



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO RECIENTE
DE INFECCIÓN VIH-SIDA, HOGAR SAN CAMILO 2017 -2021

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el Título Profesional de Médico cirujano

Autor:

Hurtado Huamán, Mayk Percy

Asesor:

Cabrera Pinedo, Magno
(ORCID: 0000-0002-9802-0549)

Jurado:

Chávez Ascon, Carlos Manuel
Huarag Reyes, Raúl Abel
López Gabriel, Wilfredo Gerardo

Lima - Perú

2022

Referencia:

Hurtado, H. (2022). *Características clínicas de pacientes con diagnóstico reciente de infección VIH-SIDA, Hogar San Camilo 2017-2021* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal].

Repositorio

Institucional

UNFV.

<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6109>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA HIPÓLITO UNANUE

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO RECIENTE DE INFECCIÓN VIH-SIDA, HOGAR
SAN CAMILO 2017 -2021**

Línea de Investigación:
Salud Pública

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autor

Hurtado Huamán, Mayk Percy

Asesor

Cabrera Pinedo, Magno
(ORCID: 0000-0002-9802-0549)

Jurado

Chávez Ascon, Carlos Manuel
Huarag Reyes, Raúl Abel
López Gabriel, Wilfredo Gerardo

Lima – Perú
2022

Dedicatoria

Este trabajo está dedicado a mis padres y hermanos, por todo el apoyo brindado durante estos años de transcurso de la carrera.

Agradecimiento

Quiero brindar mi sincero agradecimiento a los docentes de la Universidad Nacional Federico Villarreal, por sus valiosas enseñanzas; a mi asesor, el Dr. Cabrera Pinedo, Magno, quien me brindo valiosas recomendaciones para la elaboración del presente documento, y a los profesionales del Hospital Nacional Hipólito Unanue, por su apoyo durante la elaboración del presente trabajo.

Índice

	Pág.
Resumen	viii
Abstract	ix
I. Introducción.....	1
1.1. Descripción y Planteamiento del Problema	2
1.2. Antecedentes	3
1.3. Objetivos	10
1.3.1. Objetivo general	10
1.3.2. Objetivos específicos.....	11
1.4. Justificación.....	11
II. Marco Teórico	13
2.1 Bases Teóricas Sobre el Tema de Investigación	13
III. Método.....	20
3.1. Tipo de Investigación.....	20
3.2. Ámbito temporal y espacial.....	20
3.3. Variables	21
3.4. Población y muestra.....	23
3.5. Instrumentos	23
3.6. Procedimientos	23
3.7. Análisis de datos.....	24
3.8. Consideraciones éticas	24
IV. Resultados.....	25
V. Discusión de Resultados	36
VI. Conclusiones.....	39

VII. Recomendaciones	41
VIII. Referencias.....	42
IX. Anexos.....	48

Índice de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Sexo de los pacientes con diagnóstico reciente de infección con VIH-Sida	25
Tabla 2. Edad de los pacientes con diagnóstico reciente de infección con VIH-Sida	26
Tabla 3. Orientación sexual de los pacientes con diagnóstico reciente de infección con VIH-Sida.....	27
Tabla 4. Estado civil de los pacientes con diagnóstico reciente de infección con VIH-Sida..	28
Tabla 5. Características clínicas de pacientes con diagnóstico reciente de infección con VIH-Sida.....	29
Tabla 6. Diagnóstico reciente de infección con VIH-SIDA relacionados con la edad y sexo	31
Tabla 7. Diagnóstico reciente de infección con VIH-Sida relacionados con recuento de CD4, sexo y edad.	32
Tabla 8. Diagnóstico reciente de infección con VIH-Sida relacionados con estadio clínico y sexo	32
Tabla 9. Motivo de consulta de los pacientes con diagnóstico reciente de infección con VIH-Sida.....	33
Tabla 10. Enfermedades asociadas a los pacientes con diagnóstico reciente de infección con VIH-Sida.....	35

Índice de Figuras

	Pág.
Figura 1. Sexo de los pacientes con diagnóstico reciente de infección con VIH-Sida	25
Figura 2. Edad de los pacientes con diagnóstico reciente de infección con VIH-Sida.....	26
Figura 3. Orientación sexual de los pacientes con diagnóstico reciente de infección con VIH-Sida.....	27
Figura 4. Estado civil de los pacientes con diagnóstico reciente de infección con VIH-Sida	28
Figura 5. Características Clínicas de pacientes con diagnóstico reciente de infección con VIH-Sida.....	29
Figura 6. Características clínicas según el tipo de diagnóstico realizado	30
Figura 7. Diagnóstico reciente de infección con VIH-SIDA relacionados con la edad y sexo	31
Figura 8. Diagnóstico reciente de infección con VIH-Sida relacionados con estadio clínico y sexo	33
Figura 9. Motivo de consulta de los pacientes con diagnóstico reciente de infección con VIH-Sida.....	34
Figura 10. Enfermedades asociadas a los pacientes con diagnóstico reciente de infección con VIH-Sida.....	35

Resumen

Objetivos: Determinar cuáles son las características clínicas de pacientes con diagnóstico reciente de infección VIH-Sida en el Hogar San Camilo, durante el periodo enero del 2017 a diciembre del 2021. **Método:** Estudio de tipo descriptivo, retrospectivo observacional de corte transversal. Se estudió a 43 pacientes de ambos sexos mayores de 18 años con diagnóstico reciente de infección VIH-Sida, con controles de CD4 y, que estén dentro del periodo 2017-2021. **Resultados:** se encontró que según sexo en 27 (63 %) varones y 16 (37 %) mujeres, cuando se relaciona VIH-Sida reciente con la edad y el sexo la mayoría son varones de 13(30.23 %), con las características clínicas notamos que en su mayoría son síndrome consuntivo 5 (11.62 %), la relación de CD4 con el sexo y el estadio de enfermedad sida o no sida se observa, los varones en su mayoría llegan en la etapa sida 18-30 años, 8 (29.6 %), 31-40 años 3 (11.2 %), con respecto a mujeres varía de acuerdo a la edad, 18-30 años, no sida 5 (31.25 %), de 31-40 años SIDA 3 (18.75 %), el motivo de consulta observamos que la mayoría fueron asintomáticos 16 (37%). **Conclusiones:** Con las características clínicas notamos que síndrome consuntivo 5 (11.62 %), disnea/insuficiencia respiratoria 4 (9.3 %), diarrea crónica 3 (6.97 %) son los más representativos. La mayoría fueron asintomáticos. Las enfermedades asociadas, las más representativas, fueron pneumocistosis y síndrome de consumo.

Palabras Claves: VIH, sida, característica clínica, infección oportunista.

Abstract

Objectives: To determine the clinical characteristics of patients with a recent diagnosis of HIV-AIDS infection in the Hogar San Camilo during the period from January 2017 to December 2021. **Method:** Descriptive, retrospective observational cross-sectional study. 43 patients of both sexes over 18 years of age with a recent diagnosis of HIV-AIDS infection, with CD4, who are within the period 2017-2021, were studied. **Results:** it was found that according to sex in 27 (63 %) men and 16 (37 %) women, when recent HIV-AIDS is related to the age and sex the majority are males of 13 (30.23 %), with the clinical characteristics we note that they are mostly consumptive syndrome 5 (11.62 %), the relationship of CD4 with sex and the stage of disease AIDS or not AIDS is observed, the majority of men arrive at the AIDS stage 18-30 years, 8 (29.6 %), 31-40 years 3 (11.2 %), with respect to women, it varies according to age, 18-30 years, non-AIDS 5 (31.25 %), 31-40 years old AIDS 3 (18.75 %), the reason for consultation we observed that the majority were asymptomatic 16 (37 %). **Conclusions:** With the clinical characteristics, we note that wasting syndrome 5 (11.62 %), dyspnea/respiratory failure 4 (9.3 %), chronic diarrhea 3 (6.97 %) are the most representative. Most were asymptomatic. The most representative associated diseases were Pneumocystosis and consumption syndrome.

Keywords: HIV, AIDS, clinical characteristic, opportunistic infection.

I. Introducción

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), al inicio de su descripción en los años ochenta, ha incrementado marcadamente su incidencia y prevalencia a nivel mundial, por tal motivo es una pandemia causante un problema de salud pública mundial. El Virus de Inmunodeficiencia Humana y su enfermedad asociada sida (VIH/sida) impacta directamente en la sociedad, debido a sus consecuencias en la salud individual y colectiva, manifestándose como uno de los problemas de salud mundial más importantes en lo que concierne a salud pública. 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 entre países y zonas geográficas (Balcindes et al., 2018).

Las estadísticas muestran el aumento del VIH/sida predominando el sexo masculino (77 % del total de hombres), y dentro de este grupo poblacional los hombres que tienen sexo con otros hombres (homosexuales), que representan 78 %; con un aumento de la proporción de ambos grupos desde 1995 hasta la fecha (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida [ONUSIDA] y Organización Mundial de la Salud [OMS], 2009).

La infección por el VIH se diagnostica mediante pruebas rápidas que detectan la presencia de anticuerpos contra el virus. En la mayoría de los casos, los resultados se obtienen en el mismo día, una cuestión fundamental para diagnosticar la infección en ese día y para atender a los afectados e iniciar el tratamiento lo antes posible.

Hay poblaciones más vulnerables que tienen un mayor riesgo de infección por el VIH, que es independiente al tipo de epidemia y de la situación local: los hombres que tienen relaciones homosexuales, los consumidores de drogas que se aplican por vía endovenosa, los presidiarios y reclusos en otros entornos, las trabajadoras sexuales y los transexuales.

Es común, los patrones de comportamientos de las personas que pertenecen a estos grupos de mayor riesgo que les causan problemas sociales y penales y aumentan su riesgo de

infectarse con el VIH y reducen su acceso a los programas de diagnóstico y tratamiento. (Vallejo et al., 2018).

Los signos y síntomas de la infección por el VIH se diferencian según el estadio de que se trate, especialmente al comienzo - en las primeras semanas - que siguen al contagio la persona no muestra ningún síntoma, otras personas en a veces presenta un cuadro seudogripal, cefalea, rash maculopapular o dolor de garganta y muchas personas infectadas ignoran que son portadoras hasta etapas más avanzadas.

1.1. Descripción y planteamiento del problema

A pesar de los avances médicos de los últimos años en prevenir y tratar la enfermedad, la infección por VIH/Sida es un problema de salud pública, que conforma gran parte de la morbimortalidad del Perú, debido a su diagnóstico en etapas tardías, la falta de información y la accesibilidad al tratamiento oportuno; ya que la progresión de la infección, el pronóstico de supervivencia y la falta adherencia al tratamiento se relacionan directamente con el grado de compromiso del sistema inmune al momento del diagnóstico (Astuvilca et al., 2007).

Al contar con esta información sobre las características clínicas permite justificar el acceso a una medicina moderna segura y efectiva. La importancia también radica en evaluar a los pacientes sin diagnóstico previo de infección por VIH o en etapas muy avanzadas de enfermedad para promover las acciones de diagnóstico precoz antes de una complicación avanzada y conocer el porcentaje de ingresos que se puede evitar.

Por lo mencionado, nuestro estudio de investigación buscó determinar las características clínicas de pacientes con diagnóstico reciente de infección VIH-Sida durante el periodo 2017-2021 en el Hogar San Camilo.

Es importante contar con esta información sobre las características clínicas de pacientes con diagnóstico reciente de infección VIH-Sida para así justificar tratamientos oportunos; por ello, se propuso investigar cuáles son las características clínicas que hacen que estos pacientes

sean más vulnerables a este flagelo de la humanidad.

1.1.1. Problema general

¿Cuáles son las características clínicas de pacientes con diagnóstico reciente de infección VIH-sida en el Hogar San Camilo, durante el periodo enero del 2017 a diciembre del 2021?

1.1.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la frecuencia de las características principales en pacientes con diagnóstico reciente de infección VIH-sida en el Hogar San Camilo, durante el periodo de enero del 2017 a diciembre del 2021?
- ¿Cuáles fueron los motivos de consulta en pacientes con infección reciente por VIH-sida en el Hogar San Camilo, durante el periodo de enero del 2017 a diciembre del 2021?
- ¿Cuáles fueron los estadios clínicos de ingreso en pacientes con diagnóstico reciente de infección VIH-sida en el Hogar San Camilo, durante el periodo de enero del 2017 a diciembre del 2021?
- ¿Cuáles fueron las enfermedades asociadas de los en pacientes con diagnóstico reciente de infección VIH-sida en el Hogar San Camilo, durante el periodo de enero del 2017 a diciembre del 2021?

1.2. Antecedentes

1.2.1 Antecedentes internacionales.

Martínez et al. (2007), en su trabajo titulado “Características clínicas de los pacientes positivos para VIH que consultaron por primera vez al Hospital Central de Maputo” (Mozambique), se estudia las diferencias entre la situación de África y la de Colombia, el estudio demostró las características clínicas y de laboratorio de los pacientes positivos para VIH que se atendieron por primera vez en el Hospital Central de Maputo, Mozambique, y discutir las coincidencias y diferencias con respecto a la situación en Colombia. Se recabó

información de los pacientes diagnóstico confirmatorio entre el 9 de julio y el 13 de septiembre de 2004 en Maputo, Mozambique, con infección por VIH mediante una prueba rápida en sangre (Uni-Gold, Trinity Biotech, PLC, Irlanda). Se incluyó los pacientes que tenían historias clínicas y habían sido valorados por un médico durante el periodo establecido. Resultados: De 458 pacientes infectados con el VIH, 242 (53 %) habían sido atendidos por un médico y, por ende, fueron el objeto del presente estudio. la población más representativa del estudio se encontraba entre los 20 y los 49 años de edad, con un promedio de 34,5 años. La mayoría de los pacientes que consultaron fueron del sexo femenino, (n=142, 58.7 %), con un promedio de edad de 31 años. El 45 % de los pacientes estudiados (n=109) tuvieron antecedentes completos y registrados en sus historias clínicas del establecimiento de salud. Se halló una alta prevalencia de sarcoma de Kaposi, tanto en mujeres como en hombres (20 %). Según la clasificación de la organización mundial de la salud - OMS, el estadio clínico más frecuente fue el IV en 43 sexo femenino (40.2 %), y en el sexo masculino, fue el III, con 34 casos (41.4 %). De los pacientes con resultados de recuento de linfocitos CD4, solo 18 (12.8 %) se encontraban en estadio A, según la clasificación de los CDC, mientras que más del 50 % de los que tenían recuentos (n = 74, 53 %) presentaron valores inferiores de CD4 a 200 células por μl y, de estos, 31 % estaban en estadio C.

