



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**Comportamiento clínico-epidemiológico en pacientes diagnosticados
con VIH/SIDA en el hospital escuela Carlos Roberto Huembes.
Policía Nacional en el período 1de enero 2017 al 31 de enero 2019.**

Tesis para optar al título de especialista en medicina interna

AUTOR

**Dra. Guisselle Roberta Zamora Delgado
Médico Residente III año. Medicina Interna**

TUTOR CIENTIFICO

**Dr. Oscar Leonel Chávez
Especialista en Medicina Interna e Infectología.**

ASESOR METODOLÓGICO

**Lcda. Dora Florián Montiel
Msc.en Epidemiologia**

Managua, Nicaragua, abril 2020

DEDICATORIA

❖ A DIOS

Por permitirme llegar hasta el día de hoy y cumplir mi sueño de ser especialista

❖ A mí Madre y Padre

Por ser el pilar fundamental de mi vida, por su dedicación y perseverancia para formar en mí lo que hoy en día soy; un profesional con valores y principios.

❖ A mi hermano

Por su apoyo y aprecio porque de una u otra forma ha contribuido en mi formación personal y profesional

AGRADECIMIENTOS

❖ *A Dios*

Por haberme permitido llegar a este momento, darme salud, sabiduría y fortaleza en los momentos difíciles de este caminar.

❖ *A mis maestros y tutores*

Por el tiempo, esfuerzos y dedicación en mi aprendizaje que me ayudaron en mi instrucción profesional y que sin esos conocimientos que me compartieron no habría llegado a este nivel.

❖ *Al Hospital Carlos Roberto Huembes*

Por haberme dado la oportunidad de formarme como Médico Internista con los valores que caracterizan la institución.

OPINION DEL TUTOR CIENTIFICO

El comportamiento clínico epidemiológico del VIH/SIDA constituye uno de los principales problemas de salud pública que a nivel mundial como en nuestro país ha cobrado millones de muertes y anualmente se ha incrementado el número de pacientes diagnosticados precozmente y en tratamiento gracias al esfuerzo de las instituciones de salud como Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes. Policía Nacional.

Por lo anterior y por el hecho de la importancia de investigar el comportamiento del VIH/SIDA en la población que asiste a nuestro Hospital, la realización de este estudio adquirió importancia y servirá como base actualizada para futuros estudios y tomar medidas adecuadas que requiera cada caso en particular.

Dr. Oscar Leonel Chávez

Médico Especialista en Medicina Interna e Infectología

RESUMEN.

Objetivo, Analizar el comportamiento clínico-epidemiológicas en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes, Policía Nacional en el período 1 de enero 2017 al 31 de enero 2019.**Diseño metodológico:** estudio descriptivo, correlacional y analítico. Fueron analizados los datos sobre las características sociodemográficas, antecedente de infecciones de transmisión sexual, uso de preservativo, manifestaciones clínicas, enfermedades oportunistas y carga viral con el fin de estudiar y estadificar a los pacientes. Los análisis estadísticos efectuados fueron: descriptivos, pruebas de Correlación no Paramétrica de Pearson.

Análisis y discusión de los resultados: El sexo masculino fue de mayor predominio con un 93.5%; las edades más frecuentes estuvieron entre los 25 y 33 años con edad promedio de 27 años, en su mayoría solteros y procedentes del casco urbano. Se encontró que el 86% de los pacientes no utilizan preservativo demostrándose una correlación significativa ($p=0.27$) entre el uso de preservativo y el antecedente de infecciones de transmisión sexual 52%, entre las enfermedades oportunistas la mayoría de los pacientes presentó tuberculosis 25.8% como enfermedad oportunista, seguido de neumonía jirovecy, 19.4%, la fiebre es una manifestación clínica sugestiva de múltiples patologías esta fue la que más tuvieron en común, 35.48%, seguido de tos seca y diarrea con similar porcentaje 19.35%, se demostró una correlación no significativa ($p=.559$) entre enfermedades oportunistas y manifestaciones clínicas. Con respecto al estadio clínico predominó entre las enfermedades oportunistas y manifestaciones clínicas. Con respecto al estadio clínico predominó la categoría B, 61.29%, con carga viral alta 88% e indetectable 12% siguiendo tratamiento 89.3%, fallecieron 3pacientes y abandonaron 2 pacientes.

INDICE

i	Dedicatoria
ii	Agradecimiento
iii	Opinión del tutor científico
iv	Resumen

I.	INTRODUCCIÓN.....	2
II.	ANTECEDENTES	3
III.	JUSTIFICACIÓN	5
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
V.	OBJETIVOS.....	8
VI.	MARCO TEÓRICO.....	9
VII.	HIPOTESIS DE INVESTIGACION.....	17
VIII.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	18
IX.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.	21
X.	RESULTADOS	25
XI.	DISCUSIÓN.....	30
XII.	CONCLUSIONES	32
XIII.	RECOMENDACIONES	33
XIV.	BIBLIOGRAFIA	34
XV.	ANEXO.....	38

I. INTRODUCCIÓN

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) constituyen uno de los principales problemas de salud pública, con repercusiones devastadoras para la humanidad. (MINSA, 2009)

Cifras recientes de la organización mundial de la salud (OMS), reportan que después de haberse cobrado más de 34 millones de vidas hasta ahora. En 2014, 1,2 millones de personas fallecieron a causa del VIH en todo el mundo y a finales de 2014 había 36,9 millones de personas infectadas por el VIH en todo el mundo, de los cuales 2 millones de personas contrajeron el VIH en el 2014. (OMS, 2015)

En Nicaragua, anualmente se ha incrementado el número de personas diagnosticadas producto del incremento en acceso a pruebas voluntarias y consejerías. En un esfuerzo conjunto de las unidades de salud, siendo la población joven de sexo masculino y económicamente activa la más afectada con una mayor incidencia en el grupo de 20-34 años de edad. (CONSIDA, 2014)

Desde el comienzo de la epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), las infecciones oportunistas entre los pacientes han sido significativas e incluso de diagnóstico en muchos casos, en vista que los pacientes acuden a la consulta médica hasta que presentan signos y síntomas. El tratamiento antirretroviral de gran actividad es la mejor estrategia, sin embargo, las profilaxis continúan siendo necesarias en países con pocos recursos.

El presente estudio se realizará con el método descriptivo de corte trasversal considerando de mucha importancia, ya que el VIH es una pandemia de aproximadamente 40 años de evolución que ha presentado cambios en el comportamiento clínico y epidemiológico y no se cuentan con estudios previos desde esta perspectiva en el Hospital ,lo que servirá para que en estudios futuros se cuente con cifras definidas de casos así mismo exista conocimiento de los principales signos clínicos , síntomas clínicos e infecciones oportunistas más frecuentes que presenta la población que acude al hospital y mejorar la calidad de atención como el diagnóstico precoz para la prevención de esta patología.

II. ANTECEDENTES

A nivel internacional se han realizado varios estudios dirigidos al tema VIH/SIDA

Sánchez Naranjo en un estudio observacional tipo serie de casos realizado en Cuba sobre Características clínicas y epidemiológicas de la infección por VIH/SIDA en el municipio Yara en el período de 1986–2014 en el cual encontró que la distribución de frecuencias por grupos de edades y sexo de los 17 pacientes infectados, el sexo masculino fue el más afectado con 76.5%, mientras que las mujeres representaron el 23.5%. y los grupos de edad de 30 a 34 años con 29.5%, seguido de los 20 a 24 años con 23.5% (Sanchez Naranjo H. M., 2015)

En un estudio descriptivo realizado por Sandoval “et al” acerca de características clínicas y epidemiológicas de los pacientes adultos con vih en el instituto hondureño de seguridad social se encontró que, la mayoría eran adultos masculinos entre 31 y 40 años, predominando la infección en mestizos, personas casadas o en unión libre y nivel sociocultural bajo. La forma de transmisión fue sexual (heterosexual en 85.9% de los casos). Se encontró comorbilidad con otras Enfermedades de Transmisión Sexual. (Sandoval, 2009)

En otro estudio realizado por Vidall Torruelles en Instituto de medicina tropical Pedro Kouri se encontró que las formas clínicas de presentación, en los pacientes con diagnóstico tardío de SIDA predominó la fiebre (31,7 %) y los síntomas respiratorios (20,3 %), seguidos por la pérdida de peso y las adenopatías (13,9%), respectivamente. La enfermedad definitoria de SIDA más frecuente fue la neumonía jirovecii, seguido por el síndrome de desgaste y la enfermedad linfoproliferativa (Vidall Torruelles & Gonzales Rubio, 2015)

En estudio realizado por Ramírez Sandoval “et al” sobre Características epidemiológicas de pacientes con vih-sida atendidos en un hospital del sur de la Ciudad de México, se encontró que la mayoría de ellos eran del sexo masculino 90%. Con respecto al estadio clínico durante el ingreso, 81% se etiquetaron en clasificación c3, de acuerdo con la carga viral al momento del diagnóstico los pacientes tuvieron en promedio 82 mil copias y niveles de cd4 promedio de 80. Alrededor de 70% de los pacientes fueron hospitalizados por infecciones oportunistas, y como parte de su estudio se diagnosticó infección por vih-sida. (Ramirez Sandoval, 2016).

En otro estudio descriptivo realizado por Montufar Andrade “et al” sobre Epidemiología del VIH en pacientes hospitalizados en Medellín, Colombia donde se incluyeron 159 pacientes, con

una edad promedio de 13 -47 años, se encontró que el 83% eran hombres, el 35% tenían antecedentes de promiscuidad sexual, el 27,6% eran homosexuales y el 20% tenían historia de tuberculosis. Al ingreso, un 66% tenía diagnóstico de sida, un 24% recuento de $CD4 \leq 200$ células/mm³ y en el 23,9% una carga viral indetectable. El 11,8% tenían historia previa de enfermedades de transmisión sexual, siendo la sífilis la más frecuente y un 62% recibía tratamiento antirretroviral. Los principales síntomas al ingreso fueron gastrointestinales (50,3%), neurológicos (40,9%) y respiratorios (30%). En un 33,3% se documentaron infecciones oportunistas, siendo las principales: tuberculosis (37%) (Montufar Andrade, 2016).

En 2013 en Catalunya y Baleares se realizó estudios de cohorte PISCIS el cual demostró que el 19% (733/8833) de los pacientes en estudio presentó una enfermedad definitoria de SIDA al momento del diagnóstico como neumonía por *Pneumocystisjiroveci* y tuberculosis pulmonar recalando que se beneficiaron de un inicio precoz del TARGA. (Manzardo, 2015)

A nivel Nacional.

