



**UNIVERSIDAD NACIONAL
“PEDRO RUIZ GALLO”
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS MÁS
FRECUENTES EN PACIENTES CON VIH/SIDA ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL REFERENCIAL DE FERREÑAFE 2018**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE

MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

BACH. ARRELUCEA DELGADO, MANUEL ALBERTO

ASESOR:

Dr. CABREJOS SAMPÉN, GUILLERMO ENRIQUE

LAMBAYEQUE, ABRIL DEL 2019



UNIVERSIDAD NACIONAL
“PEDRO RUIZ GALLO”
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS MÁS
FRECUENTES EN PACIENTES CON VIH/SIDA ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL REFERENCIAL DE FERREÑAFE 2018**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

>2

Bach. Arrelucea Delgado, Manuel Alberto

AUTOR

Dr. Cabrejos Sampén, Guillermo Enrique

ASESOR



UNIVERSIDAD NACIONAL
“PEDRO RUIZ GALLO”
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS MÁS
FRECUENTES EN PACIENTES CON VIH/SIDA ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL REFERENCIAL DE FERREÑAFE 2018**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO

MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR Y EXAMINADOR:

Dra. BLANCA S. FALLA ALDANA
PRESIDENTE

Dr. MIGUEL A. MARCELO VERAU
SECRETARIO

Dra. INGRID R. QUEZADA NEPO
VOCAL

Dr. WINSTON I. MALDONADO GÓMEZ
SUPLENTE

DEDICATORIA

A mis padres, Manuel Alberto Arrelucea Arrelucea y
María del Rosario Delgado Alzamora

A mi tía Clarisa y mi abuela Machi QEPD

AGRADECIMIENTO

A mi asesor de tesis el Dr. Guillermo Cabrejos Sampén por su apoyo en la realización de esta tesis.

A los docentes de la facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo

El Autor.

ÍNDICE

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
I. INTRODUCCIÓN.....	9
II. ANTECEDENTES.	13
III. BASE TEÓRICA.....	18
IV. MATERIALES Y MÉTODOS.....	24
V. RESULTADOS.....	27
VI. DISCUSIÓN.....	32
VII. CONCLUSIONES.....	35
VIII. RECOMENDACIONES.....	37
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	39
ANEXOS	44

RESUMEN

OBJETIVO: Establecer cuáles son los factores epidemiológicos y clínicos más frecuentes en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el Hospital Referencial de Ferreñafe 2018. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio transversal, descriptivo y observacional. Se llevó a cabo en el Hospital Referencial de Ferreñafe, 2018. Población: 67 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA, quedando 42 tras aplicar criterios de selección. Se utilizó el análisis estadístico descriptivo para cada variable. **RESULTADOS:** Los factores epidemiológicos más frecuentes fueron: El 45,2% tienen edad entre 15 – 29 años, 61,9% son hombres; 38,1% tienen secundaria incompleta; 42,9% proceden de Mesones Muro; 45,2% solteros; 50,0% obreros; 83,3% ingreso familiar bajo; 76,2% heterosexuales; 45,2% consumen alcohol. Los factores clínicos más frecuentes fueron: el 45,2% presentaron diarrea crónica, 45,2% anemia, 19,0% sífilis, 97,6% el mecanismo de contagio fue sexual, 76,2% presentaron estadio VIH, 14,3% candidiasis orofaríngea, y el 100% de muertes fue por causa infecciosa. **CONCLUSIONES:** Los factores epidemiológicos más frecuentes fueron: edad entre 15 – 29 años, hombres, secundaria incompleta, procedencia del distrito Manuel Mesones Muro, obreros, ingreso familiar bajo, heterosexuales. Los factores clínicos más frecuentes fueron: sintomatología de ingreso la diarrea crónica, la anemia como comorbilidad, y la sífilis como antecedente de ITS, el mecanismo de contagio sexual, estadio de VIH, herpes zoster como infección oportunista, y la mortalidad fue por infecciones.

PALABRAS CLAVES: Factores, VIH, SIDA.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To establish the most frequent epidemiological and clinical factors in patients diagnosed with HIV / AIDS treated at the Hospital Referencial de Ferreñafe 2018. **MATERIAL AND METHODS:** Cross-sectional, descriptive and observational study. It was carried out in the Referential Hospital of Ferreñafe. Population: 67 medical records of patients diagnosed with HIV / AIDS, leaving 42 after applying selection criteria. The descriptive statistical analysis was used for each variable. **RESULTS:** The most frequent epidemiological factors were: 45.2% are between 15 and 29 years old, 61.9% are men; 38.1% have incomplete secondary education; 42.9% come from Mesones Muro; 45.2% single; 50.0% workers; 83.3% low family income; 76.2% heterosexuals; 45.2% consume alcohol. The most frequent clinical factors were: 45.2% had chronic diarrhea, 45.2% anemia, 19.0% syphilis, 97.6% the transmission mechanism was sexual, 76.2% had HIV stage, 14.3% % oropharyngeal candidiasis, and 100% of deaths were due to infectious cause. **CONCLUSIONS:** The most frequent epidemiological factors were: age between 15 - 29 years, men, incomplete secondary, origin of the Manuel Mesones Muro district, workers, low family income, heterosexuals. The most frequent clinical factors were: admission symptoms chronic diarrhea, anemia as comorbidity, and syphilis as a history of STIs, the mechanism of sexual contagion, stage of HIV, herpes zoster as opportunistic infection, and mortality was due to infections.

KEY WORDS: Factors, HIV, AIDS.

I. INTRODUCCIÓN.

I. INTRODUCCIÓN.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un letivirus de la familia Retroviridae, causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA) este virus posee la particularidad de infectar y replicarse en las células del sistema inmunológico especialmente en las células CD4, el sistema monocito/ macrófago y en las células del sistema nervioso central. Esta alteración inmunitaria en los pacientes con VIH/SIDA los predispone a infecciones oportunistas, las cuales constituyen la principal causa de enfermedades graves y de muerte en estos pacientes; así mismo reducen de forma importante la calidad de vida y la duración de esta (1).

El VIH/SIDA sigue siendo unos de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial. Ha cobrado más de 35 millones de vidas. A finales del 2016 había aproximadamente 36,7 millones de personas infectadas por el VIH en el mundo, el 54% de los adultos infectados y el 43% de los niños infectados están en tratamiento antirretrovirico (TAR) de por vida (1).

A pesar de los grandes avances en la prevención y tratamiento, en Perú hasta junio del 2018 se tienen acumulados 115, 797 casos de VIH y 41, 684 de SIDA. Esta infección constituye gran parte de la morbilidad, debido a su diagnóstico en fases tardías, la falta de información y accesibilidad al tratamiento oportuno(2).

En el departamento de Lambayeque entre los años 2000 – 2018 se han notificado 2 896 casos de VIH y 888 casos de SIDA. Durante estos años en la provincia de Ferreñafe se han notificado 272 casos de VIH, y 71 casos de SIDA. La vía de transmisión más frecuente es la sexual. Conociendo la problemática en nuestro país de esta enfermedad, con el presente trabajo se quiere brindar un alcance sobre la realidad epidemiológica y clínica sobre VIH/SIDA en el Hospital Referencial de Ferreñafe (2,3).

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son los factores epidemiológicos y clínicos más frecuentes en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el Hospital Referencial de Ferreñafe 2018?

OBJETIVOS.

