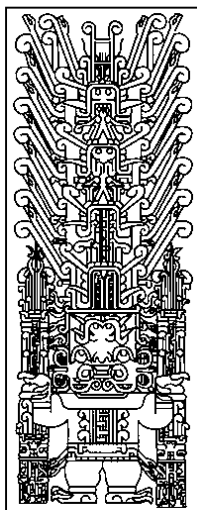


**UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL
FACULTAD DE MEDICINA HIPOLITO UNANUE
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Oficina de Grados y Títulos



**“INFECCION POR VIH-SIDA EN PACIENTES ANCIANOS EN EL
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE”
"INFECTION FOR HIV-AIDS IN OLDER PATIENTS IN THE
HIPOLITO NATIONAL HOSPITAL UNANUE JANUARY-DECEMBER
2017"**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**AUTOR:
ANDREE ANDERSON GARCIA HUAMAN**

**ASESOR:
Dr. SANDOVAL**

LIMA-PERU

2018

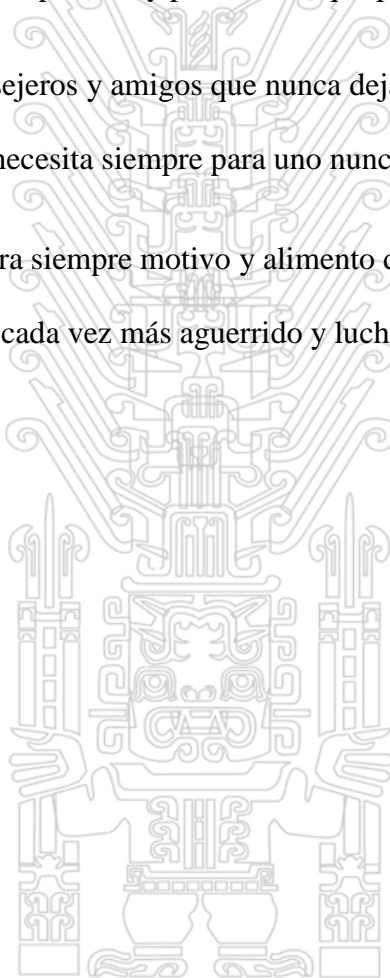
DEDICATORIA

A mis padres que siempre estuvieron ahí en cada momento decisivo del largo camino para poder seguir adelante y ser fuerte en cada obstáculo que se presentaba

A mis tios los pachones cuyo cariño y apoyo fueron de real importancia en mi crecimiento diario como persona y profesional que pretendo ser.

A mis hermanos grandes consejeros y amigos que nunca dejaron de alentar y darme ese plus que se necesita siempre para uno nunca rendirse

A mi novia que cuya ternura siempre motivo y alimento durante todo este tiempo a un corazón a ser cada vez más aguerrido y luchar hasta el final.



INDICE

| | |
|----------------------------------|-----|
| RESUMEN | i |
| ABSTRACT | iii |
| INTRODUCCION..... | 1 |
| MATERIALES Y METODOS..... | 6 |
| RESULTADOS | 10 |
| DISCUSION | 16 |
| CONCLUSIONES..... | 20 |
| RECOMENDACIONES | 20 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 21 |
| ANEXOS | 24 |



RESUMEN

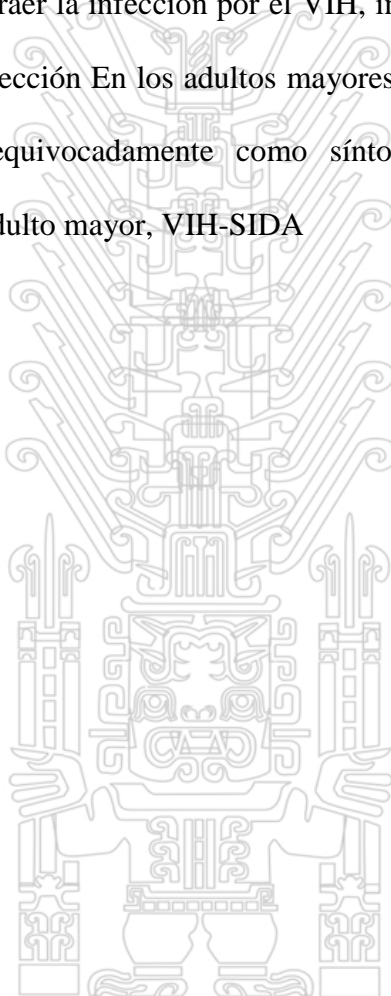
Antecedentes: Entendemos por SIDA geriátrico o paciente anciano con SIDA aquel que ocurre en personas mayores de 60 años; estos pacientes representan entre el 2 y el 5% del total de pacientes portadores de la enfermedad con perspectivas de un aumento progresivo, asimismo las características epidemiológicas, factores de riesgo y las formas de presentación clínica difieren si los comparamos con la población joven infectada por este virus.

Método: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de tipo serie de casos durante los meses Enero a Diciembre del 2017, en pacientes ancianos con VIH/SIDA. **Resultados.** Ingresaron al estudio 18 pacientes que cumplían los criterios de inclusión 14 varones (78%) y 4 mujeres (22%). La edad se encontró entre los 60 a 82 años con una media de 72 años (DE=5.6 años), el estado civil encontramos casados o convivientes 12 (67%) , solteros 4 (22%), ocupación, el desempleo es el predominante 10 (56%) seguido de empleado y jubilado con 4 (22%) , grado de instrucción nivel primaria 10 (56%) , seguido del nivel secundaria 6 (33%). Cuando se identifican factores de riesgo se observa que la conducta sexual predominante es la heterosexual 14 (78%) , seguida de homosexual 2 (11%), cuando analizamos hábitos nocivos encontramos que el tabaco 6 (33%) y alcohol 4 (22%) son los predominantes.

Las ETS relacionadas a esta población tenemos que sífilis 4 (22%) y hepatitis B 3 (16%). Entre otras causas tenemos que la promiscuidad en varones 6 (33%) y relaciones sexuales con trabajadoras sexuales 4 (22%). Frecuencia y formas de presentación clínica, encontramos Diarrea crónica 5 (27%) y el síndrome consuntivo 4 (22%), candidiasis oral y esofágica 2 (11%) y tuberculosis pulmonar 2 (11%). Al relacionar mortalidad con estadio clínico en este grupo de pacientes observamos que la mayoría 5 (27%) de fallecidos corresponden a la categoría C, seguido de 2 (11%) a la categoría B

Las causas de muerte identificadas en este grupo de pacientes fue shock séptico punto de partida urinario 3 (37.5%) , TBC pulmonar y extrapulmonar (Meningitis TBC), cáncer de útero (carcinoma invasor) y criptococosis todos estos con un caso , que representa el 12.5%.

