

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
CON VIH/SIDA QUE RECIBEN TARGA EN EL SERVICIO DE MEDICINA
INTERNA - INFECTOLOGÍA 12C DEL HOSPITAL NACIONAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS – ESSALUD, 2015-2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN
GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

MARIA ROSARIO DAVILA LOAYZA

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Rosario Davila Loayza', enclosed within a circular scribble.

**Callao, 2018
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|-----------------------------------|------------|
| ➤ DRA. ANGELICA DÍAZ TINOCO | PRESIDENTA |
| ➤ DRA. ZOILA ROSA DIAZ TAVERA | SECRETARIA |
| ➤ MG. MARIA ELENA TEODOSIO YDRUGO | VOCAL |

ASESORA: DRA. LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 01

Nº de Acta de Sustentación: 002

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 30/01/2018

Resolución Decanato N° 0148-2018-D/FCS de fecha 22 de Enero del 2018 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	7
1.3 Justificación	7
II. MARCO TEÓRICO	9
2.1 Antecedentes	9
2.2 Marco Conceptual	22
2.3 Definición de Términos	69
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	71
3.1 Recolección de Datos	71
3.2 Experiencia Profesional	72
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	79
IV. RESULTADOS	87
V. CONCLUSIONES	92
VI. RECOMENDACIONES	94
VII. REFERENCIALES	96
ANEXOS	104

INTRODUCCIÓN

En la actualidad se está produciendo una transición epidemiológica significativa en pacientes infectados por VIH de todo el mundo. Caracterizándose por un aumento en la prevalencia de la infección en mayores de 50 años. Influenciados por un mayor acceso a la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) y al aumento de nuevos diagnósticos en este grupo de edad (1). El VIH en el adulto mayor muchas veces se diagnostica tardíamente porque erróneamente se interpreta sus dolencias como síntomas de envejecimiento al no considerarlo como grupo de riesgo, retrasando el inicio de su TARGA y ocasionando mayor deterioro en su organismo. Pero estos fármacos que han mejorado la esperanza de vida, no son suficientes para que alcancen el bienestar que merecen. Por tanto la presencia y el trabajo de enfermería son fundamentales para promover el autocuidado, la adhesión a un tratamiento complejo de seguir por sus efectos adversos, la educación para disminuir reingresos por complicaciones y el apoyo emocional que requiere el anciano con VIH/SIDA para lograr mantener su proyecto de vida de la mejor manera posible (2).

El presente informe consta de VII capítulos: **Capítulo I**; planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos y justificación. **Capítulo II**; antecedentes, marco conceptual y definición de términos. **Capítulo III**; experiencia profesional. **Capítulo IV**; resultados. **Capítulo V**; conclusiones. **Capítulo VI**; recomendaciones. **Capítulo VII**; referencias bibliográficas y además contiene un apartado de **Anexos**.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

Según datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Prevención y Control del SIDA (ONUSIDA); entre los 40 millones de personas que viven con VIH/SIDA en el mundo, 15,8 millones reciben tratamiento antirretroviral. Aproximadamente 4,2 millones tienen igual o superior a 50 años. Así mismo; 2 millones de personas viven con el VIH en América Latina. La mayoría vive en países de bajos y medianos recursos, donde el porcentaje de adultos con VIH mayores de 50 años representa el 12% en comparación con los países de altos ingresos en donde aproximadamente un tercio de la población adulta que vive con el VIH son mayores de 50 años (3).

En el Perú el Ministerio de Salud (MINSA) hasta el año 2016 había reportado 66776 casos de VIH, de los cuales 35379 eran SIDA. El 5% representaba a los adultos de 50 años a más. Siendo 34.836 los pacientes a nivel nacional que actualmente reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (4). Cabe resaltar que ESSALUD brinda el 25% de esta medicación a sus usuarios infectados a nivel nacional (5). Por cada mujer infectada hay cuatro varones en esta misma condición y el 70% de los casos se concentra en Lima y Callao. Así también; en nuestro país las muertes relacionadas con el

SIDA han disminuido en un 42% desde el nivel máximo alcanzado en el 2004 debido en gran medida a la utilización del TARGA (4).

Según estadísticas del Servicio de Medicina Interna – Infectología 12C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) – ESSALUD; del total de pacientes hospitalizados con VIH/SIDA el 30% son adultos mayores de 50 años (Cuadro N°3). Así también; del total de defunciones según diagnósticos el 25% fueron por VIH. (Cuadro N°6).

SCACCABARROZZI, afirma que contrariamente a las creencias estereotipadas que se tienen, los adultos mayores desean una vida sexual activa y satisfactoria. El hecho de que el contacto sexual es la vía de transmisión del VIH más común entre los adultos mayores confirma la presencia de la actividad sexual y comportamientos sexuales de riesgo en esta población (6). Así mismo para la Sociedad de Geriatría y Gerontología de Chile, las personas mayores pueden tener los mismos factores o condiciones de riesgo que las poblaciones más jóvenes, pero el problema es que pueden no tener conciencia de dichos riesgos (7).

BRAÑAS F. SERRA JA. Sostienen que tras la introducción del TARGA; en el año 1996, la esperanza de vida de los pacientes infectados tratados es prácticamente la misma que la de la población general. Observándose a sujetos que envejecen con el virus, lo que hace razonable considerar como ancianos a personas que en

cualquier otro contexto resultaría muy discutible denominar así. Por tanto, puede decirse que la población anciana con VIH emergente se constituye en 2 grandes grupos; aquellos que se infectan a edad avanzada y aquellos que se infectan a edades más tempranas y su esperanza de vida tras el TARGA se ha alargado notablemente. Porque está demostrado su eficacia en la prevención de la replicación viral en los pacientes infectados. Pero; el VIH/SIDA tiene un efecto devastador que se acentúa en el adulto mayor, quien presenta peculiaridades epidemiológicas y morbilidades asociadas, lo que trae consigo un retraso en el diagnóstico de la enfermedad e implica una situación inmunológica más precaria al inicio del tratamiento (8). Por lo tanto; los beneficios del TARGA dependen en gran medida del cumplimiento adecuado al tratamiento, pero la coincidencia de varias enfermedades crónicas en una misma persona que es algo frecuente en los ancianos, donde de 4 a 5 adultos mayores de 65 años tienen al menos una enfermedad crónica, hace que muchas veces esto no se cumpla (9).

En los pacientes infectados por el VIH, se ha demostrado que hay una relación entre la edad y la presencia de comorbilidad. Así; en un estudio de casos y controles se observó que la frecuencia de comorbilidad era significativamente mayor en los pacientes infectados por el VIH mayores de 55 años que en los pacientes menores de 45 años (10).

Las estrategias educativas en nuestras instituciones de salud sobre VIH/SIDA en el adulto mayor son escasas; la mayoría es para jóvenes y adolescentes, lo que denota que el personal de salud no lo cree necesario. A pesar de que los ancianos poseen conocimientos sobre la enfermedad, la percepción de riesgo de padecer el VIH/SIDA es muy pobre (11).

El actuar diario como enfermera asistencial del Servicio de Medicina Interna – Infectología 12C del HNERM me permitió evidenciar que de las 38 camas existentes, 12 camas corresponden a habitaciones individuales donde se hospitalizan en su mayoría pacientes con VIH/SIDA, de los cuales el 30% son adultos mayores de 50 años; quienes vienen con el diagnóstico de VIH de larga data y otros son diagnosticados durante su hospitalización; estos pacientes reciben o van a recibir TARGA con el transcurrir del tiempo y va a depender mucho de su autocuidado para el éxito a la adhesión de su tratamiento. Así también al ser consultados sobre la enfermedad que les aqueja refieren desconocerla o creer que solo afectaba a los jóvenes. Por otro lado de las 26 camas restantes más del 50% son ocupadas por adultos mayores con otros diagnósticos diferentes al VIH, que necesitan contar con educación sexual preventiva frente al VIH/SIDA.

Tenemos que resaltar que en la experiencia diaria de brindar nuestros cuidados a este tipo de pacientes nos enfrenta a situaciones y toma de

decisiones difíciles; por lo que en ocasiones tenemos conflictos de principios y acciones éticas en la práctica de nuestra profesión. Las mismas que implica actuar en coordinación con todo el equipo multidisciplinario que tenemos en el Servicio para lograr lo mejor para nuestro paciente, que es la razón de ser de todo profesional de salud.

1.2 Objetivo

Describir los cuidados de enfermería en pacientes adultos mayores con VIH/SIDA que reciben TARGA, en el Servicio de Medicina Interna - Infectología 12C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – ESSALUD, 2015 – 2017.

1.3 Justificación

El presente Informe nos permitirá evidenciar el accionar de enfermería dirigido a los pacientes adultos mayores con VIH/SIDA que reciben TARGA en el Servicio de Medicina Interna – Infectología 12C del HNERM–ESSALUD; el cual se basa en determinar y evaluar el impacto físico, orgánico, psicológico y social que tiene la enfermedad y el tratamiento retroviral sobre el anciano. Facilitando los cuidados que estos ameritan para hacer frente a la enfermedad y promoviendo la adhesión al TARGA y su cumplimiento, que muchas veces es complicado por los efectos adversos que les ocasionan. Con el propósito de disminuir los reingresos por complicaciones y posponer

las comorbilidades propias del desarrollo del VIH. Así mismo; fortalecer las intervenciones educativas de enfermería hacia el paciente y su familia; con énfasis en el autocuidado y la promoción de la salud que le permitan modificar comportamientos que crean riesgo para su salud, afirmando conductas saludables que requiere el paciente para promover, recobrar y mantener su salud de la mejor manera posible. Porque la promoción de la salud ha sido siempre el rol de Enfermería.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

YAGÜE PASAMÓN, Rubén. **“Cuidados de Enfermería al paciente con VIH/SIDA”**. (Chile). 2016. El objetivo principal de este estudio era recoger y exponer, de manera breve y didáctica, los aspectos esenciales que debe conocer todo profesional de enfermería en lo relativo a la prevención, diagnóstico, tratamiento y los cuidados de enfermería al paciente infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y su consecuencia más grave el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Se ejecutó una revisión bibliográfica en fuentes primarias como libros especializados y fuentes secundarias como la base de datos de Medline (Pubmed) utilizando, en diferentes combinaciones, los siguientes términos MeSH: HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; health education; diagnosis; therapeutics y primary prevention. También se realizó una búsqueda bibliográfica en bases como Scielo y Google Scholar. Obteniéndose como resultados que el VIH es una patología incurable que deteriora el funcionamiento del Sistema Inmunológico, apareciendo el SIDA en estados avanzados. Solo se puede evitar su avance con fármacos antiinfecciosos antirretrovirales. El tratamiento antirretroviral, junto con la prevención, el diagnóstico precoz, y la Educación para la Salud, permitirán reducir el impacto de la patología sobre la población.

Además que la enfermera debe asistir al paciente con VIH / SIDA en sus esferas biológica, psicológica y social para conseguir el mayor grado de bienestar e independencia, favoreciendo a su vez los autocuidados. Estos objetivos se alcanzarán implementando cuidados referidos al apoyo del estado físico, psicológico y al estado anímico, favoreciendo el control de la enfermedad y la mejora de su salud y evitando aspectos psicosociales negativos asociados a la patología, como la exclusión social, el rechazo o la soledad. Este asesoramiento también incluye los cuidados paliativos. En conclusión el VIH y el SIDA forman parte de un síndrome de carácter infeccioso que supone una pandemia a escala mundial. Aunque los antirretrovirales mejoran el funcionamiento del sistema inmune, actualmente es patología incurable. La enfermera es un pilar fundamental en el complejo abordaje del paciente con VIH, tratándolo desde distintas perspectivas: prevención y educación, seguimiento, tratamiento y cuidados paliativos (12).

FONG E. Juana, BROOK H. Odalis, PULLÉS F. Margarita, TABARES Lourdes y OLIVA F. Jacqueline. **“Percepción de riesgo de SIDA en adultos mayores de un área de salud.” (Cuba). 2015.** Con el objetivo de identificar la percepción de riesgo sobre SIDA en este grupo poblacional, que fue escogido al azar y cuyos integrantes no debía presentar deterioro cognitivo ni portar la enfermedad en

cuestión. Fue un estudio cualitativo de adultos mayores en el área de salud del Policlínico Docente Ramón López Peña; de la ciudad de Santiago de Cuba desde diciembre del 2012 hasta diciembre del 2013. Se conformaron 4 grupos y se realizaron 3 encuentros con cada uno, donde se aplicaron diversas técnicas grupales y se recogieron todas las opiniones, lo que permitió obtener el conocimiento, los sentimientos y las percepciones de los participantes. Pudo concluirse que los ancianos poseían conocimientos sobre la enfermedad; sin embargo, no percibían el riesgo de esta para ellos mismos. Además, se indica que es posible que existan más afectados ancianos con SIDA, que lo notificado, debido a que no se realizan la prueba del VIH/SIDA con regularidad, pues piensan que no van a contraer la enfermedad (13).

RAMIREZ M. Nathaly. **“Características clínicas y epidemiológicas de la infección por VIH en pacientes mayores de 50 años”.** (Venezuela). 2015. Con el objetivo de determinar las características clínicas y epidemiológicas de la infección por VIH en pacientes mayores de 50 años de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo en 78 pacientes mayores de 50 años en control médico en la Unidad de Infectología durante el periodo 2005 – 2015. Donde la edad promedio de los pacientes fue 56, 8 años; 69,2% de sexo masculino y 30,8% femenino; 64,1% con grado de instrucción básico y 80,8% mencionó contar con

apoyo familiar. Las comorbilidades más frecuentes fueron tabaquismo 38,5%, hipertensión arterial sistémica (HAS) 28,2% y dislipidemia 26,9% y los tratamientos no relacionados con el VIH antihipertensivos 28,2% e hipolipemiantes 10,3%. La mayoría de los pacientes se encontraban en estadios clínicos avanzados de la enfermedad, con un valor promedio de linfocitos TCD4 de 200,1 cel/uL. Las infecciones oportunistas más relevantes fueron síndrome diarreico crónico 38,5% y Candidiasis oroesofágica 25,6%. El principal factor de riesgo fue las relaciones sexuales heterosexuales (84,6%) seguido de la promiscuidad 43,6%. En conclusión la mayoría de los pacientes fueron del sexo masculino, heterosexuales, con baja escolaridad, grave inmunodeficiencia al diagnóstico y frecuente comorbilidad asociada (3).

SECO RODRIGUEZ, Sonia. **“VIH en personas mayores: tratamiento, repercusiones y cuidados”**. (España). 2014. Siendo sus objetivos el dar a conocer que el VIH tiene una importante prevalencia en las personas mayores, conocer la enfermedad de VIH y su fisiopatología para conocer cómo afecta patológicamente el virus al organismo de la persona mayor, determinar los tratamientos farmacológicos que se prestan en la actualidad a las personas mayores con VIH, así como las precauciones que se deben tomar para evitar causar en el paciente toxicidad, efectos secundarios e

interacciones medicamentosas explicar las repercusiones que tiene la enfermedad de VIH en las personas mayores abarcando el ámbito funcional y físico, el psicológico y también el social, recopilar los cuidados y las recomendaciones que se deben tomar para ayudar a la persona mayor en las diferentes etapas de la enfermedad y así asegurar y mantener su independencia y autonomía. Se llevó a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva de la literatura publicada en las bases de datos bibliográficas nacionales e internacionales: Medline, Scopus y Google Académico. Los criterios de inclusión para la búsqueda fueron: artículos originales científicos y revisiones, textos publicados en los últimos diez años (asegurando una evidencia científica actualizada) y escritos en inglés y español. Llegando a las conclusiones de que el VIH en las personas mayores tiene una importancia notable y así lo demuestra la elevada prevalencia e incidencia y el aumento exponencial que tienen estas cifras año tras año. Los medicamentos antirretrovirales y la asistencia que se presta, han conseguido mantener esta patología como una enfermedad crónica. - Debido a la edad se produce un desgaste y un deterioro biológico del sistema inmune y del timo, que unido a los efectos que produce el VIH, propician que las infecciones se hagan más frecuentes. Diferentes causas y estereotipos convierten a las personas mayores en un claro grupo de riesgo frente al VIH. Con la utilización de tratamientos y terapias antirretrovirales, en especial la terapia

TARGA, se ha conseguido estabilizar la carga viral, y la respuesta inmunológica. El objetivo principal en cuanto al tratamiento es controlar la toxicidad y efectos secundarios que sufren los mayores, así como la polifarmacia y las interacciones medicamentosas. Las repercusiones del VIH y los problemas de salud que se asocian a la edad, propician la pérdida de independencia y autonomía. Se ven afectadas tanto la esfera física y funcional, como la psicológica y la emocional. Según el periodo en el que se encuentre la enfermedad, el paciente mayor demandará una serie de necesidades. En las etapas inicial, crónica y terminal, se debe: fomentar la adherencia al tratamiento farmacológico y concienciar al paciente de su enfermedad, controlar la aparición de comorbilidades asociadas al VIH y brindar los cuidados paliativos para asegurar una cierta independencia y autonomía durante los últimos días de vida (14).

