



**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**Características clínicas epidemiológicas asociados a la supervivencia en pacientes portadores de VIH- Sida en el Hospital Militar Central, periodo 2007-2014**

**Para optar el Título Profesional de**  
**Médico Cirujano**

Autor

Benavente Huamán, Basilio Martín

Director de Tesis

Prof. Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas

Asesor de Tesis

Dr. Marín Suarez Jorge

LIMA – PERÚ

2016

**DEDICATORIA:**

*A mis padres, quienes son el origen de mi esfuerzo, a quienes les debo mi profesión y la vida y a quienes estaré eternamente agradecido por no dejarme renunciar a mis sueños.*

*A mis hermanos Andrés y Flor, por el apoyo constante e incondicional que siempre me brindaron.*

*A Beethoven nuestra mascota que fue un buen compañero estos 16 años*

### **AGRADECIMIENTO**

*Mi agradecimiento a cada uno de mis maestros, por la exigencia, dedicación y conocimientos brindados.*

*Así mismo agradezco a mi director de tesis, Dr Jhony De la cruz Vargas por el apoyo, tiempo y dedicación en la elaboración de este trabajo, también agradezco a mi asesor de tesis, Dr. Marín Suarez, por la confianza y gran apoyo en el abordaje del tema.*

*También agradezco al Dr. José Luis Risco por su apoyo en la elaboración de mi trabajo.*

## **INDICE DE CONTENIDO:**

<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>2</b>
<b>DEDICATORIA</b>	<b>3</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>6</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>10</b>
<b>CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>11</b>
<b>1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>12</b>
<b>1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</b>	<b>12</b>
<b>1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>13</b>
<b>1.4. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA</b>	<b>16</b>
<b>1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>15</b>
<b>1.5.1. OBJETIVO GENERAL</b>	<b>15</b>
<b>1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>16</b>
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>17</b>
<b>2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>21</b>
<b>2.3. BASES TEÓRICAS – ESTADÍSTICAS</b>	<b>49</b>
<b>CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	<b>50</b>
<b>3.1. HIPÓTESIS</b>	<b>50</b>
<b>3.2. VARIABLES</b>	<b>50</b>
<b>CAPITULO IV: METODOLOGÍA</b>	<b>52</b>
<b>4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>52</b>

<b>4.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>36</b>
<b>4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA</b>	<b>36</b>
<b>4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b>	<b>36</b>
<b>4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS</b>	<b>38</b>
<b>4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS</b>	<b>39</b>
<b>CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	<b>44</b>
<b>5.1. RESULTADOS</b>	<b>44</b>
<b>5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>62</b>
<b>CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>69</b>
<b>6.1. CONCLUSIONES</b>	<b>69</b>
<b>6.2. RECOMENDACIONES</b>	<b>70</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>71</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>85</b>

## RESUMEN

Objetivo general: Determinar las características clínicas epidemiológicas asociados con la supervivencia en pacientes portadores de VIH – SIDA en el Hospital Militar Central en el periodo 2007-2014

Metodología: observacional, analítico y retrospectivo, la unidad de análisis fue todo los pacientes con el diagnostico confirmado de VIH SIDA durante el periodo 2007 al 2014 en el hospital militar que tiene controles esta población fue conformado por un total de 101 pacientes, se recolecto los datos de las historias clínicas y se analizaron en el programa SPSS resultados

Resultados: Podemos observar que de los 101 pacientes diagnosticados con VIH SIDA tan solo han fallecido 10 donde las características clínicas son las que más están relacionados con la supervivencia Con respecto al nivel de CD4 tenemos: 25 pacientes presentaron un nivel de CD < 100, en comparación de 76 pacientes que presentaron CD4> a 100. Posteriormente se realizó la valoración del nivel de CD4 como condición asociada a la sobrevida, observando la distribución en función a la tabla tetracórica, haciendo posteriormente el cálculo de los parámetros estadísticos correspondientes empezando por el odds ratio cuyo valor resulto de 4,7 y que expresa que aquellos pacientes con un nivel de CD4 <100 está asociado a una sobrevida menor en 3,17 veces más que aquellas pacientes con nivel CD4 >100. En el análisis estadístico de estadio clínico bajo el valor de chi cuadrado fue de 7.2, siendo estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ), interpretándose que el estadio clínico está asociado a la sobrevida. Luego se realizó si el estadio clínico es una condición asociada a mayor sobrevida. Se realizó la tabla tetracórica haciendo el cálculo del odds ratio y se obtuvo un valor de 2,3, pero el intervalo de confianza encontrado es IC 1,7 - 5,3, lo cual es significativo. Conclusiones Las características clínicas epidemiológicas están asociado a la supervivencia en los pacientes con VIH – SIDA en especial estadio clínico y el CD4

Palabras claves: VIH, SIDA, CD4, estadio clínico, supervivencia

## ABSTRACT

Objective: To determine the epidemiological clinical characteristics associated with survival in patients with HIV - AIDS at the Central Military Hospital in the period 2007-2014

Methodology: observational, analytical and retrospective, the unit of analysis was all patients with confirmed diagnosis of HIV AIDS during the period 2007 to 2014 in the military hospital that was made up of a total of 101 patients, collected data from the stories Clinical trials and analyzed in the SPSS program

Results: We can observe that of the 101 patients diagnosed with HIV AIDS, only 10 died where the clinical characteristics are the most related to survival. Regarding the CD4 level, 25 patients had a CD level  $<100$ , in Comparison of 76 patients who presented  $CD4 > 100$ . Subsequently, the CD4 level was assessed as a condition associated with survival, observing the distribution as a function of the tetracoric table, then calculating the corresponding statistical parameters starting with the odds Ratio whose value was 4.7 and that those patients with a CD4 level  $<100$  were associated with a 3.17-fold lower survival rate than those with  $CD4 > 100$  levels. In the statistical analysis of clinical stage under chi square value was 7.2, being statistically significant ( $p < 0.05$ ), interpreting that clinical stage is associated with survival. It was then performed if the clinical stage is a condition associated with greater survival. The tetracoric table was made by calculating the odds ratio and a value of 2.3 was obtained, but the confidence interval found was CI 1.7 - 5.3, which is significant. Conclusions The clinical epidemiological characteristics are associated with survival in patients with HIV - AIDS in particular clinical stage and CD4

Key words: HIV, AIDS, CD4, clinical stage, survival

# 1. Introducción

## 1.1.-Línea de investigación y lugar de ejecución

VIH es una enfermedad de transmisión sexual que sigue siendo un problema de salud pública y forma parte de las 8 prioridades del milenio que está relacionada a combatir las enfermedades infectocontagiosa

Realizare una investigación sobre el tema de interés en diferentes fuentes bibliográficas, por medio de la revisión de artículos originales de revistas científicas y textos médicos.

Una vez estudiado el tema de interés los siguientes pasos serían: conseguir permiso del hospital donde se realizara el estudio, conocer cuántos pacientes portadores de VIH hay en el periodo planificado, se elabora elaboración de fichas de recolección de datos y análisis de los mismos. Se eligió al personal militar debido que es un grupo que pasa de manera anual un examen físico completo donde se realizan pruebas de tamizajes

Las limitaciones que puede presentar nuestro proyecto es la poca confiabilidad de los datos registrados en las historias clínicas. Limitación que trataremos de resolver con una revisión minuciosa de las historias clínicas.

Llegamos a la conclusión que nuestro proyecto de investigación es viable, debido a que contamos con los medios necesarios para la recolección de datos y tenemos acceso al hospital militar central

## 1.2.- Planteamiento del problema

Los datos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) muestra que el objetivo de erradicar la epidemia del SIDA están cerca, así mismo de la transmisión del VIH y las comorbilidades asociadas a dicha patología. En la última década, se ha logrado avances significativos, sin embargo quedan varios retos por resolver. <sup>1</sup>

En 2014, 36,9 millones de personas viven con el VIH. El número de personas con el virus sigue aumentando, en gran parte debido a que se tiene acceso al tratamiento antirretroviral y, como resultado se puede vivir más y con mejor calidad de vida. Según datos de junio de 2015, había 15,8 millones de personas en tratamiento antirretroviral. Pese a que las nuevas infecciones por el VIH han ido disminuyendo, todavía hay un alto número de nuevas infecciones por el VIH y de muertes relacionadas con el sida cada año. En 2014, alrededor de 2 millones de personas se infectaron con el VIH y 1,2 millones de personas murieron de enfermedades relacionadas con el sida. <sup>1</sup>

El gran aumento en el acceso a la terapia antirretrovírica está contribuyendo a salvar más vidas Las muertes por sida han disminuido en un 31% en América Latina. 2000 60 000 [43 000–120 000] 2014 41 000 [30 000–82 000]<sup>1</sup>

La expansión de los recursos para la prevención y control del VIH en el Perú, resultante en gran medida de tres donaciones del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, ha determinado el incremento de la demanda de monitoreo y evaluación de las acciones implementadas, con una medición efectiva de los indicadores de entrada y salida, como se plantea en los programas de vigilancia de ITS/VIH de segunda generación (VSG) . Los sistemas de VSG fueron desarrollados en respuesta a una pandemia de SIDA en evolución con necesidades cambiantes en relación a

monitoreo de tendencias y retroalimentación a las estrategias de control y prevención de VIH<sup>2</sup>

ONUSIDA ha brindado cooperación técnica y financiera a las Fuerzas Armadas y Policiales de los países de Latino América y el Caribe en el desarrollo y/o implementación de estrategias para el fortalecimiento de programas de prevención en VIH armonizados y coordinados con los planes estratégicos nacionales. A nivel regional, el ONUSIDA ha apoyado la revitalización de la plataforma regional COPRECOS LAC (Comité de Prevención del VIH/ITS/SIDA de las Fuerzas Armadas y Policiales de América Latina y el Caribe) con el fin de promover la institucionalización de la agenda de prevención del VIH al más alto nivel de los servicios uniformados y promover el intercambio de lecciones aprendidas entre los países miembros (COPRECOS país). Ha brindado cooperación técnica para el diseño de propuestas para la movilización de recursos con el Fondo Mundial para el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y otros cooperantes internacionales y ha facilitado la realización de estudios de comportamiento para conocer las características de la epidemia en esta población y su relación con la comunidad.<sup>3</sup>

En ese sentido, ésta investigación analizará ¿Cuáles son las características clínicas epidemiológicas asociadas a la supervivencia en pacientes portadores de VIH- SIDA en el hospital militar central en el periodo 2007-2014?

### 1.3.-Justificación:

#### 1.3.1 Justificación de salud publica

El siguiente trabajo de investigación es importante a nivel del sector de salud pública por la prevalencia y morbilidad en la población peruana. El siguiente

trabajo, respetará las normas técnicas establecidas a nivel nacional.

### 1.3.2 Justificación Teórico-científica

La infección por el VIH es una enfermedad que afecta al sistema inmunológico, predisponiéndolo a diversas infecciones y neoplasias, disminuyendo la calidad de vida del individuo y el número de años productivos. Dicha infección representa una pandemia con gran número de prevalencia en varios países a pesar del tratamiento instaurado con retrovirales.

La OMS ha estimado que 7.6 millones de personas a nivel mundial fallecieron por las comorbilidades asociadas con el VIH/SIDA en el periodo de 1995 a 2013. Dicha mortalidad se ha visto disminuida gracias a la introducción de la terapia antirretroviral, llegando así a 1.5 millones de personas en el año 2013 representando 22% menos de casos en comparación con el 2009 y un 35% menos que en el año 2005. Así mismo esto es reflejado en la población pediátrica con una reducción de 31% en el 2013 en comparación con el 2009 y 40% en el año 2005.<sup>1</sup>

La incidencia VIH sigue disminuyendo de manera global, sin embargo el progreso ha sido marcadamente desigual por regiones y poblaciones clave.

Según la estadística internacional en el 2012 se infectaron con VIH un porcentaje de 33% menos que en el 2001 incluido la población adulta y pediátrica. En el Perú ocupa el octavo puesto como causa de mortalidad y en Lima ocupa el tercer lugar entre jóvenes y adultos. Desde el inicio de la epidemia en el Perú al 2011, se han notificado 8314 defunciones, llegando a su punto más alto durante el periodo de 1996 a 1998, la cual descendió de forma progresiva a partir de la instauración del TARGA de forma gratuita en el año 2004.

Hasta la actualidad no se ha documentado una cura para la infección del VIH,

por otro lado la calidad de vida y la productividad de las personas se pueden verse mejorada gracias al uso sistematizado del tratamiento retroviral. Para el 2012, 9.7 millones de personas infectadas recibían TARGA.<sup>11</sup>

### 1.3.3 Justificación práctica

Este trabajo contribuirá a ampliar los conocimientos acerca de la sobrevivencia de los pacientes con VIH /SIDA en el hospital militar central.

En el informe del 2015 emitido por el programa conjunto de las naciones unidas sobre el VIH/SIDA advirtió que los hombres que tienen sexo con hombres en la población latinoamericana tienen mayor incidencia de contraer el VIH representando un 56% en el Perú.

Asimismo, este estudio contribuirá a conocer con más detalle algunas características clínicas como edad, genero, grado de los pacientes portadores que viven con el VIH – SIDA en el Hospital militar Central durante el periodo de ENERO 2007 a Diciembre 2014.

Por último, el conocer las características clínicas epidemiológicas que ayudaron a sobrevivir a este grupo de pacientes ya que guían al médico a realizar exámenes diagnósticos enfocados en las principales enfermedades asociadas a la infección de VIH / SIDA

## 1.4.-Objetivos

### 1.4.1 Objetivo general

Determinar las características clínicas epidemiológicas asociados con la supervivencia en pacientes portadores de VIH – SIDA en el Hospital Militar Central en el periodo 2007-2014.

### 1.4.2 Objetivos Específicos

1. Determinar la asociación del sexo con la supervivencia en pacientes portadores de VIH –SIDA en el hospital militar central

2. Determinar la asociación de CD4 con la supervivencia en pacientes portadores de VIH –SIDA en el hospital militar central
3. Determinar la asociación del estadio clínico con la supervivencia en pacientes portadores de VIH –SIDA en el hospital militar central
4. Determinar la asociación de la edad con la supervivencia en pacientes portadores de VIH –SIDA en el hospital militar central
5. Determinar las causas de muerte de pacientes portadores de VIH-SIDA en el hospital militar central en el periodo 2007- 2014
6. Determinar las principales comorbilidades en los pacientes portadores de VIH SIDA en el hospital militar central

#### 1.5.- Estadísticas:

##### 1.5.1 Hipótesis Nula

Las características clínico epidemiológicas no está asociado significativamente a mayor de supervivencia en los pacientes portadores de VIH – SIDA en el hospital militar

##### 1.5.2 Hipótesis Alternativa

Las características clínico epidemiológicas está asociado significativamente a mayor de supervivencia en los pacientes portadores de VIH – SIDA en el hospital militar

## 1.6.- Marco teórico

### DEFINICION

Se definió al SIDA como la “presencia de una enfermedad diagnosticada de manera confiable que indica cuando menos moderadamente afectación a la inmunidad celular”. Una vez que se idéntico al virus causal, el VIH, y se crearon análisis sensibles y específicos para esta infección, la definición del SIDA ha cambiado. Según la definición actual, las personas infectadas por el VIH se clasifican con base en las condiciones clínicas relacionadas con la infección por el virus y con el recuento de linfocitos T CD41 Desde el punto de vista práctico, el médico debe considerar a la infección por el VIH como un espectro de trastornos que varían desde la infección primaria, con o sin el síndrome agudo por el VIH, hasta la infección asintomática y la enfermedad avanzada.<sup>6</sup>

### ETIOLOGIA

El VIH pertenece a los retrovirus, subfamilia Lentovirus. Se caracterizan por ser virus de ARN diploides, polaridad positiva y poseen una cápside recubierta por una envoltura lipídica derivada de la célula huésped, donde están presentes las glicoproteínas codificadoras virales (gp120 y gp41) que se relacionan con los Receptores de la diana Antígenos de células e histocompatibilidad Clase I y II de la célula infectada. Gracias a la codificación de una característica de transcriptasa inversa, es capaz de ingresar en el genoma de la célula huésped, fase necesaria para su posterior transcripción y formación de los nuevos viriones. A diferencia del resto de los retrovirus humanos , el VIH posee un marcado poder citolítico. Una de las principales características del VIH-1 es su importante variabilidad genética, que, junto con su alta replicación cinética, la convierten en un virus que se adapta al ambiente muy rápido cambiando, como presiones ambientales selectivas de tipo inmunológico o farmacológico. En la actualidad, el VIH-1

se clasifica en cuatro grupos distintos: M, N, O y P (un solo aislado descrito). El grupo M se subdivide en once subtipos no recombinantes (A1, A2, B, C, D, F1, F2, G, H, J y K) y 48 formas recombinantes entre los diferentes subtipos. El genoma del VIH-1 consta de 9 genes que condicionan de gran complejidad de las interacciones virus-célula y por lo tanto la patogénesis de la enfermedad. Tres genes estructurales, llamados gag (proteínas nucleocápsidas), pol (proteasa, transcriptasa inversa, RNasa e integrasa) y env (glicoproteínas de la envoltura), dos genes que codifican las proteínas reguladoras (tat y rev) y 4 genes que codifican las proteínas accesorias (vpu, vpr, Vif t nef).