Conclusiones. Por varias razones, es menos probable que las personas ancianas con VIH SIDA se hagan la prueba de detección de la infección por el VIH, Es posible que los médicos en atención primaria de salud no piensen en preguntarles a los adultos mayores sobre sus factores de riesgo de contraer la infección por el VIH, incluida la actividad sexual, y no recomienden la prueba de detección En los adultos mayores, las señales de infección por el VIH pueden interpretarse equivocadamente como síntomas de envejecimiento o de afecciones. *Palabras clave:* adulto mayor, VIH-SIDA

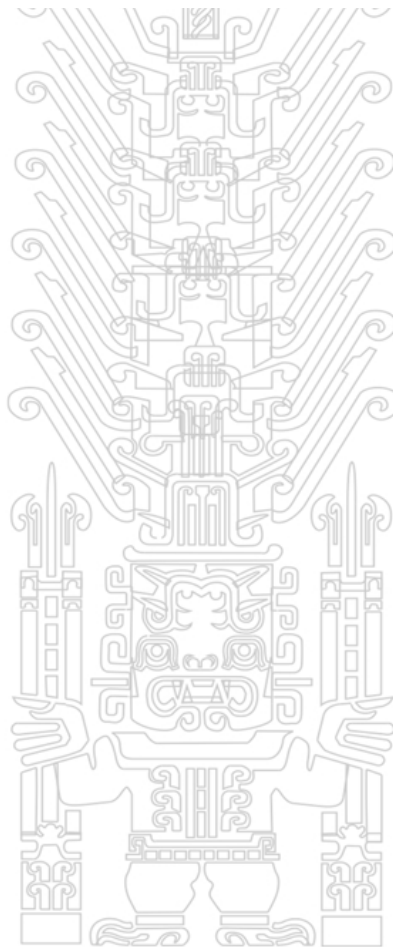


SUMMARY

Background: We understand geriatric AIDS or elderly patient with AIDS that occurs in people older than 60 years; these patients represent between 2 and 5% of the total number of patients with the disease with prospects of a progressive increase, as well as the epidemiological characteristics, risk factors and the clinical presentation forms differ if we compare them with the young population infected by this disease. virus **Method:** A descriptive, retrospective study of a series of cases was carried out during the months of January to December 2017, in elderly patients with HIV / AIDS. Results. 18 patients who met the inclusion criteria included 14 men (78%). and 4 women (22%). The age was between 60 to 82 years with an average of 72 years (SD = 5.6 years), marital status found married or cohabiting 12 (67%), single 4 (22%), occupation, unemployment is the predominant 10 (56%) followed by employee and retired with 4 (22%), grade level of primary education 10 (56%), followed by secondary level 6 (33%) .When risk factors are identified, it is observed that sexual behavior predominant is heterosexual 14 (78%), followed by homosexual 2 (11%), when we analyze harmful habits we find that tobacco 6 (33%) and alcohol 4 (22%) are the predominant ones. STDs related to this population have what syphilis 4 (22%) and hepatitis B 3 (16%). Among other causes we have promiscuity in men 6 (33%) and sexual relations with sex workers 4 (22%) Frequency and forms of clinical presentation, we found Chronic diarrhea 5 (27%) and consumptive syndrome 4 (22%) , oral and esophageal candidiasis 2 (11%) and pulmonary tuberculosis 2 (11%) .In relation to mortality with clinical stage in this group of patients, we observed that the majority 5 (27%) of deaths correspond to category C, followed by 2 (11%) to category B causes of death identified in this group of patients was septic shock point 3 (37.5%), pulmonary and extrapulmonary TBC (Meningitis TBC), uterine cancer (invasive carcinoma) and cryptococcosis all these with a case, which represents 12.5%.

Conclusions. For several reasons, elderly people with HIV / AIDS are less likely to be

screened for HIV infection. Physicians in primary health care may not think of ask older adults about their risk factors for HIV infection, including sexual activity, and do not recommend screening. In older adults, the signs of HIV infection can be misinterpreted as symptoms of aging or of conditions related to age. As a result, the cited screening test is not usually offered. More and more elderly people develop this disease at older ages, and their survival is even shorter, not only due to the delay in diagnosis, but also due to other comorbidities. , frequent in this age group **keywords:** old man HIV-AIDS.



INFECCION POR VIH-SIDA EN PACIENTES ANCIANOS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

1. INTRODUCCION

La infección por el VIH es una pandemia, se ha estimado que aproximadamente de 50 a 100 millones de individuos han sido infectados a nivel mundial hasta el 2010.

Más de 40,000 casos de VIH/SIDA son diagnosticados en Estados Unidos cada año, así en el año 2008 en los EEUU, se diagnosticaron aproximadamente 1106,391 casos de SIDA de los cuales 142 ,000 casos de SIDA son en mayores de 60 años ,datos reportados por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades, Atlanta (Newcomer ,1997).

Según Nguyen se entiende por **SIDA geriátrico o paciente anciano con SIDA** aquel que ocurre en **personas mayores de 60 años**; estos pacientes representan entre el 2 y el 5% del total de pacientes portadores de la enfermedad con perspectivas de un aumento progresivo.

Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC), alrededor del 26% de los estadounidenses VIH-positivos diagnosticados o no en el 2012 eran mayores de 55 años como es sabido estos pacientes tienen factores de riesgo diferente para adquirir la enfermedad que los jóvenes. (Jhon Knodol, 2003) (Medalit, 2002).

Desde que se identificó la epidemia, casi 25 millones de personas han muerto de SIDA, según el Boletín Epidemiológico de VIH SIDA en el Perú hasta Octubre del 2017 se reportó 109263 personas con infección por el VIH y 40551 casos de pacientes en estadio SIDA, como sabemos es la misma enfermedad en un periodo de tiempo diferente de los cuales 26279 han sido reportados en la última etapa de la enfermedad.

El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

Ministerio de Salud del Perú, reporto hasta el 31 de octubre del 2017 que el 55% de los casos

UNFV

de VIH se diagnosticaron entre 20 y 34 años y el 61% de los casos de sida entre los 20 y 39 años.