REYNA CRUZ, Miriam Esmeralda. **“Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia humana en pacientes adultos mayores de 50 años. Características clínicas y epidemiológicas en una cohorte”**. (México). 2013. Cuyo objetivo fue determinar las características clínicas y epidemiológicas de una cohorte de adultos de 50 años y más, con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Estudio retrospectivo no comparativo, cuya muestra fue de 26 pacientes con VIH diagnosticados por ELISA y Western Blot, inscritos

en la Clínica de VIH del Centro Medico ISSEMYC Ecatepec. La población de pacientes de la clínica es de 189 enfermos de los cuales 26 cumplieron con los criterios de inclusión, diecinueve hombres y siete mujeres con una relación de 1.8 a 1. De nuestro grupo de enfermos, ocho pacientes, cuatro hombres y cuatro mujeres se diagnosticó la infección por el VIH a los 50 años de edad o más. Con una media de 57.2 años (rango 52 a 67 años). La edad media del grupo fue de 55 años, (ds \pm 5.7) (rango: 50 a 70 años), el factor de riesgo más común para la adquisición de VIH fue heterosexual (46%). El grupo de estudio 4 pacientes presentaron SIDA al inicio (15.3%). Se encontró una cuenta de CD4 iniciales de 381,35 y una media de 1096.7 CD8. La media de seguimiento de los enfermos en la clínica de VIH fue de 3 años y 7 meses (rango de 2 meses a 8 años). Solo uno de los enfermos presento infección oportunista por *Pneumocystisjiroveci* y descenso de los CD4 y se reclasificó en C3. La media de CD4 al inicio fue de 276 (rango de 13 a 811) y la media de CD4 al final fue de 495.12 (rango de 60 a 1134). Los 2 de 26 pacientes tuvieron una adherencia al tratamiento mayor al 90 y dos pacientes refirieron inconstancia en la toma de los antirretrovirales por dificultad para deglutir por el tamaño de las pastillas, una paciente hasta el momento no recibe tratamiento por tener carga viral indetectable y CD 4 de 771 por mm³. El objetivo primario del tratamiento antirretroviral es mantener la carga viral indetectable lo cual se consiguió en 23 de los

26 pacientes, dos de los que se mantienen con carga viral con logaritmo por arriba de 1.6 son los que refieren no tomar en forma adecuada los antirretrovirales y el tercer paciente se le detecto resistencia a todos los inhibidores de la transcriptasa reversa nucleosidos y a la mayoría de los inhibidores de proteasa por genotipo, se ha mantenido con un inhibidor de la transcriptasa reversa no nucleosido que por genotipo es sensible y un inhibidor de proteasa al que es sensible (daranuvir) con lo que su carga viral descendió a 505 partículas virales por ml, log 2.70 (15).

CHAVARRY CADENA, Florita María Alejandra y TESEN VILLANUEVA, Milagros del Rosillo. **“Nivel de autocuidado en los adultos jóvenes viviendo con VIH/SIDA atendidos en el programa de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad del Hospital referencial de Ferreñafe”**. 2017. Esta investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de autocuidado en los adultos jóvenes viviendo con VIH/SIDA atendidos en el Programa de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad del Hospital Referencial de Ferreñafe, de agosto a noviembre del 2016. Tuvo un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, descriptivo, de corte transversal, de alcance prospectivo, teniendo como población y muestra a 80 adultos jóvenes que viven con el VIH/SIDA. Se aplicó como técnica la encuesta y se utilizó como instrumento un cuestionario. Obteniendo en el análisis e

interpretación los siguientes resultados: Los adultos jóvenes presentan regular prácticas de higiene, deficiente prácticas de alimentación, deficiente prácticas de actividad física y recreación, regular prácticas de sueño y descanso, regular prácticas de sexualidad, regular prácticas de hábitos y entorno saludable y deficiente prácticas de adherencia al TARGA. Sobre el nivel de autocuidado el 57.14% (4) tienen regular nivel de autocuidado, el 42.86% (3) tienen deficiente nivel de autocuidado, mientras que el 0% presenta buen nivel de autocuidado. Se concluye que el nivel de autocuidado es regular en los adultos jóvenes viviendo con VIH/SIDA de acuerdo a las siete dimensiones estudiadas. Por lo tanto se recomienda que el personal encargado del servicio de TARGA brinde sesiones educativas y demostrativas que promuevan prácticas de autocuidado en adultos jóvenes viviendo con VIH/SIDA, además se sugiere al profesional de enfermería que forma parte del programa de TARGA, planifique y ejecute intervenciones destinadas a este grupo etario, abarcando en su totalidad las siete dimensiones del estudio realizado (16).

CLAROS MANOTUPA, José Luis. **“Características clínico epidemiológicas de los pacientes ancianos VIH (+) atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unànue”**. 2016. Con el objetivo de establecer la frecuencia y formas de presentación clínica de infección por el VIH en pacientes mayores de 50 años evaluados en los

servicios de Medicina, Geriátría, Infectología y Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unánue desde Enero de 2015 a Diciembre del 2015. Estudio descriptivo, retrospectivo de tipo serie de casos en un periodo de un año en pacientes ancianos con diagnóstico de infección por el VIH/SIDA. Cuyos resultados de los pacientes ancianos, 10 (75%) fueron varones, mientras que 5 (25%) fueron mujeres. La media de edad de todos los pacientes fue de 71.6 años (50-82 años) no habiendo diferencias significativas en ambos sexos. Los motivos de consulta, con los estadios clínicos, la mayoría de pacientes presentan síndrome de consumo 46.6%, seguido de insuficiencia respiratoria 20% y diarrea crónica 13.3%, observándose que todos se encontraban en estadio C. Todos los pacientes se clasificaron en estadios clínicos de acuerdo a la clasificación de la CDC (1993), y de acuerdo a esquema TARGA de inicio, 8 pacientes (53.3%) iniciaron con el esquema NAIVE 1(ABC + 3TC + 3EFV), mientras que 3 pacientes (46.70%) presentaron el esquema NAIVE2 2 (AZT + 3TC+ NVP). Concluyendo que entre los factores de riesgo de poder contraer la infección por el VIH observamos que nuestra población tiene conducta heterosexual, en cuanto a hábitos nocivos observamos la presencia de alcoholismo , en cuanto a presencia de ETS observamos que sífilis es la que predomina, y entre otras causas tenemos múltiples relaciones con trabajadoras sexuales. Las causas de muerte fueron por Shock séptico (infección urinaria y neumonía

comunitaria) e insuficiencia respiratoria por TBC Pulmonar, todos estos pacientes se encontraban en categoría clínica C (17).

LEIVA SALINA, Patricia Del Pilar. **“Factores asociados a la no Adherencia del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en adultos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida Hospital Lazarte”**. 2016. La presente investigación busco determinar los factores asociados a la no Adherencia del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en adultos con SIDA en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray. Para lo cual; se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 150 pacientes adultos con SIDA según criterios de inclusión y exclusión establecidos; distribuidos en dos grupos: con y sin adherencia del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad. Teniendo como resultados que el promedio de edad en el grupo no adherente fue 26.4 años y en el grupo adherente fue 31.5 años ($p < 0.05$); el promedio de tiempo de enfermedad en el grupo no adherente fue 4.6 años y en el grupo adherente fue 2.5 años ($p < 0.05$); el tener grado de instrucción analfabeta o primaria condiciona un odds ratio de 4.1 ($p < 0.05$) de no adherencia al TARGA; el tener conducta homosexual condiciona un odds ratio de 2.1 ($p < 0.05$) de no adherencia al TARGA. Concluyendo que el tener menor edad, mayor tiempo de enfermedad, grado de instrucción analfabeta o primaria y

tener conducta homosexual es factor asociado a la no adherencia al TARGA en adultos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (18).

MENESES LA RIVA Mónica y MAYORCA CARMELO Carmen.

“Prácticas de autocuidado y la adherencia al TARGA en personas que viven con VIH en un hospital nacional de Lima”. 2015. Con el objetivo de determinar la relación entre las prácticas de autocuidado y la adherencia al TARGA en personas que viven con VIH de un Hospital Nacional. Fue un estudio cuantitativo, correlacional de corte transversal donde la muestra estuvo compuesta de 288 personas que viven con VIH; se elaboró un cuestionario de 37 preguntas sobre prácticas de autocuidado y adherencia al TARGA, las cuales fueron validadas a través de juicio de expertos y una prueba piloto; posteriormente, se obtuvo un listado de personas que viven con VIH de la historia clínica. La recolección de los datos permitió obtener los resultados que muestran que las prácticas son inadecuadas en su mayoría (99,7%), solo presentan prácticas de autocuidado adecuadas un 0,3%. El perfil de adherencia, en su mayoría también son no adherentes en un 70%, mientras que un 29,9% son adherentes. El coeficiente de correlación rho de Spearman ($R=0,445$) muestra una correlación significativa ($p =0,000$), la cual resulto positiva y de nivel medio, que significa que a niveles bajos de prácticas de autocuidado se corresponden con niveles bajos de adherencia y viceversa.

Conclusiones: las prácticas de autocuidado y la adherencia al tratamiento del TARGA se encuentran relacionadas con la decisión personal de lograr la madurez en su propio autocuidado, esto quiere decir que los patrones del comportamiento están interactuados según su estilo de vida (19).

ALARCON RIVAS, Hipólita Antonia. **“Cuidado integral de enfermería según los pacientes hospitalizados con VIH/SIDA en el Hospital 2 de mayo”**. 2012. Con el objetivo de determinar el cuidado integral de enfermería en los pacientes hospitalizados con VIH/SIDA en el Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el año 2012. Es un estudio descriptivo de corte transversal no experimental, la muestra se seleccionó, mediante el tipo de muestreo no probabilístico, fue constituida por 30 pacientes de ambos sexos. La información fue recolectada a través de una entrevista y como instrumento un cuestionario de 26 preguntas dividido en cuatro dimensiones: Biológica, Psicológica, Espiritual y Social – Familiar, se ejecutó en cuatro periodos. Teniendo por resultado que el cuidado integral de enfermería según los pacientes hospitalizados con VIH/SIDA en el Hospital Nacional Dos de Mayo es en su mayoría regular con un 53.3%, seguido del nivel bueno con un 26.7% (8) y un nivel deficiente con un 20% (20).

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 Teoría del Autocuidado de Dorotea Orem

Entre los Metaparadigmas que considera Orem, tenemos a la **persona**; todo integral dinámico que tiene potencial para aprender y desarrollarse. Capaz de llevar a cabo acciones de autocuidado. **El entorno**; conjunto de factores externos (físicos, químicos, biológicos y sociales), familiares o comunitarios que influyen sobre la decisión de la persona de ejercer su autocuidado. **La cultura**; considerada como el contexto dentro del cual se aprenden los comportamientos de autocuidado. **La salud**; percepción de bienestar caracterizada por la experiencia de satisfacción, placer, experiencias espirituales, la realización ideal del ser. **Enfermería**; como cuidados, es un servicio humano que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma, para mantener la salud, la vida y el bienestar. Las mencionadas acciones están orientadas hacia el fortalecimiento de la capacidad que tiene nuestro paciente adulto mayor con VIH/SIDA que recibe TARGA para realizar el autocuidado terapéutico en beneficio de su autonomía y bienestar personal.

Los Postulados de Dorotea Orem, definen el **Autocuidado**; como la "conducta aprendida del individuo dirigida a sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar". Todo ser humano tiene

habilidades intelectuales y prácticas que desarrollan a través de su vida para satisfacer necesidades de salud, además tienen la capacidad de encontrar e internalizar informaciones necesarias por sí mismos y cuando no es así buscan ayuda en la familia o en profesionales de la salud. Enfatiza que la realización del autocuidado requiere la acción voluntaria que está condicionada por el conocimiento y recopilación de habilidades de la persona y se basa en la premisa de que cada persona sabe cuándo necesita ayuda y por lo tanto es consciente de las acciones específicas que requiere realizar. Sin embargo pueden elegir diferentes acciones con respecto a su autocuidado. Esta Teoría tiene como hipótesis primordial que el "autocuidado no es innato", sino que esta conducta se aprende, se vive durante el crecimiento y desarrollo de la persona, en un comienzo se da a través de las relaciones interpersonales que establece con sus padres posteriormente con el entorno que lo rodea. Es esencial entonces la orientación y educación en salud que le brinda la enfermera al paciente adulto mayor para afirmar cuidados adecuados a su diagnóstico y condición actual de salud; tanto en la hospitalización como al alta. En cuanto a la aplicación práctica para Orem; la profesión enfermera tiene su razón de ser desde una necesidad social, desde una necesidad de la persona de ser cuidada y de aprender a autocuidarse, para mantener la vida, la salud y el bienestar, y para

recuperarse de la enfermedad y afrontar la muerte con dignidad. Esta teoría es un análisis detallado de los cuidados enfermeros, que nos permite definir el espacio que ocupa el profesional de enfermería en relación con la persona, donde todos los individuos sanos adultos tienen capacidad de autocuidado, en mayor o menor grado, en función de determinados factores (edad, sexo, estado de salud, situación sociocultural, predisposición).

Es muy importante que los profesionales de la enfermería dominen una premisa fundamental de la teoría, en la que se plantea que las personas adultas tienen el derecho y la responsabilidad de cuidarse a sí mismas, así como cuidar a aquellas personas dependientes que están a su cargo. En caso de que no puedan, han de buscar ayuda en los familiares o profesionales de la salud. Orem; también tiene en cuenta la posibilidad de que la persona no quiera asumir la responsabilidad de cuidarse, por varios motivos como trastornos psíquicos u otras prioridades. La teoría general de Orem; expresa la práctica de actividades que los individuos realizan por sí y para sí mismos, para mantener la vida, la salud y el bienestar; por tanto, es necesario dar respuesta a una serie de requisitos de autocuidado que pueden ser: **universales;** (satisfacen necesidades de agua, aire, alimentos, eliminación/excreción, actividad y reposo, soledad e interacción social, prevención de peligros y promoción del funcionamiento y

desarrollo humano. Requisitos **de desarrollo**; (garantizan el crecimiento y desarrollo normal, desde la concepción hasta la senectud y el enfrentar situaciones que pueden afectarlo. Por ultimo requisitos ante alteraciones o **desvíos en el estado de salud**; que llevan a la persona a buscar asistencia médica segura, a atender los resultados molestos de una enfermedad; a seguir una terapia medicamentosa; a atender los efectos molestos de la alteración en el estado de salud; a aceptar una nueva imagen corporal y los cuidados necesarios para fortalecer el auto concepto o a aprender a vivir con la patología.

