PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLOGICA EN PACIENTES DE SEXO FEMENINO CON DIAGNÓSTICO DE VIH DEL HOSPITAL GUSTAVO DOMINGUEZ- SANTO DOMINGO DURANTE EL PERIODO 2014-2019.

DISERTACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

Autor: Dra. Valeria Monserrath Zúñiga Sánchez

Director de tesis: Dr. Humberto Rodrigo Morales Rojas

Director metodológico: Dr. Juan José Iglesias Fernández

QUITO, 2021

Dedicatoria

La presente tesis la dedico en primer lugar a Dios por regalarme la vida, la fortaleza y la salud para completar con satisfacción mi especialidad en Medicina Interna y a su vez poder aplicar los conocimientos que he adquirido durante estos tres años en beneficio de la sociedad. A mi familia por el apoyo brindado durante esta travesía estudiantil, en especial a mi padres Tere y Jimmy, mi hermana Fernanda, mi hijo Benjamín que con su corta edad me lleno de fuerzas para continuar cuando todo parecía que se desmoronaba, a quien fue su guía cuando yo no estuve y el amor de mi vida Enrique. Ellos que me inculcaron responsabilidad, humildad y que fueron mi sustento tanto económico como emocional. A mi familia que ahora son mis ángeles del cielo pero que sé que desde arriba me han dado esa luz para seguir adelante, abuelos Antonio y Maruja, ñaño Fredy y Mateo, sé que en los momentos más duros juntos me sostenían para seguir. A mis mentores, mis maestros que de manera desinteresada impartieron sus conocimientos. Y no podía faltar agradecer a quienes se convirtieron en mis amigos, quienes vieron todos los sentimientos que se podrían tener durante esta trayectoria de posgrado.

Agradecimiento

Estoy especialmente agradecida con Dios, con sus bendiciones ha iluminado mi camino durante estos 3 años del posgrado, permitiéndome cumplir con un sueño y meta más el ser especialista en Medicina Interna la madre de las ciencias. A mis padres Tere y Jimmy, a mi hermana Fernanda, al niño de mis ojos Benjamín, al amor de mi vida Enrique y cada persona de mi familia por ser mi fuente de amor, comprensión e mis malos momentos, apoyo incondicional y ejemplo de que lo que se quiere se puede hacer. Agradezco a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, a todos quienes son parte del posgrado de Medicina Interna por poner a disposición a los mejores maestros que me inculcaron valores y conocimientos, siendo quienes fueron parte fundamental de mi formación como especialista, en especial al Dr. Humberto Morales y al Dr. Juan José Iglesias por su ayuda y apoyo incondicional en la realización del presenta trabajo de investigación. Quiero expresarle mi gratitud a quien sin duda me vio crecer desde que llegue mi primer día Dra. Valeria Araujo sin su incondicional estímulo y apoyo esto no hubiese podido ser posible. Este trabajo, esta especialidad es en memoria de Fredy, papito Antonio, mamita Marujita y que siempre confiaron en su doctora, gracias es por y para ustedes.

Resumen

En Ecuador las mujeres representan el 30% de la totalidad de las personas que viven con VIH. En el año 2019 alrededor del 20% de infecciones nuevas se presentan en pacientes de género femenino. **Objetivos:** Establecer las características clínicas y epidemiológicas de pacientes de sexo femenino con diagnóstico de VIH en el Hospital Gustavo Domínguez de Santo Domingo. **Materiales y Métodos:** Mediante un estudio analítico descriptivo, cuya población correspondió las pacientes femeninas con diagnóstico de VIH en fase SIDA o no, que ingresaron por consulta externa y hospitalización al Hospital Gustavo Domínguez desde el 2014. Se obtuvo la información demográfica, clínica y laboratorio, de las historias clínicas y sistema SIEN. Se incluyó a todas las pacientes que tienen diagnóstico confirmado de infección por VIH y que cuentan con los datos clínicos completos. **Resultados:** Se analizaron 212 pacientes con diagnóstico de VIH. El mayor porcentaje de mujeres son de 25 a 64 años y son amas de casa, la instrucción fue 54.7% primaria y el estado civil de 40.6% es unión libre. El inicio de la vida sexual fue antes de los 18 años en 59.9% de las mujeres y 91.1% tuvo múltiples parejas sexuales. El 10.8% de las pacientes estuvieron en fase SIDA. Se encontró una asociación significativa ($p<0,05$) entre el estado civil de soltera y unión libre, la edad de inicio de vida sexual activa en las menores de 15 años, y el consumo de alcohol semanal con el riesgo de VIH en mujeres.

Conclusiones: Es necesario desarrollar investigaciones para poder comprender a profundidad la relación entre el estado civil, consumo de alcohol, inicio temprano de la vida sexual activa y el riesgo de VIH entre las mujeres del Hospital Gustavo Domínguez.

Palabras claves: VIH, mujeres, epidemiología, factores de riesgo.

Abstract

In Ecuador, women represent 30% of all people living with HIV. In the year 2019 about 20% of new infections were from female patients. **Objectives:** Establish the clinical and epidemiological characteristics of female patients with HIV diagnosis at the Gustavo Dominguez Hospital in Santo Domingo. **Materials and Methods:** Through a descriptive analytical study, whose population corresponded to female patients with HIV diagnosis in AIDS phase or not, admitted for outpatient clinic and hospitalization at Gustavo Dominguez Hospital since 2014. The demographic, clinical and laboratory information was obtained from the clinical histories and SIEN system. All patients with confirmed HIV diagnosis and complete clinical data were included.

Results: A total of 212 patients with HIV diagnosis were tested. The highest percentage of women are from 25 to 64 years and are housewives, the instruction was 54.7% primary and the marital status of 40.6% is free union. The onset of sexual life was before the 18 years in 59.9% of the women and 91.1% had multiple sexual partners. The 10.8% of patients were on AIDS phase. A significant association ($p<0,05$) was found between marital status of single and free union, the age of onset of active sexual life under 15 years, and weekly alcohol consume with the HIV risk in women.

Conclusions: Research are needed to fully understand the relationship between marital status, alcohol consumption, early onset of active sexual life and the HIV risk among women at Gustavo Dominguez Hospital.

Keywords: HIV, women, epidemiology, risk factors.

Tabla de Contenido

Capítulo I 1

Introducción 1

Capítulo II 4

Marco teórico 4

2.1 Epidemiología 4

2.1.1 Mundial 4

2.1.2 América Latina 6

2.1.3 Ecuador 7

2.2. Vulnerabilidad al VIH/SIDA y género 9

2.2.1 Factores biológicos 9

2.2.2 Factores sociales 13

2.3. Transmisión materna infantil del VIH 22

2.4. Carga viral en el VIH 23

2.5. Enfermedades oportunistas en VIH 23

Neoplasias en VIH 24

Neoplasias que definen SIDA 25

Neoplasias que no definen SIDA 26

Capítulo III.....27

Metodología.....27

3.1 Material y métodos 27

3.1.1 Tipo y diseño de investigación..... 27

3.1.2 Unidad de análisis 27

3.1.3 Población y muestra 27

3.2. Objetivos del estudio 28

Objetivo general:..... 28

Objetivos específicos: 28

3.3 Hipótesis 28

3.4 Criterios de inclusión y exclusión..... 28

Criterios de inclusión 28

Criterios de exclusión..... 29

3.5 Procedimiento de recolección de información..... 29

3.6. Diseño estadístico 30

Plan de análisis de datos:..... 30

3.7 Aspectos bioéticos 30

Propósito: 31

Procedimiento: 31

Confidencialidad de la información: 31

Consentimiento informado: 32

3.8 Operacionalización de variables del estudio 33

Capítulo IV 41

Resultados 41

4.1 Análisis univarial 41

4.1.1 Descripción de las variables sociodemográficas 41

4.1.2 Factores de riesgo 42

4.2. Análisis bivarial 46

Capítulo V 48

5.1 Discusión 48

5.2 Conclusiones 53

5.3 Recomendaciones 55

5.4 Limitaciones 56

Referencias bibliográficas 57

Lista de tablas

Tabla 1: Características sociodemográficas..... 41

Tabla 2: Factores de riesgo..... 42

Tabla 3: Vida sexual..... 44

Tabla 4: Hijos seropositivos..... 44

Tabla 5: Estadio de la enfermedad 45

Tabla 6: Enfermedades asociadas a SIDA 45

Tabla 7: Correlación entre los factores de riesgo y la progresión a fase SIDA 46

Lista de figuras

Ilustración 1: Uso de preservativo 43

Capítulo I

Introducción

El virus de inmunodeficiencia humana es una problemática mundial, en el país en los últimos años el número de casos de esta patología ha incrementado, provocando un incremento en los costos al servicio de salud pública.

La incidencia en la población femenina no ha tenido disminución en los últimos años, por lo que estadísticamente ha existido un incremento de casos nuevos relacionados con esta patología.

Además, sabemos que dentro de los estudios realizados en el Ecuador no contamos con la caracterización de la población femenina como parte de la población en riesgo que al momento contrae y vive con la patología.

Debemos tener en cuenta que al realizar el estudio en una zona del país en donde hay alta prevalencia del virus, hay que determinar cuáles son las causas por las que el mismo se presenta en gran cantidad en mujeres, es así que investigaremos condiciones sociodemográficas, biológicas, clínicas de este grupo de riesgo.

Retrospectivamente, según estadísticas del INEC, en los últimos 10 años hasta el 2009, hay una tendencia al incremento. Posteriormente empezó un periodo de disminución, y así en el 2014 ha tenido un comportamiento constante y oscilante.

Dentro de las notificaciones anuales de VIH, la mayor notificación de esta patología se da en el año 2009, un total de casos de 5.336. En la década entre 2007 y 2017, se da un 76% de

notificaciones de virus de inmunodeficiencia humana, un promedio de 3.995 casos. En 2018 hay una notificación de 4.077 casos nuevos. (ONUSIDA, Monitoreo Global del SIDA 2019, 2018).

Por lo que se considera importante conocer sobre las características clínicas el momento del diagnóstico de la patología en las mujeres para poder disminuir las complicaciones y así los ingresos hospitalarios de las pacientes, además de la infección en edad fértil, embarazo, parto y lactancia, posteriormente a los hijos de mujeres con VIH.

En el Hospital Gustavo Domínguez, tenemos 1100 pacientes registrados en la clínica de VIH entre hombres y mujeres, en el caso de las mujeres específicamente desconocemos cuales son los factores de riesgo para contraer VIH, la presentación clínica de esta patología, así como también cual es la prevalencia de hijos seropositivos de pacientes que viven con VIH.

El presente trabajo de investigación está conformado por un total de 5 capítulos que se detallan brevemente a continuación:

Capítulo I

Encontramos una breve introducción del tema de investigación, dando a conocer la problemática del VIH en la población femenina, y justificando la relevancia que tiene este género en la infección por virus de inmunodeficiencia humana.

Capítulo II:

Contiene el marco teórico en donde se aborda en primer lugar la caracterización epidemiológica del VIH a nivel mundial, en Latinoamérica y en el Ecuador, enfatizando a la población femenina. Luego establecemos el apartado de la vulnerabilidad al VIH/SIDA y género,

mencionando los factores biológicos, sociales, estigma social en torno a esta patología. Continuamos detallando detenidamente porque es importante conocer la problemática del nivel socioeconómico, escolaridad, empleos, conductas sexuales de riesgo, violencia de género en relación con el VIH, y terminamos describiendo como se da la transmisión materna infantil, la carga viral y las enfermedades oportunistas asociadas a esta patología.

Capitulo III:

Esta descrita la metodología que se empleó para realizar el presente estudio, incluyendo aquí la justificación, objetivos, hipótesis, procedimiento técnico, operacionalización de variables, procedimiento de recolección de la información, el plan y técnica de análisis.

Capitulo IV:

Se describen los resultados obtenidos en el estudio mediante la utilización de tablas y gráficos, se reporta en porcentajes los hallazgos sociodemográficos de las pacientes con VIH, enfatizando en el objetivo principal que fue describir las características clínicas y epidemiológicas de las pacientes femeninas del Hospital Gustavo Domínguez.

Capítulo V:

Se incluye la discusión, donde se comparan los resultados obtenidos en la presente investigación con los hallazgos de otros estudios previos, se establecen las conclusiones en base a los objetivos planteados y las recomendaciones. Se finaliza con la referencia bibliográfica y los anexos en donde consta el instrumento empleado en la recolección de la información.

