

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Facultad de Medicina Humana Programa Profesional de Medicina Humana



TITULO:

“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS
EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON VIH/SIDA
CON Y SIN MANIFESTACIONES CUTÁNEAS EN EL
HOSPITAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2008-
2013”

Autor:

Murillo Herrera, Andrés

Para obtener el título profesional de
Médico Cirujano

Arequipa- Perú

2015

DEDICATORIA

A mi familia, personas importantes en mi vida, que siempre estuvieron listas para brindarme toda su ayuda, ahora me toca regresar un poquito de todo lo inmenso que me han otorgado. Con todo mi cariño esta tesis se las dedico a ustedes.

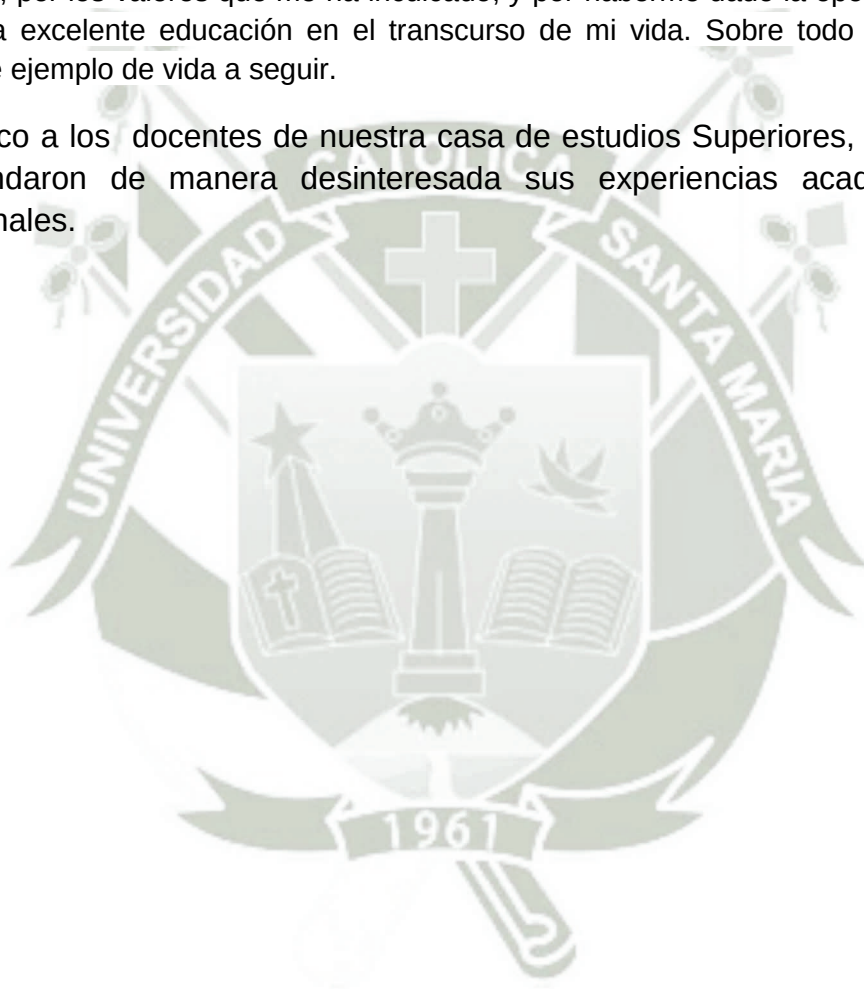


AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

Le doy las gracias a madre, pilare importante en mi vida, por apoyarme en todo momento, por los valores que me ha inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida. Sobre todo por ser un excelente ejemplo de vida a seguir.

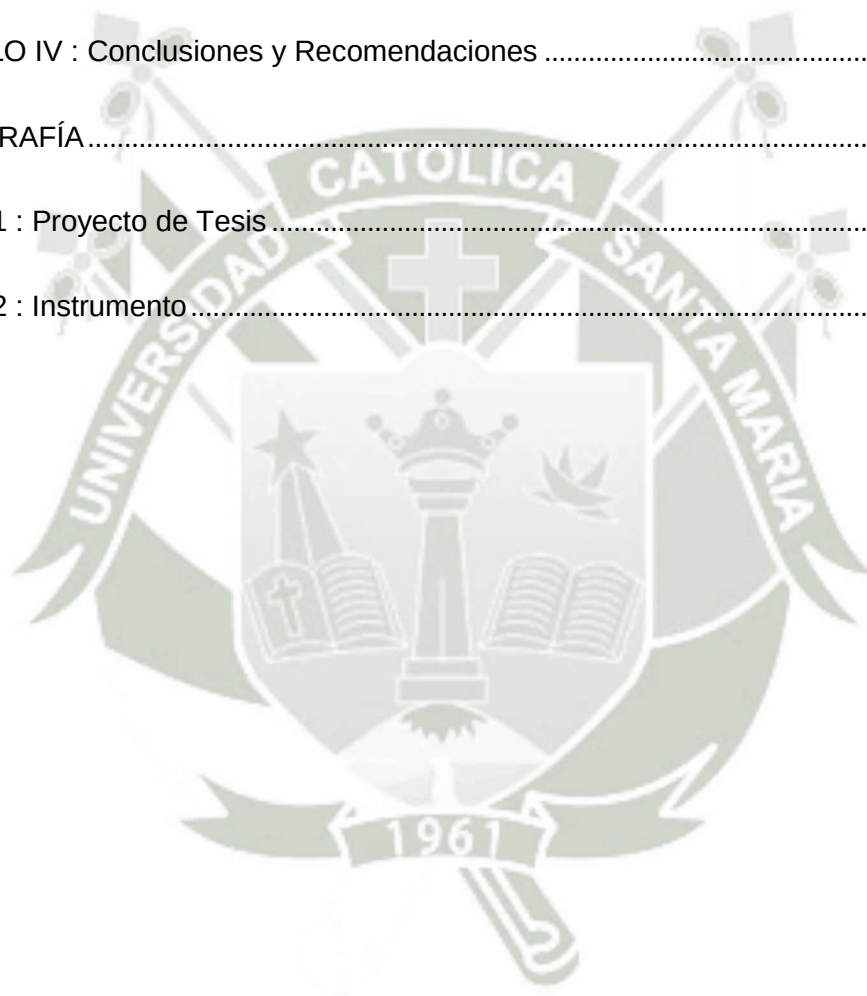
Agradezco a los docentes de nuestra casa de estudios Superiores, los cuales nos brindaron de manera desinteresada sus experiencias académicas y profesionales.



INDICE GENERAL

Contenido

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPITULO I : Materiales y Metodos	4
CAPITULO II : Resultados	9
CAPITULO III : Discusion.....	20
CAPITULO IV : Conclusiones y Recomendaciones	26
BIBLIOGRAFÍA.....	29
ANEXO 1 : Proyecto de Tesis.....	36
ANEXO 2 : Instrumento.....	78



RESUMEN

El **objetivo** del presente trabajo fue determinar las características epidemiológicas y clínicas en pacientes hospitalizados con VIH / SIDA con y sin manifestaciones cutáneas en el Hospital Honorio Delgado en la ciudad de Arequipa durante el periodo 2008 – 2013.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo y observacional, en pacientes con VIH/SIDA con o sin manifestaciones cutáneas.

Resultados: Se recolectó información de 80 historias clínicas, 50% con manifestaciones cutáneas y 50% que no las presentaban. 35% de los pacientes tuvo entre 30 a 39 años, 55% eran del sexo masculino, 85% procedían de una zona urbana. 54% no presentaba comorbilidades, 21% hipertensión arterial, 19% tuberculosis y 6% diabetes mellitus tipo II. El 40% tuvo por motivo de hospitalización alguna patología pulmonar y 15% por patología digestiva. Respecto a las manifestaciones cutáneas 72.5% fueron infecciosas de las cuales 19.6% era condiloma acuminado, 13.7% herpes zoster, 11.8% herpes labial, 9.8% molusco contagioso, 9.8% tiña pedis, 3.9% escabiosis, 2% esporotricosis cutánea y 2% verrugas cutáneas. El 17.6% de pacientes tuvieron afecciones eritemato-escamosas dentro de ellas se encontraron eritema multiforme en 11.8% y dermatitis seborreica en 5.9%, dentro de las alérgicas la urticaria correspondió a un 3.9% y en tumorales el sarcoma de Kaposi en 2%.

Conclusiones: Las manifestaciones cutáneas infecciosas son las más frecuentes seguidas de las eritemato-escamosas.

Palabras clave: VIH, SIDA, manifestaciones cutáneas, Hospital Honorio Delgado

ABSTRACT

The **objective** of this study was to determine the epidemiological and clinical characteristics in hospitalized patients with HIV / AIDS with and without cutaneous manifestations in Honorio Delgado Hospital in the city of Arequipa during the period 2008-2013.

Materials and Methods: A retrospective, observational descriptive study, in patients with HIV / AIDS with or without cutaneous manifestations.

Results: Information was gathered from 80 medical histories, 50 % with cutaneous manifestations and 50 % without them. 35 % of patients had between 30-39 years old, 55 % were male, 85 % were from an urban area. 54 % had no comorbidities, 21 % hypertension, 19 % tuberculosis and 6 % type II diabetes mellitus. 40% had for reason of hospitalization a pulmonary disease and 12 % a gastrointestinal pathology. Regarding the cutaneous manifestations 72.5 % were infectious of which 19.6 % were condyloma acuminata, herpes zoster in 13.7%, 9.8 % molluscum contagiosum, 9.8 % tinea pedis, 3.9 % scabies, 2 % cutaneous sporotrichosis and 2 % skin warts. 17.6 % of patients had erythematous-squamous conditions within them erythema multiforme was found in 11.8 % and in 5.9 % seborrheic dermatitis, finally in allergic affections urticaria corresponded to 3.9 % and in the tumoral ones Kaposi's sarcoma represented the 2%.

Conclusions: Infectious cutaneous manifestations are the most common followed by erythematous-squamous.

Keywords: HIV, AIDS, skin manifestations, Honorio Delgado Hospital

INTRODUCCIÓN

Las condiciones dermatológicas son comunes en todas las etapas por la infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Las enfermedades dermatológicas representan una buena oportunidad para el diagnóstico precoz del VIH, para lo cual es de gran importancia que la piel se observe regularmente en estos pacientes y se practique en ellos un examen físico sencillo por parte del personal de salud. Por otra parte siempre deben considerarse otras comorbilidades de la patología de fondo.

Algunas de las enfermedades de la piel y las mucosas son sumamente orientadoras de la infección al VIH por sus características clínicas. El incremento de estas manifestaciones actualmente muestra que el desorden no solo está asociado a un diagnóstico de enfermedad terminal, sino que podría ocurrir en estadios tempranos de la infección por el virus.

El objetivo del presente trabajo es describir las características epidemiológicas y clínicas en pacientes hospitalizados con VIH/SIDA con y sin manifestaciones cutáneas en el Hospital Honorio Delgado en la ciudad de Arequipa durante el periodo 2008 – 2013.

Esta tesis se divide en 4 capítulos: el primer capítulo nos muestra la muestra y la metodología utilizada, en el segundo capítulo se exponen los resultados obtenidos del estudio, en el siguiente se presenta la discusión y finalmente en el último, el cuarto se exponen las conclusiones y recomendaciones.



CAPITULO I

MATERIALES Y MÉTODOS

MATERIALES Y MÉTODOS

1. Técnicas, Instrumentos y Materiales de Verificación

- **Técnicas:** Revisión documentaria
- **Instrumentos**
 - Ficha de recolección de datos (anexo 1)
- **Materiales de Verificación**
 - Ficha de recolección datos
 - Material de escritorio.
 - Computadora portátil.
 - Sistema Operativo Windows 8.
 - Paquete Office 2013 para Windows.
 - Programa SPSS v.18 para Windows.

2. Campo de Verificación:

2.1 Ubicación Espacial:

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, ubicado en el cercado de la ciudad de Arequipa.

2.2 Ubicación Temporal:

La información recolectada fue correspondiente al periodo comprendido entre el 1ro de Julio del 2008 al 30 de Junio del 2013.

2.3 Unidades de Estudio:

Las unidades de estudio fueron conformadas por las historias clínicas

2.4 Población:

Todas los pacientes con VIH/SIDA que fueron hospitalizados durante el periodo de tiempo indicado.

2.5 Muestra y Muestreo

Dado el diseño del estudio, se utilizó la fórmula de tamaño muestral para una población finita o conocida:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * S^2}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * S^2}$$

Dónde:

N= Tamaño de la población: 700

α = Error tipo I: 0.05

$1 - \alpha/2$ = Nivel de Confianza a dos colas: 0.95

$Z_{1-\alpha/2}$ = Valor tipificado: 2.58

s= Desviación estándar: 1.2

s^2 =Varianza: 1.44

d= Precisión: 0.25

Tamaño muestral: 78.67

3. Criterios de Selección

3.1 Criterios de Inclusión

- Historia clínica de paciente con diagnóstico de VIH confirmado.
- Historia clínica de paciente que tenga como motivo de hospitalización alguna complicación por el VIH/SIDA.
- Historia clínica que se encontró completa durante el proceso de hospitalización.

3.2 Criterios de Exclusión

- Historia clínica con diagnóstico de VIH/SIDA no confirmatorio.

- Historia clínica con motivo de hospitalización ajeno a una complicación de VIH/SIDA, ejemplo: traumatismos, psiquiátricos, entre otros.

4. Estrategia de Recolección de Datos

4.1. Organización

Aprobado el proyecto de tesis por la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, se solicitara autorización a la dirección del Hospital Honorio Delgado, así como el listado de pacientes que ingresaron con VIH/SIDA durante el periodo de tiempo indicado para así revisar las historias clínicas correspondientes, se identificarán a los pacientes que cumplan con los criterios de selección y se procederá a realizar la aleatorización en ellos para así obtener el tamaño de muestra final. Una vez recolectada toda la información en las fichas, se procederá a pasarla a una base de datos en el programa Microsoft Excel 2013, para su posterior análisis, así mismo se utilizará el programa SPSS v.18 para la estadística analítica.

5. Recursos

5.1 Recursos Humanos

Autor: Andrés Murillo Herrera, bachiller egresado de la facultad de medicina humana de la UCSM.

Asesor: Dr. Aldo López Ticona, medico asistente del departamento de medicina interna del HRHD.

5.2 Recursos Físicos

- Fichas impresas de recolección de datos
- Computadora portátil con sistema operativo Windows 8, paquete Office 2013 y paquete estadístico SPSS v.18
- Material de escritorio

5.3 Recursos Financieros

- Recursos del propio autor

6. Validación de los instrumentos

La ficha de recolección de datos generales no requiere de validación.

7. A nivel de la recolección

Las fichas de recolección de datos se manejarán de manera anónima, protegiendo la identidad del participante. Esto avalado por la aprobación del Comité de Ética.

8. A nivel de la sistematización

La información obtenida de las encuestas se procesará en una base de datos creada en el programa Microsoft Excel 2013, y posteriormente pasadas al paquete estadístico SPSS v.18 donde se realizará el análisis correspondiente.

9. A nivel de estudio de datos

La descripción de las variables categóricas se presentará en cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes categorizados.

Para las asociaciones se usará la prueba Chi cuadrado, considerando un nivel de confianza del 95%. Las pruebas estadísticas se considerarán significativas al tener un $p < 0,05$.



CAPITULO II RESULTADOS

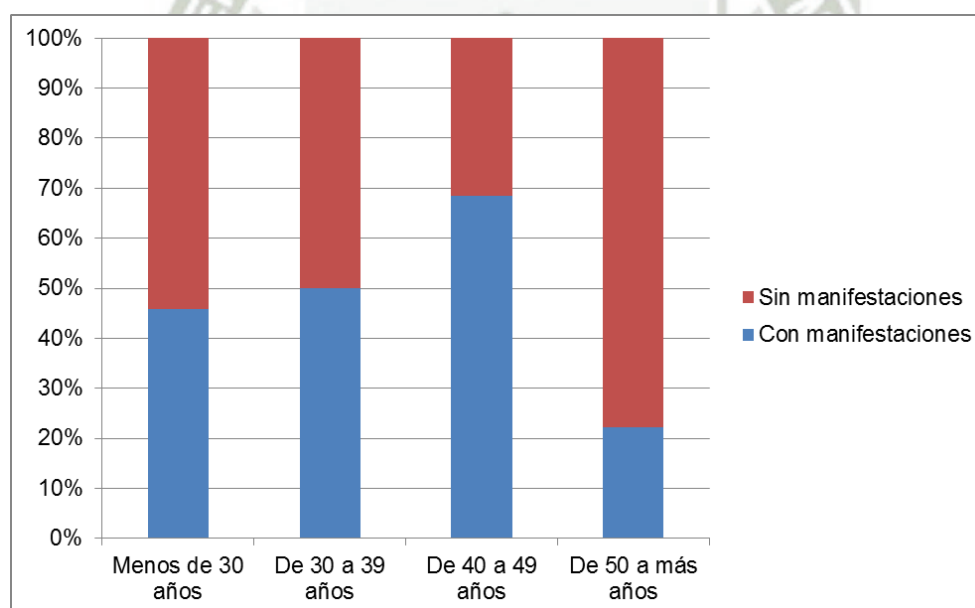
**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS CON VIH/SIDA CON Y SIN MANIFESTACIONES
CUTÁNEAS EN EL HOSPITAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2008-2013”**

Tabla 1. Características epidemiológicas: Edad

Edad	Con Manifestaciones	Sin manifestaciones	Total
Menos de 30 años	11 (27.5%)	13 (32.5%)	24 (30%)
De 30 a 39 años	14 (35%)	14 (35%)	28 (35%)
De 40 a 49 años	13 (32.5%)	6 (15%)	19 (24%)
De 50 a más años	2 (5%)	7 (17.5%)	9 (11%)
Total	40 (100%)	40 (100%)	80 (100%)

Chi cuadrado: 5.523
p >0.05

Figura 1. Características epidemiológicas: Edad



La mayoría de pacientes se encontraba en el grupo etáreo entre 30 y 39 años (28 de 80), Así como la mayoría de pacientes en ambos grupos (con y sin manifestaciones cutáneas) se encontraba también entre 30 a 39 años. No se encontró relación estadística significativa entre la edad y las manifestaciones cutáneas.