Redondo et al. (2002), en su trabajo “solicitud y la realización de test del VIH en atención primaria. Estudio de la red de médicos centinelas de castilla y león 2002” determinó los motivos que tuvieron los médicos y los pacientes para solicitar la prueba de descarte de la infección por VIH, se realizó el estudio de tipo descriptivo revisando las solicitudes del test del VIH a la población, cubierta por los médicos centinelas de castilla y león. La tasa de solicitudes por, 100000 habitantes presentó tendencias que se incrementaron en los últimos años. Existen diferencias marcadas entre el porcentaje de los test solicitados por médicos (55.9 %) y por los pacientes (40 %) también entre el sexo y la media de la edad de mujeres y varones. La

transmisión entre orientación sexual de tipo heterosexual resulto ser la práctica de mayor riesgo en los de sexo masculino. Mientras que las prácticas en bisexuales solo presentaron el 5 %, de las de sexo femenino, el 22.7 % tenían antecedentes de transmisión sexual heterosexual, un 6.9 % de consumo de drogas por vía endovenosa y un 4.9 % fueron de hija de madre en riesgo. De las personas con factores de riesgo, el 51.7 % tuvieron otros motivos para solicitar la prueba, siendo principalmente de carácter legal 24.2 %. Dentro de los motivos para solicitar el test de descarte de VIH los individuos sin prácticas de riesgo, el chequeo de médico fue la causa más importante (21.6 %) seguida de baja de peso 5.8 %, la presencia de síntomas indicativos (3.9%). es importante remarcar que en el tiempo de estudio se observó un aumento de número de test efectuados por chequeo médico.

Rodríguez et al. (2015), en su trabajo “Características clínicas y epidemiológicas de la infección por VIH en inmigrantes latinoamericanos versus chilenos”, realizo un estudio comparativo en un establecimiento de salud de Santiago en el periodo de 2003-2013, Determinar las características clínicas y epidemiológicas basales de la infección por VIH en inmigrantes latinoamericanos que acudieron a un centro de atención clínica de referencia para el VIH entre los años 2003-2013. Métodos: estudio de análisis retrospectivo. Compararon las características iniciales de inmigrantes latinoamericanos al ingreso a la unidad de enfermedades infecciosas con un grupo de pares de chilenos en la misma unidad. Resultados: el resultado arrojó un aumento en el número de inmigrantes a lo largo del período de estudio. Los pacientes extranjeros presentaron mayor proporción de mujeres (26 % vs 9 %) y conducta heterosexual frente a los nacionales (37 % vs 22 %). La mayoría de los inmigrantes fueron de nacionalidad peruana (55 %) y colombiana (12 %).

Sánchez (2015) en su trabajo Características clínicas y epidemiológicas de la infección por VIH/Sida en el municipio Yara (Cuba) en el período de 1986–2014, determinó las características clínicas y epidemiológicas de la infección por VIH/Sida. realizó un estudio de

tipo observacional tipo series de casos para describir las características clínicas y epidemiológicas de la infección por VIH en el municipio Yara en el período de 1986–2014, se determinó que la infección por VIH/Sida en el municipio Yara, afecta principalmente a las zonas urbanas, a personas de sexo masculino y adultas jóvenes, cuyo nivel educativo es medio, es una causa relacionada con la ocupación, que afecta en la conducta social, a predominio de pacientes VIH positivo orientación sexual es de tipo heterosexual.

Sandoval et al. (2008), en su trabajo “Infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VHI) en los servicios de medicina en el hospital universitario Ruiz y Peaz”. Realizo un estudio prospectivo, descriptivo, serie de casos, en el cual se determinó la morbimortalidad de los pacientes con diagnóstico VIH que acudieron al hospital Ruiz Páez, en la ciudad de bolívar (Venezuela) durante el año 2008, la muestra estuvo conformada por 53 pacientes, de este grupo 35 tenía diagnóstico que confirmaban la infección de VIH y 18 no se sabía la presencia de la enfermedad realizándose un examen diagnóstico recién durante su estancia en el hospital, resultados arrojaron que el grupo atareo más afectado estaba en el Arango de edad de 22-31 años con un 37.7 %, y el sexo predominante fue de masculino 88.7 %, la orientación sexual predominante fue heterosexual 35 (66 %) seguida de bisexual 14 (26.4 %) y homosexual 4 (7.6 %); las enfermedades que se asociaron fue Sd de desgaste de VIH 56.6 %, seguido de infecciones intestinales 20.8 %, según el diagnóstico de ingreso la mayoría se encontraban en el último estadio clínico de la enfermedad (estadio C-3) las alteraciones hematológicas más frecuentes fueron leucopenia y anemia 37.7 % y 79.3 % respectivamente. Del total de pacientes estudiados fallecieron 7 (letalidad 13.2 %) y el resto de los pacientes evoluciono a la mejoría.

Sandoval et al (2009), su trabajo “Características Clínicas y epidemiológicas de los pacientes adultos con VIH en el instituto hondureño de seguridad social” es un estudio descriptivo transversal, el grupo fueron todos los pacientes mayores de 18 años diagnosticados con VIH en la Clínica Periférica No. 1 del IHSS en Tegucigalpa desde el 1 de enero al 31 de

diciembre del 2008. Se recabaron la información a través de una encuesta elaborada con preguntas abiertas y cerradas en una de entrevista. Resultados. De, 9739 personas con la prueba de ELISA para VIH/SIDA, 85 resultaron positivos (0.8 %). La mayoría eran varones entre 31 y 40 años, predominando la infección en pacientes mestizos, casadas o en unión libre y nivel sociocultural bajo. La forma de transmisión fue por vía sexual (heterosexual en 85.9 % de los casos). Se encontró asociación con otras Enfermedades de Transmisión Sexual. En el estudio predominó los casos VIH sobre los casos SIDA.

Valdés et al. (2019), en su trabajo titulado Características clínicas de pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana. Hospital General Docente “Enrique Cabrera” en Cuba, el objetivo fue determinar las características clínicas de pacientes con VIH ingresados en el Hospital General Docente “Enrique Cabrera”. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con VIH ingresados en el período desde 1 de enero de 2007 hasta 31 de diciembre de 2013. La muestra estuvo conformada por 86 casos. El número de pacientes se aumentó por años, los varones constituyeron 79 %, los grupos de edad más frecuentes 21 a 30 y 41 a 50 años. Las adenopatías generalizadas fue el hallazgo al examen físico más frecuente. El conteo de T CD4 menor de 200 células/mm³, en su mayoría. La causa de ingreso fueron las patologías respiratorias que constituyeron 25 % de las causas de ingreso. Se realizó el diagnóstico en el hospital en 36 % de los casos, de los cuales el 77 % eran diagnósticos tardíos de la enfermedad.

Vidal et al. (2019), en su trabajo “Aspectos Clínicos de laboratorio en pacientes con diagnóstico en estadio Sida”, realizó un estudio de tipo longitudinal de corte retrospectivo que incluyó 248 casos de pacientes diagnósticos a su ingreso al hospital o en consulta médica en el periodo enero de 2015 hasta diciembre 2016. Se incluyeron variables demográficas (edad y sexo), epidemiológicas (vía de contagio y orientación sexual), inmunológicas (niveles de CD4 y carga viral), relacionadas con la mortalidad y el diagnóstico reciente en la última etapa de la enfermedad o etapa Sida. Resultados: se observa que la población de infectados 77. % son del

sexo masculino, con respecto a la edad, destaca la edad de 18-30 años (31.9 %). La población homosexual es la más predominante (77 %). de acuerdo a las características clínicas de la enfermedad predominó la fiebre (31.7 %) e insuficiencia respiratoria (20.3 %), seguida por Sd consuntivo (13.9 %) la enfermedad asociada más frecuente fue la neumonía por pneumoystis jiroveci, seguido por el Sd de desgaste y la enfermedad lifoproliferativa. Con respecto a los niveles de linfocitos CD4 y el grupo más predominante fue CD4 > 500 cel/ml. En un 50 %. La fiebre y los síntomas respiratorios fueron las características clínicas predominantes, mientras que la pcp, fue la enfermedad diagnosticada con mayor frecuencia en la serie generalizada.

1.2.2 Antecedentes nacionales

Bonilla y Vilcapoma (2019), en su trabajo “Características clínicas, epidemiológicas e inmunoserológicas de los pacientes en terapia antirretroviral de gran actividad en un hospital peruano” se describe las características epidemiológicas, clínicas e inmunoserológicas de los pacientes en Tratamiento Antirretroviral de Gran Alcance (TARGA), de la Red Asistencial de EsSalud de Ica, en el año 2012. El estudio fue de tipo observacional, transversal y descriptivo con los pacientes diagnosticados con VIH mayores de 18 años en el Hospital III Augusto Hernández Mendoza, se recabó la información mediante una entrevista y revisión de historias clínicas en consultorio externo. La muestra estaba conformada por 69 pacientes. Se realizó un análisis univariado con el programa SPSS. Resultados: La relación hombre/mujer fue de 2/1, predominó el grupo de orientación sexual, heterosexuales, el 74.60 % inició tratamiento en fase SIDA con una media de CD4 de 96,15 cél/mL.

Cabezas (2021), en su Tesis titulada “Características Clínicas y epidemiológicas de la infección de VIH en pacientes peruanos e inmigrantes latinoamericanos atendidos en el hospital Arzobispo Loayza durante el 2018”, describió las características clínicas y epidemiológicas de la infección por VIH, y conocer el nivel de adherencia al TARGA de pacientes peruanos e inmigrantes latinoamericanos atendidos en un Hospital nivel III de Lima-Cercado. El estudio

fue de tipo observacional, descriptivo, transversal y comparativo, con base en unas fichas de recolección de datos validada en pacientes VIH positivos atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante 2018. En el estudio se incluyó a 150 pacientes, de los cuales el 71.3 % fueron de nacionalidad peruana y el 28.7 %, de nacionalidad venezolana. Predominó el sexo masculino (88.7 %); estado civil soltero (80.7 %), grupo etario mayor a 29 años (70.7 %); el grado de instrucción superior (50.7 %); trabajadores (78.7 %), y con seguro de salud (64 %). Se determinó que la diabetes mellitus tipo 2 fue la comorbilidad más prevalente (6.7 %); dentro de las infecciones de transmisión sexual la más frecuente fue sífilis (21.3 %), y dentro de las enfermedades oportunistas la mayoría fue tuberculosis pulmonar (12 %). Prevalió el estadio VIH de tipo asintomático (98.7 %); grupo poblacional homosexual fue (66.7 %); El contagio por vía sexual (66.7 %); la edad al diagnóstico de la enfermedad es mayor de 25 años (64.7 %); tiempo de enfermedad mayor de 2 años (65.3 %); primer recuento de CD4 no SIDA (65.1 %), y la mala adherencia terapéutica (63.3 %).

Olivares (2017), en su tesis titulada “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”, el objetivo fue identificar cuáles son los 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 (HLMP) durante el periodo julio 2016 – junio 2017. Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal. Se encontró que predominó varones (57.5 %), con edades de 15-29 años (45 %); del distrito de Paita (92.5 %); de un nivel socioeconómico bajo (67.5 %); consumidores de alcohol (50 %); fueron de orientación sexual de tipo heterosexuales (80 %). El contagio fue por vía sexual (100 %); enfermedad asociada, la anemia (47.5 %); antecedente de infección de transmisión sexual, la Sífilis (20 %); el recuento de linfocitos CD4 tenían entre 200 – 499 cel/uL (55 %); el resultado de carga viral fue media

(32.5 %); el estadio clínico VIH (70 %); dentro de las infecciones oportunistas el herpes zóster (35 %), sintomatología al ingreso fue la fiebre prolongada (27 %); la mortalidad fue por causa infecciosa.

Palomino (2010), en su tesis “Características Epidemiológicas de las personas que viven con VIH/SIDA atendidos en el Programa VIH/SIDA del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” 1988 – 2010, observo las características epidemiológicas de las personas que viven con VIH/Sida (PVVS) atendidas en el Programa de VIH/Sida del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” desde el año 1988 al 2010. El estudio fue de tipo descriptivo, retrospectivo, de investigación básica, de diseño observacional y transversal. Se evaluaron las historias clínicas, de los PVVS atendidos en el Programa de VIH/SIDA Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” desde enero de 1988 a diciembre del 2010. Se registraron 611 PVVS, el 76.8 % varones, con rango de edad es de 3 meses a 77 años, y una mediana de la edad de 31 años. Los pacientes casados al momento de diagnóstico 54.2 %. El rango más afectado fueron los suboficiales con un 58.1 % seguido de sus familiares y oficiales con 24.5 %. La forma de ingreso al programa espacial más frecuente fue a partir del diagnóstico en el hospital, con un 52.2 %. Las relaciones sexuales sin protección fue el factor más frecuente, seguido de la promiscuidad en heterosexuales. La vía de transmisión fue la sexual con 96.7 %. Se diagnosticaron más PVVS en el año 1995. Tanto en mayores como en menores de 13 años ingresaron al programa en fase SIDA en un 43.52 % y 68.7 % respectivamente. En el año 1997 se registró la mayor cantidad de PVVS fallecidos, con una frecuencia de 28 casos

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar las características clínicas de pacientes con diagnóstico reciente de infección VIH-Sida en el Hogar San Camilo, durante el periodo de enero del 2017 a diciembre

del 2021.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar la frecuencia de las características principales en pacientes con diagnóstico reciente de infección VIH-Sida en el Hogar San Camilo, durante el periodo enero del 2017 a diciembre del 2021.
- Identificar cuáles fueron los motivos de consulta en pacientes con infección reciente por VIH-sida en el Hogar San Camilo, durante el periodo enero del 2017 a diciembre del 2021.
- Identificar cuáles fueron los estadios clínicos de ingreso de los pacientes con diagnóstico reciente de infección VIH-Sida en el Hogar San Camilo, durante el periodo enero del 2017 a diciembre del 2021.
- Determinar cuáles fueron las enfermedades asociadas de los pacientes con diagnóstico reciente de infección con VIH-Sida. En el Hogar san camilo, durante el periodo enero 2017 a diciembre del 2021.