Capítulo II

Marco teórico

2.1 Epidemiología

2.1.1 Mundial

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es catalogado como una epidemia a nivel mundial. Según el último reporte en el año 2019 del Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), 38.0 millones de personas vivían con VIH en todo el mundo. De estas 25.4 millones de personas tenían acceso a terapia antirretrovírica. (ONUSIDA., 2019)

Hubo un total de 690 000 personas que fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA), en comparación con el 1.7 millones del 2004, y los 1.1 millones del 2010. (ONUSIDA., 2019)

En el 2019, se provocaron 1.7 millones de nuevas infecciones por VIH. Desde el 2010 estas nuevas infecciones descendieron en un 23%. (ONUSIDA., 2019)

En 2019, 38.0 millones de personas vivían con VIH; 36.2 millones de adultos, 1.8 millones de niños hasta los 14 años, de ellos el 81% de pacientes conocían su estado serológico y 7.1 millones desconocían que vivían con VIH. (ONUSIDA., 2019)

Sabemos que en estudios previos realizados se ha visto una alta incidencia de pacientes que no tienen acceso a la medicación por diferentes factores, sin embargo 25.4 millones de personas que vivían con VIH tenían acceso a terapia anterretrovirica, en comparación con los 7.7

millones del 2010. De todas las personas el 67% tuvieron acceso al tratamiento, de este total el 68% eran mayores a 15 años, 53% de los niños menores de 14 años. El 73% de las mujeres mayores de 15 años tuvieron accesibilidad a la medicación, y tan solo el 61% de los hombres de la misma edad lo tuvieron. (ONUSIDA., 2019)

El pico de muertes relacionadas con síndrome de inmunodeficiencia humana se dio en el 2004 y han disminuido en un 60% (690 000 en 2019 comparado con 1.1 millones del 2010), desde el 2010 ha existido una disminución de 39%. (ONUSIDA., 2019)

Semanalmente, en África subsahariana una de las regiones más golpeadas por esta patología, cerca de 5 500 mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años contraen el VIH, cinco de cada seis nuevas infecciones se dan en mujeres de entre 15 y 19 años, teniendo el doble de posibilidades de vivir con el VIH que los hombres. (ONUSIDA., 2019)

De la totalidad de las mujeres en todo el mundo, más de un tercio (35%) ha sufrido violencia física o sexual dentro o fuera de la pareja en algún momento de su vida. Según las estadísticas, la probabilidad de contraer la infección por VIH es 1.5 veces mayor en las mujeres que han sufrido violencia física o sexual dentro de la pareja. (ONUSIDA., 2019)

En el 2019 el 48% de la totalidad de las nuevas infecciones por VIH, fue representada por las mujeres y las niñas. En África subsahariana representaron el 59% del total de las nuevas infecciones. El 77% de las nuevas infecciones por VIH son en América latina. (ONUSIDA., 2019)

El riesgo de contraer VIH tiene un incremento según lo siguiente: 26 veces mayor entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, 29 veces más entre las personas que se

inyectan drogas, incrementa 30 veces más en las o los trabajadores sexuales y 13 veces mayor para las personas transgénero. (ONUSIDA., 2019)

2.1.2 América Latina

En América latina tenemos 2.1 millones de personas que viven con VIH, en el año 2019 existen 120 000 nuevas infecciones, las muertes relacionadas con la patología son de 37 000. (UNAIDS, 2020)

Se han logrado avances contra esta patología a nivel de América latina, sin embargo los altos niveles de migración han saturado los sistemas de salud, educación y laborales. La inversión gubernamental a nivel de salud se ha visto estancados, por lo que existen nuevas infecciones en los últimos años. (UNAIDS, 2020)

El estigma y la discriminación continua en la región por lo que hay mucha de la población que no buscan o acceden a los servicios de salud. Alrededor de un cuarto de las personas que viven con VIH no saben sobre su estado de enfermedad y el 40% no acceden a terapia antirretroviral. (UNAIDS, 2020)

Entre las mujeres embarazadas se ha logrado un progreso sostenido en cuanto a las pruebas y la cobertura de tratamiento, lo que lleva a la reducción en la tasa de transmisión de madres a hijos de VIH, disminuyendo en un 20% (12-24%) en 2010, a 15% (12-18%) en 2019. Este progreso varía entre los países, en varios se acercan al objetivo de eliminar la transmisión de madres a hijos. (UNAIDS, 2020)

En al menos 11 países de América Latina, la cobertura del acceso universal a la atención médica, es superior a la cobertura de la terapia antirretroviral. Los estudios reportan que el 21% de los pacientes que viven con VIH en Perú y 2% en Brasil informan que se les habría negado servicios de salud por su estado serológico. Así también en Guatemala el 6% de las mujeres y el 3% de los hombres que viven con esta patología, reportan que se les han negado servicios de salud. (UNAIDS, 2020)

El conocimiento del estado, la cobertura del tratamiento y la supresión viral es mayor en relación con las mujeres que viven con el VIH, que entre los hombres que viven con la infección, en América Latina. (UNAIDS, 2020)

En el año 2019 en Argentina, las nuevas infecciones de VIH en mujeres mayores de 15 años fueron en 1700 personas, las muertes relacionadas con VIH fueron menores a 500, existen 44 000 mujeres viviendo con VIH. (UNAIDS, 2020)

2.1.3 Ecuador

En el Ecuador en el año 2019 se reportaron 47 000 personas viviendo con VIH, de los cuales 46 000 corresponden a adultos mayores de 15 años. Se mantiene la tendencia de notificaciones de VIH/SIDA correspondientes a 32 000 (70%) en hombres y 14 000 (30%) en mujeres. (UNAIDS, 2020)

Las nuevas infecciones por VIH se han dado en 2 400 personas, de los cuales 2 330 son mayores a 15 años, 700 mujeres, 1 600 hombres respectivamente. Existen 610 personas que fallecen por patologías asociadas a VIH. (UNAIDS, 2020)

De todas las personas con diagnóstico de VIH, el 65% (30 812 personas) reciben terapia antiretroviral, 9 813 mujeres y 20 420 hombres. ("Ecuador | ONUSIDA," 2020)

Según el último reporte de Ecuador en el año 2018, los casos nuevos se concentran en 8 provincias: Guayas (27.99%; 1 141), Pichincha (21.54%; 878), El Oro (6.67%; 272), Los Ríos (6.52%; 266), Esmeraldas (6.01%; 245), Manabí (5.79%; 236), Azuay (5.57%; 227) y Santo Domingo (4.73%; 193). (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018)

La prevalencia de VIH en mujeres embarazadas es de 0.18% en el Ecuador. En el año 2017 se notificaron 433 casos en mujeres embarazadas, en el año 2018 se detectaron 430 casos, correspondientes a: Guayas 152 casos, Los Ríos 60 casos, Esmeraldas 57 casos, Santo Domingo 38 casos, El Oro 20 casos, Pichincha 20 casos, Manabí 19 casos. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018)

Además la exposición perinatal que fue en Guayas 163 casos, Esmeraldas 64 casos, Los Ríos 51 casos, Santo Domingo 51 casos, Manabí 26 casos, El Oro 14 casos, Pichincha 13 casos. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018)

Al ver que la mayor prevalencia es en la edad fértil se ratifica la estrategia para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil de VIH, la misma que se da en el curso del embarazo, el parto, y/o a través de la lactancia materna. Siguiendo las acciones planteadas las niñas y niños con madres VIH positivas, no precisamente se infectarán, por lo que consideramos que es una infección evitable. El factor de riesgo más asociado con la transmisión es la carga viral de la gestante, es así que dependiente de la misma el riesgo disminuye del 40% al 2%. (MSP, Ministerio de Salud Pública Ecuador, 2017)

2.2. Vulnerabilidad al VIH/SIDA y género

2.2.1 Factores biológicos

El sexo biológico sigue siendo una variable importante para establecer el riesgo de infección por VIH y su patogénesis posteriormente. Una combinación de factores ambientales, genética del hospedador y características virales determina la adquisición y patogénesis de la infección por VIH. (Scully, 2018)

El riesgo de que una mujer contraiga VIH es mayor al del hombre, por múltiples factores, el VIH se ve modificado por las hormonas sexuales y el microbioma vaginal. Es así que en una relación sexual en donde exista penetración vaginal, el hombre tiene menor riesgo de infección que la mujer. (Scully, 2018)

En una revisión sistemática hace referencia a que el riesgo de seroconversión del VIH por acto heterosexual es aproximadamente dos veces mayor para la mujer que para su pareja masculina. (Patel et al., 2014)

Las características únicas del tracto genital femenino en comparación con las superficies de la mucosa rectal y peneana confieren diferencias en el riesgo de transmisión.

Las alteraciones de la microbiota vaginal, asociadas a la vaginosis bacteriana aumentan la inflamación genital y la activación de células diana del VIH, que estaría en relación con la inducción de citosinas inflamatorias. (Anahtar et al., 2016) (Masson et al., 2017)

La microbiota vaginal de cada mujer es única, un microbioma dominado por especies de Lactobacilos generalmente se asocia a una vagina sana. Las alteraciones de la microbiota vaginal

está caracterizada por un cambio de un estado de baja diversidad con dominio de Lactobacilos a un estado de alta diversidad sin dominio de Lactobacilos, esto asociado a una variedad de resultados adversos para la salud reproductiva, incluido el aumento del riesgo de inflamación genital y adquisición del VIH. Se ha demostrado que *Gardenella vaginalis* y *Prevotella bivia* contribuyen al peligro de infección por VIH y a la inflamación genital. (Abdool Karim et al., 2019)

La elevación de las citosinas inflamatorias de las superficies de las mucosas se han asociado con la susceptibilidad al VIH, pero los mecanismos subyacentes siguen sin estar claros. (Arnold et al., 2016)

La seroconversión del VIH se asocia con un aumento de las citosinas inflamatorias genitales MIP-1α, MIP-1β e IP-10. Según el artículo publicado en la revista Infectious Diseases Society of America (IDSA) en el año 2015 realizado en África, el riesgo de contraer VIH fue significativamente mayor en mujeres con evidencia de inflamación genital, definida por el aumento de al menos 5 de 9 citosinas inflamatorias. Las concentraciones de citosinas genitales aumentaron de manera persistente 1 año previo a la infección, sin causa fácilmente identificable a pesar de la investigación realizada. (Masson et al., 2015)

La inflamación genital previa al contagio facilita la transmisión de VIH menos patógenos, pero los virus que son altamente infecciosos pueden establecerla independientemente del estado de la infección. Lo que sugiere que existe un fenotipo viral que podría influir en el riesgo de transmisión. (Selhorst et al., 2017)

La transmisión sexual del VIH-1 ocurre principalmente por la exposición del semen a las mucosas. En el aparato reproductor femenino, el plasma seminal induce modificaciones fisiológicas, entre ellas incluye la inflamación. (Marlin et al., 2019)

El depósito de semen da como resultado una inmunidad modulada y una respuesta inflamatoria de la mucosa genital, por lo que pueden tener implicaciones para la transmisión sexual de infecciones virales como el VIH-1. (Doncel et al., 2014)

Con respecto a la edad, cabe recalcar que la vulnerabilidad biológica de las mujeres jóvenes es menor que las adultas. Esto se va a dar debido a que existe baja percepción del riesgo de contraer VIH y la menor conciencia de la enfermedad, más personas contraen VIH en mediana edad y la vejez. (Swai et al., 2017)

Hay probabilidades de que las mujeres posmenopáusicas sexualmente activas tengan menos probabilidades de usar preservativos, siempre que no estén preocupadas por quedar embarazadas. En el año 2018, más de la mitad representados por el 51% de las personas con diagnóstico de VIH eran mayores de 50 años. (“Estimated HIV Incidence and Prevalence in the United States,” 2020)

Las mujeres representan actualmente más del 50% de las personas que viven con esta patología en todo el mundo, dada esta consideración hay pacientes de mayor edad que van a vivir con esta patología. Los adultos mayores diagnosticados con VIH, tienden a ser diagnosticados más tarde en el curso de la enfermedad, lo que consigo lleva a afectar la gravedad de la disfunción inmunológica, la respuesta al tratamiento y la supervivencia. El adelgazamiento fisiológico y el

aumento de la sequedad de la mucosa vaginal después de la menopausia pueden exponer a las mujeres mayores a un riesgo mayor de transmisión del VIH. (Andany et al., 2016)

Es decir que estas pacientes se enfrentaran al VIH junto con comorbilidades relacionadas con la edad. La población que está infectada por VIH, está envejeciendo y estas personas tienen tendencia creciente a desarrollar cada vez más enfermedades no transmisibles relacionadas con la edad. (Smit et al., 2015)

Es así que en un estudio en una cohorte multicéntrica en Italia, en mujeres mayores con diagnóstico de VIH, en donde se incluyeron a 210 mujeres ancianas se encontró que presentan una peor respuesta virológica a pesar de una mejor reconstitución inmune en comparación con los hombres, esto en relación a la carga de comorbilidades como a los medicamentos recibidos. (Focà et al., 2019)