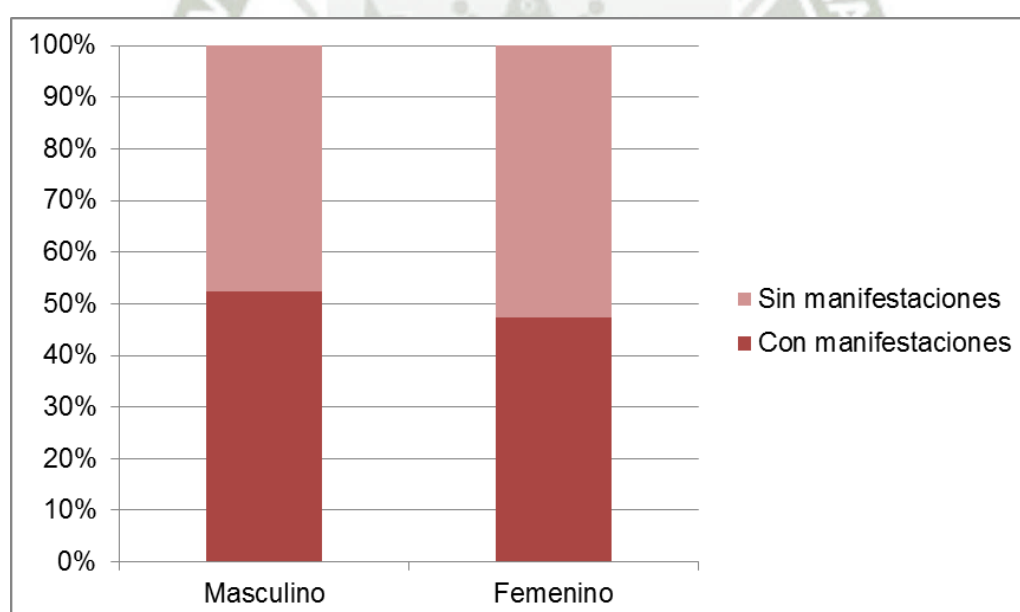
**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS CON VIH/SIDA CON Y SIN MANIFESTACIONES
CUTÁNEAS EN EL HOSPITAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2008-2013”**

Tabla 2. Características epidemiológicas: Sexo

Sexo	Con manifestaciones	Sin manifestaciones	Total
Masculino	23 (57.5%)	21 (52.5%)	44 (55%)
Femenino	17 (42.5%)	19 (47.5%)	36 (45%)
Total	40 (100%)	40 (100%)	80 (100%)

Chi cuadrado: 0.122
p >0.05

Figura 2. Características epidemiológicas: Sexo



La mayoría de los pacientes eran del sexo masculino (44 de 80). Los hombres predominaron tanto en el de grupo que presento manifestaciones cutáneas como en el que no las presentaron. No existe relación estadística significativa entre el sexo de las personas y las manifestaciones cutáneas.

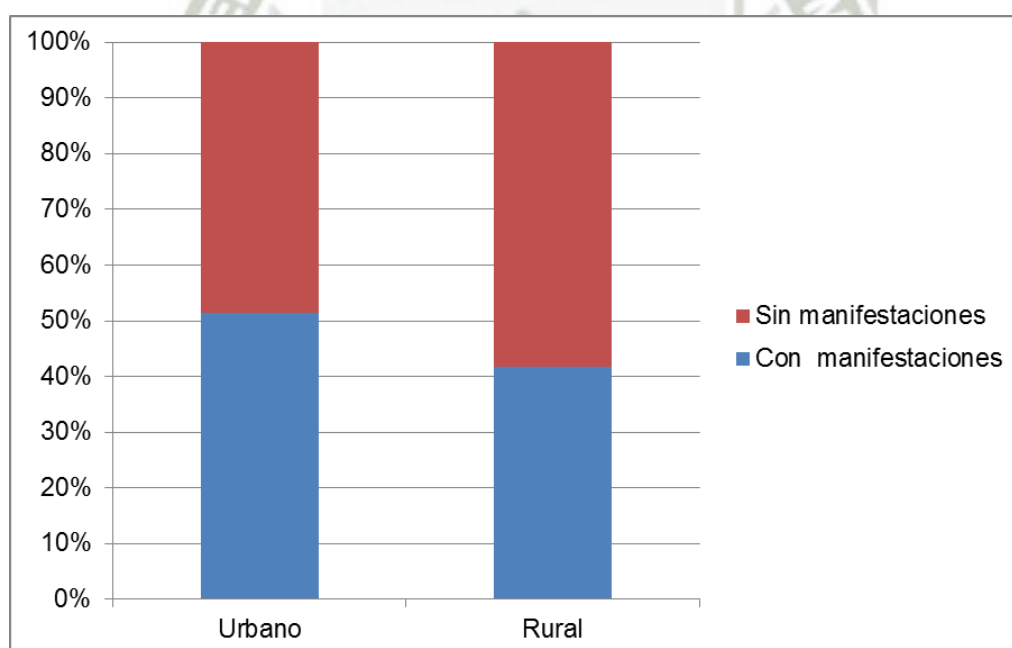
**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS CON VIH/SIDA CON Y SIN MANIFESTACIONES
CUTÁNEAS EN EL HOSPITAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2008-2013”**

Tabla 3. Características epidemiológicas: Zona de procedencia

Procedencia	Con manifestaciones	Sin manifestaciones	Total
Urbano	35 (87.5%)	33 (82.5%)	68 (85%)
Rural	5 (12.5%)	7 (17.5%)	12 (15%)
Total	40 (100%)	40 (100%)	80 (100%)

Chi cuadrado: 1.233
p >0.05

Figura 3. Características epidemiológicas: Zona de Procedencia



La mayoría de pacientes proviene del área urbana (68 de 80), siendo de la misma forma la zona urbana de donde provenían la mayoría de pacientes tanto en el grupo con manifestaciones cutáneas como en el que no las presentaron. No existe relación estadística significativa entre la procedencia y las manifestaciones cutáneas.

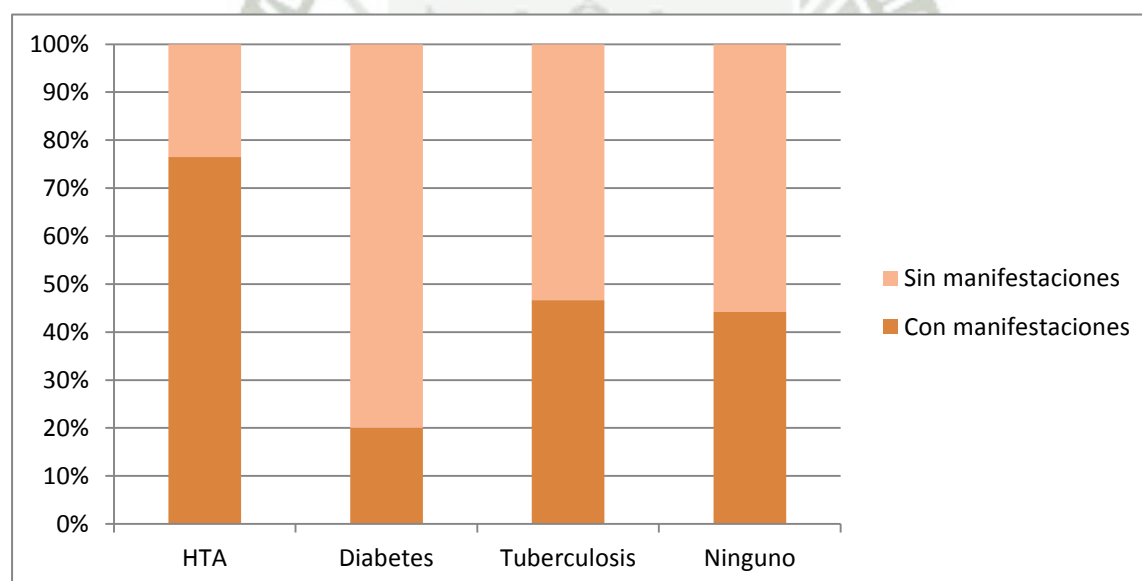
**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS CON VIH/SIDA CON Y SIN MANIFESTACIONES
CUTÁNEAS EN EL HOSPITAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2008-2013”**

Tabla 4. Características epidemiológicas: Comorbilidad

Comorbilidad	Con manifestaciones	Sin manifestaciones	Total
Hipertensión Arterial	13 (32.5%)	4 (10%)	17 (21%)
Diabetes tipo II	1 (2.5%)	4 (10%)	5 (6%)
Tuberculosis	7 (17.5%)	8 (20%)	15 (19%)
Ninguno	19 (47.5%)	24 (60%)	43 (54%)
Total	40 (100%)	40 (100%)	80 (100%)

Chi cuadrado: 12.658
p <0.05

Figura 4. Características epidemiológicas: Comorbilidad



Más de la mitad no presenta comorbilidades, sin embargo la comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial (21%) seguido de la tuberculosis (19%) en el total de pacientes. En el grupo de las personas con manifestaciones cutáneas la comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial seguida de la tuberculosis, mientras que el grupo sin manifestaciones cutáneas la principal comorbilidad fue la tuberculosis seguida por la hipertensión arterial y diabetes tipo II con la misma frecuencia. Existe relación estadísticamente significativa entre la frecuencia de comorbilidad y la presencia de manifestaciones cutáneas.

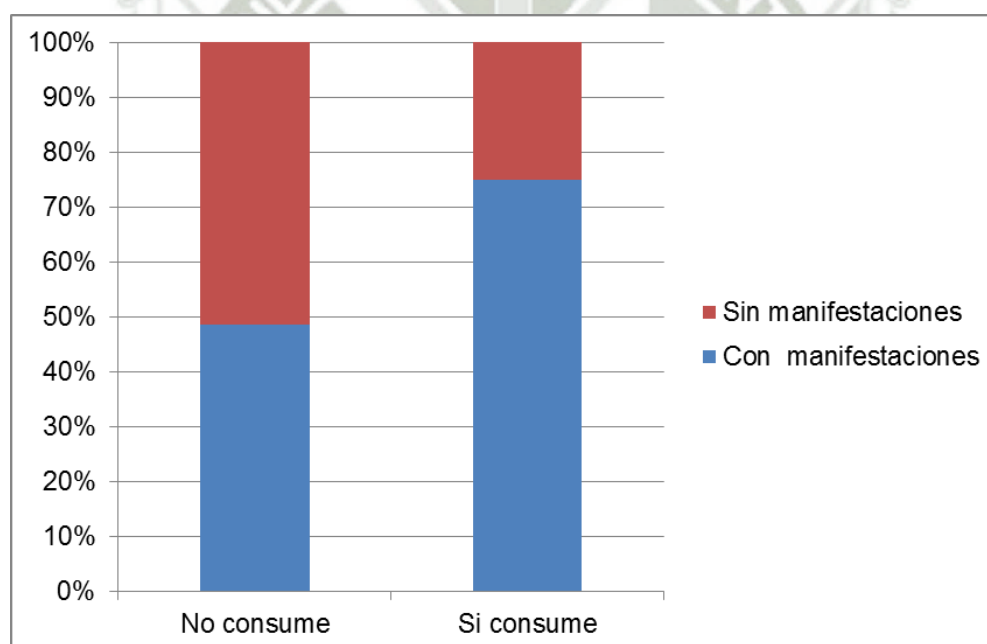
**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS CON VIH/SIDA CON Y SIN MANIFESTACIONES
CUTÁNEAS EN EL HOSPITAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2008-2013”**

Tabla 5. Características epidemiológicas: Consumo de sustancias ilegales

Consumo	Con Manifestaciones	Sin manifestaciones	Total
No consume	37 (92.5%)	39 (97.5%)	76 (95%)
Si consume	3 (7.5%)	1 (2.5%)	4 (5%)
Total	40 (100%)	40 (100%)	80 (100%)

Chi cuadrado: 8.7698
p <0.05

Figura 5. Características epidemiológicas: Consumo de sustancias ilegales



La mayoría de pacientes no consume sustancias ilegales (76 de 80), solo 4 pacientes tienen el antecedente de haber consumido sustancias ilegales, y de ellos 3 (75%), tienen manifestaciones cutáneas por lo se encontró relación estadísticamente significativa entre los que son consumidores y la presencia de lesiones cutáneas.

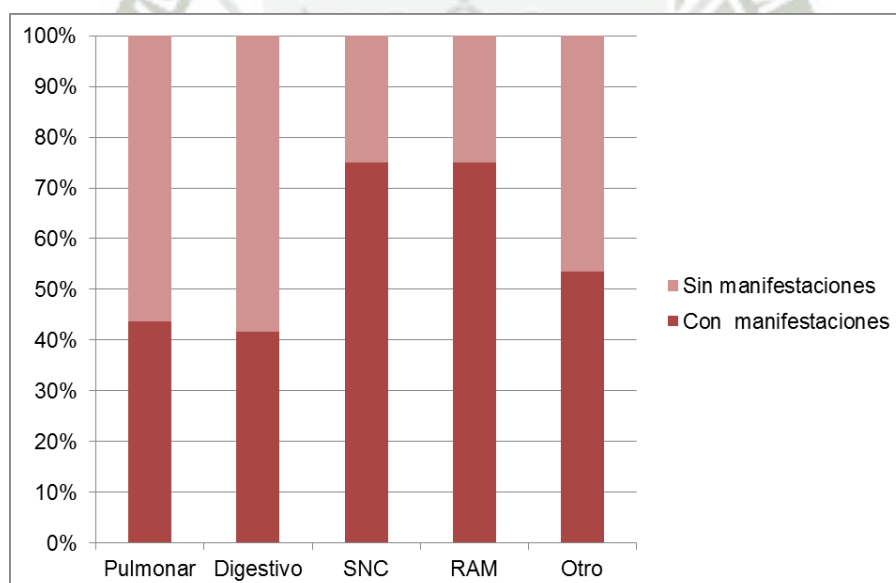
**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS CON VIH/SIDA CON Y SIN MANIFESTACIONES
CUTÁNEAS EN EL HOSPITAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2008-2013”**

Tabla 6. Características clínicas: Motivo de hospitalización

Motivo de hospitalización	Con manifestaciones	Sin manifestaciones	Total
Pulmonar	14 (35%)	18 (45%)	32 (40%)
Digestivo	5 (12.5%)	7 (17.5%)	12 (15%)
SNC	3 (7.5%)	1 (2.5%)	4 (5%)
RAM	3 (7.5%)	1 (2.5%)	4 (5%)
Otro	15 (37.5%)	13 (32.5%)	28 (35%)
Total	40 (100%)	40 (100%)	80 (100%)

Chi cuadrado
p >0.05

Tabla 6. Características clínicas: Motivo de hospitalización



El motivo más frecuente de hospitalización fue el pulmonar (40%), seguido de las patologías digestivas (15%). Siendo este el mismo orden de frecuencia tanto en los pacientes con manifestaciones cutáneas como en los que no las presentaban. Tener en cuenta que un número considerable de pacientes presento como motivo de hospitalización patologías distintas a las mencionadas en esta tabla.

**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS CON VIH/SIDA CON Y SIN MANIFESTACIONES
CUTÁNEAS EN EL HOSPITAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2008-2013”**

Tabla 7. Características clínicas: Estadio de la enfermedad

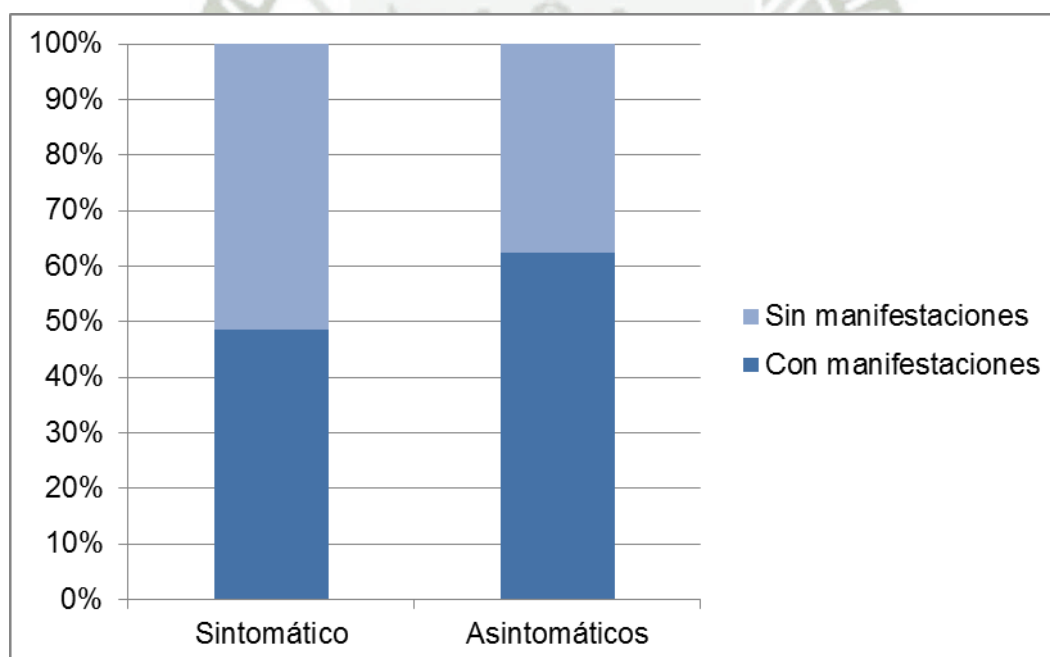
Estadio	Con manifestaciones	Sin manifestaciones	Total
Sintomático	35 (49%)	37 (51%)	72 (90%)
Asintomáticos	5 (63%)	3 (38%)	8 (10%)
Total	40 (50%)	40 (50%)	80 (100%)

Chi cuadrado: 4.678

p >0.05

*Cabe recalcar que se uso como referencia la clasificación de categorías clínicas A, B y C del VIH en la cual la categoría A (asintomáticos) incluye pacientes con linfadenopatía generalizada persistente.