Los CDC propusieron un nuevo sistema a partir de 1993. Esta nueva clasificación incluye como casos de SIDA a todos los pacientes con niveles de células CD4+ inferiores a $200/\text{mm}^3$ (A₃ B₃ C₃) aunque no tengan manifestaciones clínicas indicadoras de SIDA y en la categoría C agregó neumonía recurrente, tuberculosis pulmonar y cáncer invasivo de cérvix. En la categoría clínica B incluye condiciones no contempladas en C y que indican defecto de la inmunidad celular: angiomatosis bacilar, candidiasis oro faríngea, candidiasis vulvovaginal persistente, displasia cervical moderada a severa, carcinoma cervical *in situ*, fiebre de 38,5 °C o más, diarreas por más de un mes, leucoplasia pilosa, púrpura trombocitopénica idiopática, listeriosis, enfermedad inflamatoria pélvica y neuropatía periférica y la categoría A a todos los pacientes asintomáticos o presencia de síndrome retroviral agudo.

La forma de infección del VIH SIDA es a través de la vía sexual en un 97%, la transmisión vertical de madre a hijo durante el embarazo o lactancia materna en 2% y por vía parenteral 1%.

La población de adultos mayores VIH-positivos presenta varias peculiaridades clínicas y epidemiológicas y están van en aumento por las razones siguientes; muchas personas que contrajeron la infección por el VIH a temprana edad están envejeciendo, el tratamiento permanente TARGA ayuda a esas personas a tener una vida más larga y sana.

Anualmente, miles de personas mayores contraen la infección por el VIH la sobreviven y la progresión de enfermedad tanto como neoplasias e infecciones oportunistas difieren de los pacientes jóvenes. (Newcomer, 1997).

Los CDC recomiendan que toda persona de 13 a 64 años de edad se haga la prueba de detección de la infección por el VIH al menos una vez y que las personas expuestas a alto riesgo de infección se la hagan más a menudo.

Por varias razones, es menos probable que las personas mayores se hagan la prueba de detección de la infección por el VIH debido a que el personal de salud no piensa en preguntarles a los adultos mayores sobre sus factores de riesgo de contraer la infección por el VIH, incluida la actividad sexual, y no recomienden la prueba de detección correspondiente. (Craig 2002) (Moore 2000).

Algunas personas mayores pueden sentirse avergonzadas de hablar sobre la prueba de detección de la infección por el VIH con sus médicos tratantes y muchas veces las señales de infección por el VIH pueden interpretarse equivocadamente como síntomas de envejecimiento o de afecciones relacionadas con la edad, como consecuencia, la prueba de detección citada no suele ofrecérseles. Por estas razones, es más probable que la infección por el VIH se diagnostique en una fase tardía en muchos adultos mayores y que, cuando eso sucede, evolucione para convertirse en SIDA. (Michael D 2003) (George M 1995).

Además, algunos factores relacionados con la edad también exponen a los adultos mayores al riesgo de contraer la infección por el VIH. Por ejemplo, es posible que los adultos mayores que reinician relaciones sentimentales después de un divorcio o del fallecimiento de su pareja desconozcan el riesgo de infección por el VIH y no usen condones. (Wipple 1996). El adelgazamiento y la sequedad de la vagina por causa de la edad pueden aumentar el riesgo de infección por el VIH en las mujeres mayores. Además, es posible que las mujeres que ya no se preocupan por el embarazo no usen el condón femenino ni le pidan a su pareja que use el condón masculino durante las relaciones sexuales. (Info SIDA).

En varios estudios realizados antes de la aparición de los antirretrovirales, se demostró que los ancianos con esta enfermedad presentaban un curso más severo y menor sobrevida. Cada vez son más los ancianos que contraen esta enfermedad en edades más avanzadas, y su sobrevida es aún más corta, no solo por la demora en el diagnóstico, sino también por las otras comorbilidades, frecuentes en este grupo etario.

Existen complicaciones no infecciosas en este grupo de pacientes como las hepatopatías crónicas como coinfección del virus B o C, problemas cardiovasculares que incrementan el riesgo cardiovascular como resultado de la interacción de propio virus y el tratamiento TARGA (dislipidemias) Neoplasias como el Linfoma no Hodgking, sarcoma de Kaposi, el carcinoma de cérvix invasor y el riesgo de desarrollar otras neoplasias no relacionadas a VIH también es mayor, complicaciones neuropsiquiátricas son frecuentes y responsables de alta morbilidad a lo largo de todo el curso natural de la enfermedad, las nefropatías asociadas al VIH (glomerulonefritis focal y segmentaria), problemas osteomusculares muy relacionados al VIH con mayor incidencia en osteoporosis, problemas hematológicos como las anemias, neutropenias, linfopenias y trombocitopenias que aumentan a medida que avanza la enfermedad, problemas dermatológicos y endocrinológicos como insuficiencia suprarrenal, hipogonadismo entre otras.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Por varias razones, es menos probable que las personas ancianas con VIH SIDA se hagan la prueba de detección de la infección por el VIH y a su vez los médicos en atención primaria de salud así como en los hospitales no piensen en preguntarles a los adultos mayores sobre sus factores de riesgo de contraer la infección por el VIH, incluida la actividad sexual, y no recomienden la prueba de detección.

FORMULACION DEL PROBLEMA:

1. ¿Determinar las formas de presentación clínica en pacientes ancianos con infección VIH/SIDA en el Hospital Hipólito Unanue de Enero de 2017 a Diciembre del 2017?

3. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO:

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

En los adultos mayores, las señales de infección por el VIH pueden interpretarse equivocadamente como síntomas de envejecimiento o de afecciones relacionadas con la edad como enfermedades relacionadas a neoplasias u otras enfermedades degenerativas como consecuencia, la prueba de detección para el VIH no suele ofrecérseles, además los pocos trabajos científicos similares en el Perú, justifica la realización de este estudio

4. OBJETIVOS:

Objetivo General:

- Determinar las formas de presentación clínica en pacientes ancianos con infección VIH/SIDA en el Hospital Hipólito Unanue de Enero de 2017 a Diciembre del 2017

Objetivos específicos:

- Determinar las características epidemiológicas, estadios clínicos, asociadas a pacientes ancianos con VIH SIDA.
- Determinar los factores de riesgo asociadas a pacientes ancianos con VIH SIDA.
- Determinar las causas de muerte de los pacientes ancianos con VIH SIDA.

5. METODO

5.1. Tipo y diseño de investigación:

Investigación no experimental. Ya que se realizara sin manipular deliberadamente variables. Se observara los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para analizarlos con posterioridad.