En estudio realizado por Tercero M, en Hospital Antonio Lenin Fonseca sobre la situación virológica -Inmunológica y causas de falla virológica en pacientes diagnosticados con VIH /SIDA en terapia TAAR donde se estudiaron 150 pacientes, obteniendo 130 pacientes valorables en los cuales la falla virológica se encontró en 10,6% de los pacientes, y el control virológico en 89,3%. Siendo los principales factores asociados a falla virológica el sexo femenino, tener una escolaridad baja, mantener trabajos irregulares, la categoría clínica al inicio de la TARRA, el esquema de TARRA y la falta de adherencia al tratamiento. (Tercero, 2014)

En revisión realizada por el Componente Nacional de ITS, VIH y sida sobre una cohorte de personas con VIH atendidos en los 2 últimos años en las 3 principales unidades que brindan TARV en Nicaragua, con el propósito de conocer la frecuencia de las infecciones oportunistas en los departamentos de Managua, Chinandega y León. Para ello se revisaron las bases de datos disponibles de estas clínicas donde se encontraron un total de 1,553 personas con VIH en seguimiento y recibiendo terapia antirretroviral también se consignó infecciones oportunistas en 671 personas donde la principal causa de infección oportunista de esta cohorte fue candidiasis con 22.1%, seguido de tuberculosis con el 20.6 %, neumonía en tercer lugar con el 18.8 % y Toxoplasmosis cerebral 16.1%. (VIH/SIDA, 2012).

III. JUSTIFICACIÓN

Originalidad:

Haciendo búsqueda de estudios científicos similares a nivel nacional existen múltiples estudios sobre el VIH/SIDA, en sus diferentes manifestaciones, lo que motivo a profundizar en esta temática.

Conveniencia institucional:

El VIH/SIDA es un problema de salud pública que ha tenido que enfrentar el país en los últimos años. Que, por sus características, mecanismo de transmisión y la enfermedad que provoca han sido considerados como una pandemia que ha resultado ser un verdadero desafío para los sistemas de salud de todo el mundo, en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes al no existir datos actualizados sobre el comportamiento clínico epidemiológico del VIH/SIDA de la población que acude a este hospital, se justifica la realización de este estudio

Relevancia social:

El VIH/SIDA puede afectar a cualquier persona, sin importar su cultura, género, edad, situación económica, religión, tendencia política o grupo social. Por lo que los resultados son un aporte para la elaboración de pautas en la prevención y diagnóstico precoz del VIH/SIDA en los pacientes y para la creación de protocolos.

Implicaciones prácticas y valor teórico:

Una de las características de este problema de salud, es que no sólo afecta biológicamente a las personas que desarrollan la enfermedad, sino que además trastorna y deteriora progresivamente su entorno familiar, laboral, económico, político y social siendo Nicaragua el país centroamericano donde más tardíamente se detectó el VIH y el país en donde la epidemia aún se concentra, lo que brinda oportunidades importantes en el campo de la prevención y el tratamiento de las personas afectadas.

Relevancia metodológica:

El realizar este estudio se pretende dar pautas metodológicas para la realización de futuras investigaciones en relación al comportamiento clínico epidemiológico de VIH/SIDA.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Caracterización

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es un virus que pertenece a la familia de los Retrovirus y a la sub familia Lentiviridae, este virus es capaz de infectar a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función lo que produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario hasta un estadio más avanzado de la infección. Según OMS a finales de 2014 se estimaban 36.9 millones de personas infectadas con VIH/SIDA en todo el mundo.

Delimitación

En el hospital escuela Carlos Roberto Huembes no existe un protocolo actualizado en el abordaje y manejo clínico epidemiológico de pacientes sospechosos de VIH/SIDA para realizar un diagnóstico precoz y poder ser remitidos y tratados a tiempo.

Formulación

A partir de la caracterización y delimitación del problema antes expuesto, se plantea la siguiente pregunta ¿Cuál es el comportamiento clínico epidemiológico de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes en el periodo 1 enero 2017 al 31 de enero 2019?

Sistematización

Las preguntas de sistematización correspondientes se presentan a continuación:

1. Cuáles son las variables sociodemográficas de los pacientes diagnosticados con VIH diagnosticados con VIH/SIDA en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes en el periodo 1 enero 2017 – 31 de enero 2019?
- 2.Cuál es la asociación entre el uso de preservativo y antecedente de infecciones de transmisión sexual de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes en el periodo 1 enero 2017 – 31 de enero 2019?

3. Cuáles son las enfermedades oportunistas más frecuentes según manifestaciones clínicas de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes en el periodo 1 enero 2017 – 31 de enero 2019?

- 4.Cuál es la categoría clínica a su egreso según carga viral de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes en el periodo 1 enero 2017 – 31 de enero 2019?

V. OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar el comportamiento clínico-epidemiológicas en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes, Policía Nacional en el período 1 de enero 2017 al 31 de enero 2019.

Objetivos específicos

1. Identificar las características socio demográficas de los pacientes diagnosticados con VIH en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés. Policía Nacional en el período 1 de enero 2017 al 31 de enero 2019.
2. Establecer la asociación entre el uso de preservativo y antecedente de infecciones de transmisión sexual de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes. Policía Nacional en el periodo 1 enero 2017 – 31 de enero 2019.
3. Determinar las enfermedades oportunistas de acuerdo a manifestaciones clínicas de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés. Policía Nacional en el período 1 de enero 2017 al 31 de enero 2019.
4. Evaluar categoría clínica de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA a su egreso según carga viral en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés. Policía Nacional en el período 1 de enero 2017 al 31 de enero 2019.

VI. MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) como un virus que infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El Sida es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH. (OMS, 2015).

El virus de inmunodeficiencia humana, es un agente infeccioso que afecta al sistema inmunológico, principalmente a los glóbulos blancos (linfocitos T) y es el causante del síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA). (Harrison, 2007)

Epidemiología

La epidemiología de Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) ha cambiado desde los primeros casos reportados hace más de 30 años, a un estimado de 3.7 nuevas infecciones en 1997 hasta una disminución de infección y de la mortalidad relacionada con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. (SIDA)(UNAIDS, 2013)

En África subsahariana, entre 2000 y 2012, la incidencia del VIH entre los adultos disminuyó en más de la mitad, lo que corresponde a un número estimado de 1 millón de nuevas infecciones por VIH en 2012 en comparación con el año 2000, el aumento concurrente en el número estimado de personas que viven con el virus del VIH (PVVIH), de 20,8 millones en 2000 a 25 millones en 2012, se debe en gran medida a la mejora de la supervivencia debido al tratamiento antirretroviral (ARV). (UNAIDS, 2013),

Asia se encuentra en segundo lugar después de África, a pesar de las tasas reducidas de transmisión del VIH, el número de PVVIH aumentó a 4.8 millones en 2012, de 3.8 millones en 2000, en gran parte debido a una mejor supervivencia, las muertes relacionadas con el SIDA entre adultos y niños en Asia han disminuido lentamente durante la década de 2000 a alcanzar aproximadamente 260,000 en 2012 desde un máximo de 330,000 en 2005.(UNAIDS, 2013)

Europa del Este y Asia Central (EEAC), tiene una creciente epidemia de VIH, lo que resulta en un aumento del número de PVVIH, muertes por SIDA y nuevas infecciones entre los niños, aunque la incidencia general en la región está disminuyendo.⁴ Aproximadamente 760,000 adultos y niños vivían con VIH en EEAC en 2000, y este número aumentó a 1.3 millones en 2012.(UNAIDS, 2013)

África del norte y el medio oriente, a diferencia de los dos anteriores, las tasas han venido en aumento, del 2000 a 2012, el número estimado de PVVIH aumentó de 130,000 a 260,000, el número estimado de muertes relacionadas con el SIDA aumentó de 7300 a 17,000, y las nuevas infecciones estimadas por año aumentaron de 20,000 a 32,000.(UNAIDS, 2013; World Health Organization, 2015)

América del Norte, Europa Occidental y Oceanía, las tendencias generales en la prevalencia del VIH son similares entre los países de altos ingresos de América del Norte, Europa occidental y Oceanía. El número estimado de PVVIH en América del Norte ha aumentado de 940,000 en 2000 a 1.3 millones en 2012, pero la prevalencia entre adultos se ha mantenido igual, aproximadamente del 0.5%, durante el mismo período.(UNAIDS, 2013)

En Latinoamérica y el caribe, se ha mantenido la prevalencia estable durante la última década, con una incidencia del VIH que disminuye lentamente y muertes relacionadas con el SIDA que resultan en un número ligeramente mayor de PVV; el número estimado de PVVIH aumentó de 1.60 millones en 2000 a 1.75 millones en 2012.(UNAIDS, 2013)

Etiología del VIH/SIDA.

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH), pertenece a la familia de los Retrovirus y a la sub familia Lentiviridae que forman un eslabón entre los ARN virus y los ADN virus. (Jawetz, 2002)

Los retrovirus se clasifican en endógenos y exógenos. Los endógenos se transmiten de padres a hijos o a través de las células germinales, no provocan ninguna enfermedad y parecen participar en las funciones normales de las células. Sin embargo, los retrovirus exógenos se transmiten de humano a humano por contacto sexual o por la sangre infectada y sus derivados. (Jawetz, 2002)

Se conocen dos tipos de virus identificados como los agentes etiológicos del SIDA y que se han denominado Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Estos dos tipos de virus son genéticos y antigénicamente diferentes y se han llamado VIH-1 y VIH-2. El VIH-1 se le considera como el responsable de la epidemia mundial y el VIH-2 es considerado como endémico en África Occidental (Camerún, Costa de Marfil y Senegal), es raro encontrarlo fuera de esta región, sin embargo, se le ha identificado en otras partes del mundo incluyendo Norteamérica: USA y Canadá. (Jawetz, 2002)

El VIH solo ataca aquellas células que poseen el marcador biológico CD4, en su superficie, principalmente linfocitos T y células del FSM. Como el número de marcador CD4 es muy variable y depende de ciertos cofactores, la acción de estos cofactores contribuye a regular la susceptibilidad que tienen las células de un individuo de ser atacadas por el VIH. Estos cofactores aún no se conocen bien, sin embargo, todo parece indicar que entre ellos se encuentran los siguientes agentes infecciosos: Citomegalovirus, Herpes virus simple tipo I y II, virus de Epstein Barr y el virus de la hepatitis B. (Spiecer, 2009)

Mecanismos de transmisión

El VIH no puede vivir fuera del organismo mucho tiempo y, por este motivo, hace falta un contacto físico directo con los fluidos de la persona infectada para que se produzca la transmisión. Los mecanismos de transmisión son: (Peñaloza, 2015)

1. Transmisión sanguínea
2. Transmisión sexual
3. Transmisión vertical (de madre a hijo)

Al inicio de la epidemia, el virus se había transmitido por la sangre contaminada y la de sus derivados y también en trasplantes de órgano, tejidos y en la inseminación artificial. Afortunadamente desde el año 1986 existe un riguroso control sanitario y este tipo de infección es prácticamente imposible. (Peñaloza, 2015)

