

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**“CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, EPIDEMIOLÓGICA
Y FACTORES DE RIESGO EN MUJERES,
AL MOMENTO DE SER DIAGNOSTICADAS POSITIVAS
AL VIRUS DE INMUNO DEFICIENCIA HUMANA (VIH).”**

**Estudio transversal descriptivo realizado en la Unidad de
Especialidades “La Autonomía” del Instituto Guatemalteco de
Seguridad Social -IGSS- y en el Hospital General San Juan de Dios**

marzo-abril 2012

**Oscar Antonio Contreras Castellanos
Raúl Adolfo Sigüenza Vásquez**

MÉDICO Y CIRUJANO

Guatemala, mayo de 2012

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**“CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, EPIDEMIOLÓGICA
Y FACTORES DE RIESGO EN MUJERES,
AL MOMENTO DE SER DIAGNOSTICADAS POSITIVAS
AL VIRUS DE INMUNO DEFICIENCIA HUMANA -VIH-“**

**Estudio transversal descriptivo realizado en la Unidad de Especialidades
“La Autonomía” del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-
y en el Hospital General San Juan de Dios**

marzo-abril 2012

**Presentada a la Honorable Junta Directiva de Facultad de Ciencias Médicas
de la Universidad de San Carlos de Guatemala**

Oscar Antonio Contreras Castellanos

Raúl Adolfo Sigüenza Vásquez

MÉDICO Y CIRUJANO

Guatemala, mayo de 2012

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Los estudiantes:

Raúl Adolfo Sigüenza Vásquez	199810580
Oscar Antonio Contreras Castellanos	200116867

han cumplido con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

“CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, EPIDEMIOLÓGICA
Y FACTORES DE RIESGO EN MUJERES,
AL MOMENTO DE SER DIAGNOSTICADAS POSITIVAS
AL VIRUS DE INMUNO DEFICIENCIA HUMANA -VIH-”

Estudio transversal descriptivo realizado en la Unidad de Especialidades
“La Autonomía” del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-
y en el Hospital General San Juan de Dios

marzo- abril 2012

Trabajo asesorado por la Dra. Ingrid Jesica Barrios Matta, Co-asesor Dr. Rudy López y revisado por la Dra. Ana Eugenia Palencia, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, veintidós de mayo del dos mil doce


DR. JESUS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO



El infrascrito Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que los estudiantes:

Raúl Adolfo Sigüenza Vásquez	199810580
Oscar Antonio Contreras Castellanos	200116867

Han presentado el trabajo de graduación titulado:

“CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, EPIDEMIOLÓGICA
Y FACTORES DE RIESGO EN MUJERES,
AL MOMENTO DE SER DIAGNOSTICADAS POSITIVAS
AL VIRUS DE INMUNO DEFICIENCIA HUMANA -VIH-”

Estudio transversal descriptivo realizado en la Unidad de Especialidades
“La Autonomía” del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-
y en el Hospital General San Juan de Dios

marzo- abril 2012

El cual ha sido revisado y corregido por el Profesor de la Unidad de Trabajos de Graduación -UTG- Dr. César Oswaldo García García y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se les autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, veintidós de mayo del dos mil doce.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas
Coordinador

Guatemala, 22 de mayo del 2012

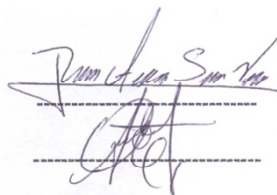
Doctor
Edgar Rodolfo de León Barillas
Unidad de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. de León:

Le informo que los estudiantes abajo firmantes:

Raúl Adolfo Sigüenza Vásquez

Oscar Antonio Contreras Castellanos



Presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

“CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, EPIDEMIOLÓGICA
Y FACTORES DE RIESGO EN MUJERES,
AL MOMENTO DE SER DIAGNOSTICADAS POSITIVAS
AL VIRUS DE INMUNO DEFICIENCIA HUMANA -VIH-”

Estudio transversal descriptivo realizado en la Unidad de Especialidades
“La Autonomía” del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-
y en el Hospital General San Juan de Dios

marzo- abril 2012

Del cual como asesor, co-asesor y revisora nos responsabilizamos por la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

Dra. Ingrid Jéssica Barrios Malta
GINECOLOGA Y OBSTETRA
COL. 11528

Ingrid Barrios
Asesor
Firma y sello

Dr. Rudy Manuel López
Infectólogo
Col. 8.179

Rudy Manuel López
Co-asesor
Firma y sello

[Signature]
Revisora
Firma y sello
Reg. de personal 20040392

Dr. Ana Eugenia Palencia
Médico y Cirujano
Colegiado No. 5981

Dr. de León: Palencia
No. 5981

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar las características clínicas, epidemiológicas y factores de riesgo de las mujeres VIH positivas que fueron diagnosticadas en el Hospital San Juan de Dios y en la Unidad de Especialidades “La Autonomía” del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) en el año 2010. **METODOLOGÍA:** Estudio retrospectivo descriptivo donde se realizó una revisión sistemática de expedientes médicos de pacientes de quince años o más recién diagnosticadas VIH positivo en el año 2010 en los hospitales mencionados. **RESULTADOS:** Se incluyeron 280 mujeres de todo el país de las cuales 209 (74.64%) provenían del departamento de Guatemala, 206 (73.57%) tenían 34 años de edad o menos, 243 (86.79%) eran ladinas, 97 (34.64%) se encontraban en unión de hecho; 132 (47.14%) eran amas de casa, y 217 (77.50%) no presentaron conductas de riesgo para adquirir la enfermedad. Asimismo las enfermedades oportunistas se presentaron en 99 (35.36%) de ellas. **CONCLUSIONES:** La mayoría de las mujeres diagnosticadas VIH positivo en el 2010 son jóvenes, no presentan conductas de riesgo asociadas al contagio con el VIH y la mayoría no pertenece a ningún grupo de los llamados de riesgo tradicionalmente aceptados. La presencia de enfermedades oportunistas fue la característica clínica más frecuente al momento del diagnóstico.

Palabras Clave: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida/epidemiol, Mujeres, Serodiagnóstico del SIDA/métodos, Adolescentes.

ÍNDICE

1. Introducción	1
2. Objetivos	3
2.1 Objetivo general	3
2.2 Objetivos específicos	3
3. Marco Teórico	5
3.1 Contexto del lugar de la investigación	5
3.2 VIH/SIDA definición y clasificación	6
3.3 Agente etiológico	10
3.4 Transmisión	11
3.5 Epidemiología del VIH en el mundo	19
3.6 VIH en América Latina	22
3.7 VIH en el Caribe	23
3.8 VIH en América Central	24
3.9 VIH en Guatemala	25
3.10 VIH y mujeres	27
4. Metodología	35
4.1 Tipo y diseño de la investigación	35
4.2 Unidad de análisis	35
4.3 Población y muestra	35
4.4 Selección de los sujetos de estudio	36
4.5 Definición y operacionalización de las variables:	37
4.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos.	40
4.7. Procesamiento y análisis de datos	40
4.8 Alcances y límites	41
4.9 Aspectos éticos de la investigación.	41
5. Resultados	43
6. Discusión	49
7. Conclusiones	57
8. Recomendaciones	59
9. Aportes	61
10. Referencias bibliográficas	63
11. Anexos	69

1. INTRODUCCIÓN

El VIH/SIDA es una enfermedad que apareció en el escenario mundial en 1981 en USA. Al principio afectaba a personas homosexuales y usuarios de drogas intravenosas, pero poco a poco se presentaron casos en personas heterosexuales. El VIH/SIDA se fue extendiendo por el mundo atacando con más fuerza los países en desarrollo donde los sistemas de salud son deficientes y con capacidad de detección y respuesta ante las enfermedades emergentes es muy limitada. Se estima que en el año 2007 hubo 2.7 millones de infecciones y 2 millones de muertes debidas al VIH/SIDA y para el 2009 habían entre 31 y 35 millones de personas infectadas en el mundo (1) y había dejado en la orfandad a 16.6 millones de niños (2).

Al principio el VIH se presentó principalmente en hombres, pero en los últimos años esta brecha de género se ha reducido grandemente. El VIH/SIDA es la principal causa de morbilidad y mortalidad en mujeres comprendidas entre los 15 y 44 años en el mundo entero (3), para 1990 la mujeres representaban el 35% de las personas infectadas en el mundo, para 1997 representaban el 41% y para el 2004 el 48% (4), actualmente se considera que la mitad de las personas infectadas en el mundo son mujeres.

El primer caso de VIH/SIDA registrado en Guatemala fue en 1984 y desde esa fecha hasta septiembre 2010 se habían registrado 22,260 casos, de los cuales 10,900 fueron reportados entre 2007 y 2010 (5). Según la OMS para el año 2005 Guatemala presentaba una mortalidad general por VIH de 21 X 10,000 para el grupo de menores de cinco años era de 2.1 X cada 10,000 y para el 2008 la prevalencia en mayores de 15 años era de 825 X 10,000 (6). El VIH/SIDA se ha expandido de tal modo en el país que para 2009 según datos estadísticos de UNICEF vivía en el país 82 mil guatemaltecos con VIH (7).

En nuestro país los recursos humanos y económicos que se asignan a la lucha contra el SIDA no solo no son suficientes, sino que además, a nivel centroamericano somos el país en el que se invierte menos en el tratamiento solo el 5.2% del PIB a consecuencia de esto solo el 31% de los pacientes tiene acceso a tratamiento con antirretrovirales (6).

A partir del año 2003 los casos en mujeres fueron aumentando en el país, al principio la relación hombres/mujeres era de 4:1 actualmente es de 2:1 (7,8). De igual forma la tasa de mujeres embarazadas VIH positivo ha aumentado, por ejemplo, el Hospital Roosevelt había reportado tasas de 5 X1000 mujeres embarazadas y en el último año aumentó a 7 X1000, esto es no tomando en cuenta a mujeres VIH positivas que deciden quedar embarazadas (9).

Por lo anterior se decidió realizar el presente estudio para conocer las características clínicas y epidemiológicas de las pacientes que se diagnostican en los hospitales nacionales y de esa forma hacer las recomendaciones pertinentes para hacerle frente de mejor forma a la enfermedad. Se decidió realizar el estudio en un hospital nacional, que en este caso fue el Hospital General San Juan de Dios y en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social para de esa manera poder incluir en el estudio a dos tipos diferentes de población, tanto la que por sus condiciones socio-económicas recurre a los servicios gratuitos del estado como de los que al tener un trabajo estable, con prestaciones tiene la oportunidad de utilizar los servicios del seguro social.

Se planteó la realización de un estudio retrospectivo descriptivo transversal en el que se revisaron los expedientes clínicos de todas las pacientes diagnosticadas VIH positivo en el 2010, en los hospitales anteriormente mencionados. Además se tomaron solamente los expedientes de las mujeres que tenían de 15 años o más al momento del diagnóstico.

Los resultados mostraron que más de la mitad, el 54.7% de las pacientes tiene 34 años o menos, también se evidenció que 47% son amas de casa y el 77% no presentó conductas de riesgo para la infección por VIH. De igual forma al hablar de estado civil se pudo comprobar que tanto las casadas como las unidas y solteras no presentaron grandes diferencias ya que representan el 30.36%, 34% y 27.50 respectivamente. Menos de la mitad presentó algún signo clínico de la enfermedad al momento del diagnóstico, pero en las que si se presentaron, los que más se reportaron fueron las enfermedades oportunistas con 35% y la pérdida de peso con 33%. Esto hace pensar que además de ser mujer las pacientes comparten un factor de riesgo hasta ahora no conocido o que no se trabaja de manera adecuada en los planes de prevención de VIH/SIDA y que tiene como consecuencia que dichos planes no cumplan los objetivos de reducir la epidemia en el país

2. OBJETIVOS

2.1 General

Determinar las características clínicas, epidemiológicas y factores de riesgo de las mujeres VIH positivas que fueron diagnosticadas en el hospital San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) en el año 2010.

2.2 Específicos

1. Identificar las características epidemiológicas; edad, lugar de residencia, grupo étnico, lugar de nacimiento, estado civil, escolaridad y profesión u ocupación.
2. Enumerar las características clínicas, pérdida de peso, enfermedades oportunistas, diarrea crónica inexplicable, de las mujeres infectadas por VIH al momento de ser detectadas.
3. Identificar las conductas y factores de riesgo: número de parejas sexuales, consumo de drogas intravenosas, sexo sin protección, transfusiones, procedimientos quirúrgicos, abuso sexual a los que estuvieron expuestas las mujeres participantes en el estudio.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 CONTEXTO DEL LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1 UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA “LA AUTONOMÍA” INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL.

La unidad de consulta externa del IGSS se encuentra ubicada en la diagonal 12 0-03 de la zona nueve, en las instalaciones donde anteriormente funcionó el Hospital General de Accidentes de dicho Instituto. Fue creada según el acuerdo 1212 el cual fue publicado en el Diario Oficial el 26 de octubre del año 2007. El proyecto es el resultado de la necesidad de modernizar y descongestionar el Hospital General de Enfermedades, la ejecución de dicho proyecto representó un costo total 6,100,000 quetzales, tomando en cuenta la remodelación de las instalaciones y el sistema operativo. Esta unidad es un modelo en cuanto a su funcionamiento ya que cuenta con un sistema informativo que permite que las citas y la atención de pacientes se realice de forma escalonada, que la información médica se registre de forma computarizada y que el despacho de medicinas se realice en menos tiempo de lo que se hacía antes. Esta unidad es de las más modernas con las que cuenta el Instituto y brinda atención a cientos de afiliados diariamente en las diferentes especialidades como nefrología, nutrición, infectología entre otras; haciéndolo de forma ordenada y tomando menos tiempo del que tomaba cuando no existía dicha unidad.

3.1.2 Hospital General San Juan de Dios

En 1630, procedentes de México arribaron a la ciudad de Santiago de los Caballeros de Guatemala, hermanos hospitalarios de la Orden San Juan de Dios, bajo la dirección del Padre Fray Carlos Cívico de la Cerda, así como otros religiosos, su objetivo fue el de presentar la solicitud de administrar el hospital de la ciudad. Ya en el siglo XX y debido al terremoto del 4 de febrero de 1976, el Hospital se vió en la necesidad de trasladar algunas de las áreas de atención médica al Parque de la Industria, en la zona 9 capitalina. Fue en el año 1981 que se trasladó el Hospital a las actuales instalaciones, en la zona 1.

Es un hospital nacional-docente asistencial del tercer nivel del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, responsable de brindar atención médica integral, oportuna, eficiente y eficaz que contribuye en la salud de la población.

3.2 VIH/SIDA DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

3.2.1 Definición

El VIH significa “virus de la inmunodeficiencia humana”. Este es el virus que causa el SIDA. Las células blanco del VIH son las células T CD4. El SIDA (acrónimo de síndrome de inmunodeficiencia adquirida) es una enfermedad que afecta a los humanos infectados por el VIH. Una persona padece SIDA cuando su organismo, debido a la inmunodeficiencia provocada por el VIH, no es capaz de ofrecer una respuesta inmune adecuada contra las infecciones. Una persona infectada por el VIH es seropositiva y pasa a desarrollar un cuadro de SIDA cuando su nivel de linfocitos T CD4, desciende por debajo de 200 células por mililitro de sangre o presenta una infección oportunista definitoria de SIDA, por ejemplo candidiasis o infecciones extrapulmonares de Criptococosis, entre otras (10, 11).

3.2.2 Factores de riesgo

Los principales factores de riesgo para contraer el VIH-SIDA, están principalmente en las prácticas sexuales, en las que existe una alta posibilidad de que se intercambien o compartan fluidos potencialmente infectantes. Entre los principales factores de riesgo están las relaciones sexuales con múltiples parejas independientemente de las preferencias sexuales, relaciones esporádicas o casuales con personas desconocidas en las que existe penetración pene-vagina, pene-ano, pene boca, o boca-vagina, sin utilizar alguna barrera, como el condón de látex o poliuretano. Otro factor de riesgo importante son las prácticas sexuales con personas que tienen otras enfermedades de transmisión sexual como: sífilis, gonorrea, candidiasis, herpes, condilomas, etc. ya que además del riesgo de contagio de estas enfermedades, se favorece la transmisión del VIH en caso de que alguna de las personas sea portadora (11).

Otros factores de riesgo son:

- Utilizar el mismo condón varias veces o con varias personas.
- El uso compartido de jeringas o agujas.
- Tener relaciones coitales con personas con VIH-SIDA, aunque utilicen medidas de protección.
- Ser usuarios de drogas intravenosas.
- Tener relaciones coitales con personas hemofílicas, que han recibido varias transfusiones de sangre.
- Ser hijos nacidos de mujeres portadoras de VIH o enfermas de SIDA.

Otros factores de riesgo, menores pero que hay que tomar en cuenta son:

- Ser personal de salud o personas que atienden pacientes con lesiones sangrantes, para lo que existen normas de seguridad que se deben aplicar siempre y con todo cuidado.
- La punción con agujas con fines de acupuntura, tatuajes o perforación para la colocación de anillos y/o aretes. En estos casos deben exigirse siempre agujas desechables.

