

<http://rev.med.panacea.unica.edu.pe>

Rev méd panacea. 2013; 3(1): 19-23.

Recibido: 14 de Febrero del 2013 | Aceptado: 23 de Marzo del 2013 | Publicado: 30 de Abril del 2013

CONFLICTO DE INTERES: NO DECLARADOS

ARTÍCULO ORIGINAL

Características clínicas, epidemiológicas e inmunoserológicas de los pacientes en terapia antiretroviral de gran actividad en un hospital peruano

Alejandra Melissa Bonilla-Ruiz^{1,a}, Pierina Vilcapoma-Balbín^{1,a}

Facultad de Medicina, Universidad Nacional San Luis Gonzaga. Ica, Perú¹
Médico cirujano^a

Objetivo: Describir las características epidemiológicas, clínicas e inmunoserológicas de los pacientes en Tratamiento Antirretroviral de Gran Alcance (TARGA), de la Red Asistencial de EsSalud de Ica, en el año 2012. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo con los pacientes VIH(+) mayores de 18 años que recibieron TARGA en el Hospital III Augusto Hernández Mendoza, se recabó la información aplicando una entrevista personal y revisión de historias clínicas en consultorio externo. La muestra fue de 69 pacientes. Se realizó un análisis univariado utilizando el programa SPSS. **Resultados:** La relación hombre/mujer fue de 2/1, predominó el grupo de heterosexuales, el 74,60% inició tratamiento en estadio SIDA con una media de CD4 de 96,15 células/mL, el tiempo promedio de inicio de TARGA es de 6.5 meses a partir del diagnóstico, se encontró una frecuencia de 75,36% de efectos adversos al TARGA y una asociación significativa de estos al consumo de efavirenz ($p=0,001$); 53,62% de cambió de esquema y 63,77% lo interrumpió. La frecuencia de sífilis y VIH fue de 7,25%. **Conclusiones:** Existe un alto porcentaje de pacientes que inicia TARGA en estadio SIDA, el principal motivo de cambio de esquema fueron las reacciones adversas a medicamentos, siendo las náuseas y vómitos las más frecuentes. El uso de efavirenz se ha asociado a un aumento de efectos adversos. Es frecuente la presentación de ITS en pacientes con VIH.

Palabras clave: VIH/SIDA; Terapia antirretroviral de gran actividad. (fuente: DeCS BIREME).

Autor corresponsal: Alejandra Bonilla Ruiz . Correo electrónico: ameliss17@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El último reporte ONUSIDA revela que en total viven en el mundo 33,3 millones de ciudadanos con VIH (1). Se estima en 58,000 los fallecidos de SIDA en el 2009 (2). Según la Dirección General de Epidemiología (DGE), hasta el 31 de diciembre del 2009 se han reportado 39,890 casos de VIH y 25,636 casos de SIDA (3) en el Perú. La epidemia afecta principalmente a la población joven y pobre, de las ciudades más pobladas de la costa y de la selva (71% a Lima y 29% al resto del país) (4,5). En la Región Ica, durante el año 2009, se notificaron 22 casos de SIDA y 93 casos de VIH. En el periodo 1983 a 2009 se observa un acumulado de 785 casos de SIDA y 839 de VIH; siendo la mayor parte pacientes provenientes de las provincias de Ica y Chincha (6).

El VIH es el agente causal del SIDA (7). En la historia natural de este Lentivirus de la familia de los retrovirus (7,8); la fase aguda es el

periodo de tiempo entre la infección por el VIH y la detección de anticuerpos, que consiste en un cuadro tipo mononucleosis, donde el número y la capacidad funcional de los linfocitos CD4 descienden, pudiendo llegar a cifras de riesgo de enfermedad oportunista. Tras ello, se establece un período de equilibrio entre la respuesta inmune y el VIH, que puede durar hasta 10 años: la fase de infección crónica. La última fase, el SIDA, se define por la aparición de un evento oportunista en un paciente infectado por el VIH. Se acepta como criterio inmunológico de SIDA cuando el número de linfocitos CD4 desciende por debajo de 200 células/ μ l o su proporción es inferior al 14% (9,10). El TARGA modificó radicalmente la evolución de la infección, con una reducción espectacular de su morbimortalidad y una eficacia progresiva para controlar la replicación del VIH.