Objetivo general:

Establecer cuáles son los factores epidemiológicos y clínicos más frecuentes en pacientes con diagnóstico de VIH/ SIDA atendidos en el Hospital Referencial de Ferreñafe 2018.

Objetivos específicos:

1. Conocer los factores sociodemográficos y conductuales de los pacientes con diagnóstico de VIH/ SIDA atendidos en el Hospital Referencial de Ferreñafe.
2. Conocer la sintomatología de ingreso más frecuente de los pacientes con diagnóstico VIH/SIDA atendidos en el Hospital Referencial de Ferreñafe.
3. Conocer las comorbilidades y antecedentes de ITS presentados con más frecuencia en los pacientes con diagnóstico de VIH/ SIDA atendidos en el Hospital Referencial de Ferreñafe.
4. Conocer el mecanismo de contagio más frecuente de los pacientes con diagnóstico de VIH/ SIDA atendidos en el Hospital Referencial de Ferreñafe.
5. Conocer el estadio clínico, infecciones oportunistas y causas de mortalidad más frecuentes de los pacientes con diagnóstico VIH/SIDA atendidos en el Hospital Referencial de Ferreñafe.

JUSTIFICACIÓN EN IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.

Es evidente que la epidemia mundial del VIH/SIDA es bastante diferente de la que se reconoció por primera vez entre un pequeño número de hombres homosexuales en 1981. La epidemia ha llegado a todos los países y a casi a todas las poblaciones del mundo. La propagación de la enfermedad ha sido particularmente alarmante en los países con recursos limitados. Esta epidemia permanece concentrada es poblaciones en riesgo como: trabajadores sexuales tanto femeninos como masculinos, usuarios de drogas inyectables y hombres que tienen sexo con

hombres (HSH), con un intervalo de edad en la población general de 15 a 49 años, siendo el mecanismo de contagio más frecuente la vía sexual (2,4). Desde el año 2001 hasta el 2018, en la provincia de Ferreñafe se ha notificado 272 casos de VIH y 71 SIDA (3).

Por lo expuesto anteriormente Ferreñafe es una de las provincias del departamento de Lambayeque con alto índice de casos de VIH/SIDA reportados. Siendo esta una población vulnerable a una enfermedad de impacto mundial y al no contar con estudios sobre VIH/SIDA, se quiere conocer cuáles son los factores epidemiológicos y clínicos más frecuentes en pacientes con diagnóstico VIH/SIDA atendidos en el hospital referencial de Ferreñafe; cuyos resultados obtenidos sirvan de base para próximos estudios y se tomen mejores medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno para esta enfermedad de gran impacto en la sociedad.

II. ANTECEDENTES.

II. ANTECEDENTES.

Briones I (5). 2014, Quito, en su tesis titulada, “Relación entre la calidad del servicio/ calidad de atención y la mortalidad temprana / morbilidad grave por VIH/SIDA en personas viviendo con el Virus de Inmunodeficiencia humana que acuden a la Unidad de Atención Especializada de PVVS (personas viviendo con el virus del sida) del Hospital Delfina Torres de Concha”. Concluyo: Que hay una alta incidencia de mortalidad en pacientes recientemente diagnosticados de VIH/SIDA, con un promedio de sobrevivencia en PVVS muy bajo (3 años). El patrón de morbimortalidad en la Unidad de Atención de PVVS está influido mayoritariamente por enfermedades infecciosas y en su mayoría definidoras de SIDA, encabezadas por la tuberculosis, seguida de candidiasis orofaríngea, síndrome diarreico y toxoplasmosis cerebral.

Mortaza H. et al (6). 2015, en Irán realizaron un estudio titulado “Epidemiología del VIH/SIDA en el este de la provincia de Azerbaiyán, noroeste de Irán”, donde concluyeron que de 371 casos de VIH/ SIDA, la gran mayoría de los casos informados 338 (91%) fueron hombres, mientras que solo 33 (9%) fueron mujeres. La edad media de los pacientes fue de 30.8 ± 12.3 años. La inyección de drogas y la vía sexual fueron las dos principales formas de transmisión del VIH. Se encontró que el 60% de hombres se infectaron a través de la inyección por drogas, mientras que el 82% de las mujeres se infectaron a través de la vía sexual sin protección.

Otiniano M (7). 2015, en Lima realizó un estudio sobre, “Características clínico Epidemiológico asociadas a la mortalidad por VIH/SIDA en el Hospital Guillermo Almenara durante el periodo 2012-2014”, concluyendo: Los pacientes que fallecieron se encontraban con inmunosupresión severa y en estadio C3, así como también de la presencia de infecciones oportunistas.

Vela H (8). 2015, Loreto, en su trabajo de investigación titulado, “Características clínicas epidemiológicas en pacientes con VIH/SIDA fallecidos en el Hospital Regional de Loreto Enero 2011 a Diciembre 2013”. Concluyó: La mayoría de los pacientes con VIH/SIDA fallecidos fueron de sexo masculino con edad de 18 a 50 años; 32,8% eran comerciantes, 19% amas de casa, 17,2% obreros; la mayoría de las infecciones oportunistas más frecuentes asociadas fueron la tuberculosis

pulmonar, la enfermedad diarreica aguda persistente y la neumonía; sólo el 9% presentó comorbilidades (Insuficiencia renal crónica, diabetes mellitus tipo 2); Los diagnósticos de fallecimiento más comunes fueron la tuberculosis sistémica, tuberculosis pulmonar, neurotoxoplasmosis.

Lancheros A. et al (9). 2015, en Colombia realizaron un estudio sobre, “Caracterización epidemiológica del VIH-SIDA en el departamento de Boyacá desde 2012 a 2014”. Concluyendo: De los 200 casos reportados en el periodo de estudio, 153 se encontraban en estadio VIH, 17 en estadio SIDA y 30 casos en estadio muerte por SIDA. La proporción de personas en estadio VIH es alta en población de 20 a 29 años, para SIDA fue mayor en población de 45 a 49 años y muerte por SIDA en población de 35 a 44 años.

Sánchez N (10). 2015, en Cuba realizó un estudio titulado “Características clínicas y epidemiológicas de la infección por VIH/SIDA en el municipio de Yara en el periodo de 1986 - 2014”, donde se concluyó que la infección por VIH/SIDA afecta predominantemente los asentamientos urbanos, a personas adultas jóvenes y del sexo masculino, a personas con nivel educacional medio, y que además la ocupación repercute en la conducta social con predominio en la orientación heterosexual.

Valdés F. et al (11). 2016, en Colombia realizaron un trabajo de investigación titulado “Características clínico epidemiológicas de los pacientes con el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Boyeros. 2013”. Estudio descriptivo transversal a 404 paciente con diagnóstico de VIH, encontraron que el 30,9% estaban desocupados, 3,7% eran amas de casa, obreros 24,5 %. Concluyeron: la población VIH es mayoritariamente masculina y joven con escolaridad preuniversitaria.

Mafigiril R. et al (12). 2017, en Uganda realizaron un estudio titulado “La prevalencia y utilización de los servicios de prevención y tratamiento del VIH entre los jóvenes 15 – 24 años de la comunidad pesquera Kasensero y las comunidades vecinas (Uganda)”. Estudio retrospectivo transversal, la población fue de 792 personas donde se encontró que la prevalencia fue de 19.7%, siendo el sexo femenino el más afectado en un 72.3% y el masculino con 27.3%. El uso del condón fue prácticamente inexistente en los jóvenes VIH positivo (0,6%) en comparación con

los jóvenes VIH negativos (4,2%). Concluyeron que la prevalencia del VIH es alta, especialmente entre las mujeres jóvenes y la aceptación de los servicios de prevención y tratamiento del VIH es muy baja.