1.4. Justificación

EL VIH es una pandemia, con los últimos avances de la ciencia y sus nuevos tratamientos se viene controlando su morbilidad y mejorando su calidad de vida, volviéndola una enfermedad crónica gracias políticas de salud pública y a la implementación del TARGA.

Desde los años de 1999, la incidencia ha disminuido en un 19 %, la tendencia que refleja el impacto de las medidas de prevención implementadas en el mundo. Sin embargo, el número de infecciones nuevas cada año sigue siendo alto y en parte es por la reducción significativa en la mortalidad asociada al uso de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) lleva a que el número de personas con VIH en el mundo haya aumentado por qué aumentó su esperanza de vida (Montúfar, 2016).

A pesar de los avances científicos en tratamiento y prevención, la infección por

VIH/Sida conforma gran parte de la morbimortalidad del Perú, y la explicación es por su diagnóstico en fases tardías, la falta de información, educación y la accesibilidad al tratamiento oportuno; ya que el avance de la infección, el pronóstico de vida y la adherencia al tratamiento se relacionan con el grado de compromiso del sistema inmunitario al momento del diagnóstico según Programa TBC-VIH/SIDA MINSA 2017.

Sin embargo, no es suficiente porque siguen ingresando pacientes con VIH/Sida, padeciendo por mucho tiempo la enfermedad sin saberlo, llegando a los establecimientos de salud con características clínicas que ya comprometieron su salud, por lo cual el presente estudio plantea describir cuáles son las características clínicas al momento del diagnóstico de infección VIH-Sida en personas adultas atendidas en el Hogar San Camilo. Y así poder contribuir al estudio e implementación de políticas de estado para el diagnóstico oportuno de esta lamentable enfermedad.

II. Marco Teórico

2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. *Síndrome de inmunodeficiencia adquirida*

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ataca el sistema inmune y afectando los sistemas de defensa contra las infecciones oportunistas y determinados tipos de cánceres. A medida que el virus disminuye las células inmunitarias y compromete significativamente la inmunidad, la persona infectada va debilitándose gradualmente en una situación de inmunodeficiencia. La función inmunitaria se suele medir mediante el recuento de linfocitos CD4.

La fase más avanzada de la infección por el VIH es el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida o SIDA que, dependiendo de cada persona, puede tardar de 2 a 15 años en manifestarse. Las personas que padecen SIDA pueden contraer específicos tipos de cáncer e infecciones o presentar otras características clínicas de gravedad.

2.1.1.1. Signos y síntomas. Los signos y síntomas de la infección por el VIH se diferencian según la etapa de que se trate. Aunque la máxima capacidad del virus de infectar tiende a alcanzar en los primeros meses de contraer la enfermedad, muchas personas infectadas ignoran que portan la enfermedad hasta fases más avanzadas. Según la evolución de la enfermedad, en las primeras semanas del contagio la persona no manifiesta ningún síntoma y en otras ocasiones presenta un cuadro seudogripal con fiebre, erupciones, cefalea o dolor de garganta.

A medida que la infección va afectando el sistema inmunitario, la persona puede presentar otros signos y síntomas, como adenopatías, pérdida de peso, tos, diarrea y fiebre. Al no tratarse el sistema inmunitario disminuye y pueden aparecer enfermedades oportunistas como tuberculosis, meningitis criptocócica, infecciones bacterianas graves o cánceres como linfomas o sarcoma de Kaposi, entre otros.

2.1.1.2. Fases de la enfermedad. El término sida es con frecuencia mal empleado, ya que la infección por el VIH se caracteriza por una amplia variedad de etapas y sus respectivas manifestaciones clínicas, tales como la infección aguda retroviral o retrovirosis aguda, así como las fases siguientes: sintomática de la infección por VIH, asintomática, y por último la fase SIDA (Antela, 2004).

Uno de los pilares en la evaluación inicial del infectado por VIH, es determinar la fase o estadio de la enfermedad. El sistema más utilizado en la actualidad 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 primoinfección y a pacientes sin síntomas clínicos con o sin linfadenopatías generalizadas persistentes. La categoría B se aplica a pacientes que manifiestan clínica no pertenecientes a la categoría C, pero relacionadas con la infección por VIH (displasia cervical, enfermedad de Mughet; fiebre o diarrea de más de un mes; candidiasis vulvo-vaginal persistente; leucoplasia oral vellosa; neuropatía periférica; púrpura trombocitopénica idiopática; herpes zóster; listeriosis; enfermedad inflamatoria pélvica). La categoría C está incluida pacientes que presenten las patologías incluidas en las enfermedades diagnósticas de sida.

Los pacientes incluidos en las categorías C1, C2, C3, A3 y B3 están incluidas en la fase sida. La supervivencia a los 3 años no supera el 15-30 %. Al mismo tiempo, con los avances de medicamentos y políticas de salud pública, 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 et al., 2012).

Fase I de infección Aguda Retro Viral. Se corresponde con la primoinfección y se caracteriza clínicamente por 2 situaciones: puede ser asintomática, que sucede en la mayoría de los casos, o sintomática, el cuadro clínico se presenta con síntomas muy variados, entre los cuales se menciona: generales (anorexia y pérdida de peso; fiebre, faringitis, linfadenopatías,

síndrome mononucleosido, artralgias, mialgias); dermatológicos: urticaria difusa y alopecia; erupción eritematosa maculopapular; gastrointestinales: diarrea, náuseas y vómitos, diarrea y ulceraciones muco cutáneas; neurológicos: dolor retroorbitario, cefalea; meningoencefalitis, radiculitis, neuropatía periférica, síndrome de Guillain-Barré. En su mayoría, como son síntomas tan inespecíficos, que es común que los médicos y pacientes no les den importancia y a su vez sea difícil determinar exactamente la frecuencia de este cuadro agudo; sin embargo, en diferentes estudios se describen entre los signos y síntomas más comunes: erupción eritematosa maculopapular, fiebre asociada a fatiga y síndrome mononucleosido, parecido al de la mononucleosis infecciosa. Generalmente, estos síntomas tienen una duración de 6 a 8 semanas aproximadamente y solo requieren tratamiento sintomático. Durante esta etapa existe el inconveniente, el resultado serológico del VIH es negativo, aunque los antígenos virales den resultado positivo (Zetola y Pilcher, 2007).

Fase II asintomática de la infección por VIH u oportunistas menores Después de la etapa I, el paciente pasa a la etapa más larga de la enfermedad, la persona cursa asintomática, que tiene una duración promedio de tan corto tiempo como de un año y tan larga como de 8 años; sin embargo, los nuevos tratamientos la prolongan cada vez más la esperanza de vida. La persona puede estar asintomático o presentar un síndrome adenomegalico con las características siguientes: más de 3 meses de evolución, con ganglios leñosos, móviles, no dolorosos a la palpación, sin alteraciones en la piel que los recubre, además de comprometer 2 o más regiones contiguas. Se llama linfadenopatía generalizada persistente (LGP), con esplenomegalia o no y el diagnóstico en esta etapa es por medio de la prueba serología VIH, por lo cual es importante promover por todas las vías posibles que las personas se interesen por saber su seroestatus (Zetola y Pilcher, 2007).

Fase III sintomática de la infección por VIH u oportunistas menores conforme pasan los años y progresa la enfermedad, le sigue la fase sintomática de la infección por VIH, la cual

representa un periodo intermedio entre el portador asintomático y el de caso final de la etapa o Sida. En esta fase se manifiestan los primeros síntomas complejos que se presentan enfermedades relacionadas con una inmunodeficiencia subyacente, de modo que estos pacientes ya no estarán tan bien como en la fase anterior, pero los problemas no serán tan graves como en la siguiente. La clínica se caracteriza por síntomas generales: astenia persistente, malestar general, síndrome febril prolongado, acompañado de sudoración nocturna y pérdida de peso que puede llegar a 10 %; linfadenopáticos: pueden disminuir los ganglios linfáticos; respiratorios: tos seca persistente; hematológicos: anemia y trombocitopenia, con síndrome purpúrico o sin él. Digestivos: diarrea que puede durar más de un mes; dermatológicos: candidiasis orofaríngea, dermatitis seborreica, herpes simple recidivante (anal o genital), herpes zóster y verrugas genitales, así como neurológicos: síndrome ansioso depresivo, polineuropatía, y meningitis aséptica. La duración de esta fase depende muchas causas, entre los cuales figuran: tipo de cepa viral y respuesta inmunitaria, entre otros (Zetola y Pilcher, 2007).

Fase IV sida u oportunistas mayores, esta fase es también considerada el estadio final de la enfermedad por VIH y destacan de infecciones oportunistas y algunos tumores asociados. Desde el área inmunológica, compromete la inmunidad drásticamente, con una disminución notable del número de linfocitos CD4. La tasa de replicación viral es alta, que es favorecida por debilidad del sistema inmunitario. Desde el punto de vista infeccioso, se considera que un paciente en la fase sida cuando tiene varias infecciones oportunistas mayores (Finley et al., 2004).

Es muy importante determinar el estadio de la enfermedad al inicio de la evolución (primer diagnóstico de infección por el VIH) o al entrar en la atención a largo plazo de la infección por el VIH y seguir un programa de seguimiento a los pacientes incluidos en programas de atención y tratamiento. Lo mencionado se debe emplear para orientar las

decisiones sobre cuándo comenzar el tratamiento profiláctico y otros tratamientos relacionados con la infección por el VIH (que incluye el momento en que debe iniciarse el tratamiento antirretroviral). Se demostró que las diferentes etapas de la enfermedad se relacionan con la supervivencia del paciente, el pronóstico y la progresión de la enfermedad sin tratamiento antirretroviral en niños y adultos, por todo lo mencionado que se utilizara la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (Ministerio de Salud [MINSA], 2018 a).

2.1.1.3. Epidemiología. La infección por el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/Sida) se han convertido en un problema de salud a nivel mundial sin precedentes en la historia contemporánea.

Si hablamos del Perú, según estadísticas del Ministerio de Salud, hasta diciembre del 2018 se registraron 120389 personas que padecen la infección por el VIH y 43072 casos en fase sida, de los cuales 19028 casos de SIDA reportaron en la última etapa de la enfermedad (MINSA, 2018 b).

Solamente el 70 % de las personas infectadas por el VIH están informados de su estado serológico. Para alcanzar el objetivo del 90 %, otros 7.5 millones de personas necesitan acceder a servicios sanitarios de esta infección. A mediados de 2017, 20.9 millones de personas infectadas estaban en programas para el tratamiento antirretroviral.

Se calcula que el 22 % de las personas con VIH ignora su diagnóstico (oscilando entre el 18 % en los hombres homosexuales y el 30 % en los heterosexuales). La infección por el VIH no diagnosticada contribuye significativamente a al aumento del contagio, lo que provoca en este grupo, una prevalencia de hasta 3.5 veces mayor, según modelos matemáticos y datos de vigilancia (Vicente, 2012).

En un estudio de tipo retrospectivo de casos y controles en el Reino Unido, la población fue de 939 casos y 2576 controles y se comprobó que 12 de 37 enfermedades no indicatoras no-sida se relaciona considerablemente con el diagnóstico posterior de VIH; siendo las más

importantes la neumonía bacteriana (riesgo relativo 47.7), la candidiasis oral (29.4) y el herpes zóster (Hu et al., 2004).

En un trabajo realizado en Argentina se halló la prevalencia de VIH, sífilis y hepatitis B fue de 17.3 %, 20.5 % y 22.9 % respectivamente. Las personas que solo reportaron parejas sexuales de sexo masculino tuvieron prevalencias mayores. Más de 2/3 reportaron coito vaginal o anal sin protección durante los últimos 2 meses. El 52 % no contaban con diagnóstico de VIH. El 25 % de los pacientes informó 34 % poli-consumo de drogas y consumo excesivo de alcohol durante los dos meses previos. En otro trabajo realizado en Argentina donde ese análisis las historias clínicas de 211 pacientes. Las mujeres 108 (51.2 %), varones 102 (48.3 %) y transgénero 1 (0.5 %). El modo de transmisión se describió como heterosexual en el 89 % de las personas evaluadas. El recuento de linfocitos CD4 fue < 200 cel/ml en 60,2 % de los pacientes y > 350 cel/ml en el 77 %. Cuando se diagnostica la enfermedad, la infección presentaban un evento marcador de sida 65 pacientes (30 %) y se hallaban sintomáticos 86 (40.8 %). Ser varones (OR 3.1; IC 95 %; 1.7-5.6), presentar edad de 45 años o superior (OR 4.0 IC95 % 2,1-7,8), y trabajadores informales o desempleados (OR 3.3 IC95 % 1,8-5,9) se asoció estadísticamente a esta enfermedad tanto en el análisis bivariado como en el multivariado mientras que el haber estudiado nivel secundario se relacionó con baja posibilidad solo en el bivariado (Warley et al., 2021).

Un estudio de corte transversal de Pando et al. (2003), reveló una prevalencia de 14 % entre 694 pacientes homosexuales encuestados en los años 2000-01. Luego, Vignoles (2006), calcularon del mismo muestreo una incidencia de 7 %. Años posteriores.

