



Universidad Andina del Cusco

Facultad De Ciencias De La Salud

Escuela Profesional De Enfermería



**UNIVERSIDAD
ANDINA
DEL CUSCO**

TESIS:

“CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y CLÍNICAS DE
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL
QUILLABAMBA, LA CONVENCIÓN, CUSCO 2015-2018”

presentado por:

Bach. Yulisa Madeleine Huamán Vergara

Para optar al título profesional de

Licenciado en Enfermería

Asesor: Dr. Luis Alberto Chihuantito Abal.

CUSCO - 2021



DEDICATORIA

A DIOS

Por acompañarme en todo momento, por brindarme sabiduría para alcanzar mis metas.

A MIS PADRES

Por darme la vida y ser mi inspiración, por la confianza y fortaleza que me brindan, por su apoyo incondicional y enseñarme a que todo logro depende de mí.

A MI ESPOSO

Por ser mi motivación, por su amor y apoyo incondicional por ser mi consejero y mi alegría en mis momentos difíciles quien me ayudo siempre a enfrentar y vencer obstáculos en el recorrido que atravesé para ser hoy profesional.

La Bachiller.



AGRADECIMIENTOS

A LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO y su plana docente por darme la oportunidad de superarme en su casa de estudios que llegue a llamar mi segundo hogar y brindarme conocimientos, enseñándome valores, por motivarme a seguir superándome.

AL DIRECTOR DEL HOSPITAL QUILLABAMBA por brindarme las facilidades y acceso a su Institución y a los diferentes profesionales que laboran en la Estrategia Sanitaria ITS-VIH/SIDA, al personal de estadísticas y admisión por brindarme las facilidades y el acceso a las historias clínicas para realizar la recopilación de la información así cooperando para el logro de mí trabajo de investigación, para finalmente llegar a concluir con los resultados.

AL DR. LUIS ALBERTO CHIHUANTITO ABAL ASESOR DE TESIS, que me ayudo en el transcurso de mi trabajo de investigación, orientándome con sus conocimientos, orientándome en mis errores, y por brindarme su tiempo y atención.

La Bachiller.



PRESENTACIÓN

Señora.

Dra. Yanet castro Vargas.

DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA
UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO.

Señores Dictaminantes:

MG. Edo Gallegos Aparicio.

MG. Sdenca Caballero Aparicio

En cumplimiento al Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco, pongo a vuestra consideración la tesis intitulada: “**CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y CLÍNICAS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCIÓN, CUSCO 2015-2018**”., para optar al Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

La Bachiller.



RESUMEN

El presente trabajo de investigación intitulado “**CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y CLÍNICAS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCIÓN, CUSCO 2015-2018**”; cuyo objetivo fue describir las características personales y clínicas de pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el Servicio de Medicina, Hospital Quillabamba, La Convención, Cusco 2015-2018.

Metodología: Se realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal. La población estuvo constituida por historias con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el Servicio de Medicina. La población y muestra estuvo conformado por 40 historias. Se aplicó una Ficha de Observación Documental.

Los resultados fueron: 26.7% tienen las edades entre 35 a 45 años, 60% son masculino, 40% son femenino, 46.7% tienen empleo independiente, 60% convivientes, 80% proceden de Santa Ana, 53.3% tienen estudio de secundaria, 73.3% inicio sus relaciones sexuales entre 12 a 18 años, 66.7% tiene una sola pareja, 100% son heterosexuales, 40% siempre usó condón, 86.7% nunca usó sustancias nocivas.

Las características clínicas 66.7% se contagió el VIH por vía sexual, 46.7% la edad de diagnóstico fué 30 a 59 años, 60% se diagnosticaron con ELISA y 40% con la prueba rápida, 60% fue confirmada con IFI, 86.7% recibe TARGA, 73.4% cursa en estadio A, 66.7% no presento coinfección, el 26.6% padece de tuberculosis, 86.7% no presento otra ITS y solo el 13.3% presento Neiseria Gonorrhea, 60% tiene un estado nutricional normal y 40% presenta delgadez, 86.7% no presento anemia.

PALABRAS CLAVES: Características, personales, clínicas, pacientes.



ABSTRACT

This research paper entitled "PERSONAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH HIV / AIDS DIAGNOSIS ATTENDED IN THE MEDICINE SERVICE, QUILLABAMBA HOSPITAL, LA CONVENCION, CUSCO 2015-2018"; whose objective was to describe the personal and clinical characteristics of patients diagnosed with HIV / AIDS treated in the Medicine Service, Quillabamba Hospital, La Convencion, Cusco 2015-2018.

The results were: personal characteristics 26.7% are ages 35 to 45, 60% are male, and 40% female, 46.7% are self-employed, 60% live together, 80% are Santa Ana, 53.3% have high school, 73.3% start their sexual relations from 12 to 18 years, 66.7% have only one partner, 100% are heterosexual, 40% always use a condom, 86.7% never use harmful substances.

The clinical characteristics 66.7% were infected sexually, 46.7% the age of diagnosis 30 to 59 years, 46.7% have a diagnosis of 7 years or more, 60% were diagnosed with ELISA and 40% with the rapid test, 60% was confirmed with IFI, 86.7% receive HAART, 73.4% are in stage A, 66.7% do not present with coinfection, 26.6% suffer from tuberculosis, 86.7% do not present another STI and only 13.3% have Neiseria Gonorrhoea, 60% have a status Nutritional normal and 40% have thinness, 86.7% do not present anemia.

KEY WORDS: Features, personal, clinics, patients



ÍNDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
PRESENTACIÓN	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INDICE GENERAL	
INDICE DE GRÁFICOS	
INTRODUCCIÓN	

CAPÍTULO I EL PROBLEMA

1.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.3. OBJETIVOS.....	4
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	4
1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	4
1.4. VARIABLES.....	4
1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	5
1.6. JUSTIFICACIÓN.....	8
1.7. LIMITACIONES.....	9
1.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	9

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	10
2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL.....	10
2.1.2. A NIVEL NACIONAL.....	12
2.1.3. A NIVEL LOCAL.....	17
2.2. BASES TEÓRICAS.....	18
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	45



CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	46
3.2. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.....	46
3.3. POBLACIÓN MUESTRAL.....	46
3.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	46
3.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	46
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	47
3.5. INSTRUMENTO DE VALIDACION.....	47
3.6. RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.....	47
3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	47

CAPÍTULO IV

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

CONCLUSIONES

SUGERENCIAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS



ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO	PAG
N° 01 EDAD DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCIÓN, CUSCO 2015-2018.....	50
N° 02 SEXO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCIÓN, CUSCO 2015-2018.....	51
N° 03 OCUPACIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCIÓN, CUSCO 2015-2018.....	52
N° 04 ESTADO CIVIL DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCIÓN, CUSCO 2015-2018.....	53
N° 05 PROCEDENCIA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCIÓN, CUSCO 2015-2018.....	54
N° 06 NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCIÓN, CUSCO 2015-2018.....	55
N° 07 EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCIÓN, CUSCO 2015-2018.....	56
N° 08 NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCIÓN, CUSCO 2015-2018.....	57



N° 09	ORIENTACIÓN SEXUAL DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCION, CUSCO 2015-2018.....	58
N° 10	USO DE PRESERVATIVO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCION, CUSCO 2015-2018.....	59
N° 11	CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCION, CUSCO 2015-2018.....	60
N° 12	MODO DE TRANSMICIÓN DEI VIH/SIDA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCION, CUSCO 2015-2018.....	61
N° 13	EDAD DE DIAGNÓSTICO DE VIH DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCION, CUSCO 2015-2018.....	62
N° 14	TIEMPO DE DIAGÓSTICO DE PACIENTES CON VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCION, CUSCO 2015-2018.....	63
N° 15	PRUEBA DE TAMIZAJE DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCION, CUSCO 2015-2018.....	64
N° 16	PRUEBA QUE CONFIRMO EL DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCION, CUSCO 2015-2018.....	65



N° 17	TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCIÓN, CUSCO 2015-2018.....	66
N° 18	ESTADIO DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCIÓN, CUSCO 2015-2018.....	67
N° 19	PRESENCIA DE COINFECCIÓN EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCIÓN, CUSCO 2015-2018.....	68
N° 20	PRESENCIA DE OTRAS ITS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCIÓN, CUSCO 2015-2018.....	69
N° 21	ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCIÓN, CUSCO 2015-2018.....	71
N° 22	PRESENCIA DE ANEMIA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCIÓN, CUSCO 2015-2018.....	72



INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad causada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Este retrovirus ataca fundamentalmente al sistema inmunitario y destruye los linfocitos CD4 de la persona infectada. El VIH/SIDA Sigue siendo uno de los mayores problemas para la salud pública mundial y actualmente es una enfermedad que continua en crecimiento y no se puede controlar a pesar de los esfuerzos y el gasto que se invierte para poder erradicar. Siendo Quillabamba una Provincia de migraciones constantes de diferentes lugares del país y extranjeros, incluidos zonas donde se registraron casos VIH/SIDA. Frente a esta realidad estos pacientes tienen hábitos y comportamientos particulares para poder adquirir esta enfermedad que es muy importante poder identificar y describirlos. Por tal motivo, se tiene como objetivo Describir las características personales y clínicas de pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el Servicio de Medicina, Hospital Quillabamba, La Convención, Cusco 2015-2018.

El trabajo consta de 4 capítulos, cuya estructura consta de lo siguiente:

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA: Que contiene caracterización y formulación del problema, objetivo general y específico, variable y su operacionalización, justificación, limitaciones y consideraciones éticas.

CAPÍTULO II: EL MARCO TEÓRICO: Describe antecedentes del estudio a nivel internacional, nacional y local, bases teóricas y la definición de términos.

CAPÍTULO III: EL DISEÑO METODOLÓGICO: Presenta el tipo y línea de investigación, población y muestra, descripción de la población, muestra y método de muestreo, criterios de inclusión y exclusión, técnicas e instrumento, validación del instrumento, procedimiento de recolección de datos, recursos, presupuesto y cronograma.

CAPÍTULO IV: INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS: Presentando los mismos en los gráficos correspondientes, analizados e interpretados, finalizando con las:

CONCLUSIONES

SUGERENCIAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS



CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

El VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), es un retrovirus que ataca al sistema inmunitario de la persona infectada. El VIH continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública mundial, ha cobrado ya más de 35 millones de vidas. En el 2017, 36.9 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo, 21.7 millones de personas tenían acceso a la terapia antirretrovirica, 1,8 millones de personas contrajeron la infección por VIH, 940.000 personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida, 77,3 millones de personas contrajeron la infección por 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.¹

En los Estados Unidos para el 2016 más de 1.2 millones de personas tenían el VIH y solo 1 de cada 8 no sabe que lo tiene. Los casos nuevos bajaron en 19 % desde el 2005 hasta el 2014. El contacto heterosexual representó el 24 %, las mujeres 19 % de los diagnósticos de VIH. Los diagnósticos entre las mujeres se atribuyen principalmente al contacto heterosexual 86 % o al uso de drogas inyectables 13 %. Entre todas las personas heterosexuales los diagnósticos se redujeron en 35 % y entre las personas que se inyectan drogas, el 63 %.²

En América Latina los casos de VIH se han reducido solo un 1% desde 2010 hasta el 2017, con aproximadamente 100 000 nuevas personas infectadas cada año, 1,8 millones de personas vivían con el VIH, el número de personas con causa de la muerte relacionada con el SIDA disminuyó de 45 mil a 37 mil, Se estima que el 23% de las personas con VIH desconocen su estatus serológico, y aproximadamente un tercio se diagnostica tarde con inmunodeficiencia avanzada (menos de 200 CD4 por mm³ de sangre). Aproximadamente 1.1

¹ ONUSIDA. Estadísticas Mundiales Sobre el VIH de 2017. [en línea].; 2018 diciembre [fecha de revisión 01 de abril 2019] Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf

² Organización Mundial de la Salud. El VIH en los Estados Unidos 2016. [en línea].; 2016 diciembre [fecha de revisión 24 de abril 2018; citado 2018 abril]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/risk/analsex.html>



millones de personas que viven con VIH estaban recibiendo tratamiento antirretroviral (TAR) a fines del año lo que representa un 61% de cobertura de TAR entre todas las personas que viven con VIH.

El Caribe del 2010 al 2017 tuvo una reducción del 18%, de 19,000 a 15,000 casos nuevos estimados, la epidemia de VIH en la Región afecta de manera desproporcionada a grupos de poblaciones clave (gais, Hombres que tienen Sexo con Hombres, mujeres transgénero y trabajadoras sexuales); estos grupos representan aproximadamente la mitad de las nuevas infecciones representando el 37%, en el mismo año aproximadamente 310 mil personas vivían con VIH, el número de personas con causa de muerte relacionada con el SIDA tuvo una reducción de 18 mil a 10 mil en el mismo periodo, aproximadamente 180 mil personas que viven con VIH reciben tratamiento antirretroviral a fines del mismo año, lo que representa un 57% de cobertura de TAR entre todas las personas que viven con VIH en el Caribe.³

En el Perú hasta el 2017, se identificó 35,847 personas con SIDA. Lima tiene 21.589 casos de SIDA, seguido por el Callao con 2,255, Loreto con 1,750. En Arequipa fueron detectados 51 casos de VIH y casos 16 de SIDA. La mayor parte de la población afectada son varones entre 20 a 34 años de edad, por cada 4 varones una mujer tiene VIH. Se informó que actualmente tiene 1,477 casos de SIDA acumulados desde 1983 al 2017, ocupando el quinto lugar a nivel nacional. En los últimos lugares se encuentran Ayacucho con 95 casos, Pasco con 64, Puno con 62, Huancavelica con 62 y Apurímac con 29. Del 100% de las personas que contrajeron este mal, solo el 57% reciben el tratamiento. Se precisó que desde este año se redujo la dosis de terapia retroviral de tres a una pastilla.⁴

La región Cusco desde el año 1983 a 2018 ha reportado 835 casos de VIH de los establecimientos de salud a nivel del Cusco. Desde el año 2004 se inicia el

³ OPS. VIH-SIDA en América Latina 2019. [en línea].; 2019 marzo [fecha de revisión 25 de abril 2019; citado 2019 abril]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9573:2019-factsheet-hiv-aids&Itemid=40721&lang=es

⁴ MINSA. Situación actual del VIH en el Perú. [en línea]; setiembre 2018. [fecha de revisión 30 de abril 2019; citado 2019 abril]. Disponible en: <http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/EAccMed/ReunionesTecnicas/PONENCIAS/2018/DIA3/SituacionActualVIH-SIDA.pdf>



tratamiento antirretroviral en el Hospital Antonio Lorena, en el Hospital Regional desde el año 2007 y en el Hospital Quillabamba se inisia el tratamiento desde el año 2016, donde se tiene un total de 527 Personas viviendo con VIH vinculados a estos Establecimientos de Salud, los que reciben tratamiento antirretroviral, fallecidos 53 pacientes quienes abandonaron el tratamiento, y derivados a otros Establecimientos de Salud se encuentran 80 personas con VIH., siendo las provincias con mayor número de casos de pacientes con VIH/SIDA: Cusco con todos sus distritos, la Convención, Quispicanchis, Canchis y Anta.⁵

El VIH es una enfermedad que está en crecimiento en la provincia de La Convención y con mayor incidencia en el sector de Camisea donde se cuenta con población nativa, de la misma manera se evidencian casos en los centros poblados de Kiteni, Kepashiato y en los demás distritos de la provincia hay menor incidencia, todos los casos son referidos al ser diagnosticados al hospital Quillabamba para realizar los diferentes exámenes de laboratorio y las orientaciones respectivas. En la provincia de La Convención se observa muchos casos diagnosticados con VIH, pero de igual manera hay muchos casos que aún falta cobertura con los tamizajes una gran proporción de la población adulta, para descartar esta enfermedad.

La incidencia del VIH viene siendo un problema para la sociedad, llegando ser responsabilidad del sector salud y de las autoridades para promover estrategias de intervención de promoción y prevención. Los pacientes identificados y diagnosticados con VIH-SIDA son atendidos en el Hospital de Quillabamba el cual es un hospital nivel II-1, que ofrece atenciones diferenciadas a las personas que acuden al programa PROCETS, siendo tratados con discreción y respeto; donde se lleva a cabo una serie de exámenes para evaluar el estado del paciente en cada control y de la misma manera se brinda el tratamiento antirretroviral de forma continua para evitar las complicaciones por la presencia de las enfermedades oportunistas, el Hospital de Quillabamba desde el 2015 hasta la actualidad se viene atendiendo a 40 pacientes seropositivos, siendo estos que reciben tratamiento de manera periódica. Ya que en la provincia de la

⁵ DIRESA CUSCO. promoción e información para la lucha contra el VIH Sida, DIRESA Cusco Importante campaña de detección, promoción e información para la lucha contra el VIH Sida 2018. [en línea]; diciembre 2018. [fecha de revisión 17 de abril 2019; citado 2019 abril 17]. Disponible en: <http://www.diresacusco.gob.pe/new/archivos/2848>



Convención se cuenta con una población multicultural; pudiendo identificar algunos factores frecuentes que podamos recabar en los pacientes con VIH/SIDA, como son las características personales y clínicas, y poder identificar estos factores de riesgo que ayudaran a intervenir oportunamente logrando así disminuir la incidencia y prevaecía de casos de esta enfermedad.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué características personales y clínicas presentan los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el Servicio de Medicina, Hospital Quillabamba, Cusco 2015 – 2018?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Describir las características personales y clínicas de pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el Servicio de Medicina, Hospital Quillabamba, La Convención, Cusco 2015-2018.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características personales de pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el Servicio de Medicina.
- Conocer las características clínicas de pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el Servicio de Medicina.

1.4 VARIABLES

1. Características Personales.
2. Características Clínicas.



2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	NATURALEZA	ESCALA
Características personales.	Son cualidades personales que nos permiten identificar a alguien o un grupo de pacientes diagnosticados con VIH/SIDA que acuden al Hospital Quillabamba.	– Edad	<ul style="list-style-type: none"> – 15 a 25 años – 26 a 35 años – 36 a 45 años – 45 a 55 años – 56 a más 	Cuantitativo	Intervalar
		– Sexo	<ul style="list-style-type: none"> – Femenino – Masculino 	Cualitativa	Nominal
		– Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> – Trabajo independiente – Trabajo dependiente – Sin trabajo 	Cualitativa	Nominal
		– Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> – Casado – Soltero - conviviente – Divorciado – Viudo 	Cualitativa	Nominal
		– Procedencia	<ul style="list-style-type: none"> – Santa Ana – Otro distrito de La Convención – Comunidad nativa 	Cualitativa	Nominal
		– Nivel de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> – Sin instrucción – Primaria – Secundaria – Superior 	Cualitativa	Nominal
		– Edad de inicio de relaciones sexuales	<ul style="list-style-type: none"> – 12 a 18 años – 19 a 30 años – 31 años a más 	Cuantitativo	Intervalar



		<ul style="list-style-type: none"> - Número de parejas sexuales en el último año. 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 - 2 - 3 - 4 a más 	Cuantitativo	Ordinal
		<ul style="list-style-type: none"> - Orientación sexual 	<ul style="list-style-type: none"> - Heterosexual - Homosexual - Bisexual - No determinado 	Cualitativo	Nominal
		<ul style="list-style-type: none"> - Uso de preservativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Siempre - A veces - Nunca 	Cualitativo	Ordinal
		<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de sustancias psicoactivas en el último año 	<ul style="list-style-type: none"> - Siempre - A veces - Nunca 	Cualitativo	Ordinal
Características Clínicas	Son manifestaciones clínicas representadas por signos y síntomas propios de una enfermedad o dolencia, los cuales pueden ser objetivas o subjetivas que presentan los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA que acuden al hospital Quillabamba.	<ul style="list-style-type: none"> - Modo de transmisión del VIH. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sexual - Parenteral - Vertical - Desconocido 	Cualitativo	Nominal
		<ul style="list-style-type: none"> - Edad en la que se les diagnóstico el VIH. 	<ul style="list-style-type: none"> - 11 a 18 años - 19 a 29 años - 30 a 59 años - 60 años a más. 	Cuantitativa	Intervalar
		<ul style="list-style-type: none"> - Tiempo de diagnóstico del VIH/SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> - Menor de 2 años - De 2 a 4 años - 5 a 6 años - 7 años a más 	Cuantitativo	Intervalar



		<ul style="list-style-type: none">– Prueba de tamizaje realizada	<ul style="list-style-type: none">– Prueba rápida– Prueba de ELISA– Otros	Cualitativo	Nominal
		<ul style="list-style-type: none">– Prueba confirmatoria de la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none">– Wester Blot– LIA– IFI– PCR	Cualitativo	Nominal
		<ul style="list-style-type: none">– Recibe TARGA	<ul style="list-style-type: none">– Si– No	Cualitativo	Nominal
		<ul style="list-style-type: none">– Estadiaje	<ul style="list-style-type: none">– Estadio VIH– Estadio VIH avanzado– Estadio SIDA	Cualitativo	Nominal
		<ul style="list-style-type: none">– Coinfección	<ul style="list-style-type: none">– Tuberculosis– Hepatitis B– Hepatitis C– Ninguno	Cualitativo	Nominal
		<ul style="list-style-type: none">– Evidencia de otras infecciones de transmisión sexual	<ul style="list-style-type: none">– Neiseria gonorrea– Treponema Pállidum– Clamidia trachomatis– Herpes– Ninguno	Cualitativo	Nominal
		<ul style="list-style-type: none">– Estado nutricional	<ul style="list-style-type: none">– Delgadez– Normal– Sobrepeso– Obeso	Cualitativo	Nominal
		<ul style="list-style-type: none">– Presencia de anemia	<ul style="list-style-type: none">– Si– No	Cualitativo	Nominal



1.6. JUSTIFICACIÓN

La Infección de VIH/SIDA es un problema de salud pública a nivel mundial porque esta enfermedad se transformó rápidamente en una pandemia desde el momento que fue descubierto, hasta la actualidad y no se puede controlar su propagación.