Diseño: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de serie de casos durante un año Enero a Diciembre del 2017, en pacientes ancianos con VIH/SIDA.

5.2. Población de estudio:

a) Lugar de estudio.

Se realizó en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, creado el año 1945. Es un Hospital de tercer nivel y centro de referencia de la zona Lima-Este, cuenta con médicos especialistas en Infectología, Medicina Interna, Geriátrica, y servicios de hospitalización y consulta externa.

b) Selección de sujetos de estudio

Criterios de inclusión.

Se incluyeron a todos los pacientes adultos mayores o ancianos de ambos sexos, mayores de 60 años con diagnóstico de infección VIH SIDA a través de una prueba rápida, Elisa para VIH o Western Blot, que ingresaron al Hospital por consultorios externos de Medicina Infectología, Geriátrica y Emergencia del hospital durante el periodo Enero a Diciembre del 2017.

Criterios de exclusión.

Todos aquellos que no cumplan los criterios de inclusión.

Definiciones Operacionales.

1.-VIH/SIDA: Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

2.- Adultos con infección por el VIH/SIDA: Según Nguyen se entiende por **SIDA geriátrico o paciente anciano de ambos sexos con VIH/SIDA** aquel que ocurre en **personas mayores de 60 años**.

3.- Neumonía por Pneumocystis jirovesi: Es una infección respiratoria causada por el microorganismo *Pneumocystis jirovesi*. Demostrada radiográficamente con patrón intersticial bilateral, hipoxemia, DHL incrementado.

4.-Síndrome de Consumo: Se define como la pérdida involuntaria de más de 10% de peso del cuerpo, junto con más de 30 días de diarrea, o debilidad y fiebre.

5.- Síndrome consuntivo: Es la pérdida involuntaria de más del 10% del peso corporal (particularmente de masa muscular) y de por lo menos 30 días ya sean de diarrea o de debilidad, y fiebre.

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

7.-Tuberculosis pulmonar: Infección causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*, diagnosticado radiográficamente con hallazgo de BK (+) en el estudio directo de esputo y/o aspirado gástrico o cultivos de los mismos.

8.- Tuberculosis extrapulmonar: Infección causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*, diagnosticado con hallazgo de BK (+) en tejido o cultivo o en cualquier otro fluido corporal.

9.- Candidiasis: La **candidiasis** es una infección fúngica (micosis) de cualquiera de las especies *Candida* (todas ellas levaduras), de las cuales la *Candida albicans* es la más común. La candidiasis incluye infecciones que van desde las superficiales, tales como la candidiasis oral y vaginitis, hasta las sistémicas y potencialmente mortales, conocidas como candidemias,

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

11.- Encefalopatía por el VIH: El término encefalopatía asociada al VIH alude al compromiso primario del cerebro debido al propio retrovirus en ausencia de otras enfermedades.

12.- Leucoencefalopatía multifocal progresiva: La leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP) es una enfermedad desmielinizante del SNC, de evolución subaguda a crónica, marcadora del sida, causada por el poliomavirus JC (VJC), un DNA virus de distribución universal.

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

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

Población de estudio:

El presente estudio incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de infección por VIH SIDA mayores de 60 años, que acudieron a consulta externa de Medicina, Infectología, Geriátrica, Cirugía y Emergencia, del Hospital Nacional Hipólito Unánue desde Enero de 2017 a Diciembre del 2017.

5.3.- Instrumentos y Materiales:

a) Fuentes:

Se revisaron los archivos estadísticos, donde se seleccionaron los pacientes ancianos con diagnóstico de infección VIH SIDA que cumplieron los criterios de inclusión durante el periodo de tiempo, desde Enero de 2017 a Diciembre del 2017.

b) Instrumentos:

Se recopilaron todos los datos en la ficha clínica elaborado para este estudio, toda la información obtenida fueron almacenadas en un archivo de datos SPSS versión 17.0 español para su posterior análisis.

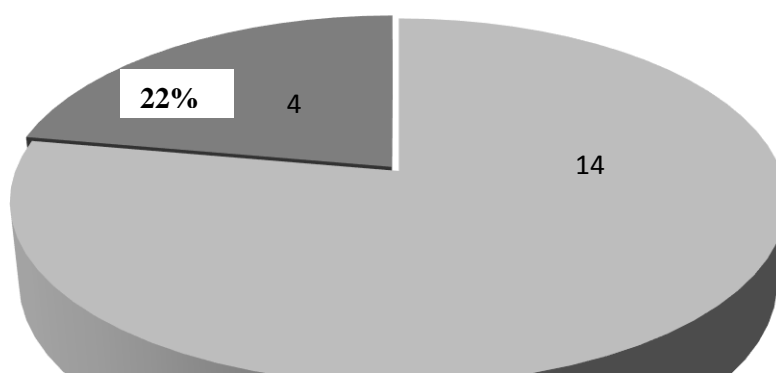
5.4.- Procesamiento y Análisis de los Datos:

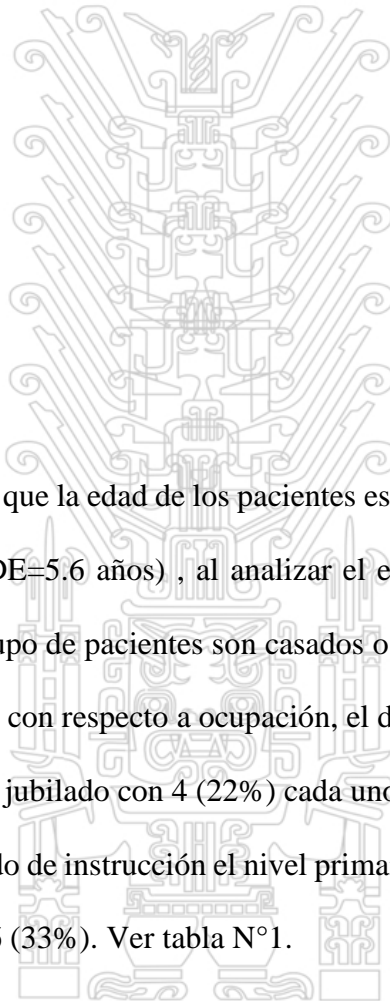
Se realizó una revisión crítica de los instrumentos de recolección de datos, y con los datos obtenidos de ellos se desarrolló una base de datos pertinente que permitió el análisis estadístico de los mismos, esto en el paquete estadístico SPSS 17.0. Versión en español.