Tabla 7. Características clínicas: Estadio de la enfermedad



La mayoría de los pacientes eran sintomáticos (72 de 80), en ambos grupos (con y sin manifestaciones cutáneas) la mayoría fueron sintomáticos y en los asintomáticos la mayoría presentaba manifestaciones cutáneas (5 de 8).

**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS CON VIH/SIDA CON Y SIN MANIFESTACIONES
CUTÁNEAS EN EL HOSPITAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2008-2013”**

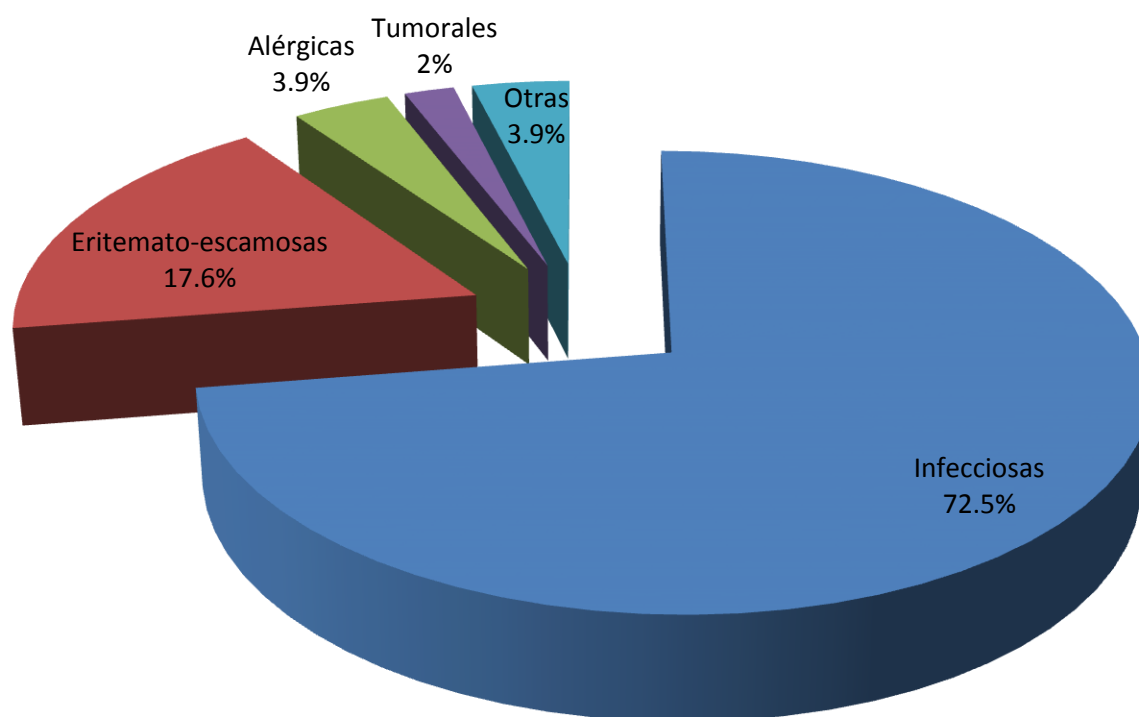
Tabla 8. Manifestaciones cutáneas: Origen

Origen	Frecuencia	Porcentaje*
Infeciosas	37	72.5%
- Condiloma acuminado	10	19.6%
- Herpes Zoster	7	13.7%
- Herpes Labial	6	11.8%
- Molusco contagioso	5	9.8%
- Tiña Pedis	5	9.8%
- Escabiosis	2	3.9%
- Esporotricosis cutánea	1	2%
- Verrugas cutáneas	1	2%
Eritemato-escamosas	9	17.6%
- Eritema Multiforme	6	11.8%
- Dermatitis seborreica	3	5.9%
Alérgicas	2	3.9%
- Urticaria	2	3.9%
Tumorales	1	2%
- Sarcoma de Kaposi	1	2%
Otras	2	3.9%

El origen más frecuente fueron las infecciosas en 37 pacientes (72,5%), dentro de las cuales fueron más frecuentes el condiloma acuminado (19.6%) y herpes zoster (13.7%). Seguido a estas estuvieron las eritemato-escamosas en 9 pacientes (17,6%), dentro de estas el eritema multiforme (11.8%) y la dermatitis seborreica (5.9%). Las afecciones menos frecuentes fueron las alérgicas en 2 pacientes (urticaria 3.9%) y las tumorales en 1 (Sarcoma de Kaposi 2%).

**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS CON VIH/SIDA CON Y SIN MANIFESTACIONES
CUTÁNEAS EN EL HOSPITAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2008-2013”**

Figura 8. Manifestaciones cutáneas: Origen

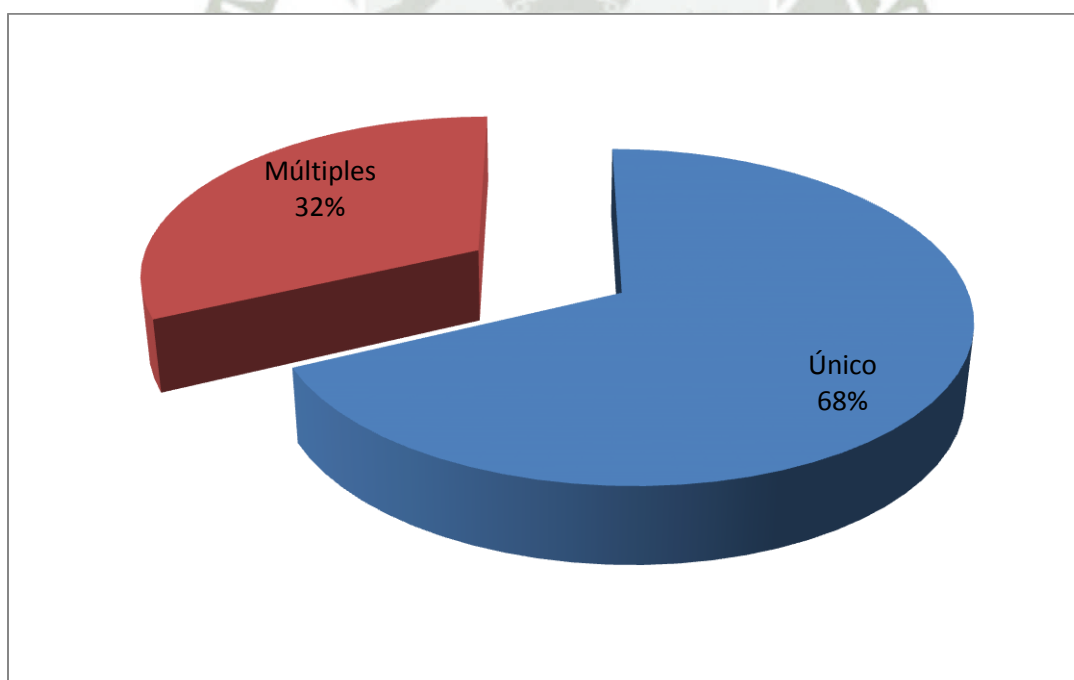


**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS CON VIH/SIDA CON Y SIN MANIFESTACIONES
CUTÁNEAS EN EL HOSPITAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2008-2013”**

Tabla 9. Manifestaciones cutáneas: número de lesiones cutáneas

	Frecuencia	Porcentaje
Número de lesiones cutáneas		
- Único	27	68%
- Múltiple	13	32%
Total	40	100%

Figura 9. Manifestaciones cutáneas: número de afecciones cutáneas



En esta tabla se aprecia que respecto al número de lesiones la mayoría presenta lesión única (68%).



CAPITULO III DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

El objetivo del presente trabajo fue describir las características epidemiológicas y clínicas en pacientes hospitalizados con VIH/SIDA con y sin manifestaciones cutáneas en el Hospital Honorio Delgado en la ciudad de Arequipa durante el periodo 2008 – 2013.

Los problemas a nivel cutáneo son relativamente frecuentes en pacientes con infección de VIH/SIDA, existiendo una gran variabilidad en su presentación a nivel mundial y dependiendo de la zona donde se encuentre el paciente. Se revisó las historias clínicas correspondientes a 80 pacientes que tenían infección por VIH o SIDA, de ellos 40 (50%) presentaban algún tipo de manifestación y/o lesión cutánea corroborado por la revisión de un dermatólogo. El grupo mayoritario fue el de 30 a 39 años (35%), seguido de los menores de 30 años (30%); en a los pacientes con manifestaciones cutáneas el grupo mayoritario eran los que se encontraban entre 30 a 39 años, y en los que no presentaban dichas manifestaciones la mayoría de pacientes también se encontraba entre los 30 a 39 años, no existió relación estadística entre la edad y las manifestaciones ($p > 0.05$). En un estudio realizado en el hospital Alcides Carrión de Lima encontraron que el grupo más comprometido (74.8%) con las manifestaciones cutáneas era el de 21 a 40 años (64), en otro estudio realizado en el hospital III EsSalud de Chimbote lo grupos etáreos mas afectados fueron los 20 a 29 años seguido del grupo de 30 a 39 años (62), en otro en el hospital docente de Trujillo la mayoría se encontraba alrededor de los 27 años (73), mientras que en un estudio en Medellín el promedio de edad fue de 38 años (75), así como otro estudio realizado en Colombia el grupo etáreo mas afectado fue entre 36-49 años (74).

En relación al sexo, la mayoría de los pacientes eran del sexo masculino en comparación del femenino (55% contra 45%); siendo los hombres también la mayoría tanto en los pacientes con y sin manifestaciones cutáneas. Los hombres tenían una ligera mayor frecuencia a presentar manifestaciones cutáneas (57.5% en comparación de las mujeres que era 42.5%) con lo que se obtuvo una relación hombre/mujer fue de 1.2; grupos muy parecidos y estadísticamente sin diferencia ($p > 0.05$), a diferencia de otros estudios en pacientes con VIH/SIDA donde la relación es mayor en el hombre, por ejemplo en el estudio en el hospital Alcides Carrión donde encontraron una relación de 2.4 en el mismo en el que el sexo masculino represento el 71% (64), en el de Chimbote la mayoría de pacientes fueron de sexo masculino (62), así también como en el estudio de Trujillo donde el sexo masculino represento el 70.1% (73) y en ambos estudios colombianos el sexo masculino fue el predominante (74, 75). A pesar de esta gran

diferencia encontrada en estos estudios, la tendencia actual de la infección por VIH/SIDA es que se igualen (66).

Otra de las características epidemiológicas evaluadas, fue la zona de procedencia, es decir, urbana o rural. En el presente estudio encontramos que la mayoría (85%) procede de un lugar urbano y el resto de una zona rural (15%). En ambos casos de pacientes con y sin manifestaciones cutáneas la mayoría proviene de zonas urbanas ($p > 0.05$). Se tiene claro que la tendencia de la infección por VIH/SIDA es urbana y que durante los últimos años se ha ido extendiendo a zonas rurales, junto al desarrollo económico de los mismos y las malas prácticas sexuales que llevan los pobladores así como la baja educación en aspectos sexuales (67). No existen al momento estudios que muestren diferencias entre las manifestaciones cutáneas respecto a la zona de procedencia, existen muchas variables que pudiesen determinar un mayor riesgo, pero se contrapesan entre ambos sin obtener una conclusión clara.

También se estudiaron las comorbilidades presentes en los pacientes, en la mayoría de ellos (54%) no se reportaba otra enfermedad distinta a la relacionada por el motivo de hospitalización. La enfermedad más frecuente fue la hipertensión arterial (21%), seguida de la tuberculosis (15%) del total de pacientes, en el grupo de las personas con manifestaciones cutáneas la mayor comorbilidad fue la hipertensión arterial (32.5%). No existe mucha información al respecto sobre el VIH y la hipertensión arterial, solo que debido a las diferentes anormalidades metabólicas que puede causar el VIH puede tener como efecto la hipertensión (68). Seguida a esta patología en el mismo grupo de pacientes, se encuentra la co-infección con tuberculosis en 17.5%, este es uno de los tópicos que guarda más importancia en nuestro país y en muchos lugares de mundo, porque es frecuente, y la afección epidemiológica es grande; la infección por VIH es el principal factor de riesgo para desarrollar tuberculosis activa, mientras que la tuberculosis es uno de los principales marcadores de pronóstico de la infección por VIH en los países en desarrollo (69). Por último en el grupo de paciente con manifestaciones cutáneas la menos frecuente fue la diabetes tipo II (2.5%), esta última patología es también la comorbilidad menos frecuente en la población total de este estudio (6%), esto puede ser debido a que los pacientes diabéticos tienen especial cuidado en su aseo personal e higiene y por ello un menor riesgo de estar presentando alguna infección a nivel de piel. Esto a diferencia de lo obtenido en el grupo de pacientes sin manifestaciones cutáneas en donde la mayor comorbilidad fue la tuberculosis (20%) seguido de la hipertensión arterial y diabetes tipo II (ambas con 10%). Se ha encontrado relación estadísticamente significativa entre la presencia de lesiones cutáneas y las

comorbilidades asociadas ($p < 0.05$), aunque es importante mencionar que no hay una relación directa entre la presentación de HTA y las manifestaciones cutáneas presentes en los pacientes con VIH debido a que el la inmunosupresión no es factor de riesgo para la presentación del HTA, aunque indirectamente el riesgo de presentación HTA a edades más tempranas que la población general aumenta en las personas con VIH debido a diversos factores que aun están es estudio como son : disfunción endotelial inducida por el virus, vasculitis de pequeños, medianos y grandes vasos, aterosclerosis secundaria al TARGA, aneurismas de grandes vasos, alteración del flujo de las arterias renales y la retención de sodio (77). Por otro lado la diabetes y TBC si se encuentran en relación con la inmunosupresión y estos casos si podría haber relación directa con el VIH y la presentación de manifestaciones cutáneas pero en el presente estudio la mayoría de pacientes con estas patologías no presentaron manifestaciones cutáneas (64).

Otra de las variables evaluadas fueron acerca del consumo de sustancias ilegales, usualmente es un dato que tiene mucha falsedad, ya que al tratarse de sustancias ilegales, los pacientes llegan estigmatizados al momento de la entrevista para la historia clínica. En el presente trabajo en ambos grupos con y sin manifestaciones cutáneas la mayoría de pacientes no consumió sustancias ilegales. Además se encontró que sólo 4 de los 80 pacientes, es decir el 5% de la población refirieron haber consumido alguna sustancia ilegal, de ellos 3 presentaron manifestaciones cutáneas, por lo que en el grupo de los pacientes que consumieron sustancias ilegales existe una relación estadísticamente significativa con la aparición de las afecciones cutáneas ($p < 0.05$). Estudios identifican al consumo de drogas ilegales como un factor de riesgo para contraer la infección por VIH por las conductas sexuales de riesgo, y así mismo los paciente que ya presentan la infección por VIH/SIDA, mayor riesgo de contraer infecciones comunes, por los cuidados higiénicos que caracterizan a los consumidores de drogas ilegales (70).

En las características clínicas se estudió el motivo de hospitalización, encontrando que en la totalidad de los pacientes el motivo más frecuente de hospitalización fue el pulmonar (40%) y en segundo lugar la patología digestiva (15%), las RAM y la afección del SNC fueron las patologías menos frecuentes (ambas con 7,5%). Por otra parte tanto en el grupo con manifestaciones cutáneas como en el que no las presento el principal motivo de hospitalización también fue el primer lugar la patología pulmonar y el segundo lugar la patología digestiva. No se encontró una relación estadísticamente significativa entre el motivo de hospitalización y la presencia de manifestaciones cutáneas ($p > 0.05$).

Estudios reportan que el principal motivo de hospitalización en pacientes con VIH/SIDA se debe a las infecciones oportunistas y que estas se encuentran relacionadas a la falta de seguir correctamente el tratamiento (71). En el presente trabajo se puede observar que los datos son similares a lo que dicta la literatura, como en el estudio realizado por Rodríguez -Vidigal y colaboradores en España, donde buscan los motivos de hospitalización en una zona rural nos muestra que existe una alta proporción de hepatopatía descompensada (22%), datos que han ido incrementándose durante los últimos años según ese estudio, y además que las infecciones oportunistas han disminuido; esto debido a la mayor acogida que tiene el TARGA, en comparación con este estudio en el cual ningún paciente ingresó por el motivo mencionado (72).

Respecto al estadio de la enfermedad, para el presente estudio se le catalogó en sintomáticos y asintomáticos, perteneciendo al primero grupo la mayoría (90%), es de suponer que al tratarse de un estudio en un hospital los pacientes deben de presentar algún tipo de síntoma, sin embargo en el grupo de pacientes asintomáticos prevalecieron las afecciones cutáneas ante el compromiso general del paciente. Existe una ligera tendencia de los asintomáticos a presentar manifestaciones cutáneas (63%), lo cual nos podría hablar de las manifestaciones cutáneas en pacientes con VIH como marcadores tempranos de dicha patología. Es frecuente encontrar patologías mucocutáneas en pacientes asintomáticos, esto principalmente relacionado a patología bucal (73).