El tropismo del VIH-1 se basa fundamentalmente en la interacción de las superficie de los linfocitos T auxiliares y células del sistema mononuclear fagocítico, y un co-receptor (CCXR4) pertenecientes a la familia de receptores de quimioquinas presentes en la superficie de los linfocitos. El VIH-1 se replica de manera activa en sólo una pequeña proporción de linfocitos infectados, responsable de la sobreproducción de viriones, que se ven en los pacientes con VIH. En la mayoría de los linfocitos, el VIH-1 se integra en el genoma celular, donde permanece en estado de latencia. Estas células constituyen un verdadero reservorio viral que no parece cambiar con el tiempo o el tratamiento antirretroviral. 7

## EPIDEMIOLOGÍA

Hasta el año 2006 se habían diagnosticado 982 498 pacientes con SIDA en Estados Unidos; ~56% de estos había muerto. Sin embargo, la tasa de mortalidad por SIDA se ha reducido en forma sustancial en los últimos 10 años sobre todo por el uso cada vez mayor de antirretroviricos potentes. Se calcula que a finales del año 2003 en Estados Unidos Vivian entre 1.0 y 1.2 millones de personas Infechadas por el VIH. Los grupos más susceptibles son los varones que tienen relaciones sexuales con otros varones y los usuarios de drogas intravenosas. Sin embargo, el número de casos

transmitidos por vía heterosexual, en especial a mujeres, se ha incrementado con rapidez. La mayor parte de los casos en usuarios de drogas intravenosas se encuentra en las minorías ciudadanas, de manera que la carga de infección por el VIH y SIDA recae de manera gradual y desproporcionada en las minorías, en especial en las ciudades del noreste y sureste de Estados Unidos. Todavía existen casos de SIDA en individuos que recibieron hemoderivados contaminados, aunque el riesgo de adquirir una infección nueva

Por esta vía es muy bajo en Estados Unidos. La infección por el VIH/SIDA es una pandemia global, sobre todo en los países en vías de desarrollo. En la actualidad se calcula que el número de casos de infección por el VIH en el mundo es de ~33.2 millones, 66% de los cuales se encuentra en el África subsahariana; ~50% de los casos se presenta en mujeres

### FISIOPATOLOGÍA E INMUNOPATOGENIA

La característica del sida es la inmunodeficiencia secundaria a la deficiencia progresiva tanto cualitativa como cuantitativa en el subgrupo de linfocitos T cooperadores o inductores. Este subgrupo de células T se define como el fenotipo por la expresión de la su base celular, de la molécula CD 4, que sirve como el principal receptor para el VIH. Para que el VIH-1 penetre en las células es necesario que exista un correceptor además del CD4. Los dos principales correceptores para el VIH-1 son los receptores de quimiocinas CCR5 y CXCR4. Las células que son más afectadas por el VIH son los linfocitos T CD4+ y los monocitos CD4+, pero prácticamente básicamente afecta a toda las moléculas que expresen el CD4 y algunos de los correceptores que pueden ser infectados por el VIH; no obstante, la multiplicación no es tan eficiente en este tipo de células .<sup>6</sup>

Infección primaria. Después de la transmisión inicial, el virus infecta a las células CD41, probablemente linfocitos T, monocitos o células dendríticas

derivadas de la medula ósea. Durante esta fase inicial y posteriormente, el principal sitio donde se ubica y propaga la infección por el VIH es el sistema linfoide. El tejido linfático del intestino tiene una función primordial en el establecimiento de la infección por el VIH y en la reducción precoz de las células CD41 de memoria. Casi todos los pacientes experimentan una fase viremia durante la infección primaria. En algunos casos esta se acompaña del “síndrome retrovirico agudo”, enfermedad similar a la mononucleosis (véase mas adelante). Esta fase es importante para diseminar al virus hacia el tejido linfoide y otros órganos en el cuerpo y finalmente es contenida en parte por la formación de una respuesta inmunitaria específica contra el VIH.<sup>6</sup>

Establecimiento de la infección crónica y persistente. No obstante la respuesta inmunitaria potente que se manifiesta después de la infección primaria, el virus no se elimina del cuerpo. En su lugar, genera una infección crónica que persiste durante un promedio de 10 años antes de que el paciente sin tratamiento presente manifestaciones clínicas. Durante este periodo de latencia clínica, el número de células T CD41 desciende de manera gradual pero manifiesta muy pocos signos y síntomas clínicos; sin embargo, casi siempre es posible identificar multiplicación vírica al medir la viremia plasmatica y demostrar que el virus se multiplica en el tejido linfoide. El nivel de viremia constante (llamado concentración vírica o carga vírica) entre ~6 meses a un año después de la infección tiene consecuencias importantes para el diagnóstico en cuanto al avance del SIDA; los individuos con una concentración vírica reducida entre seis meses y un año después de la infección padecen SIDA con mayor lentitud que aquellos cuya carga vírica es más alta en ese mismo momento (fi g. 182-20, pag. 1152, en HPMI-17).<sup>6</sup>

Avance de la enfermedad por VIH. En los pacientes que no reciben tratamiento o en aquellos cuyo régimen terapéutico no ha detenido la multiplicación vírica (véase más adelante), después de un tiempo (a menudo de años), el recuento de células T CD41 desciende por debajo de una cifra critica (~200/ml) y estos pacientes son propensos a sufrir infecciones

oportunistas. El diagnóstico de SIDA se establece al encontrar un recuento de células T CD41 ,200/ $\mu$ l o una de las infecciones oportunistas que definen al SIDA. En estos pacientes, la reducción de la concentración vírica por medio de un tratamiento eficaz con antirretroviricos, en especial manteniendo la carga vírica plasmática en menos de 50 copias de RNA/ml, incluso en individuos con una cuenta reducida de células T CD41, aumenta la supervivencia, incluso cuando la cuenta de células T CD4+ no se eleva mucho después del tratamiento.

### 1.7.-Antecedentes:

#### 1.7.1 Antecedentes nacionales:

#### 1- INFORMACIÓN SOBRE LA MEDICACIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIH/SIDA DE UN HOSPITAL DE LIMA, PERÚ <sup>7</sup>

Juana Pacífico<sup>1,a</sup>, César Gutiérrez

Determinar la asociación entre la información sobre la medicación y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima, Perú. Materiales y métodos. Estudio de corte transversal analítico. Por medio de entrevistas se aplicó el cuestionario SIMS para medir la satisfacción con la información recibida sobre los medicamentos y el cuestionario SMAQ (para determinar la adherencia al TARGA. Mediante revisión de historias clínicas. Resultados. Se encuestaron 364 pacientes. La satisfacción con la información recibida sobre los medicamentos no estuvo asociada a la adherencia a TARGA ( $p=0,611$ ). Factores asociados a la satisfacción con la información fueron: sexo femenino ( $ORa= 0,52$ ; IC 95% 0,30- 0,90); el grado de instrucción superior ( $ORa=0,45$ ; IC 95% 0,27-0,75) y la edad:  $ORa= 1,05$  (IC 95% 1,02-

1,08). Hubo mayor satisfacción con los informes recibidos sobre la acción y uso de los medicamentos frente a la información sobre sus potenciales reacciones adversas (48,9 vs. 43,1%;  $p=0,0291$ ). Conclusiones. La satisfacción con la información recibida sobre los medicamentos no estuvo asociada a la adherencia a TARGA. La satisfacción con la información recibida sobre el TARGA se incrementa con la edad y es menor en mujeres y el grado de instrucción superior. Hay deseos de mayor información sobre las potenciales reacciones adversas al TARGA.<sup>7</sup>

2.- Mortalidad en pacientes con infección por VIH/ SIDA en tratamiento antirretroviral en Huancayo, Perú 2008-2015

<sup>8</sup>Raúl Montalvo<sup>1</sup> , Jhonatan Mejía<sup>2,a</sup>, Percy Ramírez<sup>2,a</sup>, Eder Rojas<sup>2,a</sup>, Henry Serpa<sup>2,a</sup>, Mercedes Gomez<sup>2,a</sup>, Frank Quispe<sup>1</sup>

Objetivo: Evaluar la mortalidad en pacientes con infección por VIH/SIDA que reciben tratamiento antirretroviral (TAR) en un hospital público de Perú. Se realizó un estudio observacional de cohorte retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de infección por VIH/ SIDA que recibieron tratamiento antirretroviral. Resultados: De 428 pacientes estudiados, la media de edad fue 37 años y la media del recuento de CD4 al inicio del TAR en el grupo de fallecidos fue 87,2 cels/uL frente a 153,2 cels/uL en el grupo de vivos, fallecieron 66 pacientes (15,4%) después de iniciar TAR. La mayoría (48,5%) de estos pacientes tenían recuento de CD4 menor de 200 cel/uL, 59,1% desarrollaron infección oportunista y 16,7% cambiaron de esquema antirretroviral en algún momento del TAR. La mortalidad durante los primeros 3 meses de TAR fue 32,6%; el análisis con múltiples variables se encontró asociación con tener CD4 mayor de 100 cel/mL (HR:0,57; IC95%: 0,29-1,11), la presencia de infección oportunista (HR: 1,1; IC95% 1,06-1,16) y tener una alta carga viral (HR 1,17; IC95%:1,07-1,48). La probabilidad de supervivencia de los pacientes con CD4 menor de 100 cel/mL a los 8 años en TAR es 68%. Conclusiones: El mayor número de muertes de los pacientes con infección por VIH/SIDA ocurre durante los tres primeros meses de TAR y está

asociado a un diagnóstico tardío (alta carga viral, bajo CD4 y presencia de enfermedades oportunistas). Sugerimos la implementación de terapia supervisada durante los primeros meses de TAR en pacientes con CD4 menor de 100 cel/mL, para identificar en forma temprana las infecciones oportunistas..<sup>8</sup>

### 3.- CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LA MUJER PERUANA SOBRE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA <sup>9</sup>

Guillermo Pernaz-Linsuy<sup>1,a</sup>, César Cárcamo-Cavagnaro<sup>2,b</sup>

Objetivos. Determinar el nivel de conocimiento, actitudes adecuadas y prácticas sexuales seguras en relación con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en mujeres peruanas de 15 a 49 años de edad. Materiales y métodos. Utilizamos los resultados de la Encuesta Continua 2004-2007 de Demografía y Salud del Perú (DHS). La variable dependiente comprendía el nivel de conocimientos y actitudes respecto a la enfermedad y las prácticas sexuales seguras. Se realizó análisis estadístico descriptivo y regresión logística para encontrar asociación entre variables. Resultados: Se encontró un buen nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual (incluida la infección por el VIH) en el 47,8% de las mujeres de la población encuestada; El 50,7% mostró actitudes apropiadas en relación con la enfermedad y las personas afectadas por ella, mientras que en el 48,8% de las personas encuestadas se observaron prácticas sexuales seguras. Nivel educativo superior, alto índice de bienestar socioeconómico, residencia en la ciudad capital durante la infancia, trabajo como profesional, técnico, mujer de negocios o posición clerical; Y el acceso frecuente a los medios de comunicación, estaban relacionados con un mayor conocimiento, buenas actitudes y prácticas seguras. Conclusiones: El nivel de conocimientos, actitudes y prácticas que muestran las mujeres peruanas

de 15 a 49 años en relación con las infecciones de transmisión sexual no es adecuado<sup>9</sup>

4.- Comportamientos sexuales de un grupo de hombres de alto riesgo que tienen sexo con hombres en Lima - Perú.<sup>10</sup>

Giovani Martín Díaz Gervasi 1

Se buscó identificar las conductas de riesgo de hombres que tuvieron sexo con hombres en Lima. La muestra fue no probabilística y estuvo conformada por 254 HSH. Se usó una base de datos secundarios del estudio: "Prevalencia, Incidencia de VIH y prevalencia de infección por VHS-2, en una población de Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH) de alto riesgo en la ciudad de Lima-Perú", desarrollado en IMPACTA (2002-2005). Para recolectar los datos se aplicó el auto entrevistado. Los comportamientos sexuales de riesgo fueron: promiscuidad, el sexo anal sin uso de. El mayor porcentaje de la muestra manifestó tener conocimiento sobre la importancia de usar preservativo. pese al conocimiento la muestra estudiada tiene alto riesgo<sup>10</sup>

5.- CARACTERISTICAS CLINICO EPIDEMIOLOGICAS ASOCIADAS A LA MORTALIDAD POR VIH-SIDA EN EL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA DURANTE EL PERIODO

Otiniano Espinoza Marilyn Lesly

Determinar la causa principal de la mortalidad en pacientes con VIH / sida en el hospital Guillermo almenara irigoyen. Método: el estudio observacional, descriptivo y retrospectivo se realizó revisión manual de 38 historias clínicas los pacientes que murieron en hospital Guillermo almenara Irigoyen con el diagnóstico de VIH / sida en el período 2012-2014.. Datos tal como la edad, el género, el estado civil, la orientación sexual, el contenido de cd4, carga viral, estadio clínica, causa de la muerte, duración de la enfermedad recogidos, entre otros. resultados: encontramos que el porcentaje de las

muerres por el VIH en el 2012 era el 1,44% (15 pacientes) en 2013 fue el 1,27% (14 pacientes), mientras que en 2014 era solo 0.77% (9 pacientes); 89.5% eran masculinos y 10,5% femenino; la edad media estaba en 47.2 (45-59); enfermedades infecciosas donde la causa más frecuente de la muerte en el 81,5% (31 pacientes); en la cantidad media de linfocitos cd4 t fue inferior a 200 células / ul, con valores mínimos carga viral de 999 copias. La presentación clínica tenía una subagudo curso, asociado con anemia grave y diarrea crónica. Entre el los síntomas más frecuentes en la admisión fueron nausea, vómitos, diarrea, trastorno electrolítico, tos productiva, disnea, desorden sensoria aumento de la presión intracraneana sin embargo, el 62,5% (pacientes) terapia antiretroviral recibida y el 57% (22 pacientes) tiene un tiempo de enfermedad más corta que cinco años. Conclusiones: las enfermedades infecciosas causan mayor mortalidad en pacientes con VIH.