Saavedra A. et al (13). 2017, en Ghana realizaron un estudio titulado “Causas de muerte y factores asociados con el inicio temprano de mortalidad en adultos infectados por el VIH ingresados en el Hospital Docente Korle - Bu”, estudio retrospectivo se revisaron historias clínicas de 547 adultos de 18 años o más infectados con VIH, de los cuales 222 (40,6%) murieron durante la hospitalización, 124 (55,9%) de ellos murieron dentro de la semana de admisión. Los diagnósticos de ingreso más frecuentes fueron anemia (34,2%), toxoplasmosis cerebral (29,3%) y neumonía (25,7%); las causas más comunes de muerte fueron la tuberculosis (34,7%), anemia (30,2%) y toxoplasmosis cerebral (27,5%).

Espinoza C (14). 2017, en Lima realizó un trabajo de investigación con el título, “Factores Asociados a la coinfección tuberculosis/VIH en el Hospital Nacional Dos de Mayo Julio 2015 a Junio 2016”. Concluyó: La prevalencia de coinfección TB/VIH en el presente estudio es de 30,10%. Las características sociodemográficas asociadas significativamente a la coinfección TB/VIH son ser varón, edad menor de 40 años y ser consumidor de drogas.

Besse D. et al (15). 2018, en Cuba realizaron un estudio sobre “Aspectos clínicos y epidemiológicos en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida de la provincia de Santiago de Cuba”. Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal a 60 pacientes adultos con diagnóstico síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Concluyendo: Predominó el sexo masculino (63,3%), grupo etario más frecuente 35 – 44 años (36,7%), las enfermedades oportunistas como la candidiasis orofaríngea y la neurotoxoplasmosis presentaron importancia clínica marcada en la evolución de los afectados.

Zuñiga C (16). 2018, Chiclayo, en su estudio titulado “Características Clínicas Epidemiológicas de Pacientes VIH + con Infecciones Oportunistas del Sistema Nervioso Central atendidos en el Hospital Regional Docente Las Mercedes – Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo 2014 - 2016”. Concluyó: La mayoría de pacientes se encontraba entre los 18 – 40 años, con predominio en el género

masculino heterosexuales. Las infecciones oportunistas más frecuentes fueron la toxoplasmosis cerebral, encefalopatía por VHI y la criptococosis.

III. BASE TEÓRICA.

III. BASE TEÓRICA.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) aislado por primera vez en 1983, es un lentivirus de la familia Retroviridae, causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). La característica más importante es la destrucción del sistema inmune, pero el VIH también origina una serie de manifestaciones neurológicas y tumorales. Esto es debido al doble tropismo del VIH; por un lado, como todos los lentivirus infecta a las células de estirpe macrofágica y por otro, presenta un tropismo especial por los linfocitos CD4. Existen dos tipos de VIH, llamados VIH – 1, VIH – 2. El primero de ellos es más virulento e infeccioso que el segundo, es el causante de las mayorías de las infecciones por VIH en el mundo (17,18).

Según la ONUSIDA 2018 sobre estadísticas mundial de VIH: 36,9 millones de personas vivían con el VIH en el 2017 en todo el mundo (35,1 millones son adultos, 1,8 millones son niños menores de 15 años); 1,8 millones de personas contrajeron la infección por el VIH en el 2017; 940.000 personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida en el 2017; 77, 3 millones de personas contrajeron el VIH desde el comienzo de la epidemia; 35,4 millones de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida desde el comienzo de la epidemia (17,18).

En América Latina en el 2017: Se produjeron 99.000 nuevas infecciones por el VIH; 37.000 personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA; entre el 2010 y 2017 el número de muertes relacionadas con el SIDA en la región experimentó un descenso del 13%; la cobertura de tratamiento llegó a un 59% de todas las personas que vivían con el VIH (17,18).

En Perú hasta setiembre del 2018: Se han reportado 911 casos de SIDA (751 hombres, 160 mujeres), 4.394 casos de VIH (3.463 hombres, 931 mujeres). El 55% de los casos de VIH se diagnosticaron entre los 20 a 34 años de edad con una media de 27 años. El 65% de los casos de SIDA se diagnosticaron entre los 20 a 39 años de edad con una media de 30 años. En el último quinquenio, se observa un mayor incremento en los casos de infección VIH diagnosticados en el grupo de 20 a 29 años. Desde 1983 al 2018 las principales vías de transmisión fueron la sexual 97.57%, vertical 1.99% y parenteral 0,44% (3,17,18). (Anexo 01)

En el departamento de Lambayeque entre los años 2000 – 2018 se han notificado 2.896 casos de VIH y 888 casos de SIDA; durante estos años en la provincia de Ferreñafe se han notificado 272 casos de VIH (184 hombres, 86 mujeres, 2 sin datos), y 71 casos de SIDA (56 hombres, 14 mujeres, 1 sin datos). La vía de transmisión es sexual 95.08% (3,17,18). (Anexos 02, 03)

Entre las vías de transmisión, la sexual es la predominante en todo el mundo, la infectividad de una persona depende de la carga viral que tenga en el momento, a mayor carga viral mayor probabilidad de infectar al compañero sexual, se estima que la transmisión heterosexual del virus hombre – mujer es 8 veces más efectiva que mujer – hombre, probablemente debido a la exposición prolongada del líquido seminal infectado con la mucosa cervical y vaginal, así como en el endometrio. El VIH también puede transmitirse por transfusión sanguínea, hemoderivados, madre – hijo, fluidos corporales como sangre, semen y secreción vaginal (19–21).

En la historia natural de la enfermedad se distinguen tres fases evolutivas de la infección por el VIH en ausencia de tratamiento. La fase de infección aguda retroviral, tras la infección por el VIH se produce un “periodo de ventana” que suele durar de 1 – 3 semanas donde el virus se replica de manera masiva conllevando a una viremia muy elevada en plasma, así como una caída de linfocitos CD4 circulantes. El VIH se replica e invade muchos tejidos especialmente el tejido linfoide y los ganglios linfáticos; esta fase puede ser asintomática como la mayoría de los casos o sintomática presentado síntomas variados (fiebre, faringitis, linfadenopatias, artralgia, mialgias, anorexia, dermatológicos, vómitos, diarrea, etc.). La segunda fase llamada periodo de latencia clínica o crónica, se caracteriza porque el portador es asintomático, en esta fase el VIH se multiplica incesantemente, son destruidos alrededor de 100 millones de linfocitos T CD4, esta caída conduce en un promedio de 10 años a la fase final de la infección en ausencia de tratamiento efectivo, clínicamente se caracteriza por distintos síntomas generales como malestar general, astenia persistente, síndrome febril prolongado, acompañado de sudoración nocturna y pérdida de peso que puede llegar al 10%, también síntomas hematológicos, linfadenopáticos, digestivos, dermatológicos como candidiasis bucal, dermatitis seborreica, herpes simple recidivante (anal o genital), herpes zóster y verrugas genitales, como también síntomas neurológicos.