1.2.3 Clasificación

El actual sistema de clasificación de los CDC revisado para los adolescentes y adultos con infección por el VIH establece grupos según los cuadros clínicos asociados con la infección por el virus y el recuento de linfocitos T CD4+. El sistema se basa en tres niveles de recuento de los linfocitos en cuestión y en tres categorías clínicas. Con este sistema, cualquier paciente con infección por el VIH con un recuento de linfocitos T CD4+ menor de 200/ l sufre, por definición, el SIDA, sin importar si presenta o no los síntomas de una o varias enfermedades oportunistas (cuadro 1). Una vez que los enfermos entran en la situación clínica definida como categoría B, su enfermedad no puede volver ya a la categoría A, ni siquiera en caso de que el cuadro ceda; lo mismo sucede con la categoría C en relación con la B.

Tabla 1 Clasificación mixta (clínica e inmunológica) de los pacientes en VIH/SIDA.			
Categorías clínicas			
Categorías inmunológicas	A	B	C
1. >500 CD4 ó CD4 >29%	A1	B1	C1
2. 200-499 CD4 ó CD4 14-28%	A2	B2	C2
3. <200 CD4 ó CD4 <14%	A3	B3	C3

Todas las categorías son excluyentes y el paciente debe clasificarse en la más avanzada posible. En amarillo las categorías consideradas como sida en Europa. En USA además de éstas se considera sida a las categorías A3 y B3.

Fuente: Harrison, principios de medicina interna. Edición 16

Categorías clínicas:

Categoría A: se aplica a la infección primaria y a los pacientes asintomáticos con o sin linfadenopatía generalizada persistente (LGP).

Categoría B: se aplica a los pacientes que presentan o han presentado enfermedades relacionadas con VIH (no pertenecientes a la categoría C) o cuyo manejo o tratamiento puedan verse complicados debido a la presencia de la infección por VIH. Como ejemplo podemos tener las siguientes patologías:

1. Angiomatosis bacilar.
2. Candidiasis oral (muguet).
3. Candidiasis vulvo-vaginal persistente, frecuente o que responde mal al tratamiento.
4. Displasia cervical (moderada o grave) o carcinoma in situ.
5. Fiebre (>38,5 °C) o diarrea de más de un mes de evolución.
6. Leucoplasia oral vellosa.
7. Herpes zóster (2 episodios o 1 episodio que afecte a más de un dermatoma).
8. Púrpura trombocitopénica idiopática.
9. Listeriosis.
10. Enfermedad inflamatoria pélvica, sobre todo si se complica con absceso tuboovárico.

11. Neuropatía periférica.
12. Otras complicaciones menores asociadas a la infección VIH-1.

Categoría C: se aplica a pacientes que presenten o hayan presentado alguna de las complicaciones ya incluidas en la definición de SIDA cuando el paciente tiene una infección por el VIH bien demostrada y no existen otras causas de inmunodeficiencia que pueda explicarla:

1. Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar.
2. Candidiasis esofágica.
3. Carcinoma de cérvix invasivo.
4. Coccidiomicosis diseminada (en una localización diferente o además de los pulmones y los ganglios linfáticos cervicales o hiliares).
5. Criptococosis extrapulmonar.
6. Criptosporidiasis, con diarrea de más de un mes.
7. Infección por citomegalovirus de un órgano diferente del hígado, bazo o ganglios linfáticos en un paciente de más de un mes de edad.
8. Retinitis por citomegalovirus.
9. Encefalopatía por VIH.
10. Infección por virus del herpes simple que cause una úlcera mucocutánea de más de un mes de evolución, o bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier duración que afecten a pacientes de más de un mes de edad.
11. Histoplasmosis diseminada (en una localización diferente o además de los pulmones y los ganglios linfáticos cervicales o hiliares).
12. Isosporidiasis crónica (más de un mes).
13. Sarcoma de Kaposi.
14. Linfoma de Burkitt o equivalente.
15. Linfoma inmunoblástico o equivalente.
16. Linfoma cerebral primario.
17. Infección por *M. Avium-intracelulare* o *M. Kansasii* diseminada o extrapulmonar.
18. Tuberculosis pulmonar.
19. Tuberculosis extrapulmonar o diseminada.
20. Infección por otras micobacterias, diseminada o extrapulmonar.

21. Neumonía por Pneumocystis Jiroveci (anteriormente P. carinii).
22. Neumonía recurrente.
23. Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
24. Sepsis recurrente por especies de Salmonella diferente a S. Tiphyl.
25. Toxoplasmosis cerebral en un paciente de más de un mes de edad.
26. Wasting Syndrome.

Categorías inmunológicas:

Categoría 1. Linfocitos CD4 mayor o igual a 500/mm³ o bien CD4 mayor o igual al 29%.

Categoría 2. Linfocitos CD4 entre 200 y 499/mm³ o bien entre 14-28%.

Categoría 3. Linfocitos CD4 menor de 200/mm³ o bien CD4 menor del 14%. (11)

3.3 Agente etiológico

El agente etiológico del SIDA es el VIH, que pertenece a la familia de los retrovirus humanos (Retroviridae) dentro de la subfamilia lentivirus. Los cuatro retrovirus humanos reconocidos pertenecen a dos grupos distintos: los virus linfotrópicos de células T humanas (human T-cell lymphotropic virus, HTLV) I y II, que son retrovirus transformadores, y los virus de la inmunodeficiencia humana, VIH-1 y VIH-2, que son virus citopáticos. La causa más frecuente de enfermedad por el VIH en todo el mundo es el VIH-1, que comprende varios subtipos. El VIH-2 se identificó primero en 1986 en sujetos de África occidental y durante un tiempo permaneció confinado a dicha región. Sin embargo, después se describieron casos en todo el mundo a los que se puede seguir el rastro hasta África occidental o que se originaron a partir de contactos sexuales con personas de esa zona. Tanto el VIH-1 como el VIH-2 son infecciones zoonóticas. El segundo tiene una relación filogenética más estrecha con el virus de la inmunodeficiencia del simio (simian immunodeficiency virus, SIV), que con el VIH-1. Es probable que el VIH-1 se haya originado en la especie Pan troglodytes troglodytes de chimpancés en los que el virus había evolucionado durante siglos. (11)

3.3.1 Morfología del VIH

El virión del VIH es una estructura icosaédrica provista de numerosas proyecciones externas formadas por las dos proteínas principales de cubierta, la gp120 externa y la gp41 transmembrana. El virión produce yemas a partir de la superficie de la célula infectada y se incorpora a distintas proteínas del hospedador, entre las que se encuentran los antígenos del complejo de histocompatibilidad mayor (major histocompatibility complex, MHC) de clases I y II existentes en la bicapa lipídica.

3.3.2 Heterogeneidad molecular del VIH-1

El análisis molecular del VIH procedente de distintas fuentes revela variaciones en la secuencia de muchas partes del genoma vírico. El grado de diferencia en las secuencias de codificación de la proteína de la cubierta vírica oscila entre un porcentaje bajo hasta otro muy cercano al 50%. El VIH puede evolucionar por diversos medios, entre ellos la sustitución simple de bases, las inserciones y supresiones, la recombinación y la ganancia y pérdida de sitios de glucosilación. El equilibrio entre la presión inmunitaria y las limitaciones funcionales sobre las proteínas influye en el nivel regional de variación dentro de las proteínas. Por ejemplo, la proteína Membrana (Envelope), que está expuesta sobre la superficie del virión y se encuentra bajo presión inmunitaria selectiva tanto de anticuerpos como de linfocitos T citolíticos, es extremadamente variable, con un grupo de mutaciones en dominios hipervariables. En contraste, la proteína Transcriptasa Inversa (Reverse Transcriptase), que tiene funciones enzimáticas de primera importancia, está relativamente conservada, en particular en los alrededores del sitio activo. La variabilidad extraordinaria del VIH-1 hace un contraste notable con la estabilidad relativa del HTLV-I y el virus linfotrópico de células T humanas tipo II (11).

3.4 Transmisión

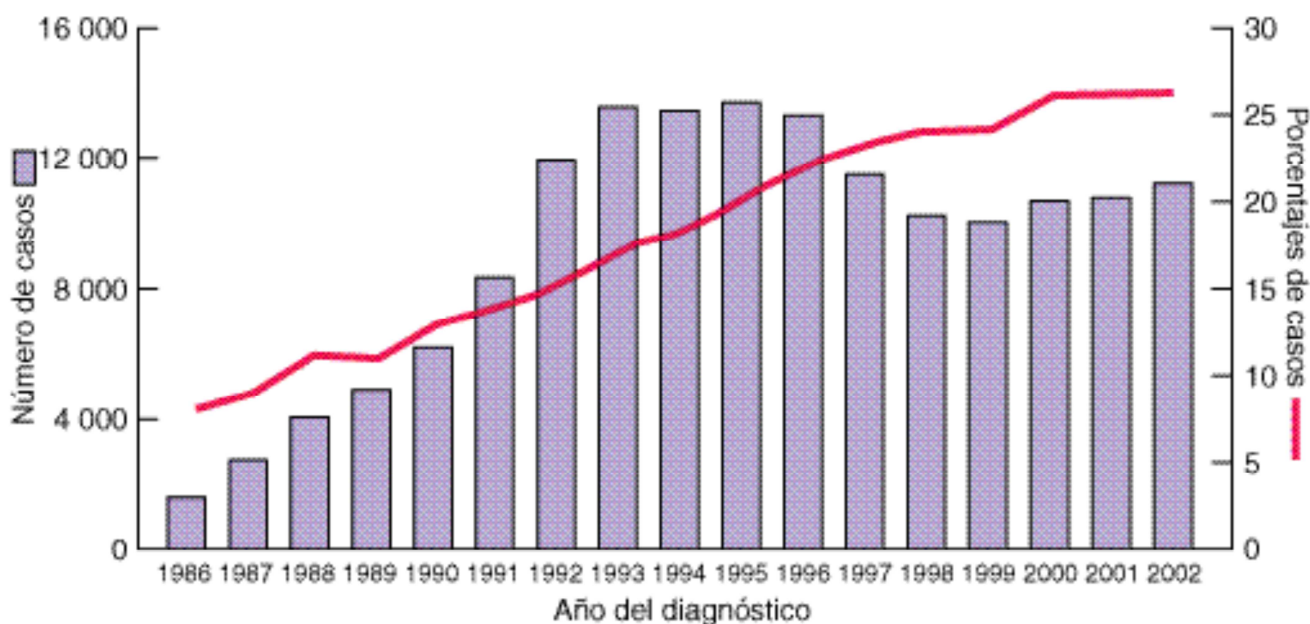
El VIH se transmite por medio de contactos sexuales; con la sangre y los hemoderivados; y por contagio de la madre infectada a su hijo durante el parto, el período perinatal o a través de la leche materna. Después de más de 20 años de análisis minuciosos, no se han encontrado pruebas de que el VIH se transmita por

contactos casuales, ni de que los insectos sean capaces de propagar el virus, por ejemplo, con la picadura de los mosquitos.

3.4.1 Transmisión sexual

La infección por el VIH es sobre todo una enfermedad de transmisión sexual (sexually transmitted disease, STD) en todo el mundo. La transmisión entre miembros del sexo opuesto indudablemente es la forma más frecuente de transmisión de la infección en todo el mundo, en particular en los países en vías de desarrollo. Además, la incidencia anual de los casos nuevos de SIDA que se adquieren por contacto heterosexual está experimentando una elevación constante en Estados Unidos, sobre todo en las minorías del sexo femenino

FIGURA 1.



Rostro cambiante de la epidemia del VIH/SIDA en Estados Unidos. La proporción de casos de SIDA entre mujeres y niñas adolescentes (edad >13 años) aumentó de 8% en 1986 a 26% en 2002. (Con autorización de Centers for Disease Control and Prevention, 2003.) Fuente: Harrison, Principios de Medicina Interna, 16 ediciones.

Se ha demostrado la presencia del VIH en el líquido seminal, tanto en estado libre como dentro de las células mononucleares infectadas. Al parecer, el virus se concentra en el líquido seminal, sobre todo cuando existen en el mismo cantidades elevadas de linfocitos y monocitos, lo que sucede en los estados inflamatorios del aparato genital, como en la uretritis y la epididimitis, procesos que están íntimamente asociados con otras enfermedades de transmisión sexual. También se ha encontrado el virus en los frotis del cuello uterino y en el líquido vaginal. Existe una fuerte asociación entre la transmisión del virus y el individuo receptor del coito anal, probablemente porque sólo una delgada y frágil mucosa rectal separa el semen depositado de las células potencialmente vulnerables situadas en la mucosa y debajo de ella, así como por el hecho de que es fácil que el coito anal se acompañe de algún traumatismo. Las duchas anales y las prácticas sexuales que traumatizan la mucosa rectal también incrementan la probabilidad de infección. Es del mismo modo probable que la infección durante el coito anal se produzca al menos de dos maneras: 1) por inoculación directa del virus en la sangre cuando se han producido desgarros traumáticos de la mucosa y 2) por infección de las células diana vulnerables, como las células de Langerhans de la mucosa, aunque no exista traumatismo. Aunque la mucosa vaginal presenta un grosor varias capas superiores al de la mucosa rectal y no es tan fácil que se traumatice durante el coito, es evidente que el virus puede transmitirse a uno u otro miembro de la pareja a través del coito vaginal. En un estudio prospectivo realizado durante 10 años en Estados Unidos sobre la transmisión heterosexual del VIH, se observó que la transmisión desde el varón a la mujer es aproximadamente ocho veces más eficaz que a la inversa. Esta diferencia puede deberse en parte al contacto prolongado del líquido seminal infectado con la mucosa de la vagina o el cuello uterino y también del endometrio (una vez que el semen atraviesa el orificio cervicouterino). En cambio, el pene y su orificio uretral quedan expuestos durante bastante menos tiempo al contagio por parte del líquido vaginal infectado. Entre los diferentes cofactores examinados en dicho estudio, el antecedente de STD estaba íntimamente asociado con la transmisión del VIH. A este respecto, hay una estrecha asociación entre las úlceras genitales y la transmisión tanto desde el punto de vista de la predisposición a la infección como de la infecciosidad. Las infecciones causadas por algunos microorganismos, como *Treponema pallidum*, *Haemophilus ducreyi* y el virus del herpes simple ([herpes simplex virus, HSV]), son causas importantes de úlceras genitales relacionadas con la transmisión del VIH. Además, los microorganismos que causan STD inflamatorias no

ulcerosas, como *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y *Trichomonas vaginalis*, también se asociaban con un mayor riesgo de transmisión de la infección por VIH. La vaginosis bacteriana, una infección relacionada con las conductas sexuales pero no estrictamente una STD, también puede asociarse con un mayor riesgo de transmisión del VIH. Existen varios estudios que sugieren que el proporcionar tratamiento para otras STD y para los síndromes del aparato genital puede ayudar a prevenir la transmisión del VIH. Este efecto es más prominente en las poblaciones en las que la prevalencia de la infección por el VIH es relativamente baja. En estudios efectuados en Uganda, el factor principal de predicción de la transmisión heterosexual del VIH fue la magnitud de la concentración del virus en el plasma. En una cohorte de parejas en las que uno de los miembros estaba infectado por el virus y el otro no lo estaba inicialmente, la concentración sérica media del RNA del VIH fue bastante más elevada entre los sujetos infectados por el virus cuyas parejas experimentaron seroconversión que entre los que tenían parejas que no habían tenido ésta. De hecho, la transmisión fue rara cuando el compañero infectado tenía una concentración plasmática menor de 1 500 copias de RNA del VIH/ ml. Llama la atención en ese estudio que no ocurrieron seroconversiones en 50 miembros varones de las parejas que estaban circuncidados. Más aún, en otros diversos estudios, la falta de circuncisión guardó una relación firme con el riesgo más elevado de contraer la infección por el VIH. Esta diferencia puede deberse al aumento de la susceptibilidad de los varones no circuncidados a las STD ulcerativas, así como a otros factores como los microtraumatismos. Además, el tejido interior altamente vascularizado del prepucio contiene una densidad elevada de células de Langerhans, así como cantidades considerables de células T CD4+, macrófagos y otras células que son diana del VIH. Por último, el ambiente húmedo que se encuentra por debajo del prepucio puede promover la presencia o la persistencia de la flora microbiana que, al propiciar los cambios inflamatorios, tiende a incrementar en mayor grado aún las concentraciones prepuciales de células que son diana del VIH. En algunos estudios, el empleo de anticonceptivos orales se acompañó de un aumento de la incidencia de la infección por VIH más allá del que cabría esperar al no emplear condón para el control de la natalidad.

