	Cuantitativa	ordinal	Ficha de recolección de datos
	Carga viral		Clasificación de la OMS	0 – 999 1000 – 9999 10000 - 99999 >100000	cuantitativa	ordinal	Ficha de recolección de datos
	enfermedades crónicas asociada	Afecciones que vienen a agregarse a la enfermedad primaria relacionada con la discapacidad pero no se relacionan con ella.		Anemia crónica Diarrea crónica Gastritis crónica Respiratorias	cuantitativa	nominal	Ficha de recolección de datos
	Causas principales de mortalidad			Infecciosas Cardiovascular Neoplasias Neurológica Otros	cuantitativa	nominal	Ficha de recolección de datos
	Tiempo de tratamiento en TARGA	Número de meses desde el inicio de la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad		< 3 meses 3-12 meses >12 meses	cuantitativa	ordinal	Ficha de recolección de datos

3.4.- Población De Estudio:

a) Lugar de estudio.

El Hogar San Camilo, entidad sin fines de lucro, fue fundada el 30 de septiembre de 1995 por los padres Camilo.

El Hogar San Camilo, entidad sin fines de lucro, fue fundada el 30 de septiembre de 1995 por los padres Camilo, cuya orden tiene el carisma de la atención los enfermos.

Por esos años no había muchas instituciones que ayudaban a las personas viviendo con VIH-SIDA, y la incidencia de la enfermedad crecía en forma sostenida.

El objetivo del Hogar es acompañar, acoger y atender a la persona, impulsándolo en el camino de la salud donde prime el valor de la vida, para ello trabaja con distintos miembros de las familias, padres, hijos, atendidos por especialistas en el área de la salud, social, emocional y espiritual.

El Hogar San Camilo cuenta con el Programa de VIH/SIDA que está a cargo de un equipo multidisciplinario de especialistas en la atención integral de personas viviendo con VIH_SIDA, donde se atienden personas de diferentes distritos de lima. Desde Octubre del 2004, se inicia el Programa de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), programa autorizado por el Ministerio de Salud, y que hasta la actualidad contamos con más de 2300 pacientes en el programa y aproximadamente cerca de 700 pacientes en tratamiento TARGA.

El resultado de 13 años de trabajo ha beneficiado directa e indirectamente a 3 mil y 12 mil personas respectivamente, el 95% con escasos recursos económicos y viven en extrema pobreza.

b) población de estudio

Nuestra población estará constituida por todos los pacientes VIH sida en TARGA fallecidos entre periodo enero 2017 a diciembre 2018 en el hogar de san camilo, el cual será una muestra por conveniencia en donde la unidad de análisis es el paciente fallecido con VIH sida.

b) Selección de sujetos de estudio**Criterios de inclusión:**

- Historias clínicas de los pacientes mayores de 18 años de ambos sexos con diagnóstico de SIDA en TARGA con un mínimo de TRES MESES en dicho tratamiento que hayan fallecido en el periodo enero del 2008 a diciembre del 2018 en la ONG San Camilo, Barrios Altos, Lima- Perú.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas que no cuenten con la información completa de los pacientes con diagnóstico de SIDA en TARGA que hayan fallecido en el periodo enero del 2017 a diciembre del 2018 en la ONG San Camilo

3.5.- Instrumentos Y Materiales:**Fuentes:**

Se revisaron los registros médicos de cada paciente en la base de datos computarizada del programa de VIH/SIDA del Hogar San Camilo y en las historias clínicas convencionales de

cada paciente. A través de este mecanismo se verifico la regularidad de TARGA, los efectos adversos y características relacionadas a estas.

Instrumentos:

Técnica: tipo encuesta

Instrumento: ficha de recolección de datos

La recolección de datos se hizo de las historias clínicas mediante un formato anónimo; en el cual se tendrá en cuenta edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, comorbilidades de los pacientes y fecha del diagnóstico de VIH positivo y/o diagnóstico de SIDA, recuento de CD4, fecha de inicio de TARGA, tiempo de tratamiento TARGA hasta el fallecimiento y registro de la causa de fallecimiento en el certificado de defunción.

3.6.- Procedimiento Análisis De Los Datos:

Debido a que no se tomaron datos directos de los pacientes sino de registros y no será tomado en cuenta el nombre del mismo, no será necesaria la utilización del consentimiento informado, pero si el permiso correspondiente por parte del director de la ONG San Camilo para la revisión correspondiente de las historias clínicas de los pacientes participantes.

3.7.- Análisis De Los Datos:

El análisis de los datos y la realización de las tablas y los cuadros fueron realizado en el paquete office 2016 – Microsoft Excel 2016

IV.- Resultados

Durante el periodo 2017 – 2018 fallecieron 28 pacientes VIH positivos que se encontraban en tratamiento targa en el hogar san camilo.

En el año 2017, la tasa de mortalidad en el año 2017 fue 18 pacientes (3.27%), mientras que durante el 2018 fallecieron 10 pacientes (3.03%)

Tabla 1.