La duración de esta fase depende de diferentes factores como el tipo de cepa viral infectante y la respuesta inmune del huésped, entre otros. La fase SIDA constituye la fase crítica de la infección por VIH, se asocia a una caída de los linfocitos T CD4⁺ por debajo de 200 CD4/mm³ y con un incremento de la viremia circulante, a partir de este momento se desarrollan una serie de manifestaciones clínicas que pueden o no ser definitorias de SIDA como son la presencia de infecciones, enfermedades oportunistas, neoplasias inmunodependientes y otras entidades de patologías aun poco conocidas (encefalopatía por VIH, síndrome caquético); tras el diagnóstico de SIDA la supervivencia es variable, aunque en ausencia de tratamiento no suele superar los 3 años (19,22,23).

El valor normal de los linfocitos CD4⁺, es entre 500 y 1500 células/ μ L, es el mayor indicador clínico de inmunocompetencia, se utiliza para la estadificar la infección por VIH, evaluar el riesgo de comorbilidad o mortalidad y la vulnerabilidad determinadas infecciones oportunistas, la necesidad de su profilaxis y la eventual discontinuación; una respuesta terapéutica adecuada se obtiene cuando aumenta de 50 a 150 células/ mm³ por año, generalmente con una respuesta acelerada en los 3 primeros meses. La carga viral plasmática es el indicador más importante para evaluar la eficacia del TARV y para definir el fracaso de este pudiendo así poder tomar decisiones de cambio de tratamiento; la carga viral desciende rápidamente tras el inicio de un TARV efectivo (24–26).

La clasificación de la infección por VIH según la CDC (Center for Disease Control), evalúa la severidad de la infección por VIH teniendo en cuenta como principales factores los linfocitos T CD4⁺ y la presencia de comorbilidades y manifestaciones clínicas asociadas a la infección. La categoría clínica A: se aplica a la infección primaria y a los pacientes asintomáticos con o sin linfadenopatía generalizada persistente. La categoría clínica B: se aplica a pacientes que presentan o han presentado enfermedades relacionadas con VIH (no pertenecientes a la categoría A o C) o cuyo manejo o tratamiento puedan verse complicados debido a la presencia de la infección por VIH, como ejemplo tenemos a la angiomatosis bacilar, candidiasis oral o vulvovaginal persistente o frecuente que no responden al tratamiento, displasia cervical o carcinoma in situ, temperatura mayor de 38,5°C, diarrea de más de un mes de duración, etc. La categoría clínica C se aplica a los

pacientes que presentan o hayan presentado algunas de las complicaciones ya incluidas en la definición de SIDA y no existan otras causas de inmunodeficiencia que puedan explicarla, en esta categoría esta la candidiasis traqueal, bronquial, pulmonar o esofágica, criptococosis extrapulmonar, criptosporidiasis o isosporidiasis con diarrea de más de un mes, infección por CMV en el niño de más de un mes de edad, retinitis por CMV, encefalopatía por VIH, Sarcoma de Kaposi, linfoma de Burkitt, linfoma cerebral primario, tuberculosis pulmonar o extrapulmonar o diseminada, infección por *M. avium* intracelular o *M. kansasii* diseminada o extrapulmonar, neumonía por *P. jirovecii*, neumonía recurrente, leucoencefalopatía multifocal progresiva, sepsis recurrente por *Salmonella* sp, entre otras (22, 25,27).

Para diagnosticar la infección por VIH se utilizan pruebas directas o indirectas; las directas facilitan el diagnóstico precoz de la infección permitiendo detectar la presencia del virus o de sus constituyentes aun antes de desarrollarse la respuesta de anticuerpos frente a ellos, entre estas tenemos la antigenemia P24, cultivo viral y reacción en cadena de la polimerasa, estas dos últimas se utilizan para el diagnóstico de la infección en los niños junto con el western blot por la transferencia pasiva de anticuerpos de la madre al recién nacido. Las pruebas indirectas demuestran la respuesta inmune por parte del huésped y están basadas en pruebas serológicas para la detección de anticuerpos en el suero, la presencia de anticuerpos anti – VIH lejos de reflejar una exposición y erradicación inmune del virus en el pasado, significa el estado de portador actual, estas pruebas son: de screening: serología VIH (Elisa o micro elisa), o confirmatoria: serología western blot (28,29).

Los fármacos antirretrovirales constituyen la única herramienta terapéutica que se dispone para tratar la infección por VIH – 1, el tratamiento antirretroviral (TARV) ha permitido disminuir la progresión a SIDA y aumentar la supervivencia de los pacientes infectados por el virus. El tratamiento antirretroviral persigue los siguientes objetivos: reducir los procesos mórbidos y prolongar la duración y la calidad de la supervivencia, restaurar y preservar la función inmunológica, eliminar/ suprimir la carga viral del VIH en plasma al máximo y de una forma prolongada en el tiempo, prevenir la transmisión del VIH. Entre las recomendaciones para el inicio de terapia antirretroviral en pacientes adultos con infección crónica de VIH tenemos:

antecedente de una enfermedad definitoria de sida, linfocitos CD4 con menos de 200 células, mujeres embarazadas independientes del número de linfocitos CD4, pacientes con nefropatía por VIH, pacientes con coinfección VIH/ virus de hepatitis B o c, carga viral mayor de 100 000 UI independiente del número de linfocitos CD4, disminución rápida de linfocitos CD4 (más de 100 células por año), riesgo elevado de enfermedad cardíaca, porcentaje de CD4 menos de 14, edad mayor de 55 años. Los factores que se deben de tener en cuenta al elegir el esquema antirretroviral son: grado de inmunosupresión y carga viral basal, adherencia, conveniencia del régimen, restricciones de la dieta con respecto a la terapia antirretroviral de inicio, presencia de comorbilidad, efectos secundarios a corto mediano y largo plazo, reacciones farmacocinéticas potenciales, posibles alternativas farmacológicas en el caso de falla terapéutica (25,28,29).

IV. MATERIALES Y MÉTODOS.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS.

4.1. Tipo de Investigación: Descriptiva, retrospectiva, observacional, transversal.

4.2. Población y muestra.

Población y muestra.

Todas las historias clínicas de los pacientes atendidos en el Programa de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (PROCITSS) del Hospital Referencial de Ferreñafe durante el periodo enero – octubre 2018.

Criterios de inclusión:

- Todas las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de VIH/ SIDA atendidos en el Hospital Referencial de Ferreñafe.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas cuyos datos estén incompletos.

Tras aplicar los criterios de selección se obtuvo como muestra a 42 pacientes.

4.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.

Técnica e instrumentos de recolección de datos: Se utilizó la técnica observacional no participante, a través de una ficha de recolección de datos estructura y tabulada con el programa Excel 2013, tomados de las historias clínicas de los pacientes; la misma que fue llenada por el investigador. (Anexo 04)

Análisis estadístico e interpretación de los datos.

Se utilizó el análisis estadístico descriptivo para cada variable (frecuencia y medidas de tendencia central). Los resultados se presentaron en cuadros y gráficos, expresando los datos obtenidos en expresión nominal y porcentual. Para el análisis de datos sean utilizado los estadísticos descriptivos con sus medidas de tendencia central, los programas Excel versión 2013 y SPSS Versión 25.

4.4. Aspectos éticos.

El presente estudio se clasifica en la categoría de investigación sin riesgo, por no efectuarse intervención sobre el paciente haciéndose solo una revisión documental retrospectiva de las historias clínicas, garantizándose la confidencialidad en la información evitándose la identificación de los pacientes, por esta razón no se exige el consentimiento informado por el paciente.