Según la OMS deberían iniciar TARGA, todos los adolescentes y adultos incluidas las gestantes con infección por VIH y CD4 \leq 350 células/mm³, independientemente de la sintomatología clínica. Aquellos pacientes con enfermedad clínicamente avanzada, pacientes coinfectados con TBC/VIH y los pacientes que necesiten tratamiento para la infección por VHB/VHC deberían iniciar TARGA sin importar su recuento de CD4 (11,12). Así mismo, tener especial cuidado con aquellos pacientes coinfectados con ITS/VIH, el más común: Sífilis.

A pesar de los avances en prevención y tratamiento, la infección por VIH/SIDA es un problema de salud pública, que constituye gran parte de la morbimortalidad del Perú, debido a su diagnóstico en fases tardías, la falta de información y la accesibilidad al tratamiento oportuno; ya que la progresión de la infección, el pronóstico de supervivencia y la adherencia al tratamiento se relacionan directamente con el grado de compromiso inmunológico al momento del diagnóstico (13).

Ante tales afirmaciones precisamos conocer más de cerca a nuestra población con VIH. Con el objetivo principal de describir sus características epidemiológicas, clínicas e inmunoserológicas. Así mismo; la evolución clínica e inmunológica de los pacientes en TARGA. Conocer la frecuencia de abandono de tratamiento, así como los efectos adversos asociados al tratamiento y determinar la frecuencia de co-infecciones por VIH con Sífilis, HTLV-1, VHC, y VHB.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, transversal con un componente retrospectivo. El

nivel de la investigación de este proyecto es descriptivo.

Al iniciar el 2012 se registraron 86 pacientes en el programa de VIH de la Red Asistencial de ESSALUD-Ica atendidos en el Hospital III Augusto Hernández Mendoza, a los cuales se añadieron 19 pacientes nuevos; que sumaron en total 110 atendidos durante todo el año. De ellos, 07 pacientes fallecieron en el transcurso del año, 05 eran menores de edad, 06 perdieron el seguro, 14 pacientes no pudieron completar sus fichas, 4 pacientes aún no iniciaban TARGA. Por lo cual se incluyeron en este estudio un total de 69 pacientes.

La técnica de recolección de datos que se utilizó fue la entrevista personalizada. Se elaboró un instrumento específico (cuestionario) con los datos requeridos, además de los ya existentes, la Historia Clínica, la ficha de seguimiento TARGA, la ficha de RENIEC y la ficha de notificación.

Se procesaron los datos realizando un análisis univariado empleando el paquete estadístico Statistical Program Social Science (SPSS) V.20 y Microsoft Office Excel 2007. Se controló la calidad de los datos mediante la revisión exhaustiva de los instrumentos por parte del asesor. Todos los pacientes fueron informados del estudio, y los objetivos que se buscan; dando su autorización para recabar la información.

RESULTADOS

Características Epidemiológicas:

De los 69 pacientes entrevistados el 66,67% (N=46) fueron hombres y el 33,33% (N=23) mujeres; 65,22% (N=45) se encuentra entre 30-49 años. La mediana de edad fue 37; el 60,87% (N=42) residían en la provincia de Ica, predominó el grado de instrucción Superior, con el 47,83% (N=33), no se encontró ningún analfabeto.