Segura (2007), obtuvo una incidencia aproximada de 4 % con un estudio de cohorte de un año de duración y 327 participantes. Aunque estos estudios incluyeron los factores de riesgo que puedan ser asociados con la infección por VIH, las evaluaciones que se manejaron fueron limitadas.

El predictor más importante de infección reciente por VIH es la sospecha diagnóstica por parte del especialista. Los médicos deben realizar una evaluación detallada de riesgos interrogando sobre la conducta sexual y el posible riesgo a la exposición al VIH a los pacientes con síndromes mononucleosidos, en particular, el grupo homosexual, quienes son considerados de mayor riesgo.

Al conocer los factores de riesgo, incluyendo la falta de antecedentes sexuales, puede ayudar a este proceso, pero no debe afectar el estudio para no recomendar el test. Los especialistas también recomiendan la prueba de manera rutinaria del VIH en el primer nivel de atención y en unidades de hospitalización.

III. Método

3.1. Tipo de investigación

El diseño de investigación es estudio de tipo descriptivo, retrospectivo observacional de corte transversal, que se realizara en la ONG Hogar San Camilo, durante el periodo enero del 2017 a diciembre del 2021.

3.2. Ámbito temporal y espacial.

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 a los enfermos. 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 Visita Domiciliaria, el cual se inició el año 1999 y se empezaron las primeras visitas domiciliarias para darle forma definitiva en el año 2000 con la ayuda de Anesvad, ONG española. Las personas con VIH-Sida reciben atención integral (médico, enfermera, asistente social, psicólogo, obstetra, apoyo espiritual) en sus casas. La asistencia domiciliaria no sustituye la atención hospitalaria, sino que la complementa. Diariamente, se visita de 25 a 30 personas diariamente. Hoy en día, el programa de Visita Domiciliaria se encarga del soporte de más de 700 personas, hasta la fecha más de 20500 personas han sido visitadas.

También contamos con el Programa TARGA que está a cargo de un equipo multidisciplinario de especialistas que diagnostican y tratan de manera oportuna la enfermedad y proporcionan atención integral de personas viviendo con VIH-Sida, es una entidad autorizada por el MINSA que desde octubre del 2004 se inició el Programa de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), y que hasta la actualidad se cuenta con más de 2500 pacientes en el programa y aproximadamente cerca de 700 pacientes en tratamiento TARGA.

El presente trabajo se realizó en el Hogar San Camilo, y se seleccionaron las historias clínicas de enero del 2017 a diciembre del 2021; cuya recolección de los datos se realizó en el mes de junio del año 2022.

Contamos con la autorización de director médico del Hogar San Camilo, para poder realizar nuestro proyecto de investigación según el cronograma establecido. Asimismo, se cuenta con los recursos humanos, materiales y económicos necesarios para realizar el estudio.

3.3. Variables

3.3.1. Variable dependiente

- Diagnóstico reciente de la infección VIH-Sida: Es la determinación y/o confirmación que se acaba de hacer de una enfermedad sobre la base de datos y hechos recogidos y ordenados sistemáticamente en un establecimiento de salud.

3.3.2. Variable independiente

- Sexo: características biológicas y fisiológicas que definen a hombres de mujeres.
- Edad: tiempo vivido por una persona expresada en años cumplidos.
- Orientación sexual: es una atracción emocional, romántica, sexual o afectiva, duradera hacia otros; que va desde la heterosexualidad exclusiva hasta la homosexualidad exclusiva e incluye diversas formas de bisexualidad.
- Estado civil: es la condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con personas de otro sexo, dividiéndose en soltero, casado, divorciado y viudo.
- Estadio clínico de la enfermedad: etapa, fase y proceso de una enfermedad que lo diferencia uno de otro.
- Recuento CD4: es el conteo de linfocitos CD4 que sirve como referencia para iniciar profilaxis contra infecciones oportunistas o iniciar tratamiento contra VIH.
- Características clínicas: síntomas y signos iniciales y actuales de un estado médico; se

podría mencionar entre ellas Sd. Consuntivo, diarrea crónica, disnea/insuficiencia respiratoria y lesiones dérmicas.

- Enfermedades asociadas: también conocido como morbilidad asociada, es un término usado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurre en la misma persona. Puede ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro, como cáncer gástrico: es una enfermedad que se produce debido al crecimiento incontrolado de células del estómago; Sd de desgaste por VIH: Es un proceso asociado a la infección por VIH. Es la pérdida mayor o igual al 10 % del peso corporal con presencia de diarrea, fiebre y debilidad crónica; TBC intestinal: es una enfermedad granulomatosa crónica causada por una bacteria denominada bacilo de Koch, que afecta al tracto gastrointestinal; Coccidiodomicosis: es una infección parasitaria oportunistas causadas por protozoarios y es común en pacientes inmunocomprometidos causantes de problemas gastrointestinales; neumonía adquirida en la comunidad: infección respiratoria causada principalmente por bacterias en el ámbito extrahospitalario generalmente que se asocia a fiebre, dificultad respiratoria en casos graves. pneumocistis jirovessi: es una enfermedad infecciosa pulmonar causada por el hongo patógeno; herpes zóster: es una infección viral de ADN (varicela) que al reactivarse afecta principalmente los filetes nerviosos, produciendo dolores intensos; pneumoystis jirovesi; cirugía de próstata, cataratas, hernia inguinal, apendicitis agudas entre otras.
- Motivo de consulta: es la expresión del paciente por la que solicita la atención sanitaria, puede haber uno o varios motivos de consulta en el mismo encuentro entre paciente y especialista, el cual debe ir incluido en la HC tal cual como es mencionada por el paciente como bajo peso, despistaje por preoperatorio, dificultad respiratoria, pareja de pacientes por VIH, infecciones dérmicas, chequeo médico.

3.4. Población y muestra

La población estuvo constituida por 64 pacientes de ambos sexos con diagnóstico reciente de infección VIH-Sida, entre periodo 2017-2021, en el Hogar de San Camilo; de los cuales algunos casos fueron desechados por no cumplir con los criterios de inclusión. Por ello, se utilizó una muestra no probabilística y la muestra fue por conveniencia, para lo cual se consideró a 43 pacientes.

3.4.1. Criterios de inclusión

- Se incluyeron a todos los pacientes de ambos sexos mayores de 18 años con diagnóstico reciente de infección VIH-SIDA, durante el periodo 2017 - 2021.
- Todos tenían controles de CD4 de ingreso.

3.4.2. Criterios de exclusión

- Se excluyeron a todos los pacientes que no cuenten con toda la información necesaria establecida en los criterios de inclusión.
- No se consideraron a pacientes referidos con diagnóstico confirmado de VIH

3.5. Instrumentos

Se utilizó una ficha de recolección de datos validada, la cual se registró toda la información necesaria para este trabajo, el cual será llenado en el Hogar San Camilo a través de su sistema computarizado con el que cuenta la institución.

Para tener acceso a los registros se requiere el permiso correspondiente por parte del director médico del “Hogar San Camilo” para la revisión correspondiente de las historias clínicas de los pacientes.

3.6. Procedimientos

El Hogar San Camilo cuenta con un sistema de registro de información de datos computarizado de todos los pacientes que ingresan a la institución, todos los pacientes cuentan con una Historia clínica donde se verificó toda la información necesaria para este trabajo.

3.7. Análisis de datos

Se realizó una revisión crítica de los datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el Hogar San Camilo, procediendo a la creación de una base de datos que permitió el análisis estadístico de los mismos, se usó el paquete estadístico SPSS 20.0. Versión en español.

3.8. Consideraciones éticas

El presente trabajo de investigación, no pone en riesgo la confidencialidad de los pacientes, así mismo contamos con los permisos de la institución donde se realiza el estudio, manteniendo siempre la privacidad de la información y cumpliendo con todos los principios de ética que se fundamentan en los códigos de Ética y Deontología del Perú.

IV. Resultados

El presente estudio, durante el periodo de 4 años, se incluyó un total de 64 pacientes con diagnóstico reciente por infección de VIH/sida diagnosticados por la prueba rápida, prueba de Elisa o Western Blot, en el Hogar San Camilo, de ellos 21 se excluyeron por no cumplir con los criterios de inclusión, ingresando al estudio 43 pacientes con diagnóstico reciente de infección por VIH durante este periodo de tiempo, los cuales presentaron una proporción de 67.2 % de todos los pacientes con diagnósticos recientes de VIH-Sida durante este periodo de tiempo.

De acuerdo a la tabla 1 y la figura 1, se observa que del total de pacientes estudiados la mayor cantidad son del sexo masculino 63 % en comparación con el sexo femenino 37 %.

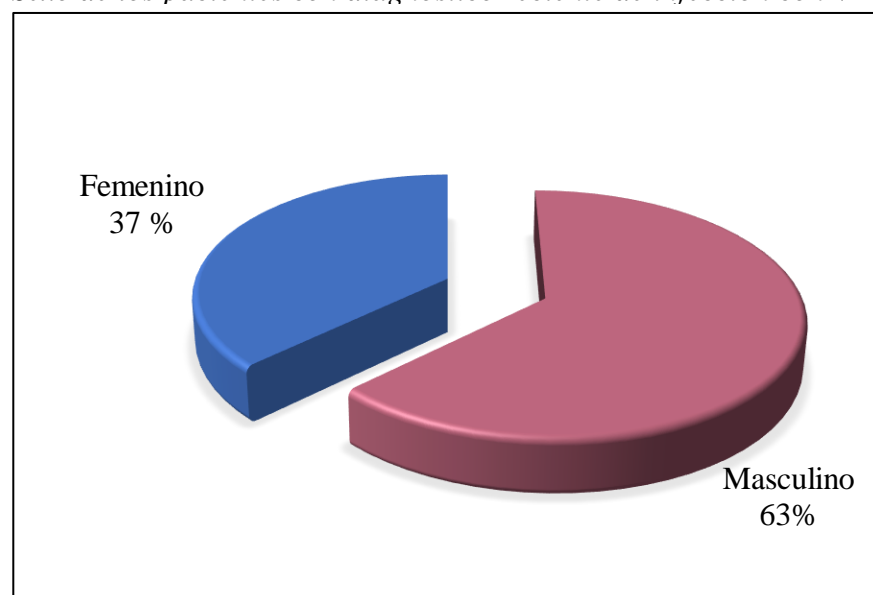
Tabla 1

Sexo de los pacientes con diagnóstico reciente de infección con VIH-Sida

Sexo	<i>f</i>	%
Masculino	27	63
Femenino	16	37
Total	43	100

Figura 1

Sexo de los pacientes con diagnostico reciente de infección con VIH-Sida



Con base en la tabla 2 y la figura 2, muestra la frecuencia de la edad, el cual muestra que la mayor cantidad de pacientes con diagnóstico reciente de VIH-Sida se encuentran en el rango de edad de 18-30 años (46.5 %), de 31-40 años como segunda en orden de frecuencia 21 %, de 41-50 (14 %), mientras que en porcentajes más bajos tenemos pacientes cuyas edades son mayores a 50 años. Además, la media de edad en todos los pacientes fue de 28.6 años (18-76 años), los cuales se representan.

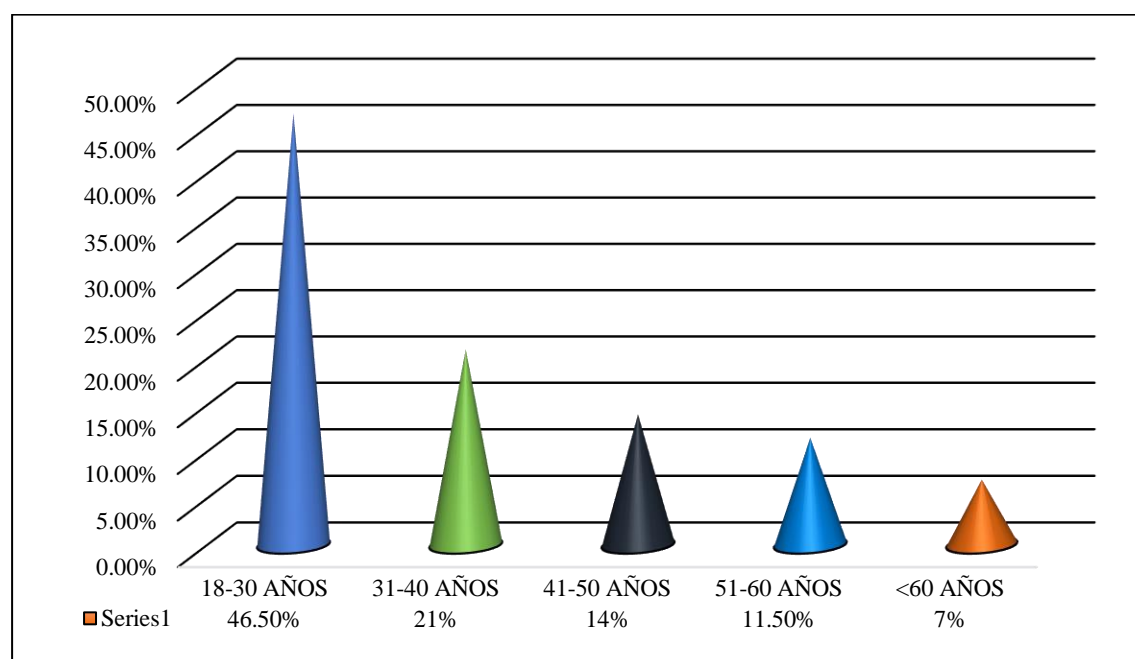
Tabla 2

Edad de los pacientes con diagnóstico reciente de infección con VIH-Sida

Edad	f	%
18-30 años	20	46.50
31-40 años	9	21
41-50 años	6	14
51-60 años	5	11.50
<60 años	3	7
Total	43	100

Figura 2

Edad de los pacientes con diagnóstico reciente de infección con VIH-Sida



De acuerdo a la tabla 3 y la figura 3, muestra que la mayor cantidad de pacientes estudiados presentan una orientación sexual heterosexual, 79 %. Mientras que en porcentajes más bajos se encuentran la homosexualidad y bisexualidad en 12 % y 9 % respectivamente.