El sexo oral es un modo mucho menos eficiente de transmisión del VIH que el coito anal receptivo. En diversos estudios se ha informado que la incidencia de la

transmisión de esta infección por medio del sexo oral en parejas discordantes en cuanto al estado portador del VIH fue extremadamente baja; de hecho, un estudio no informó caso alguno entre 239 varones en los que el único riesgo era el coito oral receptivo; en este grupo 28% sabía que su pareja estaba infectada por el virus. Sin embargo, se han publicado varios informes de transmisión del VIH resultante solamente de felación receptiva y estimulación vulvobucal con inserción. Probablemente hay muchos más casos que quedan sin informarse a causa de la práctica frecuente tanto de sexo oral como de coito anal receptivo por la misma persona. Por lo anterior, carece de sustento la suposición de que el sexo oral receptivo es totalmente seguro. La asociación de la ingestión de alcohol con el consumo de sustancias ilícitas y la conducta sexual riesgosa, tanto homosexual como heterosexual, incrementa las posibilidades de que ocurra la transmisión sexual del virus de la inmunodeficiencia humana.

3.4.2 Transmisión por la sangre y hemoderivados

El VIH puede transmitirse a los individuos que reciben transfusiones de sangre contaminada por el VIH, hemoderivados o trasplantes hísticos, así como los IDU expuestos al VIH mientras comparten un mismo instrumental contaminado, como agujas, jeringuillas, el agua en la que se mezcla la droga o el algodón a través del que se filtra. La transmisión parenteral del VIH durante la inyección de drogas no requiere una punción intravenosa; las inyecciones subcutáneas (“skin popping”) o intramusculares (“muscling”) también pueden transmitir el VIH, aunque estas conductas se consideran erróneamente como de bajo riesgo. El riesgo de infección aumenta con la duración del consumo de drogas parenterales; la frecuencia con que se comparten las agujas; el número de compañeros con los que se comparte la parafernalia, sobre todo en las “galerías de chute” donde se vende la droga y muchos individuos comparten el mismo instrumental; los procesos psiquiátricos comórbidos, como la personalidad antisocial; el consumo de cocaína, ya sea inyectada o fumada como “crack”; y el empleo de drogas inyectadas en alguna zona geográfica con una elevada prevalencia de la infección por el VIH-1, como ocurre en ciertas zonas en el interior de las ciudades en Estados Unidos.

Desde finales del decenio de 1970 hasta la primavera de 1985, fecha en que se declararon obligatorias las pruebas de detección del VIH-1 en la sangre de donantes, se calcula que la sangre y los hemoderivados infectaron a más de 10 000 personas en Estados Unidos. Unos 9 300 individuos que sobrevivieron a la enfermedad que hizo necesaria la transfusión contaminada con el VIH han contraído el SIDA. Se calcula que la infección se produjo en el 90 a 100% de las personas que recibieron sangre contaminada por el VIH. Las transfusiones de sangre total, de concentrados de eritrocitos, de plaquetas, de leucocitos y de plasma son capaces de transmitir la infección. En cambio, la gammaglobulina hiperinmunitaria, la inmunoglobulina de la hepatitis B, la vacuna para la hepatitis B obtenida del plasma y la inmunoglobulina Rho no se han asociado con la transmisión del VIH. Las técnicas que se utilizan para el procesamiento de estos productos inactivan o eliminan el virus.

Además de lo anterior, varios miles de pacientes hemofílicos o con otros trastornos de la coagulación se infectaron con el VIH al recibir plasma fresco congelado o concentrados de los factores de la coagulación contaminados por el virus; cerca de 5 470 de estas personas han adquirido el SIDA. En la actualidad, tanto en Estados Unidos como en la mayor parte de los países desarrollados, el riesgo de transmisión del VIH con sangre o hemoderivados es extraordinariamente pequeño gracias a la adopción de las siguientes medidas: 1) la búsqueda de ácido nucleico de VIH en todas las muestras de sangre, del antígeno p24 y de anticuerpos para el VIH; 2) la autoexclusión de los donantes en función de sus conductas de riesgo; 3) la exclusión de los sujetos negativos al VIH con parámetros de laboratorio positivos sustitutivos de infección por el VIH, como las hepatitis B y C, y 4) la realización de pruebas serológicas de la sífilis. En la actualidad se calcula que el riesgo de infección por el VIH en Estados Unidos a través de sangre transfundida previamente analizada es de alrededor de una por cada 725 000 a una por cada 835 000 donaciones. Por tanto, en los 12 millones de donaciones que se efectúan cada año en Estados Unidos, se calcula que hay unas 16 U destinadas a la transfusión que están infectadas. Por este motivo, a pesar de los mejores esfuerzos de la ciencia, no es posible eliminar por completo el riesgo de transmisión del VIH por medio de transfusiones, ya que la tecnología actual no permite identificar al RNA del VIH durante la primera o las dos primeras semanas a causa de los bajos niveles de la viremia. A este respecto, dos individuos de Florida contrajeron hace poco tiempo el VIH de un sólo donador que se había infectado

recientemente; el sistema de recolección de sangre en cuestión había empleado pruebas de amplificación del ácido nucleico para investigar esa sangre. Se han publicado varios informes de brotes esporádicos tras la ejecución de procedimientos disponibles de manera sistemática en ciertos países, en los que se permitió la transfusión de sangre contaminada, lo que tuvo como consecuencia que quedaran infectados pequeños grupos de pacientes. En China han quedado infectados números alarmantes de personas mediante la venta de sangre en situaciones en las que los recolectores de ésta reutilizaron agujas que se habían contaminado y en algunos casos administraron productos sanguíneos mezclados de diversas personas, separaron el plasma y volvieron a administrar los eritrocitos a los donadores individuales. Se estima que más de 6% de la población de China infectada por VIH contrajo la infección mientras vendía su sangre. En Estados Unidos no se conocen casos de transmisión del VIH- 2 a través de la donación de sangre y, en la actualidad, la sangre de los donantes se somete a pruebas para detectar los anticuerpos contra el VIH-1 y el VIH-2. La posibilidad de que un hemofílico se infecte con los concentrados de factores de la coagulación ha quedado prácticamente eliminada gracias a la protección adicional que se obtiene sometiendo esos concentrados a la acción del calor. Antes de iniciarse la detección selectiva de los donantes se habían registrado algunos casos de transmisión del VIH con el semen utilizado para la inseminación artificial y con los tejidos empleados en los trasplantes. Ahora, antes de realizar un trasplante, los tejidos de los donantes se someten a pruebas de detección sistemática para descartar una infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

3.4.3 Contagio del VIH en el medio laboral: personal sanitario y de laboratorio

Existe un riesgo laboral pequeño pero claro de transmisión del VIH entre los profesionales sanitarios, el personal de laboratorio y, posiblemente, de otras personas que manipulan las muestras de los pacientes con infección por el VIH, sobre todo si manipulan objetos punzantes. En Estados Unidos se calcula que entre 600 000 y 800 000 profesionales sanitarios sufren cada año pinchazos con las agujas u otros instrumentos punzantes de uso médico. Grandes estudios en diversas instituciones han indicado que el riesgo de transmisión del VIH después de los pinchazos en la piel con una aguja o un objeto punzante contaminados con sangre de un individuo con infección por VIH comprobada era de cerca de 0.3% y que, después de la exposición

de las mucosas, lo es de 0.9%. Se ha comprobado la transmisión del VIH después de la exposición de la piel no intacta, pero no ha podido determinarse con precisión el riesgo promedio de que ocurra la transmisión por esta vía; sin embargo, se calcula que es menor que el que entraña la exposición de las mucosas. No se ha comprobado la adquisición de la infección por VIH a través de la piel intacta. El riesgo aumentado de contraer la infección por el VIH después de las exposiciones percutáneas a sangre infectada por este virus se relaciona con incidentes en los que el volumen de ésta era relativamente grande, como sucede en el caso de los dispositivos visiblemente contaminados con la sangre del paciente, los procedimientos que se caracterizan por la inserción directa de una aguja en una vena o una arteria o las lesiones profundas. Los factores que podrían participar en la transmisión mucocutánea del VIH incluyen la exposición a un volumen extraordinariamente grande de sangre, un contacto prolongado con ella y una vía de entrada potencial.

Por añadidura, el riesgo aumenta en los casos de las exposiciones a la sangre de pacientes que presentan una etapa avanzada de la enfermedad, tal vez por el título más elevado del VIH en ella, así como por otros factores, como la presencia de cepas más virulentas de este microorganismo. El empleo de fármacos antirretrovíricos para la profilaxis después de la exposición disminuye el riesgo de desarrollar la infección, en contraste con los controles históricos en trabajadores de asistencia a la salud expuestos de manera ocupacional. El riesgo de infección por el virus de la hepatitis B (hepatitis B virus, HBV) después de un tipo semejante de exposición es de 6 a 30% en los individuos no inmunizados; si un trabajador de la salud susceptible se expone al HBV, la profilaxis subsiguiente a la exposición con inmunoglobulina contra la hepatitis B y el inicio de la vacunación contra esta enfermedad tendrá una eficacia mayor de 90% para prevenir la infección por este virus. El riesgo de infección por el virus de la hepatitis C (hepatitis C virus, HCV) después de experimentar una lesión percutánea es de cerca de 1.8% (11).

Desde el comienzo de la epidemia de VIH, se han comunicado al menos tres casos en los que la transmisión de la infección desde un profesional sanitario a sus pacientes parecía bastante probable. El primero de ellos correspondía a un dentista de Florida que aparentemente había infectado a seis de sus pacientes a través del instrumental contaminado. Otro caso hacía mención a un cirujano ortopédico en Francia que al parecer infectó a un paciente durante la colocación de una prótesis total de cadera. El

tercero consistió en la probable transmisión del VIH de una enfermera a un paciente quirúrgico en Francia. Un caso adicional involucraba a un cirujano general de Australia negativo al VIH que podría haber infectado a cuatro pacientes durante procedimientos quirúrgicos ambulatorios. Parece que la causa de la transmisión se debía a un fallo del cirujano, que no esterilizó en forma adecuada el instrumental después de una intervención previa en un paciente infectado. A pesar de estos pocos sucesos, el riesgo de transmisión desde un profesional sanitario infectado a los pacientes es extraordinariamente bajo; de hecho, es demasiado bajo como para ser medido con exactitud. Sin embargo, algunos estudios epidemiológicos han seguido la cadena epidemiológica de miles de pacientes de dentistas, cirujanos, tocólogos y ginecólogos con infección por el VIH y no se conoce ni un solo caso de infección por el VIH que pueda relacionarse con los profesionales sanitarios. La sola posibilidad de que el VIH y también las hepatitis B y C puedan transmitirse en el puesto de trabajo desde los pacientes a los profesionales sanitarios, y viceversa, subraya la importancia que tiene el aplicar las precauciones universales siempre que se presta asistencia a cualquier paciente (11).

3.5 EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH EN EL MUNDO

Desde de que se dieron los primeros casos por la infección de VIH en 1981 y de forma oficial se inició la pandemia del VIH/SIDA, la enfermedad se diseminó rápidamente en algunas regiones del mundo como África por ejemplo y en otras partes del mundo tuvo un apareamiento relativamente tardío como en Asia (12). Otro elemento que jugó un papel importante en el comportamiento de la epidemia es el grado de desarrollo de cada país, así podemos ver que los países desarrollados aunque en un principio se vieron afectados en gran medida durante los primeros años de la pandemia lograron controlar la enfermedad y reducir el número de nuevos contagios y muertes debidas al VIH/SIDA. Sin embargo para los países en desarrollo el escenario es distinto, dadas sus condiciones de pobreza y servicios de salud deficientes la enfermedad no ha encontrado mayores obstáculos para su diseminación y el VIH/SIDA sigue siendo una de las primeras causas de morbi-mortalidad en estos países. La década de 1990 fue en la que la pandemia se encontraba en su apogeo (13)

Ya que en los años anteriores no se contaba con tratamientos eficaces y los programas de prevención no eran del todo eficaces debido a que aún se desconocían mucho del comportamiento del virus y sus modos de transmisión. Con el apareamiento de la terapia con tres drogas, o la triple terapia como se le conoce actualmente, y el mejoramiento de los programas de prevención se logró controlar la enfermedad en algunos países que pudieron tener acceso a estos fármacos, pues los precios de las terapias eran y siguen siendo muy elevados lo que limita su disponibilidad en algunos países especialmente en países en vías de desarrollo.

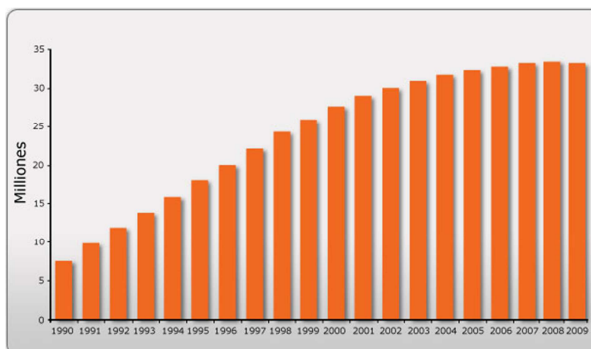
Tomando en cuenta lo anterior es lógico pensar que los países con índices de pobreza más altos son los que lógicamente presentan los niveles más altos de VIH/SIDA, de esa cuenta podemos mencionar que el continente africano es el más afectado por la enfermedad, en él viven más de dos terceras partes de las personas infectadas y en especial la región de África sub-Sahariana es la más afectada (12). En el continente asiático la enfermedad entró relativamente tarde como se mencionó anteriormente y la enfermedad se diseminó principalmente por la vía sexual heterosexual y entre los usuarios de drogas intravenosas UDI y aunque en algunos países asiáticos la prevalencia de la enfermedad es baja dado que son países densamente poblados el número de infectados resulta ser alto. Por ejemplo en el año 2000 en la India solamente 7 de cada 1000 adultos estaban infectados por el VIH sin embargo esto representa 3.7 de personas (12).

En el continente Europeo la enfermedad se inició precozmente especialmente en Europa occidental, pero las medidas de prevención lograron controlar la pandemia la cual se centró más en las grandes ciudades y en la parte sur del continente. Las vías de transmisión más importantes fueron las relaciones homosexuales y el consumo de drogas intravenosas (13).

Actualmente la epidemia se encuentra controlada en varios países en los cuales está presente en grupos de riesgo bien identificados mientras que en otros la cantidad de infectados por el VIH es aún bastante alta y es un problema de salud difícil de manejar (14).

En gráfica número 2 se muestra el número de personas infectadas con VIH desde 1990 hasta 2009 y en él podemos observar que hasta hace unos años la epidemia pareciera que se estabiliza, pero aún así la cantidad de personas es bastante alta.

Gráfica No.2



Fuente: Datos publicados por ONUSIDA.

En la tabla No.2 Se presentan algunos indicadores que muestran la situación del VIH/SIDA actualmente a nivel mundial.

Tabla 2

	Cálculo estimativo	Rango
Personas que viven con VIH/SIDA en 2009	33,3 millones	31,4-35,3 millones
Adultos que viven con VIH/SIDA en 2009	30,8 millones	29,2-32,6 millones
Mujeres que viven con VIH/SIDA en 2009	15,9 millones	14,8-17,2 millones
Niños que viven con VIH/SIDA en 2009	2,5 millones	1,6-3,4 millones
Personas recientemente infectadas con VIH en 2009	2,6 millones	2,3-2,8 millones
Muertes por SIDA en 2009	1,8 millones	1,6-2,1 millones

Fuente: Datos publicados por ONUSIDA en su reporte 2010.

En la tabla No. 3 se presentan datos sobre número de personas con VIH/SIDA, nuevas infecciones y muertes causadas por la enfermedad, en diferentes regiones del mundo (14).

Tabla 3

Región	Adultos y Niños que viven con VIH/SIDA	Adultos y niños recientemente infectados	Frecuencia en Adultos*	Muertes de adultos y niños
Africa Subsahariana	22,5 millones	1,8 millones	5,0%	1,3 millones
Africa del Norte y Oriente Medio	460 000	75 000	0,2%	24 000
Asia Meridional y Sudoriental	4,1 millones	270 000	0,3%	260 000
Asia Oriental	770 000	82 000	<0,1%	36 000
Oceanía	57 000	4500	0,3%	1400
Central y América del Sur	1,4 millones	92 000	0,5%	58 000
Caribe	240 000	17 000	1,0%	12 000
Europa Oriental y Asia Central	1,4 millones	130 000	0,8%	76 000
Europa Occidental y Central	820 000	31 000	0,2%	8500
América del Norte	1,5 millones	70 000	0,5%	26 000
Total mundial	33,3 millones	2,6 millones	0,8%	2,0 millones

Fuente: Datos publicados por ONUSIDA, en su reporte 2010

3.6 VIH EN AMERICA LATINA

La epidemia en América Latina ha logrado extenderse a lo largo del continente producto de los altos índices de pobreza y las migraciones. Se estima que para el 2015 la región contará con unos 3.5 millones de portadores del virus VIH aunque podían ser mas. Los países de América Latina presentan diferencias entre ellos lo que provoca que sea difícil elaborar un plan de acción contra la enfermedad para la región y que se pueda implementar en todos los países de la misma forma. Al contrario los planes se deben desarrollar tomando en cuenta las características propias de cada población y dirigirlos hacia los grupos de riesgo identificados en cada país. Por ejemplo en México y Centro América la principal vía de trasmisión son las relaciones sexuales tanto homosexual como heterosexual, en Puerto Rico el grupo de mayor riesgo son los consumidores de drogas intravenosas mientras que en la Argentina la principal vía de contagio son las relaciones heterosexuales (15). Aún así se estima

que la prevalencia media del VIH en la región es menos del 1% de la población total. Sin embargo hay que tener presente que los jóvenes entre 15 y 24 años junto con los hombres que tienen sexo con hombres componen la mayoría de los 160,000 casos nuevos que se presentan cada año, de hecho los jóvenes representa el 45% de las infecciones nuevas (16). La tabla número cuatro muestra el número de personas con VIH/SIDA en América Latina.