La opción sexual predominante fue heterosexual, con 71,02% (N=49); el 17,39% (N=12) homosexual y 11,59% (N=8) fue bisexual. El promedio de edad de inicio de relaciones sexuales fue de 17.2 años, siendo menor en los hombres (16.34 años) que en mujeres (18.95 años) y aún más bajo en hombres homosexuales (15.66 años). No se encontró diferencia significativa al asociar la opción sexual con la edad de inicio de relaciones sexuales ($p=NS$). El 81,16% (N=56) de los pacientes continuó teniendo relaciones sexuales después de su diagnóstico y de ellos el 67,86% (N=38) siempre usó condón. Se halló una asociación estadísticamente significativa ($p=0.047$) entre el sexo masculino y el tener sexo después del diagnóstico. El 68,12% consume alcohol y el 30,43% consume tabaco.

Características Clínicas

El promedio del IMC de un paciente que inicia TARGA es de 22.08Kg/m², se encontraron

Tabla 1. Características Sociodemográficas de pacientes en TARGA de la Red Asistencial de ESSALUD de Ica-2012

Variables	N	%
Sexo		
Hombre	46	66.67
Mujer	23	33.33
Grupo etario		
18-29 años	11	15.94
30-49 años	45	65.22
50-69 años	12	17.39
>=70 años	1	1.45
Lugar de Procedencia		
Ica	42	60.87
Chincha	13	18.84
Pisco	7	10.14
Nazca	4	5.80
Otros	3	4.35
Grado de Instrucción		
Primaria	5	7.25
Secundaria	31	44.92
Sup. Técnico	13	18.84
Sup. Universitario	20	28.99
Lugar de Vivienda		
Urbano	49	71.01
Rural	20	28.99
Ocupación		
Obrero de Fábrica	20	28.99
Empleados de Empresa	23	33.33
Ama de casa	11	15.94
Trabajador Independiente	7	10.14
Jubilado	6	8.70
Agricultor	2	2.90

Tabla 2. Datos de las Relaciones Sexuales y Hábitos nocivos de pacientes en TARGA de la Red Asistencial de ESSALUD de Ica-2012

Variable	N	%
Opción Sexual		
Heterosexual	49	71.01
Homosexual	12	17.39
Bisexual	8	11.59
Tuvo sexo después de Diagnóstico		
Sí	56	81.16
No	13	18.84
Uso de condón después de Diagnóstico		
Siempre	38	67.86
A veces	9	16.07
Nunca	9	16.07
Consumo alcohol		
Sí	47	68.12
No	22	31.88
Consumo tabaco		
Sí	21	30.43
No	48	69.57

al momento del cierre del estudio 42,02% (N=29) de pacientes con sobrepeso.

El promedio de tiempo que demoró un paciente del estudio en iniciar TARGA a partir de la fecha en la que fue diagnosticado fue de 6.5 meses. El 62,32% (N=43) inició TARGA por tener una condición clínica definitoria de SIDA,

31,88% (N=22) por tener recuento de CD4<200 u/L y 5,80% (N=4) por gestación.

La mayoría de los pacientes, 40,57% (N=28) inició TARGA en el estadio clínico C3, asimismo se halló que el 74,60% (N=47) inició tratamiento en estadio SIDA. Al momento del cierre del estudio: 24,63% (N=17) se encontraron asintomáticos y 20,28% (N=14) se encontraron en estadio SIDA. No se pudo hallar el estadiaje clínico de 6 pacientes por no contar con recuento de CD4.

El 62,31% (N=43) de los pacientes inició con el esquema 1: AZT+3TC+EFV; el 100% de pacientes recibía por lo menos tres antirretrovirales, ninguno se mantuvo con monoterapia o terapia doble.

El 53,62% (N=37) cambió de esquema en algún momento del tratamiento. De estos, la mayoría (37,84% N=14) por efectos adversos de los ARV; (29,73% N=11) lo hizo por presentar deterioro inmunológico; el 13,51% (N=5) por gestación, el 8,11% (N=3) por deterioro clínico, el 5,41% (N=2) por falta de medicamentos en la farmacia del HAHM, y el otro 5,41% (N=2) por abandono de tratamiento.