Con la finalidad de respetar la confidencialidad de su diagnóstico y no violar la ley CONSTRASIDA 26626, se solicitó el permiso necesario a los encargados del Programa de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (PROCITSS) quienes conocen el diagnóstico y a los propios pacientes, para poder acceder a su registro e historias clínicas durante el periodo de estudio.

Se solicitó permiso a los encargados de archivos para acceder a las historias clínicas complementarias de los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA, dando el manejo adecuado a la información.

En este trabajo se protegió la confidencialidad de la información hallada en las historias clínicas, dicha información fue codificada y tabulada en el programa Excel, reservando siempre la identidad del paciente y siguiendo las normas de Helsinki.

El investigador declara no tener conflicto de interés en el presente estudio.

V. RESULTADOS.

V. RESULTADOS.

Tabla N° 01. Factores sociodemográficos y conductuales de los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el Hospital Referencial de Ferreñafe 2018.

Factores sociodemográficos y conductuales	n	%
Edad (años)		
< 15	0	0,0
15 - 29	19	45,2
30 - 44	16	38,1
45 -60	6	14,3
> 60	1	2,4
Total	42	100,0
Sexo		
Hombre	26	61,9
Mujer	16	38,1
Total	42	100,0
Grado de Instrucción		
Iletrado	0	0,0
Primaria completa	10	23,8
Primaria incompleta	7	16,7
Secundaria completa	8	19,0
Secundaria incompleta	16	38,1
Superior	1	2,4
Total	42	100,0
Procedencia		
Cañaris	4	9,5
Ferreñafe	9	21,4
Manuel Antonio Mesones Muro	18	42,9
Pitipo	3	7,1
Pueblo Nuevo	8	19,0
Total	42	100,0
Estado Civil		
Soltero	19	45,2
Conviviente	16	38,1
Casado	5	11,9
Viudo	2	4,8
Total	42	100,0
Ocupación Laboral		
Desocupado	5	11,9
Obrero	21	50,0
Ama de casa	7	16,7
Trabajadora sexual	3	7,1
Otros	6	14,3
Total	42	100,0
Ingreso Familiar Mensual (soles)		
Bajo (< 950)	35	83,3
Medio (950 – 2 000)	7	16,7
Alto (> 2 000)	0	0,0
Total	42	100,0
Orientación Sexual		
Heterosexual	32	76,2
Homosexual	9	21,4
Bisexual	1	2,4
Otros	0	0,0
Total	42	100,0
Hábitos nocivos		
Alcohol	19	45,2
Tabaco	6	14,3
Drogas	4	9,5
Ninguno	13	31,0
Total	42	100,0

Fuente: Base de datos de los pacientes con diagnóstico VIH/SIDA del Hospital Referencial de Ferreñafe 2018.
n = Número de pacientes

Tabla N° 02. Sintomatología de ingreso más frecuente de los pacientes con diagnóstico VIH/SIDA atendidos en el Hospital Referencial de Ferreñafe 2018.

Sintomatología	n	%
Diarrea crónica	19	45,2
Síndrome emético	6	14,3
Fiebre prolongada	10	23,8
Alteración de la conciencia	3	7,1
Síndrome consuntivo	2	4,8
Otros	2	4,8
Total	42	100,0

Fuente: Base de datos de los pacientes con diagnóstico VIH/SIDA del Hospital Referencial de Ferreñafe 2018.
n = Número de pacientes

Tabla N° 03. Comorbilidades y Antecedentes de ITS en los pacientes con diagnóstico de VIH/ SIDA atendidos en el Hospital Referencial de Ferreñafe 2018.

Comorbilidades y antecedentes	n	%
Comorbilidades		
Diabetes mellitus	6	14,3
HTA	6	14,3
Anemia	19	45,2
Dislipidemia	5	11,9
Otros	6	14,3
Total	42	100,0
Antecedentes		
Síndrome de descarga uretral	5	11,9
Herpes genital	6	14,3
Sífilis	8	19,0
Ninguno	19	45,2
Otros	4	9,5
Total	42	100,0

Fuente: Base de datos de los pacientes con diagnóstico VIH/SIDA del Hospital Referencial de Ferreñafe 2018.
n = Número de pacientes

Tabla N° 04. Mecanismo de contagio más frecuente en los pacientes con diagnóstico de VIH/ SIDA atendidos en el Hospital Referencial de Ferreñafe 2018.

Mecanismo de contagio	n	%
Sexual	41	97,6
Sanguínea	1	2,4
Vertical	0	0,0
Total	42	100,0

Fuente: Base de datos de los pacientes con diagnóstico VIH/SIDA del Hospital Referencial de Ferreñafe 2018.
n = Número de pacientes

Tabla N° 05. Estadio clínico, infecciones oportunistas y principales causas de mortalidad de los pacientes con diagnóstico VIH/SIDA atendidos en el Hospital Referencial de Ferreñafe 2018.

Estadio clínico, infecciones oportunistas y causas de mortalidad.	n	%
Estadio clínico		
VIH	32	76,2
SIDA	7	16,7
Fallecido	3	7,1
Total	42	100,0
Infecciones oportunistas		
Candidiasis orofaríngea	5	11,9
TBC Pulmonar	4	9,5
Herpes Zoster	6	14,3
Micosis superficial	3	7,1
Ninguno	24	57,1
Total	42	100,0
Mortalidad		
Infecciosas	3	100,0
Cardiovasculares	0	0,0
Neoplasias	0	0,0
Neurológicas	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	3	100,0

Fuente: Base de datos de los pacientes con diagnóstico VIH/SIDA del Hospital Referencial de Ferreñafe 2018.
n = Número de pacientes

VI. DISCUSIÓN.

VI. DISCUSIÓN.

Este estudio fue realizado en el Hospital Referencial de Ferreñafe. Se incluyó a 42 pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA predominó el sexo masculino 61,9%, grupos etarios con más frecuente los comprendido entre 15 – 29 años (45,2%) y 30 -44 años (38,1%); resultados similares encontró Zuñiga Callacna G (16) donde la mayoría fueron hombres (81,7%), el grupo etario más afectado fue 18 – 40 años (60,8%); igualmente halló Besse Díaz R (15) quien concluyó que predominó los hombres (63,3%), grupo etario más frecuente 35 – 44 años (36,7%); incluso Mortaza Haghgoo S. et al (6) en su estudio concluyó que la gran mayoría fueron hombres (91%), la edad media de los pacientes fue de 30.8 ± 12.3 años. Con respecto a la ocupación laboral en nuestro estudio 11,9% estaban desocupados, 50% eran obreros, 16,7% amas de casa, 7,1% trabajadoras sexuales y otras ocupaciones 14,3%; resultados diferentes encontraron Valdés F. et al (11) donde el 30,9% estaban desocupados, 3,7% eran amas de casa, obrero 24,5 %; y Vela Hernán (8) donde el 32,8% eran comerciantes, 19% amas de casa, 17,2% obreros. Otros factores sociodemográficos encontrados en este estudio primaria completa 23,8%, secundaria incompleta 38,1%; proceden de Manuel Antonio Mesones Muro 42,9%; estado civil soltero 45,2%; ingreso familiar bajo (< 950 soles) 83,3%; heterosexuales 76,2%; el 45,2% tienen como hábito nocivo el alcohol. Comparando estos resultados con otro estudios Sandoval Alexis (30) halló que el 36,5% cursaron primaria completa; Sánchez Naranjo H (10) concluyó que la infección por VIH/SIDA afecta predominantemente los asentamientos urbanos, personas con nivel educacional medio, y que además la ocupación repercute en la conducta social; con respecto a los hábitos nocivos Bonilla Ruiz A (31) también encontró que el más frecuente fue el consumo de alcohol, seguido del consumo del tabaco.

