

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POST GRADO

**Infección por el VIH en Pacientes Mayores
de 50 Años Estudio de Serie de Casos del
Hospital Nacional Hipolito Unanue: 1984 –
2004**

TÉSIS Para optar el título de ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

AUTOR

Pedro Antonio Huamani Pucllas

LIMA – PERÚ 2004

Este trabajo esta dedicado:

A La persona que gracias a su incesante
Lucha, apoyo y consejos pude
realizarme como profesional.

Mi Madre.

A Mi Padre y hermanos por su invalorable
apoyo.

Al Dr. Jaime Lama Valdivia.
Médico Geriatra del Hospital
Nacional Hipólito Unanue por su
enseñanza y asesoramiento para la
realización de este trabajo.

A Los Drs. Eduardo Sánchez Vergaray.
Médico Infectólogo y José Luis Claros
Manotupa. Médico Internista del
Hospital Nacional Hipólito Unanue.
Por sus consejos para culminar
Este trabajo.

**INFECCIÓN POR EL VIH EN PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS.
ESTUDIO DE SERIE DE CASOS DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO
UNANUE: 1998 – 2004**

RESUMEN

OBJETIVOS.

Establecer las características epidemiológicas, estadios de infección, motivos de consulta, formas de presentación clínica y causas de fallecimiento en pacientes mayores de 50 años de edad con infección por el VIH.

MÉTODOS.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de tipo serie de casos. Se revisaron 60 historias clínicas de pacientes mayores de 50 años con diagnóstico de infección por el VIH/SIDA confirmada mediante examen de Elisa y/o Western Blot. Atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, desde Abril de 1998 a Abril del 2004.

RESULTADOS.

De 60 pacientes, 52(86.7%) fueron varones y 08(13.3%) mujeres, con edades que fluctuó desde 50 a 72 años, fueron casado / conviviente 32(53.3%), solteros 11(18.3%), en ocupación, desempleados 38(63.3%), empleados 19(31.7%) y en grado de instrucción, primaria 34(56.7%), secundaria 15(25.0%). Fueron catalogados en categoría A 08(13.3%), categoría B 08(13.3%) y categoría C 44(73.4%). Los motivos de consulta fueron Síndrome consuntivo 18(30.0%), Diarrea crónica 09(15.0%), Despiñaje por preoperatorio 08(13.3%), etc. Las formas de presentación clínica fueron; Síndrome consuntivo 33(55.0%), Candidiasis oral 17(28.3%), Diarrea crónica 16(26.6%), Síndrome de consumo 13(21.6%), Neumonía por *Pneumocystis carinii*, TBC pulmonar y Extrapulmonar con 07(11.7%) pacientes respectivamente. Fallecieron 29(48.3%) y las causas fueron: Sepsis 12(41.3%), neumonía por *Pneumocystis carinii*, Meningitis por *criptococo neoformans* y TBC Pulmonar con 03(10.3%) respectivamente. Cerca de la mitad de los pacientes fallecieron durante la realización del trabajo y entre las principales causas fueron sepsis e infección por gérmenes oportunistas.

CONCLUSIÓN.

La infección por el VIH/SIDA va en aumento progresivamente a nivel mundial y no solo afecta a personas jóvenes sino también a los adultos mayores. A pesar de que la mayoría de nuestros pacientes tuvieron sus parejas, probablemente se infectaron teniendo relaciones sexuales con otras parejas sexuales y por razones culturales y educativas (un alto número de estos pacientes solo tuvieron primaria y fueron desempleados) no utilizaron medidas de protección. La mayoría son diagnosticados en estadios terminales de la infección, y los que pertenecieron a etapas iniciales, estas se realizaron por rutina (iban a ser sometidos a intervención quirúrgica electiva).

PALABRAS CLAVES. VIH. Adulto Mayor. Motivos de consulta. Presentación clínica.

I.-PREOCUPACIÓN DEL ANÁLISIS.

Existen evidencias cada vez mas claras de que las personas mayores de 50 años están siendo infectadas en forma creciente por el VIH. Es importante conocer las características epidemiológicas, motivos de consulta y las formas de presentación clínica con las que acuden a ser atendidos al hospital, ya que al ser evaluados por los médicos, estos no tienen como diagnóstico diferencial infección por el VIH/SIDA y por lo tanto no solicitan en forma regular la prueba de ELISA para el VIH, por ello, el diagnóstico se realiza en estadios tardíos, por lo que el tiempo de sobrevivida es corta. Asimismo no se indaga con detenimiento sobre los factores de riesgo a los que estuvieron expuestos estos pacientes para adquirir la infección.

II.-FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

- 1.-¿Cuáles son las formas más frecuentes de presentación clínica en pacientes mayores de 50 años con infección por el VIH atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue desde Abril de 1998 a Abril del 2004?.
- 2.-¿Cuál es la frecuencia de exposición a los factores de riesgo relacionados con la infección por el VIH/SIDA a los que estuvieron expuestos estos pacientes?.
- 3.-¿Cuáles son las características epidemiológicas según estadios clínicos, asociadas a la infección por el VIH/SIDA en los pacientes mayores de 50 años con este diagnóstico?.
- 4.-Cuál es el estado nutricional, grado de anemia, tiempo de sobrevivida y causas de muerte en los diferentes estadios en estos pacientes?.

III.-JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

Ante la evidencia de que actualmente existen un número creciente de pacientes mayores de 50 años con infección por el VIH/SIDA, los que generalmente no son tamizados en forma regular por la prueba de ELISA para el VIH ya que los profesionales de la salud no

consideran aun este diagnóstico cuando examinan a estos pacientes, asimismo la existencia de pocos trabajos científicos similares en el Perú, justifican la realización de este estudio.

IV.-OBJETIVOS.

1.-OBJETIVO GENERAL:

a) Establecer la frecuencia y formas de presentación clínica de infección por el VIH en pacientes mayores de 50 años evaluados en los servicios de Medicina, Geriátrica, Infectología y Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue desde Abril de 1998 a Abril del 2004.

2.-OBJETIVOS ESPECIFICOS:

a) Establecer las características epidemiológicas y estadios clínicos asociadas a infección por el VIH/SIDA en pacientes mayores de 50 años de edad.

b) Determinar la frecuencia de exposición a los factores de riesgo a los que estuvieron expuestos los pacientes mayores de 50 años con infección por el VIH.

c) Establecer características de nutrición y anemia según parámetros clínicos y de laboratorio en estos pacientes.

d) Conocer el tiempo de sobrevida y las causas mas frecuentes de fallecimiento de los pacientes mayores de 50 años con infección por el VIH.

V.-MARCO TEÓRICO.

La infección por el VIH es una pandemia, se ha estimado que aproximadamente de 50 a 100 millones de individuos han sido infectados a nivel mundial hasta el 2000, así hasta junio de 1996 en los EEUU 548,102 casos de SIDA han sido reportados por el centro de control y prevención de la enfermedad, Atlanta, Ga; de aquellos, 343,000 han fallecido [1,4].

Desde que se identifico la epidemia, casi 19 millones de personas han muerto de SIDA[1].

En el Perú, según estadísticas del MINSA hasta setiembre del 2003 hay 27,282 personas con infección por el VIH, de los cuales 14,176 han sido reportados en la última etapa de la enfermedad llamada SIDA. El 70% se encuentran entre 20 a 30 años de edad y la principal causa de hospitalización es la Tuberculosis Pulmonar [2].

El curso clínico de la enfermedad por el VIH se divide en varias etapas: transmisión, infección primaria (Síndrome retroviral agudo), infección asintomático por el VIH (estadio A de los CDC), infección sintomática por el VIH (estadio B de los CDC), SIDA (estadio C de los CDC, células de CD4 < de 200 por mc) e infección avanzada por VIH (células de CD4 < de 50 por mc). El VIH se transmite a través del contacto con fluidos corporales infectados. La transmisión del VIH se divide en 3 grandes grupos: Sexual sin protección entre 75 a 85%, perinatal y por contacto con derivados de sangre infectados [1].

Hasta hace pocos años era excepcional comprobar en nuestro ambiente pacientes de edad avanzada infectados con el VIH, paulatinamente el cuadro demográfico ha ido cambiando, hasta llegar a involucrar pacientes de ambos sexos en la sexta, séptima u octava décadas de la vida infectados con dichos Virus [3].

El impacto a nivel mundial de la epidemia del SIDA en personas de 50 años a más han recibido relativamente baja consideración, excepto en EEUU, donde existe el interés en estos pacientes exclusivamente mayores que viven con SIDA o tengan factores de riesgo para adquirir la infección [24].

La infección por el VIH en adultos mayores presenta varias peculiaridades clínicas y epidemiológicas; el período de incubación y tiempo de supervivencia es muy corta, sobre todo en personas ancianas con diagnóstico establecido de SIDA, con la progresión de muchas enfermedades oportunistas en adultos mayores con infección por el VIH que es mucho más rápida que en pacientes jóvenes [4].