En el estudio de las manifestaciones cutáneas, encontramos que la mayoría era de origen infeccioso en 72.5% del total, dentro de estas las más frecuentes fueron el condiloma acuminado (19.6%) y el herpes zoster (13.7%). Cabe recalcar que dentro de estas manifestaciones infecciones se encontró esporotricosis cutánea que aunque en muy bajo porcentaje (2%) la cual es propia de clima húmedo y no seco como que hay en la ciudad de Arequipa lo que nos haría pensar que probablemente la persona con esta afección radicaba o trabaja en la costa y acudía solamente a sus controles rutinarios a esta ciudad. Se encuentran descritas a las complicaciones infecciosas cutáneas como las más frecuentes y con una alta prevalencia en los estadios más avanzados. En segundo lugar de frecuencia se encontró a las eritemato-escamosas (17,6%), y dentro de ellas al eritema multiforme en 11.8% de los pacientes y seguida a esta a la dermatitis seborreica en 5.9% de los pacientes. Seguidas a estas en frecuencia se encontraron a las alérgicas, solo con la presencia de urticaria en 3.9% la cual fue producida como resultado de una RAM al TARGA en todos los pacientes que la presentaron. Finalmente en las tumorales se encontró al Sarcoma de Kaposi en 2%. En

comparación del presente estudio en el Hospital Alcides Carrión las manifestaciones más frecuentes fueron las de origen infeccioso (63%), siendo dentro de estas las infecciones micóticas las más frecuentes (30.6%) y dentro de las cuales la onicomycosis y candidiasis orofaríngea fueron las predominantes, las infecciones virales correspondieron a un 20% y dentro de estas el molusco contagioso y herpes zoster fueron las principales. Seguidamente las manifestaciones eritemato-escamosas representaron en 18.3% de estas la más frecuente fue la dermatitis seborreica y de las papulo-pruríticas (7.1%) el prurigo (64). En el estudio de Chimbote donde también describieron las manifestaciones dermatológicas en pacientes con VIH, encontraron que las más frecuentes fueron las micóticas en 50%, dentro de las cuales la más frecuente fue la candidiasis en 29%, seguida por la onicomycosis en 11% y la tiña corporis en 10%, herpes simple en un 10% y la dermatitis seborreica se dio en 11% de los pacientes, valor mayor al de este trabajo quizá debido a la infección más avanzada (62). En el estudio realizado en Trujillo, observaron que el 83.1% presentó lesiones infecciosas dentro de las cuales las micóticas y virales fueron las más frecuentes, en lo que correspondió a dermatosis inflamatorias las más frecuentes fueron la dermatitis seborreica y el prurigo, además estudiaron la relación entre el número de lesiones mucocutáneas y el número total de linfocitos no hallando relación alguna y en este mismo estudio el 84.4% de pacientes presentó dos o más lesiones (73). En el de Medellín se incluyeron 256 infecciones virales, principalmente por virus del papiloma humano, 255 infecciones fúngicas (candidiasis y tiñas), 35 infecciones bacterianas, principalmente sífilis y 26 infecciones parasitarias (escabiosis). Adicionalmente se encontraron otra serie de entidades dermatológicas no infecciosas como dermatitis seborreica y xerosis principalmente (75). En el otro estudio colombiano se encontró que las manifestaciones dermatológicas más frecuentes fueron dermatitis seborreica y tumores malignos de piel y tejidos blandos en pacientes con VIH, además en este mismo estudio el 68% presentaba lesión única y 32% lesión múltiple (74). En un trabajo Hondureño encontraron a las infecciones micóticas como candidiasis oral, onicomycosis, dermatofitosis y pitiriasis versicolor como las infecciones más frecuentes en pacientes con VIH (76). En México, en pacientes atendidos en una clínica por manifestaciones dermatológicas, encontraron a las virales como las más frecuentes y de estas los condilomas acuminados; a este grupo le siguieron las micosis superficiales (77). En otro estudio, en la India, la más frecuente fue la candidiasis oral (45%) que en este estudio no se reportaron casos debido a que las afecciones de mucosas no fueron el motivo del presente trabajo, seguida de herpes zoster (11,2 %) , dermatofitosis de la piel (8,0 %) y herpes genital (7,7 %) (78).



CAPITULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

PRIMERA: Dentro de las características epidemiológicas se encontró mayor incidencia de pacientes se encontraban entre los 30 y 39 años (35%), una ligera mayor frecuencia en el sexo masculino (55%), la procedencia fue mayoritariamente urbana (85%), la mayoría no presento comorbilidades (54%) y muy pocos consumían sustancias ilegales (5%).

SEGUNDA: Dentro de las características clínicas de los pacientes se encontró que el principal motivo de hospitalización fue por patología pulmonar (40%), seguido por las patologías digestivas (15%) y con menor frecuencia estuvieron las afecciones del SNC y las RAM (ambas con 5%). Así mismo la mayoría fueron sintomáticos (90%).

TERCERA: Respecto a las manifestaciones cutáneas la mayoría fueron las de origen infeccioso (72.5%) dentro de las cuales la más frecuente con 19.6% fue el condiloma acuminado, 13.7% herpes zoster, 11.8% herpes labial, 9.8% molusco contagioso, 9.8% tiña pedis, 3.9% escabiosis, 2% Esporotricosis cutánea y 2% verrugas cutáneas. Seguidas a estas encontramos a los pacientes con afecciones eritemato-escamosas (17.6%) dentro de ellas se encontraron eritema multiforme en 11.8% y dermatitis seborreica en 5.9%. Dentro de las alérgicas la urticaria correspondió a un 3.9% y en tumorales el sarcoma de Kaposi en 2% como únicas presentes en estos dos últimos tipo. Por otro lado la mayoría de pacientes presentaron afecciones dermatológicas únicas (68%).

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Se recomienda a los médicos que trabajan con pacientes afectados con el VIH tener especial cuidado con la aparición de manifestaciones dermatológicas ya que esto puede ser determinante para un pertinente y adecuado tratamiento.

SEGUNDA: Se recomienda la realización trabajos prospectivos relacionados a posibles factores de riesgo asociados a la presentación de manifestaciones cutáneas en pacientes con VIH.

TERCERA: Se recomienda la elaboración de estudios enfocados en los datos laboratoriales (carga viral, conteo de linfocitos, entre otros) para la comparación respectiva de las diferencias entre pacientes con manifestaciones cutáneas y sin manifestaciones.

CUARTA: Se recomienda realizar trabajos de investigación en poblaciones mayores en pacientes con este tipo de manifestaciones para así crear una base de datos más amplia y que nos permita conjuntamente con futuros trabajos prospectivos lograr un mejor enfoque del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Weiss RA (May 1993). "How does HIV cause AIDS?". *Science* 260 (5112): 1273–9.
2. Douek DC, Roederer M, Koup RA (2009). "Emerging Concepts in the Immunopathogenesis of AIDS". *Annu. Rev. Med.* 60: 471–84.
3. UNAIDS, WHO (December 2007). "2007 AIDS epidemic update" (PDF). p. 10. Retrieved 2008-03-12.
4. Cunningham AL, Donaghy H, Harman AN, Kim M, Turville SG (2010). "Manipulation of dendritic cell function by viruses". *Current opinion in microbiology* 13 (4): 524–529.
5. Garg H, Mohl J, Joshi A (Nov 9, 2012). "HIV-1 induced bystander apoptosis.". *Viruses* 4 (11): 3020–43.
6. Gilbert PB, McKeague IW, Eisen G, Mullins C, Guéye-NDiaye A, Mboup S, Kanki PJ (February 28, 2003). "Comparison of HIV-1 and HIV-2 infectivity from a prospective cohort study in Senegal". *Statistics in Medicine* 22(4): 573–593.
7. Reeves JD, Doms RW (2002). "Human Immunodeficiency Virus Type 2". *Journal of General Virology* 83 (Pt 6): 1253–65.
8. International Committee on Taxonomy of Viruses (2002). "61.0.6. Lentivirus". National Institutes of Health. Retrieved February 28, 2006.
9. International Committee on Taxonomy of Viruses (2002). "61. Retroviridae". National Institutes of Health. Retrieved February 28, 2006.
10. Smith JA, Daniel R (2006). "Following the path of the virus: the exploitation of host DNA repair mechanisms by retroviruses". *ACS Chem Biol* 1 (4): 217–26.
11. Kumaranayake L, Watts C (2001). "Resource allocation and priority setting of HIV/AIDS interventions: addressing the generalized epidemic in sub-Saharan Africa". *Journal of International Development* 13 (4): 451–466.
12. Kleinman S (September 2004). "Patient information: Blood donation and transfusion". Uptodate. Archived from the original on April 12, 2008.
13. Centers for Disease Control and Prevention (2001). "Revised guidelines for HIV counseling, testing, and referral". *MMWR Recomm Rep* 50 (RR–19): 1–57.

14. Chou R, Huffman LH, Fu R, Smits AK, Korthuis PT (July 2005). "Screening for HIV: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force". *Annals of Internal Medicine* 143 (1): 55–73.
15. Cohen, MS; Hellmann, N; Levy, JA; DeCock, K; Lange, J (April 2008). "The spread, treatment, and prevention of HIV-1: evolution of a global pandemic". *The Journal of Clinical Investigation* 118 (4): 1244–54..
16. Centers for Disease Control and Prevention, (CDC) (3 Jun 2011). "HIV surveillance--United States, 1981-2008.". *MMWR. Morbidity and mortality weekly report* 60 (21): 689–93.
17. Health Protection Agency (2010). HIV in the United Kingdom: 2010 Report.
18. Benson, Kate (19 October 2010). "HIV rate rising but other infections less common". *The Sydney Morning Herald*.
19. Surveillance; risques, Risk Assessment Division = Le VIH et le sida au Canada: rapport de surveillance en date du 31 décembre 2009 / Division de la surveillance et de l'évaluation des (2010). HIV and AIDS in Canada : surveillance report to December 31, 2009. Ottawa: Public Health Agency of Canada, Centre for Communicable Diseases and Infection Control, Surveillance and Risk Assessment Division.
20. Teva I, Paz M, Ramiro M, Buela-Casal. Current epidemiological situation of HIV/AIDS in Latin America. Analysis of differences among countries. *Rev Med Chile* 2012; 140(1): 50-58
21. James, William D.; Berger, Timothy G. (2006). *Andrews' Diseases of the Skin: clinical Dermatology*. Saunders Elsevier. ISBN 0-7216-2921-0.
22. Kahn, J. O. and Walker, B. D. (1998). "Acute Human Immunodeficiency Virus type 1 infection". *N. Engl. J. Med.* 331 (1): 33–39..
23. Daar ES, Little S, Pitt J, et al. (2001). "Diagnosis of primary HIV-1 infection. Los Angeles County Primary HIV Infection Recruitment Network". *Annals of Internal Medicine* 134 (1): 25–9.
24. Burton GF, Keele BF, Estes JD, Thacker TC, Gartner S. (2002). "Follicular dendritic cell contributions to HIV pathogenesis". *Semin Immunol.* 14 (4): 275–284.
25. (Clapham PR, McKnight A. (2001). "HIV-1 receptors and cell tropism". *Br Med Bull.* 58 (4): 43–59.

26. Holmes CB, Losina E, Walensky RP, Yazdanpanah Y, Freedberg KA (2003). "Review of human immunodeficiency virus type 1-related opportunistic infections in sub-Saharan Africa". *Clin. Infect. Dis.* 36 (5): 656–662.
27. Guss DA (1994). "The acquired immune deficiency syndrome: an overview for the emergency physician, Part 1". *J. Emerg. Med.* 12 (3): 375–384.
28. Huang, L; Cattamanchi, A; Davis, JL; den Boon, S; Kovacs, J; Meshnick, S; Miller, RF; Walzer, PD; Worodria, W; Masur, H; International HIV-associated Opportunistic Pneumonias (IHOP), Study; Lung HIV, Study (June 2011). "HIV-associated *Pneumocystis pneumonia*". *Proceedings of the American Thoracic Society* 8 (3): 294–300.
29. Kwara A, Ramachandran G, Swaminathan S (January 2010). "Dose adjustment of the non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors during concurrent rifampicin-containing tuberculosis therapy: one size does not fit all". *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology* 6 (1): 55–68. .
30. Decker CF, Lazarus A (August 2000). "Tuberculosis and HIV infection. How to safely treat both disorders concurrently". *Postgraduate Medicine* 108 (2): 57–60, 65–8.
31. Zaidi SA, Cervia JS (2002). "Diagnosis and management of infectious esophagitis associated with human immunodeficiency virus infection". *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care* 1 (2): 53–62.
32. Pollok RC (2001). "Viruses causing diarrhoea in AIDS". *Novartis Foundation Symposium. Novartis Foundation Symposia* 238: 276–83; discussion 283–8.
33. Gazzard, B; Balkin, A; Hill, A (2010). "Analysis of neuropsychiatric adverse events during clinical trials of efavirenz in antiretroviral-naïve patients: a systematic review". *AIDS reviews* 12 (2): 67–75.
34. Sadler M, Nelson MR (June 1997). "Progressive multifocal leukoencephalopathy in HIV". *International Journal of STD & AIDS* 8 (6): 351–7.
35. Grant I, Sacktor H, McArthur J (2005). "HIV neurocognitive disorders" (PDF). In H.E. Gendelman, I. Grant, I. Everall, S. A. Lipton, and S. Swindells. (ed.). *The Neurology of AIDS* (2nd ed.). London, UK: Oxford University Press. pp. 357–373.
36. Wadia RS, Pujari SN, Kothari S et al. (March 2001). "Neurological manifestations of HIV disease". *The Journal of the Association of Physicians of India* 49: 343–8.

37. Yarchoan R, Tosato G, Little RF (2005). "Therapy insight: AIDS-related malignancies – the influence of antiviral therapy on pathogenesis and management". *Nat. Clin. Pract. Oncol.* 2 (8): 406–415.
38. Ho-Yen C and Chang F (June 1, 2008). "Gastrointestinal Malignancies in HIV/AIDS". *The AIDS Reader* 18(6).
39. Palefsky J (2007). "Human papillomavirus infection in HIV-infected persons". *Top HIV Med* 15 (4): 130–3.
40. May, MT; Ingle, SM (December 2011). "Life expectancy of HIV-positive adults: a review". *Sexual health* 8 (4): 526–33. .
41. Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: recommendations for a public health approach. World Health Organization. 2010. pp. 19–20.
42. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. World Health Organization. 2013. pp. 28–30.
43. Laurence J (2006). "Hepatitis A and B virus immunization in HIV-infected persons". *AIDS Reader* 16 (1): 15–17.
44. Knoll B, Lassmann B, Temesgen Z (2007). "Current status of HIV infection: a review for non-HIV-treating physicians". *Int J Dermatol* 46 (12): 1219–28.
45. Schackman BR, Gebo KA, Walensky RP, Losina E, Muccio T, Sax PE, Weinstein MC, Seage GR 3rd, Moore RD, Freedberg KA. (2006). "The lifetime cost of current HIV care in the United States". *Med Care* 44 (11): 990–997.
46. Wang J, Ismail R. Mucocutaneous manifestations of HIV infection: a retrospective analysis of 145 cases in a Chinese population in Malaysia. *Int J Dermatol* 1999;38:457-63
47. Ho KM, Wong KH. Dermatologic manifestations in HIV disease. In Chan KCW, Wong KH, Lee SS, editors. *HIV Manual* 2001, pp231-245.
48. Raju PV, Rao GR, Ramani TV, Vandana S. Skin disease: clinical indicator of immune status in human immunodeficiency virus (HIV) infection. *Int J Dermatol* 2005;44:646-9.
49. Surjushe, A., Kamath, R., Oberai, C., Saple, D., Thakre, M., Dharmshale, S., & Gohil, A. (2007). A clinical and mycological study of onychomycosis in HIV infection. *Indian Journal of Dermatology, Venereology, and Leprology*, 73(6), 397.

50. Prieto Santa Anna, L. M., Illnait Zaragoz, M. T., Ramos Rodallegas, E. G., Lazcano Herrero, B., Márquez Sánchez, N., Cantelar de Francisco, N., & Martínez Machín, G. (2006). Candidiasis oral en pacientes seropositivos al VIH y casos SIDA: Aspectos clínicos, micológicos y terapéuticos. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 58(3), 0-0.
51. González, A., & Tobón, A. M. (2011). Infecciones micóticas oportunistas en pacientes con VIH/SIDA. *Infectio*, 10(4).
52. Li, H. (2014). HIV/AIDS Related Skin Diseases. In *Radiology of HIV/AIDS* (pp. 769-799). Springer Netherlands.
53. Wood, S. M., Shah, S. S., Steenhoff, A. P., & Rutstein, R. M. (2008). Primary varicella and herpes zoster among HIV-infected children from 1989 to 2006. *Pediatrics*, 121(1), e150-e156.
54. Garibay Rodríguez, L. E., & Cisneros Zárate, L. (2014). Manifestaciones estomatológicas en pacientes VIH/SIDA. *Odontología Sanmarquina*, 10(1), 39-40.
55. Santos-Juanes, J., Galache, C., Martínez-Cordero, A., Curto, J. C., & Sánchez-del Río, J. (2012). Sarna: revisión de la clínica y nuevos tratamientos. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 3(1).
56. Palacios Muñoz, R., De la Fuente Aguado, J., Murillas Angoit, J., Nogueira Coito, J. M., & Santos González, J. (2006). Sífilis e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 24(Supl. 2), 34-39.
57. Blanes, M., Belinchón, I., Merino, E., Portilla, J., Sánchez-Payá, J., & Betlloch, I. (2010). Prevalencia y características de las dermatosis relacionadas con la infección por VIH en la actualidad. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 101(8), 702-709.
58. Tapia, Y., Maldonado, C., & Zaputt, S. (2011). Folliculitis pustulosa eosinofílica asociada a VIH: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Dermatol. peru*, 21(4), 163-166.
59. Krown, S. E., Lee, J. Y., Dittmer, D. P., & AIDS Malignancy Consortium. (2008). More on HIV-associated Kaposi's sarcoma. *N Engl J Med*, 358(5), 535-536.
60. Maurer, T., Ponte, M., & Leslie, K. (2007). HIV-associated Kaposi's sarcoma with a high CD4 count and a low viral load. *New England Journal of Medicine*, 357(13), 1352-1353.

61. Ballona R, Castillo M, Millones J. Manifestaciones cutáneas de infección por VIH infantil en el Instituto de Salud del Niño (ISN) en el periodo 1989 – 1997. *Dermatol. Perú* 1998; 8 (sup.1): 23-9.
62. Rios-Varillas H. Manifestaciones cutáneas en infección por VIH, Junio 1988 - julio 1999 Hospital III EsSalud de Chimbote. *Dermatología Peruana - VOL. 10, Suplemento N° 1, Diciembre 2000.*
63. Perez A, Gonzales A, Rodriguez A. et al. Histoplasmosis con manifestaciones cutáneas en pacientes VIH/SIDA *Rev Cubana Med Trop.* 2007 v.59 n.2
64. Armas Regal. Manifestaciones cutáneas de infección por VIH en el servicio de Dermatología del Hospital Nacional “Daniel Alcides Carrion”- Callao, Lima. Tesis de especialidad. *Dermatología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 2004.
65. García M, Olea A. Evolución y situación epidemiológica de la infección por virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida en Chile. *Revista chilena de Infectología.* 2008; 25(3), 162-170.
66. Puig Borràs C, Montalvo P. Infecciones de transmisión sexual, VIH y Sida: una aproximación a conocimientos, actitudes y prácticas de poblaciones adultas y jóvenes indígenas en las tierras bajas de Bolivia. *Desacatos.* 2011; (35), 41-58.
67. Mehta R, Loredó B, Sañudo M et al. Epidemiología de las anormalidades metabólicas en pacientes con infección por VIH. *Revista de investigación clínica.* 2004; 56(2), 209-221.
68. Mendoza A, Iglesias D. Tuberculosis en pacientes con VIH/SIDA. *Acta méd. Peruana.* 2008; 25(4), 247-254.
69. Lemoine, D. Identidad y VIH: Análisis de las influencias de la cárcel en la identidad de los detenidos seropositivos. Una visión etnológica y de antropología social. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria.* 2012, 3(1).
70. Valencia E, Martín-Carbonero L, López M et al. Motivo de ingreso hospitalario en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en la era del tratamiento antirretroviral de gran actividad. *Medicina clínica.* 2002; 119(8), 293-295.
71. Rodríguez-Vidigal FF, Habernau A. Motivo de ingreso en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana en un área rural. Papel de la hepatopatía crónica. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica. España,* 2004; 22(3), 138-141.

72. Ramírez, V., González, A., González, M., Rosa, E. D. L., Rivera, I., Hernández, C., & Ponce de León, S. (1992). Patología bucal en 161 pacientes VIH-positivos asintomáticos y sintomáticos. *Rev Invest Clin*, 44, 43-51.
73. Valverde J, García A, Cruz S. Lesiones mucocutáneas y recuento total de linfocitos en pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana. Hospital Regional Docente de Trujillo. *Folia Dermatol*. 2008; 19(3), 115-120.
74. Castillo E, Paredes R. Manifestaciones dérmicas en pacientes con VIH-Sida. Colombia. *Revista Colombiana Salud Libre*. 2008; 3(2)
75. Gaviria, M., Orozco, B., Gómez, L. M., Maya, C., Estrada, S., Peláez, L. M., & Cataño, J. Manifestaciones dermatológicas en pacientes con VIH: seguimiento en 349 pacientes. *Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol*, 2007; 15(3).
76. UNAH, RMP. Manifestaciones cutáneas en pacientes con HIV. Trabajo de actualización en el Hospital Escuela de Honduras abril-septiembre. Honduras 1998.
77. Pech, O. L. G., Pérez, C. S., & Peralta, P. M. L. Manifestaciones dermatológicas en los pacientes con VIH y su correlación con la cantidad de linfocitos CD4 en la Clínica de Infecciones de Transmisión Sexual del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua. Mexico. *Revista Dermatol. Mexicana*, 2014.
78. Kumarasamy, N., Solomon, S., Madhivanan, P., Ravikumar, B., Thyagarajan, S. P., & Yesudian, P. Dermatologic manifestations among human immunodeficiency virus patients in south India. *International journal of dermatology*, 2000.39(3), 192-195.
79. Risso, G. D. (2012). Enfermedad cardiovascular en sujetos con VIH/SIDA. *Rev Fed Arg Cardiol*, 41(4), 235-248.
80. Falabella Falabella, Rafael, Fundamentos de Medicina: Dermatología. 7° Edición. Editorial Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín. 2009.



ANEXO 1

PROYECTO DE TESIS

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Facultad de Medicina Humana Programa Profesional de Medicina Humana



TITULO:

“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS
EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON VIH/SIDA
CON Y SIN MANIFESTACIONES CUTÁNEAS EN EL
HOSPITAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2008-
2013”

Autor:

Murillo Herrera, Andrés
Para obtener el título profesional de
Médico Cirujano

Arequipa- Perú

2015

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON VIH/SIDA CON Y SIN MANIFESTACIONES CUTÁNEAS EN EL HOSPITAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2008-2013.

I. PREAMBULO

Durante mi internado en la rotación del servicio de medicina en el Hospital Honorio Delgado, observé una frecuencia elevada, de pacientes con VIH/SIDA, en diferentes estadios, la mayoría no con un buen pronóstico.

Estos pacientes presentaban diversas complicaciones, en primer lugar las de origen pulmonar, el principal motivo por el cual eran hospitalizados, muchos de ellos sin terapia antiretroviral lo cual empeoraba su pronóstico, algunos mostraban mejoría durante su hospitalización, pero no era la mayoría, se observaba que muchas veces no sólo dependía del estadio de la enfermedad, sino de otras condiciones como las sociales, el estado mental y emocional con la que el paciente enfrentaba su enfermedad, la inmunosupresión, el estado nutricional, el tratamiento recibido, la falta de higiene, entre otras; los cuales pueden llegar a ser incluso factores determinantes en el curso y desenlace de la enfermedad.

Uno de las interconsultas que más me interesó y que no se le prestaba interés, fue hacia el servicio de dermatología, que por lo general no era el motivo principal de la hospitalización del paciente, era curioso observar que pese a conocer su frecuencia en pacientes con VIH/SIDA, se descuidaba a la parte de la piel, y que dependía en varias ocasiones de la curiosidad del asistente, residentes o de los internos para realizar la interconsulta necesaria.

Es por ello que nace la motivación de indagar en el tema mencionado; la descripción de las características tanto epidemiológicas como clínicas en pacientes con VIH/SIDA con y sin manifestaciones cutáneas, así como determinar las principales afecciones dermatológicas en dichos pacientes.

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de Investigación

Enunciado del problema

¿Cuáles son las características epidemiológicas y clínicas en pacientes hospitalizados con VIH/SIDA con y sin manifestaciones cutáneas en el Hospital Honorio Delgado en la ciudad de Arequipa durante el periodo 2008 – 2013?

Descripción del Problema

a. Área del Conocimiento

Campo: Ciencias de la salud

Área: Medicina Humana

Especialidad: Dermatología - Infectología

Línea: VIH/SIDA

b. Análisis u Operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR	VALOR	ESCALA
Características sociodemográficas	Edad	Años cumplidos	Años cronológicos	Numérica
	Sexo	Sexo reportado	Masculino Femenino	Nominal
	Zona de procedencia	Zona donde vive	Urbano Rural	Nominal
	Comorbilidad	Enfermedad no relacionada	HTA Diabetes Tuberculosis	Nominal
	Consumo de drogas	Consumo de sustancias ilegales	Si No	Nominal
Características clínicas	Motivo de hospitalización	Motivo de ingreso	Enfermedad	Numérica
	Estadío	Estadío clínico al momento de la hospitalización	Sintomáticos Asintomáticos	Nominal
Manifestaciones Cutáneas	Presencia	Presentación de manifestaciones cutáneas en el paciente	Presentes Ausentes	Nominal

Origen	Infecioso	Micóticas Virales Parasitarias Bacterianas	Nominal
	Eritemato - escamosas	Dermatitis seborreica Xerosis Psoriasis Eritema multiforme	Nominal
	Pápulo-pruríticas	Prurigo Erupción papular	Nominal
	Alérgico	Urticaria	Nominal
	Tumorales	Sarcoma de Kaposi Linfoma cutáneo	Nominal
	Otros	Reacción adversa a medicamentos	Nominal
Numero	Número de lesiones	Única Múltiple	Nominal

c. Interrogantes Básicas:

- ¿Cuáles son las características epidemiológicas y clínicas en pacientes hospitalizados con VIH/SIDA con y sin manifestaciones cutáneas en el Hospital Honorio Delgado en la ciudad de Arequipa durante el periodo 2008 – 2013?
- ¿Cuáles son las características epidemiológicas en pacientes hospitalizados con VIH/SIDA en el Hospital Honorio Delgado en la ciudad de Arequipa durante el periodo 2008 – 2013?
- ¿Cuáles son las características clínicas en pacientes hospitalizados con VIH/SIDA en el Hospital Honorio Delgado en la ciudad de Arequipa durante el periodo 2008 – 2013?

- ¿Cuáles son las manifestaciones cutáneas en pacientes hospitalizados con VIH/SIDA en el Hospital Honorio Delgado en la ciudad de Arequipa durante el periodo 2008 – 2013?

d. Tipo de Investigación: Descriptivo retrospectivo y observacional

e. Nivel de Investigación: Descriptivo

Justificación del Problema

Relevancia Social: El VIH/SIDA ha sido catalogado como una epidemia a nivel mundial, y nuestro medio no se encuentra ajeno a los problemas que como enfermedad tiene impacto en la sociedad, un número considerable de personas padece este problema por lo que el simple hecho de investigar en esta enfermedad cobra relevancia social.

Relevancia Contemporánea: Es un problema actual, día a día se fortalecen los esfuerzos para controlar la infección así como para brindar mejor calidad de vida a los pacientes que la padecen.

Relevancia Científica: Porque sirve para aportar conocimiento sobre características de una enfermedad que esta vez abarca dos especialidad de la medicina, como son la dermatología e Infectología.

Relevancia Académica: El conocer los factores de riesgo que existen en nuestro medio en pacientes con VIH/SIDA sirve para que la comunidad académica en formación utilice sus datos acorde a la realidad local.

Factibilidad: Existe accesibilidad a la información que se pretende buscar, así como los gastos que pueden ser asumidos por el autor sin ningún problema.

Originalidad: Es original, ya que hasta el momento no se ha realizado ningún trabajo con objetivos similares o parecidos en nuestra ciudad.

MARCO TEÓRICO

1. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

1.1. Virus de la Inmunodeficiencia Humana

El causante del SIDA es el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), es un lentivirus (un subgrupo de retrovirus) causando una condición en seres humanos en la que la insuficiencia progresiva del sistema inmunitario permite infecciones oportunistas que amenazan la vida. Sin tratamiento, el tiempo promedio de supervivencia después de que se diagnostica es de aproximadamente 9 a 11 años, dependiendo del subtipo de VIH. La infección por VIH se produce por la transferencia de la sangre, el semen, el fluido vaginal, o la leche materna. (1, 2, 3)

El VIH infecta las células vitales en el sistema inmune humano, tales como células T helper (específicamente las células T CD4 +), macrófagos, y células dendríticas. La infección por VIH conduce a bajos niveles de células T CD4 + a través de un número de mecanismos, incluyendo la apoptosis de células espectadoras no infectadas, la matanza directa viral de las células infectadas, y muerte de las células T CD4 + infectadas por linfocitos CD8 citotóxicos que reconocen las células infectadas. Cuando el número de células T CD4 + disminuye por debajo de un nivel crítico, la inmunidad celular se pierde, y el cuerpo se vuelve progresivamente más susceptibles a las infecciones oportunistas. (4, 5)

a. Clasificación y mecanismo de entrada del VIH

Se han caracterizado dos tipos de VIH: VIH-1 y VIH-2. VIH-1 es el virus que fue descubierto inicialmente y denomina tanto LAV y HTLV-III. Es más virulenta, más infecciosa, y es la causa de la mayoría de las infecciones por VIH en el mundo. La infectividad inferior de VIH-2 en comparación con el VIH-1 implica que menos de las personas expuestas al VIH-2 se infectarán por exposición; debido a su relativamente baja capacidad de transmisión, el VIH-2 se limita principalmente a África Occidental. (6, 7)

VIH es un miembro del género Lentivirus, parte de la familia Retroviridae. Los lentivirus tienen muchas morfologías y propiedades biológicas en común. Muchas especies están infectadas por lentivirus, que son característicamente responsables de enfermedades de larga duración con un período de incubación largo. Los lentivirus se transmiten como, de sentido positivo de una sola hebra, las células envuelven los virus ARN. A la entrada en la célula diana, el genoma de ARN viral se convierte (transcripción reversa) en ADN de doble cadena por una transcriptasa inversa codificada viralmente que se transporta junto con el genoma viral en la partícula del virus. El ADN viral resultante se importa en el núcleo de la célula y se integra en el ADN celular por medio de unas codificaciones hechas por el virus de la integrasa y de la acogida de otros co-factores. Una vez integrado, el virus puede volverse latente, permitiendo que el virus y su célula huésped pueda ser detectado por el sistema inmune. Alternativamente, el virus puede ser transcrito, la producción de nuevos genomas de ARN y las proteínas virales que están empaquetados y liberados de la célula como nuevas partículas del virus que empiezan el ciclo de replicación de nuevo. (7, 8, 9)

b. Diagnóstico del VIH

Muchas personas con VIH no saben que están infectadas con el virus. Por ejemplo, en África en el 2001 a menos del 1% de la población urbana sexualmente activa se le había practicado una prueba de descarte de VIH, y esta proporción es aún menor en las poblaciones rurales. Se estimó que sólo el 0,5% de las mujeres embarazadas que acudían a los centros de salud urbanos les habían realizado exámenes o habían recibido sus resultados de la prueba.

Por otra parte, puesto que los donantes pueden no ser conscientes de su infección, los donantes de sangre y los productos sanguíneos utilizados en la medicina y la investigación médica son examinados rutinariamente para el VIH. (10, 11, 12)

La prueba para VIH-1 es inicialmente por un ensayo de inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA) para detectar anticuerpos contra el VIH-1. Las muestras con un resultado no reactivo de la inicial ELISA se consideran

VIH-negativo a menos que se haya producido una nueva exposición a una persona infectada o pareja de estado serológico con VIH desconocido. Las muestras con un resultado reactivo (positivo) para ELISA son examinados nuevamente por duplicado. Si el resultado de cualquiera de las pruebas por duplicado es reactivo nuevamente, la muestra se reporta como repetidamente reactiva y se somete a pruebas de confirmación con una prueba complementaria más específica (por ejemplo, Western blot o un ensayo de inmunofluorescencia (IFA), esta última se realiza con menor frecuencia). Sólo los especímenes que son repetidamente reactivos por ELISA y positiva por IFA o reactivo por Western blot se consideran VIH-positivos e indicativo de la infección por VIH. Las muestras que son repetidamente reactivos a ELISA de vez en cuando proporcionan un resultado de Western blot indeterminado, que puede ser una respuesta de anticuerpos incompletos al VIH en una persona infectada o reacciones no específicas en una persona no infectada. (13)

Aunque la IFA se puede utilizar para confirmar la infección en estos casos ambiguos, este ensayo no se utiliza ampliamente. En general, para resultados indeterminados debe recogerse una segunda muestra un mes más tarde y someterle al Western blot nuevamente. Aunque son menos disponibles, las pruebas de ácido nucleico (por ejemplo, el ARN viral o método de amplificación de ADN proviral) también pueden ayudar al diagnóstico en determinadas situaciones. Además, algunas muestras analizadas podrían proporcionar resultados no concluyentes debido a una muestra no suficiente. En estas situaciones, una segunda muestra es recolectada y analizada para la infección por VIH. (13)

La prueba del VIH actual es extremadamente precisa. Una única prueba de detección es correcta más del 99% del tiempo. La posibilidad de un resultado falso positivo en el protocolo estándar de prueba de dos pasos se estima en aproximadamente 1 de cada 250.000 en una población de bajo riesgo. Las pruebas después de la exposición inicialmente se recomiendan a las seis semanas, tres meses y seis meses. (13, 14)

1.2. Epidemiología

El SIDA fue reconocido por primera vez en 1981 y hasta el 2009 ha dado lugar a casi 30 millones de muertes.

El VIH/SIDA es una pandemia mundial. A partir de 2012, aproximadamente 35,3 millones de personas viven con VIH en el mundo. De estos, aproximadamente 17,2 millones son hombres, 16,8 millones son mujeres y 3,4 millones son menores de 15 años de edad. Había alrededor de 1,8 millones de muertes por SIDA en 2010, frente a 2,2 millones en 2005. (15)

El África subsahariana es la región más afectada. En 2010, se estima que el 68% (22,9 millones) de todos los casos de VIH y el 66% de todas las muertes (1,2 millones) se produjeron en esta región. Esto significa que alrededor del 5% de la población adulta está infectada. Aquí en contraste con otras regiones las mujeres componen casi el 60% de los casos. Sudáfrica tiene la mayor población de personas con VIH de cualquier país en el mundo con 5,9 millones. (16)

Asia meridional y Asia oriental (una región con cerca de 2 mil millones de personas a partir de 2010, más del 30% de la población mundial) tiene un estimado de 4 millones de casos (12% del total de personas viven con el VIH), tuvo cerca de 250.000 muertes en 2010. Aproximadamente 2,5 millones de estos casos se encuentran en la India, donde, sin embargo, la prevalencia es de sólo un 0,3% (un poco más alta que la encontrada en Europa o Canadá occidental y central). La prevalencia es más baja en Asia Oriental con el 0,1%. (16)

En el 2008 aproximadamente 1,2 millones de personas en los Estados Unidos tenían el VIH; 20% no se dio cuenta de que estaban infectadas. Durante el período de 10 años 1999-2008 se produjo alrededor de 17.500 muertes por año. En el Reino Unido, a partir de 2009, había aproximadamente 86.500 casos y 516 muertes. En Australia, a partir de 2009, había cerca de 21.171 casos y unas 23 muertes. En Canadá a partir de 2008 había alrededor de 65.000 casos y 53 muertes. (17, 18, 19)

La prevalencia y el número total de casos de VIH/SIDA en los países latinoamericanos considerando los índices de prevalencia, se han establecido tres grupos de países: países con prevalencia baja (entre 0,5 y 2,4/1.000 habitantes): Chile (2,3), Costa Rica (2,1), México (2,0), Paraguay (2,0), Bolivia (1,2), Nicaragua (1,2) y Cuba (0,6); países con prevalencia media (entre 2,5 y 4,4/1.000 habitantes): Guatemala (4,3), Brasil (4,1), Colombia (3,5), Uruguay (2,9), Argentina (2,7), Ecuador (2,7) y Perú (2,5); países con prevalencia alta (entre 4,5 y 6,4/1.000 habitantes): República Dominicana (5,8), Panamá (5,7), El Salvador (5,5) y Honduras (5,1). (20)

1.3. Cuadro Clínico

Las etapas de la infección por el VIH son la infección aguda (también conocida como infección primaria), la latencia y el SIDA. La infección aguda dura varias semanas y puede incluir síntomas tales como fiebre, ganglios linfáticos inflamados, inflamación de la garganta, sarpullido, dolor muscular, malestar general, y de la boca y úlceras esofágicas. La etapa de latencia implica pocos o ningún síntoma y puede durar de dos semanas a veinte años o más, dependiendo de la persona. El estadio SIDA, la etapa final de la infección por el VIH, se define por un recuento bajo de células T CD4 + (menos de 200 por microlitro), varias infecciones oportunistas, cáncer y otras condiciones.

a. Infección Aguda

La infección aguda por VIH, infección primaria por VIH o el síndrome de seroconversión aguda es la segunda etapa de la infección del VIH. Se produce después de la etapa de incubación, antes de la fase de latencia y el potencial del SIDA que suceda a la etapa de latencia. (21)

Durante este periodo (generalmente 2-4 semanas después de la exposición) muchas personas desarrollan gripe o mononucleosis, los síntomas más comunes pueden incluir fiebre, linfadenopatía, faringitis, exantema, mialgia, malestar, boca y úlceras esofágicas, y también pueden incluir, pero con menor frecuencia, dolor de cabeza, náuseas y vómitos, agrandamiento del hígado / bazo, pérdida de peso, muguet, y síntomas neurológicos. Las personas infectadas pueden experimentar todos, algunos o ninguno de estos síntomas. La duración de los síntomas

varía, con un promedio de 28 días y por lo general dura por lo menos una semana. (22)

Debido a la naturaleza inespecífica de los síntomas, a menudo no son reconocidos como signos de la infección por VIH. Incluso si los pacientes van al médico o un hospital, a menudo se diagnostican erróneamente como teniendo una de las enfermedades infecciosas más comunes con los mismos síntomas. Como consecuencia, estos síntomas primarios no se utilizan para diagnosticar la infección por VIH, ya que no se desarrollan en todos los casos y porque muchos son causados por otras enfermedades más comunes. Sin embargo, reconociendo el síndrome puede ser importante porque el paciente es mucho más infeccioso durante este período. (23)

b. Latencia:

Una defensa inmune fuerte reduce el número de partículas virales en el torrente sanguíneo, que marca el inicio de la infección secundaria o crónica por el VIH. La etapa secundaria de la infección por el VIH puede variar entre dos semanas y 20 años. Durante esta fase de la infección, el VIH es activo dentro de los ganglios linfáticos, que se encuentran aumentadas de tamaño, en respuesta a grandes cantidades de virus que quedan atrapados en las células dendríticas foliculares (FDC) de red. Los tejidos circundantes que son ricos en CD4 +, las células T también pueden infectarse, y las partículas virales se acumulan tanto en las células infectadas y virus libres. Las personas que están en esta fase son todavía infecciosas. Durante este tiempo, las células T CD4 + CD45RO + llevan la mayor parte de la carga viral. Un pequeño porcentaje de VIH-1 en individuos infectados conservan altos niveles de células T CD4 + sin terapia antirretroviral. Sin embargo, la mayoría tiene una carga viral detectable y eventualmente progresa a SIDA sin tratamiento. Estos individuos son clasificados como controladores del VIH o no progresores a largo plazo. Las personas que mantienen recuentos de células T CD4 + adecuados y también tienen una carga viral baja o indetectable clínicamente sin tratamiento anti-retroviral se conocen como controladores de élite o supresores de elite. (24, 25)

c. **Estadio SIDA**

Los síntomas del SIDA son principalmente el resultado de las condiciones que normalmente no se desarrollan en personas con sistemas inmunológicos sanos. La mayoría de estas afecciones son infecciones oportunistas causadas por bacterias, virus, hongos y parásitos que normalmente están controladas por los elementos del sistema inmunológico que el VIH daña. Estas infecciones afectan a casi todos los órganos de los sistemas. (26)

Las personas con SIDA también tienen un mayor riesgo de desarrollar varios tipos de cáncer, como el sarcoma de Kaposi, cáncer cervical y cáncer del sistema inmunológico conocido como linfomas. Además, las personas con SIDA a menudo tienen síntomas sistémicos de infección como fiebre, sudores (particularmente en la noche), adenopatías, escalofríos, debilidad y pérdida de peso. Las infecciones oportunistas específicas que los pacientes con SIDA desarrollan dependen en parte de la prevalencia de estas infecciones en el área geográfica en la que el paciente vive. (27)

2. **Manifestaciones Cutáneas en pacientes con VIH/SIDA**

Las condiciones dermatológicas son comunes en todas las etapas por la infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Las enfermedades dermatológicas representan una buena oportunidad para el diagnóstico precoz del VIH, el cual debe ser confirmado, debido a que mediante un examen sencillo por parte del personal de salud se puede determinar la presencia de lesiones en la piel de los pacientes.

2.1. **Epidemiología**

La piel se ve afectada en la mayoría de los pacientes con infección por el VIH en algún momento durante el curso de su enfermedad.

Los trastornos de la piel pueden ser la primera manifestación de la enfermedad del VIH. Hasta el 90% de las personas infectadas por el VIH sufren de enfermedades de la piel durante el curso de la enfermedad. En un estudio transversal de 186 pacientes VIH positivos, 175 (94%) sufrieron una o más trastornos cutáneos. El trastorno de la piel más común identificado,

fue la infección fúngica, seguido por el eczema y la dermatitis seborreica (47).

Según los estudios el espectro de trastornos de la piel depende de:

- La etapa inmunológica, como se refleja en el recuento de CD4.
- El uso concomitante de TARGA.
- El patrón de infecciones endémicas.

En general, la disminución de la inmunidad se asocia con aumento del número y la gravedad de los trastornos de la piel. Las lesiones cutáneas son más propensas a tener la apariencia inusual de la infección cuando se trata de una infección avanzada por VIH. (48)

2.2. Principales Infecciones

Las infecciones se dividen en Micóticas, Virales, Parasitarias, Bacterianas.

Infecciones Micóticas:

Este tipo de infecciones juegan un rol importante en los pacientes que se encuentran con el sistema inmune suprimido, siendo una causa frecuente de morbilidad y mortalidad, hay series que llegan a reportar hasta un 20% de la mortalidad.

La infección por el VIH predispone al desarrollo de micosis mayoritariamente por hongos levaduriformes. Uno de los factores causantes es la exposición ambiental. La dermatofitosis en pacientes con SIDA se ha reportado entre un 30 a 40%, mientras que en VIH positivos que aún no llegan al siguiente estadio hasta 20%. Las formas más frecuentes de dermatofitosis son la tiña pedís y la tiña ungium (49)

La infección por Candida bajo la forma de candidiasis oral o mucocutánea, ya sea sola o acompañada, se observa con relativa frecuencia y está ligada a la inmunosupresión de células T. La candidiasis oral se puede presentar bajo diferentes formas clínicas: Candidiasis Oral Eritematoatrófica, hiperplásica, pseudomembranosa, queilitis angular. (50, 51)

La criptococosis cutánea única no es muy frecuente, predomina la que se asocia al sistema nervioso central.

Infecciones virales:

El Molusco contagioso es la infección viral más frecuente, causada por *Poxviridae*, es un excelente marcador de grado de inmunodeficiencia, coincide con recuentos bajos de linfocitos CD4. Se localizan en cara, cuello y pliegues, son numerosas, el tratamiento más eficaz es el nitrógeno líquido. En las series reportadas aparece entre el 3% al 9%. Debido al parecido con lesiones por criptococo, histoplasma y coccidioides, las cuales son menos frecuentes pero más graves, se recomienda realizar biopsia sistemática de las lesiones con morfología de molusco contagioso. (52)

El segundo más frecuente es el herpes zoster, se presenta con mayor frecuencia en un dermatoma, aunque pueden surgir varios; la forma diseminada es muy frecuente en el SIDA y se relaciona al declive del estado inmunológico. (53)

La leucoplasia velloras oral, que es producida por el virus de Epstein-Barr es el único signo patognomónico de la infección por VIH, porque sólo se ha observado en pacientes inmunodeprimidos por trasplantes de órganos. (54)

La verruga vulgar es causada por papilomavirus, se presenta en forma diseminada frecuentemente en los VIH positivos, está asociada a la cepa número 5. Suelen ser múltiples y de gran tamaño, llegando a formar placas por unión de varios de ellos, la presencia de recidiva es frecuente.

Infecciones por parásitos:

Durante la fase temprana se presenta la acarosis, comportándose igual que una persona que no presenta infección, con la diferencia que no cede ante los tratamientos tópicos convencionales. A medida que progresa la inmunodeficiencia es más probable que los pacientes infectados por VIH padezcan de la sarna Noruega, teniendo una infección por un elevado número de microorganismos. (55)

También suele observarse pediculosis capitis, debido a la falta de higiene, además está relacionado a un estrato socio-económico bajo, lugar de procedencia rural.

Infecciones bacterianas:

Una de las más predominantes es la foliculitis bacteriana, pero en comparación de otras no sobrepasa el 2%; ésta causado por *Staphylococcus aureus*.

También pueden presentarse casos de sífilis secundaria, aunque su frecuencia es relativamente elevada. El chancro sifilítico presume una rotura de la barrera de la mucosa y se convierte en la puerta de entrada que permita al VIH acceder directamente a la circulación sistémica; además el chancro tiene elevadas células CD4+ por lo que favorece la replicación local del VIH. (56)

También se presentan en moderada frecuencia piodermitis, tuberculosis cutánea, forúnculos, linfogranulomas venéreos, ectima estreptocócico.

2.3. Enfermedades Eritemato-Escamosas:

La dermatitis seborreica es considerada una manifestación en la piel cuando hay una infección avanzada por VIH, existen numerosos factores importantes en la patogénesis de la enfermedad como la presencia de *Pitirosporum ovale*, *Propionobacterium*. La prevalencia varía enormemente, desde 3% hasta 80%. Estudios indican que existe una relación inversa entre el conteo de células CD4+ y la frecuencia de dermatitis seborreica. Compromete cuero cabelludo, cara y región pre-esternal, es de evolución crónica y muy recidivante. (57)

La xerosis tiene una prevalencia parecida a la dermatitis seborreica, existen muchos factores patogenéticos, desde el estado de nutrición hasta la mala higiene.

La frecuencia de psoriasis en pacientes inmunodeprimidos no tiene variación en comparación de la población seronegativa, pero la intensidad con la que se presenta es mayor, sobre todo a nivel articular. (57)

2.4. Enfermedades pápulo-pruríticas: Son frecuentes, muy inespecíficas, por lo que dificulta su diagnóstico y terapéutica. Se presentan como pápulas foliculares, aunque a veces están como nódulos o pústulas.

La foliculitis eosinófilica, el prurigo simple del adulto y la erupción papular inespecífica del VIH se describen como entidades no infecciosas. (58)

2.5 Alergias: producto de interacción con agentes químicos, físicos biológicos, siendo un claro ejemplo de estas las reacciones alérgicas medicamentosas. Recalcando que siempre hay una predisposición inmunológica en las personas afectadas.

2.6 Enfermedades tumorales:

El Sarcoma de Kaposi es el tumor cutáneo más frecuente en la infección por VIH, criterio de SIDA y de la primera manifestación cutánea que identifico a este tipo de pacientes. En nuestro medio se presenta como una enfermedad multifocal, simétrica, distribuida en toda la superficie corporal que compromete piel de tronco, extremidades, cara, genitales y mucosa. En los últimos años se ha avanzado bastante en el estudio de esta patología, mostrando evidencia que su origen etiológico es el Virus Herpes Humano 8 o virus asociado al Sarcoma de Kaposi, el cual se transmite predominantemente por vía sexual. Mediante la terapia antiretroviral de alta selectividad se ha conseguido producir una disminución o estabilización del Sarcoma de Kaposi. (59, 60)

3. Manifestaciones a nivel sistémico en pacientes con VIH/SIDA

3.1. A nivel pulmonar:

La neumonía por *Pneumocystis* (PCP) (originalmente conocido como la neumonía por *Pneumocystis carinii*) es relativamente rara en personas inmunocompetentes, saludables, pero comunes entre las personas infectadas por el VIH. Es causada por *Pneumocystis jirovecii*.

Era una causa común de muerte inmediata antes de la llegada de un diagnóstico eficaz, el tratamiento y la profilaxis de rutina en los países occidentales. En los países en desarrollo, sigue siendo uno de los primeros indicios de SIDA en individuos no evaluados, aunque no suele ocurrir a menos que el recuento de CD4 sea inferior a 200 células por microlitro de sangre. (28)

La tuberculosis (TB) es única entre las infecciones relacionadas con el VIH, ya que es transmisible a las personas inmunocompetentes través de la vía respiratoria, y no es fácil de tratar una vez identificados. La multirresistencia es un problema grave. Tuberculosis con co-infección por VIH (TB / VIH) es un importante problema de salud en el mundo, según la Organización Mundial de la Salud: en el 2007, 456 000 muertes entre los casos de tuberculosis eran VIH-positivos, un tercio de todas las muertes por tuberculosis y casi una cuarta parte de la estimada de 2 millones de muertes por VIH en ese año. A pesar de que su incidencia ha disminuido debido a la utilización de la terapia de observación directa y otras

prácticas mejoradas en los países occidentales, este no es el caso en los países en desarrollo donde el VIH es más prevalente. En la infección por VIH en etapa temprana (recuento de CD4 > 300 células por microlitro), la tuberculosis se presenta típicamente como una enfermedad pulmonar. En la infección avanzada por el VIH, la TB a menudo se presenta de forma atípica con la enfermedad (sistémica) extrapulmonar una característica común. Los síntomas son generalmente a nivel constitucional y no están localizados en un sitio particular, a menudo afectan a la médula ósea, hueso, tractos urinario y gastrointestinal, el hígado, los ganglios linfáticos regionales, y el sistema nervioso central. (29, 30)

3.2 A nivel gastrointestinal:

La esofagitis es una inflamación del revestimiento del extremo inferior del esófago. En los individuos infectados por el VIH, esto se debe normalmente a hongos (candidiasis) o virus (herpes simple-1 o citomegalovirus) infecciones. En casos raros, podría ser debido a micobacterias. (31)

La diarrea crónica inexplicada en la infección por VIH se debe a muchas causas posibles, como común bacteriana (Salmonella, Shigella, Campylobacter o la Listeria) y las infecciones parasitarias; y las infecciones oportunistas comunes, tales como la criptosporidiosis, microsporidiosis, el complejo Mycobacterium avium (MAC) y los virus, astrovirus, adenovirus, rotavirus y el citomegalovirus, (este último como un curso de la colitis). (32)

En algunos casos, la diarrea puede ser un efecto secundario de varios medicamentos utilizados para tratar el VIH, o simplemente puede acompañar a la infección por VIH, en particular durante la infección primaria por VIH. También puede ser un efecto secundario de los antibióticos utilizados para tratar causas bacterianas de la diarrea (Común para Clostridium difficile). En las últimas etapas de la infección por VIH, se piensa que la diarrea sea un reflejo de los cambios en la forma en el tracto intestinal absorbe los nutrientes, y puede ser un componente importante de desgaste relacionado con el VIH. (32)

3.3 A nivel neurológico y psiquiátrico:

La infección por VIH puede conducir a una variedad de secuelas neuropsiquiátricas, ya sea por la infección del sistema nervioso por organismos susceptibles o como una consecuencia directa de la propia enfermedad. (33)

La toxoplasmosis es una enfermedad causada por el parásito unicelular llamado *Toxoplasma gondii*; por lo general afecta el cerebro, causando encefalitis por toxoplasma, pero también puede infectar y causar enfermedad a nivel ocular y pulmonar. La meningitis criptocócica es una infección de las meninges por el hongo *Cryptococcus neoformans*. Puede causar fiebre, dolor de cabeza, fatiga, náuseas y vómitos. Los pacientes también pueden desarrollar convulsiones y confusión; no se trata, puede ser mortal. (33)

Leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP) es una enfermedad desmielinizante, en la que la destrucción gradual de la vaina de mielina que recubre los axones de las células nerviosas perjudica la transmisión de los impulsos nerviosos. Es causada por un virus llamado virus JC que se produce en el 70% de la población en forma latente, que causa la enfermedad sólo cuando el sistema inmunológico ha sido severamente debilitado, como es el caso de los pacientes con SIDA, en el que progresa rápidamente, generalmente causando la muerte pocos meses del diagnóstico. (34)

El complejo de demencia del SIDA (ADC) es una encefalopatía metabólica inducida por la infección por el VIH y alimentada por la activación inmunitaria de los macrófagos cerebrales infectados por el VIH y la microglia. Estas células son productivamente infectadas por el VIH y secretan neurotoxinas tanto de acogida y de origen viral. Se manifiesta por alteraciones neurológicas específicas, y anomalías motoras cognitivas conductuales que se producen después de años de infección por VIH y se asocian con los niveles de células T CD4 + bajos y cargas virales plasmáticas elevadas. (34)

La prevalencia es del 10-20% en los países occidentales, pero sólo 1.2% de las infecciones por el VIH en la India. Esta diferencia es posiblemente debido al subtipo de VIH en la India. La manía relacionada al SIDA a veces se observa en pacientes con enfermedad avanzada por VIH; se presenta con más irritabilidad y deterioro cognitivo y menos euforia que un episodio maniaco asociado con cierto trastorno bipolar. A diferencia de esta última condición, puede tener un curso más crónico. Este síndrome se observa con menos frecuencia con el advenimiento de la terapia con múltiples fármacos. (35, 36)

3.4 Tumores:

La incidencia de varios tipos de cáncer en las personas con infecciones por el VIH se han incrementado sustancialmente. Esto se debe principalmente a la co-infección con un virus de ADN oncogénico, especialmente de Epstein-Barr virus (EBV), al sarcoma de Kaposi asociado herpes virus (VHSK) (también conocido como herpesvirus humano-8 [HHV-8]), y humanpapillomavirus (HPV). (38)

El Sarcoma de Kaposi (SK) es el tumor más frecuente en los pacientes infectados por el VIH. La aparición de este tumor en los hombres homosexuales jóvenes en 1981 fue una de las primeras señales de la epidemia del SIDA. Causada por un virus llamado gamma herpes asociado al sarcoma de Kaposi virus del herpes (HVSK), que aparece a menudo en forma de nódulos de color púrpura en la piel, pero puede afectar a otros órganos, especialmente la boca, el tracto gastrointestinal y los pulmones. Actualmente con más frecuencia en los pacientes infectados por el VIH se presenta en alto grado linfomas de células B como el linfoma de Burkitt, linfoma difuso de células B, y linfoma primario del sistema nervioso central. Estos cánceres particulares a menudo presagian un mal pronóstico. El Virus de Epstein-Barr o el VHSK causan muchos de estos linfomas. En los pacientes infectados por el VIH, el linfoma se presenta a menudo en sitios extranodales tales como el tracto gastrointestinal. (38) Cuando se producen en un paciente infectado por el VIH, sarcoma de Kaposi y linfomas de células B agresivos confieren un diagnóstico de SIDA.

El cáncer invasivo del cuello uterino en las mujeres infectadas por el VIH también se considera que definen el SIDA, que es causado por el virus del papiloma humano. (39) Además de los tumores que definen el SIDA enumerados anteriormente, los pacientes infectados por el VIH tienen un mayor riesgo de ciertos otros tumores, el linfoma Hodgkin en particular, los carcinomas anales y rectales, carcinomas hepatocelulares, cánceres de cabeza y cuello, y el cáncer de pulmón. Algunas de ellas son causas por virus, como el linfoma de Hodgkin (EBV), cánceres rectales / anales (VPH), cáncer de cabeza y cuello (VPH) y el carcinoma hepatocelular (hepatitis B o C). Otros factores que contribuyen son la exposición a carcinógenos (humo de cigarrillos para el cáncer de pulmón), o vivir durante años con defectos inmunológicos sutiles.

Curiosamente, la incidencia de muchos tumores comunes, tales como cáncer de mama o cáncer de colon, no aumenta en pacientes infectados por el VIH. En los lugares donde la terapia antirretroviral de alta efectividad (TARGA) se utiliza ampliamente para tratar el SIDA, la incidencia de muchas enfermedades malignas relacionadas con el SIDA se ha reducido, pero al mismo tiempo los cánceres malignos en general se han convertido en la causa más común de muerte de los pacientes infectados por el VIH. En los últimos años, una proporción creciente de estas muertes han sido de cánceres no definitorios de SIDA.

4. Tratamiento:

Actualmente no existe una cura o una vacuna eficaz contra el VIH. El tratamiento consiste en la terapia antirretroviral de alta actividad (TARGA) que retrasa la progresión de la enfermedad. A partir de 2010 más de 6,6 millones de personas estaban tomando en los países de bajos y medianos ingresos. El tratamiento también incluye el tratamiento preventivo y activo de oportunista infecciones. (40)

4.1 Terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA):

Las opciones actuales de TARGA son combinaciones que consisten en al menos tres medicamentos pertenecientes a dos tipos de agentes antirretrovirales. Inicialmente el tratamiento es típicamente un inhibidor de la transcriptasa inversa no nucleósido (NNRTI) más dos análogos de

nucleósidos inhibidores de transcriptasa inversa (NRTI), dentro de estos típicamente se incluyen: zidovudina (AZT) o tenofovir (TDF) y lamivudina (3TC) o emtricitabina (FTC). Las combinaciones de agentes que incluyen a los inhibidores de la proteasa (PI) se utilizan si el régimen anterior pierde eficacia. (41, 42)

4.2 Infecciones oportunistas:

Las medidas para prevenir las infecciones oportunistas son efectivas en muchas personas con VIH/SIDA. Además de la mejora actual de la enfermedad, el tratamiento con antirretrovirales reduce el riesgo de desarrollar infecciones oportunistas adicionales. Se recomienda la vacunación contra la hepatitis A y B para todas las personas en riesgo de VIH antes de que se infecten; sin embargo también se puede aplicar de la infección. Se recomienda en entornos de recursos limitados la profilaxis con cotrimazol entre cuatro y seis semanas de vida y cese de la lactancia materna cese niños nacidos de madres VIH positivas. También se recomienda para prevenir la neumonía por *pneumocistiscarinii*, cuando el recuento de CD4 de una persona está por debajo de 200 células/uL y en aquellos que tienen o han tenido previamente *pneumocistiscarinii*. Las personas con tratamiento inmunosupresor importante son también aconseja a recibir terapia profiláctica para la toxoplasmosis y *Cryptococcus meningitis*. Las medidas preventivas adecuadas han reducido la tasa de estas infecciones hasta en un 50%. (43)

5. Evolución

En muchas zonas del mundo el VIH/SIDA se ha convertido en una enfermedad crónica en vez de una enfermedad aguda grave. El pronóstico varía entre las personas, y el CD4 como la carga viral son útiles para los resultados previstos. Sin tratamiento, la supervivencia media tiempo después de la infección con el VIH se estima entre 9 a 11 años, dependiendo del subtipo de VIH. Después de que el diagnóstico de SIDA, si el tratamiento no está disponible, la supervivencia oscila entre 6 y 19 meses. El uso de TARGA y la prevención de las infecciones oportunistas apropiadamente reduce la tasa de mortalidad hasta en un 80%, y aumenta la esperanza de vida de un adulto joven recién diagnosticado a 20-50 años. Esto es entre dos

tercios y de la población general. Si el tratamiento se inicia a finales de la infección, el pronóstico no es tan bueno: por ejemplo, si se inicia el tratamiento tras el diagnóstico de SIDA, la esperanza de vida es 10-40 años. La mitad de los bebés nacidos con VIH morirán antes de los dos años de edad sin tratamiento. (44, 45)

ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:

1. Análisis de Antecedentes Investigativos

1.1 A nivel local: No se han encontrado estudios similares.

1.2 A nivel nacional:

Título: Manifestaciones cutáneas de infección por VIH en el servicio de Dermatología del hospital nacional Daniel Alcides Carrion- Callao, enero del 2001 a diciembre del 2002 .

Autores: María del Carmen Fuertes Anaya y Sergio Erick Armas Regal

Cita: Facultad de medicina humana de la UNSM. Tesis para optar por título de especialista en dermatología

Resumen:

El objetivo del estudio fue determinar las manifestaciones dermatológicas más frecuentes en los pacientes VIH positivos así como la determinación de las mismas según estadio clínico de enfermedad, sexo y grupo etáreo.

Respecto al sexo 71% correspondió al sexo masculino y 29% al femenino, el grupo etáreo mas comprometido en este estudio fue de 21-40 años (74.8%).

Las manifestaciones cutáneas más frecuentes fueron las de origen infeccioso (63%), siendo dentro de estas las infecciones micóticas las más frecuentes (30.6%) y dentro de las cuales la onicomycosis y candidiasis orofaríngea fueron las más frecuentes, las infecciones virales (20%) y dentro de estas el molusco contagioso y herpes zoster fueron las principales.

Seguidamente las manifestaciones eritemato-escamosas representaron en 18.3% de estas la más frecuente fue la dermatitis seborreica y de las papulo-pruríticas (7.1%) el prurigo. Las manifestaciones dermatológicas se presentaron con mayor frecuencia en estadios avanzados de la enfermedad.

Título: Manifestaciones cutáneas en infección por VIH, Junio 1988 - julio 1999 Hospital III EsSalud de Chimbote.

Cita: Revista de Dermatología Peruana, Diciembre 2000

Resumen:

La infección causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una afección sistémica adquirida frecuentemente por transmisión sexual sigue un curso crónico con diversos estadios y en su etapa final, de lugar a una alteración funcional severa del sistema inmunitario, lesiones orgánicas y neoplásicas. Las manifestaciones dermatológicas son precoces y durante la última década se ha puesto de manifiesto que la afección cutánea no es necesariamente exclusiva de la fase terminal, se realizó un estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados desde julio 1988 a julio 1999 en el Hospital III, Chimbote, EsSalud. Se detectó 74 pacientes con infección VIH la mayoría de sexo masculino, con mayor frecuencia de presentación en los grupos etáreos de 20 a 29 años y de 30 a 39 años. Entre las manifestaciones cutáneas, las más frecuentes fueron: la micótica (50%); candidiasis (29%), onicomycosis (11%) y tiña corporis (10%). La dermatitis seborreica (11%) y el herpes simple (10%), seguidas de gonorrea, aftas orales, condilomas acuminados, prurigo, acarosis, balanitis y eczema hipostático (3,13% cada uno), vitíligo y nevus (1,5 cada uno). Muchas de estas patologías se presentaron simultáneamente en algunos pacientes.

Título: Lesiones mucocutáneas y recuento total de linfocitos en pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana. Hospital Regional Docente de Trujillo.

Cita: Folia dermatológica Peruana 2008

Resumen:

Objetivo: Determinar la relación entre el número de lesiones mucocutáneas y el número total de linfocitos en pacientes VIH positivos.

Material y método: Estudio analítico, se identificó el número y tipo de lesiones mucocutáneas, así como el número de linfocitos en sangre, determinándose la relación entre éstos mediante el análisis de varianza.

Resultados: Se observaron 77 pacientes, 54 de sexo masculino, en su mayoría alrededor de los 27 años. El número total de leucocitos varió de 1 100 a 18 800/mm³ y los linfocitos totales de 140 a 2 639/mm³. El 45.5% presentaron linfopenia. El número de lesiones osciló entre uno y seis. El 84.4% tuvieron dos o más lesiones. Las lesiones de tipo mixta e infecciosa predominaron (83.1%). La dermatitis seborreica y el prurigo fueron las dermatosis inflamatorias más frecuentes; dentro de las infecciosas las de origen micótico y viral. La xerosis fue la patología más común en el grupo misceláneo. Según combinación de patologías las de tipo inflamatoria o infecciosa o neoplásica y xerosis o alopecia fueron las más frecuentes (44.2%).

Conclusión: No se encontró asociación entre el número de lesiones mucocutáneas y el número total de linfocitos.

1.3 A nivel Internacional:

Título: Manifestaciones dermatológicas en pacientes con VIH. Seguimiento en 349 pacientes. Medellín, Colombia.

Cita: Revista Asociación Colombiana de Dermatología & Cirugía Dermatológica, Setiembre 2007

Resumen:

Objetivos: Describir las manifestaciones dermatológicas que presentó un grupo de pacientes VIH positivos que asistió a un programa ambulatorio de VIH/sida de la ciudad de Medellín.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, de cohorte, prospectivo, con análisis porcentual, en el cual se recolectó información (previo consentimiento informado) acerca de las características clínicas de las diferentes manifestaciones dermatológicas de un grupo de pacientes VIH positivos que asistieron a un programa ambulatorio de VIH/sida en la ciudad de Medellín durante un período de cuatro años.

Resultados: Se incluyeron 349 pacientes VIH positivos, en los cuales predominó el sexo masculino; el promedio de edad fue de 38 años; el 70% estaban recibiendo HAART y el promedio de CD4 fue de 274/ml. Se diagnosticaron 863 problemas dermatológicos. Se incluyeron 256 infecciones virales, principalmente por virus del papiloma humano (HPV), 255 infecciones fúngicas (candidiasis y tiñas), 35 infecciones

bacterianas, principalmente sífilis y 26 infecciones parasitarias (escabiosis).

Adicionalmente se encontraron otra serie de entidades dermatológicas no infecciosas como dermatitis seborreica, xerosis, melasma y toxicodermias.

Conclusiones: Las manifestaciones dermatológicas de las diferentes entidades que afectan a los pacientes VIH positivos son altamente prevalentes, siendo su presentación y gravedad muy variadas.

Título: Manifestaciones dérmicas en pacientes con VIH-Sida. Colombia

Cita: Revista Colombiana Salud Libre, Diciembre 2008

Resumen:

Objetivo: Caracterizar las manifestaciones dermatológicas en paciente VIH (+) que asistieron al CAA del Oasis según valoración dermatológica en el año 2006.

Materiales y métodos: De un total de 574 pacientes registrados en el programa de VIH en el CAA de Oasis, se escogieron pacientes que contaron con valoración dermatológica. Los datos se recolectaron a través de sus historias clínicas excluyéndose aquellos que presentaban medición de niveles de CD4 y carga viral superior a un año, así como los que no tenían la historia clínica disponible, o no aceptaron colaborar en el estudio. Solo 55 historias clínicas del total cumplieron con los criterios de inclusión.

Resultados: Se observó que el 87% de los pacientes eran hombres, el 56% de ellos tenían un rango de edad entre los 36 a 49 años. El 42% un nivel de escolaridad media (secundaria). Las manifestaciones dermatológicas que se encontraron con más frecuencia fueron: dermatitis seborreica y tumores malignos de la piel y tejidos blandos.

Conclusiones: El VIH continúa persistiendo en la población masculina, principalmente en el adulto menor; por lo tanto, su prevención debe estar enfocada a los jóvenes y adolescentes, ya que en promedio se adquiere diez años antes de su diagnóstico

Título: Manifestaciones cutáneas en pacientes con VIH, trabajo de actualización en el hospital escuela de Honduras, Abril-septiembre 1997

Cita: Revista Médica de Postgrado de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, 1998.

Resumen:

Se realizó un estudio prospectivo de pacientes VIH positivos en el Hospital Escuela, Honduras, de Abril a Septiembre de 1996 comparativo con el trabajo de Wilkinson y colaboradores de 1991. Se encontró Que las patologías en piel de los pacientes HIV no han variado, con la excepción de mayor incidencia de Prurigo. El Herpes zoster continua siendo un marcador cutáneo para diagnosticar la enfermedad.

Las infecciones micóticas como Candidiasis OraL Onicomycosis, Dermatofitosis y Pityriasis versicolor continúan ocupando los primeros lugares al igual que las alteraciones de pelo y uñas, deficiencias nutricionales y dermatitis seborréica.

Título: Manifestaciones dermatológicas en los pacientes con VIH y su correlación con la cantidad de linfocitos CD4 en la Clínica de Infecciones de Transmisión Sexual del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua. Ciudad de Mexico, Mexico.

Cita: Revista de Dermatología Mexicana, 2014

Resumen:

Objetivo: determinar las manifestaciones dermatológicas que afectan a los pacientes con VIH atendidos en la Clínica de Infecciones de Transmisión Sexual del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, y su correlación con la cantidad de linfocitos CD4.

Material y método: estudio transversal, retrospectivo que analizó los datos de pacientes que acudieron a la Clínica de Infecciones de Trasmisión Sexual de 2005 a 2011, se revisaron los expedientes de pacientes VIH positivos, corroborados mediante serología, se valoraron la carga viral, los linfocitos T CD4 y las manifestaciones dermatológicas.

Resultados: se registraron 1,594 pacientes en la Clínica de Infecciones de Trasmisión Sexual; de éstos, 280 fueron seropositivos (17.6%), el mayor número de casos reportados (n=113) se observó con células CD4 entre 200 y 499 (40.3%); 25% (70 pacientes) tuvo una carga viral mayor a 55,000 copias/mL. Las dermatosis que predominaron fueron de origen infeccioso, con 316 casos, resaltaron en frecuencia las infecciones virales y micóticas con celularidad entre 200 y 499 CD4.

Conclusiones: las dermatosis infecciosas predominaron en nuestro grupo poblacional, las enfermedades virales, y de éstas, los condilomas acuminados, fueron las más frecuentes con celularidad de 200-499 células, seguidas de las micosis superficiales. No se comprobó una diferencia estadísticamente significativa entre la correlación del número de dermatosis y los linfocitos CD4.

Título: Manifestaciones dermatológicas en pacientes con VIH en el Sur de la India (2000)

Cita: International Journal of Dermatology, 2000

Resumen:

Objetivo: Se evaluaron 833 personas con VIH para determinar los tipos de lesiones dermatológicas presentes .

Resultados: Las diversas lesiones observadas fueron candidiasis oral (45,0 %) , herpes zoster (11,2 %) , dermatofitosis de la piel (8,0 %) , herpes genital (7,7 %) , dermatitis pruriginosa papular (7,7 %) , infección estafilocócica de la piel (2,9 %) , la leucoplasia vellosa oral (2,3 %) , el molusco contagioso (1,3 %) , las verrugas genitales (1,2%) , y la sarna (0,5 %) . Alopecia, prurito intratable, piel seca , pigmentación de Addison y sarcoma de Kaposi también se observaron . Se encontró una correlación entre las manifestaciones dermatológicas y recuentos de células CD4.

Conclusión: Aunque el patrón de lesiones cutáneas fue comparable con las de India occidental, en el sur hay una incidencia sorprendentemente menor de sarcoma de Kaposi.

- **Objetivos**

Objetivo general:

- Determinar las características epidemiológicas y clínicas en pacientes hospitalizados con VIH/SIDA con y sin manifestaciones cutáneas en el Hospital Honorio Delgado en la ciudad de Arequipa durante el periodo 2008 – 2013.

Objetivos específicos

- Describir las características epidemiológicas en pacientes hospitalizados con VIH/SIDA en el Hospital Honorio Delgado en la ciudad de Arequipa durante el periodo 2008 – 2013.
- Describir las características clínicas en pacientes hospitalizados con VIH/SIDA en el Hospital Honorio Delgado en la ciudad de Arequipa durante el periodo 2008 – 2013.
- Describir las manifestaciones cutáneas en pacientes hospitalizados con VIH/SIDA en el Hospital Honorio Delgado en la ciudad de Arequipa durante el periodo 2008 – 2013.

- **Hipótesis**

Al ser un trabajo descriptivo no se requiere de una hipótesis

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, Instrumentos y Materiales de Verificación

- **Técnicas:** Revisión documentaria
- **Instrumentos**
 - Ficha de recolección de datos (anexo 1)
- **Materiales de Verificación**
 - Ficha de recolección datos
 - Material de escritorio.
 - Computadora portátil.
 - Sistema Operativo Windows 8.
 - Paquete Office 2013 para Windows.
 - Programa SPSS v.18 para Windows.
 -

2. Campo de Verificación:

2.1 Ubicación Espacial:

El estudio se llevara a cabo en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, ubicado en el cercado de la ciudad de Arequipa.

2.2 Ubicación Temporal:

La información recolectada corresponderá al periodo comprendido entre el 1ro de Julio del 2008 al 30 de Junio del 2013.

2.3 Unidades de Estudio:

Las unidades de estudio serán conformadas por las historias clínicas

2.4 Población:

Todas los pacientes con VIH/SIDA que fueron hospitalizados durante el periodo de tiempo indicado.

2.5 Muestra y Muestreo

Dado el diseño del estudio, se utilizara la fórmula de tamaño muestral para una población finita o conocida:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * S^2}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * S^2}$$

Dónde:

N= Tamaño de la población: 700

α = Error tipo I: 0.05

1- $\alpha/2$ = Nivel de Confianza a dos colas: 0.95

$Z_{1-\alpha/2}$ = Valor tipificado: 2.58

s= Desviación estándar: 1.2

s^2 =Varianza: 1.44

d= Precisión: 0.25

Tamaño muestral: 78.67

3. Criterios de Selección

3.1 Criterios de Inclusión

- Historia clínica de paciente con diagnostico de VIH confirmado.
- Historia clínica de paciente que tenga como motivo de hospitalización alguna complicación por el VIH/SIDA.
- Historia clínica que se encontró completa durante el proceso de hospitalización.

3.2 Criterios de Exclusión

- Historia clínica con diagnóstico de VIH/SIDA no confirmatorio.

- Historia clínica con motivo de hospitalización ajeno a una complicación de VIH/SIDA, ejemplo: traumatismos, psiquiátricos, entre otros.

4. Estrategia de Recolección de Datos

4.1. Organización

Aprobado el proyecto de tesis por la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, se solicitara autorización a la dirección del Hospital Honorio Delgado, así como el listado de pacientes que ingresaron con VIH/SIDA durante el periodo de tiempo indicado para así revisar las historias clínicas correspondientes, se identificarán a los pacientes que cumplan con los criterios de selección y se procederá a realizar la aleatorización en ellos para así obtener el tamaño de muestra final. Una vez recolectada toda la información en las fichas, se procederá a pasarla a una base de datos en el programa Microsoft Excel 2013, para su posterior análisis, así mismo se utilizará el programa SPSS v.18 para la estadística analítica.

5. Recursos

5.1 Recursos Humanos

Autor: Andrés Murillo Herrera, bachiller egresado de la facultad de medicina humana de la UCSM.

Asesor: Dr. Aldo López Ticona, medico asistente del departamento de medicina interna del HRHD.

5.2 Recursos Físicos

- Fichas impresas de recolección de datos
- Computadora portátil con sistema operativo Windows 8, paquete Office 2013 y paquete estadístico SPSS v.18
- Material de escritorio

5.3 Recursos Financieros

- Recursos del propio autor

6. Validación de los instrumentos

La ficha de recolección de datos generales no requiere de validación.

7. A nivel de la recolección

Las fichas de recolección de datos se manejarán de manera anónima, protegiendo la identidad del participante. Esto avalado por la aprobación del Comité de Ética.

8. A nivel de la sistematización

La información obtenida de las encuestas se procesará en una base de datos creada en el programa Microsoft Excel 2013, y posteriormente pasadas al paquete estadístico SPSS v.18 donde se realizará el análisis correspondiente.

9. A nivel de estudio de datos

La descripción de las variables categóricas se presentará en cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes categorizados. Para las asociaciones se usará la prueba Chi cuadrado, considerando un nivel de confianza del 95%. Las pruebas estadísticas se considerarán significativas al tener un $p < 0,05$.

CRONOGRAMA DE TRABAJO:

TIEMPO	Setiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo		
Actividades	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
Presentación y aprobación del Proyecto																											
Recolección de datos																											
Tabulación, análisis e interpretación de datos																											
Elaboración del Informe final																											
Sustentación de la tesis																											

• **BIBLIOGRAFIA:**

1. Weiss RA (May 1993). "How does HIV cause AIDS?". *Science* 260 (5112): 1273–9.
2. Douek DC, Roederer M, Koup RA (2009). "Emerging Concepts in the Immunopathogenesis of AIDS". *Annu. Rev. Med.* 60: 471–84.
3. UNAIDS, WHO (December 2007). "2007 AIDS epidemic update" (PDF). p. 10. Retrieved 2008-03-12.
4. Cunningham AL, Donaghy H, Harman AN, Kim M, Turville SG (2010). "Manipulation of dendritic cell function by viruses". *Current opinion in microbiology* 13 (4): 524–529.
5. Garg H, Mohl J, Joshi A (Nov 9, 2012). "HIV-1 induced bystander apoptosis.". *Viruses* 4 (11): 3020–43.
6. Gilbert PB, McKeague IW, Eisen G, Mullins C, Guéye-NDiaye A, Mboup S, Kanki PJ (February 28, 2003). "Comparison of HIV-1 and HIV-2 infectivity from a prospective cohort study in Senegal". *Statistics in Medicine* 22(4): 573–593.
7. Reeves JD, Doms RW (2002). "Human Immunodeficiency Virus Type 2". *Journal of General Virology* 83 (Pt 6): 1253–65.
8. International Committee on Taxonomy of Viruses (2002). "61.0.6. Lentivirus". National Institutes of Health. Retrieved February 28, 2006.
9. International Committee on Taxonomy of Viruses (2002). "61. Retroviridae". National Institutes of Health. Retrieved February 28, 2006.
10. Smith JA, Daniel R (2006). "Following the path of the virus: the exploitation of host DNA repair mechanisms by retroviruses". *ACS ChemBiol* 1 (4): 217–26.
11. Kumaranayake L, Watts C (2001). "Resource allocation and priority setting of HIV/AIDS interventions: addressing the generalized epidemic in sub-Saharan Africa". *Journal of International Development* 13 (4): 451–466.
12. Kleinman S (September 2004). "Patient information: Blood donation and transfusion". Uptodate. Archived from the original on April 12, 2008.
13. Centers for Disease Control and Prevention (2001). "Revised guidelines for HIV counseling, testing, and referral". *MMWR Recomm Rep* 50 (RR–19): 1–57.

14. Chou R, Huffman LH, Fu R, Smits AK, Korthuis PT (July 2005). "Screening for HIV: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force". *Annals of Internal Medicine* 143 (1): 55–73.
15. Cohen, MS; Hellmann, N; Levy, JA; DeCock, K; Lange, J (April 2008). "The spread, treatment, and prevention of HIV-1: evolution of a global pandemic". *The Journal of Clinical Investigation* 118 (4): 1244–54..
16. Centers for Disease Control and Prevention, (CDC) (3 Jun 2011). "HIV surveillance--United States, 1981-2008.". *MMWR. Morbidity and mortality weekly report* 60 (21): 689–93.
17. Health Protection Agency (2010). HIV in the United Kingdom: 2010 Report.
18. Benson, Kate (19 October 2010). "HIV rate rising but other infections less common". *The Sydney Morning Herald*.
19. Surveillance; riques, RiskAssessment Division = Le VIH et le sida au Canada: rapport de surveillance en date du 31 décembre 2009 / Division de la surveillance et de l'évaluation des (2010). HIV and AIDS in Canada : surveillance report to December 31, 2009. Ottawa: Public Health Agency of Canada, Centre for Communicable Diseases and Infection Control, Surveillance and Risk Assessment Division.
20. Teva I, Paz M, Ramiro M, Buela-Casal. Current epidemiological situation of HIV/AIDS in Latin America. Analysis of differences among countries. *RevMed Chile* 2012; 140(1): 50-58
21. James, William D.; Berger, Timothy G. (2006). *Andrews' Diseases of the Skin: clinical Dermatology*. SaundersElsevier. ISBN 0-7216-2921-0.
22. Kahn, J. O. and Walker, B. D. (1998). "Acute Human Immunodeficiency Virus type 1 infection". *N. Engl. J. Med.* 331 (1): 33–39..
23. Daar ES, Little S, Pitt J, et al. (2001). "Diagnosis of primary HIV-1 infection. Los Angeles County Primary HIV Infection Recruitment Network". *Annals of Internal Medicine* 134 (1): 25–9.
24. Burton GF, Keele BF, Estes JD, Thacker TC, Gartner S. (2002). "Follicular dendritic cell contributions to HIV pathogenesis". *SeminImmunol.* 14 (4): 275–284.
25. (Clapham PR, McKnight A. (2001). "HIV-1 receptors and cell tropism". *Br Med Bull.* 58 (4): 43–59.

26. Holmes CB, Losina E, Walensky RP, Yazdanpanah Y, Freedberg KA (2003). "Review of human immunodeficiency virus type 1-related opportunistic infections in sub-Saharan Africa". *Clin. Infect. Dis.* 36 (5): 656–662.
27. Guss DA (1994). "The acquired immune deficiency syndrome: an overview for the emergency physician, Part 1". *J. Emerg. Med.* 12 (3): 375–384.
28. Huang, L; Cattamanchi, A; Davis, JL; den Boon, S; Kovacs, J; Meshnick, S; Miller, RF; Walzer, PD; Worodria, W; Masur, H; International HIV-associated Opportunistic Pneumonias (IHOP), Study; Lung HIV, Study (June 2011). "HIV-associated Pneumocystis pneumonia". *Proceedings of the American Thoracic Society* 8 (3): 294–300.
29. Kwara A, Ramachandran G, Swaminathan S (January 2010). "Dose adjustment of the non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors during concurrent rifampicin-containing tuberculosis therapy: one size does not fit all". *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology* 6 (1): 55–68. .
30. Decker CF, Lazarus A (August 2000). "Tuberculosis and HIV infection. How to safely treat both disorders concurrently". *Postgraduate Medicine* 108 (2): 57–60, 65–8.
31. Zaidi SA, Cervia JS (2002). "Diagnosis and management of infectious esophagitis associated with human immunodeficiency virus infection". *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care* 1 (2): 53–62.
32. Pollok RC (2001). "Viruses causing diarrhoea in AIDS". *NovartisFoundationSymposium. NovartisFoundationSymposia* 238: 276–83; discussion 283–8.
33. Gazzard, B; Balkin, A; Hill, A (2010). "Analysis of neuropsychiatric adverse events during clinical trials of efavirenz in antiretroviral-naïve patients: a systematic review". *AIDS reviews* 12 (2): 67–75.
34. Sadler M, Nelson MR (June 1997). "Progressive multifocal leukoencephalopathy in HIV". *International Journal of STD & AIDS* 8 (6): 351–7.
35. Grant I, Sacktor H, McArthur J (2005). "HIV neurocognitive disorders" (PDF). In H.E. Gendelman, I. Grant, I. Everall, S. A. Lipton, and S. Swindells. (ed.). *The Neurology of AIDS* (2nd ed.). London, UK: Oxford University Press. pp. 357–373.

36. Wadia RS, Pujari SN, Kothari S et al. (March 2001). "Neurological manifestations of HIV disease". The Journal of the Association of Physicians of India 49: 343–8.
37. Yarchoan R, Tosato G, Little RF (2005). "Therapy insight: AIDS-related malignancies – the influence of antiviral therapy on pathogenesis and management". Nat. Clin. Pract. Oncol. 2 (8): 406–415.
38. Ho-Yen C and Chang F (June 1, 2008). "Gastrointestinal Malignancies in HIV/AIDS". The AIDS Reader 18(6).
39. Palefsky J (2007). "Human papillomavirus infection in HIV-infected persons". Top HIV Med 15 (4): 130–3.
40. May, MT; Ingle, SM (December 2011). "Life expectancy of HIV-positive adults: a review". Sexual health 8 (4): 526–33. .
41. Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: recommendations for a public health approach. World Health Organization. 2010. pp. 19–20.
42. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. World Health Organization. 2013. pp. 28–30.
43. Laurence J (2006). "Hepatitis A and B virus immunization in HIV-infected persons". AIDS Reader 16 (1): 15–17.
44. Knoll B, Lassmann B, Temesgen Z (2007). "Current status of HIV infection: a review for non-HIV-treating physicians". Int J Dermatol 46 (12): 1219–28.
45. Schackman BR, Gebo KA, Walensky RP, Losina E, Muccio T, Sax PE, Weinstein MC, Seage GR 3rd, Moore RD, Freedberg KA. (2006). "The lifetime cost of current HIV care in the United States". MedCare 44 (11): 990–997.
46. Wang J, Ismail R. Mucocutaneous manifestations of HIV infection: a retrospective analysis of 145 cases in a Chinese population in Malaysia. Int J Dermatol 1999;38:457-63
47. Ho KM, Wong KH. Dermatologic manifestations in HIV disease. In Chan KCW, Wong KH, Lee SS, editors. HIV Manual 2001, pp231-245.
48. Raju PV, Rao GR, Ramani TV, Vandana S. Skin disease: clinical indicator of immune status in human immunodeficiency virus (HIV) infection. Int J Dermatol 2005;44:646-9.
49. Surjushe, A., Kamath, R., Oberai, C., Saple, D., Thakre, M., Dharmshale, S., &Gohil, A. (2007). A clinical and mycological study of onychomycosis in HIV

- infection. IndianJournal of Dermatology, Venereology, and Leprology, 73(6), 397.
50. Prieto Santa Anna, L. M., IllnaitZaragoz, M. T., Ramos Rodallegas, E. G., LazcanoHerrero, B., Márquez Sánchez, N., Cantelar de Francisco, N., ... & Martínez Machín, G. (2006). Candidiasis oral en pacientes seropositivos al VIH y casos SIDA: Aspectos clínicos, micológicos y terapéuticos. Revista Cubana de Medicina Tropical, 58(3), 0-0.
 51. González, A., & Tobón, A. M. (2011). Infecciones micóticas oportunistas en pacientes con VIH/SIDA. Infectio, 10(4).
 52. Li, H. (2014). HIV/AIDS Related Skin Diseases. In Radiology of HIV/AIDS (pp. 769-799). SpringerNetherlands.
 53. Wood, S. M., Shah, S. S., Steenhoff, A. P., & Rutstein, R. M. (2008). Primary varicella and herpes zoster among HIV-infected children from 1989 to 2006. Pediatrics, 121(1), e150-e156.
 54. Garibay Rodríguez, L. E., & Cisneros Zárate, L. (2014). Manifestaciones estomatológicas en pacientes VIH/SIDA. Odontología Sanmarquina, 10(1), 39-40.
 55. Santos-Juanes, J., Galache, C., Martínez-Cordero, A., Curto, J. C., & Sánchez-del Río, J. (2012). Sarna: revisión de la clínica y nuevos tratamientos. Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 3(1).
 56. Palacios Muñoz, R., De la Fuente Aguado, J., MurillasAngoiti, J., Nogueira Coito, J. M., & Santos González, J. (2006). Sífilis e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 24(Supl. 2), 34-39.
 57. Blanes, M., Belinchón, I., Merino, E., Portilla, J., Sánchez-Payá, J., & Betlloch, I. (2010). Prevalencia y características de las dermatosis relacionadas con la infección por VIH en la actualidad. Actas Dermo-Sifiliográficas, 101(8), 702-709.
 58. Tapia, Y., Maldonado, C., & Zaputt, S. (2011). Foliculitis pustulosa eosinofílica asociada a VIH: presentación de un caso y revisión de la literatura. Dermatol. peru, 21(4), 163-166.
 59. Krown, S. E., Lee, J. Y., Dittmer, D. P., & AIDS Malignancy Consortium. (2008). More on HIV-associated Kaposi's sarcoma. N Engl J Med, 358(5), 535-536.

60. Maurer, T., Ponte, M., & Leslie, K. (2007). HIV-associated Kaposi's sarcoma with a high CD4 count and a low viral load. *New England Journal of Medicine*, 357(13), 1352-1353.
61. Ballona R, Castillo M, Millones J. Manifestaciones cutáneas de infección por VIH infantil en el Instituto de Salud del Niño (ISN) en el periodo 1989 – 1997. *Dermatol. Perú* 1998; 8 (sup.1): 23-9.
62. Rios-Varillas H. Manifestaciones cutáneas en infección por VIH, Junio 1988 - julio 1999 Hospital III EsSalud de Chimbote. *Dermatología Peruana* - VOL. 10, Suplemento Nº 1, Diciembre 2000.
63. Perez A, Gonzales A, Rodriguez A. et al. Histoplasmosis con manifestaciones cutáneas en pacientes VIH/SIDA. *Rev Cubana Med Trop*. 2007 v.59 n.2





ANEXO 2

INSTRUMENTO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nro. de Historia clínica: _____

Nro. de Ficha: _____

Fecha de recolección de datos: ____/____/____

Características epidemiológicas

Edad: ____ años

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Sexo: 1. Masculino
2. Femenino

Zona de procedencia: 1. Urbana
2. Rural

Comorbilidad: 1. Hipertensión Arterial
2. Diabetes Mellitus II
3. Tuberculosis
4. Otro: _____

Consumo de sustancias ilegales: SI () No ()

Características clínicas

Motivo(s) de Hospitalización:

Estadío Clínico: 1. Sintomático
2. Asintomático

Manifestaciones cutáneas

1. Presentes- ¿cuántas? _____
2. Ausentes → Fin de la ficha

Tipo de lesión: 1. Infecciosa
2. Eritemato-Escamosa
3. Pápulo-prurítica
4. Alérgica
5. Tumoral
6. Otro

Lesión propiamente dicha:

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
5 _____
6 _____