#### 1.7.2 Antecedentes internacionales

1.-Epidemiología de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana en pacientes Hospitalizados en una institución de alta complejidad y enseñanza universitaria en Medellín, Colombia <sup>11</sup>

Franco Montúfar Andradea,b,\*, Alicia Quirogac , Carlos Builesc , Carolina Saldarriagac , Carolina Aguilarc , Miguel Mesac y John Zuleta Tobónd

Describir y analizar las características clínicas, epidemiológicas y sociodemográficas de los pacientes hospitalizados con infección por el VIH / SIDA. Metodología Estudio descriptivo retrospectivo. Resultados Se incluyeron un total de 159 pacientes; La edad promedio fue de  $47 \pm 13$  años y el 83% eran hombres. El 35% tenían antecedentes de promiscuidad sexual, el 27,6% eran hombres que tenían relaciones sexuales con hombres y el 20% tenían antecedentes de tuberculosis. Al ingreso, el 66,6% tenía SIDA, el 24% tenía  $CD4 \leq 200$  células / mm<sup>3</sup> y el 62% estaba tomando terapia antirretroviral. Los síntomas más comunes en el ingreso fueron

gastrointestinal (50,3%), neurológico (40,9%) y respiratorio (30%). En el 33,3%, las infecciones oportunistas fueron documentadas y las más frecuentes fueron: tuberculosis (37%), histoplasmosis (17%) y criptococosis (9,7%). Un 16,9% de los pacientes tenía cáncer, incluyendo un 6,91% con neoplasia de órganos sólidos, una enfermedad linfoproliferativa (5,6%), una enfermedad mieloproliferativa (2,5%) y un sarcoma de Kaposi (1,8%). La duración media de la hospitalización fue de  $12 \pm 16$  días; Un 12,5% requería atención en la UCI y el 65% requería ventilación mecánica. La letalidad fue del 13,8% y la mortalidad atribuible a la infección por VIH / SIDA fue del 77,2%. Conclusiones Las características de nuestra población son similares a las descritas en otros estudios; Sin embargo se encontró una alta letalidad y mortalidad atribuible a la infección por VIH / SIDA. Las causas más frecuentes de hospitalización fueron infecciones oportunistas seguidas de neoplasias. Mycobacterium tuberculosis fue la infección oportunista más frecuente.

## 2.- Evaluación de las tendencias del VIH y sus infecciones oportunistas en la policía etíope 12

Seble Tiku<sup>1</sup>, Tirhas Tadesse<sup>1</sup>

Antecedentes: El virus de inmunodeficiencia humana / síndrome de inmunodeficiencia adquirida es uno de los más alarmantes problemas de salud pública de Etiopía para el desarrollo socioeconómico y la seguridad. Se han hecho diferentes investigaciones para ver el progreso de la enfermedad de vez en cuando. Sin embargo, la información que muestra la tendencia del VIH entre la policía durante un período de tiempo en Etiopía es muy limitada. Objetivo: El objetivo del estudio fue evaluar la prevalencia y las tendencias del VIH / SIDA y las infecciones oportunistas en la policía etíope. Métodos: La estadística descriptiva se calculó para determinar la prevalencia y las tendencias del VIH / SIDA y sus infecciones oportunistas y otras variables. Datos recolectados de la oficina del Sistema de Información de Gestión Sanitaria del Hospital de la Policía Federal, de septiembre de

2010 a agosto de 2013. Los datos fueron limpiados, editados y registrados en computadora y analizados con SPSS versión 16.0. Luego se usó la prueba estadística Chi-Square (X<sup>2</sup>) para probar asociaciones y se consideró significativo el valor de P menor o igual al cinco por ciento ( $P \leq 0.05$ ). RESULTADOS: De todos los establecimientos de salud de la policía federal, de un total de 26.271 evaluados para el VIH, entre septiembre de 2010 y 2013, 15.937 (60,3%) eran varones. Ochocientos cuarenta y siete (3,2%) fueron positivos para el VIH. La prevalencia de la infección por el VIH fue del 2% para los hombres y del 1,2% para las mujeres. La prevalencia específica de edad fue mayor en el grupo de 26-35 años (2,2%), seguida de 36-45 (1,4%) edad media 31,2, con IQR 8,92. De un total de 356 pacientes VIH positivos, vinculados a ART y pre-ART, aproximadamente 125 (35%) de ellos tuvieron más de una infección oportunista. CONCLUSIÓN: Existe una tendencia decreciente de seropositividad a lo largo de los años, con mayor prevalencia entre los grupos de edad sexualmente activa. La diarrea, la candidiasis y la tuberculosis pulmonar fueron las principales IO contraídas por pacientes infectados por el VIH. Se recomienda una intensa intervención educativa de las ITS / VIH para alterar el comportamiento de riesgo entre la fuerza policial. Etiopía. J. Health Dev. 2014; 28 (3): 162 - 169] 12

3.-Conocimientos y comportamientos sexuales en el personal de tropa de una institución militar <sup>13</sup>

Moisés Apolaya-Segura ,Hilda Quijandría-Sotomayor , Ernesto Soto-Brito

En el ejército hay población adolescente, que Fácilmente adoptar la cultura militar, y suele estar expuesto cuando Salen a tener contacto con personas de alto riesgo de ETS Y el VIH. Objetivo: Determinar el conocimiento sobre el VIH Prevención y comportamiento sexual de la tropa entrante de la Fuerza Aérea Peruana (PAF). Métodos: Observacional, Analítico El estudio cruzado, realizado en el personal entrante del FAP Sexos al Grupo de Operaciones Terrestres (GRUOT) en junio de 2010. Resultados: Se entrevistó a 106 personas que comenzaron en el ejército El 76,4% eran

hombres y el 23,6% eran mujeres. Fue encontrado Que el 69,81% tenía un nivel regular de conocimiento sobre la prevención del VIH. También se encontró que el 29% de los hombres tenían relaciones sexuales con Prostitutas a cambio de dinero. 4.84% de varones tenían sexo con Alguien del mismo sexo. En ambos sexos había escaso uso de Preservativo en el último coito. Los hombres tienen un mayor número de Parejas sexuales. Conclusiones: En el personal de las tropas hay un Nivel medio de conocimiento sobre la prevención del VIH. Encontramos Que las principales conductas sexuales de riesgo eran el número de Parejas sexuales, parejas ocasionales y uso poco frecuente del condón.<sup>13</sup>

#### 4.-Mortalidad por VIH/Sida en Guatemala Evolución 2005-2013 <sup>14</sup>

Virginia Del Rosario Moscoso Arriaza<sup>1</sup> Carlos Roberto Flores Ramírez <sup>2</sup>

Objetivos: Caracterizar la mortalidad por VIH en Guatemala durante el período 2005-2013 Método: Estudio descriptivo, de corte transversal. Para el análisis de mortalidad, los indicadores y el cálculo de AVPP por VIH/sida se utilizaron las bases de datos de mortalidad y proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística (INE). Los hallazgos evidencian tendencia a la disminución de la mortalidad específica por VIH/sida en el período de estudio. Se mantiene como principales causas asociadas a la mortalidad por VIH las enfermedades infecciosas y parasitarias. El sexo masculino es el que mantuvo el mayor riesgo de morir sobre todo en el grupo de adultos. A pesar de la reducción de la mortalidad en los menores de 15 años aún persiste lo que evidencia la falta de medidas preventivas de la transmisión madre-niño. El corredor geográfico de la mortalidad por VIH es similar al de la morbilidad. Los AVPP muestran mejora en las condiciones de sobrevivencia.<sup>14</sup>

#### 5.-Manejo clínico de la infección aguda y crónica por el virus de la inmunodeficiencia humana antes del inicio del tratamiento antirretroviral <sup>15</sup>

José M. Miróa,\*, Christian Manzardoa, Laura Zamoraa, Tomas Pumarolab, Zoe Herrerasc , Teresa Gallartd y José M. Gatel

La evaluación de nuevos casos de infección por VIH es relativamente común en España, donde se diagnostican cada año varios miles de pacientes con nuevas infecciones. Ochenta por ciento de ellos tienen una infección crónica por VIH en la primera evaluación clínica, que es sintomática (presentadores tardíos) en hasta un 30% de los pacientes. La evaluación inicial de la infección por el VIH no sólo está dirigida a determinar la situación clínica, virológica (carga viral del ARN del VIH plasmático, prueba de resistencia y tropismo viral) e inmunológica (CD4 +), sino que también debe abordar el estudio de sus co-infecciones (hepatitis, tuberculosis) y comorbilidades (cardiovascular, hepática, renal y ósea) y el riesgo de transmisión del VIH. Esto es necesario para decidir si se inicia o no el tratamiento antirretroviral y con qué tratamiento antirretroviral combinado se inicia la profilaxis de las infecciones oportunistas y el tratamiento de las infecciones y comorbilidades. El historial médico pasado y actual, la examen físico y los exámenes de laboratorio nos ayudarán a decidir si el paciente debe recibir intervención terapéutica. El nivel de linfocitos T CD4 + es el mejor marcador para sugerir cuándo iniciar el tratamiento antirretroviral combinado, indicando si se debe o no comenzar la profilaxis contra infecciones oportunistas (si los pacientes tienen un recuento de células T CD4 + por debajo de 200 células / mm<sup>3</sup>) Los pacientes deben hacernos sospechar la presencia de enfermedades oportunistas activas en los casos sintomáticos. El tratamiento de los pacientes con infección por el VIH debe incluir La educación sanitaria sobre los modos de transmisión y prevención de la infección por el VIH y también para explicar su historia natural y cómo se puede modificar con un tratamiento antirretroviral adecuado, así como para promover una vida sana. No menos importante es el apoyo psicológico, ya que estos pacientes deben aprender a vivir con una infección crónica, que se gestiona adecuadamente puede garantizar un muy buen pronóstico a largo plazo y la calidad de vida.

## 6.-Mortalidad hospitalaria en pacientes con infección por VIH: a diez años el acceso universal a TARGA en México <sup>16</sup>

Alexandra Martín-Onraet, Infectol,(1) Alicia Piñeirua-Menéndez, Infectol,(2) Diana Perales-Martínez, Intern, (1) Raúl Ortega-Pérez, MC,(3) Alejandro Barrera-García, Intern, (2) Juan Sierra-Madero, MC, (3) Patricia Volkow-Fernández, Infectol. (1)

Objetivo. Establecer las características y causas de muerte de los pacientes con VIH que fallecen durante la hospitalización. Materiales y métodos. Se incluyeron pacientes VIH + que fallecieron durante la hospitalización, en tres hospitales de la Ciudad de México entre 2010 y 2013. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos, así como las causas de muerte. Se identificaron muertes evitables (definidas como muertes ocurridas en pacientes con menos de seis meses de TARGA, o sin HAART, con menos de 350 CD4 al diagnóstico y / o eventos oportunistas como causa de hospitalización). Resultados. Se analizaron 128 muertes. La mediana del recuento de CD4 fue de 47 células / mm<sup>3</sup>; El 18% de los pacientes ignoró su estado de VIH en el momento de la hospitalización, el 51% tenía menos de seis meses de HAART, el 40,5% nunca había recibido HAART antes. Las principales causas de defunción fueron los eventos de definición del SIDA, con el 65,6%. Se identificaron 70 defunciones prevenibles (57%).Conclusiones. A pesar del acceso universal a HAART, los pacientes con VIH en México todavía están muriendo de enfermedades que definen el SIDA, un indicador de diagnóstico tardío. Es urgente implementar programas de pruebas de VIH para permitir un diagnóstico más temprano y hacer accesible el beneficio de HAART a todos.<sup>16</sup>

## 7.-Mortalidad temprana por sida en México durante el periodo 2008-2012<sup>17</sup>

Omar Silverman-Retana, MD, MSc,(1) Sergio Bautista-Arredondo, MSc, (1) Edson Serván-Mori, MSc, (1) Rafael Lozano, MD, MSc.. <sup>17</sup>

Objetivo. Describir la distribución de la mortalidad de acuerdo con el momento de ocurrencia desde el Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de los antirretrovirales (SALVAR), entre los usuarios de las instalaciones del Ministerio de Salud en México. Materiales y Métodos. El análisis descriptivo de la mortalidad por SIDA y relacionado con el perfil clínico y demográfico de 41 847 pacientes registrado en SALVAR. Resultados. 3 195 pacientes (8,1%) murieron en el período de estudio, el 59% de estas muertes se produjeron seis meses después del inicio del tratamiento. Entre estos pacientes, 87,3% fueron diagnosticados tarde, dado sus niveles de CD4 (CD-4 cel <200 cel / ml<sup>3</sup>). Conclusión. Nuestros resultados muestran la necesidad de fortalecer los programas encaminados a el diagnóstico y la vinculación del VIH con la atención, como componente política de acceso universal al tratamiento antirretroviral en México.

8.-Factores asociados a la mortalidad en la población mexicana con SIDA en contraste con otras poblaciones humanas. Revisión sistemática y meta-análisis <sup>18</sup>

Silvana Beatriz Pertuz-Belloso

El objetivo de este trabajo es determinar los factores que podrían estar asociados a la mortalidad del paciente con SIDA en un estudio meta-analítico de 2010-2014 en el que se revisó información sobre el SIDA y las causas de mortalidad en la base de datos NCBI. Los datos, incrustados en una matriz, fueron procesados estadísticamente de acuerdo con estándares de metanálisis en el programa OpenEpi (3.0.3). Los resultados muestran que las enfermedades secundarias, como la tuberculosis (tasa: 0,1), la toxoplasmosis (tasa: 1) y el sarcoma de Kaposi (tasa: 1) siguen teniendo un lugar importante entre los factores de mortalidad de la población mundial de SIDA. Sin embargo, los datos también muestran que la creciente resistencia a los antirretrovirales es el principal problema de la población de SIDA (tasa: 10,0). El polimorfismo de los receptores inmunológicos sobre la mortalidad de las poblaciones de SIDA (tasa: 0,01) tiene un bajo impacto. En México, la

tasa de mortalidad de esta población es alta (tasa: 4,5) y muy similar a la de otros países latinoamericanos (tasa: 3,5). Entre los determinantes de estas tasas de mortalidad en la población mexicana de SIDA se pudo encontrar baja recuperación inmunológica y mala respuesta a la terapia antirretroviral

09 Cambios en el espectro de la morbilidad y la mortalidad de los ingresos hospitalarios de los pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana durante la era del tratamiento antirretroviral de gran actividad

Se 1.343 ingresos hospitalarios en 610 pacientes infectados con VIH en el período 1995-2000 y se estudiaron las causas de admisión y mortalidad los pacientes en la era pre-TARGA (1995-1996) y de los pacientes con uso generalizado del TARGA (TARGA-1: 1997-1998, y TARGA-2: 1999-2000).las enfermedades definitorias de SIDA disminuyeron en paciente con uso de TARGA y las no definitorias aumentaron ( $p < 0,001$ ), con un incremento de enfermedades que afectan el sistema respiratorio ( $p = 0,004$ ) y de las enfermedades gastrointestinales ( $p < 0,001$ ) y hepáticas ( $p = 0,03$ ). La mortalidad hospitalaria mostró una tendencia a la disminución . En relación con los pacientes antes de la era pre-TARGA, las enfermedades definitorias de sida se encontraron disminuidos en los fallecidos por sida ( $p = 0,03$ ), mientras que se observó un mayor número de muertes por enfermedades hepáticas ( $p = 0,03$ ).Conclusiones durante la etapa de TARGA las enfermedades marcadoras de sida han disminuido luego de la introducción del tratamiento antiretroviral

Después de la introducción del tratamiento antirretroviral altamente activo (HAART) Hubo una disminución de los ingresos hospitalarios y la mortalidad asociada con la inmunodeficiencia humana Virus (VIH). El objetivo de este estudio fue analizar los cambios en la mortalidad Y la morbilidad durante la era HAART.PACIENTES Y MÉTODO: Se revisaron 1.343 admisiones hospitalarias de 610 pacientes infectados por el VIH Entre enero de 1995 y diciembre de 2000. Analizamos la morbilidad y mortalidad Las cifras

anteriores a la HAART en el último bienio (1995-1996) y las de la primera y segunda TARGA Bienio (1997-1998, HAART-1 y 1999-2000, HAART-2). RESULTADOS: Las hospitalizaciones por enfermedades defintorias del SIDA disminuyeron a lo largo del TARGA Mientras que las admisiones causadas por enfermedades no definidas por el SIDA aumentaron ( $p < 0,001$ ) con un crecimiento significativo en la frecuencia de infecciones de las vías respiratorias ( $p = 0,004$ ), enfermedades del tracto digestivo ( $P < 0,001$ ) y enfermedades hepáticas ( $p = 0,03$ ). Hubo una tendencia decreciente en la mortalidad hospitalaria Durante todo el período de estudio. Las enfermedades que definen el SIDA disminuyeron desde el bienio previo al HAART A los períodos HAART-1 y -2 ( $p = 0,03$ ), mientras que las enfermedades hepáticas aumentaron ( $p = 0,03$ ). CONCLUSIONES: En la era HAART, los ingresos hospitalarios y la mortalidad por enfermedades defintorias del SIDA Siguen disminuyendo. Sin embargo, hay un aumento constante en el número de admisiones Y muertes de pacientes con enfermedades que no definen SIDA.