Mortalidad de pacientes con VIH-sida en TARGA que acuden al hogar san camilo 2017 -2018

	NUMERO DE PACIENTES VIH	PACIENTES VIH FALLECIDOS EN TARGA	TASA DE MORTALIDAD AÑO
2017	550	18	3.27
2018	330	10	3.03
TOTAL	880	28	3.18

Fuente de elaboración propia.

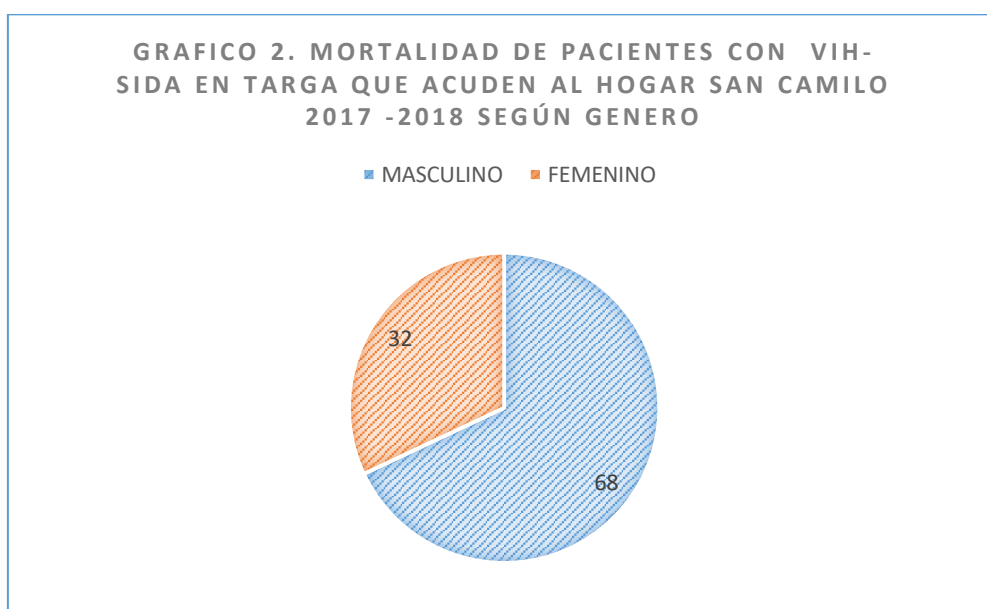
De los 28 pacientes que fallecieron durante dicho periodo, 19 eran varones (68%) y 9 mujeres (32%).

Tabla 2.

Mortalidad de pacientes con VIH-sida en TARGA que acuden al hogar san camilo 2017 -2018 según genero

SEXO	CASOS	PORCENTAJE
MASCULINO	19	68
FEMENINO	9	32
TOTAL	28	100

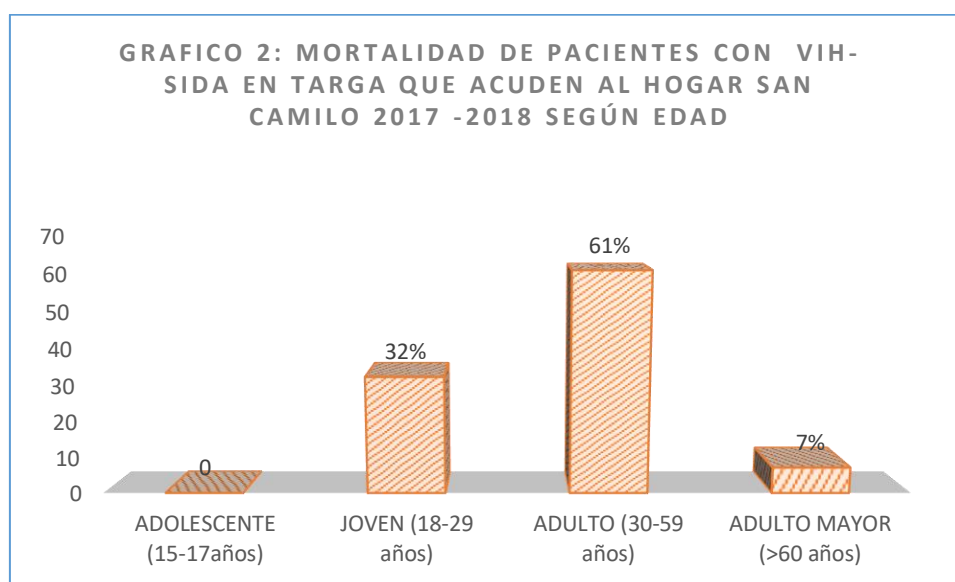
Fuente de elaboración propia.