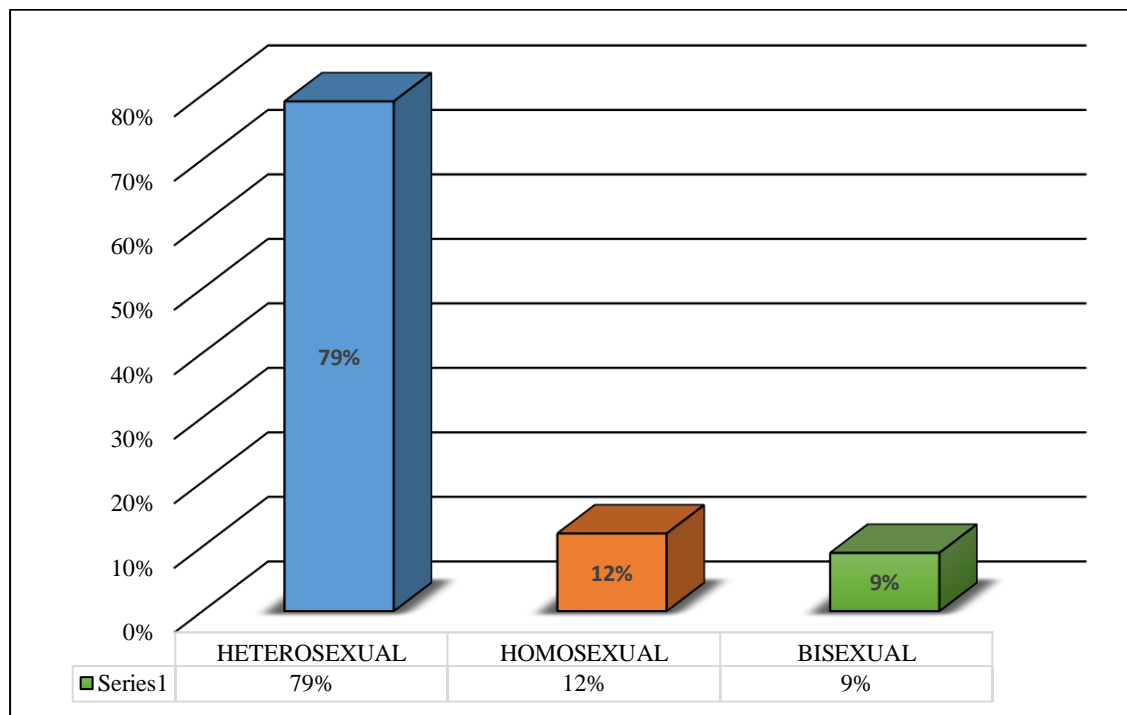
Tabla 3

Orientación sexual de los pacientes con diagnóstico reciente de infección con VIH-Sida

Orientación sexual	<i>f</i>	%
Heterosexual	34	79
Homosexual	5	12
Bisexual	4	9
Total	43	100

Figura 3

Orientación sexual de los pacientes con diagnóstico reciente de infección con VIH-Sida



Según la tabla 4 y la figura 4, cuando se analiza el estado civil de los pacientes con infección reciente de infección VIH-SIDA, observamos que la mayoría de los pacientes eran convivientes 46 %, seguido por solteros 36 % como grupos más representativos y menor porcentaje casados, viudos y divorciados.

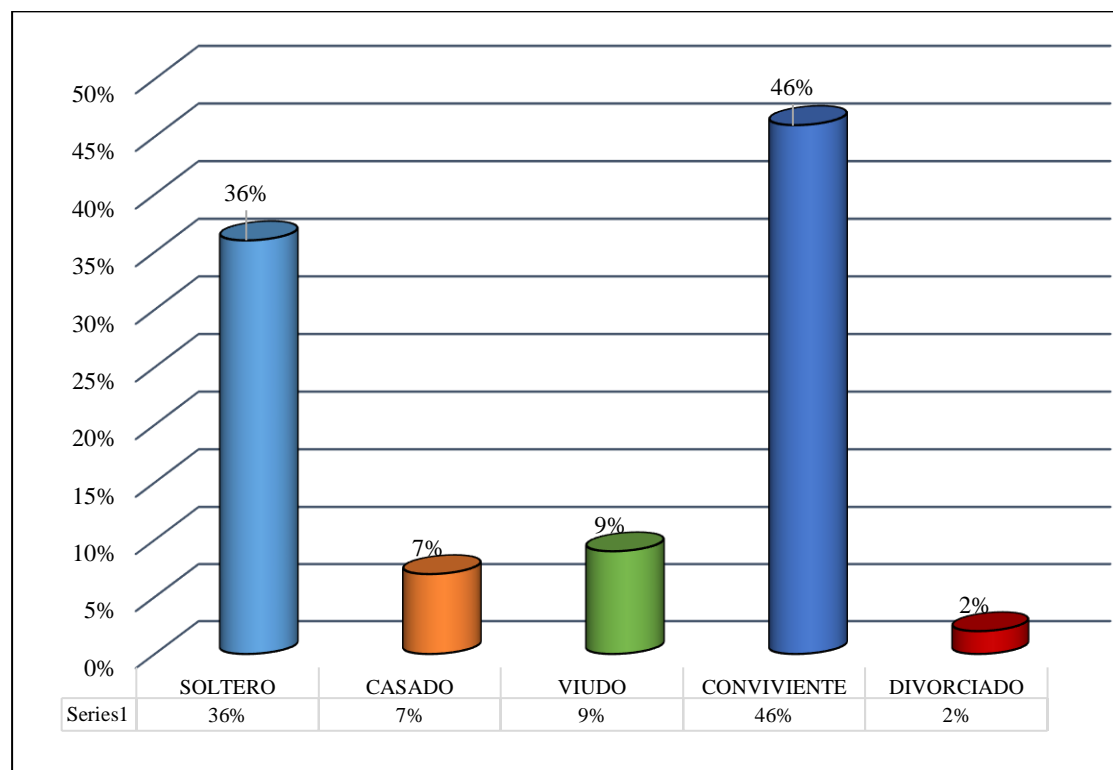
Tabla 4

Estado civil de los pacientes con diagnóstico reciente de infección con VIH-Sida

Estado civil	f	%
Soltero	15	36
Casado	3	7
Viudo	4	9
Conviviente	20	46
Divorciado	1	2
Total	43	100

Figura 4

Estado civil de los pacientes con diagnóstico reciente de infección con VIH-Sida



De acuerdo a la tabla 5 y la figura 5, se observa las características clínicas del paciente con diagnóstico reciente de infección VIH-SIDA y notamos que síndrome consuntivo 5 (11.6%), disnea/insuficiencia respiratoria 4 (9.3%), Diarrea crónica 3 (7%) son los más representativos. Mientras tanto, cuando observamos la condición de “otros” presenta el mayor porcentaje de pacientes estudiados, 69.8% de pacientes que presentaron las características clínicas.

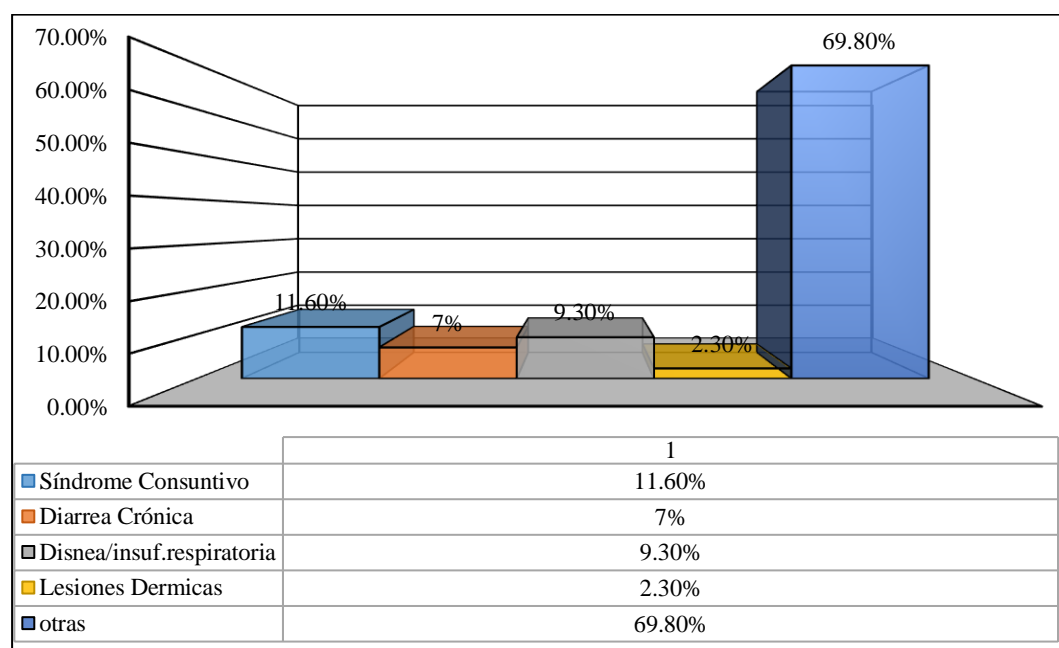
Tabla 5

Características clínicas de pacientes con diagnóstico reciente de infección con VIH-Sida

Características clínicas	f	%
Síndrome consuntivo	5	11.60
Diarrea crónica	3	7
Disnea/insuficiencia respiratoria	4	9.30
Lesiones dérmicas	1	2.30
otras	30	69.80
Total	43	100

Figura 5

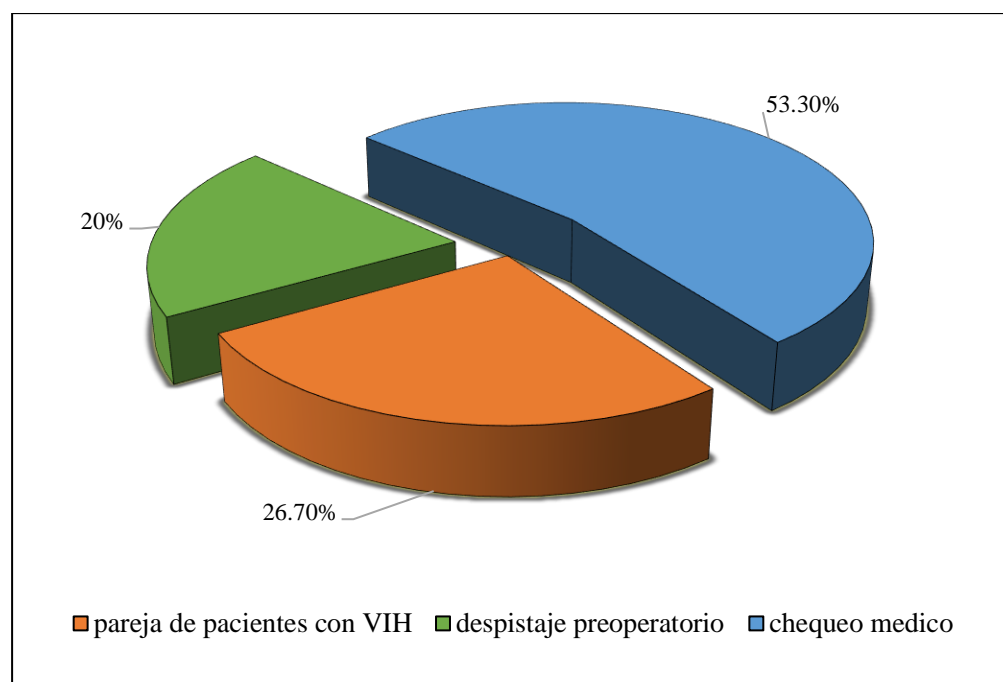
Características Clínicas de pacientes con diagnóstico reciente de infección con VIH-Sida



Según la figura 6, se observan las características clínicas específicas de su enfermedad, ya sea quirúrgica o pacientes asintomáticos diagnosticados por pruebas de chequeo médico (53.3 %), despistaje por preoperatorio (20 %) o contacto con pareja VIH positivo (26.7 %).

Figura 6

Características clínicas según el tipo de diagnóstico realizado



Con base en la tabla 6 y la figura 7, se puede observar cuando se relaciona los pacientes con diagnóstico de infección VIH-Sida reciente con la edad y el sexo, la mayoría de pacientes tanto del sexo masculino y femenino entre los 18-30 años son los más representativos con un valor para varones de 30.2 % y mujeres de 16.3 % respectivamente, mientras que en porcentajes más bajos tenemos pacientes mayores de 60 años.