Los factores clínicos más frecuentes encontrados en este estudio fueron: la sintomatología más frecuente al ingreso fue la diarrea crónica 45,2%, la mayoría presentó anemia como comorbilidad 45,2%, el mecanismo de contagio más frecuente fue la vía sexual 97,6%, en cuanto a los antecedentes de ITS la sífilis predominó con un 19%. En los estudios realizados por Lancheros Silva A (9), Grandal Fustes M (32), Sandoval Alexis (30) sus resultados coinciden con el nuestro, donde el mecanismo de transmisión más frecuente fue la vía sexual con un 100%, 82% y 96,5%; la comorbilidad más frecuente en el estudio realizado por

Cieza Ramírez T (33) fue la anemia con un 74,19% seguido de las dislipidemias y gastritis con un 6,5% cada uno; resultados diferentes encontraron Chhoun P. et al (34) hallaron una alta prevalencia de hipercolesterolemia con el 34,7% seguida de la hipertensión arterial con el 15,1% y la diabetes mellitus con 8,8 %; así mismo Torres Mora G(35) en su estudio obtuvo que el 21% tenían niveles bajos de colesterol HDL, el 19,4% hipertrigliceridemia 17,7% y el 16,1% de los pacientes tenían anemia. En cuanto a los antecedentes de ITS en los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA, Montúfar Andrade F. et al (36) encontró resultados similares a nuestro estudio, el 11,8% tenían historia previa de ITS, siendo la sífilis la más frecuente; igualmente encontró Bonilla Ruiz A (31) en primer lugar la sífilis (7,25%), seguido de hepatitis B (4,35%), hepatitis C (1,45%).

Al analizar el estadio clínico al momento del diagnóstico se encontró que el 76,2% corresponde al estadio de VIH, el 16.7% SIDA y el 7.1% fallecidos. Resultados similares halló Lancheros Silva A (9), el 90% corresponde a VIH y el 10% a SIDA; estos resultados son diferente con los hallados por Torres Mora G (35) que el 59,7 % de los casos pertenecen al estadio SIDA y el 40.3% a VIH; y Sandoval Alexis (30) que el 50.6% de los casos se encontraban en estadio SIDA y el 49.4% en VIH.

En cuanto al antecedente de infecciones oportunistas Herpes zoster y la candidiasis orofaríngea son las más frecuentes en nuestro estudio con el 14,3% y el 9,5%, similar resultado encontraron Besse Díaz. et al (15) donde la candidiasis orofaríngea y la neurotoxoplasmosis fueron las infecciones oportunistas más frecuentes; y Kim YJ. et al (37) quienes encontraron a la Candidiasis como la infección oportunista más prevalente 16.2%, seguida de neumonía por *Pneumocystis jirovecii* 11.0%.

La principal sintomatología de ingreso fue la diarrea crónica (45,2%), seguido de la fiebre prolongada (23,8%), en el estudio de Montúfar Andrade F. et al (36) encontraron que los síntomas más frecuentes al ingreso fueron los gastrointestinales (50.3%); Verdugo F. et al (38) encontraron que la mayoría de los ingresos fueron por causas infecciosas (84.4%); Saavedra A. et al (16) , hallaron que los diagnósticos de ingreso más frecuentes fueron anemia (34.2%), toxoplasmosis cerebral (29.3%) y neumonía (25.7%).

Finalmente, en cuanto a las causas de mortalidad el 100% murieron de causas infecciosas (shock séptico), similares resultados hallaron: Otiniano Espinoza M (7) donde las enfermedades infecciosas fueron el principal diagnóstico de muerte con un 81,6%; Vela Fachin H (8) halló que el principal diagnóstico de fallecimiento fueron de causas infecciosas como la tuberculosis sistémica (19%), seguido por las patologías de neumonía (12%), TBC pulmonar (12%), neurotoxoplasmosis (10.3%) y shock séptico (6.9%); para Saavedra A. et al (16), las causas más comunes de muerte fueron tuberculosis (34.7%), anemia (30.2%) y toxoplasmosis cerebral (27.5%).

VII. CONCLUSIONES.

VII. CONCLUSIONES.

1. Los factores epidemiológicos y clínicos encontrados en este estudio representan riesgos potenciales para adquirir la infección por VIH en la población de Ferreñafe.
2. Los factores sociodemográficos y conductuales más frecuentes fueron: edad entre 15 – 29 años, sexo (hombres), grado de instrucción (secundaria incompleta), procedencia (Distrito Manuel Antonio Mesones Muro), ocupación laboral (obreros), ingreso familiar bajo, heterosexuales, y como hábitos nocivos el alcohol.
3. Las sintomatologías de ingreso más frecuentes fueron la diarrea crónica y fiebre prolongada.
4. Las comorbilidades más frecuentes fueron la anemia, diabetes mellitus e hipertensión arterial y el antecedente de ITS con más frecuencia fue la sífilis.
5. El mecanismo de contagio más frecuente fue la vía sexual.
6. El estadio más frecuente fue el de VIH, la infección oportunistas presentada con más frecuencia fue herpes zoster, y la principal causa de mortalidad fue las infecciosas.

VIII. RECOMENDACIONES.

VIII. RECOMENDACIONES.

1. Realizar campañas de promoción y prevención del VIH/SIDA en los diferentes colegios secundarios, Institutos, centros de salud de la Provincia de Ferreñafe, promoviendo el uso de preservativos en las relaciones sexuales, el no consumo de alcohol, tabaco, drogas, explicando la relación del consumo de estas sustancias tóxicas con la infección del VIH, además realizar charlas de educación sexual.
2. Incluir dentro del manejo del paciente VIH/SIDA la evaluación por psiquiatría especialmente en aquellos que tienen problemas de alcohol, tabaco y drogas.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. VIH/SIDA [Internet]. [citado 2019 Ene 13]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
2. Pizarro Ruiz Patricia. Situación Actual del VIH-SIDA en el Perú. DIGEMID. 2018 Setiembre; 25.
3. Sala situacional VIH/SIDA, CDC Perú | Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. | CDC - Perú [Internet]. [citado 2019 Ene 13]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/vih/>
4. ONUSIDA. Datos de ONUSIDA 2017 [Internet]. <http://www.unaids.org>. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf
5. Briones I. Relación entre la calidad del servicio/ calidad de atención y la mortalidad temprana / morbilidad grave por VIH/SIDA en personas viviendo con el Virus de Inmunodeficiencia humana que acuden a la Unidad de Atención Especializada de PVVS del Hospital Delfina Torres de Concha. [Ecuador]: Pontificia Universidad Católica de Ecuador; 2014.
6. Mortaza H. Epidemiología del VIH/SIDA en el este de la provincia de Azerbaiyán, noroeste de Irán. [IRÁN]; 2015.
7. Otiano M. Características clínico Epidemiológico asociadas a la mortalidad por VIH/SIDA en el Hospital Guillermo Almenara durante el periodo 2012-2014. [Lima]: UNMSM; 2015.
8. Vela H. Características clínicas epidemiológicas en pacientes con VIH/SIDA fallecidos en el Hospital Regional de Loreto Enero 2011 a Diciembre 2013. [Loreto]: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2014.
9. Lancheros Silva A. Caracterización epidemiológica del VIH-SIDA en el departamento de Boyacá desde 2012 a 2014. [Colombia]: Universidad Nacional de Colombia; 2015.
10. Sánchez N. Características clínicas y epidemiológicas de la infección por VIH/SIDA en el municipio de Yara en el periodo de 1986 - 2014. [Cuba]; 2015.
11. Valdés Fuster JL, Oliva Venereo D de la C, Viñas Martínez AL, Lastre Hernández D, & Camilo Cuéllar YA. Características clínico-epidemiológicas de