El riesgo de infección, cuando se comparten agujas, jeringas y otros objetos contaminados por el uso de drogas inyectadas, es elevadísimo. En estos casos la cantidad de sangre que queda en el interior de estos utensilios es suficiente para transmitir el virus e incrementa aún más cuando se comparten en diversas ocasiones. (Peñaloza, 2015)

Los pinchazos con agujas contaminadas y los cortes accidentales también son un riesgo, por ejemplo, cuando no se utilizan utensilios de un solo uso al colocar un piercing, perforar una parte del cuerpo, en un tatuaje, en la depilación eléctrica; o un pinchazo o corte accidental con material contaminado, un riesgo para el personal sanitario. (Peñaloza, 2015)

Los utensilios de cuidado corporal (tijeras, hojas de afeitar, cepillo de dientes, pinzas, etc.) que pueden haber entrado en contacto con la sangre presentan riesgo de transmisión del VIH. Si se comparten con un portador tendrán que ser limpiados con una solución desinfectante o esterilizadas. (Peñaloza, 2015)

- Transmisión sexual

El virus se encuentra en el semen y en las secreciones vaginales, por lo que se puede transmitir con el intercambio de estos fluidos durante las relaciones sexuales con personas infectadas por el VIH si no se utilizan preservativos de manera correcta. Las relaciones sexuales con penetración vaginal o anal, ya sean heterosexuales u homosexuales, pueden transmitir el VIH, al igual que los contactos boca-órgano genital, si existen lesiones en alguna de las dos zonas. Cualquier práctica sexual que favorezca las lesiones o las laceraciones incrementa el riesgo de contagio. Las relaciones anales son las más peligrosas por producirse con gran facilidad lesiones debido a que la mucosa anal es más frágil que la vaginal. (Peñaloza, 2015)

El riesgo de infección se relaciona con la frecuencia de relaciones sexuales y con el número de parejas distintas. No obstante, un solo contacto puede ser suficiente para infectarse. El riesgo de transmisión es mayor en el sentido hombre-mujer que en el de mujer-hombre. Además, aumenta el riesgo durante los días de menstruación debido a la mayor facilidad para el contacto con sangre. (Peñaloza, 2015)

- Transmisión vertical

Las mujeres embarazadas infectadas pueden transmitir el virus a su hijo en distintos momentos, mientras el feto está en el útero, en el momento del parto o durante el tiempo de lactancia. La probabilidad de transmisión cuando la madre recibe tratamiento adecuado es menor. (Peñaloza, 2015)

Factores de riesgo de infección por VIH/SIDA

Existen diversos factores que contribuyen a aumentar la vulnerabilidad ante la infección por el VIH, principalmente los relacionados a las prácticas sexuales, entre las cuales: están las relaciones con múltiples parejas independientemente de las preferencias sexuales, relaciones esporádicas o casuales con personas desconocidas en las que exista penetración pene-vagina, pene-ano, pene-boca, sin utilizar ninguna barrera, como el condón de látex. (Portilla & Rodríguez, 2014)

También están las prácticas sexuales con personas que tienen otras enfermedades de transmisión sexual como: Sífilis, Gonorrea, Candidiasis, Herpes, Condilomas, etc. Ya que además del riesgo de contagio de estas enfermedades, se favorece la transmisión del VIH, en caso de que alguna de las personas sea portadora, y el hecho compartir agujas y jeringas con una persona que tiene la infección, a fin de inyectarse drogas es un gran riesgo. (Portilla & Rodríguez, 2014)

Manifestaciones clínicas

Las consecuencias clínicas de la infección por el VIH se extienden desde un síndrome agudo que se presenta en asociación con la infección primaria que puede manifestarse con síntomas como: fiebre, cefalea, malestar general, adenopatías, faringitis, mialgia, artralgia, fase que puede durar entre 10 y 15 días, y se produce un descenso importante de los linfocitos CD4+ en ocasiones incluso por debajo de 200 células/mm³ pudiendo detectarse viremia plasmática y antígeno p24, pasando por un estado asintomático prolongado (media 7 años) y que va progresando hasta la fase de enfermedad avanzada. La replicación activa del virus y el deterioro inmunitario progresivo son fenómenos que ocurren en la mayoría de los pacientes a lo largo de toda la evolución de la enfermedad. (Harrison, 2007)

La infección por el VIH-1 produce una progresiva pérdida de función del sistema inmune que da lugar a la aparición de infecciones oportunistas por tumores característicos de SIDA. Este tiempo de evolución y por lo tanto el riesgo de desarrollar infecciones oportunistas es distinto en cada paciente y difícil de predecir, pero si es posible estimar el riesgo de una determinada infección oportunista en función del recuento de linfocitos CD4+, marca de la inmunodrepsión subyacente. Esta importancia del recuento de CD4+ ha llevado actualizar la clasificación en función del número existente y las patologías asociadas que hayan parecido.

El actual sistema de clasificación de los CDC revisado para los adolescentes y adultos con infección por el VIH/SIDA establece grupos según los cuadros clínicos asociados con la infección por el virus y el recuento de linfocitos T CD4+. (ONUSIDA, 2011)

Categorías clínicas de la enfermedad:

- Categoría A: Paciente con infección por VIH asintomático o ausencia de clínica B.
- Categoría B: Presencia de alguna enfermedad relacionada con el VIH. Enfermedades Relacionadas con VIH, aunque no exclusivas de esta enfermedad.
- Categoría C: Indicadores de estadio SIDA como enfermedades oportunistas, tumores e inmunosupresión grave.

A su vez se definen tres categorías inmunológicas: la primera cuando el número de células CD4+ supera las 500 células/mm³, la segunda cuando este número oscila entre 200 – 500 células/mm³ y la tercera cuando es inferior a 200 células/mm³. (Harrison, 2007)

Diagnostico

Debido a que el VIH/SIDA no presenta síntomas específicos su diagnóstico es difícil y confuso, ya que cualquier sintomatología importante nos indicará la presencia de una o más enfermedades oportunistas, mas no se mostrará ningún indicador de que exista la presencia de VIH/SIDA hasta que se realice un conteo de linfocitos en la sangre. "La anormalidad cuantitativa de Linfocitos T es el resultado del agotamiento progresivo de la población de Linfocitos T auxiliares CD4+, que se inicia poco después de la infección primaria. Esta tendencia descendente continua hasta que las cifras normales de CD4, de 800 a 1,200 células/ μ l, disminuyen por debajo de 50 y en ocasiones hasta menos de 10 células/ μ l en las últimas etapas de la enfermedad", pero en general se puede considerar que debajo de los 300 linfocitos T CD4+/ μ l de sangre ya se puede considerar un diagnóstico certero de SIDA. (MINSA, 2009)

En Nicaragua el diagnóstico de VIH se hizo realizad al inicio de los años 1990 desde esa época hasta la actual se han utilizado diferentes técnicas diagnósticas, desde hemoaglutinación hasta, Western Blot, pruebas de inmunocromatografía, ELISA de cuarta generación y métodos moleculares. Actualmente las personas con VIH son monitoreadas por medio de técnicas de biología molecular (carga viral) y técnicas decitometría de flujo (CD3, CD4, CD8). (MINSA, 2011).

Las pruebas para diagnosticar infección por el VIH pueden dividirse en dos grupos:

Las pruebas rápidas Técnicamente son iguales a las pruebas tradicionales (de ELISA, por sus siglas en inglés, o de Ensayo Inmunoenzimático Ligado a Enzimas), para la detección de anticuerpos, son sensibles y tienen la ventaja de que son más fáciles de realizar ya que no requieren de laboratorio y el resultado está disponible en unos minutos. (CENSIDA, 2015)

Las pruebas confirmatorias La confirmación del diagnóstico del VIH se basa en la presencia de anticuerpos (Ac) frente al virus en el suero sanguíneo humano. En primer lugar, se realiza la prueba ELISA para VIH-1/2. Si con esa prueba se produce una reacción positiva, es decir, si se detectan anticuerpos frente al VIH en el suero, es necesario realizar pruebas de confirmación, que pueden ser la inmunofluorescencia (IFI), la inmunotransferencia o el Western Blot. (ITS-SIDA, 2014)

Tratamiento

En este momento, no existe cura para el SIDA. Sin embargo, se encuentran disponibles varios tratamientos que pueden ayudar a controlar los síntomas y mejorar la calidad y duración de la vida. (UNCARES, 2015)

Entre 2000 y 2016, el número de nuevas infecciones por el VIH se redujo en un 39% y las defunciones asociadas al virus disminuyeron en una tercera parte. Ello significa que se salvaron 13,1 millones de vidas gracias al tratamiento en ese periodo. Este logro fue fruto de enormes esfuerzos realizados en el marco de programas nacionales de lucha contra el VIH, con la ayuda de la sociedad civil y un conjunto de asociados para el desarrollo. (OMS, 2016)

Una combinación de varias drogas antirretrovirales, conocida como terapia antirretroviral de alta actividad (TAAA), ha sido muy efectiva en la reducción del número de partículas de VIH en el torrente sanguíneo. Esto se mide por medio de la carga viral (qué cantidad de virus libre se encuentra en la sangre). Impedir que el virus se replique puede mejorar los conteos de células T y ayudar al sistema inmunitario a recuperarse de la infección por VIH. (UNCARES, 2015)

La TAAA no es una cura para el VIH, pero ha sido muy efectiva durante los últimos 12 años. Las personas tratadas con terapia antirretroviral de alta actividad y con niveles reducidos de VIH aún pueden transmitir el virus. Hay buena evidencia de que si los niveles de VIH permanecen inhibidos y el conteo de CD4 permanece alto (por encima de 200 células/mm³), la vida se puede prolongar y mejorar significativamente

En este tiempo hemos pasado de primeros medicamentos en el año 1986 con escasa y temporal actividad antirretroviral AZT o Zidovudina a las 5 familias y 25 medicamentos del momento actual y en plena expansión. (UNCARES, 2015)

A partir de la presencia VIH se desarrolla dos tipos de tratamiento para su abordaje:

- **Profiláctico:** cuyo propósito es prevenir o curar aquellas infecciones oportunistas como (tuberculosis, neumonía por *pneumocystis carinii*, cáncer incluido el Sarcoma de Kaposi, linfomas, toxoplasmosis entre otras) que pueden atacar a la persona infectada cuando se encuentra con un conteo de Linfocitos T menor o igual a 200 CD. Este tratamiento es únicamente para resolver el problema puntual de salud que se presente, más no detiene el avance de la enfermedad.
- **Antirretroviral (ARV):** La terapia antirretroviral se inicia cuando el paciente tiene un conteo de CD4 menor o igual a 350 o bien presenta alguna enfermedad asociada al complejo relacionado con SIDA.