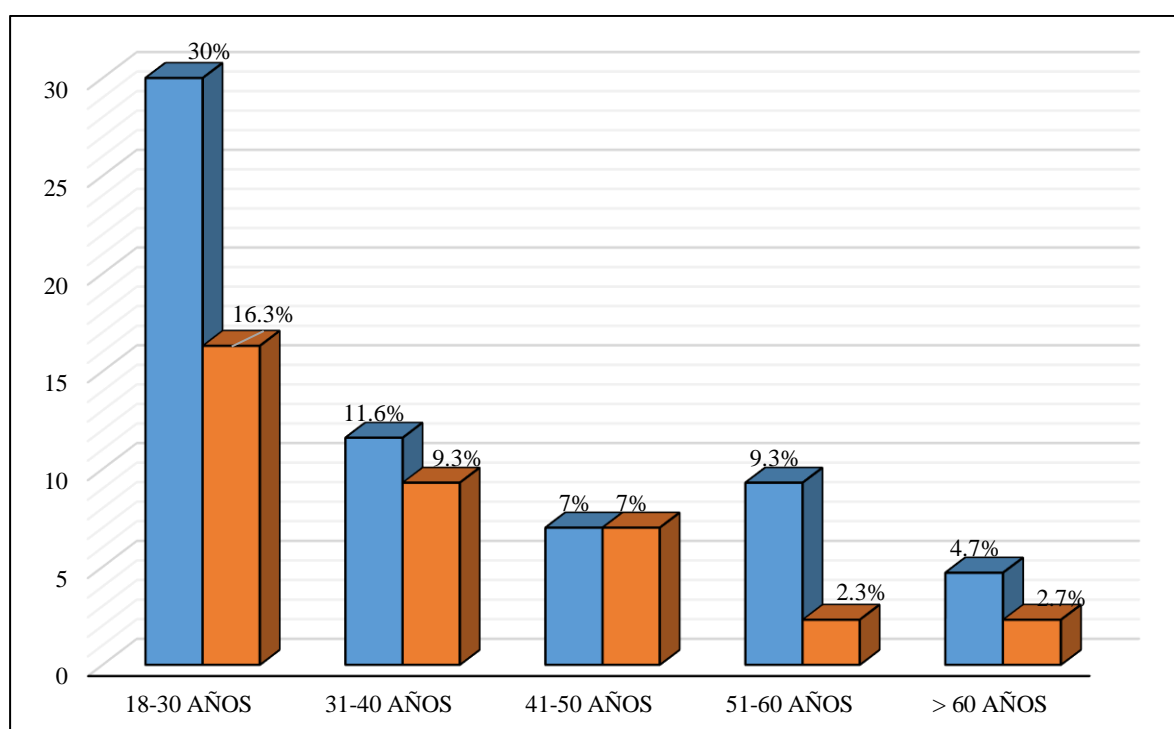
Tabla 6

Diagnóstico reciente de infección con VIH-Sida relacionados con la edad y sexo

Masculino			Femenino		
<i>f</i>	Edad	%	<i>f</i>	Edad	%
13	18-30 años	30.2	7	18-30 años	16.3
5	31-40 años	11.6	4	31-40 años	9.3
3	41-50 años	7	3	41-50 años	7
4	51-60 años	9.3	1	51-60 años	2.3
2	>60 años	4.7	1	>60 años	2.3

Figura 7

Diagnóstico reciente de infección con VIH-SIDA relacionados con la edad y sexo



De acuerdo a la tabla 7, cuando relacionamos el recuento de CD4 con el sexo y el estadio de enfermedad Sida o no sida podemos observar el siguiente comportamiento, en los varones comprendidos entre 18-30 años en estadio sida 8 (29.6 %) y no sida 5(18.5 %) y en el grupo de 31-40 años sida 3(11.2 %) y no sida 2(7.40 %), con respecto a mujeres comprendidas entre 18-

30 años en estadio Sida 3 (18.75 %) y no sida 4 (25 %) y en el grupo de 31-40 años sida 3(18.75 %) y no Sida 1(6.25 %) respectivamente , siendo estos dos grupos etarios los más representativos.

Tabla 7

Diagnóstico reciente de infección con VIH-Sida relacionados con recuento de CD4, sexo y edad.

	<i>f</i>	Edad	Sida	No sida	<i>f</i>	Edad	Sida	No sida
			CD4	CD4			CD4	CD4
			<200/%	>200/%			<200/%	>200/%
Recuento de CD4	13	18-30	8/29.6	5/18.5	7	18-30	3/18.75	4/ 25
	5	31-40	3/11.2	2/7.40	4	31-40	3/18.75	1 /6.25
	3	41-50	3	0	3	41-50	3	0
	4	51-60	4	0	1	51-60	1	0
	2	>60 A	2	0	1	>60	1	0
Total	27				16			

Según la tabla 8, cuando se analiza los estadios clínicos de ingreso en los pacientes con diagnósticos recientes de infección VIH-Sida, se pudo encontrar que la mayoría de ellos, especialmente del sexo masculino, ingresaron en estadio SIDA, categoría C 63 % con respecto a mujeres 50 %.

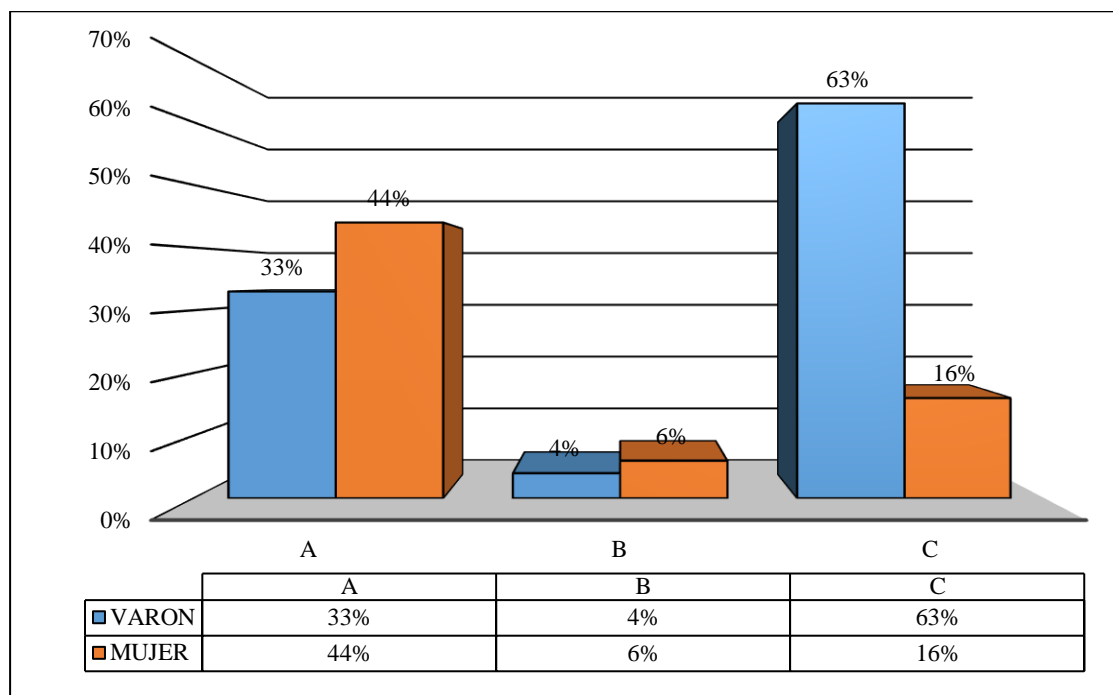
Tabla 8

Diagnóstico reciente de infección con VIH-Sida relacionados con estadio clínico y sexo

Estadio clínico	A	B	C	Total (%)
Sexo				
Varón	9 (33 %)	1 (4 %)	17 (63 %)	27 (100 %)
Mujer	7 (44 %)	1 (6 %)	8 (50 %)	16 (100 %)

Figura 8

Diagnóstico reciente de infección con VIH-Sida relacionados con estadio clínico y sexo



De acuerdo a la tabla 9 y la figura 9, cuando analizamos motivo de consulta observamos que la mayoría de los pacientes con diagnóstico reciente de infección VIH-Sida fueron asintomáticos, los cuales se encontraron en un chequeo médico de rutina de salud o por trabajo 37.2 %, seguidos por los que tenían parejas con infección por VIH 19 %.

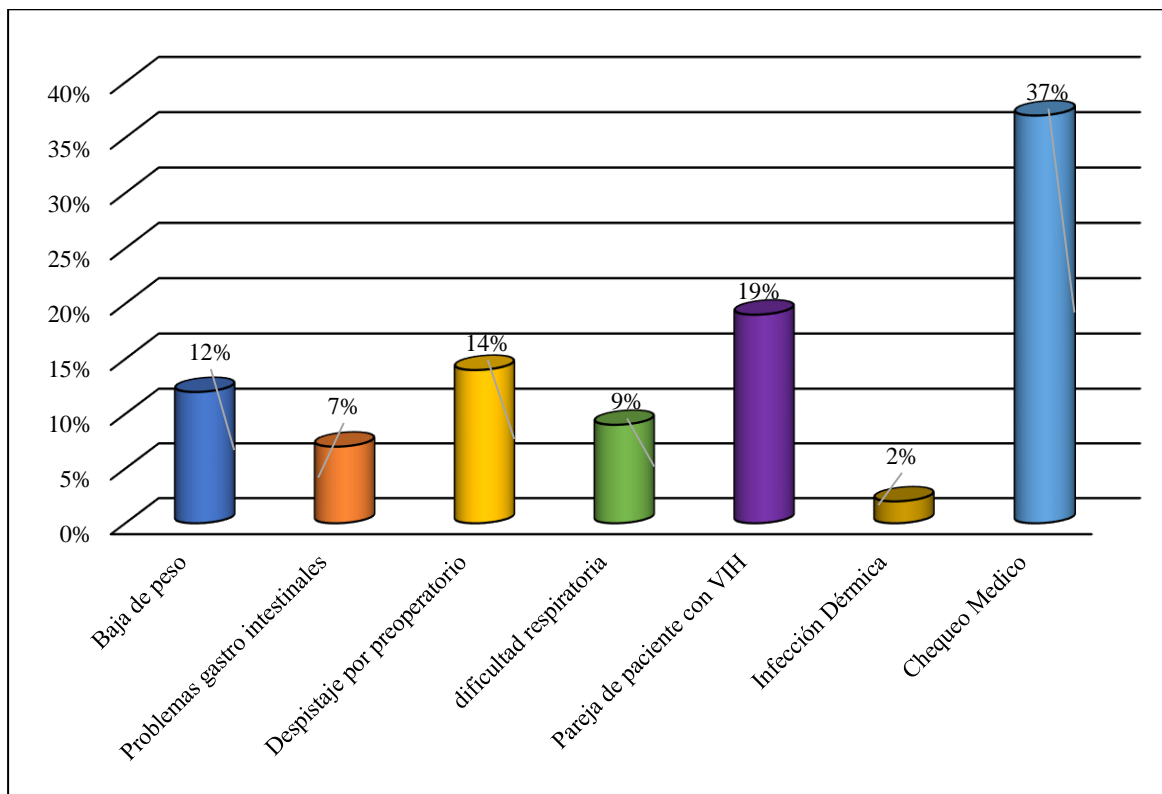
Tabla 9

Motivo de consulta de los pacientes con diagnóstico reciente de infección con VIH-Sida

Motivo de consulta	<i>f</i>	%
Baja de peso	5	12
Problemas gastrointestinales	3	7
Despistaje por preoperatorio	6	14
dificultad respiratoria	4	9
Pareja de paciente con VIH	8	19
Infección dérmica	1	2
Chequeo médico	16	37

Figura 9

Motivo de consulta de los pacientes con diagnóstico reciente de infección con VIH-Sida



Según la tabla 10 y la figura 10, se observa que la mayoría de pacientes presentaron enfermedades asociadas como pneumocistosis y síndrome de desgaste por VIH-Sida, seguido de infección por coccidiomicosis.

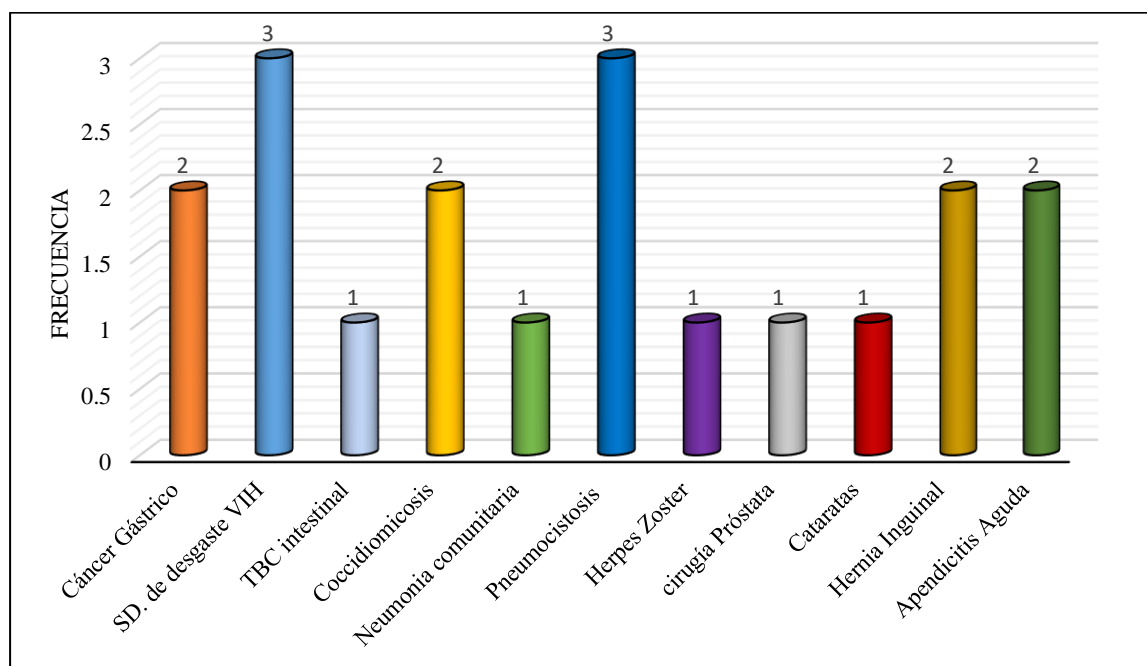
Tabla 10

Enfermedades asociadas a los pacientes con diagnóstico reciente de infección con VIH-Sida

Enfermedades asociadas	f	%
Cáncer Gástrico	2	5
Síndrome de desgaste por VIH	3	7
TBC intestinal	1	2
Coccidiomicosis	2	5
Neumonía comunitaria	1	2
Pneumocistosis	3	7
Herpes zóster	1	2
Cirugía próstata	1	2
Cataratas	1	2
Hernia inguinal	2	5
Apendicitis aguda	2	5

Figura 10

Enfermedades asociadas a los pacientes con diagnóstico reciente de infección con VIH-Sida



V. Discusión de Resultados

En nuestro trabajo de investigación se registraron como pacientes con diagnóstico reciente de infección por VIH 43 personas durante este periodo de tiempo, los cuales presentaron una proporción de 67.2 % de todos los casos ingresados.