Tabla 3. Características clínicas de los pacientes en TARGA de la Red Asistencial de ESSALUD de Ica-2012

Variables	N	%
Grado de IMC basal		
<18.5	13	18.84
18.5-24.9	44	63.77
25-29.9	12	17.39
Grado de IMC actual		
<18.5	5	7.25
18.5-24.9	35	50.72
25-29.9	29	42.03
Estadio clínico basal		
A1	5	7.25
A2	6	8.70
A3	7	10.14
B1	4	5.80
B2	1	1.45
B3	1	1.45
C1	3	4.35
C2	8	11.59
C3	28	40.58

De los 69 pacientes, el 63,76% (N=44) interrumpió el TARGA en algún momento. La mediana de tiempo de interrupción es de 7 días, siendo más frecuentes los motivos personales (olvido y falta de adherencia): 54,55% (N=24). No se encontró nivel de asociación significativa entre el sexo, la opción sexual, lugar de vivienda y la interrupción del tratamiento ($p=NS$).

Del total de pacientes, el 75,36% (N=52) presentó efectos adversos al TARGA: de los cuales 61,54% (N=32) fueron digestivos, en su mayoría náuseas (N=24); el 44,23% (N=23) presentó efectos adversos emocionales y del sueño, el 53,85% (N=28) presentó efectos adversos neurológicos, el 36,54% (N=19) pre-

sentó efectos dérmicos de los cuales el predominante fue el rash.

Comorbilidades Post diagnóstico de VIH.

El 69,57% (N=48) presentó enfermedades posterior al diagnóstico de VIH; de los cuales, 75,00% (N=36) presentó alguna enfermedad relacionada con la inmunosupresión (candidiasis oral, candidiasis esofágica, Herpes Zoster, CMV, diarrea crónica y Pneumocistosis), 22,92% (N=11) presentó ITS (sífilis, herpes tipo 2 y gonorrea), 18,75% (N=9) presentó TBC pulmonar y 8,33% (N=4) TBC extrapulmonar.

El 47,82% (N=33) de los pacientes se han hospitalizado en algún momento desde su diagnóstico.

Tabla 3. Características del TARGA en los pacientes de la Red Asistencial de ESSALUD de Ica-2012

Variables	N	%
Motivo de Inicio de TARGA		
Condición Clínica definitoria de SIDA	43	62.32
CD4<200	22	31.88
Gestación	4	5.80
Cambio de Esquema de Tratamiento		
Sí	37	53.62
No	32	46.38
Motivo de Cambio de Esquema		
Efectos Adversos	14	37.84
Deterioro Inmunológico	11	29.73
Deterioro Clínico	3	8.11
Falta de Medicamentos	2	5.41
Abandono del Tratamiento	2	5.41
Otros	5	13.51
Ha interrumpido TARGA		
Sí	44	63.77
No	25	36.23
Motivo de Interrupción del TARGA		
Personales	24	54.55
Económicos	17	38.64
Efectos Adversos	3	6.81
Presento Efectos Adversos		
Sí	52	75.36
No	17	24.64
Efectos Adversos que presentó		
Digestivos	32	61.54
Emocionales y del Sueño	23	44.23
Neurológicos	28	53.85
Dérmicos	19	36.54
Hematológicos	10	19.23
Lipodistrofia	1	1.92

Características Inmuno-Serológicas:

El 89,85% (N=62) tuvo registro de recuento de CD4 basal al iniciar TARGA, con un promedio de 243 células/mL, de estos el 54,84% (N=34) tuvo recuento basal menor de 200 células/mL. El 91,30% (N=63) contó con recuento de CD4 al momento de cierre del estudio, con promedio de 400 células/mL; de los cuales el 76,19% tuvo un recuento de CD4 mayor a 200 células/mL

Tabla 5. Comorbilidades presentadas después del diagnóstico

Variable	N	%
Presentó enfermedades		
Sí	48	69.57
No	21	30.43
Enfermedades que presentó		
TBC pulmonar	9	18.75
TBC extrapulmonar	4	8.33
ITS	11	22.92
Enfermedades relacionadas al VIH	36	75.00
Otros	6	12.50
Fue hospitalizado		
sí	33	47.83
no	36	52.17
Número de hospitalizaciones		
1	24	72.73
2	4	12.12
más de 2	5	15.15
Recibió profilaxis con Isoniazida		
Sí	59	85.50
No	10	14.50
Recibió profilaxis con Cotrimoxazol		
Sí	54	78.26
No	15	21.74
Recibió profilaxis con Fluconazol		
Sí	13	18.84
No	56	81.16
Recibió profilaxis para Neumococo		
Sí	4	5.80
No	65	94.20

Tabla 6. Características Inmunoserológicas en los pacientes de la Red Asistencial de ESSALUD de Ica-2012

Variables	N	%
Número de controles de CD4 al año		
Ninguno	6	8.70
1	41	59.42
2	18	26.09
3	4	5.80
Categoría Inmunológica Basal		
<200 cel/mL	34	54.84
200-499 cel/mL	18	29.03
>500 cel/mL	10	16.13
Categoría Inmunológica Actual		
<200 cel/mL	15	23.81
200-499 cel/mL	32	50.79
>500 cel/mL	16	25.40
Serología positiva para Sífilis		
Sí	5	7.25
No	63	91.30
Serología positiva para VHB*		
Sí	3	4.35
No	65	94.20
Serología positiva para VHC†		
Sí	1	1.45
No	67	97.10
Serología positiva para HTLV-1		
Sí	1	1.45
No	67	97.10

* Virus de la Hepatitis B † Virus de la Hepatitis C

Según el valor de recuento de CD4 al momento del estudio se agrupó a los pacientes en tres categorías inmunológicas, encontrando-

se que el 50,79% (N=32) se encuentra en la categoría dos (CD4=200-499 células/L), el 25,40% (N=16) se encuentra en la categoría uno (CD4>=500 células/L) y el 23,81% (N=15) se encuentra en la categoría tres (CD4<200 células/L). El 78,26% (N=54) no tuvo registro de carga viral.

El 7,25% (N=5) tuvo la coinfección de VIH y sífilis, el 4,35% (N=3) estuvo coinfectado con VIH y Hepatitis B; el 1,45% (N=1) estuvo coinfectado con VIH y Hepatitis C; y el 1,45% (N=1) tuvo coinfección con HTLV-1.

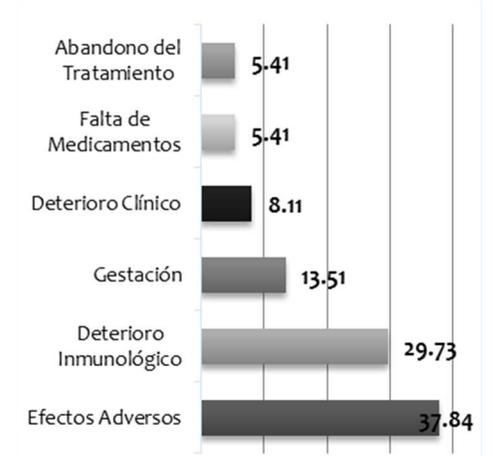


Figura 1. Motivo de cambio de esquema de tratamiento de pacientes de la Red Asistencial de ESSALUD de Ica-2012

DISCUSIÓN

La relación hombres/mujeres en nuestro estudio fue de 2/1, la mediana de edad de 37 años en contraste con la mediana de edad de los casos de VIH reportados en la última década, que fue de 31 años (5). Esto debido a que en nuestro estudio se han excluido menores de edad, lo cual constituye un sesgo de muestra. El 65,22% se encuentra entre 30-49 años, cifra cercana a la que encontró Astuvilca y cols. en el año 2007 con 57,80% de pacientes entre dicho rango de edad(13). 47,83% N=33 tuvo educación superior, en total contraste con el estudio de Bejarano en Huánuco en el que encontró que el 60% de los pacientes tenía grado de instrucción secundaria y sólo un 10% instrucción superior (16). Correlacionándose con el grado de instrucción de los pacientes asegurados.

La opción sexual que predomina en diversos estudios es la heterosexual, con 71,02%, es posible que muchos de los casos sean varones que se infectan por relaciones homosexuales y actualmente tienen una conducta heterosexual o han falseado información al momento de la entrevista.

La edad de inicio de las relaciones sexuales a nivel nacional es de 16.8 años según el INEI 2008, cifra menor pero muy cercana a la de nuestro estudio con 17.2 años (15). Se observa

que la tendencia por edad refleja un inicio sexual más precoz de las generaciones jóvenes en comparación con la edad promedio de inicio en las generaciones anteriores. El 81,16% de los pacientes mantuvieron relaciones sexuales post diagnóstico, y 83,93% de ellos usó condón; porcentaje más alto en comparación con el estudio de Bejarano el año 2006 en que el 60% de pacientes respondió que sí (16). A pesar de ser este un dato subjetivo, el alto porcentaje demuestra la buena respuesta de los pacientes concordante con su grado de instrucción alto.

La condición clínica definitiva de SIDA fue la principal condición para inicio de TARGA con un 62,32%, seguida por CD4<200cél/ml con 39,90%, cifra similar a la encontrada por Echevarría y cols. en el 2007 en Lima con 66% y 34%, respectivamente. Ambos resultados son semejantes a la de países en desarrollo donde la mayoría de los pacientes infectados acude a los hospitales en estadios avanzados de la enfermedad (17). Es de esperar que a medida que el TARGA cubra las necesidades de la población, se capten pacientes en estadios tempranos, sin signos severos de inmunosupresión.

El 74,60% (N=47) inició TARGA en estadio SIDA algo inferior al estudio realizado por Astuvilca y cols. en el año 2007 en el hospital Arzobispo Loayza en donde casi la totalidad de pacientes (95,20%) ingresaron al TARGA presentando estadio SIDA (3). Se debe recalcar que 8,69% (N=6) no tiene estadiaje clínico por no contar con recuento de CD4 basal debido a problemas administrativos. El esquema de tratamiento predominante en diversos estudios es el esquema uno. En nuestro estudio el 62,31% de los pacientes inició con AZT+3TC+EFV; (AZT: Zidovudina, 3TC: Lamivudina, EFV: Efavirenz) en contraposición con el estudio de Echevarría hecho en el Hospital Loayza, que tuvo como esquema inicial, en el 67% de sus pacientes, AZT+3TC+NVP (NVP: Nevirapina). Esta diferencia debido a que en el Seguro Social se tiene como fármaco de elección al EFV, a diferencia del MINSa que propone la NVP por su bajo costo y debido a que puede ser utilizado en gestantes (13).

El 63,76% (N=44) interrumpió el TARGA en algún momento y más de la mitad cambió de esquema de TARGA (53,62%), a diferencia del Estudio de Echevarría que arrojó un 31,90%; el motivo principal fueron los efectos adversos coincidiendo con Echevarría y otros estudios, seguidos por el deterioro inmunológico (17). Los efectos adversos se manifestaron en el 75,36% de los pacientes, cifra mayor a la encontrada en el Hospital Loayza el año 2007 (66,70%) (13). Pudo haberse sobreestimado reacciones adversas debido a la dificultad de discriminar dichas reacciones de las produci-

das por la enfermedad de fondo o por el uso de EFV, e nuestro caso. El principal efecto adverso hallado fue el digestivo con el 61,54% con predominio de náuseas. A diferencia de Astuvilca y Echevarría en las reacciones adversas más frecuentes fueron las hematológicas, con 23,40% y 24%, respectivamente (13,17). Se registró un solo caso de lipodistrofia y ningún caso de afectación renal, ya que estas suelen presentarse a largo plazo. El 75% presentó, posterior al diagnóstico, enfermedades relacionadas con la inmunosupresión al igual que el estudio realizado en Murcia el 2009, con 70,80% de frecuencia. Se encontró que la enfermedad concomitante más frecuente fue la TBC (pulmonar y extrapulmonar); al igual que lo declarado por Vera en España (18). El segundo lugar lo ocupan las ITS, con Herpes tipo 2 como el más frecuente (5,79%). Esto coincide con los otros autores, donde existe una estrecha relación entre los casos de infectados por VIH y las infecciones de transmisión sexual (10). El 47,83% de los pacientes se hospitalizó en algún momento desde el diagnóstico; cifra menor a la de Girón el 2007 con 32,90% (19).

El 89,85% tuvo registro del recuento de CD4 basal, cifra similar a la encontrada por Echevarría en Lima con 92% (17). El promedio de CD4 al iniciar TARGA fue de 243cél/mL, superior al promedio del mismo estudio con 98 células/mL. Teniendo el 54,84% CD4 <200cél/mL. Esta comparación nos indica que el estado inmunológico al iniciar tratamiento estuvo más afectado en aquellos atendidos en el MINSa; ya sea por la baja accesibilidad o captación tardía de pacientes por su sistema de salud. El 91,30% contó con CD4 al momento de cierre de estudio; de los cuales el 76,19% tuvo >200cél/mL, mayor al 64% de Echevarría (17). Sin embargo, ambos estudios reflejan un incremento del promedio de CD4 de la población de pacientes. El cual refleja la buena respuesta inmunológica de los pacientes al tratamiento.

Tenemos la alta frecuencia de la coinfección sífilis/VIH de 7,25%, comparado con el estudio de Gonzáles de 3,60% (10). Esta alta frecuencia puede haberse sobreestimado por no contar con pruebas treponémicas. La frecuencia de coinfección HTLV-1/VIH fue del 1,45%; cifra baja, en concordancia con un estudio Cubano con ningún HTLV-1(+) en una muestra de 121 pacientes con VIH. La cifra de 4,35% de coinfección VHB/VIH es muy inferior al de Vera (14%). La coinfección VHC/VIH fue de 1,45%; en total contraste con el 43% del mismo (18). Esta diferencia significativa se debió fundamentalmente a la mayor frecuencia de usuarios de drogas por vía parenteral en la población procedente de Europa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **ONUSIDA.** Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Informe anual: Uniendo al mundo contra el SIDA. 2010.
2. **ONUSIDA.** Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Estrategia Llegar a cero. 2011-2015. OMS; 2010.
3. **DGE/RENACE/MINSa.** Boletín Epidemiológico. Sem. Epid 50. 2009. 18(50):1
4. **DGE/RENACE/MINSa.** Boletín Epidemiológico. Sem. Epid 22. 2009. 21(22):1
5. **MINSa.** Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú 2006. [Citado: Mayo 2012] Disponible en : http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis19.pdf
6. **DIRESA-ICA.** Análisis de la Situación de Salud Región. Ica; 2009. [Citado: Marzo 2012] Disponible en: http://www.diresaica.gob.pe/images/stories/diresaica/asis/ASIS_ICA_2009.pdf
7. **Alcamí J, Coiras M.** Inmunopatogenia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Rev Med Esp Enf Infec y Microb Clín. 2011; 29(3):216-226.
8. **Delgado R.** Características virológicas del VIH. Rev Med Esp Enf Infec y Microb Clín. 2011; 29(1):58-65.
9. **Montero A, López A.** Infecciones por retrovirus. Infección por el VIH (I). Epidemiología, aspectos patogénicos y formas clínicas. Rev Med Medicine. 2010; 10(59):23-28.
10. **González R.** Factores De Riesgo Asociados A La Aparición De Casos De SIDA. [Tesis de Segunda Especialidad] Venezuela: Facultad de Ciencias Médicas Isla de la Juventud- 2007.
11. **OMS.** Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH en adultos y adolescentes. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. Suiza; 2010.
12. **Gilbert DN, Moellering RC, Eliopoulos GM, Saag MD, Chambers HF, editors.** Sanford Guide to HIV/AIDS Therapy 2009, 17th Edition.
13. **Astuvilca J, Arce-Villavicencio Y, Sotelo R, Quispe J, Guillén R, Peralta L, et al.** Incidencia y factores asociados con las reacciones adversas del tratamiento antirretroviral inicial en pacientes con VIH. Rev. Perú. Med Exp Salud Pública 2007; 24 (3): 218-24
14. **Tejada R, Alarcón J, Velásquez C, Gutiérrez C, Loarte C, Zunt J, Montano S.** Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad durante la gestación, periparto y postparto en mujeres VIH positivas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima-Perú. Rev peru epidemiol 2011; 15 (2) [7 pp.]
15. **INEI-UNFPA:** Perfil Sociodemográfico del Perú, Agosto 2008. [Citado Enero 2012] Disponible en <http://www.onu.org.pe/upload/documentos/INEI-Perfil-Sociodemografico-Peru.pdf>
16. **Bejarano C, Chaname G, Damaso B, Palacios E.** Factores de la adherencia de las personas que viven con VIH/SIDA que reciben esquema TARGA en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco. Serie de Informes Técnicos 2008; 75(1):1-82.
17. **Echevarría J, López de Castilla D, Iglesias D.** Efecto de la terapia antirretroviral de gran

actividad (TARGA) en pacientes enrolados en un Hospital Público en Lima-Perú. Rev Med Hered. 2007;18(4):184-191.

18. Vera F. Características clínicas y epidemiológicas diferenciales de la población inmigrante y autóctona con infección por el VIH en el área sanitaria de Cartagena, 1998-2008. [Tesis para Segunda Especialidad] España: Departamento de Medicina Interna. Universidad de Murcia, 2009.
19. Girón JM, Segura ER, Salazar V, Valverde R, Salazar X, Cáceres CF. Percepciones de las personas viviendo con VIH/SIDA sobre los servicios de salud y el tratamiento antirretroviral de gran actividad: un estudio transversal en cinco ciudades del Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2007;24(3):211-7.

FINANCIAMIENTO: Autofinanciado

AGRADECIMIENTOS: Al Dr. Hugo Arroyo Hernández, por su ayuda profesional desinteresada y a nuestros pacientes por su colaboración y aprecio.

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA: AMBR y PVB participaron en el diseño del estudio, el análisis de los datos, revisaron críticamente el artículo y aprobaron la versión final.

Clinical, epidemiological characteristics and immunoserológicas of the patients in highly active antiretroviral therapy in a Peruvian hospital

Objective: To describe the epidemiological, clinical and immunoserological of patients on highly active antiretroviral therapy (HAART), the EsSalud Care Network of Ica, in 2012. **Materials and Methods:** An observational, transversal and descriptive study with HIV (+) patients over 18 years who received HAART at Hospital III Augusto Hernandez Mendoza, information was collected using a personal interview and review of medical records in office external. The sample consisted of 69 patients. Univariate analysis was performed using SPSS. **Results:** The male / female ratio was 2/1, the predominant group of heterosexuals, 74.60% in stage AIDS treatment started with an average of 96.15 CD4 cells/mL, the median time to onset of HAART is of 6.5 months from diagnosis, there was a 75.36% rate of adverse effects to HAART and a significant association of these consumption efavirenz ($p = 0.001$), 53.62% of schema change and 63.77 % interrupted. The frequency of syphilis and HIV was 7.25%. **Conclusions:** A high percentage of patients who started HAART in AIDS stage, the main reason for schema change were adverse drug reactions, nausea and vomiting being the most common. The use of efavirenz has been associated with an increased side effects. Often the presentation of STIs in HIV patients.

Key words: HIV; AIDS Serodiagnosis; Antiretroviral Therapy, Highly Active. (source: MeSH NLM)

CITA.

Bonilla-Ruiz AM, Vilcapoma-Balbín P. Características clínicas, epidemiológicas e inmunoserológicas de los pacientes en terapia antirretroviral de gran actividad en un hospital peruano. Rev méd panacea.2013; 3 (1):19-23.