Tabla 4

Adultos y niños que viven con VIH/SIDA	2 millones
Adultos y niños recientemente infectados	170,000
Muertes de adultos y niños por VIH/SIDA	77,00

Fuente: Documento "Cifras del VIH/SIDA en el Caribe y América Latina (20)

3.7 VIH EN EL CARIBE

La situación del VIH en el Caribe es bastante preocupante ya que la prevalencia en esta región es bastante alta. Se considera que es la segunda región del mundo más afectada por la epidemia, en términos relativos, con 230 mil contagios y condiciones de pobreza y desempleo que dificultan la respuesta a la epidemia (17). En el Caribe el VIH utiliza varias vías para su diseminación. La vía más importante es la sexual principalmente de tipo heterosexual, sin embargo en Cuba y Trinidad y Tobago las relaciones homosexuales sin protección representan la principal vía de infección, mientras que en Puerto Rico y Bermudas se presentan los consumidores de drogas intravenosas como el grupo de más riesgo (18). Según Raquel Child, del Fondo Mundial de Población de la ONU, la particular forma social y cultural así como la marcada diferencia en cuestión de género ha hecho no solo que la epidemia "tenga un marcado patrón de transmisión heterosexual". A demás indica el informe que debido a esto las mujeres se encuentran en una marcada desventaja ante los hombres en la vida social y familiar. Esto se ilustra con el hecho que en la región la proporción de hombres y mujeres con VIH es de uno a uno y en el caso excepcional de Haití se considera que existen 2 mujeres por cada hombre infectado (17). Sin embargo ONUSIDA reconoce que se están haciendo esfuerzos en la región para hacerle frente

a la enfermedad y que es necesario trabajar en programas de prevención pues lo primordial es evitar que las personas se infecten con el virus y a la par de estos programas es importante trabajar para combatir la homofobia y la discriminación ya que el Caribe es una zona donde esto es muy marcado, incluso en algunos países aún existen legislaciones que penalizan la homosexualidad (19).

3.8 VIH EN AMÉRICA CENTRAL

En el informe de estado de la región latinoamericana en noviembre del año 2008 se informó que de los seis países con mayor incidencia de VIH/SIDA en América Latina cuatro de ellos se encuentran en Centroamérica y que tres de estos países presentan tasas de incidencia mayores al 1% (20). En América Latina y el Caribe se estima que viven 1.7 millones de personas con VIH y de estas 208,600 se encuentra en Centroamérica (21) aunque en el últimos reportes de el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica se estima que este número podría estar ya en los 380,000(W). El VIH se encuentra entre las diez primeras causas de muerte en la región en especial en Honduras, Guatemala y Panamá (21). De hecho se estima que solo en Honduras y Guatemala se encuentra la tercera parte de las persona infectadas siendo Honduras el país con la prevaecía más alta alcanzado un 32.2%, mientras que Belice es el país con menos incidencia siendo solo de un 1.9% (22). Varios informes señalan que factores como la pobreza, escaso acceso a educación y a los servicios de salud, son factores que contribuyen a las altas tasas de prevalencia en la región. Esto se demuestra con el hecho de que menos del 50% de los jóvenes identifica los métodos de prevención del virus (20). Una cosa importante que señalan los estudios es el caso específico de las mujeres las cuales representan “un caso particularmente preocupante” ya que la incidencia en este grupo ha ido en aumento al punto que varios hablan de la feminización de la enfermedad. Entre los factores que contribuyen a esta feminización, además de los que ya se mencionaron, según ONUSIDA se encuentra el hecho que las mujeres tienen poco o ningún poder de negociar el uso del condón al momento de tener relaciones y que las que tienen parejas fija no lo utilizan. De esta forma las mujeres pueden seguir infectándose ya que se ha demostrado que un número significativo de hombres mantienen relaciones con hombres y mujeres al mismo tiempo (20). A pesar de todo esto en opinión del director de ONUSIDA para Latinoamérica, César Núñez, en un informe de marzo del 2011 señala que la solución

se encuentra en reforzar los programas de prevención (19). El mismo informe señala que América Latina debe trabajar para erradicar discriminación y la violación a los derechos de las personas infectadas.

3.9 VIH GUATEMALA

Guatemala es un país que se encuentra en el extremo norte del istmo centroamericano, limita al oeste y al norte con México, al este con Belice y el golfo de Honduras, al sureste con Honduras y El Salvador y al sur con el océano Pacífico. Cuenta con una extensión territorial de 108,889 kilómetros cuadrados (23), la población del país se estima es 14, 361,666 habitantes de los cuales 7, 338,328 son mujeres y 7, 003,337 son hombres (24). Guatemala es un país joven ya que el 81% de la población se encuentra en el rango de edad de 39 años o menos (23). El 58% es ladino o mestizo, 40% es indígena, la etnia garífuna representa un 12% y la xinca un 4%. Cuenta con una densidad poblacional de 103 habitantes por kilómetro cuadrado (25). El idioma oficial es el español pero también se hablan 22 lenguas mayas el garífuna y el xinca (26). A pesar que durante la época colonial el catolicismo era la única religión reconocida, en la actualidad existe libertad de culto, por lo que en el país se practican varias religiones como lo son el catolicismo que es practicado por el 50.5% de la población, los protestantes representan el 40.2% los cristianos ortodoxos un 5.2% el resto de religiones que se practican en el país representan un 2.4% y un 3.7% refiere no practicar ninguna (18). Del total de la población el 54% vive en el área rural y el 46% en área urbana, el 56.19 vive en condiciones de pobreza y el 15.59 de extrema pobreza (24).

La historia de la epidemia en el país se inicia en 1984 cuando el Ministerio de Salud Pública reportó el primer caso en un hombre de 28 años de origen guatemalteco proveniente de los Estados Unidos, dos años más tarde en 1986 se reportan los primeros casos de SIDA en mujeres cuyas edades eran de 31 y 34 años, dos años más tarde en 1988 se reportan los primeros casos de SIDA en personas residentes en el país. El primer caso registrado es el de una niña de 12 años de edad con el antecedente de haber recibido una transfusión sanguínea, más tarde, ese mismo año es diagnosticado con la enfermedad un hombre homosexual de 38 años de edad. En 1990 se dan los primeros casos en menores de cuatro años quienes también tenían el

antecedente de transfusiones sanguíneas y tres años más tarde se dan los primeros casos de transmisión vertical (27).

En Guatemala al igual que en el resto del mundo al iniciarse la epidemia está se concentró en homosexuales y mujeres trabajadoras del sexo, por lo que se estigmatizó la enfermedad haciéndola propia de estos grupos sociales y justificándola al mismo tiempo ya que se les condena moralmente y se considera que la enfermedad es el resultado lógico de sus conductas inmorales (27). Posteriormente la enfermedad se extiende a la población en general y se reportan casos de hombres, mujeres y niños los cuales en su mayoría tenían el antecedente de haber recibido transfusiones sanguíneas. Con los años la vía sexual heterosexual se consolidó como la forma más importante de transmisión de la enfermedad.

El VIH/SIDA cuenta ya con 27 años de historia en Guatemala durante los cuales la enfermedad se ha propagado por todo el país afectando a unas zonas más que otras. Esto se debe principalmente a que Guatemala dada su posición geográfica es un punto de paso obligado de todos los migrantes que se dirigen hacia los Estados Unidos, por esta razón podemos ver que los departamentos situados en la ruta de estos migrantes son los que presenta la mayor cantidad de casos de VIH/SIDA. Estos departamentos se agrupan en lo que varios autores han denominado “el corredor del SIDA” (28), el cual está compuesto por los departamentos de Izabal, Guatemala, Escuintla, Mazatenango, Retalhuleu, Quetzaltenango y San Marcos.

Durante los primeros años se presentó principalmente en homosexuales y en personas que habían recibido transfusiones sanguíneas esto derivado a que aún no se implementaba ningún control en los hemoderivados para la detección del virus. De igual manera la detección e información de casos no eran adecuados por lo que en los primeros años esta información era limitada. Con el pasar de los años los programas de prevención e información acerca del VIH/SIDA se fueron adecuando y modernizando para poder responder a las necesidades del país. De esa cuenta hasta febrero del año dos mil once el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) reporta un total de 22,647(31) casos reportados de VIH/SIDA de los cuales 11,827 se reportaron en el periodo 2008-2010. Esto en opinión de los expertos no indica un repunte de la enfermedad en el país si no que es resultado de una mayor

detección de casos. De estos 22,647 casos el 38% corresponde al sexo femenino y el 62% al sexo masculino. Actualmente se maneja que la tasa de VIH/SIDA a nivel nacional es de 226.22 X 1000 habitantes. Esta tasa se eleva considerablemente en los departamentos del llamado corredor del SIDA donde podemos observar que las tasas por cada 1000 habitantes para estos lugares son: Retalhuleu 495.17, Izabal 422.36, Escuintla 407.33, Suchitepéquez 307.13, Guatemala 305.23, Peten 303.86, San Marcos 244.65 y Quetzaltenango 231.57 (8).

En relación al rango de edad de las personas con VIH/SIDA el 61.7% corresponde al rango de edad de 20 a 39 años (29) y 5% de los casos se presentó en niños de 0 a 4 años. Al hablar del grupo étnico al que pertenecen las personas infectadas con VIH/SIDA el 77% se identificó como ladino, el 22% como indígena, un 0.6% como garífuna, un 0.2 como xinca. Al hablar sobre el estado civil el 29% es soltero, en unión libre 22%, casado un 16% y viudo o divorciado un 33%(8). Dentro de los grupos de riesgo se reporta que la prevalencia entre hombres que tienen sexo con hombres es del 11.5%, entre la trabajadoras comerciales del sexo un 8.7% y en mujeres embarazadas un 0.94%(30). La vía de transmisión en el 94% de los casos fue la sexual (8).

En un estudio que se realizó en el 2007 se determinó que en el rubro de los servicios de salud a nivel nacional en su mayoría en cuanto a recursos humanos que prestan el servicio es insuficiente y no cumplen con los estándares internacionales en relación al número de acuerdo al tamaño de la población (31). De esa cuenta las estimaciones para Guatemala a principios del 2011 son que viven en el país 65,701 personas con VIH, habrá 7,557 nuevas infecciones lo que representa 21 personas por día (8).

3.10 VIH Y MUJERES

Las investigaciones acerca del VIH/SIDA se iniciaron casi al mismo tiempo que apareció la enfermedad en 1981, de esa forma se logró identificar al virus VIH y a ciertos grupos dentro de la sociedad que por sus conductas los hacían más propensos a adquirirlo y fueron llamados “grupos de riesgo”. En estos grupos de riesgo se encuentran las trabajadoras del sexo, usuarios de drogas intravenosas, homosexuales y personas que tienen relaciones sexuales sin la protección de un condón, y es hacia

estos grupos de riesgo que dirigen los programas de prevención y las campañas educativas del VIH/SIDA. Sin embargo con el tiempo la enfermedad fue propagándose y afectando a un grupo poblacional que no estaba incluido dentro de los grupos de riesgo, las mujeres. Desde hace unos diez años a la fecha el VIH/SIDA se ha propagado entre las mujeres de todo el mundo y actualmente se estima que la mitad de las personas que viven con VIH/SIDA en el mundo son mujeres aunque en algunas partes del mundo, como África subsahariana y el Caribe este número es mayor (18). Es de esta forma que empiezan a realizarse investigaciones del VIH en las mujeres, para poder entender si en ellas existen factores de riesgo propios que no se han tomado en cuenta o si son algunas condiciones especiales las que las hacen tan propensas a la infección. A continuación se muestran los datos de algunas investigaciones realizadas a nivel mundial y latinoamericano así como nacional acerca del tema, las cuales nos muestran la realidad de las mujeres y el VIH/SIDA.

En el año 2000 en la ciudad de Cali, Colombia se realizó un estudio que involucró a 312 mujeres en edades entre los 12 y los 76 años. Este estudio se realizó con el objetivo de identificar factores de riesgo para contraer VIH en las mujeres de la ciudad después de que la proporción entre hombres y mujeres VIH positivo cambio de ser 37:1 en 1987 a 3:1 en 1999 (32). Dentro de los datos relevantes se encuentra que el 40% era menor de 25 años y que el 45% estaba casada o unida al momento del estudio. El 61% refería tener vida sexual activa, de estas el 97% refería ser heterosexual, el 1.6 bisexual y un 0.5% homosexual. Al preguntar acerca del uso del condón el 46% respondió que no le gusta usarlo, un 27% no respondió la pregunta y un 31% refiere usarlo pero no de forma regular. De las que tienen pareja fija un 45% refiere creer o sospechar que su pareja ha tenido relaciones con otras personas. El estudio también indagó acerca de si existía algún tipo de violencia hacia las mujeres y se comprobó que el 32% vivía con miedo de ser golpeada por su pareja, el 9% había sido objeto de violencia física y un 12% había sido obligada a tener relaciones sexuales en los últimos 6 meses (32).

Como podemos darnos cuenta en este estudio se evidencia que las mujeres de la ciudad de Cali tienen varios factores de riesgos como la poca o ninguna utilización del condón por ejemplo, pero además se muestra otro factor de riesgo como lo es la

violencia hacia la mujer que en ese momento no era considerada como factor para adquirir el VIH.

En año 2001 en la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, USAC, se realizó un estudio de caracterización epidemiológica de personas con VIH/SIDA en la clínica No. 08 del Hospital Roosevelt. En dicho estudio se tomaron todas las personas a las que se les realizó la prueba diagnóstica de VIH durante los años 1998 al 2000. El estudio no era específico en mujeres pero evidencia la tendencia a la feminización de la enfermedad en el país ya que en sus resultados se muestra como cada año se diagnosticaban, cada vez más mujeres. El estudio muestra que en 1998 se diagnosticaron 73 mujeres VIH positivo, para 1999 fueron 113 y para el año 2000 se diagnosticaron 118, de estas la mayoría era soltera o unida (33).

En el 2004 ONUSIDA publicó un informe basado en varios estudios, el informe se llamaba “Las mujeres y el VIH” e indicaba que en África Subsahariana las mujeres representaban ya el 57% de los adultos con VIH. En Europa y Asia Central un creciente número de mujeres está adquiriendo el virus por causa de: Uso de equipos contaminados para inyectarse sustancias psicotrópicas, relaciones sexuales sin protección y por el desempeño como profesionales del sexo. Un dato muy puntual que señala el informe es que en los países industrializados de Europa así como en los Estados Unidos de Norte América las mujeres infectadas pertenecían a grupos socialmente vulnerables, como lo son las minorías étnicas, inmigrantes y los refugiados. Esto indica según el informe que “la epidemia se desarrolla en el contexto de profundas desigualdades de género y clase entre otras”. El informe también indica que existe un gran desconocimiento por parte de las mujeres acerca del VIH/SIDA (34).

Tomando en cuenta lo anterior no es extraño que se hayan realizado estudios que relacionan el VIH, las mujeres y la violencia hacia ellas, además que estos estudios evidenciaron otros factores de riesgo propios de las mujeres dada la inequidad de género. En esta línea podemos citar el estudio realizado en Venezuela.

El primero señala que la violencia contra la mujer es factor determinante en la capacidad de las mujeres en el cuidado de su salud y en la búsqueda de los servicios de salud. Este estudio señala que el machismo y la violencia de género impiden a las

mujeres negociar si se desea tener o no relaciones sexuales mucho menos el uso del condón. De igual forma la búsqueda de los servicios de salud es obstaculizada por miedo a una reacción violenta por parte del hombre en tanto que exista la posibilidad del diagnóstico de una ITS o VIH/SIDA. Varias de las entrevistadas manifestaron que no buscan los servicios de salud ya que si una de estas enfermedades es diagnosticada “Me va a decir, con quien me acosté”, “No va reconocer que fue él quien me lo pegó, que él no tiene la culpa” “Si le digo algo me va golpear” (35).