Combinación de fármacos antirretrovirales HAART o TARGA, se agrupan en cuatro clases:

- Análogos de nucleósidos y nucleótidos (NNRTIS)
- Inhibidores de proteasa (PIS)
- Inhibidores de fusión.

Objetivo del HAART es suprimir el máximo y de forma estable la replicación viral.

- Contribuir a restaurar y preservar la respuesta inmune.
- Disminución de la morbilidad a la infección por el VIH.
- Disminución de la transmisión del VIH

Cuando inicia el HAART:

- Paciente en fase de SIDA.
- Pacientes de linfocitos T CD4 menos de 350 u/l.
- En embarazadas infectadas por VIH.
- Paciente coinfectada con el virus de hepatitis B que requiere tratamiento para infección hepática.
- Pacientes con nefropatías asociadas al VIH.

VII. HIPOTESIS DE INVESTIGACION

Al haber un buen abordaje del comportamiento clínico y epidemiológico de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA se podría identificar todas las variables contenidas en este estudio.

VIII. DISEÑO METODOLÓGICO

Área y período de estudio

El “Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés” es un hospital general que atiende a un grupo especial de la población por sus funciones de alto riesgo, pertenecientes a los programas del Ministerio de Gobernación, Policía Nacional, Sistema Penitenciario, Migración y Extranjería, dirección de Bomberos y la Institución prestadora de Servicios de Salud.

El área de estudio de Investigación fue todos los pacientes diagnosticados en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes durante el periodo 1 de enero 2017 -31 de enero 2019.

Tipo de estudio

De acuerdo al método de investigación el presente estudio es observacional y según el nivel inicial de profundidad del conocimiento es descriptivo (Piura, 2006). De acuerdo a la clasificación de Hernández, Fernández y Baptista 2014, el tipo de estudio correlación. De acuerdo, al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el estudio es retrospectivo, por el período y secuencia del estudio es longitudinal y según el análisis y alcance de los resultados el estudio es analítico (Canales, Alvarado y Pineda, 1996).

Enfoque del estudio

De acuerdo al enfoque de la presente investigación, por el uso de los datos cuantitativos y análisis de dicha información cuantitativa, así como su integración holística-sistémica, esta tesis monográfica se realizó, mediante la aplicación de un enfoque cualicuantitativa de investigación.

Unidad de análisis

Tomando como referencia los objetivos del estudio y su alcance, la unidad de análisis de la presente investigación corresponde a los expedientes clínicos de los pacientes diagnosticados con VIH en el período comprendido 1 de enero 2017 -31 de enero 2019.

Universo y muestra

Para el desarrollo de la presente investigación y por sus características particulares, el universo o población objeto de estudio fue definida por 31 pacientes que fueron atendidos en el período comprendido 1 de enero 2017 -31 de enero 2019. La muestra seleccionada fue no probabilística aleatorio simple se correspondió con los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Tipo de Muestreo

Debido a que el número de pacientes es limitado se decidió incluir en el estudio a todos los pacientes o casos disponibles, por lo que no se aplicó ningún procedimiento para determinación del tamaño muestra o selección muestra, por lo que corresponde a un muestreo no probabilístico con el método aleatorio simple.

Criterios de selección de la muestra

Criterios de inclusión

- Pacientes del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés. Policía Nacional
- Pacientes con diagnóstico positivos para VIH.
- Pacientes atendidos en el periodo de estudio

Criterios de exclusión

- Paciente que no se consigne con diagnóstico de VIH positivo
- Los pacientes que no cumplieron con todos los criterios de inclusión

Método, técnica e instrumentos para la recolección de datos e información

A partir de la integración metodológica antes descrita, se aplicó la siguiente técnica cuantitativa de investigación, que consiste en el llenado de ficha de recolección estructurada y previamente diseñada a partir de la revisión de los expedientes clínicos de los casos en estudio.

Instrumento (ficha de recolección)

Para la elaboración de la ficha se hizo una revisión de la literatura y se consultaron médicos con experiencia en el tema, se elaboró una ficha preliminar (piloto) y esta fue validada con 5 expedientes. Una vez revisada e integrados los hallazgos de la validación se diseñó una versión final. El instrumento estructurado incluyó las siguientes variables

Listado de variables

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|
| ✓ Datos generales | ✓ Condición de egreso |
| ✓ características sociodemográficas | ✓ Enfermedades oportunistas |
| ✓ Conductas sexuales y de riesgo | ✓ Categoría clínica |
| ✓ Manifestaciones clínicas | ✓ Carga viral |

Fuente de información

La fuente de información fue secundaria, correspondiente al expediente clínico.

Recolección de datos

Previo autorización de las autoridades del hospital Carlos Roberto Huembes (dirección y docencia) se visitó admisión donde se solicitó los expedientes clínicos y se revisaron para llenar la ficha de recolección de datos. Este proceso se llevó a lo largo del 2017 e inicios del 2019

Plan de tabulación y análisis estadístico

Creación de la base de datos

Basados en el instrumento de recolección se creó una plantilla para captura de datos y cada ficha fue digitalizada en una base de datos creada en el programa SPSS versión 24 (IMB Statistic 2016)

Plan de tabulación.

Se realizaron los análisis que corresponden a la calidad de las variables incluidas. Los cuadros de salida con las tablas de contingencia con porcentaje total y las pruebas de correlación y medidas de asociación que fueron necesarias realizar. Para esto se definieron los cuadros de salida para el tipo de variable.

Plan Estadístico.

Se realizó en el software estadístico spss, v.24 para Windows. Se realizaron variables numéricas continuas y las estadísticas respectivas con intervalos de confianza para variables numéricas.

Se realizaron pruebas de correlación no paramétricas con el coeficiente de correlación de Pearson y spearman las que permitieron demostrar la correlación lineal entre las variables y el nivel de significancia para la prueba entre varios factores.

IX. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Matriz de Operacionalización de Variables (MOVI)

Objetivo General: Determinar el comportamiento clínico-epidemiológicas del VIH/SIDA en los pacientes diagnosticados en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés. Policía Nacional en el período 1 de enero 2017 al 31 de enero 2019.

Objetivos Especifico	Variable conceptual	Subvariables o Dimensiones	Variable operativa	Técnica de recolección de datos e información	Tipo de variable	Categoría estadística
				Ficha de recolección de datos (Expediente)		
Identificar las características socio demográficas de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés. Policía Nacional en el periodo 1 enero 2017 – 31 de enero 2019.	Características demográficas	Edad	Período de tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual expresado en años	XX	Cuantitativa	Edad en años
		Sexo	División de género humano en dos grupos mujer y varón	XX	Cualitativa	Femenino Masculino
		Estado civil	Estado conyugal del paciente en el momento del estudio	XX	Cualitativa	Soltero Casado Unión de hechos
		Escolaridad	Nivel educativo del paciente al momento de su ingreso	XX	Cualitativa	Primaria Secundaria Universitario

Matriz de Operacionalización de Variables (MOVI)

Objetivo General: Determinar el comportamiento clínico-epidemiológicas del VIH/SIDA en los pacientes diagnosticados en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés. Policía Nacional en el período 1 de enero 2017 al 31 de enero 2019.

Objetivo Especifico	Variable conceptual	Subvariables o Dimensiones	Variable operativa	Técnica de recolección de datos e información	Tipo de variable	Categoría estadística
				Ficha de recolección de datos (Expediente)		
Establecer la asociación entre el uso de preservativo y antecedente de infecciones de transmisión sexual de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés. Policía Nacional en el periodo 1 enero 2017 – 31 de enero 2019.	Uso de preservativo	Uso de preservativo	Utilización de preservativo de látex en sus relaciones sexuales	XX	Cualitativa	Si No
	Antecedentes de infecciones de transmisión sexual.	Antecedentes de infecciones de transmisión sexual.	Historia de presentar alguna infección de transmisión sexual antes de llenar la ficha de recolección de datos.	XX	Cualitativa	Si No

Matriz de Operacionalización de Variables (MOVI)

Objetivo General: Determinar el comportamiento clínico-epidemiológicas del VIH/SIDA en los pacientes diagnosticados en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés. Policía Nacional en el período 1de enero 2017 al 31 de enero 2019.

Objetivo Especifico	Variable conceptual	Subvariables o Dimensiones	Variable operativa	Técnica de recolección de datos e información	Tipo de variable	Categoría estadística
				Ficha de recolección de datos (Expediente)		
Determinar las enfermedades oportunistas de acuerdo a manifestaciones clínicas de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés. Policía Nacional en el período 1de enero 2017 al 31 de enero 2019.	Enfermedades oportunistas	Enfermedades oportunistas	Es aquella que no ocurre normalmente, por la capacidad del sistema inmunitario del organismo para controlarla, pero que puede constituir un problema mayor cuando existe inmunodeficiencia	XX	Cualitativa	Neuro toxoplasmosis Citomegalovirus Candidiasis bucal Neumonía jirovecy Tuberculosis Condilomatosis Ninguna
	Manifestación clínica	Manifestación clínica	Son las manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica, es decir, en el examen físico que presenta el paciente-	XX	Cualitativa	Tos seca Cansancio Diarrea Diaforesis Dermatitis Fiebre Cefalea

Matriz de Operacionalización de Variables (MOVI)

Objetivo General: Determinar el comportamiento clínico-epidemiológicas del VIH/SIDA en los pacientes diagnosticados en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés. Policía Nacional en el período 1 de enero 2017 al 31 de enero 2019.

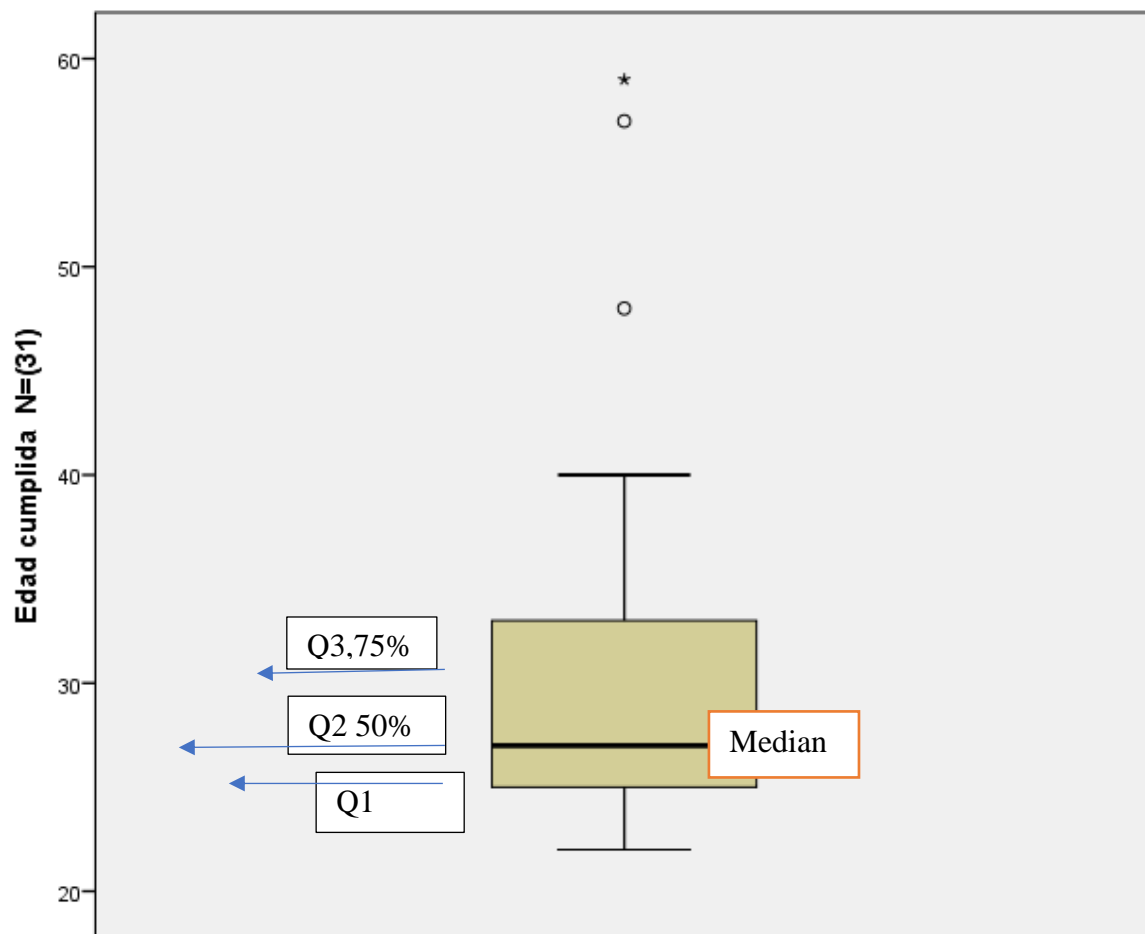
Objetivo Especifico	Variable conceptual	Subvariables o Dimensiones	Variable operativa	Técnica de recolección de datos e información	Tipo de variable	Categoría estadística
				Ficha de recolección de datos (Expediente)		
Evaluar categoría clínica de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA a su egreso según carga viral en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés. Policía Nacional en el período 1 de enero 2017 al 31 de enero 2019	Categoría clínica	Categoría clínica VIH	Sistema de clasificación clínico para diferenciar las etapas de la infección y facilitar el seguimiento y tratamiento. <u>Categoría A:</u> pacientes asintomáticos. <u>Categoría B:</u> pacientes que presentan síntomas que no pertenecen a la categoría C <u>Categoría C:</u> pacientes que presentan complicaciones del SIDA.	XX	Cualitativa	A B C
	Condición de egreso	Condición de Egreso	Salida del paciente de una sala de hospitalización	XX	Cualitativa	Traslado Fallecido
	Carga viral	Carga viral	cuantificación del ARN vírico que existe en una muestra bajo el termino copias/mL	XX	Cuantitativa	Baja Alta

X. RESULTADOS

En base a los daos obtenidos de la investigación, le presentamos los siguientes resultados

1. Características sociodemográficas

En cuanto a la edad de los pacientes estudiados se presenta el gráfico de caja y bigotes, que permite interpretar un rango intercuartílico (Q3 - Q1) que acumula el 50 % de los pacientes del servicio de medicina interna, entre **25 y 33 años con una mediana de 27 años.**



Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	26	83.9 %
Rural	5	16 %
Total	31	100 %
Fuente: Ficha de recolección y expediente clínico		

En cuanto al nivel de procedencia que predominó en los pacientes estudiados fue el urbano con el 83.9%, seguido por el rural con el 16%.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	29	93.5%
Femenino	2	6.5%
Total	31	100%
Fuente: Ficha de recolección y expediente clínico		

En cuanto al sexo el que predominó en los pacientes estudiados fue masculino con el 93.5%, seguido por el femenino con el 6.5%.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	7	22.6%
Secundaria	6	19.4%
Universitario	18	58.1%
Total	31	100%
Fuente: Ficha de recolección y expediente clínico		

En cuanto a la escolaridad la que predominó en los pacientes estudiados fue universitario con el 58.1%, seguido por primaria con el 22.6%.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	20	64.5%
Casado	4	12.9%
Unión de hecho	7	22.6%
Total	31	100%
Fuente: Ficha de recolección y expediente clínico		

En cuanto al estado civil que predominó en los pacientes estudiados fue soltero con el 64.5%, seguido por unión de hechos con 22.6%.

2. Asociación entre el uso de preservativo y antecedentes de transmisión sexual.

Correlación		Antecedente de ITS	Uso de preservativo
Antecedentes de ITS	Correlación de Pearson	1	-.398*
	Sig. (bilateral)		.027
	N	31	31
Uso de preservativo	Correlación de Pearson	-.398*	1
	Sig. (bilateral)	.027	
	N	31	31
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).			

La prueba de correlación de Pearson, aportó la evidencia estadística de un valor de $p=0.27$ el cual es igual que el nivel crítico $\alpha = 0.05$, esto indica que se obtuvo una respuesta estadística significativa. por lo tanto, la prueba de correlación de Pearson demostró que existe correlación significativa entre el uso de preservativo y los antecedentes de infecciones de transmisión sexual.

3. *Determinar la enfermedad oportunista de acuerdo a manifestaciones clínicas.*

Correlaciones		Enfermedades oportunistas	Manifestación Clínica
Enfermedades oportunistas	Correlación de Pearson	1	.109
	Sig. (bilateral)		.559
	N	31	31
Manifestaciones Clínica	Correlación de Pearson	.109	1
	Sig. (bilateral)	.559	
	N	31	31

La prueba de correlación de Pearson, aporó la evidencia estadística de un valor de $p = .559$ el cual es mayor que el nivel crítico $\alpha = 0.05$, esto indica que no se obtuvo una respuesta estadística significativa. por lo tanto, la prueba de correlación de Pearson demostró que no existe correlación significativa entre las enfermedades oportunista y manifestaciones clínicas.

4. Evaluar la categoría clínica de los pacientes diagnosticados con VIH-SIDA a su egreso según carga viral

Correlación		Categoría	Cargas Virales	Condición de egreso
Categoría	Correlación de Pearson	1	.472**	.103
	Sig. (bilateral)		.007	.583
	N	31	31	31
Cargas Virales	Correlación de Pearson	.472**	1	.429*
	Sig. (bilateral)	.007		.016
	N	31	31	31
Condición de egreso	Correlación de Pearson	.103	.429*	1
	Sig. (bilateral)	.583	.016	
	N	31	31	31
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).				
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).				

La prueba de correlación de Pearson, aporó la evidencia estadística de un valor de $p=0.07$ el cual es mayor que el nivel crítico $\alpha = 0.05$, esto indica que se obtuvo una respuesta estadística significativa. por lo tanto, la prueba de correlación de Pearson demostró que existe correlación significativa entre la categoría clínica del paciente según carga viral, pero no demostró correlación con respecto a la condición de egreso.

XI. DISCUSIÓN.

Se estudiaron 31 pacientes que fueron diagnosticados con VIH con pruebas rápidas y confirmados con test de Elisa en el Hospital Carlos Roberto Huembes en el período comprendido entre 1 de enero 2017- 31 de enero 2019.

Es importante mencionar que el VIH /SIDA es un problema de salud pública que ha tenido que enfrentar el país en los últimos años. Por sus características y distribución este virus ha sido considerados como una pandemia que ha resultado ser un verdadero desafío para los sistemas de salud de todo el mundo, por eso es importante analizar su comportamiento.

Objetivo 1. En relación al grupo etareo se observó mayor prevalencia de VIH/SIDA en los pacientes del sexo masculino en las edades comprendidas entre los 25 – 33 años, en los resultados se menciona edad promedio de 27 años y que eran procedentes del casco urbano lo que concuerda con la bibliografía consultada donde se encontró que el sexo masculino fue el más afectado (Ramirez Sandoval, 2016) y al analizar la distribución por edades se comprobó que el mayor número de pacientes se encontraba en el grupo antes mencionado (Sanchez Naranjo H. M., 2015)

Objetivo 2. En cuanto a la asociación entre el antecedente de infecciones de transmisión sexual y el uso de preservativo se encontró una correlación significativa dado que los pacientes que tienen antecedente de infecciones de transmisión sexual tienen más probabilidad de contraer VIH/SIDA, esto se debe a que los mismos comportamientos y circunstancias que los ponen en riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual también los ponen en riesgo de contraer VIH/SIDA, lo cual concuerda con la bibliografía consultada (Sandoval, 2009) y (Montufar Andrade, 2016). La OMS afirma que dándole un uso adecuado al condón ayuda a disminuir el riesgo de contagio de VIH/ sida hasta en un 96 %.

Objetivo 3 A pesar que el VIH /SIDA puede presentar múltiples enfermedades oportunistas en nuestro estudio la más frecuentes fue tuberculosis con 25.8%, seguido de neumonía jirovecy 19.4% y Neurotoxoplasmosis 9.7%, lo que coincide con el estudio (Montufar Andrade, 2016) ya que se encontraron pacientes con las mismas infecciones oportunistas y coincidiendo con tuberculosis como la más frecuente, no obstante en estudio realizado en nuestro país en las 3 principales unidades que brindan TARV (VIH/SIDA, 2012) se encontraron las antes mencionadas pero la más frecuente fue candidiasis con 22.1%.

Con respecto a las manifestaciones clínicas en estudio (Vidall Torruelles & Gonzales Rubio, 2015) se encontró que las principales manifestaciones clínicas que presentaron los pacientes fueron fiebre

31,7 % y los síntomas respiratorios 20,3 %, seguidos por la pérdida de peso y las adenopatías 13,9%, lo que coincide con los resultados de nuestro estudio que predominó la fiebre con 35.5%.

Objetivo 4. Al momento de evaluar categoría clínica según carga viral se encontró una correlación significativa lo que coincide con la literatura ya que uno de los factores asociados a falla virológica incluye el estadio clínico en el que se encuentra el paciente previo del inicio de tu terapia retroviral (Tercero, 2014), lamentablemente la mayoría de los pacientes acude en estadio avanzado ya que lo que los lleva asistir a consulta es una manifestación de patología oportunista (Ramirez Sandoval, 2016).