Así mismo no se reportaron pacientes adolescentes entre 15 y 17 años, 9 tenían entre 18 y 29 años (32%), 17 entre 30 y 59 años (61%), y 2 eran mayores de 60 años (7%)

Tabla 3. Mortalidad de pacientes con VIH-sida en TARGA que acuden al hogar san camilo 2017 -2018 según edad

EDAD	CASOS	PORCENTAJE
ADOLESCENTE (15-17años)	0	0
JOVEN (18-29 años)	9	32
ADULTO (30-59 años)	17	61
ADULTO MAYOR (>60 años)	2	7
TOTAL	28	100

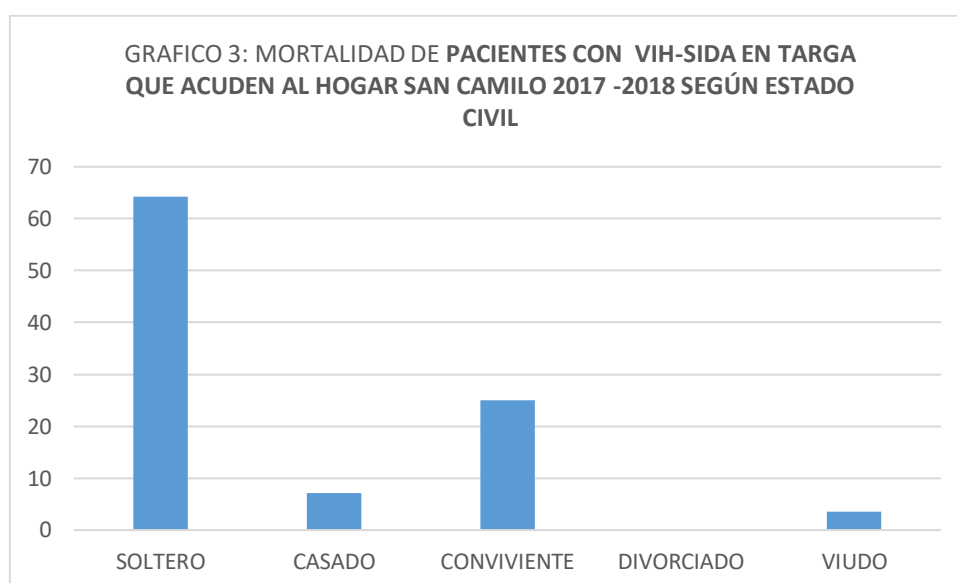


En cuanto a su estado civil, 18 pacientes eran solteros (64%), 2 eran casados (7%), 7 eran convivientes (25%), viudos se registró 1 (4%) y no se registraron pacientes divorciados (0%)

Tabla 4.

Mortalidad de pacientes con VIH-sida en TARGA que acuden al hogar san camilo 2017 -2018 según estado civil

ESTADO CIVIL	CASOS	PORCENTAJE
SOLTERO	18	64
CASADO	2	7
CONVIVIENTE	7	25
DIVORCIADO	0	0
VIUDO	1	4
TOTAL	28	100

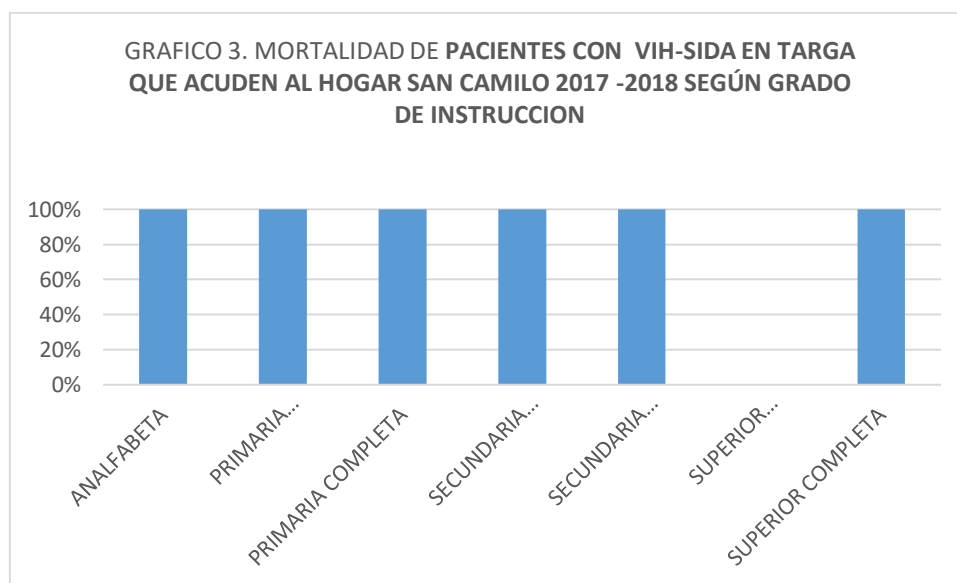


En lo que respecta a su grado de instrucción, 1 paciente era analfabeto (4%), 2 tenían primaria incompleta (7%), 3 tenían primaria completa (11%), 4 tenían secundaria incompleta (14%), 11 tenían secundaria completa (38%), y 7 superior completa (25%) y no se registró ningún paciente con grado de instrucción superior incompleta

Tabla 4.