En Sudamérica el tema de las mujeres que viven con VIH ha tomado importancia y de esa cuenta se realizaron varios estudios acerca del tema. En Chile en el 2004 se realizó el estudio Mujeres chilenas viviendo con VIH/SIDA: ¿Derechos sexuales y Reproductivos? Que contó con una muestra de 100 mujeres VIH positivo, 50 de la capital y 50 del resto del país. El estudio indica que el 60% de los casos se diagnosticó al realizarse la prueba diagnóstica como consecuencia de que la pareja fue diagnosticada con la enfermedad y solo un 21% se realizó la prueba por razones de salud. La mayoría se encontraba por debajo de los 30 años y se comprobó que mientras más joven era la entrevistada menor era su conocimiento acerca del VIH/SIDA. El 30% eran solteras, 28% separadas, 21% viudas y 16% casadas. En relación al número de parejas sexuales que las entrevistadas tuvieron antes del diagnóstico el 45% señaló haber tenido de 2-3 parejas, 20% más de 4 y un 20% solo una. En relación a situaciones de violencia el 77% señaló que le ha tocado vivir alguna situación de violencia en su vida y solo el 23% señaló lo contrario. Al profundizar el tipo de violencia vivida el 92.2 % señaló el maltrato psicológico, maltrato físico 74%, abuso sexual 39%, y violación un 33.8%. Por último al preguntar sobre los responsables del maltrato, el físico en el 49% fue la pareja y 24.6 los padres, Psicológico 56.3% la pareja y 19.7 los padres, abuso sexual 30% la pareja otro 30% otro familiar que no es padre y un 16.7% el padre, violación 34.6% la pareja un 26.9% fue un familiar un 23.1% fue por un desconocido o no familiar y un 11.5 fue por el padre. (36)

Otro estudio con mujeres que viven con el VIH se realizó en el 2007 en cuatro países de Sudamérica en el marco de un proyecto del MERCOSUR y se desarrolló en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay en el que participaron 400 mujeres VIH positivo. El estudio se llamó “Dos caras de una misma realidad: Violencia hacia las mujeres y VIH/SIDA.”

Este estudio evidenció que la experiencia Chilena del 2004 era la misma para los cuatro países y que la situación continuaba igual o peor para las mujeres VIH positivo. El estudio indica que 78% de las encuestadas había sufrido algún tipo de violencia en su vida. La violencia psicológica en un 69.9%, física en un 55.6%, violencia sexual 36.6% y abuso sexual en la niñez 32.8%. Al combinar los tipos de violencia el 50% indico haber sufrido violencia física y psicológica, 22.8 % sufrió de violencia física, psicológica y abuso sexual en la niñez.

En cuanto al uso del preservativo en los cuatro países se pudo comprobar que muy pocas de las encuestadas lo utilizó antes del diagnóstico y aquellas que lo usaron lo hicieron de forma irregular (37).

En Centroamérica también se han hecho estudios de VIH y mujeres para conocer factores de riesgo y protectores que pudieran tener en el lugar donde se desenvuelven. De esa cuenta en 2009 en el estado de Blufields en Nicaragua, se realizó un estudio en un grupo de mujeres de un grupo de oración de una congregación cristiana. El estudio se llamó "Género, religión y VIH/SIDA: Investigación sobre el papel de las mujeres religiosas y su percepción acerca del VIH/SIDA".

Las mujeres del grupo de oración eran predominantemente jóvenes, el 57.14% se encontraba en el rango de edad de 20-34 años. El 79% era casada, todas habían recibido algún taller de información en el seno de la congregación en algún momento, sin embargo se pudo determinar que 71.43% no tenía conocimiento sobre la terminología del VIH/SIDA. De igual forma se pudo determinar que los conocimientos acerca de las forma de transmisión del VIH también eran equivocadas. Como dato interesante el 42.14% de las entrevistadas consideró tener riesgo de contraer la enfermedad a pesar de estar en relaciones monógamas y estables, y un 28.57 consideró estar en verdadero riesgo de contraer VIH. Y las mujeres del grupo de oración se sienten vulnerables a la infección en un 42.8% al recibir transfusiones sanguíneas y un 28.5 por infidelidad de su pareja. El estudio indica además que la principal forma de protección contra el VIH que utilizan las encuestadas es la fidelidad de pareja y que aún así al preguntarles si consideraban estar protegidas contra el VIH 28.57 indicó que no y un 42.86 no respondió a la pregunta. Además se pudo comprobar que a pesar que las mujeres asisten al grupo de oración y predicán la

palabra y aplican sus enseñanzas, no todos los esposos asisten a la iglesia y son muy pocos los que participan en talleres sobre VIH (38).

En Guatemala también se han realizado estudios sobre VIH y algunos aspectos sobre estigmatización y epidemiología. Es así como podemos mencionar varios estudios sobre el tema, en especial los realizados en la facultad de ciencias médicas de la Universidad de San Carlos. En el 2007 se realizó el estudio “Análisis de la situación del virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida en la República de Guatemala” el cual fue un estudio a nivel nacional y en el que se determinó que 52.14% de los casos de VIH correspondían a mujeres. Los casos de SIDA se presentaron predominantemente en hombres excepto en Totonicapán, Escuintla, Chiquimula y Alta Verapaz en donde fueron predominantemente en mujeres.

Con respecto a factores de riesgo de las mujeres ante el VIH el estudio “Situación de salud en pacientes femeninas en edad reproductiva con diagnóstico de VIH y SIDA” en el que participaron 1000 mujeres y realizado en la clínica de enfermedades infecciosas del Hospital Roosevelt en 2010. En este estudio 665 (66.5%) mujeres eran amas de casa, el 20.4% eran casadas un 40.4 eran unidas. Se determinó que estado de unión libre fue factor de riesgo para contraer la enfermedad ya que la infidelidad por parte de los hombres fue más frecuente (39).

Al hablar de discriminación hacia las personas con VIH el estudio “La búsqueda de servicios de salud especializada en VIH obstaculizada por el estigma y discriminación hacia personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana” realizado en 2009 en una clínica especializada en VIH y que contó con la participación de 150 personas. El 52% de la población a estudio fueron mujeres y 18% hombres, católicos en un 48% y evangélicos en un 41.5%.

El estudio indica que por miedo a la discriminación y estigmatización 3 de cada 10 pacientes entrevistados pensaron en alguna ocasión realizarse la prueba de VIH pero se abstuvieron de hacerlo. Un 35% consideró no necesitar realizarse la prueba del VIH por pensar que eso era para grupos de personas a las que él no pertenecía (homosexuales, drogadictos y prostitutas). El 49% indicó conocer o saber de alguien que ha necesitado o deseado realizarse la prueba de VIH y se ha negado por causa de

la estigmatización y discriminación. Por último el 16.5% indicó haber sido invitado a actividades de educación sobre VIH y desistió por considerar que no eran para él (40).

Al principio la epidemia era predominantemente masculina mientras que las mujeres representaban solo un pequeño porcentaje de los infectados por el virus. Con el pasar de los años la cantidad de mujeres infectada por el VIH fue aumentando paulatinamente hasta igualar la cantidad de hombres y posteriormente superarla.

Este fenómeno de feminización del VIH sucedió en todos los países del mundo de manera similar aunque en algunos más rápido que en otros. De esa cuenta actualmente se estima que el 51% de las personas que viven con VIH en el mundo son mujeres y que en el Caribe y África Subsahariana esta cifra se eleva casi al 60%(36, 18).

Las causas de que el VIH se expandiera de esa forma entre las mujeres aún no están claras y en opinión de varios autores no es una sola si no varias la razones por las que las mujeres son tan vulnerables al VIH. Las primeras argumentaciones se enfocan en que en las relaciones heterosexuales la mujer biológicamente tiene más riesgos de infección que el hombre por varias razones a saber. Primero, la zona de exposición al virus durante la relación coital es mayor en la mujer y segundo, la carga viral es mayor en el semen que en los fluidos vaginales que se ponen en contacto al mantener relaciones sexuales (11). El fenómeno también ha tratado de ser explicado desde el punto de vista socio-cultural al afirmar que la mujer está en desventaja ante los hombres ya que ellas tienen poco o ningún poder de negociación de el uso del condón en sus relaciones, así como el acceso a la información acerca del tema es limitado ya que no es bien visto que las mujeres sepan mucho de sexualidad (36, 37). Otro dato que llama la atención es el que publicó el Departamento de Salud y Servicios Humanos del Centro para el Control y la Prevención de enfermedades, CDC, de los Estados Unidos en el 2005. Este reporte señala que en un estudio realizado en 10 ciudades de los Estados Unidos y en el que participaron 19,500 pacientes VIH positivo, la probabilidad de que las mujeres recibieran medicamentos recetados para tratar la enfermedad de la manera más eficaz era un poco más baja que para los hombres(41).

El fenómeno de la feminización del VIH tiene su origen no en una, si no en varias causas las cuales deben ser tomadas en cuenta para poder implementar programas eficaces para la prevención del VIH en este grupo de la población.

El primer paso, como la apuntan varios autores, es reconocer que el problema existe. En Guatemala la situación de las mujeres con VIH no ha sido diferente. Al igual que en el resto del mundo al principio las mujeres representaban un pequeño porcentaje de las personas infectadas, según datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social hasta antes del año 1996 había una mujer por cada 7 hombres con VIH/SIDA, esa relación ha disminuido y actualmente existe una mujer por cada dos hombres (8).

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo y diseño de la investigación

Retrospectiva descriptiva.

4.2 Unidad de Análisis

Unidad Primaria de Muestreo: Expedientes clínicos de todos los pacientes infectados por VIH detectados en las pruebas de tamizaje realizadas en el hospital General San Juan de Dios y en la Unidad de Especialidades “La Autonomía” del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).

Unidad de Análisis: Datos de las fichas clínicas de donde se obtendrán los datos epidemiológicos y clínicos registrados, realizadas a los pacientes femeninas infectadas de VIH, diagnosticados en el hospital General San Juan de Dios y en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) en el periodo comprendido entre enero y diciembre del año 2010.

Unidad de Información: Registros clínicos de pacientes femeninas diagnosticadas VIH positivos en el hospital San Juan de Dios y en la Unidad de Especialidades “La Autonomía” del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población.

La población a estudio son las pacientes VIH positivas que fueron diagnosticadas en el hospital General San Juan de Dios y en la Unidad de Especialidades “La Autonomía” del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).

4.3.2 Marco Muestral.

Se tomó como marco muestral los registros de pacientes de la unidad de consulta externa “La Autonomía” del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y del hospital General San Juan de Dios.

4.3.3 Muestra

No hubo muestra ya que se trabajó con todas la mujeres diagnosticadas VIH positivo durante el año 2010

4.4 SELECCIÓN DE LOS SUJETOS A ESTUDIO

4.4.1 Criterios de inclusión

1. Se incluyeron en el estudio los expedientes clínicos de las pacientes femeninas diagnosticadas VIH positivas en el hospital General San Juan de Dios y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), en el año 2010.
2. Se incluyeron en el estudio los expedientes de mujeres de 15 años de edad o más diagnosticadas VIH positivo periodo 2010.

4.4.2 Criterios de exclusión

1. Expedientes que no contenían la información completa.
2. Expedientes en los cuales no era legible la información.

4.5 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Número de años que ha vivido una persona según la ficha clínica, clasificados en intervalos de 5 años.	Cuantitativa discreta	Razón	Hoja de recolección de datos
Lugar de residencia	Lugar en que reside.	Departamento de la República de Guatemala en el que reside el paciente según la ficha clínica.	Cualitativa	Nominal	Hoja de recolección de datos
Lugar de nacimiento	Lugar en que nació.	Departamento de la República de Guatemala en que nació el paciente, según la ficha clínica.	Cualitativa	Nominal	Hoja de recolección de datos
Grupo étnico	Comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas y culturales.	Grupo étnico anotado en la ficha clínica, se clasificará en Indígena y no Indígena.	Cualitativa	Nominal	Hoja de recolección de datos
Estado civil	Conjunto de cualidades no patrimoniales que posee un individuo y establecen su posición, tanto individual como dentro de la familia, que lo colocan en un rol social	Estado civil de la persona según la ficha clínica, se tomaran como validos casada, soltera, viuda, unión de hecho y divorciada	Cualitativa	Nominal	Hoja de recolección de datos
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante ha aprobado en un establecimiento educativo.	Ultimo ciclo académico (primaria, secundaria, diversificado, universitario) aprobado por la persona según la ficha clínica, en caso de no haber concluido ningún ciclo académico se anotara si es alfabeto o analfabeta.	Cualitativa	Ordinal	Hoja de recolección de datos
Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, sentimientos	Religión que profesa la persona según la ficha	Cualitativa	Nominal	Hoja de recolección de

	de veneración, temor hacia ella, normas morales para la conducta individual y social y prácticas rituales principalmente la oración y el sacrificio para darle culto.	clínica, se clasificaran en católico, evangélico, testigo de Jehová, mormón, otras o ninguna.			datos
Profesión u oficio	Actividad para la cual está facultada una persona u oficio al que se dedica.	Profesión u oficio de la persona según la ficha clínica según la clasificación de la Organización Internacional de Trabajo (OIT) modificada	Cualitativa	Nominal	Hoja de recolección de datos
Conducta de riesgo	Conductas que facilitan la transmisión de VIH-SIDA	Consumo de drogas, sexo sin protección.	Cualitativa	Nominal	Hoja de recolección de datos
Transfusiones sanguíneas	Operación por medio de la cual se hace pasar directa o indirectamente la sangre o plasma sanguíneo de las arterias o venas de un individuo a las arterias o venas de otro.	Si ha recibido transfusiones de sangre o no según ficha clínica	Cualitativa	Nominal	Hoja de recolección de datos
Procedimientos quirúrgicos	Parte de la medicina que tiene por objeto curar las enfermedades por medio de operación.	Si ha sido intervenido quirúrgicamente o no según ficha clínica.	Cualitativa	Nominal	Hoja de recolección de datos
Sexoservidora	Persona que mantiene relaciones sexuales a cambio de una remuneración económica	Si la paciente es sexoservidora o no según ficha clínica	Cualitativa	Nominal	Hoja de recolección de datos
Riesgos no laborales	Persona que ha sufrido abuso sexual	Si la persona ha sido abusada sexualmente o no según la ficha clínica	Cualitativa	Nominal	Hoja de recolección de datos
Pérdida de peso	Reducción del peso corporal	Si la paciente a percibido un cambio de peso mayor de 15 libras en un mes según la ficha clínica	Cualitativa	nominal	Hoja de recolección de datos
Enfermedades oportunistas	Proceso patológico debido a agentes infecciosos que normalmente no afectan al organismo, excepto si sus defensas	Presencia o ausencia de enfermedades oportunistas según la ficha clínica	Cualitativa	Nominal	Hoja de recolección de datos

	están disminuidas.				
diarrea crónica inexplicable	Diarrea crónica es aquella que dura más allá de 4 semanas, sin una causa clínica aparente	Presencia o ausencia de diarrea crónica inexplicable según la ficha clínica	Cualitativa	Nominal	Hoja de recolección de datos

4.6 Técnica, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos.

4.6.1 Técnica

Se revisaron los expedientes de las pacientes que fueron incluidas en el estudio recolectando la información requerida y se trasladó al instrumento de recolección de datos.

4.6.2 Procedimiento

Se solicitó de forma verbal y escrita autorización a los jefes del hospital San Juan de Dios y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) para luego de ser obtenidos se procedió a la revisión de los expedientes para obtener la información que se requería para la realización del estudio.

4.6.3 Instrumentos

El instrumento que se utilizó fue una ficha de recolección de datos que consta de 15 preguntas divididas en dos secciones, la primera que es de datos epidemiológicos y que consta de 12 preguntas y una segunda sección referente a datos clínicos que consta de 3 preguntas.

4.7 Procesamiento y análisis de datos.

4.7.1 Procesamiento

Los datos obtenidos fueron tabulados e ingresados al programa Excel para la realización de tablas para crear la base de datos de cada variable.

4.7.2 Análisis

El análisis de la información obtenida fue de forma descriptiva donde se obtuvieron medidas de tendencia central, se calcularon porcentajes y se realizaron gráficas para el análisis de cada una de las variables del estudio.

4.8 Alcances y límites de la investigación.

4.8.1 Alcances.

- a. El estudio aportará información actual acerca de la situación del VIH en mujeres.
- b. El estudio aportará información clínica y epidemiológica de las mujeres diagnosticadas VIH positivo en el hospital San Juan de Dios y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).
- c. El estudio aportará información acerca de pacientes de varios departamentos del país al realizarse en hospitales de referencia nacional.

4.8.2 Límites.

El estudio no aportará más información que la que se encuentra en las fichas clínicas de las pacientes incluidas en el estudio al ser un estudio retrospectivo.

4.9 Aspectos éticos de la investigación.

El estudio no involucrará ninguna experimentación con pacientes o material biológico si no que se centrará en la revisión de archivos médicos por lo que el presente es un estudio categoría I. Los resultados obtenidos serán presentados en el departamento de Capacitación y Desarrollo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y al Comité de Investigación del Hospital General San Juan de Dios.

5. RESULTADOS

Se presentan los resultados obtenidos después de revisar los expedientes clínicos de mujeres VIH positivos en la Unidad de Especialidades “La Autonomía” del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y en el Hospital General San Juan de Dios. Presentado primero los resultados epidemiológicos en las gráficas 1 a 4 y en los cuadros 1 al 4, seguidamente los factores de riesgo en el cuadro 5 y finalmente los datos clínicos en el cuadros 6.

Cuadro 5.1

Distribución por edad de las pacientes VIH positivas detectadas en la Unidad de Especialidades “La Autonomía” del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Hospital General San Juan de Dios enero - diciembre 2010
Guatemala mayo 2012

Edad en años			
Edad	Número	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
15 a 19	21	7.50	7.5
20 a 24	33	11.79	19.29
25 a 29	63	22.50	41.79
30 a 34	89	31.79	73.57
35 a 39	34	12.14	85.71
40 a 44	20	7.14	92.86
45 a 49	9	3.21	96.07
50 a 54	4	1.43	97.50
55 a 59	4	1.43	98.93
60 a 64	2	0.71	99.64
65 a 69	0	0.00	99.64
más de 70	1	0.36	100.00
total	280	100	100.00

Fuente: boleta de recolección de datos.

Cuadro 5.2

Lugar de residencia y procedencia de las pacientes VIH positivas detectadas en la Unidad de Especialidades "La Autonomía" del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Hospital General San Juan de Dios enero - diciembre 2010
Guatemala mayo 2012

Departamento	Lugar de Residencia		Lugar de Procedencia	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Guatemala	209	74.64	157	56.07
Escuintla	21	7.5	18	6.43
Suchitepéquez	10	3.57	16	5.71
Izabal	8	2.87	15	5.36
Retalhuleu	7	2.5	4	1.43
Chimaltenango	6	2.14	7	2.50
El Progreso	3	1.07	7	2.50
Sacatepéquez	3	1.07	4	1.43
Baja Verapaz	2	0.71	4	1.43
Jalapa	2	0.71	5	1.79
San Marcos	2	0.71	9	3.21
Zacapa	2	0.71	6	2.14
Alta Verapaz	1	0.36	1	0.36
Huehuetenango	1	0.36	1	0.36
Jutiapa	1	0.36	1	0.36
Santa Rosa	1	0.36	9	3.21
Sololá	1	0.36	6	2.14
Totonicapán	0	0	2	0.71
Quetzaltenango	0	0	7	2.50
Chiquimula	0	0	1	0.36
Total	280	100	280	100

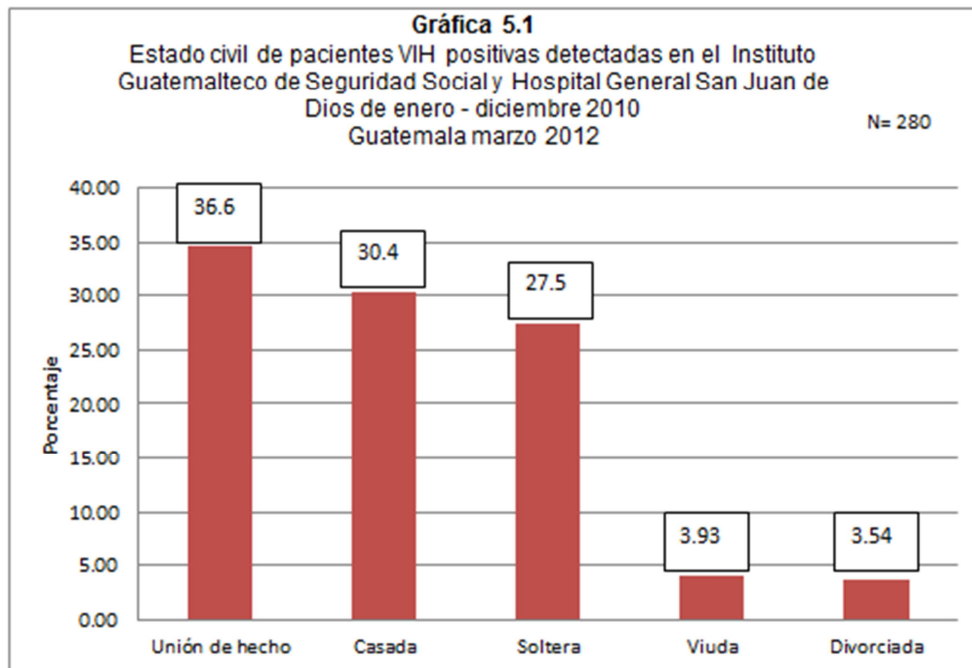
Fuente: boleta de recolección de datos.

Cuadro 5.3

Grupo étnico de las pacientes VIH positivo detectadas en la Unidad de Especialidades “La Autonomía” del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Hospital General San Juan de Dios enero - diciembre 2010
Guatemala mayo 2012

Grupo étnico	Número	Porcentaje
Ladino	243	86.79
Maya	36	12.86
Garífuna	1	0.36
Xinca	0	0.00
Total	280	100

Fuente: boleta de recolección de datos



Fuente: boleta de recolección de datos

Cuadro 5.4

Escolaridad de las pacientes VIH positivo detectadas en la Unidad de Especialidades “La Autonomía” del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Hospital General San Juan de Dios enero - diciembre 2010
Guatemala mayo 2012

Escolaridad	Número	Porcentaje
Alfabeta	63	22.50
Analfabeta	13	4.64
Diversificado	31	11.07
Educación primaria	81	28.93
Educación secundaria	90	32.14
Universitaria	2	0.71
Total	280	100.00

Fuente: boleta de recolección de datos

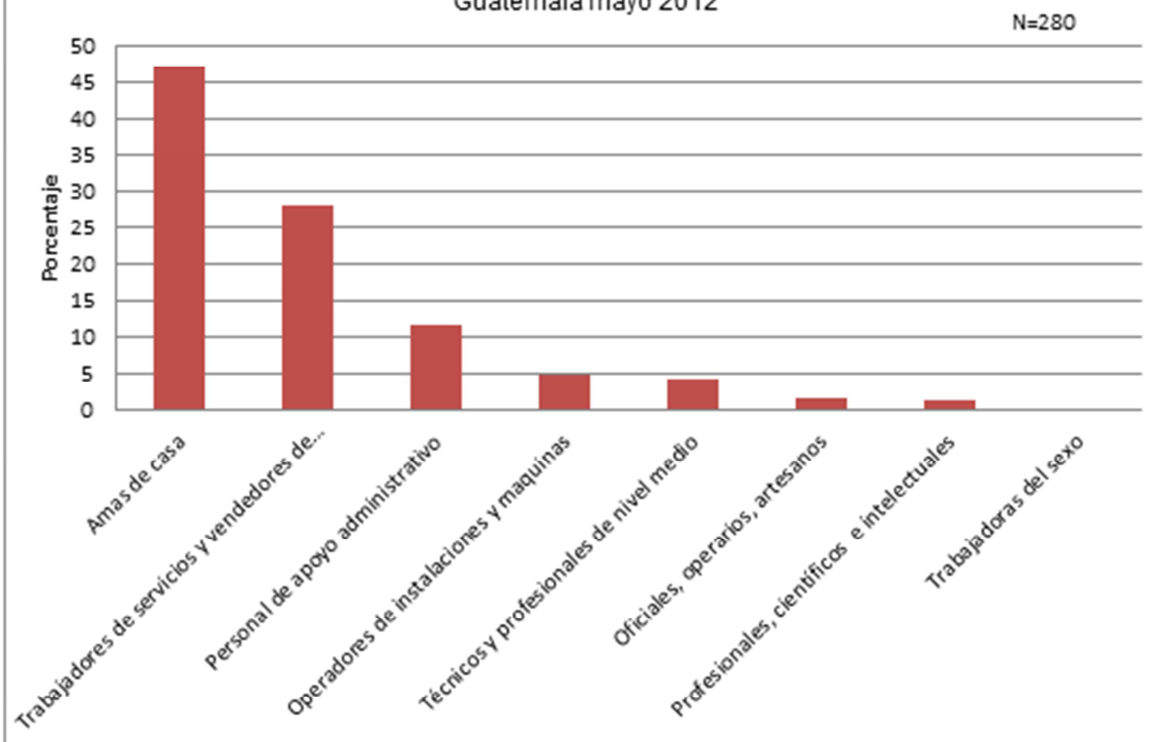
Cuadro 5.5

Religión de las pacientes VIH positivo detectadas en la Unidad de Especialidades “La Autonomía” del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Hospital General San Juan de Dios enero - diciembre 2010
Guatemala mayo 2012

Religión	Número	Porcentaje
Católico	161	57.50
Evangélico	99	35.36
Ninguna	11	3.93
Testigo de Jehová	7	2.50
Mormón	2	0.71
Otra	0	0.00
Total	280	100.00

Fuente: boleta de recolección de datos

Gráfica 5.2
 Profesión de pacientes VIH positivas detectadas en la Unidad de
 Especialidades "La Autonomía" del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
 y Hospital General San Juan de Dios enero - diciembre 2010
 Guatemala mayo 2012



Fuente: boleta de recolección de datos

Cuadro 5.6

Factores de riesgo en pacientes VIH positivo detectadas en la Unidad de Especialidades “La Autonomía” del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Hospital General San Juan de Dios enero - diciembre 2010

Guatemala mayo 2012

	Si		No	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Conductas de riesgo	63	22.50	217	77.50
Transfusiones	14	5	266	95
Procedimientos quirúrgicos	26	9.29	254	90.71
Riesgos no laborales	6	2.14	274	97.86

Fuente: boleta de recolección de datos

Cuadro 5.7

Entidades clínicas en pacientes VIH positivo detectadas en la Unidad de Especialidades “La Autonomía” del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Hospital General San Juan de Dios enero - diciembre 2010

Guatemala mayo 2012

	Si		No	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Enfermedades oportunistas	99	35.36	181	64.64
Pérdida de peso	93	33	187	67
Diarrea Crónica	61	21.79	219	78.21

Fuente: boleta de recolección de datos

6. DISCUSIÓN

Para la realización del estudio se revisaron los expedientes médicos de las mujeres diagnosticadas con el virus de inmunodeficiencia humana en el Hospital General San Juan de Dios y la unidad de especialidades “La Autonomía” del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en el 2010 y se trasladó la información a la boleta de recolección de datos. Se trabajó con una población de 280 mujeres, de las cuales el 73.57% tenían 34 años de edad o menos. Esto demuestra que gran parte de las pacientes que fueron diagnosticadas en los hospitales donde se hizo el estudio son personas jóvenes. Este dato no es muy diferente al que presenta el reporte 2011 del Centro Nacional de Epidemiología que indica que el 61% de las personas infectadas de VIH en el país se encuentran entre los 20 y 39 años de edad (8). Otro dato importante es que el 93% de las pacientes del estudio se encuentran entre los 15 y los 44 años, esto concuerda con el dato de OMS de que el VIH es la principal causa de morbilidad entre las mujeres en este rango de edad en todo el mundo (1).

El departamento de Guatemala, es el departamento donde reside la gran mayoría de las pacientes del estudio, con un 75%, seguido por los departamentos de Suchitepéquez y Escuintla. El hecho que en estos departamentos se encuentren los porcentajes más altos nos es de extrañar, ya que, son parte de lo que se denomina el corredor del SIDA en nuestro país. (7)

Al hablar del lugar de nacimiento de las pacientes del estudio los resultados muestran que aunque el departamento de Guatemala continua presentado el mayor porcentaje, un 56%, este es menor respecto al del lugar de residencia. Este mismo fenómeno se puede observar en el caso de Escuintla que presenta un porcentaje más alto en lugar de residencia que en el nacimiento, caso contrario al de Suchitepéquez que presenta un porcentaje más alto en lugar de nacimiento que en el de residencia. Esto se puede explicar por la razón de que las personas al no encontrar las oportunidades para superarse en los lugares de donde son originarios, se ven obligados a moverse a los lugares donde si las hay (12).

En relación a la etnia a la que pertenecen las pacientes que participaron en el estudio el 86.79% de identificó como ladinas, el 12.86 como mayas, 0.36% como garífuna y ninguna

lo hizo como Xinca. Estos datos difieren un poco con los publicados en el reporte 2011 del Centro Nacional de Epidemiología, CNE, en el que se señala que las personas VIH positivo el 77% son ladinas y 22% mayas (8). Esta diferencia se puede explicar por la razón de que la zona geográfica de incidencia de los hospitales en el que se realizó el estudio son lugares predominantemente ladinos, esto queda demostrado en el hecho que los lugares de procedencia de las pacientes del estudio con mayor porcentaje son Guatemala, Escuintla y Suchitepéquez. De cualquier forma se puede observar que las personas que se identifican como ladinas representan por mucho, la mayoría de las personas infectadas con el VIH.

El estado civil de las pacientes que conforman el estudio demuestra que el 27.5% son solteras, 30.36% casadas y un 34.64% se encontraban en unión de hecho. Al comparar estos datos con los publicados por el CNE en su reporte 2011 se puede ver que el porcentaje de personas solteras es bastante similar con un 29%, sin embargo el porcentaje de casados y unidos es diferente ya que el CNE reporta un 16 y 22 por ciento respectivamente (8). Esta diferencia puede explicarse con el hecho de que al incluir a personas que son atendidas en el seguro social no solo se encontraron solteras si no que también mujeres que fueron diagnosticadas después de que su pareja lo fuera o al ingresar al hospital de maternidad y realizarles exámenes de rutina al ingreso, por lo que son beneficiarias no afiliadas al IGSS y para poder recibir los servicios necesariamente tienen que estar casadas o unidas con el afiliado caso contrario quedan inhabilitadas para poder recibir atención por parte del instituto. Ahora lo que llama la atención es que tanto en los resultados del presente estudio como en los datos del CNE los unidos y solteros representan más del 50% de las personas infectadas lo que podría dar lugar a pensar que el hecho de que no exista un compromiso formal en una pareja es factor de riesgo para la adquisición de la enfermedad ya que son más frecuentes las infidelidades y las practicas de riesgo, de hecho esta es una de las conclusiones a las que llegó un estudio realizado en 2001 en la clínica 8 del Hospital Roosevelt (33). Sin embargo al comparar por separado los valores obtenidos en el estudio se demuestra que el porcentaje de casadas solo difiere en promedio en un 3% de los otros dos y que en realidad las solteras son las que presentan el porcentaje más bajo de infección. Lo que hace pensar que en realidad el estado civil que implica tener una pareja estable, como lo es unido o casado, se convierte en un factor de riesgo para contraer la enfermedad. Esto se debe a que al tener una pareja que se considera estable no se toma ninguna precaución al tener relaciones

sexuales, después de todo no existe en ese contexto ninguna razón para pensar que la pareja pueda contagiarlas de alguna enfermedad, además recordemos que muy pocas mujeres tiene verdadera capacidad de decisión de cuando tener relaciones y del uso del condón incluso si están casados o unidas (35,36).

Los datos sobre la escolaridad muestran que las pacientes en general cuentan con algún grado de preparación académica ya que el analfabetismo es bastante bajo en el grupo siendo solamente del 4.64% lo que indica que más del 95% mínimo sabe leer y escribir. El principal nivel académico que presentan las pacientes es el secundario el cual representa un 32.14% y las que tienen un título universitario representan solamente el 0.71%. Estos datos difieren en gran medida con los publicados por el Centro Nacional de Epidemiología en su boletín No.1 Del 2011 en el que señalan que el analfabetismo entre la población en general que es VIH positivo alcanza un 67% los que cuentan con un nivel universitario representan un 1% (8). Esta diferencia en los datos puede ser explicada tomando en cuenta que el Centro Nacional de Epidemiología, CNE, para elaborar el boletín 2011 utiliza la información de todos los casos desde 1984 hasta 2010 y el presente estudio solo incluye pacientes diagnosticadas en el año 2010. Otra razón es que en nuestro estudio se incluyen personas que son atendidas por el seguro social que para poder optar a los trabajos que desempeñan necesariamente deben tener alguna preparación académica. Esto indica que la mayoría de las pacientes cuenta con alguna información acerca del VIH ya sea por charlas o por alguna otra vía utilizada en las campañas de prevención. Ahora, hay que tener en cuenta, que tan bien ha sido asimilada esta información de prevención y puesta en práctica por parte de las pacientes ya que muchas veces aunque hayan recibido alguna charla acerca del VIH, esto no significa que realmente sepan que es y cómo prevenirlo. Esto quedó demostrado en el estudio que se realizó en un grupo de mujeres en Nicaragua que a pesar de recibir talleres informativos en su congregación la mayoría no supo contestar adecuadamente que es el VIH y como se contagia (38). Es innegable que a mayor preparación académica el riesgo de contraer VIH se reducen por varias razones, entre las que podemos mencionar las siguientes. Al tener un buen nivel de preparación se puede comprender de mejor manera la enfermedad del VIH/SIDA y como prevenirla, otra ventaja de las mujeres con niveles educativos altos es que mejora sus oportunidades de trabajo con lo que su dependencia económica de una pareja es reducida o inexistente evitándoles así situaciones de riesgo para contraer la enfermedad (7).

La religión que profesan las pacientes del estudio es la católica principalmente con un 57.5% seguida por la evangélica con un 35.36% y un 3.93% indicó no profesar ninguna. Estos datos son congruentes con la realidad del país en el que el 51% son católicos y las diferentes formas de protestantismo representa un 40% y los que no profesan ninguna religión representan un 3.7% (23). Este dato es interesante ya que nos indica que en general las pacientes profesan una religión, independientemente de la que sea, y en los últimos años se ha desatado una discusión acerca de la posición de la iglesia en no permitir el uso de métodos de planificación familiar incluyendo el uso del condón y promoviendo la fidelidad de la pareja como factor de protección. El problema con esta postura radica en que se ha demostrado que el hecho de profesar una religión o estar en un grupo de oración no garantiza la fidelidad de la pareja como lo indicaron las mujeres del grupo de oración en Nicaragua. Una de las primeras cosas que se pudo observar fue que eran pocos los esposos que asistían al grupo de la iglesia acompañando a sus esposas, todas indicaron que la fidelidad era la mejor protección contra el VIH pero al preguntarles si creían estar protegidas un 28% contestó que no y la razón fue la infidelidad de la pareja (38). Esto demuestra que dentro de los factores que se deben tomar en cuenta al momento de hacer campañas de prevención es si la persona profesa o no una religión ya que esto predispone a las personas a tener ciertas ideas de cómo es la manera correcta de llevar la vida, tanto en lo moral como en lo sexual, haciendo caso omiso a lo que se sale de esas ideas o lineamientos lo que puede provocar que aunque las charlas y programas sean los mejores no logren mayores resultados.

La profesión ejercida por las pacientes es principalmente la de amas de casa, representando un 47.14% y seguido por las trabajadoras de los servicios y vendedoras de los mercados que representa un 28%. Esto llama la atención pues el estudio muestra que el principal grupo afectado es uno, que no pertenece a los grupos de riesgo que tradicionalmente se mencionan y que generalmente no se asocia con los factores de riesgo para contraer VIH, como el contacto con múltiples parejas sexuales o el uso de drogas intravenosas por ejemplo. Además tenemos que tomar en cuenta que la mayoría tiene una pareja estable, pues son unidas o casadas, por lo que el hecho que las amas de casa representen un porcentaje tan alto podría estar indicando que existen otros factores de riesgo que no se han tomado en cuenta hasta el momento o que no se han abordado de manera correcta en los diferentes planes de control y prevención del VIH (42).

Las de conductas de riesgo no fueron frecuentes en las pacientes del estudio, de esa cuenta el 77.50% no presentaba ninguna conducta de riesgo que pudiera predisponerla a contraer la enfermedad. Se tomaron en cuenta dos conductas de riesgo, uso de drogas intravenosas y sexo sin protección 57 de las 63 mujeres consumían drogas intravenosas, en otros estudios se ha llegado a la conclusión que las mujeres tienen poca capacidad de decisión en cuanto a tener relaciones y el uso o no de preservativo (36).

Solo el 5% de las pacientes reportó haber recibido una transfusión sanguínea y aunque se podría pensar que este fue un factor de riesgo real para la adquisición del VIH, recordemos que el porcentaje que presentó conductas de riesgo es mayor, 22.5%, por lo que al no presentarse aisladamente no se puede concluir que este fue un factor de riesgo real. Por otra parte también hay que tomar en cuenta que actualmente el riesgo de adquirir la enfermedad por esta vía es bastante bajo debido a los controles que son aplicados a los donantes y las pruebas que se le realizan a la sangre donada (44). En nuestro país las nuevas infecciones por esta vía hasta el 31 de diciembre de el año 1999 representaban solamente el 2.35% (45). Actualmente se estima que el riesgo de contagio al recibir una transfusión de hemoderivados es de 1 en 725,000 (11).

El número de pacientes que habían sido sometidas a procedimientos quirúrgicos es bajo, reportando solamente un 9.29%. Este dato muestra que el riesgo de contraer VIH por medio de una cirugía es bastante bajo. De igual forma no se puede ver aisladamente ya que existen otros factores de riesgo que presentaron las pacientes. De la misma forma se debe tomar en cuenta que con las medidas de prevención que actualmente se practican en los hospitales, como la utilización de equipo descartable y estrictos controles en el material que se esteriliza para su reutilización, el riesgo de contagio es bastante bajo (11). A sí mismo el riesgo de que el personal de salud contagie a los pacientes durante un procedimiento quirúrgico también es bastante bajo debido a los controles que se practican en las instituciones de salud (46)

Las pacientes que presentaron riesgos no laborales fueron solamente el 2.14%, este dato posiblemente no refleja la magnitud verdadera de este problema entre las pacientes del estudio. Hay que recordar que en las hojas de epidemiología en las que se toman datos al realizar una prueba rápida de VIH en los hospitales nacionales, al hablar de riesgos no laborales se está hablando de abuso sexual. Es por esta razón que el dato

recolectado no refleja la verdad sobre este tema ya que en muchas ocasiones no es denunciado. Este silencio es debido a que muchas veces el abuso es cometido por familiares cercanos o por la propia pareja. Se estima que en el país el subregistro de casos es del 70% (43). A demás de acuerdo con la organización Médicos Sin Fronteras se estima que el 53% de las víctimas, conoce a sus atacantes que son en un 30%, alguien conocido, 19% un familiar y en un 4% la pareja (43) Esta situación también quedó reflejada en un estudio realizado en el año 2000 en Cali, Colombia. Dicho estudio contó con una población de 312 mujeres, el nuestro cuenta con 280, el 45% eran casadas o unidas y de estas el 12% había sido obligadas a tener relaciones sexuales al menos en una ocasión en los seis meses previos al estudio (32). Este dato es importante si al mismo tiempo tenemos en cuenta la cantidad de mujeres que sospechan que sus parejas le son infieles. Dejando por aparte el trauma psicológico y los embarazos no deseados, la posibilidad de la transmisión de ETS y/o VIH es bastante grande y por esta razón desde 2010 a nivel nacional se ha impulsado una campaña de concientización por parte de Médicos Sin Frontera y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social acerca de estos riesgos y de la necesidad de buscar ayuda inmediata para evitar el contagio de estas enfermedades (47).

El 33.21% de las pacientes, casi un tercio de ellas, refirió haber perdido peso antes de ser diagnosticadas VIH positivo. A pesar que la pérdida de peso es uno de los signos más comunes en la fase precoz de la enfermedad (11), al presentarse en un primer momento no es relacionado con VIH si no hasta hacerse este muy pronunciado.

Las enfermedades oportunistas abarca a un 35.36% de la población del estudio, un valor que supera a las que presentaron pérdida de peso, por muy poco. La presencia de enfermedades oportunistas indica un estado más avanzado de la enfermedad (11), lo que hace pensar que es posible que las pacientes hallan presentado pérdida de peso y por alguna razón no buscaron los servicios de salud y que la presencia de una enfermedad fue la que las impulsó a hacerlo. Esta situación hace pensar que es posible que la razón de abstenerse de buscar los servicio de salud sea precisamente el hecho de que se les realice una prueba rápida, ya que es bien sabido la discriminación que son objeto las personas VIH positivo(40). Además la violencia contra las mujeres es frecuente, al saberse que se realizaron una prueba, no digamos al confirmarse su diagnóstico (35).

A diferencia de la pérdida de peso y las enfermedades oportunistas la diarrea crónica se presentó en un número mucho menor de pacientes, solamente en el 21.79%. Es bien sabido que la diarrea crónica inexplicable se relaciona con la infección de VIH (11). En las pacientes del estudio no se presentó con la frecuencia que se esperaba, esto es debido posiblemente a que las pacientes si consultaron y reportaron la diarrea esta fue lo suficientemente fuerte como para ser tomada en cuenta al momento de la entrevista. Otra razón para este resultado puede ser que siendo las enfermedades diarreicas bastante comunes en nuestro país y al no tener ninguna otra molestia las pacientes podrían pensar que su afección en ese momento es debida a una razón diferente a la infección por VIH y de esa forma no buscar los servicios de salud, por no considerarlo necesario.

7. CONCLUSIONES

1. El 85% de las mujeres diagnosticadas VIH positivas en los hospitales incluidos en el estudio tenían 39 años o menos al momento del diagnóstico. En el departamento de Guatemala reside el 75% de las pacientes aunque solo la mitad de ellas nació en él. El grupo étnico más afectado es el ladino. Las amas de casa aunque no presenten factores de riesgo para VIH representaron el 47% de las pacientes detectadas. Las pacientes del estudio en su mayoría presenta estudios de nivel secundario completos y solo el 4% son analfabetas. La mayoría de las pacientes profesa la religión católica seguida por la evangélica. La principal profesión que desempeñan las pacientes es la de ama de casa, seguida por trabajadoras de los servicios y vendedoras del mercado.
2. Los principales signos clínicos que presentaron las pacientes al momento de su diagnóstico fue la presencia de alguna enfermedad oportunista y la pérdida de peso.
3. Solo 1 de 4 pacientes presentó conductas de riesgo para contraer la enfermedad, además las pacientes del estudio no corresponden a ninguno de los grupos de riesgo tradicionalmente aceptados. Más del 90% no presentó historia de procedimientos quirúrgicos ni transfusiones sanguíneas. Solamente el 2.14% reportó haber sufrido riesgos no laborales.

8. RECOMENDACIONES

8.1 Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:

- 8.1.1 Que se incluyan a las amas de casa en el grupo de “Población en más alto riesgo y vulnerabilidad” descrito en el acuerdo gubernativo número 57-2012 (Reglamento para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH))
- 8.1.2 Las campañas de información y prevención del VIH deben orientarse a la población joven principalmente.
- 8.1.3 Que se haga una mayor promoción y socialización del Plan Estratégico Nacional para Prevención, Atención y Control de ITS, VIH Y SIDA 2011-2015 entre los profesionales y estudiantes de medicina así como de la población en general en especial amas de casa y adultos jóvenes.
- 8.1.4 Que se realicen acciones de prevención y control dirigidas a amas de casa.

8.2 Al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

- 8.2.1 Que el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social incluya el número de contactos sexuales en la ficha de información epidemiológica de los pacientes VIH positivos que son detectados en él.
- 8.2.2 Que elabore planes para la prevención del contagio del VIH dirigidos a las afiliadas y beneficiarias.

8.3 A la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

- 8.3.1 Se recomienda realizar más trabajos sobre VIH/SIDA, esto con el objetivo de determinar las causas y circunstancias que llevaron a contraer VIH a un grupo poblacional que a primera vista presentan muy pocos o ningún factor de riesgo como lo son, las amas de casa y mujeres unidas o casadas.

9. APORTES

El presente estudio aporta información que permite conocer de mejor manera cuales fueron las características que presentaron las mujeres que fueron diagnósticas VIH positivas en los hospitales incluidos en el estudio en el año 2010 al conocer las características que tienen en común las mujeres que han sido infectadas de VIH/SIDA se podrá desarrollar mejores programas de prevención enfocados a estos grupos de riesgo.

También el estudio aporta información del estado clínico de las pacientes al momento de ser diagnosticadas VIH positivo y de esa forma saber si fueron diagnosticadas al realizarse una prueba de control al azar o porque consultaron a los servicios de salud debido a que padecían de una enfermedad que hizo sospechar que podría estar infectada con el virus y se le realizó la prueba confirmando la infección.

El estudio aporta evidencia que las amas de casa son un grupo de alto riesgo y vulnerabilidad para el contagio con el VIH.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

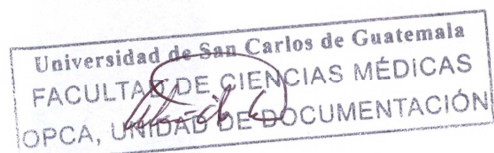
1. ONUSIDA. Situación de la epidemia del SIDA [en línea]. Ginebra: ONUSIDA, OMS; 2009. [accesado 30 Nov 2010] Disponible en: <http://www.unaids.org/es/dataanalysis/epidemiology/2009aidsepidemicupdate/>
2. UNAIDS. Global report [en línea]. Ginebra: UNAIDS; 2010 [accesado 15 Feb 2011] Disponible en: <http://www.unaids.org/en/>
3. OMS. Centro de prensa, Notas descriptivas 2009 [en línea] Ginebra: OMS; 2009 [accesado 18 Feb 2011] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
4. UNFPA. La feminización del VIH/SIDA, Estado de la población mundial 2005. [en línea]. Washington: UNFA; 2005. [accesado 10 de Feb 2011] Disponible en: http://www.unfpa.org/swp/2005/espanol/ch4/chap4_page1.htm
5. González AL. Lucha por eliminar estigmas sobre el SIDA. Prensa Libre. 1 Dic 2010, Nacionales: 2
6. World Healt Statistics 2008. [en línea]. Ginebra: World Health Organization; 2008 [accesado 8 Ene 2011] Disponible en: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Full.pdf
7. Banco Mundial. Reduciendo la vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica, Guatemala: Situación del VIH/SIDA y respuesta a la epidemia [en línea]. Washington: Banco Mundial, Programa Global de VIH/SIDA; 2006. [accesado 10 Nov 2010]. [10 pantallas]. Disponible en: <http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/CAHIVAIDSGuatemalaFINALSPA.pdf>
8. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Estadísticas VIH y VIH avanzado Guatemala enero 1984—diciembre 2010. Boletín Centro Nacional de Epidemiología. (Guatemala) [en línea]. 2011. [accesado 28 Mayo 2011]. (1): [10 pantallas] Disponible en: <http://www.osarguatemala.org/userfiles/Boletin%20VIH-VIHavanzado%20enero2011.pdf>
9. UNICEF. Prevención del VIH/SIDA ¿Cómo una mujer embarazada puede evitar la transmisión del VIH/SIDA a su bebé. [en línea] New York: UNICEF; 2010 [accesado 10 Feb 2011] Disponible en: http://www.unicef.org.gt/1_recursos_unicefgua/historiasdevida/prevencionvihsida.htm
10. Díaz Torres LC. Definición de caso y clasificación de la infección por vih y sida. Rev. Cubana Med. 1998; 37 (3): 157-65.

11. Braunwald A, Fauci S, Braunwald E, Kasper E, Hauser E, Longo D, Jameson L. editores. Harrison principios de medicina interna. 16 ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
12. España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Prevención del vih/sida en inmigrantes y minorías étnicas [en línea]. Madrid: Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. [accesado 20 Nov. 2010] Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/interiores.pdf> 12
13. Vargas A. Epidemiología del VIH y globalización. [en línea] Rio Grande, Argentina: Epidemiologiamolecular.com; 2009. [accesado 28 Mayo 2011]. Disponible en <http://epidemiologiamolecular.com/01/05/2009/epidemiologia-del-vih-y-globalizacion/>
14. ONUSIDA/OMS. Cálculos de VIH/SIDA mundial. [en línea] Washington: ONU; 2010. [accesado 28 Mayo 2011]. Disponible en <http://www.avert.org/estadisticas-sida.htm>
15. Scidev.net. Mirada crítica al VIH en América Latina y el Caribe [en línea]. Colombia: Universia; 2008 [accesado 28 Mayo 2011]. Disponible en <http://especiales.universia.net.co/vih-sida/social/mirada-critica-al-vih-en-america-latina-y-el-caribe.htm>
16. UNFPA. Comunicado para la prensa: Grandes desigualdades de prevalencia de VIH entre la población de Latinoamérica y el Caribe. [en línea] Washington: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2009 [accesado 13 Ene 2011] Disponible en: <http://lac.unfpa.org/public/news/pid/4408>
17. ets.sobresexualidad.com. Cifras del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. [en línea]. Valencia: ets.sobresexualidad.com; 2009 [accesado 28 Mayo 2011] disponible en: <http://ets.sobresexualidad.com/cifras-del-vihsida-en-america-latina-y-el-caribe.html>
18. Salud.com. El Caribe, segunda región mundial en incidencia del VIH en términos relativos. [en línea]. España: EFE; 2008 [accesado 28 Mayo 2011]. Disponible en <http://www.salud.com/salud-infantil/el-caribe-segunda-region-mundial-incidencia-del-vih-terminos-relativos.asp>
19. Centroamérica debe reforzar los programas de prevención del VIH, dice Onusida. [en línea]. España: EFE; 2011. [accesado 12 Jun 2011] Disponible en: www.confidencial.com.ni/articulo/3629/centroamerica-debe-reforzar-los-programas-de-prevencion-del-vih-dice-onusida
20. Nowpublic.com. VIH y Centroamérica: Bailando a mal paso. [en línea]. Vancouver: nowpublic.com 2008; [accesado 28 de Mayo 2011]. Disponible en: <http://www.nowpublic.com/health/vih-y-centroamerica-bailando-mal-paso>

21. La Prensa Grafica. Prevención, eficaz arma contra el VIH-sida en Centroamérica. [en línea] El salvador: La Prensa Gráfica; 2010. internacionales; [accesado 1 Jun 2011] Disponible en:
<http://www.laprensagrafica.com/internacionales/centroamerica/151788-prevencion-eficaz-arma-contra-el-vih-sida-en-centroamerica.html>
22. El Informador. Padecen VIH-Sida unas 380 mil personas en Centroamérica. [en línea] Guadalajara, Mexico: El Informador; 2011. Internacionales [accesado 15 Mayo 2011] Disponible en:
<http://www.informador.com.mx/internacional/2009/78790/6/padecen-vih-sida-unas-380-mil-personas-en-centroamerica.htm>
23. es.wikipedia.org. Guatemala [en línea] San Francisco, Estados Unidos: es.wikipedia.org 2007; [accesado 8 Mayo 2011]. Disponible en:
<http://es.wikipedia.org/wiki/Guatemala>
24. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Demografía y población. [en línea] Guatemala: INE; 2002 [accesado 4 Abr 2011]. Disponible en:
<http://www.ine.gob.gt/index.php/demografia-y-poblacion>
25. SEGEPLAN. Guatemala un país pluricultural. [en línea]. Guatemala: SEGEPLAN; 2011 [accesado 14 Jun 2011] Disponible en:
<http://www.segeplan.gob.gt>.
26. Orantes Hernández CA. Lenguas Mayas podrían desaparecer [en línea] Guatemala: monografias.com; 2009. [accesado 28 Mar 2011] Disponible en
<http://www.monografias.com/trabajos-pdf2/guatemala-lenguas-mayas-desaparecer/guatemala-lenguas-mayas-desaparecer.pdf>
27. Núñez C, Fernández V, Aguilar S. Exclusión social y vih-sida en Guatemala [en línea]. Guatemala: ONU; 2010 (Cuadernos de Desarrollo Humano;2001-10) [accesado 28 Mayo 2011] Disponible en:
<http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/dd4873.pdf>
28. Gómez A. Análisis de la situación del VIH-Sida en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social [en línea]. Guatemala: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; 2007. [accesado 19 Mar 2011] Disponible en:
http://www.aquabuena.org/conferencia_acceso_tarv_activis_ddhh_gua/dr_carlos_gomez_igss.pdf
29. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Estadística VIH SIDA por municipio Guatemala 2004-2008. Guatemala: MSPAS; 2010.
30. García J. Vigilancia epidemiológica de VIH y VIH avanzado. Guatemala: MSPAS. Centro Nacional de Epidemiología; 2010.
31. Raymundo Agustín MA. Análisis de la situación del Virus de Inmunodeficiencia - VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida -SIDA- en la República de Guatemala. [tesis Médico y Cirujano] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2007.

32. Canaval E, Valencia C, Forero L, Guardela N. Factores protectores y de riesgo para vih/sida en mujeres de Cali, colombia. *Cienc. Enferm. (Colombia)* [en línea]. 2005 Dic. [accesado 18 Jun 2011]; 11(2): 23-33. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200005&lng=es . doi: 10.4067/S0717-95532005000200005
33. Palacios Rivera HM. Caracterización clínico-epidemiológica de personas VIH-SIDA en una clínica de referencia de tercer nivel en Guatemala. [tesis Médico y Cirujano] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2001.
34. ONU-SIDA. Resumen del Informe de ONUSIDA/OMS, de la situación de las mujeres y el SIDA [en línea]. New York: ONUSIDA; 2004 [accesado 28 de Mayo 2011] Disponible en: http://www.sidaenlamujer.com/las_mujeres_y_el_vih_sida .htm
35. Leòn M. Violencia contra la mujer y vih-sida. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer* [en línea] 2006 3 (1) [accesado 28 de Mayo 2011] Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1316-37012006000100008&script=sci_arttext
36. Vidal F, Carrasco M. Mujeres chilenas viviendo con vih/sida: ¿derechos sexuales y reproductivos?" Un estudio de correlaciones en ocho regiones del país. [en línea] Chile: Flacso; 2009. [accesado 27 Mayo 2011] Disponible en: http://www.feim.org.ar/pdf/blog_violencia/chile/MujeresChilenas con VIH y DS yR.pdf.
37. Fondo para el Estudio e Investigación de la Mujer. Dos caras de una misma realidad: Violencia hacia las mujeres y VIH/sida en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay [en línea]. Buenos Aires: FEIM; 2010 [accesado 17 Jun 2011] Disponible en: <http://www.feim.org.ar/pdf/doscaras2010.pdf>
38. Kelly Bent AE. Género, religión y vih-sida: investigación sobre el papel de las mujeres religiosas y su percepción sobre el vih-sida. [en línea]. Nicaragua: Bluefield Indian and Caribbean University; 2008. [accesado 16 Jun 2011] Disponible en: <http://www.di.uni.edu.ni/Descargas/ph1.pdf>
39. de León de León YM. Situación de salud en pacientes en edad reproductiva con diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana -VIH- y síndrome de inmunodeficiencia adquirida -SIDA- [tesis Médico y Cirujano] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2010.
40. Pineda Alvizurez JN. La búsqueda de servicios de salud especializada en VIH obstaculizada por el estigma y discriminación hacia las personas que viven con VIH. [tesis Médico y Cirujano] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas 2009.
41. Center for Disease Control. VIH/SIDA entre las mujeres [en línea] Washington: CDC; 2008 [accesado 16 Jun 2011] Disponible en: <http://www.cdc.gov/hiv/spanish/resources/factsheets/women.htm>

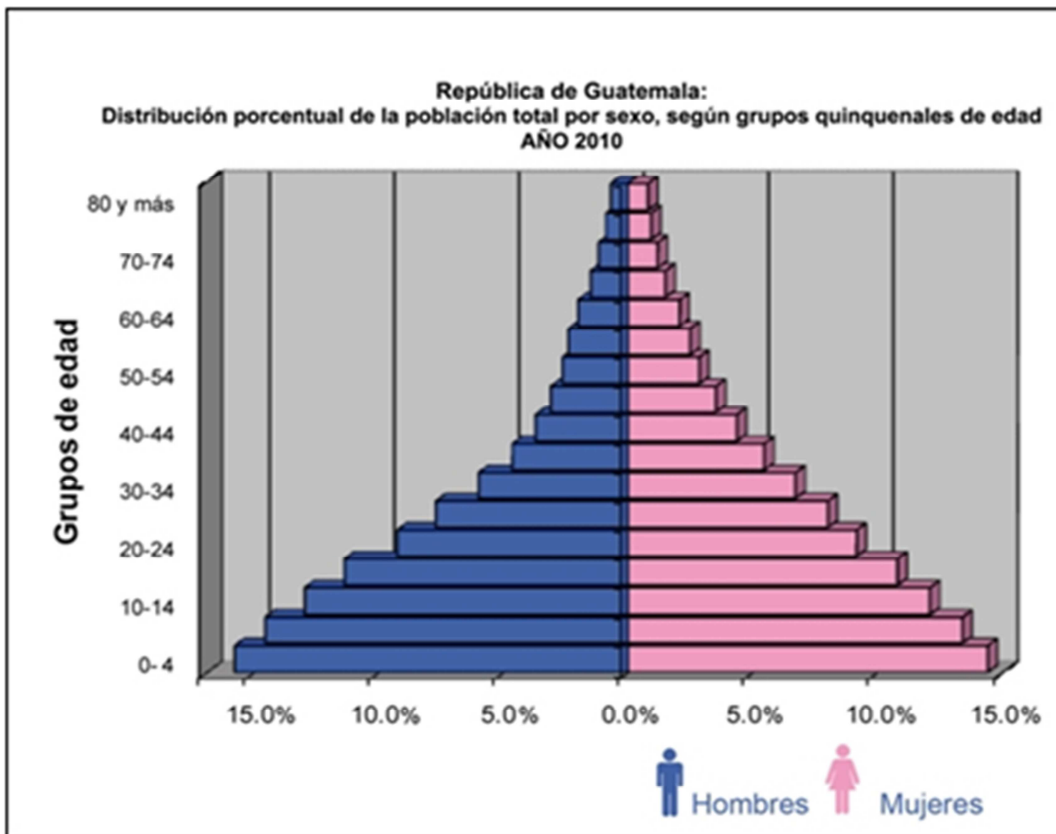
42. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Acuerdo Gubernativo 57-2012 Reglamento para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Diario de Centroamérica. 13 de abril 2012:1
43. González R, Archila O, Orantes C. Violencia sexual se agudiza en Guatemala. Prensa Libre. 29 sept 2011, Nacionales: 5
44. ONUSIDA. La seguridad hematológica y el SIDA. [en línea] New York: ONUSIDA; 1997 [accesado 18 Abr 2012] Disponible en: http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub03/blood-pov_es.pdf
45. Aguilar S. Situación de la epidemia del VIH-SIDA en Guatemala. [en línea]. Guatemala: Proyecto de Acción SIDA de Centro América; 2004 [accesado 18 Abr 2012] Disponible en: <http://www.secnetpro.com/acj/Modulo2/Guatemala%20Situaci%F3n%20de%20la%20Epideminia%20del%20VIH%20SIDA.pdf>
46. Unión de Asociaciones y Entidades para la Atención del Drogodependiente. Sanidad actualizada recomendaciones para los profesionales sanitarios con VIH [en línea]. Madrid: UNAEAD; 2004 [accesado 18 Abr 2012] Disponible en: <http://www.unad.org/actualidad/noticias/archivo/35569.html>
47. noticias.com.gt. Lanza campaña para reducir consecuencias de una violación. [en línea]. Guatemala: noticias.com.gt; 2011 [accesado 17 Abr 2012] Disponible en: <http://noticias.com.gt/nacionales/20100910-lanzan-campana-para-reducir-consecuencias-de-una-violacion-en-la-salud.html>



11. ANEXOS

Anexo No. 1

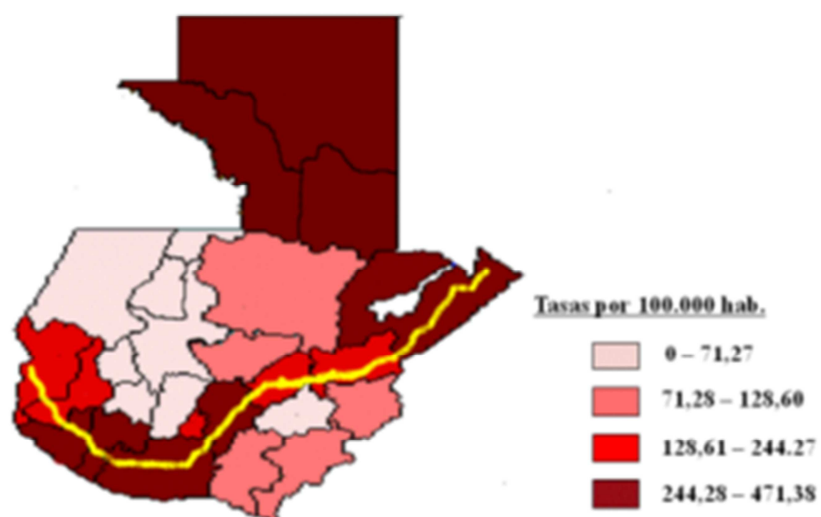
Pirámide poblacional de Guatemala



Fuente: Proyecciones de población en base al Censo del 2002

Anexo No. 2
Mapa epidemiológico del VIH/SIDA Guatemala
Y corredor del SIDA Guatemala

**VIH y VIH avanzado: tasa de notificación por lugar de residencia
Guatemala, 1984 – septiembre 2010***



Fuente: base de datos CNE, tasa a mitad de periodo
2010* a septiembre

Anexo No. 3
Prevalencia del VIH/SIDA en Guatemala por departamento

Tasa de VIH/SIDA por 1000 habitantes
Por departamento de residencia
Enero 1984-Diciembre 2010

Nivel Nacional	226.36
Retalhuleu	495.17
Izabal	422.36
Escuintla	407.33
Suchitepéquez	307.13
Guatemala	305.23
Petén	303.86
San Marcos	244.62
Quetzaltenango	231.57
Zacapa	216.68
El Progreso	208.49
Sacatepéquez	192.84
Santa Rosa	132.08
Chiquimula	124.05
Jutiapa	120.10
Baja Verapaz	94.90
Alta Verapaz	94.81
Jalapa	81.67
Chimaltenango	73.08
Sololá	55.037
Totonicapán	46.46
El Quiché	42.33
Huehuetenango	20.33

Fuente: Datos obtenidos en CEN



HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Caracterización de mujeres VIH positivas al momento del diagnóstico, detectadas en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y el Hospital San Juan de Dios en el periodo de enero a diciembre de 2010.

SECCION I: DATOS EPIDEMIOLOGICOS

1. Edad en años de pacientes VIH positivos al momento del diagnóstico. _____

2. Lugar de residencia del paciente _____

3. Lugar de nacimiento del paciente. _____

4. Grupo étnico del paciente

Ladino _____ Garifuna: _____ Maya: _____ Xinca: _____

5. Estado civil del paciente

Soltera: _____ Viuda: _____ Casada: _____ Divorciada: _____

Unión de hecho: _____

6. Escolaridad del paciente

Ninguna: _____ Educación Primaria: _____ Educación Secundaria: _____
 Diversificado: _____ Universitaria: _____ Alfabeta: _____ Analfabeta: _____

7. Religión del paciente

Católico: _____ Testigo de Jehová: _____ Mormón: _____ Evangélico: _____

Otra: _____ Ninguna: _____

8. profesión del paciente

Directores y gerentes	
Profesionales, científicos e intelectuales	
Técnicos y profesionales de nivel medio	
Personal de apoyo administrativo	
Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados	

Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios	
Operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores	
Trabajadoras del sexo	
Amas de casa	

9. Presencia de conductas de riesgo en pacientes diagnosticados VIH positivos en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Hospital General San Juan de Dios en el año 2010

Sin Conductas de Riesgo: _____ Con conductas de riesgo: _____

10. Transfusiones de sangre en pacientes diagnosticados VIH positivos en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Hospital General San Juan de Dios en el año 2010

Si: _____ No: _____

11. Procedimientos quirúrgicos en pacientes diagnosticados VIH positivos en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Hospital General San Juan de Dios en el año 2010

Si: _____ No: _____

12. Riesgos no laborales en pacientes diagnosticados VIH positivos en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Hospital General San Juan de Dios en el año 2010

Si: _____ No: _____

SECCIÓN II: DATOS CLÍNICOS

13. Pérdida de peso en pacientes diagnosticados VIH positivos en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Hospital General San Juan de Dios en el año 2010

Si: _____ No: _____

14. Enfermedades oportunistas en pacientes diagnosticados VIH positivos en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Hospital General San Juan de Dios en el año 2010

Si: _____ No: _____

15. Diarrea crónica inexplicable en pacientes diagnosticados VIH positivos en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Hospital General San Juan de Dios en el año 2010

Si: _____ No: _____

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Llene la hoja de recolección de datos con lapicero azul o negro.
2. Marque con una "X" solamente una opción por pregunta.
3. Para la pregunta número uno marque la opción del intervalo en el que se encuentra la edad en años de la paciente según la ficha clínica.
4. Para la pregunta número dos marque la opción correspondiente al departamento donde reside la paciente según la ficha clínica.
5. Para la pregunta número tres marque la opción correspondiente al departamento donde nació la paciente según la ficha clínica.
6. Para la pregunta número cuatro marque la opción de "indígena" o "no indígena" según la ficha clínica de la paciente.
7. Para la pregunta número cinco marque la opción de "español" o "idioma maya" según la ficha clínica de la paciente, marque "idioma maya" indistintamente el idioma maya que sea.
8. Para la pregunta número seis marque la opción correspondiente al estado civil de la paciente al momento de hacer el diagnóstico.
9. Para la pregunta número siete marque la opción según el último ciclo académico terminado, en caso de no tener ningún ciclo académico concluido se marcará si es alfabeta o analfabeta.
10. Para la pregunta número ocho llene según la religión de la paciente reportada en la ficha clínica.
11. Para la opción número nueve llene la casilla correspondiente a la profesión de la paciente según la ficha clínica.
12. Para la pregunta número diez llene la casilla correspondiente a la presencia o ausencia de conductas de riesgo según la ficha clínica, se entenderá por conductas de riesgo: múltiples parejas sexuales, uso de drogas intravenosas, mantener relaciones sexo genitales sin protección.
13. Para la pregunta número once llene la casilla correspondiente según si la paciente ha recibido o no transfusiones sanguíneas según la ficha clínica.
14. Para la pregunta número doce llene la casilla correspondiente según si la paciente a sido intervenida quirúrgicamente según la ficha clínica.
15. Para la pregunta doce llene la casilla correspondiente según si la paciente ha presentado riesgos no laborales (abuso sexual) o no según la ficha clínica.
16. Para la pregunta trece marque la casilla correspondiente según si la paciente ha presentado pérdida de peso de más de 15 lbs. en los últimos tres meses, según la ficha clínica.
17. Para la pregunta catorce marque la casilla correspondiente según si la paciente ha presentado enfermedades oportunistas o no según la ficha clínica.
18. Para la pregunta quince marque la casilla correspondiente según si la paciente ha presentado diarrea por más de cuatro semanas o no según la ficha clínica.