XII. CONCLUSIONES

1. Con respecto a factores sociodemográficos se acepta la hipótesis que la mayoría de pacientes infectados pertenecen al sexo masculino con edades comprendidas entre 25 y 30 años.
2. En cuanto a la correlación entre el antecedente de infecciones de transmisión sexual y el no uso de preservativo resultó ser estadísticamente significativa.
3. Con respecto a las enfermedades oportunistas que son la causa por la que los pacientes presentan florido cuadro clínico que los motiva a asistir a consulta médica predominó la tuberculosis seguido de neumonía jirovecy y Neurotoxoplasmosis. Si bien es cierto la fiebre es una manifestación clínica sugestiva de múltiples patologías esta fue la que más tuvieron en común.
4. En cuanto a la categoría clínica según carga viral predominó tipo B con cargas virales bajas de los pacientes actualmente en tratamiento con tres fallecidos en el periodo y dos abandonos.

XIII. RECOMENDACIONES

Se hace evidente la relevancia que tiene el tema de VIH /SIDA principalmente su comportamiento clínico y epidemiológico para poder de esta manera tener pautas que nos orienten a evitar más muertes por esta pandemia.

Al personal médico asistencial

El diagnóstico precoz de la infección por VIH se realiza a través de la adecuada interrogación del paciente en consulta, la prevención en la atención primaria tiene un papel fundamental, pues contribuye a la detección de casos portadores para diagnosticarlos e inicio oportuno de tratamiento antirretroviral, de tal modo que mejoren su calidad de vida e impedir que continúe la transmisión de la enfermedad.

A nivel hospitalario

Implementar programa de vigilancia epidemiológica, mediante la búsqueda activa de posibles casos infectados en grupos seleccionados de población y darles seguimiento, puesto que el hospital tiene amplia cobertura de pacientes.

A nivel de pregrado

Realizar ferias educativas en conjunto facultad de medicina con la finalidad de empoderar a los estudiantes sobre estos temas para que logren tomar conciencia sobre los riesgos a los que se exponen y puedan tener la capacidad de orientar a su entorno y pacientes en estos temas de salud sexual como la promoción del uso constante y correcto del preservativo.

XIV. BIBLIOGRAFIA

- Arroyo, L. (2014). Conocimientos y Actitudes que tienen los profesionales de la salud y estudiantes de enfermería para ofrecer una atención de calidad a pacientes con VIH/Sida. *Revista Multidisciplinaria del SIDA*, 25.
- CDC. (2015). *CDC*. Obtenido de CDC: <https://www.cdc.gov/>
- CENSIDA. (11 de Octubre de 2015). *Pruebas Rápidas para detectar VIH*. Obtenido de CENSIDA: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/spc/His_nat/prapid.pdf
- Cisneros, R. (Julio de 2007). *CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS ANTE EL VIH Y SIDA EN JOVENES UNIVERSITARIOS DE 5º AÑO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA*. . Obtenido de CEDOC CIES UNAN Managua: <http://cedoc.cies.edu.ni/digitaliza/t475/t475-a.pdf>
- CONISIDA. (16 de Enero de 2014). *Situación de ITS, VIH y Sida en Nicaragua*. Obtenido de Programa para fortalecer la respuesta centroamericana al VIH: <http://www.pasca.org/userfiles/NI%20Informe%20de%20Indicadores%20Priorizados%20012%2031sep2013.pdf>
- Coronel, S. (19 de Septiembre de 2015). *conocimientos sobre VIH/SIDA y la disposición por parte de estudiantes de medicina a efectuar procedimientos médicos en personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS)*. Obtenido de ARCHIVOS DE MEDICINA: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/conocimientos-sobre-vihsida-y-ladisposicin-a-realizar-procedimientosmdicos-estudio-en-una-muestra-demdicos-en-formacin.pdf>
- Espada, J. (2014). Validación de una escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual en población adolescente. *EL SEVIER*, 10-16.
- Garcia, A. (2 de Julio de 2014). *Conocimientos y prácticas de riesgo ante el VIH/SIDA en adolescentes de la Facultad de Planeación Urbana y Regional de la Universidad Autónoma del Estado de México*. Obtenido de ELSEVIER: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medicina-e-investigacion-353-articulo-conocimientos-practicas-riesgo-ante-el-90360376>
- Harrison. (2007). *Principios de Medicina Interna*. Edicion 16.
- Hernandez, F., & Baptista C. (2014). *Metodologia de la Investigacion*. Secta edicion: Mc. Graw Hill.
- ITS-SIDA. (12 de Noviembre de 2014). *Pruebas de Confirmación para el VIH-1*. Obtenido de <http://www.aids.gov.br/pagina/rede-nacional-de-imunofluorescencia#docs>
- Jara Llenas , G. (5 de enero de 2012). *Elsevier*. Obtenido de Elsevier: doi.org/10.1016/j.eimc.2012.01.009
- Jawetz. (2002). *Microbiologia Medica*. Edicion 17.
- Lozano, F. (2011). Otros efectos adversos del tratamiento antirretroviral. En J. Pachon, *Infecciones por el VIH* (págs. 475-485). Sevilla: Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas.

- Macchi, M. (2008). conocimientos, actitudes y prácticas sobre el VIH/SIDA en jóvenes estudiantes del primero, segundo y tercer año de la educación media en colegios públicos y privados de la ciudad de Asunción y Lambaré. *Revista Chilena de Pediatría*, 206-217.
- Manzardo, C. (junio de 2015). Infecciones oportunistas y síndrome inflamatorio de reconstitución inmune en adultos infectados por el VIH-1 en la era de la terapia antirretroviral combinada: una revisión integral. *Pub med*. Obtenido de Pub med: 10.1586 / 14787210.2015.1029917
- MINSA. (Abril de 2009). *world health organization*. Obtenido de GUÍA DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL: http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/nicaragua_art.pdf
- MINSA. (2011). Guía de Procedimientos para el Diagnóstico y Seguimiento de VIH. En *Guía de Procedimientos para el Diagnóstico y Seguimiento de VIH* (pág. 7-41). Managua.
- Montufar Andrade, F. e. (Marzo de 2016). 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*. Obtenido de Infectio: <https://doi.org/10.1016/j.infect.2015.05.004>
- OMS. (Noviembre de 2015). *VIH/SIDA*. Obtenido de world health organization: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
- ONUSIDA. (Noviembre de 2011). *INFORME DE ONUSIDA PARA EL DÍA MUNDIAL DEL SIDA* . Obtenido de UNAIDS: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_es_0.pdf
- Peñaloza, I. (28 de Septiembre de 2015). *El Sida y sus consecuencias en los jóvenes*. Obtenido de Blog.Spot: <http://sidaenlosjovenes.blogspot.com/>
- Portilla, D., & Rodriguez, Y. (12 de Noviembre de 2014). *patologías de transmisión sexual*. Obtenido de Sites. Google: <https://sites.google.com/a/sanmartinpasto.com/s720117/patologias-de-transmision-sexual-1>
- Quintana, J., Avila Romero, H., Galvan Roman, L., Lara Miranda, S., & al., e. (2013). Gastropatía por antiinflamatorios no esteroideos y su asociación con Helicobacter Pylori. *Rev. Invest Clin*, 254-259.
- Ramirez Sandoval, e. (2016). Características epidemiológicas de pacientes con VIH SIDA atendidos en un hospital del sur de la ciudad de Mexico durante 2011 a 2016. *ENF INF Microbiol*.
- Revelo, L. (30 de Septiembre de 2015). *VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)*. Obtenido de Virus Vih Blog: http://virusvih43.blogspot.com/2015_09_01_archive.html
- Rocha, N. (2009). *Conocimientos, Actitudes y Practicas de los medicos encuestados sobre VIH-SIDA servicio de Gineco-Obstetricia y Pediatria del Hospital Materno Infantil Dr. Fernando Velez Paiz*. Managua.
- Sanchez Naranjo, H. M. (2015). Características clínicas y epidemiológicas de la infección por VIH/SIDA en el municipio Yara en el período de 1986–2014. *Multimed Revista Medica Granma*. Obtenido de Multimed Revista Medica Granma: [/www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2015/mul153b.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2015/mul153b.pdf)

- Sandoval, et al (2009). *Características epidemiológicas de pacientes con vih-sida atendidos en un hospital del sur de la Ciudad de México*. Obtenido de Rev Med Hondur: www.bvs.hn/RMH/pdf/2009/pdf/Vol77-4-2009-4.pdf
- Spiecer, W. (2009). *Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas*. Edición 2.
- Tercero, M. (2014). Situación virológica/inmunológica y causas de falla virológicas en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en terapia TAAR. Managua.
- UNCARES. (2015). *Tratamiento contra el VIH y el sida*. Obtenido de La Onu con Nosotros.
- Valles, D. (19 de Septiembre de 2009). *Los Jóvenes y el SIDA II*. Obtenido de El Meollo del Asunto: <http://elmeollodelasuntodev.blogspot.com/2009/09/los-jovenes-y-el-sida-ii.html>
- Vidall Torruelles , Y., & Gonzales Rubio, D. (2015). *Revista habanera de ciencias medicas* . Obtenido de Revista habanera de ciencias medicas: www.revhabanera.sld.cu/in
- VIH/SIDA, C. N. (2012). managua .

ANEXO



XV. ANEXO

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS



Datos Generales:

Código _____

Características sociodemográficas

Edad: 19-30 31-40 41- 50 51-60 60+

Sexo: Femenino

Masculino

Estado Civil: Soltero

Casado

Unión de hechos

Procedencia: Urbano

Rural

Ocupación: _____

Escolaridad: Primaria

Secundaria

Universitario

Analfabeto

Conducta Sexual:

IVSA _____ años

Nº de parejas sexuales en el último
año _____

Uso de preservativo: SI

NO

Tipo de relación sexual:

Hombre-Hombre _____

Hombre- Mujer _____

Manifestaciones Clínicas:

- | | | |
|--------------|---------------|--------------------|
| a) Tos seca | d) Sudoración | g) Cefalea |
| b) Cansancio | e) Dermatitis | h) Pérdida de peso |
| c) Diarrea | f) Fiebre | |

Enfermedades Oportunistas:

- | | | |
|---|--------------------|----------------------|
| a) Neurotoxoplasmosis | b) Citomegalovirus | c) Candidiasis bucal |
| d) Neumonía por
Pneumocystis jirovecii | e) Tuberculosis | g) Ninguna |
| | f) Condilomatosis | |

Otra: _____

Categoría Clínica actual:

Categoría A

Categoría B

Categoría C

En tratamiento: _____

Sin tratamiento: _____

Fecha de inicio: _____

Condición de Egreso: Traslado

Fallecido

Hospital _____

Fecha de Diagnostico _____

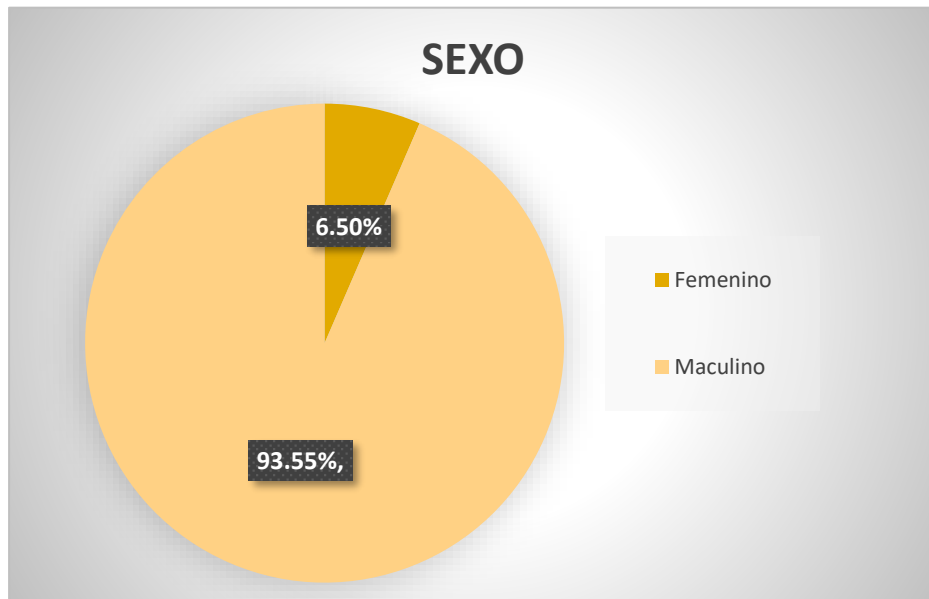
Carga viral: Alta

Baja

Indeterminada

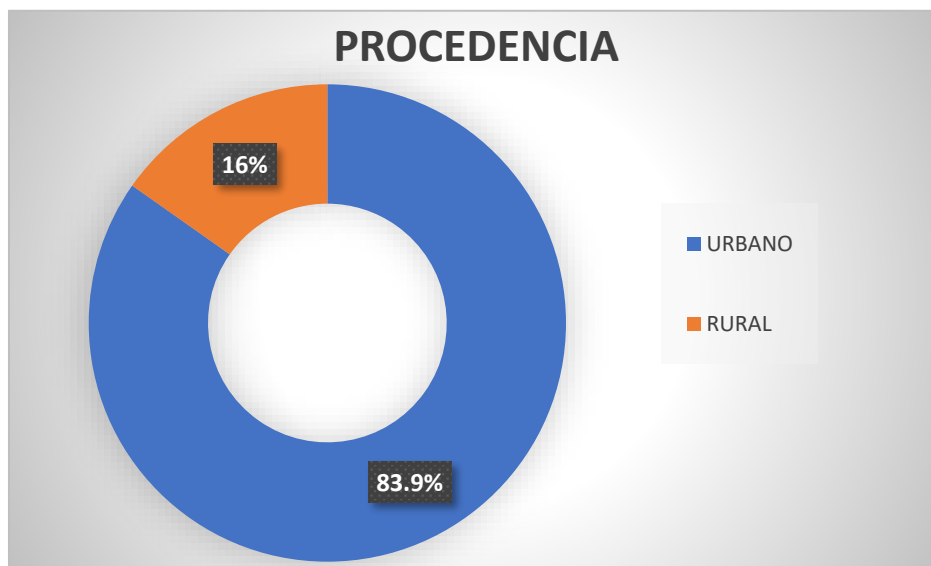
Gráficos

Gráfico 1.

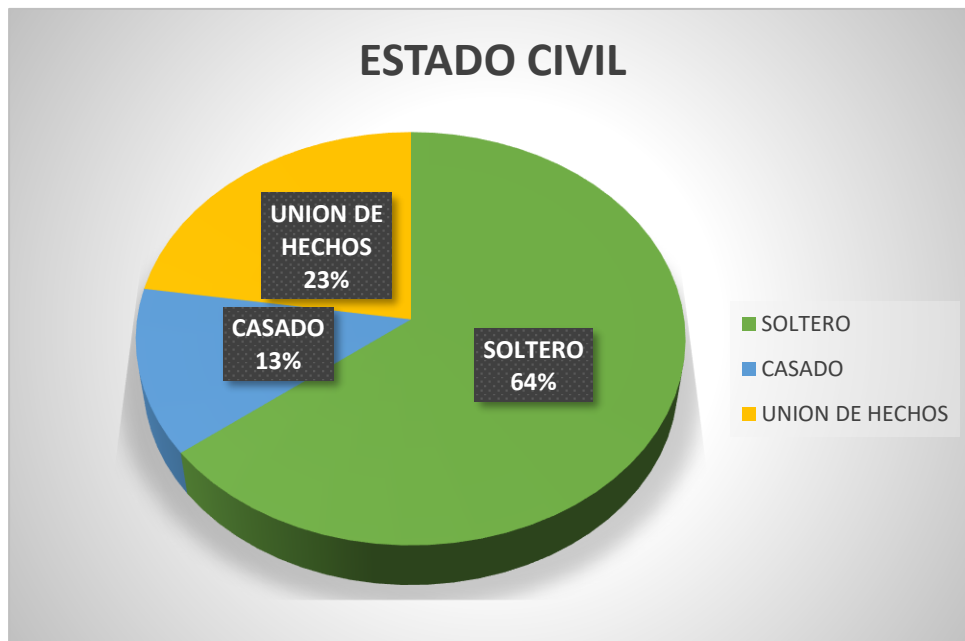


En relación al sexo predominó el masculino con el 93.5% (29), seguido del femenino con el 6.50% (2).

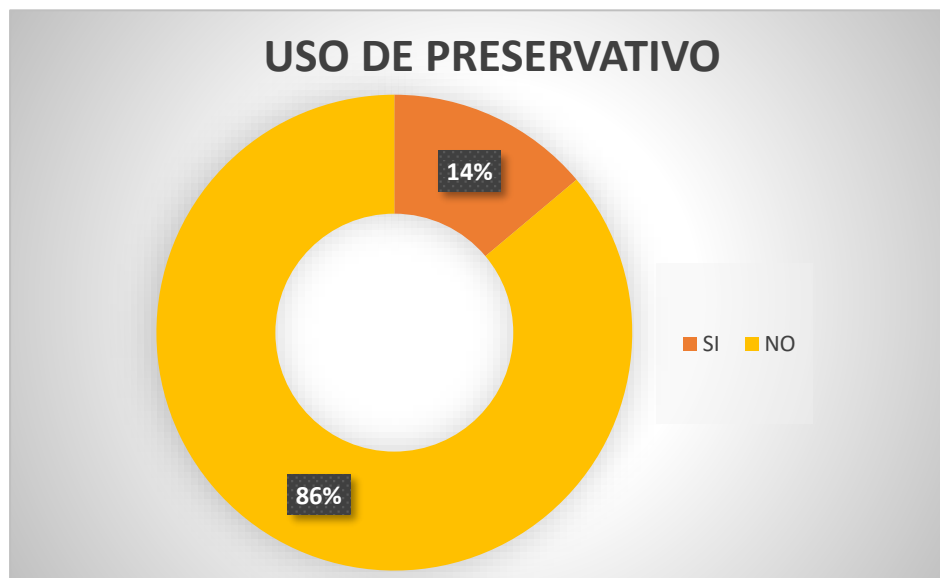
Gráfico 2.



En cuanto al nivel de procedencia que predominó en los pacientes estudiados fue el urbano con el 83.9%, seguido por el rural con el 16%.

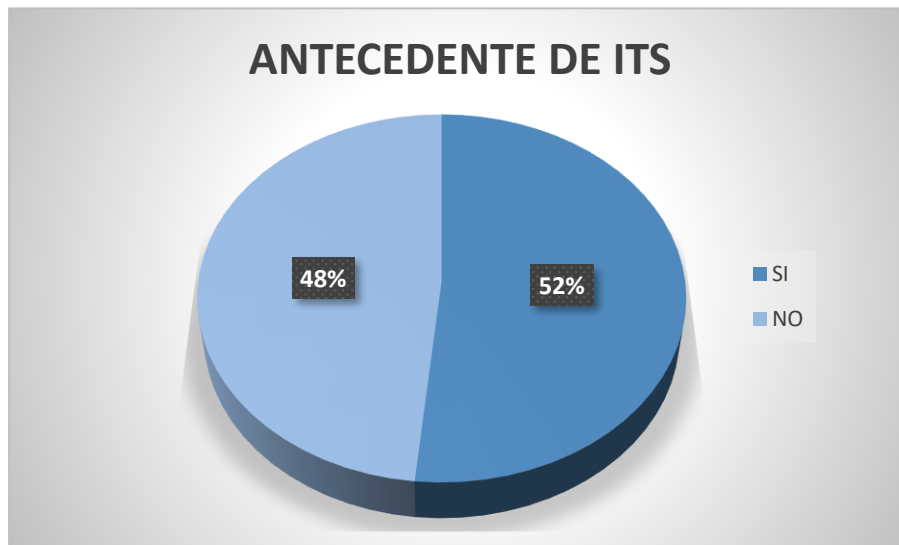
Grafico 3.

En relación al estado civil predominó el soltero con 64%, seguido de unión de hechos con 23% y el grupo casado 13%

Grafico 4

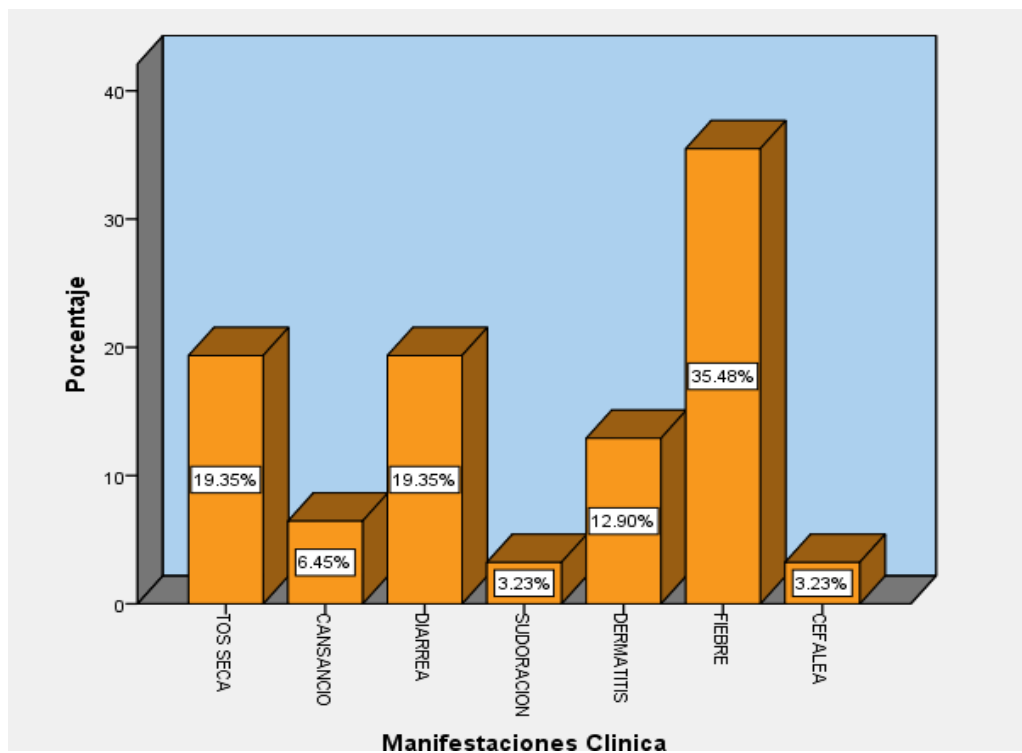
En cuanto al uso de preservativo predominó el grupo de los que no utilizan preservativo 86%, seguido de los que si utilizan 14%.