Los criterios de inclusión como punto de inicio para la discusión de infección por el VIH en adultos mayores de 50 años son; que históricamente han sido considerados como el grupo en donde “no existen factores de riesgo” para adquirir la infección, por lo tanto no se hacen diagnóstico oportuno y por consiguiente no reciben o fallan en el tratamiento, los estereotipos sociales y la limitación en la educación contribuyen a este problema [5,6,11].

La infección asociada con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en adultos mayores es un problema que se incrementa en las clínicas de cuidados. Muchas veces consideradas como enfermedad de los jóvenes, actualmente existen más del 10% de personas mayores de 50 años infectados por el VIH [6,10,11].

Muchos factores específicos en personas mayores de 50 años pueden incrementar la infección durante la actividad sexual, usualmente los adultos mayores no utilizan condones cuando tiene relaciones sexuales, por que el riesgo de embarazo es nulo, a esto contribuyen los cambios que ocurren en la vagina como la reducción de la lubricación y friabilidad, asimismo hay disminución de la función inmunitaria relacionada con la edad, la que hace que los adultos mayores sean más susceptibles a infección por el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual [4,8]. Varios factores en Adultos mayores pueden incrementar los riesgos para adquirir la infección por el VIH, estas incluyen cambios fisiológicos, actitudes, actividades y transfusiones sanguíneas [6].

Numerosos estudios encuentran como principal causa de transmisión del VIH a la actividad sexual, sobretodo las relaciones homosexuales, pero el porcentaje de causas no identificados se incrementa con la edad. Emlet notifico que 10% de 51 a 54 años son reportados como no identificados en 1995, mientras que 17% a partir de los 65 años de edad [5].

Otras condiciones que pueden observarse son; Cáncer (Linfoma no Hodking), Dermatológicos (Psoriasis, Kaposi), Hematológicos (Anemia, Trombocitopenia), Infecciones no Oportunistas

(Neumonía Bacteriana, Candidiasis Oral/esofágica y genital, Leucoplaquia oral, Virus Varicela Zoster), Infecciones Oportunistas (Tuberculosis, Neumonía por *Pneumocystis Carinii*, Citomegalovirus y toxoplasmosis) y Neurológicos (Neuropatía, Demencia). Existen enfermedades comórbidas que coexisten con la edad como Insuficiencia Cardíaca Congestiva, dolor por Artritis y Depresión que son bastante comunes, asimismo desnutrición y abandono social que pueden complicar la infección por el VIH. En 10-15% de pacientes con infección por el VIH ocurre Demencia por el VIH. Hay dificultad para distinguir entre Demencia de Alzheimer (condición comórbida asociada con la edad) y Demencia por el VIH por ello el Test del VIH es crucial [5,8].

El impacto de infección no reconocido, sobre su salud, curso clínico y su tratamiento necesita futuras evaluaciones y los programas de prevención y educación deben incluir a los ancianos y futuros estudios de seroprevalencia de HIV en esta población [9].

VI.-DISEÑO METODOLÓGICO.

1.-TIPO DE ESTUDIO

Se realizará un estudio descriptivo, retrospectivo de tipo serie de casos en un período de 6 años (desde Abril de 1998 a Abril del 2004) en pacientes con diagnóstico de infección por el VIH/SIDA.

2.-LUGAR DE ESTUDIO.

Se realizará en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, que fue creado en el año 1945. Es un Hospital de tercer nivel y centro de referencia de la zona Lima-Este. Cuenta con los servicios de Emergencia, Hospitalización y Consultorios externos en Medicina Interna, Geriátrica e Infectología, asimismo cuenta con un sistema de Estadística Informatizada donde se encuentra todos los registros de las Historias Clínicas de todos los pacientes atendidos en este Hospital.

3.- POBLACIÓN DE ESTUDIO:

a) CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

La población del presente estudio estará constituida por los pacientes mayores de 50 años de edad admitidos en los servicios de Medicina, Geriatria e Infectología, tanto en Consultorios Externos, Hospitalización y Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue desde Abril de 1998 a Abril del 2004, de ambos sexos que cuenten con una historia clínica y tengan el diagnóstico de infección por el VIH/SIDA establecido por una prueba de Elisa y/o Western Blot hecha en el Hospital.

b) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

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

4.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

En coordinación con el servicio de estadística se procederá a la búsqueda de aquellas historias clínicas de todos los pacientes mayores de 50 años, de ambos sexos con diagnóstico definitivo de infección por el VIH/SIDA, admitidos en los consultorios externos de Medicina, Geriatria e Infectología, Emergencia u Hospitalización del Hospital Nacional Hipólito Unanue desde Abril de 1998 a Abril del 2004. Luego se procederá a la búsqueda de todas aquellas historias clínicas que ingresaran al estudio. Se revisará la historia clínica de cada paciente en busca del diagnóstico planteado por el equipo de piso, luego se determinarán las características epidemiológicas, motivos de consulta, las formas de presentación clínica, los factores de riesgo a los que estuvieron expuestos, las características clínicas y de laboratorio determinando el grado de anemia y nutrición, asimismo la condición de egreso, número de fallecidos y las causas mas frecuentes de fallecimiento. Estos datos serán recolectados en una ficha clínica elaborada para dicho fin (Ficha de volcado de datos de las Historias Clínicas).

VII.-RECOLECCIÓN DE DATOS.

a) FUENTES:

1.- HISTORIA CLÍNICA.- Documento médico legal que contiene los datos de filiación, anamnesis y antecedentes, examen físico, exámenes de laboratorio, diagnósticos, plan de trabajo, tratamiento y condición de alta.

2.- PACIENTES.- Todas las personas mayores de 50 años admitidos en consultorios externos u hospitalización de los servicios de Medicina, Geriátrica, Infectología y Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue desde Abril de 1998 a Abril del 2004 y que cumplan con los criterios de inclusión al estudio.

b) INSTRUMENTOS:

Datos recogidos de las Historias Clínicas en una ficha clínica elaborada de todos los pacientes mayores de 50 años, de ambos sexos, con diagnóstico definitivo de infección por el VIH/SIDA desde Abril de 1998 a Abril del 2004, de la cual, previa identificación del paciente, se procederá al llenado de la ficha clínica de investigación.

VIII.- PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.

Se realizará una revisión crítica de los instrumentos de recolección de datos, con los datos obtenidos de ellos se desarrollará una base de datos pertinente que permita el análisis estadístico de los mismos, esto en el paquete estadístico SPSS 10.0. Estos datos serán procesados en una computadora Pentium IV.

IX.-DEFINICIONES OPERACIONALES.

1.-VIH/SIDA.

Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

2.-Adultos mayores con infección por el VIH/SIDA.

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

3.-Neumonía por *Pneumocystis Carinii*.

Se presentan con fiebre, dificultad respiratoria progresiva y tos sin expectoración, al examen físico; taquipnea, taquicardia y cianosis, en la auscultación pulmonar hay pocas alteraciones. En la gasometría arterial hay hipoxemia, aumento del GA-a y alcalosis respiratoria, asimismo hay cifras altas de lactato Deshidrogenasa (LDH) aunque no son específicas (21).

4.-Síndrome de Consumo.

Caracterizado por pérdida involuntaria de mas del 10% del peso corporal total acompañado de diarrea crónica, debilidad o fiebre, en ausencia de enfermedades intercurrentes u otras condiciones de infección por el VIH que expliquen esta pérdida (14).

5.- Síndrome consuntivo.

Se refiere a la pérdida de más del 10% del peso corporal total en igual o más de 30 días (21).

6.-Diarrea Crónica.

Es el aumento en la frecuencia, fluido y del volumen de las evacuaciones intestinales igual o mayor de 4 semanas de duración (21).

7.-Tuberculosis pulmonar.

se incluirá a todo paciente con diagnóstico de TBC pulmonar confirmado por hallazgo de BK(+) en el estudio directo de esputo y/o aspirado gástrico,cultivos (+) de esputo y/o aspirado gástrico (18,20).

8.-Tuberculosis extrapulmonar.

Se incluirá a todo paciente que tenga BK (+) y/o cultivo (+) hallado en cualquier otro fluido corporal, tejido, etc. En MEC TBC en el LCR encontramos hipoglucorraquia, hiperproteinorraquia y pleocitosis a predominio de mononucleares (18,20).

9.-Candidiasis.

Infección provocada por el hongo *Cándida Albicans*. Aparece como un exudado blanco, caseoso situado con frecuencia sobre una mucosa eritematosa en la porción posterior de la bucofaringe, paladar blando, borde gingival y esófago. El diagnóstico se hace por el examen directo con KOH, buscando las pseudohifas en el material obtenido en el raspado (21).