En cuanto al sexo, nuestro estudio determinó que el sexo masculino es el que presenta mayor porcentaje (63 %), lo cual coincide con estudios nacionales de Cabezas (2021), Olivares (2017) y Palomino (2010) e internacionales de Honduras por Sandoval et al. (2009), y de Cuba, Valdés et al., (2019) y Vidal et al. (2019). No obstante, nuestro estudio no concuerda con el estudio realizado en Chile por Rodríguez (2015) y en Mozambique por Martínez et al. (2007). Los cuales determinaron que el mayor porcentaje de su población es el sexo femenino, esto probablemente se debe a que la población estudiada en estas últimas, son sociedades desplazadas por la crisis económica y poblaciones que viven en extrema pobreza.

En nuestro trabajo se puede observar cuando se relaciona los pacientes con diagnóstico de infección VIH-Sida reciente con la edad y el sexo la mayoría de pacientes tanto del sexo masculino y femenino entre los 18-30 años son los más representativos con un valor para varones de 30.23 y mujeres de 16.27 % respectivamente con una relación hombre/mujer de 2/1, resultados muy parecidos como los presentados en Cuba por Valdez et al., (2019) y Vidal et al. (2019), en donde los casos masculinos constituyeron el 79 % y 77 % respectivamente

Cuando se observó las características clínicas que motivaron la sospecha clínica y posterior detección de la infección por VIH fueron el síndrome consuntivo presenta un porcentaje de 11.6 %; disnea/insuficiencia respiratoria 9.3 %; Diarrea crónica 7 %. Cuyo resultado es similar al estudio cubano de Vidal et al. (2019), donde las características clínicas más frecuentes son sd consuntivo e insuficiencia respiratoria. Por otro lado, la mayoría de los pacientes de estudio, un 69.8 % son diagnosticados con VIH con independencia de las características clínicas y este grupo son denominados “otros” por presentar características

específicas de su enfermedad, ya sea quirúrgica o pacientes asintomáticos diagnosticados por pruebas de chequeo médico, despistaje preoperatorio o contacto con pareja VIH positivos.

Cuando se analiza los estadios clínicos de ingreso en los pacientes con diagnósticos recientes de infección VIH-Sida, se pudo encontrar que la mayoría de ellos, especialmente del sexo masculino, ingresaron en estadio sida, categoría C 17 (63 %) con respecto a mujeres 8 (50 %).

El cual coincide con el estudio de Sandoval et al. (2008), concluye que el sexo predominante en el estudio es el sexo masculino y según su diagnóstico de ingreso la mayoría se encontraba en el último estadio de la enfermedad (estadio c-3).

En cuanto al recuento de CD4 nuestro estudio determinó mayor porcentaje $RC > 200$ (60 %), similar a los resultados encontrados por el peruano Olivares (2017) y el estudio cubano de Vidal et al. (2019), con porcentajes de 55 % y 50 % respectivamente. Adicional a ellos, cuando se relacionó el recuento de CD4 con el sexo y el estadio de enfermedad sida o no sida podemos observar el siguiente comportamiento, en los varones comprendidos entre 18-30 años en estadio sida 8 (29.6 %) y no sida 5 (18.5 %) y en el grupo de 31-40 años sida 3 (11.2 %) y no sida 2 (7.40 %), con respecto a mujeres comprendidas entre 18-30 años en estadio sida 3 (18.75 %) y no sida 4 (25 %) y en el grupo de 31-40 años sida 3(18.75 %) y no sida 1 (6.25 %) respectivamente, siendo estos dos grupos etarios los más representativos.

Cuando analizamos motivo de consulta observamos que la mayoría de los pacientes con diagnóstico reciente de infección VIH-SIDA fueron asintomáticos, los cuales se encontraron en un chequeo médico de rutina, de salud o por trabajo 16 (37.2 %) y el siguiente grupo fueron los que tenían parejas con infección por VIH 8 (19 %). Los resultados similares a estudio de Redondo et al. (2002), en su estudio “solicitud y realización del test del VIH en atención primaria en la red de médicos centinela de castilla y león” determinaron que, dentro de los motivos para solicitar el test de descarte de VIH, el chequeo de médico fue la causa más

importante (21.6%) seguida de baja de peso 5.8%, la presencia de síntomas indicativos (3.9%). es importante remarcar que en el tiempo de estudio se observó un aumento de número de test efectuados por chequeo médico.

Cuando se analiza las enfermedades asociadas de los pacientes con infección reciente de infección VIH-SIDA observamos que la mayoría de pacientes presentaron infecciones oportunistas como pneumocistosis y síndrome de desgaste por VIH-SIDA, seguido de infección por coccidiomicosis. Resultados similares al de Vidal et al. (2019) y Sandoval et al. (2008), cuyos estudios demostraron que la mayoría de pacientes ingresaron presentando neumocistosis, Sd de desgaste por VIH e infecciones intestinales, entre otros.

En cuanto al estado civil, nuestro estudio determinó los grupos más representativos de la población estudiada son convivientes y solteros y en menos proporción viuda y divorciados; lo cual coincide con el estudio nacional de Cabezas (2021).

En cuanto a la orientación sexual, nuestro estudio determinó que las personas en condición heterosexual es el que presenta mayor porcentaje (79%), lo cual coincide con estudios nacionales de Olivares (2017) e internacionales de Cuba, Sánchez et al., (2015); de Chile, Rodríguez et al. (2015) y de Venezuela, Sandoval et al. (2008), sin embargo, no concuerdan con el estudio nacional realizado por Cabezas (2021), denominado “características clínicas, epidemiológicas de la infección de VIH en pacientes peruanos e inmigrantes latinoamericanos atendidos en el hospital Arzobispo Loayza durante el 2018. El cual determino que el mayor porcentaje de su población es homosexual, esto probablemente se debe a que parte de su población estudiada son inmigrantes o sociedades desplazadas por la crisis económica.

VI. Conclusiones

- Las características clínicas más frecuentes en los pacientes del Hogar San Camilo estudiados fueron el síndrome consuntivo (11.6%), disnea/insuficiencia respiratoria (9.3%) y diarrea crónica (7%); cabe remarcar que el 69.8% de los pacientes con diagnóstico reciente de VIH presentaron características clínicas específicas de su enfermedad, ya sea quirúrgica o pacientes asintomáticos diagnosticados por pruebas de chequeo médico, despistaje preoperatorio o contacto con pareja que presenta VIH; siendo estas últimas un aporte significativo en el estudio.
- En los pacientes con diagnóstico reciente de infección por VIH sida predominó el sexo masculino (63%) con respecto a femenino (37%); se observó al relacionar la edad con el sexo que la mayoría de los pacientes están entre los 18-30 años, con una relación aproximada hombre/mujer 2/1. Siendo la media de edad en todos los pacientes 28.6 años (18-76 años), los cuales presentaron una proporción de 67.2% de todos los casos ingresados.
- En los pacientes con diagnóstico reciente de infección por VIH sida predominaron la condición heterosexual con un 79% y estados civil conviviente con un 46%.
- En el motivo de consulta observamos que la mayoría de los pacientes con diagnóstico reciente de infección VIH-Sida fueron asintomáticos (37.2%), los cuales se encontraron en un chequeo médico de rutina, el siguiente grupo fueron los que tenían parejas con infección por VIH (19%).
- En cuanto al recuento de CD4 con el sexo y el estadio de enfermedad sida, se observa en los varones y mujeres comprendidos entre 18-30 años se encontraron en su mayoría en estadio sida (29.6%) y (12.5%), respectivamente, siendo estos dos grupos los más representativos.
- Los estadios clínicos de ingreso en los pacientes con diagnóstico reciente de infección VIH-Sida fueron en su mayoría; especialmente del sexo masculino, en estadio sida, categoría

C (63 %) con respecto a mujeres (50 %).

- Las enfermedades asociadas de los pacientes con infección reciente de infección VIH-Sida, observamos que la mayoría de pacientes presentaron infecciones oportunistas como Pneumocistosis y síndrome de consumo o desgaste por VIH-Sida, seguido de infección por coccidiomicosis.

VII. Recomendaciones

- Recomendamos la realización de más estudios con mayor muestra poblacionales en diferentes lugares del país para obtener una mayor validez de la tendencia de las características clínicas de pacientes con Infección VIH reciente.
- Consejería motivacional para promover la aceptación y reforzar conductas y actitudes positivas de los pacientes con infección VIH reciente.
- Disponer de personal profesional y capacitado para garantizar la atención y seguimiento de estos pacientes.
- Asegurar que las pruebas diagnósticas de VIH-Sida sea de manera obligatoria en controles de chequeo médico.
- Fortalecer el trabajo en equipo entre las instituciones locales y Ministerio de Salud o EsSalud, Fuerzas Armadas y Policiales para poder intervenir a este grupo poblacional con esta enfermedad de manera pronta y oportuna.

VIII. Referencias

- Antela, A. (2004). *Manual de capacitación para el manejo integral de personas adultas que viven con el VIH/Sida para equipo de atención primaria y comunitaria en Latinoamérica y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud.
- Astuvilca, J., Arce-Villavicencio, Y., Sotelo, R., Quispe, J., Guillén, R., Peralta, L., Huaranga, J. y Gutiérrez, C. (2007). Incidencia y factores asociados con las reacciones adversas del tratamiento antirretroviral inicial en pacientes con VIH. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 24, pp. 218-224.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342007000300004&nrm=iso
- Balcindes Acosta, S., Martín Alfonso, L., Rodríguez Salvá, A. y García Roche, R. (2018). Adherencia al tratamiento en pacientes VIH del policlínico universitario “Luis Galván Soca” Centro Habana, 2014. [Convención]. *Convención Internacional de Salud, Cuba Salud*.
<http://www.convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/download/1713/646>
- Berenguer, J. B., Domingo, P., Rodríguez, R. P., Aguirrebengoa, K., Pérez, V. E., Rodero, F. G., ... y Aldeguer, J. L. (2012). Documento de consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (actualización enero de 2012). *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*, 30(6).
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4759882>

Bonilla-Ruiz, A. M. y Vilcapoma-Balbín, P. (2019). Características clínicas, epidemiológicas e inmunoserológicas de los pacientes en terapia antirretroviral de gran actividad en un hospital peruano. *Revista Médica Panacea*, 3(1), pp. 19-23.

<https://doi.org/10.35563/rmp.v3i1.80>

Cabezas, J. (2021). *Características clínicas y epidemiológicas de la infección VIH en pacientes peruanos e inmigrantes latinoamericanos atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, durante el 2018* [Tesis de pregrado, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio Institucional de la Universidad de San Martín de Porres.

<https://hdl.handle.net/20.500.12727/7842>

Finley, J. L., Joshi, V. V. y Smith, N. L. (2004). Chapter 27-General Pathology of HIV Infection. En G. P. Wormser (Ed.), *AIDS and Other Manifestations of HIV Infection (Fourth Edition)* (pp. 733-772). Academic Press.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-012764051-8/50029-9>

Hu, D. J., Pieniazek, D. y Mastro, T. D. (2004). Chapter 3 - The Genetic Diversity and Global Molecular Epidemiology of HIV. En G. P. Wormser (Ed.), *AIDS and Other Manifestations of HIV Infection* (pp. 43-53). Academic Press.

<https://doi.org/10.1016/B978-012764051-8/50005-6>

Martínez, A. R., Calderón, T. P. y Cortés, J. A. (2007). Características clínicas de los pacientes positivos para VIH que consultaron por primera vez al Hospital Central de Maputo (Mozambique), diferencias entre la situación de África y la de Colombia. *Infectio*, 11, pp. 104-110.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-93922007000300002&nrm=iso

Ministerio de Salud [MINSA]. (2018 a). *Norma Técnica de salud de atención integral del adulto mayor con infección por el virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH) NTS N.º 097-MINSA/2018/DGIESP*. MINSA.

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4479.pdf>

Ministerio de Salud [MINSA]. (2018 b). *Boletín Epidemiológico VIH-Sida*. MINSA.

Montúfar Andrade, F., Quiroga, A., Builes, C., Saldarriaga, C., Aguilar, C., Mesa, M. y Zuleta

Tobón, J. (2016). Epidemiología de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana en pacientes hospitalizados en una institución de alta complejidad y enseñanza universitaria en Medellín, Colombia. *Infectio*, 20(1), pp. 9-16.

<https://doi.org/10.1016/j.infect.2015.05.004>

Olivares Nunura, J. L. (2017). *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 período julio 2016-julio 2017*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Piura]. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Piura.

<https://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1191>

Palomino Rosas, F. S. (2010). *Características epidemiológicas de las personas que viven con VIH/SIDA atendidos en el programa VIH/Sida del servicio de enfermedades infecciosas del Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” 1988-2010*. [Tesis de especialidad, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio institucional de tesis y trabajos de Titulación de la UNMSM

<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/13465>

Pando, M., Maulen, S., Weissenbacher, M., Marone, R., Duranti, R., Peralta, L. M., Salomón, H., Russell, K., Negrete, M., Sosa Estani, S., Montano, S., Sanchez, J. L. y Avila, M. M. (2003). High human immunodeficiency virus type 1 seroprevalence in men who have sex with men in Buenos Aires, Argentina: risk factors for infection. *International journal of epidemiology*, 32(5), pp. 735–740.

<https://doi.org/10.1093/ije/dyg104>

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida [ONUSIDA] y Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2009). *Situación de la epidemia de sida*.

https://data.unaids.org/pub/report/2009/jc1700_epi_update_2009_es.pdf

Redondo Martín, S., Morquecho Gil, M., Berbel Hernández, C. y Viña Simón, M. C. (2002). Solicitud y realización del test del VIH en atención primaria: Estudio de la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León 1990-1996. *Gaceta Sanitaria*, 16, pp. 114-120.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000200004&nrm=iso

Rodríguez, M. F., Wolff, M. y Cortés, C. (2015). Características clínicas y epidemiológicas de la infección por VIH en inmigrantes latinoamericanos versus chilenos: estudio comparativo en un centro de atención de Santiago a partir de registros de 2003-2013.