Grafico 5.

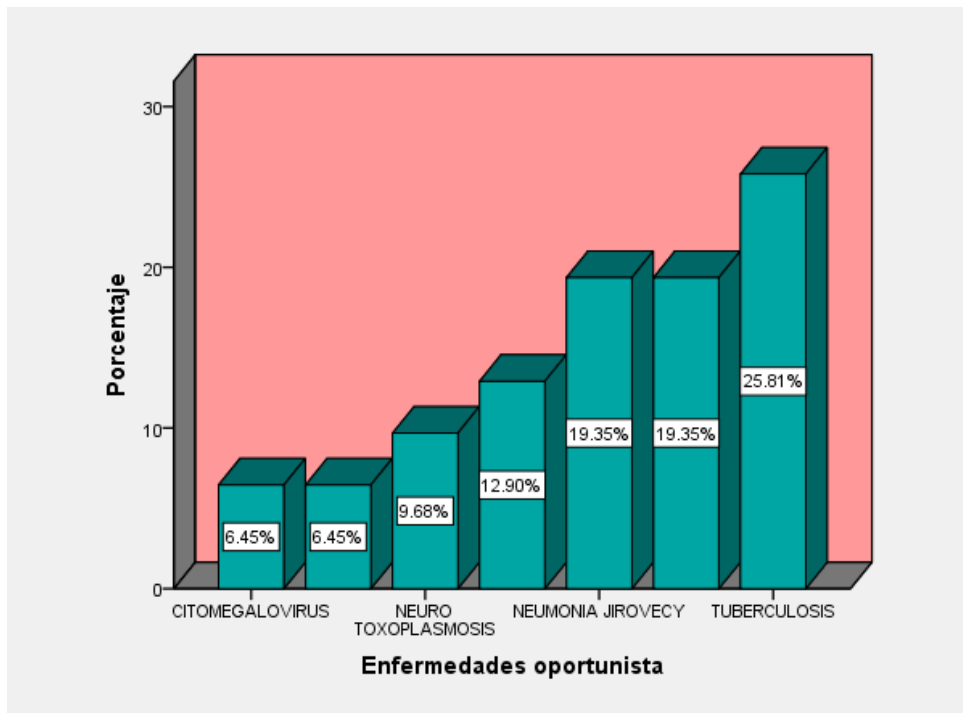


En relación a los antecedentes de infecciones de transmisión sexual predominaron los que, si tenían antecedentes 52%, llamando la atención que la más frecuente fue gonorrea.

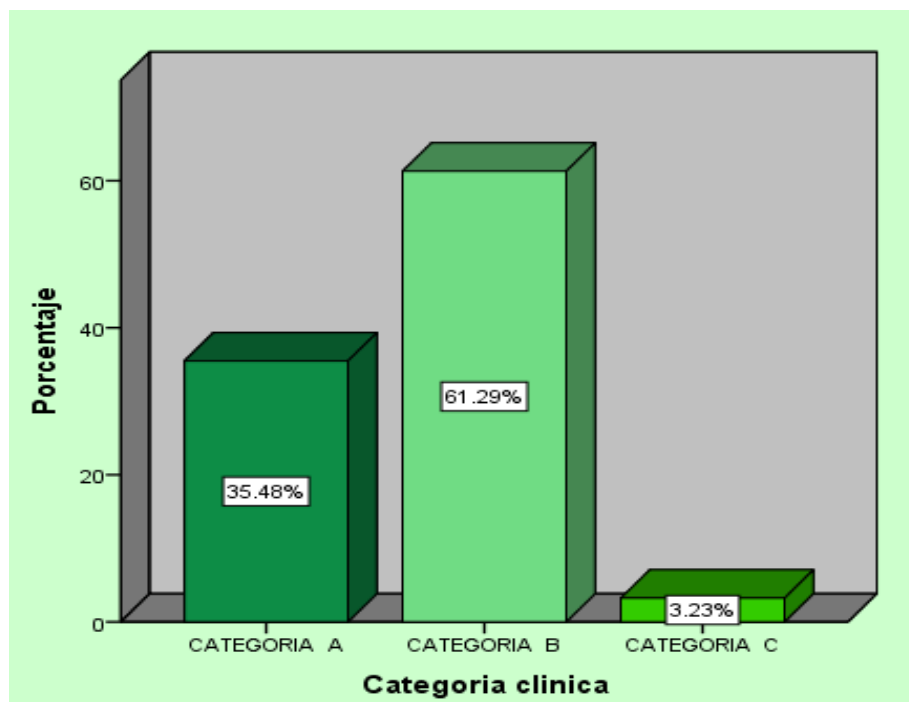
Grafico 6.



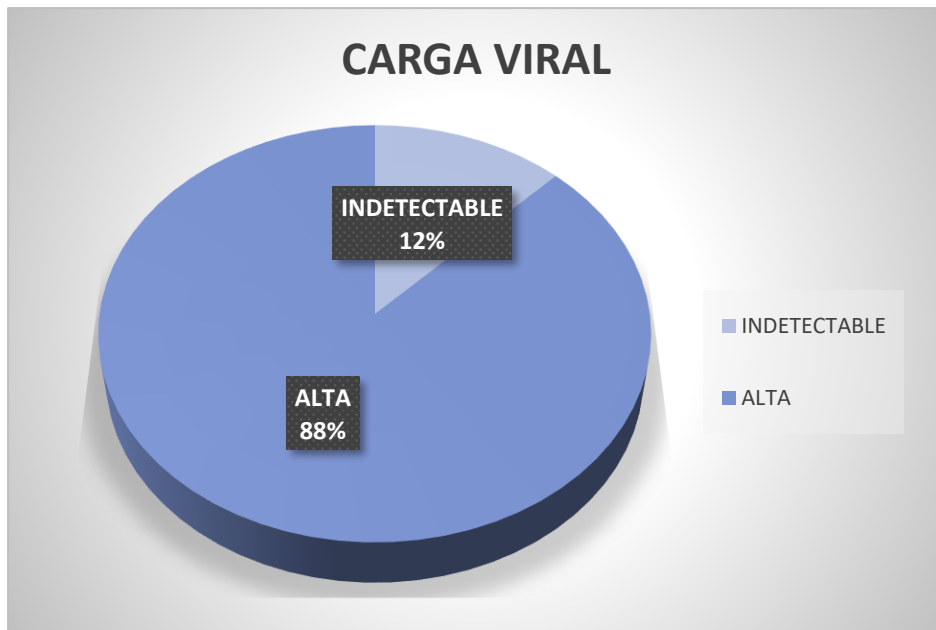
Con respecto a las manifestaciones clínicas predominó fiebre 35.48%, seguido de tos seca y diarrea con similar porcentaje 19.35% y dermatitis 12.90%.

Grafico 7.

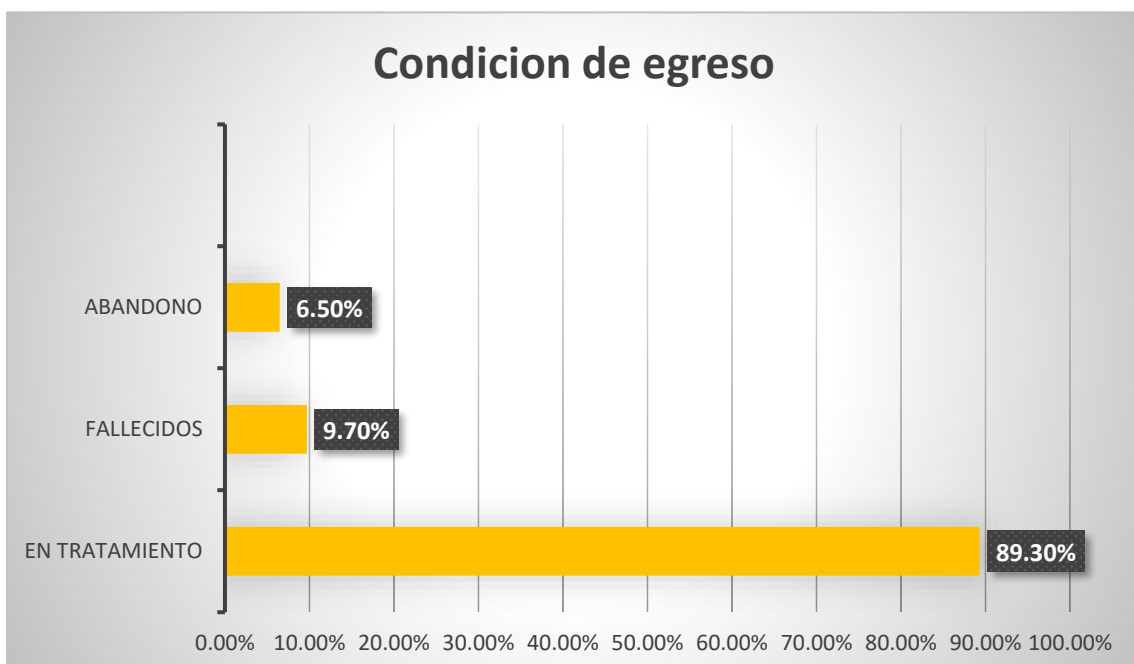
Con respecto a las enfermedades oportunista predomino tuberculosis 25.81%, seguido de neumonía jirovecy 19.35% y Neurotoxoplasmosis 9.68%,

Grafico 8.

Con respecto a la categoría clínica predomino la B 61.29%, seguida de la categoría A 35.48%.

Grafica 9.

Con respecto a la carga viral predomino la carga viral alta 88%, seguido de la indetectable 12% de los pacientes que están en tratamiento.

Grafico 10.

Con respecto a la condición de egreso la mayoría fueron trasladados para recibir su tratamiento 89.3%, fallecieron 3pacientes y abandonaron 2 pacientes.