Las estrategias sanitarias están dirigidas a la prevención, diagnóstico temprano y asegurar el cumplimiento del tratamiento para reducir la carga viral de la enfermedad; trabajar en la prevención es más económica que el tratamiento, siendo los medicamentos muy costosos tan solo mantienen el sistema inmunitario en niveles adecuados, prolongando la vida de los pacientes porque anteriormente estos fallecían masivamente por causa de las enfermedades oportunistas. En el Perú se evidencia que esta enfermedad está en crecimiento y se puede observar mayor cantidad de casos en población joven por tener prácticas y comportamientos de riesgo que los exponen a adquirir el VIH-SIDA.

En la provincia de La Convención por el auge del canon gasífero se evidencio un incremento de migrantes en los últimos años dentro de los cuales vinieron pacientes con VIH los quienes contagiaron a los pobladores de Kamisea, motivo por el cual se han identificado más casos de esta enfermedad en este sector y distritos vecinos, muchos de ellos siguen sin diagnosticar pudiendo seguir contagiando a más personas, situación muy preocupante.

El presente estudio favoreció a identificar y describir las características personales y clínicas de los pacientes diagnosticados con VIH-SIDA que asistieron al hospital Quillabamba en el periodo de del 2015 al 2018, dichas características personales y clínicas de los pacientes permitieron identificar a la población de riesgo y vulnerables de adquirir esta enfermedad, así como también nos permitió identificar y los grupos de mayor riesgo para focalizar el trabajo del sector salud en la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno del VIH. Conocer las características personales y clínicas de los pacientes identificados con VIH/SIDA, permitirá al personal de salud, responder a las razones de planificar acciones dirigidas a la mejor atención del usuario enfermo, así como programar actividades dirigidas a la población de riesgo.



Servirán de base para futuros estudios de investigaciones relacionadas a este tema.

1.7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En el transcurso de la aplicación del instrumento se realizó la búsqueda de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA previa autorización del director, labor que se prolongó varios días por la cantidad de historias clínicas que se manejan en esta institución dificultando la búsqueda, siendo necesario acceder y revisar cada una de las historias hubo la dificultad de que estas historias se encontraban en otros servicios porque el paciente fue atendido en ese momento, siendo así que diariamente solo se accedió de 2 a 3 historias clínicas para poder recopilar la información habiendo la necesidad de retornar en varias oportunidades hasta lograr encontrar todas las historias clínicas de los pacientes.

1.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Durante el desarrollo del estudio se tomó en cuenta los principios éticos y deontológicos de la investigación científica; principio de Justicia, Beneficencia, Confidencialidad, Autonomía.

La información se utilizó respetando y manejando con discreción los datos de los pacientes para no dañar su imagen ni la de sus familiares los cuales que fueron parte del presente estudio. La investigadora se comprometió al manejo reservado de la información recopilada de las historias clínicas de los pacientes con VIH/SIDA y fue usado sólo con fines académicos y en anonimato.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1 A NIVEL INTERNACIONAL

VERA M., En el estudio “**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y CONDUCTUALES DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR EL VIH EN EL CENTRO SANITARIO SANDOVAL (2007-2012)**” **MADRID 2017.**

OBJETIVO: Describir características sociodemográficas, clínicas y conductuales de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH en el centro sanitario Sandoval (2007-2012).

MÉTODO: El estudio fue descriptivo transversal. Población asistente de forma voluntaria, por decisión propia o por recomendación, al Centro Sanitario Sandoval. Centro de referencia de las infecciones de transmisión sexual, situado en la Comunidad de Madrid.

RESULTADOS: El 93,2% eran hombres, el 5,1% mujeres, y el 1,7% transexuales de hombre a mujer, 99% adquirieron la infección vía sexual, el 0,7% vía parenteral y el 0,3% por otras vías o de origen desconocido, en función de la categoría de transmisión 84%, HEP: 8%, HTX: 6%, UDI: 0,7%, MEP: 1%, MSM: 0% y otras categorías de transmisión/desconocida: 0,3%, Un 36% tenía menos de 30 años y 43% tenía entre 30 y 39 años, 85,1% refería haber cursado nivel de estudios secundarios o superiores, 56% eran españoles y el 44% eran extranjeros, 68,1% de los pacientes recién diagnosticados de infección por el VIH refería antecedentes de ITS. Las ITS más frecuentes fueron infección por *Neisseria gonorrhoeae* 19%, *Treponema pallidum* 19%, 38,1% presentó al menos otra ITS concomitante al diagnóstico de la infección por el VIH. Las ITS más frecuentes fueron *Treponema pallidum* 39%, *Chlamydia trachomatis* 24% y *Neisseria gonorrhoeae* 19%, un 82,3% de los pacientes presentó serologías del VIH previas negativas, el 29% documentada en el propio centro, 18,2% había realizado donaciones sanguíneas, al menos una vez en su vida, el 16,5% refería más de diez donaciones, según el estadio clínico en el momento del diagnóstico del VIH: el 88,8% estadio A, el 9,5% estadio B y el 1,7% estadio C, el 19,9% no



acudieron al centro a recoger sus resultados, el 87% tenían subtipo genético B y el 13% subtipo genético no B, 3,6% presentaron resistencias primarias a antirretrovirales, el 0,7% a ITIAN, el 2,5% a ITINAN y el 0,6% a IP, 6,6% presentó enfermedad avanzada, 24% refería haber mantenido su primera relación sexual antes de los 15 años, 9% refería haber mantenido relaciones sexuales a cambio de dinero y/o drogas, 57,7% refería haber mantenido RS con más de 10 parejas sexuales en el último año, el 70,8% referían haber tomado drogas en el último año previo al diagnóstico del VIH y el 62,4% haber mantenido relaciones sexuales (RS) desprotegidas bajo el efecto del alcohol y otras drogas recreacionales. Las drogas más consumidas fueron: alcohol, cocaína.⁶

DA COSTA T, OLIVEIRA C, Y OTROS., En el estudio “**CALIDAD DE VIDA Y PERSONAS VIVIENDO CON SIDA: RELACIÓN CON ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE SALUD 2011**” BRASIL 2014.

OBJETIVO: Analizar la relación de dimensiones sociodemográficas y de salud con la calidad de vida de personas viviendo con el virus de la inmunodeficiencia humana. Relación con aspectos sociodemográficos y de salud” Brasil 2014

MÉTODO: El estudio fue descriptivo y cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 131 personas seropositivas acompañadas en centro especializado de municipio en el norte fluminense, Brasil. Se empleó formulario con datos sociodemográficos y de salud, así como un instrumento de la Organización Mundial de la Salud para evaluación de la calidad de vida de personas con virus de la inmunodeficiencia humana.

RESULTADOS: En el análisis estadístico se evidenció diferencias significativas en la evaluación de la calidad de vida por los sujetos entre sus diversas dimensiones para el sexo, escolaridad, trabajo, renta personal, condición clínica, percepción sobre estar o no enfermo, historial de internaciones y alteraciones orgánicas por los antirretrovirales.⁷

⁶ Vera M. Características sociodemográficas, clínicas y conductuales de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH en el Centro Sanitario Sandoval (2007-2012)” Madrid 2017. [en línea].; [fecha de revisión 30 de abril 2018; citado 2018 abril 30]. disponible en: <https://eprints.ucm.es/44435/1/T39206.pdf>

⁷ Da Costa T, Oliveira C, Y Otros. Calidad de vida y personas viviendo con sida: relación con aspectos sociodemográficos y de salud 2011” Brasil 2014. Universidad Federal do Rio de Janeiro – Campus Macaé.



SCHUELTER F, PUCCIII P, Y OTROS., En el estudio “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON HIV ATENDIDOS EN EL ESTADO DE SANTA CATARINA, BRASIL, AÑO 2010”

OBJETIVO: Describir el perfil de los pacientes con HIV atendidos en el Centro de atención especializado en el estado de santa Catarina, Brasil, año 2010.

MÉTODOS: El estudio fue transversal sobre base de datos secundaria, que incluye pacientes infectados pelo HIV, de ambos os sexos, mayores de 18 años de edad, en exclusivo los pacientes en abandono de atendimento.

RESULTADOS: De edad fue de 39,9 años, variando entre 1 y 79 años de edad, (58,2%) eran hombres. A principal ocupación registrada fue la de asalariado (40,7%) la mayoría (62,4%) residía de municipio donde se localiza o servicio de salud. las características sociodemográficas y clínicas 45,2% pacientes tuvieron signos y síntomas frecuentes los que se ha observado que malestar físico prevalente 11,6%, seguido da fiebre (8,2%), astenia 7,4% destacadas nada clasificados., 34,9% tuvo neumonía, toxoplasmosis cerebral 2,3%, fueron los criterios más prevalentes para diagnóstico. Entre los pacientes con carga viral indetectable, 64,3% de ellos estaban en uso de terapia antirretroviral, mostrando asociación estadísticamente significativa entre a carga viral indetectable e uso de terapia antirretroviral ($p < 0,001$), realizarán terapia medicamentosa durante o tratamiento de 58 días (12,2%), o motivo de mudanza terapéutica fue a rechazo adversa del medicamento.⁸

2.1.2 A NIVEL NACIONAL

BENAVENTE B., En el estudio “CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EPIDEMIOLÓGICAS ASOCIADOS A LA SUPERVIVENCIA EN PACIENTES PORTADORES DE VIH- SIDA EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, PERIODO 2007-2014” LIMA PERÚ 2016.

OBJETIVO: Determinar las características clínicas epidemiológicas asociados

Brasil 2017. [en línea].; [fecha de revisión 30 de abril 2018; citado 2018 abril 30]. disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/es_0104-1169-rlae-22-04-00582.pdf

⁸ Schuelter. F, Pucciii P, Y Otros. Perfil Epidemiológico de Pacientes con HIV Atendidos en el Estado de Santa Catarina, Brasil, Año 2010. Brasil 2013 [en línea].; [fecha de revisión 30 de abril 2018; citado 2018 abril 30]. disponible en: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100009



con la supervivencia en pacientes portadores de VIH – SIDA en el Hospital Militar Central en el periodo 2007-2014

METODOLOGÍA: Observacional, analítico y retrospectivo, esta población fue conformado por un total de 101 pacientes, se recolecto los datos de las historias clínicas y se analizaron en el programa SPPS.

RESULTADOS: El 90.1 % son varones y 9.9% son mujeres, solo fallecio el 10% donde las características clínicas son las que más están relacionados con la supervivencia, con respecto al nivel de CD4 tenemos: 25% de pacientes presentaron un nivel de CD < 100, en comparación de 75% pacientes que presentaron CD4> a 100, el 25% fueron diagnosticados en el estadio SIDA y 75% fueron diagnosticados en estadio VIH al realizar una valoración del nivel de CD4, respecto a la morbilidad tenemos que entre las principales fueron: 52.9% neumonías bacterianas, 27.5% enfermedades gastrointestinales, 6.9% candidiasis orofaríngea y esofágica.⁹

OTINIANO M., En el estudio “CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS ASOCIADAS A LA MORTALIDAD POR VIH-SIDA EN EL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA DURANTE EL PERIODO 2012-2014” LIMA PERÚ 2015.

OBJETIVO: Determinar la principal causa de mortalidad en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen periodo 2012-2014.

MÉTODOS: Fue un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, mediante la revisión manual de 38 historias clínicas de todos los pacientes fallecidos en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen con diagnóstico de infección por VIH/SIDA durante el periodo 2012-2014.

RESULTADOS: El 89.5% son varones y 10.5% son mujeres; el rango tenían 7.9% entre 15-29 años, 34.2% entre 30-44 años, 39.5% entre 45-59 años y 18.4% mayores de 60 años, 84% provienen de zona urbana, la orientación sexual 42.3% eran heterosexuales, 26.9% homosexuales y 30.7% bisexuales, el

⁹ Benavente B., Características Clínicas Epidemiológicas Asociados a la Supervivencia en Pacientes Portadores de VIH- SIDA en el Hospital Militar Central, Periodo 2007-2014 Lima Perú 2015. [en línea].; [fecha de revisión 30 de abril 2018; citado 2018 abril 30]. disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/983/1/Benavente%20Huam%C3%A1n%2C%20Basilio%20M art%C3%ADn_2017.pdf



estado civil, 42.1% eran solteros,, 39.5% casados, 10.5% convivientes, 5.3% divorciados, se encontraron 9 casos de TBC en total, siendo 33% de tipo TB pulmonar, 56% de tipo TB multisistémica, el 52.6% recibía tratamiento, el 31.6% que no recibía TARGA, en cuanto a las comorbilidades asociadas, 24.5% pacientes presentaron diarrea crónica, 18.4% anemia crónica, 7.9% candidiasis no especificada, 7.9% coinfección con el citomegalovirus no especificado, 7.9% coinfección con el virus de la hepatitis B , 5.3% enfermedad renal crónica y 23.7% TBC, el tiempo de enfermedad desde el diagnostico por VIH, 57.9% de pacientes tenían un tiempo de enfermedad menor a 5 años, 13.1% de 6 -10 años, 21.1% de 11 a 15 años y 7.9% de 16 a 20 años

Se encontró que el porcentaje de fallecimientos durante el año 2012 El 1.44% 15 pacientes fallecieron por VIH, en el 2013 fue el 1.27% 14 pacientes, mientras que en el 2014 sólo fue el 0.77% 9 pacientes; el 89.5% fueron hombres y el 10.5% mujeres, la edad promedio fue 47.2 años 45-59; las enfermedades infecciosas fueron la causa más frecuente de muerte con un 81.5% 31 pacientes; el recuento promedio de linfocitos T CD4 fue menor de 200 células/ ul, con una carga viral mínima de 999 copias. La presentación clínica fue de curso subagudo, asociadas a anemia severa y diarrea crónica. Entre los síntomas más frecuentes al ingreso fueron náuseas, vómitos, deposiciones líquidas, trastorno hidroelectrolítico, tos productiva, disnea, trastorno del sensorio, hipertensión endocraneana, el 62.5% recibía tratamiento antirretroviral y el 57% tenían un tiempo de enfermedad menor de 5 años.¹⁰

HERNAN H., En el estudio **“CARACTERÍSTICAS CLINICAS EPIDEMIOLOGICAS EN PACIENTES CON VIH/SIDA FALLECIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO ENERO 2011 DICIEMBRE 2013” IQUITOS 2014.**

OBJETIVO: Describir las principales características clínicas epidemiológicas en pacientes con VIH/SIDA fallecidos en el Hospital Regional de Loreto de enero 2011 a diciembre 2013.

¹⁰ Otiniano M. Características Clínico Epidemiológicas Asociadas a la Mortalidad por VIH-SIDA en el Hospital Guillermo Almenara en el periodo 2012-2014 Lima Perú 2015. [en línea].; [fecha de revisión 30 de abril 2018; citado 2018 abril 30]. disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4032/Otiniano_em.pdf?sequence=1&isAllowed=y



METODOLOGÍA: EL estudio fue de tipo descriptivo transversal y retrospectivo de los pacientes VIH/SIDA fallecido de enero 2011 a diciembre 2013. La población estuvo conformada por 67 pacientes fallecidos con diagnóstico de VIH/SIDA y la muestra por 58 personas que cumplieron con los criterios de inclusión.

RESULTADOS: Los pacientes con VIH/SIDA, fueron de sexo masculino 76% con edades que oscilan entre los 18 a 50 años 82%, 84% provenía de la zona urbana, 64% tenía orientación heterosexual y el 33% homosexual, las ocupaciones más frecuentes los comerciantes, ama de casa, obreros, y motocarristas con un 57%, las infecciones oportunistas más frecuentes asociadas a hospitalización fueron la TBC pulmonar, la EDA persistente y la TBC extrapulmonar. La mayoría (75%) presentaron un CD4 < 200cel. /mm³, seguido por aquellos que presentaron un CD4 de 200 a 499 cel. /mm³ 21,9%, un 9% de comorbilidades en la población. El tiempo de supervivencia desde el diagnóstico fue en su mayoría 48,3% menor a 6 meses, diagnóstico de fallecimiento en la mayoría 38,5% de los casos se debió tuberculosis.¹¹

BONILLA A, VILCAPOMA P., En el estudio **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS E INMUNOSEROLÓGICAS DE LOS PACIENTES EN TERAPIA ANTIRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD DE LA RED ASISTENCIAL DE ESSALUD DE ICA 2012 - UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA. ICA, PERÚ 2013.**

OBJETIVO: Describir las características epidemiológicas, clínicas e inmunoserológicas de los pacientes en Tratamiento Antirretroviral de Gran Alcance (TARGA), de la Red Asistencial de EsSalud de Ica, en el año 2012.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo en pacientes VIH (+) mayores de 18 años que recibieron TARGA, se recabó la información aplicando una entrevista personal y revisión de historias clínicas en consultorio externo. La muestra fue de 69 pacientes.

RESULTADOS: El 66,67% fueron hombres y el 33,33% mujeres; 65.22% se encuentra entre 30 -49 años, 60,87 residían en la provincia de Ica, predominó el

¹¹ Hernán H. Características Clínicas Epidemiológicas en Pacientes con VIH/SIDA Fallecidos en el Hospital Regional de Loreto enero 2011 diciembre 2013 Iquitos 2014. [en línea].; [fecha de revisión 30 de abril 2018; citado 2018 abril 30] disponible en: <https://es.scribd.com/document/314822956/TESIS-VIH-FINAL-pdf>



grado de instrucción Superior, con el 47,83%, no se encontró ningún analfabeto. La opción sexual predominante fue heterosexual, con 71,02%; el 17,39% homosexual y 11,59% fue bisexual. El promedio de edad de inicio de relaciones sexuales fue de 17.2 años, siendo menor en los hombres (16.34 años) que en mujeres (18.95 años) y aún más bajo en hombres homosexuales (15.66 años). No se encontró diferencia significativa al asociar la opción sexual con la edad de inicio de relaciones sexuales, el 81,16% de los pacientes continuó teniendo relaciones sexuales después de su diagnóstico y de ellos el 67,86% siempre usó condón. Se halló una asociación estadísticamente significativa entre el sexo masculino y el tener sexo después del diagnóstico, 68,12% consume alcohol y el 30,43% consume tabaco. El promedio del IMC de un paciente que inicia TARGA es de 22.08Kg/m², se encontraron al momento del cierre del estudio 42,02% (N=29) de pacientes con sobrepeso. El promedio de tiempo que demoró un paciente del estudio en iniciar TARGA a partir de la fecha en la que fue diagnosticado fue de 6.5 meses, 62,32% inició TARGA por tener una condición clínica definitoria de SIDA, 31,88% por tener recuento de CD4 sentó efectos dérmicos de los cuales el predominante fue el rash, Comorbilidades Post diagnóstico de VIH, 69,57% presentó enfermedades posterior al diagnóstico de VIH; de los cuales, 75,00% presentó alguna enfermedad relacionada con la inmunosupresión (candidiasis oral, candidiasis esofágica, Herpes Zoster, CMV, diarrea crónica y Pneumocistosis), 22,92% presentó ITS (sífilis, herpes tipo 2 y gonorrea), 18,75% presentó TBC pulmonar y 8,33% TBC extrapulmonar, 47,82% de los pacientes se han hospitalizado en algún momento desde su diagnóstico. Características Inmuno-Serológicas, 89,85% tuvo registro de recuento de CD4 basal al iniciar TARGA, con un promedio de 243 cél/mL, de estos el 54,84% tuvo recuento basal menor de 200 cél/mL, 91,30% contó con recuento de CD4 al momento de cierre del estudio, con promedio de 400cél/mL; de los cuales el 76,19% tuvo un recuento de CD4 mayor a 200cél/mL Según el valor de recuento de CD4 al momento del estudio se agrupó a los pacientes en tres categorías inmunológicas.¹²

¹² Bonilla A, Vilcapoma P., características clínicas, epidemiológicas e inmunoserológicas de los pacientes en terapia antiretroviral de gran actividad de la red asistencial de Essalud de Ica 2012 - universidad nacional san Luis Gonzaga. Ica, Perú 2013. [en línea].; [fecha de revisión 30 de abril 2018; citado 2018 abril 30] disponible en: <https://es.scribd.com/document/245497589/57-237-1-PB>



2.1.3 A NIVEL LOCAL

CORNEJO M., En el estudio “CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS, CULTURALES Y REPRODUCTIVAS EN PACIENTES VIVIENDO CON VIH SIDA. HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO-2011”

OBJETIVO: Identificar las características socioeconómicas, culturales y reproductivas en pacientes viviendo con VIH SIDA.