Revista chilena de infectología, 32, pp. 72-80.

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182015000100006&nrm=iso

Sánchez Naranjo, H. M. (2015). Características clínicas y epidemiológicas de la infección por VIH/SIDA en el municipio Yara en el período de 1986–2014. *Multimed*, 19(3).

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=58791>

Sandoval, E. A., Chavarría, Y. Y. y Bustillo, K. R. (2009). Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes adultos con VIH en el Instituto Hondureño de Seguridad Social. *Revista Médica Hondureña*, 77(4), pp. 153-192.

<https://www.revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol77-4-2009-4.pdf>

Sandoval de Mora, M., Dommar de Nuccio, L., Mosqueda, R., & Valenzuela, F. (2008). Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en servicios de medicina. *Revista de la Sociedad Venezolana de Microbiología*, 28, 116-120.

http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-25562008000200008&nrm=iso

Segura, M., Sosa Estani, S., Marone, R., Bautista, C. T., Pando, M. A., Eyzaguirre, L., Sánchez, J. L., Carr, J. K., Montano, S. M., Weissenbacher, M. y Avila, M. M. (2007). Buenos Aires cohort of men who have sex with men: prevalence, incidence, risk factors, and molecular genotyping of HIV type 1. *AIDS research and human retroviruses*, 23(11), pp. 1322–1329.

<https://doi.org/10.1089/aid.2007.0063>

Valdés Fuster, J. L., Viñas Martínez, A. L., Camilo Cuellar, Y. A., Oliva Venereo, D. D. L. C. y Rodríguez Benavides, V. (2019). Características clínicas de pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana. Hospital General Docente “Enrique Cabrera”. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 18(3), pp. 403-417.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180460597004>

Vallejo Hernández, R., González, R., Ortega Polar, E., Gómez González, P. y Panadero Carlavilla, F.J. (2018). VIH y SIDA. *Panorama Actual del Medicamento*, 42(414), pp. 537-542.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6514564>

- Vicente Peña, E. (2012), *Medicina interna. Diagnóstico y tratamiento*. (2.^a ed.). ECIMED.
- Vidal Turrueles, Y., González Rubio, D. y de Armas Rodríguez, Y. (2019). Aspectos clínicos y de laboratorio en pacientes con diagnóstico tardío de SIDA. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 18(4), pp. 593-606.
<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2795/2369>
- Vignoles, M., Avila, M. M., Osimani, M. L., de los Ángeles Pando, M., Rossi, D., Sheppard, H., Sosa-Estani, S., Benetucci, J., Maulen, S., Chiparelli, H., Russi, J., Sánchez, J. L., Montano, S. M., Martínez-Peralta, L. y Weissenbacher, M. (2006). HIV Seroincidence Estimates Among At-Risk Populations in Buenos Aires and Montevideo: Use of the Serologic Testing Algorithm for Recent HIV Seroconversion. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 42(4).
https://journals.lww.com/jaids/Fulltext/2006/08010/HIV_Seroincidence_Estimates_Among_At_Risk.17.aspx
- Warley, E. M., Tavella, S., Garnica, P., Aoad, A., Llanos Ibarra, N. K., Obando, M., Varrenti, N. y Rosas, A. (2021). Enfermedad avanzada al diagnóstico de infección por VIH en el Conurbano de Buenos Aires. *Actualizaciones En Sida E Infectología*.
<https://doi.org/10.52226/revista.v25i96.79>
- Zetola, N. M. y Pilcher, C. D. (2007). Diagnosis and Management of Acute HIV Infection. *Infectious Disease Clinics of North America*, 21(1), 19-48.
<https://doi.org/10.1016/j.idc.2007.01.008>

IX. Anexos

Anexo A. Categorías Clínicas Según CDC

A	B	C
<ul style="list-style-type: none"> • Infección VIH asintomática. • Linfadenopatía generalizada persistente. • Enfermedad VIH aguda o primaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Angiomatosis bacilar. • Candidiasis vulvo-vaginal, o candidiasis oral resistente al tratamiento. • Displasia de cérvix uterino o carcinoma de cérvix no invasivo. • Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). • Fiebre menor a 38.5 °C o diarrea, de más de un mes de duración. • Herpes zóster (más de un episodio, o un episodio con afección de más de un dermatoma) • Leucoplasia oral vellosa. • Neuropatía periférica. • Púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) 	<p>Bacterianas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Septicemia por salmonella recurrente. • Infección por mycobacterium avium. • Infecciones por micobacterias atípicas. • Víricas • Infección por citomegalovirus (retinitis o diseminada) • Infección por el virus del herpes simple (VHS tipo 1 y 2), puede ser crónica o en forma de bronquitis, neumonitis o esofagitis. <p>Hongos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspergilosis • Candidiasis, tanto diseminada como del estómago, tráquea o pulmones. • Coccidioidomicosis, extrapulmonar o diseminada. • Criptococosis extrapulmonar. • Histoplasmosis, ya sea diseminada o extrapulmonar. <p>Ptotozoos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neumonía por pneumocystis jiroveci. • Toxoplasmosis neurológica. • Criptosporidiosis intestinal crónica. • Isosporiasis intestinal crónica. <p>Procesos crónicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bronquitis y neumonía. <p>Procesos asociados directamente con el VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demencia relacionada con VIH (encefalopatía por VIH) • Leucoencefalopatía multifocal progresiva. • Síndrome de desgaste o wasting syndrome. <p>Tumores.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sarcoma de Kaposi. • Linfoma de Burkitt. • Otros linfomas no Hodgkin, especialmente linfoma inmunoblásticos. Linfoma cerebral primario o linfoma de células B.

Anexo B. Operacionalización de Variables

Variable	Indicador	Categoría	Escala	Fuente
sexo	Masculino femenino	Dicotómica	Nominal	Historia clínica
edad	18-30 años 31-40 años 41-50 años 51-60 años >60 años	Polinómica	Nominal	Historia clínica
Orientación sexual	Heterosexual Homosexual bisexual	Polinómica	Nominal	Historia clínica
Estado civil	Soltero Casado Viudo Conviviente Divorciado	Polinómica	Nominal	Historia clínica
Recuento CD4	>200 cel. <200 cel.	Dicotómica	Ordinal	Historia clínica
Estadio clínico CDC	A B C	Polinómica	Nominal	Historia clínica
Características clínicas	Sd. Consuntivo Diarrea crónica Disnea/insuf. Respiratoria Lesiones dérmicas otros	Polinómica	Nominal	Historia clínica
Motivo de consulta	Bajo peso Problemas gastrointestinales Despistaje por preoperatorio Dificultad respiratoria Pareja de pacientes con VIH Chequeo medicó	Polinómica	Nominal	Historia clínica
Enfermedades asociadas	Cáncer gástrico Sd de desgaste por VIH Tuberculosis intestinal Coccidioidomycosis Neumonía adquirida en la comunidad Pneumocistosis Herpes zóster Cirugía de próstata Cataratas Hernia inguinal Apendicitis aguda	Polinómica	Nominal	Historia clínica

Anexo C. Ficha de Recolección de Datos

Ficha de Recolección de Datos

N.º de ficha: _____

- **Sexo:** femenino ()
masculino ()
- **Edad:** 18 – 30 ()
31 – 40 ()
41 - 50 ()
51 – 60 ()
>60 ()
- **Motivo de consulta:**
bajo peso () si () no
problemas gastrointestinales
() si () no
despistaje por preoperatorio
() si () no
dificultad respiratoria () si () no
pareja de pacientes con VIH
() si () no
chequeo médico () si () no
- **Estadio clínico:**
a () b () c ()
- **Fecha de diagnóstico:**
- **Estado civil:**
soltero () si () no
casado () si () no
viudo () si () no
conviviente () si () no
Divorciado () si () no
- **CD4 previo al TARGA:**
>200 ()
< 200 ()
- **Orientación sexual:**
heterosexual () si () no
homosexual () si () no
bisexual () si () no
- **Características clínicas:**
Sd consuntivo () si () no
Diarrea crónica () si () no
Disnea/insuficiencia respiratoria
() si () no
herpes zóster () si () no
asintomático () si () no
- **Enfermedades asociadas:**
Cáncer gástrico () si () no
Sd de desgaste por VIH () si () no
Tuberculosis intestinal () si () no
Coccidiomicosis () si () no
Neumonía adquirida en la
comunidad () si () no
Herpes zóster () si () no
Cirugía de próstata () si () no
Cataratas () si () no
Hernia inguinal () si () no
Apendicitis aguda () si () no

Anexo D. Consolidado de Resultados

Se puede apreciar todas las características basales de los pacientes con diagnóstico reciente de infección VIH-SIDA.

VARIABLES e indicadores	<i>f</i>	%
Sexo		
Masculino	27	63
Femenino	16	37
Edad		
18-30 años	20	46.5
31-40 años	9	21
41-50 años	6	14
51-60 años	5	11.5
<60 años	3	7
Orientación sexual		
Heterosexual	34	79
Homosexual	5	12
Bisexual	4	9
Estado civil		
Solero	15	36
Casado	3	7
Viudo	4	9
Conviviente	20	46
Divorciado	1	2
Estadio clínico de enfermedad		
Sida	31	72
No sida	12	28
Recuento de cd4		
>200 cel	26	60
<200 cel	17	40

Estadio Clínico: Clasificación CDC	<i>f</i>	%
A	16	37.2
B	2	4.7
C	25	58.1
Características clínicas		
Síndrome Consuntivo	5	11.6
Diarrea Crónica	3	7
Disnea/insuficiencia respiratoria	4	9.3
Lesiones dérmicas	1	2.3
otras	30	69.8
Motivo de consulta		
Baja de peso	5	12
Problemas gastro intestinales	3	7
Despistaje por preoperatorio	6	14
dificultad respiratoria	4	9
Pareja de paciente con VIH	8	19
Infección dérmica	1	2
Chequeo médico	16	37
Enfermedades asociadas		
Síndrome consuntivo		
Cáncer gástrico	2	5
Síndrome de desgaste por VIH	3	7
Diarrea crónica		
TBC intestinal	1	2
Disnea/insuficiencia respiratoria		
Neumonía comunitaria	1	2
Infección dérmica		
Herpes zóster	1	2
Cirugía próstata	1	2
Cataratas	1	2
Apendicitis aguda	2	5

Anexo E. Matriz de Consistencia

Características clínicas de pacientes con diagnóstico reciente de infección VIH-Sida, Hogar San Camilo, 2017-2021

Problema general	Objetivos	Marco teórico- conceptual	Variabes	Metodología	Población
¿Cuáles son las características clínicas de pacientes con diagnóstico reciente de infección VIH-Sida en el Hogar San Camilo durante el periodo enero del 2017 a diciembre del 2021?	<p>Objetivo general Determinar cuáles son las características clínicas de pacientes con diagnóstico reciente de infección VIH-Sida en el Hogar San Camilo durante el periodo enero del 2017 a diciembre del 2021.</p> <p>Objetivos específicos Determinar la frecuencia de Infección por VIH-Sida en pacientes con diagnóstico reciente de infección VIH-Sida en el Hogar San Camilo durante el periodo enero del 2017 a diciembre del 2021. Identificar cuáles fueron los motivos diagnósticos en pacientes con infección reciente por VIH-Sida en el Hogar San Camilo durante el periodo enero del 2017 a diciembre del 2021. Identificar cuáles fueron los estadios clínicos de ingreso de los en pacientes con diagnóstico reciente de infección VIH-Sida en el Hogar San Camilo durante el periodo enero del 2017 a diciembre del 2021.</p>	<p>El síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), desde el inicio de su descripción a principios de los años ochenta, ha incrementado significativamente su incidencia y prevalencia en el ámbito mundial, es una pandemia; un problema de salud pública mundial.</p> <p>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.</p> <p>La infección por el VIH se suele diagnosticar mediante análisis rápidos que permiten detectar la presencia o ausencia de anticuerpos contra el virus. En la mayoría de los casos, los resultados se obtienen en el mismo día, una cuestión fundamental para diagnosticar la infección en ese día y para atender a los afectados e iniciar el tratamiento lo antes posible.</p>	<p>V. Dependiente Características clínicas de pacientes con diagnóstico reciente de infección VIH-Sida.</p> <p>V. Independientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Ocupación - Estado civil - Grado de instrucción - Estado socioeconómico - Lugar de procedencia - Hábitos nocivos - estadio clínico - Recuento de CD4 y CV - Características clínicas: <ul style="list-style-type: none"> Cuadro febril Cuadro mononucleico Linfadenomegalias Rash dérmico Infecciones oportunistas Otras. 	<p>El diseño de investigación es estudio de tipo Descriptivo, retrospectivo observacional de corte transversal, que se realizara en la ONG Hogar San Camilo, durante el periodo enero del 2017 a diciembre del 2021.</p>	<p>Toda la población a estudiar estará constituida por todos los pacientes de ambos sexos con diagnóstico de infección VIH-Sida entre periodo 2017 - 2021, en el Hogar de San Camilo, donde se ingresarán a todos los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión en este periodo de tiempo, será una muestra por conveniencia.</p> <p>Selección de sujetos de estudio Criterios de Inclusión Se incluirán a todos los pacientes de ambos sexos mayores de 18 años con diagnóstico de infección VIH-Sida, durante el periodo 2017 - 2021. Todos deben tener controles de CD4 y Carga Viral (CV) de ingreso. Se incluirán a aquellos pacientes que han sido referidos de otras instituciones, que estén dentro del periodo establecido.</p> <p>Criterios de Exclusión Se excluirán a todos los pacientes que no cuenten con toda la información necesaria establecida en los criterios de inclusión.</p>