



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

**Estudio de la mortalidad en pacientes con infección por  
el virus de la inmunodeficiencia humana en el Hospital  
Nacional 2 de Mayo 2001 - 2004**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Medicina de Enfermedades  
Infecciosas y Tropicales

**AUTOR**

Christian Teófanos ROJAS CONTRERAS

**ASESOR**

Jaime Salomón ÁLVAREZCANO BERROA

Lima, Perú

2006



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Rojas, C. Estudio de la mortalidad en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en el Hospital Nacional 2 de Mayo 2001 - 2004 [Trabajo de investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2006.

---

## INDICE

Resumen: .....	03
CAPITULO I: DATOS GENERALES: .....	04
CAPITULO II: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO.....	05
1 Planteamiento del Problema: .....	05
2 Hipótesis: .....	07
3 Objetivos de la Investigación: .....	07
4 Justificación e Importancia del Problema: .....	08
CAPITULO III: METODOLOGIA.....	09
5 Tipo de Estudio: .....	09
6 Diseño de Investigación: .....	09
7 Muestra de Estudio: .....	09
8 Variables de Estudio: .....	09
9 Técnica y Método de Trabajo: .....	10
10 Tareas específicas: .....	10
11 Procesamiento y Análisis de datos: .....	11
CAPITULO IV: RESULTADOS: .....	12
CAPITULO V: DISCUSION: .....	29
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES: .....	35
Referencias Bibliográficas: .....	36
Anexo: .....	39

## **RESUMEN**

**OBJETIVO:** El presente estudio tiene por objetivo determinar las principales causas de mortalidad en VIH/SIDA en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante los años 2001 al 2004, igualmente establecer el perfil demográfico y epidemiológico de los pacientes fallecidos, su estado inmunológico, su estadio al diagnóstico y la frecuencia de las enfermedades oportunistas y su relación con la sobrevida.

**METODOLOGIA:** Estudio descriptivo, retrospectivo. Criterio de inclusión: paciente con ELISA para VIH reactivo, pacientes fallecidos en el HNDM entre enero del 2001 a Junio 2004. Criterio de exclusión: Pacientes sin ELISA para VIH reactivo en la historia clínica.

**RESULTADOS:** El 77.6% de los pacientes fueron masculinos, los grupos etareos más afectados fueron de 25 a 34 años, el porcentaje de abandono social fue bajo (6.1%), Solo el 48.5% no tuvo antecedente de Infección de transmisión sexual (ITS), el resto presento Sífilis diagnosticada por serología o ulcera genital (24.9% y 10.7%), 83.3% de los pacientes que reportaron carga viral esta fue mayor de 55000, La ocupación más frecuentemente referida es "Su Casa" con 24.4%, seguido por "comerciante" con 16.2%, los distritos de procedencia más frecuente fueron: Lima 13.5% y San Juan de Lurigancho con 12.6%.

La tendencia sexual predominante fue Heterosexual con 56.8%, seguido por la Bisexual con 25.3%, el antecedente de farmacodependencia solo estuvo presente en 18.3%, la principal vía de transmisión fue la sexual con 86.7%, el motivo para el diagnóstico más frecuente fue "cuadro clínico" 70.3% y el estadio señalado en ese momento fue SIDA en el 60.6% de los casos, siendo las enfermedades indicadoras más frecuentes: Caquexia 51.5% y TBC pulmonar 27.9%, el 53.4% tenía un nivel de CD4 menor de 50.

El 65.9% tuvo profilaxis con cotrimoxazol y solo un 30.2% lo tuvo con isoniacida. El uso de antirretrovirales estuvo restringido al 16% de los pacientes. Las enfermedades más frecuentemente observadas: Diarrea crónica 68.8%, TBC pulmonar 66.2%, Candidiasis oral 37.0%; La sobrevida en pacientes diagnosticados como Infección VIH fue 63.6% hasta 48 meses, mientras que estadio SIDA fue de 58.9% solo 12 meses. Las causas de muerte más frecuente fueron: TBC pulmonar 33%, Meningitis TBC 18% y Criptococosis 15%, perfil semejante en varones, variando en mujeres por la presencia de sepsis 14.5% y diarrea crónica 13.7%.

**CONCLUSIONES:** Aunque el perfil demográfico y epidemiológico se mantiene, la tuberculosis en todas sus formas ha incrementado su relación con el VIH.

**PALABRAS CLAVES:** Virus de la inmunodeficiencia Humana, Mortalidad, Enfermedades Oportunistas.

## **I. DATOS GENERALES:**

### **1.1 Título:**

ESTUDIO DE LA MORTALIDAD EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EL HOSPITAL NACIONAL 2 DE MAYO 2001 – 2,004

### **1.2 Área de investigación:**

Hospital Nacional 2 de Mayo Lima – Perú.

### **1.3 Autor del trabajo:**

Christian Teófanos Rojas Contreras.

Médico Residente de la especialidad de Medicina de Enfermedades Infecciosas y Tropicales.

### **1.4 Asesor:**

Dr. Jaime Álvarezcano Berroa.

Medico Jefe de la Oficina de Epidemiología y Saneamiento Ambiental del Hospital Nacional 2 de Mayo.

### **1.5 Institución:**

Hospital Nacional “Dos de Mayo”

### **1.6 Entidades con las que se coordinará el proyecto:**

- a) Unidad de Post Grado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos
- b) Oficina de Epidemiología y Saneamiento Ambiental del Hospital Nacional Dos de Mayo.

### **1.7 Duración del trabajo:**

Junio a Diciembre del 2005

### **1.8 Palabras claves:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana – Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida – Mortalidad – Enfermedades Oportunistas.

## **II. PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO:**

### 2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

#### 2.1.1 Descripción y antecedentes del problema:

Hasta diciembre del 2003 se han reportado a nivel mundial 40 millones de pacientes con la Infección VIH/SIDA (3), de los cuales 37 millones son adultos y tres millones menores de 15 años. El número de casos nuevos en el año 2003 fue de cinco millones y las defunciones debidas a esta enfermedad para el 2003 fueron de tres millones (15)(21).

El 65% de los casos se han producido en África Subsahariana 13% en Asia meridional y sudoriental, América del Norte 2% y América del Sur 4%. Dentro de los países de América del sur Brasil es el que tiene el mayor número de casos, seguido por Argentina.

Desde 1.983, año en que se reportó por primera vez el primer caso de infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (V.I.H) en el Perú, hasta finales del año 2,004 el MINSA ha reportado un total de 15892 casos de infección VIH y 14600 casos de SIDA (4)(5), haciendo un total de 30492 casos reportados, además se estima en el doble el numero de casos existentes (7) (8).

La distribución geográfica de los casos esta circunscrita predominantemente a grandes ciudades siendo las principales Lima – Callao 11096 casos de SIDA (76%), Ica con 443 casos, Iquitos con 403 casos y Trujillo con 348 casos.

Siendo su distribución más urbana que rural, existen casos en todos los departamentos incluso en zonas alto andinas.

Aún predomina los varones como el grupo mas afectado (80%), a pesar que la razón varón/ mujer a pasado de 14/1 a ser actualmente de 4/1 (1)(2). El grupo etareo más afectado es de 25 - 29 años con 2535 casos, seguido del grupo de 30 - 34 años con 2281 casos. Es importante señalar que el 54% de los casos ocurren en pacientes cuyas edades están comprendidas entre los 20 a 39 años (población económicamente activa).

Siendo una enfermedad mortal, con un tratamiento que recién se aplica en forma amplia en el último año, que el tratamiento TARGA no elimina el riesgo de morir

por la enfermedad, sino que lo disminuye, se hace necesario conocer el perfil de la mortalidad en estos pacientes.

#### 2.1.2 Fundamentos y marco referencial:

- Marco Teórico:

La infección VIH es una enfermedad infecciosa y transmisible por tres vías: Contacto sexual, vertical (perinatal) y por sangre. Es causada por un retrovirus, conocido anteriormente como HTLV III y causante de un tipo de inmunodeficiencia adquirida.

Pertenece al grupo de las enfermedades emergentes y actualmente constituye una pandemia que sigue creciendo con principal énfasis en los países subdesarrollados y en las poblaciones más deprimidas de los mismos.

La infección tiene nueve estadios según la clasificación del CDC, según el cuadro clínico y el nivel de CD4 del paciente (9)(10)(12), fisiopatológicamente la infección se caracteriza por afectar los linfocitos CD4 y otras células con receptores CD4, ingresando a ellas y provocando su destrucción o su inactividad.

Después de la primera viremia cuyas manifestaciones son el cuadro retroviral agudo, la enfermedad aparentemente permanece asintomática o oligosintomática (Linfadenopatía generalizada), pero en realidad se produce una gran replicación viral y la invasión y destrucción de las células CD4.