- los pacientes con el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Boyeros. 2013. Rev Habanera Cienc Médicas. 2016 Dic; 15(6): 955-67.
12. Mafigiril R. La prevalencia y utilización de los servicios de prevención y tratamiento del VIH entre los jóvenes 15 – 24 años de la comunidad pesquera Kasensero y las comunidades vecinas (Uganda). [Uganda]; 2017.
 13. Saavedra A, Campinha-Bacote N, Hajjar M, Kenu E, Gillani FS, Obo-Akwa A, et al. Causes of death and factors associated with early mortality of HIV-infected adults admitted to Korle-Bu Teaching Hospital. Pan Afr Med J. 2017; 27: 48.
 14. Espinoza C. Factores Asociados a la coinfección tuberculosis/VIH en el Hospital Nacional Dos de Mayo Julio 2015 a Junio 2016. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2017.
 15. Besse Díaz R, Puente Saní V, Martínez Cantillo L, Romero García LI, & Minier Pouyou L. Aspectos clínicos y epidemiológicos en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida de la provincia de Santiago de Cuba. MEDISAN. 2018 Mar; 22(3): 264-70.
 16. Zuñiga Callacna J. “Características Clínicas Epidemiológicas de Pacientes VIH+ con Infecciones Oportunistas del Sistema Nervioso Central Atendidos en el Hospital Regional Docente Las Mercedes - Hospital Nacional Alanzor Aguinaga Asenjo 2014 - 2016” [Tesis de grado]. [Lambayeque]: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2018.
 17. OMS. VIH/sida [Internet]. [citado 2019 Ene 15]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
 18. ONUSIDA. Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida [Internet]. [citado 2019 Ene 15]. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
 19. Jameson JL. Harrison’s Principles of Internal Medicine. 20.^a ed. Estados Unidos: Mc.Graw.Hill; 2018.
 20. Dominik M. Evidence-Based Infectious Diseases. 3.^a ed. Estados Unidos: Wiley; 2018. 307 p.
 21. Ausiello G. GOLDMAN-CECIL. TRATADO DE MEDICINA INTERNA. 25.^a ed. Elseiver; 2017. 3093 p.
 22. Jason J. HIV Pharmacotherapy. The Pharmacists Role in Care and Treatment. 1.^a ed. Estados Unidos: ASHP. Publications; 2018. 391 p.

23. Fredery S. infectious diseases a clinical short course. 3.^a ed. Estados Unidos: Mc.Graw.Hill; 2014. 480 p.
24. DOUGLAS Y BENNETT M. MANDELL, DOUGLAS Y BENNETT. ENFERMEDADES INFECCIOSAS. PRINCIPIOS Y PRÁCTICA. 8.^a ed. Estados Unidos: Saunders; 2016. 4968 p.
25. Braun DL. Frecuencia y espectro de manifestaciones clínicas inesperadas de infección primaria por VIH-1. 2015; 1013.
26. Nigar K. Manual Washington de especialidades clínicas. Enfermedades infecciosas. 2.^a ed. W.K; 2014. 485 p.
27. Niu MT. Infección aguda y temprana por VIH: manifestaciones clínicas y diagnóstico. 2015;
28. MINSA. NTS N° 097- MINSA/2018/DGIESP - V.03 Norma técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la inmunodeficiencia Humana. 2018.
29. Javier de la Torre. 30 años de VIH-SIDA: Balance y nuevas perspectivas de prevención. 1.^a ed. España: Universidad Pontifica Comillas; 2013. 603 p.
30. Engels Alexis Sandoval, Yeny Yamileth Chavarría, & Kenneth Rafael Bustillo. Características Clínicas y Epidemiológicas De Los Pacientes Adultos con VIH en El Instituto Hondureño de Seguridad Social. 2009; 77.
31. Alejandra Melissa Bonilla Ruiz, & Pierina Vilcapoma Balbín. Características clínicas, epidemiológicas e inmunoserológicas de los pacientes en terapia antirretroviral de gran actividad en un hospital peruano. Rev Médica Panacea. 2013;
32. Grandal Fustes M. Características clínicas, virológicas e inmunológicas de los nuevos diagnósticos de infección por VIH en el área sanitaria de A Coruña en los últimos 10 años: evolución clínica y respuesta al tratamiento antirretroviral [Tesis doctoral]. [España]: Universidad de Coruña; 2014.
33. Cieza Ramírez T. Factores Asociados con las Reacciones Adversas Al Tratamiento Antirretroviral Inicial en Personas Mayores de 18 Años Viviendo Con VIH-SIDA En El Hospital II-2 Tarapoto, Agosto 2014- Agosto 2016 [Tesis de grado]. [Tarapoto]: Universidad Nacional de San Martín; 2017.
34. Chhoun P, Tuot S, Harries AD, Kyaw NTT, Pal K, Mun P, et al. High prevalence of non-communicable diseases and associated risk factors amongst adults living with HIV in Cambodia. PloS One. 2017; 12(11).

35. Torres-Mora G, Moreno-Grau Á, Moreno-Hernández D, Berrocal-Almanza LC, & Ramos-Clason EC. Efectividad de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) en pacientes VIH positivos ingresados al programa de tratamiento de la IPS atención integral en la ciudad de Cartagena. *Rev Cienc Bioméd.* 2011; 2(1).
36. Franco Montúfar Andrade, & Alicia Quiroga. 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.
37. Kim YJ, Woo JH, Kim MJ, Park DW, Song J-Y, Kim SW, et al. Opportunistic diseases among HIV-infected patients: a multicenter-nationwide Korean HIV/AIDS cohort study, 2006 to 2013. *Korean J Intern Med.* 2016 Sep; 31(5): 953-60.
38. Verdugo F, Pinto F, Charpentier P, Von Mühlenbrock C, Soto A, Dabanch J, et al. Pacientes con infección por VIH/SIDA en una Unidad de Pacientes Críticos: La experiencia de un hospital general en un país en desarrollo. *Rev Chil Infectol.* 2015; 32(3): 294-303.

ANEXOS

ANEXO N° 01. Casos de infección por VIH notificados según sexo, año de diagnóstico en el país 2000 – 2018

Año de diagnóstico ²	Hombres	Mujeres	Sin dato	Total general
2000	2,183	970	20	3,173
2001	2,808	1,290	112	4,210
2002	2,428	1,130	71	3,629
2003	3,102	1,435	52	4,589
2004	3,322	1,518	33	4,873
2005	3,521	1,530	26	5,077
2006	3,637	1,605	21	5,263
2007	3,482	1,384	41	4,907
2008	4,153	1,834	69	6,056
2009	3,756	1,606	41	5,403
2010	3,290	1,338	44	4,672
2011	3,438	1,289	31	4,758
2012	3,493	1,225	34	4,752
2013	3,938	1,204	43	5,185
2014	4,653	1,452	10	6,115
2015	5,502	1,666	3	7,171
2016	5,406	1,486		6,892
2017	4,501	1,326	1	5,828
2018	4,020	1,081		5,101
Nulo	552	264	38	854

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-
Ministerio de Salud del Perú

Nota: casos de infección VIH incluye a todos los estadios de la infección, incluido el estadio sida.