Mortalidad de pacientes con VIH-sida en targa que acuden al hogar san camilo 2017 -2018 según grado de instrucción

GRADO DE INSTRUCCIÓN	CASOS	%
ANALFABETA	1	4
PRIMARIA INCOMPLETA	2	7
PRIMARIA COMPLETA	3	11
SECUNDARIA INCOMPLETA	4	14
SECUNDARIA COMPLETA	11	38
SUPERIOR INCOMPLETA	0	0
SUPERIOR COMPLETA	7	25
TOTAL	28	100

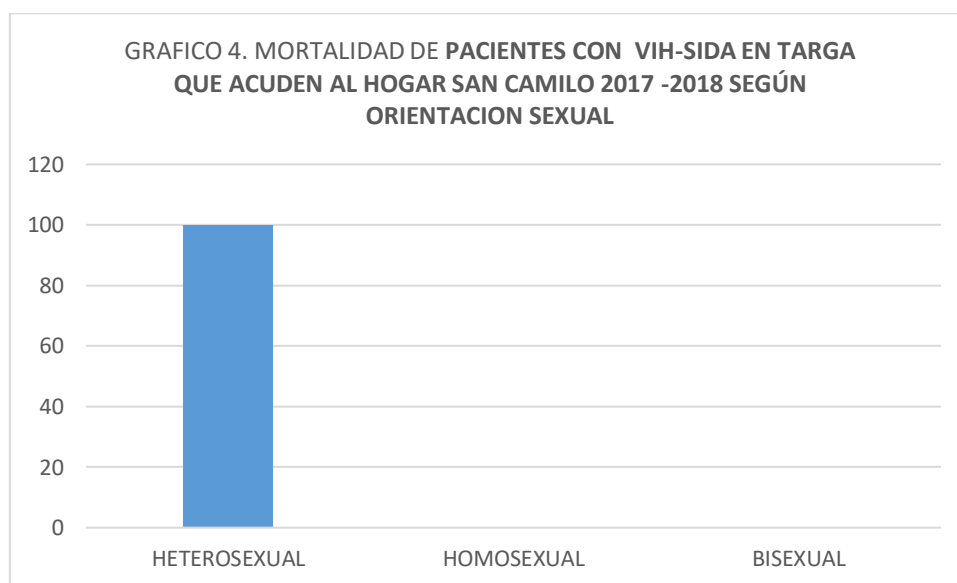


En lo que respecta a la orientación sexual el 100% de los pacientes refirieron ser heterosexuales

Tabla 5.

Mortalidad de pacientes con VIH-sida en TARGA que acuden al hogar san camilo 2017 -2018 según orientación sexual

ORIENTACION SEXUAL	CASOS	PORCENTAJE
HETEROSEXUAL	28	100
HOMOSEXUAL	0	0
BISEXUAL	0	0
TOTAL	28	100

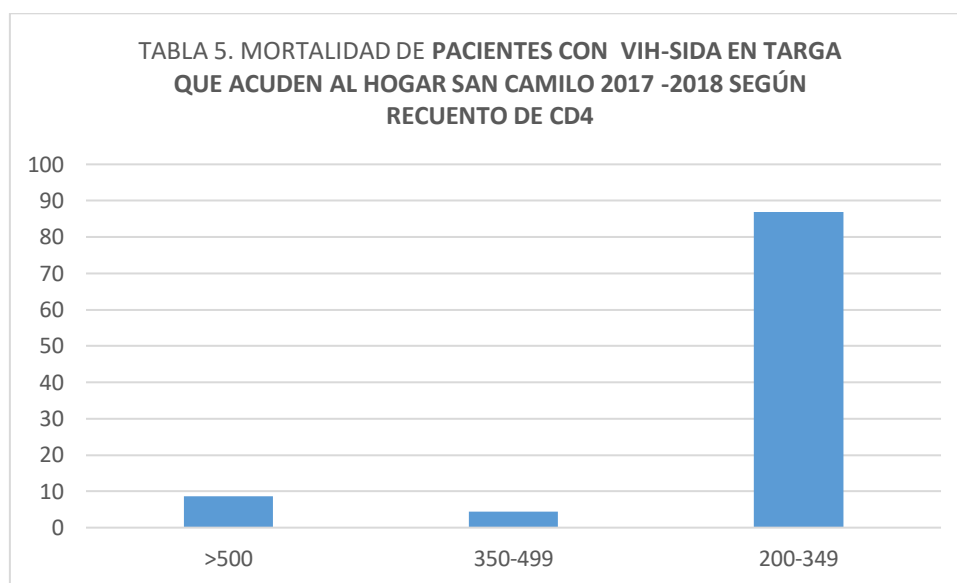


En lo que respecta al recuento de CD4, 2 pacientes tenían un recuento mayor a 500 (9%), 1 paciente tenía entre 350 y 499 (4%), y 20 pacientes entre 200 y 349 (87%)

Tabla 6.

