

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

**FACTORES HALLADOS EN LA INFECCIÓN DEL VIRUS DE
LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN PACIENTES
DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
EN EL PERIODO 2005 - 2012**

TESIS

Presentada por

BACH. HUMBERTO ROLANDO ROJAS VARGAS

Para optar el Título Profesional de

MÉDICO CIRUJANO

TACNA - PERÚ

2014

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

**FACTORES HALLADOS EN LA INFECCIÓN DEL VIRUS DE
LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN PACIENTES
DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
EN EL PERIODO 2005 - 2012**

TESIS

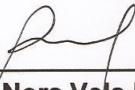
Presentada por:

BACH. HUMBERTO ROLANDO ROJAS VARGAS

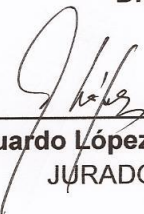
Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

Aprobado por _____, ante el siguiente Jurado:



Dra. Victoria Nora Vela De Córdova
PRESIDENTE



Dr. Eduardo López Villanueva
JURADO



Méd. Javier Lanchipa Picoaga
JURADO



Dr. Claudio Ramírez Atencio
ASESOR

DEDICATORIA

A Dios por ser el motor, luz y guía de mi travesía.

A mi linda mamita Yanira por enseñarme de vehemencia,
tranquilidad nobleza y perseverancia.

A mi papito Humberto por darme sus cuidados y la mejor de las
lecciones de una familia siempre unida.

A mi gran brother Rodrigo por respaldarme y darme las ganas
de ser mejor paso a paso y día con día.

A mi querido Marco y a mis queridos amigos por siempre
acompañar de mis locuras y hacer de mis días muchísimos
gratos episodios al recuerdo.

A mis compañeros y colegas por enseñarme a soñar y luchar
por lograr lo anhelado.

A mis maestros por ser padres, hermanos, amigos,
compañeros y guías de mis deseos.

AGRADECIMIENTOS

No existen palabras para describir lo que desearía expresarles, pero puedo transmitirles a través de estas cortas líneas que quiero expresar mi más sincera gratitud a las personas que de una u otra manera han participado en la realización de este trabajo, mi vida.

Agradezco inmensamente a mi gran amigo, colega, gran maestro, consejero y asesor de este trabajo, Dr. Claudio Ramírez Atencio, por haber afrontado y asumido las dificultades de este proyecto.

Agradezco enormemente a mi familia, en especial a mis queridos padres Yanira y Humberto por sus cuidados y preocupaciones permanentes, por haberme dado la gran oportunidad de ser profesional y haber procurado lo mejor para mí, a mi querido hermano Rodrigo por haberme brindado aquellas grandes enseñanzas que solo un hermano puede lograr, y por aquellos momentos felices que juntos hemos disfrutado.

Y por último agradezco a mis amigos, compañeros, colegas, maestros y guías, a MarAnSanti en especial por el apoyo que nunca dudaron en prestarme.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I DEL PROBLEMA	3
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
A. FUNDAMENTOS DEL PROBLEMA	4
B. ANTECEDENTES	9
C. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	21
D. FINALIDAD	21
E. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	22
F. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	24
G. LIMITACIONES	25
1.2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	26
A. OBJETIVO GENERAL	26
B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	28
2.1. ETIOLOGÍA	31
2.2. FISIOPATOLOGÍA	33
2.3. CLASIFICACIÓN	40
2.4. FACTORES DE RIESGO	44
2.5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS	46
2.6. DIAGNÓSTICO	50
2.7. TRATAMIENTO	53
CAPÍTULO III MATERIALES Y MÉTODOS	56
3.1. MÉTODO EMPLEADO	57
3.2. POBLACIÓN	58
3.3. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN	58
3.4. VARIABLES	59
3.5. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	64
3.6. PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO	64
CAPÍTULO IV RESULTADOS	65
CAPÍTULO V DISCUSIÓN Y ANÁLISIS	102
CONCLUSIONES	121
RECOMENDACIONES	124
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127
ANEXOS	136

RESUMEN

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es una enfermedad infecciosa potencialmente transmisible, prevenible, con diferentes factores presentes en las realidades de cada población.

OBJETIVO: Analizar los factores presentes en la infección del VIH en pacientes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo 2005 –

2012. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se hallaron un total de 216 casos, 66 excluidos, 150

estudiados. **RESULTADOS:** La población estudiada concentra un 38% de

pacientes con una edad entre 31 a 40 años, 59% pertenece al sexo

masculino, 97% reside en la provincia de Tacna, 51% es población

migrante, 50% con estudios secundarios, 25% sin ocupación, 49% es

soltero, 95% practica relaciones sexuales, 15% tuvo hijos después del

diagnóstico, 71% es heterosexual, 58% tuvo 4 o más parejas, 55% nunca

usa preservativo, 4% violentado, 64% consume bebidas alcohólicas y

11% consume drogas. **CONCLUSIONES:** Son los varones entre los 31 y

40 años, solteros, sin ocupación, heterosexuales, promiscuos, quienes no

usan preservativo y consumidores de bebidas alcohólicas y drogas, los

objetivos principales para la prevención y promoción de prácticas

sexuales saludables. **PALABRAS CLAVE:** VIH, SIDA.

ABSTRACT

The infection of the human immunodeficiency virus (HIV) is an infectious disease potentially transmissible, preventable, with different factors in the realities of each population. **OBJECTIVE:** Analyze the factors involved in HIV infection in patients in the Hipólito Unanue Hospital of Tacna in the period 2005-2012. **MATERIAL AND METHODS:** descriptive, retrospective and cross-sectional study. A total of 216 cases, 66 excluded, 150 studied were found. **RESULTS:** The study population concentrates 38% of patients aged between 31 to 40 years, 59% are males, 97% reside in the province of Tacna, migrant population is 51%, 50% with secondary education, 25% without occupation, 49% are single, 95% practice sex, 15% had children after diagnosis is 71% heterosexual, 58% had 4 or more partners, 55% never used condoms, 4% violated, 64% consume alcoholic beverages and 11% use drugs. **CONCLUSIONS:** These are the men between 31 and 40 years old, single, no occupation, heterosexual, promiscuous, who do not use condoms and consumers of alcohol and drugs, the main targets for the prevention and promotion of healthy sexual practices. **KEY WORDS:** HIV, AIDS.

INTRODUCCIÓN

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y su estadio más grave, el Síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA), siguen siendo uno de los más graves problemas de salud pública con los que se enfrenta el mundo. (1)

El VIH ataca el sistema inmunitario y debilita los sistemas de vigilancia y defensa contra las infecciones y algunos tipos de cáncer. A medida que el virus destruye las células inmunitarias y altera su función, la persona infectada se va volviendo gradualmente inmunodeficiente. La función inmunitaria se suele medir mediante el recuento de células CD4. La inmunodeficiencia entraña una mayor sensibilidad a muy diversas infecciones y enfermedades que las personas con un sistema inmunitario saludable pueden combatir. La fase más avanzada de la infección por el VIH se conoce como síndrome de inmunodeficiencia adquirida, o sida y puede tardar entre 2 y 15 años en manifestarse, dependiendo del sujeto. El SIDA se define por la aparición de ciertos tipos de cáncer, infecciones u otras manifestaciones clínicas graves. (2)

El VIH es una afección médica crónica que se puede tratar, pero que aún no se puede curar. Existen formas efectivas de prevenir complicaciones y retardar, aunque no siempre evitar, la progresión hacia el SIDA.

Se trata de una enfermedad de transmisión sexual (principal forma de transmisión), prevenible, con diferentes factores que se asocian a las diferentes realidades de cada población, ejemplos claros son: Más de 2/3 de la población mundial que vive con VIH reside en el continente africano; más de 95% de las personas que viven con VIH residen en países con ingresos bajos o medios; casi 50% son mujeres y 2,5 millones son niños menores de 15 años de edad. (3)

Casi todas las personas infectadas con VIH desarrollarán SIDA si no reciben tratamiento. Sin embargo, existe un pequeño grupo de personas que desarrollan SIDA muy lentamente o nunca lo desarrollan. A estas personas se las denomina pacientes sin progresión a largo plazo.

CAPÍTULO I

DEL PROBLEMA

1. DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A. FUNDAMENTOS DEL PROBLEMA

Desde 1987 la infección VIH / SIDA se encuentra sujeta a vigilancia epidemiológica cuya notificación tiene carácter obligatorio e inmediato. Y es así que, desde la descripción de los primeros casos en la década de los ochenta, se ha convertido en la primera pandemia del siglo XXI.

El VIH sigue siendo un importante problema de salud pública mundial, después de haber cobrado más de 36 millones de vidas hasta el 2012. Mundialmente se ha estimado que 35,3 millones [32,2 millones – 38,8 millones] de personas viven con el VIH en el 2012 comparados con los 26,2 millones [24,6 millones – 27,8 millones] en 1990. Desde el inicio de la epidemia, más de 60 millones de personas se han infectado con el VIH. (4)

En América del Sur y Central la epidemia ha cambiado ligeramente en los últimos años, con un total estimado de 1,4 millones [1,2 millones – 1,6 millones] de personas que viven con el VIH en el año 2009 comparados con los 1,1 millones [1,0 millones – 1,3 millones] en 1999.

En el Perú desde su aparición en 1983, el número de casos de pacientes con infección por VIH ha ido en aumento casi exponencialmente, año a año. Hasta el 31 de diciembre del 2012 se han reportado un total de 48 679 casos de Infección por VIH y un total de 29 834 casos de SIDA. (5)

En Tacna desde la aparición del 1° caso de infección por VIH en 1987, hasta el 31 de diciembre del 2012, se han reportado un total acumulado de 475 casos de Infección por VIH (6).

A pesar de las mejorías en el tratamiento y la supervivencia de la infección por VIH, aún no existe cura para la enfermedad y los enfoques farmacológicos para la prevención como los utilizados en la profilaxis posterior a la exposición o en la prevención de la transmisión vertical todavía están en sus estadios iniciales o no es factible utilizarlos a gran escala. Por lo tanto, la prevención de la transmisión del VIH todavía depende de intervenciones conductuales para la prevención de riesgos

que emplean enfoques educativos y de modificación de la conducta.
(7).

Desde el comienzo de la epidemia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha encabezado la respuesta mundial del sector sanitario frente al VIH. Como organismo copatrocinador del Programa Conjunto de la Organización de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), la OMS lleva la iniciativa en los ámbitos prioritarios del tratamiento y la atención de la infección por el VIH y la coinfección VIH / Tuberculosis, y coordina, conjuntamente con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) las tareas de eliminación de la transmisión materno-infantil del virus.

En 2011, los Estados Miembros de la OMS aprobaron una nueva Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH/sida para 2011-2015, en la que se definen cuatro orientaciones estratégicas que van a guiar el trabajo de la OMS y los países en los próximos cinco años:

- ✓ Optimizar los resultados de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención de la infección por el VIH.
- ✓ Propiciar la obtención de resultados sanitarios más amplios mediante la respuesta a la infección por el VIH.
- ✓ Crear sistemas de salud sólidos y sostenibles.

- ✓ Luchar contra las desigualdades y promover los derechos humanos.

Entre las actividades básicas de la OMS con respecto al VIH también figuran las siguientes:

- ✓ Sintetizar los datos probatorios disponibles sobre la eficacia, viabilidad y seguridad de las intervenciones y métodos relacionados con el VIH y ofrecer orientación para el programa de investigaciones sobre el VIH.
- ✓ Articular opciones de política para los programas nacionales contra el VIH.
- ✓ Mejorar la disponibilidad y calidad de los medicamentos e instrumentos de diagnóstico relacionados con el VIH.
- ✓ Establecer normas y criterios para ampliar los servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH.
- ✓ Ofrecer apoyo técnico a los países para el aumento de las capacidades nacionales relacionadas con la planificación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de medidas de respuesta eficaces contra el VIH.

- ✓ Seguir de cerca y fomentar el avance del sector de la salud hacia la universalización del acceso a los servicios relacionados con el VIH, incluidos el nivel de cobertura y el impacto de estos últimos.
- ✓ Facilitar la cohesión y colaboración entre asociados para hacer realidad los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con el VIH y las metas establecidas en la Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH/sida para 2011-2015.

B. ANTECEDENTES:

Mercedes Díeza, Jesús Olivaa, Fernando Sáncheza y colaboradores, por el Grupo SINIVIH, en su estudio “Incidencia de nuevos diagnósticos de VIH en España, 2004-2009” de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal, en el año 2012.

Demostraron que en 2009 se notificaron 2 264 nuevos diagnósticos de VIH, casi el 80% de las personas diagnosticadas eran hombres. La mediana de edad al diagnóstico fue de 36 años (rango intercuartílico: 29-43), y significativamente menor en las mujeres que en los hombres (34 frente a 36 años). Más de un tercio de las personas diagnosticadas eran de origen extranjero. Tras el origen español, los más frecuentes fueron Latinoamérica, África Subsahariana y Europa occidental. Entre las mujeres, más del 50% de los nuevos diagnósticos era en inmigrantes. En la mayoría de los casos (77%) se atribuyó la infección a la transmisión sexual. La categoría de transmisión más común (42,5%) fue la de los hombres que tienen sexo con hombres, seguida de la transmisión heterosexual y la parenteral. Desglosadas las categorías de transmisión por sexo, entre los hombres la transmisión

homosexual/bisexual supone en 2009 el 53,4% de los nuevos diagnósticos de VIH y la heterosexual el 23%. Entre las mujeres, la transmisión heterosexual representa casi el 80% de los nuevos diagnósticos. Al observar la distribución de los casos por categoría de transmisión y región de origen se aprecia que, entre los diagnósticos en hombres que tienen sexo con hombres, aparte de los españoles, ocupan un lugar destacado los latinoamericanos, con un 24%. En la categoría heterosexual, tanto el origen subsahariano como el latinoamericano tienen un peso importante. Entre los nuevos diagnósticos en usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) destacan los inmigrantes de Europa del Este, que representan casi un 10% de los casos. Si se desglosan los nuevos diagnósticos por lugar de origen y categoría de transmisión, es notoria la gran heterogeneidad que presentan las personas inmigrantes. El porcentaje de nuevos diagnósticos de VIH en los inmigrantes aumentó desde el 31% en 2004 hasta el 36,3% en 2009, pero el incremento en el número absoluto de casos es poco importante. La proporción de latinoamericanos presenta una tendencia ascendente en el periodo, mientras que la de subsaharianos permanece estable. Analizando la distribución de casos por zona de origen y categoría de transmisión, se aprecia que desde 2005 la transmisión entre hombres que tienen sexo con hombres ocupa el primer lugar entre los españoles, mientras que en

los inmigrantes predomina la heterosexual. Analizando la distribución de casos por zona de origen y categoría de transmisión, se aprecia que desde 2005 la transmisión entre hombres que tienen sexo con hombres ocupa el primer lugar entre los españoles, mientras que en los inmigrantes predomina la heterosexual. (8)

Ana María Caro-Murillo, Jesús Castilla Catalán y Julia del Amo Valero, en su estudio “Epidemiología de la infección por VIH en inmigrantes en España: Fuentes de información, características, magnitud y tendencias” de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal, en el 2010.

Demostraron en una población de 290 445 personas que España tiene una situación única en Europa respecto a la infección por VIH y la inmigración, ya que la mayoría de los inmigrantes, tanto en la población general como entre los casos infectados por el VIH, provienen de América Latina, y por consiguiente no tienen tantas limitaciones lingüísticas y culturales como en otros países de acogida (África subsahariana o bien de otros países de Europa occidental). De forma consistente, todas las fuentes de información muestran que entre los inmigrantes con diagnóstico de infección por VIH hay una mayor

proporción de mujeres y de personas más jóvenes que en el caso de los españoles. También es un hallazgo habitual que la categoría de transmisión más frecuente entre los inmigrantes son las relaciones sexuales no protegidas, siendo muy poco relevante la transmisión entre usuarios de drogas inyectadas. Globalmente, los inmigrantes con diagnóstico de VIH tienen un nivel de educación superior al de los españoles, con una mayor proporción de personas con estudios secundarios o universitarios. (9)

Ana Fernanda Uribe, Linda Teresa Orcasita y Tatiana Vergara Vélez, en su estudio “Factores de riesgo para la infección por VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes colombianos” estableció un diseño no experimental exploratorio descriptivo, prospectivo y longitudinal, en el 2010.

Demostró en una población conformada por 978 adolescentes, entre 10 y 23 años, que las altas tasas de infección por VIH entre las mujeres en edad reproductiva tienen importantes consecuencias para la salud personal y pública. La profilaxis durante el coito en forma de preservativos ha sido la manera más efectiva de prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la transmisión del VIH entre los pacientes

que viven con VIH. Las tasas de VIH y la propagación de ITS siguen aumentando, en particular entre los trabajadores sexuales y sus clientes en países de ingresos bajos y medios. Se ha informado que existen varias intervenciones conductuales exitosas incluidas las intervenciones para reducir la incidencia y la prevalencia del VIH/ITS, cambiar el comportamiento, promover el uso de preservativos, mejorar la disponibilidad de preservativos y aumentar el conocimiento en salud sexual. Los resultados mostraron que las intervenciones fueron efectivas en cuanto a la prevención del VIH/ITS e incluyeron una reducción de la incidencia y la prevalencia del VIH y las ITS. Además, hubo algunas diferencias en el comportamiento autoinformado incluido un aumento del uso de preservativos y una reducción en el riesgo de consumo de drogas. Sin embargo, estos ensayos fueron pequeños y por lo general tenían pocos participantes. Como resultado, hubo pruebas limitadas sobre la efectividad de la teoría cognitiva social y la promoción del uso de preservativos en cuanto a la reducción de la incidencia del VIH/ITS en comparación con otras intervenciones conductuales. En la investigación futura y las agendas de programas es importante evaluar otras estrategias potencialmente más potentes para el cambio de conducta. Los hombres que informan prácticas homosexuales tienen las prevalencias más altas de infección. Las prácticas insertivo/receptivas tienen el mayor riesgo de

infección, fundamentalmente por factores sociológicos más que biológicos. A pesar de que se demostró la protección que brinda el uso sistemático del condón, resulta preocupante la baja frecuencia de uso (5% "todas las veces"). Existe una variabilidad de riesgos sociales y de comportamiento en las ciudades estudiadas; la diferencia en riesgos de infección y uso de condón puede obedecer a la selección de parejas sexuales dentro de redes sociales específicas. Estas diferencias sociales y geográficas en la prevalencia de infección, prácticas sexuales y uso del condón deben tomarse en cuenta para diseñar programas de prevención. El 30% de los hombres q tienen sexo con hombres (HSH) entrevistados usaba condón de manera inconsistente cuando practicaban sexo anal receptivo, mientras que la proporción fue de 39,1 % cuando tenían sexo anal insertivo; y el 35,5 % reportaron que recibían semen en la boca o ano. Mediante modelos de regresión logística multivariada se observó que los siguientes grupos tuvieron mayor probabilidad de mantener alguna práctica sexual de riesgo: los sujetos de menor edad, con ingreso medio, que presentan actitudes negativas hacia el uso del condón, que consumen drogas o alcohol y que asumían una identidad homosexual.

(10)

Macri Troya y Berthier Vila, en su estudio titulado “Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana y conductas de riesgo asociadas en un Centro Penitenciario de Montevideo, Uruguay” de diseño descriptivo, prospectivo y transversal, en el año 2010.

Demostraron en una población de 291 individuos abordados mediante un estudio serológico y entrevista personal a partir de un cuestionario estructurado, un notorio predominio del grupo etario correspondiente a los menores de 30 años. En relación al nivel de instrucción, el 6,5% de la totalidad no sabe leer ni escribir, solo el 21% terminó la enseñanza primaria, el 8% finalizó la enseñanza secundaria completa, y el porcentaje más grande lo constituye los que empezaron secundaria y no la terminaron (37,5%). La variable estado civil muestra que la mitad de los presos son solteros y que sólo alrededor de un 15% pasaron por el registro civil, contando los casados, divorciados y viudos. Los concubinos alcanzan un 32,4% de los registros. (11)

Paulina Martínez, Andrea Olea y Mónica Chiu, en su estudio titulado “Situación epidemiológica de la infección por VIH y el SIDA en Chile” de diseño descriptivo, retrospectivo y transversal, en el 2006.

Demostró que desde 1984 a diciembre de 2004 se ha registrado en Chile, según el sistema de vigilancia nacional, una población de 14 611 casos de infección por VIH/SIDA. Del total 85% corresponden a hombres. Los grupos de edad más afectados están entre 20 y 49 años, concentrando 86% de los casos. No se observan diferencias significativas entre ambos sexos en relación a edad al momento del diagnóstico. Según región los mayores porcentajes corresponden a la región Metropolitana. La principal vía de exposición al virus fue la vía sexual, siendo la conducta homosexual y bisexual en 45 y 14%, respectivamente. El nivel de escolaridad alcanzado por los casos con infección por VIH/SIDA difiere del perfil observado en la población chilena, según el Censo 2002 (INE, 2002): la escolaridad media concentra un valor cercano a 50%; la educación básica y superior es declarada por cerca de 20% de los casos respectivamente. (12)

María del Carmen Fernández Ruvalcaba, Dellanira Ruiz de Chávez Ramírez y Cristina Almeida Perales, en su estudio “Factores de riesgo que se asocian con la infección por VIH/SIDA” de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal, en Zacatecas, México, en el 2006.

Demostraron la finalidad de identificar los factores de riesgo que influían en la infección por VIH/SIDA en los pacientes de la jurisdicción Zacatecas; una población de 103 pacientes, encontrándose en las personas entrevistadas, que existe una relación hombre: mujer de 5:1, donde el grupo de edad más afectado fue el de 25 a 29 años de edad, y observando que el 46,6% son solteros, lo cual puede condicionar mayor número de parejas sexuales. Asimismo, se encontraron desigualdades en la división de las tareas domésticas, donde el papel asumido por la mujer es de esposa, cuidadora y apoyo familiar. Además de la distribución desigual de responsabilidades (recursos socialmente valorados, poder, prestigio y libertad personal) entre hombres y mujeres, reflejando posiciones diferentes en la escala social. Otro dato importante es el antecedente de migración como factor de riesgo para adquirir la infección, obteniéndose que existe mayor probabilidad en el hombre en relación con la mujer. (13)

José Antonio Izazola Licea, José Luis Valdespino Gómez y Jaime Sepúlveda Amor, en su estudio “Factores de riesgo asociados a infección por VIH en hombres homosexuales y bisexuales” de tipo descriptivo, prospectivo y transversal, en México, el año 1988.

Realizaron 340 entrevistas. Dadas las características del estudio - colaboración voluntaria de la población analizada. La población estudiada tiene en promedio un nivel educativo alto: 95% tiene más estudios que primaria y 64,5% pertenece a un nivel de educación superior. Es interesante hacer notar que la movilidad territorial es extensa, dado que son frecuentes los viajes al extranjero, principalmente a EUA, y a los puertos turísticos y ciudades de la frontera norte. En cuanto a factores de riesgo para infección por VIH, destaca fundamentalmente el hecho de haber tenido relaciones sexuales con extranjeros en los últimos años y haber padecido alguna enfermedad de transmisión sexual con más frecuencia que un episodio. No se encuentra asociación con el número de parejas sexuales en toda la vida, ni con el número de parejas sexuales en el periodo de referencia de cuatro meses, como se ha encontrado en otros estudios. (14)

Castilla, Sobrino, Lorenzo y colaboradores en su estudio titulado “Situación actual y perspectivas futuras de la epidemia de VIH y SIDA en España” de diseño descriptivo, retrospectivo y transversal, en el 2006.

Demostó en la población española que vive con VIH, entre 100 000 y 150 000 personas (2,4 a 3,6 por 1 000 habitantes), que España fue hasta 1997 el país europeo con mayor incidencia de infección por VIH, debido principalmente a la transmisión entre usuarios de drogas inyectadas. Desde principios de la década de 1990 los nuevos diagnósticos de infección por el VIH han disminuido más de un 70% en todas las comunidades, y en 2004 esta tasa se situó por debajo de la de varios países de Europa occidental. Han disminuido las nuevas infecciones en usuarios de drogas por vía parenteral, y aunque la transmisión heterosexual no ha sufrido cambios importantes, ha pasado a ser la primera causa de las nuevas infecciones por VIH. Los hombres con prácticas homosexuales de riesgo son el segundo colectivo con mayor seroprevalencia de VIH, entre 5 y 10%. Los diagnósticos de VIH ha disminuido tanto en población autóctona como en inmigrantes; no obstante, los cambios demográficos hacen que crezca el porcentaje de diagnósticos de VIH de inmigrantes. Desde el principio de la epidemia hasta 2004, menos del 3% eran personas de otros países de origen. En

hombres homosexuales se han descrito aumentos recientes en la incidencia de sífilis y gonococia que alertan sobre posibles ascensos en la transmisión del VIH en este colectivo. El riesgo potencial de transmisión del VIH de madre a hijo sigue siendo elevado, ya que entre 1 y 3 de cada 1 000 mujeres que dan a luz están infectadas. La epidemia de VIH y SIDA en España presenta globalmente una evolución favorable en los últimos años. Al haberse controlado en gran parte la transmisión por consumo de drogas inyectadas, ha pasado a predominar el componente de transmisión sexual. Teniendo en cuenta que los mecanismos de transmisión y las medidas de prevención son conocidos, los países desarrollados tienen el nivel de endemia que su sociedad tolera. La inmigración no ha cambiado la tendencia descendente de la incidencia de infecciones por el VIH en España, pero supone nuevas exigencias para la prevención, que ha de adaptarse a nuevas culturas e idiomas. Por último, conviene recordar que el mundo sufre una pandemia de VIH de grandes dimensiones y que las fronteras no son obstáculo para su difusión. El control definitivo de la infección por el VIH ha de conseguirse en los en los países más afectados. (15)

C. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores hallados en la infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana en pacientes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo 2005 - 2012?

D. FINALIDAD

Determinar las características de la transmisión del VIH para explicar cuáles son las necesidades que deben ser satisfechas en nuestra población.

Se pueden generalizar los hallazgos, y generar acciones preventivas dirigidas a los problemas a determinar.

Con la presente investigación se tiene por prioridad dilucidar las características de la infección por VIH en nuestra población.

El número de casos de infección por VIH/SIDA ha ido en aumento, sobre todo en la población más desprotegida o vulnerable, como son las mujeres, personas con nivel socioeconómico bajo y aquellas en donde se tiene el antecedente de ser migrante, es por ello la importancia de llevar a cabo esta investigación

E. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

Con la presente investigación se determinará muchos factores que permanecen ocultos y que determinan mayores tasas de incidencia de infección por VIH, muchos de los factores son modificables, al determinarlos se podrá en mayor o menor medida educar más a la población acerca de las características de la transmisión del VIH en el departamento.

Los datos a determinar benefician a la población, generan educación y estrategias dirigidas a las poblaciones afectadas.

No se pretende discriminar, causar daños psicológicos o demás, puesto que solo se va a dilucidar datos ocultos para nuestra población.

Con los datos a encontrar se pretende determinar diferencias entre las características de la transmisión del VIH, tanto nacionales como internacionales, un ejemplo claro es que en el reporte 2010 de la OMS y algunos estudios en Latinoamérica, comparados a los reportes epidemiológicos de Perú y en especial de la región de Tacna, difieren en proporciones con respecto a los factores que se asocian a la infección de VIH, por ejemplo: en Latinoamérica la relación hombre/mujer infectados es en promedio 2:1, en Perú 3:1, comparado con Tacna de 1:1, motivo por el cual es importante conocer nuestra realidad para generar una oportuna prevención y plantear acciones dirigidas.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una enfermedad infecciosa crónica con una mortalidad muy alta y la infección por VIH sin tratar constituye una carga fuerte sobre la salud de los pacientes. En los pacientes infectados sin tratar la infección por el VIH con el tiempo provoca el SIDA. El virus se transmite de una persona a otra a través del contacto de las membranas mucosas o directamente a la sangre a partir de un líquido corporal infectado por VIH como el semen, el líquido vaginal, la leche materna, la sangre o el líquido preseminal. La exposición a estos líquidos corporales ocurre a través del coito, la transfusión de sangre, las agujas contaminadas u otros objetos agudos o

mediante la transmisión de una madre infectada a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia.

Aunque hay logros considerables en la lucha contra la infección por el VIH/SIDA en cuanto a la reducción del número de nuevas infecciones y las muertes por enfermedades relacionadas con el SIDA, la repercusión del VIH en la comunidad y el ambiente de trabajo es grande

F. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El VIH presenta formas diferentes de contagio, formas que dependen a su vez de distintos factores que hallados en los pacientes presentan una mayor o menor susceptibilidad para contraer la infección.

Los denominados factores que pueden hallarse en pacientes con infección por VIH son aquellos elementos que se generan a partir de distintos entornos, como son los dependientes de la persona, de la sociedad y economía, de las formas de transmisión del virus y de los estilos de vida.

G. LIMITACIONES DEL PROBLEMA

El problema se encuentra dirigido a los casos diagnosticados de VIH, más no contempla el total de casos que podrían existir sin diagnóstico, lo cuál podría ser un gran vacío que permita no determinar con exactitud los problemas objetivo.

La carencia de estudios locales parecidos o cercanos a la presente investigación, genera una falta de objetivos de búsqueda y un mayor trabajo por realizar.

La carencia de datos que se puedan buscar en las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de VIH.

1.2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

A. OBJETIVO GENERAL

✓ Analizar los factores hallados en la infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana en pacientes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo 2005 - 2012.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

✓ Analizar los factores demográficos hallados en la infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana en pacientes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo 2005 - 2012.

✓ Analizar los factores socio-económicos hallados en la infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana en pacientes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo 2005 - 2012.

✓ Analizar los factores relacionados a la trasmisión hallados en la infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana en pacientes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo 2005 - 2012.

✓ Analizar los factores relacionados al estilo de vida social hallados en la infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana en pacientes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo 2005 - 2012.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2. MARCO TEÓRICO

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se define como la etapa avanzada de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), se caracteriza por una marcada inmunodepresión generada por la replicación del virus dentro de células susceptibles CD4⁺ del sistema inmune, lo que ocasiona una profunda susceptibilidad a infecciones y especialmente a las de tipo oportunista (16).

Un primer caso humano se describió en Kinshasa (Zaire), continente africano en 1959 , fue reconocido empíricamente en los Estados Unidos el verano de 1981, cuando el centro de control y prevención de la enfermedad (CDC) estadounidense reportó la inexplicable ocurrencia de neumonía por *Pneumocystis jiroveci* (Antes llamado *P. carinii*), en cinco hombres homosexuales previamente saludables en Los Ángeles, y Sarcoma de Kaposi con o sin neumonía *P. jiroveci* en 26 hombres homosexuales previamente saludables en New York y Los Ángeles. Unos meses después la enfermedad fue hallada tanto en varones como en mujeres que consumían droga por vía parenteral, y pronto por consiguiente en bancos de sangre y en

hemofílicos. Se reportó por primera vez un caso en el Perú en 1983 en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Con el transcurso de los años ha logrado propagarse a lo largo y ancho de todo el planeta, por lo cual actualmente es una de las enfermedades que genera mayor aplicación en la medicina mundial (17).

Gran cantidad de individuos infectados por el VIH acaban presentando sintomatología y la inmensa mayoría de estos sucumbe finalmente a la enfermedad en ausencia de tratamiento.

La enfermedad por la infección del VIH progresa desde una infección primaria, con o sin síndrome agudo por VIH, pasa por una infección asintomática hasta llegar a la inmunodepresión profunda descrita como SIDA totalmente desarrollado. Las enfermedades relacionadas con el SIDA engloban esencialmente infecciones oportunistas, cáncer y los efectos directos del VIH sobre el sistema nervioso central.

Las personas infectadas con el VIH suelen presentarse a consulta por síntomas iniciales (2 a 4 semanas después de la infección) que pueden parecerse a los de una gripe o a una mononucleosis, con una meningitis «aséptica» o un exantema que aparece hasta 3 meses después de la infección. Después la infección persiste de forma

asintomática, por un periodo promedio de 10 años, con un progresivo deterioro del sistema inmune (18).

El SIDA totalmente desarrollado aparece cuando los recuentos de linfocitos T CD4⁺ descienden por debajo de 200/μl, e implica la aparición de enfermedades más significativas, incluido el síndrome caquetizante por VIH (adelgazamiento y diarrea durante más de 1 mes) y la aparición de entidades indicadoras de la enfermedad, como el sarcoma de Kaposi, o enfermedades oportunistas específicas, en especial la neumonía por *Pneumocystis jiroveci*, la infección por el complejo *Mycobacterium avium intracellulare* y un cuadro grave asociado a citomegalovirus (19).

2.1. ETIOLOGÍA

El agente etiológico del SIDA es el VIH, pertenece a la familia de los retrovirus humanos (Retroviridae) dentro de la subfamilia lentivirus. Se conocen 2 tipos de VIH: VIH-1 y VIH-2 que son virus citopáticos. El VIH-1 es el principal agente etiológico, aunque el VIH-2 presenta una homología del 40% al VIH-1 (20).

Composición del VIH *

Proteína env (gp120+gp41)
Membrana lipídica (fosfolípidos)
Matriz (p17)
Núcleo o cápside (p24)
Dos moléculas de ARN, una Transcriptasa Inversa, una Integrasa y una Proteasa

La forma de propagación del virus es:

1. Por contacto sexual
2. Por contacto sanguíneo: Sangre, hemoderivados, líquidos corporales (leche materna) o por uso compartido de jeringas.
3. Por transmisión vertical, de madre a hijo por el embarazo.

El virus fuera del organismo es muy frágil y puede ser destruido con mucha facilidad: por agua, jabón, blanqueadores caseros, alcohol y calor, entre otros, y la principal defensa del organismo humano contra este virus es la inmunidad mediada por células, que a la vez se convierte en una ventaja para la supervivencia del VIH (21,22).

2.2. FISIOPATOLOGÍA

La patogenia y la enfermedad son principalmente provocadas por el tropismo del virus hacia las células del Sistema Inmune que expresan CD4. La inmunosupresión inducida por el VIH provoca una reducción del número de las células CD4⁺ que diezma las funciones inmunes.

Cuando el VIH penetra en el organismo por cualquiera de las formas, ataca a las células del sistema inmune, el VIH-1 se fija a su célula blanco por medio de la molécula CD4, lo que resulta en un cambio de configuración en la molécula gp120 que le permite fijarse al correceptor CCR5 o al CXCR4, acto seguido, el virus se adhiere firmemente a la membrana de la célula hospedadora con una configuración de muelle en espiral por medio de la molécula gp41 (23).

La fusión entre la célula y el virus ocurre conforme el intermediario transicional de gp41 experimenta cambios ulteriores para formar una estructura en horquilla que hace que las dos moléculas se aproximen estrechamente entre sí, se sabe poco del VIH-2 pero se cree podría actuar de la misma forma.

Ya dentro de la célula susceptible el VIH genera ADN a partir de su ARN con ayuda de la transcriptasa inversa, que luego será introducido al núcleo e integrado al ADN celular por medio de la integrasa (24).

Al activarse la célula el ADN viral será transcrito, ya fuera del núcleo el ARNm viral generará proteínas específicas propias de la estructura del VIH y con modificación de algunas de estas por la proteasa del VIH se formará el núcleo o cápside primero, luego ya por gemación un nuevo virus infectante será liberado con sus componentes completos, listo para infectar a otra célula.

Los macrófagos mantienen una infección persistente por el VIH, y probablemente constituyan los principales reservorios y medios de distribución de este virus. Las células dendríticas también se ha visto pueden ser importantes transportadoras del VIH desde zonas de infección hasta zonas de reserva de células CD4⁺ (25).

En los ganglios linfáticos se produce una replicación continua del virus con la consiguiente liberación del virus y linfocitos T infectados a la sangre. La mayor diseminación de virus en sangre, a medida que el número de linfocitos CD4⁺ desciende, guarda una relación directa con la evolución clínica de la infección por VIH hacia la etapa SIDA (26).

Resumen de la infección por VIH

Agente Etiológico	VIH-1 y VIH-2
Patogenia	Tropismo del VIH hacia las células CD4+
Fuentes de VIH	Sangre, líquido seminal, líquido vaginal, fluidos hemorrágicos
Tejido que sufre mayor deterioro	ganglios linfáticos y células de defensa
Reservorio en el organismo	Linfocitos T colaborador (CD4+) y macrófagos (infección persistente)
Evolución de la enfermedad	Infección primaria (fase aguda) Infección asintomática SIDA (Infección Sintomática)

El VIH induce diversos efectos citopatológicos que pueden destruir las células CD4⁺, entre estos están (27):

- ✓ La acumulación de copias no integradas de ADN circular del genoma
- ✓ El aumento de la permeabilidad de la membrana plasmática.
- ✓ La formación de sincitios
- ✓ La inducción de apoptosis

Ciclo de replicación del VIH

Etapas de la infección celular	Componentes virales y su función
Unión y Fusión del VIH	Mediante la proteína env, su gp120 se fija al receptor CD4 de las células susceptibles y a sus correceptores CCR5 y CXCR4, resultando un cambio de conformación de gp41, que se une a la membrana celular fusionándose, y permitiendo el ingreso del genoma viral.
Transcripción Inversa	Con la transcriptasa inversa el VIH puede generar ADN a partir de su ARN.
Integración	Con la Integrasa el ADN generado es introducido en el núcleo e integrado al ADN de la célula susceptible
Transcripción y traducción	La activación de la célula genera la transcripción del genoma viral desde el núcleo y así la formación de los componentes del VIH
Ensamblaje y Gemación	La proteasa del VIH hace algunas modificaciones de las proteínas, luego estas se agrupan junto al ARN viral para formar la cápside y finalmente por gemación es liberado un nuevo VIH que infecta nuevas células.

La capacidad del VIH de destruir a las células diana guarda relación con la cantidad de CD4 expresado por la célula (28).

La respuesta inmunitaria desplegada frente a la infección por el VIH restringe la infección vírica, pero contribuye a la patogenia. Se generan anticuerpos neutralizantes frente a la gp120 y participan en las respuestas de citotoxicidad celular dependiente de anticuerpos. Los

linfocitos T CD8⁺ pueden destruir células infectadas por acción citotóxica directa y la síntesis de factores supresores que restringen la replicación vírica, como quimiocinas que también inhiben la unión del virus a su correceptor. Sin embargo, los linfocitos T CD8⁺ son activados por los linfocitos T CD4⁺, por lo cual a medida que progresa la replicación del virus y la destrucción de los linfocitos T CD4⁺, también progresa una disminución de las acciones citotóxicas.

Principales alteraciones a nivel inmunológico producidas por la infección del VIH

Generales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Linfopenia Disminución de linfocitos T colaboradores CD4+ Disminución paralela de linfocitos T citotóxicos
Particulares	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Linfocitos Disminución de la respuesta proliferativa a mitógenos y antígenos Disminución de la producción de IL-2 (para el crecimiento y reproducción) Disminución de la actividad T citotóxica ✓ Linfocitos B Activación policlonal Respuesta humoral disminuida Autoanticuerpos ✓ Monocitos Disminución de la capacidad quimiotáctica Disminución de la producción de IL-1 ✓ Células NK Función citotóxica disminuida

El VIH dispone de varios mecanismos para eludir el control por el sistema inmunitario, como (29):

- ✓ Capacidad del virus para mutar y, por tanto, alterar su antigenicidad
- ✓ Evitar su eliminación por anticuerpos.
- ✓ El VIH altera la totalidad del sistema inmunitario al afectar a los linfocitos T CD4⁺ que controlan a otros linfocitos T, linfocitos B y macrófagos por medio de la producción de citocinas.
- ✓ La infección persistente de macrófagos y los linfocitos T CD4⁺ también mantiene al virus como una célula privilegiada para el sistema inmunitario.

La evolución de la infección por VIH discurre de manera paralela a la reducción del número de linfocitos T CD4⁺ y la cantidad de virus en sangre.

Evolución de la enfermedad:

1) Infección primaria (fase aguda): Inicialmente se registra un importante aumento de la producción de virus (10^7 partículas por ml de plasma) y viremia. La proliferación de los linfocitos T y las respuestas frente a las células linfoides y mieloides infectadas favorece un síndrome semejante a la mononucleosis (síndrome agudo por VIH).

2) Infección asintomática: Cuando las concentraciones séricas de virus descienden, pero la replicación continúa en los ganglios linfáticos, el virus permanece en estado de latencia en macrófagos y linfocitos en reposo, sin causar síntomas en el paciente (30).

3) SIDA (Infección Sintomática): Es una fase más avanzada de la enfermedad, donde las concentraciones de virus en sangre aumentan y los recuentos de células T CD4⁺ se reducen, daño celular, con destrucción de ganglios linfáticos, por lo que el paciente queda inmunosuprimido, y sin protección a enfermedades comunes en el ambiente.

Además de inmunosupresión, el VIH puede provocar diversas anomalías neurológicas, ya que las células de la microglia y los macrófagos son el tipo celular predominante de un cerebro infectado por el VIH, pero las neuronas y las células de la glía también pueden ser infectadas. Los monocitos y las células de la microglia pueden desprender sustancias neurotóxicas o factores quimiotácticos que estimulen las respuestas inflamatorias en el cerebro. Es posible que el virus provoque efectos citopatológicos directos sobre las neuronas (31).

Mecanismos de disfunción y depletación de las células T CD4+

Mecanismos Directos	Mecanismos Indirectos
Pérdida de la integridad de la membrana plasmática	Sucesos de señalamiento intracelular aberrantes
Acumulación de DNA no integrado	Autoinmunidad
Interferencia con el procesamiento del RNA celular	Muerte de células cubiertas con antígeno vírico
Sucesos intracelulares de auto fusión entre gp120 y CD4	Apoptosis
Formación de sincitios	Inhibición de la linfopoyesis
	Muerte celular inducida por activación
	Eliminación de las células infectadas por el VIH mediante reacciones inmunitarias inducidas por el virus

2.3. CLASIFICACIÓN

La actual clasificación establecida por el CDC - EEUU, usada en el Perú para adolescentes y adultos infectados por VIH categoriza personas en base a tres rangos de recuentos de linfocitos T CD4⁺ y tres categorías clínicas y están representados por una matriz de nueve categorías mutuamente excluyentes (32).

Usando este sistema, cualquier individuo infectado por VIH con un recuento de células T CD4⁺ <200/μL sufre el SIDA por definición, sin

importar si presenta o no los síntomas de una o varias enfermedades oportunistas.

Una vez que los enfermos entran en la situación clínica definida como categoría B, su enfermedad no puede volver ya a la categoría A, ni siquiera en caso de que el cuadro ceda; lo mismo sucede con la categoría C en relación con la B.

La definición de SIDA, aunque compleja y amplia, no debe centrarse por el médico en si existe o no un SIDA, sino que debe considerar la enfermedad por el VIH como un espectro que, partiendo de la primo infección, con o sin síndrome agudo, pasa a un estadio asintomático y evoluciona hacia la enfermedad avanzada (33).

Sistema de clasificación revisado en 1993 para la definición de casos de adolescentes y adultos con infección por VIH y vigilancia extendida del SIDA*, vigente al 2008

Células T CD4+ categorías	Categorías Clínicas		
	A Asintomático, Agudo (primario) VIH o LGP†	B Sintomático Cuadros no A ni C	C Cuadros definidores de SIDA
≥ 500/μL	A1	B1	C1
200–499/μL	A2	B2	C2
<200/μL conteo de linfocitos indicador SIDA	A3	B3	C3

* Definición de caso de Vigilancia extendida del síndrome de inmunodeficiencia adquirida

† LGP: Linfadenopatía generalizada persistente

Categorías clínicas de infección por VIH

<p>Categoría A: uno o varios de los cuadros enumerados a continuación en un adolescente o un adulto (>13 años) con infección por el VIH comprobada. No deben haberse producido cuadros pertenecientes a las categorías B o C.</p>	<p>Infección asintomática por el VIH Linfadenopatía generalizada persistente Infección aguda (primaria) por el VIH con enfermedad acompañante o antecedentes de infección aguda por el VIH</p>
<p>Categoría B: aparición en un adolescente o adulto con infección por el VIH de cuadros sintomáticos que no están incluidos en los cuadros recogidos en la categoría C y que cumplen al menos uno de los siguientes criterios: 1) cuadros atribuidos a la infección por el VIH o que indican un defecto de la inmunidad celular o 2) cuadros cuya evolución clínica o sus necesidades terapéuticas están complicadas por la infección por VIH, en opinión del médico. Entre los ejemplos posibles se encuentran (aunque no se limitan a ellos) los siguientes:</p>	<p>Angiomatosis bacilar Candidiasis bucofaríngea Candidiasis vulvovaginal; persistente, frecuente o que responde mal al tratamiento Displasia cervicouterina (moderada o severa) / carcinoma in situ Fiebre (38.5°C) o diarrea de duración mayor a un mes Leucoplasia vellosa bucal Herpes zoster con al menos dos episodios distintos o que afecta a más de un dermatoma Púrpura trombocitopénica idiopática Listeriosis Enfermedad inflamatoria pélvica: sobre todo complicada con abscesos tubo-ováricos Periférica, neuropatía</p>
<p>Categoría C: cuadros recogidos en la definición de caso de vigilancia del SIDA</p>	<p>Candidiasis de tráquea, bronquios o pulmones Candidiasis esofágica Cáncer cervicouterino invasivo Coccidioidomicosis, diseminada o extrapulmonar Criptococosis extrapulmonar Criptosporidiosis intestinal crónica (más de un mes de duración) Enfermedad por citomegalovirus (no hepática, esplénica o ganglionar) Retinitis por citomegalovirus (con pérdida de la visión)</p>

Encefalopatía relacionada con el VIH
Herpes simple: úlceras crónicas (más de un mes de duración) o bronquitis, neumonía o esofagitis
Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar
Isosporiasis intestinal crónica (más de un mes de duración)
Sarcoma de Kaposi
Linfoma de Burkitt (o término equivalente)
Linfoma cerebral primitivo
Complejo Mycobacterium avium o M. kansasii sistémico o extrapulmonar
Mycobacterium tuberculosis de cualquier localización (pulmonar o extrapulmonar)
Mycobacterium, otras especies (identificadas o no), diseminada o extrapulmonar
Neumonía por Pneumocystis jiroveci
Neumonía recurrente
Leucoencefalopatía multifocal
Progresiva
Septicemia recurrente por salmonella
Toxoplasmosis cerebral
Síndrome de debilitamiento por VIH

(Fuente Original: Harrison's Principles of Internal Medicine)

2.4. FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo conductuales relacionados con la infección por el VIH varían mucho de acuerdo al país de origen. Por ejemplo, los hispanos nacidos en norte América tienen más probabilidades que otros grupos de latinos de contraer el VIH debido al consumo de drogas inyectables. Por el contrario, el contacto sexual con otros hombres es la causa principal de infecciones por VIH entre hombres latinos nacidos en Centroamérica, Sudamérica, Cuba y México (34).

De todas maneras diferenciamos los principales factores y comportamientos de riesgo a nivel mundial, de los que no lo son (35).

Principales factores y conductas de riesgo de infección por VIH

SON factores de riesgo de infección	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sangre ✓ Líquidos corporales que poseen glóbulos blancos, como el esperma y las secreciones vaginales que son excelentes vectores del virus. ✓ Leche materna
SON Comportamientos de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La promiscuidad ✓ El uso repetitivo de un preservativo ✓ El uso compartido de agujas, u objetos punzocortantes personales. ✓ El sexo anal representa un mayor riesgo que el sexo vaginal por el extremado acúmulo de células susceptibles o transportadoras de este (células dendríticas).
NO son factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lágrimas ✓ Saliva ✓ Sudor ✓ Orina ✓ Donde el virus se encuentra libre pero en concentración insignificante, por lo que estos líquidos no actúan como vectores del virus.
NO son comportamientos de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Abrazos ✓ Besos ✓ Apretón de manos ✓ Caricias

De entre todo el mundo la drogadicción intravenosa y las relaciones sexuales de riesgo, particularmente entre varones, son hoy en día motores importantes para la propagación de la epidemia a nivel mundial. Particularmente en el Perú son las relaciones sexuales el principal factor de transmisión de la infección por VIH.

2.5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

De manera resumida, la infección por VIH evoluciona en tres fases diferentes: 1° Una infección primaria, con o sin el síndrome agudo por VIH, 2° una infección asintomática y finalmente 3° la enfermedad Sintomática, el SIDA. El sello de la enfermedad causada por el VIH, es la profunda inmunodeficiencia característica, que expone al enfermo a la gran cantidad de agentes patógenos (36).

1) Infección primaria:

Se puede presentar un síndrome agudo por VIH que se caracteriza por Fiebres, faringitis, mialgias, artralgias, linfadenopatía, erupción maculopapular, ulceración mucocutánea, náuseas, vómitos, diarreas y meningitis aséptica.

2) Infección asintomática:

También llamada fase de latencia, donde el paciente experimenta un deterioro inmunológico y clínico progresivo, pero sin

denotar manifestaciones clínicas observables. Se calcula que en promedio se presenta en un periodo de duración de 10 años.

Un marcador importante de progresión de la enfermedad en clínica es la correlación directa que esta lleva con los niveles plasmáticos de ARN del virus, por lo cual pacientes con niveles elevados progresan más rápidamente a fase sintomática que a aquellos con niveles bajos (37).

3) Enfermedad sintomática (SIDA)

Es necesario dejar claro que en cualquier momento de la evolución de la infección pueden desarrollarse síntomas de la enfermedad, según el estado inmune del paciente.

Actualmente se define como SIDA, a la enfermedad de complicaciones graves que pone en riesgo la vida del paciente con VIH positivo asociado a un recuento de células T CD4⁺ < 200/μl de sangre (38).

Linfadenopatía generalizada persistente fiebre: Se desarrolla de forma gradual, acompañado de adelgazamiento y malestar general. La linfadenopatía se desarrolla de forma palpable en dos o más

localizaciones extra inguinales, persiste > de 3 meses, sin otra explicación que el VIH.

Síntomas generales: Fiebre > de 1 mes, pérdida de peso > 10%, diarrea > 1 mes sin causa explicable., diarreas, sudoración nocturna y fatiga muscular y pesadez.

Infecciones oportunistas: Aquellas infecciones normalmente benignas provocadas por microorganismos como *Cándida albicans* y otros hongos, virus de ADN capaces de producir enfermedades recurrentes, parásitos y bacterias de crecimiento intracelular, pueden provocar una enfermedad significativa tras el agotamiento de los linfocitos T CD4⁺ provocado por el VIH.

Tumores malignos: El tumor maligno más destacado que se desarrolla en pacientes con SIDA es el sarcoma de Kaposi, un cáncer cutáneo infrecuente y, en otras circunstancias, benigno, que se disemina hacia los órganos internos (visceral) en los pacientes inmunodeficientes.

Complejo de demencia relacionada al SIDA: La demencia relacionada con el SIDA puede ser el resultado de una infección oportunista o una infección por VIH de las células de la microglia y las neuronas del cerebro. Los pacientes con este cuadro pueden padecer un deterioro progresivo de su capacidad intelectual y otros síntomas de

trastornos neurológicos similares a los de las primeras fases de enfermedad de Alzheimer.

Principales Enfermedades indicadoras de SIDA*

Infección	Enfermedad
Protozoos	-Toxoplasmosis cerebral -Criptosporidiosis con diarrea -Isosporiasis con diarrea
Fúngicas	-Candidiasis del esófago, tráquea y pulmones -Neumonía por <i>Pneumocystis jiroveci</i> -Cryptococosis (extrapulmonar) -Histoplasmosis (diseminada)
Víricas	-Infección por citomegalovirus -Infección por virus herpes simple - Leucoencefalopatía multifocal progresiva
Bacterianas	-Complejo <i>Mycobacterium avium intracellulare</i> (diseminado) -Tuberculosis extrapulmonar -Septicemia por <i>Salmonella</i> (recurrente) -Infecciones bacterianas piógenas
Tumores oportunistas	-Sarcoma de Kaposi -Linfoma primario del cerebro -Otros linfomas no hodgkinianos
Otras	-Síndrome de caquexia por VIH -Encefalopatía del VIH -Neumonía intersticial linfoide

*Manifestaciones de la infección por VIH que definen el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, según los criterios del centro de control y prevención de la enfermedad de los Estados Unidos.

Se calcula que alrededor del 60% de muertes por SIDA son resultado directo de infecciones diferentes a las del VIH, y la lista la lidera las infecciones bacterianas.

2.6. DIAGNÓSTICO

Los análisis de infección por VIH se realizan por una de estas tres razones:

1. Para identificar a las personas que padecen la infección con el fin de instaurar un tratamiento farmacológico antivírico.
2. Para identificar a los portadores que pueden transmitir la infección a otros sujetos (especialmente donantes de sangre o de órganos, mujeres embarazadas y parejas sexuales)
3. Para realizar un seguimiento de la enfermedad y confirmar el diagnóstico de SIDA (39).

La naturaleza crónica de la enfermedad permite el uso de análisis serológicos para comprobar la infección por VIH, los cuales se complementan por medio de la detección genómica y la cuantificación por técnicas relacionadas con la PCR.

Aunque aún los análisis serológicos son incapaces de identificar a personas infectadas recientemente, son los usados más comúnmente para el diagnóstico.

Diagnóstico serológico

Para el control habitual se utilizan inmunoanálisis de absorción ligados a enzimas (ELISA) o pruebas de hemaglutinación. Sin embargo, la prueba de ELISA puede dar resultados falsos positivos y no detectar una infección reciente. En consecuencia, para confirmar los resultados seropositivos se utilizan procedimientos más específicos, como el análisis de transferencia de Western (Western blot). Por otro lado, el análisis de transferencia de Western determina la presencia de anticuerpos frente a antígenos víricos (p24 y p31) y glucoproteínas (gp41 y gp120). Los anticuerpos frente al VIH pueden desarrollarse lentamente, tardando en la mayoría de pacientes de 4 a 8 semanas en aparecer; sin embargo, hasta en el 5% de los infectados pueden llegar a tardar 6 meses.

El hallazgo del antígeno vírico p24, la enzima transcriptasa inversa, o grandes cantidades de ARN vírico en muestras de sangre indica la presencia de infección reciente o bien una fase tardía de la enfermedad. El ARN vírico presente en la sangre se puede detectar mediante la reacción en cadena de la polimerasa - transcriptasa inversa (PCR-TI), la PCR a tiempo real y otros métodos relacionados. Los valores en sangre de ARN vírico también son útiles para controlar los resultados del tratamiento antivírico.

Diagnóstico genómico

Algunos métodos nuevos de detección y cuantificación de los genomas de VIH presentes en la sangre se han convertido en una pieza clave del seguimiento de la evolución de una infección por el VIH, así como de la eficacia del tratamiento antivírico. Tras convertir el ARN vírico en ADN por medio de una transcriptasa inversa (suministrada por el laboratorio), se puede detectar el ADN sintetizado a partir del genoma vírico mediante PCR y cuantificarlo a través de la PCR a tiempo real, amplificación de ADN de cadena ramificada y otros métodos. La determinación de la carga vírica (cantidad de genoma presente en sangre) permite controlar la evolución de la enfermedad y la eficacia del tratamiento (40).

Estudios inmunológicos

El estado de una infección por VIH se puede deducir de un análisis de subpoblaciones de linfocitos T. En los individuos infectados por VIH, el número total de linfocitos CD4⁺ y la proporción entre linfocitos cooperadores e inductores (proporción CD4:CD8) son excesivamente bajos. La concentración concreta de linfocitos CD4⁺ identifica la fase del SIDA.

2.7. TRATAMIENTO:

Actualmente la terapia antirretroviral viene revolucionando el manejo de pacientes infectados, hasta un punto en el cual estiman que se está transformando a la infección VIH/SIDA en una infección crónica tratable, y que el ciclo de vida de un adulto infectado puede ser ahora similar, por ejemplo, al de un paciente diabético. También son ya experimentales algunas vacunas que podrían prevenir la infección, pero no aptas aún para el consumo humano (41).

La infección VIH/SIDA constituye un problema mundial permanente y creciente por la inexistencia de alguna vacuna o terapia definitiva, por ende nuestra realidad no se encuentra lejos; No obstante, la introducción del Tratamiento Anti-Retroviral de Gran Actividad (TARGA), fue toda una revolución en el manejo de los pacientes con infección VIH/SIDA, lo que dio lugar a una reducción drástica en la mortalidad e incidencia de las infecciones oportunistas, y que tiene como objetivo principal disminuir la carga viral (CV) de estos pacientes al nivel más bajo por el mayor tiempo posible, lo que se traduce en “mejorar la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes infectados”.

Actualmente, toda persona con diagnóstico de Infección por VIH/SIDA será considerada para su ingreso al TARGA, y los parámetros usados para tomar decisiones respecto al inicio y cambio en la TARGA, así como para su monitorización son: 1) La *valoración clínica* que califica la condición clínica del paciente; 2) la *valoración inmunológica* que se refiere al recuento de células T CD4⁺ y 3) la valoración virológica referente a la medición de la carga viral (42).

Actualmente, las principales clases de drogas que vienen siendo útiles para la TARGA son: 1) Los Inhibidores de la Transcriptasa Inversa Nucleósido/tido (ITRN), 2) Los Inhibidores de Transcriptasa Inversa No Nucleósido (ITRNN), 3) Los Inhibidores de Proteasa (IP) e 4) Inhibidor De Fusión (IF). Además, los Inhibidores De La Intergrasa (II) y los Antagonistas de CCR5 (Anti-CCR5) constituyen dos nuevas clases de drogas para la TARGA, y se encuentra aún en estudio los Inhibidores de maduración.

Recomendaciones para iniciar el TARGA
en adultos con infección VIH crónica*

Condición	Recomendación (Clase)
Enfermedad VIH sintomática	TARGA recomendado (A1a)
Enfermedad VIH asintomática	
Conteo células CD4 ⁺ ≤ 200/μL	TARGA recomendado (A1a)
Conteo células CD4 ⁺ < 350/μL; pero > 200/μL	TARGA asociado a decisión a considerar e individualizar ‡
Conteo células CD4 ⁺ ≥ 350/μL; pero ≤ 500/μL	TARGA generalmente no recomendada (B1a) §
Conteo células CD4 ⁺ > 500/μL	TARGA generalmente no recomendada (B1a)

* No aplicable para embarazadas.

‡ Si el conteo células CD4⁺ es de 200/μL, la recomendación se verá influenciada y fortalecida, particularmente si la CV del plasma es alta (> 100 000 ARN VIH-1 copias/ml) o si existiese un rápido decline del conteo células CD4⁺ (> 100/μL por año).

§ Considerar el tratamiento en aquellos pacientes que tienen una carga viral plasmática elevada (> 100 000 ARN VIH-1 copias/ml) o un rápido decline del conteo células CD4⁺.

Así mismo, es necesario para el inicio de la TARGA combinar al menos tres fármacos que incluyan dos ITRN con un ITRNN, o dos ITRN con un (o dos) IP, que constituyen el tratamiento de elección contra la infección por VIH/SIDA (43).

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3. METODOLOGÍA Y MATERIALES

3.1. MÉTODO EMPLEADO

El presente es un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal.

DESCRIPTIVO: Se describen las variables de estudio y se analizan frecuencias y porcentajes entre estas.

RETROSPECTIVO: Se recolectaron los datos de pacientes diagnosticados con infección por el Virus de la inmunodeficiencia Humana en el periodo 2005 – 2012

TRANSVERSAL: Se evaluaron las historias clínicas de pacientes diagnosticados con infección por el Virus de la inmunodeficiencia Humana en una sola ocasión, sin realizar seguimientos.

3.2. POBLACIÓN

La población en estudio está constituida por el total de pacientes diagnosticados con infección por el Virus de la inmunodeficiencia Humana en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo 2005 – 2012, que a su vez reúnan los criterios de inclusión y exclusión.

En el periodo se diagnosticaron un total de 216 casos, de los cuales al revisar las historias clínicas, 66 fueron excluidas (a motivo de encontrar historias incompletas, por abandono, por muerte o derivación a otras regiones)

3.3. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

a) CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Pacientes diagnosticados con infección por VIH
- ✓ Pacientes diagnosticados en el servicio de ETS/VIH-SIDA del Hospital Hipólito Unánue
- ✓ El diagnóstico debe haber sido realizado en el periodo 2005 –2012

b) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ Pacientes cuyas historias clínicas se encuentren incompletas por abandono a la terapia, derivación a otros lugares o fallecimiento.

3.4. VARIABLES

a) DETERMINACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES DEMOGRÁFICAS

- ✓ **Edad:** Se consigna en años y a intervalos de 10. Se consigna la edad del diagnóstico.
- ✓ **Género:** Rasgos físicos que presenta al nacer y que determinan su sexo.
- ✓ **Residencia:** Lugar donde ha residido los últimos dos años.
- ✓ **Migración:** Desplazamiento de la persona fuera del departamento.

VARIABLES SOCIO-ECONÓMICAS

- ✓ **Educación:** Etapa de estudios por la que cursa al momento del diagnóstico
- ✓ **Ocupación:** Actividades que realiza el paciente y en las que consume la mayor parte de su tiempo, como medio de sostén en la vida.
- ✓ **Nivel socio económico:** Capacidad para alimentarse, vestirse y vivir en un lugar estable de material noble y con los saneamientos básicos (Agua, luz y desagüe)
- ✓ **Estado civil:** Es el grado de relación sentimental y civil por las cuales el paciente está ligado a otra persona.

VARIABLES RELACIONADAS A LA TRANSMISIÓN DEL VIH

- ✓ **Relaciones sexuales:** Es el contacto que se produce entre 2 o más personas, a través de genitales y/o secreciones de estos.
- ✓ **Uso compartido de agujas u objetos punzocortantes personales:** Consigna la utilización de instrumentos personales que puedan generar lesiones en piel y faneras, por lo cual potencialmente podrían cargar secreciones.

- ✓ **Contacto con hemoderivados:** Determina el contacto con sangre y/o secreciones de forma accidental, por trabajo, por tratamientos, por casualidad, etc.
- ✓ **Hijos después del diagnóstico:** Considera la tenencia de hijos después de conocer el diagnóstico de infección por VIH.

VARIABLES RELACIONADAS CON EL ESTILO DE VIDA SEXUAL

- ✓ **Opción sexual:** Es el género con quien se sostienen las relaciones sexuales
- ✓ **Promiscuidad:** Es el haber sostenido relaciones sexuales con 4 o más parejas
- ✓ **Uso de preservativo:** Implica la utilización del preservativo en las relaciones sexuales como método de protección.
- ✓ **Violentado sexualmente:** Consigna el haber sufrido relación sexual por medio de violencia y sin consentimiento en alguna ocasión.
- ✓ **Consumo de bebidas alcohólicas:** Implica el consumo de bebidas alcohólicas como una práctica de vida.
- ✓ **Consumo de drogas ilegales:** Implica el consumo de drogas como una práctica de vida.

b) OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Nivel de Medición	Categoría o Dimensión	Indicador
VARIABLES DEMOGRÁFICAS				
Edad	Cualitativa politómica	Ordinal	Años	0 – 10
				11 – 20
				21 – 30
				31 – 40
				41 – 50
				51 – 60
				> 60
Género	Cualitativa dicotómica	Nominal	Género	Femenino
				Masculino
Residencia	Cualitativa politómica	Nominal	Residencia	Tacna
				Jorge Basadre
				Tarata
				Candarave
Migración	Cualitativa dicotómica	Nominal	Migración	No
				Si
VARIABLES SOCIO-ECONÓMICAS				
Educación	Cualitativa politómica	Ordinal	Educación	Ninguna
				Primaria
				Secundaria
				Superior
				Comercio
				Minería
				Transporte y comunicaciones
Ocupación	Cualitativa politómica	Nominal	Ocupación	Administrativos
				Construcción
				Agricultura, silvicultura y caza
				Cocina y atención al público
				Educación
				Salud

				Seguridad
				Belleza y manualidades
				Trabajo sexual
				Trabajos remunerados del hogar
				Estudiante
				Ocasional
				Ninguno
Nivel socio económico	Cualitativa politómica	Ordinal	Nivel socio económico	Bajo
				Medio
				Alto
Estado civil	Cualitativa politómica	Nominal	Estado civil	Soltero
				Conviviente
				Casado
				Divorciado
				Viudo
VARIABLES RELACIONADAS A LA TRANSMISIÓN DEL VIH				
Relaciones sexuales	Cualitativa dicotómica	Nominal	Relaciones sexuales	No
				Si
Uso compartido punzo cortantes	Cualitativa dicotómica	Nominal	Uso	No
				Si
Contacto con hemo derivados	Cualitativa dicotómica	Nominal	Contacto	No
				Si
Hijos después de diagnóstico	Cualitativa dicotómica	Nominal	Hijos	No
				Si
VARIABLES RELACIONADAS AL ESTILO DE VIDA SEXUAL				
Opción sexual	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sexo	Sexo opuesto
				Mismo Sexo
				Ambos Sexos
Promiscuidad	Cualitativa dicotómica	Nominal	Promiscuidad	No
				Si
Uso de preservativo	Cualitativa politómica	Ordinal	Uso	Nunca
				Algunas veces
				Siempre

Violentado sexualmente	Cualitativa dicotómica	Nominal	Violentado	No Si
Consumo de bebidas alcohólicas	Cualitativa dicotómica	Nominal	Consumo	No Si
Consumo de drogas	Cualitativa dicotómica	Nominal	Consumo	No Si

3.5. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Para la recolección de datos se ha elaborado una ficha de recolección de datos que contiene todas las variables de análisis, que darán respuesta a los objetivos propuestos (**VER ANEXO N° 01**).

3.6. PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO

Para el procesamiento de los datos se hace uso de estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes).

La forma de la presentación de la información obtenida se realiza en forma de tablas y gráficos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

TABLA N° 01

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR EDADES EN PACIENTES
CON INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL PERIODO
2005 – 2012

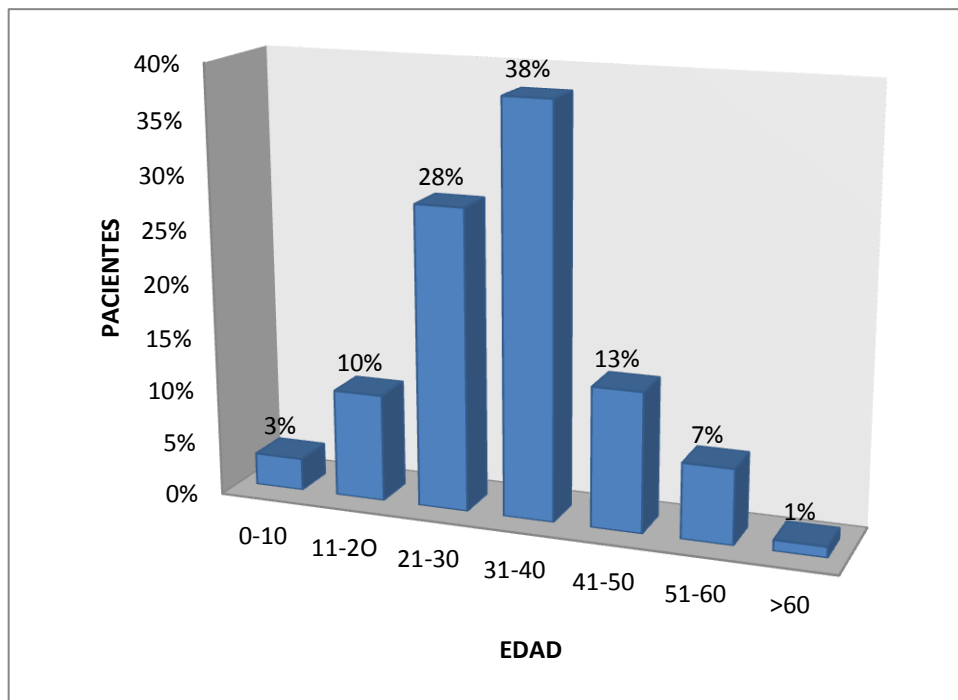
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0-10	5	3%
11-20	15	10%
21-30	42	28%
31-40	56	38%
41-50	20	13%
51-60	11	7%
>60	1	1%
TOTAL	150	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos, archivo VIH/SIDA HHUT

Según la edad de los pacientes con infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, el mayor porcentaje (38%) tiene una edad comprendida entre 31 a 40 años y los menores porcentajes (3% y 1%) los tienen los extremos de la vida, de 0 a 10 años y mayores de 60 años respectivamente.

GRÁFICO N° 01

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR EDADES EN PACIENTES
CON INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL PERIODO
2005 – 2012



Fuente: Ficha de recolección de datos, archivo VIH/SIDA HHUT

TABLA N° 02

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR GÉNERO EN PACIENTES
CON INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL PERIODO
2005 – 2012

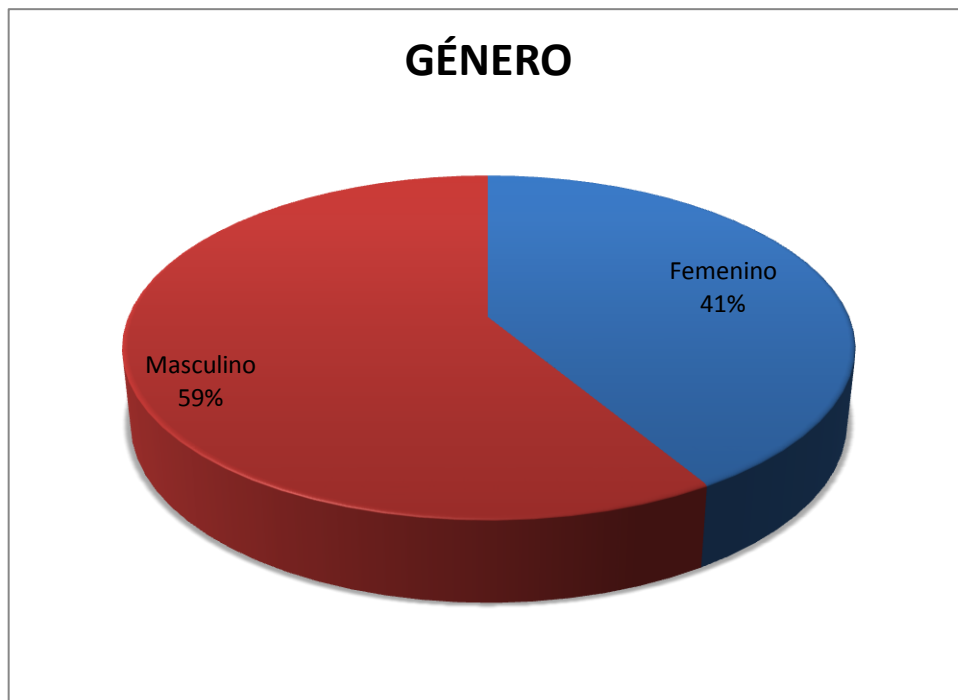
GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	62	41%
MASCULINO	88	59%
TOTAL	150	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos, archivo VIH/SIDA HHUT

Según el género de los pacientes con infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, el mayor porcentaje (59%) pertenece al sexo masculino, mientras que el menor porcentaje (41%) pertenece al sexo femenino.

GRÁFICO N° 02

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR GÉNERO EN PACIENTES
CON INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL PERIODO
2005 – 2012



Fuente: Ficha de recolección de datos, archivo VIH/SIDA HHUT

TABLA N° 03

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR RESIDENCIA EN PACIENTES
CON INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL PERIODO
2005 – 2012

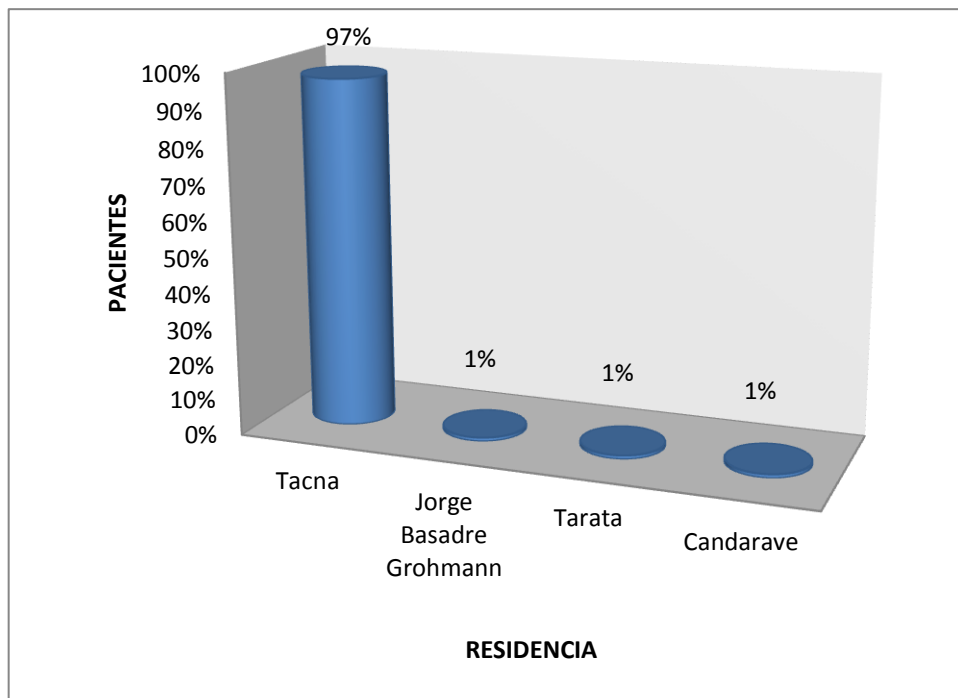
RESIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TACNA	146	97%
JORGE BASADRE GROHMANN	2	1%
TARATA	1	1%
CANDARAVE	1	1%
TOTAL	150	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos, archivo VIH/SIDA HHUT

Según la residencia de los pacientes con infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, el mayor porcentaje (97%) reside en Tacna, mientras que los menores porcentajes (1%, 1% y 1%) residen en Jorge Basadre Grohmann, Tarata y Candarave respectivamente.

GRÁFICO N° 03

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR RESIDENCIA EN PACIENTES
CON INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL PERIODO
2005 – 2012



Fuente: Ficha de recolección de datos, archivo VIH/SIDA HHUT

TABLA N° 04

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR MIGRACIÓN EN PACIENTES
CON INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL PERIODO
2005 – 2012

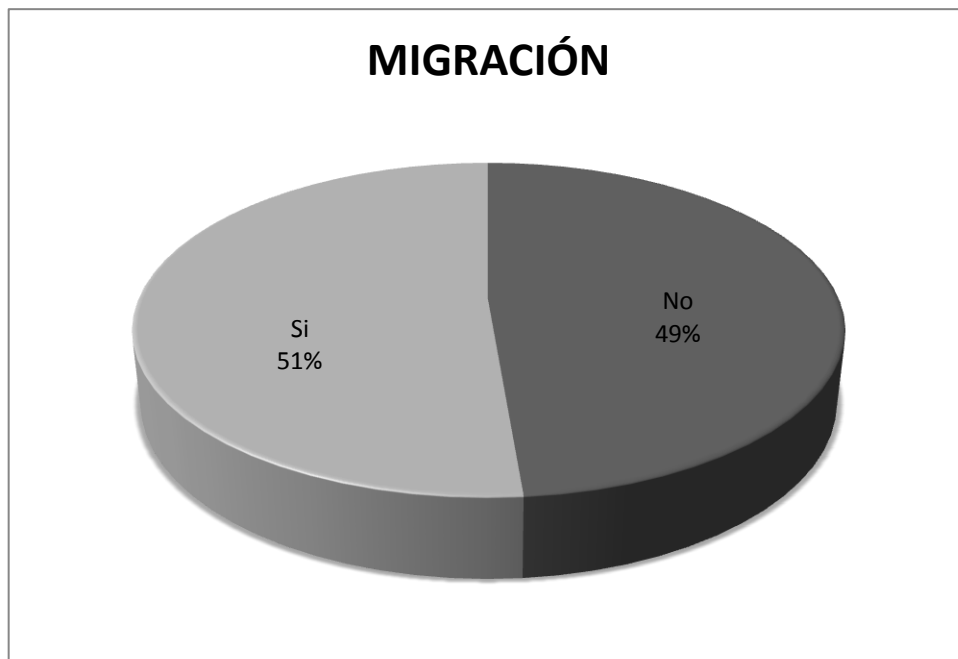
MIGRACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	73	49%
Si	77	51%
Total	150	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos, archivo VIH/SIDA HHUT

Según la migración de los pacientes con infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, el mayor porcentaje (51%) es migrante, mientras que el menor porcentaje (49%) no es migrante.

GRÁFICO N° 04

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR MIGRACIÓN EN PACIENTES
CON INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL PERIODO
2005 – 2012



Fuente: Ficha de recolección de datos, archivo VIH/SIDA HHUT

TABLA N° 05

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR EDUCACIÓN EN PACIENTES
CON INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL PERIODO
2005 – 2012

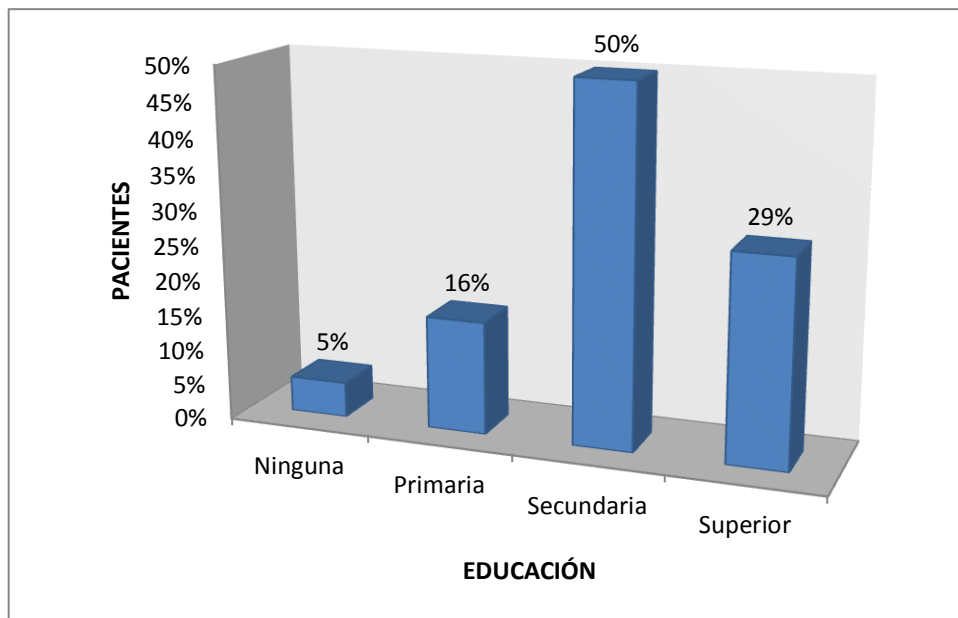
EDUCACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguna	8	5%
Primaria	24	16%
Secundaria	74	50%
Superior	44	29%
Total	150	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos, archivo VIH/SIDA HHUT

Según la educación de los pacientes con infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, el mayor porcentaje (50%) había estudiado o cursaba estudios de secundaria y el menor porcentaje (5%) no tenía ningún tipo de estudio.

GRÁFICO N° 05

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR EDUCACIÓN EN PACIENTES
CON INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL PERIODO
2005 – 2012



Fuente: Ficha de recolección de datos, archivo VIH/SIDA HHUT

TABLA N° 06

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR OCUPACIÓN EN PACIENTES
CON INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL PERIODO
2005 – 2012

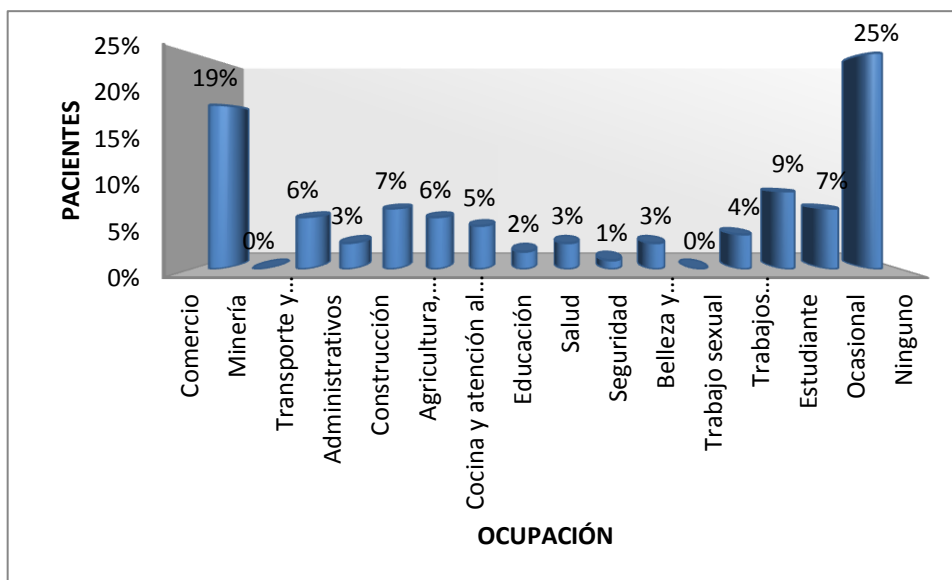
OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Comercio	29	19%
Minería	0	0%
Transporte y comunicaciones	9	6%
Administrativos	5	3%
Construcción	11	7%
Agricultura, silvicultura y caza	9	6%
Cocina y atención al público	7	5%
Educación	3	2%
Salud	4	3%
Seguridad	2	1%
Belleza y manualidades	4	3%
Trabajo sexual	0	0%
Trabajos remunerados del hogar	6	4%
Estudiante	13	9%
Ocasional	11	7%
Ninguno	37	25%
Total	150	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos, archivo VIH/SIDA HHUT

Según la ocupación de los pacientes con infección por VIH, el mayor porcentaje (25%) no tiene ocupación alguna, seguido de un 19% que es comerciante, porcentajes menores que se ocupan en diferentes labores y no hay porcentaje de población que ejerza el trabajo sexual.

GRÁFICO N° 06

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR OCUPACIÓN EN PACIENTES
CON INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL PERIODO
2005 – 2012



Fuente: Ficha de recolección de datos, archivo VIH/SIDA HHUT

TABLA N° 07

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR NIVEL SOCIO ECONÓMICO
EN PACIENTES CON INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA
INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA EN EL PERIODO 2005 – 2012

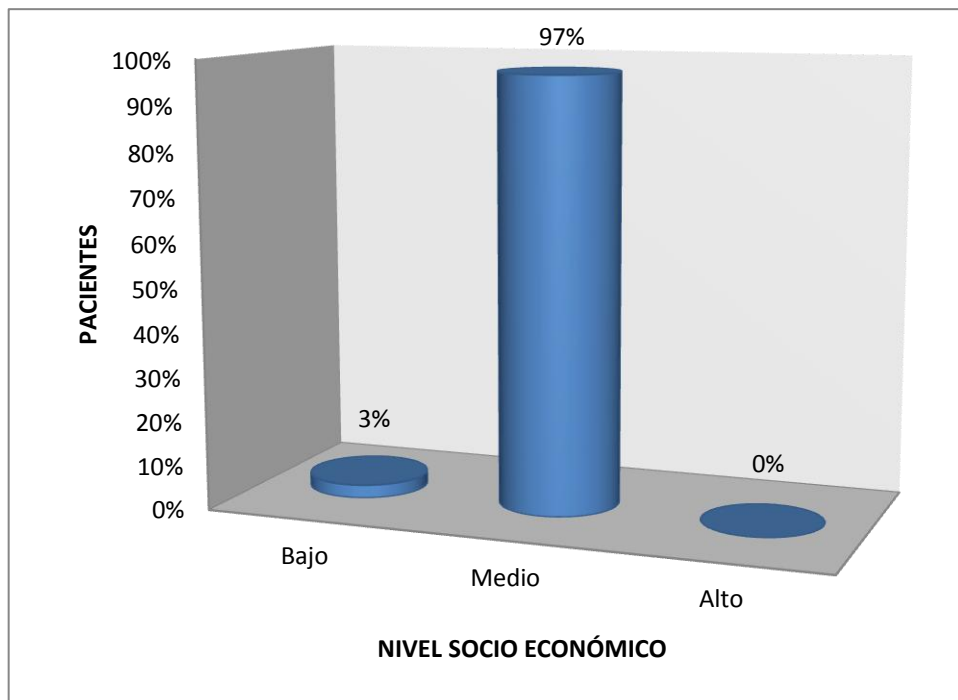
NIVEL SOCIO ECONÓMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bajo	4	3%
Medio	146	97%
Alto	0	0%
Total	150	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos, archivo VIH/SIDA HHUT

Según el nivel socio económico de los pacientes con infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, el mayor porcentaje (97%) sostiene un nivel medio, mientras que el menor porcentaje (3%) sostiene un nivel bajo y ninguno (0%) es de nivel alto.

GRÁFICO N° 07

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR NIVEL SOCIO ECONÓMICO
EN PACIENTES CON INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA
INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA EN EL PERIODO 2005 – 2012



Fuente: Ficha de recolección de datos, archivo VIH/SIDA HHUT

TABLA N° 08

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR ESTADO CIVIL EN
PACIENTES CON INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA
INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA EN EL PERIODO 2005 – 2012

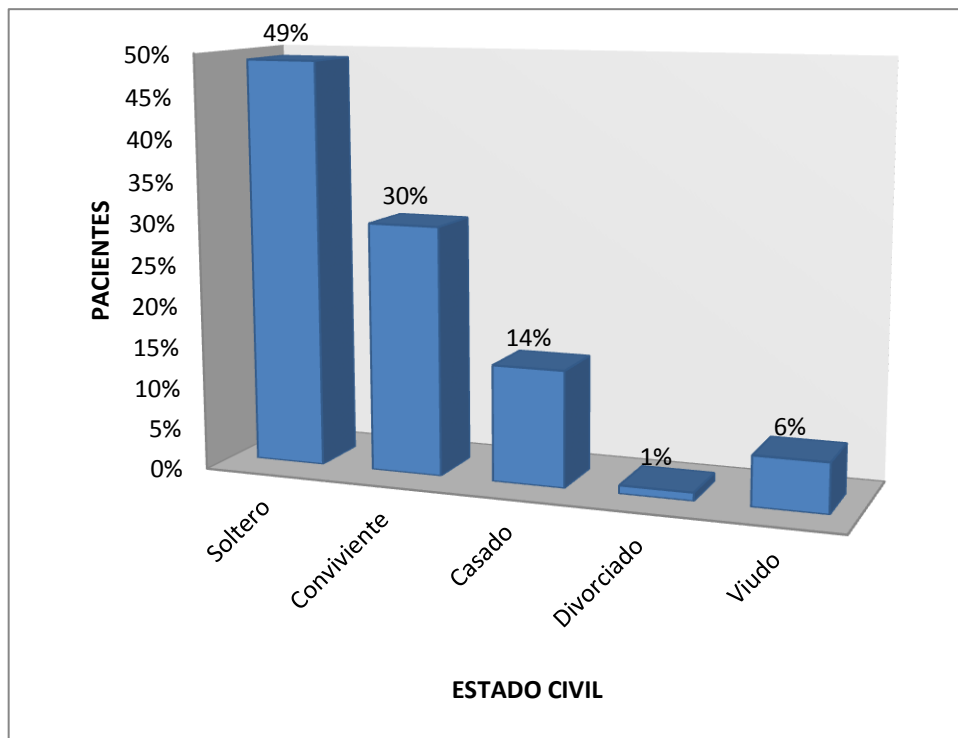
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltero	73	49%
Conviviente	45	30%
Casado	21	14%
Divorciado	2	1%
Viudo	9	6%
Total	150	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos, archivo VIH/SIDA HHUT

Según el estado civil de los pacientes con infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, el mayor porcentaje (49%) es soltero y el menor porcentaje (1%) es divorciado.

GRÁFICO N° 08

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR ESTADO CIVIL EN
PACIENTES CON INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA
INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA EN EL PERIODO 2005 – 2012



Fuente: Ficha de recolección de datos, archivo VIH/SIDA HHUT

TABLA N° 09

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR RELACIONES SEXUALES EN
PACIENTES CON INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA
INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA EN EL PERIODO 2005 – 2012

RELACIONES SEXUALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	8	5%
Si	142	95%
Total	150	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos, archivo VIH/SIDA HHUT

Según la práctica de relaciones sexuales de los pacientes con infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, el mayor porcentaje (95%) si las practica, mientras que el menor porcentaje (5%) no la práctica.

GRÁFICO N° 09

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR RELACIONES SEXUALES EN
PACIENTES CON INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA
INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA EN EL PERIODO 2005 – 2012



Fuente: Ficha de recolección de datos, archivo VIH/SIDA HHUT

TABLA N° 10

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR USO COMPARTIDO DE AGUJAS U OBJETOS PUNZOCORTANTES PERSONALES EN PACIENTES CON INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL PERIODO 2005 – 2012

USO COMPARTIDO DE PUNZOCORTANTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	A	E
No	148	99%
Si	2	1%
Total	150	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos, archivo VIH/SIDA HHUT

Según el uso compartido de agujas u objetos punzocortantes personales de los pacientes con infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, el mayor porcentaje (99%) no sostiene un uso compartido, mientras que el menor porcentaje (1%) si sostiene un uso compartido.

GRÁFICO N° 10

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR USO COMPARTIDO DE AGUJAS U OBJETOS PUNZOCORTANTES PERSONALES EN PACIENTES CON INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL PERIODO 2005 – 2012



Fuente: Ficha de recolección de datos, archivo VIH/SIDA HHUT

TABLA N° 11

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR CONTACTO CON
HEMODERIVADOS EN PACIENTES CON INFECCIÓN DEL VIRUS DE
LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA EN EL PERIODO 2005 – 2012

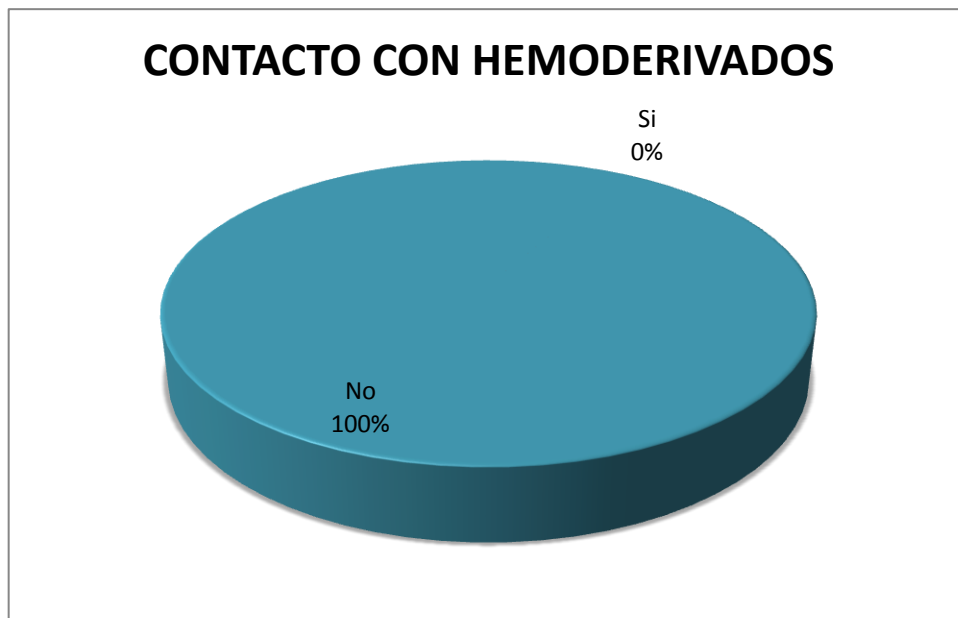
CONTACTO CON HEMODERIVADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	150	100%
Si	0	0%
Total	150	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos, archivo VIH/SIDA HHUT

Según el contacto con hemoderivados de los pacientes con infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, el total de la población no tuvo contacto.

GRÁFICO N° 11

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR CONTACTO CON
HEMODERIVADOS EN PACIENTES CON INFECCIÓN DEL VIRUS DE
LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA EN EL PERIODO 2005 – 2012



Fuente: Ficha de recolección de datos, archivo VIH/SIDA HHUT

TABLA N° 12

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR HIJOS DESPUÉS DEL
DIAGNÓSTICO EN PACIENTES CON INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA
INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA EN EL PERIODO 2005 – 2012

HIJOS DESPUÉS DE DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	127	85%
Si	23	15%
Total	150	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos, archivo VIH/SIDA HHUT

Según si tuvieron hijos después del diagnóstico los pacientes con infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, el mayor porcentaje (85%) no tuvieron, mientras que el menor porcentaje (15%) si tuvieron.

GRÁFICO N° 12

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR HIJOS DESPUÉS DEL
DIAGNÓSTICO EN PACIENTES CON INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA
INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA EN EL PERIODO 2005 – 2012



Fuente: Ficha de recolección de datos, archivo VIH/SIDA HHUT

TABLA N° 13

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR OPCIÓN SEXUAL EN
PACIENTES CON INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA
INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA EN EL PERIODO 2005 – 2012

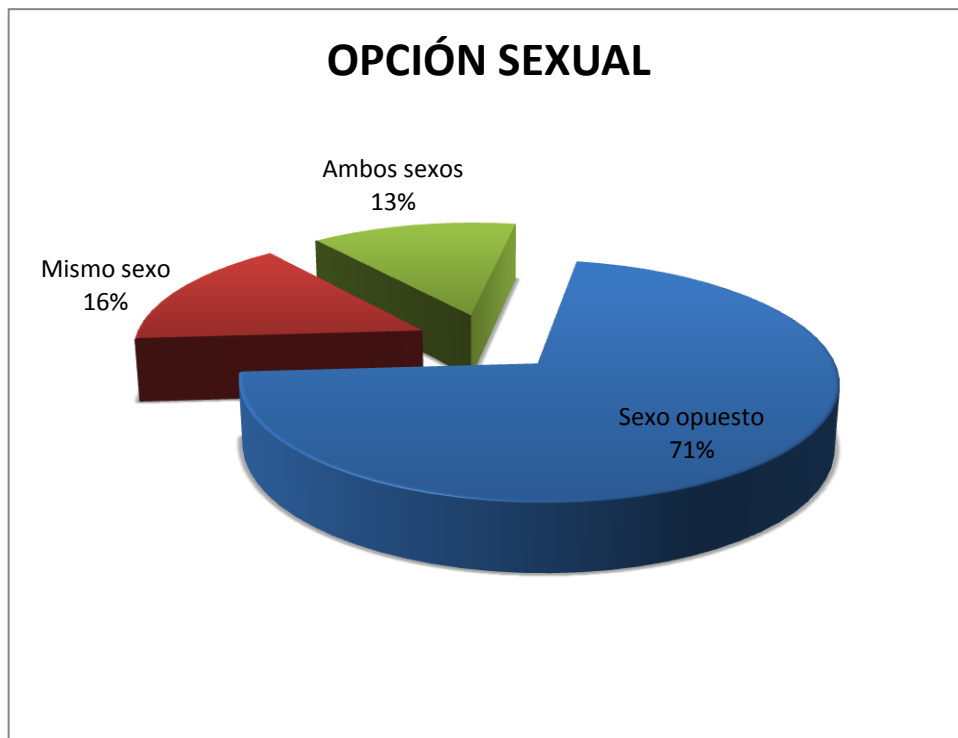
OPCIÓN SEXUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sexo opuesto	101	71%
Mismo sexo	22	16%
Ambos sexos	19	13%
Total	142	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos, archivo VIH/SIDA HHUT

Según la opción sexual de los pacientes con infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, el mayor porcentaje (71%) opta por el sexo opuesto, mientras que menores porcentajes (16% y 13%) optan por el mismo sexo y ambos sexos respectivamente.

GRÁFICO N° 13

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR OPCIÓN SEXUAL EN
PACIENTES CON INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA
INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA EN EL PERIODO 2005 – 2012



Fuente: Ficha de recolección de datos, archivo VIH/SIDA HHUT

TABLA N° 14

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR PROMISCUIDAD EN
PACIENTES CON INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA
INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA EN EL PERIODO 2005 – 2012

PROMISCUIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	59	42%
Si	83	58%
Total	142	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos, archivo VIH/SIDA HHUT

Según la promiscuidad de los pacientes con infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, el mayor porcentaje (58%) dijo que si, mientras que el menor porcentaje (42%) dijo que no practicaba la promiscuidad.

GRÁFICO N° 14

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR PROMISCUIDAD EN
PACIENTES CON INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA
INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA EN EL PERIODO 2005 – 2012



Fuente: Ficha de recolección de datos, archivo VIH/SIDA HHUT

TABLA N° 15

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR USO DE PRESERVATIVO EN
PACIENTES CON INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA
INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA EN EL PERIODO 2005 – 2012

USO DE PRESERVATIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	78	55%
Algunas veces	63	44%
Siempre	1	1%
Total	142	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos, archivo VIH/SIDA HHUT

Según el uso de preservativo de los pacientes con infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, el mayor porcentaje (55%) nunca lo usa, mientras que un 44% lo usa algunas veces y el menor porcentaje (1%) siempre lo usa.

GRÁFICO N° 15

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR USO DE PRESERVATIVO EN
PACIENTES CON INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA
INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA EN EL PERIODO 2005 – 2012



Fuente: Ficha de recolección de datos, archivo VIH/SIDA HHUT

TABLA N° 16

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN SI HA SIDO VIOLENTADO SEXUALMENTE EN PACIENTES CON INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL PERIODO 2005 – 2012

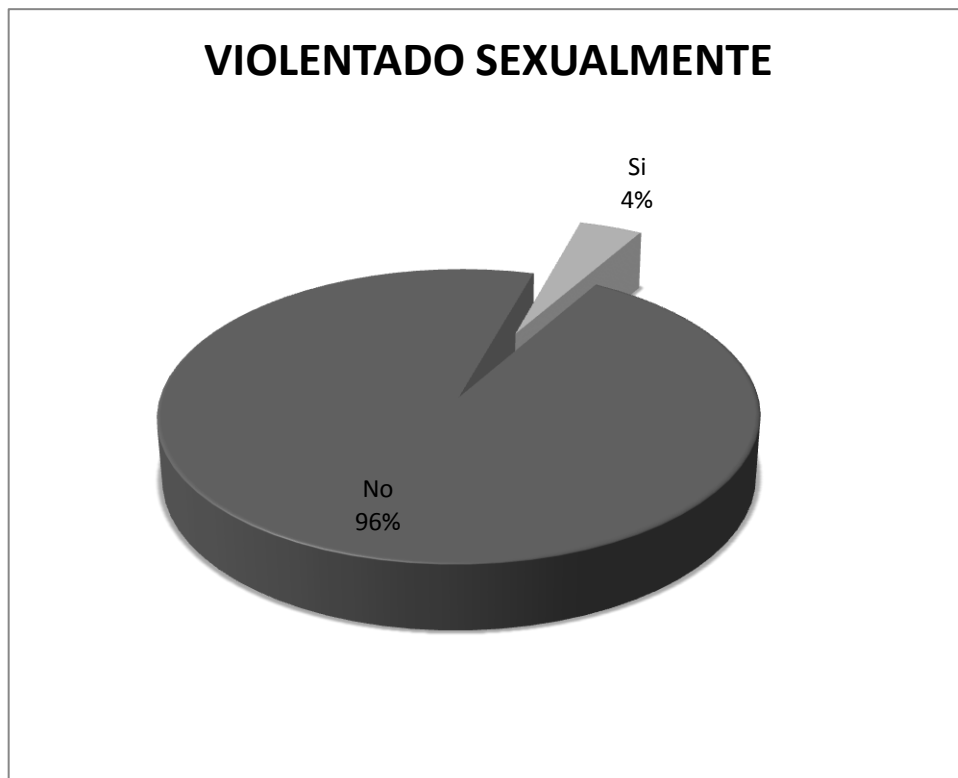
VIOLENTADO SEXUALMENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	144	96%
Si	6	4%
Total	150	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos, archivo VIH/SIDA HHUT

Según si han sido violentados sexualmente los pacientes con infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, el mayor porcentaje (96%) no han sido violentados sexualmente, mientras que el menor porcentaje (4%) si ha sido violentado sexualmente.

GRÁFICO N° 16

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN SI HA SIDO VIOLENTADO SEXUALMENTE EN PACIENTES CON INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL PERIODO 2005 – 2012



Fuente: Ficha de recolección de datos, archivo VIH/SIDA HHUT

TABLA N° 17

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN PACIENTES CON INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL PERIODO 2005 – 2012

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	53	35%
Si	97	65%
Total	150	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos, archivo VIH/SIDA HHUT

Según el consumo de bebidas alcohólicas de los pacientes con infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, el mayor porcentaje (64%) si consume, mientras que el menor porcentaje (36%) no consume.

GRÁFICO N° 17

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN PACIENTES CON INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL PERIODO 2005 – 2012



Fuente: Ficha de recolección de datos, archivo VIH/SIDA HHUT

TABLA N° 18

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR CONSUMO DE DROGAS EN
PACIENTES CON INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA
INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA EN EL PERIODO 2005 – 2012

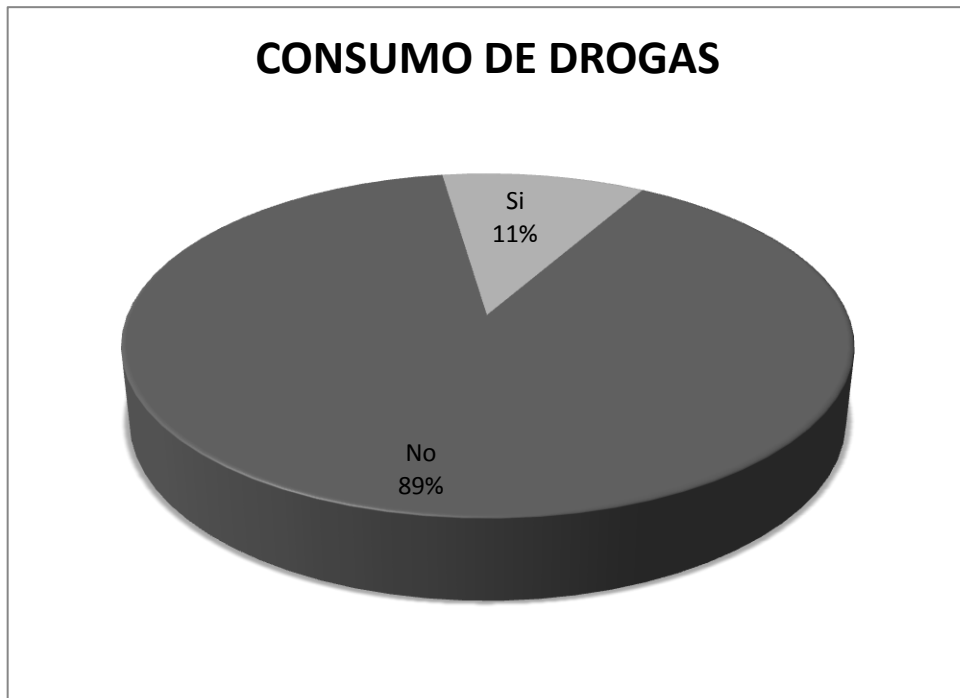
CONSUMO DE DROGAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	134	89%
Si	16	11%
Total	150	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos, archivo VIH/SIDA HHUT

Según el consumo de drogas de los pacientes con infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, el mayor porcentaje (89%) no consume, mientras que el menor porcentaje (11%) si consume.

GRÁFICO N° 18

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR CONSUMO DE DROGAS EN
PACIENTES CON INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA
INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA EN EL PERIODO 2005 – 2012



Fuente: Ficha de recolección de datos, archivo VIH/SIDA HHUT

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

En el presente estudio se pretende dar a conocer la distribución frecuencial y porcentual de los factores o rasgos presentes en pacientes con el diagnóstico de infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, para tomar conocimiento, y poder aplicar medidas preventivas con el fin de disminuir la incidencia de casos y su transmisión.

Durante el periodo de estudio se diagnosticaron un total de 216 casos de pacientes infectados con VIH, pero a razón de 66 casos de historias clínicas incompletas sea por fallecimiento, abandono o derivación a otros lugares, solo son 150 las historias clínicas que forman parte del presente estudio.

Dentro de todas las variables estudiadas, entre demográficas, socioeconómicas, relacionadas a la transmisión del VIH y las relacionadas al estilo de vida, todas tuvieron una distribución frecuencial y porcentual para el presente análisis.

Los grupos etáreos observados tienen una alta frecuencia de casos (38%) entre los 31 a 40 años (considerada por algunos como la etapa del adulto joven), mientras que en los extremos de la vida se pueden observar bajas frecuencias, de 0 a 10 años (3%) y mayores de 60 años (1%). Frecuencias que van de la mano con la bibliografía mundial, el

grupo de edad donde se presenta el mayor número de los casos de VIH/SIDA es el comprendido entre los 15 años y los 34 años. Este grupo de edad es relevante no solo por el aumento de casos de VIH/SIDA en la población adolescente, sino también por ser la etapa de la vida económicamente más productiva; por tanto, muchas de las campañas educativas y preventivas se han enfocado a esta población. España con una a mediana de edad al diagnóstico de 36 años (rango: 29-43). Chile con grupos de edad más afectados entre 20 y 49 años, concentrando 86% de los casos. En Montevideo, Uruguay, se presenta un notorio predominio del grupo etario correspondiente a los menores de 30 años. En Zacatecas, México, la edad osciló entre 16 y 56 años de edad, con un promedio de 29 años, donde el grupo más afectado se encuentra entre los 25 y 29 años, con el 24% de los entrevistados.

Con respecto al género se observa una frecuencia predominante del sexo masculino (59%), a diferencia del sexo femenino (41%). A nivel mundial en cuanto a las diferencias por sexo, la infección por el VIH/SIDA ha predominado en la población masculina, sin embargo, se incrementan los casos en las mujeres representando casi el 50%. En Chile, donde del total de casos notificados entre los años 1984 y 2004, 85% corresponden a hombres, España donde casi el 80% de las personas diagnosticadas eran hombres entre los años 2004 y 2009. En

Zacatecas, México, se observó que el 81,6% de pacientes estudiados corresponden al sexo masculino y el 18,4 % al femenino existiendo una relación hombre: mujer de 5:1 aproximadamente, es decir, existen cinco hombres por cada mujer infectada.

Los lugares de residencia que con más frecuencia se halló entre los pacientes fue la residencia en Tacna (97%), comparado a la residencia en Jorge Basadre Grohmann (1%), Tarata (1%) y Candarave (1%). Analizado esto frente a otros estudios, en Chile, España, Uruguay y México, las regiones más pobladas son las más afectadas.

El grupo migrante en el estudio (51%) no supera con mucha diferencia al grupo no migrante (49%). En España más del 30% de las personas diagnosticadas son de origen extranjero, Tras el origen español, los más frecuentes fueron Latinoamérica, África Subsahariana y Europa occidental. Los trabajadores sexuales inmigrantes se han convertido en una población de conexión en cuanto a la propagación global de la infección por VIH/SIDA en diversos países de ingresos y su movilidad causa problemas para el establecimiento de redes de apoyo y atención médica continua. Un estudio australiano reveló un riesgo mayor de ITS y tasas inferiores del uso de preservativos para los trabajadores sexuales internacionales en comparación con los trabajadores sexuales locales. También se encontraron tasas mayores de VIH en los trabajadores

sexuales transexuales extranjeros. Los trabajadores sexuales inmigrantes se enfrentan a obstáculos culturales, sociales, legales y lingüísticos en lo que se refiere al acceso a los servicios y a la información. Las epidemias siempre han acompañado a los desplazamientos humanos. El intercambio de bienes y mercancías entre los pueblos y las naciones también lo ha sido de virus y de bacterias. El VIH/SIDA no es la excepción, por el contrario, la intensificación del comercio mundial de bienes, servicios y mano de obra, favorece su diseminación. La movilidad de las poblaciones y la transmisión de enfermedades van a la par y en el caso de los migrantes y la epidemia del VIH/SIDA esta relación puede volverse explosiva. También es un hallazgo habitual que la categoría de transmisión más frecuente entre los inmigrantes son las relaciones sexuales no protegidas, siendo muy poco relevante la transmisión entre usuarios de drogas inyectadas. Globalmente, los inmigrantes con diagnóstico de VIH tienen un nivel de educación superior al de los españoles, con una mayor proporción de personas con estudios secundarios o universitarios. En México, La movilidad hacia puertos turísticos y/o ciudades fronterizas de Estados Unidos de Norteamérica (EUA) está presente en 56,1% y los viajes al extranjero en 46,1%: a Europa 8,3%, a EUA 37,8% y a cualquier otra parte del mundo 16%; 53,5% no había hecho viajes internacionales. En Zacatecas, México, Se

encontró que el 66,02% de los pacientes entrevistados en alguna ocasión durante su vida han emigrado, y el 33.96 % resultaron con este antecedente negativo. Todos los estudios publicados evidencian un incremento en el porcentaje de inmigrantes en años sucesivos.

La educación como base de conocimiento para prácticas saludables es un elemento importante para la conducta de las personas, en el estudio se puede observar una alta distribución porcentual de estudios secundarios (50%), seguida de estudios superiores (29%), seguida de estudios primarios (16%) y más alejado con un bajo porcentaje (5%) los pacientes sin estudios. Comparado el grado de educación de los pacientes con otros estudios, se determina que hay una mayor cantidad de pacientes con los estudios necesarios para conocer de prácticas saludables. En Chile, la escolaridad media concentra un valor cercano a 50%; la educación básica y superior es declarada por cerca de 20% de los casos respectivamente. En México, 64,5% pertenece a un nivel de educación superior.

Con respecto a ocupaciones de los pacientes, son en mayor porcentaje (25%) los que no cuentan con ocupación alguna, el 19% se dedica al comercio, 9% son estudiantes, 7% se dedican a la construcción, 7% tienen un trabajo ocasional y porcentajes bajos de entre 1% al 6% se dedican a otras actividades y ningún paciente es trabajador sexual, datos

inconsistentes y diferentes a los hallados en la bibliografía encontrada, en los cuales la predominancia se encuentra en trabajadores sexuales, y trabajadores migrantes como transportistas y de comunicaciones. Los trabajadores sexuales se definen como mujeres, hombres y transexuales, ya sea adultos o jóvenes incluidos los adolescentes, que reciben dinero, bienes o protección directa o indirectamente a cambio de servicios sexuales en ambientes interiores o exteriores, como en un burdel, la calle o el domicilio, regularmente u ocasionalmente y que pueden o no definir conscientemente dichas actividades como generadoras de ingresos. Todos los estudios publicados evidencian un incremento en el porcentaje de inmigrantes en años sucesivos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a los trabajadores sexuales como una de las cuatro poblaciones clave a nivel global para las iniciativas de salud relacionadas con la infección por VIH/SIDA. Los trabajadores sexuales están en alto riesgo de contraer infección por VIH, y sus clientes pueden actuar de "población de conexión" al propagar el VIH a la población en general. El número de trabajadores sexuales con infección por VIH en un país individual es sumamente significativo para explicar los niveles de prevalencia de la infección por VIH en los países a nivel global. En general, las condiciones de vida y de trabajo de los trabajadores sexuales podrían dar lugar a una variedad de factores de riesgo interrelacionados

de infección por VIH según se detalla a continuación: un gran número de parejas sexuales diferentes, y en consecuencia la exposición a muchas otras infecciones de transmisión sexual (ITS) que podrían aumentar la probabilidad de contraer o transmitir el VIH; una actividad sexual sin protección, a menudo debido a que los clientes o las parejas privadas se niegan a utilizar preservativos; y la inyección de drogas por parte de los trabajadores sexuales o de sus parejas sexuales. Se informó que la violencia contra los trabajadores sexuales por parte de las parejas, la familia o la comunidad está relacionada con un aumento del riesgo de ITS en San Francisco, USA. Los clientes de los trabajadores sexuales (hombres, mujeres y transexuales) se definieron como mujeres, hombres y transexuales adultos o jóvenes que proporcionan dinero, bienes o protección a los trabajadores sexuales (definidos anteriormente) a cambio de servicios sexuales, regularmente u ocasionalmente.

Según el nivel socio económico de los pacientes con infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, el mayor porcentaje (97%) sostiene un nivel medio, mientras que el menor porcentaje (3%) sostiene un nivel bajo y ninguno (0%) es de nivel alto. En algunos estudios realizados en Chile como en Colombia se demuestra que las poblaciones más afectadas son las de nivel económico medio y alto.

En relación al estado civil, la distribución frecuencial demuestra que es la población soltera la que lidera los porcentajes (49%), seguida de las personas que conviven (30%), y los menores porcentajes los llevan las personas divorciadas. En Zacatecas, México, El 46,6% de la población estudiada es soltero condicionando un mayor número de parejas sexuales y, en consecuencia, aumento en el riesgo de adquirir la infección.

Son las relaciones sexuales uno de los factores más comprometidos en la infección por VIH, en nuestro estudio se encuentra que el 95% de la población practica las relaciones sexuales. En Chile La principal vía de exposición al virus fue la vía sexual, siendo la conducta homosexual y bisexual en 45 y 14%, respectivamente. En España, En la mayoría de los casos (77%) se atribuyó la infección a la transmisión sexual. Las prácticas sexuales son de gran interés en las investigaciones sobre VIH/SIDA, ya que el contacto sexual es el principal mecanismo de transmisión de la infección entre varones. Lo anterior pone de relieve la importancia de estudiar los factores que inciden en el uso o no del condón y los comportamientos asociados con mayor riesgo para la infección por el VIH, como es el uso de sustancias. Sin embargo, es necesario precisar que la infección se origina por el contacto con el virus y no por las prácticas sexuales en sí mismas. La cuestión que se plantea como indispensable entonces, es avanzar en la investigación de aquellos

elementos socioculturales que determinan que una persona tome o no medidas preventivas eficaces, como el uso del preservativo.

Según el uso compartido de agujas u objetos punzocortantes personales de los pacientes, el mayor porcentaje (99%) no sostiene un uso compartido. En Chile, Las vías sanguíneas (transfusiones y aporte de factores de coagulación) se registran sólo en los primeros años de la epidemia, ya que se implementaron medidas de control en los bancos de sangre.

Según el contacto con hemoderivados de los pacientes con infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, el total de la población no tuvo contacto.

Al respecto de los hijos después del diagnóstico, un 15% de pacientes si los tuvieron después del diagnóstico. En Chile, la vía vertical es responsable del 2,5% de los casos de VIH durante los años 1998 al 2006, lo que concuerda con el rango etario de 0 a 9 años La transmisión vertical también ha presentado una fuerte disminución, principalmente por la incorporación en el año 1995 de las medidas preventivas en la transmisión madre a hijo, que incluyen el tratamiento a la madre durante el embarazo y, en el momento del parto, cesárea programada y lactancia artificial. En Zacatecas, México, El 51,19% del total de los pacientes

entrevistados hombres reportaron tener hijos, y el 78,99 % de las mujeres contestó afirmativamente esta pregunta. En España, El riesgo potencial de transmisión del VIH de madre a hijo sigue siendo elevado, ya que entre 1 y 3 de cada 1 000 mujeres que dan a luz están infectadas. Sin embargo, la realización de la prueba del VIH en todas las gestantes, junto con el tratamiento antirretroviral de las que se detectan infectadas, han demostrado ser una estrategia muy eficaz en reducir la transmisión del VIH de la madre infectada al hijo, lo que permitiría plantearse la eliminación de las infecciones transmitidas por este mecanismo. En España el número de infecciones y de casos de SIDA en hijos de madres infectadas se redujo considerablemente desde que se recomendaron estas medidas en 1994, pero todavía se producen casos esporádicos. El principal escollo pendiente lo constituyen los embarazos que no son seguidos en el sistema sanitario, situación que es más frecuente en embarazadas procedentes de países de alta prevalencia. En estos casos, el cribado en el momento del parto y el tratamiento inmediato, todavía pueden reducir el riesgo de transmisión al niño. Cada año cerca de 400 000 niños adquieren la infección por el VIH a través de la transmisión vertical (TV), que es la causante de más del 90% de las infecciones por el VIH en los niños. En los países de ingresos altos la tasa de TV es menor del 1% debido a las intervenciones perinatales para la prevención de la

transmisión vertical del VIH. En los países de ingresos bajos y mediante la cobertura de los programas todavía es escasa, por lo que la tasa de transmisión es alta. La Organización Mundial de la Salud recomienda la integración de programas con servicios de asistencia sanitaria para aumentar el acceso y mejorar la implementación de estas intervenciones.

La opción sexual de la población en estudio demuestra la predominancia por el sexo opuesto (71%), mientras que la opción por el mismo sexo (16%) y por ambos sexos (13%) mantienen distribuciones bajas. En Chile, la principal vía de exposición al virus fue la vía sexual, siendo la conducta homosexual y bisexual en 45% y 14%, respectivamente. La declaración de exposición heterosexual ha aumentado a partir del año 1996, mientras la homosexual se ha mantenido en niveles cercanos a 50%. Paralelamente, han disminuido las otras vías no sexuales. Cabe destacar que 19% de los casos no declara su factor principal de exposición. En España, el 49% fueron debidas a la transmisión heterosexual, el 23% a transmisión homosexual entre hombres. España es uno de los países de Europa con mayor número de casos en hombres homo/bisexuales. Los hombres con prácticas homosexuales de riesgo son el segundo colectivo con mayor seroprevalencia de VIH, entre 5 y 10%. La frecuencia de conductas de riesgo muestra un estancamiento en este colectivo. Los hombres

homosexuales que ejercen la prostitución y los travestis se han evidenciado especialmente vulnerables a la infección por el VIH, y parecen jugar un papel importante en la propagación del VIH en el colectivo homosexual. La categoría de transmisión más común (42,5%) fue la de los hombres que tienen sexo con hombres, seguida de la transmisión heterosexual y la parenteral. Desglosadas las categorías de transmisión por sexo, entre los hombres la transmisión homosexual/bisexual supone en 2009 el 53,4% de los nuevos diagnósticos de VIH y la heterosexual el 23%. Entre las mujeres, la transmisión heterosexual representa casi el 80% de los nuevos diagnósticos. En Zacatecas, México, se encontró que los hombres reportaron practicar relaciones sexuales con hombres en un 63,3 % de los casos, sin considerarse por eso homosexuales, el 46,4% con homosexuales, (la no aceptación de su homosexualidad en los entrevistados se debe al temor a la exclusión social, al estigma y discriminación que sufren algunas personas identificadas como tal), 36,9% con bisexuales, 35,7% con migrantes, 73,8% relaciones sexuales con parejas ocasionales y el 19 % con enfermos de VIH/SIDA. De las mujeres el 100% de sus parejas son hombres, sin embargo, de estos, el 10,5 % son bisexuales, además el 57,9% tuvo relaciones sexuales con migrantes y con enfermos de VIH/SIDA, por tratarse de su pareja estable,

y el 26,3% reportó relaciones sexuales con parejas ocasionales. La epidemia del VIH, ha experimentado numerosos cambios en su evolución, en un inicio, el número de casos de infección por el virus se presentó en homosexuales, pero posteriormente involucró al grupo heterosexual y aumentó el número de diagnósticos en mujeres; reflejando que la epidemia ha ido cambiando en su forma y composición. Un factor que se encuentra estrechamente relacionado con la incidencia de la infección con el VIH/SIDA son las prácticas de riesgo, como son las relaciones sexuales hombre a hombre. Los hombres que tienen sexo con otros hombres no se identifican a sí mismos como homosexuales o bisexuales, sino como heterosexuales, pero parte de su actividad sexual implica contactos genitales tanto con hombres como con mujeres. Ellos, son identificados como una población altamente vulnerable, ya que suelen tener un número significativamente mayor de parejas sexuales. Las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, por las características de una cultura patriarcal y machista, son clandestinas, las relaciones de pareja son cortas y las alternativas para sexualizar son reducidas, es por ello que los hombres prefieren recurrir a contactos sexuales casuales. En Colombia, la mayoría de los encuestados se identificaron como homosexuales (76,7 %). Con relación a la discriminación por orientación sexual, la mayor parte de la población reportó que no había sido maltratada en los servicios de

salud (80,1 %) tampoco ocultaban su orientación cuando recibían atención médica (76,8 %), ni fingían ser heterosexuales cuando recibían atención médica (81,1 %). El 6,1 % había solicitado apoyo por algún acto de discriminación.

La promiscuidad de los pacientes, en un gran porcentaje (58%) fue afirmada, mientras que el menor porcentaje (42%) la negó. En España, los pacientes que refieren haber tenido conductas heterosexuales de riesgo (exposiciones ocasionales, personas promiscuas, usuarios de prostitución, etc.), se encuentran con seroprevalencias de VIH en un rango entre 1 y 3%. La frecuencia de conductas de riesgo es uno de los factores que determinan el nivel de endemia en la población. En 2003 el Instituto Nacional de Estadística realizó una encuesta de salud y hábitos sexuales con representatividad de la población española de 18 a 49 años, según esta encuesta el 25% de los hombres y el 56% de las mujeres habían tenido relaciones sexuales con una sola persona a lo largo de su vida, siendo estos porcentajes muy superiores a los de otros países de Europa, especialmente en mujeres. La edad media de la primera relación sexual, de 18 años en hombres y 19 en mujeres, es más tardía que en otros países de Europa. Entre los menores de 30 años, el 80% refirieron haber utilizado el preservativo en su primera relación sexual. Por otra parte, el 22% de los hombres y el 4,1% de las

mujeres habían estado con más de 10 parejas a lo largo de su vida, y el 17% de las personas que habían tenido relaciones en el último año habían tenido alguna pareja ocasional. Sólo el 59% habían utilizado siempre el preservativo en las relaciones con parejas ocasionales. El 3,9% de los hombres declaró haber tenido relaciones homosexuales alguna vez en la vida, porcentaje similar al que se encuentra en otros países. El 6,7% de los hombres refirieron haber tenido relaciones con personas a las que pagó por ello, siendo este porcentaje mayor que el encontrado en otros países, y el 88% había utilizado el preservativo la última vez en este tipo de relaciones. Valoradas en conjunto, las conductas sexuales de la población española muestran niveles de riesgo para la transmisión sexual del VIH ligeramente inferiores a los de otros países de Europa. Esto no significa que no quede un margen importante para la prevención en este campo. En Zacatecas, México, de acuerdo al número de parejas sexuales el 47,37 % de las mujeres han tenido una pareja sexual, en comparación con los hombres donde el 10,71% refiere una pareja sexual. La cultura tradicional, donde predomina el machismo, permite a los hombres mayor libertad sexual, en comparación con la mujer, a quien no está permitido desde el punto de vista moral. Las intervenciones para el cambio de comportamiento reducen efectivamente la transmisión del VIH para los trabajadores sexuales.

El asesoramiento y las pruebas voluntarias para el VIH se asociaron con un aumento del uso de preservativos, una reducción en el número de parejas y una disminución del VIH en los trabajadores sexuales y sus clientes. Estos efectos son resultado de los cambios de comportamiento después de la educación, el apoyo y el conocimiento del estado del VIH de la persona. Los programas de atención y la participación en la investigación pueden tener efectos similares.

El uso del preservativo como factor determinante de prevención, en nuestro estudio encuentra que la mayor parte de la población tiene un uso no adecuado de este medio, 55% refiere nunca usar preservativo, 44% prefiere usarlo en algunas ocasiones y solo un 1% refiere siempre usarlo. Según algunos estudios en España, muchos clientes de trabajadores sexuales se niegan a usar preservativos durante las relaciones sexuales. Los preservativos son uno de los métodos más efectivos para reducir el riesgo de transmisión de agentes de ITS, incluida la infección por VIH. Los preservativos femeninos son aceptados por los trabajadores sexuales, aunque se asocian con mayores dificultades incluidos el costo y la disponibilidad deficiente. En un estudio España, la prevalencia de uso del condón en todas las relaciones sexuales (categoría "siempre") entre usuarios fue muy baja: solamente 4,6% de aquellos que reportaron practicar sexo receptivo usaron (su pareja)

condón "siempre", y 5,5% de los que practicaban sexo insertivo. El 67% del total reportó "nunca" haber usado el condón, tanto en los receptivos como en los insertivos.

Los pacientes no violentados sexualmente son en mayor porcentaje (96%), mientras que el menor porcentaje (4%) si han sido violentados en alguna ocasión para sostener relaciones sexuales.

El consumo de bebidas alcohólicas en los pacientes, es referido en mayor porcentaje (64%). En Zacatecas, México, Se obtuvo dentro de los resultados que el 76,7% de las personas incluidas en el estudio consumen bebidas alcohólicas, en el cual, la edad de inicio para el consumo de bebidas alcohólicas osciló entre los 15 y 19 años de edad con el 77,78%; consumiendo el 35% de los entrevistados de una a dos copas. Con una periodicidad de una a dos veces por semana el 51% de los entrevistados.

El consumo de drogas en los pacientes, es referido en menor porcentaje (11%). En España, 23% de pacientes refiere el consumo de drogas inyectables. Las prevalencias de VIH en consumidores de drogas todavía están en torno al 20%, a pesar de que han disminuido respecto a épocas pasadas. En este colectivo se han producido grandes cambios a lo largo de los años, que han dado lugar a un rápido descenso en el

número de nuevas infecciones por el VIH. El principal hecho que describe el curso de la epidemia de VIH en UDVP en España es que esta conducta llegó a ser un fenómeno de trascendencia social que se concentró fundamentalmente en las generaciones nacidas entre 1950 y 1970, y ocurre lo mismo con las infecciones por el VIH debidas a este mecanismo de transmisión. En las generaciones posteriores de jóvenes, el consumo inyectado de heroína ha pasado a ser una práctica muy poco extendida y se ha sustituido por otros patrones y vías de consumo de drogas, sin riesgo directo para la transmisión parenteral del VIH.

CONCLUSIONES

PRIMERA. El grupo etario más implicado está comprendido entre los 31 a 40 años con el 38%, el género predominante es el masculino con un 59%, la residencia más común es la provincia de Tacna con un 97% y han migrado un 51% de pacientes.

SEGUNDA. El nivel educativo más frecuentemente alcanzado fue haber estudiado o estar cursando estudios de secundaria con un 50%, un 25% afirmó no tener ocupación alguna, el nivel socio-económico más frecuente con un 97% fue referido como medio, y el estado civil más frecuente encontrado fue el de soltero con un 49% de pacientes.

TERCERA. La práctica de relaciones sexuales fue afirmada por un 95% de pacientes, solo un 1% refirió haber compartido agujas u objetos punzocortantes personales, ninguno afirmó haber tenido contacto con hemoderivados y un 25% de la población refirió haber tenido hijos después del diagnóstico.

CUARTA. La opción sexual de los pacientes fue en un 71% heterosexual, 58% ha tenido 4 o más parejas sexuales, 99% nunca ha usado preservativo o lo usa ocasionalmente, 96% refiere nunca haber sido violentados sexualmente, 64% consume bebidas alcohólicas, y 11% consume drogas.

RECOMENDACIONES

PRIMERA. Hacer prevención dirigida, dividiendo la población por grupos etarios haciendo más importante a la población comprendida entre las edades de 20 – 40 años; enfocando la prevención por género incidiendo con más fuerza en el sexo masculino; tomar prioridad a la provincia de Tacna; y puesto que la población migrante ocupa la mitad de la población se constituye en un objetivo de trabajo fundamental.

SEGUNDA. La educación se constituye en un pilar fundamental de promoción de las prácticas sexuales saludables; la ocupación no es un buen tópico de trabajo; los esfuerzos deben ser dirigidos al nivel socio-económico medio; y por ser el estado civil un rasgo muy ligado a los pacientes se deben enfocar los esfuerzos hacia la población soltera.

TERCERA. La práctica de relaciones sexuales constituye el principal factor de transmisión del VIH, por ser un elemento ligado a la vida humana no se puede evitar, pero si conducir con educación y raciocinio; el uso compartido de agujas u objetos punzocortantes debe continuar educándose, para disminuir los hábitos de riesgo; el contacto

con hemoderivados al no ser encontrado como factor de transmisión en nuestro estudio no es un punto importante donde incidir; y la procreación de hijos después del diagnóstico de infección por VIH conlleva a riesgo para la salud del nuevo ser, por lo cual las parejas necesitan ser instruidas con mayor vigor.

CUARTA. Los estilos de vida sexual demuestran que la población afecta requiere mayor educación en prevención de la enfermedad y promoción de las prácticas sexuales saludables, es de necesidad enfocar a la población heterosexual y bisexual; es imperioso hacer conocer los riesgos que implica la promiscuidad sexual y el no uso debido del preservativo; también se debe educar acerca de la violencia sexual y sus repercusiones; es importante instruir en la población en general acerca de los peligros relacionados al consumo de bebidas alcohólicas y drogas con las prácticas de riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Organización mundial de la salud. 10 datos sobre el VIH/SIDA (sitio en Internet). Disponible en: <http://www.who.int/>. Acceso el 27 de Enero 2013.
- 2) Organización mundial de la salud. WHO Recommended Surveillance Standards. 2 Ed. WHO, UNAIDS; 1999. p 25-28.
- 3) Ojo O, Verbeek J, Rasanen K, Heikkinen J, Isotalo L, Mngoma N, Ruotsalainen E. Intervenciones para reducir la conducta sexual de riesgo para la prevención de la infección por el VIH en los trabajadores en ámbitos ocupacionales. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 12. Art. No.: CD005274. DOI: 10.1002/14651858.CD005274.
- 4) UNAIDS. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010. UNAIDS; 2010.
- 5) Ministerio de Salud. Situación del VIH/SIDA en el Perú: Diciembre 2012. Boletín Epidemiológico Mensual. Perú: Oficina General de Epidemiología; 2010.
- 6) Dirección Regional de Salud Tacna. Boletín epidemiológico (Tacna) Vol. 52. Tacna: Dirección Ejecutiva de Epidemiología; 2012.
- 7) Ota E, Wariki W, Mori R, Hori N, Shibuya K. Intervenciones conductuales para reducir la transmisión de la infección por VIH entre los trabajadores sexuales y sus clientes en países de

- ingresos altos. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 12. Art. No.: CD006045. DOI: 10.1002/14651858.CD006045.
- 8) Díez Mercedes OJ, Sánchez Fernando VN y Cevallos Carlos IA. Incidencia de nuevos diagnósticos de VIH en España, 2004-2009. Gac Sanit [revista en la Internet]. 2012 Abr [citado 2013 Dic 12]; 26(2): 107-115. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/>.
- 9) Caro-Murillo AM, Castilla Catalán J, Amo Valero Julia del. Epidemiología de la infección por VIH en inmigrantes en España: fuentes de información, características, magnitud y tendencias. Gac Sanit [revista en la Internet]. 2010 Ene [citado 2013 Dic 23]; 24(1): 81-88. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/>.
- 10) Uribe AF; Orcasita L y Vergara T. Factores de riesgo para la infección por VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes colombianos. Act.Colom.Psicol [revista en la Internet]. 2010 Ene [citado 2014 Ene 12]; vol.13, n.1, pp. 11-24. ISSN 0123-9155. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/>.
- 11) Macri Troya M, Berthier Vila R. Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana y conductas de riesgo asociadas en un Centro Penitenciario de Montevideo, Uruguay. Rev. esp. sanid. penit. [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2014 Feb 28]; 12(1): 21-28. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/>.

- 12) Martínez G, Paulina, Olea N, Chiu A. Situación epidemiológica de la infección por VIH y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida en Chile. Rev. Chil. Infectol. [revista en la Internet]. 2006 Dic [citado 2013 Oct 24]; 23(4): 321-329. Disponible en: <http://www.scielo.cl/>.
- 13) Fernández Ruvalcaba MC, Chávez Ramírez DR de, Almeida Perales C. Factores de riesgo que se asocian con la infección por VIH/SIDA. Revista Investigación Científica 2008; Vol. 4, No. 2.
- 14) Izazola Licea JA, Valdespino Gómez JL, Sepúlveda Amor J. Factores de riesgo asociados a infección por VIH en hombres homosexuales y bisexuales. Salud Pública México 1988; 30: 555-566.14
- 15) Castilla J, Sobrino P, Lorenzo J, Moreno C, Izquierdo A, Lezaun M et al. Situación actual y perspectivas futuras de la epidemia de VIH y SIDA en España. Anales Sis San Navarra [revista en la Internet]. 2006 Abr [citado 2014 Ene 20] ; 29(1): 13-25. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/>
- 16) Longo DL, Fauci AS. Infecciones por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana y otros retrovirus del ser humano. Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson J, et al.

Harrison Principios de Medicina Interna. 17° Edición. United States of America: McGraw-Hill Companies Inc; 2008. P 1137-1204.

- 17) Uribe Rodríguez AF. Evaluación de factores psicosociales de riesgo para la infección por el VIH/SIDA en adolescentes colombianos. España: Universidad de Granada; 2005.
- 18) Carvalho F, Gonçalves T, Faria E, Shoveller J, Piccinini C, Ramos M, Medeiros L. Intervenciones conductuales para promover el uso de preservativos entre las mujeres que viven con VIH. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 2. Art. No.: CD007844. DOI: 10.1002/14651858.CD007844
- 19) Organización mundial de la salud. 10 datos sobre el VIH/SIDA (sitio en Internet). Disponible en: <http://www.who.int/>. Acceso el 27 de Enero 2013.
- 20) Anglemyer A, Rutherford G, Baggaley R, Egger M, Siegfried N. Tratamiento antirretroviral para la prevención de la transmisión del VIH en parejas serodiscordantes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 8. Art. No.: CD009153. DOI: 10.1002/14651858.CD009153
- 21) Murray PR, Rosenthal KS, Pfaller MA. Retrovirus – Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Microbiología Médica. Quinta Edición. Madrid, España. Elsevier España, S.A.; 2006. p. 663-71.

- 22) Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Lenguaje Apropiado en VIH/SIDA. Santiago, Chile. UNESCO; 2006 mayo [Citado 17 Jul 2008]. Disponible en URL: <http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/>. Acceso el 28 de Enero 2013.
- 23). Johnston MI, Fauci AS. An HIV Vaccine - Evolving Concepts. N Engl J Med 2007; 356:2073-81.
- 24) Centers of disease control and prevention (CDC). HIV/AIDS Surveillance Report, 2006. Vol. 18. US Department of Health and Human Services, CDC; 2008:1-55.
- 25) Oficina General de Epidemiología - MINSA. Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú - Bases epidemiológicas para la prevención y control. Perú. OGE - MINSA. 2006 [citado 29 Jun 2008] Disponible en URL: <http://www.oge.sld.pe/>. Acceso el 28 de Enero 2013.
- 26) Steinbrook R. HIV in India — A Downsized Epidemic. N Engl J Med 2008; 358; 107-09.
- 27) Centers of disease control and prevention (CDC). Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2006. Atlanta: US Department of Health and Human Services, CDC; 2007.

- 28) Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Informe sobre la epidemia mundial de SIDA. versión española de 2006 Report on the global AIDS epidemic: Executive Summary - a UNAIDS 10th anniversary special edition., mayo 2006.
- 29) Oficina General de Epidemiología - MINSA. Situación del VIH/SIDA en el Perú, Boletín Epidemiológico Mensual, Mayo 2008. Perú. OGE - MINSA. 2008 mayo [Citado 29 Jun 2013] Disponible en URL: <http://www.oge.sld.pe/>. Acceso el 28 de Enero 2013.
- 30) Cabrera D, Sanchez S, Jave O, Carrión M, Jamanca R. Infección VIH/SIDA en la Jurisdicción de la Dirección de Salud Lima Ciudad, 1984 - 2004. Rev Perú Med Exp Salud Pública 22(4), 2005; 274-80.
- 31) Brooks GF, Carroll KC, Butel JS, Morse SA. AIDS & Lentivirus. Jawetz, Melnick, & Adelberg's Medical Microbiology. Twenty-Fourth Edition. United States of America. McGraw-Hill Companies, Inc.; 2004. Cap.44.
- 32) Terán GR, et al. HIV Medicine 2005 - Versión en español Adaptado de www.HIVMedicine.com texto original publicado por Hoffmann, Rockstroh, y Kamps. México; 2005.
- 33) Gray GE, Saloojee H. Breast-Feeding, Antiretroviral Prophylaxis, and HIV. N Engl J Med 2008; 359; 189-91.

- 34) Abbas AK, Lichtman AH. Inmunología Celular y Molecular. Quinta Edición. Madrid, España. Elsevier España, S.A.; 2004. Sec.V-Cap.20 p. 464-76.
- 35) Johnson RP. How HIV Guts the Immune System. N Engl J Med 2008; 358; 2287-89.
- 36) Carmona RE. El SIDA y las enfermedades Respiratorias. Carmona RE. Patología y clínica de las enfermedades respiratorias. Primera edición. México. Instituto Politécnico Nacional; 2006. Cap.XVI p. 333-52
- 37) Khan JO, Walker BD. Acute human immunodeficiency virus type 1 infection. N Engl J Med 1998; 339; 33-39.
- 38) Centers of disease control and prevention (CDC). 1993 Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. MMWR 1992; 41(RR-17): 1-19.
- 39) Kumwenda NI, Hoover DR, Mofenson LM, Thigpen MC, Kafulafula G, Mipando L, Nkanaunena K, Mebrahtu T, Bulterys M, Fowler MG, Taha TE. Extended Antiretroviral Prophylaxis to Reduce Breast-Milk HIV-1 Transmission. N Engl J Med 2008; 359; 119-29.
- 40) Hammer SM. Management of Newly Diagnosed HIV Infection. N Engl J Med 2005; 353:1702-10.

- 41)Huang L, Quartin A, Jones D, Havlir DV. Intensive Care of Patients with HIV Infection. N Engl J Med 2006; 355:173-81.
- 42)Koziel MJ, Peters MG. Viral Hepatitis in HIV Infection. N Engl J Med 2007; 356:1445-54.
- 43)Chaisson RE, Martinson NA. Tuberculosis in Africa — Combating an HIV-Driven Crisis. N Engl J Med 2008; 358; 1089-92.

ANEXOS

ANEXO N° 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE HISTORIAS CLÍNICAS

N° Historia clínica HHUT:

N° Paciente VIH:

1) Edad	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> 0 – 10 años<input type="radio"/> 11 – 20 años<input type="radio"/> 21 – 30 años<input type="radio"/> 31 – 40 años<input type="radio"/> 41 – 50 años<input type="radio"/> 51 – 60 años<input type="radio"/> > 60 años
2) Género	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Femenino<input type="radio"/> Masculino
3) Residencia	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Tacna<input type="radio"/> Jorge Basadre<input type="radio"/> Tarata<input type="radio"/> Candarave
4) Migración	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No<input type="radio"/> Si
5) Educación	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Ninguna<input type="radio"/> Primaria<input type="radio"/> Secundaria<input type="radio"/> Superior
6) Ocupación	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Comercio<input type="radio"/> Minería<input type="radio"/> Transportes y comunicaciones<input type="radio"/> Administrativos<input type="radio"/> Construcción<input type="radio"/> Agricultura, silvicultura y caza.<input type="radio"/> Cocina y atención al público<input type="radio"/> Educación<input type="radio"/> Salud<input type="radio"/> Seguridad<input type="radio"/> Belleza y manualidades<input type="radio"/> Trabajo sexual

		<input type="radio"/> Trabajos remunerados del hogar <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Ocasional <input type="radio"/> Ninguno
7) Nivel socio-económico		<input type="radio"/> Bajo <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto
8) Estado civil		<input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Conviviente <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Viudo
9) Relaciones sexuales		<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si
10) Uso compartido de agujas u objetos punzocortantes personales		<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si
11) Contacto con hemoderivados		<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si
12) Hijos después de diagnóstico		<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si
Llenar si 9) es de respuesta "SI"	Opción sexual	<input type="radio"/> Personas del sexo opuesto <input type="radio"/> Personas del mismo sexo <input type="radio"/> Bisexual
	promiscuidad	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si
	Uso de preservativo	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Algunas veces <input type="radio"/> Siempre
13) Violentado sexualmente		<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si
14) Consumo de bebidas alcohólicas		<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si
15) Consumo de drogas		<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si