6. RESULTADOS

Durante el periodo comprendido desde Enero de 2017 a Diciembre del 2017, se revisaron 26 historias clínicas de pacientes con infección VIH-SIDA mayores de 60 años, que acudieron a consulta externa de Medicina, Infectología, Geriatria, Cirugía y Emergencia, del Hospital Nacional Hipólito Unánue, se excluyeron 8 pacientes por no cumplir con los criterios de inclusión, ingresando al estudio 18 pacientes, los cuales se distribuyeron según género en 14 varones (78%) y 4 mujeres (22%). Ver Gráfico N°1.

Gráfico N°1. Número de pacientes ancianos con VIH SIDA según género con infección VIH SIDA. Hospital Nacional Hipólito Unanue. Enero -Diciembre 2017





Nosotros encontramos que la edad de los pacientes estaba en el rango de 60 a 82 años con una media de 72 años (DE=5.6 años), al analizar el estado civil de los pacientes nos encontramos que el mayor grupo de pacientes son casados o convivientes 12 (67%), seguido de pacientes solteros 4 (22%), con respecto a ocupación, el desempleo es el predominante 10 (56%) seguido de empleado y jubilado con 4 (22%) cada uno.

Cuando se analiza grado de instrucción el nivel primaria es el predominante 10 (56%), seguido del nivel secundaria 6 (33%). Ver tabla N°1.

Tabla N°1. Características Epidemiológicas de pacientes con infección VIH SIDA mayores de 60 años Hospital Nacional Hipólito Unanue. Enero -Diciembre 2017

| Características | frecuencia | (N=18) | % |
|-----------------------------|------------|--------|----|
| Epidemiológicas | | | |
| GENERO | | | |
| Masculino | 14 | | 78 |
| Femenino | 4 | | 22 |
| EDAD | | | |
| 60-69 años | 10 | | 56 |
| 70-79 años | 6 | | 33 |
| 80 a mas | 2 | | 11 |
| ESTADO CIVIL | | | |
| Soltero | 4 | | 22 |
| Casado/Conviviente | 12 | | 67 |
| Divorciado | 1 | | 6 |
| Viudo | 1 | | 6 |
| OCUPACION | | | |
| Empleado | 4 | | 22 |
| Jubilado | 4 | | 22 |
| Desempleado | 10 | | 56 |
| GRADO DE INSTRUCCIÓN | | | |
| Primaria | 10 | | 56 |
| secundaria | 6 | | 33 |
| Superior | 2 | | 11 |

Cuando se identifican los factores de riesgo para este grupo de pacientes se observa que la conducta sexual predominante es la heterosexual 14 (78%) , seguida de homosexual 2 (11%), cuando analizamos hábitos nocivos encontramos que el tabaco 6 (33%) y alcohol 4 (22%) son los predominantes. Las ETS relacionadas a esta población tenemos que sífilis 4 (22%) y hepatitis B 3 (16%) son los que están presentes. Entre otras causas tenemos que la promiscuidad en varones 6 (33%) y relaciones sexuales con trabajadoras sexuales 4 (22%) son los más frecuentes.

Ver tabla N°2.

Tabla N°2. Factores de riesgo asociados a contraer infección VIH SIDA en pacientes mayores de 60 años Hospital Nacional Hipólito Unanue. Enero -Diciembre 2017

| FACTORES DE RIESGO | FRECUENCIA | |
|--------------------------|------------|----|
| | (N=18) | % |
| CONDICION SEXUAL | | |
| Homosexual | 2 | 11 |
| Heterosexual | 14 | 78 |
| Desconocido | 2 | 11 |
| HABITOS NOCIVOS | | |
| Alcohol | 4 | 22 |
| Tabaco | 6 | 33 |
| Drogas | 2 | 11 |
| Ninguno | 6 | 33 |
| E.T.S ASOCIADAS | | |
| Sífilis y otras venéreas | 4 | 22 |
| Hepatitis B | 3 | 16 |
| Hepatitis C | 1 | 6 |
| ninguno | 10 | 56 |
| OTROS | | |
| Transfusión sanguínea | 1 | 6 |
| Promiscuidad | 6 | 33 |

| | | |
|----------------------------|---|----|
| Relaciones sexuales con TS | 4 | 22 |
| Ninguno | 7 | 39 |

Cuando se analiza la frecuencia y formas de presentación clínica, encontramos que la diarrea crónica 5 (27%) y el síndrome consuntivo 4 (22%), son los predominantes seguidos de candidiasis oral y esofágica 2 (11%) y tuberculosis pulmonar 2 (11%).

Ver tabla N°3.

Tabla N° 3. Frecuencia y Formas de presentación Clínica de pacientes con infección VIH SIDA mayores de 60 años Hospital Nacional Hipólito Unanue. Enero -Diciembre 2017

| Formas de Presentación | | |
|--------------------------------|---------------------------|----------|
| Clínica | Frecuencia (N° 18) | % |
| Síndrome | | |
| consuntivo | 4 | 22 |
| candidiasis oral y/o esofágica | 2 | 11 |
| Diarrea Crónica | 5 | 27 |
| Neumocistosis | 1 | 6 |
| Tuberculosis pulmonar | 2 | 11 |
| Tuberculosis extrapulmonar | 1 | 6 |
| Demencia VIH | 1 | 6 |
| Toxoplasmosis cerebral | 1 | 6 |
| Criptococosis | 1 | 6 |

Al relacionar mortalidad con estadio clínico en este grupo de pacientes observamos que la mayoría 5 (27%) de fallecidos corresponden a la categoría C , seguido de 2 (11%) a la categoría B. ver tabla N°4

Tabla N°4. Pacientes con infección VIH SIDA mayores de 60 años fallecidos según estadio clínico Hospital Nacional Hipolito Unanue. Enero -Diciembre 2017

| Estadio | A | B | C | Total N / % |
|------------------|---|----|----|-------------|
| Fallecidos | 1 | 2 | 5 | 8pac./44 |
| Total N/% | 6 | 11 | 27 | |

Las causas de muerte identificadas en este grupo de pacientes fue shock séptico punto de partida urinario 3 (37.5%) , seguidos de causas bien identificadas como TBC pulmonar y extrapulmonar (Meningitis TBC) , cáncer de útero (carcinoma invasor) y criptococosis todos estos con un caso , que representa el 12.5%. ver Tabla N°5.