10 Supervivencia de las mujeres infectadas por el VIH tras la aparición del TARGA

M. CAJA CALVO, A. ROCHER MILLA, J. FLORES CID, E. SOLER COMPANY, J. E. PERIS RIBERA

Objetivo: determinar la supervivencia en mujeres con tratamiento antirretroviral. Diseño: Estudio retrospectivo desde el año 1985 hasta Diciembre de 2004. Incluye 75 mujeres elegidas al azar de entre todas las pacientes del Servicio de Consultas Externas del Hospital Arnau de Vilanova, con más de 18 años, con infección por VIH y con tratamiento antirretroviral. Las pacientes se han dividido en dos grupos dependiendo el inicio de la terapia, antes o después de 1997. Método: Se realizó una comparación del perfil epidemiológico y sociodemográfico del tratamiento inicial y final, de la

eficacia del tratamiento antirretroviral, de la evolución de la infección y de la supervivencia en los dos grupos de pacientes. Resultados: Un 66.7% de las pacientes del primer grupo y un 85.2% de las pacientes del segundo tuvieron cargas virales negativas al final del estudio. El 47,9% de las pacientes que iniciaron tratamiento antes de 1997 consiguieron mantener recuentos de linfocitos CD4 superior a 500 células/ml frente al 59,3% de las pacientes que iniciaron tratamiento a partir de 1997. Sólo hubo 6 fallecidos correspondiendo al primer grupo de las pacientes. Conclusiones: los datos obtenidos en nuestro estudio sugieren que hubo un aumento significativo en la supervivencia de los pacientes con terapia antirretroviral luego de 1997

11.- Prevalencia y factores asociados al VIH en habitante de calle de la ciudad de Medellín Colombia

Dedsy Berbesí<sup>1</sup> ; Ángela Segura-Cardona<sup>2</sup> ; Beatriz Caicedo<sup>3</sup> ; Doris Cardona-Arango<sup>4</sup>

Determinar la prevalencia del VIH y describir su relación con las características Sociales y demográficas de los habitantes de las calles Medellín En 2014. Metodología: Estudio descriptivo transversal en el que Los autores determinaron la prevalencia del VIH y exploraron Los factores sociales y demográficos asociados con la infección por el VIH Entre los habitantes de las calles de la ciudad de Medellín en 2014. Los datos Fueron procesados con el software SPSS 21.0. Análisis incluidos Descripciones invariable y bivariantes, y el estadístico Chi cuadrado Prueba. Prevalencia de oratio (PR) intervalo de confianza 95% Suponiendo un nivel de significación estadística inferior al 5%. Resultados: Un total de 184 habitantes de la calle fueron encuestados, el 80% eran varones, Con una edad promedio de 40 años (DE 11,4 años). Una prevalencia del VIH Del 8,2%; Para los hombres, esta prevalencia fue del 6,1% y Mujeres 16,2%. Las mujeres tenían tres veces más riesgo de VIH para hombres; Los que vivían juntos y casados tenían cinco veces Riesgo de contraer el VIH en comparación con los individuos solteros, separados y divorciados Personas.

Conclusión: La mayor prevalencia del 5% Para los habitantes de las calles muestra que la infección por VIH en Concentrados en grupos clave (es decir, aquellos que tienen alta prevalencia y Vulnerabilidad) que requiere acciones centradas en grupos específicos

12.- Características clínicas y epidemiológicas de la infección por VIH en inmigrantes latinoamericanos versus chilenos: estudio comparativo en un centro de atención de Santiago a partir de registros de 2003-2013

M. Fernanda Rodríguez, Marcelo Wolff y Claudia Cortés

En los últimos años ha habido un creciente número de inmigrantes en Chile, especialmente de países sudamericanos. El fenómeno de la inmigración y sus consecuencias ha sido estudiado por la literatura internacional, y se han reportado diferentes necesidades de atención de salud para este grupo en comparación con la población local. En Chile este fenómeno está mal estudiado y las campañas de prevención del VIH se enfocan en las necesidades de la población nacional. Objetivo: Determinar las características clínicas y epidemiológicas basales de la infección por VIH en inmigrantes latinoamericanos que se presentan a un centro de referencia de atención clínica del VIH entre los años 2003-2013. Métodos: Análisis retrospectivo. Las características basales de los inmigrantes latinoamericanos al ingreso a la unidad de enfermedades infecciosas se compararon con un grupo de chilenos de la misma unidad. Resultados: Hubo un aumento en el número de inmigrantes durante el período de observación. Los extranjeros presentaron mayor proporción de mujeres (26% vs. 9%) y conductas heterosexuales en comparación con los nacionales (37% vs 22%). La mayoría de los inmigrantes procedían del Perú (55%) y Colombia (12%). Conclusiones: Hubo diferencias significativas en cuanto al género y comportamiento sexual. Esto plantea la necesidad de abordar diferentes estrategias de prevención con mayor énfasis en las mujeres y la población heterosexual en este grupo vulnerable

### 13.- Epidemiología de la infección por HIV / SIDA en el Servicio de Medicina Interna III del Hospital Vargas de Caracas

Eukaris D. Maurera Peña\*, Yajana Reyes Herrera\*, Juan M. Guerrero Guerrero\*

Desde la primera aparición de SIDA, hace treinta años, la infección por el VIH / SIDA Ha sido ampliamente estudiado; Sin embargo, su epidemiología ha Cambiado El objetivo principal de esta investigación ha sido

Describir la epidemiología de esta infección En el servicio de medicina interna del Hospital Vargas, Caracas, Venezuela. Métodos: No experimental, Descriptivo, transversal y retrospectivo Estudio fue hecho recolectando la información de los registros médicos de todos los Los pacientes ingresados durante el año 2010 fueron revisados. Resultados: El VIH / SIDA fue la cuarta causa de Hospitalización (5.10% de todas las descargas). Como Esperado, el 73,8% eran varones. La edad promedio fue 39,76 + 10,65 años, y la estancia hospitalaria promedio Fue 18,06 + 16,62 días, Las causas más frecuentes De admisión fueron: síntomas respiratorios (26%),Diarrea (21%), fiebre (9,5%) y lesiones cutáneas(7%). Encontramos síndrome de emaciación del VIH (48,6%), Neumonía bacteriana (35,7%), orofaríngea y Candidiasis esofágica (28,57%), gastrointestinal (16,7%), nefropatía por VIH (14,3%) Y el virus del herpes zoster (9,5%). Conclusiones: Nuestros Las frecuencias fueron similares a las observadas en Medianos y bajos ingresos. La infección por el VIH Es la cuarta causa de ingreso a nuestro hospital, Generando largas estancias hospitalarias y altos costos.Por lo tanto, sigue siendo un problema para los proveedores de salud Y los médicos.

### 14.- Estudio de la mortalidad y supervivencia en una cohorte de 1.115 pacientes con infección VIH (1989-97)

F. J. SAN ANDRÉS REBOLLO, R. RUBIO GARCÍA1, J. CASTILLA CATALÁN2,F. PULIDO ORTEGA1, G. PALAO1, I. DE PEDRO ANDRÉS3, J. R. COSTA PÉREZHERRERO1, A. DEL PALACIO PÉREZ-MEDEL1

Estudio de la supervivencia y la mortalidad relacionada con el VIH / SIDA desde 1989 hasta 1997. Analizar el efecto del tratamiento antirretroviral y la profilaxis contra la neumonía por *P. carinii* (profilaxis con PCP). Pacientes y métodos: Se estudió retrospectivamente una cohorte de 1.115 pacientes VIH (+) ambulatorios (331 con criterios de definición de SIDA) observados en nuestra unidad hospitalaria específica de VIH entre enero de 1989 y mayo de 1997. Analizamos el efecto de diferentes tratamientos antirretrovirales sobre la tasa de mortalidad anual. En los estudios de supervivencia se utilizó el análisis de regresión de Cox para analizar la supervivencia en el tiempo, así como el efecto de diferentes eventos oportunistas, la adherencia y los cambios en el tratamiento durante el seguimiento. Resultados: La tasa de mortalidad fue de 13,7 por 100 años-persona en 1994. Se redujo a 4,2 durante el primer semestre de 1997 ( $p = 0,001$ ). La tasa de mortalidad disminuyó dependiendo del tratamiento recibido: 53% (CI 95 = 34% -65%) con monoterapia, 68% (IC 95 = 38% -84%) con bioterapia, 86% (CI 95 = 40-96% Con terapia triple, y 49% (CI = 29% -64%) con profilaxis con PCP. Los pacientes con más de 100 CD4 tuvieron una supervivencia creciente con el tiempo ( $p = 0,002$ ). En los pacientes con SIDA, la buena adherencia al tratamiento antirretroviral ya la profilaxis con PCP se asoció con un menor riesgo de muerte (RR = 0,88; IC 95 = 0,63-1,22 y RR = 0,72; CI 95 = 0,55-0,95, respectivamente). Conclusiones: En los últimos años, la PCP-profilaxis y el tratamiento antirretroviral (especialmente la terapia combinada) han contribuido a una disminución de la mortalidad relacionada con el SIDA. La adherencia a los tratamientos se relaciona con el riesgo de muerte y supervivencia.

15.-Diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en la Cohorte VACH (1997-2002) <sup>24</sup>

Ramón Teira Cobo / Ignacio Suárez Lozanob / Juan Miguel Santamaría Jáureguia /

Estudiar la prevalencia de retraso en el diagnóstico de infección por VIH y factores asociados. Métodos Se realizó un estudio transversal de pacientes incluidos en la cohorte española de VACH que habían sido diagnosticados con infección por VIH entre 1997 y 2002. El diagnóstico tardío se definió como pacientes diagnosticados con infección por VIH y SIDA simultáneamente o dentro del primer mes después de la primera prueba serológica positiva, o aquellos con un primer recuento de células CD4 + por debajo de 200 / ml. Las características epidemiológicas de estos pacientes se compararon con las de los pacientes restantes Resultados De 2.820 nuevos casos de infección por el VIH, el diagnóstico tardío se encontró en 506 (18%). Estos pacientes difieren de los restantes pacientes en su menor edad media y mayor carga viral de VIH, así como en su distribución por sexo (mayor proporción de varones), situación ocupacional, antecedentes de encarcelamiento en la cárcel y grupo de transmisión del riesgo de VIH. La mediana de supervivencia durante el seguimiento fue significativamente menor entre los pacientes con SIDA con un retraso en el diagnóstico.

Conclusiones El retraso en el diagnóstico sigue siendo motivo de preocupación en nuestro entorno, debido a su magnitud y su asociación con la mortalidad. Algunas características epidemiológicas proporcionan pistas para orientar futuros programas dirigidos a aumentar la información y mejorar la prevención.

## **2. Metodología**

### 2.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo.

### Población y Muestra

### 2.2 Unidad de análisis

La unidad de análisis fueron pacientes con diagnóstico confirmado de VIH/SIDA durante el periodo 2007 al 2014 en el hospital Militar central que tiene controles continuos en el hospital hasta el fin de estudio

### 2.3 Población y tamaño de muestra

Se solicitó el registro de pacientes portadores de VIH/SIDA durante el periodo 2007 al 2014 En dicha lista se observó una población total de 101 paciente con el diagnóstico de VIH que reciben controles continuos en el hospital

### 2.4 Criterios de inclusión

Todos los pacientes con diagnóstico confirmado de VIH/SIDA durante el periodo de Enero 2007 a Diciembre 2014 en el Hospital Militar Central.

### 2.5 Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnóstico no confirmado de VIH/SIDA.
- Pacientes cuyas historias clínicas se encuentren incompletas, ilegibles, ausentes.<sup>11</sup>

## 2.6 Consideraciones éticas

Este trabajo de investigación no posee limitaciones éticas, morales ni legales pues se protegerá la confidencialidad de la información hallada en las historias clínicas que se revisaran.

Dicha información será codificada y tabulada sin revelar la identidad del paciente.

## 2.7 Operacionalita de variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	CRITERIO DE MEDICIÓN	VALORES FINALES	NATURALEZA DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
<b>Características sociodemográficas</b>	Edad		<30 >30	Cuantitativa Continua	Ordinal	Ficha de recolección de datos
	Genero		Femenino Masculino	Cualitativo	Nominal	Ficha de recolección de datos

<b>Características clínicas</b>	Estadio clínico	Clasificación CDC	Estadio A Estadio B Estadio C	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos
Causas principales de mortalidad			Tuberculosis pulmonar o extra pulmonar Candiasis esofágica Toxoplasmosis cerebral Sarcoma de Kaposi Neumopatías asociadas a SIDA	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos
<b>Supervivencia</b>			1a a 36 meses 37 a más	cualitativa	ordinal	Ficha de recolección de datos

<b>Recuento de CD4</b>		Clasificación de la OMS	<100	Cuantitat. continua	Ordinal	Ficha de recolección de datos
			>100			

## Mortalidad

La mortalidad en el ámbito demográfico, es la relación que existe entre el número de defunciones ocurridas durante un tiempo determinado, por lo general un (1) año, y la población total de una entidad geográfica cualquiera.

## Supervivencia

Para realizar un estudio de este tipo es necesario definir la fecha de comienzo y la fecha de finalización del seguimiento, con la que se calcularán posteriormente los tiempos de supervivencia de los pacientes. Así, dependiendo del tipo de estudio y diseño, la fecha de comienzo del seguimiento suele ser la del diagnóstico de enfermedad, ingreso en el hospital, inicio de tratamiento, etc. La fecha de finalización está predeterminada por el investigador dependiendo del tipo de datos analizados.

El tiempo de supervivencia se define entonces como el transcurrido desde la fecha de comienzo del seguimiento hasta la fecha de último contacto con el paciente, bien por haber fallecido bien por haber sido censurado.

## 2.8 Operacionalización de variables

### *Definición operacional de variables*

**Infección confirmada por VIH:** se considerara diagnostico VIH positivo a toda persona con resultados positivos laboratoriales que determinen la presencia de anti-VIH o antígenos propios del virus.