METODO: Estudio cuantitativo, no experimental, transversal, descriptivo, y prospectivo. La muestra de estudio estuvo formada por 40 pacientes. Se utilizó un cuestionario estructurado para la colecta de datos.

RESULTADOS: Las características socioeconómicas, indican que el 87.5% tiene de 30 a 59 años, 42.5% tienen instrucción secundaria. El 45% son solteros, y 60% son de sexo masculino. El 87.5% tiene un ingreso familiar mensual menor de 700 soles. El 75% de los pacientes se auto sustenta. Las características culturales indican que 50% tiene una pareja, el 27.5% no tiene pareja, 22.5% actualmente tiene más de una pareja. el 67.5% siempre usa preservativos durante sus encuentros sexuales. El 100% cree que la forma de transmisión del VIH/SIDA es exclusivamente por contacto sexual y por vía sanguínea. Entre las características reproductivas los datos indican que el 37.5% de pacientes tienen un hijo, el 32.5% no tienen hijos. 25% tuvo hijos antes de saber sobre su enfermedad, 50% tuvo de 5 a más personas como parejas sexuales durante su vida. Actualmente el 87.5% usa preservativo como método de planificación familiar, el 72.5% tiene relaciones heterosexuales y 20% practican relaciones homosexuales.



2.2 BASES TEÓRICAS

VIH

Es el virus de inmunodeficiencia humana, es un retro virus que ataca al sistema inmunitario de la persona infecta y produce la infección del mismo nombre. El sistema inmunitario es la defensa natural de nuestro cuerpo frente a los microorganismos infecciosos como las bacterias, virus y hongos capaces de invadir nuestro organismo. Las siglas “VIH” pueden referirse al virus y a la infección que causa. En concreto el VIH ataca y destruye las células CD4 del sistema inmunitario que combaten las infecciones. La pérdida de células CD4 dificulta la lucha del cuerpo contra las infecciones y ciertas clases de cáncer. Sin tratamiento, el VIH puede gradualmente destruir el sistema inmunitario y evolucionar al SIDA.

Aparece en el Continente africano (África Subsahariana), se cree que a través de ritos de budú que estos habitantes realizaban con sangre de monos; éstos tenían VIS (virus de inmunodeficiencia de simios) este virus se mutó y pasó al hombre como el hoy conocido VIH.

Después los movimientos migratorios se encargaron de hacer el resto. Africanos Subsaharianos que emigraron al Caribe, fueron los primeros en esta línea de difusión, después llegó esta pandemia a todo el mundo, Norteamérica, Europa, Asia... Hasta conseguir las cifras actuales de diciembre del 2000, que superan los 34.400.000 casos de Sida registrados. Históricamente, la evolución a grandes rasgos sería la siguiente:

1981- Aparecen los primeros casos en cinco jóvenes americanos homosexuales.

1982- Aparecen casos en personas hemofílicas.

1983- Luc Montagnier descubre el agente causal del Sida, el VIH.

1985- Se pone a punto el test para detectar la infección, test ELISA.

1986- Se comienza a aplicar el AZT, Zidovudina.

A partir de 1986 ha habido muchos avances, no sólo en tratamientos y científicamente hablando sino en el plano psicológico y social; creándose una concienciación de las verdaderas consecuencias de esta enfermedad y de sus posibilidades preventivas.¹³

¹³ Comité Antisida de la Comunidad de Extremadura. Cómo surge esta enfermedad. [en línea]; noviembre 2013. [fecha de revisión 12 de febrero 2019; citado 2019 febrero]. Disponible en: <http://caextremadura.org/vihsida/historia-del-vih>



SIDA

Es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. El SIDA es la fase más avanzada de infección por el VIH, es una enfermedad caracterizada por la ausencia de respuesta inmunitaria. El término es el acrónimo de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Es importante tener en cuenta que no es lo mismo estar infectado por el VIH que tener SIDA. Las personas que pertenecen al primer grupo se les considera seropositivos, ósea que presentan anticuerpos en la sangre a causa de la presencia del virus; es recién cuando estas defensas se vuelven insuficientes que se desarrolla un cuadro de SIDA.

FORMA DE CONTAGIO DEL VIH

El VIH se propaga por medio de contacto con ciertos líquidos corporales de una persona que tiene el VIH. Esos líquidos incluyen:

- Sangre
- Semen
- Líquido preseminal
- Secreciones vaginales
- Secreciones rectales
- Leche materna

La propagación del VIH de una persona a otra se llama transmisión del virus. La propagación del virus de una mujer seropositiva a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia materna se llama transmisión materna infantil.

Tratamiento de la infección por el VIH

El tratamiento antirretroviral (TAR) consiste en usar medicamentos para tratar la infección por el VIH. Las personas que reciben el TAR toman a diario una combinación de medicamentos contra ese virus (llamado un régimen del VIH). (Estos últimos suelen llamarse antirretrovirales o ARV.)

El TAR evita la multiplicación del VIH y reduce la concentración del VIH en el cuerpo. Una menor concentración del VIH en el cuerpo protege el sistema inmunitario y evita que la infección por el VIH evolucione a SIDA.



El TAR no cura la infección por el VIH, pero puede ayudar a las personas seropositivas a tener una vida más larga y sana. También disminuye el riesgo de transmisión del VIH.

Síntomas de infección por el VIH/SIDA

De 2 a 4 semanas después de que una persona contrae la infección por el VIH, puede presentar síntomas similares a los de la influenza, como fiebre, escalofrío o erupción cutánea. Los síntomas pueden durar algunas semanas a partir del momento de la infección.

Después de esta etapa inicial de infección por el VIH, el virus sigue multiplicándose en concentraciones muy bajas. Por lo general, otros síntomas graves de la infección, como síntomas de infecciones oportunistas, no aparecen por varios años. (Las infecciones oportunistas son infecciones y tipos de cáncer relacionados con estas últimas que se presentan con más frecuencia o son más graves en las personas con inmunodeficiencia que en las personas con un sistema inmunitario sano.)

Síntomas del SIDA

El SIDA es la fase más avanzada de la infección por VIH, por lo que al cabo de unos 10 años o más sin haber presentado ningún tipo de síntoma el VIH puede evolucionar al síndrome de inmunodeficiencia humana, período en el que el sistema inmune ha sido destruido progresivamente. Cuando esto ocurre los primeros síntomas del SIDA son:

- Fiebre alta persistente.
- Tos seca prolongada.
- Sudores nocturnos frecuentes.
- Edema de los ganglios linfáticos por más de 3 meses.
- Dolor de cabeza.
- Dolor en todo el cuerpo.
- Cansancio fácil.
- Pérdida de peso rápida.
- Manchas blancas en la lengua y boca la cual está asociada a candidiasis oral frecuente.
- Diarrea desde hace más de 1 mes.



- Manchas rojizas o pequeñas erupciones en la piel, llamadas científicamente Sarcoma de Kaposi.

En esta fase, también es frecuente que la persona sufra de infecciones frecuentes como amigdalitis, candidiasis e incluso neumonía y, por lo tanto, el médico puede pensar en el diagnóstico de VIH cuando surgen muchas infecciones seguidas.

Cuando ya se ha desarrollado el SIDA es mucho más difícil tratar de controlar el avance de la enfermedad con los medicamentos y, por esto, muchos pacientes con el síndrome acaban por permanecer hospitalizados para evitar y tratar las infecciones que van surgiendo.¹⁴

Categorías clínicas

En la siguiente tabla se contemplan los diferentes estados de la infección por VIH.

- **Categoría A:** pacientes con infección primaria o asintomática.
- **Categoría B:** pacientes que presentan o hayan presentado síntomas que no pertenecen a la categoría C, pero que están relacionados con la infección de VIH:
 - Angiomatosis bacilar.
 - Candidiasis vulvo-vaginal, o candidiasis oral resistente al tratamiento.
 - Displasia de cérvix uterino o carcinoma de cérvix no invasivo.
 - Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
 - Fiebre menor a 38,5 °C o diarrea, de más de un mes de duración.
 - Herpes zóster (más de un episodio, o un episodio con afección de más de un dermatoma).
 - Leucoplasia oral vellosa.
 - Neuropatía periférica.
 - Púrpura trombocitopénica idiopática (PTI).
- **Categoría C:** pacientes que presentan o hayan presentado algunas complicaciones incluidas en la definición de sida de 1987 de la OMS:

¹⁴ Frazao. A. Primeros síntomas del VIH y del SIDA. [en línea]; noviembre 2018. [fecha de revisión 12 de febrero 2019; citado 2019 febrero]. Disponible en: <https://www.tuasaude.com/es/primeros-sintomas-del-sida/>



- **Infecciones oportunistas:**
 - **Infecciones bacterianas:**
 - Septicemia por Salmonella recurrente (diferente a Salmonella enterica sub. enterica serotipo Typhi).
 - Tuberculosis.
 - Infección por el complejo Mycobacterium avium (MAI).
 - Infecciones por micobacterias atípicas.
 - **Infecciones víricas:**
 - Infección por citomegalovirus (retinitis o diseminada).
 - Infección por el virus del herpes simple (VHS tipos 1 y 2), puede ser crónica o en forma de bronquitis, neumonitis o esofagitis.
 - **Infecciones fúngicas:**
 - Aspergilosis.
 - Candidiasis, tanto diseminada como del esófago, tráquea o pulmones.
 - Coccidioidomicosis, extrapulmonar o diseminada.
 - Criptococosis extrapulmonar.
 - Histoplasmosis, ya sea diseminada o extrapulmonar.
 - **Infecciones por protozoos:**
 - Neumonía por Pneumocystis jiroveci.
 - Toxoplasmosis neurológica
 - Criptosporidiosis intestinal crónica.
 - Isosporiasis intestinal crónica.
 - **Procesos cronicados:** bronquitis y neumonía.
 - **Procesos asociados directamente con el VIH:**
 - Demencia relacionada con el VIH (encefalopatía por VIH)
 - Leuco encefalopatía multifocal Progresivo.
 - Síndrome de desgaste o *wasting syndrome*.
 - **Procesos tumorales:**
 - Sarcoma de Kaposi.
 - Linfoma de Burkitt.
 - Carcinoma invasivo de cérvix.



SOSPECHA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

1.- Asegurar la privacidad y confidencialidad de la información

- Evite emitir juicio de la información que le dé a la persona.

2.- Evaluar factores epidemiológicos

- Riesgo de actividad sexual
- Usa o ha usado drogas que se administran parenteralmente y que haya compartido jeringas
- Antecedentes de transfusión de sangre o productos obtenidos de la misma.

3.- Evaluación de síntomas

La evaluación debe ser realizada por médicos entrenados Ver cuadros clínicos de la infección con VIH.

4.- Informar sobre las pruebas serológicas para VIH

Las pruebas de laboratorio disponibles son:

- A. Pruebas de tamizaje: sirven para “detección” • Test de ELISA • Pruebas rápidas.
- B. Pruebas confirmatorias: • Western Blot (WB) • Inmunofluorescencia indirecta (IFI).

5.- Previo consentimiento solicitar las pruebas

El Ministerio de Salud recomienda la prueba de tamizaje para la infección por el VIH, en individuos con comportamiento de riesgo o pertenecientes a alguno de estos grupos:

- Personas con infecciones de transmisión sexual ITS.
- Personas con parejas promiscuas o comportamiento de riesgo
- Trabajadores/as sexuales (hombres, mujeres y sus clientes/as)
- Farmacodependientes
- Personas multitransfundidos
- Compañeros/as sexuales de seropositivos/as
- Hijos de madres VIH positivas



- Personas con síntomas sugerentes: baja de peso, muguet oral, herpes zoster, tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, diarrea crónica ó fiebre >38.5 persistente por más de un mes.

6.- Informar

7.- Brindar consejería en ITS y VIH.

8.- Programar consulta para resultado.

Evite la mortificación de la persona al citar en forma innecesaria

9.- Manejo de acuerdo a resultados.

- Prueba serológica es positiva con o sin evidencia clínica de enfermedad. Ver cuadros clínicos de la infección con VIH, y seguir, paso 10.
- Prueba serológica es negativa y tiene factores de riesgo Promover modificación de conductas de riesgo y de ser necesario repetir test en tres meses.
- Prueba serológica es negativa y no tiene factores de riesgo Reforzar información para prevenir ITS.

10.- Tratamiento

No existe aún cura para la infección por el VIH/SIDA, pero podemos ofrecer una amplia gama de acciones que mejoran la calidad de vida de las personas infectadas, entre las que tenemos:

1. Apoyo psicológico: es importante durante toda la evolución de la enfermedad. Es crucial en el momento de comunicar el diagnóstico, cuando aparecen síntomas y en la persona terminal.
2. Tratamientos profilácticos: disminuirán el riesgo de aparición de infecciones oportunistas.
 - Cotrimoxazol a dosis de 160 mg de trimetoprim y 800 mg de sulfametoxazol una vez al día, para disminuir neumonía por *Pneumocystis carinii* y toxoplasmosis cerebral. La profilaxis se iniciará cuando la persona tenga 200 o menos linfocitos CD4 o exista alguna evidencia clínica de progresión de la inmunodeficiencia, como presencia de candidiasis oral, herpes zoster o leucoplasia vellosa. También deberán recibir tratamiento



profiláctico con cotrimoxazol todas las personas que se encuentren en estadio SIDA.

- Isoniazida a dosis de 5 miligramos por kilo de peso hasta un máximo de 300 miligramos diarios por 12 meses, que debe iniciarse en el momento de diagnosticar la infección por VIH y luego de descartar enfermedad tuberculosa activa.
- Tratamientos antirretrovirales según normas establecidas.
- Tratamiento de las complicaciones secundarias infecciosas y/o neoplásicas

11.- Notificar el caso

Tenga un diagnóstico confirmado por microscopía o cultivo, de cualquiera de las enfermedades indicadoras (Neumonía por *Pneumocystis carinii*, Criptococosis extrapulmonar, herpes simple, candidiasis, Sarcoma de Kaposi, Toxoplasmosis cerebral, infección por Citomegalovirus, etc.) en ausencia de otra causa de inmunosupresión o inmunodeficiencia, aun cuando las pruebas para infección por VIH no hayan sido realizadas o sus resultados no sean concluyentes.

CUADROS CLÍNICOS DE LA INFECCIÓN CON VIH

Infección Asintomática (Portador Sano). - Etapa posterior a la infección primaria, sin síntomas, que puede durar varios años. La persona infectada por el VIH tiene la capacidad de transmitir el virus a otras personas. El diagnóstico en esta etapa se hace exclusivamente por pruebas de laboratorio.

Infección Sintomática. - Aparecen síntomas y signos como consecuencia del daño originado por el propio virus y/o por la presencia de complicaciones secundarias a la inmunodeficiencia. Estas complicaciones secundarias pueden ser infecciosas o neoplásicas. La mayoría de las complicaciones infecciosas son por microorganismos oportunistas, es decir aquellos que producen enfermedad cuando existe algún tipo de inmunodeficiencia.

En adultos y niños mayores de 18 meses, se considera como persona infectada con el VIH a toda persona que:

- Tenga una prueba confirmatoria IFI o WB positiva, o pruebas de antígeno positivas.
- Cumpla con los criterios de caso SIDA.



En niños menores de 18 meses, una prueba positiva para anticuerpos contra el VIH no será definitiva debido a que los anticuerpos presentes pueden ser de origen materno.

Se considera que un niño menor de 18 meses está infectado si es VIH seropositivo o su madre está infectada con el VIH, y:

- Tiene resultados positivos en dos momentos diferentes (no incluir muestras de cordón umbilical), en el cultivo de VIH, PCR para VIH, o antígeno p24; o
- Cumple con los criterios de caso SIDA.

Los niños menores de 18 meses que no cumplen con los criterios especificados en 2, pero que son VIH positivos con pruebas confirmatorias, y los niños con estado serológico desconocido nacidos de madres infectadas con el VIH, serán considerados NIÑOS EXPUESTOS PERINATALMENTE.¹⁵

MODUS OPERANDI DEL VIH/SIDA.

Para entender las causas que impiden la erradicación del VIH/SIDA, es importante conocer algunas características del virus, las células que infecta, la dinámica viral y el efecto del TAR. Los virus son agentes infecciosos que requieren de una célula viva para multiplicarse o replicar. El VIH-1 infecta principalmente a un tipo de células que participan en la respuesta inmunológica, los linfocitos T CD4+ o células T CD4+ (abreviadas como cT CD4+ en este escrito). Al ser un parásito obligado, el VIH depende de las funciones de las cT CD4+ para sobrevivir.

FUNCIÓN DE LAS cT CD4+

Las cT CD4+, también llamadas linfocitos cooperadores, juegan un papel fundamental en el establecimiento y control de la respuesta inmunológica. Las cT CD4+ se encuentran distribuidas en distintos sitios anatómicos y la ubicación está relacionada con su función. En un individuo sano, entre el sesenta y setenta por ciento de estas células se encuentran distribuidas a lo largo de la cara interna

¹⁵ Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva. Lima: GRAFICA ÑAÑEZ S.A. 2004



del intestino, en estructuras denominadas placas de Peyer. Es importante destacar que tan sólo del dos al cinco por ciento de ellas se encuentran en la sangre. La mayor parte de las cT CD4+ en el cuerpo son células pequeñas en estado de reposo, llamadas células “vírgenes”. Al encontrar a un patógeno, estas células entran a una fase denominada “efectora”. Las cT CD4+ efectoras se encuentran en un estado activado, es decir, son capaces de multiplicarse y llevar a cabo sus funciones dentro de la respuesta inmunológica. Cuando el patógeno es eliminado, la mayoría de las células efectoras muere. Sin embargo, una pequeña fracción sobrevive y regresa al estado de reposo conservando la capacidad de responder al patógeno que enfrentó anteriormente. Este fenómeno se denomina “memoria inmunológica”. La memoria inmunológica es el principio empleado por las estrategias de vacunación. Las vacunas comúnmente contienen fragmentos de patógenos, como el sarampión.

Dinámica Viral El VIH infecta preferencialmente a las cT CD4+ activadas.

En un día promedio, puede haber hasta un millón de nuevas células infectadas en personas en la fase crónica de la enfermedad. Aunque parezca mucho, estas células infectadas representan menos del uno por ciento del total de cT CD4+ del cuerpo. Sin embargo, estas células son capaces de producir cientos de millones de partículas virales por día. La cantidad de virus puede ser medida tomando una muestra de sangre. La cantidad de virus en sangre es conocida como carga viral y representa el número de copias de ARN del virus por mililitro de plasma (la parte líquida de la sangre). La vida media de las cT CD4+ infectadas es solamente de un día. Al morir la célula infectada, el virus ya no puede replicarse por lo que requiere infectar nuevas células continuamente para persistir. La presencia del virus provoca la activación generalizada del sistema inmunológico, incluyendo a las cT CD4+ específicas contra el VIH. De esta manera, el virus provoca un “círculo vicioso”. Produce diariamente nuevos blancos para la infección, lo que permite la persistencia viral y el avance de la enfermedad. Este círculo vicioso induce la pérdida progresiva de cT CD4+, que conduce a la falla generalizada del sistema inmunológico.

Efecto del Tratamiento Antirretroviral

Los fármacos antirretrovirales actuales impiden que el virus lleve a cabo alguno de los pasos del ciclo de replicación.



- a) Los inhibidores de entrada (o inhibidores de fusión), como el Maraviroc o el Efurvitide, impiden el paso del virus al interior de la célula.
- b) Los inhibidores de la transcriptasa inversa como el AZT o el Efavirenz, evitan la conversión del ARN viral a ADN viral.
- c) Los inhibidores de integrasa como el raltegravir, previenen la incorporación del ADN viral al ADN de la célula huésped.
- d) Los inhibidores de la proteasa impiden que partículas virales maduren y sean infecciosas.

Los fármacos antirretrovirales actuales impiden que se infecten más células, sin embargo, no son capaces de detener la producción de nuevos virus.

Actualmente se le conoce como tratamiento antirretroviral, al uso simultáneo de tres o más de estos fármacos. El TAR disminuye la cantidad de virus en sangre a niveles muy bajos, llamados erróneamente 'indetectables', puesto que las técnicas convencionales para medir la carga viral no permiten detectarlo. El TAR no logra eliminar la replicación viral por completo. Sin embargo, como consecuencia de la disminución en la cantidad de virus, se reconstituyen algunas de las funciones del sistema inmunológico y se observa un aumento progresivo en el número de cT CD4+ en la sangre.

Estudios recientes sobre la dinámica viral durante la terapia, han demostrado que el nivel de virus en plasma desciende rápidamente en los primeros meses después de iniciar el tratamiento. Esto indica que las células que producen el virus presente en el plasma tienen una vida media corta, de un día en promedio. Por lo tanto, el virus presente en el plasma en un momento dado, es producido por células que fueron infectadas el día anterior y que morirán al día siguiente.