Tabla N°5. Causas de muerte en Pacientes con infección VIH SIDA mayores de 60 años. Hospital Nacional Hipolito Unanue. Enero -Diciembre 2017

| Causas | N=8 | (%) |
|---------------------|-----|------|
| Shock septico / ITU | 3 | 37.5 |
| Neumocistosis | 1 | 12.5 |
| TBC pulmonar | 1 | 12.5 |

| | | |
|----------------|---|------|
| Meningitis TBC | 1 | 12.5 |
| Cancer utero | 1 | 12.5 |
| Criptococosis | 1 | 12.5 |
| Total % | 8 | 100 |

7. DISCUSION.

Según el Boletín Epidemiológico de VIH SIDA en el Perú hasta Octubre del 2017 se reportó 109263 personas con infección por el VIH y 40551 casos de pacientes en estadio SIDA, como sabemos es la misma enfermedad en un periodo de tiempo diferente de los cuales 26279 han sido reportados en la última etapa de la enfermedad.

El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades- Ministerio de Salud del Perú, reporto hasta el 31 de octubre del 2017 que el 55% de los casos de VIH se diagnosticaron entre 20 y 34 años y el 61% de los casos de sida entre los 20 y 39 años no siendo muy común en la población mayor de 60 años.

La infección por el VIH es una enfermedad de personas jóvenes y la mayor parte de ellos fallecen antes de los 40 años, sin embargo comprobamos que dicha infección comienza a comprometer individuos de ambos sexos en la quinta, sexta, séptima u octava década de la vida (Elsadra, Wafaa 1995).

En nuestro trabajo evaluamos 18 pacientes mayores de 60 años con infección por VIH-SIDA, de ambos sexos, 14 (78%) hombres y 04(22%) mujeres, con una media de 72 años (DE=5.6 años) , predominando siempre el sexo masculino.

En otro trabajo, realizado en España, se evaluaron 165 pacientes, de los cuales 81,2% eran varones y 18,8% eran mujeres, la edad media al diagnóstico de infección por el VIH fue de 58,4 años (rango 50 – 82 años) y la edad media al diagnóstico de SIDA fue de 60,29 años

(rango: 50 – 82 años) (Jaime Pajuelo 2000). La razón hombre/mujer de casos reportados de

SIDA ha disminuido de 9/1 en 1991 a 3/1 en el 2017 pero es importante resaltar que la epidemia en el Perú sigue siendo predominantemente masculina.

Los datos personales de 18 pacientes mayores de 60 años con infección por VIH evaluados desde enero a diciembre del 2017 en el Hospital Nacional Hipólito Unanue ; en ocupación fueron empleados y jubilados 4(22%), desempleado 10 (56%), en grado de instrucción tuvieron primaria 10 (56%), secundaria 6 (33%), superior 2 (11%), en estado civil fueron conviviente / casado 12 (67%), solteros 4 (22%), divorciados 1 (6%).

En Ocupación fueron empleados 4(22%), desempleado 10 (56%), en grado de instrucción tuvieron secundaria 6 (33%), primaria 10 (56%), sin instrucción ninguno.

En nuestro trabajo hallamos que el mayor número de pacientes mayores de 60 años con infección VIH SIDA está en el grupo de los desempleados con 10 (56%), grado de instrucción primaria con 10 (56%) y estado civil casado / conviviente.

En la tabla 2, donde encontramos factores de riesgo asociados, en que el primer modo de transmisión del virus es Heterosexual 14 (78%) pero a diferencia de otros trabajos, en el nuestro el modo de transmisión homosexual es muy baja 2 (11%). Además, algunos factores relacionados con la edad también exponen a los adultos mayores al riesgo de contraer la infección por el VIH. Por ejemplo, es posible que los adultos mayores que reinician relaciones sentimentales después de un divorcio o del fallecimiento de su pareja desconozcan el riesgo de infección por el VIH y no usen condones. (Wipple 1996)

El adelgazamiento y la sequedad de la vagina por causa de la edad pueden aumentar el riesgo de infección por el VIH en las mujeres mayores. Además, es posible que las mujeres que ya no se preocupan por el embarazo no usen el condón femenino ni le pidan a su pareja que use el condón masculino durante las relaciones sexuales. Las personas de edad avanzada tienen tendencia a considerar el preservativo un método anticonceptivo; como las mujeres de edad ya no tienen miedo de quedar embarazadas pueden ser más propensas a no exigirlo.

En un estudio en Estados Unidos se comprobó que solo la sexta parte de la persona de mayor 50 años utilizan condón (Peterson 2003). Las mujeres son más propensas a padecer la enfermedad que los hombres. Los cambios fisiológicos que se producen en la vagina a esta edad así como los microtraumatismos durante el acto sexual incrementan en el riesgo de transmisión (ONU/IDA 2007).

En nuestro trabajo encontramos que los hábitos nocivos como consumo de alcohol 4(22%), tabaco 6 (33%), drogas 2(11), otros factores como transfusión sanguínea 1(6%), promiscuidad 6(33%) como ningún factor asociado 7(39%).

No se conoce mucho sobre la transfusión sanguínea, teniendo en cuenta que no se indaga mucho sobre estos modos de transmisión por que no se considera este diagnóstico por lo que en las historias clínicas en la mayoría de los casos omiten estos datos. En nuestro trabajo, no se encontró como modo de transmisión el uso de drogas EV, como si ocurre en España y EEUU, incluso existen trabajos que señalan que la transfusión sanguínea durante el acto operatorio es la 2da causa de transmisión de estos virus (Wipple, Beverly 1995).

Héctor Meijide, Álvaro Mena y colaboradores en España (2013) encontró en una población de 145 pacientes, que las conductas de riesgo fueron: 45,6% usuarios de drogas vía parenteral, 16,8% hombres con relaciones sexuales con hombres y 20% heterosexuales.

En cuanto a la frecuencia y formas de presentación clínica Tabla 3, encontramos que el síndrome consuntivo 4(22%) diarrea crónica 5(27%) tuberculosis pulmonar 2(2%) y candidiasis oral y esofágica 2(22%) son la principal forma de presentación clínica.

En la tabla 4 nosotros encontramos que 5 (27%) de los pacientes 4 varones y 1 mujer se encontraban en estadio SIDA al momento de su primera evaluación. Medalit y col. Encontraron que el 52,4% de los varones y 43,7% de las mujeres estaban en inmunodeficiencia severa en el momento que fueron entrevistados.

En nuestro trabajo, el diagnóstico en la mayoría de los casos se realiza cuando el paciente se encuentra en fases terminales de la infección, aunado a ello está el pobre acceso al tratamiento antirretroviral por múltiples razones, por lo que el tiempo de supervivencia es corto.