Al cabo de tres o cuatro años (en los casos evaluados en nuestro país) empiezan aparecer manifestaciones de disminución de la inmunidad (Diarrea crónica, baja de peso, Candida oral, infecciones bacterianas a repetición, onicomicosis en manos o Herpes zona) y cuando el nivel de Linfocitos CD4 está por debajo de 200 se presentan enfermedades oportunistas como: Criptococosis meníngea, Toxoplasmosis cerebral, Diarrea por *Cryptosporidium* o *Isospora belli*, Neumonía por *Neumocistis*, Histoplasmosis, Candidiasis diseminada, Herpes diseminado, Infección por Citomegalovirus; así como manifestaciones neoplásicas como sarcoma de Kaposi, Linfoma no Hodgkin, Linfoma primario de cerebro, Cáncer de cuello uterino, etc (14)(16)

La sobrevivencia en esta etapa (SIDA) en nuestro país era menor de 1 año, antes de la era TARGA, estudios previos han reportado para el periodo 86-99 (2) como causa de muerte (11): sepsis 20%, Tuberculosis pulmonar 16.4%, Tuberculosis extrapulmonar 13.7% y Criptococosis 12%.

### 2.1.3 Formulación del problema:

¿Cual es el perfil epidemiológico de mortalidad en VIH/SIDA en el Hospital Nacional Dos de Mayo?

## 2.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

### 2.2.1 Objetivo General:

- Determinar las principales causas de mortalidad en VIH/SIDA en el Hospital Nacional Dos de Mayo.

### 2.2.2 Objetivos Específicos:

- Conocer el estadio clínico e inmunológico del paciente en el momento del diagnóstico de la infección VIH.
- Determinar el perfil demográfico y epidemiológico de las personas fallecidas.
- Determinar la frecuencia de las Enfermedades Oportunistas y su relación con la supervivencia en las personas fallecidas con VIH/SIDA
- Determinar el porcentaje de uso de profilaxis.

## EVALUACION DEL PROBLEMA

En los países en vías de desarrollo como el nuestro las tasas de morbi-mortalidad aún son elevadas (17)(18)(19) y el tratamiento antiretroviral de gran actividad (TARGA) es muy limitado.

Tanto es así que la primera causa de muerte en el Hospital Nacional Dos de Mayo es la infección VIH/SIDA. Por lo tanto en este trabajo se evaluará el perfil epidemiológico de la mortalidad por VIH/SIDA.

Se ha elegido el Hospital Nacional Dos de Mayo por ser hospital referencial para pacientes con Infección VIH/SIDA, cuya carga de pacientes representa aproximadamente el 25% del total nacional.

## 2.3 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

### 2.3.1 Justificación Teórico – Científica:

La primera causa de muerte en la población adulta (20 a 60 años) en nuestro país es la Infección VIH/SIDA, la inmunodeficiencia severa que presentan los pacientes solo es el factor detonante del perfil clínico de la enfermedad, el cual va a variar según los riesgos a los cuales estén expuestos los pacientes, por lo que el perfil va a variar de país a país e incluso podría variar de una región a otra.

Asimismo, las actividades de prevención de la Estrategia de control de las ITS SIDA pueden afectar el perfil el mismo (P.ej: uso de cotrimoxazol). Por tal motivo se hace necesario establecer los perfiles de la mortalidad de la infección VIH en diferentes periodos de tiempo.

### 2.3.2 Justificación Practica:

La infección VIH/SIDA es una epidemia aun no controlada en nuestro país, que afecta principalmente a la población económicamente activa, que produce importantes trastornos en las estructuras familiares de los afectados.

Que la terapia TARGA a pesar de los esfuerzos no va a poder llegar a todos los pacientes, que la tasa de letalidad va a disminuir pero no desaparecer y que el perfil mortalidad va a ayudar al MINSA para plantear estrategias de manejo de dichos casos.

### III. **METODOLOGÍA:**

3.1 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: El presente es un estudio descriptivo, retrospectivo

3.2 MUESTRA DE ESTUDIO:

Criterios de Inclusión:

Pacientes con Elisa para VIH Reactivo.

Pacientes que fallecieron en el Hospital Dos de Mayo entre enero del 2001 y Junio del 2004.

Criterios de exclusión:

Pacientes sin Elisa para VIH Reactivo en la historia clínica.

3.3 VARIABLE DE ESTUDIO

Se incluyeron las siguientes variables demográficas:

Edad

Sexo

Estado civil

Grado de instrucción

Ocupación

Distrito de Procedencia

Como variables epidemiológicas:

Tendencia sexual

Consumo de drogas

Posible forma de transmisión

Antecedente de ITS

Como variables clínicas:

Motivo del diagnóstico

Estadio clínico al momento del diagnóstico y al fallecimiento  
Estadio inmunológico al inicio y al fallecimiento  
Enfermedades oportunistas y otras enfermedades relacionadas  
Uso de profilaxis con Isoniacida y cotrimoxazol  
Uso de ARV  
Causa de muerte  
Fecha de diagnóstico  
Fecha de fallecimiento  
Tiempo de sobrevivencia

### 3.4 TECNICA Y METODO DE TRABAJO:

Se recolectarán todas las historias de los pacientes con Infección VIH/SIDA fallecidos entre los años 2001 al 2004 en el Hospital Nacional Dos de Mayo, se seleccionarán aquellas que cumplan con los criterios de inclusión y no tengan criterios de exclusión.

Los datos serán recolectados en una ficha de investigación, la cual contiene datos biográficos, epidemiológicos, clínicos y de diagnóstico de los pacientes. La recolección de la información será realizada por un médico infectólogo, el cual codificará la información obtenida, asimismo para las patologías clínicas se usará el CIE 10.

Como el presente trabajo no realiza ningún tipo de procedimiento o intervención en el paciente, no requiere de la elaboración de un consentimiento informado, no obstante para salvaguardar la confidencialidad de la información, la ficha de recolección usa un código de identificación, no mencionado el nombre del paciente.

Se procederá a elaborar una base de datos para el ingreso y análisis de la información.

### 3.5 TAREAS ESPECIFICAS PARA EL LOGRO DE RESULTADOS, RECOLECCION DE DATOS U OTROS:

1. Revisión de todas las historias clínicas de pacientes fallecidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2001 a 2004.
2. Identificación de las historias clínicas de los pacientes con Infección VIH/SIDA y su posterior selección si cumplen los criterios de inclusión y no tienen criterios de exclusión.

3. Recolección de la información de cada historia en una ficha clínico epidemiológica, codificación de los datos.

### 3.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se procederá a la elaboración de una base mediante el programa SPSS 10 (Statistical Package of the Social Sciences), se ingresara la información codificada de las historias clínicas.

Se validara la información mediante la elaboración reportes preliminares, donde se buscaran posibles incongruencias o falta de datos, una vez validados los datos se elaboraran las tablas finales las cuales serán analizadas y en lo posible se obtendrá la significancia estadística de los resultados.

**IV. RESULTADOS:**

La tabla N° 1 presenta los casos de fallecidos por la Infección VIH/SIDA según sexo, correspondiendo el 77.6% a los varones y el 22.4% a las mujeres.

**TABLA N° 1: DEFUNCIONES POR INFECCION VIH/SIDA SEGÚN SEXO  
HNDM 2001 - 04**

SEXO	CASOS	%
M	455	77.6
F	131	22.4
<b>TOTAL</b>	<b>586</b>	<b>100</b>

**TABLA N° 2: DEFUNCIONES POR INFECCION VIH/SIDA SEGÚN GRUPO ETAREO  
HNDM 2001 - 04**

GRUPO ETAREO	CASOS	%
00 - 04	3	0.5
05 - 09	0	0.0
10 - 14	0	0.0
15 - 19	5	0.9
20 - 24	48	8.2
25 - 29	133	22.7
30 - 34	132	22.5
35 - 39	92	15.7
40 - 44	68	11.6
45 - 49	44	7.5
50 - 54	25	4.3
55 - 59	14	2.4
60 - 64	7	1.2
65 a mas	13	2.2
<b>IGNORADOS</b>	<b>2</b>	<b>0.3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>586</b>	<b>100</b>

La Tabla N° 2 nos muestra la distribución de las defunciones por grupo etareo, es necesario señalar que el 72.5% de las mismas se encuentran entre los 25 y 44 años.

**TABLA N° 3: DEFUNCIONES POR INFECCIÓN VIH/SIDA SEGÚN CONDICION DE ABANDONO SOCIAL HNDM 2001 – 04**

<b>ABANDONO SOCIAL</b>	<b>CASOS</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	<b>36</b>	<b>6.1</b>
<b>NO</b>	<b>550</b>	<b>93.9</b>
<b>TOTAL</b>	<b>586</b>	<b>100</b>

Con respecto a la condición de abandono social del paciente fallecido en el HNDM, el 93.9% estuvo acompañado y apoyado por familiares y solo el 6.1% no tuvo apoyo de la familia (Tabla N° 3).

En relación al antecedente de Infección de transmisión sexual, en el 57.7% se obtuvo algún tipo de respuesta y en un 42.3% se ignora este dato. Como se observa en la Tabla N° 4, el 51.5% de los casos tuvo antecedente de una ITS y dentro de estas la Sífilis fue la más frecuentemente mencionada con el 24.9%.