Mortalidad de pacientes con VIH-sida en TARGA que acuden al hogar san camilo 2017 -2018 según recuento de CD4

RECUENTO DE CD4	CASOS	PORCENTAJE
>500	2	9
350-499	1	4
200-349	20	87
TOTAL	23	100

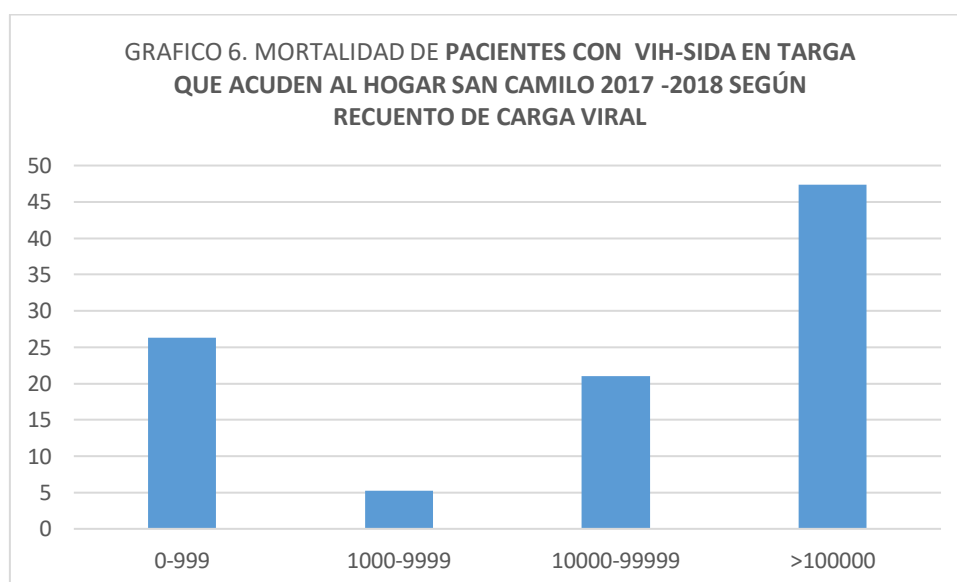


En lo que respecta a la carga viral 5 pacientes tenían entre 0 – 999 copias (26%), 1 tenía entre 1000 – 9999 copias (5%), 4 tenían entre 10000 – 99999 (21%), y 9 tenían más de 100000 (47%)

Tabla 7.

Mortalidad de pacientes con VIH-sida en TARGA que acuden al hogar san camilo 2017 -2018 según recuento de carga viral

CARGA VIRAL	CASOS	PORCENTAJE
0-999	5	26
1000-9999	1	5
10000-99999	4	21
>100000	9	47
TOTAL	19	100

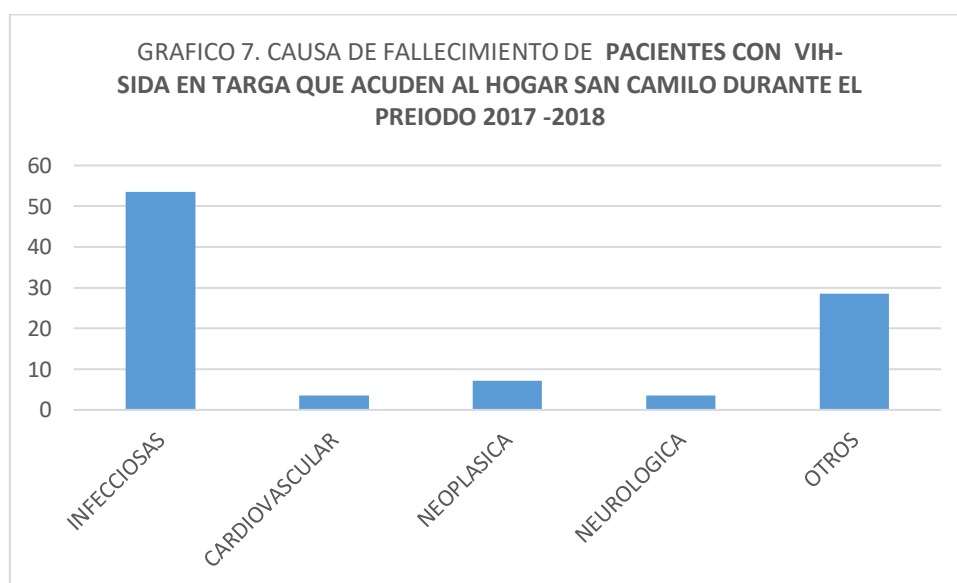


En lo que respecta a las causas de fallecimiento, la causa más común resulto ser la infecciosa con 15 casos representando un (54%), 1 fue de causa cardiovascular (4%), 2 fue de causa neoplásica (7%), 1 fue de causa neurológica (4%), y 8 fueron por otras causas (29%)

Tabla 8.

Causa de fallecimiento de pacientes con VIH-sida en TARGA que acuden al hogar san camilo durante el periodo 2017 -2018

CAUSAS DE MORTALIDAD	CASOS	PORCENTAJE
INFECCIOSAS	15	54
CARDIOVASCULAR	1	4
NEOPLASICA	2	7
NEUROLOGICA	1	4
OTROS	8	29
TOTAL	28	100