Entonces si llevamos a la práctica la Teoría de Oren debe seguirse los siguientes pasos en los cuidados de enfermería al paciente adulto mayor con VIH/SIDA que recibe TARGA en el Servicio de Medicina Interna- Infectología 12C del HNERM:

- Examinar los factores, los problemas de salud y el déficit de autocuidado.
- Realizar la acogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades, motivación y orientación del paciente.
- Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.

- Diseñar y planificar la forma de capacitar y animar al paciente a participar activamente en el autocuidado de su salud.
- Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador, contando con la participación del paciente y su familia.

Valoré la teoría de Orem para este informe; porque promueve la satisfacción de las demandas de autocuidado del individuo fomentando su autonomía, ya que la meta que la enfermera se plantea utilizando el modelo, está dada por asistir a los adultos mayores con VIH/SIDA que toman TARGA, para que alcancen al máximo su nivel de autocuidado y así tener una mejor calidad de vida.

2.2.2. Cuidados de Enfermería en pacientes con VIH/SIDA

La historia del cuidado humano es tan extensa como la historia de la humanidad. Esta historia le ha dado a Enfermería el incomparable encargo social del cuidado profesional. La evolución histórica de la enfermería y su articulación orgánica con los procesos sociales, políticos y científicos, ha confluído en un estatus presente de configuración profesional que la ubica en un lugar destacado de aporte al bienestar humano y una condición de imprescindibilidad de su misión en la prevención de las enfermedades y la recuperación de la salud; pero lo que es más importante, un reconocimiento de su contribución de las personas

enfermas o en riesgo, no para curar, sino para confortar, para hacerse cargo del impacto de la enfermedad en la persona, para complementar las capacidades debilitadas, potenciar las presentes, para aliviar, y asegurar (21).

El cuidado de enfermería involucra conocimientos científicos, habilidades y destrezas, que permitan contribuir a la mejora del estado de salud de la persona cuidada. Adicionalmente a ambas competencias, son prioritarias las actitudes, las cuales colocarán los conocimientos y habilidades al servicio de las verdaderas necesidades del ayudado. Por tanto, el cuidado es considerado como un proceso interactivo por el que la Enfermera y la persona usuaria se ayudan mutuamente para desarrollarse y transformarse hacia mejores niveles de bienestar, teniendo como componente fundamental el proceso de interacción (22).

Los cuidados enfermeros van dirigidos principalmente a atender las necesidades de las personas, proporcionando medidas terapéuticas destinadas a favorecer el bienestar y fomentar la salud, a prevenir la enfermedad y apoyar en el proceso de recuperación y rehabilitación. La forma organizada de cuidar constituye una disciplina humanística, que utiliza conocimientos de las ciencias físicas, biológicas o sociológicas. Por tanto el cuidado no es un acto sencillo, ya que para diagnosticar y tratar las respuestas humanas a los problemas de salud se requiere el

estudio profundo y sistemático del hombre, la salud y la sociedad (23).

Por lo tanto es muy importante la participación del profesional de enfermería en la atención de pacientes con VIH, pues es la enfermera quien asiste al enfermo en sus esferas biológica, psicológica y social para conseguir el mayor grado de bienestar e independencia, favoreciendo a su vez el autocuidado. Estos objetivos se alcanzaran implementando cuidados referidos al apoyo del estado físico, psicológico y al estado anímico, favoreciendo el control de la enfermedad y la mejora de su salud y evitando aspectos negativos asociados a la patología, como la exclusión social, el rechazo o la soledad (24).

Los adultos mayores con VIH podrían también experimentar actitudes discriminatorias por parte de los proveedores de servicios, amistades y familiares. Esto crea una doble barrera para la prevención, el tratamiento y los cuidados en general. El conocimiento sobre el VIH y las personas mayores puede ayudar a reducir el estigma causado por la falta de información; así mismo como al éxito para la prevención y control de la enfermedad (25). Por lo tanto es esencial brindar un cuidado integral y humanizado a nuestros pacientes infectados por el VIH; que tiene un efecto devastador que se acentúa en el adulto mayor, quien presenta peculiaridades epidemiológicas y morbilidades asociadas propias

de su edad. Entonces, se hace necesario mencionar los cuidados de enfermería a los pacientes con VIH.

a) Prevención

Las conductas sexuales de riesgo son estilos de vida que predisponen a la infección por VIH en todos los grupos etarios. La enfermera debe ofrecer información a la población acerca de la transmisión del VIH. Este consejo sanitario se debe reforzar en colectivos de riesgo como embarazadas, por el riesgo de contagio al feto, y adolescentes (Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas). Un aspecto que preocupa a las personas recién diagnosticadas y a su entorno, es el riesgo de contagio. La enfermera debe informar al paciente y familia, de forma clara y sencilla como se transmite el VIH. De esta forma, mediante sencillos consejos de Educación para la Salud, evitaremos el rechazo del entorno, a veces instigado por el miedo al contagio (24).

Desde el punto de vista de la salud pública y comunitaria, la enfermera debe informar al paciente acerca de los métodos que permiten reducir la transmisión del VIH (como no donar sangre, semen, órganos, ni compartir jeringuillas) y también acerca de las prácticas sexuales de riesgo, para poder evitarlas. Se tiene que recordar al paciente que, aunque la terapia antirretroviral permite reducir la carga viral, ésta no se anula, y puede

transmitir la infección a su pareja si no se implementan las medidas profilácticas oportunas (26).

b) Diagnostico

El profesional de enfermería debe detectar sectores de riesgo en la población para indicarles la necesidad de un cribado diagnostico ante el VIH. La prueba para VIH, necesita un consentimiento informado específico y consentido para poder llevarse a cabo (salvo urgencias y donaciones de sangre). Nadie puede realizar la prueba del VIH sin informar y pedir el consentimiento expreso de la persona (24).

c) Impacto psicológico

Existe temor natural en relación con las enfermedades y el HIV/SIDA es un ejemplo por sí mismo; esto da origen a reacciones particulares y diferentes a las surgidas según el momento. Cuando se practica la prueba y se obtiene un resultado positivo, o en algunas personas que serán diagnosticadas en primera estancia en el hospital en el centro de salud, este diagnóstico hace surgir inquietudes inmediatas de cómo enfrentar el padecimiento (27).

Este proceso pasa por varias etapas donde las manifestaciones son diversas (temor, angustia, ansiedad, depresión, aislamiento, otros) siendo importante para el personal de enfermería saber detectarlas y que podría hacer para reducir sus efectos (28).

La función de la enfermera es de suma importancia porque en la mayoría de las ocasiones es el primer contacto; por lo tanto, es crucial una actitud humana, saber escuchar de forma atenta y respetuosa para ganarse la empatía de la persona. Es esencial brindar apoyo emocional temporal a la persona afectada, a su pareja, familiares y amigos para canalizarlos con el servicio correspondiente para que reciba orientación y asesoramiento integral. Está documentado que el proceso de aceptación emocional ante un resultado confirmatorio evoluciona de acuerdo con la atención previa que haya tenido la persona (27). Esto nos dice cuán importante es la intervención de Enfermería.

d) Secreto profesional

Es importancia de respetar el secreto profesional y la autonomía del paciente, recordando que esto es un derecho del paciente, y tiene un papel determinante en la relación de ambos y sólo tiene sus limitantes en la práctica clínica cuando exista el riesgo inevitable de daños a terceros. Es necesario generar en el paciente la confianza necesaria, para garantizar un ambiente seguro y la mantención del secreto profesional sobre su diagnóstico, es el pilar de la relación enfermera-paciente. Se debe educar y estimular al paciente a afrontar su diagnóstico, respetando sus tiempos.

e) Familia

La participación de la enfermera en la atención familiar es sustancial en el manejo integral del enfermo con VIH. Porque el papel que juega la familia es la dimensión de ayuda más importante para el seguimiento de la terapéutica, dado que el manejo domiciliario de este tipo de paciente requiere la colaboración familiar. Su presencia, apoyo e interés favorecerá el éxito del tratamiento, prevención y en el control del VIH. En las personas que viven con VIH, el abordaje de la familia requiere especial atención, toda vez que debe ser bajo consentimiento y respetando las condiciones que marque la persona, debido a las repercusiones de tipo social que este padecimiento implica. Así mismo; la participación y el apoyo de la familia han demostrado ser eficaz en la evolución favorable y adherencia al tratamiento retroviral.

f) Nutrición

El enfermo de HIV generalmente presenta anorexia y ocasionalmente alteraciones de la mucosa oral o dificultad para tragar, lo que favorece una deficiencia nutricional producida por la baja cantidad de ingestión de alimentos, lo que hace que el enfermo vaya perdiendo peso progresivamente y presente un aspecto muy delgado, esto, en muchas ocasiones está vinculado con la relación que guarden su estado físico y

emocional. Para este caso el objetivo es promover hábitos de alimentación sana en todos los integrantes de la familia, de acuerdo a sus posibilidades económicas. Algunos tipos de alimentos deben restringirse o ingerirse con determinados antirretrovirales; el personal de enfermería debe estar familiarizado y conocer estas interacciones, para que pueda vigilar y orientar al paciente, y en caso de que él acepte, a sus familiares.

La alimentación y cuidados higiénicos estrictos de los alimentos se deben tomar en cuenta para todas las personas, sin embargo los enfermos con VIH son personas mucho más sensibles a las enfermedades por su nivel inmunológico deprimido, por ello, se enfatiza en estas medidas recomendables para disminuir el riesgo de enfermedades atribuibles a la alimentación. "El Plato del Buen Comer" es una representación gráfica de los diferentes grupos de alimentos que se deben de consumir en mayor proporción, en cantidad moderada y los que deben consumirse esporádicamente. De preferencia se deberá utilizar la vía oral, tomando en cuenta que la manipulación de la dieta debe hacerse con una serie de cuidados que permitan ofrecerle al paciente la menor contaminación posible, ya que sus defensas están deprimidas y

los alimentos pueden ser vectores de infecciones agregadas, principalmente gastrointestinales (29).

g) Cuidados en el hogar

Cuidar a una persona con VIH/SIDA no es tarea fácil, significa una gran responsabilidad. Sin embargo, se estima que uno de los mejores lugares en donde se puede atender es en su propio hogar, ya que es factible llevar una vida activa durante periodos prolongados sin permanecer en un hospital. Estar en casa con frecuencia es más barato, cómodo, familiar y permite al paciente tener control sobre su vida. De hecho, las personas con infecciones vinculadas a esta enfermedad en ocasiones mejoran con más rapidez y comodidad con la ayuda de sus amigos y seres queridos. Por ello, es preciso informar, asesorar y capacitar de forma clara, sencilla y por escrito a la familia del paciente acerca de las recomendaciones para la atención y el cuidado de la persona con VIH y SIDA en casa (27).

h) Paciente con infección crónica por VIH

La labor enfermera está fundamentada en la filosofía de apoyo y ayuda al paciente en busca de su bienestar e independencia en el mantenimiento de su propia salud. Algunas intervenciones orientadas a satisfacer las necesidades psicosociales del paciente son brindarle apoyo y fomentar los mecanismos de apoyo familiar, mantener una actitud de aceptación, manejar la

información sensible confidencialmente y animarle a participar en terapias de grupo. De esta forma evitaremos el aislamiento social del paciente (30).

En lo relativo a los aspectos clínicos de la enfermedad, la enfermera debe determinar y evaluar el impacto físico y orgánico que tiene sobre el individuo. Para mantener un buen estado de salud, el individuo tendrá que adoptar cambios en su estilo de vida como llevar una buena adherencia al tratamiento y estar al día en las inmunizaciones necesarias: Streptococcus Pneumoniae, Virus del Papiloma Humano, Hepatitis B, gripe (anual) y Difteria-tétanos (cada 10 años). La enfermera educará al paciente en autocuidados y evaluará periódicamente que el individuo controla su enfermedad adecuadamente y la terapia funciona (27).

También es indispensable que la enfermera asesore al paciente en materia de nutrición (Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas). El enfermo de VIH tiende a la desnutrición por la sintomatología gastrointestinal, por ello debemos evaluar su estado nutricional e hidratación. Además, la inmunosupresión predispone al padecimiento de infecciones cuya vía de entrada es el tracto gastrointestinal, como toxoplasmosis (*Toxoplasma Gondii*), salmonelosis (*Salmonella Spp.*) y Criptosporidiosis (protozoo *Cryptosporidium*). Sencillos consejos como evitar el

consumo de comida cruda, lavar fruta y verdura antes de consumirlas, hervir huevos antes de consumirlos e incluso hervir agua antes de beberla, reducirán la probabilidad de que estas infecciones ataquen al organismo.

El paciente con VIH también puede presentar problemas respiratorios. La enfermera debe actuar frente a problemas respiratorios incapacitantes, administrando oxígeno, realizando cuidados en la ventilación mecánica o estableciendo medidas de aislamiento respiratorio si presentase enfermedades transmisibles como tuberculosis pulmonar. Otra dimensión de la práctica asistencial que no debemos descuidar en este tipo de pacientes, es la relativa a los cuidados al final de la vida. Al ser el VIH una enfermedad incurable, tarde o temprano, la enfermedad avanzará a pesar del tratamiento y de los cuidados, llegando incluso a la terminalidad. La enfermera apoyará psicológica y emocionalmente al paciente y su entorno y pondrá en marcha un plan de cuidados paliativos que incluirá la administración intravenosa de analgésicos, antieméticos y antivirales (por orden médica); aseo en cama o uso de ventiladores para reducir la incomodidad de los sudores nocturnos. Si el paciente lo desea y la situación lo permite, se administrarán cuidados para la muerte en el domicilio. Esta vanguardista modalidad de cuidados paliativos mejora

sustancialmente el bienestar del paciente y su familia, ya que este muere en su entorno, rodeado de los suyos y en un ambiente íntimo, poco medicalizado y familiar (24).

i) Precauciones en el manejo del paciente con VIH/SIDA.

Los trabajadores de la salud, especialmente las enfermeras; están muy expuestos porque dentro de sus actividades de atención tienen contacto con sangre u otros fluidos biológicos potencialmente infectados con el VIH. Las modalidades de transmisión del VIH a través de la sangre abarcan inoculación percutánea (punciones), contaminación de heridas abiertas o piel con pérdida de continuidad y exposición de mucosas. Las exposiciones percutáneas o por cortaduras causan la mayoría de las infecciones en los trabajadores de la salud. El riesgo promedio de infección posterior a estas exposiciones con sangre infectada con el VIH es de 0.3%, es decir, uno por cada 300 trabajadores. A su vez, el riesgo después de una exposición de mucosas se estima en promedio en 0.1%, al igual que el posterior al contacto de sangre infectada con piel intacta. Hasta el momento no se han reportado casos debidos a una exposición en piel intacta con una pequeña cantidad de sangre. El riesgo es mayor si la piel está dañada o si el contacto involucra una área de tamaño considerable o si la exposición es prolongada. No existe evidencia que muestre que el uso de

agentes antisépticos utilizados en cirugía reduzca el riesgo de infección por VIH (27).

Si se produce una inoculación accidental, se presionará la zona para favorecer el sangrado y se lavará con agua y jabón o antisépticos (31). A continuación, el profesional acudirá al servicio de medicina preventiva, donde se le informará de los protocolos de actuación y seguimiento, se realizará el cribado del profesional y el paciente (si éste lo permite), para determinar la situación inicial de ambos. Se pondrá tratamiento con TARGA, instaurada antes de 72 horas post exposición, con una duración de 4 semanas (32).

Los profesionales sanitarios deben evitar el contagio y la difusión de la enfermedad mediante la implementación sistemática de las precauciones estándar (guantes, pantallas faciales, bata limpia, mascarillas y manejo adecuado de residuos, especialmente los punzantes) y las precauciones basadas en la transmisión (aislamiento de contacto, por gotas y respiratorio). La apropiada eliminación de los materiales y residuos infectados por VIH es un aspecto esencial para el control de la epidemia.

El personal de enfermería es el responsable de asegurar que se lleve a cabo el adecuado manejo, desinfección esterilización del material reutilizable y la eliminación segura del material fungible,

así como; la limpieza del área en la que se encuentra el paciente.

La eliminación de los residuos generados en la asistencia sanitaria, ha de llevarse a cabo independientemente de los residuos urbanos y es responsabilidad de empresas especializadas en la materia. Los residuos se separarán en función de sus características. De esta forma, la sangre y cultivos de agentes infecciosos y residuos no anatómicos, serán eliminados en bolsas rojas si son sólidos o en un cubo hermético del mismo color si son líquidos. Los objetos punzantes serán eliminados en contenedores no perforables señalizados con el símbolo universal de riesgo biológico, y los residuos patológicos sólidos serán eliminados en bolsas amarillas, o en contenedores amarillos si son líquidos (27).

2.2.3. Envejecimiento

Desde un punto de vista biológico, para la OMS el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad y finalmente la muerte. Ahora bien, esos cambios no son lineales ni uniformes y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. Además de cambios biológicos, el envejecimiento también está asociado

con otras transiciones de la vida como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas, divorcios y muerte de la pareja. En conclusión el envejecimiento es un proceso evolutivo, normal, complejo y único para cada adulto mayor.

Diferentes estudios sugieren que la edad y el sistema inmune llevan un curso paralelo (inmunosenescencia). Este envejecimiento se traduce en una alteración de los principales mecanismos de actuación del sistema inmune (12).

2.2.4. Adulto Mayor

Según estimaciones de la OMS; para el año 2050 se llegará a contar con aproximadamente 2000 millones de personas mayores de 60 años. Asimismo; esta organización considera la etapa de vida adulto mayor a partir de los 60 años. Pero; tenemos que tener en cuenta que la edad adoptada como punto de corte para definir los “pacientes mayores” o “ancianos” en los estudios referidos a la infección por el VIH o SIDA es la edad de 50 años. Este punto de corte se basa en la campaña de distribución demográfica de casos de infección por el VIH en Estados Unidos comunicados a los Centers for Disease Control (CDC) (34).

En la primera década, la afectación fundamentalmente de población joven y la alta mortalidad asociada a la infección hacían imposible la supervivencia a largo plazo; tras la introducción del TARGA, la esperanza de vida de los pacientes infectados tratados

es prácticamente la misma que la de la población general. Por esto, muchos años después de la introducción del TARGA se observa en la historia de la infección por VIH a pacientes que envejecen con el virus, lo que hace razonable considerar como ancianos a personas de edad avanzada a personas que en cualquier otro contexto resultaría muy discutible denominar así. Por tanto, puede decirse que la población anciana con VIH emergente se constituye en 2 grandes grupos: aquellos que se infectan a edad avanzada y aquellos que se infectan a edades más tempranas y su esperanza de vida tras el TARGA se ha alargado notablemente (11).

Los adultos mayores infectados con VIH, son un grupo poblacional heterogéneo en cuanto a sus características sociodemográficas, prácticas de riesgo, repercusión psicológica y social de su enfermedad, actitud frente al tratamiento, etc. (34).

2.2.5 Virus de inmunodeficiencia Humana (VIH)

a) Historia y Definición

Apareció por primera vez en zonas rurales del África en la primera mitad del siglo XX, donde se aisló de un chimpancé, y se inició la transmisión al ser humano. Dando origen a una epidemia global (11).

En 1981 los Centers for Disease Control (CDC) alertan sobre la existencia de una nueva enfermedad infecciosa que afecta a pacientes varones jóvenes homosexuales². En 1982 los datos

epidemiológicos definen que el contagio se produce por vía sexual, sanguínea y materno-fetal. En 1983 se aísla por primera vez el agente causal del SIDA en el instituto Pasteur de Paris. En 1984 se desarrolla y comercializa el primer test diagnóstico de infección por el VIH mediante la detección de anticuerpos por ELISA (15). A partir del 2009 existió un aumento de la incidencia de SIDA en adultos mayores, pero este tema ha sido muy poco estudiado e investigado (35).

El VIH actúa sobre el sistema inmunitario, reduciendo la inmunidad celular específica, en especial la mediada por los linfocitos T, de tipo CD4 encargada de la función colaboradora o inductora en el sistema inmunitario.

El sistema inmune innato, considerado como la primera línea de defensa del organismo, confiere una respuesta inespecífica inmediata a situaciones de estrés como los procesos infecciosos o las lesiones físicas. Por otro lado, el sistema inmune adaptativo ofrece un mecanismo de defensa más específico para realizar una respuesta ante patógenos y desarrollar memoria inmunológica en caso de presentar infecciones posteriores. Para conservar este propósito, ambos sistemas inmunes tienen bajo su mandato a una variedad de componentes celulares implicados en organizar una respuesta efectiva. Si se produce una alteración en el sistema inmune, su

respuesta protectora también se ve alterada. La infección por VIH se caracteriza por conducir a un fallo progresivo del sistema inmunológico, el cual comparte ciertas características descritas en el sistema inmune de los sujetos ancianos. Con el envejecimiento del individuo, la habilidad para generar una respuesta inmune robusta y adecuada se deteriora (1).

b) Fisiopatología

En general, los virus no tienen capacidad ni autonomía para replicarse por sí mismos y para ello, infectan a otras células e “introducen” su información genética en éstas. Con ello consiguen manipular las actividades de la célula, de manera que ésta sirva para crear nuevas copias virales. El VIH busca sobre todo células que tengan en su superficie una proteína que se denominada receptor CD4, al que puede unirse para infectar dichas células. El objetivo principal del VIH son las células CD4 (un tipo de linfocito T, parte del sistema inmunitario) que tienen una gran cantidad de receptores CD4 en su superficie, aunque también pueden infectar otras células inmunitarias que tienen dichos receptores, como los macrófagos o las dendríticas (36).

Con la edad la función inmunológica del adulto mayor disminuye, por lo tanto el VIH puede progresar más rápidamente. La glándula del timo que produce las células inmunes tales como las células CD4 suele empezar a

reducirse a temprana edad, disminuyendo así el número de células inmunológicas a medida que envejecemos. Así mismo el sistema inmunológico de los adultos mayores esta aún más afectado por el estrés oxidativo, o el daño acumulado en las células inmunológicas por moléculas llamadas radicales libres. El VIH aumenta este estrés, porque utiliza radicales libres para poder replicarse (25).

Cronológicamente podemos diferenciar la enfermedad en tres estadios principales (A, B y C): Etapa A; asintomático que incluye la infección subclínica y la primoinfección, el sistema inmune controla la infección, permitiendo la regeneración de linfocitos T-CD4 hasta que los mecanismos lesivos acentúan la inmunodeficiencia. Esta etapa cursa con adenopatías generalizadas y persistentes. La etapa B; corresponde a la enfermedad por VIH sintomática, se caracteriza por infecciones oportunistas, pérdida de peso patológica (superior a 10 kilogramos), púrpura trombocitopénica idiopática y polineuropatías periféricas. Y la etapa C; es la más avanzada, y supone la aparición del SIDA. Cursa con infecciones oportunistas severas y neoplasias como Sarcoma de Kaposi (12).

c) Epidemiología

El VIH en el mundo es considerado un problema de salud pública, que hasta fines del 2015 se había llevado la vida de 1,1 millones [940 000–1,3 millones] de personas en todo el mundo que fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA. Para el mismo año en y por la misma causa en América Latina, 50 000 [41 000–59 000] personas fallecieron.

Hasta fines del año 2015; 36,7 millones [34 millones–39,8 millones] de personas en todo el mundo vivían con el VIH. Así mismo; 2 millones [1,7 millones–2,3 millones] de personas vivían con el VIH en América Latina. Aproximadamente 4,2 millones de infectados tienen igual o superior a 50 años, la mayoría vive en países de bajos y medianos recursos, donde el porcentaje de adultos con VIH mayores de 50 años representa el 12% en comparación con los países de altos ingresos en donde aproximadamente un tercio de la población adulta que vive con el VIH son mayores de 50 años.

A junio del 2016, 18.2 millones [16.1 millones–19.0 millones] de personas con VIH de todo el mundo tuvieron acceso al TARGA. Mientras que la cobertura del tratamiento en América Latina en el 2015 fue de un 55% [47%–64%] con respecto a todas las personas que viven con el VIH. Cabe resaltar que la tuberculosis continúa siendo la principal causa de muerte entre

las personas que viven con el VIH en el mundo; aproximadamente, una de cada tres muertes relacionadas con el SIDA se debe a dicha enfermedad. En el 2014, el porcentaje de pacientes con tuberculosis identificados como seropositivos que iniciaron o continuaron el tratamiento antirretrovírico llegó al 77% (37).

En el Perú según estadísticas del MINSA, a diciembre del 2016 se habían reportado 66776 casos de VIH, de los cuales 35379 eran SIDA. Aproximadamente el 5% de casos tienen igual o superior a 50 años. El 73% de los casos de SIDA pertenecen a la ciudad de Lima y Callao y el 27% corresponde al resto del país, donde las ciudades más afectadas se encuentran en la región de la Costa y la Selva; en la Sierra la prevalencia de VIH es más baja. Siendo la principal vía de transmisión el contacto sexual que representa el 97% de los casos reportados. La Tuberculosis pulmonar es la principal causa de hospitalización (38).

El año 2015 el MINSA reportó que 34836 personas con VIH tenían acceso al TARGA.

d) Mecanismos de transmisión

El VIH se transmite a través del contacto con fluidos corporales infectados. La transmisión del VIH se divide en 3 grandes

grupos: Sexual sin protección, perinatal y por contacto con derivados de sangre infectada (37).

Aunque en el pasado se consideraba que las transfusiones eran la principal causa de contagio de HIV en ancianos; actualmente el cribado de factores de riesgo en donantes y el análisis y tratamiento sistemático de hemoderivados antes de ser administrados han reducido esta situación (39).

El riesgo de transmisión del VIH en adultos mayores es la misma que en otros grupos etarios, donde están presentes comportamientos de riesgo como relaciones sexuales no protegidas, promiscuidad, infecciones de transmisión sexual y abuso de drogas. Así también la principal causa de transmisión de la enfermedad en los ancianos son las relaciones sexuales no protegidas.

En un trabajo se publicó que aproximadamente el 60% de las infecciones por HIV en ancianos eran debidas al contacto homosexual no protegido y con el uso de fármacos efectivos para el tratamiento de la disfunción eréctil, habían aumentado los niveles de actividad sexual en los ancianos, facilitando el contagio de esta enfermedad (40). Además, algunos factores relacionados con la edad también exponen a los adultos mayores al riesgo de contraer la infección por el VIH. Por ejemplo, es posible que los adultos mayores que reinicien

relaciones sentimentales después de un divorcio o del fallecimiento de su pareja desconozcan el riesgo de infección por el VIH y no usen condones. El adelgazamiento y la sequedad de la vagina por causa de la edad pueden aumentar el riesgo de infección por el VIH en las mujeres mayores. Además, es posible que las mujeres que ya no se preocupan por el embarazo no usen condón femenino ni le pidan a su pareja que use el condón masculino durante las relaciones sexuales (41). También; hay disminución de la función inmunitaria relacionada con la edad, que hace que los ancianos sean más susceptibles a infecciones por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (42).

Hasta hace pocos años era excepcional comprobar en nuestro ambiente pacientes de edad avanzada infectados con el VIH, paulatinamente el cuadro demográfico ha ido cambiando, hasta llegar a involucrar pacientes de ambos sexos en la sexta, séptima u octava décadas de la vida infectados por dicho virus (37).

e) Manifestaciones clínicas

La enfermedad no es sintomática en todas sus fases. En primer lugar, existe una etapa conocida como periodo ventana, cuya duración oscila entre las 6 y las 8 semanas. En esta fase, el individuo está infectado (y consecuentemente puede transmitir

la enfermedad) pero no ha generado todavía anticuerpos frente al virus, y los análisis resultarán negativos. Además, la primoinfección puede permanecer asintomática durante 8 o 10 años (27).

La sintomatología que acompaña al VIH/SIDA afecta a diferentes aparatos y sistemas y suele ser inespecífica. Así tenemos manifestaciones gastrointestinales como disfagia, aftas bucales, náuseas, vómitos y diarrea; síntomas neurológicos como mareos, fiebre, parestesias, crisis convulsivas y alteraciones cognitivas; trastornos respiratorios como tos persistente, disnea y otros más generalizados como trastornos en piel y mucosas, astenia, sudores nocturnos, adenopatías, pérdida de peso, mialgias y patologías hemorrágicas. Según avanzan la enfermedad y el deterioro inmunológico, aparecen las infecciones oportunistas y enfermedades neoplásicas. Éstas no aparecerían (o aparecerían más atenuadas) si el sistema inmune fuese funcional, porque las combatiría eficazmente (Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas). Algunos ejemplos son: síndrome de Wasting (fiebre, anorexia, diarrea y decaimiento asociados a una pérdida de peso superior al 10% (Bovadilla et al., 2005), candidiasis, anemia, tuberculosis o neumonía causada por *Pneumocystis Jirovecii* y meningitis criptocócica.

Entre las neoplasias asociadas al VIH destacan el Sarcoma de Kaposi y el Linfoma no Hodgkin (30). La mayor parte de los síndromes clínicos que más a menudo se observan en las personas infectadas por el VIH se enmarcan dentro de las ya mencionadas enfermedades oportunistas que se presentan como consecuencia de la alteración de la inmunidad celular en el estadio final de la infección por VIH. El tratamiento antirretroviral potente ha añadido dos nuevas categorías de manifestaciones clínicas que se pueden observar en enfermos con infección por VIH: síndromes de reconstitución inmunitaria con exacerbación de infecciones previas silentes o tratadas del modo adecuado, en especial infecciones micobacterianas y síndrome de lipodistrofia con pérdida y redistribución de la grasa, elevación de los triglicéridos y el colesterol sérico, y resistencia a la insulina que se observa en pacientes que reciben TARGA, sobre todo con inhibidores de la proteasa (15). Las personas con infección por VIH, presentan un mayor riesgo de desarrollar ciertos tipos cáncer comparado con las personas sin esa infección y del mismo grupo etario. Hay tres tipos de cáncer llamados “característicos del síndrome de inmunodeficiencia adquirida” (SIDA) o “malignidades características del sida” que son: el Sarcoma de Kaposi, el Linfoma no Hodgkin y el cáncer de cuello uterino. Las personas

con infección por el VIH tienen una probabilidad 100 veces mayor de ser diagnosticadas con Sarcoma de Kaposi que las personas sin infección, una probabilidad 70 veces mayor de ser diagnosticadas con Linfoma no Hodgkin, y las mujeres tienen, al menos, 5 veces más probabilidad de recibir un diagnóstico de cáncer de cuello uterino. Al mismo tiempo quienes están infectados con VIH tienen un riesgo mayor de desarrollar otros tipos de cáncer: 25 veces mayor probabilidad de ser diagnosticadas con cáncer de ano que las personas sin infección; 10 veces mayor probabilidad de ser diagnosticadas con linfoma de Hodgkin; 5 veces más probabilidad de ser diagnosticadas con cáncer de hígado; y una probabilidad 3 veces mayor de ser diagnosticadas con cáncer de pulmón (43).

Las manifestaciones clínicas de la infección por VIH en ancianos, son similares a las de los pacientes más jóvenes. Sin embargo, la ambigüedad de los síntomas iniciales, propios de cualquier enfermedad en la población anciana, así como la menor sospecha por parte de los facultativos, retarda el diagnóstico y condiciona un peor pronóstico. Por otro lado, problemas subyacentes (comorbilidades asociadas) pueden afectar negativamente la evolución de la enfermedad, modificar su expresión clínica y hacer aún más tardío su diagnóstico (3).

f) Métodos diagnósticos

El diagnóstico de sospecha se establecerá por anamnesis y exploración física. Las manifestaciones clínicas, aunque sean inespecíficas, en su conjunto nos pueden orientar al diagnóstico, que se confirmará mediante pruebas complementarias (Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas). Dichas exploraciones son imprescindibles para determinar que un paciente es seropositivo frente a anticuerpos de VIH (es decir, su organismo ha detectado el virus y ha generado anticuerpos) (Eloy et al., 1992). El profesional de enfermería debe detectar sectores de riesgo en la población para indicarles la necesidad de un cribado diagnóstico ante VIH. El cribado necesita un consentimiento informado específico para poder llevarse a cabo (salvo urgencias y donaciones de sangre) (Eloy et al., 1992). Para realizar la serología se extrae una muestra de sangre que se envía al laboratorio donde se someterá al test de ELISA (Ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas). Si el resultado del test es positivo, se repetirá otra vez con la misma muestra. En caso de permanecer positivo se realizará la prueba de confirmación (Inmunoblot o Western-blot) u otras pruebas (Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas; Díaz et al., 2006). Si la prueba resulta positiva, se confirmará el diagnóstico y se informará de los resultados al

paciente para que decida, junto con el médico, qué tratamiento es el más adecuado (44).

El diagnóstico del VIH en pacientes a partir de los 50 años constituye un reto, porque por varias razones es menos probable que esta población se haga la prueba de detección de la infección, debido a los problemas médicos comunes en la población anciana y a la facilidad con que se confunde el diagnóstico. Así mismo, los propios pacientes adultos mayores no se consideran en riesgo y no suelen hablar de su actividad sexual con el personal de salud. Además; los médicos normalmente no consideran la posibilidad de esta infección en la población anciana, atribuyendo los síntomas de la infección por VIH a otras enfermedades más propias de la edad avanzada. Por estas razones, es más probable que la infección por el VIH se diagnostique en una fase tardía en muchos adultos mayores y que, cuando sucede, evolucione para convertirse en SIDA (45).

Sabin describió al SIDA como el nuevo “gran imitador” debido a que, como la sífilis, se presenta en formas que imitan otras enfermedades (46) Aunque los ancianos con SIDA parecen presentarse con las mismas infecciones oportunistas que los pacientes jóvenes, a menudo son mal diagnosticadas como condiciones que ocurren entre los pacientes ancianos. Varios

estudios de casos muestran que los pacientes ancianos con SIDA, que se presentan con síntomas de infecciones oportunistas, son sometidos inicialmente a protocolo diagnóstico y tratamiento para otras entidades patológicas como enfermedad cerebrovascular enfermedad de Alzheimer, neumonía bacteriana o viral, malnutrición y neoplasias ocultas. Así, los síntomas que podrían sugerir VIH/SIDA en un paciente joven, pueden ser pasados por alto en un paciente anciano y por la tanto el diagnóstico de VIH es hecho de forma tardía en el curso de la enfermedad (15).

Varios estudios han demostrado que no hay diferencias significativas en la prevalencia de infecciones oportunistas definitorias de SIDA entre pacientes jóvenes y viejos infectados con VIH, y todos coinciden que la neumonía por *Pneumocystis jirovecii* es la infección oportunista más común en pacientes ancianos.

Ferro et al; reportaron que en una muestra de 33 pacientes, la neumonía por *Pneumocystis jirovecii*, el sarcoma de Kaposi y la encefalopatía por VIH fueron las condiciones definitorias de SIDA más comunes en pacientes jóvenes y ancianos (47).

Skiest et al; también encontraron que la neumonía por *Pneumocystis jirovecii* fue una de las infecciones oportunistas más comunes en pacientes jóvenes y viejos con SIDA. Además,

reportaron que la candidiasis esofágica y la infección diseminada por el complejo *Mycobacterium avium* fueron otras infecciones oportunistas comunes en estos pacientes (10). Gaeta et al, reportó que entre los pacientes con 50 o más años de edad, las infecciones oportunistas más comunes en orden de frecuencia fueron neumonía por *Pneumocystis jirovecii*, síndrome de desgaste, candidiasis esofágica, y sarcoma de Kaposi. Los datos de vigilancia de los CDC, en personas mayores de 50 años, corroboran estos hallazgos, agregando que los individuos ancianos tienen mayor probabilidad de desarrollar síndrome de desgaste y encefalopatía por VIH que los pacientes con edad de 13-49 años (34). A pesar de la prevalencia similar de infecciones oportunistas entre pacientes con SIDA de 13-49 años de edad y pacientes ancianos, los ancianos tienen peores resultados en relación a las infecciones oportunistas. Wallace et al, reportaron que los pacientes ancianos son únicos en el riesgo de alta morbilidad debido a infecciones oportunistas como neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (debido a que en los pacientes ancianos la enfermedad pulmonar progresa más rápidamente), tuberculosis (debido a que muchos individuos han sido expuestos en etapas tempranas de la vida y tienen mayor probabilidad de desarrollar infección diseminada) y herpes zoster (debido a infección

diseminada, resistencia a Aciclovir y tiempo prolongado hasta la curación) (48).

g) Tratamiento

El tratamiento se basa en la administración de antirretrovirales llamada Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA); cuyo objetivo es la supresión completa de la replicación viral para lograr la recuperación del sistema inmunológico y evitar así que enfermedad progrese.

2.2.6 Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA)

La TARGA marcó un cambio en el pronóstico de la infección por VIH, produciendo un significativo descenso en la morbilidad y mortalidad. En la actualidad se dispone de más de 20 drogas antirretrovirales en el mercado, posibles de ser combinadas, y algunas de ellas disponibles en coformulaciones. Esto ha permitido mejorar la calidad de vida y facilitar la adherencia al tratamiento mediante posologías menos complicadas que las que existían a finales del pasado siglo. Además ha producido logros excepcionales en el campo de la transmisión madre – hijo, hoy esta transmisión es globalmente menor al 2%. Con los tratamientos disponibles a la fecha, que combinan en el inicio del tratamiento 3 drogas, el objetivo es lograr una máxima supresión viral por el mayor tiempo posible y con mínima (o, idealmente, nula) toxicidad para el paciente. La supresión viral suele acompañarse de una

reconstitución de la función inmune, lo cual trae consigo el beneficio clínico deseado: disminuir los síntomas y signos de la infección por el retrovirus (o sus enfermedades asociadas), reducir el riesgo de enfermar y morir, y por último mejorar la calidad de vida. En los últimos años se dispone de medicamentos altamente activos contra el VIH, capaces de suprimir la multiplicación viral, logrando restaurar la capacidad inmunológica, mejorando la calidad de vida de las personas que viven con el virus y, lo que es fundamental, prolongando notablemente su esperanza de vida. Estamos viendo los notables resultados de la terapia antirretroviral combinada de alta potencia con una dramática disminución de la morbilidad y de la mortalidad de las personas que han adquirido el VIH. Uno de los logros de mayor trascendencia es haber podido reducir la tasa de transmisión vertical del VIH (transmisión de madre a hijo en la gestación, parto o lactancia) con el uso de antirretrovirales (43).

Antes de la introducción del TARGA, los pacientes ancianos infectados por el VIH presentaban una evolución más frecuente y grave de la enfermedad, con una inmunodepresión más profunda, una evolución a SIDA más rápida y una supervivencia proporcionalmente menor en comparación con los pacientes más jóvenes. Consecuentemente, la edad avanzada se consideraba un factor predictivo de progresión de la enfermedad y de riesgo de

muerte en la era pre-TARGA. Sin embargo, todavía hay controversia acerca de si la respuesta al tratamiento de los adultos mayores es equiparable a la de los jóvenes (3) ya que, los datos fiables se basan principalmente en estudios observacionales y de casos y controles. Lo que sí parece evidente es que el TARGA, ha aumentado la supervivencia de pacientes de edad avanzada (15). Aunque esto no necesariamente es tener calidad de vida.

a) Respuesta virológica:

Estudios confiables que han evaluado los factores predictores de respuesta al TARGA, no han señalado la edad como un factor relevante. Casi todos los estudios que han analizado la infección por VIH en adultos mayores han coincidido en no encontrar diferencias en la respuesta virológica al TARGA entre jóvenes y ancianos; incluso algunos encontraron una respuesta virológica al TARGA más favorable en los adultos mayores. Es relevante señalar que el cumplimiento terapéutico resultó ser la única variable independiente asociada al fracaso virológico. Por lo que se ha descrito que la adherencia al tratamiento es mejor entre los pacientes ancianos y esta puede ser una de las razones por las que la respuesta virológica al TARGA de los adultos mayores es al menos tan eficaz como la de los pacientes jóvenes (8).

b) Respuesta inmunológica:

La cifra de linfocitos T CD4+ es el mejor parámetro de inmunocompetencia en pacientes infectados por el VIH y también es el factor predictor más potente de progresión de la enfermedad y de supervivencia (49).

Como ya se ha comentado, el retraso en el diagnóstico de la infección por el VIH en los pacientes mayores implica una situación inmunológica más precaria al inicio del tratamiento (50).

Dado que el rendimiento del timo es mínima a partir de los 55 años, puede amortiguar la respuesta de los linfocitos T CD4+ tras el TARGA en pacientes adultos mayores. Se han encontrado datos que avalan esta premisa. Aunque algunos estudios no encuentran diferencias en cuanto a la respuesta inmunológica al TARGA entre jóvenes y ancianos; los que demuestran una recuperación menor y más lenta de la cifra de linfocitos T CD4+ tras el TARGA en los pacientes ancianos son más contundentes (8).

c) Seguridad y tolerancia al tratamiento antirretroviral:

Aunque no hay datos fiables que lo avalen, se podría presuponer que el aumento progresivo de la edad media de los pacientes con infección por el VIH debe asociarse a una peor tolerancia al tratamiento antirretroviral y a un aumento de la

toxicidad y de las interacciones medicamentosas. En su revisión de 2004 Manfredi sugiere que la toxicidad a largo plazo es particularmente importante en el paciente geriátrico con VIH, en el que la alta probabilidad de interacciones (debido al número de fármacos concomitantes) y de comorbilidades asociadas se presuponen como factores que exacerban la frecuencia y la gravedad de los episodios adversos al tratamiento (51).

Sin embargo, hasta la fecha no se ha demostrado que la edad avanzada afecte a la toxicidad de los fármacos antirretrovirales ni al número de cambios de pautas de tratamiento debido a efectos adversos (52).

La lipoatrofia y la hipertrigliceridemia son los efectos adversos más frecuentes en la población anciana con infección por VIH (39). La grasa se redistribuye con acumulación de predominio central: aumenta la grasa visceral y disminuye la de la masa magra. Independientemente del peso, los ancianos tienen más grasa corporal y menos masa muscular que los jóvenes. En definitiva, se sabe que hay cambios en la distribución de la grasa corporal con el envejecimiento, pero la ausencia de parámetros de normalidad en función de la edad y el sexo puede hacer que se esté sobrevalorando la prevalencia del Síndrome de lipodistrofia (8).

d) Adherencia al tratamiento:

Los beneficios del TARGA dependen, en gran medida, del cumplimiento adecuado del tratamiento. En algunos estudios realizados en relación al cumplimiento terapéutico del TARGA en la población anciana, la edad avanzada se ha asociado a un mejor cumplimiento de la terapia. Hinkin CH et al describieron que la capacidad de alcanzar un cumplimiento mayor o igual a 95% se triplicaba en las personas mayores de 50 años con respecto a los jóvenes (53).

Otros estudios también han encontrado que el cumplimiento terapéutico es mejor en pacientes mayores de 50. Estos hallazgos resultan muy interesantes dado que a priori puede considerarse a las personas de más edad como una población particularmente propensa a no cumplir correctamente el tratamiento debido a la presencia de otros factores frecuentemente relacionados con la edad, como la polifarmacia, la mayor incidencia de limitaciones cognitivas o funcionales y la mayor prevalencia de problemas sociales que pueden influir negativamente en el cumplimiento correcto del tratamiento (54).

e) Comorbilidad no asociada al VIH

La coincidencia de varias enfermedades crónicas en una misma persona es un hecho frecuente en los ancianos: 4 de cada 5

personas mayores de 65 años tienen al menos una enfermedad crónica (9).

En los pacientes infectados por el VIH, también se ha demostrado que hay una relación entre la edad y la presencia de comorbilidad. Así, en un estudio de casos y controles se observó que la frecuencia de comorbilidad era significativamente mayor en los pacientes infectados por el VIH mayores de 55 años que en los pacientes menores de 45 años (10).

En los últimos años, diferentes estudios han alertado acerca del alto riesgo de episodios cardiovasculares y complicaciones metabólicas al que están expuestos los pacientes con infección por el VIH en tratamiento antirretroviral, ya que se asocia a dislipidemia aterogénica (55) y el propio virus afecta la función endotelial. La hiperglucemia en relación con el TARGA es más frecuente en los pacientes ancianos y la edad avanzada es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de hipertensión arterial entre los pacientes con infección por el VIH (56).

Consecuentemente algunos estudios ya señalan que el riesgo de infarto agudo de miocardio aumenta significativamente con la edad y el tiempo de exposición al TARGA (57). Además de la comorbilidad cardiovascular, hay que hacer mención a otra enfermedad que resulta pertinente cuando se habla de

pacientes con edad avanzada: el cáncer. El riesgo de tener algunas neoplasias malignas no definitorias de SIDA es mayor en las personas infectadas por el VIH en relación con la población general⁵⁶. En un estudio del CDC se ha comunicado que, además de las ya conocidas neoplasias definitorias de SIDA, como el sarcoma de Kaposi, el linfoma primario del sistema nervioso central, el linfoma no hodgkiniano y el cáncer de cérvix, hay un mayor riesgo de neoplasias no definitorias de SIDA en pacientes infectados por el VIH, como el cáncer anal, el linfoma de Hodgkin, el hepatocarcinoma, el cáncer de testículo, el melanoma, el cáncer orofaríngeo y el cáncer de pulmón. Ciertamente, todavía está por demostrarse si este aumento del riesgo está en relación directa con la inmunodepresión producida por el virus o más bien se debe a otros factores frecuentemente relacionados, como el índice elevado de tabaquismo entre los infectados por el VIH en el cáncer de pulmón, o la prevalencia elevada de infección por el herpes papiloma virus en este grupo poblacional en lo que se refiere a cáncer anal, de cérvix y probablemente de boca, labio y faríngeo (56).

2.2.7 Ética en Enfermería

Es muy importante que las profesionales enfermeras conozcan los principios éticos en que se apoya la tarea del cuidar que brinda al paciente adulto mayor hospitalizado.

La palabra **Ética**; deriva del griego ethika, ethos, que significa comportamiento, es decir, principios o pautas de la conducta humana. Por otra parte la **Moral**; se define como una buena acción tanto por su adecuación con la costumbre considerada válida como por el carácter virtuoso de quien la realiza (58). Por lo tanto, se podría decir que la moral se manifiesta en los comportamientos humanos y dicta al hombre lo que debe y no hacer, mientras que la ética se ocupa del obrar humano en acciones que se han considerado morales y da las pautas para considerar una acción como buena o mala, estudia lo referente a la moral y busca la fundamentación y justificación de la moral, trabaja sobre patrones de conducta establecidos e intenta la generalización de las normas en la medida de lo posible (59). En conclusión, la ética es la ciencia que guía el comportamiento y por tanto el quehacer de enfermería basada en la moral que es la que diferencia los actos buenos de los malos.

La **Bioética**; es el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención de la salud, en la medida en que esta conducta se examine a la luz de valores y principios morales. Se basa en los siguientes principios que son de

gran importancia al momento de que la profesional de enfermería tenga que tomar una decisión ética (60).

a. Principios éticos en Enfermería:

- **Principio de no maleficencia:** evitar hacer daño, es decir, no producir lesiones en la integridad del paciente que no sean estrictamente terapéuticas.
- **Principio de beneficencia:** obrar en busca del bien del enfermo en términos terapéuticos, es decir hacer el bien y evitar el mal.
- **Principio de justicia:** exige tratar a todas las personas con la misma consideración, sin discriminación por sexo, raza, ideología, edad, etc.
- **Principio de autonomía:** respetar la decisión del paciente frente a la toma de decisiones acerca de su situación actual de salud.

b. Dilemas Éticos en la Práctica de Enfermería:

En la labor diaria el profesional de enfermería se encuentra enfrentado a diversos y variados dilemas éticos especialmente cuando el paciente se encuentra en estado crítico. Entonces definiremos **Dilema**; como aquella situación que refleja posiciones y/o argumentos en conflicto que presenta más de dos alternativas de solución que pueden ser o no satisfactorias.

Entre los más frecuentes tenemos: **la eutanasia**; que es la muerte piadosa o muerte por compasión, este dilema se puede encontrar frente a diversas situaciones como son compasión hacia personas que sufren dolor intenso e incontrolable, falta de posibilidades para costear el tratamiento paliativo de diferentes síntomas, insuficiente formación profesional y humana o la propia decisión del enfermo. Pudiendo ser activa o pasiva, la primera hace referencia a producir o acelerar el fallecimiento de una persona mediante una determinada acción; y la segunda, a omitir una terapia que debe ser aplicada la cual prolongaría la vida del paciente. El **encarnizamiento terapéutico o distanasia**: hace referencia al empleo de medios extraordinarios a pesar de tener la certeza de que estos no ayudarán a aliviar al enfermo y sólo servirán para prolongar la agonía. Es retrasar el advenimiento de la muerte por todos los medios posibles; este comúnmente se encuentra en las unidades de cuidado intensivo, pues es allí donde se cuenta con más tecnología. Esta decisión se ve influenciada por muchos factores como el prestigio profesional, los intereses económicos y la obsesión por mantener la vida olvidando la calidad de la misma. Por último la **ortotanasia**: hace referencia a la muerte correcta, al debido tiempo, sin abreviaciones ni prolongaciones desproporcionadas, es dejar que la muerte

llegue en enfermedades incurables y terminales manejándolas con un tratamiento paliativo al máximo para evitar sufrimientos recurriendo a medidas razonables y dejando de utilizar medios desproporcionados que prolongan la agonía.

Es importante diferenciar la ortotanasia de la eutanasia pasiva, diferenciar los medios terapéuticos proporcionados y desproporcionados. Los primeros son aquellos que se caracterizan por su abundancia y disponibilidad inmediata, por ser económicos y habituales entre el ejercicio médico, son de carácter temporal y efecto positivo sobre la salud del paciente. Por ejemplo una venoclisis y el aporte de oxígeno, entre otros. Los segundos se caracterizan por demandar equipos de alta tecnología y complejidad, escasos y de excesivo costo los cuales requieren una aplicación permanente y no garantizan la recuperación de la salud (61).

c. Conflicto de Principios y Acciones Éticas en la Práctica de Enfermería:

Tenemos así el **conflicto entre dos principios éticos**: cuando dos principios son válidos pero uno contradice el otro. Ejemplo: la autonomía del paciente en la toma de decisiones y el principio de beneficencia del médico al aplicar un tratamiento. Se presenta en casos donde el paciente no desea continuar el tratamiento pero el personal de salud conoce alguno que podría

generar curación. El **conflicto entre dos acciones que tienen razones a favor y en contra**: realizar acciones en las que se lesione el paciente, pero el no hacerlas también. Ejemplo: en ocasiones nos enfrentamos a pacientes que por su patología presentan agitación y auto agresión por lo que es necesario realizar inmovilización de sus extremidades, esto iría en contra de la libertad del paciente, pero no realizarla generaría mayor lesión. El **conflicto de evidencias**: cuando se realizan acciones terapéuticas en contra de los deseos del paciente inconsciente por decisión de la familia. Ésta se encuentra en pacientes que presentan enfermedades terminales y ocurre muy frecuentemente en UCI pues las decisiones son delegadas a la familia perdiendo el derecho de autonomía que tiene el paciente, pero no se puede intervenir pues legalmente la familia es la directamente responsable de las decisiones. El **conflicto entre la ética personal y el rol profesional**: cuando realizamos alguna actividad que va en contra de los principios personales morales y éticos. Se experimenta en las unidades de cuidado intensivo cuando se está en desacuerdo con la aplicación de la eutanasia o del encarnizamiento terapéutico pero lo debemos realizar por orden médica. Y el **conflicto entre la ética y la ley**: ejemplo de este conflicto es la eutanasia, pues puede ser ético ayudar a morir a un paciente con una

enfermedad en estado terminal por deseo de la familia pero esto no está autorizado por la ley. Lo cual a su vez genera otro interrogante ¿cuál es la mejor forma de actuar, lo que permite la ley o lo que para uno es moralmente bueno? (62).

2.3 Definición de Términos

- **Adulto mayor:** Persona que tiene de 60 años a más. Pero se definen “pacientes mayores” o “ancianos” a aquellos que tienen igual o mayor a 50 años de edad; para los estudios referidos a la infección por el VIH o SIDA.
- **Cuidado de Enfermería:** La enfermera tiene el encargo social del cuidado profesional, porque su esencia es brindar estos cuidados a la persona, familia y comunidad; para lograr esto se tiene en cuenta no solo los fundamentos teóricos sino además principios éticos y humanísticos de su actividad.
- **VIH/SIDA:** La infección por el VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) es una enfermedad transmisible producida por un retrovirus, que destruye el sistema inmunitario y muy especialmente a los linfocitos T4 o linfocitos CD4. Se produce una infección aguda inicial, cuando ésta es sintomática, después hay un largo periodo de latencia clínica asintomática hasta desembocar en una serie de infecciones oportunistas y/o neoplasias (SIDA).

- **TARGA:** Las combinaciones de tres o cuatro antirretrovirales se conocen como Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), la cual favorece la calidad de vida de la persona con VIH/SIDA. Son medicamentos para el tratamiento de la infección por el VIH, que actúan en diferentes fases del ciclo vital de este virus.
- **Ética:** Principios o pautas de la conducta humana.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

El desarrollo del presente informe de experiencia profesional implicó la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria de los diferentes documentos del Servicio de Medicina Interna – Infectología 12C; de los cuales se recabaron datos coherentes para el desarrollo del presente Informe (**Anexo 1**). Llevándose a cabo las siguientes acciones:

- Autorización: Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura del Servicio de Medicina Interna – Infectología 12C, a fin de tener acceso a los documentos del Servicio.
- Recolección de Datos: Revisión de los diferentes documentos del Servicio de Medicina Interna-Infectología 12C; como el Manual Operativo de Funciones (MOF), Guías de procedimientos de enfermería, Historias clínicas (HC), Registros de enfermería, Cuaderno de Ingresos y egresos de pacientes, Informes estadísticos mensuales, Cuaderno de orientación y cuidados de alta, Kardex de Enfermería y Epicrisis. Además de los cuadernos de ingresos y otras estadísticas del Programa de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) consultorio N° 44 que es un anexo del Servicio.

- **Procesamiento de Datos:** los datos obtenidos fueron procesados utilizando el programa de computación Microsoft Excel. Estos datos fueron la base para la presentación de los Resultados en tablas estadísticas y gráficos según porcentajes, que se describen y muestran en el Capítulo IV de Resultados.
- **Resultados:** corolario del presente Informe de Experiencia Profesional.
- **Análisis e interpretación de resultados:** nos proporciona el significado de este Informe.

3.2 Experiencia Profesional

- Recuento de la Experiencia Profesional

Me inicié como profesional de enfermería en mayo del Año 2007, realizando el SERUMS por ESSALUD, en la localidad de Santa María de Nieva del departamento de Amazonas. Cuya población en su mayoría estaba conformada por nativos Aguarunas. Allí pude observar de cerca la alta incidencia y prevalencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) así como de virus incurables como el VIH, la Hepatitis B y Hepatitis C. Donde dada la precariedad e ignorancia en que vivían la población, aunado a su cultura y estilos de vida hacían más fácil la propagación de estas enfermedades, que no describía ningún grupo etario y era aún más agresivo con los adultos mayores dada su condición de vulnerabilidad.

Terminado el SERUMS en el año 2008 y de regreso a Lima, continúe laborando para ESSALUD, en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Donde realice varias rotaciones durante cinco años por diferentes áreas como Cuidados Intensivos, Medicina Interna y Especialidades (Gastroenterología, Neurología, Nefrología, Traumatología, Neumología y Salud Mental).

El año 2014, decidí laborar en el Servicio de Medicina Interna – Infectología 12C, donde me desempeño hasta la actualidad. En este servicio puedo brindar cuidados de enfermería a pacientes de las especialidades de Medicina Interna e Infectología; pero es de mi mayor preferencia esta última porque me permite hacer más de lo que hice como enfermera Serumista, dadas las condiciones descritas anteriormente; además de observar diferentes patologías derivadas del HIV/SIDA, me reta cada día a brindar un mejor servicio de cuidado holístico por la implicancia de este diagnóstico en todos los aspectos de la vida y sentir del paciente adulto mayor y su familia. Así mismo me exige una permanente conciencia de propósito y dirección ante la responsabilidad de brindar educación que promuevan la satisfacción de las demandas de autocuidado del paciente anciano, fomentando su autonomía que lo conlleven a tener una mejor calidad de vida para él y su entorno. Las personas que viven con VIH, particularmente aquellos que están envejeciendo, se enfrentan a múltiples desafíos sociales para mantener un buen

estado emocional, que es parte del cuidado integral que se le brinda. Esto es un pequeño aporte para lograr una sociedad menos discriminativa, más humana y más responsable con su salud y con la salud del prójimo.

- Descripción del Área Laboral

ESSALUD; es una institución de carácter social que brinda servicios de salud y que sustenta sus acciones en políticas de buen trato y humanización del servicio. Tiene a su cargo Instituciones de salud a nivel nacional. Una de esas Instituciones es el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - ESSALUD; que es una alternativa para pacientes que requieren atención médica, diagnóstico, tratamiento y atención de procedimientos altamente complejos de la población asegurada a nivel nacional.

El Servicio de Medicina Interna – Infectología; se encuentra ubicada en el doceavo piso del block “C” del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins; cuenta con 36 camas efectivas divididas de la siguiente manera: 10 ambientes bipersonales, 04 camas asignadas como Unidad de Cuidados Intermedios, donde se reciben pacientes de Medicina Interna y 12 ambientes unipersonales, donde se reciben pacientes con patologías infectocontagiosa. Tiene un total de 16 enfermeras y 11 técnicos de Enfermería. Fue creada siendo uno de los gestores el Dr. Hernán Espejo Romero. Es un servicio de Referencia que atiende a pacientes transferidos de mayor

complejidad de la Red Asistencial Rebagliati o de provincia según el caso. Brinda atención integral de enfermería especializada, con conocimiento, calidad, calidez y compromiso social para satisfacer las necesidades y expectativas del paciente. Su Visión; es ser líder en la atención de enfermería especializada con una atención eficiente e innovadora, brindando así seguridad, bienestar y confianza a los pacientes que presentan enfermedades infectocontagiosa y su Misión como Servicio de Enfermería de la Red Asistencial Rebagliati, es brindar atención integral de enfermería especializada, con conocimiento, calidad, calidez y compromiso social para satisfacer las necesidades y expectativas del paciente. Sus principios son la calidad de Servicio, eficacia en el uso de recursos, innovación permanente y oportunidad. Sus valores principales son la responsabilidad y el trabajo en equipo. El Servicio coordina directamente los exámenes serológicos para VIH, controles y la TARGA para sus pacientes hospitalizados y de alta con su anexo que es el Programa de ETS consultorio N° 44, el mismo que cuenta con dos Enfermeras para la atención directa a pacientes de la especialidad.

- **Funciones desarrolladas en la actualidad**

a) **Área Asistencial**

- Control de signos vitales.

- Instalación de catéteres (nasogástrico, vesical, rectal y endovenoso periférico).
- Administración de tratamiento farmacológico (vía oral, vía sonda nasogástrica, otica, oftálmica, vaginal, gastrostomía, nebulizaciones. aerosolterapia, vía sub cutánea, vía endovenosa, vía intradérmica, pulsoterapia, venoclisis, enemas, irrigación y aplicación de ungüentos y lociones).
 - Administraciones de transfusiones como paquete globular, plasma, plaquetas y crio precipitado.
 - Procedimientos diarios de atención (nutrición enteral, nutrición parenteral, alimentación asistida por vía oral, alimentación por SNG, alimentación por gastrostomía, baño del paciente, confort de pacientes, fisioterapia respiratoria, aplicación de vendajes profilácticos y para operaciones, aplicación de frío y calor, atención de pacientes colostomizados, monitoreo de glicemia, atención de llamada de pacientes y familia, apoyo emocional a pacientes, apoyo emocional a familiares, balance hídrico, control de drenajes, cuidados pre operatorios y post operatorios mediatos y atención de fallecidos).
 - Aspiración de secreciones (nasofaríngea, orofaríngea, por TET, por traqueotomía).

- Administración de oxígeno (cánula binasal, máscara venturi y máscara de reservorio).
- Manejo de equipos biomédicos (monitor cardíaco, pulsoxímetro y bombas infusoras).
- Preparación y recolección de muestras de laboratorio.
- Participación en procedimientos médicos y quirúrgicos (biopsias, colocación de TET y CVC y punción lumbar, debridación de abscesos, suturas, escarectomía).
- Curaciones (ulceras por presión, catéter central y heridas operatorias pequeñas).
- Preparación para exámenes radiológicos (Rx. Tomografías, colonoscopia, medicina intervencionista URVI y resonancia magnética).
- Participación en procedimientos de urgencia (paro cardíaco, shock anafiláctico, hemorragias, convulsiones, hipoglicemias, atención de pacientes psiquiátricos).

b) Área Administrativa

- Coordinación del servicio los domingos, feriados y cuando se requiere.
- Informe del turno cuando se hace la coordinación del servicio.
- Asignación de actividades diarias para el personal técnico de enfermería.

- Control de material y equipos biomédicos.
- Confección de estadística por turno y por día.
- Ingresos y egresos de pacientes.
- Coordinación con otros servicios / emergencia.
- Tramites de transferencias internas, externas y a clínicas asociadas.
- Tramites de interconsultas, exámenes de laboratorio y exámenes radiológicos.
- Tramites en el paciente fallecido.

c) Área de Docencia

- Educación de autocuidado para el paciente durante su hospitalización.
- Orientación y educación al alta del paciente según diagnóstico y necesidad.
- Coordinadora del Programa de Educación Continua (PEC) del año 2016.
- Coordinadora del Programa de mejoramiento de la calidad año 2017.
- Educación y orientación al paciente y familia sobre prevención del VIH/SIDA en las Campañas de Salud 2015 – 2017 del HNERM. **(Anexo 2)**

d) Área de Investigación

- Desarrollo del presente Informe “Cuidados de Enfermería en pacientes adultos mayores con VIH/SIDA que reciben TARGA en el Servicio de Medicina INTERNA- Infectología 12C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – ESSALUD, 2015-2017”.

3.3 Procesos Realizados en el Tema del Informe

Los cuidados que se brinda al paciente adulto mayor con VIH/SIDA que recibe TARGA hospitalizado en el Servicio de Medicina Interna – Infectología 12C del HNERM, se dividen en tres momentos. ***El ingreso;*** que abarca la valoración integral al paciente adulto mayor y brindar información general sobre nuestro Servicio al paciente y al familiar si lo hubiera; como por ejemplo la infraestructura (baño, closet, timbre, luces), horarios (visita médica, informe médico, visita de familiares y pases). Así como también; sus derechos y deberes. En este momento se sabe si el paciente tiene el diagnóstico de VIH o viene para descarte del mismo, si usa TARGA o no (sea por abandono o indicación médica). También podemos conocer cuan informada esta la familia que lo acompaña. Es muy necesario que la Enfermera sea discreta y muy cuidadosa con sus preguntas para no vulnerar el derecho del paciente, preocupar o herir susceptibilidades, ya que es común que los pacientes que ingresan para descarte del VIH vienen con un diagnóstico de TBC pulmonar, Meningitis

o algún tipo de cáncer más comunes en pacientes inmunosuprimidos como el Sarcoma de Kaposi, Linfoma no Hodgkin, cáncer anogenital o de cuello uterino.

La hospitalización; muchos de nuestros pacientes toman conocimiento por primera vez que tienen el VIH/SIDA, lo que le ocasiona temor, vergüenza, asombro, incredulidad, rechazo y sentimientos de odio hacia la "persona que los contagio". Estos mismos sentimientos se manifiestan en sus familiares. Por lo tanto es nuestra tarea como profesionales brindar cuidados de enfermería según necesidad, grado de dependencia y capacidad de autocuidado de cada paciente adulto mayor con VIH/SIDA hospitalizado en nuestro Servicio. La orientación y educación sobre su enfermedad, la importancia de la TARGA y el adoptar estilos de vida saludables es muy necesario para que el paciente tome conciencia y responsabilidad sobre su salud. La enfermera es responsable de la administración, seguimiento y vigilancia directa del cumplimiento adecuado del tratamiento antirretroviral del paciente hospitalizado porque muchas veces ellos no toman su TARGA por diferentes motivos como las reacciones adversas que le ocasionan, confusión con otros medicamentos, polifarmacia, limitaciones cognitivas, entre otros. Por eso cada vez que se tiene la oportunidad se le educa sobre la importancia de su TARGA, porque de eso depende el desarrollo o no a la fase SIDA. El Servicio de Medicina Interna – Infectología 12C, tiene contacto directo con el Programa de ETS de consulta externa, donde tenemos que ingresar a

todo paciente que se le diagnostica por primera vez con VIH/SIDA. Allí tendrán sus controles luego del alta, recibirán su TARGA periódicamente y consejería sobre su enfermedad. Aunque tenemos un porcentaje (7%) bajo de abandono del TARGA reportado por este programa (Cuadro N°4.5), pero tenemos varios pacientes (referidos de otras instituciones de ESSALUD) que se rehospitalizan no solo por las complicaciones o comorbilidades ocasionadas por el virus sino también por el abandono del tratamiento antirretroviral.

El quehacer diario como enfermeras de este Servicio nos enfrenta a situaciones y toma de decisiones difíciles; las mismas que implica actuar en coordinación con todo el equipo multidisciplinario que tenemos en el Servicio como el médico asistente, la asistente social, la psicóloga, la nutricionista, la coordinadora del Programa de ETS y el capellán del hospital. Tenemos por ejemplo la vez que una paciente de 74 años ingresa muy delicada por un cuadro de Neumonía, anemia y D/C de TBC pulmonar a quien con el test rápido le salió positivo a VIH, los dos hijos no aceptaban firmar la autorización para que a su madre le hagan el despistaje definitivo en sangre y cada vez que venían tenían una actitud muy hostil hacia el personal y aun entre ellos, por no saber cómo actuar frente a su padre un anciano de más de 80 años. Otra situación difícil se da cuando él o la paciente deciden que su compañera o compañero de vida no debe saber su diagnóstico, por temor que se enteren como se contagió porque piensan que se va a conocer su infidelidad u opción

sexual (homosexuales o bisexuales). Es un gran problema puesto que la pareja debe hacerse el despistaje del VIH. Así también cuando el paciente decide que ningún familiar sepa su diagnóstico aun cuando su pronóstico de salud es desfavorable, nos ocasiona tener que lidiar con familiares confundidos, ansiosos y aprensivos que no entienden porque sus pacientes no mejoran y se "deterioran cada vez más sin ningún diagnóstico concreto". El poder convencer a nuestros pacientes a cambiar esta decisión es un trabajo en conjunto de todos los profesionales del Servicio, puesto que esto redundara en beneficio suyo.

Tenemos a pacientes adultos mayores con VIH/SIDA, que no toman conciencia real de su enfermedad porque tienen la idea muy arraigada de que "solo los jóvenes pueden contagiarse" o que el "SIDA solo les da a las prostitutas o mujeres de mal vivir", por eso es muy importante la intervención educativa de la enfermera y de todo el equipo multidisciplinario de salud del Servicio. Así mismo; es importante el apoyo emocional y espiritual que se les pueda brindar a todos los pacientes porque de alguna u otra forma lo necesitan. Puesto que muchos de ellos tienen sentimientos de culpa, vergüenza y tristeza por su "vida sexual que han llevado" o "la pareja que tienen ya no las van a querer" o porque "sienten rechazo de parte de sus familiares". Lamentablemente esto no está lejos de la realidad, ya que en el Servicio contamos con dos pacientes adultos mayores con VIH/SIDA que reciben TARGA, en condición de alta de larga data; considerados casos sociales, porque sus

familiares los han abandonado por su diagnóstico. Ellos suelen presentar cuadros de ansiedad y depresión que menoscaba su sistema inmunológico, deteriorando los avances en su estado de salud. En estos casos como equipo multidisciplinario nos hemos reunido para decidir qué hacer y además asesorarnos legalmente para lograr que la familia visite a sus pacientes y se hagan responsables de ellos como debería ser.

Si bien es cierto que muchas de las decisiones que se toman frente a estas situaciones antes descritas son de carácter médico o de jefatura de enfermería, también lo es que ellas afectan al quehacer diario de nuestras intervenciones, puesto que somos nosotras las enfermeras asistenciales quienes las ejecutamos. Por lo que en ocasiones tenemos conflictos de principios y acciones éticas en la práctica diaria de nuestro quehacer de enfermería. Por ejemplo en cuanto a **Conflictos entre dos principios ético**; se da cuando el paciente decide “no querer vivir sidoso”, abandonándose totalmente y negándose a recibir tratamiento alguno (autonomía del paciente en la toma de decisiones) y el personal médico continua con el régimen terapéutico necesario para su mejoría (principio de beneficencia del médico al indicar tratamiento). **Conflicto entre dos acciones que tienen razones a favor y en contra**; como cuando nos enfrentamos a pacientes que por su enfermedad presentan agitación y autoagresión que los lleva a retirarse los medios invasivos (SNG, SF, catéteres periféricos o centrales) o el apoyo de oxigenoterapia, pero también hay otros que incluso intentan huir del Servicio por lo que es

necesario emplear en ellos sujeción mecánica en sus extremidades (manoplas/muñequeras) o el torso (chaleco); esto que va en contra de su libertad, pero no realizarlas le ocasionaría mayor lesión. **Conflicto de evidencias**; teníamos una paciente de 77 años a quien se le diagnosticó Meningitis criptocócica y SIDA y estaba soporosa; pero la familia quería a como dé lugar que fuera entubada y trasladada a UCI y aunque cuando los médicos de esa unidad le refirieron que la paciente tenía un mal pronóstico, por lo cual se tuvo que conversar mucho con la familia sobre el sufrimiento que le ocasionaría a su paciente el encarnizamiento terapéutico. **Conflicto entre la ética y la ley**; este caso se dio con un paciente adolescente de 15 años y aunque ingresa para D/C de TBC pulmonar, se le diagnostica HIV; la madre entro en crisis y no aceptaba el diagnóstico, pero termino refiriendo que era separada y que su primo hermano tomaba TARGA desde hace varios años y fue el quien abusó sexualmente de su hijo. Ella no quería que su hijo y su padre supieran del diagnóstico; pero tampoco quería denunciar el hecho a la policía. Es ético respetar la autonomía de la madre cuando decide callar, pero la ley dice que lo que se cometió contra el paciente es un delito que debe ser denunciado. Gracias a la cooperación y esfuerzo de todo el equipo de salud del Servicio la madre denunció el hecho a las autoridades pertinentes; el adolescente salió de alta con el apoyo psicológico del mismo Hospital.

El Alta; se brinda educación al paciente adulto mayor y su familia sobre los cuidados en el hogar que debe tener de acuerdo a sus necesidades de salud, prevención y control del VIH. Así mismo; se educa sobre la importancia del apoyo familiar y permanencia en el Programa de ETS para los controles y dosajes respectivos y obtener la TARGA.

- **Innovaciones – Aportes**

- ✓ Al ser egresada de la Especialidad de Gerontología y Geriatria de la Universidad Nacional del Callao; brindo una atención profesional de enfermería geriátrica integral, con calidad y calidez de tal manera que el adulto mayor hospitalizado en el Servicio de Medicina Interna –Infectología 12C del HNERM pueda satisfacer sus necesidades de manera holística para promover, recobrar y mantener su salud que lo conlleven a mejorar su calidad de vida.
- ✓ Se implementó plan de orientación y cuidados de alta a pacientes del Servicio de Medicina Interna –Infectología 12C del HNERM.

- **Limitaciones para el desempeño profesional**

- Insuficiente recursos humanos de enfermería asistencial para la atención directa al paciente adulto mayor con HIV/SIDA hospitalizado en el Servicio de Medicina Interna-Infectología 12C.
- Deficiente coordinación e información entre el Programa ETS del HNERM y el Servicio de Medicina Interna-Infectología 12C.
- Falta de una base de datos estadísticos actualizados sobre la situación de los pacientes infectados con VIH y en especial de los

adultos mayores; que se hospitalizan en el Servicio Medicina Interna-Infectología 12C del HNERM.

IV. RESULTADOS

Cuadro N° 4.1

Pacientes hospitalizados según edad y sexo en el Servicio de Medicina Interna – Infectología 12C del HNERM
01 de enero al 30 de junio del 2017

Edad	Sexo		Total	
	Masculino	Femenino	N°	%
01 a 14 años	2	0	2	1 %
15 a 19 años	5	9	14	3 %
20 a 29 años	21	11	32	6 %
30 a 39 años	41	13	54	11 %
40 a 49 años	24	25	49	10 %
50 a 59 años	50	27	77	16%
60 a 69 años	47	34	81	16%
70 a 79 años	58	35	93	19%
80 a + años	52	34	86	18%
TOTAL	300	188	488	100 %

División de Estadística e Informática HNERM-ESSALUD. 2017

En el Cuadro N°4.1; se observa que del 100% (488) de pacientes hospitalizados en el Servicio, son más representativos los adultos mayores con un 69% (337) y de estos son más varones con un 61% (207).

Cuadro N° 4.2

10 primeros diagnósticos de estancia hospitalaria y alta de pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna-Infectología 12 C del HNERM

01 de enero al 30 de junio del 2017

N°	Diagnóstico	N° pacientes	Estancia hospitalaria (días)
01	Insuficiencia respiratoria	34	266
02	Otras septicemias	28	318
03	Enfermedad por VIH/SIDA	27	484
04	Trastornos del sistema urinario	22	214
05	Celulitis	13	89
06	Neumonía	12	111
07	Fiebre de origen desconocido	10	64
08	Tuberculosis respiratoria confirmada	9	224
09	Tuberculosis respiratoria no confirmada	8	156
10	Tumores maligno de encéfalo	9	126

División de Estadística e Informática HNERM-ESSALUD. 2017

En el Cuadro N°4.2; se aprecia que el diagnóstico de Enfermedad por VIH ocupa el tercer lugar con 27 pacientes; pero cuenta con la mayor estancia hospitalaria (484 días).

Cuadro N° 4.3

Pacientes con VIH y pacientes adultos mayores con VIH/SIDA,
hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna – Infectología 12C
del HNERM
01 de enero al 30 de junio del 2017

Mes	N° de pacientes hospitalizados con VIH/SIDA		N° de pacientes adultos mayores hospitalizados con VIH/SIDA		Total
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	
Enero	03	10	01	02	16
Febrero	01	08	-	04	13
Marzo	03	10	01	04	18
Abril	-	08	-	05	13
Mayo	02	06	03	02	13
Junio	02	09	01	04	16
Total	62		27		89

Cuaderno de Ingresos del Servicio de Medicina Interna – Infectología 12C HNERM. 2017

En el Cuadro N°4.3; se analiza que del total (89) de pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA hospitalizados, el 30 % (27) son adultos mayores y de estos en su mayoría son de sexo masculino.

Cuadro N° 4.4

Cuidados de Enfermería en Pacientes adultos mayores con VIH/SIDA que reciben TARGA en el Servicio de Medicina Interna-Infectología 12C del HNERM. Del 01 de enero al 30 de junio del 2017

Actividades	N° Mujeres	N° varones	N° Familia	Total
Ingreso: Valoración integral al paciente adulto mayor con VIH/SIDA.	6	21	0	27
Información general sobre el Servicio (personal, horarios, informes, otros)	6	21	27	54
Hospitalización: Atención y cuidados de enfermería según diagnóstico, necesidad y capacidad de autocuidado de cada paciente.	06	21	0	27
Orientación y educación sobre las AVD y su autocuidado, la TARGA y su importancia. Y; participación de la familia durante la hospitalización.	06	21	27	54
Administración, seguimiento y vigilancia de la TARGA.	06	21	0	27
Contacto directo e ingreso al Programa de ETS.	06	21	0	27
Alta: Educación sobre prevención y control del VIH, cuidados en el hogar, importancia del apoyo familiar y permanencia en el Programa de ETS.	06	21	27	54

Estadística de Enfermería del Servicio de Medicina Interna – Infectología 12C HNERM. 2017.

En el Cuadro N°4.4; se analiza que el 100% (27) de pacientes adultos mayores con VIH/SIDA hospitalizados (Cuadro N°4.3) y sus familias; recibieron cuidados de enfermería durante el ingreso, hospitalización y alta del Servicio.

Cuadro N° 4.5

Pacientes con TARGA y Sin TARGA del Programa ETS del HNERM
01 de enero al 30 de junio del 2017

Programa ETS	Con TARGA	Sin TARGA (abandono)	Total
Varones	46	5	51
Mujeres	16	0	16
Total	62	5	67

Estadística de control de TARGA del Programa ETS del HNERM. 2017

En el Cuadro N°4.5; se observa que del 100% (67) de pacientes atendidos, un 7% (5) abandonaron la TARGA y fueron solamente varones.

Cuadro N° 4.6

Defunciones según diagnóstico en el Servicio de Medicina Interna –
Infectología 12C del HNERM
01 de enero al 30 junio del 2017

Mes	Otros diagnósticos	VIH/SIDA	Total de defunciones
Enero	7	4	11
Febrero	5	1	6
Marzo	7	2	9
Abril	6	0	6
Mayo	2	1	3
Junio	3	2	5
Total	30	10	40

Cuaderno de Egresos del Servicio de Medicina Interna – Infectología 12C HNERM. 2017.

El Cuadro N°4.6; se contempla que del total de defunciones (40) del Servicio, 25% (10) fueron por VIH/SIDA.

V. CONCLUSIONES

- a) La experiencia profesional y la capacitación adecuada, permiten a la enfermera desarrollar capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado holístico, de calidad, oportuno y humanizado al paciente adulto mayor con VIH/SIDA que recibe TARGA.
- b) Los cuidados de enfermería son un pilar fundamental en el complejo abordaje del paciente adulto mayor con VIH/SIDA, tratándolo desde distintas perspectivas como prevención, educación, seguimiento, tratamiento y cuidados paliativos durante toda la evolución de la enfermedad a través de distintos enfoques como valoración y seguimiento, atención holística, administración y vigilancia de su terapia retroviral cuando se requiera durante su estancia en el Servicio.
- c) En el actuar diario como enfermera asistencial del Servicio de Medicina Interna – Infectología 12C; se apreció más que dilemas éticos, conflictos de principios y acciones éticas; donde fue necesario el análisis para cada situación pues en cada una se encontraban implicadas personas y circunstancias diferentes. Así mismo; es importante que enfermería se plantee una posición clara frente a estos conflictos para que reflexione y se cuestione frente a dichas situaciones. Cabe resaltar que muchas veces la toma de decisiones consensuadas con el equipo multidisciplinario de salud del Servicio nos

ha permitido lograr buenos resultados y beneficios para el paciente y familia.

d) Los pacientes hospitalizados en el Servicio en su mayoría son adultos mayores de 50 años (69%) con prevalencia de varones; el VIH/SIDA ocupa el tercer lugar entre los diez primeros diagnósticos de estancia hospitalaria y alta del Servicio, pero con la mayor estancia hospitalaria; del hospitalizados con VIH/SIDA el 30% son adultos mayores con predominio del sexo masculino; de estos el 100% recibió cuidados y educación sanitaria durante su hospitalización; así como para el alta a su domicilio de acuerdo a sus necesidades y capacidad de autocuidado. Por ultimo del total de pacientes que recibieron TARGA en el Programa de ETS solo un 7% de varones abandonaron este tratamiento y del total de defunciones del Servicio el 25% fueron por VIH/SIDA.

VI. RECOMENDACIONES

a) A los profesionales:

Actualización académica continúa dirigida al equipo multidisciplinario del HNERM; en temas de VIH/SIDA y Ética, que contribuirá a fortalecer competencias y sensibilidad para garantizar una atención humanizada y de calidad.

Elaborar programas gerenciales y estadísticos para el mejoramiento de la atención a pacientes con VIH/SIDA y elaboración de futuros estudios de la especialidad.

b) Al Servicio :

- Implementar un Programa de Enfermería de cuidado integral y educación al adulto mayor con VIH/SIDA; evitando abandono de su TARGA y rehospitalizaciones, favoreciendo así el control de la enfermedad y la mejora de su salud,
- Implementar Capacitación continua en Ética de Enfermería que permita contar con enfermeras competentes en resolución de dilemas éticos y conflictos de principios y acciones éticas; muy necesarias evidenciadas en este Informe..
- Desarrollar un mecanismo de coordinación y comunicación directa entre el Servicio de Medicina Interna – Infectología 12C y el Programa de ETS, para brindar una mejor atención al paciente usuario con VIH/SIDA del HNERM.

c) Al paciente y familia:

Fomentar la participación activa del paciente con VIH/SIDA en la toma de decisiones responsables y autocuidado de su salud; considerando a la familia como parte esencial para la mejora de su salud.

d) A la Universidad

Promover la creación de la Especialidad de Enfermería en Infectología; que permita contar con profesionales competentes en la atención de pacientes con este tipo de diagnóstico.

VII. REFERENCIALES

1. Tamez O, Martínez P, Navarrete AP, Amieva H y Ávila JA. Relaciones Moleculares entre Fragilidad y VIH. México. 2014.
2. Fundación Alberto J. Roemmers. Jornada de Enfermería: Enfermería y HIV. Buenos Aires. 27 setiembre 2016.
3. Ramirez M. Nathaly M. Características Clínicas y epidemiológicas de la infección por VIH en pacientes mayores de 50 años. Venezuela. 2015.
4. Boletín Epidemiológico VIH/SIDA dic. 2016.
5. Programa de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA de ESSalud. 19 nov. 2015.
6. Scaccabarozzi Luis. Adultos mayores y la prevención del VIH. ACRIA y GMHC 2010-2011.
7. Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile. VIH y adultos mayores. Enero 2016.
8. Brañas F. Serra JA. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en el anciano. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2009; 44 (3): 149-154.
9. Fries JF. Aging, natural death and the compression of morbidity. N Engl J Med. 1980; 303 (3): 130–5.

10. Skiest D, Rubinstein E, Carley N, Gioiella L, Lyons R. The importance of the comorbidity in HIV – infected patients over 55: a retrospective case-control study. *Am J med* 1996; 101 (6): 605-11.
11. MEDISAN. Percepción de riesgo de SIDA en adultos mayores de un área de salud. Cuba.2015.
12. Yagüe Pasamón, Rubén. Cuidados de Enfermería al paciente con VIH/SIDA. Chile. 2016.
13. Fong E. Juana, Brook H. Odalis, Pullés F. Margarita, Tabares Lourdes y Oliva F. Jacqueline. Percepción de riesgo de SIDA en adultos mayores de un área de salud. Cuba. 2015.
14. Seco Rodríguez, Sonia. VIH en personas mayores: tratamiento, repercusiones y cuidados. España. 2014.
15. Reyna Cruz, Miriam Esmeralda. Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia humana en pacientes adultos mayores de 50 años. Características clínicas y epidemiológicas en una cohorte. México. 2013.
16. Chavarry Cadena, Florita María Alejandra y Tesen Villanueva, Milagros del Rosillo. Nivel de autocuidado en los adultos jóvenes viviendo con VIH/SIDA atendidos en el programa de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad del Hospital referencial de Ferreñafe. 2017.

17. Claros. Manotupa, José Luis. Características clínico epidemiológicas de los pacientes ancianos VIH (+) atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. 2016.
18. Leiva Salina, Patricia Del Pilar. Factores asociados a la no Adherencia del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en adultos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida Hospital Lazarte. 2016
19. Meneses la Riva Mónica y Mayorca Carmelo Carmen. Prácticas de autocuidado y la adherencia al TARGA en personas que viven con VIH en un hospital nacional de Lima. 2015.
20. Alarcón Rivas, Hipólita Antonia. Cuidado integral de enfermería según los pacientes hospitalizados con VIH/SIDA en el Hospital 2 de mayo. 2012.
21. El reto de Cuidar en un mundo globalizado. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2007 Jul-Set; 16(3): 520-30.
22. Estefo Agüero, Silvana y Paravic Klijn, Tatiana. Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. Ciencia y enfermería XVI. 2010; Dic. (3): 33-39.
23. María Rosario Verástegui León. Significado del cuidado de enfermería otorgado por las enfermeras de un servicio de cirugía de un hospital de Chiclayo. Perú. 2014.
24. REVISTA PORTALES MEDICOS. Cuidados de enfermería al paciente con VIH/SIDA. 21 agosto 2016.
25. ACRIA. El VIH y los adultos mayores. New York. 2008.

26. Cruz Roja Española. Información sobre VIH y SIDA. 8 Jul 2016.
27. Secretaria de Salud. Guía de enfermería para la atención de las personas con VIH. 2da. Ed. México DF: Gobierno de México; 2010.
28. CONASIDA. Guía para enfermeras en la atención del paciente con HIV/SIDA. México. 1992.
29. Secretaria de Salud. Guía de enfermería para la atención del paciente con binomio TB/SIDA. México DF: Gobierno de México; 2006.
30. Achucarro S. Calidad de vida de pacientes con VIH/SIDA y atención integral de Enfermería. Rev Inst Med Trop, 2010; 5 (1): 20 – 34.
31. Díaz C, Martínez F, Pulido A, Luque R, Córdoba G. Guía de práctica clínica de VIH/SIDA, recomendaciones basadas en la evidencia, Colombia. Infectio 2006; 10 (4).
32. Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas. La infección por el VIH, guía práctica. 2ª ed. Sevilla: Junta de Andalucía, consejería de salud.
33. Ministerio de Salud del Perú. Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Lima: Editorial Sinco Editores; 2006. Pag. 34.
34. Centers of Disease control and prevention. AIDS among persons aged \geq 50 united States, 1991; 4:84-8.
35. OPS/OMS. Expedición Alemana recorre el mundo. 14 julio 2014.

36. Fernandez, Ana María. Enfermería y HIV: Evolución del Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Una Cronología a través de los tiempos. Buenos Aires. 2016.
37. Meza P. Sandy Características clínico epidemiológicas de los pacientes ancianos VIH (+) atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. Perú 2016.
38. MINSA. Boletín epidemiológico VIH/SIDA dic 2016.
39. Blejer J, Carreras L, Salamone H. Riesgo de transmisión de infecciones por vía transfusional. Revista medicina (Buenos Aires) 2002. ; 62 (3): 259 – 268.
40. El SIDA en las personas mayores: la punta del iceberg. Rev. Med. Electron.v.31 n.3 Matanzas. Mayo-junio 2009.
41. El VIH y las poblaciones específicas. El VIH y los adultos mayores. 2016
42. Wipple Beverly RN, PhD, FAAN; Scura, Kathleen Walsh RN, MS, GNPC. The overlooked. Epidemic: HIV in Older Adults. Volume 96 (2) February 1996.
43. Enfermería y HIV Actas de la Jornada de Enfermería realizada por la Fundación Alberto J. Buenos Aires. 27 de septiembre de 2016.
44. Portales Médicos. Cuidados de Enfermería al paciente con VIH/SIDA. 21 agosto 2016.
45. INFOSIDA. El VIH y las poblaciones específicas. El VIH y los adultos mayores. 2016.

46. Sabin TD, AIDS: the new "great imitator". *J Am Geriatr Soc* 1987; 35(5):460-4.
47. Ferro S, Salit IE. HIV infection in patients over 55 years of age. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1992; 5: 348-55.
48. Wallace JI, Paauw DS, Spach DH. HIV infection in older patients: when to expect the unexpected: *Geriatrics* 1993; 48 (6): 61-70.
49. Jaén A, Esteve A, Miró J, Tural C, Montoliu A, Ferrer E, et al. Determinants of HIV progression and assessment of the optimal time to initiate highly active antiretroviral therapy: PISCIS Cohort (Spain). *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2008; 2: 212–20.
50. Cuzin L, Delpierre C, Gerard S, Massip P, Marchou B. Immunologic and clinical responses to highly active antiretroviral therapy in patients with HIV infection aged >50 years. *Clin Infect Dis*. 2007; 5: 654–7.
51. Manfredi R. HIV infection and advanced age emerging epidemiological, clinical, and management issues. *Ageing Res Rev*. 2004; 3 (1): 31–54.
52. Navarro G, Nogueras MM, Segura F, Casabona J, Miro JM, Murillas J, Tural C, Ferrer E, Jaén A, Force L, Vilaró J, García I, Masabeu A, Altés J, Esteve A, Sued O, Riera M, Clotet B, Podzamczar D, Gatell JM; PISCIS Study Group. HIV-1 infected patients older than 50 years. PISCIS cohort study. *J Infect*. 2008. Jul; 57 (1): 64-71.
53. Hinkin CH, Hardy DJ, Mason KI, Castellon SA, Durvasula RS, Lam MN, Stefaniak M. Medication adherence in HIV-infected adults: effect

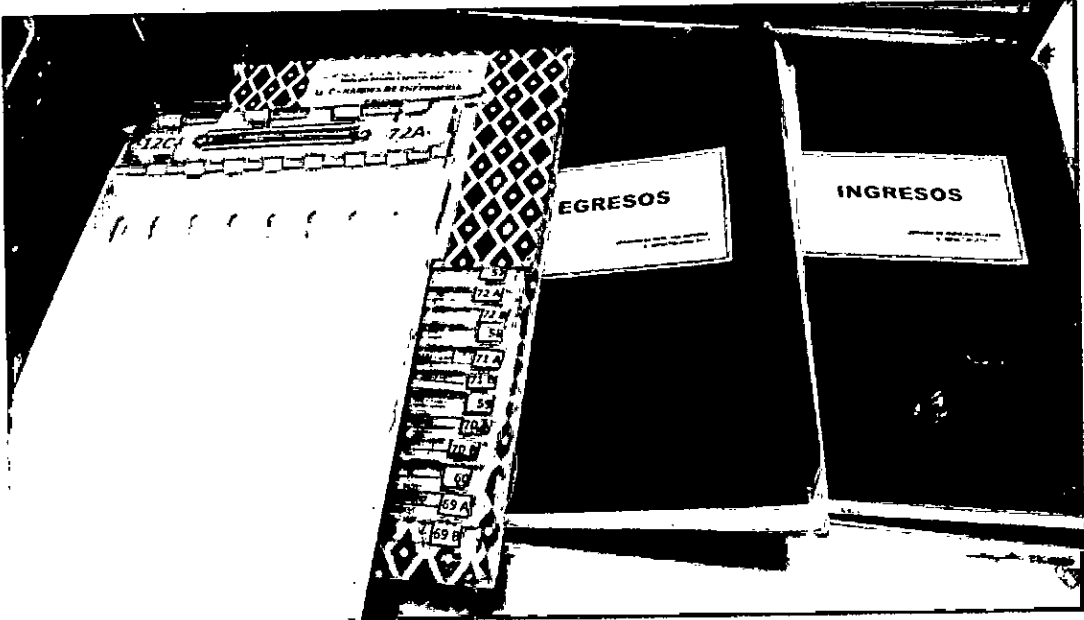
- of patient age, cognitive status, and substance abuse. *AIDS*. 2004 Jan 1; 18 Suppl 1:S19-25.
54. Adler WH, Baskar PV, Chrest FJ, Dorsey-Cooper B, Winchurch RA, Nagel JE. HIV infection and aging: mechanisms to explain the accelerated rate of progression in the older patient. *Mech Ageing Dev*. 1997;96 (1-3):137-55.
55. Grinspoon S, Carr A. Cardiovascular risk and body-fat abnormalities in HIVinfected adults. *N Engl J Med*. 2005; 352 (1):48–62.
56. Thiébaud R, El-Sadr WM, Friis-Møller N, Rickenbach M, Reiss P, Monforte AD, Morfeldt L, Fontas E, Kirk O, De Wit S, Calvo G, Law MG, Dabis F, Sabin CA, Lundgren JD; Data Collection of Adverse events of anti-HIV Drugs Study Group. Predictors of hypertension and changes of blood pressure in HIV-infected patients. *AntivirTher*. 2005; 10 (7): 811-23.
57. Friis-Moller N, Sabin CA, Weber R, d'ArminioMonforte A, El-Sadr WM, Reiss P, Thiébaud R, Morfeldt L, De Wit S, Pradier C, Calvo G, Law MG, Kirk O, Phillips AN, Lundgren JD; Data Collection on Adverse Events of Anti-HIV Drugs (DAD) Study Group. Combination antiretroviral therapy and the risk of myocardial infarction. *N Engl J Med*. 2003; 20; 349(21): 1993-2003.
58. Asnáriz T. ¿De qué hablamos cuando hablamos de Bioética? *Revista Selecciones de Bioética*. 2002;28: 9-12.

59. Asnáriz T. ¿Qué es bioética? Revista Selecciones de Bioética. 2002;28: 2-9.6. Beauchamp T, Childress J.
60. Principios de ética biomédica, versión española de la 4ª. Editorial Inglesa. Masson, 1999.
61. Padilla Yaneth y Silva Sandra. Dilemas y toma de decisiones éticas del profesional de enfermería en unidades de cuidados intensivo I. Enferm. 2007;10(2):20-25
62. Oguisso T. Texto basado en la Ponencia magistral presentada en el XVI Congreso Nacional de Enfermería, Zacatecas, México, 19 noviembre 2004.

ANEXOS

ANEXO 1

Documentos del Servicio de Medicina Interna- Infectología 12C del HNERM



Fuente: Elaboración Propia

Anexo N° 2

Educación y orientación al paciente y familia sobre Prevención de VIH/SIDA en las Campaña de Salud 2015 - 2017 del HNERM



Fuente: Elaboración Propia



Fuente: Elaboración Propia