**Definición de caso de SIDA:** toda persona con infección por VIH que se encuentre en estadio clínico 3 o 4, o en cualquier estadio clínico y que posea un recuento de  $CD4 < 350 /mm^3$

**Modo de transmisión de VIH:** para efectos de este estudio, se considerara lo siguientes modos de trasmisión de la infección por VIH:

- Vía sexual: incluye los hombres que tienen sexo con hombres, las trabajadoras sexuales, transgéneros y heterosexuales.
- Vía Parenteral: incluye a los usuarios de drogas endovenosas, transmisión accidental a través de transfusiones sanguíneas o accidentes laborales con objetos punzocortantes contaminados.
- Vía vertical (madre-hijo): incluye a las personas cuya exposición al VIH fue durante el embarazo, parto y lactancia

### *Estadios clínicos de la infección por VIH*

Según la clasificación de la CDC, los estadios clínicos de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana son como siguen:

- Clasificación del CDC de 1986; solo clínica
  - Estadío I: infección aguda
  - Estadío II: asintomático

- Estadío III: linfadenomegalia persistente generalizada (LPG)
- Estadío IV: sintomático (A,B,C,D)
- Clasificación del CDC de 1993; clínica y CD4
  - Basada en manifestaciones clínicas y CD4
  - Grupo A: asintomáticos, infección aguda, o LPG
  - Grupo B: síntomas por VIH
  - Grupo C: indicadores de estadio SIDA
- CD4 y carga viral son los mejores marcadores pronóstico de progresión a SIDA en pacientes VIH
- CD4: ( conteo cercano a la muerte)
  - Refleja la capacidad inmunológica actual
  - Predice con mayor precisión la progresión a corto plazo
  - Predice el desarrollo de enfermedad sintomática
  - Correlaciona con el desarrollo de infecciones oportunistas
- Carga viral: (conteo cercano a la muerte)
  - Predice la progresión a más largo plazo.

- Predice respuesta al tratamiento.

	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
Categoría CD4	Asintomático Infxn aguda	Sintomático* (no A o C)	Indicador de SIDA
> 500/mm <sup>3</sup>	A1	B1	<b>C1</b>
200-499/mm <sup>3</sup>	A2	B2	<b>C2</b>
< 200/mm <sup>3</sup>	<b>A3</b>	<b>B3</b>	<b>C3</b>

\* muguet oral, candidiasis vaginal persistente, displasia cervical, fiebre-diarrea de >1mes, leucoplasia vellosa, zoster (2 episodios o >1 dermatoma), PTI, PID

**NO TOMA EN CUENTA LA CARGA VIRAL**

### Estadios inmunológicos de la infección por VIH

Según la OMS, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana puede clasificarse de la siguiente manera:

<b>Inmunosupresión no clasificada</b>	<b>&gt;500/mm<sup>3</sup></b>
<b>Modé debate Inmunosupresión</b>	350-499/mm <sup>3</sup>
<b>Inmunosupresión avanzada</b>	200-349/mm <sup>3</sup>
<b>Severa inmunosupresión</b>	<200/mm <sup>3</sup>

### 2.9 Análisis de datos

#### ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD

Métodos y modelos de análisis de los datos según tipo de variables Las tasas de mortalidad se calcularon como número de muertes por 100 pacientes/año. La tendencia en las tasas de mortalidad durante el periodo 2007-2014 se analizaron mediante), ajustando por la edad ( $\leq 30$  años y  $> 30$  años), el sexo, la categoría de transmisión, el estadio clínico (A-B y C),

los linfocitos CD4 ( $\leq 100$  y  $> 100$ ). En este mismo periodo se comparó el riesgo de muerte entre los pacientes que tomaron antirretrovirales respecto a aquellos que no siguieron un tratamiento específico. Los resultados se ofrecen en términos de razón de riesgos (HR) junto a sus intervalos de confianza con un nivel del 95% (IC95). Se efectuó el diagnóstico de colinealidad<sup>23</sup>

#### Tendencia de la supervivencia de la población

Para analizar si la supervivencia de los pacientes (estadios A, B o C) y se había modificado a lo largo del tiempo, se introdujo en un modelo de Cox estadio clínico y CD4. El sexo y la categoría de transmisión se excluyeron por no influir significativamente en las estimaciones.<sup>23</sup>

#### B. Programas a utilizar para análisis de datos

Los programas a utilizar para el análisis de datos de este trabajo serán:

- Microsoft Excel
- SPSS
- Microsoft Power Point

### 3. Resultados

De los 101 pacientes que conforman nuestra población, 91 (90.1 %) son varones y la de 10 (9.9%) son mujeres; el rango fue de 19 a 92 años y la mediana es 39.2. Las demás características generales de la población la podemos observar en la Tabla 1.

**TABLA I: CARACTERÍSTICAS CLINICO EPIDEMIOLOGICAS DEL SEGUIMIENTO (n= 101)**

<b>CARACTERISTICAS</b>	<b>N</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>EDAD</b>	101	100
<b>SEXO</b>		
<b>MASCULINO</b>	91	90,1
<b>FEMENINO</b>	10	9,9
<b>ESTADIO CLINICO</b>		
<b>AB</b>	76	75,2
<b>C</b>	25	24,8
<b>CONTEO CD 4</b>		
<b>&lt; 100</b>	25	24,8
<b>100 O MAS</b>	76	75,2

**Tabla II: SEXO ASOCIADO A SUPERVIVENCIA EN PACIENTE CON VIH**

	SUPERVIVENCIA PACIENTE CON VIH		Total
	Menor de 36 meses	36 O MAS	
SEXO	MASCULINO	30 90.9%	61 90,1%
	FEMENINO	3 9.1%	7 9,9%
Total		33	68
			101

Fuente: Hospital Militar Central – Archivo de Historias clínicas

Chi cuadrado: 9.7

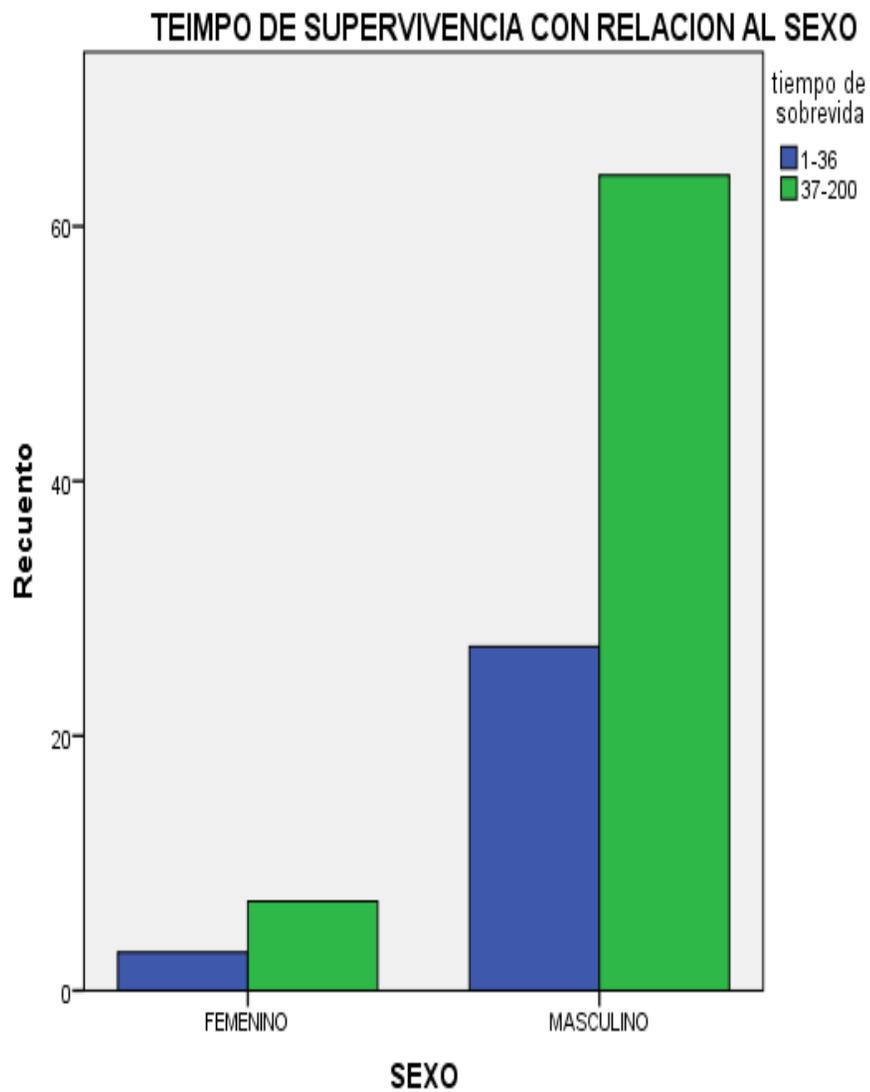
$p > 0,983$

OR: 1,47.

IC: 1,2 - 3,6

Con respecto a la asociación entre el sexo y al tiempo de supervivencia de los pacientes con VIH, se encontró que 91 corresponde al sexo masculino y 10 al sexo femeninos Esta relación tuvo un OR de 9,7 el cual no es estadísticamente significativo

**GRAFICO I: SEXO ASOCIADO A SUPERVIVENCIA EN PACIENTE CON VIH**



Fuente: Hospital Militar Central – Archivo de Historias clínicas

**Tabla III: CONTEO DE CD4 ASOCIADO A SUPERVIVENCIA EN PACIENTE CON VIH**

		Supervivencia en pacientes con VIH		Total
		Menor de 36 meses	Mayor de 36 meses	
conteo de cd4	<100	13 34,4%	11 19,5%	24 100,0%
	>100	17 56,6%	60 84,5%	77 100,0%
Total		30	71	101

Fuente: Hospital Militar Central – Archivo de Historias clínicas

Chi cuadrado: 3,2

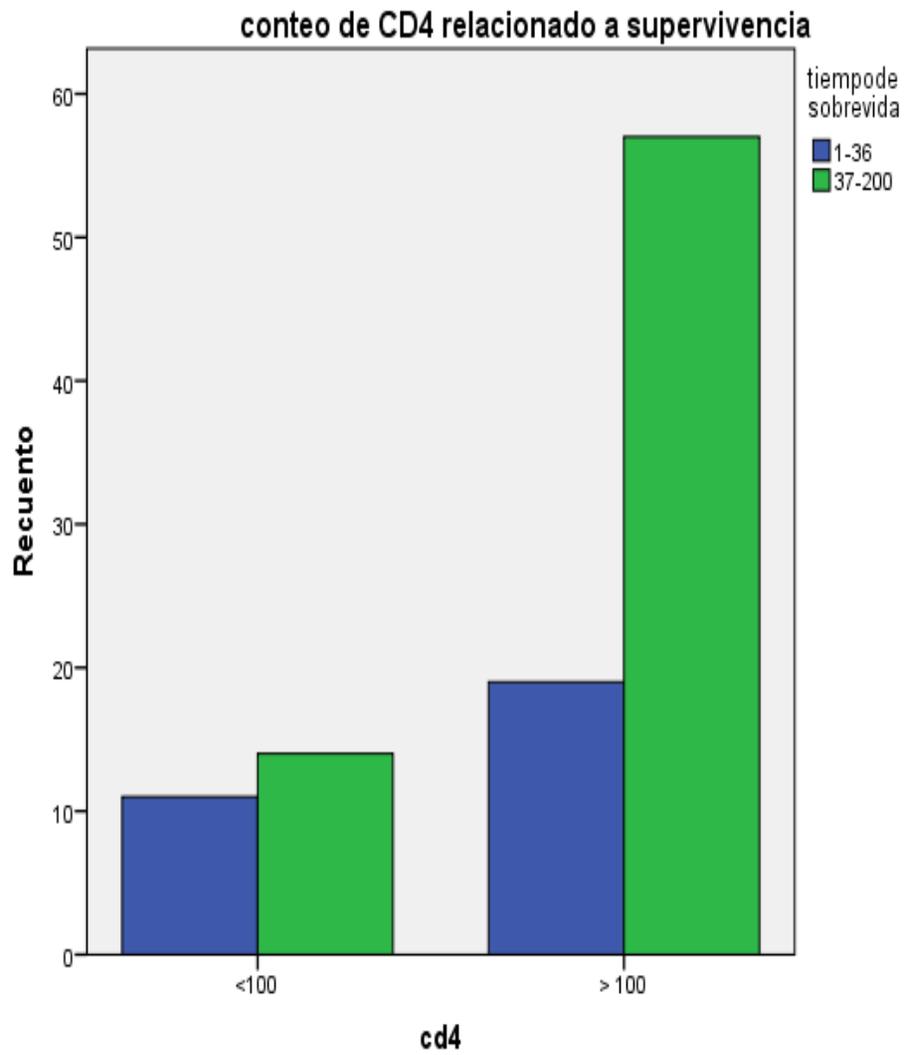
P< 0,031

OR: 4,17

IC: 2,9 – 5.5

Con respecto a la relación del conteo de CD4 asociado al tiempo de supervivencia, se encontró que 24 pacientes comienzan el estudio con CD4< 100, de lo que tienen CD4 > 100 son 77. Esta relación tuvo un OR de 3,2 el cual fue estadísticamente significativa.

GRAFICO 2



Fuente: Hospital Militar Central – Archivo de Historias clínicas

**Tabla IV: CONTEO DE CD4 ASOCIADO A SUPERVIVENCIA EN PACIENTE CON VIH EN PACIENTE CON VIH**

	Supervivencia en pacientes con VIH		Total
	VIVOS	MUERTOS	
conteo de cd4 >100	64 70.3%	2 20%	66 100,0%
<100	27 29.7%	8 80%	35 100,0%
Total	91 100%	10 100%	101 100.0

Fuente: Hospital Militar Central – Archivo de Historias clínicas

Chi cuadrado: 18,18

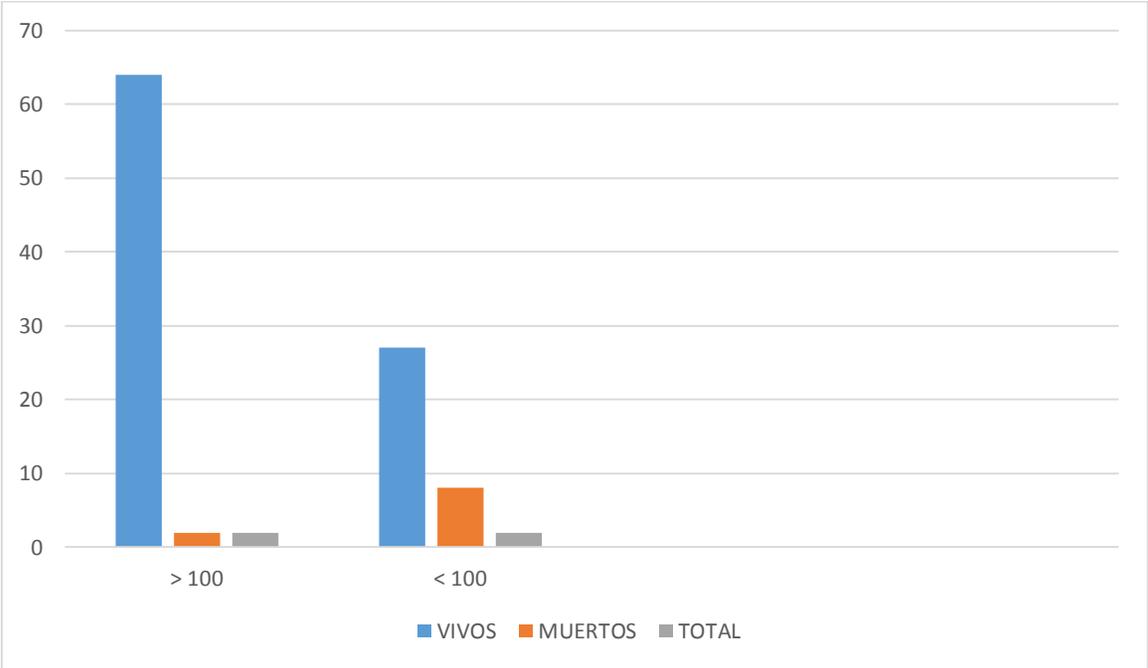
P< 0,05

OR: 9,4

IC: 7,1 – 12,9

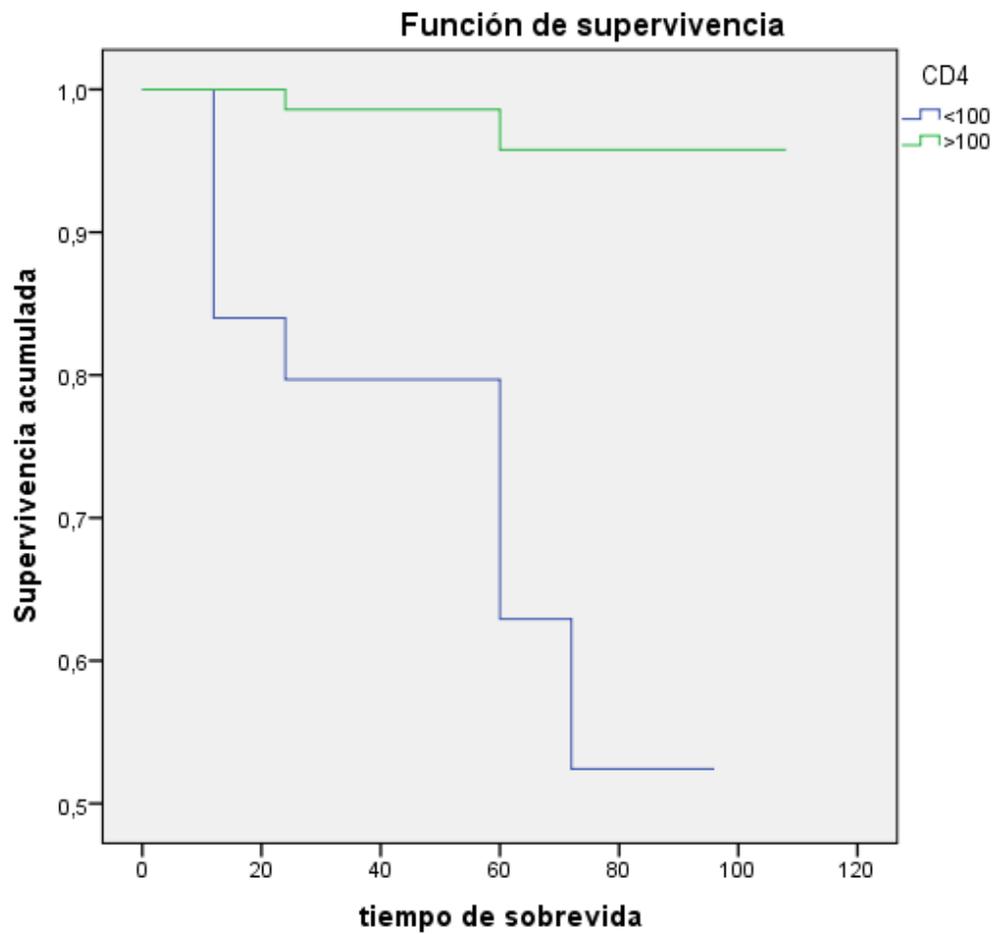
Con respecto CD4 con relación a supervivencia, se encontró que 66 delos pacientes tiene CD4>100, y que 35 tiene CD4<100. Esta relación tuvo un OR de 9,4 el cual fue estadísticamente significativa

**GRAFICO 3: CONTEO DE CD4 ASOCIADO A SUPERVIVENCIA EN PACIENTE CON VIH EN PACIENTE CON VIH**



Fuente: Hospital Militar Central – Archivo de Historias clínicas

**GRAFICO 4: CONTEO DE CD4 ASOCIADO A SUPERVIVENCIA EN  
PACIENTE CON VIH EN PACIENTE CON VIH**



**Tabla V: ESTADIO CLINICO ASOCIADO A SUPERVIVENCIA**

		SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CON VIH		Total
		Menor de 36 meses	Mayor de 36 meses	
Estadio clínico	SIDA	11 27.7%	14 19.8%	25 7%
	VIH	19 63.3%	57 80.2%	76 %
Total		30 100%	71 100%	101 100

Fuente: Hospital Militar Central – Archivo de Historias clínicas

Chi cuadrado: 7,2

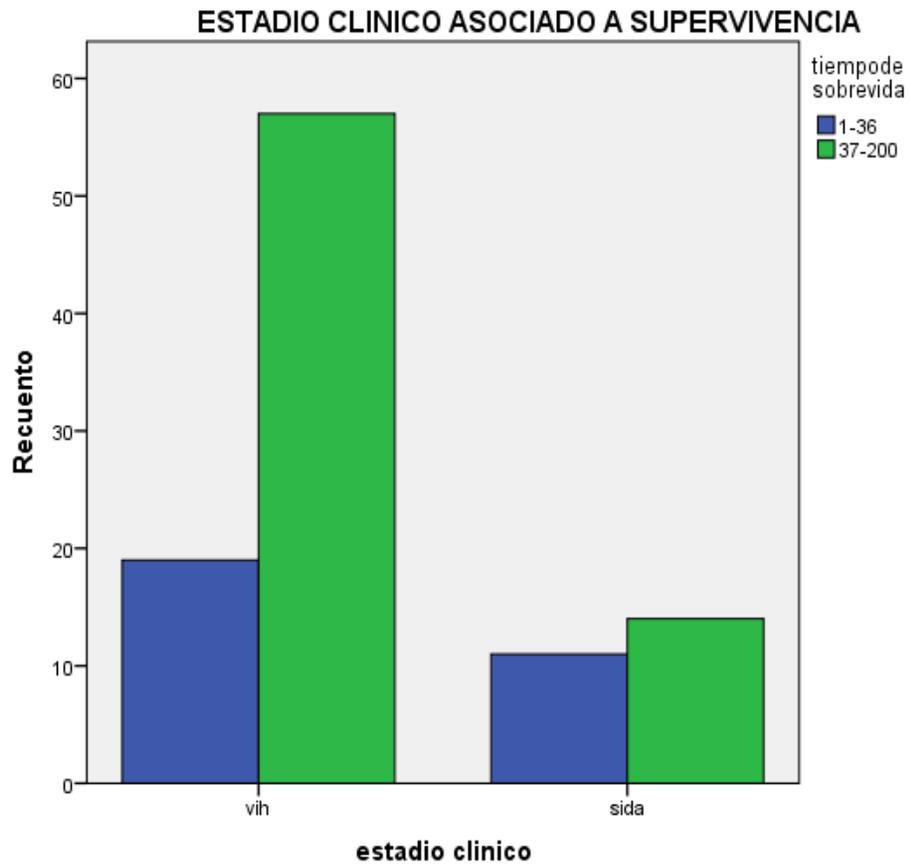
P<0,02

OR: 2,3

IC: 1,8 -3,7

Con respecto al estadio clínico con relación al tiempo supervivencia se encontró que los pacientes que iniciaron su diagnóstico en el estadio SIDA fueron 25 y que los pacientes que fueron diagnosticados en estadio VIH fueron 76. Esta relación tuvo un OR de 2,3 el cual fue estadísticamente significativa

GRAFICO 5: ESTADIO CLINICO ASOCIADO A SUPERVIVENCIA



Fuente: Hospital Militar Central – Archivo de Historias clínicas

**Tabla VI: ESTADIO CLINICO ASOCIADO A SUPERVIVENCIA EN PACIENTE CON VIH EN PACIENTE CON VIH**

		SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CON VIH		Total
		vivos	mueertos	
Estadio clínico	VIH	58 68,0%	3 32,0%	61 100%
	SIDA	33 97,4%	7 2,6%	40 100%
Total		91 90,1%	10 9,9	101 100%

Fuente: Hospital Militar Central – Archivo de Historias clínicas

Chi cuadrado: 7,9

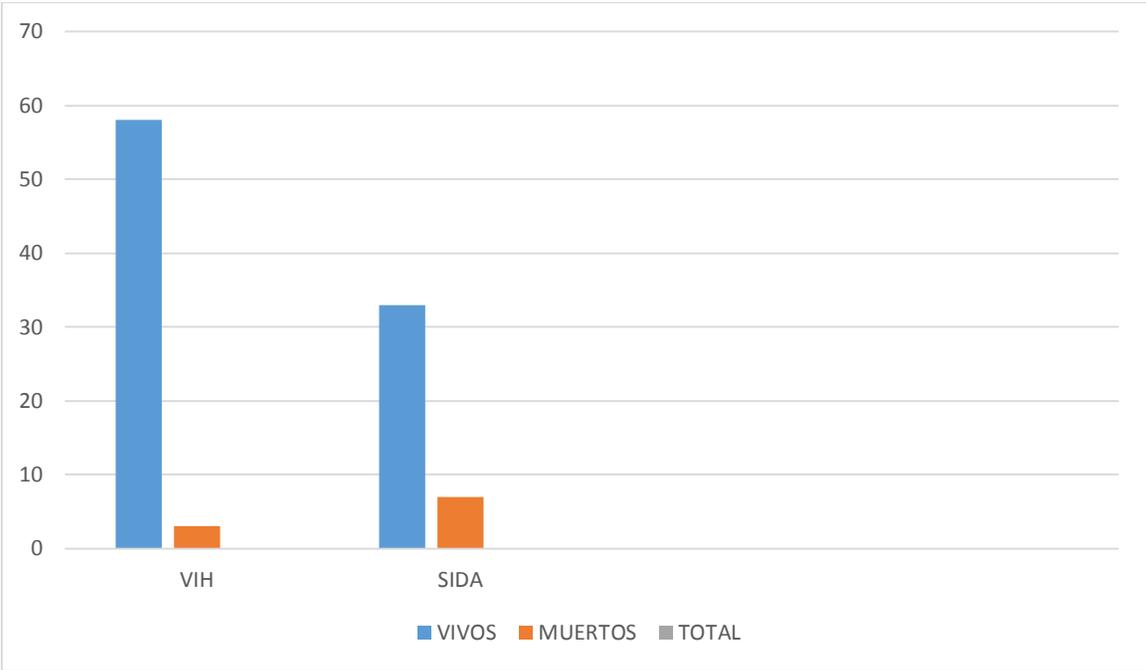
P< 0,05

OR: 4,1

IC: 2,8 – 6,4

Con respecto al estadio clínico con relación a la supervivencia se encontró que los pacientes que iniciaron su diagnóstico en el estadio SIDA fueron 25 y que los pacientes que fueron diagnosticados en estadio VIH fueron 76. Esta relación tuvo un OR de 4.1 el cual fue estadísticamente significativa

GRAFICO N6: ESTADIO CLINICO ASOCIADO A SOBREVIVENCIA



Fuente: Hospital Militar Central – Archivo de Historias clínicas

**Tabla VII: EDAD ASOCIADO A SUPERVIVENCIA**

		SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CON VIH		Total
		1-36	37-108	
EDAD	30 -92	16 53.3	32 45.1%	48 100%
	0-30	14 46.7%	39 54.9%	53 100,0 %
Total		30	71	101

Fuente: Hospital Militar Central – Archivo de Historias clínicas

Chi cuadrado: 10,5

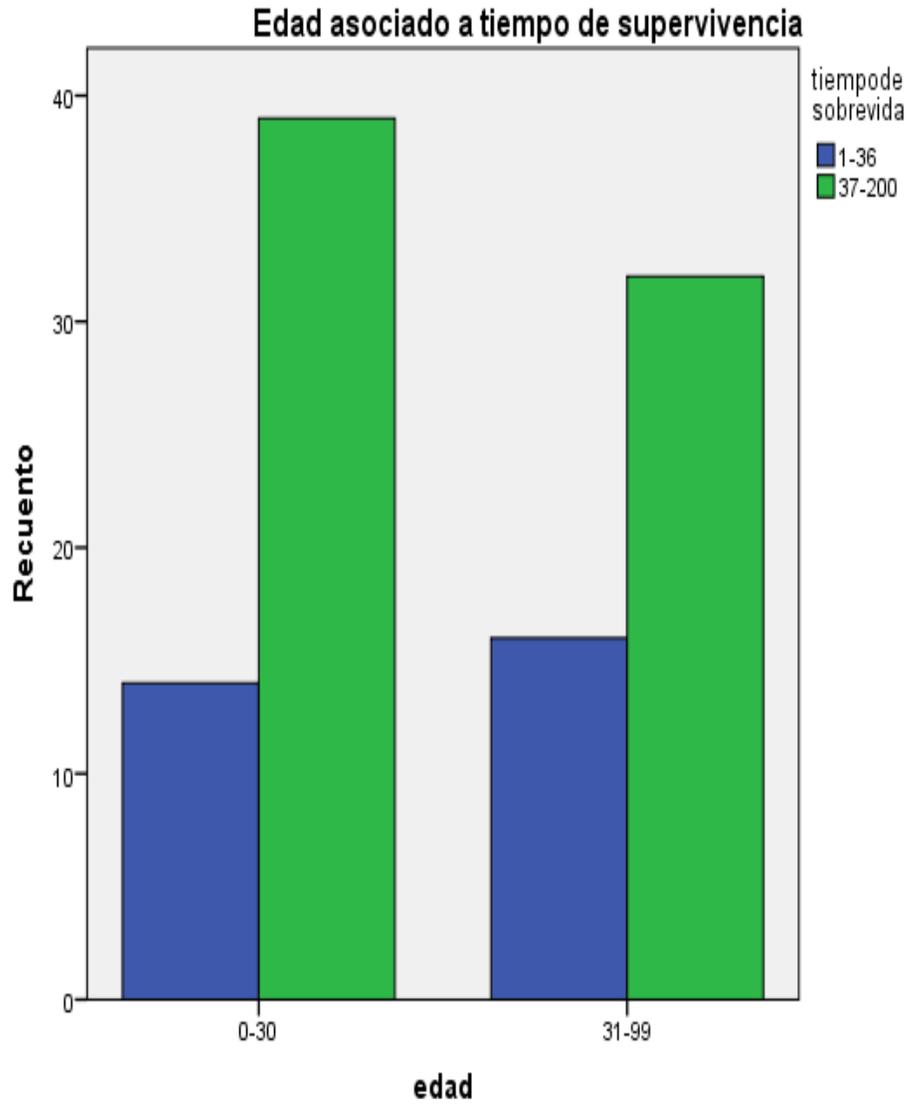
P < 0,04

OR: 1,3

IC: 1.6 – 2.8

Con relación a la edad asociada al tiempo de supervivencia se encontró que los 53 pacientes están el rango de 0-30 y que 48 corresponde a 30-92 donde se encontró un OR 1.3

**Grafico 7: EDAD ASOCIADO A SUPERVIVENCIA**



**Tabla VIII: PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE DE LOS PACIENTES PORTADORES DE VIH EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL EN EL PERIODO 2007-2016**

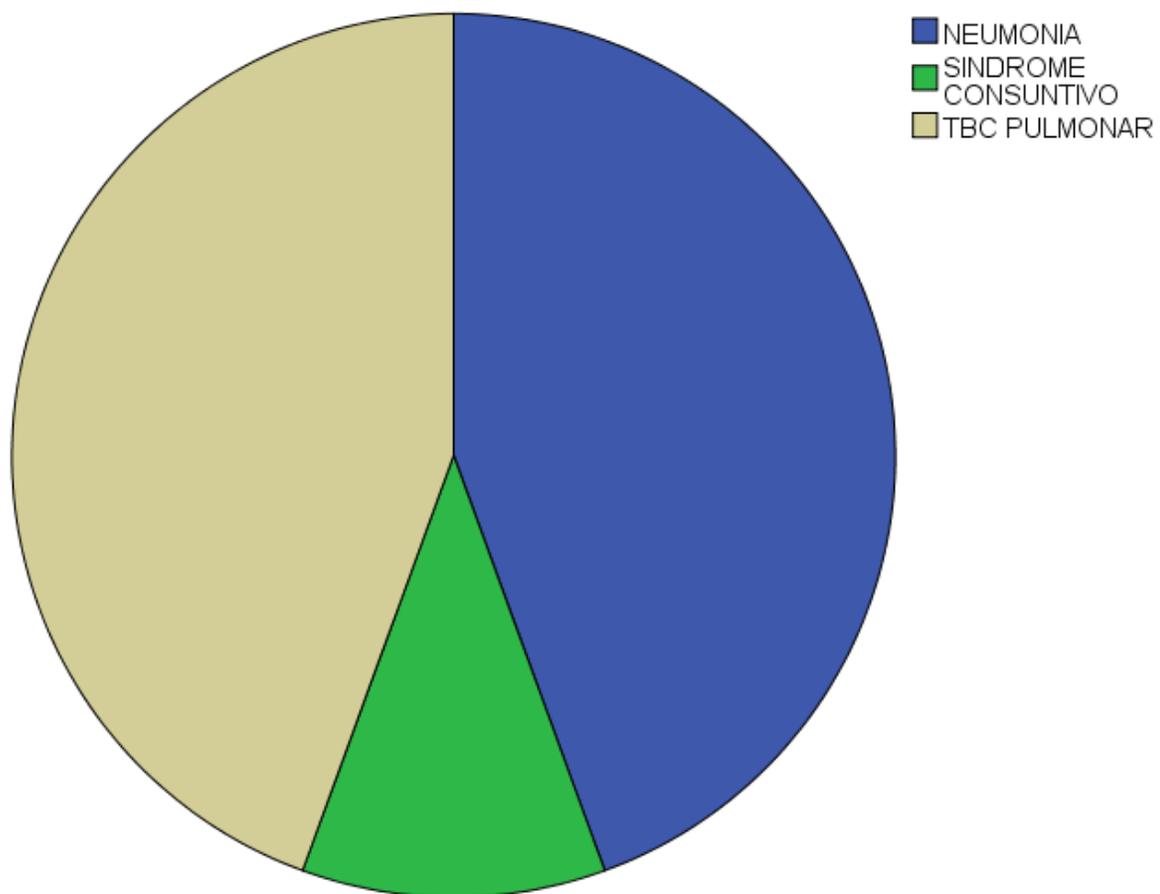
ENFERMEDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Neumonía	5	55,5%
Síndrome consuntivo	1	11,1%
TBC pulmonar	4	34,4%
TOTAL	9	100,0%

Fuente: Hospital Militar Central – Archivo de Historias clínicas

Con Respecto a las principales causas de mortalidad fueron: 5neumonía, 1 de síndrome consuntivo, 4 de TBC pulmonar, de las que se obtuvo registro en el archivo de historias clínicas. Los otros pacientes que fallecieron no se lograron identificar la causa de su deceso

GRAFICO 8

**PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTES DE LOS PACIENTES PORTADORES DE VIH EN EL HOSPITAL MILITAR EN EL PERIODO 2007-2014**



Fuente: Hospital Militar Central – Archivo de Historias clínicas

**Tabla VI: PRINCIPALES COMORBILIDADES DE LOS PACIENTES PORTADORES DE VIH EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL EN EL PERIODO 2007-2016**

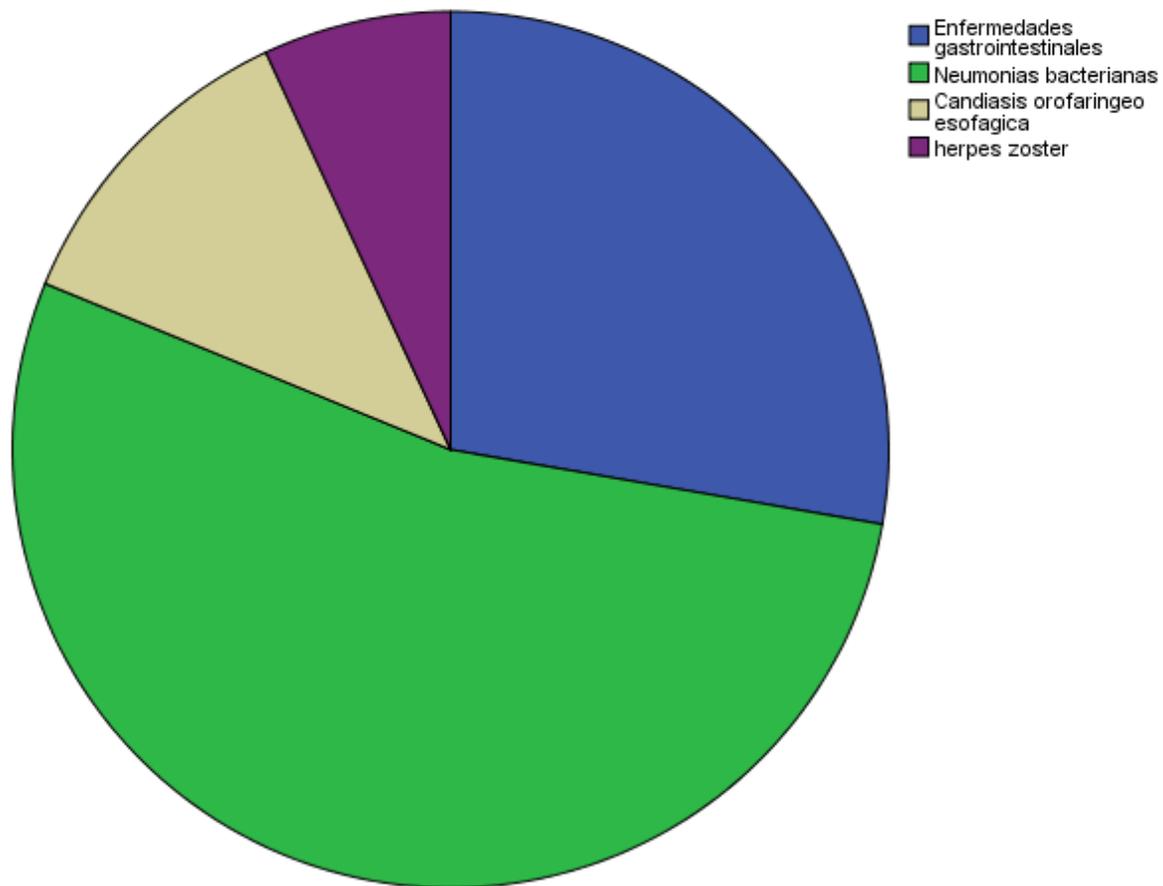
ENFERMEDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Enfermedades gastrointestinales	28	27,5%
Neumonías bacterianas	54	52,9%
Candíasis orofaríngea y/o esofágica	12	11,8%
Herpes zoster	7	6,9%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Hospital Militar Central – Archivo de Historias clínicas

Con respecto a la morbilidad tenemos que entre las principales fueron: neumonías bacterianas, enfermedades gastrointestinales, candidiasis orofaríngea y esofágica y herpes zoster, con cifras de 52.9%, 27.5%, 11.8%, 6.9% respectivamente

GRAFICO 9

**PRINCIPALES COMORBILIDADES DE LOS PACIENTES PORTADORES DE VIH EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL EN EL PERIODO 2007-2016**



Fuente: Hospital Militar Central – Archivo de Historias clínicas

**VARIABLES ESTADISTICAS:**

Variable	OR	IC 95%	P
CD4	4.7	2.9-5.5	00.31
ESTADIO CLINICO	7.2	1.8-3.7	0.02
CD4 EN RELACION A SOBREVIVENCIA	18,18	7.1-12.16	0.005
ESTADIO CLINICO EN RELACION A SOBREVIVENCIA	7.9	2.18-6.4	0.05
EDAD	10.15	1.6-2.18	0,04

#### 4. DISCUSION

En la presente investigación cabe precisar que la población estudiada corresponde a un estudio transversal el cual fueron seleccionados 101 pacientes con VIH-SIDA que acuden al servicio medicina interna PROMES; se buscó a través de historias clínicas los aspectos clínico epidemiológicos para luego asociarlo con la supervivencia.

Podemos observar algunos datos descriptivos en la investigación; en donde encontramos que la característica poblacional en lo que respecta a la edad presento un rango de 18 – 92 años, con una media de 39,8 años. Observamos que las personas que tienen menor de 30 años presentan una prevalencias más elevada comparada con el grupo mayor de 30 años. Nuestros resultados guardan relación con el análisis realizado por la CDC (Centro para el Control y Prevención de enfermedades) de la OMS donde menciona que en los Estados Unidos había a fines del 2012 una cantidad estimada de 57 200 jóvenes de 18 a 24 años con el VIH y En el 2014, los jóvenes de 13 a 24 años representaron un estimado de 22 % de todos los diagnósticos nuevos del VIH en los Estados Unidos.

Con respecto al sexo tenemos: 91 pacientes de la muestra correspondía a hombres y solo 10 pacientes a mujeres. Concluimos que el grupo que se encuentra más afectado corresponde al sexo masculino. Nuestro estudio guarda relación con el CDC, en donde resalta que los hombres homosexuales y bisexuales jóvenes representaron 8 de cada 10 de los diagnósticos de VIH entre los jóvenes en el 2014, Entre los jóvenes de 13 a 24 años que recibieron el diagnóstico de VIH en el 2014,

el 80 % (7828) eran hombres homosexuales o bisexuales. En el análisis estadístico de chi cuadrado, el resultado concluyo que no existe significancia estadística, por lo que no existe relación entre el sexo y la sobrevida en paciente con VIH-SIDA.

Con respecto al nivel de CD4 tenemos: 24 pacientes presentaron un nivel de CD < 100, en comparación de 77 pacientes que presentaron CD4 > a 100. Posteriormente se realizó la valoración del nivel de CD4 como condición asociada a la sobrevida, observando la distribución en función a la tabla tetracórica, haciendo posteriormente el cálculo de los parámetros estadísticos correspondientes empezando por el odds ratio cuyo valor resulto de 4,17 y que expresa que aquellos pacientes con un nivel de CD4 <100 está asociado a una sobrevida menor en 3,2 veces más que aquellas pacientes con nivel CD4 >100.

Es por esto que el análisis estadístico a través del test de chi cuadrado cumple la función de determinar la significancia estadística de la distribución obtenida, en este caso en particular resulta siendo positiva la significancia encontrada, lo que implica que la posibilidad de la influencia del azar en la asociación descrita entre ambas variables es inferior al 5% lo que resulta ser lo mínimamente esperado.

En la guía clínica realiza por el ministerio de Salud de Chile menciona que según el estudio SMART demostró, con un diseño prospectivo y randomizado, que el subgrupo de pacientes sin tratamiento previo que difería el inicio de TAR hasta que los recuentos CD4 cayeran por debajo de 250 células/ mm<sup>3</sup> presentaba mayor mortalidad que el que iniciaba con CD4 mayores de 350 células/ mm<sup>3</sup> (7, 28). En

la actualidad diferentes guías clínicas recomiendan el inicio de TAR con recuentos CD4 inferiores a 350 células/mm<sup>3</sup>, reconociendo que el beneficio de la TAR en pacientes que inician con CD4 entre 200 y 350 células/mm<sup>3</sup> es menos marcado y la evidencia menos sólida, que en aquellos que lo hacen con menos de 200 células/mm<sup>3</sup>. Cabe destacar que en nuestro estudio no mencionamos el pronóstico de sobrevida con relación al tratamiento, pero se debe tener en cuenta que el tratamiento antirretroviral se indica cuando el paciente presenta una cifra de CD4 <200, con cual evita infección sobre agregadas por consiguiente aumentando la sobrevida. En otro estudio realizado por Raúl Montalvo en la ciudad de Huancayo Perú, donde mostro las características clínico demográficas y tratamiento en los pacientes por VIH-SIDA, en donde sus resultados con respecto al CD4, lo agrupo en nivel de CD4<200, CD4 200 a 350 y CD4>350, mostro que del total 58 paciente con respecto al primer grupo , fallecieron 32, del segundo grupo del total de 252 de pacientes, solo fallecieron 22, y del último grupo de 100 pacientes solo fallecieron 12. Estos resultados son similares encontrados con nuestro estudio donde concluye que una cifra de CD4 <200 tiene menor sobrevida.

En el análisis del conteo de CD4 como factor de asociado a mortalidad, 64 de los pacientes con CD4 > 100 estuvieron vivos hasta el momento del seguimiento, mientras que 27 de los pacientes con CD4 < 100 fallecieron por una complicación originada por el VIH. En la prueba estadística de chi cuadrado se obtuvo un valor de 18.1, es decir estadísticamente significativo, lo que se concluye que existe asociación entre el nivel de CD4 y la mortalidad, dado que el valor p de la prueba estadística de chi cuadrado es menor que 0,05. Posteriormente se calculó el valor

de odds ratio el cual se obtuvo 9,4. Lo que se concluye que las pacientes con nivel de CD4 < 100 tienen 2,7 veces más de riesgo de tener mayor mortalidad en comparación con los pacientes que tuvieron una cifra de CD4 > 100. Los resultados son similares a los encontrados por Raul Montalvo en su estudio de Mortalidad en pacientes con infección por VIH-SIDA en tratamiento antiretroviral en Huancayo, donde tuvo una muestra de 428 de pacientes estudiados llegó a la conclusión el mayor número de muertes de los pacientes con infección por VIH/SIDA ocurre durante los tres primeros meses de TAR y está asociado a un diagnóstico tardío (alta carga viral, bajo CD4 y presencia de enfermedades oportunistas). El cual sugiere una implementación de la terapia supervisada durante los primeros meses de TAR en pacientes con CD4 menor de 100 cel/mL, para identificar en forma temprana las infecciones oportunistas. Aunque en este estudio analizó a pacientes con TARGA, sus resultados son igual de concluyentes con nuestro estudio el cual menciona que pacientes con un nivel de CD <100, tienen mayor mortalidad.

En el análisis estadístico de estadio clínico bajo el valor de chi cuadrado fue de 7.2, siendo estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ), interpretándose que el estadio clínico está asociado a la sobrevida. Luego se realizó si el estadio clínico es una condición asociada a mayor sobrevida. Se realizó la tabla tetracórica haciendo el cálculo del odds ratio y se obtuvo un valor de 2,3, pero el intervalo de confianza encontrado es IC 1,7 - 5,3, lo cual es significativo.

En el estudio de Juan Andrés Rebollo con un diseño de cohorte prospectivo con una muestra de 1,115 pacientes, se clasificó a los pacientes en dos grupos: estadio A y B y el otro grupo C, con 784 y 331 respectivamente. Se obtuvo que con seguimiento de los pacientes de aproximadamente 10 años, solo el 27 % fallecieron en comparación con el 68,9 % fallecieron para el segundo grupo respectivamente. Este estudio es poco comparable con el nuestro por cuanto el diseño utilizado en este caso fue prospectivo, aun así la tendencia expresada concluye en algo similar a los identificados por nuestro estudio, que menores niveles de CD4 presentan mayor mortalidad a comparación con aquellos que presentan una cifra de CD4 > 100.

En el análisis de la edad como factor asociado a sobrevida, se encontró 16 de las pacientes con edad de 30 – 92 años presentaron una sobrevida de 1 – 36 meses en comparación al 32 de los pacientes con el mismo rango de edad que presentaron una sobrevida mayor a 36 meses. En la prueba estadística de chi cuadrado se obtuvo un valor de 10.5, es decir, estadísticamente significativo, se concluye que existe asociación entre la presencia de la edad y la sobrevida, dado que el valor p de la prueba estadística de chi cuadrado es menor que 0,05. Posteriormente se calculó el valor de odds ratio el cual se obtuvo 1,3. Se concluye que este valor de odds ratio tiene poca fuerza de asociación por lo que entre ambas variables pudiera existir algún grado de relación. En el estudio de Juan Andrés Rebollo realizado en México, el cual lo clasificó en pacientes con menor de 30 años y mayor de 30 años donde los resultados que obtuvieron fueron 52,7% y 47,3% respectivamente. Este estudio es poco comparable con el nuestro por cuanto el diseño utilizado en este caso fue prospectivo. Este contraste de resultados puede

ser debido a la diferencias entre dicho país con el nuestro, en cuanto al presupuesto, campañas de tamizaje, insumos y logístico que permitan un diagnostico precoz en cuanto al grupo etario.

Otro objetivo específico de nuestro estudio fue conocer la prevalencia en nuestro hospital de paciente con infección con VIH, del cual obtenemos del total de los pacientes identificados a partir de fecha seleccionada. Se obtuvo un resultado de 2 paciente por cada 1000 afiliados a FOSPEME para el grupo de VIH y de 0,6 por cada 1000 para el grupo de SIDA durante el periodo de 2007 - 2014. Esto estos datos nos permite para poder comparar las medias epidemiológicas para cada sistema de salud.

Con Respecto a las principales causas de mortalidad fueron: 5 neumonías, 1 de síndrome consuntivo, 4 de TBC pulmonar, de las que se obtuvo registro en el archivo de historias clínicas. Los otros pacientes que fallecieron no se lograron identificar la causa de su deceso. Estos resultados son comparables con los mencionados por la OMS, en que concluye que un 12% de las muertes mundiales por TB corresponden a personas infectadas por el VIH. Además estos resultados contrasta con los encontrados con Dominique Eza realizada en el Hospital Dos de Mayo, donde concluye que 11 pacientes fallecieron de infecciones oportunistas entre la más frecuente fue de Citomegalovirus, Histoplasmosis, Criptococosis, y tuberculosis respectivamente. Esto puede ser debido a las diferencias socioeconómicas de los pacientes asegurados a FOSPEME comparados con el Minsa.

Con respecto a la morbilidad tenemos que entre las principales fueron: neumonías bacterianas, enfermedades gastrointestinales, candidiasis orofaríngea y esofágica y herpes zoster, con cifras de 52.9%, 27.5%, 11.8%, 6.9% respectivamente. Este estudio es contrastable con el de Díaz Franco et al. para la población VIH en España se ha encontrado que en los años 199-2002, las primera causa de morbilidad fue las las enfermedades defintorias de SIDA, las infecciones oportunistas (tuberculosis, neumonías bacterianas y la neumonía por P. carinii) son los diagnósticos más frecuentes. Entre las patologías no asociados a SIDA, la coinfección por la hepatitis C ha ido adquiriendo progresivamente cada vez más importancia en los últimos años siendo motivo de los ingresos hospitalarios y posterior fallecimiento. Las enfermedades cardiovasculares suponen la tercera causa, después de las Infecciones Oportunistas (IO) y las enfermedades hepáticas, de mortalidad en los pacientes infectados por el VIH. Estas diferencias pueden ser debido a en cuanto al presupuesto, diagnostico precoz y tratamiento en paciente infectados con VIH.

## 5. Conclusiones

1. Las características clínicas epidemiológicas están asociado a la supervivencia en los pacientes con VIH – SIDA en especial el estadio clínico y el CD4
2. Se concluyó que el sexo no estuvo asociado a la supervivencia debido a que la muestra no ha sido representativa porque la mayoría de pacientes son varones
3. Se concluye que existe asociación significativa entre el conteo de CD4 al inicio del diagnóstico y la supervivencia de los pacientes portadores de VIH en el hospital militar central
4. El estadio clínico estuvo asociado a mayor sobrevida en Paciente con VIH-SIDA la mayoría de pacientes que fallecieron se encontraron con inmunosupresión severa en estadio C3 así mismo infectados de enfermedades oportunistas
5. La edad estuvo asociado a mayor sobrevida en pacientes con VIH se observó que los pacientes menores de 30 tienen mayor tiempo de supervivencia en el hospital militar central
6. Las enfermedades mayor mortalidad fueron: neumonías y TBC pulmonar
7. Las enfermedades mayor morbilidad fueron: neumonías bacterianas, enfermedades gastrointestinales, candidiasis oro faríngea y esofágica y herpes zoster, con cifras de 52.9%, 27.5%, 11.8%, 6.9% respectivamente

## **6. Recomendaciones**

1. Se recomienda seguir la iniciativa de las fuerzas armadas sobre el chequeo anual preventivo a todo el personal militar de esta manera la detección temprana de esta enfermedad tiene mejor pronóstico y mejor calidad de vida para las personas que los padecen
2. Se recomienda llevar a cabo programas y actividades educativas sobre Prevención de VIH – SIDA en todos los centros de estudio para conseguir la disminución de la prevalencia de esta enfermedad
3. Es importante que los pacientes tengan una buena adherencia al TARGA y tomen conciencia de las complicaciones fatales de la enfermedad al no seguir una conducta responsable.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ONUSIDA. WHO. Reporte global de la epidemia de VIH/SIDA. 2015. Hoja informativa. ONUSIDA. 2015.
2. Nuevas evidencias para las políticas y programas de salud en VIH/sida e infecciones de transmisión sexual en el Perú Carlos F. Cacéres Universidad Peruana Cayetano Heredia; Organización Panamericana de la Salud, 2000
- 3.- MINSA. Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú - 2013; RENACE-DGE-MINSA 2014.
- 4.-Mocroft, A., Ledergerber, B., Katlama, C., Kirk, O, et.al. Decline in the AIDS and death rates in the EuroSIDA study: An observational study. The Lance.2003; 362(9377): 22-9.
- 5.-Rader DJ, Hobbs HH. Infección por VIH y SIDA En: Barnes PJ. Longo DL, Fauci AS, et al, editores. Harrison principios de medicina interna. Vol 1. 17a ed. México: McGraw-Hill; 2012. p. 600-620.
- 6.- Rozman, C. "Farreras: Medicina Interna" 17 era. Edición. 2012 Elsevier España, S.L.Travessera de Gràcia, 17-21. 08021 Barcelona, España
- 7.- JUANA PACÍFICO “información sobre la medicación y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con vih/sida de un hospital de lima, Perú” rev peru med exp salud publica. 2015; 32(1):66-72

- 8.- Julio Portocarrero “VIH en gestantes indígenas: un reto para la salud pública peruana” Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2015; 32(3):546-54.
- 9.- Guillermo Pernaz-Linsuy “conocimientos, actitudes y prácticas de la mujer peruana sobre la infección por vih/sida “ Rev. perú. med. exp. salud publica vol.32 no.4 Lima oct. 2015
- 10 .- Giovani Martín Díaz Gervasi Comportamientos sexuales de un grupo de hombres de alto riesgo que tienen sexo con hombres en Lima - Perú. Rev Psicol Hered. 7 (1-2), 2012
- 11.- Otiniano Espinoza Marilyn Lesly características clinico pidemiologicas asociadas a la mortalidad por vih-sida en el hospital guillermo almenara durante el periodo 2012-2014 Lima – Perú 2015
- 12 Franco Montúfar Andradea, Epidemiología de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana en pacientes hospitalizados en una institución de alta complejidad y enseñanza universitaria en Medellín, Colombia Infectio. 2016;20(1):9-16
- 13.- Seble Tiku<sup>1</sup>, Tirhas Tadesse<sup>1</sup> Assessment of trends of HIV and its opportunistic infections in Ethiopian Police.
- 14.- Moisés Apolaya-Segura Conocimientos y comportamientos sexuales en El personal de tropa de una institución militar Rev. cuerpo méd. HNAAA 4(2) 2011
- 15.- Virginia Del Rosario Moscoso Arriaza Mortalidad por VIH/Sida en Guatemala Evolución 2005-2013 Revista Volumen 20 No. 1 Enero – Marzo 2016. Medicina Interna ISSN 2311-9659

- 16.- José M. Miróa Manejo clínico de la infección aguda y crónica por el virus de la inmunodeficiencia humana antes del inicio del tratamiento antirretroviral  
J.M. Miró et al / *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2011;29(10):759–772
- 17.- Silvana Beatriz Pertuz-Belloso Factores asociados a la mortalidad en la población mexicana con SIDA en contraste con otras poblaciones humanas. Revisión sistemática y meta-análisis Volumen 13, número 2, artículo 6, enero-julio, 2016
- 18.- Clara M. Escolano Hortelano Cambios en el espectro de la morbilidad y la mortalidad de los ingresos hospitalarios de los pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana durante la era del tratamiento antirretroviral de gran actividad *Medicina Clínica, Volume 122, Issue 1, 2004, Pages 1-5*
- 19.- M. CAJA CALVO Supervivencia de las mujeres infectadas por el VIH tras la aparición del TARGA AN. MED. INTERNA (Madrid) Vol. 24, N.º 10, pp. 484-489, 2007
20. Dedsy Berbes Prevalencia y factores asociados al VIH en habitante de calle de la ciudad de Medellín Colombia Vol. 33, Núm. 2 (2015) > Berbesi
- 21.- M. Fernanda Rodríguez Características clínicas y epidemiológicas de la infección por VIH en inmigrantes latinoamericanos versus chilenos: estudio comparativo en un centro de atención de Santiago a partir de registros de 2003-2013 tra abajo realizado en la Unidad de Infectología del complejo Hospitalario San Borja Arriarán, Fundación Arriará
- 22.- *Eukaris D. Maurera Peña\**, Epidemiología de la infección por HIV / SIDA en el Servicio de Medicina Interna III del Hospital Vargas de Caracas *Med Interna (Caracas) 2011; 27 (2): 137– 143*

- 23.- F. J. SAN ANDRÉS REBOLLO Estudio de la mortalidad y supervivencia en una cohorte de 1.115 pacientes con infección VIH (1989-97) AN. MED. INTERNA (Madrid) Vol. 21, N.º 11, pp. 523-532, 2004
- 24.- Ramón Teira Cobia Diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en la Cohorte VACH (1997-2002) Gac Sanit. 2007;21(1):66-9

## 8. ANEXOS

### ANEXO 1: Porcentaje de similitud del TURNITIN

The screenshot shows the Turnitin interface for a user named MARTIN BENAVENTE HUAMAN. The user is logged in as an 'Estudiante' (Student) and is viewing the 'Inicio' (Home) page for the course 'CURSO DE TITULACION POR TESIS 2016: SECTION 1'. A welcome message states: '¡Bienvenido a la página de inicio de su nueva clase! Podrás ver todos los ejercicios de tu clase en la página principal de tu clase, así como ver información adicional acerca de los ejercicios, entregar tu trabajo y tener acceso a los comentarios para tus trabajos. Mueve el cursor sobre cualquier elemento de la página principal de la clase para ver más información.'

Below the message is a dark grey header for 'Página de Inicio de la clase'. A text block explains the 'Entregar' (Submit) button: 'Esta es la página de inicio de su clase. Para entregar un trabajo, haga clic en el botón de "Entregar" que está a la derecha del nombre del ejercicio. Si el botón de Entregar aparece en gris, no se pueden realizar entregas al ejercicio. Si está permitido entregar trabajos más de una vez, el botón dirá "Entregar de nuevo" después de que usted haya entregado su primer trabajo al ejercicio. Para ver el trabajo que ha entregado, pulse el botón "Ver". Una vez la fecha de publicación del ejercicio ha pasado, usted también podrá ver los comentarios que le han dejado en el trabajo haciendo clic en el botón "Ver".'

The main content area is titled 'Bandeja de entrada del ejercicio: CURSO DE TITULACION POR TESIS 2016' and contains a table with the following data:

	Información	Fechas	Similitud	
Curso Titulación Por tesis		Comienzo 11-dic-2016 12:52AM Fecha de entrega 20-ene-2017 11:59PM Publicar 20-ene-2017 12:00AM	22%	<a href="#">Entregar de nuevo</a> <a href="#">Ver</a>

**ANEXO 2:**



**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**II CURSO TALLER PARA LA TITULACIÓN POR TESIS**

**CERTIFICADO**

Por el presente se deja constancia que el Señor

**BASILIO MARTIN BENAVENTE HUAMÁN**

Ha cumplido con los requerimientos del curso-taller para la Titulación por Tesis, durante los meses de abril, mayo, junio y julio del presente año, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el Título de la Tesis:

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EPIDEMIOLÓGICAS  
ASOCIADOS A LA SUPERVIVENCIA EN PACIENTES  
PORTADORES DE VIH-SIDA EN EL HOSPITAL MILITAR  
CENTRAL, PERIODO 2007-2014”**

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular de **06 créditos académicos**, de acuerdo al artículo 15° del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana (aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N° 2717-2015), considerándosele apto para la sustentación de tesis respectiva.

Lima, 22 de Julio de 2016



Mg. Hilda Jurupe Chico  
Secretaria Académica



Dra. María del Socorro Alatriza Gutiérrez Vda. de Bambarén  
Decana

**ANEXO 3:**



MINISTERIO DE DEFENSA  
EJERCITO DEL PERU  
HOSPITAL MILITARCENTRAL  
"CRL LUIS ARIAS SCHEREIBER"

"AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DEL GRAU"

Jesús María, 12 de Diciembre de 2016

Oficio N° 132 AA-11/8/HMC/DADCI

Señor Interno de Medicina BENAVENTE HUAMAN Basilio Martin

Asunto: Autorización para realizar Proyecto de Investigación que se indica

Ref: a. Solicitud del interesado s/n del 3 nov 2016  
b. Trabajo de investigación (44 fólíos)  
c. Directiva N° 002/ Y- 6.j.3.c./05.00 "Normas para la realización de trabajos de investigación y ensayos clínicos en el Sistema de Salud Del Ejército".

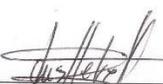
Tengo el agrado de dirigirme a Ud., para comunicarle que visto el Trabajo de Investigación de la referencia, el Comité de Ética del HMC, aprueba que Ud. Interno de Medicina BENAVENTE HUAMAN Basilio Martin, realice el trabajo de Investigación: **"CARACTERISTICAS CLINICAS EPIDEMIOLOGICAS ASOCIADOS A LA SUPERVIVENCIA EN PACIENTES PORTADORES DE VIH - SIDA EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, PERIODO 2007-2014"**

Por tal motivo como investigador debe coordinar con los Servicios Medicina Interna (PROMETS) y Dpto. de Registros Médicos (Historias Clínicas) de nuestro hospital, sin irrogar gastos a la institución, sujetándose a las normas de seguridad existentes a fin de no comprometer a la Institución bajo ninguna circunstancia, asimismo al finalizar el estudio, deberá remitir una copia del trabajo en físico y virtual al Departamento de Capacitación del HMC para su conocimiento y difusión.

Es propicia la oportunidad para expresarle nuestra consideración más distinguida.

Dios Guarde a Ud.



  
0-40284248/12-A+  
**Freddy CRUZ FELIX**  
Tte San Odon  
Jefe accidental del DADCI

**DISTRIBUCIÓN:**

- Interesado..... 01  
- Serv. Medicina ..... 01 (C, inf)  
- Dpto. Reg. Médicos .... 01 (C, inf)  
- Archivo..... 01/04  
FCF/eyl

"Bicentenario del Natalicio del Crl Dn Francisco Bolognesi Cervantes 1816-2016"