**TABLA N° 4: DEFUNCIONES POR INFECCION VIH/SIDA SEGÚN ANTECEDENTE DE ITS HNDM 2001 - 04**

<b>ANTECEDENTES ITS</b>	<b>CASOS</b>	<b>%</b>
<b>SIFILIS</b>	<b>84</b>	<b>24.9</b>
<b>ULCERA GENITAL</b>	<b>36</b>	<b>10.7</b>
<b>GONORREA</b>	<b>30</b>	<b>8.9</b>
<b>OTROS</b>	<b>24</b>	<b>7.1</b>
<b>NINGUNO</b>	<b>164</b>	<b>48.5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>338</b>	<b>100</b>

En la Tabla N° 5 se puede observar la carga viral obtenida de los pacientes antes del fallecimiento, solo 06 casos (1%), referían este dato. De los casos que si reportan esta información el 83.3% tenían más de 55,000 copias antes de su fallecimiento.

**TABLA N° 5: DEFUNCIONES POR INFECCION VIH/SIDA SEGÚN ANTECEDENTE DE CARGA VIRAL HNDM 2001 - 04**

<b>CARGA VIRAL</b>	<b>CASOS</b>	<b>%</b>
<b>MENOR 55000</b>	<b>1</b>	<b>16.7</b>
<b>MAYOR 55000</b>	<b>5</b>	<b>83.3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

Los grupos ocupacionales se distribuyeron de la siguiente manera (Tabla N° 6): Su casa 24.4%, Comerciante 16.2%, Chofer 7.2%, Obrero 6.8%. que juntos representan el 54.6% de los casos.

**TABLA N° 6: DEFUNCIONES POR INFECCION VIH/SIDA SEGÚN ANTECEDENTE DE OCUPACION HNDM 2001 - 04**

<b>OCUPACION</b>	<b>CASOS</b>	<b>%</b>
<b>SU CASA</b>	<b>143</b>	<b>24.4</b>
<b>COMERCIANTE</b>	<b>95</b>	<b>16.2</b>
<b>CHOFER</b>	<b>42</b>	<b>7.2</b>
<b>OBRAERO</b>	<b>40</b>	<b>6.8</b>
<b>ESTILISTA</b>	<b>26</b>	<b>4.4</b>
<b>DESEMPLEADO</b>	<b>23</b>	<b>3.9</b>
<b>VIGILANTE</b>	<b>20</b>	<b>3.4</b>
<b>EMPLEADO</b>	<b>10</b>	<b>1.7</b>
<b>COBRADOR COMBI</b>	<b>9</b>	<b>1.5</b>
<b>ESTUDIANTE</b>	<b>8</b>	<b>1.4</b>
<b>PINTOR</b>	<b>8</b>	<b>1.4</b>
<b>OTROS</b>	<b>162</b>	<b>27.6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>586</b>	<b>100</b>

Los distritos de donde mayormente proceden los pacientes son (Tabla N° 7): Lima con 13.5%, San Juan de Lurigancho con 12.6%, La Victoria con 10.4% y Villa El salvador con 5.6%.

**TABLA N° 7: DEFUNCIONES POR INFECCION VIH/SIDA SEGÚN ANTECEDENTE DE DISTRITO DE PROCEDENCIA HNDM 2001 - 04**

<b>DISTRITO PROCEDENCIA</b>	<b>CASOS</b>	<b>%</b>
<b>LIMA</b>	<b>79</b>	<b>13.5</b>
<b>SAN JUAN DE LURIGANCHO</b>	<b>74</b>	<b>12.6</b>
<b>LA VICTORIA</b>	<b>61</b>	<b>10.4</b>
<b>VILLA EL SALVADOR</b>	<b>33</b>	<b>5.6</b>
<b>ATE VITARTE</b>	<b>30</b>	<b>5.1</b>
<b>RIMAC</b>	<b>27</b>	<b>4.6</b>
<b>COMAS</b>	<b>25</b>	<b>4.3</b>
<b>EL AGUSTINO</b>	<b>25</b>	<b>4.3</b>
<b>SAN MARTIN DE PORRES</b>	<b>18</b>	<b>3.1</b>
<b>SAN JUAN DE MIRAFLORES</b>	<b>17</b>	<b>2.9</b>
<b>LOS OLIVOS</b>	<b>16</b>	<b>2.7</b>
<b>CHORRILLOS</b>	<b>15</b>	<b>2.6</b>
<b>SURCO</b>	<b>13</b>	<b>2.2</b>
<b>VILLA MARIA DEL TRIUNFO</b>	<b>13</b>	<b>2.2</b>
<b>SANTA ANITA</b>	<b>12</b>	<b>2.0</b>
<b>INDEPENDENCIA</b>	<b>11</b>	<b>1.9</b>
<b>OTROS</b>	<b>117</b>	<b>20.0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>586</b>	<b>100</b>

En relación a la tendencia sexual (Tabla N° 8), la mayor parte pertenece al grupo heterosexual con el 56.8% de los casos, seguido por el grupo de bisexuales con 25.3% y los homosexuales con 17.4%. Solo en tres casos se ignora la tendencia sexual al no estar registrada en la historia.

**TABLA N° 8: DEFUNCIONES POR INFECCION VIH/SIDA SEGÚN ANTECEDENTE DE TENDENCIA SEXUAL HNDM 2001 - 04**

TENDENCIA SEXUAL	CASOS	%
HOMOSEXUAL	102	17.4
HETEROSEXUAL	333	56.8
BISEXUAL	148	25.3
IGNORADO	3	0.5
<b>TOTAL</b>	<b>586</b>	<b>100</b>

Con respecto al antecedente de fármaco dependencia, como puede observarse en la Tabla N° 9 solo el 18.3% registro antecedentes de fármaco dependencia.

**TABLA N° 9: DEFUNCIONES POR INFECCION VIH/SIDA SEGÚN ANTECEDENTE DE FARMACODEPENDENCIA HNDM 2001 - 04**

FARMACO DEPENDENCIA	CASOS	%
SI	107	18.3
NO	479	81.7
<b>TOTAL</b>	<b>586</b>	<b>100</b>

La Tabla N° 10 nos muestra el antecedente de la posible vía de contagio del paciente, la gran mayoría (86.7%) refieren la vía sexual como la principal forma de contagio.

**TABLA N° 10: DEFUNCIONES POR INFECCION VIH/SIDA SEGÚN ANTECEDENTE DE VIA DE CONTAGIO HNDM 2001 - 04**

VIA DE CONTAGIO	CASOS	%
TRANSFUSIÓN	1	0.2
SEXUAL	508	86.7
NO PRECISA	77	13.1
<b>TOTAL</b>	<b>586</b>	<b>100</b>

Con respecto al motivo por el cual lo diagnostican al paciente (Tabla N° 11), el 70.3% de los casos fue por presentar cuadro clínico compatible, generalmente diarrea crónica, baja de peso y candidiasis oral. La segunda causa de diagnóstico es el haber tenido relaciones sexuales con un paciente seropositivo.

**TABLA N° 11: DEFUNCIONES POR INFECCION VIH/SIDA SEGÚN ANTECEDENTE DE MOTIVO DE DIAGNOSTICO HNDM 2001 - 04**

MOTIVO DE DIAGNOSTICO	CASOS	%
CUADRO CLÍNICO	412	70.3
CONTACTO VIH	58	9.9
ELISA VOLUNTARIO	28	4.8
OTROS MOTIVOS	26	4.4
GESTACION	24	4.1
ELISA PREQUIRURGICO	11	1.9
ELISA POR OTRAS ETS	11	1.9
DONANTE SANGRE	7	1.2
DESPISTAJE	7	1.2
VIAJE	2	0.3
<b>TOTAL</b>	<b>586</b>	<b>100</b>

**TABLA N° 12: DEFUNCIONES POR INFECCION VIH/SIDA SEGÚN ANTECEDENTE DE ESTADIO AL DIAGNOSTICO HNDM 2001 - 04**

ESTADIO ENFERMEDAD	CASOS	%
INFECCION VIH	231	39.4
SIDA	355	60.6
<b>TOTAL</b>	<b>586</b>	<b>100</b>

El 60.6% de los casos registrados fueron diagnosticados en estadio SIDA y solo el 39.4% en estadio de Infección VIH (Tabla N° 12).

**TABLA N° 13: DEFUNCIONES POR INFECCION VIH/SIDA SEGÚN ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD INDICADORA DE SIDA AL DIAGNOSTICO HNMD 2001 - 04**

<b>ENFERMEDAD INDICADORA</b>	<b>CASOS</b>	<b>%</b>
<b>CAQUEXIA</b>	<b>183</b>	<b>51.5</b>
<b>TBC PULMONAR</b>	<b>99</b>	<b>27.9</b>
<b>TBC GANGLIONAR</b>	<b>16</b>	<b>4.5</b>
<b>CRUPTOCOCOSIS</b>	<b>14</b>	<b>3.9</b>
<b>TBC MENINGEA</b>	<b>14</b>	<b>3.9</b>
<b>TBC ENTEROPERITONEAL</b>	<b>11</b>	<b>3.1</b>
<b>NEUMONIA NEUMOCISTIS</b>	<b>9</b>	<b>2.5</b>
<b>CANDIDIASIS ESOFAGICA</b>	<b>3</b>	<b>0.8</b>
<b>TOXOPLASMOSIS</b>	<b>3</b>	<b>0.8</b>
<b>CRUPTOSPORIDIASIS</b>	<b>1</b>	<b>0.3</b>
<b>GRANULOMA CEREBRAL</b>	<b>1</b>	<b>0.3</b>
<b>SARCOMA KAPOSI</b>	<b>1</b>	<b>0.3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>355</b>	<b>100</b>

En relación a la enfermedad que determino el diagnostico de SIDA al diagnostico, es necesario recalcar que el 51.5% fue diagnosticado por Caquexia (Tabla N° 13), seguido por la Tuberculosis pulmonar con 27.9%, pero si juntamos todas las formas de Tuberculosis esta representa el 39.4% del total un dato muy importante.

El nivel de CD4 fue dosado solo en el 50% de los casos, de los niveles encontrados en los que si tuvieron recuento de CD4 se puede señalar (Tabla N° 14) que el 53.4% estuvo por debajo de 50 linfocitos y el 38% estuvo entre 51 y 200 CD4, lo que significa que el 91.4% de todos los casos tenia un nivel de CD4 por debajo de 200 y estaban predispuestos a presentar enfermedades severas y oportunistas.

**TABLA N° 14: DEFUNCIONES POR INFECCION VIH/SIDA SEGÚN ANTECEDENTE DE NIVEL DE CD4 HNDM 2001 - 04**

RECuento CD4	CASOS	%
<b>MENOR DE 50</b>	<b>156</b>	<b>53.4</b>
<b>51 A 200</b>	<b>111</b>	<b>38.0</b>
<b>201 A 499</b>	<b>21</b>	<b>7.2</b>
<b>500 A MAS</b>	<b>4</b>	<b>1.4</b>
<b>TOTAL</b>	<b>292</b>	<b>100</b>

El 65.9% de los pacientes registrados recibió cotrimoxazol profiláctico y solo el 34.1% no recibió profilaxis (Tabla N° 15), por lo que la mayoría de los pacientes eran pacientes controlados.

**TABLA N° 15: DEFUNCIONES POR INFECCION VIH/SIDA SEGÚN ANTECEDENTE DE PROFILAXIS CON COTRIMOXAZOL HNDM 2001 - 04**

PROFILAXIS COTRIMOXAZOL	CASOS	%
<b>SI</b>	<b>386</b>	<b>65.9</b>
<b>NO</b>	<b>200</b>	<b>34.1</b>
<b>TOTAL</b>	<b>586</b>	<b>100</b>

**TABLA N° 16: DEFUNCIONES POR INFECCION VIH/SIDA SEGÚN ANTECEDENTE DE PROFILAXIS CON ISONIACIDA HNDM 2001 - 04**

PROFILAXIS ISONIACIDA	CASOS	%
<b>SI</b>	<b>177</b>	<b>30.2</b>
<b>NO</b>	<b>409</b>	<b>69.8</b>
<b>TOTAL</b>	<b>586</b>	<b>100</b>

En relación a la profilaxis con Isoniacida, a diferencia del Cotrimoxazol solo el 30.2% de los casos la recibió (Tabla N° 16), mientras que la gran mayoría (69.8%) no recibió esta profilaxis.

**TABLA N° 17: DEFUNCIONES POR INFECCION VIH/SIDA SEGÚN ANTECEDENTE DE USO ANTIRETROVIRALES HNDM 2001 - 04**

<b>USO ANTIRETROVIRALES</b>	<b>CASOS</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	<b>42</b>	<b>16</b>
<b>NO</b>	<b>220</b>	<b>84</b>
<b>TOTAL</b>	<b>262</b>	<b>100</b>

Del total de historias registradas solo el 45% tiene datos relacionados al uso de antiretrovirales, de los pacientes que si tienen esta información se estableció (Tabla N° 17) que solo el 16% del total recibió terapia antiretroviral en algún momento de su enfermedad, ello no implica que lo haya recibido en la dosis y frecuencia adecuada.

En relación al cuadro clínico que presentaron los pacientes en el transcurso de su enfermedad, se pueden señalar una serie de enfermedades oportunistas y otras de menor frecuencia, pero que se encuentran dentro de la clasificación realizada por el CDC como enfermedades relacionadas a la Infección VIH/SIDA.

Como puede observarse en la Tabla N° 18, la manifestación mas frecuente relacionada a la infección VIH es la diarrea crónica que esta presente en 68.8% de los pacientes, en segundo lugar se encuentra la Tuberculosis Pulmonar con 66.2%, igualmente es importante señalar la alta frecuencia de complicación con tuberculosis extrapulmonar, como puede apreciarse en la tabla señalada son frecuentes la TBC Ganglionar (8.2%), la TBC entero peritoneal (8%), TBC meníngea (6.1%), TBC renal y TBC vertebral (mal de Pott).

Asimismo, son frecuentes la Candidiasis oral con 37% de los casos, la Caquexia en 29.9% de los mismos y el Herpes Zona en 14.5%.

**TABLA Nº 18: DEFUNCIONES POR INFECCION VIH/SIDA SEGÚN ANTECEDENTE DE ENFERMEDADES ASOCIADAS A VIH/SIDA HNDM 2001 - 04**

ENFERMEDADES	CASOS	%
DIARREA CRONICA	403	68.8
TBC PULMONAR	388	66.2
CANDIDIASIS ORAL	217	37.0
CAQUEXIA	175	29.9
HERPES ZONA	85	14.5
CRIPTOCOCOSIS	58	9.9
CRIPTOSPORIDIASIS	50	8.5
TBC GANGLIONAR	48	8.2
TBC ENTEROPERITONEAL	47	8.0
CANDIDIASIS ESOFAGICA	39	6.7
TBC MENINGEA	36	6.1
NEUMONIA NEUMOCISTIS	29	4.9
TOXOPLASMOSIS	20	3.4
INFECCION CMV	16	2.7
SARCOMA KAPOSI	14	2.4
HEPATITIS	13	2.2
NEUMONIA	9	1.5
DEMENCIA VIH	4	0.7
ISOSPORIASIS	4	0.7
TBC RENAL	2	0.3
TBC VERTEBRAL (MAL DE POTT)	1	0.2
HERPES DISEMINADO	1	0.2
TBC PERICARDICA	1	0.2
LEUCOPLASIA VELLOSA	1	0.2
<b>TOTAL</b>	<b>586</b>	<b>100</b>

**TABLA Nº 19: DEFUNCIONES POR INFECCION VIH/SIDA SEGÚN ANTECEDENTE DE OTRAS ENFERMEDADES NO ASOCIADAS A VIH/SIDA HNDM 2001 - 04**

<b>OTRAS ENFERMEDADES</b>	<b>CASOS</b>	<b>%</b>
ARTRITIS REACTIVA	3	0.5
NEUROLUES	3	0.5
BAJA DE PESO	2	0.3
DERMATITIS SEBORREICA	2	0.3
LINFOMA NO HODGKING	2	0.3
SARNA NORUEGA	2	0.3
MOLUSCO CONTAGIOSO	2	0.3
DERMATITIS FOLICULAR	1	0.2
DERMATOMICOSIS	1	0.2
DIABETES MELLITUS	1	0.2
ECTIMA	1	0.2
FISTULA ANAL	1	0.2
GRANULOMA CEREBRAL	1	0.2
HERPES GENITAL	1	0.2
INFECCION URINARIA	1	0.2
ONICOMICOSIS	1	0.2
ACAROSIS	1	0.2
AMEBIASIS	1	0.2
BOCIO	1	0.2
CANCER DE CERVIX	1	0.2
CONVULSION	1	0.2
DIARREA POR MICROSPORIDIUM	1	0.2
LEISHMANIASIS	1	0.2
PANCITOPENIA	1	0.2
<b>TOTAL</b>	<b>586</b>	<b>100</b>

Con respecto a otros diagnósticos no asociados a infección VIH/SIDA (Tabla N° 19), los problemas reumatológicos (artritis reactiva), Neurosífilis, la baja de peso y la Dermatitis Seborreica son las más frecuentes.

**TABLA N° 20: DEFUNCIONES POR INFECCION VIH/SIDA SEGÚN TIEMPO DE SOBREVIDA Y ESTADIO VIH AL DIAGNOSTICO HNDM 2001 - 04**

<b>TIEMPO DE SOBREVIDA</b>	<b>CASOS</b>	<b>%</b>
<b>1 MES</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>2 A 6 MESES</b>	<b>5</b>	<b>2.2</b>
<b>7 A 12 MESES</b>	<b>8</b>	<b>3.5</b>
<b>13 A 24 MESES</b>	<b>35</b>	<b>15.2</b>
<b>25 A 36 MESES</b>	<b>45</b>	<b>19.5</b>
<b>37 A 48 MESES</b>	<b>54</b>	<b>23.4</b>
<b>49 A 60 MESES</b>	<b>28</b>	<b>12.1</b>
<b>61 A 72 MESES</b>	<b>21</b>	<b>9.1</b>
<b>MAS DE 72 MESES</b>	<b>35</b>	<b>15.2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>231</b>	<b>100</b>

La Tabla N° 20 nos muestra el tiempo de supervida en los pacientes con diagnóstico de Infección VIH al inicio de la enfermedad, en ella se puede observar que el 63.6% falleció al cabo de 48 meses, existiendo un 24.3% que tuvo una supervida mayor a los 5 años.

Mientras que en la Tabla N° 21, donde se puede apreciar la supervida en los pacientes que tuvieron el estadio SIDA al momento del diagnóstico, se señala que el 58.9% ya había fallecido antes del primer año de diagnosticado.

Asimismo, es necesario señalar que el 37.7% de los casos con diagnóstico de SIDA al inicio, falleció antes de los 06 meses de diagnosticado. Solo el 2.8% de los casos tuvo una supervida mayor a los 5 años.

**TABLA N° 21: DEFUNCIONES POR INFECCION VIH/SIDA SEGÚN TIEMPO DE SOBREVIVENCIA Y ESTADIO SIDA AL DIAGNOSTICO HNDM 2001 - 04**

<b>TIEMPO DE SOBREVIVENCIA</b>	<b>CASOS</b>	<b>%</b>
<b>1 MES</b>	<b>63</b>	<b>17.7</b>
<b>2 A 6 MESES</b>	<b>71</b>	<b>20.0</b>
<b>7 A 12 MESES</b>	<b>75</b>	<b>21.1</b>
<b>13 A 24 MESES</b>	<b>75</b>	<b>21.1</b>
<b>25 A 36 MESES</b>	<b>43</b>	<b>12.1</b>
<b>37 A 48 MESES</b>	<b>9</b>	<b>2.5</b>
<b>49 A 60 MESES</b>	<b>9</b>	<b>2.5</b>
<b>61 A 72 MESES</b>	<b>5</b>	<b>1.4</b>
<b>MAS DE 72 MESES</b>	<b>5</b>	<b>1.4</b>
<b>TOTAL</b>	<b>355</b>	<b>100</b>

**TABLA N° 22: DEFUNCIONES POR INFECCION VIH/SIDA SEGÚN TIEMPO DE SOBREVIVENCIA HNDM 2001 - 04**

<b>TIEMPO DE SOBREVIVENCIA</b>	<b>CASOS</b>	<b>%</b>
<b>1 MES</b>	<b>63</b>	<b>10.8</b>
<b>2 A 6 MESES</b>	<b>76</b>	<b>13.0</b>
<b>7 A 12 MESES</b>	<b>83</b>	<b>14.2</b>
<b>13 A 24 MESES</b>	<b>110</b>	<b>18.8</b>
<b>25 A 36 MESES</b>	<b>88</b>	<b>15.0</b>
<b>37 A 48 MESES</b>	<b>63</b>	<b>10.8</b>
<b>49 A 60 MESES</b>	<b>37</b>	<b>6.3</b>
<b>61 A 72 MESES</b>	<b>26</b>	<b>4.4</b>
<b>MAS DE 72 MESES</b>	<b>40</b>	<b>6.8</b>
<b>TOTAL</b>	<b>586</b>	<b>100</b>

Como puede apreciarse en la Tabla N° 22 el 56.7% del total de casos registrados, falleció en los dos años siguientes al diagnóstico. Siendo la supervivencia mayor a cinco años de 11.3% del total de casos.

**TABLA N° 23: DEFUNCIONES POR INFECCIÓN VIH/SIDA SEGÚN LUGAR DE FALLECIMIENTO HNDM 2001 - 04**

<b>LUGAR FALLECIMIENTO</b>	<b>CASOS</b>	<b>%</b>
<b>HOSPITAL</b>	<b>474</b>	<b>80.9</b>
<b>DOMICILIO</b>	<b>78</b>	<b>13.3</b>
<b>OTRO</b>	<b>34</b>	<b>5.8</b>
<b>TOTAL</b>	<b>586</b>	<b>100</b>

La Tabla N° 23 nos muestra el lugar donde ocurrió el deceso de los pacientes, el 80.9% ocurrió en el Hospital y un 13.3% se produjo en su domicilio.

A continuación se presentan tres Tablas relacionadas a la causa de muerte de estos pacientes. En primer lugar se muestra la Tabla N° 24 sobre causa de muerte en todos los pacientes con Infección VIH/SIDA, la primera causa de muerte registrada es Tuberculosis Pulmonar que representa el 33% del total de pacientes, seguido por Tuberculosis meningea con 18%, en tercer lugar Criptococosis con 15% y en cuarto lugar la Tuberculosis entero peritoneal con 11%. Como puede verse la Tuberculosis en alguna de sus formas y especialmente la Tuberculosis sistémica es la causa más importante de muerte en pacientes con infección VIH/SIDA.

Con relación a la Tabla N° 25 en la cual se presentan las causas de muerte en los pacientes varones con infección VIH/SIDA (31), la Tuberculosis pulmonar permanece en primer lugar con 32.5%, seguido por la Tuberculosis meningea con 19.3%, la Criptococosis meningea con 16.5% y la Tuberculosis Entero peritoneal con 11.0%. Manteniéndose en este grupo igualmente la Tuberculosis en cualquiera de sus formas y especialmente la Tuberculosis sistémica como la causa más importante de muerte en los pacientes atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante 2001 al 2004.

**TABLA N° 24: DEFUNCIONES POR INFECCION VIH/SIDA SEGÚN CAUSA DE FALLECIMIENTO HNDM 2001 - 04**

DIAGNOSTICO FALLECIMIENTO	CASOS	%
TUBERCULOSIS PULMONAR	196	33
MENINGITIS TUBERCULOSA	104	18
CRIOCOCCOSIS	89	15
TUBERCULOSIS ENTEROPERITONEAL	66	11
SEPSIS	63	11
DIARREA CRÓNICA	51	9
NEUMONIA BACTERIANA	47	8
NEUMONIA NEUMOCISTIS	40	7
TOXOPLASMOSIS	29	5
CAQUEXIA	25	4
CRIOSPORIDIOSIS	19	
SHOCK HIPOVOLEMICO	18	3
TUBERCULOSIS GANGLIONAR	16	3
INFECCIÓN CMV	16	3
SARCOMA KAPOSÍ	11	2
PANCITOPENIA	9	2
DEMENCIA VIH	9	2
TUBERCULOSIS PERICARDICA	3	1
HISTOPLASMOSIS	2	0
ANEMIA	1	
LINFOMA NO HODGKING	1	0
TUMOR HEPATICO	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>586</b>	<b>100</b>

**TABLA Nº 25: DEFUNCIONES POR INFECCION VIH/SIDA EN VARONES SEGÚN DIAGNOSTICO DE FALLECIMIENTO HNDM 2001 - 04**

DIAGNOSTICO FALLECIMIENTO	CASOS	%
TUBERCULOSIS PULMONAR	148	32.5
MENINGITIS TUBERCULOSA	88	19.3
CRIOCOCCOSIS	75	16.5
TUBERCULOSIS ENTEROPERITONEAL	50	11.0
SEPSIS	44	9.7
NEUMONIA NEUMOCISTIS	36	7.9
NEUMONIA BACTERIANA	35	7.7
DIARREA CRÓNICA	33	7.3
TOXOPLASMOSIS	23	5.1
CAQUEXIA	16	3.5
CRIOSPORIDIOSIS	13	2.9
INFECCIÓN CMV	13	2.9
TUBERCULOSIS GANGLIONAR	11	2.4
SARCOMA KAPOSI	11	2.4
SHOCK HIPOVOLEMICO	10	2.2
PANCITOPENIA	4	0.9
DEMENCIA VIH	4	0.9
HISTOPLASMOSIS	2	0.4
TUBERCULOSIS PERICARDICA	2	0.4
LINFOMA NO HODGKING	1	0.2
TUMOR HEPATICO	1	0.2
<b>TOTAL</b>	<b>455</b>	<del>          </del>

**TABLA N° 26: DEFUNCIONES POR INFECCION VIH/SIDA EN MUJERES SEGÚN DIAGNOSTICO DE FALLECIMIENTO HNDM 2001 – 04**

DIAGNOSTICO FALLECIMIENTO	CASOS	%
TUBERCULOSIS PULMONAR	48	36.6
SEPSIS	19	14.5
DIARREA CRÓNICA	18	13.7
MENINGITIS TUBERCULOSA	16	12.2
TUBERCULOSIS ENTEROPERITONEAL	16	12.2
CRUPTOCOCOSIS	14	10.7
NEUMONIA BACTERIANA	12	9.2
CAQUEXIA	9	6.9
SHOCK HIPOVOLEMICO	8	6.1
TOXOPLASMOSIS	6	4.6
CRUPTOSPORIDIOSIS	6	4.6
TUBERCULOSIS GANGLIONAR	5	3.8
PANCITOPENIA	5	3.8
DEMENCIA VIH	5	3.8
NEUMONIA NEUMOCISTIS	4	3.1
INFECCIÓN CMV	3	2.3
ANEMIA	1	0.8
TUBERCULOSIS PERICARDICA	1	0.8
<b>TOTAL</b>	<b>131</b>	

La Tabla N° 26 presenta las causas de muerte en pacientes mujeres con Infección VIH/ SIDA, la primera causa de muerte es la Tuberculosis pulmonar con 36.6%, seguido por la Sepsis con 14.5%, la Diarrea Crónica con 13.7% y la Tuberculosis meníngea con 12.2%. Se mantiene la Tuberculosis pulmonar como la principal causa de muerte, aparecen otras patologías que parecen afectar más a las mujeres que a los varones como son la Sepsis y la Diarrea crónica de etiología a determinar.

## V. DISCUSION

Se revisaron 586 casos de pacientes fallecidos con Infección VIH durante los años 2001 al mes de Junio del 2004 en el Hospital Nacional Dos de Mayo, su distribución a lo largo de los años (159, 171, 168, 88) 2001, 2002, 2003 y 2004, no difieren de lo observado en años anteriores en el mismo establecimiento (143, 162, 172, 87) en los años precedentes (1997, 1998, 1999 y Junio 2000)(1).

En relación a la distribución de los casos por género, se puede observar una variación en relación a los años anteriores, el porcentaje de mujeres fallecidas pasa de 17.4 a 22.4%. (1)(20) Lo que esta en relación con el incremento de los casos en pacientes del sexo femenino.

Con respecto a los grupos etéreos, el 82.1% de los fallecidos fue menor de 44 años, dato muy parecido al hallado en el estudio anterior 84.9%; no obstante hay que recalcar que existe una diferencia con el grupo etareo de 20 a 24 años, cuyo peso en el total de decesos desciende de 16.1 a 8.2% del total (1), lo que representa en valores absolutos una disminución de un 50% en el numero de casos de este grupo.

La mayor edad registrada fue 72 años y la menor 01 año, la edad promedio es 36 años, la mediana es 33 años y la moda es 28 años.

Con relación a la condición social solo el 6.1% esta en condición de abandono social, mientras que la gran mayoría (93.9%) tienen apoyo familiar o de amigos, no existe datos con respecto a esta variable que puedan ser comparados anteriormente.

El antecedente de infección de transmisión sexual previa existe en el 57.7%, cifra mayor a la encontrada por Alvarezcano y Col. (2) En pacientes de infección VIH durante los años 86 al 97 donde se registran porcentajes de 36.8% para ulcera genital, descarga uretral 38%, sífilis 19% y porcentajes del 62 al 81% de negatividad para ITS en relación al 48.5% encontrado en el presente trabajo. Esto puede deberse a una diferencia en la recolección de datos o un cambio en la conducta sexual de los pacientes, en el presente trabajo solo se podía identificar una ITS o el antecedente

de negatividad, no se podía contabilizar antecedentes de múltiples ITS por lo que a pesar que los porcentajes individuales de casos de ITS disminuyen, el porcentaje total se incrementa, a diferencia del trabajo antes señalado en el cual un paciente podía identificar varias ITS, por lo cual a pesar del porcentaje alto de ITS, el porcentaje global de positividad es menor. Otra posibilidad sería que la conducta sexual de estas dos poblaciones ha variado y de tener múltiples ITS han pasado a usar más medidas de protección y solo han tenido un antecedente cada uno.

El antecedente de carga viral obtenido en el presente estudio ha sido escaso, debido a la dificultad para realizarlo en nuestro país en aquella época y al alto costo de la misma en el mismo periodo, sin embargo representa la realidad de la población atendida, la mayoría 83.3% tuvo una carga viral mayor de 55000 copias.

Con respecto al grupo ocupacional, la mayor cantidad menciona de ocupación: su casa (24.4%), comerciante (16.2%), chofer (7.2%), Obrero (6.8%), Estilista (4.4%) y desempleado (3.9%); datos parecidos a los hallados en los estudios previos, donde su casa representa el 29.6%, Obreros 25.8%, Independiente 12%, Comerciantes 11.6%, Chóferes 6.6% y estudiantes 5.5% (1), se observa una variación en dos grupos ocupacionales: Obreros que pasa del 25.8% al 6.8% tal vez por una mayor cobertura de ESSALUD en ese grupo y una disminución en el grupo de estudiantes que pasa de 5.5% a 1.4%.

En relación a los distritos de procedencia de los pacientes fallecidos, dicho perfil se mantiene en relación a años anteriores (1) siendo los más representativos: Lima Cercado, San Juan de Lurigancho, La Victoria, Villa El Salvador, Ate Vitarte y Rimac, representando estas el 51.8% del total de casos.

La Tabla N° 8 muestra la tendencia sexual registrada en los casos, encontrándose que predominan los heterosexuales con 56.8%, en segundo lugar los bisexuales con 25.3% y por último los homosexuales con 17.4%; resultado diferentes a los hallados en otros estudios (2) donde la proporción estaba distribuida de la siguiente manera: heterosexuales 41.6%, bisexuales 30.7% y homosexuales 27.6%, representando tres tercios con un ligero predominio de los heterosexuales. Esta diferencia podría deber-

se a un incremento de la infección en la población general (heterosexual) del país y una disminución en los otros grupos.

Con respecto al antecedente de farmacodependencia, se observa una disminución con relación a años anteriores (2) de 27% a 18.3%, lo que podría indicar también como en el anterior ítem, que la infección esta penetrando cada vez más en población general sin los factores de riesgo que antes se observaban.

Asimismo, la Tabla N° 10 muestra las posibles vías de contagio de los pacientes, siendo la transmisión sexual la más importante, dicho porcentaje coincide con lo reportado por la Estrategia sanitaria y la Oficina General de Epidemiología a nivel Nacional (3)

Los motivos de diagnóstico encontrados en el presente estudio, son similares a los realizados en años anteriores (2), siendo el 70.3% diagnosticado por cuadro clínico, cifra similar a la hallada en los años 86-97 con 70.9%, esto significaría que muy poco se ha hecho para hacer un diagnóstico precoz de los pacientes, lo cual retarda su identificación (y posible mayor tiempo de diseminación) y tratamiento (mayor riesgo de complicaciones y menor sobrevivencia), el contacto sospechoso con persona VIH el segundo motivo de diagnóstico sigue representando el 9.9%, muy parecido al 9.0% encontrado en los años 86-97.

En la variable sobre estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico, si se observan notables diferencias en relación a los estudios anteriores, el 60.6% de los pacientes fue diagnosticado en estadio SIDA contra un 29% en los años 86-97, lo que representa una falta de diagnóstico precoz de los casos, con el subsiguiente empeoramiento del pronóstico, situación que aparentemente existía en el periodo anterior 86-97.

Con respecto a la enfermedad indicadora con la cual se hace diagnóstico de SIDA, más de la mitad fue por caquexia, seguido por TBC pulmonar, si además de esto juntamos todas las formas de TBC (39.4%) hacen un total de 90.9%, que resalta la alta asociación entre Infección VIH y Tuberculosis, muy especialmente en nuestro país.

La variable recuento de CD4, evidencia una realidad muy importante, el 91.4% de los pacientes tuvieron un CD4 menor a 200 y de estos 53.4% tienen menos de 50 CD4 lo que ensombrece su pronóstico y sobrevida aun con el uso de antiretrovirales (22)(23)(24).

La profilaxis con cotrimoxazol es usada en un porcentaje amplio de pacientes (65.9%), lo que evidencia que estos pacientes han sido controlados luego de su diagnóstico en forma frecuente y eran potencialmente buenos adherentes a la terapia TARGA, no existente en aquella época como lo veremos a continuación.

Al contrario de la profilaxis con cotrimoxazol, la profilaxis con Isoniacida ha tenido poca penetración en la población registrada, solo el 30.2% la ha recibido, es necesario resaltar que es requisito para recibir esta profilaxis el no tener el antecedente de Tuberculosis en algún momento de su vida y como hemos visto en los cuadros anteriores, la Tuberculosis es muy frecuente en éstos pacientes.

Igualmente en lo concerniente al uso de antirretrovirales en este grupo de pacientes, solo un 16% los recibió en algún momento de su vida y en alguno de los esquemas de monoterapia, terapia doble o triple.

Con relación al perfil clínico de los pacientes registrados en el presente estudio, la enfermedad que más frecuentemente se reporto fue la diarrea crónica 68.8%, dato similar al encontrado en años anteriores (2), Diarrea crónica 59.67%; lo que si observamos es un incremento en la frecuencia de la presentación de la Tuberculosis pulmonar, de 40.87% en el periodo de 86-97 a 66.2% en el periodo 2001-2004.

Igualmente se observa un incremento de la frecuencia de las Tuberculosis extrapulmonares en dicho periodo, de 17.03% entre los años 86-97 a 23% en los años 2000-04. Reforzando la relación Infección VIH y Tuberculosis. El Herpes Zoster sigue siendo un buen signo precoz para identificar un paciente sospechoso de Infección VIH con una frecuencia de 14.5%, porcentaje parecido al hallado en el periodo anterior de 10.9%.

En el perfil clínico también se incluyeron otras enfermedades no asociadas a la Infección VIH, aunque su porcentaje es bajo hay que señalar por ejemplo que la artritis

reactiva, se hace evidente en este periodo, no existiendo reportes en estudios anteriores. También es necesario señalar que a diferencia de otros estudios donde la anemia tiene una frecuencia importante 27% de los casos, no se reporta en este estudio ya que no se todo este dato de los exámenes de laboratorio de estos pacientes.

Con relación a la sobrevida, en términos generales y según lo esperado, la sobrevida es mayor en los diagnosticados en Estadio VIH que en los diagnosticados en estadio SIDA (63.6% a los 48 meses contra el 58.9% de fallecidos a los 12 meses).

La sobrevida en el Estadio SIDA no tiene diferencias significativas con los años previos (1) 58.9% fallecidos a los 12 meses y 61.5% de fallecidos a los 12 meses en el periodo 1997-2000. Pero si tiene marcada diferencia con la sobrevida en el periodo 86-97 donde el 92% de los pacientes diagnosticados en estadio SIDA fallecían en los primeros 12 meses (2).

Igualmente la mortalidad del primer mes y primer diagnostico para los pacientes en estadio SIDA bajo de 48% para el periodo 86-97 (2) a 17.7% para el periodo 2001-2004. Este resultado estaría reflejando un mayor acceso a las pruebas diagnósticas(32) y al tratamiento de las enfermedades oportunistas que estos pacientes padecen (14)(30).

El 80.9% de los pacientes fallecieron en el hospital, pero un 13.3% lo hizo en su domicilio por indicación medica, dentro de la política de dar una mejor calidad de vida al paciente Terminal con infección VIH y no sometándolo a procedimientos invasivos innecesarios.

En relación a la variable de causa Terminal de muerte de los pacientes VIH/SIDA la Tuberculosis pulmonar representa la causa más importante de muerte con 33%, si a esto le agregamos las Tuberculosis extrapulmonares (Meningitis Tuberculosa 18%, TBC Enteroperitoneal 11%, TBC Ganglionar 3%) vemos la importancia que esta patología tiene en el pronostico y evolución de la Infección VIH. Datos muy parecidos fueron hallados en el periodo 1997-2000 (Tuberculosis pulmonar 29%) (28)(29), pero diferente a lo hallado en los años 86-97 donde la principal causa de muerte fue la

sepsis con 20.2% (2) y la Tuberculosis pulmonar a pesar de ser la segunda causa de muerte solo representaba el 16.4%.

En el presente trabajo la Sepsis representa el 11% de los casos y se encuentra en el quinto lugar de las causas, dato similar al encontrado en los años previos (1) 16.1%, la Criptococosis igualmente se mantiene como una causa importante de muerte (15%), similar al 12.3% hallado entre 1997-2000 y al 12% de los años 1986-97.

Al desglosar la causa Terminal por sexo, se puede observar que en los varones se mantiene el perfil general con la Tuberculosis Pulmonar como primera causa con 32.5% dato diferente al hallado en los años 86-97 donde la primera causa de muerte en varones era la Sepsis con 19.6% y en segundo lugar la Tuberculosis pulmonar con solo 16.1%, habiéndose duplicado en el presente estudio.

En relación a la causa Terminal de muerte en mujeres con Infección VIH la Tuberculosis sigue siendo la primera causa de muerte con 36.6% a diferencia del periodo 86-97 donde solo representaba el 20%, la Sepsis representa la segunda causa de muerte en ellas con 14.5%, lo que representa una baja en su incidencia si se le compara con periodos precedentes (86-97) donde a pesar de ser la primera causa de muerte representaba el 26.7% de los casos.

## **VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:**

Del estudio presentado se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1. El perfil demográfico encontrado es similar al reportado a nivel Nacional (4)(5), con un mayor incremento en el número de mujeres, predominando la tendencia sexual heterosexual y afectando a los grupos etareos de 25 a 34 años(26)(27).
2. El abandono social y el antecedente de farmacodependencia son bajos en este grupo de estudio, pero si es alto el antecedente de ITS 57.7%.
3. Los pacientes proceden no solo de la periferia de Hospital, sino de todo Lima y de provincias del interior del país, reafirmando su condición de Hospital referencial.
4. Los grupos ocupacionales son diversos como “Su casa”, “Comerciante”, “Chofer”, eliminándose la categoría de ocupación de riesgo que antes existía como un factor de riesgo.
5. El diagnóstico se sigue haciendo tardíamente en la etapa SIDA en un alto número de casos 60.6% y en la gran mayoría es el cuadro clínico lo que orienta el diagnóstico.
6. Otro punto que resalta el diagnóstico tardío es el nivel de CD4 que la gran mayoría de pacientes tiene, 50 en el 53.4% y menor de 200 en el 91.4% de los casos.
7. La gran mayoría han sido pacientes por lo menos fidelizados al establecimiento, continuadores y adherentes a las profilaxis de cotrimoxazol o isoniacida.
8. Del mismo modo muy pocos pudieron acceder a tratamiento TARGA por su cuenta, por motivos generalmente económicos, lo cual provoco tratamientos irregulares y con mono o terapia doble y muy pocos con terapia triple.
9. La Tuberculosis se fortalece como la enfermedad más frecuentemente asociada a la Infección VIH/SIDA, no solo en su forma Pulmonar, sino en las variedades extrapulmonares: meníngea, ganglionar, enteroperitoneal, etc.
10. Existe una clara diferencia entre la sobrevida de los pacientes diagnosticados en infección VIH y los diagnosticados en SIDA.

De lo expuesto se puede recomendar que el Ministerio de Salud mediante su estrategia sanitaria de Control y prevención de ITS y SIDA, debería mejorar la detección precoz de pacientes con Infección VIH a fin de mejorar su sobrevida y calidad de vi-

da e igualmente una vez diagnosticado debe asegurarle su ingreso y permanencia en TARGA (22)(23)(24)(25).

### **REFERENCIA BIBLIOGRAFICA**

1. Tarazona A G. Mortalidad Hospitalaria en Pacientes con SIDA (Tesis para optar titulo de especialista) Universidad Mayor de San Marcos. 2002
2. Alvarezcano J S. Perfil clínico epidemiológico de pacientes con Infección VIH/SIDA atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo 1986-97 (Tesis para optar titulo de especialista) Universidad Mayor de San Marcos. 1999
3. Versión original inglesa, UNAIDS/04.45E, diciembre de 2004, *AIDS epidemic update: December 2004*
4. OGE MINSA Situación de la Epidemia VIH/SIDA en el Perú. 2005.
5. OGE MINSA Situación de la Epidemia VIH/SIDA en el Perú. 2004.
6. Patrucco R. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquiridas en el Perú (SIDA), estudios inmunológicos. *Diagnóstico* 1985; 6: 122-24.
7. “Análisis de alternativas para la implementación de un Programa Nacional de Tratamiento Antiretroviral del VIH/SIDA en el Perú” Universidad Cayetano Heredia, Universidad del Pacífico y Acción Internacional para la Salud.
8. Sánchez J, Mazzotti G, Cuellar L, Campos P, Gotuzzo E. SIDA – Epidemiología, Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Infección VIH/SIDA.
9. CDC. USPHS/IDSA Guidelines for Preventing Opportunistic Infections among HIV-Infected Persons. *MMWR* 2002; 51 (No. RR-8).
10. CDC. Guidelines for Using Antiretroviral Agents Among HIV-Infected Adults and Adolescents: Recommendations of the Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV. *MMWR* 2002; 51 (No. RR-7)
11. Arévalo J, Nuñez R, Alvarezcano J, Ñavincopa M, Ticona E. Causas de Mortalidad en pacientes con VIH/SIDA. Congreso Peruano de Infectología. Lima, Perú. 1999.
12. CDC. Revised CDC HIV Classification System and Expanded AIDS Surveillance Definition for Adolescents and Adults. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 1993, 41: RR-17
13. CDC. Sexually Transmitted Disease Treatment Guidelines 2002. *MMWR* 2002; 51 (No. RR-6).
14. Bartlett JG, Gallant JE. *2001-2002 Medical Management of HIV Infection*. 2001, Baltimore, Johns Hopkins University Division of Infectious Diseases.

15. Way P; Stover J: The demographic impact of AIDS on mortality and other demographic measures. Int Conf AIDS. 1998; 12: 943 (abstract N° 43493).
16. Brookmeyer R; Liao JG. The analysis of delays in disease reporting: methods and results for the acquired immunodeficiency syndrome. Am J Epidemiol 1990; 132(2): 355-365.
17. José MV, Olivera J, Serrano O. Survival patterns and time delay of AIDS. Notificación in Mexico. VII International Conference of AIDS. Florence Italia, Jun 16 – 21. Int Conf AIDS 1991; 7(2): 304 (abstract N° W:C: 3035)
18. Rosenberg PS. A simple correction of AIDS surveillance data for reporting delays. J Acquir Immune Defic Syndr 1990; 3: 49 – 54.
19. Conti S; Masocco M; Carchi G; Rezza G; Toccaceli V; Vichi M: Premature mortality in Italy during the first decade of AIDS epidemic: Int Conf AIDS, 1998; 12:1150 (abstract N° 60813)
20. Lernos KR; Valente JG: AIDS impact in Rio de Janeiro State, Brazil. Int Conf AIDS, 1998; 12:1079 (abstract N° 60430)
21. Way P; Stover J: The demographic impact of AIDS: Projecting the impact of AIDS on mortality and other demographic measures. Int Conf AIDS, 1998; 12:943 (abstract N°43493).
22. Hogg RS; Yip B; Heath KV; Craib KJ; Schechter MT; O'Shaughnessy MV; Montaner JS: Decreased morbidity and mortality among HIV+ individuals following initiation of antiretroviral therapy. Conf Retroviruses Opportunistic Infect. 1998. Feb 1-5; 5th: 115 (abstract N° 197).
23. Barkan SE; Leonetti AM; Hopkins SG: Declines in AIDS-related mortality and factors associated with recent AIDS deaths in Seattle-King County, Washington. Natl HIV Prev Conf. 1999 Aug 29 – Sep 1: (abstract N° 660).
24. Palella F; Moorman A; Delaney K; Loveless M; Furer J; Aschman D; Holmberg S. Dramatically declining morbidity and mortality in an ambulatory HIV-infected population. Conf Retroviruses Opportunistic Infect. 1998. Feb 1-5; 5th: 116 (abstract N° 198).
25. Casseb J; Silva GL; Sakita K; Medeiros L: AIDS mortality in adult patients in the last 3 years: decreasing trend from 1995 to 1997 in the Institute of Infectious Diseases “Emílio Ribas” (IIER), Sao Paulo, SP, Brazil. Int Conf AIDS 1998; 12:1107 (abstract N° 60580).
26. Godwing P; Charla SC; Eliot E; Im-Em W; Koithra I: Using morbidity & mortality data to monitor the impact of the epidemic. Int Conf AIDS. 1998; 12:943 (abstract N° 43494).

27. Blanch C, Vall M, Mompert A, et al. Impacto del SIDA en la mortalidad global de Cataluña, 1981-1993. *Med Clín (barc)* 1995; 105:528-531)
28. Tarazona A, Alvarezcano J, García Y, Rojas C. Mortalidad en el departamento de emergencia en un Hospital General. IX Congreso Nacional de Investigación de Salud Pública. Marzo, 2001. Cuernavaca, Morelos, México.
29. Tarazona A, Alvarezcano J , García Y , Rojas C, Pachas P , Ticona E. Causas de atención de emergencia en pacientes con infección VIH/SIDA. IX Congreso Nacional de Investigación de Salud Pública. Marzo, 2001. Cuernavaca, Morelos, México.
30. Feinberg J, Maenza J. Primary Medical Care. In Anderson JR (Ed.) *A Guide to the Clinical Care of Women with HIV*, 2001, Rockville MD: Health Services and Resources Administration:354-359.
31. Kaplan LD, Northfelt DW. Malignancies Associated with AIDS. In Sande MA and Volberding PA (Eds) 1999. *Medical Management of AIDS*, 6 Ed. Philadelphia, WB Saunders, 467-496.
32. Hecht F, Soloway B. Laboratory tests for monitoring HIV infection. *HIV Infection: A Primary Care Approach*. Revised Edition. Waltham: Massachusetts Medical Society. 1993;17

## **ANEXOS**

### 6.1 Definición de Variables:

**Edad:** Se define como la edad registrada en la historia clínica, se indica en años para los mayores de 1 año y en meses para los menores de 1 año.

**Sexo:** Definido como el registrado en la Historia clínica (masculino, femenino), si no se consigna en la historia se colocara ignorado.

**Estado civil:** Definido como el consignado en la Historia Clínica (Soltero, Casado / Conviviente, Viudo, Divorciado/Separado), se consignara “No procede” si es niño menor de 15 años, si no registra en la historia se colocara ignorado.

**Grado de instrucción:** Definido como el registrado en la Historia Clínica (Analfabeto, Primaria, Secundaria, Superior, Universidad), se consignara “No procede” si es niño menor de 3 años, si no registra en la historia se colocara ignorado.

**Ocupación:** Definidas como las registradas en la Historia Clínica (Obrero, Empleado, Comerciante, Profesional independiente, Empresario, Estudiante o desocupado), si no registra en la historia se colocara ignorado.

**Distrito de Procedencia:** Definido como el ultimo distrito de residencia registrado en la Historia Clínica, si no registra en la historia se colocara ignorado.

**Tendencia sexual:** Definido como la registrada en la Historia Clínica (Heterosexual, Homosexual o Bisexual), si no registra en la historia se colocara ignorado.

**Consumo de drogas:** Definido como la registrada en la Historia Clínica (si consume drogas o no, incluye consumo de alcohol), si no registra en la historia se colocara ignorado.

**Posible forma de transmisión:** Definido como la registrada en la Historia Clínica (sexual, sanguínea, usuario de drogas ev o vertical), si no registra en la historia se colocara ignorado.

**Antecedente de ITS:** Definido como la registrada en la Historia Clínica (si o no), se especificara tipo (ulcera genital, descarga uretral, bubón inguinal), solo si existe pruebas diagnosticas en la historia clínica se considerara diagnostico etiológico de las mismas, si no registra en la historia se colocara ignorado.

**Motivo del diagnóstico:** Definido como la registrada en la Historia Clínica (Cuadro clínico, contacto sospechoso, despistaje), si no registra en la historia se colocara ignorado.

**Estadio clínico al momento del diagnóstico y al fallecimiento:** Definido como el estadio obtenido de la valoración de la sintomatología registrada en la Historia Clínica al mo-

mento del diagnóstico y al momento del fallecimiento, se utilizará la clasificación del CDC (estadios A1, A2, A3, B1, B2, B3, C1, C2 y C3 )

**Estadio inmunológico al inicio y al fallecimiento:** Definido como la registrada en la Historia Clínica (nivel de Linfocitos CD4), si no registra en la historia se colocará ignorado.

**Enfermedades oportunistas y otras enfermedades relacionadas:** Definido como la registrada en la Historia Clínica ( Se utilizará la clasificación CIE 10 para las patologías no oportunistas y las patologías registradas como oportunistas en la clasificación del CDC).

**Uso de profilaxis con Isoniacida y cotrimoxazol:** Definido como la registrada en la Historia Clínica (Si o No recibió profilaxis por un tiempo no menos a tres meses), si no registra en la historia se colocará ignorado.

**Uso de AntiRetrovirales:** Definido como la registrada en la Historia Clínica (Si o No recibió terapia antiretroviral al menos con dos medicamentos por un tiempo no menos a seis meses), si no registra en la historia se colocará ignorado.

**Causa de muerte:** : Definido como la registrada en la Historia Clínica ( Se utilizará la clasificación CIE 10 para las patologías no oportunistas y las patologías registradas como oportunistas en la clasificación del CDC).

**Fecha de diagnóstico:** Definido como la registrada en la Historia Clínica (día/mes/año).

**Fecha de fallecimiento:** Definido como la registrada en la Historia Clínica (día/mes/año).

**Tiempo de sobrevivencia:** Dato obtenido al restar la fecha de fallecimiento a la fecha de diagnóstico registrada en la historia clínica, se medirá en meses, para tiempos menores a un mes, se consignará "menos de 1 mes".

## FICHA CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA

“ESTUDIO DE MORTALIDAD EN PACIENTES VIH EN EL HOSPITAL NACIONAL  
DOS DE MAYO LIMA -PERU”

Nº de Historia:

Iniciales del Paciente:

Edad:                      Sexo:                      Ocupación:

Distrito de procedencia:

Fecha de ingreso:

FACTORES DE RIESGO:

Tendencia sexual: 0 Homosexual 1 Heterosexual 2 Bisexual 9 No precisa.

Fármaco dependencia: 0 Si 1 No.

Antecedentes de ETS: 0 Sífilis 1 Úlcera genital 2 Gonorrea 3 Otros 4 Ninguno.

Abandono social: 0 Si 1 No

Forma de contagio: 0 transfusión 1 Sexual 2 No sabe/No precisa.

Fecha de diagnóstico de VIH:

Forma de diagnóstico: 0 ELISA pre-operatorio

1 ELISA voluntario

2 Gestación

3 Contacto

4 Enfermedad

5 Donación de sangre

6 Viaje

7 Rutina

8 ELISA por otra ETS

9 Otra:

Diagnóstico de ingreso (Estadio de la enfermedad en el diagnóstico): 0 Infección VIH

1 SIDA Enfermedad indicadora:

Profilaxis                      Cotrimoxazol: 0 Si 1 No

Isoniacida: 0 Si 1 No.

Enfermedades anteriores al fallecimiento:

1 Tuberculosis pulmonar

2 Toxoplasmosis

3 Criptococosis

4 Herpes Zoster

5 Diarrea crónica

6 Candidiasis oral

7 Sarcoma de Kaposi

8 Hepatitis viral

Recuento de CD4

Carga Viral:

Uso de ARVs: 0 Si 1No

Esquema:

Diagnostico final de fallecimiento:

Lugar de fallecimiento: 0 Hospital 1 Domicilio 2 Otro.

Fecha de fallecimiento: