

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**Perfil clínico-epidemiológico en pacientes positivos al virus de la
inmunodeficiencia humana en un Hospital Público de Tumbes,
periodo 2023-2025**

TESIS

Para optar al título profesional de Licenciada en Enfermería

Autoras:

Br. Jenyfer Lizet Lamadrid Jimenez

Br. Romina Atoche Baca

Tumbes, 2026

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**Perfil clínico-epidemiológico en pacientes positivos al virus de la
inmunodeficiencia humana en un Hospital Público de Tumbes,
periodo 2023-2025**

Informe de tesis aprobado en forma y estilo por:

Dra. Yrene Esperanza Urbina Rojas (**presidenta**) 

Dra. Luz María Moyano Vidal (**secretaria**) 

Dra. Lilia Jannet Saldarriaga Sandoval (**vocal**) 

Tumbes, 2026

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**Perfil clínico-epidemiológico en pacientes positivos al virus de la
inmunodeficiencia humana en un Hospital Público de Tumbes,
periodo 2023-2025**

**Las suscritas declaramos que el informe es original en su
contenido y forma:**

Br. Jenyfer Lizet Lamadrid Jimenez (autora)

Br. Romina Atoche Baca (autora)

Dra Lilia Jannet Saldarriaga Sandoval (asesora)

Tumbes, 2026

ACTA DE SUSTENTACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
Licenciada
Resolución del Consejo Directivo N° 155-2019-SUNEDU/CD
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Tumbes – Perú

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En Tumbes, a los 22 días del mes junio del dos mil veintiséis, siendo la 09:00 horas, en la modalidad presencial en la Ciudad Universitaria en el pabellón J, se reunieron el jurado calificador de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Tumbes, designado RESOLUCIÓN DECANAL N°252 – 2025/ UNTUMBES – FCS a la Dra. Yrene Esperanza Urbina Rojas (Presidente), Dra. Luz María Moyano Vidal (Secretaria), Dra. Lilia Saldarriaga Sandoval (Asesora-Vocal), se procedió a evaluar, calificar y deliberar la sustentación de la tesis, titulada “**PERFIL CLINICO-EPIDEMIOLÓGICO EN PACIENTES POSITIVOS AL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE TUMBES, PERIODO 2023-2025**” para optar el Título Profesional de licenciado en enfermería, presentado por las bachilleres:

Bch. Jenyfer Lizet Lamadrid Jimenez
Bch. Romina Atoche Baca

Concluida la sustentación y absueitas las preguntas, por parte de la sustentante y después de la deliberación, el jurado según el artículo N° 65 del Reglamento de Tesis para Pregrado y Posgrado de la Universidad Nacional de Tumbes, declara a los bachilleres: Jenyfer Lizet Lamadrid Jimenez y Romina Atoche Baca aprobadas con calificativo **BUENO**.

En consecuencia, quedan aptos para continuar con los trámites correspondientes a la obtención del Título Profesional de enfermería, de conformidad con lo estipulado en la ley universitaria N° 30220, el Estatuto, Reglamento General, Reglamento General de Grados y Titulos y Reglamento de Tesis de la Universidad Nacional de Tumbes.

Siendo las 09 Horas con 57 minutos del mismo día, se dio por concluida la ceremonia académica, en forma presencial, procediendo a firmar el acta en presencia del público asistente.

Tumbes, 22 de Junio del 2026.


Dra. Yrene Esperanza Urbina Rojas
DNI N° 18057623
ORCID N°0000-0001-6834-6284
(Presidente)


Dra. Luz María Moyano Vidal
DNI N° 21493610
ORCID N° 0000-0002-5878-5782
(Secretaria)


Dra. Lilia Saldarriaga Sandoval
DNI N°16631889
ORCID N° 0000-0002-1773-6669
(Asesor – Vocal)

cc.
Jurado (03)
Asesor
Interesado
Archivo (Decanato)

TURNITIN

Perfil clínico-epidemiológico en pacientes positivos al virus de la inmunodeficiencia humana en un Hospital Público de Tumb...

Informe de tesis

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::3117:603894014

Fecha de entrega

30 Jun 2026, 19:14 GMT-5

Fecha de descarga

30 Jun 2026, 19:26 GMT-5

Nombre del archivo

Perfil clínico-epidemiológico en pacientes positivos al virus de la inmunodeficiencia humana en...docx

Tamaño del archivo

3.5 MB

93 páginas

17.965 palabras

105.863 caracteres

Dra. Enf. Lilia Janet Saldarraga Sandoval
<https://orcid.org/0000-0002-1773-6669>



Página 2 de 99 - Descripción general de integridad

Identificador de la entrega trn:oid::3117:603894014

9% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Coincidencias menores (menos de 15 palabras)
- Trabajos entregados

Fuentes principales

- 9% Fuentes de Internet
- 3% Publicaciones
- 0% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Dra. Enf. Lilia Janet Saldarraga Sandoval
<https://orcid.org/0000-0002-1773-6669>

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y lo revise.

Fuentes principales

- 9% Fuentes de Internet
- 3% Publicaciones
- 0% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.untumbes.edu.pe	2%
2	Internet	repositorio.uia.ac.cr:8080	<1%
3	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	<1%
4	Internet	upc.aws.openrepository.com	<1%
5	Internet	repositorio.uladech.edu.pe	<1%
6	Internet	www.medigraphic.com	<1%
7	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
8	Internet	revistas.uaz.edu.mx	<1%
9	Internet	repositorio.continental.edu.pe	<1%
10	Internet	repositorio.udh.edu.pe	<1%
11	Internet	camjol.info	<1%

Dra. Enf. Lilia Jannet Saldarraga Sandoval
<https://orcid.org/0000-0002-1773-6669>

12	Internet	docs.google.com	<1%
13	Internet	repositorio.unica.edu.pe	<1%
14	Internet	repositorio.uns.edu.pe	<1%
15	Internet	periodicos.uefs.br	<1%
16	Internet	www.tdx.cat	<1%
17	Internet	www.gob.pe	<1%
18	Internet	repositorio.ucsm.edu.pe	<1%
19	Internet	www.ncbi.nlm.nih.gov	<1%
20	Internet	www.medrxiv.org	<1%
21	Internet	titula.universidadeuropea.com	<1%
22	Internet	repositorio.uci.cu	<1%
23	Internet	alicia.concytec.gob.pe	<1%
24	Internet	www.cdc.gov	<1%
25	Internet	www.scielo.br	<1%

Dra. Enf. Lilia Jannet Saldarriaga Sandoval
<https://orcid.org/0000-0002-1773-6669>

25	Publicación	Iris Jamileth Paredes-Samaniego, María Micaela Lavanda-Tituana, Marlene Johan...	<1%
27	Internet	repositorio.unc.edu.pe	<1%
28	Internet	diposit.ub.edu	<1%
29	Internet	www.horizontemedico.usmp.edu.pe	<1%
30	Internet	rest-dspace.ucuenca.edu.ec	<1%
31	Internet	comum.rcaap.pt	<1%
32	Internet	ene-enfermeria.org	<1%
33	Publicación	Davy Orago. "System-level barriers to HIV service delivery in five African countrie...	<1%
34	Internet	ietsi.essalud.gob.pe	<1%
35	Internet	www.coursehero.com	<1%
36	Internet	www.ippf.org	<1%
37	Internet	agasex.blogspot.com	<1%
38	Internet	cdn.www.gob.pe	<1%
39	Internet	repositorio.uss.edu.pe	<1%



Dra. Enf. Lilia Jannet Saldarriaga Sandoval
<https://orcid.org/0000-0002-1773-6669>

40	Internet	ri-ng.uaq.mx	<1%
41	Internet	www.conexionvida.pe	<1%
42	Internet	www.elsevier.es	<1%
43	Internet	www.powtoon.com	<1%
44	Internet	repositorio.xoc.uam.mx	<1%
45	Internet	sanfernandinos-al-servicio-de-la-comunidad.webnode.pe	<1%
46	Internet	search.bvsalud.org	<1%
47	Internet	www.researchgate.net	<1%



Dra. Enf. Lilia Jannet Saldarriaga Sandoval
<https://orcid.org/0000-0002-1773-6669>

CERTIFICACIÓN DE ASESORÍA

Dra. Saldarriaga Sandoval, Lilia Jannet

Docente adscrito al Departamento Académico de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Tumbes.

CERTIFICO:

Que la investigación presentada por Jenyfer Lizet Lamadrid Jimenez y Romina Atoche Baca, estudiantes de la Escuela de Enfermería, titulada Perfil clínico-epidemiológico en pacientes positivos al virus de la inmunodeficiencia humana en un Hospital Público de Tumbes, periodo 2023-2025, está siendo asesorada y guiada por mi persona.

Por tal motivo, suscribo el presente autorizando su presentación al jurado evaluador, para su revisión, conformidad y aprobación.

Tumbes, julio de 2025.



Dra. Saldarriaga Sandoval, Lilia Jannet

ORCID: 0000-0002-1773-6669

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Las suscritas, Atoche Baca Romina, con DNI N° 71584973 y Lamadrid Jimenez Jenyfer Lizet, con DNI N° 75159954, Estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Tumbes, al amparo de la Ley N° 27444, Ley de Procedimientos Administrativos Generales, declaro bajo juramento lo siguiente:

- 1) El informe de investigación titulado Perfil clínico-epidemiológico en pacientes positivos al virus de la inmunodeficiencia humana en un Hospital Público de Tumbes, periodo 2023-2025.
- 2) Se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes revisadas. En consecuencia, el informe de investigación no es resultado de plagio.
- 3) El informe de investigación no ha sido plagiado, es decir no ha sido publicado ni presentado anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos y contenidos presentados en los resultados del presente informe no han sido falseados, duplicados ni copiados; por tanto, constituyen un aporte a la realidad investigada.

De identificarse fraude, plagio, autoplagio o piratería, asumimos las consecuencias y sanciones correspondientes, sometiéndonos a la normativa vigente de la Universidad Nacional de Tumbes.

Tumbes, julio de 2025.



Lamadrid Jimenez Jenyfer Lizet
DNI: 75159954
ORCID: 0000-0002-4319-8155



Atoche Baca Romina
DNI: 71584973
ORCID: 0000-0002-2504-3950

DEDICATORIA

Lamadrid Jimenez Jenyfer Lizet

A Jehová Dios, por nunca soltarme de su mano, por darme fortaleza para no rendirme y por ayudarme a encontrar soluciones ante los problemas presentados. A mis padres, esposo y hermanos, quienes me inspiraron a llegar a este momento. “Que se te conceda lo que tu corazón desea; que se cumplan todos tus planes” (Salmos 20:4).

Atoche Baca Romina

Dedico con todo mi corazón este trabajo, a mi ángel de la guardia, mi querido abuelo, que, hasta el último minuto de su vida, no dejó de creer en mí capacidad para salir adelante.

AGRADECIMIENTO

Expresamos nuestro más sincero agradecimiento a nuestra asesora, por sus enseñanzas y orientación constante a lo largo de este proceso. Asimismo, agradecemos a nuestros docentes y a nuestra casa superior de estudios.

A un Hospital Público de Tumbes, a las áreas de ITS y control de TARGA, a las áreas en donde recolectamos las historias clínicas, las cuales ayudaron a proporcionar información importante que era requerida para el estudio a realizar.

De igual manera, extendemos nuestro reconocimiento a nuestros miembros del jurado, quienes nos ayudaron en encontrar un enfoque adecuado y fructífero, su tiempo brindado, disposición y contribuciones académicas, los cuales han permitido enriquecer y mejorar la calidad de este trabajo.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	20
II.	REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	24
	2.1. Bases teóricas y científicas	24
	2.2. Antecedentes.....	24
III.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	37
	3.1. Enfoque y tipo de estudio	37
	3.2. Diseño de investigación	37
	3.3. Población, muestra y muestreo	37
	3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	39
	3.5. Procesamiento para el recojo de información.....	40
	3.6. Procesamiento y análisis de datos.....	41
	3.7. Aspectos éticos.....	42
IV.	RESULTADOS.....	43
V.	DISCUSIÓN.....	57
VI.	CONCLUSIONES.....	57
VII.	RECOMENDACIONES	61
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
	ANEXOS	69

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Distribución sociodemográfica de los pacientes diagnosticados con VIH en un Hospital Público de Tumbes, periodo 2023-2025.....	53
Tabla N° 2. Describir el estado de salud y el manejo clínico de los pacientes con VIH en un Hospital Público de Tumbes, periodo 2023-2025.....	56
Tabla N° 3. Analizar la tendencia anual y los patrones epidemiológicos de los casos diagnosticados en un Hospital Público de Tumbes, periodo 2023-2025.....	58
Tabla N° 4. Describir la cobertura de intervenciones preventivas y condiciones asociadas registradas en pacientes positivos al VIH en un Hospital Público de Tumbes, periodo 2023-2025.....	61

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pag.
Figura N° 1. Distribución de pacientes positivos al VIH según grupo etario.....	56
Figura N° 2. Distribución de pacientes según estadio clínico del VIH.....	58
Figura N° 3. Distribución anual de casos diagnosticados e inicio de TARGA.....	60
Figura N° 4. Cobertura de intervenciones preventivas y programáticas registradas.....	63

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pag.
Anexo 01. Operacionalización de la variable.....	81
Anexo 02. Instrumento.....	82
Anexo 03. Guía de extracción de datos.....	84
Anexo 04. Análisis kappa.....	85
Anexo 05. Confiabilidad operativa por concordancia interevaluador y doble digitación auditada.....	90
Anexo 06. Validación del instrumento por juicio de expertos.....	91
Anexo 07. Validación por V de Aiken.....	96
Anexo 08. Solicitud para la ejecución de la tesis.....	97
Anexo 09. Oficio de autorización de ejecución de la tesis.....	98

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo describir el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes positivos al virus de la inmunodeficiencia humana atendidos en un Hospital Público de Tumbes durante el periodo 2023-2025. La investigación se desarrolló bajo enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, debido a que se analizaron fuentes secundarias procedentes de historias clínicas y registros institucionales. La población estuvo conformada por 365 historias clínicas y la muestra por 188 historias de pacientes con diagnóstico confirmado de VIH, seleccionadas según disponibilidad documental y cumplimiento de criterios de inclusión y exclusión; por ello, el alcance inferencial se limita al establecimiento hospitalario estudiado.

La confiabilidad fue abordada desde la consistencia del registro documental, mediante revisión cruzada de la información, doble verificación de códigos, depuración de codificación, contraste con la base de datos y control de concordancia documental. En términos metodológicos, se precisó que para este tipo de ficha resultan más pertinentes la concordancia interevaluador, el coeficiente Kappa para variables categóricas o la doble digitación auditada; por ello, el alfa de Cronbach no se asumió como estimador principal para variables clínicas heterogéneas extraídas de historias clínicas.

Los resultados evidenciaron predominio del sexo masculino, con 150 casos (79.8 %; IC95 %: 73.5-84.9), y del grupo etario de 26 a 60 años, con 121 casos (64.4 %; IC95 %: 57.3-70.9). La edad media fue de 33.46 años, la mediana de 30 años, la desviación estándar de 14.09 años y el rango intercuartílico de 24 a 42 años. Asimismo, se identificó presencia de población masculina transgénero (30.3 %), trabajadores sexuales (21.3 %) y personas extranjeras (13.8 %). En el componente clínico, 104 pacientes (55.3 %) se encontraban en estadio 1; sin embargo, 72 pacientes (38.3 %) presentaron estadio avanzado o SIDA. La vía sexual fue la principal forma de transmisión (86.2 %) y la tuberculosis fue la coinfección más frecuente (39.4 %).

En conclusión, el perfil clínico-epidemiológico del VIH en el hospital estudiado se caracterizó por concentración en hombres adultos, presencia de poblaciones clave, predominio de transmisión sexual, proporción importante de diagnóstico avanzado, alta coinfección TB/VIH y baja cobertura de profilaxis pre-exposición (10.1 %). Estos hallazgos sustentan la necesidad de fortalecer el diagnóstico oportuno, la prevención combinada, la consejería diferenciada, el inicio y seguimiento de TARGA, la vigilancia de coinfecciones y la calidad de los registros clínicos.

Palabras clave: VIH, perfil clínico-epidemiológico, factores de riesgo, coinfecciones, salud pública.

ABSTRACT

The main objective of this study was to describe the clinical and epidemiological profile of patients with confirmed human immunodeficiency virus infection treated at a public hospital in Tumbes, Peru, during the period 2023-2025. A quantitative, observational, descriptive, retrospective, and cross-sectional design was used, because secondary sources from medical records and institutional clinical registries were analyzed. The population consisted of 365 medical records and the sample included 188 records of patients with confirmed HIV diagnosis, selected according to documentary availability and compliance with inclusion and exclusion criteria; therefore, inference is limited to the hospital setting studied.

Reliability was addressed through documentary consistency procedures, including cross-checking of records, double code verification, data cleaning, comparison with the database, and documentary concordance control. Methodologically, inter-rater agreement, the Kappa coefficient for categorical variables, or audited double data entry are more appropriate for this type of form; therefore, Cronbach's alpha was not assumed as the main estimator for heterogeneous clinical variables extracted from medical records.

The results showed a predominance of males, with 150 cases (79.8%; 95% CI: 73.5-84.9), and of the 26–60-year age group, with 121 cases (64.4%; 95% CI: 57.3-70.9). The mean age was 33.46 years, the median was 30 years, the standard deviation was 14.09 years, and the interquartile range was 24 to 42 years. In addition, transgender male population (30.3%), sex workers (21.3%), and foreign residents (13.8%) were identified. Clinically, 104 patients (55.3%) were in stage 1; however, 72 patients (38.3%) had advanced stage or AIDS. Sexual transmission was the main route (86.2%), and tuberculosis was the most frequent coinfection (39.4%).

In conclusion, the clinical and epidemiological profile of HIV in the hospital studied was characterized by concentration among adult males, presence of key populations, predominance of sexual transmission, an important proportion of advanced diagnosis, high TB/HIV coinfection, and low pre-exposure prophylaxis coverage (10.1%). These findings support the need to strengthen timely diagnosis, combined prevention, differentiated counseling, initiation and follow-up of ART, coinfection surveillance, and the quality of clinical records.

Keywords: HIV, clinical-epidemiological profile, late diagnosis, tuberculosis/HIV coinfection, combined prevention, public health.

I. INTRODUCCIÓN

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), actualmente sigue persistiendo en ser una causa importante de preocupación sanitaria con una cobertura a nivel global, mediante el impacto directo en el sistema inmunológico, cuyo objetivo es debilitar las defensas del organismo y aumentando la susceptibilidad a infecciones en el huésped que lo llegue a contraer (1). Según estimaciones, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), en el 2024 se tiene aproximadamente 40,8 millones de individuos que conviven con la enfermedad en el mundo, con un rango estimado entre 37,0 y 45,6 millones, mientras que entre 500 000 y 820 000 personas fallecieron por causas relacionadas con esta infección (2).

Desde una perspectiva epidemiológica, el VIH presenta un comportamiento complejo influenciado por múltiples factores biológicos, sociales y estructurales. Si bien la introducción de la terapia antirretroviral (TARV) ha permitido transformar la infección en una enfermedad crónica controlable, persisten barreras significativas como el estigma social, la discriminación, la desinformación y las restricciones en el acceso a los servicios de salud, que afectan tanto el diagnóstico oportuno como la adherencia terapéutica (3).

En el contexto peruano, el VIH continúa representando un problema relevante de salud pública. Datos del Ministerio de Salud (MINSA) señalan que el 92% de los casos de transmisión se produce a través de relaciones sexuales sin protección, surgiendo como necesidad urgente el fortalecimiento de medidas estratégicas que ayuden a la prevención, especialmente en el ámbito de la educación sexual y la promoción del uso adecuado del preservativo (4). Asimismo, la implementación de pruebas rápidas y el diagnóstico temprano constituyen herramientas clave para reducir la transmisión y optimizar el pronóstico.

A nivel regional, la situación en Tumbes refleja tendencias epidemiológicas preocupantes. La dirección Nacional de epidemiología, Prevención y Control de enfermedades, ha registrado un incremento sostenido de casos hasta el año 2022, alcanzando su punto más alto, seguido de una ligera disminución en los años posteriores (5). No obstante, la transmisión sexual continúa siendo la principal vía de contagio, representando aproximadamente el 88,89% de los casos reportados,

lo que equivale a 24 pacientes en el periodo analizado (6). Además, la incidencia alcanzó valores elevados, como 65,75 casos por cada 100 000 habitantes en 2023, con mayor concentración en distritos urbanos y zonas fronterizas como Tumbes, Zarumilla y Aguas Verdes (7).

A nivel internacional, la Organización Panamericana de la Salud ha reportado un promedio de 630 000 muertes por VIH únicamente en el año 2021, lo que pone en evidencia que, pese a los avances tecnológicos, aún existen importantes brechas en dirección a los servicios de salud (8). Estas desigualdades están influenciadas por factores como el nivel socioeconómico, la edad, el género y la disponibilidad de recursos sanitarios. En América Latina, estudios recientes han demostrado un incremento de casos en poblaciones vulnerables, entre ellos resaltan personas con distintas orientaciones de género, trabajadores sexuales, entre otros grupos, los cuales enfrentan altos niveles de estigma y exclusión social (9).

En el contexto local de Tumbes, la problemática del VIH se ve agravada por factores estructurales como la pobreza, escasa información veraz referente al tema considerándolo aún un tabú, ausencia de redes de apoyo y limitaciones en el sistema de salud. En el año 2021 se reportaron más de 500 casos de VIH en la región, lo que confirma una tendencia creciente (10). A ello se suman problemas administrativos y de gestión, como el desabastecimiento de medicamentos esenciales, quedando en escases un total de 1 631 dosis de un solo fármaco y 144 dosis de otro, así como inconsistencias en los registros de mortalidad, donde se reportaron 60 fallecimientos en un sistema frente a 89 en otro, generando una diferencia que incrementa la tasa de mortalidad en un 20,2% (11).

Estas deficiencias reflejan el requerimiento de reforzar la gestión sanitaria y perfeccionar la eficiencia de los sistemas de información. En contraste ante esta situación, cabe preguntarse: ¿Cuál es el perfil clínico-epidemiológico en pacientes positivos al virus de la inmunodeficiencia humana en un Hospital Público de Tumbes, periodo 2023-2025?

La importancia de analizar el perfil clínico-epidemiológico del VIH en Tumbes permitió comprender con mayor precisión la magnitud de la situación, sus formas de presentación, características sociodemográficas y clínicas de los pacientes. En un contexto donde los casos de infección mantienen relevancia epidemiológica,

resulta necesario generar información actualizada y confiable que evidencie la distribución del virus en poblaciones vulnerables, así como los factores sociales y conductuales asociados a su transmisión. De esta manera, la investigación contribuirá al marco conceptual de la salud pública sobre el VIH y facilitará la comparación con estudios previos de alcance nacional e internacional, permitiendo identificar similitudes, diferencias y nuevas tendencias.

En el nivel práctico, este estudio es relevante porque sus resultados permitirán identificar los grupos de edad, sexo, procedencia y condiciones sociales más afectados por el VIH, así como reconocer los principales obstáculos relacionados con el seguimiento del tratamiento. Esta información contribuirá a orientar estrategias preventivas más precisas, fortalecer las campañas de educación sexual dirigidas a adolescentes y jóvenes, y mejorar la atención en los servicios de salud que se le brinda a la población en general, especialmente en el Hospital Público de Tumbes.

La investigación busca aportar información científica útil para la comunidad académica y sanitaria, al identificar las características epidemiológicas de los pacientes. Asimismo, permitirá analizar la continuidad del tratamiento, el autocuidado y los factores asociados a la atención de los pacientes, con el fin de comparar los hallazgos con cifras previas y estudios similares.

Mientras que, en el enfoque metodológico, la investigación se realizara mediante análisis sistemático del perfil clínico-epidemiológico mediante datos estadísticos, clínicos y sociales. La organización de la información procedente de historias clínicas y registros oficiales permitirá generar un panorama frente a la situación del VIH en Tumbes. Además, el diseño facilitara el control de las variables, como incidencia, morbilidad, mortalidad y adherencia terapéutica, lo que incrementa su valor como referencia para futuras investigaciones epidemiológicas, aportando información veraz y puntos de vista basados en la realidad que afronta nuestra población.

Desde el enfoque social, el estudio permite visibilizar la realidad que viven las personas con VIH en Tumbes, una región afectada por el incremento de casos y por diversos determinantes sociales. El perfil clínico-epidemiológico no solo presenta cifras y porcentajes, sino que también evidencia condiciones de

vulnerabilidad como pobreza, desigualdad, limitada red de apoyo y estigma social. Analizar estos aspectos contribuirá al diseño de políticas públicas y programas de salud más inclusivos, orientados no solo a brindar tratamiento, sino también apoyo psicológico, educación comunitaria y promoción de la salud sexual.

A continuación, se presenta el capítulo II, que aborda la literatura más relevante, actualizada, relacionada con las bases teóricas y contextuales para la investigación. En el capítulo III se describe un diseño metodológico de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo y corte transversal, con una muestra de 188 historias clínicas de pacientes con VIH atendidos en un Hospital Público de Tumbes durante el periodo 2023-2025. Asimismo, se presenta el instrumento de recolección de datos y el procesamiento realizado mediante el programa SPSS versión 25. En los capítulos posteriores se exponen los resultados, la discusión, las conclusiones y las recomendaciones pertinentes.

Con el fin de responder a la pregunta de investigación, el objetivo principal se centra en describir el perfil clínico-epidemiológico en pacientes positivos al virus de la inmunodeficiencia humana en un Hospital Público de Tumbes, periodo 2023-2025. De igual manera, se plantean los siguientes objetivos específicos: determinar la distribución sociodemográfica de los pacientes diagnosticados con VIH; describir el estado de salud y el manejo clínico de los pacientes; analizar la tendencia anual y los patrones epidemiológicos de los casos diagnosticados; e Describir la cobertura de intervenciones preventivas y condiciones asociadas registradas en pacientes positivos al VIH.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Bases teóricas y científicas

En el mismo contexto, ONUSIDA lo define como un retrovirus que ataca las células del sistema inmunitario humano (principalmente los linfocitos T CD4 positivas y los macrófagos, ambos componentes de la inmunidad celular), provocando su muerte o destrucción. Un serotipo específico del VIH, es el gran responsable del debilitamiento de la inmunidad o más conocido como inmunodeficiencia en el organismo humano (12).

Por otro lado, la ONU señala que es un virus que afecta las defensas del organismo humano, cuyo propósito es infectar a los glóbulos blancos o T CD4, los cuales asisten al cuerpo en la lucha constante contra infecciones. Indicando, que este virus se reproduce mediante células inmunitarias, donde su finalidad es acabar dañándolas y destruyéndolas. Además, si no se tiene un tratamiento eficaz como la combinación de antirretrovirales, el sistema inmunitario se debilita a tal grado que el mismo organismo ya no puede combatir infecciones por sí mismo (13).

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es una condición crónica, donde el único causante es el virus del VIH. En este lugar, la infección provoca el aumento de alteraciones en el sistema inmunitario, lo que dificulta a que el cuerpo pueda enfrentar procesos infecciosos o patológicos por sí mismos, lo que hace que la enfermedad se vuelva más agresiva en el organismo del huésped. Por lo que, si se trata repentinamente o se tienen un tratamiento pre exposición, pueden pasar mucho tiempo antes de que se debiliten las defensas lo suficiente para ser considerado SIDA (14). Se llega a estimar que, en el conjunto de los adultos, la prevalencia de la infección en general es un 0.39%, significando que aproximadamente cada tres de cada mil individuos en el país coexisten con VIH, muchos sabiendo de su existencia u otros sin conocer del padecimiento (15).

Desde que fue identificada en los años ochenta, el VIH se convirtió en una de las pandemias con mayor relevancia en la salud pública a nivel mundial, debido a múltiples contagios es personas. No obstante, se han logrado muchos avances significativos, involucrando a la tecnología y medicina, aún que persisten brechas de información y educación sexual, especialmente en contextos donde hablar de

sexualidad continúa siendo un tema difícil por sus barreras culturales y sociales (16).

La forma principal de transmisión del VIH es mediante contacto sexual; sin embargo, también puede transmitirse por contacto con sangre infectada, al compartir agujas infectadas con el virus o de madre a hijo durante el periodo de gestación, el nacimiento o mediante la lactación. El virus empieza a atacar a los linfocitos T CD4, debilitando las células esenciales para la respuesta inmunológica. Generando una disminución de estas, a menor cantidad de estas células, volviendo vulnerable el sistema inmunitario y favoreciendo el avance de la enfermedad (17).

La ONU indica que las personas de sexo masculino que mantienen relaciones sexuales con individuos de su mismo sexo, con orientaciones sexuales distintas al de su nacimiento, los que se dedican al trabajo sexual, los que están bajo privación de su libertad y quienes usan drogas intravenosas, son grupos con mayor riesgo de contraer la infección. En diversas regiones, la infección también impacta de manera exagerada a mujeres jóvenes y adolescentes debido a la combinación de factores biológicos, de forma económica y social (18).

En comparación con décadas anteriores, actualmente existen tratamientos que cada vez más su objetivo es poder perfeccionar e innovar la eficacia y esperanza de vida de las personas que sufran este padecimiento, verificando que su adherencia en el organismo sea óptima. Aunque no existe una cura definitiva para el VIH o el sida, la terapia antirretroviral permite mantener en control la infección, ayudando a frenar su avance al prevenir su evolución, con la finalidad de reducir el riesgo de contagio (19).

Basándonos en la información que nos ofrece el MINSA, el VIH mayormente se va transmitiendo principalmente por vía sexual. También, ONUSIDA, calcula que en el mundo existe un aproximado de 39 millones de individuos que conviven con la enfermedad, apuntando que África subsahariana se ha convertido en una de las áreas impactadas por la infección (20). Sus síntomas más comunes, son: la fiebre, cefalea, diarrea, la pérdida de peso y la disminución de la masa muscular, manifestaciones que pueden conducir a la sospecha positiva del diagnóstico de contraer la enfermedad (21).

Cuanta mayor carga viral tenga una persona, mayor será la posibilidad de que el VIH se propague. Si la cantidad de virus no se puede detectar, es porque su nivel en la sangre está por debajo de lo que las pruebas pueden medir. Las personas con VIH que siguen su tratamiento antirretroviral tal como se les indica, y por ende no se detectan partículas virales, no corren ningún riesgo de transmitir el VIH a sus parejas sexuales (22).

Cuando se habla de la terapia antirretroviral (TAR), hacemos manifiesto a la atención médica de personas que han adquirido la infección, las cuales se van a regir por medicamentos específicos que mantendrán el control del virus, desde un enfoque farmacéutico, esta intervención, se vuelve altamente activa por detener de forma eficaz la propagación del VIH. Consiste en la utilización de medicamentos combinados, cuya finalidad es potenciar su eficiencia y reducir las probabilidades de que se genere una tolerancia hacia los medicamentos. La TAR ayuda a que las personas que contienen la infección, reduzcan los síntomas matutinos de la enfermedad, disminuye los indicadores de mortandad, generando esperanza de calidad de vida. Asimismo, se considera que la TAR ayuda a bloquear la cadena de contagio (23).

Por ello, la adhesión a la TAR se ha basado en un complicado conjunto de elementos personales, en donde se hace participe el modo de vida de la persona, las actitudes que llegue a afrontar por la enfermedad, tales como la ingesta de medicamentos en un horario adecuado, también los factores sociales, atributos culturales y económicos, la relación que se puede tener entre personal de salud y paciente, acción que influirá en las indicaciones terapéuticas, en la respuesta del paciente y en la eficacia del sistema de atención de salud (24).

Es, por lo tanto, que la cadena de causas que conducen al fracaso del tratamiento, afectando la adherencia, cuyo factor es uno de los más importantes para que un tratamiento sea fructífero y tenga resultados positivos. Teniendo como resultado una recuperación inmune débil y deficiente, activando el riesgo de mayores síntomas o acelerar la muerte. La adherencia al TAR de esta forma se vuelve un elemento esencial y crucial en la asistencia médica, la cual requiere identificar los elementos que afectan su efectividad (25).

Conectando distintas perspectivas teóricas, identificamos “El Modelo de Creencias en Salud”, el cual hace referencia que la adherencia se sustenta en la percepción de como el individuo percibe el peligro frente una situación, la gravedad de la enfermedad, los beneficios de adherirse correctamente al tratamiento y los impedimentos que se observen. Este modelo puede ser utilizado para orientar iniciativas estratégicas que puedan fortalecer la prevención de enfermedades y la calidad de vida de los individuos (26).

Por otro lado, otro “Modelo de Conducta Planificada”, nos manifiesta que la intención que tenga el individuo a la adherencia depende de la disposición conductual, las normas que se perciben y el control que se tenga frente a una acción. Las cuales se forjan de manera propia, miden las intenciones del individuo, las cuales se ven acondicionadas por tres factores importantes, entre los cuales resalta las expectativas normativas percibidas, la valoración subjetiva de la capacidad para llevar a cabo una conducta y las actitudes que se enfrenten en cada situación (27).

La enfermería, siempre ha fundamentado su práctica a través de teorías que ayudan en capacidad de poder comprender como se comporta un ser humano, frente a diversas situaciones, orientar el cuidado y poder crear estrategias que favorezcan el desarrollo de investigaciones fructuosas. Estos modelos, aplicados en personas que viven con VIH, permiten identificar los elementos que favorecen o dificultan la continuidad o adherencia a la terapia antirretroviral. Asimismo, ayudan a comprender, como los factores personales, emocionales, sociales y del entorno influyen en la calidad de un tratamiento y frustra muchas veces la recuperación de los individuos, teniendo en cuenta una perspectiva biopsicosocial en el entorno, resaltando la individualidad de cada individuo (28).

También, Orem nos señala que cada persona puede ser capaz de poder desarrollar habilidades para cuidar su salud y responder a sus necesidades de bienestar. En el caso de los individuos que viven con la enfermedad este planteamiento cobra mayor relevancia para asumir el rol activo en el seguimiento del tratamiento TAR, siguiendo las prescripciones de forma responsable. En este sentido, las prácticas de autocuidado forman parte de la vida diaria, permitiendo tener hábitos orientados al cumplimiento, la continuidad y la mejora de la calidad de vida del individuo (29).

Según, Santi et al. (30), el modelo de promoción de la salud propuesto por Nola Pender plantea que la forma en que una persona cuida su salud y sigue un tratamiento esta influenciada por las experiencias vividas, creencias y dificultades que percibe durante el proceso. Desde esta perspectiva, se busca brindar un aspecto diferente, en el por qué ciertos pacientes con VIH, pese que cuentan con tratamiento, se niegan a cumplirlo. El empleo de este modelo proporciona crear intervenciones enfocadas en potenciar la motivación, la autoconfianza y una visión positiva frente al tratamiento, contribuyendo a una mejor adherencia.

En su teoría del cuidado humano, Jean Watson, destaca la necesidad de una atención integral en donde se considere los aspectos físicos, emocionales y espirituales de la persona, relacionándola con VIH y otras infecciones de transmisión sexual, esta perspectiva resulta fundamental gracias al estigma y la discriminación que muchos pacientes pueden enfrentar a lo largo de su vida. Poo lo tanto, la atención de enfermería debe basarse en la empatía, la confianza, el respeto y la humanización de la atención que se le brinde al ser humano (31).

En la lucha contra el VIH, la prevención se considera uno de los pilares fundamentales en el control y disminución de casos positivos en el mundo. De acuerdo con ONUSIDA, las estrategias preventivas más efectivas son aquellas que combinan intervenciones médicas, educativas y sociales, las cuales sean respaldadas por evidencia científica y enfocadas en respecto a los derechos de los individuos. Este enfoque busca adaptarse a las características y necesidades de cada población, contribuyendo a disminuir los nuevos contagios y promoviendo beneficios duraderos para la salud colectiva (32).

Desde el punto de vista enfermero, la prevención se realiza mediante la educación que se le brinde a un individuo de forma entendible y congruente, el apoyo emocional, la fomentación del cuidado propio y como generar autonomía en el individuo. Los procedimientos de enfermería, no solo ayudan a mitigar la propagación de la infección, también fortalecen la responsabilidad del individuo para cumplir con su tratamiento como estrategia preventiva a nivel individual y colectiva (33).

Acorde con Gandhi et al. (34), nos habla que la educación pública y la educación dirigida a los individuos son esenciales para la prevención primera del VIH. Los

profesionales clínicos, los organismos de salud pública y los aliados comunitarios han cumplido un papel importante en la difusión de medidas preventivas para adolescentes y adultos sexualmente activos, así como para personas que se inyectan drogas sin prescripción médica.

Diversas organizaciones dedicadas al estudio y control del VIH, como el Grupo de Estudio de Sida de la SEIMC (GeSIDA) y también la Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA), las cuales indican que la prevención ayuda a disminuir los casos de VIH en niños, adolescentes y adultos. Una de las recomendaciones principales es el uso adecuado del preservativo masculino o femenino durante las relaciones sexuales vaginales y anales, por ser una estrategia efectiva para evitar el contagio del VIH y la mayoría de contagios de sexuales.

Han transcurrido más de cuarenta años desde que se identificó el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), periodo en el que se han logrado conseguir grandes avances en el seguimiento y análisis de su comportamiento epidemiológico a nivel mundial, regional y nacional. Como lo señala Blamey et al. (35) en los últimos años se han observado cambios significativos en la dinámica de la infección, impulsados por diversos factores, en los que destaca el progreso logrado gracias a la terapia antirretroviral, también se honorifica el acceso al tratamiento de forma ilimitada a toda la población, especialmente en zonas donde se encuentra más carga viral activa. Por ello, se han incorporado nuevas alternativas terapéuticas y presentaciones farmacológicas, las cuales han demostrado una alta efectividad, incluyendo a paciente que habían generado resistencia a distintos tratamientos.

No obstante, una gran cantidad de personas con VIH siguen sin ser confirmadamente diagnosticadas o lo son de forma tardía, existiendo grupos poblacionales que son sometidos a situaciones de con mayor vulnerabilidad que impactan directamente a la salud individual y colectiva (36).

El reconocimiento epidemiológico, frente a la epidemia persiste en determinadas subpoblaciones en donde se permite orientar mejor las estrategias de prevención. Del mismo modo, a medida que las personas con VIH viven más tiempo gracias al diagnóstico oportuno y al acceso al tratamiento, los programas de vigilancia deben abarcar un espectro más completo de la infección, desde las conductas previas al diagnóstico hasta las enfermedades y muertes relacionadas con el VIH (37).

De acuerdo con Castel et al. (38), en la epidemiología del VIH se consideran las siguientes características:

Incidencia epidemiológica: las estimaciones de incidencia del VIH son cruciales, ya que indican el avance de la epidemia. La identificación de las zonas y poblaciones donde se produce la mayoría de las nuevas infecciones permite orientar adecuadamente los esfuerzos de prevención.

Predominio epidemiológico: el número de personas que viven con el VIH ha aumentado drásticamente desde el inicio de la epidemia. Esto se debe, en parte, a la identificación de nuevas infecciones, pero también a la creciente disponibilidad de tratamientos antirretrovirales que prolongan la vida.

Morbilidad y mortalidad por VIH: desde un enfoque epidemiológico, se relacionan con el VIH, donde se observa que existe un cambio en las últimas tres décadas. Como la gente con VIH vive más, a veces se ve como una enfermedad incurable o mortal, tratable, generando esperanza de vida.

Desigualdades: a pesar de los cambios en el entendimiento sobre la epidemia del VIH, aún subsisten numerosas diferencias en el cuidado preventivo, la atención y el tratamiento, tanto geográficas como demográficas.

Los perfiles epidemiológicos permiten realizar seguimiento a las poblaciones y evaluar si las intervenciones implementadas para mejorar la salud están generando resultados. También facilitan valorar el avance hacia metas sanitarias y determinar si la inversión pública se refleja en mejores indicadores de salud (39).

Conforme a lo que nos dice Echenique y Franco, donde ambos sostienen que conocer el perfil epidemiológico de un servicio clínico permite asemejar las características de la población atendida. A partir de este perfil se comprende la expresión sobre la carga de afección o condición sanitaria de una población, cuya descripción busca analizar factores como mortalidad, morbilidad y calidad de vida (40).

Los Recursos y Servicios de Salud y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (41), desde el punto de vista administrativo, el perfil epidemiológico está conformado por cuatro dominios, los cuales en este estudio se toman como dimensiones:

Características de la población: describen los rasgos generales de la población del área de servicio y proporcionan un contexto esencial, considerando características demográficas y determinantes sociales de la salud (42).

Epidemiología del VIH: comprende características como la categoría de transmisión o exposición al VIH en personas con diagnóstico confirmado dentro del área de servicio (41).

Atención y tratamiento del VIH: comprende el conjunto de servicios, intervenciones y recursos disponibles para los individuos que conviven con la enfermedad, cuya finalidad es mejorar la salud, prevenir la existencia de complicaciones asociadas y reducir la transmisión del virus (43).

Prevención del VIH: comprende el conjunto de actividades, intervenciones y programas destinados a reducir la transmisión del virus y aumentar la detección temprana de nuevos casos de VIH (44).

2.2. Antecedentes

Enfocándonos en estudios internacionales, Dávila (45), en el año 2024, realizó una investigación en México, cuyo propósito es describir el perfil epidemiológico de los pacientes con VIH atendidos en una unidad de atención de primaria. La investigación tuvo un enfoque descriptivo con corte trasversal, sustentándose en el análisis de 226 historias clínicas de pacientes diagnosticados con el virus en la unidad de medicina familiar N° 15 de Santiago de Querétaro. Se analizaron variables sociodemográficas como sexo, edad, estado civil, escolaridad, religión y ocupación, asimismo se evaluaron factores relacionados con el comportamiento sexual, conductas de riesgo como: mecanismos de transmisión, inicio de vida sexual y las posibles vías de transmisión, evaluando el mecanismo de contagio. Los hallazgos demostraron una mayor proporción de casos en hombre, quienes representan el 89,4% de la población estudiada; también la edad varía entre intervalos de 31 a 40 años, demostrando un 44,7%. En cuanto a la conducta sexual un 66,8%, manifestaron que dieron inicio a su sexualidad en la adolescencia; mientras que transmisión por vía sexual constituyó el papel principal mecanismo de infección, alcanzando un 97,8%. Del mismo modo se pudo observar que el 69,9% de los participantes se identificó como homosexual y el 78,8% presentó

características asociadas a este comportamiento sexual. Llegando a concluir que la infección por VIH, se concentró principalmente en hombre de 31-40 años, con predominio de relaciones sexuales entre personas del mismo sexo concentradas entre los 31-40 años.

De igual manera Cruz et al. (46), 2023, México, desarrollaron un estudio con el objetivo de identificar el perfil clínico-epidemiológico de pacientes con reacciones adversas a fármacos antirretrovirales en la UNEME CAPASITS Puebla, en el periodo 2015-2018. El estudio fue observacional, descriptivo de corte trasversal y retrospectivo. Se utilizó una muestra de 109 casos seleccionados mediante muestreo probabilístico, considerando pacientes entre los 18-60 años, con tratamiento antirretroviral y antecedentes de reacciones adversas. Se categorizaron las variables analizadas, clasificándolas en: tiempo, lugar, persona, clínicas y bioquímicas, teniendo el propósito de caracterizar el perfil epidemiológico como clínico de la población estudiada, donde se analizaron diversos indicadores relacionados con las reacciones adversas a la terapia antirretroviral. Los hallazgos demostraron que el 57.98% de los pacientes presentó algún tipo de reacción adversa, de las cuales el 57.8% fueron clasificadas como leves y un 42.2% fueron de forma moderada. Respecto al 90.8% presentó un tiempo de aparición en donde predominó la ocurrencia de reacciones agudas, mientras que las crónicas representaron un 9.2%. Entre las manifestaciones clínicas más frecuentes se identificó el exantema (44%), los mareos (29.4%) y lesiones eritematosas generalizadas (29.4%). A partir de estos resultados se concluyó que las reacciones adversas asociadas al tratamiento se presentan en su mayoría de forma dermatológica.

En el estudio de Severiano et al. (47), en el 2021, desarrollaron una investigación en Brasil, con el objetivo de describir el perfil epidemiológico de los pacientes con VIH/SIDA, se realizó en el municipio de Campos dos Goytacazes, en Río de Janeiro. Su estudio fue cuantitativo, descriptivo y retrospectivo, en donde los datos se recolectaron de fuentes ya existentes. Se llegaron a usar 1831 formularios de notificación del sistema de información de enfermedades. Donde en su mayoría eran adultos de mediana edad, resaltando una mediana de 37,7 con una diferencia de 11,8 años, casi todos eran hombres 61,3%, test claro 14,7%, y tenían poca educación 12%, sin empleo 2,3% y vivían en la ciudad 58,1%. La forma más común

de contagiarse fue por sexo sobre todo en heterosexuales. Una gran mayoría de individuos investigados, se les hicieron pruebas de laboratorio. Pese al avance, muchos de ellos murieron por SIDA. El estudio ayudo a entender como actuaba la enfermedad en esa zona, esto sirve para hacer planes y poner en marcha mejores políticas de salud.

Mientras que Puente et al. (48), en el 2026, en Cuba, se dedicaron a estudiar la infección por el VIH/sida en personas geriátricas. Con el objetivo de describir la infección, basándose en la sintomatología epidemiológicas y clínicas; también se vio la mortalidad y la tendencia del daño que se da. El estudio fue observacional, descriptivo y de corte transversal. Los primeros años tuvieron el mayor número de adultos con VIH/SIDA. En su gran mayoría se encontró que eran varones solteros 78,5 %, su orientación sexual era la homosexualidad. Donde las neumonías y la candidiasis oral eran las que más resaltaban clínicamente. Ayudando a que la carga viral aumente a los cuatro millones de copias/ml. Falleciendo 60 varones mayores en los últimos cinco años. Llegando a concluir que hay riesgo de contagio, aumentado la incidencia de contagiados. La mortalidad es baja, debido a una atención oportuna y temprana, ayudando a la efectividad de los tratamientos.

Otro estudio en donde participa Martins (49), en 2022, en Brasil, efectuó una encuesta con la finalidad de obtener información sobre el perfil epidemiológico de los pacientes con Sida. Su estudio fue metodológicamente descriptivo y cuantitativo. Se utilizo información del SINAN; centrado entre enero de 2010 a junio de 2019. Obteniendo como respuesta que en el año 2017 tuvo más casos de enfermedad 11,97 %. Los casos subieron en el 2010 y el 2014. Luego bajaron en años recientes. Donde Rio de Janeiro tuvo la mayor cantidad de casos nuevos 21,90 %. Así se pueden observar que la gran mayoría pertenecen al sexo masculino correspondiendo a un 71,1 %, se observó una mayor frecuencia de jóvenes y adultos (79,37 %), blancos (46,67 %), estudios completos (19,71) % y heterosexuales (46,94 %). Donde la principal fuente de contagio es de forma sexual 78,09 %. Así los autores concluyen que deben de realizar más estudios con la finalidad de seguir monitorizando la epidemiología del VIH/SIDA; así el gobierno puede implementar soluciones de mejora.

En el país la investigación de Laos (50), en 2024, en Ica, tiene como objetivo fundamental identificar de forma clínica y a través de laboratorios a los pacientes con VIH/SIDA desde un punto epidemiológico, que se estén tratando en el Hospital Regional de Ica; entre enero a diciembre de 2023. Su estudio fue observacional, transversal, retrospectivo y cuantitativo. El estudio incluyó a 307 pacientes con diagnóstico positivo. Estos datos se recolectaron en historias clínicas, ordenándose en tablas de forma estadística. Obteniendo que un 45,3% tiene entre 18 y 30 años, el 72,6% son hombres, la mayoría es heterosexual 72,3%, mientras que el 27,7% mantiene relaciones con su mismo género. El 39,4% son casados, un 23,5% tienen adicción a las drogas. Considerando que la transmisión fue sexual en un 92,8%. También se obtienen que según los síntomas presentados clínicamente un 86,6% presentó altas temperaturas 34,9%, bajos de peso >5 kg, 53,1% heces líquidas, 38,1% dolor de cabeza, 37,5% dolor de articulaciones, 32,6% odinofagia, 41% adenopatías y 32,2% tos. Las comorbilidades crónicas fueron: Anemia 36,8%; la mortalidad fue 1,3%. El 55,7% de los pacientes tiene un recuento de CD4+ mayor a 500 células/microlitro, el 58,6% de los pacientes tuvo carga viral alta (ARN/ml > 40000). El estudio nos demuestra que el VIH/SIDA afecta principalmente a jóvenes, por vía sexual, recalcando que la gran mayoría de pacientes tiene buenas defensas, aunque persiste la carga viral alta, debemos de realizar un mejor seguimiento.

Paralelamente, en su investigación, Solier (51), en 2023, en Ica, busco saber los detalles epidemiológicos basados en las características en los pacientes con VIH/SIDA que sean atendidos en el Hospital Regional de Ica entre los años 2021 a 2022. El estudio presento un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, con corte transversal y retrospectivo, manteniendo un diseño no experimental. La población a estudiar estuvo conformada por un total de 982 individuos; de los cuales se seleccionaron a 276 participantes. Teniendo como resultado que la mayor parte tienen entre 18 a 9 años 76,1%, un 64,5% son hombres, su gran mayoría vive en el lugar 34,1%, también tienen estudios completos 45.3% y 40.6%, cuentan con trabajo 46,7%. Por otro lado, el estadio 2 cuenta con 72,8%, siendo su media de CD4 de 544,35 CD/CC. Llegando a concluir que de forma epidemiológica los pacientes con VIH-SIDA estuvo conformado por hombres, jóvenes, procedentes del mismo lugar, mientras tanto, según las pruebas laboratoriales una gran mayoría está en el estadio 2.

Por su parte Espinoza y Espíritu (52), el 2022, desarrollaron una investigación en Lima, con el propósito de analizar el perfil clínico y sociodemográfico de personas VIH/sida que presentan afecciones neurológicas asociadas a infecciones oportunistas y que recibieron atención médica en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, en los años 2017-2019. Su metodología fue observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Donde se analizaron las historias clínicas de los pacientes, siempre y cuando sean mayores de 18 años con diagnóstico confirmado. Conto con 45 historias clínicas; donde las edades promedio fue un 34,38 % los cuales tenían entre 11 a 19 años, también un total de 73,30 % en su mayoría fueron hombres, mientras que el 31,10 % era del distrito de referencia. En relación con el nivel educativo el 53,30% culminó sus estudios y el 24,40 % no contaba con trabajo. Respecto a las características epidemiológicas el 67,90% corresponde a personas con orientación heterosexuales y otros presentaron tuberculosis dando un total de 17,20% como comorbilidad. Los síntomas clínicos fueron: un 21,30 % presentó dolor de cabeza y alteración del nivel de conciencia un 19%. La mayoría tuvo una carga viral >100,000 copias/ml; el 97,40 %, un conteo de CD4 < 199 células/mm³, y el 90,50% no llevaba un tratamiento. Concluyendo que las complicaciones neurológicas por infecciones oportunistas afectan con más frecuencia al grupo etario con similares características, haciendo mención a una mejor adherencia al tratamiento.

De manera similar, Remeció (53), en el año 2023, realizó una investigación en Lima, con la finalidad de caracterizar de forma epidemiológica el perfil clínico de los pacientes que padecen el virus de inmunodeficiencia humana, que se hayan atendido en el Hospital María Auxiliadora, 2021- 2022, pertenecientes al servicio de enfermedades transmisibles. La investigación presentó un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. Donde se utilizó un total de 341 historias clínicas. Cuya información fue recopilada mediante una ficha de recolección basada en el objetivo de estudio. Los resultados evidencian que el 54% de los participantes corresponde a la población adulta, mientras que el sexo masculino presentó un 62%, predominaron pacientes solteros 68%, un 82% tenía secundaria completa, el 49% dependientes, son peruanos un 85%. Mientras que clínicamente el 96% se contagió por vía sexual, un 96% está en estadio 1, llegando a concluir que en su mayoría eran hombres adultos, que su estado civil eran

solteros, con estudios completos, independientes y peruanos natos. Evidenciando que la mayoría de pacientes se infectó de forma sexual, la mayoría se encontraba en estadios iniciales y no habían presentado coinfecciones asociadas.

Baca et al. (54), 2024, en Chiclayo, en su investigación señalan la gran importancia que cumple enfermería al tratar a los pacientes que porten el VIH, enfocándose en un trato humanizado. Su principal objetivo es ver como se sienten los pacientes al cuidado de enfermería. Fue un cualitativo y descriptivo, llevándose a cabo entre octubre y diciembre del año 2021. Con una población aproximada de 60 personas que asisten al centro de salud, como muestra de ello tomaron 12 personas por conveniencia, comunicándose por vía zoom y llamadas para las entrevistas. El resultado fue que las dos cosas que quisieron estudiar no estaban conectadas. Llegando a concluir que las personas con VIH manifiestan que el cuidado de enfermería les dio seguridad y se sintieron cómodas. Pero, por otro lado, tratos malos les generaron incomodidad llegando a sentirse repudiados.

De igual forma, de manera local, en la investigación de Marchan (55), 2023, en Tumbes, habla en como las personas con VIH llegan a sentirse excluidas por la sociedad. Es un estudio cuantitativo, descriptivo simple. La población a utilizar fueron un total de 150 pacientes con diagnósticos confirmados para el virus. Los resultados demostraron que un 70%% se sintió excluido por la sociedad, involucrando a la economía, la educación e incluso su orientación sexual. Estas barreras han dificultado el acceso a cambiar de vida como a su tratamiento. Mientras que Otro 70% están siendo rechazadas por la familia y comunidad, esto les está causando estrés, depresivos y ansiosos. Llegando a concluir que la aun a la sociedad le cuesta convivir con estas personas, demostrando que no está lista para aceptar la enfermedad, causando exclusión en las personas que la padecen.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Enfoque y tipo de estudio

El estudio adoptó un enfoque cuantitativo, ya que se utilizó información numérica obtenida de fuentes documentales institucionales y registros clínicos. Su alcance fue de nivel descriptivo y observacional, puesto que tuvo como finalidad identificar y detallar las características sociodemográficas, clínicas, epidemiológicas y preventivas presentes en pacientes con diagnóstico positivo al VIH. Además, al no existir manipulación de variables del estudio ni se aplicó intervención alguna sobre los pacientes, por lo que el análisis se orientó a describir la frecuencia y comportamiento de los datos disponibles en el periodo evaluado (56,57).

3.2. Diseño de investigación

La investigación se desarrolló bajo un diseño no experimental de carácter observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. El estudio se considera retrospectivo ya que la información se obtuvo de fuentes secundarias previamente registradas en historias clínicas del periodo 2023-2025; fue transversal porque las variables se analizaron en un momento de revisión documental definido; y fue descriptivo porque buscó caracterizar el perfil clínico-epidemiológico sin establecer causalidad ni estimar riesgo poblacional. Esta formulación integra el carácter documental del estudio y evita limitarlo únicamente a un diseño transversal no experimental.

M→O

Donde:

M= muestra

O= observación

3.3. Población, muestra y muestreo

La población estuvo conformada por 365 historias clínicas de pacientes con diagnóstico confirmado de VIH atendidos en el área de epidemiología en un Hospital Público de Tumbes durante el periodo 2023-2025, de acuerdo con los registros institucionales disponibles para la investigación. La unidad de análisis fue cada historia clínica individual que contenía información sociodemográfica, clínica, epidemiológica, terapéutica y preventiva vinculada con la atención del paciente.

El tamaño muestral fue de 188 historias clínicas del área de epidemiología, calculado mediante fórmula para población finita, considerando una población de 365 registros, proporción esperada de 0.5, nivel de confianza de 95 % y error máximo admisible de 5 %. Debido a que no se contó con evidencia documental que demostrara selección aleatoria simple de las historias clínicas, la selección final se declaró como muestreo no probabilístico por conveniencia, basado en la disponibilidad, legibilidad y completitud de los registros. En consecuencia, los resultados describen el perfil de los pacientes atendidos en el hospital estudiado y no deben extrapolarse como estimaciones poblacionales para toda la región Tumbes.

$$n = \frac{N \times (Z\alpha)^2 \times p \times q}{E^2 \times (N - 1) + (Z\alpha)^2 \times p \times q}$$

Donde:

n = tamaño de muestra

N = población

p = Proporción de personas con el fenómeno a estudiar

q = Proporción de personas sin el fenómeno a estudiar

Zα = desviación normal de la muestra a nivel de error aceptado

E = Error de la muestra

Datos:

N = 365

p= 0.5

q= 0.5

Zα = 1.96

E = 0.05

Reemplazamos formula:

$$n = \frac{365 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2 \times (365 - 1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{365 \times 3.4816 \times 0.25}{(0.0025 \times 364) + (3.8416 \times 0.25)}$$

$$n = \frac{350.546}{1.8704}$$

$$n = 187.41 = 188 \text{ hcl}$$

La muestra estuvo conformada por historias clínicas de pacientes con diagnóstico positivo de VIH que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Se priorizó la consistencia documental de los registros, debido a que el estudio dependió de información secundaria. Esta decisión permitió disponer de datos analizables; sin embargo, también puede introducir sesgo de selección si las historias incompletas correspondieron a pacientes con mayor gravedad, atención irregular, traslado, abandono o menor acceso al establecimiento.

Criterios de inclusión: se incluyeron historias clínicas correspondientes al periodo 2023-2025, pertenecientes a pacientes con diagnóstico confirmado de VIH mediante prueba de tamizaje reactiva y prueba confirmatoria positiva; historias legibles, en buen estado de conservación y con datos completos para las variables principales del estudio; registros con información sociodemográfica, clínica, epidemiológica, tratamiento, coinfecciones y medidas preventivas; e historias procedentes del establecimiento hospitalario autorizado para la ejecución de la investigación.

Criterios de exclusión: se excluyeron historias clínicas incompletas, ilegibles, deterioradas o sin información suficiente para el análisis; registros sin confirmación diagnóstica de VIH; historias correspondientes a pacientes atendidos fuera del periodo 2023-2025; registros duplicados, inconsistentes o no verificables; y pacientes trasladados a otros establecimientos cuando la información disponible no permitió completar las variables requeridas. La exclusión por información incompleta fue considerada un posible sesgo de selección e información, propio de estudios retrospectivos documentales.

3.4. Método, Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En el estudio se utilizó como técnica el análisis documental de historias clínicas y registros institucionales. También se utilizó como instrumento la ficha de extracción documental clínica y epidemiológica (Anexo 02), elaborada a partir de fuentes secundarias y siendo adecuada a partir de la ficha oficial de notificación individual que brinda el Ministerio de Salud, ajustando sus campos a los objetivos del estudio. La ficha permitió extraer variables sociodemográficas, estado de salud, manejo clínico, año de diagnóstico, inicio de TARGA, coinfecciones, criterios de diagnóstico de SIDA, defunción por SIDA, consejería, programas de reducción de riesgos, profilaxis pre y profilaxis post exposición.

El instrumento final constó de 24 ítems organizados según la variable perfil clínico-epidemiológico del VIH. La validez de contenido se estableció mediante juicio de expertos con experiencia en salud, epidemiología, clínica del VIH y metodología de investigación. Los expertos evaluaron pertinencia, claridad y coherencia de los ítems con los objetivos de la investigación. La validación por juicio de expertos se presenta en el Anexo 05 y la V de Aiken en el Anexo 06, conservando la evidencia documental incorporada en el informe.

Respecto a la confiabilidad, se precisó que el alfa de Cronbach no constituye el estimador principal para una ficha de extracción documental con variables clínicas y epidemiológicas heterogéneas, nominales, ordinales y de registro. Para este tipo de instrumento, la confiabilidad se sustenta con mayor pertinencia en la concordancia interevaluador, el coeficiente Kappa para variables categóricas cuando existe doble revisión independiente, la prueba piloto de concordancia, la doble digitación auditada y la revisión cruzada de registros. En el presente informe, al no contarse con dos evaluadores independientes formalmente registrados para estimar Kappa (ANEXO 04), la consistencia del proceso se reforzó mediante estandarización previa de categorías, revisión cruzada de registros, doble verificación de códigos, contraste de la base Excel con la base SPSS y depuración de inconsistencias antes del análisis. El anexo de alfa de Cronbach se conserva como evidencia complementaria, pero se interpreta con cautela por la naturaleza documental y heterogénea del instrumento.

El instrumento consideró una variable: perfil clínico-epidemiológico del virus de la inmunodeficiencia humana. Esta se evaluó mediante cuatro dimensiones: características de la población, epidemiología del VIH, atención y tratamiento del VIH, y prevención del VIH. Para cada indicador se precisó la definición operacional, escala de medición y fuente de registro, de acuerdo con la matriz de operacionalización actualizada.

3.5. Procesamiento para el recojo de información

Cuando se obtuvo la aprobación oficial para la recolección de datos, se solicitó la autorización correspondiente al responsable del Hospital Público de Tumbes, presentando el protocolo y los objetivos del estudio. Una vez autorizada la ejecución, se gestionó el acceso a las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de VIH ante el jefe encargado del área de estadística. Asimismo, se garantizó la confidencialidad y el uso ético de la información. Posteriormente, se analizaron las historias clínicas y se extrajeron los datos necesarios para el llenado de las guías de revisión documental.

Posteriormente, los datos fueron codificados en una base Excel y contrastados con la base SPSS y los resultados en bruto disponibles. Durante el proceso se verificó que los porcentajes correspondieran a $N = 188$ y que las categorías coincidieran con la matriz de operacionalización y la guía de extracción de datos.

3.6. Plan de análisis y procesamiento de datos

Para la recolección de datos se elaboró previamente una base de datos codificada y depurada. El análisis se realizó con Microsoft Office y SPSS versión 25. Se aplicó estadística descriptiva mediante frecuencias absolutas, porcentajes e intervalos de confianza al 95% para proporciones relevantes. Para las variables cuantitativas disponibles en las historias clínicas, como edad y recuento de CD4 cuando se encontrara registrado, se consideró el cálculo de media, mediana, desviación estándar y rango intercuartílico. Asimismo, se estimó la variación porcentual interanual de los diagnósticos y del inicio de TARGA, así como proporciones programáticas como diagnóstico tardío, coinfección VIH-TB y letalidad por SIDA.

Finalmente, se interpretaron los resultados en función de cada objetivo específico. Cuando la estructura de los datos lo permitió, se consideraron cruces bivariados exploratorios entre variables clínicas, sociodemográficas y preventivas mediante

chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher, reconociendo que el alcance del estudio es descriptivo y que dichas asociaciones deben interpretarse como exploratorias, no causales.

3.7. Aspectos éticos

Para la ejecución del estudio se presentó una carta de autorización con el fin de acceder a las historias clínicas. La aprobación académica del proyecto consta en la Resolución Decanal N° 0145-2026/UNTUMBES-FCS y la autorización institucional para la revisión documental N° 423-2026/GOB.REG.TUMBES-DRST-HR-JAMO-II-2-T-DE; ambos anexados (ANEXO 7 Y 8). Además, se aseguró la anonimización de los datos, debido a que se trabajó con información secundaria proveniente de historias clínicas, sin contacto directo con pacientes ni recolección de nueva información personal. Al tratarse de una investigación retrospectiva documental, sin contacto directo con pacientes ni intervención clínica, se resguardó la confidencialidad, anonimización y uso exclusivo de los datos con fines académicos. Por ello, se consideraron los siguientes principios éticos:

Principio de confidencialidad: se garantizó la anonimización de las historias clínicas mediante códigos irreversibles. Al tratarse de datos secundarios, no se requirió consentimiento informado directo de los pacientes. La información recolectada fue conservada únicamente durante el desarrollo de la tesis.

Principio de beneficencia: los pacientes se beneficiaron indirectamente, dado que los resultados del estudio pueden contribuir a mejorar los estándares de atención y orientar sugerencias para optimizar la atención de enfermería brindada a personas con VIH.

Principio de no maleficencia: en el estudio no se realizó ninguna intervención que pudiera afectar la integridad de los pacientes, por tratarse de una investigación descriptiva basada en información secundaria. Asimismo, se respetaron los derechos y la dignidad de las personas con VIH.

Principio de justicia: el estudio se realizó de manera imparcial y equitativa en el uso y análisis de los datos, asegurando que los resultados contribuyan al beneficio de los usuarios del sistema de salud.

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados

Tabla N° 1. Distribución sociodemográfica de los pacientes diagnosticados con VIH en un Hospital Público de Tumbes, periodo 2023-2025.

Factores sociodemográficos		n	%
Edad	0 a 11 años	6	3.2
	12 a 17 años	8	4.3
	18 a 25 años	43	22.9
	26 a 60 años	121	64.4
	61 a más	10	5.3
Sexo	Masculino	150	79.8
	Femenino	38	20.2
Identidad de género	Transgénero	91	40.4
	Masculino	57	30.3
	Masculino	40	21.3
	Femenino	40	21.3
Etnia	Mestizo	188	100.0
Nacionalidad	Peruano	162	86.2
	Extranjero	26	13.8
Residencia habitual	Tumbes	95	50.5
	Corrales	23	12.2
	Zarumilla	21	11.2
	Aguas verdes	21	11.2
	San Jacinto	11	5.9
	La cruz	9	4.8
	Zorritos	8	4.3
Condición especial	Población general	128	68.1
	Trabajador sexual	40	21.3
	Privado de libertad	10	5.3
	Usuario de drogas no inyectables	10	5.3
Grado de instrucción	Analfabeto	34	18.1
	Primaria	35	18.6
	Secundaria	91	48.4
	Técnico	21	11.2
	Universitaria	7	3.7
	Total	188	100.0

Fuente: datos obtenidos en un Hospital Público de Tumbes.

La Tabla 1 muestra que la mayor frecuencia de pacientes diagnosticados con VIH correspondió al grupo de 26 a 60 años, con 121 casos (64.4 %; IC95 %: 57.3-70.9), seguido por el grupo de 18 a 25 años, con 43 casos (22.9 %). La edad media fue de 33.46 años, la mediana de 30 años, la desviación estándar de 14.09 años, el rango intercuartílico de 24 a 42 años, con edad mínima de 0 años y máxima de 78 años. Este patrón evidencia concentración en población adolescente tardía, joven y adulta en edad productiva, aunque también se registraron casos en niños y adultos mayores.

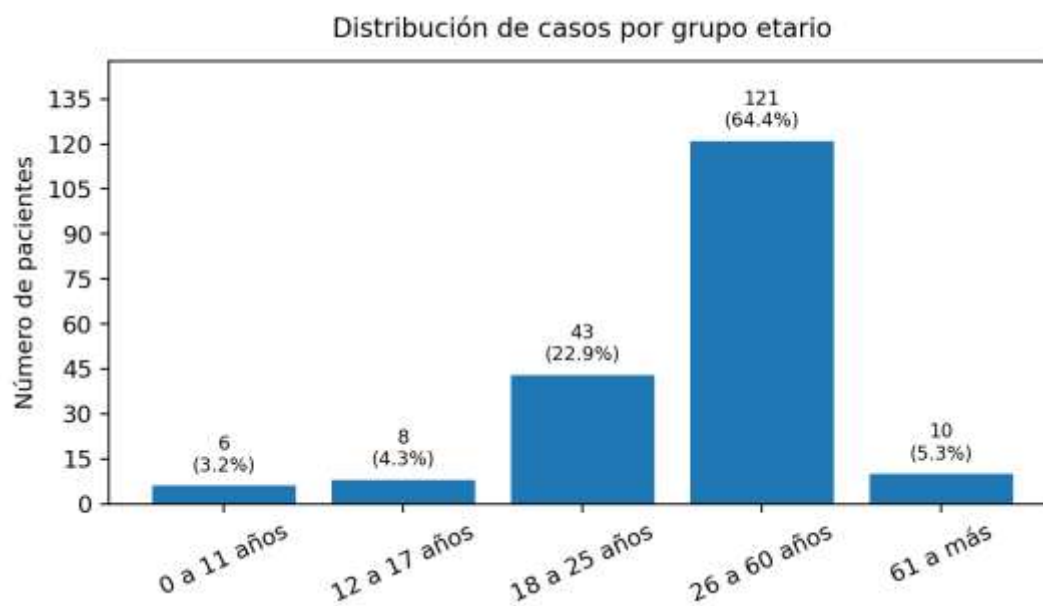
Según sexo, predominó el masculino con 150 casos (79.8 %; IC95 %: 73.5-84.9), mientras que el sexo femenino representó 38 casos (20.2 %). En identidad de género, el 48.4 % se registró como masculino, el 30.3 % como masculino transgénero y el 21.3 % como femenino, lo que evidencia presencia importante de poblaciones clave que requieren abordaje preventivo diferenciado, consejería libre de estigma y continuidad de atención.

Respecto a nacionalidad y residencia, el 86.2 % fue peruano y el 13.8 % extranjero. La residencia habitual más frecuente fue Tumbes con 95 casos (50.5 %), seguida de Corrales (12.2 %), Zarumilla (11.2 %) y Aguas Verdes (11.2 %). Estos porcentajes deben interpretarse como distribución institucional de historias clínicas y no como tasas distritales, debido a que no se contó con denominadores poblacionales por distrito ni con población expuesta para estimar incidencia.

En condición especial, la población general representó 68.1 %, seguida de trabajadores sexuales con 21.3 %, personas privadas de libertad con 5.3 % y usuarios de drogas no inyectables con 5.3 %. En grado de instrucción predominó secundaria con 48.4 %, seguida de primaria con 18.6 % y analfabetismo con 18.1 %, lo que sugiere la necesidad de educación sanitaria adaptada al nivel de comprensión, con mensajes claros sobre tamizaje, prevención, adherencia y derechos en salud.

En conjunto, la distribución sociodemográfica responde al primer objetivo específico y muestra un perfil concentrado en hombres adultos, personas con educación secundaria, residentes principalmente en Tumbes y con presencia relevante de poblaciones clave; estos hallazgos son útiles para orientar estrategias de enfermería, tamizaje comunitario, consejería focalizada y seguimiento diferenciado.

Figura N° 1. *Distribución de pacientes por grupo etario.*



Nota. La figura resume la concentración de casos en población adulta de 26 a 60 años y en adultos jóvenes de 18 a 25 años.

Tabla N° 2. Describir el estado de salud y el manejo clínico de los pacientes con VIH en un Hospital Público de Tumbes, periodo 2023-2025.

Estado de salud y el manejo clínico	n	%
Motivo de notificación		
Infección por VIH	139	73.9
Estadio de SIDA	33	17.6
Gestante con VIH	7	3.7
Niño nacido infectado por VIH	9	4.8
Estadio clínico del VIH		
Estadio 1	104	55.3
Estadio 3 - SIDA	37	19.7
Estadio 2 - Avanzado	35	18.6
Desconocido	12	6.4
Antecedentes de Riesgo Sexual		
RS con hombres	88	46.8
RS con mujeres	69	36.7
RS con ambos sexos	18	9.6
Desconocido	13	6.9
Vía de transmisión		
Sexual	162	86.2
Madre-niño	10	5.3
Desconocido	9	4.8
Parenteral	7	3.7
Pruebas de tamizaje		
Reactiva	188	100.0
Pruebas confirmatorias		
Positiva	188	100.0
Año de diagnóstico		
2023	92	48.9
2024	55	29.3
2025	41	21.8
Total	188	100.0

Fuente: datos obtenidos en un Hospital Público de Tumbes.

La Tabla 2 describe el estado de salud y manejo clínico. El principal motivo de notificación fue infección por VIH, con 139 casos (73.9 %), seguido de estadio de SIDA con 33 casos (17.6 %), niño nacido infectado por VIH con 9 casos (4.8 %) y gestante con VIH con 7 casos (3.7 %). El estadio clínico más frecuente fue estadio 1, con 104 casos (55.3 %), lo que evidencia una proporción importante de

diagnósticos en fase inicial; sin embargo, el estadio 2 avanzado representó 35 casos (18.6 %) y el estadio 3-SIDA 37 casos (19.7 %), acumulando 72 pacientes (38.3 %; IC95 %: 31.6-45.4) con diagnóstico avanzado o SIDA.

La vía de transmisión predominante fue sexual, con 162 casos (86.2 %; IC95 %: 80.5-90.4), seguida de transmisión madre-niño con 10 casos (5.3 %), vía parenteral con 7 casos (3.7 %) y vía desconocida con 9 casos (4.8 %). En antecedentes de riesgo sexual, el 46.8 % registró relaciones sexuales con hombres, el 36.7 % con mujeres, el 9.6 % con ambos sexos y el 6.9 % desconocido. Las pruebas de tamizaje fueron reactivas y las confirmatorias positivas en el 100 % de casos, lo que respalda la condición diagnóstica de la muestra.

Por año de diagnóstico, el 48.9 % correspondió a 2023, el 29.3 % a 2024 y el 21.8 % a 2025. Esta distribución no debe interpretarse como incidencia poblacional, sino como frecuencia institucional de casos diagnosticados o registrados en el hospital. El análisis exploratorio mostró que el estadio avanzado o SIDA no presentó diferencias estadísticamente significativas por sexo ($p = 0.867$) ni por grupo etario ($p = 0.537$); no obstante, la proporción de diagnóstico avanzado sigue siendo clínicamente relevante por sus implicancias en oportunidad diagnóstica, inicio de tratamiento y riesgo de complicaciones.

Figura N° 2. Distribución de pacientes según estadio clínico del VIH.



Nota. Se observa mayor frecuencia de estadio 1, aunque la suma de estadio 2 y estadio 3 evidencia una proporción clínicamente relevante de casos avanzados.

Tabla N° 3. Analizar la tendencia anual y los patrones epidemiológicos de los casos diagnosticados en un Hospital Público de Tumbes, periodo 2023-2025.

Tendencia anual y los patrones epidemiológicos			
	n	%	
Año de inicio de tratamiento			
	2023	87	46.28
	2024	50	26.60
	2025	41	21.81
	No inicia TARGA	10	5.32
Coinfecciones			
	Tuberculosis	74	39.4
	Hepatitis B	15	8.0
	Hepatitis C	8	4.3
	Ninguna	91	48.4
Criterios de Dx Sida			
	CD4	98	52.1
	Enfermedad Indicadora	90	47.9
Defunción por Sida			
	No	177	94.1
	Si	11	5.9
	Total	188	100.0

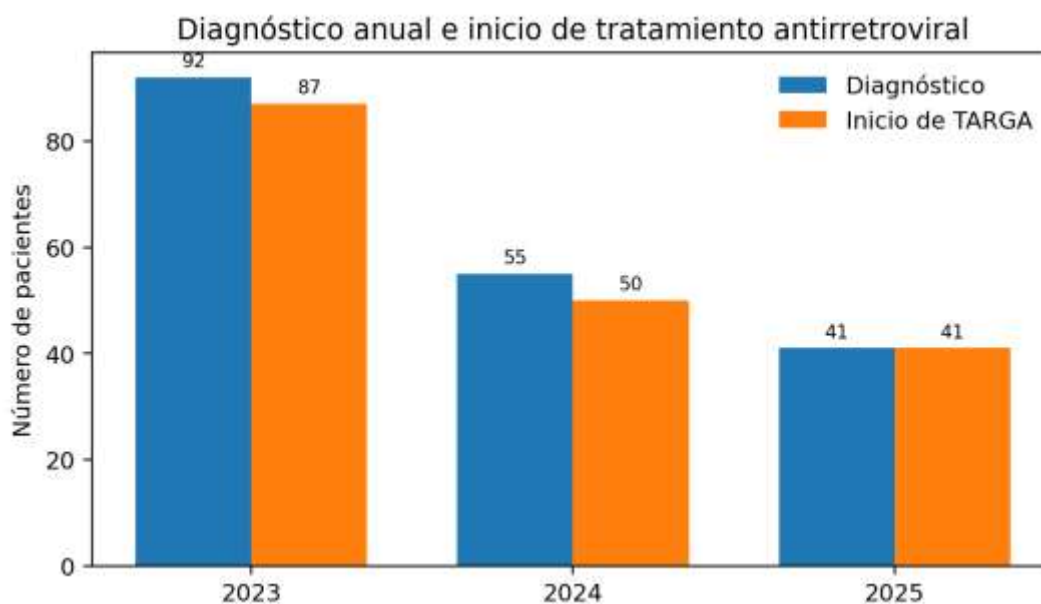
Fuente: datos obtenidos en un Hospital Público de Tumbes.

En respuesta al tercer objetivo específico, la Tabla 3 evidencia la tendencia anual y los patrones epidemiológicos de las personas diagnosticadas con VIH. El año 2023 presentó el mayor porcentaje de inicio de tratamiento, con 46.28% (n=87), seguido de 2024 con 26.60% (n=50) y 2025 con 21.81% (n=41), lo que representa una variación acumulada de -52.9% entre 2023 y 2025. Asimismo, el 39.4%

presentó coinfección con tuberculosis (n=74; IC95%: 32.7%-46.5%), el 8.0% hepatitis B y el 4.3% hepatitis C. El 52.1% tuvo como criterio diagnóstico de SIDA el recuento de CD4, hallazgo que refuerza la importancia de registrar el valor cuantitativo de CD4 para análisis clínicos posteriores. La letalidad observada por SIDA fue de 5.9% (n=11; IC95%: 3.3%-10.2%), calculada sobre el total de casos incluidos en la muestra.

Esta reducción debe interpretarse con cautela, pues la ausencia de denominadores poblacionales impide calcular tasas de incidencia o confirmar descenso real de la transmisión. La coinfección más frecuente fue tuberculosis, con 74 casos (39.4 %; IC95 %: 32.7-46.5), seguida de hepatitis B (8.0 %) y hepatitis C (4.3 %); el 52.1 % tuvo criterio de diagnóstico de SIDA por CD4, el 47.9 % por enfermedad indicadora y el 5.9 % registró defunción por SIDA. El análisis bivariado exploratorio evidenció mayor proporción de estadio avanzado/SIDA en pacientes con tuberculosis frente a quienes no registraron coinfección, con diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$), resultado que debe interpretarse como patrón descriptivo interno y no como relación causal.

Figura N° 3. Casos diagnosticados e inicio de TARGA por año.



Nota. La figura compara los casos diagnosticados por año con el registro de inicio de tratamiento antirretroviral en el mismo periodo.

Tabla N° 4. Describir la cobertura de intervenciones preventivas y condiciones asociadas registradas en pacientes positivos al VIH en un Hospital Público de Tumbes, periodo 2023-2025.

Intervenciones preventivas y condiciones asociadas registradas	n	%
Recibe consejería sobre prevención del VIH		
Sí	159	84.6
No	29	15.4
Programas de reducción de riesgos		
Sí	141	75.0
No	47	25.0
Profilaxis pre-exposición VIH		
Sí	19	10.1
No	169	89.9
Profilaxis post-exposición VIH		
Sí	159	84.6
No	29	15.4
Total	188	100.0

Fuente: datos obtenidos en un Hospital Público de Tumbes.

La Tabla 4 evidencia condiciones preventivas y programáticas asociadas al riesgo de transmisión y prevención del VIH. El 84.6 % recibió consejería sobre prevención del VIH (IC95 %: 78.7-89.0), el 75.0 % participó en programas de reducción de riesgos (IC95 %: 68.4-80.6), el 84.6 % recibió profilaxis post-exposición (es un tratamiento de emergencia con medicamentos antirretrovirales que previene la infección por VIH tras una posible exposición. Debe iniciarse lo antes posible,

idealmente en las primeras 2 horas, y nunca después de las 72 horas) y solo el 10.1 % recibió profilaxis pre-exposición (es una estrategia preventiva para personas sin el VIH que consiste en tomar medicamentos antirretrovirales. Reduce el riesgo de adquirir el virus en más del 90% cuando se toma de manera constante) IC95 %: 6.6-15.2. Por tanto, la tabla no debe interpretarse únicamente como factores de riesgo clásicos, sino como una combinación de condiciones preventivas, acceso programático y brechas de prevención combinada.

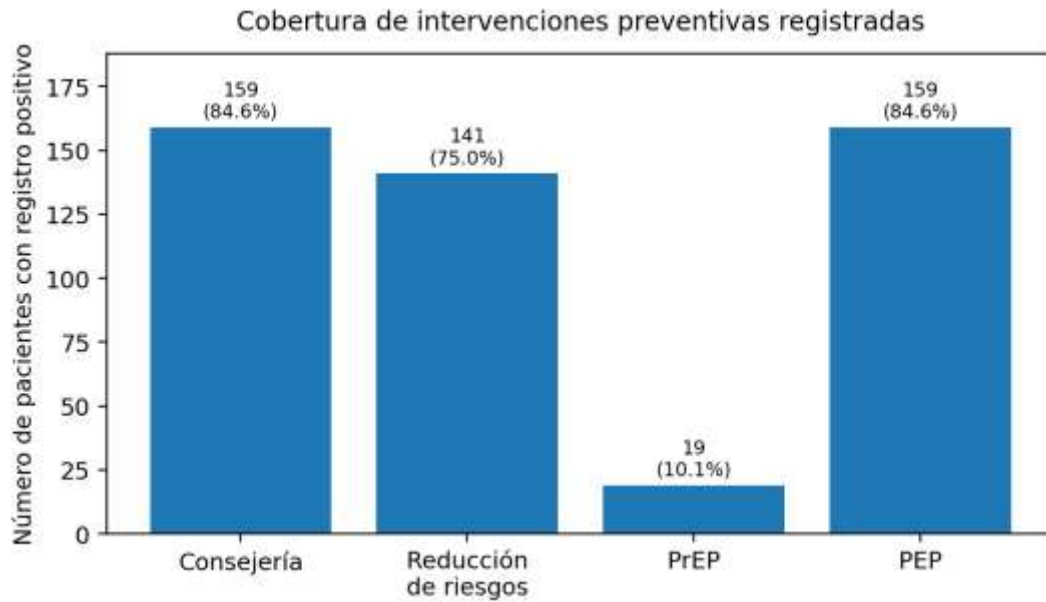
El 15.4 % no recibió consejería, el 25.0 % no participó en programas de reducción de riesgos, el 89.9 % no recibió PrEP y el 15.4 % no recibió PPE. La coincidencia numérica entre consejería y PPE fue revisada con la base disponible y se mantuvo porque ambas variables aparecen codificadas como registros independientes, aunque se recomienda fortalecer su diferenciación documental en futuras auditorías clínicas. El análisis exploratorio entre prevención y estadio clínico mostró que quienes no recibieron PPE presentaron mayor proporción de estadio avanzado/SIDA (55.2 %) que quienes sí la recibieron (35.2 %), con prueba exacta de Fisher $p = 0.060$; asimismo, la falta de programas de reducción de riesgos mostró mayor proporción de estadio avanzado/SIDA (46.8 %) frente a quienes participaron (35.5 %), sin significación estadística convencional ($p = 0.171$). Estos resultados sugieren brechas programáticas que requieren fortalecimiento, aunque no permiten establecer causalidad.

De manera complementaria, los cruces bivariados mostraron que la identidad de género y la vía de transmisión no alcanzaron significación estadística ($p = 0.125$), aunque la transmisión sexual fue predominante en todos los grupos. La condición especial tampoco mostró diferencias significativas frente a consejería ($p = 0.172$), PrEP ($p = 0.165$) o PPE ($p = 0.169$), lo que indica que las brechas preventivas se distribuyen en distintos subgrupos de la muestra y deben abordarse desde una estrategia institucional amplia.

El cruce entre año de diagnóstico e inicio de TARGA mostró relación estadísticamente significativa ($p < 0.001$), debido a la correspondencia temporal entre el año de diagnóstico y el año de inicio del tratamiento. No obstante, la existencia de 10 pacientes que no iniciaron TARGA representa una alerta sanitaria, porque el tratamiento oportuno es esencial para reducir progresión clínica,

morbimortalidad y transmisión. Estos análisis se presentan como exploratorios y descriptivos, coherentes con el diseño observacional retrospectivo.

Figura N° 4. Cobertura de intervenciones preventivas registradas.



Nota. La menor cobertura corresponde a profilaxis pre-exposición VIH, mientras que consejería y profilaxis post-exposición tienen registros más altos.

Proporciones principales del perfil clínico-epidemiológico con intervalos de confianza al 95 %.

Indicador	n	%	IC95 %
Sexo masculino	150	79.8	73.5-84.9
Edad 26-60 años	121	64.4	57.3-70.9
Identidad masculina	57	30.3	24.2-37.2
transgénero			
Nacionalidad extranjera	26	13.8	9.6-19.5
Trabajador/a sexual	40	21.3	16.0-27.7
Vía sexual	162	86.2	80.5-90.4
Estadio 1	104	55.3	48.2-62.2
Diagnóstico avanzado/SIDA	72	38.3	31.6-45.4
Coinfección tuberculosis	74	39.4	32.7-46.5
No inicia TARGA	10	5.3	2.9-9.5
Recibió consejería	159	84.6	78.7-89.0
Recibió PrEP	19	10.1	6.6-15.2
Recibió PPE	159	84.6	78.7-89.0
Defunción por SIDA	11	5.9	3.3-10.2

Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos del estudio.

La incorporación de intervalos de confianza permite valorar la precisión de los porcentajes reportados. Las estimaciones más robustas corresponden a variables de alta frecuencia, como sexo masculino, vía sexual y consejería; en cambio, las

proporciones más pequeñas, como PrEP, defunción por SIDA o no inicio de TARGA, presentan intervalos relativamente amplios, situación esperable por el menor número de casos.

Este análisis refuerza que los resultados deben interpretarse como estimaciones institucionales sobre la muestra estudiada, no como tasas poblacionales regionales. Por ello, se evita utilizar el término incidencia cuando no existe denominador poblacional verificable.

Lectura integrada de sexo e identidad de género.

Sexo	n	%	Distribución de identidad de género registrada
Femenino	38	20.2	Femenino: 38
Masculino	150	79.8	Masculino: 91, Masculino transgénero: 57, Femenino: 2

Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos del estudio.

La lectura integrada evidencia que las categorías sexo e identidad de género no son equivalentes, aunque se relacionan en el registro. Por ello, el análisis evita fusionarlas y las interpreta como dimensiones complementarias del perfil epidemiológico.

Diagnóstico avanzado o SIDA según sexo, grupo etario e identidad de género.

Subgrupo	N del subgrupo	n avanzado/SIDA	%	IC95 %
Femenino	38	15	39.5	25.6-55.3
Masculino	150	57	38.0	30.6-46.0
0 a 11 años	6	2	33.3	9.7-70.0
12 a 17 años	8	4	50.0	21.5-78.5
18 a 25 años	43	14	32.6	20.5-47.5
26 a 60 años	121	46	38.0	29.9-46.9
61 a más	10	6	60.0	31.3-83.2
Femenino	40	16	40.0	26.3-55.4
Masculino transgénero	57	22	38.6	27.1-51.6
Masculino	91	34	37.4	28.1-47.6

Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos del estudio.

Se consideró diagnóstico avanzado o SIDA a los registros clasificados en estadio 2 avanzado o estadio 3-SIDA. Este indicador es útil para valorar oportunidad diagnóstica, pues resume la proporción de pacientes que llegaron al servicio con mayor compromiso clínico y potencial necesidad de manejo integral más intensivo.

Variación anual de diagnósticos e inicio de TARGA.

Año	Diagnósticos n	Diagnósticos %	Variación diagnósticos	Razón de cambio	Inicio TARGA n	Inicio TARGA %	Variación TARGA
2023	92	48.9	-	-	87	46.3	-
2024	55	29.3	-40.2%	0.60	50	26.6	-42.5%
2025	41	21.8	-25.5%	0.75	41	21.8	-18.0%

Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos del estudio.

La reducción de casos registrados entre 2023, 2024 y 2025 debe interpretarse como distribución anual institucional. Sin denominadores poblacionales ni información sobre intensidad de tamizaje anual, no corresponde afirmar disminución real de incidencia regional.

La mayoría inició TARGA en el mismo año del diagnóstico. Se identificaron dos registros con inicio de tratamiento consignado en año previo al diagnóstico, lo que sugiere inconsistencia cronológica de registro y refuerza la necesidad de auditoría de calidad de datos. Esta observación no invalida el análisis, pero debe ser considerada en la interpretación documental retrospectiva.

Coinfección según diagnóstico avanzado/SIDA y defunción registrada.

Coinfección	n	% muestra	Avanzado/SIDA n	% en subgrupo	Defunción n	% en subgrupo
Tuberculosis	74	39.4	48	64.9	7	9.5
Hepatitis B	15	8.0	3	20.0	0	0.0
Hepatitis C	8	4.3	3	37.5	1	12.5
Ninguna	91	48.4	18	19.8	3	3.3

Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos del estudio.

La tuberculosis concentró la mayor proporción de coinfecciones y mostró mayor presencia relativa de estadio avanzado/SIDA, por lo que constituye un punto crítico para vigilancia integrada, tamizaje bidireccional y seguimiento clínico de enfermería.

4.2. DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio permiten responder a la interrogante planteada sobre el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes con VIH en un Hospital Público de Tumbes durante el periodo 2023-2025, evidenciando patrones consistentes con la información nacional reportada por el Ministerio de Salud del Perú, así como particularidades propias de una región fronteriza caracterizada por alta movilidad poblacional, lo que condiciona dinámicas de transmisión más complejas.

En relación con el primer objetivo específico (Tabla 1), se identificó un predominio de pacientes del sexo masculino (79.8%) y del grupo etario de 26 a 60 años (64.4%). Este hallazgo es coherente con los reportes epidemiológicos del MINSA, los cuales señalan que la epidemia del VIH en el Perú se concentra principalmente en hombres adultos, especialmente en población en edad productiva. Este patrón responde no solo a factores conductuales, sino también a determinantes sociales como menor acceso a servicios preventivos oportunos y baja percepción de riesgo. Un hallazgo particularmente relevante es el 30.3% de personas que se identifican como masculino transgénero, lo cual se alinea con la categorización del MINSA de “poblaciones clave”, donde se reconoce una mayor prevalencia de VIH debido a condiciones estructurales como estigma, discriminación, exclusión social y barreras en el acceso a servicios de salud. Este resultado evidencia la necesidad de fortalecer intervenciones diferenciadas con enfoque de derechos y pertinencia cultural.

Asimismo, la presencia de trabajadores sexuales (21.3%) y población extranjera (13.8%) refuerza lo señalado por el MINSA sobre el impacto de los determinantes sociales en la transmisión del VIH, particularmente en zonas de frontera como Tumbes. La migración, el comercio informal y las condiciones laborales precarias incrementan la exposición a prácticas de riesgo y dificultan el acceso continuo a servicios de salud. A ello se suma el nivel educativo predominante de secundaria (48.4%) y el 18.1% de analfabetismo, lo cual, según el enfoque de determinantes sociales de salud promovido por el MINSA, limita la comprensión de medidas preventivas y reduce la adherencia a conductas seguras.

En relación con el segundo objetivo (Tabla 2), el hallazgo de que el 55.3% de los pacientes se encuentran en estadio 1 refleja avances en el diagnóstico temprano,

en concordancia con las estrategias de tamizaje ampliado impulsadas por el MINSA en los últimos años. Sin embargo, el 17.6% diagnosticado en estadio SIDA evidencia que el diagnóstico tardío sigue siendo una problemática vigente en el sistema de salud peruano, tal como lo señalan los boletines epidemiológicos nacionales. Esto podría estar asociado a factores como estigmatización, acceso tardío a los servicios o falta de tamizaje en poblaciones de riesgo.

La vía de transmisión sexual (86.2%) coincide plenamente con lo reportado por el MINSA, que identifica esta como la principal forma de transmisión del VIH en el país. El predominio de antecedentes de relaciones sexuales con hombres (46.8%) reafirma la concentración de la epidemia en poblaciones clave, lo cual sustenta la necesidad de intervenciones específicas basadas en prevención combinada.

Por otro lado, la presencia de transmisión vertical (5.3%) pone en evidencia brechas en la implementación de la estrategia de prevención de transmisión materno-infantil promovida por el MINSA, la cual establece el tamizaje universal en gestantes y el inicio oportuno de tratamiento antirretroviral. Este hallazgo constituye un indicador crítico de calidad en los servicios de salud materno-infantil.

Respecto al tercer objetivo (Tabla 3), el mayor número de diagnósticos e inicio de tratamiento en 2023 podría estar relacionado con el fortalecimiento de campañas de detección impulsadas en el contexto postpandemia, tal como ha sido señalado en reportes del MINSA. No obstante, la disminución en los años 2024 y 2025 debe analizarse con cautela, ya que podría reflejar no una reducción real de la incidencia, sino una disminución en la captación de casos, lo cual representa un riesgo para el control epidemiológico.

La alta frecuencia de coinfección con tuberculosis (39.4%) es consistente con lo reportado por el MINSA, que reconoce la TB como la principal coinfección en personas con VIH en el Perú. Esta asociación incrementa significativamente la morbimortalidad, lo que exige un abordaje integrado VIH-TB, tal como lo establecen las normas técnicas nacionales.

Asimismo, el hecho de que el 5.32% de pacientes no haya iniciado tratamiento antirretroviral y que exista un 5.9% de mortalidad por SIDA refleja brechas en la continuidad del cuidado. Según el MINSA, el inicio oportuno del TARGA es un pilar fundamental para reducir la transmisión y mejorar la supervivencia, por lo que estos resultados evidencian fallas en la adherencia, seguimiento o acceso al sistema de salud.

Finalmente, en relación con el cuarto objetivo (Tabla 4), se observa una alta cobertura de consejería (84.6%) y participación en programas de reducción de riesgos (75%); sin embargo, estos resultados contrastan con la baja cobertura de profilaxis pre-exposición (10.1%). Al tratarse de intervenciones preventivas registradas, estos datos permiten valorar brechas de acceso a prevención combinada, especialmente en poblaciones clave atendidas en el establecimiento. Esta discordancia sugiere que las estrategias educativas no están siendo completamente efectivas en traducirse en intervenciones preventivas concretas. Además, el hecho de que aún exista un porcentaje de población que no accede a consejería (15.4%) ni a programas (25%) evidencia brechas en la cobertura y accesibilidad de los servicios de prevención, particularmente en contextos vulnerables.

En conjunto, los hallazgos del estudio confirman que el perfil del VIH en Tumbes responde a un modelo de epidemia concentrada, tal como lo describe el MINSA, donde la transmisión se focaliza en poblaciones clave y está fuertemente influenciada por determinantes sociales. Esto refuerza la necesidad de implementar estrategias integrales, sostenidas y contextualizadas para el control del VIH en la región.

El estudio presenta limitaciones propias de una investigación retrospectiva basada en fuentes secundarias. La calidad de los resultados depende de la completitud y precisión de las historias clínicas; por ello, variables sensibles como identidad de género, conducta sexual, uso de profilaxis, coinfecciones y adherencia terapéutica pueden estar sujetas a subregistro o clasificación incompleta. Esta limitación puede afectar la validez interna de algunos indicadores y exige interpretar los hallazgos con prudencia.

Asimismo, al trabajar con registros de un solo Hospital Público de Tumbes, los resultados describen el perfil de la población atendida en dicho establecimiento y no deben generalizarse de manera automática a toda la región. La ausencia de denominadores poblacionales por distrito limita el cálculo de tasas de incidencia o riesgo territorial; por tanto, las proporciones por residencia expresan distribución de casos atendidos y no riesgo poblacional. Estas limitaciones no invalidan los hallazgos, pero delimitan su alcance y orientan futuras investigaciones con bases poblacionales y análisis bivariados más amplios.

V. CONCLUSIONES

El perfil clínico-epidemiológico de los pacientes positivos al VIH atendidos en un Hospital Público de Tumbes durante el periodo 2023-2025 se caracterizó por predominio del sexo masculino, con 150 casos (79.8 %), grupo etario de 26 a 60 años, con 121 casos (64.4 %), edad media de 33.46 años y mediana de 30 años. Asimismo, se identificó presencia relevante de población masculina transgénero (30.3 %), trabajadores sexuales (21.3 %), población extranjera (13.8 %) y residencia habitual principalmente en Tumbes, lo que evidencia un perfil institucional concentrado en hombres adultos y poblaciones clave.

Respecto al estado de salud y manejo clínico, el motivo de notificación más frecuente fue infección por VIH (73.9 %), la vía de transmisión predominante fue sexual (86.2 %) y el estadio clínico más frecuente fue estadio 1 (55.3 %). No obstante, 72 pacientes (38.3 %) se encontraron en estadio avanzado o SIDA, lo cual evidencia persistencia de diagnóstico tardío y necesidad de fortalecer el tamizaje oportuno, especialmente en poblaciones con mayor exposición o barreras de acceso.

En la tendencia anual y patrones epidemiológicos institucionales, el mayor número de diagnósticos se registró en 2023 (48.9 %), con reducción descriptiva en 2024 y 2025; sin embargo, esta variación corresponde a frecuencias hospitalarias y no a incidencia poblacional. En el manejo terapéutico, 10 pacientes (5.32 %) no iniciaron TARGA. La coinfección más frecuente fue tuberculosis, con 74 casos (39.4 %), y la defunción por SIDA se registró en 11 pacientes (5.9 %), lo que evidencia la necesidad de vigilancia integrada TB/VIH y seguimiento de continuidad del tratamiento.

Respecto a factores de riesgo y condiciones preventivas, la mayoría recibió consejería sobre prevención del VIH (84.6 %), participó en programas de reducción de riesgos (75.0 %) y recibió profilaxis post-exposición (84.6 %); sin embargo, la cobertura de profilaxis pre-exposición fue baja (10.1 %). Estos resultados muestran brechas programáticas en prevención combinada y sustentan la necesidad de ampliar PrEP, reforzar consejería diferenciada, mejorar registros clínicos y fortalecer intervenciones de enfermería sin atribuir causalidad debido al diseño descriptivo retrospectivo.

VI. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud y a la Dirección Regional de Salud de Tumbes, fortalecer las estrategias de detección temprana del VIH, en concordancia con la Ley N.º 26626, que establece la vigilancia epidemiológica, el diagnóstico voluntario con consejería y la notificación de casos. Esto permitirá mejorar la identificación oportuna y reducir el diagnóstico en estadios avanzados.

Ampliar la cobertura de la profilaxis pre-exposición (PrEP), en el marco de la Norma Técnica de Salud aprobada mediante Resolución Ministerial N.º 576-2023, que promueve la prevención combinada del VIH en poblaciones de alto riesgo. Asimismo, fortalecer la educación en salud sexual y reproductiva, alineada con las estrategias de prevención combinada que incluyen consejería, promoción del uso de preservativos y educación comunitaria establecidas por el Ministerio de Salud. Fortalecer los sistemas de información y vigilancia epidemiológica, en cumplimiento de la normativa nacional que regula la vigilancia del VIH e ITS en el Perú, con el fin de mejorar la calidad de los datos y la toma de decisiones.

Promover políticas públicas inclusivas dirigidas a poblaciones vulnerables, como personas transgénero, trabajadores sexuales y migrantes, en coherencia con el enfoque de equidad y derechos humanos contemplado en las estrategias nacionales de prevención del VIH. Asimismo, garantizar la implementación de planes multisectoriales que articulen acciones entre distintos niveles del Estado para reducir la transmisión y mejorar la atención integral.

A futuras investigaciones, desarrollar estudios analíticos, prospectivos o multicéntricos que incorporen denominadores poblacionales, carga viral, CD4, tiempo hasta inicio de TARGA, adherencia, abandono, variables de acceso y seguimiento longitudinal. Ello permitirá estimar tendencias poblacionales, identificar factores asociados y fortalecer la toma de decisiones sanitarias en la región Tumbes.

Al equipo de enfermería y responsables de prevención, ampliar la cobertura de prevención combinada, con énfasis en consejería no estigmatizante, educación sexual integral, promoción del preservativo, programas de reducción de riesgos, oferta activa de PrEP en poblaciones elegibles y acceso oportuno a PPE. Las intervenciones deben priorizar hombres adultos, población transgénero, trabajadores sexuales, población migrante, personas privadas de libertad y

usuarios de drogas no inyectables, con enfoque de derechos, confidencialidad y continuidad del cuidado.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. ¿Qué es el VIH? [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2025 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: <https://www.gob.pe/16439-que-es-el-vih>
2. Grupo de Estudio de Sida de la SEIMC (GeSIDA), Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA). Documento informativo sobre la infección por VIH [Internet]. Madrid: GeSIDA-SEIMC; 2017 [citado 2025 oct 28]. Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/05/documento_informativo_sobre_infeccion_vih_profesionales.pdf
3. UNAIDS. Hoja informativa: últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida [Internet]. Ginebra: UNAIDS; 2025 [citado 2025 oct 28]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
4. Pineda J, Morales Z, Garzón S. Participación social y comunitaria frente a la respuesta al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Interface (Botucatu) [Internet]. 2024 [citado 2025 oct 28];28:e230152. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/interface.230152>
5. Ministerio de Salud. Aproximadamente el 92 % de personas con VIH lo adquirieron a través de relaciones sexuales [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2025 [citado 2025 oct 28]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1109071-aproximadamente-el-92-de-personas-con-vih-lo-adquirieron-a-traves-de-las-relaciones-sexuales>
6. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú [Internet]. Lima: CDC Perú; 2024 [citado 2025 oct 28]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/vih/uploads/nacional_vih.html
7. Vignolo L. Aumentan los pacientes con VIH en Tumbes. Diario Correo [Internet]. 2022 jun 20 [citado 2025 oct 28]. Disponible en: <https://diariocorreo.pe/edicion/tumbes/aumentan-los-pacientes-con-vih-en-tumbes-peru-noticia>

8. Sala VIH. Sala VIH [Internet]. Lima: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; 2025 [citado 2025 oct 28]. Disponible en: https://app7.dge.gob.pe/maps2/shiny_vih_web/
9. Organización Mundial de la Salud. Programa mundial contra el VIH [Internet]. Ginebra: OMS; 2025 [citado 2025 oct 28]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/prevention>
10. Organización Panamericana de la Salud. Avances en el cuidado crítico de pacientes con VIH [Internet]. Washington (DC): OPS; 2024 [citado 2025 oct 28]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/eventos/avances-cuidado-critico-pacientes-con-vih>
11. Organización Panamericana de la Salud. Las ENT de un vistazo 2025: vigilancia y monitoreo de las ENT [Internet]. Washington (DC): OPS; 2025 [citado 2025 oct 28]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/67703>
12. Toro E, Barrios M, Rodrigues M, Uribe M, Henao L. Enfermedad por VIH-Sida en el departamento de Quindío [Internet]. Bogotá: Universidad Nacional Abierta y a Distancia; 2025 [citado 2025 oct 28]. Disponible en: <http://repository.unad.edu.co/handle/10596/69156>
13. Dirección Regional de Salud de Tumbes. MINSA y DIRESA supervisan atención a paciente con VIH [Internet]. Tumbes: DIRESA Tumbes; 2024 [citado 2025 oct 29]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/regiontumbes-diresa/noticias/1055611-minsa-y-diresa-supervisan-atencion-a-paciente-con-vih>
14. Gobierno Regional de Tumbes. Más de 500 personas tienen VIH en Tumbes según DIRESA [Internet]. Tumbes: Gobierno Regional de Tumbes; 2021 [citado 2025 oct 28]. Disponible en: <https://regiontumbes.gob.pe/mas-de-500-personas-tienen-vih-en-tumbes-segun-diresa>
15. Salazar H. Tumbes: detectan deficiencias críticas en medicamentos para VIH y tuberculosis en hospital de Tumbes [Internet]. Conexión Vida; 2024 [citado 2025 oct 29]. Disponible en: <https://www.conexionvida.pe/2024/12/04/tumbes-detectan-deficiencias-criticas-en-medicamentos-para-vih-y-tuberculosis-en-hospital-de-tumbes>

16. ONUSIDA. Preguntas frecuentes con relación al VIH y el sida [Internet]. Ginebra: ONUSIDA; 2024 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/frequently-asked-questions-about-hiv-and-aids>
17. Organización de las Naciones Unidas. VIH y sida [Internet]. Nueva York: ONU; 2024 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/hiv-aids>
18. Organización Panamericana de la Salud. Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS para los grupos de población clave [Internet]. Washington (DC): OPS; 2022 [citado 2025 oct 29]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240052390>
19. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Boletín VIH. Lima: CDC Perú; 2024.
20. Triana E. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes infectados con VIH. Más Vita [Internet]. 2020 [citado 2025 oct 30];2(3 Suppl):19-29. Disponible en: <https://acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/142/7932>
21. UNAIDS. Adolescent girls and young women are at high risk of HIV. UNAIDS Global AIDS Update. 2023;49-59.
22. Organización Mundial de la Salud. Farmacorresistencia del VIH [Internet]. Ginebra: OMS; 2025 [citado 2025 oct 29]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-drug-resistance>
23. Rural Health Information Hub. The Health Belief Model [Internet]. Grand Forks (ND): Rural Health Information Hub; 2025 [citado 2025 oct 30]. Disponible en: <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/health-promotion/2/theories-and-models/health-belief>
24. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development. ¿Cuáles son los síntomas comunes del VIH? [Internet]. Bethesda (MD): NICHD; 2021 [citado 2025 oct 30]. Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/hiv/informacion/sintomas>
25. National Institutes of Health. Las fases de la infección por el VIH [Internet]. Bethesda (MD): NIH; 2025 [citado 2025 oct 30]. Disponible en: <https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/las-fases-de-la-infeccion-por-el-vih>

26. Organización Panamericana de la Salud. Terapia antirretroviral y farmacorresistencia del VIH [Internet]. Washington (DC): OPS; 2025 [citado 2025 oct 30]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/terapia-antirretroviral-farmacorresistencia-vih>
27. Gómez-Mercado C, Madrigal-Cadavid J, Rendón-Montoya A, Hincapié M, Giraldo-Álzate A, Estrada-Acevedo I, et al. Aspectos farmacológicos y adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH. Rev Univ Ind Santander Salud [Internet]. 2023 [citado 2025 oct 30];55(1):e23016. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072023000100016
28. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social Learning Theory and the Health Belief Model. Health Educ Q. 1988;15(2):175-183.
29. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis Process. 1991;50(2):179-211.
30. Orem DE. Nursing: Concepts of Practice. 6th ed. St. Louis (MO): Mosby; 2001.
31. Santi D, Baldissera VDA. Resenha: Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practice. Saúde Debate [Internet]. 2023 [citado 2025 oct 30];47(139):993-996. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/cWc8jjZX9bJ6GnmGWQ8BKRj>
32. Valencia M, Melita A. Reflexión de la humanización de la atención: teoría de Jean Watson y propuesta de su aplicación. Benessere Rev Enferm [Internet]. 2021 [citado 2025 oct 30];6(1). Disponible en: <https://doi.org/10.22370/bre.61.2021.3037>
33. ONUSIDA. Prevención del VIH para 2025: hoja de ruta [Internet]. Ginebra: ONUSIDA; 2022 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/prevention-2025-roadmap_es.pdf
34. Cirer A, Litardo K, Guerrero M, Villegas J. Educación y promoción de la salud desde la enfermería. J Sci Res [Internet]. 2022 [citado 2025 nov 2];1. Disponible en: <https://zenodo.org/records/7725617>
35. Gandhi RT, Bedimo R, Hoy JF, Landovitz RJ, Smith DM, Eaton EF, et al. Antiretroviral drugs for treatment and prevention of HIV infection in adults: 2022 recommendations of the International Antiviral Society-USA Panel.

- JAMA [Internet]. 2023 [citado 2025 nov 2];329(1):63-84. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36454551>
36. Blamey R, Sciaraffia A, Piñera C, Silva M, Araya X, Ceballos E, et al. Situación epidemiológica de VIH a nivel global y nacional: puesta al día. Rev Chil Infectol [Internet]. 2024 [citado 2025 nov 2];41(2):248-258. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182024000200248
37. De la Mora L, Mallolas J, Ambrosioni J. Epidemiología, tratamiento y pronóstico de la infección VIH en 2024: revisión práctica. Med Clin (Barc) [Internet]. 2024 [citado 2025 nov 2];162(11):535-541. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002577532400006X>
38. Castel AD, Magnus M, Greenberg AE. Update on the epidemiology and prevention of HIV/AIDS in the United States. Curr Epidemiol Rep [Internet]. 2015 [citado 2025 nov 2];2(2):110-119. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4422075>
39. Universidad Nacional de Colombia. Perfil epidemiológico: ¿por qué es vital en una pandemia? [Internet]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2021 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: <https://periodico.unal.edu.co/articulos/perfil-epidemiologico-por-que-es-vital-en-una-pandemia>
40. Echenique A, Franco A. Perfil epidemiológico de pacientes con VIH/SIDA [artículo original]. Postgrado. 2021;37(2):48-54.
41. Centers for Disease Control and Prevention, Health Resources and Services Administration. Integrated guidance for developing epidemiologic profiles for HIV prevention and Ryan White HIV/AIDS Program planning [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2022 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv>
42. Dasgupta S, McManus T, Tie Y, Lin C, Yuan X, Sharpe D, et al. Comparison of demographic characteristics and social determinants of health between adults with diagnosed HIV and all adults in the United States. AJPM Focus [Internet]. 2023 [citado 2025 nov 2];2(3):100118. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37790662>

43. Ministerio de Salud. Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis (DPVIH) [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2024 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: <https://www.gob.pe/23137-ministerio-de-salud-direccion-de-prevencion-y-control-de-vih-sida-enfermedades-de-transmision-sexual-y-hepatitis-dpvih>
44. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: <https://www.who.int/publications>
45. Dávila M. Perfil epidemiológico de pacientes con VIH en una unidad de primer nivel de atención [tesis]. Querétaro: Universidad Autónoma de Querétaro; 2024 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: <https://ri-ng.uaq.mx/handle/123456789/10424>
46. Cruz A, Solano S, Limón E, Sánchez J. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes con reacciones adversas a fármacos antirretrovirales. Rev-e Ibn Sina [Internet]. 2023 [citado 2025 nov 2];14(2):1-12. Disponible en: <https://revistas.uaz.edu.mx/index.php/ibnsina/article/view/1522>
47. Severiano M, Da Silva T, Miranda V, Palermo T, Teixeira A, Ferreira M, et al. Perfil epidemiológico de pacientes com HIV/AIDS no município de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro. Rev Saúde Colet UEFS. 2021;11(2):e7347.
48. Martins I, Martins B, Verri L, Pires U, Ferreira V, Silva W, et al. Análisis epidemiológico de casos de sida en el sudeste de Brasil de 2010 a 2019. Poblac Salud Mesoam [Internet]. 2022 [citado 2025 nov 2];19(2):162-183. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-02012022000100162
49. Laos J. Perfil epidemiológico, clínico y laboratorial del paciente con VIH/SIDA tratado en el Hospital Regional de Ica 2023 [tesis]. Ica: Universidad Nacional San Luis Gonzaga; 2024 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13028/5416>
50. Solier Atiquipa AY. Características epidemiológicas de los pacientes con VIH-SIDA y enfermedades oportunistas tratados en el Hospital Regional de Ica, 2021-2022 [tesis]. Ica: Universidad Nacional San Luis Gonzaga; 2023 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13028/4516>

51. Espinoza Pérez S, Espíritu Salazar N. Características clínico-sociodemográficas de pacientes con VIH/SIDA con complicaciones neurológicas por infecciones oportunistas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2017-2019. Horiz Med (Lima) [Internet]. 2022 [citado 2025 nov 2];22(2):e1754. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2022000200004
52. Remicio Sánchez ME. Perfil sociodemográfico y epidemiológico de los pacientes con VIH atendidos en el Servicio de Infectología del Hospital María Auxiliadora durante el 2021-2022 [tesis]. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2023 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/12775>
53. Chancafe B, Ramírez V, Manchay D, et al. El cuidado de enfermería desde la percepción de las personas con VIH/SIDA. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2024 [citado 2025 nov 2];40:e6085. Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/6085>
54. Marchán Vivar DP. Exclusión social en pacientes con VIH en el distrito de Tumbes, 2023 [tesis]. Tumbes: Universidad Nacional de Tumbes; 2023 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: <https://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/20.500.12874/64486>
55. Hernández Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Ciudad de México: McGraw-Hill Education; 2018.
56. Arias L, Holgado J, Tafur L, Vásquez M. Metodología de la investigación: el método ARIAS para realizar un proyecto de tesis [Internet]. Juliaca: Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú; 2022 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: <https://doi.org/10.35622/inudi>
57. Corona Martínez LA, Fonseca Hernández M, Aldereguía Henríquez G. Acerca del carácter retrospectivo o prospectivo en la investigación científica. Medisur [Internet]. 2021 [citado 2025 nov 2];19(2):338-341. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4501/6085>

ANEXOS

Anexo 01: Operacionalización de la variable

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Escala / fuente
Perfil clínico-epidemiológico del virus de la inmunodeficiencia humana	Documento que describe características demográficas, sociales, geográficas, conductuales y clínicas de las personas con VIH en un área específica (41).	Caracterización de pacientes con diagnóstico confirmado de VIH mediante extracción documental de variables sociodemográficas, clínicas, epidemiológicas, de tratamiento y prevención registradas en historias clínicas.	Características de la población	Fecha de nacimiento; edad; sexo al nacer; identidad de género; etnia; nacionalidad; residencia habitual; condición especial; grado de instrucción.	Fecha/temporal; cuantitativa de razón; cualitativa nominal u ordinal. Fuente: historia clínica y ficha de recolección.
Perfil clínico-epidemiológico del virus de la inmunodeficiencia humana	Documento que describe características demográficas, sociales, geográficas, conductuales y clínicas de las personas con VIH en un área específica (41).	Caracterización de pacientes con diagnóstico confirmado de VIH mediante extracción documental de variables sociodemográficas, clínicas, epidemiológicas, de tratamiento y prevención registradas en historias clínicas.	Epidemiología del VIH	Motivo de notificación; estadio clínico; antecedentes de riesgo sexual; vía de transmisión; pruebas de tamizaje; pruebas confirmatorias; fecha/año de diagnóstico.	Cualitativa nominal u ordinal y fecha/temporal. Fuente: historia clínica, ficha epidemiológica y registros de laboratorio.
Perfil clínico-epidemiológico del virus de la inmunodeficiencia humana	Documento que describe características demográficas, sociales, geográficas, conductuales y clínicas de las personas con VIH en un área específica (41).	Caracterización de pacientes con diagnóstico confirmado de VIH mediante extracción documental de variables sociodemográficas, clínicas, epidemiológicas, de tratamiento y prevención registradas en historias clínicas.	Atención y tratamiento del VIH	Fecha/año de inicio de TARGA; coinfecciones; criterio diagnóstico de SIDA; defunción relacionada a SIDA.	Fecha/temporal; cualitativa nominal/dicotómica. Fuente: historia clínica y registro de TARGA.
Perfil clínico-epidemiológico del virus de la inmunodeficiencia humana	Documento que describe características demográficas, sociales, geográficas, conductuales y clínicas de las personas con VIH en un área específica (41).	Caracterización de pacientes con diagnóstico confirmado de VIH mediante extracción documental de variables sociodemográficas, clínicas, epidemiológicas, de tratamiento y prevención registradas en historias clínicas.	Prevención del VIH	Consejería sobre prevención; programas de reducción de riesgos; profilaxis pre-exposición; profilaxis post-exposición.	Cualitativa dicotómica. Fuente: historia clínica, ficha epidemiológica y registros preventivos.

Anexo 02: Instrumento

Ficha de recolección de datos sobre perfil clínico-epidemiológico de pacientes con VIH

N° Historia clínica				
Características de la población	Sexo al nacer		Nacionalidad	
	Femenino	1	Peruano	1
	Masculino	2	Extranjero	2
	Fecha de Nacimiento		Condición especial	
	Día		Trabajador(a) sexual	1
	Mes		Privado de libertad	2
	Año		Usuario de drogas inyectables	3
	Edad		Usuario de drogas no inyectables	4
			Población general	5
	Identidad de género		Etnia	
	Femenino	1	Mestizo	1
	Masculino transgénero	2	Afro descendiente	2
	Femenino transgénero	3	Andino	3
	Masculino	4	Indígena amazónico	4
	Otro	5	Asiático descendiente	5
	Desconocido	6	Otro	6
	Grado de instrucción		Residencia habitual	
	Analfabeta	1	Tumbes central	1
	Primaria	2	Corrales	2
	Secundaria	3	Zarumilla	3
Técnica	4	Aguas verdes	4	
Universitaria	5	San jacinto	5	
Epidemiología del VIH	Año de diagnóstico	2023	La cruz	6
		2024	Zorritos	7
		2025		
	Motivo de notificación			
	Gestante con VIH	1	Inicio TARGA	4
	Niño nacido infectado por Vih	2	Fallecido con VIH o SIDA	5
	Infección por VIH	3	Niño nacido expuesto al VIH	6
	Estadio SIDA	4	Niño nacido expuesto no infectado por VIH	
Antecedentes de RS:		Vía de transmisión		
RS con hombres	1	Sexual	1	
RS con mujeres	2	Parental	2	

	RS con ambos sexos	3	Madre-niño	3
	Desconocido	4	Desconocida	4
	Pruebas de tamizaje		Estadio clínico del VIH	
	Reactiva	1	Desconocido	1
	No reactiva	2	Estadio 3 (SIDA)	2
	Pruebas confirmatorias		Estadio 2 (Avanzado)	3
	Positiva	1	Estadio 1	4
	Negativa	2	VIH+ETC	5
Atención y tratamiento del VIH	Fecha de inicio de TARGA		Coinfecciones	
	Día		Tuberculosis	1
	Mes		Hepatitis B	2
	Año		Hepatitis C	3
			Ninguna	4
	Criterio de diagnóstico de SIDA		Defunción por SIDA	
	CD4	1	Sí	1
Enfermedad indicadora	2	No	2	
Prevención del VIH	Recibe consejería sobre prevención del VIH		Ha recibido profilaxis Pre-exposición (PrEP)	
	Sí	1	Sí	1
	No	2	No	2
	Participa en programas de reducción de riesgos		Ha recibido profilaxis Post-exposición (PEP)	
	Sí	1	Sí	1
No	2	No	2	

Anexo 03: Guía de extracción de datos desde la historia clínica

N° de historia clínica	Referencial
Sexo al nacer	Marcar según dato biológico de la historia clínica
Nacionalidad	Marcar según país registrado, si no está asumir que es peruano
Fecha de Nacimiento	Registrar según datos de la historia
Edad	Registrar según historia clínica, si no está calcular con fecha de nacimiento.
Condición especial	Marcar según está registrado en la historia clínica
Identidad de género	Marcar según está registrado en la historia clínica
Etnia	Marcar según está registrado en la historia clínica
Grado de instrucción	Marcar según está registrado en la historia clínica
Residencia habitual	Marcar según está registrado en la historia clínica
Fecha de diagnóstico	Registrar según historia clínica
Motivo de notificación	Marcar según está registrado en la historia clínica
Antecedentes de RS:	Marcar según está registrado en la historia clínica
Vía de transmisión	Marcar según está registrado en la historia clínica
Pruebas de tamizaje	Marcar según está registrado en la historia clínica
Estadio clínico del VIH	Marcar según está registrado en la historia clínica
Pruebas confirmatorias	Marcar según está registrado en la historia clínica
Fecha de inicio de TARGA	Registrar según está registrado historia clínica
Coinfecciones	Marcar según está registrado en la historia clínica
Criterio de diagnóstico de SIDA	Marcar según está registrado en la historia clínica
Defunción por SIDA	Marcar según está registrado en la historia clínica
Recibe consejería sobre prevención del VIH	Marcar según está registrado en la historia clínica
Ha recibido profilaxis Pre-exposición (PrEP)	Marcar según está registrado en la historia clínica
Participa en programas de reducción de riesgos	Marcar según está registrado en la historia clínica
Ha recibido profilaxis Post-exposición (PEP)	Marcar según está registrado en la historia clínica

Anexo 04: Análisis de concordancia Kappa

El análisis de concordancia Kappa se incorporó como revisión estadística de confiabilidad para variables categóricas nominales. En investigaciones clínicas retrospectivas, este análisis no mide prevalencia, incidencia ni asociación; su función es determinar si dos evaluadores o dos mediciones clasifican a los mismos pacientes de manera concordante por encima de lo esperado por azar. Por esa razón, su aplicación exige una estructura de datos específica y no puede sustituirse por una interpretación descriptiva simple.

El coeficiente Kappa de Cohen se expresa mediante la fórmula $\kappa = (Po - Pe) / (1 - Pe)$. Po corresponde al acuerdo observado y Pe al acuerdo esperado por azar según las distribuciones marginales de las categorías. En términos prácticos, Kappa solo es interpretable cuando existen al menos dos categorías con frecuencia observada y cuando las clasificaciones tienen variabilidad. Si todos los pacientes se ubican en una sola categoría, el acuerdo observado puede ser perfecto, pero el coeficiente no puede estimarse porque el denominador de la fórmula se anula.

En el presente informe se verificó la base de datos y se confirmó que no existe una doble evaluación independiente de historias clínicas. No se identificó un revisor 1 y un revisor 2 que hayan codificado las mismas variables clínicas en paralelo. Por ello, el Kappa interevaluador, entendido como concordancia entre dos observadores, no procede metodológicamente sin crear información inexistente. Esta precisión es necesaria porque el análisis estadístico debe respetar la estructura real de la base y la naturaleza documental del estudio.

La única comparación categórica con apariencia de concordancia en la base correspondió al registro de prueba de tamizaje y prueba confirmatoria. Ambas variables se encontraron positivas en los 188 pacientes incluidos. Este resultado es coherente con los criterios de inclusión del estudio, ya que la muestra estuvo formada por pacientes positivos al virus de la inmunodeficiencia humana con diagnóstico confirmado. Desde el punto de vista clínico, esto valida la condición diagnóstica de ingreso al estudio; desde el punto de vista estadístico, impide calcular un Kappa válido por ausencia de categorías negativas o discordantes.

Condiciones metodológicas para aplicar el coeficiente Kappa

Condición requerida	Situación en el estudio	Decisión técnica
Dos evaluadores independientes	No se registró doble codificación de historias clínicas	No procede Kappa interevaluador
Mismos sujetos evaluados por ambos métodos	Sí, para tamizaje y confirmación diagnóstica	Puede revisarse como concordancia diagnóstica
Variables categóricas con las mismas categorías	Parcial; ambas pruebas se reducen a resultado positivo en la muestra	No hay variabilidad suficiente
Presencia de categorías discordantes o negativas	No; todos los registros fueron tamizaje reactivo y confirmatoria positiva	Kappa no estimable
Uso clínico del resultado	Confirma que la muestra contiene casos positivos confirmados	No mide confiabilidad del instrumento de extracción

Nota. La procedencia del Kappa se evaluó antes de calcular el coeficiente para evitar un resultado estadísticamente artificial.

Para documentar el procedimiento estadístico, se construyó una tabla de contingencia entre tamizaje y confirmación diagnóstica. El conteo mostró 188 coincidencias en la celda tamizaje reactivo y confirmatoria positiva. No se presentaron resultados confirmatorios negativos, tamizajes no reactivos ni discrepancias. Esta configuración genera concordancia observada completa, pero no permite diferenciar si existe acuerdo superior al azar, debido a que las dos distribuciones marginales son constantes.

Contingencia entre tamizaje y confirmación diagnóstica.

Prueba de tamizaje	Prueba confirmatoria positiva	Prueba confirmatoria negativa	Total
Reactiva	188	0	188
No reactiva	0	0	0
Total	188	0	188

Nota. Todos los pacientes incluidos tuvieron tamizaje reactivo y prueba confirmatoria positiva por corresponder a historias clínicas de pacientes con diagnóstico confirmado de VIH.

El desarrollo matemático se realizó paso por paso. La concordancia observada fue $P_o = 1.00$ porque los 188 registros coincidieron en resultado positivo. El acuerdo esperado por azar fue $P_e = 1.00$ porque las frecuencias marginales de ambas

pruebas también se concentraron en la misma categoría. Al reemplazar los valores en la fórmula, el numerador fue cero y el denominador también fue cero. Por ello, el resultado no es $\kappa = 1.00$, sino Kappa no estimable.

Desarrollo matemático del análisis Kappa

Componente	Cálculo	Resultado	Lectura estadística
Acuerdo observado (Po)	$(188 + 0) / 188$	1.00	Concordancia observada completa
Acuerdo esperado (Pe)	$[(188/188)(188/188)] + [(0/188)(0/188)]$	1.00	Acuerdo esperado máximo por marginales constantes
Denominador	$1 - Pe = 1 - 1.00$	0.00	La fórmula pierde capacidad de estimación
Coefficiente Kappa	$(Po - Pe) / (1 - Pe) = (1.00 - 1.00) / 0$	No estimable	No debe asignarse nivel de concordancia Kappa
Conclusión	Reporte descriptivo de acuerdo observado	100.0%	Útil como verificación diagnóstica, no como Kappa válido

Nota. El valor no estimable se debe a la ausencia de variabilidad marginal, no a error de cálculo.

La interpretación clínica del resultado debe separarse de la interpretación estadística. Clínicamente, la concordancia positiva entre tamizaje y confirmatoria respalda que los pacientes analizados pertenecen al universo de casos confirmados de VIH. Esto protege la coherencia de los resultados descriptivos, porque la muestra no mezcla casos sospechosos con casos descartados. Estadísticamente, la ausencia de casos negativos, no reactivos o discordantes impide estimar el efecto del azar en la clasificación.

Tampoco corresponde utilizar el alfa de Cronbach para reemplazar este análisis. El alfa de Cronbach evalúa consistencia interna de escalas con ítems que miden un constructo común, mientras que la ficha de extracción usada en el estudio recoge variables clínicas, epidemiológicas y preventivas heterogéneas. En una ficha documental, la alternativa más pertinente para evaluar reproducibilidad es la doble extracción independiente y el cálculo de concordancia por variables nominales, siempre que existan categorías con variabilidad.

Para el presente informe, la decisión estadística correcta es reportar: acuerdo observado completo entre tamizaje y confirmación diagnóstica, Kappa no estimable por ausencia de variabilidad marginal y Kappa interevaluador no procedente por falta de dos evaluadores independientes. Esta redacción evita sobreinterpretar el resultado y responde con rigor a la observación metodológica, sin alterar la base de datos ni generar resultados no contenidos en los archivos del estudio.

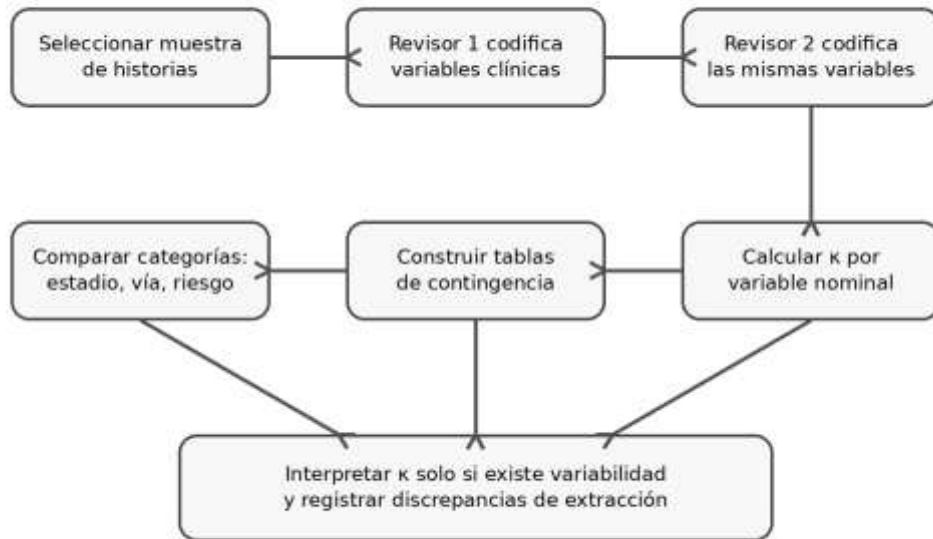
Si en una etapa posterior se desea obtener un Kappa interevaluador válido, se debe seleccionar una submuestra de historias clínicas y asignarla a dos revisores independientes. Cada revisor debe codificar por separado variables nominales como estadio clínico, vía de transmisión, antecedente de riesgo sexual, presencia de coinfección y condición especial. Luego se comparan las codificaciones mediante tablas de contingencia por variable. Solo en ese escenario corresponde estimar κ e interpretar el nivel de concordancia.

Interpretación clínico-estadística del análisis Kappa.

Aspecto evaluado	Resultado del estudio	Interpretación profesional
Verificación diagnóstica	188/188 con tamizaje reactivo y confirmatoria positiva	La muestra cumple la condición de pacientes positivos confirmados
Concordancia observada	100.0%	Existe coincidencia descriptiva completa entre los dos registros diagnósticos
Kappa diagnóstica	No estimable	No hay variabilidad marginal para calcular κ
Kappa interevaluador	No procede	No se cuenta con dos revisores independientes de historias clínicas
Uso en el informe final	Se reporta como análisis de procedencia y no estimabilidad	Evita valores artificiales y mantiene rigor estadístico
Aplicación futura	Doble revisión independiente de historias clínicas	Permitiría estimar κ por variables clínicas categóricas

Nota. No se asignan categorías de concordancia como baja, moderada o alta porque el coeficiente Kappa no fue estimable.

Ruta válida para aplicar Kappa interevaluador en futuras revisiones



Nota. La ruta propuesta muestra cómo debe estructurarse un Kappa interevaluador si se desea evaluar reproducibilidad de la ficha documental en estudios futuros.

En síntesis, el análisis Kappa quedó desarrollado de forma clínica, estadística y metodológica. El informe no oculta el análisis ni lo reduce a una frase; lo presenta como evaluación de procedencia, tabla de contingencia, cálculo matemático, interpretación clínica, decisión estadística y propuesta de aplicación futura. La conclusión técnica es que el acuerdo observado fue completo, pero el coeficiente Kappa no es estimable con los datos disponibles.

Anexo 05: Confiabilidad por alfa de Cronbach

Por tratarse de una ficha de extracción documental basada en historias clínicas, el alfa de Cronbach no fue considerado el estimador principal de confiabilidad, debido a que el instrumento no mide un constructo psicométrico unidimensional, sino variables clínicas, epidemiológicas y preventivas heterogéneas.

La confiabilidad operativa se controló mediante: a) revisión interevaluador de una submuestra piloto de historias clínicas; b) comparación de la codificación de variables categóricas para verificar concordancia; c) doble digitación auditada de los registros incorporados a la base de datos; y d) revisión de discrepancias hasta lograr consistencia antes del análisis estadístico final.

ENCUESTADOS	ITEMS																								SUMA
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
E1	1	1	2	1	2	1	1	3	1	3	1	4	1	1	1	5	3	2	2	1	1	1	1	1	41
E2	2	2	4	1	1	1	2	1	1	3	2	2	2	2	1	5	3	1	1	1	1	1	1	1	42
E3	2	1	2	4	4	1	2	3	3	2	1	3	2	1	2	5	2	2	2	2	2	2	2	2	54
E4	2	2	3	1	1	2	3	3	2	3	1	3	2	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	41
E5	2	2	2	3	3	1	2	3	1	3	2	4	3	2	2	3	1	1	1	2	2	1	1	2	49
E6	2	2	2	1	1	1	2	4	1	3	1	5	2	1	1	5	2	3	1	1	1	1	1	1	45
E7	2	2	3	1	2	1	3	4	2	3	1	4	2	1	2	5	2	2	2	2	2	2	2	2	54
E8	1	1	2	1	1	1	1	4	3	3	1	3	2	1	2	4	2	1	1	2	2	2	2	2	45
E9	1	1	3	1	1	1	3	4	3	3	1	4	1	1	1	4	2	3	1	1	1	1	1	1	44
E10	2	2	2	4	4	1	4	4	3	3	1	4	1	1	2	3	1	2	2	1	2	1	1	2	53
E11	1	1	2	1	1	1	2	1	3	3	1	4	2	1	1	4	2	1	1	1	1	1	1	1	38
E12	2	1	3	1	1	1	3	5	3	3	1	4	2	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	52
E13	2	1	3	1	2	1	2	4	3	3	2	4	2	2	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	46
E14	1	1	2	1	1	1	3	4	3	3	1	5	2	1	2	3	2	1	1	2	2	2	2	2	48
E15	2	2	3	1	1	1	1	4	3	3	1	4	3	1	1	4	2	1	1	1	1	1	1	1	44
E16	1	1	2	1	1	1	3	3	3	1	1	3	2	1	1	3	2	2	2	1	1	1	1	1	39
E17	2	2	2	1	2	1	3	3	1	3	1	4	2	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	41
E18	2	2	3	1	1	2	3	4	1	3	1	4	2	1	2	3	2	3	1	2	2	2	2	2	51
E19	1	2	2	4	4	1	1	4	2	3	2	5	3	2	1	4	2	2	2	1	1	1	1	1	52
E20	2	2	3	4	4	1	5	4	2	3	1	5	2	1	1	4	3	1	1	1	1	1	1	1	54
VARIANZA	0.228	0.248	0.350	1.510	1.390	0.090	1.048	0.948	0.760	0.228	0.160	0.590	0.300	0.160	0.240	0.628	0.400	0.528	0.228	0.228	0.240	0.210	0.210	0.240	
SUMATORIA DE VARIANZAS	11.158																								
VARIANZA DE LA SUMA DE LOS ÍTEMS	27.828																								
α	0.65																								

Anexo 06. Validación por juicio de expertos

- I. Opinión de aplicabilidad
- a. Aplicable () Aplicable después de corregir () No aplicable ()
- II. Apellidos y nombres del juez evaluador : *Adriana Montoya Rodríguez*
- III. Años de experiencia : *7 años*
- IV. Especialidad del evaluador : *Infecetólogo*
- V. CONSIDERACIONES GENERALES
- | | |
|---|----------------------|
| Ciudadanía en la redacción. | (Si) (No) |
| Coherencia interna. | (Si) (No) |
| Redacción adecuada para la población en estudio. | (Si) (No) |
| Contribuye a medir el constructo en estudio. | (Si) (No) |
| Las instrucciones orientan claramente para responder el cuestionario. | (Si) (No) |
| La cantidad de ítems es adecuada. | (Si) (No) |

Adriana Montoya Rodríguez
Dra. Adriana Montoya Rodríguez
MIEMBRO DE ENSEÑANZAS
Firmado por el evaluador

I. Opinión de aplicabilidad

a. **Aplicable (x) Aplicable después de corregir () No aplicable ()**

II. Apellidos y nombres del juez evaluador : Solis Castro Maria Edith

III. Años de experiencia : 15

IV. Especialidad del evaluador : Médico epidemiólogo

V. CONSIDERACIONES GENERALES

Claridad en la redacción.	x(Si) (No)
Coherencia interna.	x(Si) (No)
Redacción adecuada para la población en estudio.	x(Si) (No)
Contribuye a medir el constructo en estudio.	x(Si) (No)
Las instrucciones orientan claramente para responder el cuestionario.	x (Si) (No)
La cantidad de ítems es adecuada.	x(Si) (No)



Dra. Maria Edith Solis Castro

.....
Firma del juez evaluador

I. Opinión de aplicabilidad

a. Aplicable (✓) Aplicable después de corregir () No aplicable ()

- II. Apellidos y nombres del juez evaluador : Silina Milagros GALLEGOS HIGUERO
III. Años de experiencia : 7 años
IV. Especialidad del evaluador : MAESTRA GERENCIA con mención en los Servicios de salud -

V. CONSIDERACIONES GENERALES

- | | |
|---|-----------|
| Claridad en la redacción. | (Si) (No) |
| Coherencia interna. | (Si) (No) |
| Redacción adecuada para la población en estudio. | (Si) (No) |
| Contribuye a medir el constructo en estudio. | (Si) (No) |
| Las instrucciones orientan claramente para responder el cuestionario. | (Si) (No) |
| La cantidad de ítems es adecuada. | (Si) (No) |

Silina Milagros GALLEGOS HIGUERO
Enfermería
C. 65858
Firma del juez evaluador

I. Opinión de aplicabilidad

a. Aplicable (X) Aplicable después de corregir () No aplicable ()

- II. Apellidos y nombres del juez evaluador : Gramajo Calle Dorinda Isabel.
III. Años de experiencia : 18 años
IV. Especialidad del evaluador : licenciada Enfermería

V. CONSIDERACIONES GENERALES

- Claridad en la redacción. (S) (No)
Coherencia interna. (S) (No)
Redacción adecuada para la población en estudio. (S) (No)
Contribuye a medir el constructo en estudio. (S) (No)
Las instrucciones orientan claramente para responder el cuestionario. (S) (No)
La cantidad de ítems es adecuada. (S) (No)

MINISTERIO DE SALUD PUNO

Lic. Enf. Dorinda Isabel Gramajo
CEP. N° 4514

Firma del juez evaluador



I. Opinión de aplicabilidad

a. Aplicable () Aplicable después de corregir () No aplicable ()

- II. Apellidos y nombres del juez evaluador : Arellano Córdoba Vilma Vanessa
III. Años de experiencia : 16 años
IV. Especialidad del evaluador : En Salud pública y Comunitaria

V. CONSIDERACIONES GENERALES

Claridad en la redacción.

(No)

Coherencia interna.

(No)

Redacción adecuada para la población en estudio.

(No)

Contribuye a medir el constructo en estudio.

(No)

Las instrucciones orientan claramente para responder el cuestionario.

(No)

La cantidad de ítems es adecuada.

(No)


Dra. Enf. Vanessa Arellano Córdoba
Esp. en Salud Pública
CEP N° 52147


.....
Firma del juez evaluador

Anexo 07: Validez por V de Aiken

V de Aiken	Fórmula	Donde
Se aplica cuando tu matriz de evaluación de expertos tiene ítems con dos alternativas de respuesta (si/no) o también con escala ordinal (0 al 5 por ejemplo)	$V = \frac{S}{(n(c-1))}$	S=sumatoria de puntaje de todos los expertos. N= Cantidad de expertos C= Número de valoraciones

Donde:

n	5	c	6
---	---	---	---

Donde:

n	5	c	6
---	---	---	---

	ITEMS																							
JUEZ	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24
EXPERTO 1	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5
EXPERTO 2	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5
EXPERTO 3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5
EXPERTO 4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
EXPERTO 5	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5
Total columna	23.00	25.00	25.00	24.00	23.00	24.00	25.00	25.00	24.00	25.00	24.00	25.00	24.00	25.00	24.00	25.00	24.00	24.00	25.00	25.00	25.00	24.00	24.00	25.00
V de Aiken	0.92	1.00	1.00	0.96	0.92	0.96	1.00	1.00	0.96	1.00	0.96	1.00	0.96	1.00	0.96	1.00	0.96	0.96	1.00	1.00	1.00	0.96	0.96	1.00
Promedio	0.97																							

Anexo 08: Solicitud para ejecución de la tesis



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Creada por Ley N° 24894-11 de octubre de 1988
Ciudad Universitaria - Pampa Grande
TUMBES-PERÚ



Tumbes, 16 de Febrero del 2026

OFICIO N° 0145-2026/UNTUMBES-FCS-D

Señora:

Dra. CARMEN RISCO GRANDA

Directora Ejecutiva del Hospital Regional JAMO II - Tumbes.

PRESENTE. -

ASUNTO: SOLICITO FACILIDADES PARA LA EJECUCIÓN DE PROYECTO DE TESIS

REF. : a) SOLICITUD DE LA EST. JENYFER LIZET LAMADRID JIMENEZ y EST. ATOCHE BACA ROMINA
b) RESOLUCIÓN DECANAL N° 046 -2026/UNTUMBES-RC2.

De mi especial consideración:

Tengo a bien dirigirme a Usted, para expresarle mi cordial saludo, y mediante el documento de la referencia, solicito a Ud. tenga a bien brindar las facilidades y autorización correspondiente, para la ejecución (Aplicación) del Proyecto de Tesis Titulado: "PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO EN PACIENTES POSITIVOS AL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN UN HOSPITAL PÚBLICO EN TUMBES, PERIODO 2023 -2025" presentado por las Estudiantes de Enfermería Jenyfer Lizet Lamadrid Jimenez y Romina Atoche Baca con el Asesoramiento de la Docente Dra. Lilia Saldarriaga Sandoval, concedores de su espíritu colaborativo en beneficio de la calidad educativa de nuestros estudiantes, se agradece de antemano la atención brindada al presente.

Sin otro particular, es propicia la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial deferencia.



Atentamente,

Dra. Grevilli Marilit Gacia Godos Castillo
DECANA



noel 2980550

Anexo 09: Oficio de autorización de ejecución de la tesis



"AÑO DE LA ESPERANZA Y EL FORTALECIMIENTO DE LA DEMOCRACIA"

Tumbes, 12 de marzo del 2025.

OFICIO N°423 -2025/GOB.REG.TUMBES-DRST-HR-JAMO-I-2-T-DE

Señora:

Dra. GREVILLI MARLITT GARCIA GODOS CASTILLO.
DECANA

Universidad Nacional de Tumbes
Facultad de Ciencias de la Salud

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

13 MAR 2025
D. PERU 8.26...
DPO...

Presente.

ASUNTO : SOBRE AUTORIZACIÓN DE EJECUCIÓN DE PROYECTO DE TESIS.

REFERENCIA : a) OFICIO N°145-2025/HUITUMBES-FCSD
b) INFORME N° 028-2025/DRST-HR-JAMO-I-2-T-DE-U.A.P.DOC.INVG.
Reg. N° 2999020 / 2746980

De mi mayor consideración;

Mediante el presente me dirijo a usted, para expresarle mis afectuosos saludos y en atención al documento de la referencia a), mediante el cual solicita Autorización de Ejecución de Proyecto de Tesis para las estudiantes LAMADRID JIMENEZ JENYFER LIZET y ATOCHE BACA ROMINA.

Ante ello, la Jefa de la Unidad de Apoyo a la Docencia mediante el documento de la referencia b), informa que habiendo revisado el expediente presentado y habiendo cumplido con presentar los documentos exigidos a quienes se encuentran interesados en realizar investigaciones en nuestra institución es factible atender su Solicitud, para que para las estudiantes LAMADRID JIMENEZ JENYFER LIZET y ATOCHE BACA ROMINA, ejecute su Proyecto de Tesis titulado **"PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO EN PACIENTES POSITIVOS AL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN HOSPITAL PÚBLICO EN TUMBES, PERIODO 2023-2025"**, debiendo cumplir con la aplicación del consentimiento informado para garantizar que la investigación se realice bajo los principios fundamentales del respeto por la vida, la salud, la autodeterminación, la dignidad y el bienestar de los sujetos a investigar, debiendo al finalizar el proceso realice la socialización de los resultados de la investigación científica en nuestra institución, se adjunta al presente el respectivo informe para su conocimiento y cumplimiento respectivo.

Sin otro particular, es propicia la ocasión para manifestarle las muestras de mi consideración y estima.

Atentamente;

Dra. Carmen Esquivel Risco Granda
PROFESORA EJECUTIVA
DPO 01047558 EMP 00004

CLASIFICACIÓN
Código
FOLIOS:

N° DOC.	03803253
N° EXP.	02746980

HOSPITAL REGIONAL I-2 "JAMO" TUMBES
Calle 24 de Julio N° 2055 - Tumbes
Página Web: WWW.HRJT.GOB.PE