10.-Depresión.

Es la presencia de 5 o mas criterios de 8, que se mantienen durante un mínimo de 2 semanas, y debe estar presente un estado de ánimo deprimido y/o pérdida de interés por el placer, los otros criterios son: pérdida de peso significativo en ausencia de dieta, insomnio o hipersomnias, agitación o retardo psicomotor, cansancio o pérdida de energía, sensación de inutilidad o culpa excesiva, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse e ideas de muerte recurrentes (17).

11.-Encefalopatía por el VIH.

También llamada demencia asociada al VIH o complejo de demencia del SIDA, consiste en constelación de signos y síntomas de afectación al SNC. Las manifestaciones importantes son la disminución de la capacidad cognitiva, de concentrarse, mayor tendencia al olvido dificultad para la lectura o incapacidad creciente para realizar tareas complejas. Puede evaluarse objetivamente utilizando el mini examen del estado mental o de Folstein (MMSE), test de mayor validez y difusión internacional que evalúa la orientación, memoria, atención, capacidad para seguir órdenes orales y escritas, escritura espontánea y habilidades visuoespaciales, cuyo puntaje mayor es de 30 y el valor límite es de 26 (cifra utilizada

internacionalmente). Las técnicas de imagen del SNC, tanto la TAC como la RMN muestran a menudo atrofia cerebral, este último también ayuda a descubrir pequeñas áreas de hiperdensidad en las imágenes ponderales de T2. El LCR es más útil para diagnosticar o descartar infecciones oportunistas y en la encefalopatía por el VIH hay datos inespecíficos de aumento de células y proteínas (21).

12.-Leucoencefalopatía multifocal progresiva.

Presencia de áreas multifocales de desmielinización de tamaño muy variable y dispersa a lo largo del SNC. Habitualmente cursan con déficit visual en 45% y deterioro mental en 38%. El diagnóstico suele sugerirlo la RMN o TAC cerebral (21).

13.-Clasificación de estadios de infección por el VIH según CDC de 1993 (13,15). Tabla N° 1.

Tabla N° 1. Clasificación de los CDC de 1993

Sistemas de clasificación				Categoría clínica A	Categoría clínica B	Categoría clínica C
	Categorías clínicas			<ul style="list-style-type: none"> • Infección por VIH asintomático. • Linfadenopatía persistente generalizada. • Enfermedad por VIH aguda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomático. Condiciones no A o C. • Ejemplos incluyen pero no limitado a: <ul style="list-style-type: none"> • Angiomatosis bacilar. • Candidiasis vaginal: persistente más de 1 mes, pobre respuesta a tratamiento. • Candidiasis orofaríngea. • Displasia cervical severa o carcinoma in situ. • Signos constitucionales ejem. Fiebre (38.5%) o diarrea por > 1 mes. • Púrpura trombocitopénica idiopática. • Enfermedad pulmonar intersticial difusa. • Listeriosis. • Neuropatía periférica. • Herpes zoster. 	<ul style="list-style-type: none"> • Candidiasis esofágica, tráquea, bronquios. • Coccidiomicosis extrapulmonar. • Criptococosis extrapulmonar. • Cáncer cervical invasivo. • Criptosporidiosis crónica intestinal (>1 mes). • Retinitis por CMV o invasión de CMV en hígado, bazo, ganglios. • Encefalopatía por VIH. • Herpes simples con úlceras mucocutáneas > 1mes • Bronquitis, neumonía. • Sarcoma de Kaposi. • Isosporiasis crónica > 1mes. • Linfoma de Burkitt's inmunoblástica, primaria en cerebro. • <i>M. Avium</i> o <i>M. Kansasi</i> extrapulmonar. • <i>M. Tuberculosis</i> pulmonar o extrapulmonar. • Neumonía por <i>Pneumocystis carinii</i>. • Neumonía recurrente (> 2 episodios en un año). • Leucoencefalopatía multifocal progresiva. • Bacteremia recurrente por salmonella. • Toxoplasmosis cerebral. • Síndrome de consumo.
	A	B	C			
Categorías de	Infección asintomática	Sintomática	indicadoras			
Linfocitos CD4+	o LGP	no A o C	De SIDA			
(1) ≥ 500 cel/mm ³	A1	B1	C1			
(2) 200-499/mm ³	A2	B2	C2			
(3) < 200/mm ³	A3	B3	C3			

*En sombreado son indicadoras de estadio SIDA.

X.-PROPUESTA ADMINISTRATIVA

a) CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES (ver tabla N° 2):

1. -Revisión bibliográfica.
2. -Elaboración del protocolo.
3. -Recolección de datos.
4. -Procesamiento y análisis de los datos obtenidos.
5. -Elaboración del informe final.
6. -Publicación.

Tabla N° 2. - Cronograma de actividades.

Actividades											
1	_____										
2	_____										
3	_____				_____						
4	_____					_____					
5	_____								_____		
6	_____									_____	
Meses	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	

b) PRESUPUESTO (ver tabla N° 3):

Tabla N° 3. - Presupuesto.

Etapas del Estudio	Costo Unitario	Costo Subtotal
Diseño del proyecto		S/ 2400.00
Diseño (horas trabajadas / semana). Setiembre 2003 a Enero 2004 (8 hrs/sem) (160 hrs.)	S/ 15.00	
Ejecución		S/ 3600.00
Recolección de datos De Enero 2004 a Abril 2004 (15 hrs/sem) (240 hrs)	S/ 15.00	
Análisis estadístico	S/ 200.00	S/ 200.00
Análisis y discusión de resultados Abril 2004 a Mayo 2004 (15 hrs/sem) (120 hrs).	S/ 15.00	S/ 1800.00
Revisión por un experto	S/ 200.00	S/ 200.00
Publicación escrita (5 copias).	S/ 30.00	S/ 150.00
Logística (Internet, uso de computadora, impresora, copias, hojas, diskettes, pasajes, etc). (Costo mensual)	S/ 40.00	S/ 400.00
TOTAL		S/ 8750.00

XI.-RESULTADOS.

Se estudio 60 pacientes mayores de 50 años con infección por el VIH/SIDA diagnosticados por la prueba de Elisa y/o Western Blot desde Abril de 1998 a Abril del 2004, cuya presentación por grupo etáreo y sexo durante estos 6 años se muestra en la tabla N° 1 , según esto, nos permite notar el aumento progresivo año tras año de los pacientes varones mayores de 50 años infectados con el VIH, en cambio el número de mujeres varia de año en año, siendo mayor en los años 2003 a 2004.

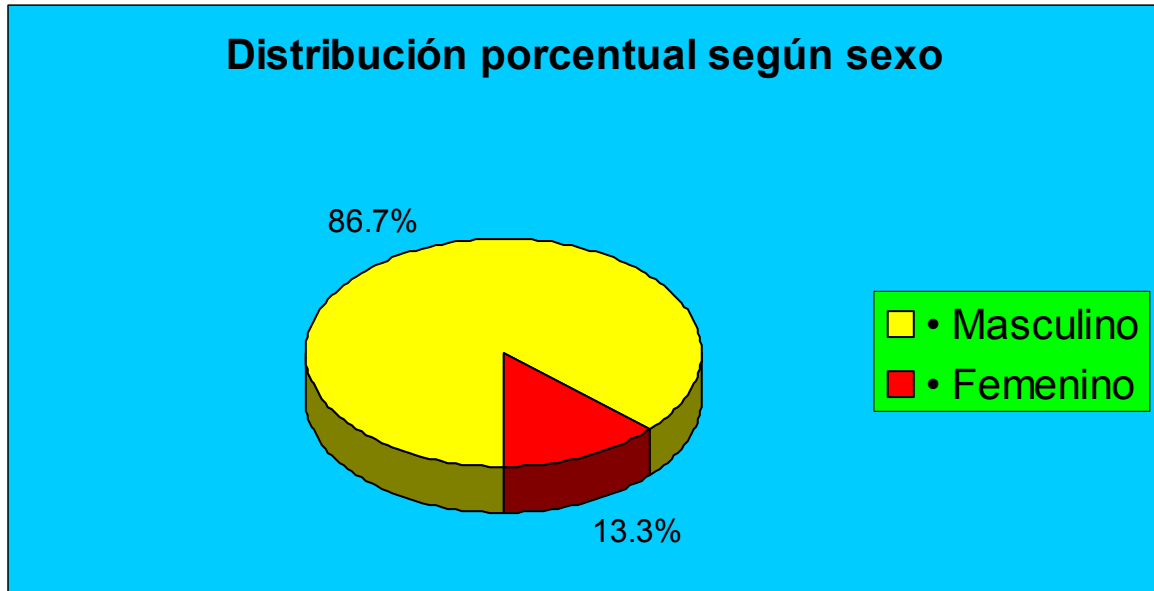
Tabla N° 1.-Número de pacientes mayores de 50 años con infección por el VIH atendidos en el H. N. H. U.* desde 1998 al 2004.

Edad y Sexo Años	50 – 59 años		60 – 69 años		70 años a más		Total
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
1998	05	....	01	....	....	01	07
1999	05	....	....	....	01	....	06
2000	04	....	02	....	....	....	06
2001	13	01	04	....	....	....	18
2002	04	01	04	01	01	....	11
2003	03	....	03	02	....	....	08
2004	01	....	01	02	....	....	04
Total	35	02	15	05	02	01	60

H. N. H. U.*: Hospital Nacional Hipólito Unanue.

De todos ellos, 52(86.7%) fueron varones y 08(13.3%) mujeres. Gráfico N° 1.

Gráfico N°1. Distribución porcentual según sexo de pacientes mayores de 50 años con Infección por el VIH atendidos en el H.N.H.U.



La edad fluctuó desde los 50 a 72 años de edad, con una media de 59.3 (DE: 6.4 años) con mayor frecuencia entre los 50 a 59 años con 37(61.7%). Según el estado civil fueron: casado / conviviente 32(53.3%), solteros 11(18.3%), viudo 10(16.7%) y divorciado / separado 06(10.0%); en ocupación fueron: desempleados 38(63.3%), y empleados 19(31.7%); según el grado de instrucción fueron: Primaria 34(56.7%), Secundaria 15(25.0%), Superior 04(6.7%) y Analfabetos 03(5.0%). Tabla N°2.

Tabla N° 2. Características epidemiológicas de pacientes mayores de 50 años con infección por el VIH atendidos en el H. N. H. U.

Epidemiología	N° (Total)	%	% Acumulado
SEXO			
• Masculino	52 (60)	86.7	86.7
• Femenino	08 (60)	13.3	100.0
EDAD			
• 50 - 59 años	37 (60)	61.7	61.7
• 60 - 69 años	20 (60)	33.3	95.0
• 70 a más	03 (60)	5.0	100.0
ESTADO CIVIL			
• Soltero	11 (60)	18.3	18.3
• Casado / Conviviente	32 (60)	53.3	71.7
• Divorciado / Separado	06 (60)	10.0	81.7
• Viudo	10 (60)	16.7	98.3
• No conocido	01 (60)	1.7	100.0
OCUPACIÓN			
• Empleado	19 (60)	31.7	31.7
• Desempleado	38 (60)	63.3	95.0
• No conocido	03 (60)	5.0	100.0
GRADO DE INSTRUCCIÓN			
• Sin Instrucción	03 (60)	5.0	5.0
• Primaria	34 (60)	56.7	61.7
• Secundaria	15 (60)	25.0	86.7
• Superior	04 (60)	6.7	93.3
• No conocido	04 (60)	6.7	100.0

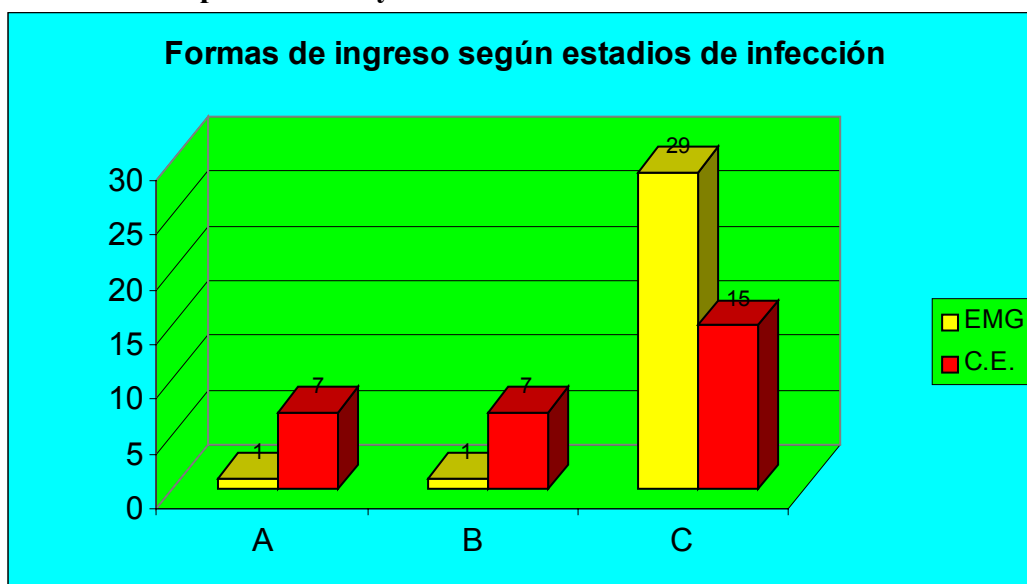
Conociendo la historia natural de la infección por el VIH, es evidente que estos pacientes contrajeron la infección pocos años antes de haberse detectado el virus en ellos.

Fueron catalogados según condiciones clínicas de acuerdo a lo establecido por la CDC de 1993, en lo siguiente: Categoría A 08(13.3%), Categoría B 08(13.3%) y Categoría C 44(73.4%). De ellos ingresaron por emergencia 31(51.6%) y consultorios externos 29(48.4%). Tabla N° 3 y gráfico N° 2.

Tabla N° 3.- Estadios según CDC de 1993 y formas de ingreso de pacientes mayores de 50 años con infección por el VIH atendidos en el H.N.H.U.

Estadio	A	B	C	Total N(%)
Forma de ingreso				
Emergencia	01	01	29	31(51.6)
C. Externo	07	07	15	29(48.4)
Total N(%)	08(13.3)	08(13.3)	44(73.4)	60(100)

Gráfico N° 2. Formas de ingreso según estadios infección por VIH de los pacientes mayores de 50 años atendidos en el H. N. H. U.



De los factores de riesgo asociados; fueron homosexuales 02(3.3%) y heterosexuales 50(83.3%). En 06(10.0%) pacientes no se pudo hallar estos datos en las historias clínicas. Dentro de los hábitos nocivos intercurrentes; encontramos el consumo de alcohol en 25(41.7%), consumo de drogas por vía oral 03(5.0%) asimismo al realizarse serología para VHB fue reactiva 01(10.0%) y para sífilis fueron reactivas 07(25.9%), tuvieron relaciones sexuales con prostitutas 05(8.3%) y múltiples parejas sexuales 14(23.3%). Recibieron transfusión sanguínea 06(10.0%) pacientes, pero en un período largo de años previos al diagnóstico, por lo que no estamos seguros si fueron contaminados con el VIH, y por ello no lo tomaremos como causa de infección en nuestro trabajo. Tabla N° 4.

Tabla N° 4. Factores de riesgo asociados para contraer infección por el VIH en pacientes mayores de 50 años atendidos en el H. N. H. U.

FACTORES DE RIESGO	N° (total)	%
HISTORIA SEXUAL		
• Homosexualidad	02 (60)	3.3
• Heterosexualidad	50 (60)	83.3
• Bisexualidad	02 (60)	3.3
• No conocido	06 (60)	10.0
HÁBITOS NOCIVOS		
• Consumo de Alcohol	25 (60)	41.7
• Consumo de Drogas	03 (60)	5.0
E. T. S. INTERCURRENTES		
• Hepatitis B	01 (10)*	10.0
• Hepatitis C	00 (04)*	0.0
• Sífilis	07 (27)*	25.9
OTROS		
• Transfusión sanguínea	06 (60)	10.0
• Relaciones sexuales con prostitutas	05 (60)	8.3
• Múltiples parejas sexuales	14 (60)	23.3

*Es el número total de pacientes a los que se le realizaron dichos exámenes.

Los motivos de consulta de los pacientes que acudieron a nuestro Hospital a ser evaluados por primera vez, agrupados según estadios de infección por el VIH, los que se detallan en la Tabla N° 5, fueron: Síndrome consuntivo 18(30.0%), Diarrea crónica 09(15.0%), etc., patologías que se presentan en estadios avanzados de la enfermedad y lo que se demuestra en nuestro estudio, pues la mayoría se encontraban en estadio B o C. Llama la atención que en 08(13.3%) pacientes, el mayor número de ellos se hallaban en estadio A, por lo que se encontraban asintomáticos y el diagnóstico se realizó por despistaje, pues estos pacientes iban a ser sometidos a intervención quirúrgica electiva (3 pacientes por hernia inguinal y umbilical, 2 por hipertrofia prostática y 1 por quiste hidatídico pulmonar, osteomielitis y obstrucción de la glándula parótida respectivamente) y el examen de Elisa para VIH es obligatorio en nuestro Hospital.

Tabla N° 5.- Motivos de consulta según estadios de infección por el VIH en pacientes mayores de 50 años atendidos en el H. N. H. U.

Motivos de Consulta	Estadio A	B	C	Total N(%)
Síndrome consuntivo	....	03	15	18(30.0)
Diarrea crónica	....	....	09	09(15.0)
Despistaje por preoperatorio	06	01	01	08(13.3)
Disnea/insuficiencia Respiratoria	....	....	05	05(8.3)
Descartar TBCP o reactivación TBCP	01	....	04	05(8.3)
Pareja de paciente con VIH	01	01	01	03(5.0)
Descartar TBC extrapulm. o sistémica	....	....	03	03(5.0)
Síndrome meníngeo	....	....	03	03(5.0)
Herpes zoster	....	02	01	03(5.0)
Absceso perineal	....	....	01	01(1.7)
Trastorno del sensorio	....	....	01	01(1.7)
dermatitis actínica/Piodermatitis	....	01	....	01(1.7)
Total N(%)	08(13.3)	08(13.3)	44(73.4)	60(100.0)

Teniendo en cuenta que un paciente se pudo haber presentado con uno o mas motivos de consulta y que luego del estudio clínico y de laboratorio correspondiente a que fueron sometidos, se concluyeron que las formas de presentación clínica con que acudieron se observa en la Tabla N°6, de estas, podemos señalar que la mayoría de ellos son indicadoras de SIDA, y esto es comprensible pues el mayor número de nuestros pacientes se encontraban en ese estadio y en esta condición eran susceptibles de ser infectados por gérmenes oportunistas. Las infecciones oportunistas mas frecuentes fueron: Candidiasis oral en 17(28.3%), neumonía por *Pneumocystis carinii* 07(11.6%), tuberculosis pulmonar 07(11.6%), tuberculosis extrapulmonar 07(11.6%), toxoplasmosis cerebral 03(5.0%) y criptococosis cerebral 01(1.7%). Teniendo en cuenta la exclusión de otras enfermedades mediante examen clínico y de laboratorio incluyendo TAC y/o RMN cerebral, con evaluaciones por el Médico Psiquiatra y Neurólogo se concluyeron que 05(8.3%) pacientes cursaron con depresión por el VIH y 04(6.6%) con demencia por el VIH. En tuberculosis extrapulmonar, la más frecuente fue la tuberculosis meníngea seguida de la tuberculosis miliar con 3 y 2 pacientes respectivamente.

Tabla 6.- Formas de presentación clínica con las que acudieron al Hospital los pacientes mayores de 50 años con infección por el VIH.

Formas de presentación clínica	N°(total)	%
Síndrome consuntivo	33(60)	55.0
Candidiasis oral	17(60)	28.3
Diarrea crónica	16(60)	26.6
Síndrome de consumo	13(60)	21.6
Neumonía por <i>Pneumocystis Carinii</i>	07(60)	11.7
Tuberculosis Pulmonar	07(60)	11.7
Tuberculosis Extrapulmonar*	07(60)	11.7
Depresión por el VIH	05(60)	8.3
Demencia por el VIH	04(60)	6.6
Candidiasis oral y esofágica	04(60)	6.6
Toxoplasmosis cerebral	03(60)	5.0
Criptococosis Cerebral	01(60)	1.7
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	01(60)	1.7

*TBC GI (1), MEC TBC (3), TBC Miliar (2) y TBC Pleural (1).

En cuanto al estado de nutrición según Índice de Masa Corporal (IMC) de estos pacientes, fueron evaluados 34(56.6%), encontrando que, en estadio C cursaron con; sobrepeso 04, normal 18, DEP GI 02, DEP GII 01 y DEP GIII 02 pacientes. Tabla N° 7 y Grafico N° 3.

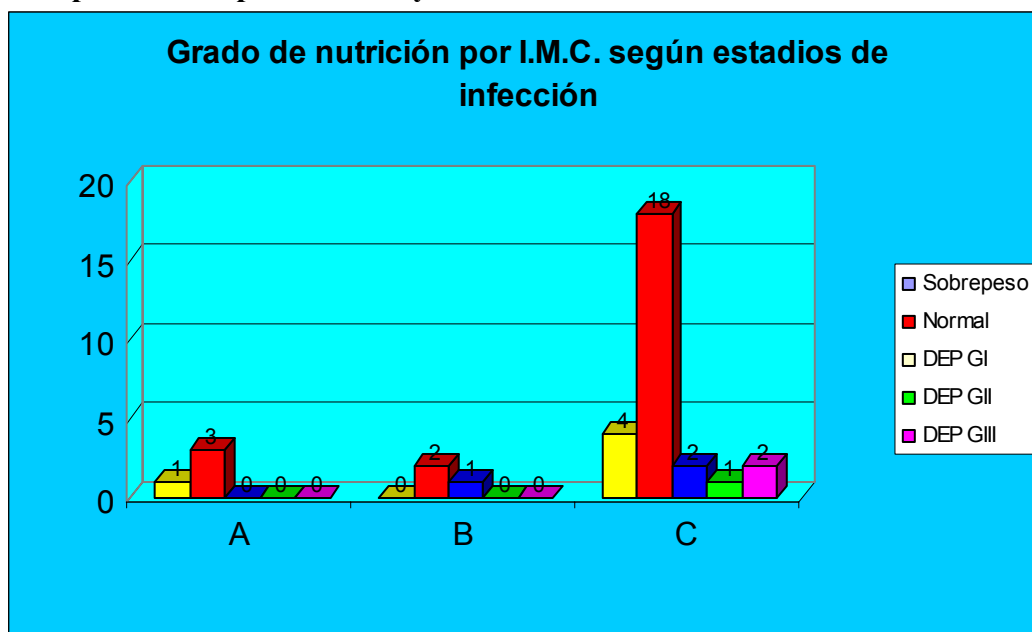
Tabla N° 7. Estado nutricional por I.M.C. según estadios de infección por el VIH en pacientes mayores de 50 años atendidos en el H. N. H. U.

Estadio I.M.C.	A	B	C	Total N(%)
Sobrepeso	01	....	04	05(14.7)
Normal	03	02	18	23(67.7)
DEP* GI**	....	01	02	03(8.8)
DEP GII	....	....	01	01(2.9)
DEP GIII	....	....	02	02(5.9)
Total N(%)	04(11.8)	03(8.8)	27(79.4)	34(100)

*DEP : Desnutrición Energético Proteica.

** GI: Grado I.

Gráfico N° 3. Grado de nutrición por I.M.C. según estadios de infección por VIH en pacientes mayores de 50 años atendidos en el H.N.H.U.



De los exámenes auxiliares realizados, se cuantifico la Hemoglobina (Hb) y el hematocrito (Hto) en 55(91.6%) pacientes, de los cuales cursaron con anemia 46(76.6%), siendo en el estadio A, leve en 03, moderado en 01 y severo en 01; en el estadio B, leve en 04, severo en 01, y en el estadio C leve en 26, moderado en 09 y severo en 01. Tabla N° 8.

Tabla N° 8.- Cuantificación de Hb según estadios de infección por VIH en pacientes mayores de 50 años atendidos en el H. N. H. U.

Estadio Hb	A		B		C		Total N(%)
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
Normal	....	02	01	01	04	01	09(16.4)
Anemia Leve	03	....	03	01	26	....	33(60.0)
Anemia Moderado	01	....	....	....	08	01	10(18.2)
Anemia Severa	01	....	....	01	01	....	03(5.4)
Total N(%)	05(9.0)	02(3.6)	04(7.3)	03(5.4)	39(71.0)	02(3.6)	55(100)

Asimismo se analizaron el VMC y HMC en 40 pacientes (66.6%), de los cuales; en estadio A fueron normocítica en 05; en estadio B, normocítica en 05 y en el estadio C macrocítica en 01, normocítica en 28 y microcítica en 01. Tabla N° 9.

Tabla N° 9.- Cuantificación de VMC y HMC según estadios de infección por VIH en pacientes mayores de 50 años atendidos en el H. N. H. U.

Estadio Tipos de anemia	A		B		C		Total N(%)
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
Macroscítica	....	....	....	....	01	....	01(2.5)
Normocítica	05	....	03	02	27	01	38(95.0)
Microcítica	....	....	....	....	01	....	01(2.5)
Total N(%)	05(12.5)	....	03(7.5)	02(5.0)	29(72.5)	01(2.5)	40(100)

Al término del presente trabajo fallecieron 29(48.3%) pacientes, 02 del estadio A, 01 del estadio B y 26 del estadio C. Como se deduce el mayor número se encontraban en el estadio C y el tiempo transcurrido desde su diagnóstico a la fecha de su deceso, fue < 1 mes en 14(46.2%) de los pacientes, como se observa en la Tabla N° 10.

Tabla N° 10.- Tiempo de sobrevivencia de pacientes mayores de 50 años según estadios de infección por el VIH atendidos en el H.N.H.U.

Estadios sobrevivencia en meses	A	B	C	Total N(%)
< 1	....	....	14	14(48.2)
1 – 6	01	01	06	08(27.7)
6 - 12	01	....	03	04(13.8)
12 - 18	....	....	02	02(6.9)
18 – 24	....	....	01	01(3.4)
Total	02(6.9)	01(3.4)	26(89.7)	29(100)

Entre las causas de muerte más frecuentes correlacionados con el estadio de infección en que se encontraban, fueron; sepsis severa en 12(41.4%), neumonía por *Pneumocystis carinii* 03(10.4%), meningitis por criptococo 03(10.4%), cáncer de útero 02(6.9%), trastorno hidroelectrolítico 01(3.4%), meningitis por tuberculosis 01(3.4%), meningitis por toxoplasmosis 02(6.9%), tuberculosis pulmonar 03(10.4%),etc. Tabla N° 11.

Tabla N° 11.- Causas de muerte en pacientes mayores de 50 años con infección por el VIH atendidos en el H. N. H. U.

Causas	N°(%)
Sepsis Severa	12(41.4)
Neumonía por <i>Pneumocystis carinii</i>	03(10.4)
Meningitis por <i>criptococo Neoformans</i>	03(10.4)
Tuberculosis Pulmonar	03(10.4)
Cáncer de útero	02(6.9)
Meningitis por <i>Toxoplasma Gondy</i>	02(6.9)
Trastorno Hidroelectrolítico	01(3.4)
Meningitis por <i>M. Tuberculosis</i>	01(3.4)
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	01(3.4)
Vasculitis	01(3.4)
Total N(%)	29(100)

XII.-DISCUSIÓN.

En el Perú, la infección por el VIH es una enfermedad de personas jóvenes y la mayor parte de ellos fallecen antes de los 40 años, sin embargo comprobamos que dicha infección comienza a comprometer individuos de ambos sexos en la quinta, sexta, séptima u octava década de la vida [3].

En la tabla N°1, comparando nuestro trabajo con otros realizados previamente, se observan que el género masculino es el mas afectado en los 3 trabajos, por encima del 80%, la explicación esta dada a que los hombres habitualmente buscan la compañía de personas del sexo opuesto fuera del hogar, con quienes mantiene relaciones sexuales y por razones culturales, económicas e ideológicas (la gran mayoría con instrucción primaria y desempleados) no utilizan preservativos. Asimismo se destaca que al momento de ser diagnosticados estos pacientes, la mayoría ya cumplían criterios para ser incluidos dentro del estadio C, esto debido a que los síntomas iniciales de infección por el VIH no son considerados como peligrosos por los pacientes ni los familiares e incluso cuando son evaluados por los médicos estos aun no consideran este diagnóstico por lo tanto no indagan sobre los factores de riesgo a los que estuvieron expuestos para infectarse por este virus.

Tabla N°1. Datos comparativos en sexo y estadio de Infección por el VIH en pacientes mayores de 50 años.

	Medalit Lucho Perú(3)	M. Salas España (7)	Huamani Perú
Género			
Masculino	143 (83.6%)	144(81.2%)	52(86.6%)
Femenino	24(16.4%)	31(18.8%)	08(13.4%)
Estadio			
A	08	.....	08
B	64	.....	08
C	74	.....	44
Total	147	165	60

Los datos personales de 147 pacientes mayores de 50 años con infección por VIH evaluados de 1992 al 2000 en el Hospital Nacional 2 de Mayo indicaron que; en ocupación fueron empleados 58(39.4%), vendedor ambulante 56(38.0%), desocupados 12(8.1%), en grado de instrucción tuvieron secundaria 52(35.3%), primaria 64(43.5%), analfabetos 07(4.7%), en estado civil fueron conviviente / casado 102(69.3%), solteros 07(4.7%), divorciados 19(12.9%) [3]. Nosotros coincidimos en grado de instrucción, con primaria 34(56.7%) y en estado civil con casado / conviviente con 32(53.3%) como primeras causas, a diferencia de ocupación, donde nosotros encontramos mayor número de desocupados con 38(63.3%).

Los modos de transmisión de infección del VIH en pacientes mayores de 50 años de nuestro hospital se comparan con otros trabajos realizados en el Perú y el extranjero. Tabla N° 2.

Tabla N° 2. Datos comparativos de modos de transmisión de infección por el VIH en pacientes mayores de 50 años.

	M. Salas (España)(7)	Moore (EEUU)(6)	Huamani (Perú)	Medalit Lucho (Perú)(3)
Heterosexual	69(41.8%)	24(15%)	50(83.3%)	142 (96.5%)
Homosexual	66(40.0%)	58(36%)	02(3.3%)	.....
Uso de drogas EV	01(0.6%)	30(19%)	00(0.0%)	.....
Post transfusión	07(4.2%)	03(2%)	.....	.....
Bisexuales	.....	.....	02(3.3%)	05 (3.5%)
Desconocido	20(12.0%)	.....	06(10.0%)	.....
Total	N : 165	N : 160	N : 60	N : 147

En esta Tabla, se muestra similitud con algunos autores en que, el primer modo de transmisión es a través de las relaciones heterosexuales, mientras que en otros, la homosexualidad es la primera causa. Asimismo existen otras formas de transmisión como son, el uso de drogas EV y las transfusiones sanguíneas, que en nuestro trabajo no se ha podido comprobar, haciendo hincapié en que estos datos no se indagaron profundamente en estos pacientes, por lo que en las historias clínicas en la mayoría de los casos se omiten estos datos, creemos conveniente que en estudios posteriores estos aspectos deben ser considerados

en aquellos pacientes con alto riesgo de estar infectado con el VIH, ya que existen trabajos realizados en otros países como en EEUU por ejemplo, donde se señala que la transfusión sanguínea durante el acto operatorio es la 2da causa de transmisión de estos virus [26]. Pero existen condiciones en nuestro medio que pueden incrementar el riesgo de infección, como la ingesta crónica de alcohol, relaciones sexuales con prostitutas sin protección y múltiples parejas sexuales. Asimismo existe un alto porcentaje de pacientes en los que no se ha podido conocer el modo de transmisión por que en las historias clínicas no se consignaron estos datos.

En relación a las formas de presentación clínica, comparamos los datos hallados en nuestro trabajo con otros realizados previamente por otros autores como se observa en la Tabla N° 3.

Tabla N° 3.- Comparación de formas de presentación clínica en pacientes mayores de 50 años con infección por el VIH.

	M. Salas (España)(7)	Craig R Sellers (EEUU)(5)	Huamani (Perú)
Síndrome consuntivo	.....	.....	33 (55.0%)
Candidiasis oral	.....	46 (22%)	17 (28.3%)
Diarrea crónica	.....	.....	16 (26.6%)
Síndrome de consumo	.....	57 (27%)	13 (21.6%)
Neumonía por Pneumocystis carinii	23 (14.1%)	90 (43%)	07 (11.7%)
Tuberculosis pulmonar	35 (21.2%)	.....	07 (11.7%)
Tuberculosis extrapulmonar	.....	.....	07 (11.7%)
Depresión por VIH	.....	.....	05 (8.3%)
Demencia por VIH	.....	44(21%)	04 (6.6%)
Linfoma no Hodking	14 (8.2%)	.....	.....
Sarcoma de Kaposi	35 (21.2%)	.....	.....
Total	N= 165	N = 210	N = 60

De ello podemos concluir que la mayoría de patologías que se observan esta tabla pueden fácilmente confundir a los médicos tratantes, pues la mayoría de ellos, pueden estar relacionados a otras enfermedades diferentes a la infección por el VIH, como por ejemplo; neoplasias, deficiencias nutricionales, procesos degenerativos, patologías endocrinas, etc, pero como se demuestra en este estudio es necesario tener presente como diagnóstico diferencial

esta infección, por lo tanto sería conveniente indagar sobre las conductas de riesgo a los que estuvieron expuestos. Asimismo aunque no hay datos comparativos en todas las formas de presentación, se puede concluir que existen infecciones oportunistas que se presentan con mayor frecuencia en estos pacientes, como candidiasis oral, neumonía por *Pneumocystis carinii*, tuberculosis pulmonar, etc.,.

Los pacientes adultos mayores presentan tasas de seroalbuminemia, con proteínas totales, transferrina, hemoglobina y recuento total de linfocitos bajos, por lo que la prevalencia de malnutrición global es elevada (51% de moderada a severa). Y el estado nutricional empeora con la edad y enfermedad crónica intercurrente [16]. La desnutrición, principal causa de inmunodeficiencia secundaria a nivel mundial, acabara presentándose indefectiblemente en los pacientes infectados por el VIH/SIDA, los trastornos nutricionales tienen origen multifactorial en estos pacientes [19]. Teniendo en cuenta los valores dados por la O.M.S. que consideran varios parámetros entre ellos el I.M.C., con lo cual clasifican el estado de nutrición de la siguiente manera; si es < 16 es desnutrición energético proteica (DEP) grado III, de 16 a 16.9 DEP GII, de 17 a 18.4 es DEP GII, de 18.5 a 24.9 normal, si es > 25 es sobrepeso, etc, [23,25]. Aplicamos a nuestros pacientes, hallando en las historias clínicas solo los datos de peso y talla de 34 pacientes, con lo que utilizamos la fórmula $\text{peso}/(\text{Talla})^2$ para obtener el I.M.C. resultando que 23(67.7%) con grado de nutrición normal y 06(17.6%) presentaron desnutrición, distribuidos en DEP GI 03, DEP GII 01 y DEP GIII 02 pacientes, esta diferencia en los resultados comparando con los hallados en otros estudios esta dado por que solo aplicamos la fórmula propuesta sin dosaje de proteínas totales, albúmina, transferrina, etc. Por otro lado, los datos obtenidos de las historias clínicas no son fidedignos, ya que habitualmente no se tallan ni pesan, por lo que en la mayoría de los casos estos datos solo son presuntivos.

Según la OMS se considera anemia cuando la Hb < 14mg/dl en adultos varones y < de 12 en mujeres adultas y según resultados de Hb se clasifican en: leve en varones adultos de 10 a 13.9mg/dl, en mujeres adultas de 10 a 11.9mg/dl, moderada de 8 a 9.9mg/dl y severa < de 8mg/dl para ambos sexos respectivamente [12]. En 100 pacientes evaluados, con infección por VIH en estadio SIDA, 60.0% presentaron anemia severa, 30.0% moderada y 10.0% leve, del total de estos fueron carencial en 70.0% (y de ellos, ferropénica 25.0%, carencial mixta en 30.0% y megaloblástica en 45.0%) y por enfermedad crónica 30.0% [12]. Nosotros obtuvimos datos de Hb / Hto en 55 pacientes de los cuales 46(76.6%) presentaron anemia, y fueron leve en 33(60.0%), moderado en 10(18.2%) y severo en 03(5.4%) pacientes. En 40 pacientes con anemia se cuantifico el VCM y HMC. Teniendo en cuenta, que es macrocítica si el VCM > 100 FL, normocítica si esta entre 80 a 100 FL y microcítica si es < 80 FL [22]. Obtuvimos anemia macrocítica 01(2.5%), normocítica 38(95.0%) y microcítica 01(2.5%) paciente. La diferencia con estos estudios radica en, que ellos corroboraron la anemia y los tipos de estas, con aspirado de medula ósea, dosaje de ferritina, vitamina B12 y ácido fólico, estudios que no se realizaron en los pacientes del presente estudio. Con respecto al VCM, nosotros obtuvimos un gran porcentaje de normocítica, y la explicación estaría dado por que la infección por VIH/SIDA como enfermedad crónica provoca anemia de este tipo, y sobre esta se añade anemia microcítica ya sea por falta de aporte o por pérdida, situación que no evidenciamos en nuestro trabajo.

En las personas de edad avanzada la inmunidad celular generalmente disminuye y decrece la actividad de las células T e Inmunoglobulina, y los cambios en el sistema inmunológico se deben a factores nutricionales y situacionales. Con ingesta baja en proteínas, calorías y la deficiencia de hierro contribuye alterando la actividad de las células T circulantes y la deficiencia de vitaminas alteran la inmunidad celular [5]. En los países desarrollados, el curso de la enfermedad han sido modificados considerablemente por el tratamiento antiretroviral

intensamente activo(HAART), de tal forma que la infección se ha transformado en una afección crónica [3]. En nuestro trabajo, el diagnóstico en la mayoría de los casos se realiza cuando el paciente se encuentra en fases terminales de la infección, aunado a ello esta el pobre acceso al tratamiento antiretroviral por múltiples razones, ya sea de índole económica, cultural, etc., por lo que el tiempo de sobrevida es corta. Nosotros encontramos que 29(48.3%) varones y 02(3.3%) mujeres se encontraban en estadio SIDA al momento de su primera evaluación. Medalit lucho y col. Encontraron que el 52.4% de los varones y 43.7% de las mujeres estaban en inmunodeficiencia severa en el momento que fueron entrevistados [3]. Del total de nuestros pacientes, 29(48.3%) fallecieron durante la realización del siguiente trabajo y las causas fueron sepsis severa, ya sea como complicación de neumonía bacteriana y/o infección del tracto urinario establecida en 12(41.3%), Neumonía por *Pneumocystis carinii* 03(10.3%), Tuberculosis meníngea 03(10.3%) y Tuberculosis pulmonar 03(10.3%) como principales causas. El mayor número de fallecidos fueron antes de los primeros 6 meses, con cerca del 50.0% durante el primer mes y de estos la mayoría se encontraba en estadio SIDA y ninguno de ellos llego a recibir tratamiento antiretroviral. Con esto se demuestra que el diagnóstico se realiza en etapas tardías agravadas por el pobre acceso al tratamiento.

XIII.-CONCLUSIONES.

- 1.-Implica la urgente necesidad de implementar preventivos controles en enfermedad de transmisión sexual y el VIH y que no solo abarque a los pacientes jóvenes, sino también a los adultos mayores y más aun en aquellos que están en riesgo de adquirir dichas enfermedades.
- 2.-la infección por el VIH/SIDA va aumentando progresivamente a nivel mundial, que no solo compromete a pacientes jóvenes y adultos jóvenes, actualmente abarca a pacientes adultos mayores, por lo que al momento de ser evaluados en los servicios de los hospitales a donde acuden por alguna afección, se debe indagar mas sobre esta enfermedad, mas aun en aquellos que estén en riesgo de adquirir la infección.
- 3.-La infección por el VIH/SIDA reduce considerablemente la expectativa de vida, a ello se suma que el diagnóstico habitualmente es tardío y la limitación al acceso de tratamiento antiretroviral intensamente activo (HAART).
- 4.-La infección por el VIH en individuos adultos presentan varias peculiaridades epidemiológicas y clínicas. El período de incubación y el tiempo de sobrevida es corta en los adultos mayores con SIDA y la progresión a infecciones oportunistas en estos pacientes pueden ser más rápidas que en pacientes jóvenes.
- 5.-En un paciente con infección por VIH las manifestaciones clínicas no constituyen buenos marcadores de progresión, por que aparecen muy tardíamente en el curso de la infección por VIH, cuando el compromiso inmunológico ya se ha establecido y por lo tanto solo se usan para documentar el estadio de la infección y como indicadoras de fracaso de la terapia antiretroviral.

6.-La infección por el VIH/SIDA en el adulto mayor es considerada “la gran imitadora”, por lo que pueden cursar con demencia confundiendo esta con enfermedad de Alzheimer’s u otras enfermedades crónicas, pero con una minuciosa evaluación clínica pueden distinguirse uno del otro.

7.- Amerita la realización de estudios posteriores, de tipo prospectivo indagando mas sobre los factores de riesgo (enfaticando en opción sexual, transfusiones sanguíneas, etc) a los que estuvieron expuestos los pacientes mayores de 50 años diagnosticados de infección por el VIH.

XIV.-BIBLIOGRAFÍA:

- 1.-Panorama general de las infecciones por el VIH. PDR 2003 1ra edición. Perú.
- 2.-ONG vía libre. Situación y respuesta al VIH/SIDA en el Perú. El SIDA no se discrimina. Diciembre 2003.
3. -Medalit Lucho y F. Raúl Jeri. Infección por el virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH) en la edad avanzada. Revista de Neuropsiquiatría. Marzo 2002 Vol. 65 No 1 Lima-Perú.
- 4.-Newcomer, Victor D. MD. Human immunodeficiency Virus Infection and Acquired Immunodeficiency Syndrome in the Elderly. Arch Dermatol, Vol 133(10) October 1997. 1311-1312.
- 5.-Craig R. Sellers, MS,RN,CS-ANP,ACRN; Mary C. Angerame,MS,RN,CS-ANP,ACRN,OCN. HIV/AIDS in older Adults: A case study and discussion AACN Clinical Issues Volume 13, Number 1, pp 5-21. 2002. AACN.
- 6.-Moore, Linda Weaver RN, PhD, CNS; Amburgey, Lisa Byron RN, MSN, CNOR. Older Adults and HIV. AORNJ. Volume 71 (4) april 2000. 873-876.
- 7.-M. Sala, J. Mallolas, E. Antón, M. Cervantes, B. Mari y colaboradores. Study of a cohort of 165 hiv-patients older than 50 years. XIV international AIDS conference. Barcelona, July 7-12 2002.
- 8.-Wipple, Beverly RN, PhD, FAAN; Scura, Kathleen Walsh RN, MS, GNPC. The overlooked Epidemic: HIV in Older Adults. Volume 96(2) February 1996 pp 23-28.
- 9.-El-Sadr, Wafaa MD, MPH; Gettler, James MD. Unrecognized Human Immunodeficiency Virus Infection in the Elderly. Volume 155(2) 23 January 1995 pp 184-186.
- 10.-Michael D. Greene, RN, MSN. Older HIV Patients Face Metabolic Complications. The Nurse Practitioner June 2003.

- 11.-George, Mike. Crisis of Silence. Nurs Stand. Volume 10 10. November 29-December 5, 1995. 20-21.
- 12.-Oscar Ruiz, David Díaz, Oscar Castillo, Rafael Reyes, Manuela Marangoni y colaboradores. Anemia carencial y SIDA. Anales de la facultad de medicina de la UNMSM. Vol. 64 N°4- 2003. Págs. 233-238.
- 13.-Héctor Manuel Díaz Torres, Ana Luisa Lubino Caballero. Definición de caso y clasificación de la infección por VIH y SIDA. Rev. Cubana Med. 1998(3):157-165.
- 14.-Gregg O. Coodley, MD, FACP, Barry D. Albertson, PhD. The HIV Wasting Syndrome. Current Treatment in Infections Diseases 2001, 3:147-156.
- 15.-Jay P. Sanford, MD, Merle A. Sande, MD y colab. GUIDE TO HIV/AIDS THERAPY . July 1995 – July 1996.
- 16.- C. Mias, P Jurchik, T. Massoni, M. sadurní, J.J. Aguilá y colaboradores. Evaluación del estado nutricional de los pacientes mayores atendidos en una unidad de hospitalización a domicilio. Hospital Universitario Arnau de Villanova. Nutri. Hosp.. 2003.
- 17.-Charles B. Nemeroff, Alan F Schatzberg. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psiquiátricos. 2001.
- 18.-Victorino Farga C. Tuberculosis. Ed. Publicación técnica mediterráneo limitada. 1992.
- 19.-Jaime Pajuelo Ramírez, Eduardo Ticona Chávez, Víctor Chávez Pérez, Jovita Silva Robledo, Martha Pastrana Poma. Estado nutricional en pacientes con VIH. Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna. Vol. 13 N° 2 2000.
- 20.-Milton D. Rossman, M.D. , Rob Roy Mac Gregor, M.D. Tuberculosis . Asistencia clínica y nuevos desafíos. 1996.
- 21.-Eugene Braunwald, MD, Stephen L. Hauser, MD, Anthony S. Fauci, MD, Dan L. Longo, MD, Dennis L. Kasper, MD y colaboradores. Harrison. Fundamentos de Medicina Interna. 15ava edición 2002.

- 22.-Ayalew Tefferi, MD. Anemia in Adults: A Contemporary Approach to Diagnosis. Mayo clin. Proc. 2003; 78 : 1274 – 1280.
- 23.-O.M.S. Nutrición el Estado Físico: Uso e interpretación de la antropometría. (extracto del informe de un comité de expertos de la OMS, 1995). Ginebra: O.M.S. 1995.
- 24.-Jhon Knodol, susan Watkins, and Mark Vanlandingham. AIDS and Older Persons. An International Perspective. Journal of acquired Immune Deficiency Syndromes. 33:S 153 – S 165. 2003.
- 25.- Miguel Gómez Vital y Daisy Zulueta Torres. Vigilancia alimentaria nutricional en hogares de ancianos. Rev Cubana Med Gen Integr 2001;17(6):526-31.
- 26.-Alderman, Charlotte. Blood Transfusión is major cause of HIV in older people. Nursing Standard. Volume 10(11) 6 december 1995. p 10.

XV.- ANEXO : FORMATO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS.

**FORMATO PARA RECOLECCION DE DATOS: INFECCION POR EL VIH EN ADULTOS
MAYORES DE 50 AÑOS**

I.-FILIACIÓN:

Nombres y Apellidos(Iniciales):.....N° H.C.:.....Edad:a.
Fecha de Nacimiento:...../...../..... Sexo F () M () Ocupación:
Estado civil: Soltero () Casado/conviviente () Viudo () divorciado/separado ()
Grado de instrucción: Analfabeto () Primaria () Secundaria () Superior ()
Domicilio(distrito):Teléfono:
Anamnesis: Directa () Indirecta () Directa + indirecta ().
1ra Evaluación en: Consultorio () Hospitalización () Emergencia ().
Servicio:..... Fecha...../...../.....
Condicion de alta: Fallecido () Causa:.....Vivo (). Fecha:...../...../.....
Fecha de recolección de datos:...../...../.....

II.-MÓTIVOS DE CONSULTA:

Tos: SI () Tiempo:.....NO ().
Expectoración: SI () Tipo:.....Tiempo:.....NO ().
Fiebre: SI () Tiempo:.....NO ().
Baja de Peso: SI () Cuanto:.....Tiempo:.....NO ().
Diarrea : SI ()Tiempo:.....NO ().
Disnea: SI () Grado:.....Tiempo:.....NO ().
Síndrome depresivo: SI () Tiempo:.....NO ().
Síndrome confusional agudo: SI ()Tiempo:..... NO ().
Demencia: SI () Tiempo:.....NO ().

III.-ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

TBCP:SI() NO(). CONTACTO TBC SI () N° Personas:.....NO ()
ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL:SI () Tipo:.....NO ().

HÀBITOS NOCIVOS:

ALCOHOL: SI () Tiempo:.....N°veces/sem.:.....Tipo de OH:.....NO ().
CIGARRILLOS: SI () N° cigarrillos/d:..... Tiempo:.....NO ().
DROGAS: SI () N° veces/sem:.....Tiempo:.....Tipo:.....NO ().

FACTORES DE RIESGO:

HOMOSEXUALIDAD: SI () N° de parejas:.....Uso de Preservativos:.....NO ().
HETEROSEXUALIDAD: SI () N° de parejas:.....Uso de preservativos.....NO ().
RELACIONES SEXUALES CON PROSTITUTAS: SI () N°..... NO ()
- SI TUVO RELACIONES CON PROSTITUTAS? USO PRESERVATIVOS: SI () NO ().
TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS: SI () Cuando y donde:.....NO ().

IV.- EXAMEN FÍSICO:

PA...../.....mmHg..FC.....x' FR.....x' T.....°C PESO:.....Kg TALLA:.....mts.
CIANOSIS SI () NO () TIRAJES SI () NO ()
LINFADENOPATIAS SI () Localización.....NO ().
CANDIDIASIS: SI () localización:..... .NO ().
APARATO RESPIRATORIO:.....
NEUROLÓGICO:.....
-Test de Folstein. SI () . Puntaje:..... NO ().

V.- EXAMENES DE LABORATORIO

HEMOGRAMA(Fecha:...../...../.....) Leuc..... Abast.....Eosin.....Linf.....
Hb/Hto...../.....VMC..... HCM.....VSG..... Plaq.....

AGA(Fecha:...../...../.....) Ph.....PCO2.....PO2.....HCO3.....SatO2.....

BIOQUÍMICO(Fecha:...../...../.....) LDH..... TSH.....

Vit. B12.....Acido fólico.....

LCR:.....

Líquido Pleural:.....

INMUNOLÓGICO: Elisa HIV: SI (): + () - () . **Fecha:**...../...../..... NO ().

Western Blot: SI (): + () - () . **Fecha:**...../...../..... NO ().

CD4: SI () Resultado:.....**Fecha:**...../...../..... NO ().

VDRL: SI (): + () - () .**Fecha:**...../...../.....NO ().

ADA:SI ()LÍQUIDO:.....Resultado:.....**Fecha:**...../...../.....NO ().

PPD SI (): Tamaño:..... **Fecha:**...../...../..... NO ().

HBsAg SI (): + () - () . **Fecha:**...../...../..... NO ().

HVC SI (): + () - () . **Fecha:**...../...../..... NO ().

OTROS: Giemsa en esputo: SI (): + () - () **Fecha:**...../...../..... NO ().

ESTUDIO BAAR (BK):

Esputo SI (): + () - () . NO () Aspirado gástrico SI (): + () - () . NO ().

Tejido (Bx o cirugía) SI (): + () - () . NO () cual?.....

LCR: SI (): + () - () . NO () . Líquido pleural: SI (): + () - () . NO ().

VI.-IMAGENES

TAC CEREBRAL. SI () NO (): Fecha:...../...../.....

Informe:.....

RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR CEREBRAL SI () NO (): Fecha:...../...../.....

Informe:.....

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX Normal () Alterado () Fecha:...../...../.....

- 1.Cavernas
- 2.Tractos fibrosos
- 3.Infiltrado alveolar
- 4.Infiltrado intersticial
- 5.Derrame pleural.
- 6.Diseminado / miliar.

D I