Del total de nuestros pacientes 8 (44%) fallecieron durante la realización del siguiente trabajo y las causas fueron shock séptico por infección urinaria 3 (37.5%), Neumonía por *Pneumocysti jiroveci* 01 (12.5%) y Tuberculosis meníngea 01(12.5%) y Tuberculosis pulmonar 01 (12.5%) cáncer de útero 1 (12.5%), como principales causas. El rango de tiempo desde la primera evaluación y fallecimiento fue de 8 días a 21 meses. Chaisson 1998 demostró que la aparición de infecciones oportunistas es predictiva de aumento del riesgo de muerte, independientemente del recuento de células CD4. Cabrera y colaboradores (2007) mencionó que la incidencia de tuberculosis (TB) a nivel mundial está en aumento coincidiendo con el surgimiento y la expansión de la infección por VIH.

Osmond 1999, manifiesta que infección por el VIH es el principal factor de riesgo asociado al desarrollo de TB. En coinfectados el riesgo anual de desarrollar una TB activa es 20 veces mayor respecto a la población general y es, además, la primera causa de muerte en pacientes con infección por VIH en países menos desarrollados. Por otra parte, 12% de las muertes por TB ocurre en pacientes coinfectados con VIH. Héctor Meijide, Álvaro Mena y colaboradores en España (2013), identificaron 125 pacientes con al menos una neoplasia. Los cánceres más frecuentes fueron: linfoma no Hodgkin (n: 39; 30,2%), sarcoma de Kaposi (n: 20; 15,5%), enfermedad de Hodgkin (n: 11; 8,8%), neoplasia pulmón (n: 20; 16%) y hepatocarcinoma (n: 9; 6,9%). En los adultos mayores, las señales de infección por el VIH pueden interpretarse equivocadamente como síntomas de envejecimiento o de afecciones relacionadas con la edad. Por su polimorfismo clínico, el SIDA se considera como el prototipo actual de enfermedad simuladora en procesos neurológicos, por lo que se debe integrar en el

diagnóstico diferencial de pacientes en edades geriátricas con demencias atípicas o rápidamente evolutivas especialmente si existe el antecedente transfusional.

Como consecuencia, la prueba de detección citada no suele ofrecérseles. Por estas razones, es más probable que la infección por el VIH se diagnostique en una fase tardía en muchos adultos mayores y que, cuando eso sucede, evolucione para convertirse en SIDA. Generalmente el diagnóstico se hace tardío lo que condicionan un peor pronóstico con una supervivencia al año del 5%, la mayoría de los pacientes fallecen antes de los cinco meses después del diagnóstico.

8. CONCLUSIONES

- Por varias razones, es menos probable que las personas ancianas con VIH SIDA se hagan la prueba de detección de la infección por el VIH
- Es posible que los médicos en atención primaria de salud no piensen en preguntarles a los adultos mayores sobre sus factores de riesgo de contraer la infección por el VIH, incluida la actividad sexual, y no recomienden la prueba de detección
- En los adultos mayores, las señales de infección por el VIH pueden interpretarse equivocadamente como síntomas de envejecimiento o de afecciones relacionadas con la edad. Como consecuencia, la prueba de detección citada no suele ofrecérseles.
- Cada vez son más los ancianos que contraen esta enfermedad en edades más avanzadas, y su sobrevida es aún más corta, no solo por la demora en el diagnóstico, sino también por las otras comorbilidades, frecuentes en este grupo etario

9. RECOMENDACIONES.

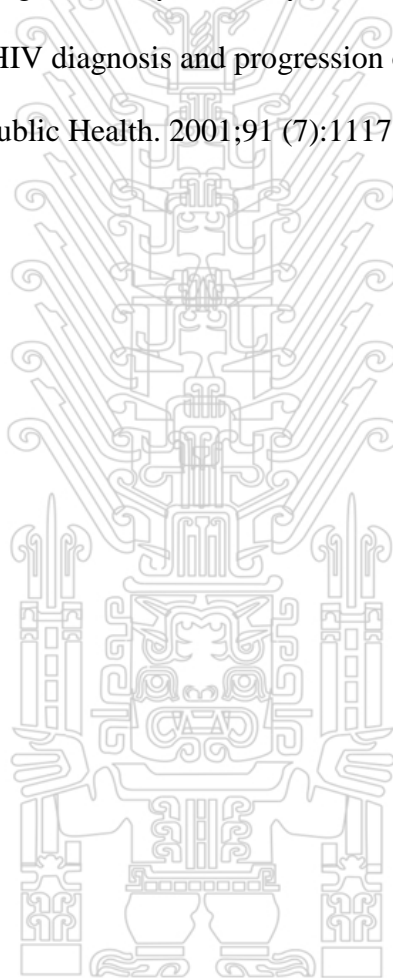
- Se recomiendan que toda persona de 20 a 60 años de edad se haga la prueba de detección de la infección por el VIH al menos una vez y que las personas expuestas a alto riesgo de infección se la hagan más a menudo.
- Su médico tratante puede recomendarle que se haga la prueba del VIH si tiene más de 60 años y corre riesgo de contraer dicha infección.
- Debemos tener protocolos diagnósticos de evaluación en los centros y postas de salud para el reconocimiento y prevención de esta enfermedad que se presenta en todas las edades pero en especial en pacientes ancianos.

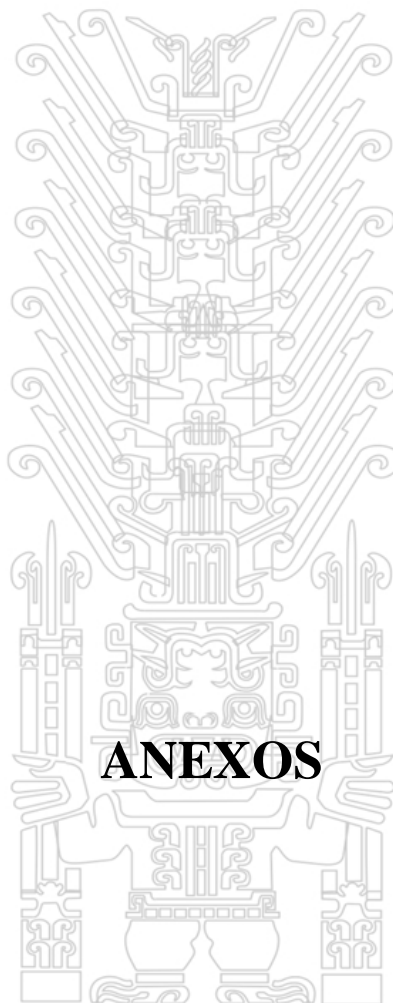
10. REFERENCIA:

1. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades- Ministerio de Salud del Perú, Boletín epidemiológico VIH SIDA Octubre del 2017.
2. Craig R. Sellers, MS, RN, CS-ANP, ACRN; Mary C. Angerame, MS, RN, CS-. HIV/AIDS in older Adults: A case study and discussion. AACN Clinical Issues Volume 13, Number 1, pp 5-21. 2002.
3. Chaisson re, Gallant je, Keruly Jc, Moore Rd. Impact of opportunistic disease on survival in patients with HIV infection. Aids. 1998; 12(1):29 33
4. George, Mike. Crisis of Silence. Nurs Stand. Volume 10 .November 29 December 5, 1995.
5. Héctor Mejjide, Álvaro Mena, Berta Pernas, Ángeles Castro, Soledad López, Pilar Vázquez, Laura Bello, Josefa Baliñas, Guillermo Rodríguez-Martínez y José D Pedreira, Neoplasias en pacientes con infección por VIH. Estudio descriptivo de 129 casos en el período 1993-2010. Coruña- España, 2013.

6. Jhon Knodol, Susan Watkins, and Mark Vanlandingham. AIDS and Older Persons. An International Perspective. *Journal of acquired Immune Deficiency Syndromes*. 33:S 153 – S 165. 2003.
7. Medalit Lucho y F. Raúl Jeri. Infección por el virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH) en la edad avanzada. *Revista de Neuropsiquiatría*. Vol. 65 No 1 Lima Perú, Marzo 2002.
8. Michael D. Greene, . Older HIV Patients Face Metabolic Complications. *The Nurse Practitioner* June 2003.
9. Moore, Linda Weaver RN, PhD, CNS; Amburgey, Lisa Byron, Older Adults and HIV. *AORNJ*. Volume 71 (4) April 2000.
10. Nguyen Q, Laurent M, Bouchar JP. Le SIDA geriatrique. A propos de 22 case observes dans le région parisienne. *Ann Med Intern*. 1989; 140:399-403.
11. Newcomer, Victor D. MD. Human immunodeficiency Virus Infection and Acquired Immunodeficiency Syndrome in the Elderly. *Arch Dermatol*, Vol 133(10) October 1997.
12. ONG vía libre. Situación y respuesta al VIH/SIDA en el Perú. El SIDA no se discrimina. Diciembre 2003.
13. ONU/SIDA. Atención mujer y sida. Coalición Mundial sobre la mujer y el SIDA. Ginebra: ONU/SIDA;2007.
14. Peterson JL, Balkeman R, Black Shear JH, Stokes JP. Perceptions of condom use among African-American men who here sex with men. *Culture Health Sexuality*. 2003; 5 (5):4009-24
15. Wafaa MD, MPH; Gettler, James MD. Unrecognized Human Immunodeficiency Virus Infection in the Elderly. *Volume 155(2)* 23 January 1995.

16. Wipple, Beverly RN, PhD, FAAN; Scura, Kathleen Walsh RN, MS, GNPC. The overlooked . Epidemic: HIV in Older Adults. Volume 96(2) February 1996.
17. Osmond dh, Chin Dp, Glassroth j, Kvale pa, Wallace Jm, Rosen Mj, et al. Impact of bacterial pneumonia and pneumocystis carinii pneumonia on human immunodeficiency virus disease progression. Pulmonary complications of HIV study group. Clin infect dis. 1999; 29(3):536 43.
18. Zingmond DS, Wenger NS, Crystal S, Joyce GF, Liu H. HCSUS Consortium. Circumstances at HIV diagnosis and progression of disease in older HIV infected American. Am J Public Health. 2001;91 (7):1117-20





ANEXOS

**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS: INFECCION POR VIH EN PACIENTES
ANCIANOS (PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS)**

I. FILIACIÓN:

Nombres y Apellidos(Iniciales):.....NoH.C.:.....Edad:a.

Fecha de Nacimiento:.....

Lugar de procedencia

Sexo F () M () Ocupación:

Estado civil: Soltero () Casado/conviviente () Viudo () divorciado/separado ()

Grado de instrucción: Analfabeto () Primaria () Secundaria () Superior ()

Domicilio(distrito):Telefono:

Persona responsable:Teléfono:

Viajes fuera del País: fecha.....

Anamnesis: Directa () Indirecta () Directa + indirecta ()

1ra Evaluación en: Consultorio () Hospitalización () Emergencia ()

Servicio:..... Fecha...../...../.....

II. MOTIVO DE CONSULTA:

Tos SI () NO (). Tiempo:.....Fiebre SI () NO () Tiempo:.....

Expectoración SI () NO () Tipo:.....Tiempo:.....

Hemoptisis SI () NO (). Cantidad:.....Tiempo:.....

Baja de Peso: SI () NO (). Cuanto:.....Tiempo:.....

Diarrea crónica: SI () NO (). Tiempo:.....

Disfagia. SI () NO (). Tiempo:.....

Insuficiencia respiratoria SI () NO (). Tipo:.....Tiempo:.....

Síndrome depresivo SI () NO (): Tiempo:.....
Síndrome confusional agudo SI () NO (): Tiempo:.....
Demencia SI () NO (). Tiempo:.....

III. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

TBCP:SI() NO().TBC SISTEMICA: SI() NO().Hepatitis viral: SI() NO().

DEMENCIA:SI() NO().

Tipo:.....

DEPRESIÓN: SI () NO (). Fecha y lugar de diagnóstico:.....

Tto:.....

ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL:SI() NO().

Tipo:.....

CONTACTO TBC SI () NO (). Conviven SI() NO().No:.....

OTROS:.....

HABITOS NOCIVOS:

ALCOHOL: SI () NO (). Tiempo:.....Tipo de

OH:.....

CIGARRILLOS: SI () NO ().

Tiempo:.....

DROGAS: SI () NO (). Tiempo:.....Tipo:.....

-Incluso uso de hojas de coca (“droga social”): Si () No (). Tiempo:.....

FACTORES DE RIESGO:

HOMOSEXUALIDAD: SI () NO (). No de parejas:.....

Uso de Preservativos:.....

HETEROSEXUALIDAD: SI () NO (). No de parejas:.....

Uso de preservativos.....

RELACIONES SEXUALES CON PROSTITUTAS: SI () NO (). No:.....

Uso de preservativo:.....

TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS: SI () NO (). Cuando y donde:.....

Viajes fuera del País: fecha.....