

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES
FALLECIDOS CON INFECCIÓN VIH**

HOSPITAL SANTA ROSA PIURA 2014 – 2017”

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE

MÉDICO CIRUJANO

AUTORA: MILAGROS LORELAY GUTIERREZ MONTERO

ASESOR: Dr. JORGE CHÁVEZ MEZONES

PIURA – PERÚ

2018



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES

FALLECIDOS CON INFECCIÓN VIH

HOSPITAL SANTA ROSA PIURA 2014 – 2017”

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE

MÉDICO CIRUJANO

PIURA – PERÚ

2018

AGRADECIMIENTO

Ante todo expresar mi gratitud al Padre creador de todo lo existente, por la vida, las oportunidades y el amor inmerecido diariamente. A mis padres Víctor y Milagros, quienes son ejemplo de trabajo, gran esfuerzo y dedicación, por su paciencia y comprensión, sin cuyo apoyo, ésto no habría sido posible. Además a todas aquellas personas que me han acompañado durante este camino y a los que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo.

DEDICATORIA

**EL PRESENTE SE DEDICA A QUIEN POR MUCHOS AÑOS FUE MI MÁS AGRADABLE
COMPAÑÍA, MI ABUELA MARÍA.**

RESUMEN

Objetivo. Determinar características clínico-epidemiológicas de pacientes fallecidos con VIH en el Hospital Santa Rosa Piura, durante el período 2014 - 2017.

Método. Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, con información secundaria obtenida de base de datos del 2014 al 2017 del Hospital Santa Rosa, servicio de Medicina.

Resultados. Se obtuvieron 62 historias clínicas de pacientes fallecidos por VIH en el período descrito, se excluyeron 10 por datos incompletos. Del total (n=52), se encontró que 80.7% (n=42) eran hombres y 19.3% (n=10) mujeres. La mayoría estuvo entre las edades de 18-38 años con 59.9% (n= 31). El 76.9% (n=40) pertenecía a zona urbana. El 75% (n=39) fue heterosexual. El 50% (n=26) eran solteros. Con recuento CD4 <200, hallamos al 71.1% (n=37). Con mayor carga viral (>100000) al 50% (n=26). El 76.92% (n=40) presentó estadio clínico 3. El tiempo de diagnóstico asociado a la mortalidad en éstos pacientes fue entre 1-5 años 71.2% (n=37). El 88.4% (n=46) recibía TARGA. El 63.5% (n=33) presentó como causa de muerte las infecciones, dentro de las cuales el 8.32% (n=16) corresponde a infecciones neurológicas. **Conclusión.** El estudio demostró mayor mortalidad en pacientes con poco tiempo de diagnóstico, mayor carga viral y menor recuento CD4, en su mayoría varones jóvenes heterosexuales, cuya causa más frecuente de muerte fue la infecciosa a predominio neurológico.

Palabras claves: características clínico – epidemiológicas, causa más frecuente de muerte, infección más frecuente.

SUMMARY

OBJECTIVE: Determinate the clinical – epidemiologist characteristics of death patients with HIV infection at Santa Rosa Hospital. 2014-2017.

METHOD: It is an observational, descriptive, retrospective, transversal cohort, with information based on data of 2014-2017 of medicine service.

RESULTS: There where 62 clinical histories of death patients by HIV infection at the described period, 10 were excluded for incomplete information. 80.7% (n= 42) were man, and 19.3% (n=10) were woman. Young people were common to find, ages between 18-38 years old in the 59.9% (n=31). 76.9% (n=40) belonged to the urban zone. 75% (n=39) of this patients were heterosexual and the 50% (n=26) of this were single. with a CD4 counting of <200 were the 71.1% (n=37). Highest viral charge were in 50% (n=26). 76.92% (n=40) were in 3rd clinical stage. In this patients, the mortality was associated to less diagnosed time, it was between 1-5 years, Here we found the 71.2% (n=37). The 88.4% (n=46) had the HAART. The 63.5%(n=33) had infections as death cause, in wich the 48.4% (n=16) represents the neurological ones. **CONCLUSION:** This study has shown that mortality in this patients is associated to less diagnosed time, higher viral charge and less CD4 counting, most of this patients were young man, heterosexual wich most common death cause was the neurological infections.

KEY WORDS: Clinical epidemiologist characteristics, most common death cause, most common infection.

TABLA DE CONTENIDOS

PÁGINAS PRELIMINARES

PORTADA

PÁGINA DE AGRADECIMIENTO

PÁGINA DE DEDICATORIA

RESUMEN.....4

SUMMARY5

TABLA DE CONTENIDOS.....6

I.	INTRODUCCIÓN.....	7
	1.2 Formulación del problema.....	10
	1.3 Justificación del problema.....	10
	1.4 Objetivos.....	10
	Objetivo General.....	10
	Objetivos Específicos.....	10
	1.5 Hipótesis.....	10
	Hipótesis Nula (H0).....	10
	Hipótesis Alternativa (H1).....	10
II.	MATERIAL Y MÉTODO.....	11
	2.1 Diseño de Estudio.....	11
	2.2 Población.....	11
	Población de Estudio.....	11
	2.3 Muestra.....	11
	2.4 Variables y escalas de medición.....	12
	2.5 Definiciones operacionales.....	13
	2.6 Procedimientos y técnicas.....	13
	2.7 Plan de análisis de datos.....	13
	2.8 Aspectos Éticos.....	13
III.	RESULTADOS.....	14
IV.	DISCUSIÓN.....	23
V.	CONCLUSIONES.....	28
VI.	RECOMENDACIONES.....	29
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30
VIII.	ANEXOS.....	32

1. INTRODUCCIÓN

A nivel de América Latina para el 2014, la infección por VIH disminuyó en un 17% y las muertes relacionadas con el SIDA disminuyeron hasta un 31%¹.

Según el Boletín del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades de Octubre del 2017 la situación registrada en el Perú, fue de 109263 casos de infección VIH y 40551 casos de sida, dentro del período Enero 1983 a Octubre 2017. Asimismo, se halla una mayor incidencia de infección por VIH en el sexo masculino que en el femenino, y las edades registradas oscilan entre 18 – 59 años de edad. El 97.5% de la transmisión del VIH es de origen sexual².

En Piura se registró 59 muertes en el año 2013 asociadas a la infección por VIH. El Boletín presenta la estimación desde el año 2010 hasta el 2013, donde las cifras se muestran ondulantes, pero es en el 2004 donde se registra el mayor número, siendo de 157 defunciones en ése año².

Piura se registra en el puesto N°8 de mayor casos a nivel nacional, llegando a tener entre 0-10% de incidencia de toda la población de casos de VIH notificados, registrándose 73 casos desde Enero-Octubre del 2017 y 1 caso de SIDA^{2,3}.

La infección aguda por VIH es la etapa que ocurre inmediatamente luego de la infección por el VIH, y que se caracteriza por una alta carga viral y anticuerpos contra el VIH no detectables. En esta etapa se pueden presentar síntomas o no.⁴

El virus de inmunodeficiencia adquirida es un retrovirus, el cual es un virus ARN que se replica mediante un ADN intermediario dependiente del ADN polimerasa o retrotranscriptasa, proveniente del ARN del virión⁴.

Asimismo, la familia de los retrovirus está dividida en varias subfamilias: *oncoviridae*, *espumaviridae* y los *lentiviridae*, dentro de los cuales se encuentra el subgrupo VIH causante de inmunodeficiencia. Dentro de este subgrupo los que provocan la enfermedad en los seres humanos son el VIH- 1 y 2⁴.

El virus VIH- 1 tiene varios serotipos y se clasifican en 3 grandes grupos: M (*main*), O (*outlier*) y N (New, No M, No O). El primero causa la mayoría de las infecciones registradas a escala mundial y se conocen los serotipos siguientes: A, B, C, D, E, F, G, H, J, K. Por su parte, el VIH-2, por ser de menor circulación mundial, tiene pocos serotipos: A, B, C y E. La fisiopatología de la enfermedad es un punto muy discutido, sin embargo, se mantiene de que la infección por VIH tiene una acción sistémica por los variados efectos que ocasiona sobre las distintas células, tejidos, órganos y sistemas, en forma directa e indirecta, debido a los efectos de la inmunosupresión⁴.

Es el único virus capaz de sintetizar una partícula a partir de una información genética en forma de ARN⁵.

Éste virus infecta células con receptor CD4, en especial a los linfocitos CD4 y los monocitos-macrófagos, lo que trae como consecuencia una depleción lenta y progresiva de dichos linfocitos a causa de la replicación viral dentro de ellos⁶.

La OMS en el 2007 publicó una clasificación clínica e inmunológica de la infección por VIH, donde encontramos 4 estadios, siendo el primero un estadio asintomático y de una linfadenopatía generalizada persistente, el segundo de síntomas leves como infecciones persistentes no severas (respiratorias), pérdida de peso menor del 10% de su basal, úlceras orales recurrentes, erupciones papulares pruriginosas, dermatitis seborreica,

oncomicosis; el tercero de síntomas graves, caracterizado por una pérdida de más del 10% de su peso basal, diarrea idiopática durante un mes, fiebre persistente idiopática durante un mes, candidiasis oral persistente, leucoplasia oral vellosa, TBC pulmonar, infecciones bacterianas graves, Anemia, Bicitopenia o Pancitopenia idiopática, y el cuarto de síntomas avanzados, estableciéndose el síndrome de consunción por VIH, infecciones severas generalizadas o localizadas, TBC extrapulmonar, Sarcoma de Kaposi, infección por CMV o Toxoplasmosis, Neumonía por Pneumocystis y candidiasis esofágica⁷.

Para el diagnóstico de la infección se requieren 2 pruebas rápidas reactivas o Elisa positivas de muestras diferentes, posterior a esto, se realiza la prueba de inmunofluorescencia indirecta, si éste sale reactivo, se confirma positiva la infección, pero si sale indeterminado, se realiza una prueba de inmunoblot, si a su vez, ésta sale indeterminada, se realiza un PCR, al salir éste reactivo, confirmamos la infección⁷.

En el transcurso del año 1996 empezó la nueva era antirretroviral denominada TARGA (terapia antirretroviral de gran actividad) que consiste en la administración combinada de 3 ó 4 fármacos, de tal manera que reduzcan la carga viral, recuperando el número de células CD4+. El TARGA con combinaciones de tres fármacos constituye el tratamiento inicial de elección de la infección crónica por el VIH.

Esto debe incluir 2 inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos o nucleótidos (ITIAN) + 1 inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo (ITINAN) ó 2 ITIAN + 1 inhibidor de la proteasa (IP) potenciado con ritonavir a excepción del nelfinavir. Los esquemas que comprenden 2 ITIAN + 1 ITINAN son en general de posología más simple, lo que facilita la adhesión al tratamiento^{8,9}. Ésta terapia reduce la morbi-mortalidad relacionada a las personas que viven con el VIH y detener futuras transmisiones del mismo. Su temprana iniciación, independiente del recuento de CD4 de cada paciente, potencia el beneficio y puede llegar a salvar vidas^{10,11}.

La OMS recomienda a todos los niños menores de 2 años, el inicio del tratamiento antirretroviral, consiste en dosis fijas de estaduvina, lamiduvina y nevirapina. Para el empleo de éste esquema, hay que tener en cuenta que, si la madre recibió nevirapina durante el embarazo, hay mayores probabilidades de que el virus transmitido al niño ya haya creado resistencia a este medicamento y, por lo tanto, no se recomienda este fármaco a esos lactantes^{12,13}. En el 2013, se evaluó la adherencia al TARGA en el Perú, en pacientes con 4 años de tratamiento y se encontró menor adherencia y más abandono en Lima que en provincias. El no adherirse al tratamiento lleva consigo el aumento de la carga viral, la disminución de los linfocitos CD4, el incremento del riesgo de transmisión de cepas resistentes del virus, el empeoramiento del estado de salud y la calidad de vida del paciente, la reducción de sus posibilidades terapéuticas futuras y la elevación del coste sanitario^{14,15}.

Los fármacos antirretrovirales son drogas que favorecen al paciente clínicamente, sin embargo poseen también efectos adversos indeseables, los cuales ponen en riesgo el cumplimiento de la terapia indicada, poniendo en riesgo la condición del paciente¹⁶. Las reacciones adversas al tratamiento antirretroviral son mucho más frecuentes con el esquema de tratamiento AZT+3TC+EFV. El efavirenz es el antirretroviral con mayores efectos adversos siendo las alteraciones neuropsicológicas las más frecuentes y considerando que el sexo femenino y el menor recuento de linfocitos CD4 aumentan la probabilidad de presentar RAM^{17,18}.

La combinación de zidovudina (AZT), lamivudina más lopinavir/ritonavir o nevirapina es el régimen preferido, este último no debe ser usado de primera línea en mujeres con conteo de linfocitos T CD4+ > 250 células/mm³ debido al riesgo potencial de toxicidad hepática^{19,20}.

Las personas que viven con el virus del VIH que enfrentan dificultades en el tratamiento, por la mala calidad o falta de acceso, pueden manifestar problemas relacionados a la adhesión, lo que aumenta potencialmente el riesgo de transmisión de la enfermedad y la reducción de la carga viral^{21,22}.

En la actualidad existen estudios diagnósticos en pacientes con VIH/SIDA sin tratamiento antirretroviral donde indican que las infecciones oportunistas son las responsables de gran parte de los casos de mortalidad en estos pacientes. Los factores socio culturales pueden afectar el riesgo de contraer la infección por VIH, sin embargo los factores de riesgo del comportamiento para la infección por el VIH difieren por país de origen²³.

Se establece también que hay un incremento de riesgo de fallecimiento debido a enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus en pacientes con infección por VIH. Siendo las enfermedades isquémicas del corazón el 50% de las causas cardiovasculares de fallecimiento.

Otra causa de mortalidad descrita son las infecciones fúngicas invasivas, principalmente en el sistema nervioso central, la neumonía bacteriana o no especificada, infección por micobacterias, principalmente el *Micobacterium Tuberculosis* encontrado en pacientes en estadio clínico 3 y 4, también por *micobacterium avium* en pacientes con CD4 <50 cél/ul, y dentro de las causas no infecciosas como principal neoplasia se encuentra el Sarcoma de Kaposi²³.

Las infecciones oportunistas que se observan generalmente en pacientes con más de 200 células T CD4 son la tuberculosis (TBC), la candidiasis oral y esofágica y la enteritis por *I. belli*; las infecciones oportunistas que se desarrollan por debajo de 200 células CD4 pueden ser además de las anteriores, la neumonía por *Pneumocystis jirovecii*, la toxoplasmosis encefálica, leishmaniosis visceral, micosis regionales (*Histoplasma capsulatum*, *Coccidioides immitis*), la infección por *M. Kansasii* y la enteritis por *Cryptosporidium*. Las infecciones oportunistas que se observan en pacientes con mayor grado de inmunosupresión, con menos de 100 células CD4, pueden ser además de las anteriores, la criptococosis sistémica, infecciones por citomegalovirus (CMV), la leucoencefalopatía Multifocal Progresiva (LMP) y las infecciones por complejo *Mycobacterium avium* (MAC) y *Microsporidium*²⁴.

Aún tenemos por delante el reto de controlar la epidemia de VIH en el país y las tareas pendientes deberán ser asumidas con compromiso para contribuir a disminuir el impacto de la epidemia en nuestra población²⁵.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son las características clínico epidemiológicas de los pacientes fallecidos con VIH en el Hospital Santa Rosa Piura 2014- 2017?

1.3 Justificación del problema

Los comienzos de la infección por VIH se caracterizaron por los efectos de una enfermedad incurable, el miedo, el estigma y la muerte. Sin embargo, el descubrimiento del virus y las vías de transmisión, el desarrollo de los métodos de diagnóstico, y la aparición de los primeros fármacos antirretrovirales contribuyeron a controlar parcialmente la infección y a lograr una progresiva toma de conciencia social. Posteriormente, el desarrollo de fármacos antirretrovirales altamente eficaces, a mediados de la década de 1990, permitió el control del virus en las personas infectadas y a que, progresivamente, la esperanza de vida de las personas que viven con VIH actualmente se aproxime a la de las personas sin VIH.

A nivel nacional existen pocos trabajos de investigación que detallen cuáles son las características clínico – epidemiológicas de los pacientes fallecidos con VIH.

Hay muchas especulaciones, pero son pocas las evidencias acerca de este aspecto.

Es por este motivo que el presente trabajo de investigación resulta de mucha importancia para la sociedad científica local y nacional ya que, a través de él, conoceremos muchas de las características de tipo clínico y epidemiológico que prevalecen en los pacientes que han fallecido con infección por VIH, lo que permitirá tomar las medidas correctivas tanto de promoción y prevención para disminuir progresivamente la tasa de mortalidad que afecta a esta población.

1.4 Objetivos

Objetivos General

- Determinar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes fallecidos con VIH en el Hospital Santa Rosa Piura, durante el período 2014 - 2017.

Objetivos Específicos

- Determinar la mortalidad por VIH según género.
- Determinar la mortalidad por VIH según edad.
- Determinar la mortalidad según procedencia.
- Determinar la mortalidad según opción sexual.
- Determinar la mortalidad según estado civil.
- Determinar la mortalidad por VIH según recuento de CD4.
- Determinar la mortalidad por VIH según número de copias de carga viral.
- Determinar la mortalidad según estado clínico.
- Especificar el tiempo de diagnóstico de infección por VIH de los pacientes fallecidos.
- Comunicar administración de TARGA en pacientes fallecidos con VIH.
- Establecer la causa más frecuente de muerte en pacientes con VIH.
- Establecer comorbilidades presentes en pacientes fallecidos con VIH.
- Determinar la infección más frecuente como causa de muerte en pacientes con VIH.

1.5 Hipótesis

El presente trabajo no presenta hipótesis por ser descriptivo.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 Diseño de estudio: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de fuente de información secundaria, de corte transversal.

2.2 Población:

Población Universo

Está conformada por todos los pacientes fallecidos en el Hospital Santa Rosa durante el período 2014 – 2017.

Población de Estudio

Está conformada por todos los pacientes fallecidos con VIH y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Selección

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes con diagnóstico confirmado de infección por VIH fallecidos durante el periodo 2014 – 2017 en HSRP.
- Pacientes que tienen registro adecuado de datos requeridos en el trabajo en su historia clínica.

Criterios de Exclusión

- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes sin diagnóstico confirmado de infección por VIH.
- Pacientes con diagnóstico confirmado de infección por VIH fallecidos fuera del rango de año del estudio en el HSRP.
- Pacientes con historia clínica incompleta.

2.3 Muestra

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, de fuente de información secundaria, usando los datos recopilados en Historias clínicas de pacientes fallecidos con infección VIH por el servicio de Medicina del Hospital de la Amistad Perú – Corea II-2 entre los años 2014 – 2017. Se excluirán las historias clínicas con datos sin registro.

Marco muestral

Datos de Historias clínicas de pacientes fallecidos con infección VIH del servicio de Medicina del Hospital de la Amistad Perú – Corea II-2 entre los años 2014 – 2017.

Unidad de análisis

Historias clínicas de pacientes con diagnóstico de infección por VIH fallecidos en el período 2014 – 2017 en el HSRP.

Unidad de muestreo

Conjunto de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de infección por VIH fallecidos en el período 2014 – 2017 en el HSRP.

2.4 Variables y escalas de medición
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Instrumento
Variable independiente CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS	Es el conjunto de características, biológicas y socioculturales de un grupo poblacional	Factores sociales y demográficos en los pacientes con diagnóstico de infección por VIH que fallecieron en el período 2014-2017.	Edad	18 a 38 años 39 a 59 años 60 a 80 años >81	Historia clínica
			Género	Masculino Femenino	
CARACTERÍSTICAS CLINICAS	Es el conjunto de características de la infección por VIH.	Datos clínicos asociados a la infección por VIH en pacientes fallecidos por ésta en el período 2014-2017.	Procedencia	Urbano - Rural Rural	Historia clínica
			Opción sexual	Heterosexual Homosexual Bisexual	
			Recuento CD4	<200/mm3 200-349/mm3 350-499/mm3 >500/mm3	
			Carga viral	0-999 1000-9999 10000-99999 >100000	
			Estadío clínico	1 2 3 4	
			Tiempo de diagnóstico	1-5 años 6-10 años 11-15 años >15 años	
			Esquema TARGA	Si No	
			Causa de muerte	Infeciosa Neoplásica Cardiovascular Neurológica Nefrológica Otra	
			Comorbilidad	DM HTA Anemia	
			Tipo de infección	Otras Respiratoria Gastrointestinal Neurológica Otra	

2.5 Definiciones Operacionales

- Recuento CD4: medición de linfocitos que tienen el marcador de superficie CD4 presentes en sangre total y que constituye la principal célula blanco del VIH. Se mide por número de células por microlitro (cél/ μ L)⁷.
- Carga Viral: recuento del número de copias replicadas del VIH circulando en plasma sanguíneo. Se mide en número de copias por mililitro de plasma (copias/mL)⁷.
- TARGA: Es la combinación de tres o más medicamentos antiretrovirales que permite la disminución de la carga viral en sangre hasta niveles indetectables, conduciendo a la recuperación de las personas con infección por VIH⁷.

2.6 Procedimientos y Técnicas

Se obtuvieron 62 historias clínicas, de las cuales se excluyeron 10 por registro incompleto. Se reunió lo requerido en la ficha de datos elaborada.

Las variables son: características clínico – epidemiológicas, pacientes fallecidos con diagnóstico confirmado de infección por VIH. La recolección se realizó en una ficha de elaboración propia auto-aplicada de tipo anónima, se manejó los datos como confidenciales y se asignó un código a cada encuesta. Se generó un proceso de doble digitación en el programa Microsoft Excel (versión 2010 para Windows). Finalmente, se realizó una limpieza de la base de datos, previa al análisis estadístico.

2.7 Plan de análisis de datos

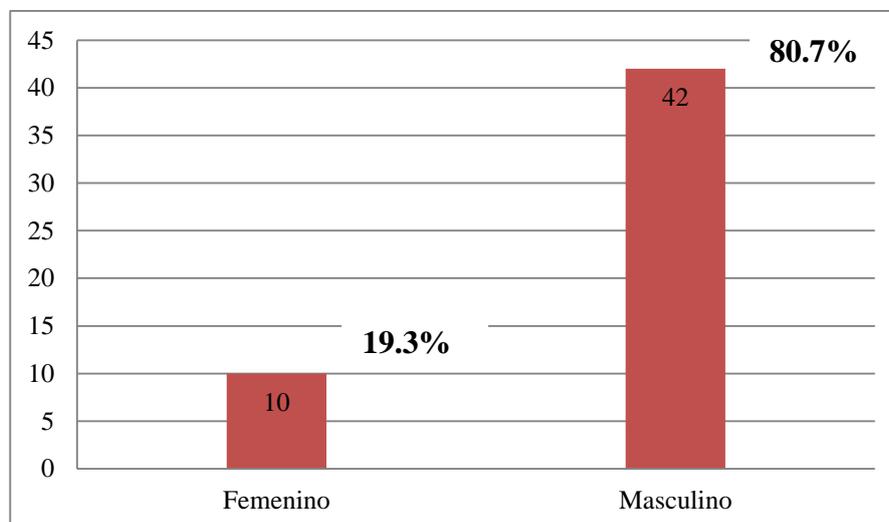
Luego de recolectados los datos, éstos se procesaron por computadora a través del programa Microsoft Excel. Se realizaron medidas descriptivas en frecuencia, porcentajes y promedios, se construyeron tablas simples y de doble entrada, gráficos circulares y de barras. Para el procesamiento de datos se utilizó el software estadístico SPSS version 19.0

2.8 Aspectos Éticos

El principio de beneficencia de nuestra investigación está expresado en la importancia de aportar al conocimiento acerca de ésta patología que es un problema de salud pública. Como se colecta los datos de documentos de la atención de salud recibida de pacientes fallecidos no hay necesidad de su consentimiento informado, aunque si se respetará la confidencialidad de los datos obtenidos protegiendo la identidad de las fuentes tanto de personas como de la institución.

III. RESULTADOS

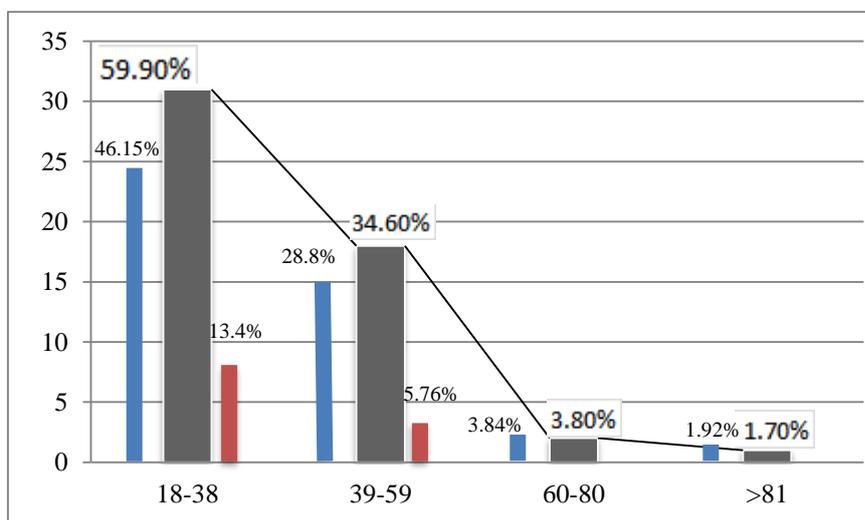
Gráfico N° 01. Mortalidad por VIH según género de los pacientes fallecidos con VIH en el Hospital Santa Rosa Piura, durante el periodo 2014 - 2017.



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la mortalidad, ésta se da en un mayor porcentaje en el género masculino 80.7% (42) versus el 19.3% (10) del género femenino.

Gráfico N° 02. Mortalidad por VIH según edad de los pacientes fallecidos con VIH en el Hospital Santa Rosa Piura, durante el periodo 2014 - 2017.



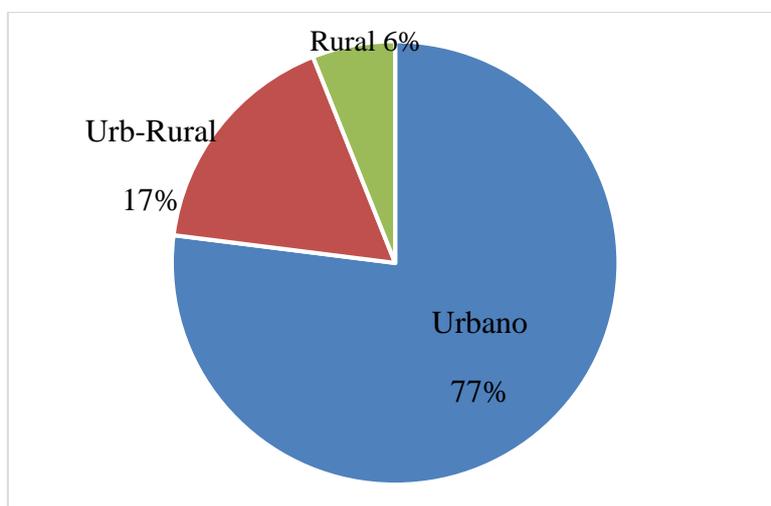
Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la mortalidad aplicada al grupo etáreo se observa un mayor porcentaje (59.9%) entre los 18 a 38 años; a su vez el grupo etario con menor mortalidad (1.7%) se visualiza en pacientes con una edad mayor a los 81 años.

Entre las edades de 18-38 años, hallamos que la mayoría pertenece al género masculino, representada por el 46.15% (n=24), y el género femenino estuvo representado por el

13.4% (n=7), entre los 39-59 años hallamos a 28.8% (n=15) correspondiente al género masculino y al género femenino con 5.76% (n=3); entre las edades de 60-80 años, el género masculino estuvo representado por 3.84% (n=2), y >81 años representado por 1,9% (n=1) de género masculino.

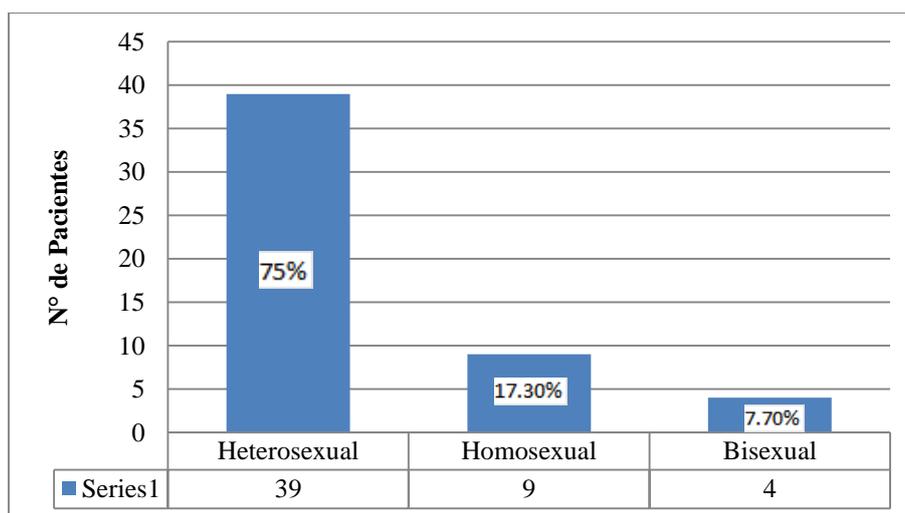
Gráfico N° 03. Características de procedencia en pacientes fallecidos con VIH en el Hospital Santa Rosa Piura, durante el periodo 2014 – 2017.



Fuente: Elaboración propia

Se registró mayor mortalidad en pacientes provenientes de la zona urbana, representada por un 77%, seguido de la zona urbana-rural representada por un 17% y por último la zona rural con un 6%.

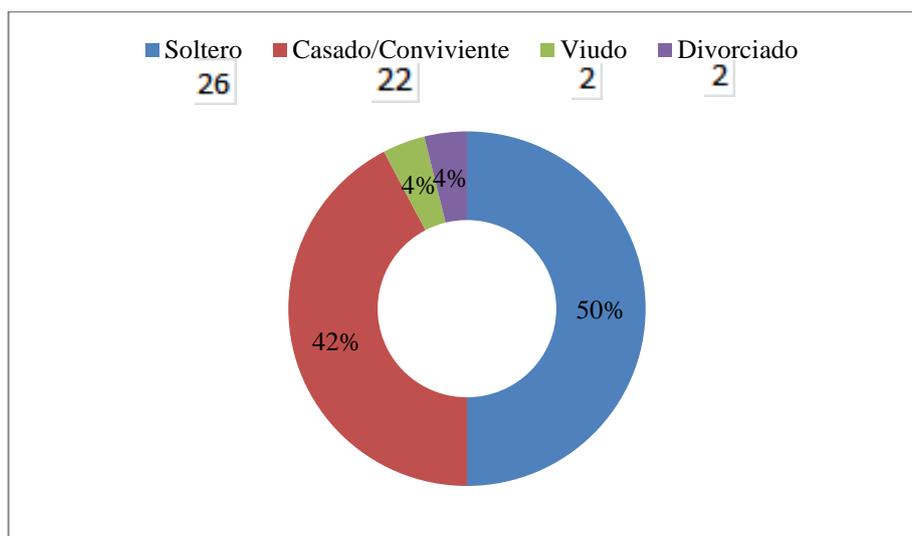
Gráfico N° 04. Características en la Opción Sexual en pacientes fallecidos con VIH en el Hospital Santa Rosa Piura, durante el periodo 2014 – 2017



Fuente: Elaboración propia

La mayoría de los pacientes fue heterosexual, representados por el 75%, seguido de los homosexuales con 17.3% y por último, encontramos a bisexuales con 7.7%.

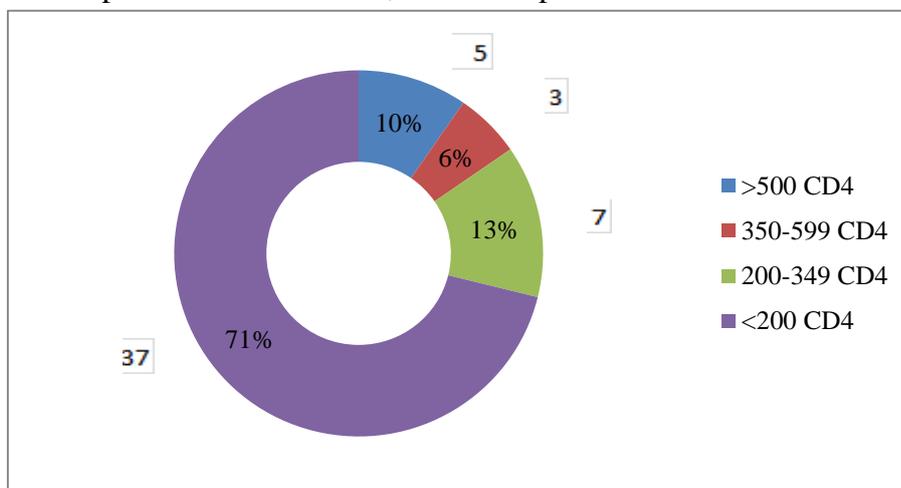
Gráfico N° 05. Características de Estado Civil en pacientes fallecidos con VIH en el Hospital Santa Rosa Piura, durante el periodo 2014 – 2017.



Fuente: Elaboración propia

El 50% de los pacientes se registró como soltero, seguidos de los casados o convivientes que representaron el 42% y por último de forma equitativa con un 4% encontramos aquellos que eran divorciados y viudos.

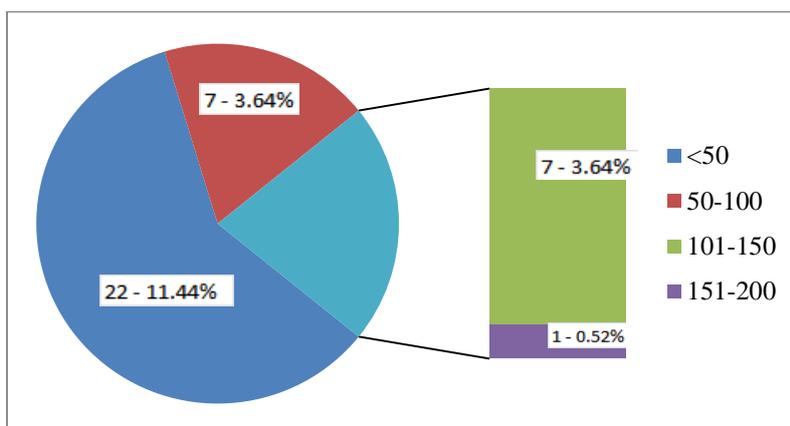
Gráfico N° 06. Mortalidad por VIH según recuento de CD4 de los pacientes fallecidos con VIH en el Hospital Santa Rosa Piura, durante el periodo 2014 - 2017.



Fuente: Elaboración propia

Se visualiza a nivel de recuento de CD4 un porcentaje del 71% en aquellos con un recuento menor a 200 células/mm³ y solamente un 10% de los pacientes poseen un recuento mayor a 500 células/mm³.

Gráfico N° 07. Características del recuento de CD4 < 200 células en pacientes fallecidos con VIH en el Hospital Santa Rosa Piura, durante el período 2014 – 2017.

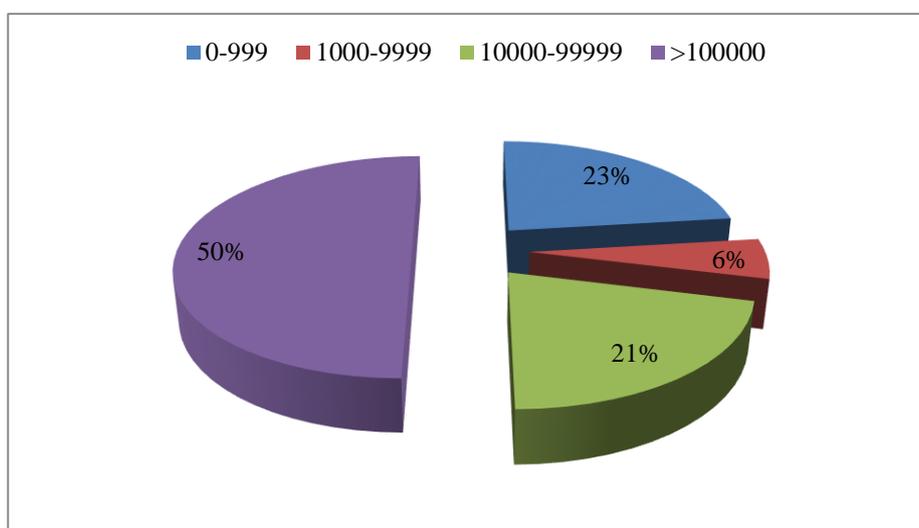


Fuente: Elaboración propia

Aquellos con CD4 < 200 células/mm³ (n=37) fueron agrupados a su vez en aquellos que tuvieron <50 células/mm³ dentro de los cuales se hallaron a 22, representado como el 11.44%, el 3.64% se halló con CD4 entre 50-100 células/mm³ y entre 101-150 células/mm³ y por último entre 151 a 200 células/mm³ hallamos a un 0.52%.

Valores del recuento de CD4 < 200 células/mm³ de pacientes que presentaron falla virológica en pacientes fallecidos con VIH en el Hospital Santa Rosa Piura, durante el periodo 2014 – 2017 fueron: 39 células/mm³, 100 células/mm³, 136 células/mm³, 145 células/mm³, 23 células/mm³.

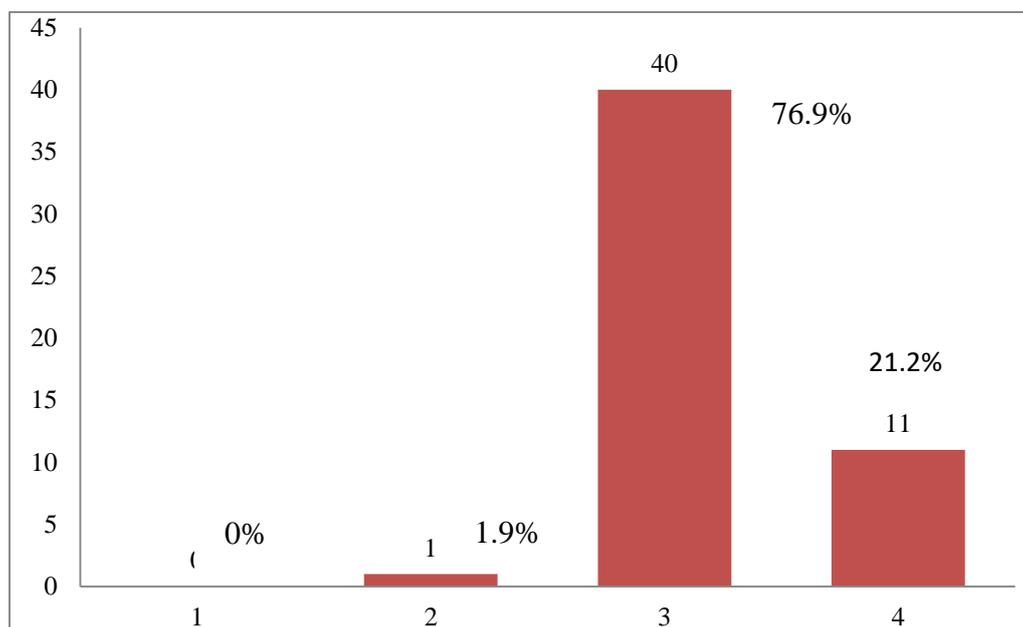
Gráfico 08. Mortalidad por VIH según número de copias de carga viral de los pacientes fallecidos con VIH en el Hospital Santa Rosa Piura, durante el periodo 2014 – 2017.



Fuente: Elaboración propia

El 50% de los pacientes presentó una carga viral superior a las 100000 copias y un 23% presentaba carga viral baja (0-999 copias).

Gráfico 09. Estadío clínico de pacientes fallecidos con VIH según la OMS en el Hospital Santa Rosa Piura, durante el periodo 2014 – 2017.



Fuente: Elaboración propia

Dentro del estadío clínico encontramos que el que más se encontró presente en los pacientes (76.9% de los casos) fue el estadío 3 correspondiente a 40 pacientes, seguido por el estadío 4 en 11 pacientes (21.2%).

Tabla 01. Características de administración de TARGA, Tiempo de Diagnóstico en pacientes fallecidos con VIH en el Hospital Santa Rosa Piura, durante el período 2014 – 2017.

Denominación	N	%
Administración de TARGA		
SI	46	88,5
NO	6	11,5
Tiempo de Diagnóstico		
1 a 5 años	37	71,2
6 a 10 años	13	25
11 a 15 años	2	3,6
>15 años	0	0

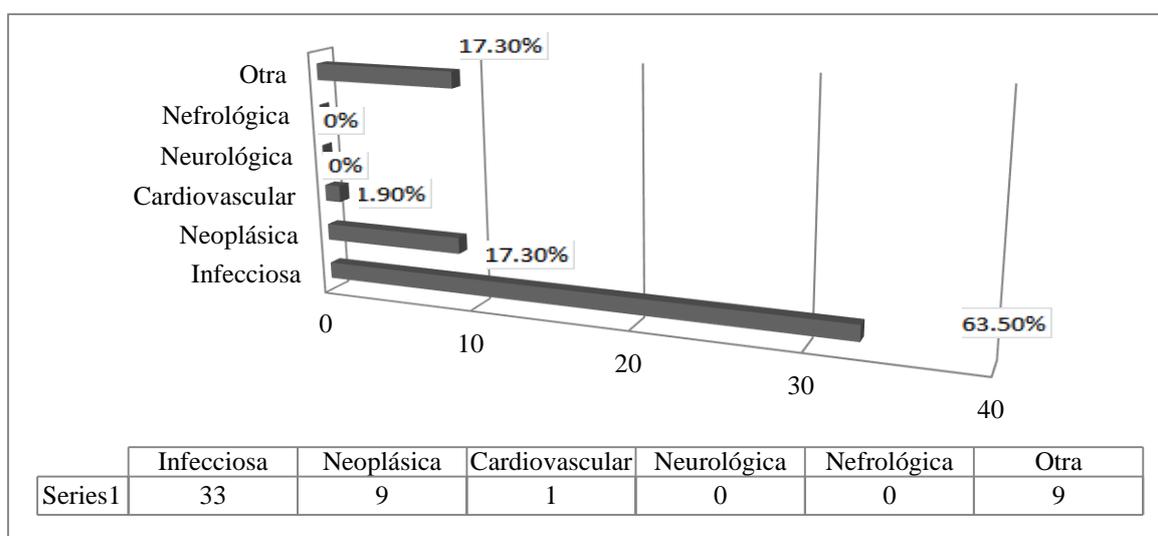
Fuente: Elaboración propia

El 88, 5% de los pacientes estuvo en TARGA y el 71,2% de los pacientes presentaron un tiempo de diagnóstico entre 1 a 5 años y solo el 3,6% el tiempo de diagnóstico fue de 11 a 15 años.

Dentro de los pacientes que se administraba TARGA, hubieron 4 que presentaron reacciones adversas a éste. Se describen los siguientes casos:

- Hipertransaminasemia por esquemas:
ABC/ 3TC/ EFV
DDI+3TC+LPV/RTV
- Hiperlactacidemia por :
D4T+3TC+NVP
- Hipersensibilidad por Abacavir:
ABC+3TC

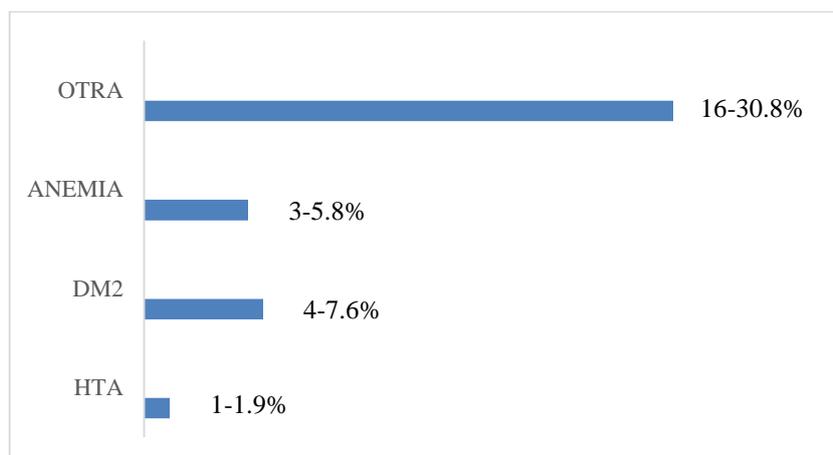
Gráfico 10. Causa más frecuente de muerte en pacientes con VIH en el Hospital Santa Rosa Piura, durante el periodo 2014 - 2017.



Fuente: Elaboración propia

Dentro de las causas más frecuentes de muerte en pacientes con VIH el 63.5% (33) de estos fue por una causa de tipo infecciosa, seguida por aquellas de origen neoplásico 17.3% (9); 1 persona (1.9%) murió por causa cardiovascular. Un 17.3% (9) personas fallecieron debido a otra patología.

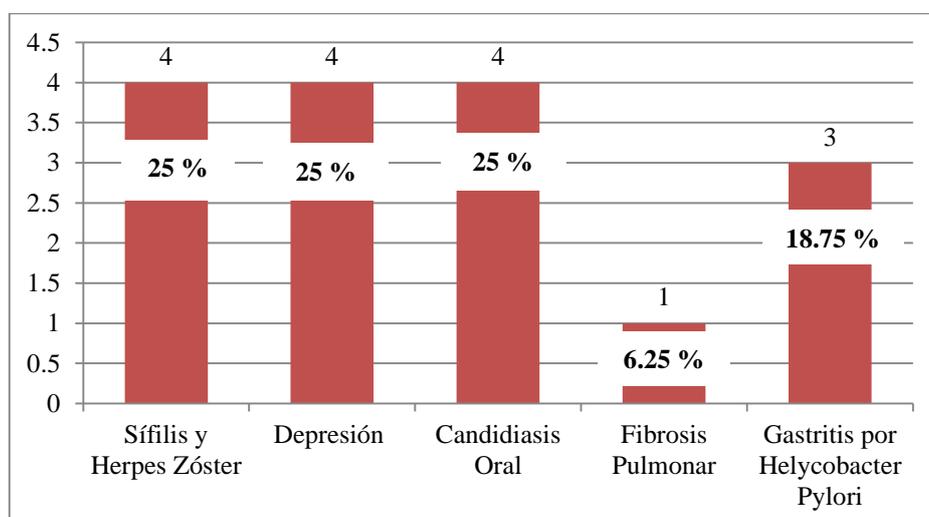
Gráfico N° 11. Características de la principales Comorbilidades en pacientes fallecidos con VIH en el Hospital Santa Rosa Piura, durante el periodo 2014 – 2017



Fuente: Elaboración propia

Dentro de las comorbilidades, encontramos a 7.6% de los pacientes con DM2, con HTA al 1.9%, y a la anemia con un 5.8%. Sin embargo, en su mayoría encontramos otras patologías representadas con un 30.8%.

Gráfico N° 12. Características “Otras Comorbilidades” en los pacientes fallecidos con VIH en el Hospital Santa Rosa Piura, durante el periodo 2014 – 2017



Fuente: Elaboración propia

Dentro del subgrupo de “Otras comorbilidades” encontramos a un 25% de los pacientes, quienes presentaron sífilis y a la vez infección por Herpes Zóster, a su vez otro 25% presentó depresión, registrado en fichas psicológicas y también se registró otro 25% en pacientes con candidiasis oral, en menor porcentaje hallamos a la gastritis por H. Pylori y a la fibrosis pulmonar.

Tabla 02. Características de los pacientes fallecidos con VIH por causas infecciosas en el Hospital Santa Rosa Piura, durante el periodo 2014 – 2017.

Variable	N	%
Neurológicas	16	8.32
Neurotoxoplasmosis	8	4.16
Neurocriptococosis	5	2.6
Meningitis TBC	3	1.56
Respiratorias	12	6.24
TBC Pulmonar MDR	5	2.6
TBC Pulmonar	4	2.08
Neumonía Atípica	1	0.52
Neumonía	2	1.04
Gastrointestinales	3	1.56
TBC intestinal	1	0.52
TBC Biliar	1	0.52
Sepsis foco abdominal/obstrucción intestinal	1	0.52
Sepsis No Filiada	2	1.04

Fuente: Elaboración propia

Dentro de las causas infecciosas de muerte que en total fueron 33, en su mayoría se halló la causa neurológica con 16 pacientes (8.32%), dentro de las cuales se halló como primera causa a la neurotoxoplasmosis con un 4.16%; a la neurocriptococosis con un 2.6% y a la meningitis TBC con un 1.56%. Las infecciones respiratorias fueron representadas con un 6.24%, encabezando éstas la TBC pulmonar, con un 4.68%, del cual 2.6% fue MDR, Neumonía representada con un 1.56%, del cual 0.52% fue neumonía atípica. Dentro de las infecciones gastrointestinales halladas en un 1.56%, encontramos a la TBC intestinal con un 0.52%, TBC biliar con un 0.52% y a un caso de sepsis foco abdominal por obstrucción intestinal con un 0.52%. Otros casos de sepsis no filiadas se hallaron en un 1.04%.

Tabla 03. Características de los pacientes fallecidos con VIH por causas no infecciosas en el Hospital Santa Rosa Piura, durante el periodo 2014 – 2017.

Variable	N	%
Enf. Neoplásicas	9	4.68
Sd. Linfoproliferativo	1	0.52
Linfoma Cerebral	1	0.52
NM Colon	2	1.04
NM Hepático	1	0.52
Sarcoma de Kaposi Cutáneo	4	2.08
Cardiovascular	1	0.52
ICC Descompensada	1	0.52
Gastrointestinales	6	3.12
Hemorragia Digestiva Baja	2	1.04
Hemorragia Digestiva Alta	4	2.08
Neurológica	3	1.56
ACV Isquémico	3	1.56

Fuente: Elaboración propia

En relación a las causas de muerte no infecciosas, hallamos a las Enf. Neoplásicas con un 4.68%, dentro de las cuales el sarcoma de Kaposi cutáneo es el más frecuente, luego tenemos con un 1.04% al NM colon y al linfoma cerebral y al Sd. Linfoproliferativo con 0.52%. Dentro de la causa cardiovascular un paciente presentó ICC descompensada. Un 1.04% falleció con HDB y un 2.08% falleció con HDA, como causas gastrointestinales. Y un 1.56% falleció de ACV isquémico, como causa neurológica.

IV. DISCUSIÓN

Los datos del SIDA en la actualidad siguen siendo alarmantes. Esta infección fue ignorada por mucho tiempo, hasta los primeros reportes de pacientes inmunodeprimidos que presentaban enfermedades catalogadas como oportunistas en el año 1981. Casi 40 años después, pese a las medidas, hallamos 35 millones de fallecidos en los reportes necrológicos. Aunque hoy en día conocemos más acerca de este virus, las formas de transmisión, signos y síntomas, pruebas diagnósticas y tratamiento; muchas personas a nivel mundial, aproximadamente el 40%, desconoce que está infectada.

En el Perú viven alrededor de 70,000 personas con VIH, de este grupo, una de cada cuatro personas (alrededor de 16,250) desconocen su infección. El Ministerio de Salud indica que solo en el 2016 ocurrieron cerca de 2,700 nuevas infecciones en el país, por lo que es necesario que la población se informe respecto a cómo se adquiere el virus. Más aún, considerando que la infección por VIH es asintomática durante los primeros años de adquirido y sólo se manifiesta en una etapa avanzada.

Este estudio ha sido realizado con la finalidad de conocer cuáles son las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con VIH que han fallecido en el Hospital Santa Rosa – Piura, en el período 2014 – 2017.

Dentro de estas características tenemos el género, la edad, su procedencia, el tiempo de diagnóstico, la causa de fallecimiento, recuento de CD4, carga viral, etc

Así, cabe mencionar los siguientes hallazgos.

En lo que respecta al género, el sexo masculino representa el 80.7 % de los fallecidos en comparación al 19.3% del sexo femenino. Nuestro hallazgo guarda relación con lo reportado por Otiniano Espinoza quien en su trabajo evaluando pacientes del Hospital Almenara Irigoyen en su estudio clínico epidemiológico entre los años 2012-2014 registró que de los fallecidos con VIH, el 89.5% fueron hombres y el 10.5% mujeres y lo reportado por Montalvo y col, quienes realizaron en su estudio “Mortalidad en pacientes con infección por VIH/SIDA en tratamiento antirretroviral en Huancayo, Perú 2008-2015” en el Hospital Daniel Alcides Carrión-Huancayo manifiestan que de los fallecidos por VIH el 78.8% corresponde a varones y el restante 21.2% a mujeres.

La ONUSIDA en el día mundial del SIDA, el 1 de Diciembre del 2017, manifestó que es menos probable que los hombres se hagan la prueba del VIH o accedan a la terapia antirretroviral y, por lo tanto, tienen más probabilidades de morir de enfermedades relacionadas con el SIDA que las mujeres.

En todo el mundo, menos de la mitad de los hombres con VIH reciben tratamiento, en comparación con el 60 % de las mujeres. Los hombres también son más propensos que las mujeres a comenzar el tratamiento tarde, interrumpirlo, o no dar seguimiento después del tratamiento.

El grupo etáreo con mayor prevalencia corresponde al comprendido entre los 18 – 38 años de edad, con 59.90%. Este hallazgo guarda relación con lo presentado por Montalvo y col quienes manifiestan que el 66.7% de fallecidos eran menores de 40 años de edad. Por otro lado, Otiniano manifiesta que el grupo prevalente está entre los 45 y 59 años, con el 39.5%.

Según ONUSIDA, la edad más común entre las personas contagiadas está entre los 20 y 24 años de edad, aunque hay casos de personas que se infectan a los 60 años.

Los avances farmacológicos contra el HIV provocaron que la enfermedad deje de estar asociada a la muerte. Pero como contrapartida, llevó a que las personas "relajen" las medidas de prevención, como consecuencia de perderle el miedo.

A tal punto la gente dejó de temerle a la transmisión, que sólo dos de cada diez personas manifestaron usar siempre el preservativo en sus relaciones sexuales. Ese dato surge de una encuesta reciente de AHF Argentina que reveló además que el 50.4% lo usa "a veces" y un 28.3% "nunca". Además, la causa del 90% de los nuevos casos de VIH es por mantener encuentros íntimos sin utilizar protección.

En el presente estudio se encontró mayor población procedente de la zona urbana con un 76.9%, siendo su mayoría pacientes del Distrito de Piura, sin embargo, es de tener en cuenta que el Hospital Santa Rosa es un Hospital de referencia de 5 provincias de Piura, y en éstas, si bien el registro es mínimo, se debe evaluar a las poblaciones en general y determinar factores de riesgo que propensen a contraer dicha infección.

El 75% de la población estudiada fue heterosexual, a diferencia del trabajo realizado por Otiniano, en el que se encontró mayor prevalencia de pacientes homosexuales y bisexuales. En nuestra realidad, posterior a los heterosexuales, se encuentra a los homosexuales con 17.3% y bisexuales solo se halló a un 7.7%.

Es cierto que los hombres homosexuales tienen 24 veces más probabilidades de contraer el VIH que los hombres heterosexuales.

Estas personas son las que corren mayor riesgo de contraer la infección por VIH, pero también son quienes menos probabilidades tienen de acceder a los servicios de prevención, detección y tratamiento del VIH.

En la mayoría de estudios revisados el grupo de homosexuales siempre predominó sobre los heterosexuales y bisexuales.

La explicación que puedo interpretar en relación con los hallazgos de mi trabajo es que, por la característica de "sociedad machista", es muy difícil para los hombres reconocer su homosexualidad. Muchos de los datos que se registran en la historia clínica son los proporcionados por los propios pacientes, por ende, si estos dan información falsa, quedará consignada de esta manera.

Asimismo, el 50% de los pacientes fueron solteros, y sin mucha distancia el 42.3% fueron casados o convivientes. En el trabajo de Otiniano se halló una estrecha relación entre los que eran solteros como heterosexuales y los casados como bisexuales, en este estudio dicha relación porcentual no fue representativa.

Los niveles de CD4 permiten evaluar al paciente según estadio clínico, además de que, a menor nivel, mayor será la incidencia de infecciones oportunistas. El 71.1% de los pacientes presentó $<200 \text{ cel/mm}^3$, seguido de un 13.4% pacientes con CD4 de 200-349 cél/mm^3 , luego están los que presentaban un CD4 $>500 \text{ cél/mm}^3$ con un 5.7%. Éstos datos concuerdan con Vela Fachin quien realizó el estudio en el Hospital Regional de Loreto entre los años 2011-2013 con respecto a datos epidemiológicos de pacientes fallecidos con VIH, encontrando que el 75 % presentaban un CD4 $< 200 \text{ cél/mm}^3$, luego están los

que tenían de 200 a 499 cél/ mm³ que representaban el 21,9% y por último el 3% que presentaban un CD4 > 500 cél/ mm³.

La mayoría de las infecciones oportunistas que amenazan la vida ocurren cuando el recuento de CD4 es inferior a 200 células/mm³, éste rango se conoce como una severa inmunosupresión según la clasificación de la OMS de estadíos inmunológicos de infección VIH.

Del total de 37 pacientes con CD4<200 cél/mm³, 22 pacientes estuvieron en el rango de <50 cél/mm³ a esto puede estar asociado su mortalidad, debido a infecciones oportunistas, las cuales son la causa más común de muerte en personas con VIH / SIDA.

El 50% de los pacientes presentó una carga viral >100000 copias/mL, luego con un 23,2% se halló a pacientes con CV de 0-999 copias/mL. Ésto coincide con Vela Fachin, ya que se registró la relación entre a mayor carga viral, mayor mortalidad.

El grupo de trabajo sobre tratamientos del VIH (gTt-VIH) hace referencia a un estudio estadounidense publicado en AIDS en Julio del 2017 “Tener carga viral detectable de forma continuada a los 6 meses de iniciar el tratamiento aumentaría la mortalidad”, el cual ha concluido que tener una carga viral de entre 400 y 999 copias/mL a los seis meses de iniciar el tratamiento antirretroviral se relacionaría con un riesgo de fallecer dentro de los siguientes 10 años del 20%.

En comparación con las personas con carga viral indetectable, las personas con una carga viral de 999 copias/mL a los seis meses de iniciar el tratamiento presentaron un mayor riesgo de fallecer en los siguientes 10 años.

El hecho de tener carga viral detectable, aunque sea un nivel bajo, cuando ya se llevan 6 meses o más de tratamiento suele relacionarse con la existencia de VIH con mutaciones de resistencia a uno o varios de los antirretrovirales que componen la terapia, lo que compromete las futuras opciones de tratamiento seleccionables e incrementa el riesgo de padecer diversas enfermedades relacionadas con el VIH.

El estadío 3 se halló en el 76.9% de los pacientes, caracterizado en su mayoría por las infecciones oportunistas presentes en estos pacientes. Según la OMS la infección por VIH presenta cuatro estadíos (1,2,3 y 4) basados en características clínicas. En los trabajos de Vela Fachin y Montalvo, se registran que la mayoría de éstos pacientes se encontró en el mismo estadío.

El tiempo de diagnóstico más frecuente se halló entre 1 a 5 años, con 71.2% de los pacientes, seguido por un 25% con diagnóstico entre 6 a 10 años y por último con 3.6% de 11 a 15 años. No se hallaron pacientes con más de 15 años, esta mortalidad la vemos relacionada al diagnóstico tardío de los pacientes. Otiniano también registra un tiempo de diagnóstico menor de 5 años en la mayoría de pacientes; esto puede ser debido a que la población no es consciente aún de la enfermedad y quizá por temor al rechazo de la sociedad, su evaluación inicial fue tardía.

El 88.4% de los pacientes recibió TARGA en los últimos 6 meses de vida y un 11.6% no recibió, este hallazgo se relaciona con el de Otiniano, en cuyo trabajo se registran 52.6% de pacientes que recibieron TARGA y un 31.6% que no recibieron. El registro trata de la administración del tratamiento en los últimos 6 meses, sin embargo, algunos pacientes presentaron falla virológica. Aquellos pacientes representan el 9.61% del total de la muestra.

El 63.5% de los pacientes fallecieron por causa infecciosa, dentro de la cual el 30.8% representó a las neurológicas, dentro de ellas la más frecuente fue la neurotoxoplasmosis con 50%, luego tenemos a la neurocriptococosis con 30% y con 20% a la meningitis tuberculosa. En segundo lugar, dentro de las infecciosas, tenemos la causa respiratoria con 23.1%, siendo la mayoría casos de TBC pulmonar y en segundo lugar la Neumonía. En tercer lugar, tenemos a la causa gastrointestinal donde hallamos TBC biliar, TBC intestinal y una sepsis foco abdominal por obstrucción intestinal. Como vemos las causas infecciosas son provocadas por agentes oportunistas. Sin embargo, pese al tratamiento que pudieron haber seguido los pacientes, según el registro de las historias clínicas, en el caso de la neurocriptococosis, no se llegó a prescribir en 3 de los 5 casos registrados la anfotericina B, ésto debido a que el Hospital en donde se realizó el estudio no cuenta con éste medicamento, por lo que dentro de la prescripción estaba el fluconazol de 400 mg ev, pero cuyas dosis no llegaron a completarse, ya que el medicamento tampoco está disponible en el hospital, pero es más accesible a adquirir en otras farmacias. Aquellos con prescripción de anfotericina B, demoraron en conseguirla, a través de DIRESA, ya que ésto implica una gestión administrativa por parte del Hospital y la entidad que entrega éste medicamento. Y dentro de las pocas dosis que fueron administradas, se tuvieron efectos adversos como trastornos ácido base, principalmente el registrado es la hipokalemia severa.

Esto último se relacionó con el hallazgo de Vela Fachin donde se clasificaron los principales diagnósticos de fallecimiento según sistemas: en lo que respecta a las enfermedades del SNC, se encontró que la neurotoxoplasmosis (10.3%) fue la enfermedad más común como diagnóstico de fallecimiento en este grupo, seguido por la meningoencefalitis (5.2%). En lo que se refiere a las enfermedades del sistema respiratorio se encontró que la TBC (12.1%), tuvo la misma cantidad de casos que la neumonía (12.1%).

Como segunda causa de muerte tenemos las enfermedades neoplásicas con un 9% del total, dentro de las que encontramos principalmente al Sarcoma de Kaposi cutáneo, NM de colon, Sd. Linfoproliferativo, NM hepático y Linfoma cerebral. Según el artículo de la infección por VIH en el mundo actual publicado en 2014 por Lamotte Castillo, se registró que la inmunodeficiencia está asociada al desarrollo de neoplasias.

También se hallaron causas gastrointestinales como Hemorragia digestiva baja y alta, lamentablemente, en éstos pacientes no se llegaron a tener estudios endoscópicos, y fallecieron por el sangrado masivo. Probablemente, tuvieron alguna infección oportunista intestinal que pudo haber causado éstas.

Dentro de las comorbilidades que presentó éste grupo de pacientes, un 7.7% encontramos a la DM2, con un 1.9% encontramos a la HTA, entre otras, están como más frecuente a las infecciones oportunistas como Herpes Zóster, Sífilis, candidiasis oral, fibrosis pulmonar y gastritis por H. Pylori. En el trabajo de Vela Fachin, se correlaciona la presencia de infecciones oportunistas muy frecuente en éstos pacientes.

La depresión se encontró en el 25% de los pacientes, la cual está asociada a la inmunosupresión, debido en su mayoría al rechazo de la enfermedad y no administración de TARGA.

Otro dato importante, que cabe destacar, es la presencia de reacciones adversas al TARGA, que se registran en 4 pacientes, con la presencia de hipertransaminasemia e hiperlactacidemia, lo cual condicina a los pacientes al retiro del tratamiento e incremento

de la carga viral, asociada también a la disminución del CD4, condicionando infecciones oportunistas.

El registro de muertes desde el 2014 al 2017, reporta un 34.6% en el 2017, un 28.9% en el 2016, a diferencia del 2014 donde se encontró un 25% y en 2015 un 11.5%. Podemos sospechar de que ésto es debido a que últimamente se han registrado más casos debido a la mejor accesibilidad de pruebas diagnósticas, y los registros anteriores puede que no muestren el total de casos reales.

V. CONCLUSIONES

- La mayoría de los pacientes fallecidos por infección VIH en el Hospital Santa Rosa registrados entre los años 2014-2017, fueron de género masculino, jóvenes con edades comprendidas entre 18 a 29 años.
- Encontramos un predominio heterosexual.
- Con respecto al recuento CD4, el 71% correspondió a un estado de inmunosupresión severa ($CD4 < 200 \text{ células/mm}^3$), y a su vez, dentro de éste grupo encontramos aquellos que presentaron falla virológica.
- La carga viral fue mayor de 100000 copias, ésto asociado a las infecciones oportunistas en la mayoría de los pacientes.
- El estadio clínico más frecuente fue el tercero, además, de que el tiempo de diagnóstico en la mayoría fue entre 1 a 5 años.
- Las infecciones representan la principal causa de fallecimiento en éstos pacientes, siendo las de origen neurológico las más frecuentes.
- La neoplasia más frecuente fue el sarcoma de Kaposi cutáneo.
- 8.8% de los pacientes presentó TBC pulmonar, dentro de los cuales la mayoría fue TBC MDR.
- Se encontraron reacciones adversas al TARGA, dentro de los cuales figuran la hipertransaminasemia, hiperlactacidemia e hipersensibilidad por Abacavir.
- Las infecciones oportunistas más frecuentes fueron por Sífilis y Herpes Zóster.
- El 25% de los pacientes presentó candidiasis oral.
- El estudio tuvo como limitación, la falta de registro de datos importantes en algunas de las historias clínicas, principalmente datos de filiación.

VI. RECOMENDACIONES

- Se recomienda vigilar continuamente factores de riesgo en la población para evitar mayores contagios y así seleccionar de manera racional el tratamiento profiláctico.
- A los establecimientos de salud, elaborar estrategias para los pacientes VIH para evitar así, abandono y falta de adherencia al TARGA.
- Brindar información breve y concisa sobre el VIH, su terapia y la confidencialidad de los resultados con el fin de poder captar posibles pacientes e iniciar consejería a los más jóvenes.
- Vigilar estrictamente la recopilación de datos en la historia clínica, considero importante los datos de filiación, así como, el registro de la forma de contagio para asumir medidas de prevención y estudios a futuro.
- Después del diagnóstico de VIH, se recomienda ofrecer atención integral al paciente y a su entorno.
- Trabajos prospectivos de adherencia al tratamiento en pacientes con infección VIH.
- Sugiero trabajos de prevalencia de infecciones hospitalarias en pacientes con infección VIH y evaluar mortalidad.
- Adecuada capacitación del personal e implementación de una red de apoyo continuo de especialistas, que sirva de referencia o de consulta para casos de mayor complejidad.
- Sugiero también que se disponga en los establecimientos un plan de necropsias, que permitan conocer la causa de muerte, cuando un diagnóstico clínico no logró definirse previo a la muerte.
- En todo paciente con diagnóstico de infección por VIH, buscar TB activa (pulmonar y extrapulmonar) con muestras de baciloscopía, cultivos y estudios de fluidos.
- Evaluaciones psiquiátricas y terapias de aceptación y motivación en éstos pacientes.
- Establecer un protocolo de seguimiento en pacientes con infección VIH a nivel de establecimiento.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. El sida en cifras [Internet]. ONUSIDA. 2015 [cited 3 April 2018]. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_es.pdf
2. Situación epidemiológica del VIH-Sida en el Perú. Boletín Mensual Octubre 2017 [Internet]. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. 2017 [cited 3 April 2018]. Available from: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2017/octubre.pdf
3. Pun Ch. M. “Situación de la Epidemia de VIH en el Perú” [Internet]. Grupo Temático de TB-VIH Dirección General de Epidemiología. 2015 [cited 3 April 2018]. Available from: <https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/vih/matcom/Situacion-Epidemiologica-VIH-2015.pdf>
4. Lamotte Castillo J. Infección por VIH/sida en el mundo actual [Internet]. Scielo. 2014 [cited 3 April 2018]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000700015
5. Díaz Torres H, Machado Zaldívar L, Martínez Fernández L, Ruiz Gutiérrez N. Comportamiento de la resistencia a drogas antirretrovirales en una consulta externa de La Habana durante el año 2012 [Internet]. Revista Cubana de Medicina. 2014 [cited 3 April 2018]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232014000400008
6. Gobierno de España. M. Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2016 [Internet]. Sanidad 2015. 2015 [cited 3 April 2018]. Available from: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PlanEstrategico2013_2016.pdf
7. Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) [Internet]. Ministerio de salud del Perú. 2014 [cited 3 April 2018]. Available from: <https://es.slideshare.net/alertomendoza/nts-097-minsa-dgspv20-atencion-integral-de-adulto-con-vih-peru>
8. Conferencia SIDA 2014 (Melbourne, Australia) [Internet]. Intramed. 2014 [cited 3 April 2018]. Available from: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=84822>
9. Wu E. Infección por virus de inmunodeficiencia humana en niños y adolescentes. Más de 25 años en Chile [Internet]. Revista chilena de infectología. 2015 [cited 3 April 2018]. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182015000100004
10. Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2016 [Internet]. Monitoreo Global del Sida 2017. 2016 [cited 3 April 2018]. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017-Global-AIDS-Monitoring_es.pdf

11. Informe sobre la epidemia mundial de sida 2013 [Internet]. Informe Mundial. 2013 [cited 3 April 2018]. Available from: http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_es.pdf
12. Usuga X. Efectos adversos del tratamiento antirretroviral en niños infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana [Internet]. ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE INFECTOLOGÍA. 2012 [cited 3 April 2018]. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v16n2/v16n2a06.pdf>
13. Contreras D, Silva Figueroa C. Efectos adversos del tratamiento antirretroviral de gran actividad en recién nacido de madres con virus de inmunodeficiencia humana infectadas antes del embarazo. Hospital Regional Docente de Trujillo. 2007 -2014. [Internet]. Repositorio UPAO. 2015 [cited 3 April 2018]. Available from: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/1699>
14. Ortega Maté M. adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad. un metaanálisis [internet]. tesis doctoral universidad de cantabria. 2012 [cited 3 April 2018]. Available from: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/51516/TesisMCOM.pdf?sequence=1>
15. Zafra Tanaka J. Factores asociados al estigma relacionado al VIH/SIDA en los pacientes del programa TARGA del Hospital Nacional 2 de Mayo. Lima, Perú [Internet]. Cybertesis. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2015 [cited 3 April 2018]. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3975/Zafra_tj.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Pacífico J, Gutierrez C. Información sobre la medicación y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima, Perú [Internet]. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2015 [cited 3 April 2018]. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000100010
17. Cuentas N. "reacciones adversas al tratamiento antirretroviral de gran actividad (targa), en pacientes vih positivos del hospital nacional adolfo guevara velasco- es salud cusco, durante los períodos marzo a mayo (período retrospectivo) y julio a setiembre (período prospectivo) 2015" [Internet]. 2015 [cited 3 April 2018]. Available from: <http://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/UNSAAC/1694/253T20150139.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Leite R, De Olivera D, Lessa T. Calidad de vida de personas conviviendo con HIV/SIDA: relación temporal, sociodemográfica y perceptiva de la salud [Internet]. Revista Latino - Americana de Enfermagem. 2017 [cited 3 April 2018]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-2874.pdf
19. Roig Álvarez T, González Nuñez I, Verdasquera D. Uso de terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) y transmisión vertical del VIH. Cuba 1989-2008 [Internet]. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2013 [cited 4 April 2018]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292013000200004

20. Portal VIH / SIDA [Internet]. Revistas internacionales VIH / SIDA. 2016 [cited 4 April 2018]. Available from: <http://www.bibliotecaminsal.cl/portal-vihsida/>
21. Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años o más de edad) y adultos. [Internet]. Guía de práctica clínica. Bogotá. Colombia. 2014 [cited 4 April 2018]. Available from: http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/01/GPC_corta_VIH_ADOLESCENTES_ADULTOS.pdf
22. Domínguez A, Licea M. VIH/Sida y terapia antirretroviral: efectos endocrino-metabólicos [Internet]. Revista Peruana de Epidemiología. 2012 [cited 4 April 2018]. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203125431003.pdf>
23. Otiniano Espinoza M. características clinico epidemiológicas asociadas a la mortalidad por vih-sida en el hospital guillermo almenara durante el periodo 2012-2014 [Internet]. cybertesis. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2015 [cited 4 April 2018]. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4032/Otiniano_em.pdf;jsessionid=9355935375AF2963FC3AB4FBF5BA2D4C?sequence=1
24. Vela Fachin H. características clinicas epidemiológicas en pacientes con vih/sida fallecidos en el hospital regional de loreto enero 2011 a diciembre 2013 [internet]. repositorio universidad nacional de la amazonia peruana facultad de medicina humana. 2014 [cited 4 April 2018]. Available from: http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3792/Harry_Tesis_Titulo_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y
25. Bendezú Gamboa I. características epidemiológicas y prevalencia de enfermedades oportunistas en pacientes con vih/sida que inician tar~a en el hospital regional de ica años 2010- 2014 [internet]. repositorio. universidad nacional de san agustín de arequipa facultad de medicina. 2015 [cited 4 april 2018]. available from: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/284/M-21204.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
26. Montalvo R, Mejía J. Mortalidad en pacientes con infección por VIH/ SIDA en tratamiento antirretroviral en Huancayo, Perú 2008-2015 [Internet]. Acta Médica Peruana. 2016 [cited 7 May 2018]. Available from: http://file:///C:/Users/Dell_/Downloads/VIH%202.pdf

VIII. ANEXOS

ANEXO N°01

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS. PROYECTO DE TESIS:

“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLOGICAS DE PACIENTES FALLECIDOS CON INFECCIÓN POR VIH

HOSPITAL SANTA ROSA, PIURA 2014 – 2017”

Ficha N° _____

GENERO					
Masculino		Femenino			
EDAD					
18-29 ^a	30 – 49 ^a	50 – 69 ^a	>70 ^a		
PROCEDENCIA					
Urbano	Urbano-rural	Rural			
OPCION SEXUAL					
Heterosexual	Homosexual	Bisexual			
RECUESTO DE CD4					
>500/mm ³	350-499/mm ³	200-349/mm ³	<200/mm ³		
CARGA VIRAL					
0-999	1000-9999	10000-99999	>100000		
ESTADIO CLINICO					
1	2	3	4		
TIEMPO DE ENFERMEDAD					
1-5 ^a	6-10 ^a	11-15 ^a	>15 ^a		
ESQUEMA TARGA (últimos 6 meses)					
Si		No			
CAUSA DE MUERTE					
Infecciosa	Neoplásica	Cardiovascular	Neurológica	Nefrológica	Otra
COMORBILIDAD					
HTA	DM2	Anemia	Otra		
TIPO DE INFECCION					
Respiratoria	Gastrointestinal	Neurológica	Otra		