REPLICACIÓN RESIDUAL CONTINUA

La presencia del reservorio explica la tercera fase en el descenso de la viremia, que es más gradual y representa la disminución de las células latentemente infectadas. Cada día, por mecanismos naturales del mantenimiento del sistema inmunológico, una proporción baja de células en reposo infectadas es activada, puede producir nuevos virus. La cantidad de virus producido por las células activadas es demasiado baja para ser detectado por las técnicas convencionales para medir la carga viral. Pero, puede ser detectado por ensayos más sensibles que miden la carga viral debajo del límite de detección de las técnicas



convencionales. Este fenómeno fue observado a través de la investigación de los rebotes de virus detectables o “blips” que son observados de manera común en pacientes bajo TAR a largo plazo. De hecho, todos los pacientes “indetectables” continúan teniendo carga viral baja. Es importante destacar que la viremia residual y los reservorios pueden ser observados aún en pacientes con más de nueve años de tratamiento. El uso efectivo de la terapia requiere una adherencia alta de por vida, que puede ser difícil de cumplir.

LIMITACIONES ACTUALES DEL TAR

Los reservorios, como la replicación residual, pueden provenir de sitios anatómicos particulares donde los niveles de los fármacos antirretrovirales no son los óptimos, como el tracto gastrointestinal. Desde las primeras semanas de la infección, las cT CD4+ del intestino son el blanco principal del VIH. A diferencia de las cT CD4+ en sangre, las cT CD4+ del intestino no logran recuperarse por completo bajo el TAR. Sin embargo, es posible encontrar niveles estables de reservorios y producción de virus a bajo nivel en este tejido. También se ha observado que el reservorio puede establecerse en las células progenitoras de la médula ósea y en células del sistema nervioso central debido a que algunos fármacos no logran cruzar de manera eficiente la barrera hemato-encefálica, formada por células especializada que protege al sistema nervioso central (cerebro y médula espinal) y que deja pasar solo algunos componentes de la sangre y filtra otros.¹⁶

CONSEJERÍA EN VIH/SIDA

Las diferentes implicaciones psicológicas, emocionales y sociales que tiene vivir con VIH, han generado la necesidad de contar con espacios de orientación, asesoramiento, escucha, comprensión, donde la persona o personas que acudan a este servicio puedan expresar sus inquietudes con total confidencialidad, y puedan acceder a diferentes estrategias de intervención, dependiendo de su situación particular. De esta forma, la consejería se convierte

¹⁶ Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas. Treinta años del VIH-SIDA: perspectivas desde México. [en línea]; noviembre 2011. [fecha de revisión 25 de noviembre 2018; citado 2018 noviembre]. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/30anosdelvihsida.pdf>



en un “proceso en el cual el consejero cuestiona al usuario para que éste tome sus propias decisiones desde el mayor nivel de conciencia posible”.

- a) En el contexto del VIH/ SIDA, se ha definido a la consejería como “el conjunto de actividades realizadas para preparar y confrontar a la persona con relación a sus conocimientos, sus prácticas y conductas con riesgo que lo exponen a la infección del VIH/SIDA.”
- b) Así, la consejería no consiste sólo en dar consejos, o dar información a la gente para que haga lo que nosotros consideramos que debe hacer. Tampoco se debe confundir con una entrevista en donde sólo se proporciona información. Se trata más bien de un encuentro entre seres humanos en donde podemos confrontar puntos de vista de forma cálida y con absoluto respeto al otro, poniéndonos a su servicio, sin anteponer nuestros deseos, de forma que el usuario logre plantear sus necesidades y encuentre formas realistas de resolverlas.

Objetivos de la consejería

Desde el punto de vista de los usuarios, los objetivos de la consejería pueden ser variados y muy específicos dependiendo de sus necesidades, pero en el marco de la prevención y apoyo con respecto al VIH los principales objetivos de la consejería son:

- Promover la educación para la prevención, a través de la generación de cambios respecto a las prácticas que ponen a las personas en riesgo de infectarse de VIH y, sobre todo, promoviendo la adopción de medidas preventivas y de autocuidado.
- Ofrecer un espacio de escucha ante la problemática vivida. El consejero ayuda a las personas afectadas por el virus a clarificar sus pensamientos y a explorar varias opciones o soluciones posibles ante su problemática, así como ofrecer un soporte emocional.

Prevención secundaria para personas que viven con VIH

La prevención secundaria se refiere a todas aquellas estrategias que se ponen en marcha para mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH.



Con base en la experiencia desarrollada por el equipo de psicólogas de CENSIDA, se ha desarrollado una metodología de prevención secundaria en la que se ofrece a las personas que viven con VIH talleres mensuales con temas dirigidos a mejorar su calidad de vida. Algunos temas sugeridos para trabajar en esta forma de prevención son:

- Historia Natural del VIH/SIDA
- Importancia de las revisiones médicas y de laboratorio.
- Importancia de la consejería, terapia psicológica y grupos de auto-apoyo.
- Estigma y discriminación asociados al VIH/SIDA e ITS.
- Nutrición.
- Ejercicio y técnicas de relajación.
- Organización del tiempo libre.
- Redes sociales.
- Antirretrovirales (complemento del Programa Nacional de Adherencia).
- Autoestima y amor.
- Derechos humanos, civiles, sexuales y laborales.
- Adicciones, VIH/SIDA e ITS.
- Socialización del resultado serológico al círculo más cercano (no a la pareja).

Prevención sexual para personas que viven con VIH

La consejería para personas que viven con VIH se conoce también como prevención sexual. En este tipo de prevención se trabajan específicamente los temas relacionados con la sexualidad para lograr una cultura de autocuidado, de cuidado de la pareja y se analiza la pertinencia de comunicar un resultado seropositivo con la pareja o las parejas sexuales. La prevención sexual se puede manejar de forma grupal (a través de talleres) o individual, donde exclusivamente se hablará de los temas relacionados con la sexualidad, previo acuerdo con el usuario o usuaria. La propuesta de las psicólogas de CENSIDA de temas de Consejería en Prevención Sexual para Personas que Viven con VIH son:

- Diversidad sexual.
- Talleres de sexo seguro y sexo protegido (uso de condón y su negociación).



- Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).
- Importancia de comunicar el estado serológico con la pareja sexual.
- La sexualidad y el abuso de alcohol o drogas.
- Situaciones de vulnerabilidad y riesgo para reinfectarse de VIH y otras ITS.
- Cualquier otro tema de sexualidad que favorezca la prevención en personas que viven con VIH, para evitar la reinfección con VIH o la adquisición de otras ITS.¹⁷

CARACTERÍSTICAS PERSONALES

Son características personales que nos diferencian del resto y hacen únicos. Las características personales nos muestran tal como somos, nos hace enfrentar al mundo y hace que el resto nos conozca y sepa cómo tratarnos.

Edad:

Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento la cual se mide en expresar en años.

Sexo:

Las características fisiológicas y sexuales con las que nacen mujeres y hombres. Mientras que género se refiere a las ideas, normas y comportamientos que la sociedad ha establecido para cada sexo, y el valor y significado que se les asigna.

Ocupación:

Son las actividades que realiza una persona para percibir ingresos y de esa manera poder solventar los gastos.

Estado civil:

Situación personal en la que se encuentra o no una persona en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo una familia y adquiriendo derechos y deberes al respecto.

¹⁷ Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. VIH/SIDA y salud pública. Manual para personal de salud. México 2009. [en línea]. 2018 marzo [fecha de revisión 07 de diciembre 2018; citado 2018 diciembre]. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/normatividad/manual_personal_salud.pdf



El estado civil puede ser el de casado, si la persona celebró matrimonio ante las autoridades legalmente establecidas al efecto por cada Estado, con otro individuo de distinto sexo, o del mismo, en países que lo permiten, naciendo a partir de este hecho la sociedad conyugal; o puede tenerse el estado de soltero si aún no se contrajo matrimonio; o el de viudo, si su cónyuge falleció. En este caso si el viudo o viuda contrae nuevo matrimonio, su estado civil será el de casado en segundas nupcias.

Edad de inicio de las relaciones sexuales:

Es la edad en la cual una persona inicia el acto sexual con otra de diferente sexo o del mismo sexo.

La orientación sexual

Es la que está relacionado con las personas que nos atraen y las que deseamos tener una relación de pareja. Las más comunes son:

- **Heterosexual.** Las personas heterosexuales sienten una atracción romántica y física por los miembros del sexo opuesto: los hombres heterosexuales sienten atracción por las mujeres, y las mujeres heterosexuales sienten atracción por los hombres. A veces, se conoce a los heterosexuales como "hetero".
- **Homosexual.** Las personas homosexuales sienten una atracción romántica y física por las personas del mismo sexo: las mujeres que sienten atracción por otras mujeres son lesbianas; a los hombres que sienten atracción por otros hombres se los conoce frecuentemente como gays. (El término gay se utiliza a veces para describir a las personas homosexuales de cualquiera de los dos sexos).
- **Bisexual.** Las personas bisexuales sienten una atracción romántica y física por los miembros de ambos sexos.¹⁸

Número de parejas sexuales:

Es la cantidad de parejas con las cuales un individuo a tenido intimidad sexual desde que el momento que tuvo su primer coito hasta la actualidad.

¹⁸ Lynes D. *Adolescencia y las etapas de cambio*. Octubre 2012. [en línea]. 2018 marzo [fecha de revisión 07 de diciembre 2018; citado 2018 diciembre]. Disponible en: <https://kidshealth.org/es/teens/sexual-orientation-esp.html>



CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Los signos clínicos (también signos) son las manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica, es decir, en el examen físico del paciente, a diferencia de los síntomas, que son elementos subjetivos, señales percibidas únicamente por el paciente como, por ejemplo, el dolor, la debilidad y el mareo. La semiología clínica es la disciplina de la que se vale el médico para indagar, mediante el examen psicofísico del paciente, sobre los diferentes signos que puede presentar.

ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA PERSONA CON INFECCIÓN POR VIH

La atención del adulto con diagnóstico de infección por VIH debe estar a cargo del equipo multidisciplinario capacitado y entrenado del establecimiento de salud.

La evaluación clínica general, el inicio del TARV y el seguimiento serán realizados en todos los establecimientos de salud que cuenten con profesional médico especialista en Infectología, o médico cirujano capacitados y entrenados que oferten la atención integral del paciente con VIH.

El médico infectólogo o médico cirujano capacitado del equipo multidisciplinario es el encargado de iniciar, suspender o modificar el esquema de TARV del paciente en seguimiento, de acuerdo a los criterios técnicos de la presente norma técnica de salud.

Es responsabilidad del equipo multidisciplinario hacer el seguimiento de los pacientes con infección por VIH con y sin TARV, a fin de asegurar la continuidad de su atención en el establecimiento de salud.

Los Educadores de Pares brindan consejería de soporte para fortalecer la adherencia al TARV y contribuyen a la vinculación y seguimiento de los pacientes con infección por el VIH; también podrán realizar visitas domiciliarias.

GRATUIDAD EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH

La atención integral de las personas con infección por VIH es gratuita en los establecimientos de salud públicos. Dicha atención se cubre según lo estipulado en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.



En los establecimientos de salud privados la atención integral debe ser coberturada por el seguro privado que tenga el paciente, y en caso que no pudiera financiarlo el paciente, el establecimiento es responsable de referirlo a un establecimiento de EsSalud de corresponder, o a uno del MINSA o DIRESAS en caso de que carezca de seguro de salud.

Las pruebas rápidas de tamizaje para VIH, el tratamiento antirretroviral (TARV) para las personas con infección por VIH, así como las pruebas de monitoreo (CD4 y carga viral), son totalmente gratuitos en los establecimientos de salud públicos que brindan atención integral a los PVV. Todo paciente con infección por VIH debe ser incluido al Seguro Integral de Salud SIS, siempre que no sea beneficiario de otras Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud.

LA CULTURA, DEL RESPETO Y TRATO DIGNO

Todo establecimiento de salud que atienda a PVV debe promover la cultura de respeto a los derechos humanos con enfoque de género, para eliminar el estigma y la discriminación asociada a la infección.

La persona con infección VIH no podrá ser excluida de la atención en cualquier servicio de los establecimientos de salud públicos o privados.

DIAGNÓSTICO Y DEFINICIÓN DE CASO DE INFECCIÓN POR VIH

Para efectos de iniciar el proceso de atención integral del paciente con infección por VIH, el diagnóstico deberá realizarse de acuerdo a uno de los siguientes escenarios contenidos.

TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (TARV)

Toda persona con diagnóstico de infección por VIH será evaluada por el médico para el inicio del TARV en un lapso no mayor a una semana. Posterior al inicio del TARV, se continuará con la evaluación del equipo multidisciplinario.

La indicación de inicio de TARV, en toda persona con infección por VIH, es independiente del estadio clínico y/o su recuento de linfocitos T CD4 y carga viral.



La evaluación médica de inicio de TARV debe incluir una anamnesis adecuada y el examen físico completo, priorizando la búsqueda de signos de inmunosupresión y enfermedades oportunistas.

Todos los pacientes deberán contar con las siguientes evaluaciones básicas:

- Pruebas de laboratorio básicas: Hemograma completo, transaminasa glutámico pirúvica (TGP), glucosa en ayunas, creatinina sérica, úrea, examen de orina, perfil lipídico y test de embarazo en mujeres en edad fértil.
- Radiografía de tórax.
- Dos (2) baciloscopías en esputo para descarte de TB pulmonar, en pacientes sintomáticos respiratorios.

Las muestras para el recuento de linfocitos T CD4 y la carga viral se toman preferentemente antes del inicio del tratamiento, no constituyendo un motivo de retraso de inicio de TARV.

La evaluación por el equipo multidisciplinario, que incluye la entrevista de enfermería, evaluación psicológica, el informe social u otras evaluaciones que se requieran, podrán completarse durante los días posteriores al inicio de tratamiento.

Otros exámenes de laboratorio que deben ofrecerse son:

- Detección de otras ITS: antígeno de superficie y anti core total para virus de la hepatitis B, anticuerpos para virus de la hepatitis C y pruebas para el diagnóstico de sífilis (pruebas rápidas, RPR, VDRL).

Los resultados de laboratorio serán válidos independientemente de las IPRESS públicas o privadas de donde procedan.

El ingreso al TARV es voluntario, y se realizará previa información al paciente sobre los riesgos y beneficios del tratamiento, así como de los riesgos de no recibir oportunamente el tratamiento antirretroviral; así mismo, de los derechos y obligaciones como paciente. El consentimiento del paciente de iniciar tratamiento se documenta través de la "Hoja de Consentimiento Informado para el Inicio de Tratamiento Antirretroviral en el Adulto con VIH" descrito en el Anexo 11, la cual será firmado por el paciente y el médico tratante.



En casos de pacientes con signos aparentes de alguna incapacidad prevista en los artículos 43 y 44 del Código Civil sobre incapacidad absoluta e incapacidad relativa, respectivamente, en tanto no se designe a su representante, el consentimiento podrá ser otorgado en forma excluyente y en el siguiente orden: a) El o la cónyuge o concubina, con reconocimiento judicial o Notarial de Unión de Hecho; b) Descendientes mayores de edad; c) Padres; d) Hermanos; prefiriéndose el más próximo al más distante, y en igualdad de grado al más idóneo.

Todo paciente para el inicio de TARV debe contar, con la Hoja I de evaluación clínica para ingreso al TARV (Anexo 2 "Hoja de Evaluación Clínica para el ingreso al tratamiento antirretroviral de personas con infección por VIH").¹⁹

TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL Y MANEJO DE LA GESTANTE

Con fines de establecer el tratamiento de la gestante para prevenir la trasmisión vertical, se definen 3 escenarios:

ESCENARIO 1 (VIH-E1): gestante que por primera vez se le diagnostica la infección por VIH durante la atención prenatal o con diagnóstico previo que no recibe TARGA.

ESCENARIO 2 (VIH-E2): gestante VIH que estuvo recibiendo TARGA antes de su embarazo.

ESCENARIO 3 (VIH-E3): gestante VIH diagnosticada por primera vez durante el trabajo del parto.

ESCENARIOS

1. ESCENARIO 1 (VIH - E1):

Gestante infectada por VIH, diagnosticada durante la atención prenatal

A. Manejo antirretroviral en la gestante:

- Se iniciará terapia antirretroviral triple desde las 14 semanas de gestación en adelante.

¹⁹ Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto Con Infección Por el Virus de La Inmunodeficiencia Humana (VIH). Lima 2018.



- Se solicitará los estudios de CD4 y Carga Viral conjuntamente con la prueba confirmatoria de ser necesario.
- El inicio de la terapia antirretroviral no está condicionado a la recepción de los resultados de CD4, Carga Viral o confirmación VIH de la gestante.
- El esquema de elección será: Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) + Efavirenz (EFV)
 - TDF 300 mg vía oral cada 24 horas.
 - 3TC 150 mg vía oral cada 12 horas.
 - EFV 600 mg vía oral cada 24 horas.
- El tratamiento se continuará después del embarazo, independientemente del CD4 y carga viral y la mujer será incluida con el mismo esquema en el manejo TARGA de adultos.
- La responsabilidad de la indicación del tratamiento será del médico Infectólogo o médico capacitado en manejo antirretroviral en coordinación con los profesionales encargados del seguimiento obstétrico de la paciente.
- La dispensación y el seguimiento farmacoterapéutico será responsabilidad del químico farmacéutico con la finalidad de optimizar la adherencia al tratamiento, según nivel de categorización del establecimiento de salud.

B. Manejo del parto:

- Para las gestantes diagnosticadas con VIH durante el embarazo, la cesárea electiva es la vía de parto, para lo cual será programada oportunamente.
- El día del parto la gestante independientemente del esquema que reciba, se le administrará Zidovudina (AZT) por vía endovenosa. La dosis recomendada es:
 - 2 mg/Kg peso durante la primera hora de infusión.
 - Continuar a 1 mg/Kg/hora durante las siguientes horas hasta el momento de ligar el cordón umbilical.



Se recomienda preparar una infusión de 400 mg de AZT en 500 c.c. de Dextrosa al 5% y administrar 200 cc la primera hora y 100 cc las horas siguientes hasta que la puérpera tolere la vía oral.

De no estar disponible Zidovudina (AZT) endovenosa se podrá usar la vía oral, administrándose 300 mg de AZT 4 horas antes de la hora programada de cesárea y se repite cada 3 horas hasta el momento del parto.

Indicaciones específicas para el parto por vía abdominal:

- a) La cesárea electiva es la vía obligatoria de parto en la gestante con VIH o probable VIH. El parto vía vaginal es excepcional.
- b) Los profesionales de la salud a cargo de la paciente confirmarán cuidadosamente la edad gestacional, para prevenir la prematuridad iatrogénica. La evaluación debe hacerse utilizando los parámetros clínicos obstétricos establecidos en la Guía Nacional de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (fecha de la última menstruación, altura de fondo uterino y ecografía realizada de preferencia en el primer trimestre de gestación). Estos criterios ayudarán para programar el día de la cesárea, el mismo que será realizada a partir de la semana 38 o con un estimado de peso fetal mayor a 2,500 gramos antes del inicio del trabajo de parto, y con membranas amnióticas íntegras.
- c) Las cesáreas electivas siempre deben ser planificadas y ejecutadas en los establecimientos de salud con capacidad resolutive para reducir los riesgos de morbilidad materna y perinatal.
- d) Los servicios de salud, según su capacidad resolutive, deben establecer la referencia oportuna de la gestante con VIH o probable VIH, al establecimiento de salud de mayor nivel de complejidad, para la realización de la cesárea electiva, o de emergencia, de ser el caso, previa coordinación.
- e) Para la extracción de la recién nacida o nacido se debe procurar mantener las membranas amnióticas íntegras, realizar el cambio de guantes y de campos operatorios antes de la ruptura de membranas amnióticas y extracción del recién nacido evitando el contacto de secreciones y fluidos de la madre con la recién nacida o nacido.



- f) Se debe pinzar el cordón umbilical, sin ordeñar, inmediatamente de producido el parto.
- g) Se puede utilizar profilaxis antibiótica luego de pinzado el cordón umbilical de acuerdo a protocolos establecidos para minimizar los riesgos de infección por la cirugía.
- h) No se necesita aislar a la mujer infectada por VIH, pudiendo la mujer y su recién nacido estar en alojamiento conjunto.

Indicaciones específicas para el parto por vía vaginal:

Excepcionalmente la vía vaginal está indicada, cuando se presente una de las siguientes condiciones:

- La dilatación > de 4 cm, o
 - Membranas amnióticas rotas
- a) Están contraindicados todos los procedimientos invasivos (tales como: amniotomía, uso de fórceps o vacuum, tomas de muestras vaginales, otros), así como evitar en lo posible las episiotomías, y los tactos vaginales repetidos.
 - b) Evitar que la gestante con VIH o probable VIH permanezca con las membranas amnióticas rotas por más de cuatro horas en un trabajo de parto prolongado, estando indicado el uso de oxitócicos para inducir el trabajo de parto.
 - c) Para la profilaxis antirretroviral en el parto vaginal inminente, se procede de igual forma que lo indicado para el caso de parto por cesárea.
 - d) Siempre que sea posible, mantener las membranas amnióticas integras hasta antes del periodo expulsivo.
 - e) Después de la expulsión del feto realizar inmediatamente el pinzamiento del cordón umbilical sin ordeñar.
 - f) El(a) responsable de la atención del parto vaginal es el Médico Ginecólogo, Médico General u Obstetra con competencias, considerando los niveles de atención.
 - g) La atención del parto vaginal por el profesional de salud capacitado será con la gestante en posición horizontal, para evitar posible contaminación de la niña o niño, con secreciones o fluidos maternos.



- h) Evitar en lo posible la contaminación del recién nacido/a con secreciones o fluidos maternos.

C. Manejo del recién nacido expuesto al VIH

- Inmediatamente luego del parto bañar al recién nacido con abundante agua temperada y jabón. Realizar el secado con una toalla suave para evitar laceraciones en la piel del niño.
- Aspirar delicadamente las secreciones de las vías respiratorias evitando traumatismo de las mucosas.
- Está contraindicada la lactancia materna y la lactancia cruzada (dar de lactar al niño por otra mujer). Se indicará sucedáneos de leche materna y se iniciará la alimentación correspondiente.
- El recién nacido, de madre que recibió terapia triple que incluyó Zidovudina (AZT) como parte de su esquema, recibirá AZT a una dosis de 4 mg/kg de peso vía oral cada 12 horas por cuatro semanas.
- El recién nacido, de madre que recibió terapia por menos de 4 semanas, recibirá AZT 4 mg/kg de peso vía oral cada 12 horas por seis semanas.
- El inicio del tratamiento profiláctico en los recién nacidos será dentro de las primeras 6 horas de vida, hasta un máximo de 24 horas de nacido.

2. ESCENARIO 2 (VIH-E2):

Gestante VIH que estuvo recibiendo TARGA antes del embarazo

A. Manejo antirretroviral en la gestante:

- Toda gestante viviendo con VIH que recibe TARGA desde antes del embarazo, recibirá la atención prenatal sin necesidad de repetir los estudios diagnósticos para VIH y continuará con el tratamiento que venía recibiendo.
- En caso de que el Efavirenz sea parte del esquema de tratamiento, éste será continuado si la gestante tiene carga viral indetectable. Si la carga viral es detectable, la paciente debe ser referida para evaluación del Infectólogo, quien definirá el esquema antirretroviral a seguir.



- El tratamiento antirretroviral que venía recibiendo se continuará durante el embarazo y después de producido el parto, y será derivada al equipo multidisciplinario de manejo del TARGA adulto.
- La responsabilidad de la indicación y monitoreo del tratamiento antirretroviral será del Médico infectólogo o médico capacitado en manejo antirretroviral, en coordinación con los profesionales de salud encargados del seguimiento obstétrico de la paciente, de acuerdo a nivel de complejidad
- Si el establecimiento donde la gestante recibe TARGA no cuenta con la capacidad resolutive para brindar la atención integral (atención prenatal y cesárea) de la paciente, se deberá realizar la referencia oportuna al establecimiento correspondiente.
- La dispensación y el seguimiento farmacoterapéutico será asegurado según la categoría a la que correspondan el establecimiento de salud por el químico farmacéutico

B. Manejo del parto:

- Se seguirán las mismas recomendaciones que en el escenario anterior (VIH-E1).

C. Manejo del recién nacido expuesto al VIH:

- Se seguirán las mismas recomendaciones que en el escenario anterior (VIH-E1).

3. ESCENARIO 3 (VIH-E3):

Gestante diagnosticada con infección VIH durante el trabajo del parto

A. Manejo antirretroviral durante el trabajo de parto:

- Toda gestante diagnosticada por Prueba Rápida o ELISA durante el trabajo de parto firmará consentimiento para el uso de antirretrovirales.
- El esquema de elección será: Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) + Efavirenz (EFV) más Zidovudina (AZT) endovenosa.
- La gestante diagnosticada recibirá:
 - TDF 300 mg vía oral cada 24 horas.
 - 3TC 150 mg via oral cada 12 horas.
 - EFV 600 mg vía oral cada 24 horas.



- AZT por vía endovenosa. La dosis recomendada es: 2 mg/Kg peso durante la primera hora de infusión. Continuar a 1 mg/Kg/hora durante las siguientes horas hasta el momento de ligar el cordón umbilical.
- El tratamiento se continuará después del embarazo, independientemente del CD4 y carga viral y la mujer será incluida con el mismo esquema en el manejo TARGA de adultos.
- La responsabilidad de la indicación del tratamiento será del médico Infectólogo o médico capacitado en manejo antirretroviral o del profesional de salud que atiende directamente a la gestante.

B. Manejo del parto:

- La terminación del parto será vía abdominal (cesárea), teniendo en cuenta la capacidad resolutive del establecimiento que recibe a la gestante en trabajo de parto y la posibilidad de referirla.
- Sólo si la gestante llegara al establecimiento con una dilatación mayor de 4 cm y/o membranas rotas, la terminación del parto será vía vaginal; salvo exista una indicación obstétrica para la culminación por vía cesárea.
- El responsable de la atención del parto vaginal es del médico Gineco obstetra, Médico General u Obstetra, considerando los niveles de atención.
- La episiotomía debe ser evitada en la medida que sea posible y la ligadura del cordón umbilical debe hacerse sin ordeñar.

C. Manejo del recién nacido expuesto al VIH:

- Inmediatamente luego del parto lavar al recién nacido con abundante agua y jabón. Realizar el secado con una toalla muy suave para evitar laceraciones en la piel del niño.
- Aspirar delicadamente las secreciones de las vías respiratorias evitando traumatismo de las mucosas.
- Se prohíbe la lactancia materna y se indicará sucedáneos de leche materna. También está contraindicada la lactancia cruzada (dar de lactar al niño por otra mujer).
- El recién nacido recibirá



- Zidovudina (AZT) 4 mg/kg vía oral cada 12 horas por 6 semanas y
- Nevirapina (NVP) 12 mg/día. en tres dosis por vía oral: al nacimiento, 3° día y 7° día de vida.
- El inicio del tratamiento profiláctico en los recién nacidos será dentro de las primeras 6 horas de vida hasta un máximo de 24 horas de nacido.

4. DEL SEGUIMIENTO

PRUEBAS DE SEGUIMIENTO DE LA GESTANTE CON VIH Y CON PROBABLE VIH.

- a) A toda gestante diagnosticada con VIH, se le debe realizar la toma de muestras para estudios de recuento de linfocitos CD4 y determinación de la Carga Viral, como mínimo al inicio del tratamiento y en el último trimestre del embarazo.
- b) Las muestras para CD4 deben llegar antes de cumplir las 24 horas de ser obtenidas al laboratorio donde se procesarán. El INS establecerá la responsabilidad y cobertura para cada uno de los laboratorios procesadores de CD4 que existen en la red. Los resultados de CD4 estarán disponibles para el médico tratante en el portal de Internet, en el sistema NETLAB, en la dirección electrónica <http://www.netlabins.qob.pe> en un plazo no mayor de cuatro (04) días hábiles luego de su recepción.
- c) Las muestras para carga viral (sangre total-EDTA) deberán ser enviadas al laboratorio referencial nacional o regional, según sea el caso, dentro de las 24 horas de ser obtenidas y las muestras de plasma deberán ser enviadas al INS para su procesamiento. Los resultados estarán disponibles para el médico tratante en un plazo no mayor de quince (15) días hábiles luego de su recepción en el sistema NETLAB. El INS establece las pautas concernientes a los detalles de la obtención de las muestras y condiciones de su envío.²⁰

²⁰ Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Madre-Niño del VIH y La Sífilis. Lima agosto 2014.



2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

VIH: Es el virus que causa el SIDA. Cuando una persona se infecta con VIH, el virus ataca y debilita al sistema inmunitario. A medida que el sistema inmunitario se debilita, la persona está en riesgo de contraer infecciones y cánceres que pueden ser mortales. Cuando esto sucede, la enfermedad se llama SIDA. Una vez que una persona tiene el virus, este permanece dentro del cuerpo de por vida.

PACIENTE: La persona que padece físicamente y que, por lo tanto, se encuentra bajo atención médica.

CARACTERÍSTICAS PERSONALES: Son cualidades personales que nos permiten identificar a alguien o un grupo de individuos por compartir algunos comportamientos o actividades.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: Son manifestaciones clínicas representados por los signos y síntomas propios de una enfermedad, los cuales pueden ser objetivas o subjetivas que presentan los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA.



CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. DESCRIPTIVO: Porque se describió las características personales y clínicas de pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el Servicio de Medicina, Hospital Quillabamba.

3.1.2. RETROSPECTIVO: Porque la información obtenida se recabó de historias clínicas de pacientes diagnosticados con VIH/SIDA atendidos en el periodo de 2015 – 2018.

3.1.3. TRANSVERSAL: La información sobre las variables fueron obtenidas en un solo momento.

3.2. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Corresponde a la Línea de Investigación Salud Pública en enfermería, estrategias sanitarias nacionales, la Estrategia Sanitaria ITS-VIH/SIDA.

3.3. POBLACIÓN MUESTRAL

La población y muestra a la vez estuvo conformado por 40 pacientes de los cuales se recabo la información de sus historias clínicas, en el periodo 2015 al 2018, quienes acuden al Hospital Quillabamba periódicamente a recibir su tratamiento y controles respectivos; para la muestra se consideró a los 40 pacientes seropositivos que actualmente viene atendándose en dicha institución.

3.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Historias clínicas de pacientes con diagnóstico confirmado de VIH/SIDA con Historia Clínica completa.
- Historias clínicas de pacientes que fueron hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Quillabamba con el diagnóstico de VIH/SIDA.

3.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Historias clínicas de pacientes que no tenían la enfermedad.
- Historias clínicas de pacientes que no se encontraron en el momento del estudio.



3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

TÉCNICA: Observación

INSTRUMENTO: Se utilizó una Ficha de Observación Documental para recopilar la información de las Historias Clínicas que estuvo estructurado en 3 partes:

- La primera parte sirvió para recolectar información sobre las características personales de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA.
- La segunda parte correspondió para recolectar información sobre las características clínicas de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA.

INSTRUMENTO DE VALIDACION: se realizó a través del juicio de expertos, que estuvo conformado por profesionales de la Salud que conocen sobre el tema, cuyos aportes han servido para mejorar el instrumento.

3.5. RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el procedimiento de recolección de datos se procedió de la forma siguiente:

- Se presentó una solicitud al Director del Hospital quien autorizó el desarrollo del trabajo.
- Se coordinó con el responsable de la estrategia ITS/SIDA del Hospital indicándole los objetivos y la finalidad del trabajo quien brindó todas las facilidades del caso.
- Posteriormente se coordinó con el Jefe del Servicio de Estadística adjuntando el proyecto de tesis para que permita el ingreso y acceso a las historias clínicas de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA.
- Se coordinó el horario de la recopilación de los datos de cada Historia Clínica que se presentaron en el periodo de 2015 a 2018 en el servicio de admisión para no entorpecer con el trabajo del personal y no perjudicar la atención de los pacientes.

3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se realizaron las siguientes actividades:

- Recaudación de la ficha de observación y verificar conformidad de respuestas.



- Tabulación de los datos en el programa Microsoft Excel
- Elaboración de gráficos estadísticos y comparativos que ayuden a descifrar resultados hallados
- Interpretación y análisis de los resultados obtenidos de la encuesta



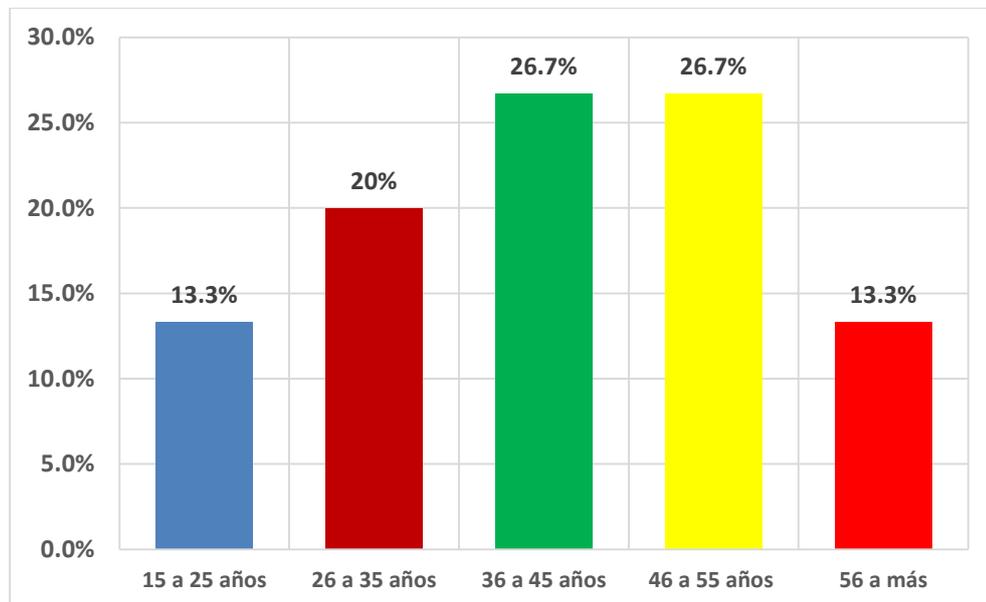
CAPITULO IV
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS



I. CARACTERÍSTICAS PERSONALES

GRÁFICO N° 1

EDAD DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCIÓN, CUSCO 2015-2018



FUENTE: Ficha de observación aplicada por la investigadora 2019.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En el presente gráfico se observa respecto a la edad 26.7% tienen edades entre 36 a 45 años y de 46 a 55 años respectivamente, 13.3% sus edades se hallan entre 15 a 25 años y de 56 a más respectivamente.

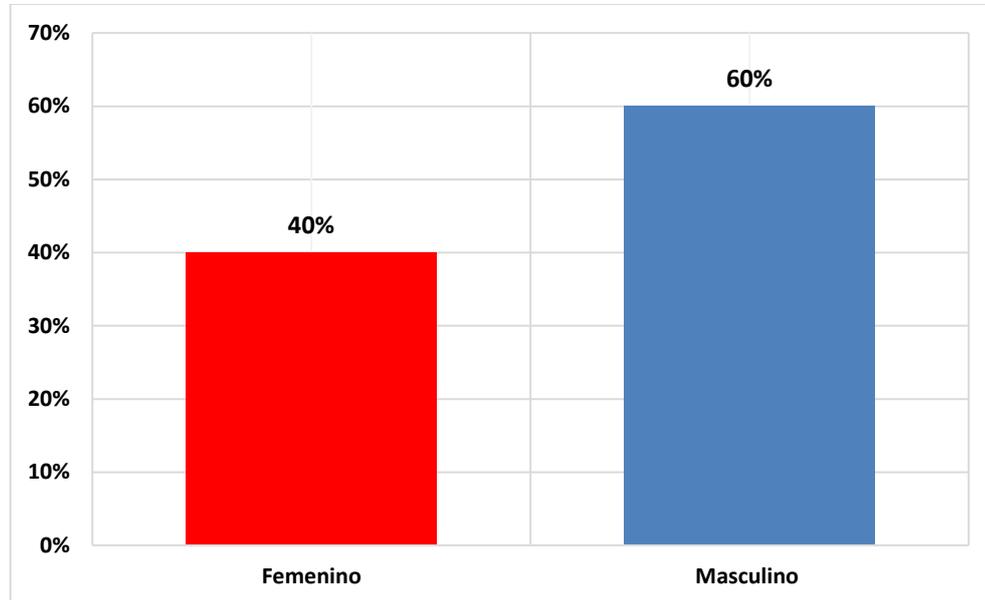
Los hallazgos encontrados no se asemejan al estudio de **OTINIANO M.**, en la investigación **“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS ASOCIADAS A LA MORTALIDAD POR VIH-SIDA EN EL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA DURANTE EL PERIODO 2012-2014” LIMA PERÚ 2015**, El 7.9% tienen un rango de edad entre 15 y 29 años de edad, 34.2% entre 30-44 años, 39.5% entre 45-59 años y 18.4% mayores de 60 años.

Los pacientes con VIH/SIDA atendidos en el hospital Quillabamba se hallan dispersos en la razón de edad, desde los 15 a 25 años los cuales inician su vida sexual, lo que podría conducir a la promiscuidad aumentando el riesgo, al progresar los años se va incrementando los casos.



GRÁFICO N° 2

SEXO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCIÓN, CUSCO 2015-2018



FUENTE: Ficha de observación aplicada por la investigadora 2019.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

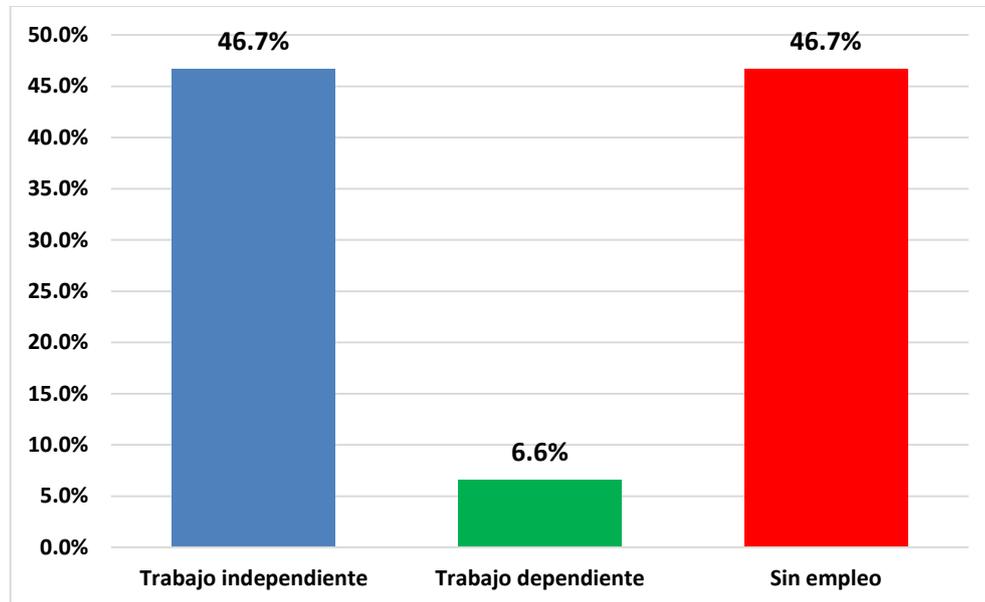
En el presente gráfico se observa que el 60% de los pacientes con VIH/SIDA eran de sexo masculino y el 40% eran femenino.

Los resultados encontrados se asemejan al estudio de **SCHUELTER F, PUCCIII P, Y OTROS.**, en la investigación “**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON HIV ATENDIDOS EN EL ESTADO DE SANTA CATARINA, BRASIL, AÑO 2010**”, en el que halló 58.2% fueron hombres y el 41.8% mujeres.

Se puede deducir que la población de pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA una mayor proporción lo constituyen los del sexo masculino, siendo la relación de casos de 3 a 2 varones frente a mujeres. Por tal motivo, por cada 3 varones infectados con VIH/SIDA hay 2 mujeres que también la padecen las actividades, de lo que se puede enfatizar que el riesgo de enfermarse por VIH/SIDA es similar en ambos sexos, lo cual se encuentra reflejado en las historias clínicas del hospital Quillabamba.

GRÁFICO N° 3

OCUPACIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCION, CUSCO 2015-2018.



FUENTE: Ficha de observación aplicada por la investigadora 2019.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En el gráfico se observa que 46.7% de los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el servicio de medicina son trabajadores independientes y sin empleo respectivamente, 6.6% tienen trabajo dependiente.

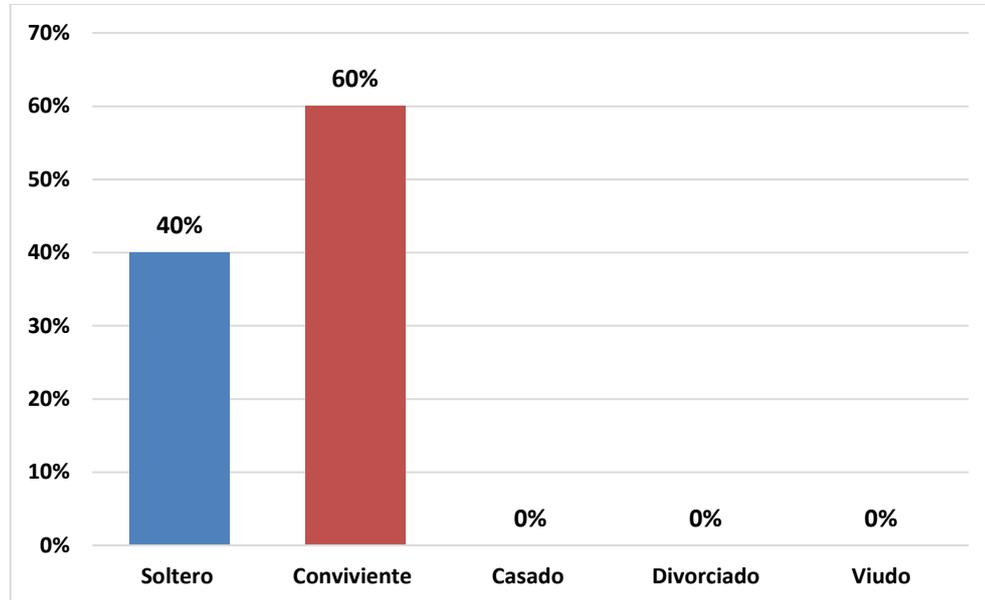
Los hallazgos encontrados se asemejan al estudio de HERNAN H., en la investigación **“CARACTERÍSTICAS CLINICAS EPIDEMIOLOGICAS EN PACIENTES CON VIH/SIDA FALLECIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO ENERO 2011 DICIEMBRE 2013” IQUITOS 2014**, EL 57% fueron comerciantes, obreros, y motocarristas.

Se encuentra un grupo importante que no posee empleo esto podría deberse a que son discriminados por la enfermedad que padecen, por lo que emprenden a llegar actividad económica de manera independiente.



GRÁFICO N° 4

ESTADO CIVIL DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCION, CUSCO 2015-2018.



FUENTE: Ficha de observación aplicada por la investigadora 2019.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

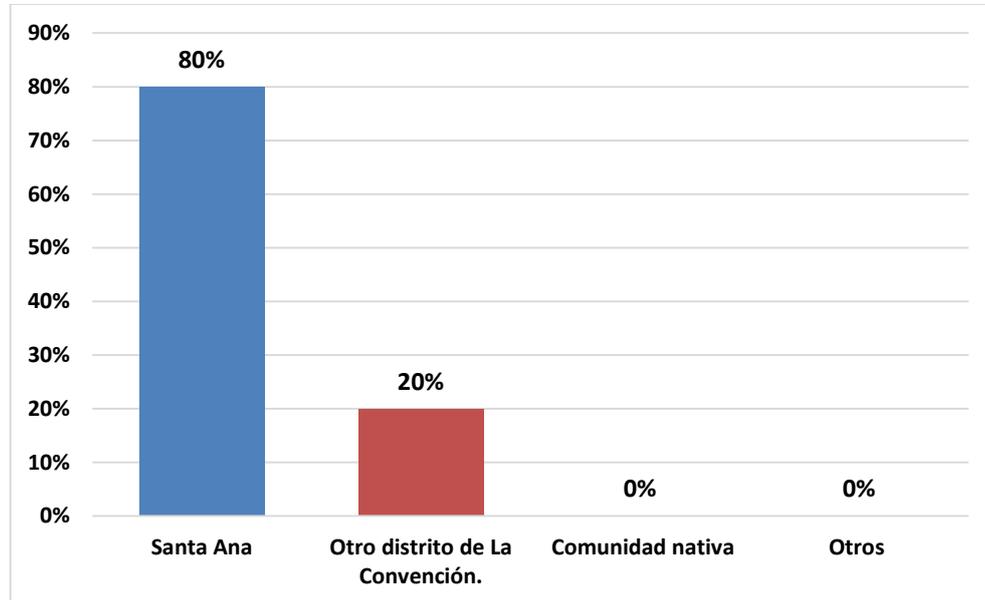
En el gráfico se observa, 60% de los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el servicio de medicina del hospital eran convivientes y 40% solteros.

Los hallazgos encontrados se asemejan al estudio de **OTINIANO M.**, en la investigación “**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS ASOCIADAS A LA MORTALIDAD POR VIH-SIDA EN EL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA DURANTE EL PERIODO 2012-2014**” LIMA PERÚ 2015, que encontró 42.1% eran solteros.

Lo hallado nos indica que los pacientes con VIH/SIDA, en la población estudiada no se encontró casados, la convivencia es frecuente en la actualidad que las parejas ya no optan por el matrimonio y desean convivir; esto responde a los patrones culturales que en la actualidad se práctica, llama la atención el importante número de solteros, que por esta condición podrían asumir conductas con riesgo como la promiscuidad lo que le condujo a adquirir esta enfermedad.

GRÁFICO N° 5

PROCEDENCIA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCIÓN, CUSCO 2015-2018



FUENTE: Ficha de observación aplicada por la investigadora 2019.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En el gráfico se aprecia, 80% de los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el servicio de medicina del hospital proceden de Santa Ana y 20% de otros distritos de la provincia La Convención.

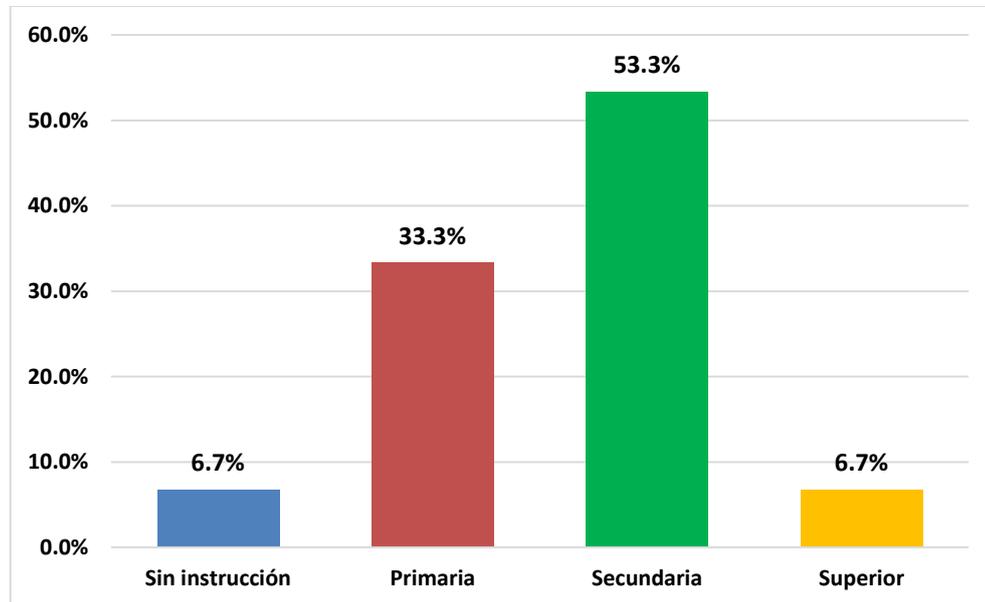
Los hallazgos encontrados se asemejan al estudio de **OTINIANO M.**, en la investigación **“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS ASOCIADAS A LA MORTALIDAD POR VIH-SIDA EN EL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA DURANTE EL PERIODO 2012-2014” LIMA PERÚ 2015**, que halló 84% provenía de la zona urbana.

Del resultado se puede inferir que la procedencia de los pacientes proviene más del distrito de Santa Ana siendo esto porque por la necesidad de acudir a recibir su tratamiento de antirretrovirales deben radicar en la cercanía del Hospital, así mismo poder acceder a los cuidados médicos que necesitan motivo de su enfermedad.



GRÁFICO N° 6

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCION, CUSCO 2015-2018



FUENTE: Ficha de observación aplicada por la investigadora 2019.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En el gráfico se aprecia, 53.3% de los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el servicio de medicina del hospital su nivel de instrucción es secundaria, 6.7% no tienen instrucción y otro porcentaje igual tienen nivel superior.

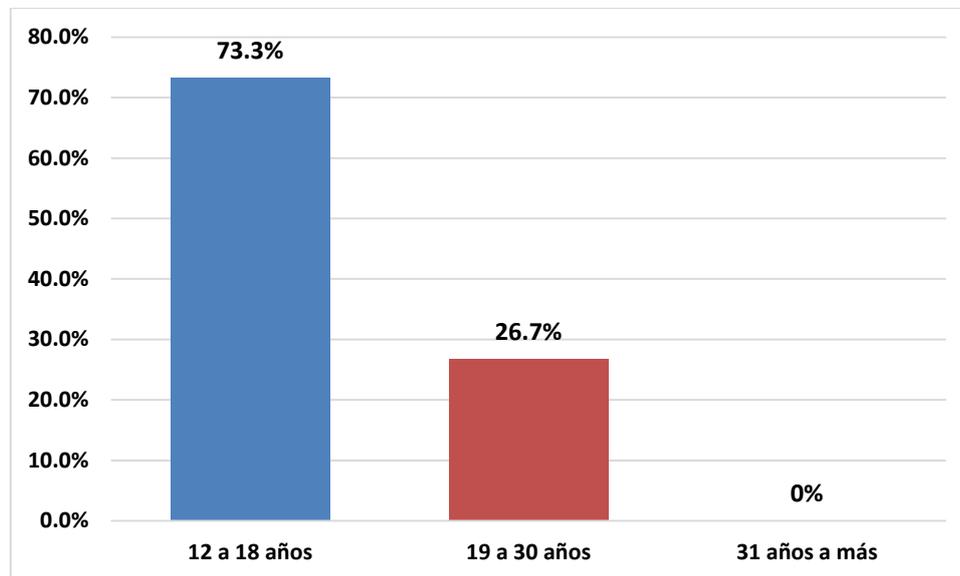
Los hallazgos encontrados no se asemejan al estudio de **VERA M.**, en la investigación **“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y CONDUCTUALES DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR EL VIH EN EL CENTRO SANITARIO SANDOVAL (2007-2012)” MADRID 2017** que encontró 85,1% refería haber cursado nivel de estudios secundarios o superiores.

Se puede deducir que un porcentaje importante de pacientes cuentan con el nivel de estudios primario o sin instrucción, siendo entendible porque al tener este nivel de instrucción son más propensos de adquirir esta y otras enfermedades por un desconocimiento de las medidas de prevención del VIH/SIDA.



GRÁFICO N° 7

EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES DE PACIENTES DIAGNÓSTICADOS CON VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCION, CUSCO 2015- 2018



FUENTE: Ficha de observación aplicada por la investigadora 2019.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

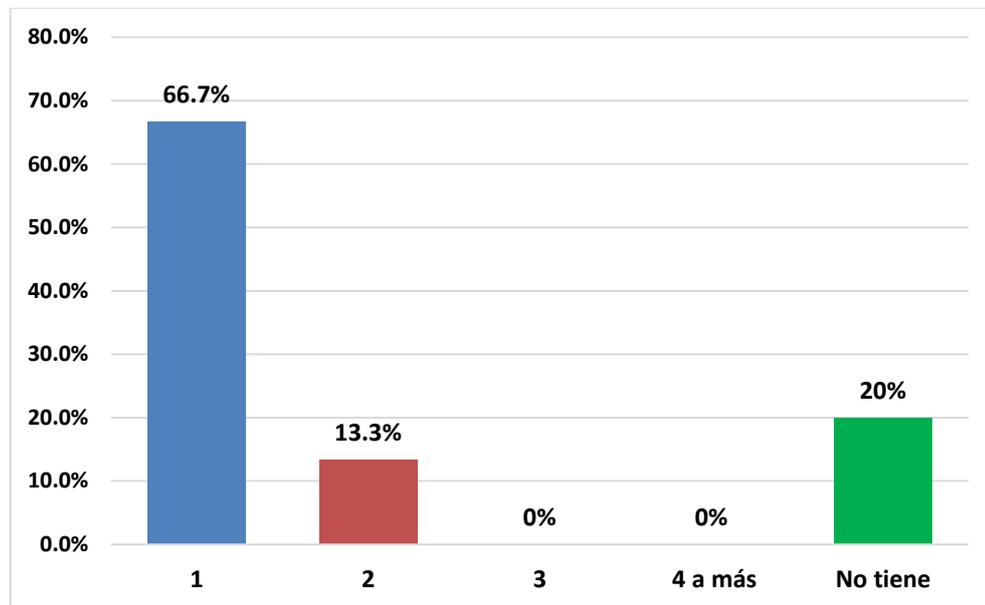
En el gráfico se aprecia, 73.3% de los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el servicio de medicina del hospital su edad de inicio de relaciones sexuales fue 12 a 18 años y 26.7% de 19 a 30 años.

Los hallazgos encontrados no asemejan al estudio de **BONILLA A, VILCAPOMA P.**, en la investigación **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS E INMUNOSEROLOGÍCAS DE LOS PACIENTES EN TERAPIA ANTIRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD DE LA RED ASISTENCIAL DE ESSALUD DE ICA 2012 - UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA. ICA, PERÚ 2013**, que halló el promedio de edad de inicio de relaciones sexuales fue de 17.2 años, siendo menor en los hombres (16.34 años) que en mujeres (18.95 años) y aún más bajo en hombres homosexuales (15.66 años).

Del gráfico se concluye que los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA iniciaron la actividad sexual antes de los 18 años, razón por la cual la mayoría de los pacientes infectados con el VIH/SIDA se encuentran en las edades de 35 a 55 años, al iniciar actividad sexual a estas edades son más propensos a adquirir diferentes infecciones de transmisión sexual al no usar protección.

GRÁFICO N° 8

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES QUE TUVO EN EL MOMENTO DE LA INVESTIGACION DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCION, CUSCO 2015-2018



FUENTE: Ficha de observación aplicada por la investigadora 2019.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En el gráfico se aprecia, 66.7% de los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el servicio de medicina del hospital el número de parejas sexuales en el último año fue de 1 solo, el 20% no tuvo pareja en el último año.

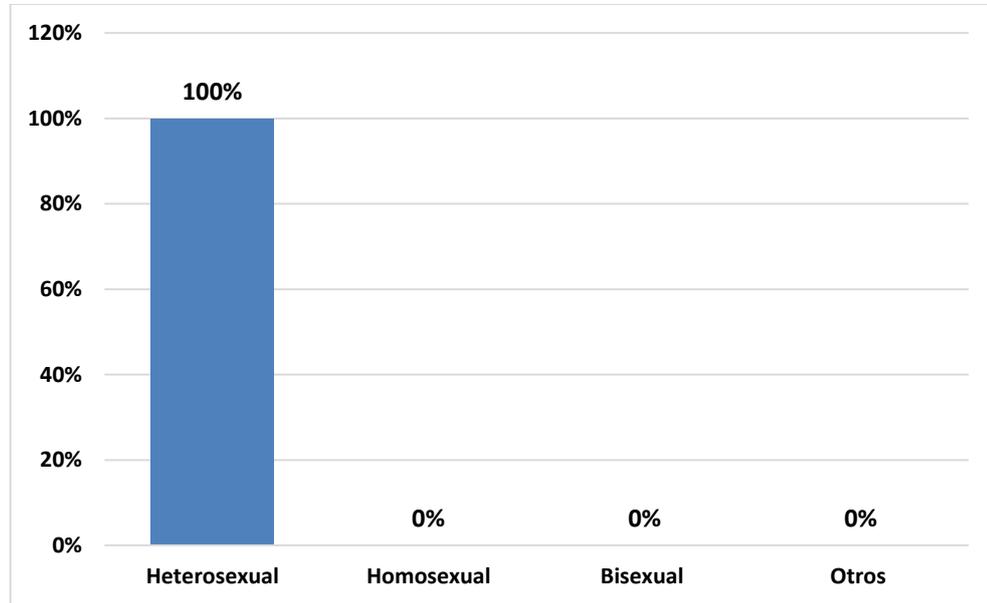
Los hallazgos encontrados no se asemejan al estudio de **VERA M.**, en la investigación “**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y CONDUCTUALES DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR EL VIH EN EL CENTRO SANITARIO SANDOVAL (2007-2012)**” MADRID 2017, que obtuvo 57,7% refería haber mantenido relaciones sexuales con más de 10 parejas sexuales en el último año.

Se puede deducir que la mayoría de los pacientes solo ha tenido una pareja sexual lo que se evidencia en el cuadro de estado civil donde la mayoría eran convivientes y por lo tanto tienen una pareja sexual en el último año; otro porcentaje importante es soltero por ende no tuvo actividad sexual y va ser difícil encontrar una pareja que les acepte con esta enfermedad.



GRÁFICO N° 9

ORIENTACIÓN SEXUAL DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCION, CUSCO 2015-2018



FUENTE: Ficha de observación aplicada por la investigadora 2019.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

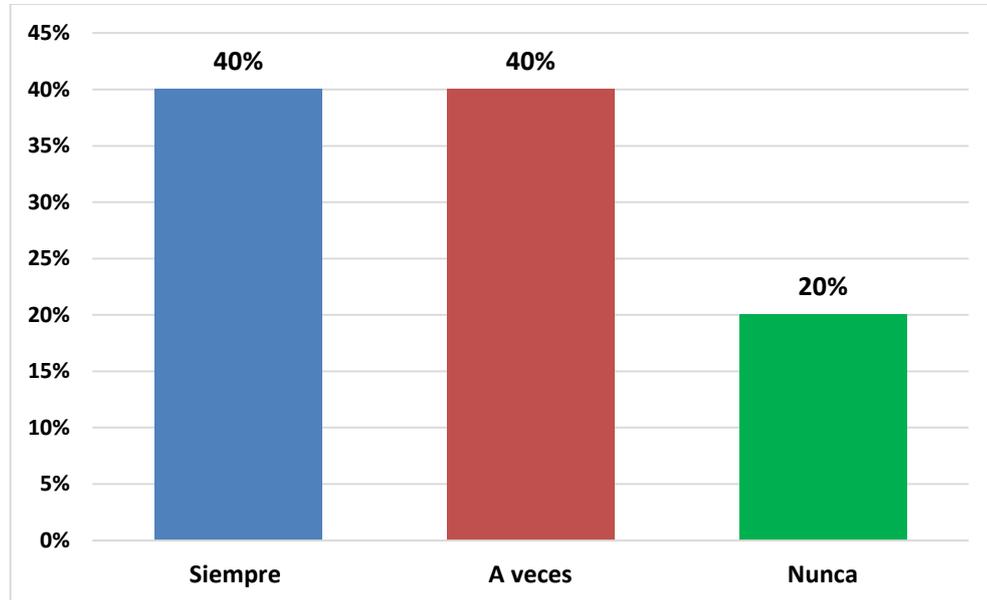
En el gráfico se aprecia, 100% de los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el servicio de medicina del hospital son heterosexuales.

Los hallazgos encontrados no se asemejan al estudio de **HERNAN H.**, en la investigación “**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EPIDEMIOLOGICAS EN PACIENTES CON VIH/SIDA FALLECIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO ENERO 2011 DICIEMBRE 2013**” IQUITOS 2014, Que el 64% tenía orientación heterosexual, el 33% fueron homosexual y 3% bisexuales.

En la población estudiada los pacientes respondieron ser heterosexuales como se evidencia en las historias clínicas, respuesta esperada ya que va ser difícil que muchos reconozcan y admitan su orientación sexual podría deberse al temor de ser discriminados o criticados por la sociedad.

GRÁFICO N° 10

USO DE PRESERVATIVO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCION, CUSCO 2015-2018



FUENTE: Ficha de observación aplicada por la investigadora 2019.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En el gráfico se aprecia, 40% de los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el servicio de medicina del hospital manifiesta que siempre usa condón y a veces respectivamente, 20% nunca lo usa.

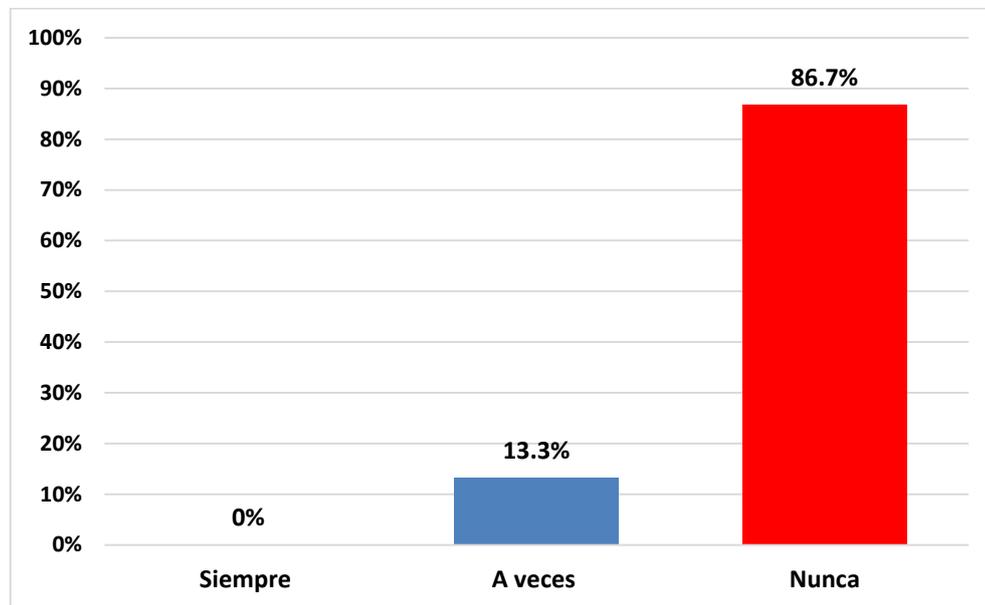
Los hallazgos encontrados no se asemejan al estudio de **BONILLA A, VILCAPOMA P.**, en la instigación **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS E INMUNOSEROLÓGICAS DE LOS PACIENTES EN TERAPIA ANTIRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD DE LA RED ASISTENCIAL DE ESSALUD DE ICA 2012 - UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA. ICA, PERÚ 2013**, que halló 67,86% siempre usó condón.

De los pacientes con VIH/SIDA una quinta parte nunca utiliza preservativo habiéndose expuesto a la enfermedad, debiéndose tener mayor énfasis en ellos sobre el uso del preservativo para la prevención de la enfermedad. Por otro lado, casi la mitad ha usado siempre preservativo trabajando con ellos en el uso correcto del condón y hablar sobre la prevención por las otras vías de contagio diferentes a la sexual.



GRÁFICO N° 11

CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCION, CUSCO 2015-2018



FUENTE: Ficha de observación aplicada por la investigadora 2019.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En el gráfico se aprecia, 86.7% de los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el servicio de medicina del hospital nunca uso sustancias nocivas y el 13.3% a veces usa.

Los hallazgos encontrados no se semejan al estudio de **BONILLA A, VILCAPOMA P.**, en la investigación **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS E INMUNOSEROLÓGICAS DE LOS PACIENTES EN TERAPIA ANTIRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD DE LA RED ASISTENCIAL DE ESSALUD DE ICA 2012 - UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA. ICA, PERÚ 2013**, que halló 68,12% consume alcohol y el 30,43% consume tabaco.

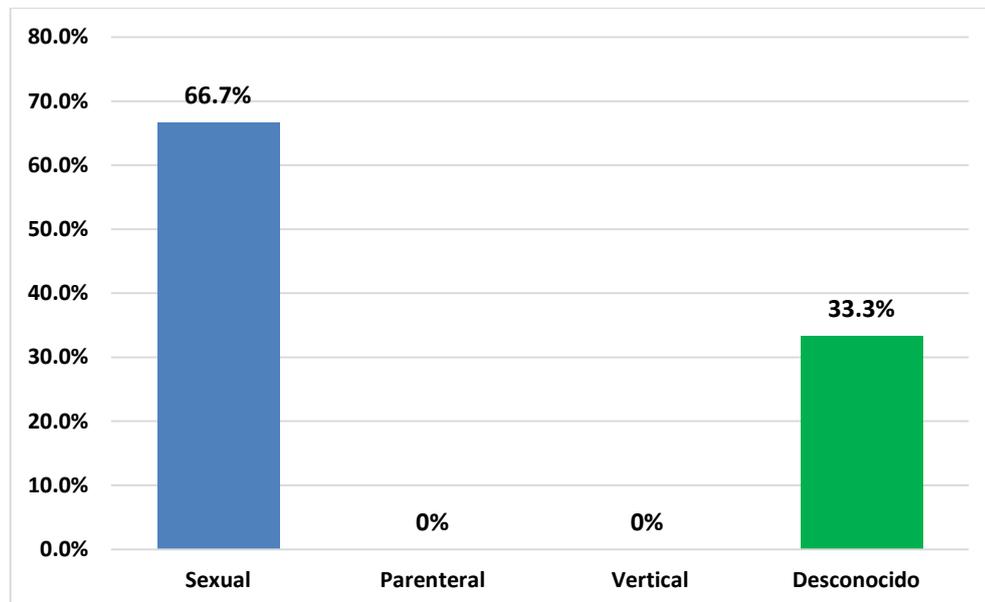
Del gráfico se deduce que la mayoría de pacientes nunca uso sustancias nocivas y solo un pequeño porcentaje usa estas sustancias siendo esto que los hace más propensos de adquirir esta y otras enfermedades porque al estar bajo los efectos de estas sustancias se es menos consciente de sus actos pudiendo tomar decisiones equivocadas que puedan dañar su integridad.



II. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

GRÁFICO N° 12

MODO DE TRANSMISIÓN DEL VIH/SIDA DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCIÓN, CUSCO 2015-2018



FUENTE: Ficha de observación aplicada por la investigadora 2019.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En el gráfico se aprecia, 66.7% de los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el servicio de medicina del hospital se contagió de esta enfermedad por vía sexual y 33.3% desconoce cómo se contagió.

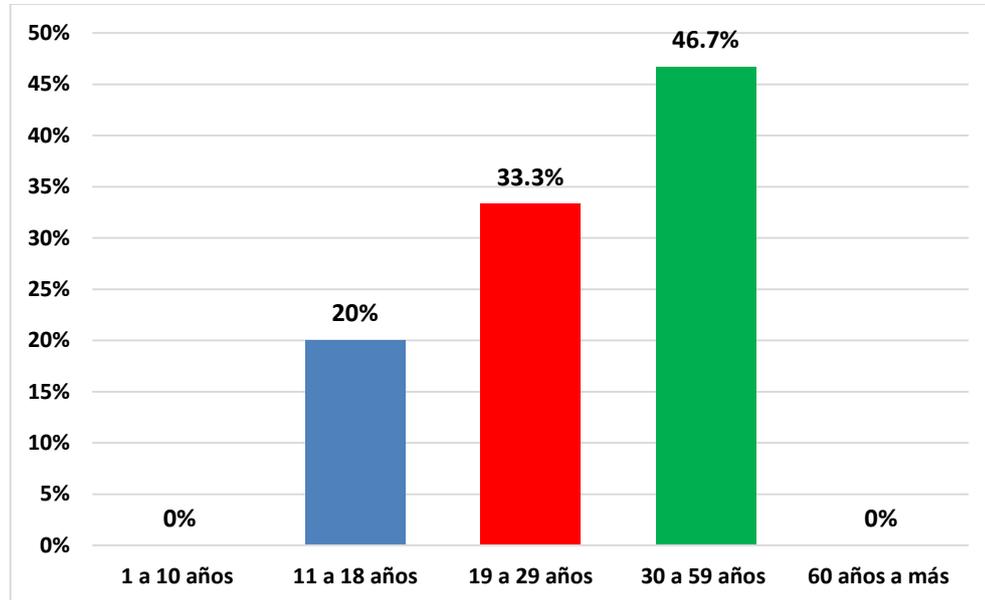
Los hallazgos encontrados no son semejantes al estudio de VERA M., en la investigación **“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y CONDUCTUALES DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR EL VIH EN EL CENTRO SANITARIO SANDOVAL (2007-2012)” MADRID 2017**, que halló 99% adquirieron la infección vía sexual, el 0,7% vía parenteral y el 0,3% por otras vías o de origen desconocido.

Los pacientes contagiados con VIH/SIDA por vía sexual podrían deberse a que nunca utilizaron preservativo o al grupo que refiere usarlo solo a veces, lo que corresponde a las conductas sexuales como un riesgo.



GRÁFICO N° 13

EDAD DE DIAGNÓSTICO DE VIH DE PACIENTES CON VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCION, CUSCO 2015-2018



FUENTE: Ficha de observación aplicada por la investigadora 2019.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En el gráfico se aprecia, 46.7% de los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el servicio de medicina del hospital la edad en la que se les diagnóstico fue 30 a 59 años y el 20% de 11 a 18 años.

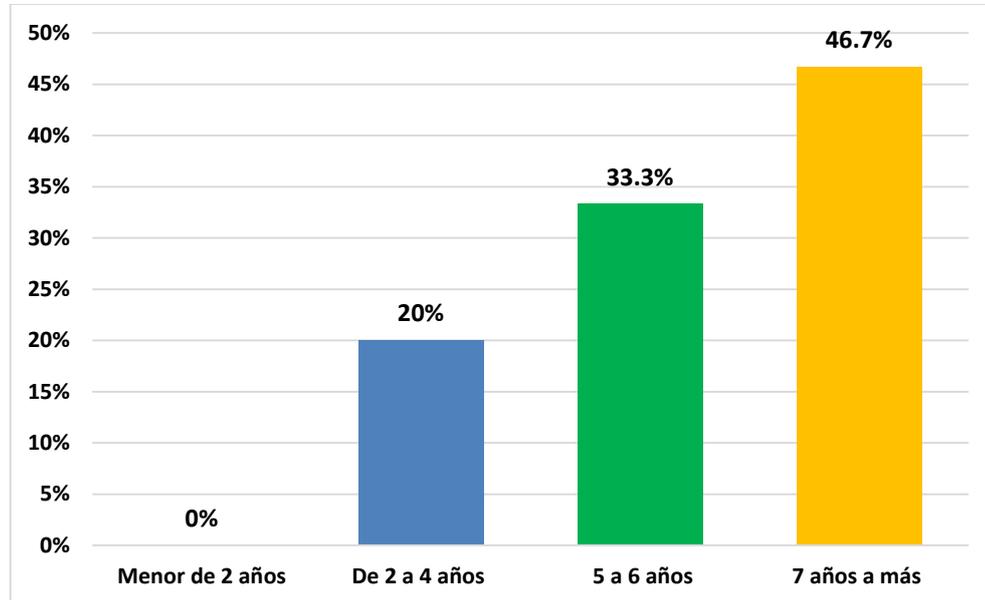
Los hallazgos encontrados no son semejantes al estudio de **VERA M.**, en la investigación “**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y CONDUCTUALES DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR EL VIH EN EL CENTRO SANITARIO SANDOVAL (2007-2012)**” MADRID 2017, que halló 36% tenía menos de 30 años y 43% tenía entre 30 y 39 años.

Se puede incidir que un gran porcentaje de los pacientes fue diagnosticado entre las etapas de joven y adulto, pero hay un 20% que fue diagnosticado es menor de 19 años. Siendo esta información importante para poder enfatizar el trabajo desde los colegios en las medidas de protección y el sexo seguro mediante el uso correcto del condón que es una de las estrategias del ministerio de salud para reducir la incidencia de casos de ITS-VIH/SIDA en adolescentes.



GRÁFICO N° 14

TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCIÓN, CUSCO 2015-2018



FUENTE: Ficha de observación aplicada por la investigadora 2019.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

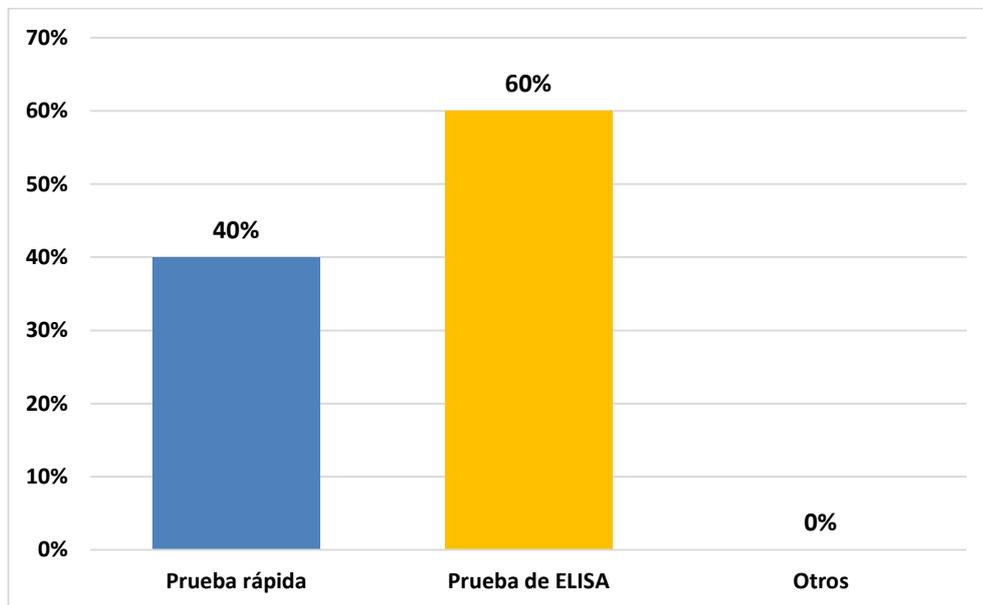
En el gráfico sobre el tiempo de diagnóstico de la enfermedad se observa que 46.7% tiene de 7 años a más, el 20% de 2 a 4 años.

Los hallazgos encontrados no son semejantes al estudio de **OTINIANO M.**, en la investigación **“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS ASOCIADAS A LA MORTALIDAD POR VIH-SIDA EN EL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA DURANTE EL PERIODO 2012-2014” LIMA PERÚ 2015**. Que encontró 57.9% de pacientes tenían un tiempo de enfermedad menor a 5 años, 13.1% de 6 -10 años, 21.1% de 11 a 15 años y 7.9% de 16 a 20 años. De este grupo el de mayor cuidado al cual se debe poner mayor atención es a los que tienen tiempo de diagnóstico de 2 a 4 años debido a que ellos se hallan en el periodo de asimilación por lo que pueden adoptar conductas como quitarse la vida. Por otro lado, los que tienen más de 7 años el diagnóstico se puede afirmar que ya han afrontado su condición y aprendieron a convivir con la enfermedad.



GRÁFICO N° 15

PRUEBA DE TAMIZAJE DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCION, CUSCO 2015-2018



FUENTE: Ficha de observación aplicada por la investigadora 2019.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En el gráfico se aprecia, 60% de los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el servicio de medicina del hospital fueron diagnosticados con la prueba de ELISA y 40% con la prueba rápida.

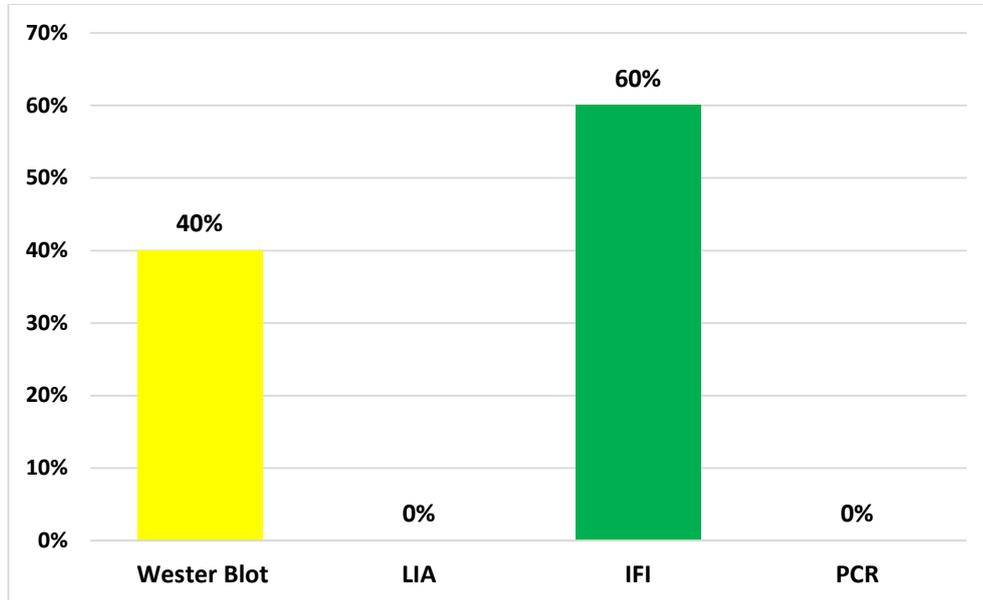
Los exámenes más difundidos por el MINSA para el tamizaje y detección del VIH/SIDA es la prueba rápida, posteriormente se realizan pruebas confirmatorias. (Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva. Lima: 2004)

Se infiere que la mayoría de los pacientes fueron diagnosticados con el VIH/SIDA con la prueba de ELISA y el otro porcentaje con la prueba rápida que es la más distribuida por el ministerio de salud y es fácil de realizar por no requerir equipos complejos pudiendo realizar en el intra y extra mural de los establecimientos de salud y si el resultado es reactivo se realiza otros exámenes para confirmar la enfermedad.



GRÁFICO N° 16

PRUEBA QUE CONFIRMO EL DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCION, CUSCO 2015-2018



FUENTE: Ficha de observación aplicada por la investigadora 2019.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

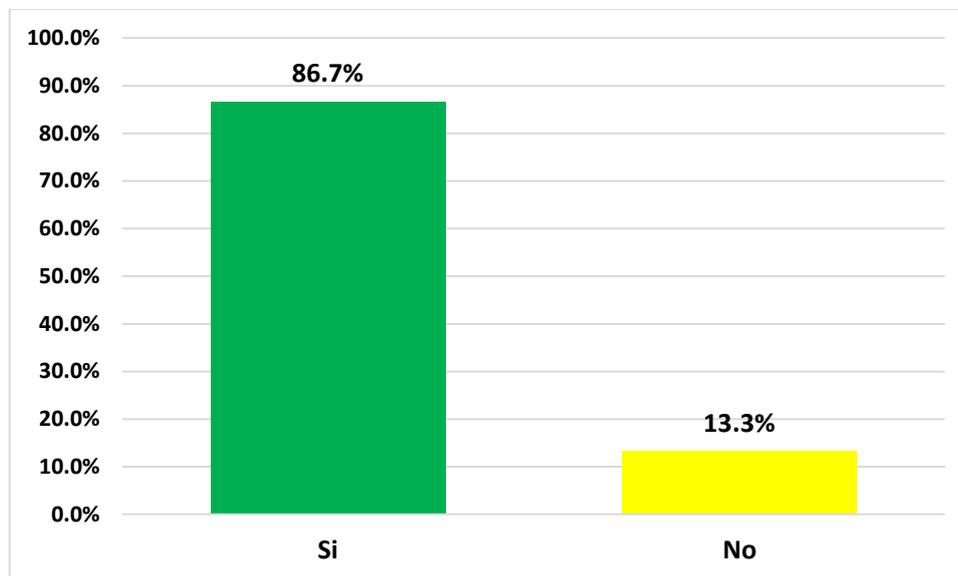
En el gráfico se aprecia, 60% de los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el servicio de medicina del hospital la prueba usada para confirmar su enfermedad fue IFI y el 40% Wester Blot.

Las pruebas confirmatorias usadas en el Perú una vez diagnosticado un examen reactivo son: Western Blot (WB) e Inmunofluorescencia indirecta (IFI). (Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva. Lima: 2004)

Se puede deducir que la mayoría de los pacientes con VIH/SIDA fue confirmado su enfermedad por medio de la Inmunofluorescencia indirecta ya que al ser diagnosticados con la prueba rápida o Elisa se envía una muestra de suero al Instituto Nacional de Salud, las pruebas para confirmar el diagnóstico de VIH/SIDA más usadas son el IFI y el Western Blot como se evidencia en el cuadro.

GRÁFICO N° 17

TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCION, CUSCO 2015-2018



FUENTE: Ficha de observación aplicada por la investigadora 2019.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En el gráfico se aprecia, 86.7% de los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el servicio de medicina del hospital reciben el tratamiento antirretroviral y 13.3% no lo recibe.

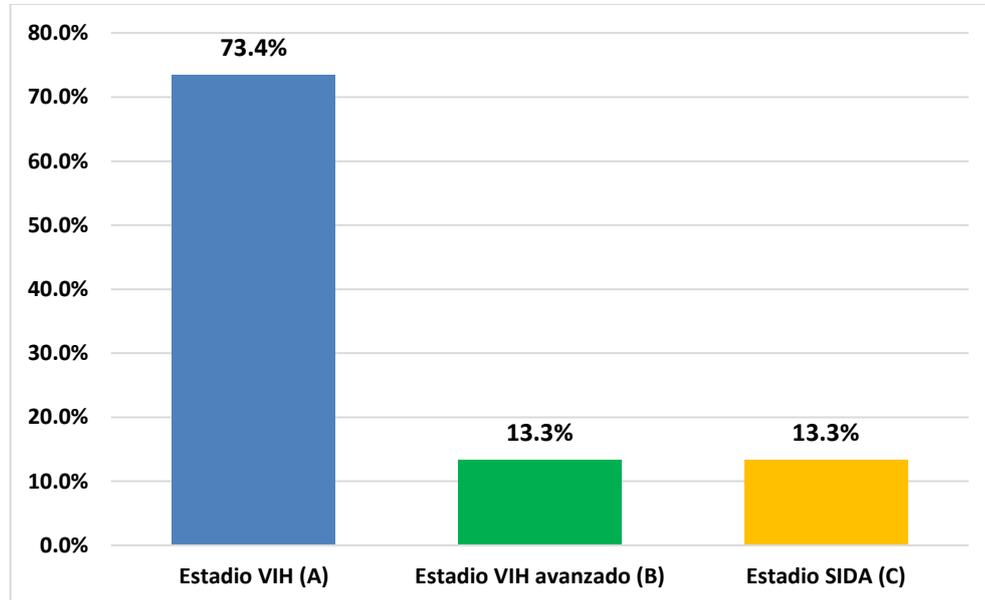
Los hallazgos encontrados no son semejantes al estudio de **OTINIANO M.**, en la investigación **“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS ASOCIADAS A LA MORTALIDAD POR VIH-SIDA EN EL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA DURANTE EL PERIODO 2012-2014” LIMA PERÚ 2015**, que halló 52.6% recibía tratamiento, el 31.6% que no recibía TARGA.

Se puede precisar que la mayoría de los pacientes recibe su tratamiento antirretroviral lo cual disminuye su carga viral protegiendo de las enfermedades oportunistas y reduciendo la posibilidad de contagio lo que se debe al buen trabajo del equipo de salud responsable de esta estrategia, siendo preocupante algunos pacientes no cuenta con su tratamiento respectivo, entendiéndose que no hay ningún paciente que haya sido diagnosticado hace menos de 2 años, se debe enfatizar el trabajo y el seguimiento de los pacientes que no acudan a su control para evitar más contagio por esta enfermedad.



GRÁFICO N° 18

ESTADIO DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCION, CUSCO 2015-2018



FUENTE: Ficha de observación aplicada por la investigadora 2019.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En el gráfico se aprecia, 73.4% de los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el servicio de medicina del hospital se encuentran en el estadio A y 13.3% en el estadio c.

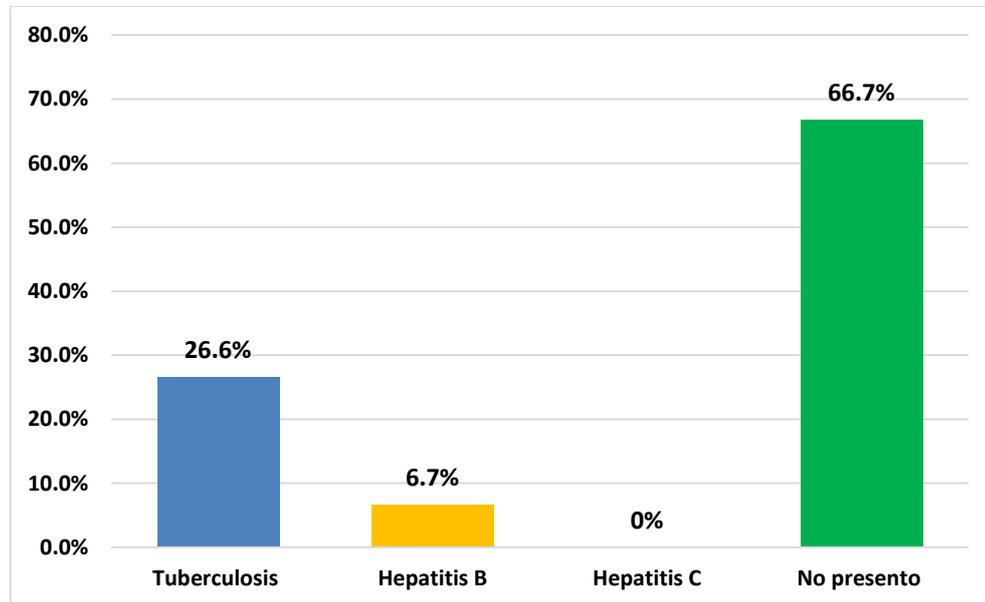
Los hallazgos encontrados son semejantes al estudio de **VERA M.**, en la investigación “**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y CONDUCTUALES DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR EL VIH EN EL CENTRO SANITARIO SANDOVAL (2007-2012)**” MADRID 2017, que encontró 88,8% estadio A, el 9,5% estadio B y el 1,7% estadio C.

Se puede deducir que la mayoría de los pacientes se encuentra en el estadio VIH (A) donde se encuentran asintomáticos, lo cual se debe al cumplimiento del tratamiento antirretroviral, también se evidencia que hay pacientes en el estadio C donde se encuentran con presencia de enfermedades oportunistas y con inmunosupresión quienes no están cumpliendo con el tratamiento anti retroviral.



GRÁFICO N° 19

PRESENCIA DE COINFECCIÓN EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCION, CUSCO 2015-2018



FUENTE: Ficha de observación aplicada por la investigadora 2019.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En el gráfico se aprecia, 66.7% de los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el servicio de medicina del hospital No presente coinfección, el 6.7% tienen Hepatitis B simultáneamente con el VIH/SIDA.

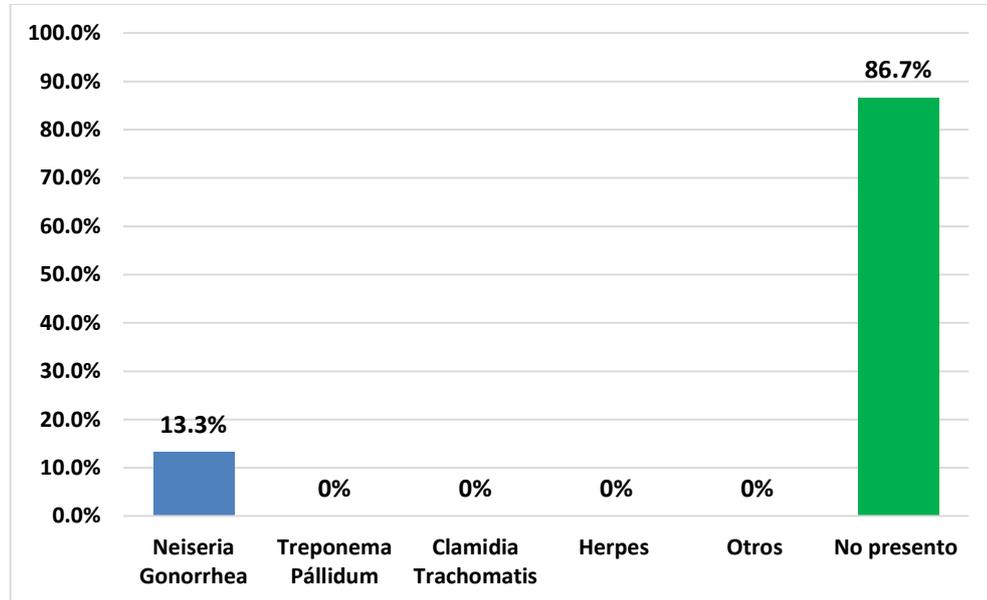
Los hallazgos encontrados son semejantes al estudio de **OTINIANO M.**, en la investigación **“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS ASOCIADAS A LA MORTALIDAD POR VIH-SIDA EN EL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA DURANTE EL PERIODO 2012-2014” LIMA PERÚ 2015**, que halló 7.9% coinfección con el virus de la hepatitis B, 5.3% enfermedad renal crónica y 23.7% TBC.

La coinfección del paciente con VIH/SIDA es frecuente para tuberculosis por la inmuno supresión por la enfermedad, lo cual se encuentra escasamente en el hospital Quillabamba a otras enfermedades, esto podría deberse al cumplimiento del tratamiento y las medidas de prevención que tienen presente los pacientes.



GRÁFICO N° 20

PRESENCIA DE OTRAS ITS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCION, CUSCO 2015-2018



FUENTE: Ficha de observación aplicada por la investigadora 2019.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En el gráfico se aprecia, 86.7% de los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el servicio de medicina del hospital no presento otra infección de transmisión sexual simultáneamente y solo el 13.3% presento Neiseria Gonorrhea.

Los hallazgos encontrados no se semejan al estudio de **VERA M.**, en la investigación **“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y CONDUCTUALES DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR EL VIH EN EL CENTRO SANITARIO SANDOVAL (2007-2012)”** MADRID 2017, que halló las ITS más frecuentes fueron infección por Neisseria gonorrhoeae 19%, Treponema pallidum 19%, 38,1% presentó al menos otra ITS concomitante al diagnóstico de la infección por el VIH. Las ITS más frecuentes fueron Treponema pallidum 39%, Chlamydia trachomatis 24% y Neisseria gonorrhoeae 19%.

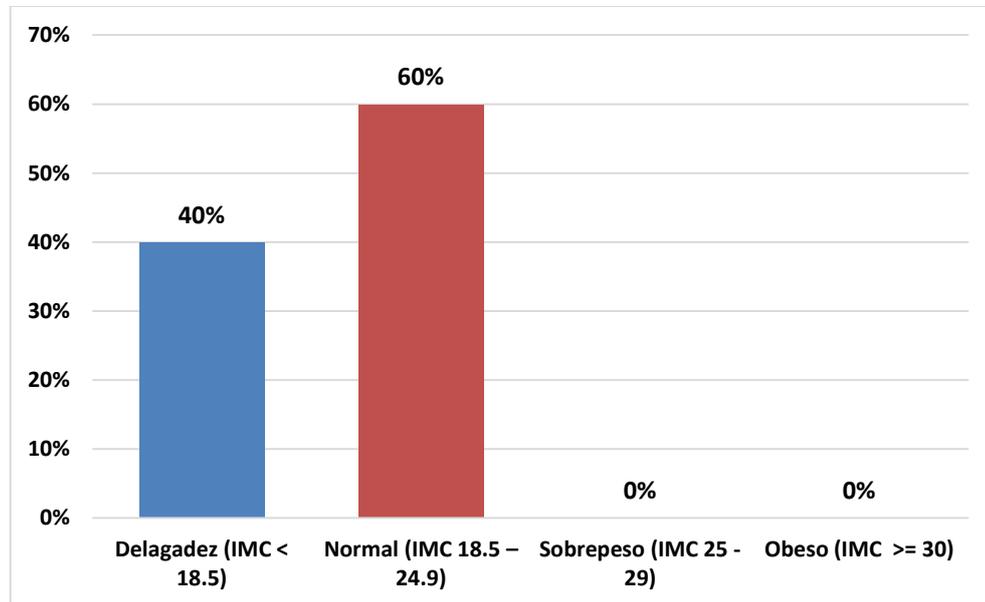


Se puede resaltar que la mayoría de los pacientes no presentó ninguna ITS lo que refleja el trabajo realizado por el equipo de salud que está siendo efectivo las consejerías y charlas que se brinda a este grupo de población; siendo solo un 13.3% que presentó gonorrea lo que puede ser por descuido y el incumplimiento de los cuidados brindados por el personal de salud.



GRÁFICO N° 21

ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCION, CUSCO 2015-2018



FUENTE: Ficha de observación aplicada por la investigadora 2019.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En el gráfico se aprecia, 60% de los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el servicio de medicina del hospital presento un estado nutricional normal y 40% presenta delgadez.

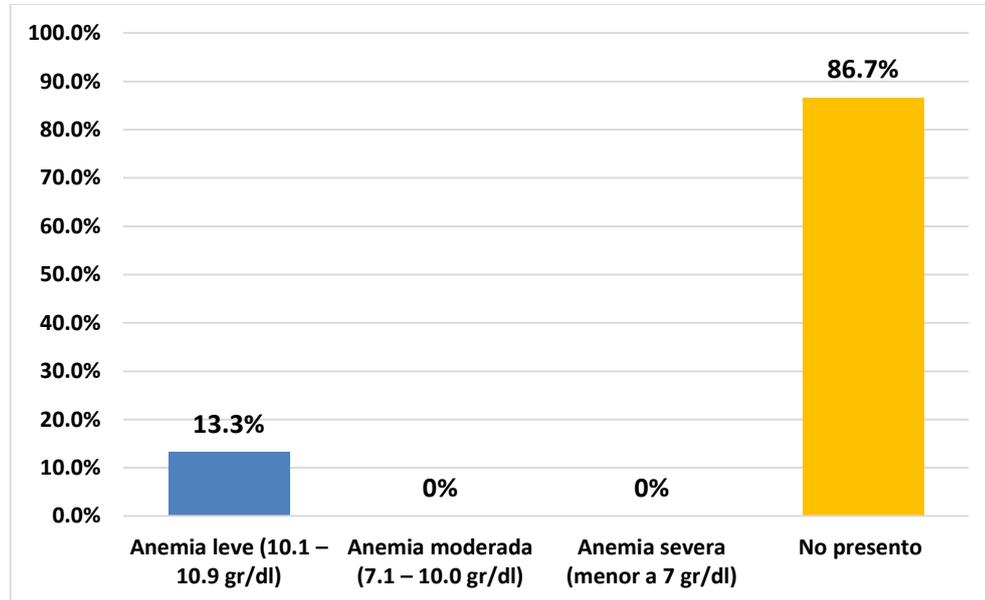
Los hallazgos encontrados no son semejantes al estudio de **BONILLA A, VILCAPOMA P.**, en la investigación **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS E INMUNOSEROLOGÍCAS DE LOS PACIENTES EN TERAPIA ANTIRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD DE LA RED ASISTENCIAL DE ESSALUD DE ICA 2012 - UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA. ICA, PERÚ 2013**, que halló el promedio IMC de un paciente que inicia TARGA es de 22.8 Kg/m².

Del gráfico se puede resaltar que el mayor porcentaje de pacientes presenta un estado nutricional normal podría deberse a que no se descuidan en su alimentación y cumple con el tratamiento anti retroviral; se observa también otro porcentaje importante que presenta delgadez lo que se entiende por ser uno de los síntomas del VIH/SIDA la pérdida de peso podría ser porque hay pacientes que se encuentran en los estadios B y C que están con las defensas bajas.



GRÁFICO N° 22

PRESENCIA DE ANEMIA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL QUILLABAMBA, LA CONVENCION, CUSCO 2015-2018



FUENTE: Ficha de observación aplicada por la investigadora 2019.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En el gráfico se aprecia, 86.7% de los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el servicio de medicina del hospital no presento anemia, el 13.3% presento anemia leve.

Los hallazgos encontrados no son semejantes al estudio de **OTINIANO M.**, en la investigación **“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS ASOCIADAS A LA MORTALIDAD POR VIH-SIDA EN EL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA DURANTE EL PERIODO 2012-2014” LIMA PERÚ 2015**, que encontró 18.4% tuvo anemia crónica.

Se puede deducir que la mayoría de los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA no presenta anemia que es reflejo de los cuidados y cumplimiento de su tratamiento, siendo solo el 13.3% que presenta anemia leve que puede ser el porcentaje que no recibe el tratamiento anti retroviral, es importante el seguimiento para mejorar la cobertura del tratamiento y evitar el contagio del VIH/SIDA.



CONCLUSIONES

1. En cuanto a las características personales de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA el 26.7% sus edades fueron entre 35 a 45 años y 45 a 55 años respectivamente, 60% eran de sexo masculino, 46.7% refiere tener y sin empleo respectivamente, 60% eran convivientes, 80% procedían del distrito de Santa Ana, 53.3% tenían estudios de secundaria, 6.7% sin instrucción, 73.3% manifiesta que la edad de inicio de su vida sexual fue 12 a 18 años, 66.7% refirió tener una sola pareja en este año, 20% no tuvo pareja en el último año y 13.3% 2 parejas, el 100% manifestó ser heterosexuales, 40% siempre usa condón y a veces respectivamente, 20% nunca lo usa, 86.7% nunca uso sustancias nocivas y el 13.3% a veces usa.
2. Las características clínicas de pacientes diagnosticados con VIH/SIDA muestran que el 66.7% manifestó que se contagió de esta enfermedad por vía sexual y 33.3% desconoce, el 46.7% se le diagnóstico fue 30 a 59 años, 33.3% de 19 a 29 años y 20% de 11 a 18 años, el 46.7% tiene de 7 años a más el diagnóstico de la enfermedad, el 20% de 2 a 4 años, 60% se diagnosticaron con la prueba de ELISA y 40% con la prueba rápida. Al 60% la prueba confirmatoria fue el IFI y 40% Wester Blot, 86.7% recibió tratamiento antirretroviral y 13.3% no lo hizo, 73.4% se encuentran en el estadio A, 13.3% en el estadio B y otro 13.3% estadio C, 66.7% no presento coinfección, el 26.6% padece de tuberculosis y 6.7% tienen Hepatitis B, 86.7% no presento otra ITS simultáneamente y solo el 13.3% presento Neiseria Gonorrhoea, 60% presento un estado nutricional normal y 40% presenta delgadez, 86.7% no presento anemia, el 13.3% presento anemia leve.



SUGERENCIAS

AL DIRECTOR REGIONAL DE SALUD CUSCO

- La Dirección Regional de Salud fortalezca la difusión y el barrido de tamizajes en población de riesgo, realizar el seguimiento del cumplimiento del tratamiento de pacientes con VIH/SIDA.

AL DIRECTOR DEL HOSPITAL QUILLABAMBA

- Brindar información continua a la población a través de las medidas de promoción y prevención del sexo seguro y el uso adecuado del condón.
- El personal encargado de la estrategia debe realizar el seguimiento del cumplimiento de los controles y el tratamiento antirretroviral de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA.
- El personal responsable debe fortalecer mejor el seguimiento activo de los contactos de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA así realizar la captación oportuna y el tratamiento temprano.

A LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

- Hacer más estudios relacionados a este tema, también hacer estudios cualitativos sobre nivel de conocimiento y prácticas preventivas en ITS/VIH sida en población joven impartiendo estos resultados de la edad más frecuente del contagio de esta enfermedad.

A LOS PACIENTES

- Que cumplan con las indicaciones dadas por el personal de salud
- Asistan a sus controles de manera puntual y periódica
- Que cumplan con el tratamiento instaurado
- Que tengan presente el uso de condón como medida de prevención en cada encuentro íntimo sexual.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ONUSIDA. Estadísticas Mundiales Sobre el VIH de 2017; 2018 diciembre [fecha de revisión 01 de abril 2019; citado 2019 abril]. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. El VIH en los Estados Unidos 2016. [en línea].; 2016 diciembre [fecha de revisión 24 de abril 2018; citado 2018 abril]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/risk/analsex.html>
3. OPS. VIH-SIDA en América Latina 2019. [en línea].; 2019 marzo [fecha de revisión 25 de abril 2019; citado 2019 abril]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9573:2019-factsheet-hiv-aids&Itemid=40721&lang=es
4. MINSA. Situación actual del VIH en el Perú. [en línea]; setiembre 2018. [fecha de revisión 30 de abril 2019; citado 2019 abril]. Disponible en: <http://www.digemid.minsa.gob.pe/Upload/UpLoaded/PDF/EAccMed/ReunionesTecnicas/PONENCIAS/2018/DIA3/SituacionActualVIH-SIDA.pdf>
5. DIRESA CUSCO. promoción e información para la lucha contra el VIH Sida, DIRESA Cusco Importante campaña de detección, promoción e información para la lucha contra el VIH Sida 2018. [en línea]; diciembre 2018. [fecha de revisión 17 de abril 2019; citado 2019 abril 17]. Disponible en: <http://www.diresacusco.gob.pe/new/archivos/2848>
6. Vera M. Características sociodemográficas, clínicas y conductuales de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH en el Centro Sanitario Sandoval (2007-2012) Madrid 2017. [en línea].; [fecha de revisión 30 de abril 2018; citado 2018 abril 30]. disponible en: <https://eprints.ucm.es/44435/1/T39206.pdf>
7. Da Costa T, Oliveira C, Y Otros. Calidad de vida y personas viviendo con sida: relación con aspectos sociodemográficos y de salud 2011” Brasil 2014. Universidad Federal do Rio de Janeiro – Campus Macaé. Brasil 2017. [en línea].; [fecha de revisión 30 de abril 2018; citado 2018 abril 30]. disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/es_0104-1169-rlae-22-04-00582.pdf
8. Schuelter. F, Pucciii P, Y Otros. Perfil Epidemiológico de Pacientes con HIV Atendidos en el Estado de Santa Catarina, Brasil, Año 2010. Brasil 2013 [en



- línea].; [fecha de revisión 30 de abril 2018; citado 2018 abril 30]. disponible en: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi
9. Benavente B., Características Clínicas Epidemiológicas Asociados a la Supervivencia en Pacientes Portadores de VIH- SIDA en el Hospital Militar Central, Periodo 2007-2014 Lima Perú 2015. [en línea].; [fecha de revisión 30 de abril 2018; citado 2018 abril 30]. disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/983/1/Benavente%20Huam%C3%A1n%2C%20Basilio%20Mart%C3%ADn_2017.pdf
 10. Otiniano M. Características Clínico Epidemiológicas Asociadas a la Mortalidad por VIH-SIDA en el Hospital Guillermo Almenara en el periodo 2012-2014 Lima Perú 2015. [en línea].; [fecha de revisión 30 de abril 2018; citado 2018 abril 30]. disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4032/Otiniano_em.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 11. Hernán H. Características Clínicas Epidemiológicas en Pacientes con VIH/SIDA Fallecidos en el Hospital Regional de Loreto enero 2011 diciembre 2013” Iquitos 2014. [en línea].; [fecha de revisión 30 de abril 2018; citado 2018 abril 30] disponible en: <https://es.scribd.com/document/314822956/TESIS-VIH-FINAL-pdf>
 12. Bonilla A, Vilcapoma P., Características Clínicas, Epidemiológicas e Inmunoserológicas de los Pacientes en Terapia Antiretroviral de Gran Actividad de la Red Asistencial de ESSALUD de Ica 2012 - Universidad Nacional san Luis Gonzaga. Ica, Perú 2013. [en línea].; [fecha de revisión 30 de abril 2018; citado 2018 abril 30] disponible en: <https://es.scribd.com/document/245497589/57-237-1-PB>
 13. Comité Antisida de la Comunidad de Extrameña. Cómo surge esta enfermedad. [en línea]; noviembre 2013. [fecha de revisión 12 de febrero 2019; citado 2019 febrero]. Disponible en: <http://caextremadura.org/vihsida/historia-del-vih>
 14. Frazao. A. Primeros síntomas del VIH y del SIDA. [en línea]; noviembre 2018. [fecha de revisión 12 de febrero 2019; citado 2019 febrero]. Disponible en: <https://www.tuasaude.com/es/primeros-sintomas-del-sida/>
 15. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva. Lima: GRAFICA ÑAÑEZ S.A. 2004



16. Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas. Treinta años del VIH-SIDA: perspectivas desde México. [en línea]; noviembre 2011. [fecha de revisión 25 de noviembre 2018; citado 2018 noviembre]. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/30anosdelvihsida.pdf>
17. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. VIH/SIDA y salud pública. Manual para personal de salud. México 2009. [en línea]. 2018 marzo [fecha de revisión 07 de diciembre 2018; citado 2018 diciembre]. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/normatividad/manual_personal_salud.pdf
18. Lynes D. Adolescencia y las etapas de cambio. Octubre 2012. [en línea]. 2018 marzo [fecha de revisión 07 de diciembre 2018; citado 2018 diciembre]. Disponible en: <https://kidshealth.org/es/teens/sexual-orientation-esp.html>
19. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto Con Infección Por el Virus de La Inmunodeficiencia Humana (VIH). Lima 2018.
20. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Madre-Niño del VIH y La Sífilis. Lima agosto 2014.



ANEXOS