El año 2015 se realizó una actualización en la definición de caso de infección VIH, según NTS N° 115-MINSA/DGE V01, utilizándose a partir de ese año una definición de caso más sensible. Notificación correspondiente al año 2017 en proceso de regularización.

ANEXO N° 02. Casos de SIDA notificados según sexo, año de diagnóstico en el país 2000 – 2018

Año de diagnóstico. ^a / _z	Hombres	Mujeres	Sin dato	Total general
2000	879	294	4	1,177
2001	909	334	29	1,272
2002	910	330	28	1,268
2003	1,225	447	25	1,697
2004	1,419	507	12	1,938
2005	1,608	635	11	2,254
2006	1,295	480	8	1,783
2007	1,262	455	12	1,729
2008	1,413	500	17	1,930
2009	1,063	377	10	1,450
2010	1,088	352	5	1,445
2011	1,096	379	10	1,485
2012	1,104	319	8	1,431
2013	1,157	326		1,483
2014	1,334	311		1,645
2015	1,288	339		1,627
2016	1,185	329		1,514
2017	996	252		1,248
2018	974	212		1,186
Total general	22,205	7,178	179	29,562

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-
Ministerio de Salud del Perú

ANEXO N° 03. Casos de infección por VIH notificados según sexo, año de diagnóstico en el departamento de Lambayeque 2000 – 2018

Año de diagnóstico ²	Hombres	Mujeres	Sin dato	Total general
2000	52	22	2	76
2001	109	27	8	144
2002	98	34	1	133
2003	89	56	2	147
2004	81	19		100
2005	87	43	1	131
2006	105	47		152
2007	94	26		120
2008	73	19	1	93
2009	86	41		127
2010	126	52		178
2011	163	64		227
2012	131	44		175
2013	92	38		130
2014	137	37		174
2015	185	51		236
2016	208	51		259
2017	117	31		148
2018	111	27		138
Nulo	5	3		8

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-
Ministerio de Salud del Perú
Nota: casos de Infección VIH incluye a todos los estadios de la Infección, incluido el estadio sida.
El año 2015 se realizó una actualización en la definición de caso de Infección VIH, según NTS N° 115-MINSA/DGE V01, utilizándose a partir de ese año una definición de caso más sensible. Notificación correspondiente al año 2017 en proceso de regularización.

ANEXO N° 04. Casos de SIDA notificados según sexo, año de diagnóstico en el departamento de Lambayeque 2000 – 2018

Año de diagnóstico. ^A / _Z	Hombres	Mujeres	Sin dato	Total general
2000	18	4		22
2001	13	2		15
2002	30	12	1	43
2003	33	13	2	48
2004	29	10		39
2005	29	10		39
2006	29	15		44
2007	29	7	1	37
2008	18			18
2009	15	4		19
2010	39	7		46
2011	51	10		61
2012	42	12		54
2013	46	10		56
2014	67	15		82
2015	73	17		90
2016	62	21		83
2017	43	9		52
2018	35	5		40
Total general	701	183	4	888

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-
Ministerio de Salud del Perú

ANEXO N° 05. Casos de infección por VIH notificados según sexo, año de diagnóstico en la Provincia de Ferreñafe 2000 – 2018

año de diagnóstico	Hombres	Mujeres	Sin dato	Total general
2000	1	1		2
2001	5		1	6
2002	6	1		7
2003	9	5	1	15
2004	3			3
2005	4	3		7
2006	5	5		10
2007	3			3
2008	1	2		3
2009	10	14		24
2010	14	10		24
2011	37	9		46
2012	22	5		27
2013	18	6		24
2014	20	11		31
2015	15	9		24
2016	4	2		6
2017	4			4
2018	3	3		6
Total general	184	86	2	272

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-
Ministerio de Salud del Perú
Nota: casos de infección VIH incluye a todos los estadios de la infección, incluido el estado sida.
El año 2015 se realizó una actualización en la definición de caso de infección VIH, según NTS N° 115-MINSA/DGE V01, utilizándose a partir de ese año una definición de caso más sensible. Notificación correspondiente al año 2017 en proceso de regularización.

ANEXO N° 06. Casos de SIDA notificados según sexo, año de diagnóstico en la Provincia de Ferreñafe 2000 – 2018.

Año de diagnóstico. ²	Hombres	Mujeres	Sin dato	Total general
2001	1			1
2002	4			4
2003	1	1	1	3
2005	2	2		4
2006	3	1		4
2010	3			3
2011	7	1		8
2012	11	2		13
2013	4	2		6
2014	11	2		13
2015	7	1		8
2016		1		1
2017	1			1
2018	1	1		2
Total general	56	14	1	71

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-
Ministerio de Salud del Perú

ANEXO 07

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS “FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS MÁS FRECUENTES EN PACIENTES CON VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REFERENCIAL DE FERREÑAFE 2018”

- | | |
|--|---|
| <p>1. Edad:</p> <ul style="list-style-type: none">a. <15 añosb. 15-29c. 30-44d. 45-60e. >60años <p>2. Sexo:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Hombreb. Mujer <p>3. Ocupación</p> <ul style="list-style-type: none">a. Desocupadob. Obreroc. Comercianted. Ama de casae. Trabajadoras Sexualesf. Otro <p>4. Grado de instrucción</p> <ul style="list-style-type: none">a. Illetradab. Primaria Completac. Primaria Incompletad. Secundaria completae. Secundaria incompletaf. Superior <p>5. Procedencia</p> <ul style="list-style-type: none">a. Cañarisb. Ferreñafec. Manuel Antonio Mesones Muro | <ul style="list-style-type: none">d. Pítipoe. Pueblo Nuevo <p>6. Nivel socioeconómico</p> <ul style="list-style-type: none">a. Bajo (< 950 soles)b. Medio (950 – 2 000 soles)c. Alto (> 2 000 soles) <p>7. Estado civil</p> <ul style="list-style-type: none">a. Solterob. Convivientec. Casadod. Divorciadoe. Viudo <p>8. Hábitos nocivos</p> <ul style="list-style-type: none">a. Alcoholismob. Tabaquismoc. Drogadicciónd. Ninguno <p>9. Orientación Sexual</p> <ul style="list-style-type: none">a. Heterosexualb. Homosexualc. Bisexuald. Otros <p>10. Mecanismo de contagio</p> <ul style="list-style-type: none">a. Sexualb. Sanguíneac. Vertical <p>11. Comorbilidades</p> |
|--|---|

- a. Diabetes Mellitus
- b. HTA
- c. Anemia
- d. Dislipidemia
- e. Otros

- d. Neurológica
- e. Otros

12. Antecedentes de ITS

- a. Sdx descarga uretral
- b. Sifilis
- c. Herpes genital
- d. Ninguna
- e. Otros

13. Estadío clínico

- a. VIH
- b. SIDA
- c. Fallecido

14. Infecciones oportunistas

- a. Candidiasis orofaríngea
- b. TBC pulmonar
- c. Herpes Zoster
- d. Micosis superficial
- e. Ninguno

15. Sintomatología de ingreso

- a. Diarrea crónica
- b. Síndrome emético
- c. Fiebre prolongada
- d. Alteración de conciencia
- e. Síndrome consuntivo
- f. Otros

16. Causas principales de mortalidad

- a. Infecciosas
- b. Cardiovascular
- c. Neoplasias