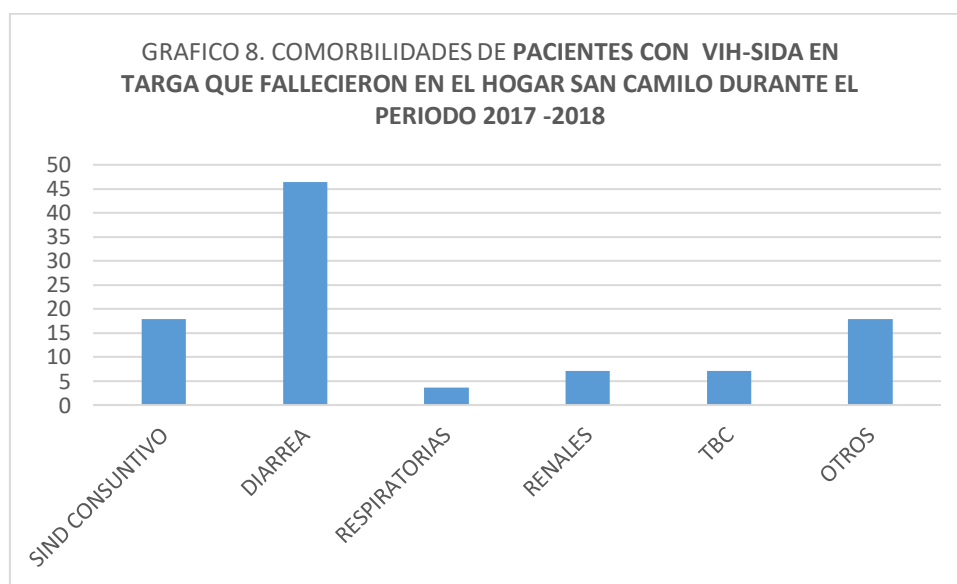


En Lo Que Respecta A Las Comorbilidades Asociadas A La Mortalidad, 5 Pacientes Presentaron Síndrome Consuntivo, 13 Pacientes Diarrea Crónica, 1 Enfermedades Respiratorias, 2 Enfermedades Renales, 2 Tbc, Y 5 Otras Patologías

Tabla 9.

Comorbilidades de pacientes con VIH-sida en TARGA que fallecieron en el hogar san camilo durante el periodo 2017 -2018

ENF. CRONICA	CASOS	PORCENTAJE
SIND CONSUNTIVO	5	18
DIARREA	13	46
RESPIRATORIAS	1	4
RENALES	2	7
TBC	2	7
OTROS	5	18
TOTAL	28	100

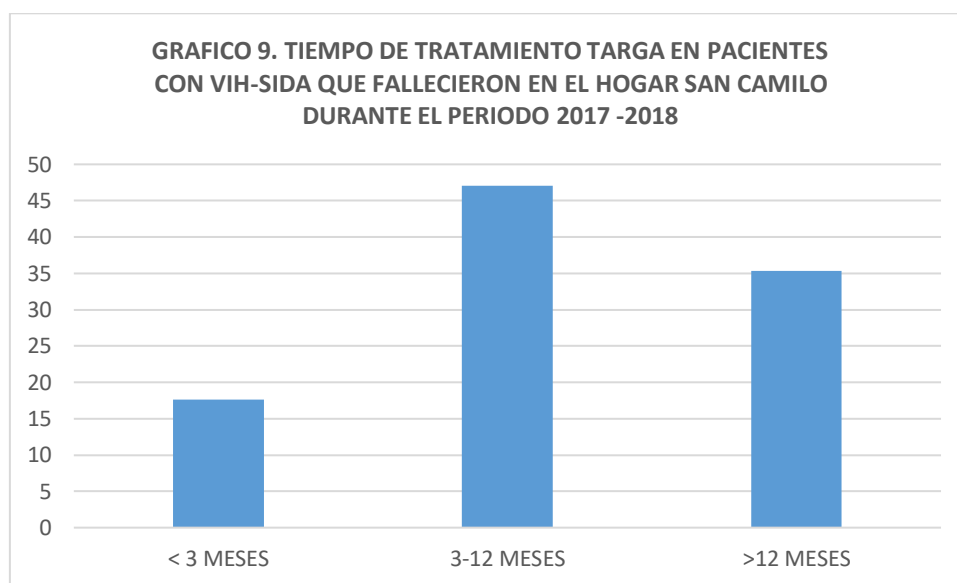


En lo que respecta a tiempo de tratamiento TARGA, 3 pacientes recibieron tratamiento menos de 3 meses, 8 pacientes entre 3 a 12 meses y 6 pacientes un tiempo mayor a un año

Tabla 10.

Tiempo de tratamiento TARGA en pacientes con VIH-sida que fallecieron en el hogar san camilo durante el periodo 2017 -2018

TIEMPO DE TTO TARGA	CASOS	PORCENTAJE
< 3 MESES	3	18
3-12 MESES	8	47
>12 MESES	6	35
TOTAL	17	100



V.- Discusión De Resultados

El VIH es una enfermedad que continua siendo un importante problema de salud pública a nivel mundial, el número de infecciones por VIH sigue disminuyendo de manera global, sin embargo es desigual por regiones y poblaciones clave. Así mismo, la cantidad de personas que fallecen al año por causas relacionadas al SIDA, ha disminuido tal como se ha podido comprobar en nuestro estudio; es así que en el año 2005 fallecieron 1,9 millones de personas por VIH en comparación al año 2016 donde se redujo a 1 millón de fallecido.

De acuerdo al Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú dada por el MINSA, en relación a la mortalidad por VIH según género y edad es similar a la encontrada en nuestro estudio. El MINSA reportó que el número de casos de muerte por VIH/SIDA en varones es mayor que el número de mujeres fallecidas por esta causa; en nuestro estudio hallamos que el 90% de hombres murió por VIH, en comparación a las mujeres donde el porcentaje solo fue un 10%. Según el autor Eza et al¹² en lo que respecta a opción sexual ellos hacen mención que el VIH en el Perú es transmitido mayormente a través de relaciones homosexuales y heterosexuales; mientras que en nuestro estudio hallamos 100% de muertes por VIH SIDA en las relaciones heterosexuales en hombres solteros 64%, en hombres casados 7%, en convivientes 25% y viudos 4%.

En un estudio realizado por Eza et al,¹² titulado “Resultados post mortem e infecciones oportunistas en pacientes VIH-Positivos de un Hospital Público del Perú, encontró también que gran porcentaje de los infectados con VIH tenía por lo menos una enfermedad relacionada con el SIDA, el cual se pudo comprobar en nuestro estudio donde gran cantidad de pacientes ingresó con diarrea crónica 46% y síndrome consuntivo 18%, así como la presencia de infecciones oportunistas como son la presencia de tuberculosis 7%, y otros 18%

como toxoplasmosis, citomegalovirus. Según el autor Otiniano Espinoza Marilyn en su tesis que lleva por título “características clínico epidemiológicas asociados a la mortalidad por VIH sida en el Hospital Guillermo Almenara en el periodo 2012-2014” en lo que respecta a recuentos CD4 y carga viral obtuvo como resultado 16,7% en nivel de cd4 200-499 y un 48 % de carga viral de 0-999, concordando con nuestro estudio donde obtuvimos 87% en recuento de cd4 de 200-349, pero en carga viral el mayor porcentaje lo obtuvimos en >100000 con un 47%.

Por último, con lo que respecta a tiempo de tratamiento TARGA en pacientes que fallecieron con vih sida obtuvimos un mayor porcentaje de muertes en pacientes que llevaban tratamiento en un periodo de 3-12 meses, pero lastimosamente no se encontró literatura similar respecto a esta variable.

VI.- Conclusiones

El estudio muestra una tasa de mortalidad similar, tanto para el año 2017 y 2018, que es similar a otros estudios revisados

En cuanto al sexo se vio que la mayoría de pacientes fallecidos en tratamiento TARGA son varones.

En cuanto a la edad la mayor cantidad de fallecimientos se dio entre pacientes adultos de 30 a 59 años

En relación al estado civil la mayor parte de casos son solteros, de los cuales todos son heterosexuales.

En lo que respecta al grado de instrucción se vio que la mayoría de pacientes fallecidos tenían secundaria completa, y el menor número de casos en personas analfabetas

En lo que respecta a la orientación sexual se vio que todos los pacientes del estudio afirmaban ser heterosexuales.

En cuanto a la causa de muerte esta se relaciona principalmente a las enfermedades infecciosas seguidas de las enfermedades neoplásicas

Se concluye que la mayoría de pacientes fallecidos estaban con cd4 entre 200 y 350, que se correlaciona con datos estadísticos en otros estudios

En cuanto a las comorbilidades que presentaban estos pacientes, se puede ver que la mayoría de ellos presentaban diarrea crónica asociada, y síndrome consuntivo

La mayoría de pacientes que fallecieron recibieron TARGA entre 3 y 12 meses

VII.- Recomendaciones

Se recomienda conocer las causas más frecuentes de muerte en todos los entornos, a fin de estar alerta para su pronto reconocimiento y decidir tratamientos oportunos. En particular en los países de escasos recursos, donde hay limitaciones diagnósticas y terapéuticas, las causas de muerte deben ser conocidas por el personal médico asistencial en VIH/SIDA.

Se recomienda que los establecimientos de salud dispongan de un plan de necropsias, que permitan conocer la causa de muerte, cuando un diagnóstico clínico no logro definirse previo a la muerte.

Es importante que los pacientes tengan una buena adherencia al TARGA y tomen conciencia de las complicaciones fatales de la enfermedad al no seguir una conducta responsable.

Se recomienda ampliar el estudio con mayor número de casos y en más centros de tratamiento, con la finalidad de tener datos más exactos para su interpretación

VIII.- Referencias

Otiniano, M. (2016), Características Clínico Epidemiológicas Asociadas A La Mortalidad Por VIH-SIDA En El Hospital Guillermo Almenara Durante El Periodo 2012-2014. (tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4032>

Montalvo, R., Mejia, J., Ramirez, P., Rojas, E., Serpa, H., Gomez, M., Quispe., F. (2016). Mortalidad en pacientes con infección por VIH/SIDA en tratamiento antiretroviral en Huancayo, Perú 2008-2015. Acta méd. peruana vol.33 no.2 Lima abr./jun. 2016. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000200005

OMS, VIH SIDA. (2018). Notas descriptivas. 19 de julio 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

Torruco, U. (2016). Infección por VIH y sida, dos mundos que se apartan. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, volumen 59 enero-febrero 2016. <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2016/un161h.pdf>

Cabello, A. (2016). Meningoencefalitis criptocócica. Epidemiología y factores de riesgo de mortalidad en la era pre- y pos-TARGA. Elsevier España 2016. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775316000154>

Monsalve, L. (2017). MORBILIDAD, MORTALIDAD Y FALLA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN ADOLESCENTES CON VIH / SIDA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA EN CARACAS, VENEZUELA. Revista de la asociación colombiana de infectología 2017, volumen 21 num 3. Disponible en: <http://www.revistainfectio.org/index.php/infectio/article/view/673>

Parra, P. (2017), Características epidemiológicas, clínicas e inmunológicas en pacientes con coinfección por tuberculosis – VIH/SIDA en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo 2012 – 2016. (tesis de pregrado) Recuperado de: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/2294>

Olivares, J. (2018). Factores clínicos y epidemiológicos más frecuentes de los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el Hospital de Apoyo I Nuestra Señora de las Mercedes – Paita durante el periodo julio 2016 - junio 2017. Disponible en: <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1191?show=full>

Espinoza, D. (2018). Factores asociados a sobrevida en una cohorte de pacientes con VIH que iniciaron terapia antirretroviral (Targa) en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en Lima durante los años 2004-2012. Disponible en: <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/622934>

ONUSIDA. (2018). Estadísticas mundiales sobre VIH de 2017, Hoja informativa, Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf

MINSA. (2015). DOCUMENTO TÉCNICO “PLAN MULTISECTORIAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ITS/VIH y SIDA, 2015 – 2019”. Disponible en:

ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2015/ANEXO_DEL_DECRETO_SUPREMO_035-2015-SA.pdf

MINSA. (2017). Dirección de Prevención y Control de VIH/SIDA, ETS, Hepatitis 12 de marzo del 2018, Situación del VIH y TARV en el Perú. Disponible en: ftp://ftp.minsa.gob.pe/sismed/ftp_carga/REUNION%20FORTALECIMIENTO%20SISMED%20EN%20EL%20MARCO%20DE%20LAS%20ESTRATEGIAS%20DEL%202012%20AL%202015%20MARZO%202018/REUNION%20TECNICA%202012%2015%20MARZO%202018/REUNION%20DEL%202012%2015%2003%2018/Dia%201/VIH.pdf

MINSA. (2018). Centro nacional de epidemiología, prevención y control de enfermedades, boletín VIH-SIDA. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=362&Itemid=362

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. (2018). Biblioteca Médica Nacional. VIH/Sida. Estadísticas Mundiales. Factográfico salud [Internet]. Cuba. 2018 Feb [citado Día Mes Año];4(2):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2018/02/factografico-de-salud-febrero-2018.pdf>

Dirección general de epidemiología. (2012). Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH – SIDA. Recuperado de:

[http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/Manual_VIHSID
A_vFinal_1nov12.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/Manual_VIHSID_A_vFinal_1nov12.pdf)

Eza, D., Cerrillo, G., Moore, D., Castro, C., Ticona, E., Morales, D. et al. (2006).
Postmortem findings and opportunistic infections in HIV-positive patients from a
public hospital in Peru. *Pathology Research and Practice*; 202(11): 765-75

IX- ANEXOS

1. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Edad		15-29 30-44 45-59 >60 años
Sexo		Masculino femenino
Grado de instrucción		Analfabeta Primario incompleto Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior incompleta Superior completa
Estado civil		Soltero Casado Conviviente Divorciado Viudo
Opción sexual		Homosexual Heterosexual bisexual
Recuento de cd4		>500 /mm ³ 350-499/mm ³ 200-349/mm ³
Carga viral		0 – 999 1000 – 9999 10000 - 99999 >100000
Enfermedad crónica asociada		Anemia crónica Diarrea crónica Gastritis crónica Respiratorias
Causas principales de mortalidad		Infecciosas Cardiovascular Neoplasias Neurológica Otros
Tiempo de tratamiento en TARGA		< 3 meses 3-12 meses >12 meses

SOLICITUD PARA LA REALIZACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION Y RECOLECCION DE DATOS

DE: CANDY ESTER MERINO PARRA

Egresada De Medicina Humana De La Facultad.....

PARA: DR. JOSE CARLOS MANOTUPA

DIRECTOR DEL HOGAR SAN CAMILO

MOTIVO: REALIZACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION Y RECOLECCION DE DATOS

YO, CANDY ESTER MERINO PARRA, IDENTIFICADA CON DNI:,
CON DOMICILIO: ANTE USTED RESPETUOSAMENTE ME PRESENTO Y
EXPONGO:

QUE HABIENDO CULMINADO LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA EN LA UNIVERSIDAD, SOLICITO A USTED PERMISO
PARA REALIZAR EL TRABAJO DE INVESTIGACION EN SU INSTITUCION SOBRE..... PARA OPTAR EL GRADO
DE MEDICO GENERAL, PARA LO CUAL TAMBIEN SOLICITO LA REVISION DE HISTORIAS CLINICAS DE LOS PACIENTES QUE
..... EN TARGA EN EL AÑO

POR LO EXPUESTO

Ruego A Usted Acceder A Mi Solicitud

LIMA, 1 DE FEBRERO 2018

CANDY ESTER MERINO PARRA

DNI: