

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**CARACTERISTICAS CLINICO EPIDEMIOLOGICAS DE
LOS PACIENTES ANCIANOS VIH (+) ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE, AÑO 2015**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

SANDY MEZA PASCUAL

DR. JOSE LUIS CLAROS MANOTUPA

ASESOR DE TESIS

LIMA, PERÚ

2016

AGRADECIMIENTO:

Le agradezco la confianza, apoyo y dedicación de tiempo a mis profesores y a mi asesor: Dr. Luis Cano, Dr. Yuri García, Dr. Antonio Meza y Dr. Claros por haber compartido sus conocimientos y sobre todo su amistad.

DEDICATORIA:

A mis padres por su inmenso apoyo, por los valores que me han inculcado y por haberme dado la oportunidad de cumplir uno de mis grandes sueños, el ser una gran profesional. Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

RESUMEN

Objetivos: Establecer la frecuencia y formas de presentación clínica de infección por el VIH en pacientes mayores de 50 años evaluados en los servicios de Medicina, Geriátrica, Infectología y Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unánue desde Enero de 2015 a Diciembre del 2015.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de tipo serie de casos en un periodo de un año (desde Enero de 2015 a Diciembre del 2015) en pacientes ancianos con diagnóstico de infección por el VIH/SIDA.

Resultados: De los pacientes ancianos, 10 (75%) fueron varones, mientras que 5 (25%) fueron mujeres. La media de edad de todos los pacientes fue de 71.6 años (50-82 años) no habiendo diferencias significativas en ambos sexos.

Los motivos de consulta, con los estadios clínicos, la mayoría de pacientes presentan síndrome de consumo 46.6%, seguido de insuficiencia respiratoria 20% y diarrea crónica 13.3%, observándose que todos se encontraban en estadio C.

Todos los pacientes se clasificaron en estadios clínicos de acuerdo a la clasificación de la CDC (1993), y de acuerdo a los esquemas TARGA de inicio, 8 pacientes (53.3%) iniciaron con el esquema NAIVE 1(ABC + 3TC + 3EFV), mientras que 3 pacientes (46.70%) presentaron el esquema NAIVE2 2(AZT + 3TC+ NVP).

Conclusiones:

Entre los factores de riesgo de poder contraer la infección por el VIH observamos que nuestra población tiene conducta heterosexual, en cuanto a hábitos nocivos observamos la presencia de alcoholismo , en cuanto a presencia de ETS observamos que sífilis es la que predomina, y entre otras causas tenemos múltiples relaciones con trabajadoras sexuales.

Las causas de muerte fueron por Shock séptico (infección urinaria y neumonía comunitaria) e insuficiencia respiratoria por Tuberculosis Pulmonar, todos estos pacientes se encontraban en categoría clínica C.

Palabras Clave: Pacientes ancianos, factores de riesgo, estadios clínicos, muerte.

ABSTRACT

Objective: Determine the frequency and forms of clinical presentation of HIV infection in patients older than 50 years old evaluated in the services of Medicine, Geriatrics, Infectology and Emergency of the Hipolito Unanue National Hospital from January 2015 to December 2015.

Methods: Descriptive retrospective case series study over a period of one year (from January 2015 to December 2015) in elderly patients with diagnostic of HIV / AIDS infection.

Results: Of the elderly patients, 10 (75%) were male, while 5 (25%) were women. The mean age of all patients was 71.6 years (50-82 years) with not significant differences in both sexes. The reasons for consultation, with clinical stages, the most patients have wasting syndrome (46.6%), followed by respiratory failure 20%, and chronic diarrhea 13.3%, showing that all were in stage C. All patients were classified into clinical stages according to the classification of the CDC (1993), and according with the start HAART schemes, 8 patients (53.3%) started with NAIVE 1 scheme (ABC + 3TC + 3EFV), while 3 patients (46.70%) presented the NAIVE 2 scheme (AZT + 3TC+ NVP).

Conclusions: Among the risk factors to getting HIV infection observed that our population have heterosexual behavior, harmful habits we observe the presence of alcoholism, regarding presence of STD note that syphilis is prevalent, and among other causes the relationships multiple with sex workers.

The causes of death were septic shock (urinary tract infections and community-acquired pneumonia) and respiratory failure due to pulmonary tuberculosis; all these patients were in clinical category C.

Keywords: Elderly patients, risk factors, clinical stages, death.

INTRODUCCION

El envejecimiento es un proceso gradual e inevitable que se presenta con cambios físicos y psicológicos por la acción del tiempo. Estas modificaciones incluyen cambios en la salud sexual cuando las personas culminan el ciclo reproductivo, que muchas veces no son identificados ni abordados de manera apropiada. Los adultos mayores contraen, transmiten y viven con VIH y otras infecciones de transmisión sexual, muchas veces sin saberlo, por falta de información adecuada sobre su salud sexual. La OMS considera personas de edad avanzada entre los 60 y 74 años; personas viejas o ancianas de 75 a 90 años; y grandes viejos o grandes longevos a personas que superan los 90 años. Personas de la tercera edad son todos aquellos individuos mayores de 60 años. Si bien esta no es la definición de la OMS en cuanto a la ancianidad, la mayoría de los estudios en VIH – SIDA establecen como población adulta mayor a la que excede los 50 años de edad.

La prevención, el diagnóstico y el manejo del VIH-SIDA en los adultos mayores es un problema complejo. El sistema inmune envejecido puede afectar la respuesta al tratamiento antirretroviral de alta eficacia (TARGA). En los adultos mayores con VIH, los niveles de células de CD4 no se recuperan tan rápidamente como en las personas jóvenes, aunque el recuento de células CD4 sea más bajo en los adultos mayores. Otro aspecto positivo es que, a la hora de tomar los medicamentos, las personas mayores suelen ser más ordenadas que las más jóvenes. En el presente estudio se evaluaron retrospectivamente una serie de casos en un periodo de un año (desde Enero de 2015 a Diciembre del 2015) en pacientes ancianos con diagnóstico de infección por el VIH- SIDA, así mismo establecer la frecuencia y formas de presentación clínica de infección por el VIH.

ÍNDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCION	6
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	8
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	8
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
1.4 DELIMITACION DEL PROBLEMA	9
1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	9
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	10
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	10
2.2 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES	15
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	19
3.1. HIPOTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS	19
3.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	19
CAPITULO IV: METODOLOGÍA	22
4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	22
4.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	22
4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	22
4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	23
4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS	24
4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	24
CAPITULO V:	25
5.1. RESULTADOS.....	25
5.2. DISCUSION.....	33
CAPITULO VI:	38
6.1. CONCLUSIONES:	38
6.2. RECOMENDACIONES:	39
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	40
ANEXOS	43

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen evidencias cada vez más claras de que las personas mayores de 50 años están siendo infectadas en forma creciente por el VIH. Las formas de presentación clínica con las que acuden a ser atendidos no hacen suponer como diagnóstico diferencial infección por el VIH/SIDA y por lo tanto no solicitan en forma regular la prueba de ELISA para el VIH. Asimismo no se indaga en profundidad sobre los factores de riesgo a los que estuvieron expuestos estos pacientes.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.-¿Cuáles son las formas más frecuentes de presentación clínica y causas de muerte en pacientes mayores de 50 años con infección por el VIH atendidos en el Hospital Hipólito Unanue desde Enero de 2015 a Diciembre del 2015?.

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Ante la evidencia de que actualmente existen un número creciente de pacientes mayores de 50 años con infección por el VIH/SIDA, los que generalmente no son tamizados en forma regular por la prueba de ELISA para el VIH ya que los profesionales de la salud no consideran aun este diagnóstico cuando examinan a estos pacientes, asimismo la existencia de pocos trabajos científicos similares en el Perú, justifica la realización de este estudio

1.4 DELIMITACION DEL PROBLEMA

- La dificultad para acceder a investigaciones sobre el tema en nuestro medio, por la poca presencia de trabajos como el de esta investigación.
- La dificultad para el llenado de las fichas, pues los datos de las historias son ilegibles e incompletos en algunos casos.
- Incidir más en la anamnesis, pues muchos datos están distorsionados o incompletos.

1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer la frecuencia y formas de presentación clínica de infección por el VIH en pacientes mayores de 50 años evaluados en los servicios de Medicina, Geriátrica, Infectología y Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unánue desde Enero de 2015 a Diciembre del 2015.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer las características epidemiológicas, estadios clínicos, asociadas a infección por el VIH/SIDA en pacientes mayores de 50 años de edad.
- Determinar los factores de riesgo asociadas a infección por el VIH/SIDA de los pacientes mayores de 50 años con infección por el VIH.
- Conocer las causas más frecuentes de muerte y etiologías de estas, de los pacientes con infección por VIH mayores de 50 años.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

El VIH sigue siendo un importante problema de salud pública mundial, después de haberse cobrado más de 34 millones de vidas hasta ahora. En 2014, 1,2 [980 000-1,6] millones de personas fallecieron a causa del VIH en todo el mundo.

A finales de 2014 había 36,9 [34,3-41,4] millones de personas infectadas por el VIH en todo el mundo, de los cuales 2 [1,9-2,2] millones de personas contrajeron el VIH en 2014.

El impacto a nivel mundial de la epidemia del SIDA en personas de 50 años a mas han recibido relativamente baja consideración, excepto en EEUU, donde existe el interés en estos pacientes exclusivamente mayores que viven con SIDA o tengan factores de riesgo para adquirir la infección. (JhonKnodol, 2003).

En el Perú, según estadísticas del MINSA hasta Diciembre del 2015 hay 60392 personas con infección por el VIH, de los cuales 33924 han sido reportados en la última etapa de la enfermedad llamada SIDA. El 70% se encuentran entre 20 a 30 años de edad y la principal causa de hospitalización es la *Tuberculosis Pulmonar*, (Boletín Epidemiológico VIH/SIDA dic 2015).

Las muertes relacionadas con el sida han disminuido en un 42 % desde el nivel máximo alcanzado en 2004.

En 2014, 1,2 millones [980 000-1,6 millones] de personas murieron como consecuencia de enfermedades relacionadas con el sida, frente a los 2 millones [1,7-2,7 millones] de 2005.

El curso clínico de la enfermedad por VIH se divide en varias etapas: transmisión, infección primaria (Síndrome retroviral agudo), infección asintomático por VIH (estadio A de los CDC), infección sintomática por VIH (estadio B de los CDC), SIDA (estadio C de los CDC, células de CD4 < de 200 cel/uL) e infección avanzada por VIH (células de CD4 < de 50 cel/uL).

El VIH se transmite a través del contacto con fluidos corporales infectados. La transmisión del VIH se divide en 3 grandes grupos: Sexual sin protección entre 75 a 85%, perinatal y por contacto con derivados de sangre infectados, (PDR 2003).

Hasta hace pocos años era excepcional comprobar en nuestro ambiente pacientes de edad avanzada infectados con el VIH, paulatinamente el cuadro demográfico ha ido cambiando, hasta llegar a involucrar pacientes de ambos sexos en la sexta, séptima u octava décadas de la vida infectados por dicho virus, (Medalit, 2002).

La infección por el VIH en adultos mayores presenta varias peculiaridades clínicas y epidemiológicas; el periodo de incubación y tiempo de supervivencia es muy corta, sobre todo en personas ancianas con diagnóstico establecido de SIDA, con la progresión de muchas enfermedades oportunistas en adultos mayores con infección por VIH que es mucho más rápida que en pacientes jóvenes, (Newcomer, 1997).

Los criterios de inclusión como punto de inicio para la discusión de infección por el VIH en adultos mayores de 50 años son; que históricamente han sido

considerados como el grupo en donde “no existen factores de riesgo” para adquirir la infección, por lo tanto no se hacen diagnóstico oportuno y por consiguiente no reciben o fallan en el tratamiento, los estereotipos sociales y la limitación en la educación contribuyen a este problema, (Craig 2002) (Moore 2000).

El VIH/sida tiene un efecto devastador que se acentúa en el adulto mayor, quien presenta peculiaridades epidemiológicas y morbilidades asociadas, lo que trae consigo un retraso en el diagnóstico de la enfermedad (Brañas 2009) .

En un informe de Brasil se señala que de 1999 a 2010 hubo 6 120 670 muertes y la mayoría ocurrió en pacientes de 60-69 años de edad.(Fazito 2013).

La infección asociada con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en adultos mayores es un problema que se incrementa en las clínicas de cuidados. Muchas veces consideradas como enfermedad de los jóvenes, actualmente existen más del 10% de personas mayores de 50 años infectados por el VIH,(Michael D 2003) (George M 1995).

Muchos factores específicos en personas mayores de 50 años pueden incrementar la infección durante la actividad sexual, usualmente los adultos mayores no utilizan condones cuando tiene relaciones sexuales, porque el riesgo de embarazo es nulo, a esto contribuyen los cambios que ocurren en la vagina como la reducción de la lubricación y friabilidad, asimismo hay disminución de la función inmunitaria relacionada con la edad, la que hace que los adultos mayores

sean más susceptibles a infección por el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, (Wipple 1996).

OPS 2014, se refiere que en África se constató que 58 % de los pacientes infectados por el VIH son mujeres, las cuales se infectan a edades más tempranas que los hombres; mientras que en Inglaterra se observó un incremento de las enfermedades de transmisión sexual en adultos mayores en menos de una década, pues 71 % de los hombres y 51 % de las mujeres mantenían vida sexual activa.

Varios factores en Adultos mayores pueden incrementar los riesgos para adquirir la infección por el VIH, estas incluyen cambios fisiológicos, actitudes y actividades y transfusiones sanguíneas, (Moore 2000).

Numerosos estudios encuentran como principal causa de transmisión del VIH a la actividad sexual, sobre todo las relaciones homosexuales, pero el porcentaje de causas no identificadas se incrementa con la edad.

Según Nguyen se entiende por "sida geriátrico" aquel que ocurre en las personas mayores de 60 años. En la actualidad la causa más frecuente de la infección en el anciano es la transmisión sexual y no las transfusiones de sangre, que al inicio se señalaban como origen principal.

Otras condiciones que pueden observarse son el Cáncer (Linfoma no Hodking), Dermatológicos (Psoriasis, Kaposi), Hematológicos (Anemia, Trombocitopenia), Infecciones no Oportunistas (Neumonía Bacteriana, Candidiasis Oral-esofágica y genital, Leucoplaquia oral, Virus Varicela Zoster), Infecciones Oportunistas

(*Tuberculosis*, Neumonía por *Pneumocystis* y *toxoplasmosis*) y Neurológicos (Neuropatía, Demencia).

Las muertes relacionadas con la tuberculosis entre quienes viven con el VIH han descendido en un 32 % desde el año 2004.

La tuberculosis sigue siendo la principal causa de muertes entre quienes viven con el VIH; supone una de cada tres muertes relacionadas con el sida.

En 2014, el porcentaje de pacientes con tuberculosis identificados como seropositivos que iniciaron o continuaron el tratamiento antirretrovírico llegó al 77 %.

Existen enfermedades comórbidas que coexisten con la edad como Insuficiencia Cardíaca Congestiva, dolor por Artritis y Depresión que son bastante comunes, asimismo desnutrición y abandono social que pueden complicar la infección por el VIH. En 10-15% de pacientes con infección por HIV ocurre Demencia por HIV. Hay dificultad para distinguir entre Demencia de Alzheimer (condición comórbida asociada con la edad) y Demencia por VIH por ello el Test de VIH es crucial, (Wipple, 1996).

El impacto de infección no reconocido sobre su salud y curso clínico y su tratamiento necesita futuras evaluaciones, y los programas de prevención y educación deben incluir a los ancianos y futuros estudios de seroprevalencia de VIH en esta población.

2.2 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

1.-VIH/SIDA: Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

2.-Recuento de linfocitos T CD4: Implica el recuento de las cepas de glóbulos blancos que contienen marcados de superficie CD4 y que constituyen el principal blanco del VIH. Se mide por mm^3 , siendo los valores mínimos de $500 \text{ cel}/\text{mm}^3$.

3.-Carga viral: Es el total de copias del VIH en la sangre total, se mide por ml. Se establece como crítica una cifra superior a 55000 copias/ml

4.-TARGA: Terapia Antiretroviral de Gran Actividad. Terapia con antiretrovirales compuesto por 2 inhibidores Nucleosidos de la Transcriptasa Reversa (INTR) y un inhibidor no Nucleosido de la Transcriptasa Reversa (INNTR).

5.-Adultos con infección por el VIH/SIDA: Toda persona mayor de 50 años de ambos sexos con diagnóstico de infección por el VIH/SIDA establecido por una prueba de Elisa y/o Western Blot hecha en el Hospital.

6.-Neumonía por Pneumocystisjiroveci:

Se presentan con fiebre, dificultad respiratoria progresiva y tos sin expectoración, En la gasometría arterial hay hipoxemia, aumento del GA-a y alcalosis respiratoria, asimismo hay cifras altas de lactato Deshidrogenasa (LDH) aunque no son específicas.

7.-Síndrome de Consumo:

Caracterizado por pérdida involuntaria de más del 10% del peso corporal total acompañado de diarrea crónica, debilidad o fiebre, en ausencia de enfermedades intercurrentes u otras condiciones de infección por VIH que expliquen esta pérdida.

8.- Síndrome consuntivo:

Se refiere a la pérdida de más del 10% del peso corporal total en un mes o más.

9.-Diarrea Crónica:

Es el aumento en la frecuencias de las deposiciones, líquidas o semilíquidas continuas o intermitentes, igual o mayor de 4 semanas de duración.

10.-Tuberculosis pulmonar:

Todo paciente con diagnóstico de TBC pulmonar confirmado por hallazgo de BK (+) en el estudio directo de esputo y/o aspirado gástrico, cultivos (+) de esputo y/o aspirado gástrico.

11.-Tuberculosis extrapulmonar:

Se incluirá a todo paciente que tenga BK (+) y/o cultivo (+) hallado en cualquier otro fluido corporal, tejido, etc. En MEC TBC en el LCR encontramos hipoglucorraquia, hiperproteíorraquia y pleocitosis a predominio de mononucleares.

12.-Candidiasis:

Infección provocada por el hongo *Cándida Albicans*. El diagnóstico se hace por el examen directo con KOH, buscando las pseudohifas en el material obtenido en el raspado.

13.-Depresión:

Es la presencia de 5 o más criterios de 8, que se mantienen durante un mínimo de 2 semanas, y debe estar presente un estado de ánimo deprimido y/o pérdida de interés por el placer, los otros criterios son: pérdida de peso significativo en ausencia de dieta, insomnio o hipersomnia, agitación o retardo psicomotores, cansancio o pérdida de energía, sensación de inutilidad o culpa excesiva, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse e ideas de muerte recurrentes.

14.-Encefalopatía por el VIH:

También llamada demencia asociada al VIH o complejo de demencia del SIDA, las manifestaciones importantes son la disminución de la capacidad cognitiva, de concentrarse, mayor tendencia al olvido dificultad para la lectura o incapacidad creciente para realizar tareas complejas. Las técnicas de imagen del SNC, tanto la TAC como la RMN muestran a menudo atrofia cerebral.

15.-Leuconcefalopatía multifocal progresiva.

Presencia de áreas multifocales de desmielinización de tamaño muy variable y dispersa a lo largo del SNC. Habitualmente cursan con déficit visual 45% y deterioro mental 38%. El diagnóstico suele sugerirlo la RMN o TAC cerebral.

16.-Clasificación de estadios de infección por VIH según CDC de 1993.

	Categorías clínicas		
	A	B	C
	Infección aguda	Infección	Condiciones
Categorías de	Infección asintomática	sintomática	indicadoras
Linfocitos CD4+	o LGP	no A o C	de SIDA
(1) ≥ 500 cel/mm ³	A1	B1	C1
(2) 200-499/mm ³	A2	B2	C2
(3) $< 200/\mu$ L	A3	B3	C3

CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPOTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS

Los trabajos descriptivos no cuentan con hipótesis

3.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

	Variable	Definición conceptual	Indicador	Según su naturaleza	Escala de medición	Fuente
1	Adulto con infección vih/sida	Toda persona mayor de 50 años de ambos sexos con diagnóstico de infección por el VIH/SIDA establecido por una prueba de Elisa y/o Western Blot hecha en el Hospital	Mayor de 50 años o menor de 50 años	cualitativo	nominal	Revisión de historia clínica
2	VIH/SIDA	Virus de inmunodeficiencia humana/ síndrome de inmunodeficiencia adquirida	Positivo o negativo	cualitativo	nominal	Revisión de historia clínica
3	Linfocitos CD4	Implica el recuento de las cepas de glóbulos blancos que contienen marcados de superficie CD4	Mayor de 200 cel/ uL Menor de 200 cel/ul	cuantitativo	Nominal	Revisión de historia clínica
4	Carga Viral	total de copias del VIH en la sangre total, se mide por ml. Se establece como crítica una cifra superior a 55000 copias/ml	Mayor de 5000 copias/ml o Menor de 55000 copias/ml	cuantitativo	Nominal	Revisión de historia clínica
5	Infección por <i>Pneumocystijir oveci</i>	Adulto mayor de 50 años con signos y síntomas compatibles por	Infección	Cualitativo	Nominal	Revisión de historia clínica

		infección por <i>Pneumocystijiroveci</i>				
6	Síndrome consuntivo	Adulto mayor de 50 años con pérdida de peso en más del 10% de peso basal en 6 meses sin causa aparente.	Disminución de peso	Cuantitativo	Nominal	Revisión de historia clínica
7	Encefalopatía por HIV	Signos y síntomas por afectación por el VIH del SNC	Demencia	Cualitativo	Nominal	Revisión de historia clínica
8	Depresión	Adulto mayor de 50 años con estado deprimido por más de 2 semanas	Depresión	Cualitativo	Nominal	Revisión de historia clínica

9	Candidiasis oral (muguet)	Adulto mayor de 50 años con placas blanquecinas en lengua y mucosa oral que producen dolor a la deglución de alimentos.	Candidiasis oral	Cualitativo	Nominal	Revisión de historia clínica
10	Diarrea crónica	Adulto mayor de 50 años con deposiciones líquidas igual o mayor a 4 semanas de duración	Deposiciones líquidas	Cuantitativo	Nominal	Revisión de historia clínica
11	TBC Pulmonar	Adulto mayor de 50 años con cuadro clínico de tos de más de 15 días, fiebre y baja de peso con Bk (+) en esputo.	Baciloscopia en esputo	Cuantitativo	Nominal	Revisión de historia clínica
12	TBC	Se incluirá a todo	paciente que	Cuantitativo	Nominal	Revisión

	extrapulmonar	paciente que tenga BK (+) y/o cultivo (+) hallado en cualquier otro fluido corporal, tejido, mas no pulmonar	tenga BK (+) y/o cultivo (+) hallado en cualquier otro fluido corporal, tejido			de historia clínica
--	----------------------	--	--	--	--	---------------------

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio no experimental.

4.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de tipo serie de casos en un periodo de un año (desde Enero de 2015 a Diciembre del 2015) en pacientes ancianos con diagnóstico de infección por el VIH/SIDA.

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

a) Lugar de estudio.

Se realizó en el Hospital Hipólito Unanue, un Hospital de tercer nivel. Cuenta con los servicios de Emergencia, Consultorios y Hospitalización en Medicina Interna, Geriátría e Infectología, cuenta con un sistema de Estadística Informatizada donde se encuentra todos los registros de las Historias Clínicas de todos los pacientes atendidos en este Hospital.

b) Marco Muestral:

Pacientes ancianos con diagnóstico de infección por el VIH/SIDA, que ingresaron al Hospital Nacional Hipolito Unanue desde Enero de 2015 a Diciembre del 2015.

c) Tamaño de la Muestra:

Se tomó una muestra por conveniencia, ósea todos los pacientes mayores de 50 años con diagnóstico de VIH/SIDA que ingresaron al Hospital Nacional Hipólito Unanue desde Enero de 2015 a Diciembre del 2015.

d) Selección de sujetos de estudio

Criterios de inclusión.

La población del presente estudio estuvo constituida por los pacientes mayores de 50 años de edad admitidos en los servicios de Medicina, Geriátría e Infectología, tanto en Consultorio Externo, Hospitalización y Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unánue desde Enero de 2015 a Diciembre del 2015, de ambos sexos y que cuenten con una historia clínica y tengan el diagnóstico de infección por el VIH/SIDA.

Criterios de exclusión.

No se tendrán en cuenta aquellas historias clínicas en las cuales no será posible la obtención de los datos necesarios para nuestro estudio.

Nuestra población estará constituida por todos los pacientes con infección por VIH SIDA mayores de 50 años admitido en consultorios externos u hospitalización de los servicios de Medicina, Geriátría, Infectología y Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unánue desde Enero de 2015 a Diciembre del 2015 y que cumpla con los criterios de inclusión al estudio.

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

a) FUENTES:

Se revisaron los registros médicos de cada paciente en la base de datos del programa de VIH/SIDA y en las historias clínicas convencionales de cada paciente.

4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS

b) INSTRUMENTOS:

Datos recogidos de las Historias Clínicas en una ficha clínica elaborada de todos los pacientes mayores de 50 años, de ambos sexos, con diagnóstico definitivo de infección por el VIH/SIDA desde Enero de 2015 a Diciembre del 2015.

4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos durante la investigación, por medio de la ficha de recolección de datos, se ordenaron y procesaron, valiéndonos de los programa SPSS 18.0. Se estudiaron las variables y se procesaron estadísticamente, los datos numéricos se expresaran en medias de desviación estándar, y se analizaran los resultados, mediante frecuencias, porcentajes, promedios en la consolidación y se procesaron estadísticamente.

CAPITULO V:

5.1. RESULTADOS

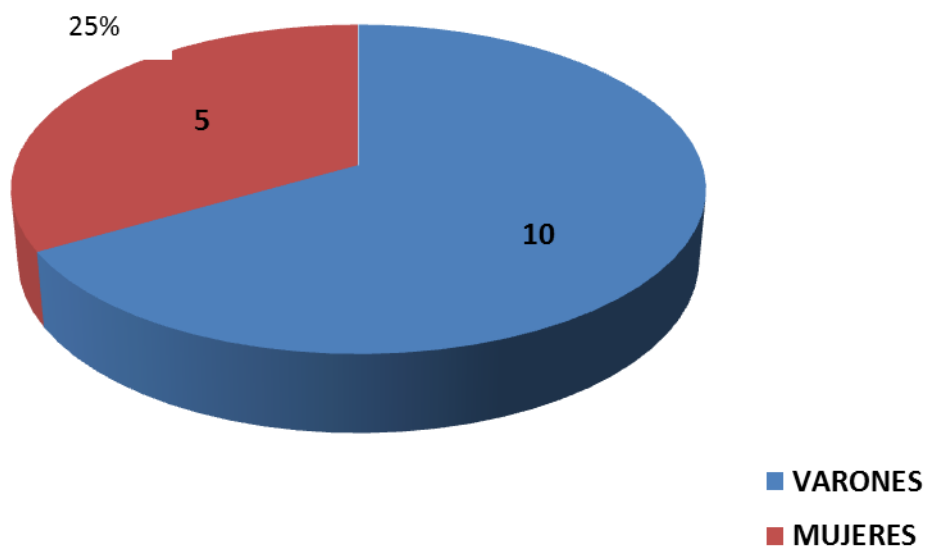
El total de pacientes infectados por VIH/SIDA de Enero a Diciembre del 2015 en el HNHU fue de 396 de los cuales 19 (4.8%) fueron pacientes mayores de 50 años.

El estudio incluyo 19 pacientes con infección VIH/SIDA en mayores de 50 años durante el periodo de enero a diciembre del 2015, de los cuales fueron excluidos 4 pacientes por no cumplir con los criterios de inclusión, ingresaron al estudio 15 pacientes, los cuales 10 (75%) fueron de sexo masculino, ver grafica 1.

Grafico N°1.

Distribución según sexo de pacientes mayores de 50 años con infección por el VIH-SIDA.

Hospital Nacional Hipólito Unanue , Enero a Diciembre 2015



La media de edad de todos los pacientes fue de 71.6 años (50-82 años), los cuales fueron distribuidos en grupos de 50 a 60 ,61 a 70, 71 a 80 y mayores de 80 años, siendo el grupo de mayor frecuencia de 50 a 60 años, en ocupación fueron: desempleados 8 (53,3%), y empleados 5 (33.3%); según el grado de instrucción fueron: Primaria 7(46.6 %), secundaria 4(26.7%), superior 0 y analfabetos 04 (26.7%).

Todos los pacientes contaron con recuento de CD4 basal con una media de 83 cel/uL (1-288 cel/ul) y distribuidos en grupos mayores y menores de 200 cel/uL, la carga viral de los pacientes se clasifico en mayores de 55000 copias 3 pacientes (20%) y menores de 55000 copias 12 pacientes (80%), así mismo el peso con una media de 57 kg (33-86 kg).

Todos los pacientes se clasificaron en estadios clínicos de acuerdo a la clasificación de la CDC (1993), y de acuerdo a los esquemas TARGA de inicio, 8 pacientes (53.3%) iniciaron con el esquema NAIVE 1, todas las características basales de los pacientes en el estudio se presentan en la tabla N° 1.

Tabla N°1 Características basales de pacientes mayores de 50 años con infección por el VIH-SIDA.

Hospital Nacional Hipólito Unanue , Enero a Diciembre 2015

VARIABLES	PACIENTES	%
SEXO		
Masculino	10	75%
Femenino	5	25%
EDAD		
50-60	7	46.60%
61-70	5	33.40%
71-80	2	13.30%
> 80	1	6.70%
GRADO INSTRUCCIÓN		
Primaria	7	46.60%
Secundaria	4	26.70%
Superior	0	
Ninguna	4	26.70%
OCUPACION		
Empleado	5	33.30%
Desempleado	8	53.30%
Desconocido	2	13.40%
CONDICION SEXUAL		
Homosexualidad	2	13.30%
Heterosexualidad	12	80.00%
Bisexualidad	1	6.70%
RECUESTO CD4		
>200 cel/ul	12	80.00%
<200 cel/ul	3	20.00%
CARGA VIRAL		
<55000 copias	12	80%
>55000 copias	3	20%
PESO		
> 50 Kg	9	60.00%
< 50Kg	6	40.00%
ESTADIO CLINICO		
A-B	4	26.70%
C	11	73.30%
ESQUEMA TARGA		
NAIVE		
1(ABC+3TC+EFV)	8	53.30%
NAIVE 2 (AZT+3TC+NVP)	3	46.70%

Cuando correlacionamos los motivos de consulta, con los estadios clínicos, podemos observar que la mayoría de pacientes presentan síndrome de consumo 46.6% , seguido de insuficiencia respiratoria 20% y diarrea crónica 13.3%, observándose que todos se encontraban en estadio C , ver tabla 2

Tabla N°2

Motivos de consulta asociados a estadio clínico en pacientes mayores de 50 años con infección por el VIH-SIDA.

Hospital Nacional Hipólito Unanue , Enero a Diciembre 2015

Cuando analizamos los factores de riesgo de poder contraer la infección por el VIH observamos que la mayoría de nuestra población tiene conducta heterosexual en 80%, en cuanto a hábitos nocivos observamos que el alcoholismo predomina con 40%, en cuanto a presencia de ETS observamos que sífilis 26.6% es la que

	Estadio	A	B	C	Total(%)
Motivos de Consulta					
Síndrome consuntivo				7	46.6
Diarrea crónica				2	13.3
Despistaje preoperatorio		1		1	13.3
Insuficiencia Respiratoria			1	2	20
Pareja de paciente con VIH		1			6.5

predomina, y entre otras causas tenemos múltiples relaciones con trabajadoras

sexuales 26.6% . Ver tabla N°3

Tabla N°3

Factores de riesgo para infección VIH/SIDA en pacientes mayores de 50 años.

Hospital Nacional Hipólito Unanue , Enero a Diciembre 2015

FACTORES DE RIESGO	Frecuencia (N° total 15)	%
CONDUCTA SEXUAL		
• Homosexualidad	2	13.3
• Heterosexualidad	12	80
• Bisexualidad	1	6.7
• Desconocido		
HABITOS NOCIVOS		
• Consumo de Alcohol	6	40
• Consumo de Drogas	2	13.3
E. T. S. INTERCURRENTES		
• Hepatitis B	2	13.3
• Hepatitis C		
• Sífilis	4	26.6
OTROS		
• Transfusión Sanguínea	1	6.7
• Relaciones con trabajadoras sexuales	4	26.6
• Múltiples parejas	2	13.3

Cuando correlacionamos causas de muerte con estadio clínico, observamos que la mayoría de pacientes fallecidos se encontraron en estadio clínico C. ver tabla 4.

Tabla N°4

Causas de muerte en pacientes mayores de 50 años.

Hospital Nacional Hipólito Unanue, Enero a Diciembre 2015

FALLECIDOS CAUSAS	ESTADIO CLINICO			%
	A	B	C	
SHOK SEPTICO		1	1	40
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA			2	40
HIPERTENSION ENDOCRANEANA			1	20

Cuando analizamos las causas de muerte observamos que la mayoría se encuentran en estadio C , y la principal etiología del shock séptico tenemos ; Infección urinaria y neumonía comunitaria ,seguido de Insuficiencia respiratoria : tuberculosis pulmonar . ver tabla 5.

Tabla N° 5

Etiologías de muerte en pacientes mayores de 50 años. Hospital Nacional Hipólito Unanue , Enero a Diciembre 2015

FALLECIDOS ETIOLOGIAS	ESTADIO CLINICO			%
	A	B	C	
SHOCK SEPTICO				
INFECCION URINARIA		1		20
NEUMONIA COMUNITARIA			1	20
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA				
TUBERCULOSIS PULMONAR			2	40
HIPERTENSION ENDOCRANEANA				
TOXOPLASMOSIS CEREBRAL			1	20

5.2. DISCUSION

El total de pacientes infectados por VIH/SIDA de Enero a Diciembre del 2015 en el HNHU fue de 396 de los cuales 19 (4.8%) fueron pacientes mayores de 50 años.

El estudio incluyo 19 pacientes con infección VIH/SIDA en mayores de 50 años durante el periodo de enero 2015 a diciembre del 2015, de los cuales fueron excluidos 4 pacientes por no cumplir con los criterios de inclusión, ingresaron al estudio 15 pacientes, los cuales 10 (75%) fueron de sexo masculino, esto demuestra que el sexo más frecuente siempre es el masculino con una relación de 3 a 1 , que corresponde a la distribución en todas las series de diferentes países , así como también esta descrito en el Boletín epidemiológico diciembre del 2015 de VIH/SIDA de nuestro país.

La media de edad de todos los pacientes fue de 71.6 años (50-82 años), los cuales fueron distribuidos en grupos de 50 a 60 ,61 a 70, 71 a 80 y mayores de 80 años.

En Estados Unidos, el 3 % de los casos de SIDA ocurre en pacientes de más de 60 años; hay una observación descrita a los 90 años de edad. En Francia, en 1988, el 5 % de los pacientes de SIDA tenía más de 60 años. En España, del total de enfermos recogidos en el Registro Nacional de SIDA a 31 de diciembre de 1990, de un total de 7.489, 94 (1,25 %) tenían más de esta edad en el momento del diagnóstico; las cifras variaban en las diferentes países, con 1,5 % y 0,75 %.

Cuando analizamos los factores de riesgo de poder contraer la infección por el VIH observamos que la mayoría de nuestra población tiene conducta heterosexual en

80%, en cuanto a hábitos nocivos observamos que el alcoholismo predomina con 40%, en cuanto a presencia de ETS observamos que sífilis 26.6% es la que predomina, y entre otras causas tenemos múltiples relaciones con trabajadoras sexuales 26.6% .

En series publicadas la transmisión heterosexual se recoge en un 7,4 % de los pacientes, tanto por ciento superiores al del total; los cambios fisiológicos en la vagina femenina a esta edad y los microtraumatismos durante el coito incrementarían el riesgo de transmisión por este mecanismo. El incremento porcentual de casos en que se desconoce el factor de riesgo se describe en otras series y podría estar en relación con un rechazo a reconocer ciertos comportamientos sexuales o a que el diagnóstico se hace en estadios agónicos o incluso, en ocasiones, con posterioridad al fallecimiento (Ship Ja 1991).

Las alteraciones inmunológicas propias de la senectud, con disfunción de los macrófagos y de la inmunidad celular, podrían aumentar el riesgo de desarrollar la enfermedad entre los infectados por el VIH.

La asociación de estas modificaciones en el sistema inmune y el deterioro de la inmunidad celular propio del SIDA pueden tener unos efectos especialmente devastadores en los ancianos con infección por VIH.

Todos los pacientes contaron con recuento de CD4 basal con una media de 83 cel/uL (1-288 cel/ul) y distribuidos en grupos mayores y menores de 200 cel/uL, observando que la mayoría de pacientes cuentan con niveles de CD4 mayores de 200cel/ul, por el motivo que se encuentran en tratamiento TARGA, así mismo la

carga viral de los pacientes se clasifico en mayores de 55000 copias (3 pacientes) (20%) y menores de 55000 copias, (12 pacientes) (80%), observando que la mayoría presento CV baja , por la misma razón del tratamiento TARGA no existiendo ninguna diferencia entre ambos esquemas utilizados.

La utilización extendida de la terapia antirretroviral de Gran Actividad (**TARGA**) ha llevado recientemente a una marcada reducción sostenida en la morbilidad y mortalidad, alterando la respuesta virológica e inmunológica, transformando a esta enfermedad **VIH-SIDA** en una condición crónica.

La introducción de la TARGA, capaz de alcanzar supresión máxima de la replicación viral, logra beneficios clínicos evidentes, es considerada como una de las mejores estrategias costo-efectiva introducidas en la última década, porque reduce la mortalidad, hospitalizaciones, la incidencia de infecciones oportunistas, el uso de servicios de salud y mejora la calidad de vida. (Vincent & Andrew, 2001).

Cuando correlacionamos causas de muerte con estadio clínico, observamos que la mayoría de pacientes fallecidos se encontraron en estadio clínico C.

Cuando analizamos las etiologías de las causas de muerte observamos que la mayoría se encuentran en estadio C , y la principal etiología del shock séptico tenemos ; Infección urinaria y neumonía comunitaria ,seguido de Insuficiencia respiratoria : tuberculosis pulmonar.

La causas de muerte como las etiologías se produjeron en pacientes en estadio clínico C siendo una de sus principales causas la tuberculosis pulmonar asociado a VIH , La superposición de poblaciones infectadas por VIH y de poblaciones infectadas por Mycobacterium tuberculosis favorece la interacción entre ambos

patógenos, de tal manera que la coinfección con esta enfermedad, ha desencadenado modificaciones no despreciables en el comportamiento clínico y epidemiológico de estos procesos patogénicos.

La tuberculosis es una de las enfermedades infecciosas de más amplia distribución en el mundo y constituye una de las primeras causas de muerte de pacientes con el sida, especialmente en países pobres. Un tercio de la población mundial está infectada con el *Mycobacterium tuberculosis* y cada año se enferman cerca de 8 millones de personas, de las cuales mueren dos millones, aproximadamente. La propagación de la infección por el VIH ha contribuido a agudizar el impacto de la tuberculosis (De Pinho AM, 2001).

Se calcula que 8 millones de casos de tuberculosis y 2,9 millones de las defunciones ocasionadas por esta enfermedad entre 1991 y 2000 han estado asociados con la infección por el VIH (Bentwich Z ; 2000) .

En presencia del sida, las manifestaciones clínicas de la tuberculosis se exacerban y se dificulta el diagnóstico microbiológico por la reducción del número de bacilos presente en la muestra de esputo (Garcia 2002).

Se estima que las personas infectadas con el VIH y *M. tuberculosis* tienen 100 veces más probabilidades de desarrollar tuberculosis activa que las personas negativas para VIH infectadas con el *M. tuberculosis* (Crespo 1999).

La tuberculosis tiene un efecto nocivo sobre el curso de la infección por el VIH. En estudios in vitro se ha demostrado que la tuberculosis incrementa la replicación del virus por encima de 160 mil copias lo cual vuelve crónico el curso de la infección.

Una explicación para diagnosticar a estos pacientes en etapas terminales, es porque los síntomas iniciales no son percibidos como peligrosos por los pacientes ni los familiares y por qué los médicos aun no consideran este diagnóstico al evaluarlos, tomando como diagnósticos diferenciales enfermedades degenerativas u oncológicas así como tampoco indagan sobre los factores de riesgo a los que estuvieron expuestos para infectarse por este virus.

CAPITULO VI:

6.1. CONCLUSIONES:

- La frecuencia de pacientes mayores de 50 años infectados fue de 4.8%, a comparación de otros estudios realizados en EE.UU(3%), Francia(5%), España (1,25%) este resultado superior; por lo que presentan varias peculiaridades epidemiológicas y clínicas.
- Los adultos mayores no se consideran como población de riesgo y los propios médicos tampoco suelen hacerlo mientras tienden a atribuir los síntomas de VIH a otras enfermedades más características de la edad.
- La media de edad de todos los pacientes fue de 71.6 años (50-82 años) no habiendo diferencias significativas en ambos sexos.
- Observamos que la forma de presentación clínica en la mayoría de pacientes fue síndrome de consumo, seguido de insuficiencia respiratoria y diarrea crónica , así mismo se observó que todos se encontraban en estadio clínico C.
- Entre los factores de riesgo de poder contraer la infección por el VIH observamos que nuestra población tiene conducta heterosexual, en cuanto a hábitos nocivos observamos la presencia de alcoholismo , en cuanto a presencia de ETS observamos que sífilis es la que predomina, y entre otras causas tenemos múltiples relaciones con trabajadoras sexuales.
- Las causas de muerte fueron por Shock séptico (infección urinaria y neumonía comunitaria) e insuficiencia respiratoria por Tuberculosis Pulmonar, todos estos pacientes se encontraban en categoría clínica C.

6.2. RECOMENDACIONES:

- Implementar controles preventivos en enfermedades de transmisión sexual y el VIH; y que no solo abarque a los pacientes jóvenes; sino también a los adultos mayores y más aun en aquellos que están en riesgo de adquirir dichas enfermedades.
- Despistaje con pruebas de Elisa para VIH en todos los pacientes ancianos con sospecha clínica ya que históricamente han sido considerados como el grupo en donde “no existen factores de riesgo” para adquirir la infección, por lo tanto no se hacen diagnóstico oportuno y por consiguiente no reciben o fallan en el tratamiento.
- Guías de manejo adecuado para el diagnóstico y tratamiento de pacientes de este grupo etario.
- Charlas de orientación y consejería en prevención en VIH , educación sexual, los estereotipos sociales y la limitación en la educación contribuyen a este problema.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Boletín Epidemiológico de VIH/SIDA , Diciembre del 2015, MINSA.
2. Brañas F, Serra JA. Infección por virus de la inmunodeficiencia humana en el anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009; 4(3): 149-54.
3. Bentwich Z, Maartens G, Torten D, Lal AA, Lal RB. Concurrent infections and HIV pathogenesis. AIDS. 2000;14:2071-81.
4. Craig R. Sellers, MS,RN,CS-ANP,ACRN; Mary C. Angerame,MS,RN,CS-. HIV/AIDS in older Adults: A case study and discussion. AACN Clinical Issues Volume 13, Number 1, pp 5-21. 2002.
5. Crespo MP, Corral RH, Alzate A, Carrasquilla G, Sánchez N. Infecciones micobacterianas en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana en Cali, Colombia. Rev Panam Salud Pública. 1999;6(4):249-55
6. Costa Pérez Herrero JR, Ocaña Rivera I. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida del adulto. En Rodés Teixidor J, Guardia Massó J, eds. Medicina Interna. 1ª ed. Barcelona: Masson; 1997.p.1689-97.
7. Del Amo J, Malin AS, Pozniak A, de Cock KM. Does tuberculosis accelerate the progression of HIV disease? Evidence from basic science and epidemiology. AIDS 1999;13(10):1159-64.
8. De Pinho AM, López SG, Harrinson LH, Schechter M. Chemoprophylaxis for tuberculosis and survival of HIV infected patients in Brazil. AIDS. 2001;15:2129-35.
9. Fazito E, Nogales Vasconcelos AM, Gomes Pereira M, Fazito de Rezende D. Trends in non-AIDS-related causes of death among adults with

- HIV/AIDS, Brazil, 1999 to 2010. *CadSaúde Pública*. 2013 [citado 16 Ago 2014]; 29(8).
10. Fitzgerald DW, Desvarieux M, Severe P, Joseph P, Johnson WD, Pape JW. Effect of post - treatment isoniazid on prevention of recurrent tuberculosis in HIV -1 infected individuals: a randomised trial. *Lancet* 2000;356:1488-9.
 11. García DP, Martínez GA, Cayla JA, Jansa JM, Iglesias B, Guerrero R et al. Influence of highly active anti-retroviral therapy (HAART) on the natural history of extrapulmonary tuberculosis in HIV patients. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2002;6(12):1051-7
 12. George, Mike. Crisis of Silence. *Nurs Stand*. Volume 10 .November 29 December 5, 1995.
 13. JhonKnodol, Susan Watkins, and Mark Vanlandingham. AIDS and Older Persons. An International Perspective. *Journal of acquired Immune DeficiencySyndromes*. 33:S 153 – S 165. 2003.
 14. Medalit Lucho y F. Raúl Jeri. Infección por el virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH) en la edad avanzada. *Revista de Neuropsiquiatría*. Vol. 65 No 1 Lima Perú, Marzo 2002.
 15. Michael D. Greene, . Older HIV Patients Face Metabolic Complications. *The Nurse Practitioner* June 2003.
 16. Moore, Linda Weaver RN, PhD, CNS; Amburgey, Lisa Byron, Older Adults and HIV. *AORNJ*. Volume 71 (4) April 2000.
 17. Newcomer, Victor D. MD. Human immunodeficiency Virus Infection and Acquired Immunodeficiency Syndrome in the Elderly. *Arch Dermatol*, Vol 133(10) October 1997.

18. Nolan CM. Nosocomial multidrug-resistant tuberculosis. Global spread of the third epidemic. *J Infect Dis* 1997;176(3):748-51
19. Nguyen Q, Laurent M, Bouchon JP, LonsDanic D, Vachon F, Bletry O. Le SIDA gériatrique. A propos de 22 cas observés dans la région parisienne. *Ann Med Intern (Paris)*. 1989 [citado 16 Jul 2014]; 140(5): 399-403. Disponible en: <http://tematicas.es/salud/articulo/le-sida-geriatrique-a-propos-de-22-cas-observe-dans-la-region-parisienne/>
20. Organización Panamericana de la Salud, Organización mundial de la Salud. Expedición Alemana recorre el mundo [citado 14 Julio 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/els/index.php?option=com_content&view=article&id=328%3Aexpedicion-alemana-recorre-mundo-apoyando-respuesta-vih-sida-&Itemid=291
21. ONG vía libre. Situación y respuesta al VIH/SIDA en el Perú. El SIDA no se discrimina. Diciembre 2003.
22. Vincent, M. & Andrew, C. (2001) *Antiretroviral therapy associated hyperlipidaemia in HIV disease*. *Current Opinion in Lipidology*, 12, 313-31.
23. Wafaa MD, MPH; Gettler, James MD. Unrecognized Human Immunodeficiency Virus Infection in the Elderly. *Volume 155(2) 23 January 1995*.
24. Wipple, Beverly RN, PhD, FAAN; Scura, Kathleen Walsh RN, MS, GNPC. The overlooked . Epidemic: HIV in Older Adults. *Volume 96(2) February 1996*.

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 01: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

	Variable	Definición conceptual	Indicador	Según su naturaleza	Escala de medición	Fuente
1	Adulto con infección vih/sida	Toda persona mayor de 50 años de ambos sexos con diagnóstico de infección por el VIH/SIDA establecido por una prueba de Elisa y/o Western Blot hecha en el Hospital	Mayor de 50 años o menor de 50 años	cualitativo	nominal	Revisión de historia clínica
2	VIH/SIDA	Virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida	Positivo o negativo	cualitativo	nominal	Revisión de historia clínica
3	Linfocitos CD4	Implica el recuento de las cepas de glóbulos blancos que contienen marcados de superficie CD4	Mayor de 200 cel/uL Menor de 200 cel/uL	cuantitativo	Nominal	Revisión de historia clínica
4	Carga Viral	total de copias del VIH en la sangre total, se mide por ml. Se establece como crítica una cifra superior a 55000 copias/ml	Mayor de 5000 copias/ml o Menor de 55000 copias/ml	cuantitativo	Nominal	Revisión de historia clínica

5	Infección por <i>Pneumocystijiro veci</i>	Adulto mayor de 50 años con signos y síntomas compatibles por infección por <i>Pneumocystijiro veci</i>	Infección	Cualitativo	Nominal	Revisión de historia clínica
6	Síndrome consuntivo	Adulto mayor de 50 años con pérdida de peso en más del 10% de peso basal en 6 meses sin causa aparente.	Disminución de peso	Cuantitativo	Nominal	Revisión de historia clínica
7	Encefalopatía por HIV	Signos y síntomas por afectación por el VIH del SNC	Demencia	Cualitativo	Nominal	Revisión de historia clínica
8	Depresión	Adulto mayor de 50 años con estado deprimido por más de 2 semanas	Depresión	Cualitativo	Nominal	Revisión de historia clínica

9	Candidiasis oral (muguet)	Adulto mayor de 50 años con placas blanquecinas en lengua y mucosa oral que producen dolor a la deglución de alimentos.	Candidiasis oral	Cualitativo	Nominal	Revisión de historia clínica
10	Diarrea crónica	Adulto mayor de 50 años con deposiciones líquidas igual o mayor a 4 semanas de duración	Deposiciones líquidas	Cuantitativo	Nominal	Revisión de historia clínica
11	TBC Pulmonar	Adulto mayor de 50 años con cuadro clínico de tos de más de 15 días, fiebre y baja de peso con Bk (+) en esputo.	Baciloscopia en esputo	Cuantitativo	Nominal	Revisión de historia clínica
12	TBC extrapulmonar	Se incluirá a todo paciente que tenga BK (+) y/o cultivo (+) hallado en cualquier otro fluido corporal, tejido, mas no pulmonar	paciente que tenga BK (+) y/o cultivo (+) hallado en cualquier otro fluido corporal, tejido	Cuantitativo	Nominal	Revisión de historia clínica

ANEXO 2: INSTRUMENTOS

INSTRUMENTO: FICHA PARA RECOLECCION DE DATOS:

“CARACTERISTICAS CLINICO EPIDEMIOLOGICAS DE LOS PACIENTES ANCIANOS VIH (+) ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE, AÑO 2015”

I.-FILIACIÓN:

- Nombres y Apellidos (Iniciales):..... NoH.C.:.....
- Fecha de Nacimiento:.....
- Edad: 50-60 años () 61-70 años () 71-80 años () 80 años ()
- Sexo F () M () Ocupación: Empleado () desempleado () desconocido ()
- Estado civil: Soltero () Casado/conviviente () Viudo () divorciado/separado ()
- Grado de instrucción: ninguna () Primaria () Secundaria () Superior ()
- 1ra Evaluación en: Consultorio () Hospitalización () Emergencia ()
- Servicio:..... Fecha:/...../.....

II.-MOTIVO DE CONSULTA:

- Tos SI () NO (). Tiempo:.....Fiebre SI () NO () Tiempo.....
- Baja de Peso: SI () NO (). : >10Kg () <10Kg ()
- Diarrea crónica: SI () NO (). Tiempo:.....
- Insuficiencia respiratoria SI () NO ().
- Síndrome depresivo SI () NO (): Tiempo:.....
- Síndrome confusional agudo SI () NO (): Tiempo:.....
- Demencia SI () NO (). Tiempo:.....

III.-ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

- TBCP:SI () NO ().TBC SISTEMICA: SI () NO ().Hepatitis viral: SI () NO ().

- DEMENCIA:SI () NO ().
Tipo:.....
- DEPRESIÓN: SI () NO (). Fecha y lugar de
diagnostico:.....Tto:.....
- ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL:SI () NO ().
Tipo:.....Fluido corporal, tejido, mas no pulmonar
corporal, tejido
- CONTACTO TBC SI () NO (). Conviven SI () NO ()
No:.....
- PAREJA SEROPOSITIVO: Si () no ()
- OTROS:.....
.....
- HABITOS NOCIVOS:
 - ALCOHOL: SI () NO () Tiempo:.....Tipo de
OH:.....
 - CIGARRILLOS: SI () NO ().
Tiempo:.....
 - DROGAS: SI () NO ().
Tiempo:.....Tipo:.....
- FACTORES DE RIESGO:
 - HOMOSEXUALIDAD: SI () NO (). No de parejas:.....Uso de
Preservativos:.....
 - HETEROSEXUALIDAD: SI () NO (). No de parejas:.....Uso de
preservativos.....
- RELACIONES SEXUALES CON TRABAJADORAS SEXUALES : SI() NO()
- TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS: SI () NO ()
- EXAMEN FISICO:
 - PA...../.....FC..... FR.....
T.....PESO:.....TALLA:.....IMC:.....
 - CIANOSIS SI() NO() TIRAJES SI() NO()
 - LINFADENOPATIAS SI () NO ()
Localización.....
 - LESIONES DERMICAS SI () NO ()
Localización.....
 - MUGUET BUCOFARÍNGEA: SI () NO ().
 - APARATO
RESPIRATORIO:.....
 - APARATO
CARDIOVASCULAR:.....
 - ABDOMEN:.....
 - GU:.....

- NEUROLÓGICO:.....
- EXAMENES DE LABORATORIO
 - INMUNOLOGICO: Elisa VIH: SI (): + () – (). NO ().
Fecha:.....
 - Western Blot: SI (): + () - (). NO (). Fecha:.....
 - CD4: SI () NO (). Resultado: > 200 () < 200 ()
 - CARGA VIRAL < 55000 () > 5500 ()
 - VDRL: SI (): + () – (). NO () Fecha:.....
 - ESTUDIO BAAR (BK):
 - Espudo SI (): + () – () Aspirado gástrico SI (): + () – ()
 - HECES SI (): + () - (). liq. Ascitico SI (): + () – ()
 - Tejido (Bx o cirugía) SI (): + () – (). cual?.....
 - LCR: SI (): + () – ().. Liquido pleural: SI (): + () – ().
 - Otros:.....