El incremento de nuevos diagnósticos de VIH entre los adultos mayores se caracteriza por mal pronóstico y una reducción de los tiempos de supervivencia. La transmisión heterosexual aun es la principal vía de infección en las mujeres, entre las mujeres posmenopáusicas que son VIH positivas, se sabe poco sobre las funciones inmunitarias en el tracto genital femenino. Se sabe que el envejecimiento se asocia con un debilitamiento gradual de las respuestas inmunitarias, junto con un aumento sistemático de la inflamación. Esta inflamación se caracteriza por niveles más altos de citosinas pro inflamatorias y se ha descrito una capacidad reducida para responder a estímulos patógenos. Se conoce menos sobre las funciones inmunes del tracto genital femenino, que es fundamental para considerar y prevenir la adquisición/transmisión sexual del VIH. (Ghosh et al., 2019)

2.2.2 Factores sociales

Estigma social y VIH

El estigma relacionado con el virus de inmunodeficiencia humana continúa teniendo un impacto perjudicial en la salud y el bienestar de las personas que viven con dicha patología, con efectos nocivos en la atención, tratamiento y calidad de vida. Debido a las percepciones, juicios, cultura sobre el VIH que continua persistiendo, el estigma sigue siendo uno de los mayores desafíos en la respuesta social al VIH/SIDA. (Chambers et al., 2015)

Los estudios han informado que la discriminación en entornos de atención medica hacia las personas con VIH que se manifiesta como denegación de atención, violaciones de la confidencialidad, actitudes negativas y practicas humillantes por parte de los trabajadores de salud, es lo que hace que estos paciente no acudan para tener un tratamiento adecuado, o a su vez que su diagnóstico sea tardío. (Sears & Hunter, 2012)

El estigma tiene un efecto perjudicial en los efectos de la salud de las personas que viven con VIH, los estudios lo han asociado con mala adherencia a la medicación contra el VIH y síntomas depresivos. (Rao et al., 2013)

Se relacionó el estigma tanto sentido como representado con la utilización de la atención médica, el temor a la divulgación y el estigma anticipado disuadieron a algunas personas positivas de buscar tratamiento y utilizar la atención. Los sentimientos de culpa, vergüenza, miedo, y negación se describen como fundamentales para retrasar la utilización de atención médica. (Chambers et al., 2015)

Los efectos sociales de la enfermedad sigue constituyendo una amenaza, o al menos así lo perciben tanto las mujeres seropositivas como las seronegativas. La estigmatización persiste y limita a las mujeres seropositivas a utilizar estrategias para retirarse de algunos espacios sociales para protegerse. (Servais et al., 2018)

El estigma del VIH y los temores que rodea a la enfermedad plantean un desafío para las intervenciones de salud pública, en poblaciones vulnerables, en particular las que se dirige a las mujeres embarazadas. Se realizó un estudio en la India donde participaron 645 mujeres embarazadas en la que se estudiaron modelos socio ecológicos sobre el estigma de la enfermedad, los hallazgos sugirieron que la combinación de factores del ciclo de vida reproductiva junto con factores individuales, interpersonales y comunitarios/ institucionales son significativamente importantes como indicadores del estigma y el miedo relacionados con VIH. (Placek et al., 2019)

Las mujeres con mayores niveles de educación y acceso frecuente a los medios de comunicación tienen una menor tendencia a estigmatizar a las personas que viven con el virus. El conocimiento adecuado sobre el VIH/SIDA también se asoció significativamente con una menor probabilidad de estigmatización. (Gurmu & Etana, 2015)

Nivel socioeconómico, escolaridad y VIH

El nivel socioeconómico está directamente asociado a peor estado de salud en pacientes con enfermedades consideradas como crónicas. Medir el nivel socioeconómico y la educación ha sido usado como los mejores indicadores epidemiológicos. Existen estudios que han considerado la influencia del nivel socioeconómico y la mortalidad en los pacientes VIH positivo. Existe mayor riesgo de diagnóstico de VIH positivo en pacientes que tienen un menor nivel de educación. Esto

estaría en relación a que las personas con menores recursos económicos, tienen menor accesibilidad a los servicios de salud, por ende menor acceso a tratamiento y mayor mortalidad. (Sobrino-Vegas et al., 2012)

Los estudios revelan que es más probable que los adolescentes se someta a las pruebas del estado serológico del VIH cuando tienen conocimientos sobre la misma, que hayan participado en acciones relacionadas con el VIH/sida en la escuela primarias, y que se les haya proporcionado información sobre el VIH en la secundaria y se perciben a sí mismos como el alto riesgo de contraer la enfermedad, o saber si alguien ha muerto a causa del VIH y si alguna vez han tenido relaciones sexuales. Las barreras incluyen el miedo de ser pesquisado como positivo. (Tenkorang & Maticka-Tyndale, 2013)

Los estados socioeconómicos y demográficos están asociados con la adherencia al tratamiento de pacientes con diversas enfermedades crónicas. En una meta análisis se revisaron 35 estudios originales, que contenían datos que fueron útiles para evaluar la asociación entre estado socioeconómico y demográfico y la adherencia al tratamiento antirretroviral entre los pacientes con VIH. La mayoría de estudios informaron que no existiría una asociación entre lo mencionado, sin embargo no proporcionarían un apoyo concluyente para dicha asociación. (Azmach et al., 2019)

Conductas sexuales de riesgo y VIH

Una conducta sexual de riesgo, se define a la exposición de una persona a situaciones que pueden poner en riesgo su salud o la de otra persona. Los jóvenes tienen alta vulnerabilidad para contraer VIH y enfermedades de transmisión sexual. Determinan que las conductas sexuales de

riesgo se van a dar por la temprana edad, parejas sexuales múltiples, además de uso de alcohol y drogas durante las relaciones sexuales. (Valle-Solís et al., 2011)

Las adolescentes y mujeres jóvenes experimentas altas tasas de VIH al inicio de su vida sexual. En Monbasa, Kenia casi 3 de cada 10 mujeres jóvenes en edad adulta informaron haber tenido una primera relación sexual temprana menor a los 15 años y antes o dentro de un año de la menarquia, en el contexto de un intercambio de regalos o dinero en la primera relación sexual y una relación sexual forzada. (Becker et al., 2018)

En el mundo alrededor de dos tercios de las nuevas infecciones por VIH se dan en adolescentes de 15 a 19 años y la mayor parte son en mujeres. A pesar de la disponibilidad de terapia antiretroviral, las enfermedades relacionadas con el SIDA siguen siendo de las principales causas de muerte entre las niñas y mujeres en edad reproductiva en África.(United Nations Children's Fund, 2016)

En el año 2011 en Ecuador se reporta una cifra de 92 pacientes femeninas menores de 15 años con diagnóstico de virus de inmunodeficiencia humana. (MSP, 2016)

En el último informe del 2020 en Ecuador existen 970 pacientes menores de 15 años viviendo con VIH. (UNAIDS, 2020)

La violencia de género como otro factor es considerada como una amenaza para la salud pública y una violación de los derechos humanos, que afectan especialmente a mujeres y niñas que consume o se inyectan drogas y así aumenta significativamente los riesgos biológicos y de comportamiento de la infección por el VIH. (Gilbert et al., 2015)

La OMS estima que más del 30% de las mujeres y niñas en todo el mundo sufren de violencia física o sexual por parte de sus parejas íntimas y alrededor del 7% sufren agresión sexual por parte de personas que no son parejas. (WHO, 2013)

Las mujeres que consumen drogas o alcohol también experimentan tasas más altas de agresión sexual por parte de sus parejas intimas, no íntimas, incluidos traficantes de drogas, proxenetas, clientes comerciales y policías, que se encuentran entre la población femenina en general. (Cottler et al., 2014) (Odinokova et al., 2014)

Las revisiones sugieren que entre la violencia de género y el consumo de sustancias entre mujeres varía según el tipo de sustancia, el consumo de cocaína y alcohol ha tenido los mayores efectos sobre la violencia, y las relaciones sexuales forzadas. (Gilbert et al., 2015)

Múltiples mecanismos sindémicos estructurales, biológicos y conductuales vinculan el consumo de drogas y la violencia sexual con el riesgo de VIH. Los lugares donde se consumen sustancias se han relacionado con comportamientos sexuales agresivos y mayor riesgo de VIH. (Weir & Latkin, 2015) (Stockman et al., 2014)

Violencia de género

La violencia de género es parte perjudicial para la mujer que aumenta la susceptibilidad de contraer VIH, aunque su relación algunas veces es indirecta. La violencia de género incluye violencia física, sexual y psicológica, y puede ser ocasionada por variedad de actores, incluyendo parejas intimas, familia, comunidad y representantes del estado. (Repullo, 2016)

Es una experiencia lamentablemente común en las mujeres a nivel mundial, las estadísticas sugieren que 1 de cada 3 mujeres experimentan alguna forma de violencia de género en su vida por una pareja intima. (OMS, 2013)

Las poblaciones marginadas, incluidas las trabajadoras sexuales, las mujeres transgénero y las mujeres que consumen drogas, experimentan tasas más altas de violencia, a menudo perpetrada por parejas intimas y no parejas, como representantes del estado. (Deering et al., 2014)

La violencia de género está asociado a varias consecuencias de salud aguda y duradera, incluido el VIH. La transmisión directa del VIH puede resultar de una relación sexual forzada con una pareja intima VIH positiva. (Li et al., 2014)

Esta es la primera vía y las más obvia, la infección directa a través de un acto de agresión sexual, con la transmisión facilitada por el trauma genital y/o anal que puede acompañar a las relaciones sexuales forzadas y no deseadas. Existe mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual y VIH entre las mujeres que denuncian violencia física, sin violencia sexual por parte de sus parejas masculinas. La evidencia de todo el mundo sugiere que los hombres que cometen actos de violencia se involucran en niveles más altos de comportamiento sexual de riesgo, parejas sexuales múltiples y simultaneas, sexo transaccional, uso de sustancias, menor uso de preservativo, incluyendo situaciones en las que las mujeres son coaccionadas o presionadas para que no usen condones. (Dunkle & Decker, 2013)

Si bien es cierto se ha demostrado que la violencia aumenta el riesgo de que las mujeres contraigan el VIH, el papel que este tiene para la continuidad de las pruebas de VIH y la atención

es menos claro. Debemos aclarar como la violencia de género actúa como una barrera para acceder a los servicios de salud, el tratamiento antirretroviral y la atención del VIH. (Leddy et al., 2019)

Empleos y VIH

Las trabajadoras sexuales tienen mayor riesgo de infección por VIH. La infección por VIH fue mayor en trabajadoras sexuales que tenían ingresos bajos, que tenían sexo anal, que habían tenido relaciones sexuales con personas que usan drogas inyectables y tenían un bajo conocimiento relacionado con el VIH/SIDA. (Nguyen et al., 2017)

Las trabajadoras sexuales y sus clientes masculinos son vulnerables a la infección por VIH y sirven de puente para la transmisión de la población de alto riesgo a la población general de bajo riesgo. Se realizó un estudio en China en el 2014, con un total de 585 trabajadoras sexuales, en donde encontraron que la edad media era de 24 años, menos de nueve años de escuela, 164 participantes estaban casadas. Los encuestados hombres fueron 573, con una media de edad de 35 años, con más de 10 años de educación, estado civil soltero, divorciado y separado o viudos. Hubo factores de riesgo asociados a VIH así también como el que no hayan usado preservativo, escolaridad, y el sexo comercial. (Zhu et al., 2018)

Las mujeres y niñas traficadas para el trabajo sexual corren un riesgo mayor debido a la alta exposición a la violencia y las relaciones sexuales sin protección, particularmente durante los primeros meses del trabajo sexual. Se realizó un estudio en Mumbai, India en donde aproximadamente 2 de cada 5 participantes (41.7%) informaron que fueron forzadas o coaccionadas a realizar trabajo sexual. Durante el primer mes de trabajo sexual tenían mayor probabilidad de violencia sexual, más de 7 clientes por día, no uso de condones, y uso frecuente

de alcohol. Las victimas de trata de personas también tenían mayores probabilidades de consumir alcohol en el primer episodio de trabajo sexual. (Silverman et al., 2011)

Si bien es cierto el trabajo sexual tiene mayor relación con riesgo de contraer VIH, debemos tener en cuenta otras profesiones que estarían en relación con la infección. En Marruecos en el año 2014 se realizó una encuesta transversal de la bioconducta y los comportamientos relacionados con el VIH en trabajadoras agrícolas estacionales. Se evidencio que la tasa de VIH fue del 0.9% entre 520 participantes, un 67.7% no tenían educación, el 79.8% informo haber tenido relaciones sexuales y de ellos el 12.7% intercambio sexo por dinero o bienes. Encontraron baja prevalencia de VIH sin embargo concluyeron que las intervenciones contra la infección deben intensificarse. (Bozicevic et al., 2018)

En China, se analizaron los datos de 1.543 mujeres migrantes que trabajan en ocho grupos, para examinar la asociación del lugar de trabajo con las conductas y percepciones relacionadas con el VIH. Las mujeres con experiencia sexual fueron 43.2%, las que trabajan en establecimientos de entretenimiento o servicio personal (clubes nocturnos, salones de belleza, barberías, salones de belleza, salones de masaje, etc.) participaron en prácticas sexuales de riesgo con el doble de frecuencia que las que trabajan en establecimientos que no sean de entretenimiento (restaurantes, puestos, servicio doméstico, fabricas, etc.). Aproximadamente el 10% de las mujeres en los establecimientos de entretenimiento informaron haber vendido sexo, el 30% tuvieron parejas sexuales múltiples y el 40% tener sexo con hombres con varias parejas sexuales. La tasa de uso constante de preservativo fue inferior al 15%. (H. et al., 2005)

Entre las comunidades pesqueras, comerciales y agrícolas en Uganda, realizaron un estudio utilizando datos transversales recopilados de 14 564 participantes entre hombres y mujeres

sexualmente activos, la edad fue entre 15 y 49 años. Una mayor proporción de participantes en las comunidades eran seropositivos, participaban en conductas de riesgo de infección para VIH, tenían síntomas de infecciones de transmisión sexual e informaron haber sido víctimas de violencia de género o perpetración de ellas. El género femenino sufrió de violencia infringida por la pareja, la participación en múltiples relaciones sexuales o la participación de la pareja en múltiples relaciones. Lo que pondría en consideración que los factores de riesgo asociados son claros. (Sabri et al., 2019)

Existen estudios realizados en África conociendo que es el país con más prevalencia en el mundo con VIH, además de que la infección se presenta con mayor prevalencia en los últimos años entre las mujeres más ricas y con mayor educación en varios países de este continente. Un artículo publicado en el 2016 examina los aspectos de mujeres profesionales y emprendedoras sobre el riesgo y la vulnerabilidad de VIH con base en sus conocimientos y experiencias vividas. Las mujeres describieron el uso de su sexualidad y agencia sexual como un medio para elevar su lugar, de tal forma que las hacía más vulnerables al acoso y la coerción sexual. Se explora a través de dos temas: intercambio sexual no matrimonial para obtener una educación o empleo, y el matrimonio. Las mujeres que participaron en el estudio tenían varias profesiones que incluyen: maestras, abogadas/defensoras, conferencistas, doctoras, periodistas, sociólogas, bibliotecarios, administradores públicos y empresarias. Representabas tres categorías de mujeres: 24 tenían empleo profesional, 5 actividades empresariales y 8 empleo profesional. Siete de estas mujeres nunca estuvieron casadas, 25 casadas, 4 divorciadas/separadas y 1 conviviendo. En tanto a la educación 1 cursaba un doctorado, 2 tenían posgrado, 13 maestría y 21 título de pregrado. El rango de edad era entre 24 y 57 años. Se concluyó que a pesar de tener una mayor educación tienen riesgo de contraer VIH por diferentes factores. (Jangu et al., 2017)

En la bibliografía revisada evidenciamos que las trabajadoras sexuales experimentan altas tasas de violencia de género, el entorno que envuelve este tipo de trabajo hace que haya mayor consumo de alcohol y de drogas, con relaciones sexuales que van a ser sin preservativo por lo que existe mayor riesgo de VIH. Hay que tener en cuenta que los demás empleos también tienen riesgo de VIH.

2.3. Transmisión materna infantil del VIH

La transmisión de VIH de madre a hijo es una historia de éxito en el campo del VIH/sida, por la disminución significativa en el número de eventos de transmisión con la ampliación del tratamiento antirretroviral y otros métodos de prevención. La transmisión materno infantil se conoce que él bebe recibe anticuerpos específicos transferidos pasivamente de la madre mientras se encuentra en el útero. La exposición infantil se va a dar especialmente durante el parto y la lactancia. (Milligan et al., 2018)

La prevención de la transmisión materna infantil durante los últimos 20 años es considerada uno de los éxitos de la salud pública. Se ha llevado a cabo un trabajo dedicado para que las tasas bajen en entornos que puedan implementar una profilaxis óptima. La eliminación de la infección por el VIH en niños parece que es una meta alcanzable. (Hurst et al., 2015)

Se han identificado varios factores que influyen en el riesgo de transmisión materno infantil del VIH. El principal es la carga viral alta de la madre y la enfermedad avanzada. La carga viral materna alta, medida en el momento del parto, es lo que se describe como el factor de riesgo más importante para la transmisión tanto intrauterina como durante el parto. Algo similar se considera a el recuento de los linfocitos T CD4+ y el estadio clínico de la infección son también los

predictores significativos confirmados de transmisión. En consecuencia, una carga viral más alta en el tracto genital también se ha asociado de forma independiente con incremento del riesgo de transmisión de madre a hijo de VIH. (Liu et al., 2017)

2.4. Carga viral en el VIH

La carga viral es la medida recomendada sobre la eficacia del tratamiento antirretroviral y nos indica la adherencia al tratamiento, y además el riesgo de transmisión de la enfermedad por VIH. Si tenemos una carga viral menor a 1.000 copias/ml va a definir que estamos ante un éxito de tratamiento. Es el indicador que lleva a cabo ONUSIDA de los objetivos 90-90-90, nos da una monitorización del tercer 90: que el 90% de las personas que reciben tratamiento antirretroviral tengan carga suprimida para el 2020. (Hader, 2019)

Si tenemos una carga viral indetectable no se considera un indicador absoluto de alta adherencia al tratamiento antirretroviral y no da un informe sobre los patrones de adherencia. El control de la misma es un método indirectamente útil y accesible en la práctica para la evaluación de la adherencia. (Arazo et al., 2020)

2.5. Enfermedades oportunistas en VIH

Las enfermedades oportunistas son aquellas que se van a presentar como consecuencia de la severa inmunodepresión en pacientes con VIH. La incidencia es mayor a la población en general e incluso en las poblaciones con otras causas de inmunodepresión. El nivel de inmudepresión va a estar dado por el conteo de células CD4 cuando sea inferior a 200 células/ml, es el factor de riesgo principal para que las enfermedades oportunistas ocurran, mientras la recuperación inmunológica con tratamiento antirretroviral (TARV) es un factor de protección que disminuye

significativamente la incidencia de infecciones oportunistas siendo una intervención de demostrado costo eficacia.

Se ha descrito que personas con recuentos de CD4 mayor a 500 cél/ml tienen mayor incidencia, por lo que el riesgo no se eliminaría por completo con la recuperación inmunológica. (Mocroft A, 2013)

La terapia antiretroviral ha reducido significativamente la morbimortalidad asociada a VIH, lo que ha hecho que la misma se convierta en una enfermedad crónica. Es posible bajo ciertas condiciones, que el TARV se inicie temprano, independientemente del nivel de CD4 y que se logre una viremia suprimida de manera permanente. (TEMPRANO ANRS Study Group, 2015) (Group., 2015)

En este contexto las enfermedades oportunistas en especial las infecciosas, son el motivo más frecuente de consulta e ingreso hospitalario, tanto en el debut de la enfermedad como en pacientes que tienen su diagnóstico hace varios años previos, que por varios motivos no se encuentres en tratamiento antirretroviral.

Neoplasias en VIH

Globalmente más de 35 millones de personas viven VIH, comparados con la población en general esta población tiene mayor incidencia de presentar cáncer. (. Shiels MS, 2011)

En la fase inicial de la epidemia de SIDA, se encontró que el linfoma no Hodgkin, las lesiones premalignas cervicales y el sarcoma de Kaposi estaban fuertemente asociadas con inmunosupresión inducida por el VIH. El centro de control de enfermedades de Estados Unidos

desde la década de 1990 han definido al sarcoma de Kaposi, ciertos linfomas no Hodgkin y el cáncer cervical como los canceres que definen SIDA. (Lu, 2017)

Con los años y la accesibilidad a los antiretrovirales y mejora en la atención médica para la infección por VIH y SIDA, se ha visto beneficiado en la disminución de la incidencia y la tasa de mortalidad de las enfermedades relacionadas con SIDA. Mientras que con la extensión de la vida útil de la era de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), el espectro de neoplasias malignas ocurridas en personas que viven con VIH/SIDA (PVVS) se han transformado significativamente. (Lu, 2017)

En las fases tempranas de la enfermedad, existe una alta incidencia de Linfoma no Hodgkin y sarcoma de Kaposi, que son reconocidos por virus específicos de la infección. (Lu, 2017)

Neoplasias que definen SIDA

De acuerdo con el centro de control de enfermedades de los EEUU (CDC), el sarcoma de Kaposi, el cáncer cervical, y el linfoma no Hodgkin especifico, incluido el linfoma primario del sistema nervioso central, linfoma de Burkitt, linfoma difuso de células B grandes, linfoma plasmablastico, y linfoma mediastínico primario se clasificaron como neoplasias definitorias de SIDA. Es así que estas enfermedades son significativamente más altas que la de la población general. (Park LS, 2016)

Algunos estudios encontraron que la infección por VIH induce a la inmunosupresión indicada por CD4 considerándose el factor de riesgo más importante.

Neoplasias que no definen SIDA

Durante la era TARGA la incidencia de neoplasias entre las personas que viven con VIH han aumentado considerablemente. Las neoplasias que no definen SIDA contribuyen a más de la mitad de neoplasias. A su vez, el pronóstico de las personas que tienen neoplasias y VIH es peor que los que no tienen la infección por VIH. (Althoff KN, 2015) (Coghill AE, 2015)

Hay varios estudios en los cuales se ha revisado factores de riesgo asociados a malignidad entre ellos se ha identificado la edad y el tiempo que la persona vive con VIH. Estudios previos han encontrado que la administración de TARGA es un factor contributario para malignidad. (Coghill AE, 2015)

Capítulo III

Metodología

3.1 Material y métodos

3.1.1 Tipo y diseño de investigación

Estudio descriptivo analítico

3.1.2 Unidad de análisis

Se tomaron los datos de las historias clínicas de las pacientes mujeres con diagnóstico de VIH que se encontraron en los registros del Hospital Gustavo Domínguez de la ciudad de Santo Domingo.

3.1.3 Población y muestra

Universo: Pacientes mujeres con diagnóstico de VIH atendidas en el Hospital Gustavo Domínguez de la ciudad de Santo Domingo en el periodo 2014 a 2019.

Población: 212 pacientes con infección por VIH/SIDA atendidos en el Hospital Gustavo Domínguez, se trabajó con la totalidad de la población.

3.2. Objetivos del estudio

Objetivo general:

- Describir las características clínicas y epidemiológicas de pacientes de sexo femenino con diagnóstico de VIH en el Hospital Gustavo Domínguez de Santo Domingo.

Objetivos específicos:

- Describir los factores sociodemográficos y de riesgo en las pacientes diagnosticadas con VIH en el Hospital Gustavo Domínguez.
- Establecer el estadio clínico en el que son diagnosticadas las pacientes y cuáles son las enfermedades definitorias de SIDA asociadas.
- Definir cuáles son los factores asociados en la progresión de VIH a fase SIDA.
- Calcular el porcentaje de mujeres seropositivas que han tenido hijos con diagnóstico de VIH.

3.3 Hipótesis

- En las pacientes femeninas con infección por VIH, algunas de sus características sociodemográficas, clínicas o analíticas se asocian con la progresión a SIDA.

3.4 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

Se incluyó en el estudio toda historia clínica de paciente adulto que reporte:

- Todas las pacientes femeninas con diagnóstico confirmado de VIH mediante un resultado positivo de cuarta generación.
- Disponer de todos los datos clínicos requeridos en él estudio (características clínicas de la enfermedad, CD4, carga viral, estadio de la enfermedad).

Criterios de exclusión

- Pacientes que no tengan el diagnóstico bajo prueba de cuarta generación, y que no tengan detalladas todas las variables a estudiarse (lugar de residencia, carga viral, CD4, tratamiento en curso, sintomatología inicial, comorbilidades asociadas) en la historia clínica
- Pacientes transferidos a otra unidad de salud.

3.5 Procedimiento de recolección de información

Las variables que se midieron son categóricas y cuantitativas estipuladas en la operacionalización de variables, los datos se recolectaron mediante una matriz madre elaborada en Excel que me permitió la recolección de datos. Los instrumentos utilizados fueron los archivos médicos clínicos de las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, se solicitó la autorización correspondiente para su revisión en el Hospital en estudio y se firmó un consentimiento de confidencialidad. La revisión fue de aproximadamente 50 historias clínicas por día, 4 horas diarias por 4 días a la semana durante 3 meses.

Se recurrió a la plataforma gubernamental RDACAA web para buscar a los pacientes que no han acudido a los seguimientos en la clínica de VIH que no tengan transferencia a otra casa de salud. Los pacientes que no se hallaron se revisaron en el registro civil para ver si no constaban

como defunciones. Se guardó la confidencialidad de los pacientes y de los datos recolectados, mediante codificación, se registraron en la matriz de datos elaborada por la autora de la presente investigación y posteriormente se almaceno en una base de datos digital realizada en hojas de cálculo de Microsoft Excel 2011 versión 14.0.0.

3.6. Diseño estadístico

Plan de análisis de datos:

El análisis se realizó con la información partir de una base de datos digital realizada en hojas de cálculo de EXCEL Microsoft office 8 y se analizó mediante el Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), versión 25 (SPSS - Windows, SPSS Inc., Chicago, Illinois).

Las variables cualitativas nominales y ordinales se describieron con frecuencias absolutas y relativas, se expresaron tipo porcentaje detalladas en tablas. Se demostraron los datos en gráficos de pasteles. Las variables son analizadas mediante chi cuadrado en los que se realizó una asociación en el caso de variables categóricas.

3.7 Aspectos bioéticos

Todos los archivos clínicos a los que se tuvo acceso constan con la autorización por parte de la Gerente del hospital. Los datos fueron manejados con discreción, solo por la investigadora, tutor de tesis y tutor metodológico, quienes estuvimos obligados a firmar una carta donde nos comprometimos a guardar la confidencialidad de los datos encontrados. Se realizó la codificación detallada más adelante para salvaguardar la integridad del paciente.

Propósito:

El estudio en curso pretendió tener datos estadísticos reales respecto a la caracterización clínica de las pacientes femeninas diagnosticadas de VIH atendidas en el Hospital Gustavo Domínguez de Santo Domingo. Con lo que logramos tener datos concretos sobre cómo fue la presentación de la patología, así como también en qué fase de la enfermedad se encontraban, y si es que ha existido transmisión vertical a sus hijos.

Procedimiento:

Previo a recabar los datos del estudio actual se presentó el Protocolo de Investigación en el comité de Bioética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y con su autorización se procedió a la presentación del mismo en el Hospital objeto de estudio: Hospital Gustavo Domínguez, para contando con su aprobación se realizó la toma de datos de las historias clínicas de las variables a estudiarse.

Se realizó una revisión directa de las historias clínicas, manteniendo la confidencialidad de los pacientes y se tomó los datos mediante la ficha de datos en estudio.

Confidencialidad de la información:

Con la información que se recogieron en este proyecto de investigación se mantuvo la confidencialidad en virtud de lo que se establece en la constitución política del Ecuador en el artículo 66, reconoce y garantiza a las personas ¨ el derecho a la protección de datos de carácter personal, que incluye el accedo y la decisión sobre la información y datos de este carácter, así como su correspondiente protección.¨.

Consentimiento informado:

Se codificó y encriptó las identidades para salvaguardar la identificación de los pacientes. La elaboración del código único de cada paciente se lo realizo tomando las dos primeras letras del primer apellido, luego las dos primeras letras del segundo apellido, después las dos primeras letras del primer nombre y finalmente las dos primeras letras del segundo nombre, quedando de esta forma un código único de 8 letras que anonimizo a cada paciente. En caso de que el paciente tuvo tres nombres, se obvio el tercero y se procedió a codificar como se mencionó previamente. Además, en aquellos pacientes que no tengan el apellido paterno o bien el apellido materno se reemplazó con cero “0”, las dos letras correspondientes al apellido ausente. En total tuvimos un código de 8 letras.

3.8 Operacionalización de variables del estudio

Variable	Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Tipo de variable	Escala	Indicador	Codificación	Fuente de verificación
Edad	Tiempo en años cumplidos	Tiempo desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad.	Adulto joven Adulto maduro Adulto mayor	Variable cualitativa	Escala de intervalo	Adulto joven: 18 a 25 años Adulto maduro: 25 a 64 años Adulto mayor: mayor de 65 años	0: adulto joven de 18 a 25 años 1: adulto maduro de 25 a 64 años 2: adulto mayor a 65 años	Historia clínica
Orientación sexual	Preferencia sexual de la persona	Capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, de su mismo género o de más de un género, así como a la capacidad de	Heterosexual Lesbiana Bisexual	Variable cualitativa	Escala nominal	Heterosexual Lesbiana Bisexual	0: Heterosexual 1: lesbiana 2: bisexual	Historia clínica

		mantener relaciones íntimas y sexuales con personas.						
Etnia	Auto identifica-ción	Es una categoría social, que se refiere a grupos sociales que a menudo comparten herencia cultural y ascendencia	Negros Mestizos Blancos Indígena	Variable Cualitativa politómica	Escala Nominal	Auto identificación	0:Negros 1:Mestizos 2:Blancos 3:Indígenas	Historia clínica
Nivel de instrucción	Grado de escolaridad	Nivel de educación que ha alcanzado	Ninguna Primaria/ secundaria 3er nivel 4to nivel	Variable cualitativa dicotómica	Escala nominal	Ninguna Primaria Secundaria 3er Nivel 4to Nivel	0: Ninguna 1: Primaria 2: Secundaria 3: 3er Nivel 4: 4to Nivel	Historia clínica
Estado civil	Condición de una persona en el orden social	Situación estable o permanente en la que se encuentra una persona física	Soltera Casada Viuda Divorciada Unión libre	Variable cualitativa politómica	Escala nominal	Soltera Casada Viuda Divorciada Unión libre	0: Soltera 1: Casada 2: Viuda 3: Divorciada 4: Unión libre	Historia clínica

Procedencia	Lugar de nacimiento	Lugar de nacimiento del paciente	Zona 1: Carchi, Esmeraldas, Imbabura, Sucumbíos. Zona 2:Napo, Pichincha, Orellana. Zona 3: Cotopaxi, Chimborazo, Pastaza, Tungurahua. Zona 4: Manabí, Santo Domingo de los Táchalas. Zona 5: Bolívar, Los Ríos, Galápagos, Guayas, Santa Elena. Zona 6: Azuay, Cañar, Morona Santiago. Zona 7: El Oro, Loja, Zamora Chinchipe. Zona 8: Guayaquil, Durán, Samborondón. Zona 9: Quito	Variable cualitativa dicotómica	Escala nominal	Zona 1 Zona 2 Zona 4 Zona 8 Otras	0: zona 1 1: zona 2 2: zona 4 3: zona 8 4: otras	Historia clínica

Ocupación	Oficio que desempeña una persona	Tarea, ocupación, oficio en donde ha estado un mayor número de años del total de su vida laboral, hasta ese momento. (SENA, 2013)	En base a la clasificación nacional de ocupaciones encontramos 9 áreas de desempeño: Ocupaciones de gerencia Finanzas y admisión Ciencias naturales y aplicadas Salud Sociales, educación, gobierno, religión. Arte, cultura y esparcimiento Ventas y servicios Explotación primaria y extractiva Construcción, transporte mantenimiento Procesamiento y fabricación	Cualitativa	Nominal	Sociales, educación, gobierno, arte. Ventas y servicios. Construcción, transporte, mantenimiento, agricultura. Amas de casa. Otros	0: Sociales, educación, gobierno, arte. 1: Ventas y servicios. 2: Construcción, transporte, mantenimiento, agricultura. 3: amas de casa. 4: otros	Historia clínica

Consumo de alcohol	Persona que presente consumo de alcohol frecuente	Consumo de alcohol semanal Consumo de alcohol social Niega consumo de alcohol	Consumo semanal Consumo social No consumo	Cualitativa politómica	Escala nominal	Consumo alcohol semanal Consumo social No consumo	0: consumo alcohol semanal 1: consumo social 2: no consumo	Historia clínica
Consumo de drogas	Persona que presente consumo de drogas inyectables, inhalables, fumables	Definir qué tipo de drogas consume, si son o no inyectables	Drogas inyectables Drogas no inyectables	Cualitativa politómica	Escala nominal	Drogas Inyectables Drogas no inyectables Niega consumo	0: Inyectables 1: No inyectables 2: niega consumo	Historia clínica
Inicio de vida sexual activa	Edad de inicio de Relaciones sexuales	Edad en la que inicio a tener relaciones sexuales	Menor a 15 años 15 a 18 años Mayor a los 18 años	Cualitativa politómica	Escala nominal	Menor a 15 años 15 a 18 años Mayor a los 18 años	0: Menor a 15 años 1: 15 a 18 años 2: Mayor a los 18 años	Historia clínica
Número de parejas sexuales	Parejas sexuales	Número de parejas sexuales desde que inició su vida sexual.	1 pareja sexual De 1 a 5 parejas sexuales Más de 5 parejas sexuales	Cualitativa politómica	Escala nominal	1 pareja sexual De 1 a 5 parejas sexuales Más de 5 parejas sexuales	0: 1 pareja sexual 1: De 1 a 5 parejas sexuales 2: Más de 5 parejas sexuales	Historia clínica

Uso de métodos anticonceptivos de barrera	Métodos anticonceptivos	Objetos o medicamentos que bloquean el esperma y ayudan a prevenir un embarazo.	Preservativo masculino o femenino	Cualitativa dicotómica	Escala nominal	Si usa No usa	0: si usa 1: no usa	Historia clínica
Enfermedades de transmisión sexual	Infecciones que se transmiten de persona a persona el momento del contacto sexual.	Tipos de infecciones de transmisión sexual: herpes genital, HPV, sífilis, entre otras	Herpes genital HPV Sífilis Otras	Cualitativa politómica	Escala nominal	Herpes genital HPV Sífilis otras ninguna	0: Herpes genital 1: HPV 2: sífilis 3: otras 4: ninguna	Historia clínica
Hijos con VIH	Productos de mujeres seropositivas con diagnóstico definitivo de VIH	Hijos con VIH	Hijos con VIH positivo Hijos sin VIH	Cualitativa dicotómica	Escala nominal	Hijos con VIH positivo Hijos sin VIH	0: Hijos con VIH positivo 1: Hijos sin VIH	Historia clínica
Carga viral de VIH	Cantidad de carga viral que posee un paciente	Corresponde a la calidad de virus replicativo o latente que está presente en un individuo infectado, se mide a nivel de suero.	No suprimida: más de 50 copias/ml Suprimida: menos de 50 copias/ml	Cualitativa Politómica	Escala Nominal	No suprimida Suprimida Desconoce	0: no suprimida 1: suprimida 2: desconoce	Historia clínica

Estadio de enfermedad de VIH al momento del diagnóstico (CDC)	Estadio de VIH según CDC	Diagnostico basado en las condiciones indicadoras de SIDA, que tienen valor en ausencia de otra inmunodeficiencia y que se suman al conteo de células CD4, entrando en la categoría de SIDA los estadios A3, B3 y los C3.	Según la clasificación de la CDC, se reconocen 3 estadios de enfermedad, que se cataloga al momento del diagnóstico de infección por VIH/SIDA y es no regresivo. A1 - A2 - A3 B1 - B2 - B3 C1 - C2 - C3	Cualitativa politómica	Escala nominal	No SIDA Categoría SIDA Desconocido	0: No SIDA 1: categoría SIDA 2:desconocido	Historia clínica
Enferme-dades definitorias de SIDA	Enferme-dades definitorias asociadas al VIH	Son enfermedades que se presentan en los pacientes con diagnóstico de VIH, relacionadas con el sistema inmunitario	Enfermedades oportunistas: Candidiasis Coccidiodo-micosis Criptococosis Criptospo-ridiosis Citomegalo-virus Infección por el virus del herpes simple Histoplasmosis Isosporosis Tuberculosis	Cualitativa politómica	Escala nominal	Enfermedad oportunista Neoplasias Conjunto de síntomas Ninguna	0: Enfermedades oportunistas 1: Neoplasias asociadas al VIH 2: Conjunto de síntomas 3: Ninguna	Historia clínica

			Infección por el complejo MAC Pneumocystis jirovecci Neumonía recurrente Leucoencefa-lopatía multifocal progresiva Septicemia por salmonella Toxoplasmosis cerebral Neoplasias: Sarcoma de Kaposi Linfoma Carcinoma de cérvix uterino invasivo Conjunto de síntomas: Encefalopatía asociada al VIH Síndrome de *caquexia progresiva por VIH					

Capítulo IV

Resultados

Se inició el análisis del estudio con 212 pacientes, que se encontraban registrados en el Hospital Gustavo Domínguez, de los cuales todos cumplieron con los criterios de inclusión. La muestra final fue de 212 pacientes femeninas.

4.1 Análisis univarial

4.1.1 Descripción de las variables sociodemográficas

Tabla 1: Características sociodemográficas

Variable	Condición	n=212	%
Edad	adulto joven de 18 a 25 años	36	17,0%
	adulto maduro de 25 a 64 años	172	81,1%
	adulto mayor a 65 años	4	1,9%
Orientación sexual	Heterosexual	212	100,0%
	Lesbiana	0	0,0%
	Bisexual	0	0,0%
Etnia	Negros	22	10,4%
	Mestizos	190	89,6%
	Blancos	0	0,0%
	Indígenas	0	0,0%
Instrucción	Ninguna	3	1,4%
	Primaria	116	54,7%
	Secundaria	64	30,2%
	tercer nivel	29	13,7%
	cuarto nivel	0	0,0%
Estado Civil	Soltera	47	22,2%
	Casada	46	21,7%
	Viuda	14	6,6%
	Divorciada	19	9,0%
	unión libre	86	40,6%
Lugar de Procedencia	zona 1	19	9,0%
	zona 2	10	4,7%
	zona 4	167	78,8%
	zona 8	5	2,4%
	Otras	11	5,2%

Ocupación	Sociales, educación, gobierno, arte	17	8,0%
	Ventas y servicios	29	13,7%
	Construcción, transporte, mantenimiento, agricultura.	8	3,8%
	ama de casa	137	64,6%
	Otros	21	9,9%

Fuente: datos del estudio

Elaborado por: Zúñiga Valeria

En lo referente a la edad se observó que el mayor porcentaje de pacientes femeninas con VIH se encuentra en el rango de edad de 25 a 64 años, todas las mujeres tienen orientación heterosexual, la mayor parte corresponden a la etnia mestiza y su minoría son negras. En cuanto a la educación llama la atención que algo más de la mitad de la muestra de las pacientes cursaron solo con la primaria, y un pequeño grupo tuvieron un tercer nivel de educación.

El estado civil de las pacientes en su mayoría tienen estado de unión libre, en un incidencia casi similar se encuentran solteras y casadas.

En la situación laboral, la mayoría está representado por el grupo de quehaceres domésticos es la que tiene mayor incidencia en cuando al ámbito laboral de las pacientes femeninas.

4.1.2 Factores de riesgo

Tabla 2: Factores de riesgo

Variable	Condición	n=212	%
Consumo de Alcohol	Semanal	8	3,8%
	Social	64	30,2%
	no consumo	140	66,0%
Consumo de Drogas	Inyectables	2	0,9%
	no inyectables	7	3,3%
	niega consumo	203	95,8%
Uso de preservativo	si usa	108	50,9%
	no usa	104	49,1%

Fuente: datos del estudio

Elaborado por: Zúñiga Valeria

Dentro de los factores de riesgo se encontró que el consumo de alcohol no es u determinante puesto que un bajo porcentaje de las pacientes indico que tenía un consumo semanal del mismo. En su mayoría las pacientes niegan el consumo de drogas, en las que presentaban consumo de las mismas fueron de forma inyectables y no. El uso de preservativo encontramos que se fija una similitud entre las personas que usan y no preservativo, representado casi por el mismo porcentaje, representado en la ilustración 1.

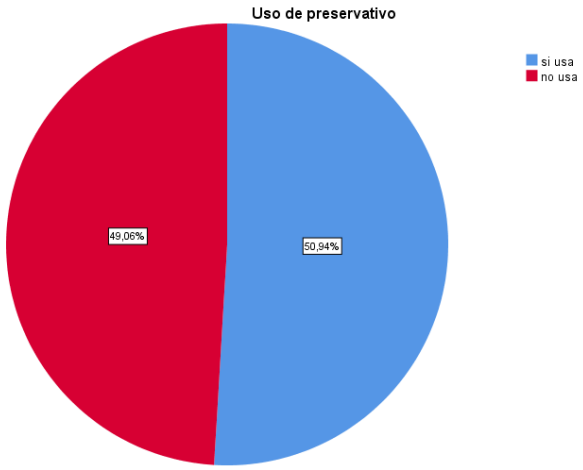


Ilustración 1: Uso de preservativo

Fuente: datos del estudio

Elaborado por: Zúñiga Valeria

Tabla 3: Vida sexual

Variable	Condición	n=212	%
Inicio de vida sexual	menor a 15 años	43	20,3%
	15 a 18 años	84	39,6%
	mayor a 18 años	85	40,1%
Número de parejas sexuales	1 pareja	19	9,0%
	2 a 5 parejas	163	76,9%
	más de 5 parejas	30	14,2%
Enfermedades de transmisión sexual asociadas	Herpes genital	1	0,5%
	HPV	3	1,4%
	Sífilis	6	2,8%
	otras	0	0,0%
	ninguna	202	95,3%

Fuente: datos del estudio

Elaborado por: Zúñiga Valeria

El inicio de vida sexual activa el mayor porcentaje de pacientes se dio en el rango de edad de mayor a 18 años. La mayor parte de pacientes tienen más de 1 pareja sexual correspondiente a 193 mujeres.

En las enfermedades de transmisión sexual asociadas de un total de 212 pacientes, se dio en 6 pacientes con diagnóstico y tratamiento de sífilis, 3 personas con diagnóstico de HPV y 1 con herpes genital.

Tabla 4: Hijos seropositivos

Variable	Condición	n=212	%
Hijos seropositivos	Si	4	1,9%
	No	208	98,1%

Fuente: datos del estudio

Elaborado por: Zúñiga Valeria

Dentro de las 212 pacientes se analizó si los hijos son seropositivos y en total se obtuvo como dato que fueron 4 pacientes.

Tabla 5: Estadio de la enfermedad

Variable	Condición	n=212	%
Carga viral	no suprimida	70	33,0%
	suprimida	142	67,0%
	desconoce	0	0,0%
Estadio de la enfermedad	no SIDA	189	89,2%
	categoría SIDA	23	10,8%
	desconocido	0	0,0%
Enfermedades definitorias de SIDA	Enfermedades oportunistas	22	10,4%
	Neoplasias asociadas al VIH	0	0,0%
	Conjunto de síntomas	1	0,5%
	ninguna	189	89,2%

Fuente: datos del estudio

Elaborado por: Zúñiga Valeria

En relación con el estadio de la enfermedad en la muestra analizada se encontraron 23 pacientes en fase SIDA. En cuanto a la carga viral la mayoría de pacientes tienen una carga viral suprimida. De la totalidad de los pacientes en fase SIDA, 22 presentaron enfermedades oportunistas definitorias y 1 paciente fue diagnosticado con conjunto de síntomas.

Tabla 6: Enfermedades asociadas a SIDA

Variable	Condición	n=23	%
Enfermedades definitorias de SIDA	Candidiasis esofágica	1	4,40%
	Criptococosis extrapulmonar	1	4,40%
	Histoplasmosis diseminada	1	4,40%
	Neumonía por Pneumocystis Jirovecii	2	8,60%
	Síndrome de desgaste	1	4,30%
	Toxoplasmosis cerebral	7	30,40%
	Tuberculosis extrapulmonar	6	26,10%

	Tuberculosis pulmonar	4	17,40%

Fuente: datos del estudio

Elaborado por: Zúñiga Valeria

Las enfermedades asociadas a SIDA, con mayor prevalencia fueron la toxoplasmosis cerebral y la tuberculosis extrapulmonar de las pacientes.

4.2. Análisis bivarial

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las características demográficas edad, instrucción y ocupación en relación a la progresión de la enfermedad. Sin embargo hay significancia estadística en relación al estado civil y SIDA.

En relación a los factores de riesgo asociados el consumo de alcohol, y el inicio de vida sexual activa fueron estadísticamente significativos con una $p<0,05$, en relación con la progresión a pacientes en fase SIDA.

En la Tabla 7 podemos observar que el estado civil de soltera y de unión libre tienen mayor relación con la progresión de la enfermedad, las personas que presentan consumo de alcohol semanal tienen más incidencia de SIDA, el inicio de vida sexual menor a 15 años tiene mayor relación con la progresión de la enfermedad.

Tabla 7: Correlación entre los factores de riesgo y la progresión a fase SIDA

	no SIDA (n=189)	**categoría SIDA (n=23)**	**Chi-cuadrado (p)**
		Estado civil	
Soltera	37	10	
Casada	41	5	
Viuda	14	0	
Divorciada	19	0	0,049
Unión libre	78	8	

		Consumo de alcohol	
Semanal	5	3	
Social	58	6	0,047
No consumo	126	14	
		Inicio de vida sexual	
Menor a 15 años	33	10	
15 a 18 años	79	5	0,011
mayor a 18 años	77	8	

Nota: Los datos se presentan como número y significación de Chi-cuadrado (p); Si $p < 0,05$ el resultado es significativo, salvo que se indique lo contrario

Fuente: datos del estudio

Elaborado por: Zúñiga Valeria

Capítulo V

5.1 Discusión

Los resultados mostraron que de las 212 pacientes dentro del presente estudio se encontró que el promedio de edad en las que se encuentran las pacientes corresponde a la edad de 25 a 64 años que estaría en relación con el inicio de vida sexual y reproductiva que tienen las pacientes mujeres, sin dejar de lado la edad de 18 a 25 años.

La adolescencia al ser una etapa de la vida de cambios rápido, el desarrollo de la sexualidad hace que los jóvenes se involucren cada vez más en actividades sexuales prematuras y de riesgo. (Maranhão et al., 2017)

Lo cual aseveraría lo que estamos analizando dentro de nuestro estudio, la edad en la que las pacientes iniciaron la vida sexual activa se dio en edades tempranas, lo que aumenta el riesgo de tener enfermedades de transmisión sexual, en este caso el VIH.

Sabemos que el aumento de las tasas de incidencia de VIH en jóvenes en el Ecuador es alta y a la vez conocemos que hay casos nuevos de VIH en edades tempranas, y a su vez en mujeres.

En Chile se llevó a cabo un estudio sobre los factores que influencian la adquisición de infecciones de transmisión sexual y VIH en mujeres jóvenes, en la que se evidencia que la población en riesgo está en el rango de edad de 18 a 24 años. (Villegas et al., 2016)

Las mujeres jóvenes con antecedentes gestacionales comenzaron la vida sexual activa en edad temprana, por lo que tienen mayor exposición a múltiples parejas. Esto ha sido señalado como implicación negativa en la vida de los jóvenes por mayor exposición a ETS, abuso de sustancias. (Maranhão et al., 2017)

El promedio de inicio de vida sexual activa en nuestro estudio es en menores de 18 años con 59.9% de la población de estudio, de ellas el 76.7% de las pacientes tuvieron más de 1 pareja sexual, lo que aumento evidentemente el riesgo de contraer VIH.

Si bien es cierto que el VIH es una enfermedad que tiene un periodo de ventana muy amplio, en el estudio hemos visto que el diagnóstico se está realizando en edades más tempranas que podría estar en relación con las estrategias planteadas por el ministerio de salud pública sobre pesquísaje de VIH en el embarazo, que es el momento en el que se realiza el diagnóstico de la mayoría de pacientes dentro de nuestra investigación.

El nivel de educación que poseen las personas tiene mucha relación con el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual encontrándonos así con que en el presente estudio el 54.7% de las pacientes tienen una instrucción primaria, hay varias razones por la cual esto debe ser un determinante fundamental para la infección. En el Ecuador no existen programas en los cuales en las escuelas se hable sobre sexualidad y riesgo de infecciones de transmisión sexual. Así también el nivel de pobreza dentro de nuestro país es alto por lo que hay personas que no tienen una educación de calidad.

En estudios previos realizados el nivel de educación es uno de los principales factores determinantes asociados a VIH, por el riesgo que presentan las mujeres al no tener un nivel de instrucción mayor, no hay actividades que les hayan brindado información sobre la misma lo que implica que exista un mayor riesgo de contraerla por el desconocimiento. (Tenkorang & Maticka-Tyndale, 2013)

El inicio de vida sexual a temprana edad, tener varias parejas sexuales, además del uso de alcohol y de drogas corresponden a conductas sexuales de riesgo para contraer infecciones de transmisión sexual. (Valle-Solís et al., 2011)

En un estudio previo la edad promedio de inicio de vida sexual activa de las mujeres es entre los 12 y los 20 años, y tienen un rango de entre 1 y 20 parejas sexuales, de estas pacientes se identificaron que además en el último mes tuvieron relaciones con 1 a 5 parejas sexuales distintas. (Villegas et al., 2016)

En el caso de nuestro estudio la mayor parte de personas tienen más de 1 pareja sexual correspondiente a 193 mujeres en una proporción del 91.1%, lo que estaría en relación con lo que nos dice la bibliografía que a mayor número de parejas sexuales hay mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual.

El inicio de vida sexual activa de las pacientes de nuestro estudio se da en su mayoría en edades superiores a los 18 años en un 40.1%, sin embargo al realizar una división de variables en varios rangos de edad se obtuvieron datos que son relevantes en nuestra investigación. Es así que el 39.6% tuvieron un inicio de vida sexual activa entre los 15 y 18 años, y el 20.3% de las pacientes lo hicieron antes de los 15 años de edad.

Este es un dato que corrobora el riesgo que tienen las pacientes que inician la vida sexual activa a temprana edad, con contraer infecciones de transmisión sexual en especial el VIH, al realizar un análisis estadístico de la relación entre la educación y el inicio de vida sexual, el 54.7% de las pacientes en el estudio tienen instrucción primaria y de esta proporción el 50.9% tuvo inicio de vida sexual antes de los 18 años.

Las personas de menor edad sobre todo los adolescentes con edades inferiores a 15 años que actualmente inician su vida sexual más temprano, tienen mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual en especial VIH, y está en relación a la vulnerabilidad de sus derechos y violencia intrafamiliar. (Becker et al., 2018)

Sabemos que el consumo de drogas o alcohol también experimenta tasas más altas de agresión sexual y mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual. (Cottler et al., 2014)

En un estudio previo realizado en Chile, en relación al consumo de algún tipo de sustancias a lo largo de la vida existieron 95.1% de las mujeres que reportaron haber consumido alcohol, 50% marihuana, 50.7% consumió algún tipo sustancia y el resto de 2 y 7 sustancias diferentes. En los últimos tres meses el 23.7% han consumido alcohol, hasta llegar a la ebriedad, y 39.5% reportó haber estado ebria o drogadas antes de tener relaciones sexuales. (Irarrázabal et al., 2016)

Al ser el consumo de alcohol y de drogas uno de los factores predisponentes de contraer infecciones de transmisión sexual, lo analizamos en el presente estudio. Al realizar el análisis bivariado entre la relación del consumo de sustancias específicamente alcohol, identificamos una relación estadísticamente significativa ($p<0.05$) en el consumo del mismo con el riesgo de progresión de la enfermedad.

Encontramos además que el 34% de las pacientes presentaron consumo de alcohol y de este total 9 pacientes consumieron algún tipo de droga representado en el 12.5%, estadísticamente esta en relación que el consumo de estas dos sustancias implican mayor riesgo de adquirir VIH.

El trabajo sexual en el Ecuador se da en un gran porcentaje y es considerado uno de los empleos con mayor riesgo de VIH a nivel mundial, dentro de nuestro estudio existieron pocas pacientes que identificaron dicho oficio como uno de los que realizaban, lo cual puede ser por temor a discriminación. Hay que tener en cuenta que reconocer el trabajo sexual como oficio muchas veces es producto de vulneración por lo que puede ser un dato que podría estar infraestimado.

En nuestro estudio la mayor parte de mujeres son personas que se quedan en sus domicilios realizando quehaceres domésticos considerándolas como población de bajo riesgo, sin embargo al no tener directamente riesgo como mujeres, quizás sean ellas las que pudieran

estar sometidas a maltrato por parte de su pareja intima. Se podría considerar que serían las parejas que están portando el virus e infectando a las mujeres con este tipo de empleo.

Es así que en el estudio realizado en China en el año 2014, se analiza que las trabajadoras sexuales y sus clientes masculinos son vulnerables a la infección por VIH y sirven de puente en la transmisión de la población de alto riesgo a la general de bajo riesgo. (Zhu et al., 2018)

Se mencionó previamente que en el estudio se encontró la mayor parte de diagnóstico de las pacientes el momento de controles prenatales, por lo que se investigó sobre la transmisión materna infantil del VIH.

Tuvimos 4 pacientes que tenían hijos seropositivos, representado por el 1.9% y las demás con hijos seronegativos, además 1 de las pacientes se encontraba en fase SIDA el momento del diagnóstico. La transmisión infantil del VIH de madre a hijo es una de las historias de éxito que se plantea a nivel mundial y se ha reducido con la ampliación del tratamiento antirretroviral. (Milligan et al., 2018)

La organización mundial de la salud se plantea llegar al 0% de tasa de transmisión de VIH materna fetal, lo que según los datos recabados se estaría en camino a cumplir.

Al ser la gran tasa de diagnóstico el momento del embarazo, vemos que disminuye la incidencia de pesquisar a una paciente en fase SIDA como se da en el caso de nuestra investigación, en la que 23 pacientes fueron diagnosticadas en esta fase con diferentes tipos de patologías asociadas a SIDA, todas las pacientes reciben tratamiento antirretroviral, sin embargo hay ciertos casos en los que ha existido abandono temporal del mismo.

Los objetivos planteados por la ONUSIDA para el año 2020 fueron alcanzar que: 90% de las personas que viven con VIH conozcan su diagnóstico; 90% de las personas que conocen

su estado estén en tratamiento y el 90% de las personas estén con carga viral suprimida. En nuestra investigación el 67% de las pacientes tenían carga viral suprimida, y el 100% de las pacientes estaban actualmente en tratamiento, por lo que se lograría parcialmente los objetivos planteados para el 2020. Ahora se proyectan nuevos objetivos para ser alcanzados en el 2030 que es el denominado 95-95-95 para tratamiento, que se deberá analizar en esta década en posteriores investigaciones.

Encontramos que las enfermedades definitorias de SIDA asociadas con más frecuencia a las mujeres es toxoplasmosis cerebral en 30.4% de las pacientes en fase SIDA. La toxoplasmosis cerebral es una infección oportunista común del sistema nervioso central en el SIDA. Ocurre con mayor frecuencia en caso de que el paciente se encuentre en inmunosupresión grave. (Goïta et al., 2012)

Los datos encontrados en el presente trabajo dan a conocer que existen varios factores de riesgo que están asociados al VIH en las pacientes femeninas, como la edad, el inicio de vida sexual activa, el número de parejas sexuales, el consumo de alcohol, drogas y que no usen métodos anticonceptivos de barrera. Debido a que es un estudio analítico descriptivo nos limitó para poder recabar más información sobre otros factores de riesgo que no fueron analizados en las variables.

5.2 Conclusiones

En el periodo comprendido entre el año 2014 al 2019 se encontraron 212 mujeres con diagnostico confirmado por VIH/SIDA, atendidas en el Hospital Gustavo Domínguez de la ciudad de Santo Domingo.

Del perfil clínico-epidemiológico de las mujeres:

- El grupo etario más frecuente es el de 25 a 64 años (81.1%). Además, el 17% de la población se trató de mujeres cursando la adolescencia entre 18 y 25 años. La etnia predisponente es mestiza en 89.6% de los casos y 10.4% raza negra.
- Se observó que más de la mitad de la población tiene instrucción primaria correspondiente al 54.7% de las pacientes, la ocupación de la mayor parte de las pacientes es amas de casa el 64.6%.

Factores de riesgo

- Los factores de riesgo modificables en las pacientes son el consumo de alcohol y drogas sin embargo la mayor parte de las pacientes niegan el consumo de estas sustancias en un 66% y 95.8% respectivamente.

Vida sexual

- En lo referente a la vida sexual, el inicio de la vida sexual en menores de 18 años se da en el 59.9% de las pacientes, y la mayor parte de las pacientes en un 91.1% han tenido más de 1 pareja sexual.

Estadio de la enfermedad

- El porcentaje de pacientes que se encuentra en categoría SIDA es el 10.8% de las pacientes.
- De las pacientes diagnosticadas en fase SIDA, las enfermedades definitorias asociadas son: toxoplasmosis cerebral (30.4%), tuberculosis extrapulmonar (26.1%), tuberculosis pulmonar (17.4%), neumonía por pneumocystis jirovecii

(8.6%), candidiasis esofágica, criptococosis extrapulmonar, histoplasmosis diseminada, y síndrome de desgaste en el 4.4% de los casos.

Factores asociados a progresión

- Los factores asociados a progresión de VIH a SIDA, identificados estadísticamente significativos son el estado civil, el consumo de alcohol y el inicio temprano de la vida sexual.

Hijos seropositivos

- Se identificó que el 1.9% de las pacientes tienen hijos con diagnóstico seropositivo.

5.3 Recomendaciones

- Crear medios de educación masivos sobretodo en la primaria, sobre educación sexual, donde se les indique lo que es el sexo, el género, las enfermedades de transmisión sexual más comunes, los métodos de prevención y planificación.
- Se recomienda partiendo de los resultados del presente estudio, realizar futuras investigaciones que permitan identificar factores que estén involucrados con el riesgo del VIH en las mujeres, y a su vez para comprender la relación que existe entre el estado civil, el consumo de alcohol y el inicio de vida sexual.
- Considerar los factores de riesgo asociados para poder desarrollar e implementar programas de prevención del VIH en las mujeres.
- Realizar un estudio para determinar los factores de riesgo relacionados con la violencia intrafamiliar y el riesgo de VIH en mujeres.

5.4 Limitaciones

- Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas, y no se realizaron encuestas a cada uno de los pacientes, con lo que se hubiese podido recabar más información.

Referencias bibliográficas

Abdool Karim, S. S., Baxter, C., Passmore, J. A. S., McKinnon, L. R., & Williams, B. L. (2019). The genital tract and rectal microbiomes: their role in HIV susceptibility and prevention in women. *Journal of the International AIDS Society*, *22*(5), 1–12. https://doi.org/10.1002/jia2.25300

Anahtar, M. N., Byrne, E. H., Doherty, K. E., Bowman, B. A., Yamamoto, S., Soumillon, M., Padavattan, N., Ismail, N., Moodley, A., Sabatini, M. E., Ghebremichael, M. S., Nusbaum, C., Huttenhower, C., Virgin, H. W., Ndung, T., Dong, K. L., Walker, B. D., & Raina, N. (2016). *Cervicovaginal bacteria are a major modulator of host inflammatory responses in the female genital tract*. *42*(5), 965–976. https://doi.org/10.1016/j.immuni.2015.04.019.Cervicovaginal

Andany, N., Kennedy, V. L., Aden, M., & Loutfy, M. (2016). Perspectives on menopause and women with HIV. In *International Journal of Women's Health* (Vol. 8, pp. 1–22). https://doi.org/10.2147/IJWH.S62615

Arazo, P., Badía, A., Blanch, J., Cobos, M., Elizaga Corrales, J., Fagúndez, G., Folguera, C., Fumaz, C. R., Lázaro, A., Luque, S., Martin, M., Morillo, R., Monte, E., Navarro, M. L., Enrique, O., Rodriguez, C., Sánchez-Rubio, J., Santos González, J., & Valencia, J. (2020). DOCUMENTO DE CONSENSO PARA MEJORAR LA ADHERENCIA A LA FARMACOTERAPIA EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL. In *GESIDA*.

Arnold, K. B., Burgener, A., Birse, K., Romas, L., Dunphy, L. J., Shahabi, K., Abou, M., Westmacott, G. R., Mccorrister, S., Kwatampora, J., Nyanga, B., Kimani, J., Masson, L.,

Liebenberg, L. J., Abdool Karim, S. S., Passmore, J. A. S., Lauffenburger, D. A., Kaul, R., & McKinnon, L. R. (2016). Increased levels of inflammatory cytokines in the female reproductive tract are associated with altered expression of proteases, mucosal barrier proteins, and an influx of HIV-susceptible target cells. *Mucosal Immunology*, *9*(1), 194–205. https://doi.org/10.1038/mi.2015.51

Azmach, N. N., Hamza, T. A., & Husen, A. A. (2019). Socioeconomic and Demographic Statuses as Determinants of Adherence to Antiretroviral Treatment in HIV Infected Patients: A Systematic Review of the Literature. *Current HIV Research*, *17*(3), 161–172. https://doi.org/10.2174/1570162x17666190919130229

Becker, M. L., Bhattacharjee, P., Blanchard, J. F., Cheuk, E., Isac, S., Musyoki, H. K., Gichangi, P., Aral, S., Pickles, M., Sandstrom, P., Ma, H., & Mishra, S. (2018). Vulnerabilities at first sex and their association with lifetime gender-based violence and HIV prevalence among adolescent girls and young women engaged in sex work, transactional sex, and casual sex in Kenya. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, *79*(3), 296–304. https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001826

Bozicevic, I., Guezzar, F., Stulhofer, A., Bennani, A., Handanagic, S., Barbaric, J., El Rhilani, H., Alami, K., Khattabi, H., Riedner, G., & Maaroufi, A. (2018). HIV prevalence and related risk behaviours in female seasonal farm workers in Souss Massa Draa, Morocco: Results from a cross-sectional survey using cluster-based sampling. *Sexually Transmitted Infections*, *94*(7), 515–517. https://doi.org/10.1136/sextrans-2016-052904

Chambers, L. A., Rueda, S., Baker, D. N., Wilson, M. G., Deutsch, R., & Raeifar, E. (2015). Stigma , HIV and health : a qualitative synthesis. *BMC Public Health*, 1–17. https://doi.org/10.1186/s12889-015-2197-0

Cottler, L. B., O'Leary, C. C., Nickel, K. B., Reingle, J. M., & Isom, D. (2014). Breaking the blue wall of silence: Risk factors for experiencing police sexual misconduct among female offenders. *American Journal of Public Health*, *104*(2), 338–344. https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301513

Deering, K. N., Amin, A., Shoveller, J., Nesbitt, A., Garcia-Moreno, C., Duff, P., Argento, E., & Shannon, K. (2014). A systematic review of the correlates of violence against sex workers. *American Journal of Public Health*, *104*(5), 42–54. https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.301909

Doncel, G. F., Anderson, S., & Zalenskaya, I. (2014). Role of Semen in Modulating the Female Genital Tract Microenvironment - Implications for HIV Transmission. *American Journal of Reproductive Immunology*, *71*(6), 564–574. https://doi.org/10.1111/aji.12231

Dunkle, K. L., & Decker, M. R. (2013). Gender-Based Violence and HIV: Reviewing the Evidence for Links and Causal Pathways in the General Population and High-risk Groups. *American Journal of Reproductive Immunology*, *69*(SUPPL.1), 20–26. https://doi.org/10.1111/aji.12039

Ecuador | ONUSIDA. (2020). In *UNAIDS, AIDSinfo*. https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/ecuador

Estimated HIV Incidence and Prevalence in the United States. (2020). *Centers for Disease Control and Prevention*, *25*(1). http://www.cdc.gov/%0Ahiv/library/reports/hiv-surveillance.html.

Focà, E., Magro, P., Guaraldi, G., Riva, A., Cattelan, A. M., de Socio, G. V., Costa, C., Piconi, S., Celesia, B. M., Nozza, S., Orofino, G., Castagna, A., Perri, G. Di, Castelli, F., &

Calcagno, A. (2019). Elderly HIV-positive women: A gender-based analysis from the Multicenter Italian "GEPPO" Cohort. *PLoS ONE*, *14*(10). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222225

Ghosh, M., Jais, M., Delisle, J., Younes, N., Benyeogor, I., Biswas, R., Mohamed, H., Daniels, J., Wang, C., Young, M., & Kassaye, S. (2019). Dysregulation in Genital Tract Soluble Immune Mediators in Postmenopausal Women Is Distinct by HIV Status. *AIDS Research and Human Retroviruses*, *35*(3), 251–259. https://doi.org/10.1089/aid.2018.0234

Gilbert, L., Raj, A., Hien, D., Stockman, J., Terlikbayeva, A., & Wyatt, G. (2015). Targeting the SAVA (Substance Abuse, Violence, and AIDS) Syndemic Among Women and Girls: A Global Review of Epidemiology and Integrated Interventions. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, *69*, S118–S127. https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000626

Goïta, D., Karambe, M., Dembélé, J. P., Sogoba, D., Sidibé, A. F., Diaby, S., Cisse, I. A., Fongoro, S., & Dao, S. (2012). Cerebral toxoplasmosis during AIDS in the infectious diseases department of Point-G Teaching Hospital, Bamako, Mali. *Le Mali Medical*, *27*(1), 47–50. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22765969/

Gurmu, E., & Etana, D. (2015). HIV/AIDS knowledge and stigma among women of reproductive age in Ethiopia. *African Journal of AIDS Research*, *14*(3), 191–199. https://doi.org/10.2989/16085906.2015.1051066

H., Y., X., L., Stanton, B., Fang, X., Lin, D., Mao, R., Liu, H., Chen, X., & Severson, R. (2005). Workplace and HIV-related sexual behaviours and perceptions among female migrant workers. *National Institute of Health*, *17*(7), 819–833.

Hader, S. (2019). Monitoreo Global del Sida 2020. In *Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida* (Vol. 1). http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/ECU_2017_countryreport.pdf

Hurst, S. A., Appelgren, K. E., & Kourtis, A. P. (2015). Prevention of mother-to-child transmission of HIV Type 1: The role of neonatal and infant prophylaxis. *Expert Review of Anti-Infective Therapy*, *13*(2), 169–181. https://doi.org/10.1586/14787210.2015.999667

Irarrázabal, L. P., Ferrer, L., Villegas, N., Sanhueza, S., Molina, Y., & Cianelli, R. (2016). Women who consume substances and their vulnerability to HIV in santiago of Chile. *Hispanic Health Care International*, *14*(2), 89–93. https://doi.org/10.1177/1540415316647978

Jangu, N. W., Tam, A., & Maticka-Tyndale, E. (2017). Challenging HIV vulnerability discourse: the case of professional and entrepreneurial women in Dar Es Salaam, Tanzania. *Culture, Health and Sexuality*, *19*(5), 572–586. https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1252854

Leddy, A. M., Weiss, E., Yam, E., & Pulerwitz, J. (2019). Gender-based violence and engagement in biomedical HIV prevention, care and treatment: A scoping review. *BMC Public Health*, *19*(1). https://doi.org/10.1186/s12889-019-7192-4

Li, Y., Marshall, C. M., Rees, H. C., Nunez, A., Ezeanolue, E. E., & Ehiris, J. E. (2014). Intimate partner violence and HIV infection among women: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the International AIDS Society*, *17*. https://doi.org/10.7448/IAS.17.1.18845

Liu, J. F., Liu, G., & Li, Z. G. (2017). Factors responsible for mother to child transmission (MTCT) of HIV-1 - a review. In *European review for medical and pharmacological sciences* (Vol. 21, Issue 4, pp. 74–78). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29165760/

Maranhão, T. A., Gomes, K. R. O., de Oliveira, D. C., & Moita Neto, J. M. (2017). Repercussão da iniciação sexual na vida sexual e reprodutiva de jovens de capital do Nordeste brasileiro. *Ciencia e Saude Coletiva*, *22*(12), 4083–4094. https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.16232015

Marlin, R., Nugeyre, M. T., Tchitchek, N., Parenti, M., Lefebvre, C., Hocini, H., Benjelloun, F., Cannou, C., Nozza, S., Dereuddre-Bosquet, N., Levy, Y., Barré-Sinoussi, F., Scarlatti, G., Le Grand, R., & Menu, E. (2019). Seminal plasma exposures strengthen vaccine responses in the female reproductive tract mucosae. *Frontiers in Immunology*, *10*(MAR), 1–13. https://doi.org/10.3389/fimmu.2019.00430

Masson, L., Arnold, K. B., Little, F., Mlisana, K., Lewis, D. A., Mkhize, N., Gamieldien, H., Ngcapu, S., Johnson, L., Lauffenburger, D. A., Abdool Karim, Q., Abdool Karim, S. S., & Passmore, J. A. S. (2017). Inflammatory cytokine biomarkers to identify women with asymptomatic sexually transmitted infections and bacterial vaginosis who are at high risk of HIV infection. *British Medical Journal*, *176*(5), 139–148. https://doi.org/10.1136/sextrans-2015-052072.Inflammatory

Masson, L., Passmore, J. A. S., Liebenberg, L. J., Werner, L., Baxter, C., Arnold, K. B., Williamson, C., Little, F., Mansoor, L. E., Naranbhai, V., Lauffenburger, D. A., Ronacher, K., Walzl, G., Garrett, N. J., Williams, B. L., Couto-Rodriguez, M., Hornig, M., Lipkin, W. I., Grobler, A., … Abdool Karim, S. S. (2015). Genital Inflammation and the Risk of HIV Acquisition in Women. *Clinical Infectious Diseases*, *61*(2), 260–269.

https://doi.org/10.1093/cid/civ298

Milligan, C., Slyker, J. A., & Overbaugh, J. (2018). The Role of Immune Responses in HIV Mother-to-Child Transmission. In *Advances in Virus Research* (Vol. 100). Elsevier Inc. https://doi.org/10.1016/bs.aivir.2017.10.001

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018). *Boletín Anual VIH/sida y Expuestos perinatales 2018*. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf

MSP. (2016). VIH/Sida e infecciones de transmisión sexual en Ecuador. *Ministerio de Salud Pública Del Ecuador*, *1*(1), 12. http://www.coalicionecuatoriana.org/web/pdfs/VIH-sida-ITS-en-Ecuador-MSP.pdf

Nguyen, T., Stewart, D. E., Lee, C. T. P., & Dang, T. N. H. (2017). Predominio de la infección y los factores de riesgo de VIH entre trabajadoras sexuales en una provincia al sureste de Vietnam. *AIDS and Behavior*, *21*(8), 2332–2340. https://doi.org/10.1007/s10461-016-1544-1

Odinokova, V., Rusakova, M., Urada, L. A., Silverman, J. G., & Raj, A. (2014). Int J Drug Policy NIH Public Access Author Manuscript Published in final edited form as: Int J Drug Policy . Author manuscript; available in PMC 2014 October 28. . 2014 January ; 25(1): 96–104. doi:10.1016/j.drugpo.2013.06.008. Police sexual coercion and. *Int J Drug Policy*, *25*(1), 96–104. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.06.008.Police

OMS. (2013). *OMS | Informe de la OMS destaca que la violencia contra la mujer es "un problema de salud global de proporciones epidémicas."* https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_201306

20/es/

ONUSIDA. (2019). Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida | ONUSIDA. Disponble en https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet

Patel, P., Borkowf, C. B., Brooks, J. T., Lasry, A., Lansky, A., & Mermin, J. (2014). Estimating per-act HIV transmission risk: A systematic review. *Aids, 28*(10), 1509–1519. https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000000298

Placek, C. D., Nishimura, H., Hudanick, N., Stephens, D., & Madhivanan, P. (2019). Reframing HIV Stigma and Fear. *Human Nature*, *30*(1), 1–22. https://doi.org/10.1007/s12110-018-09335-z

Rao, D., Feldman, B. J., Fredericksen, R. J., Crane, P. K., Ketahata, M. M., & Crane, H. M. (2013). A Structural Equation Model of HIV-Related Stigma, Depressive Symptoms, and Medication Adherence. *Aids Behavior Journal*, *16*(3), 711–716. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.956839

Repullo, C. (2016). Voces tras los datos. Una mirada cualitativa a la violencia de género en adolescentes. In *Revista Metamorfosis: Revista del Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud* (Issue 4).

Sabri, B., Wirtz, A. L., Ssekasanvu, J., Nonyane, B. A. S., Nalugoda, F., Kagaayi, J., Ssekubugu, R., & Wagman, J. A. (2019). Intimate partner violence, HIV and sexually transmitted infections in fishing, trading and agrarian communities in Rakai, Uganda. *BMC Public Health*, *19*(1), 1–16. https://doi.org/10.1186/s12889-019-6909-8

Scully, E. P. (2018). Sex Differences in HIV Infection. *Current HIV/AIDS Reports*, *15*(2), 136–146. https://doi.org/10.1007/s11904-018-0383-2

Sears, B., & Hunter, N. D. (2012). Postprints from The Williams Institute Digital Commons at Loyola Marymount University and Loyola Law School Evidence of Persistent and Pervasive Workplace Discrimination Against LGBT People : The Need for Federal Legislation Prohibiting Discrimination and. *Loyola Law Review Los Angeles*, *45*(3), 715–780.

Selhorst, P., Masson, L., Ismail, S. D., Samsunder, N., Garrett, N., Mansoor, L. E., Karim, Q. A., Karim, S. S. A., Passmore, J. A. S., & Williamson, C. (2017). Cervicovaginal inflammation facilitates acquisition of less infectious HIV variants. *Clinical Infectious Diseases*, *64*(1), 79–82. https://doi.org/10.1093/cid/ciw663

Servais, S., Desclaux, A., Berthé, A., Bila, B., & Msellati, P. (2018). Living with HIV at the time of its normalization: A routine experience for women? *Medecine et Sante Tropicales*, *28*(3), 307–311. https://doi.org/10.1684/mst.2018.0815

Silverman, J. G., Raj, A., Cheng, D. M., Decker, M. R., Coleman, S., Bridden, C., Pardeshi, M., Saggurti, N., & Samet, J. H. (2011). Sex trafficking and initiation-related violence, alcohol use, and HIV risk among HIV-infected female sex workers in Mumbai, India. *Journal of Infectious Diseases*, *204*(SUPPL. 5), 1229–1234. https://doi.org/10.1093/infdis/jir540

Smit, M., Brinkman, K., Geerlings, S., Smit, C., Thyagarajan, K., van Sighem, A. V., de Wolf, F., & Hallett, T. B. (2015). Future challenges for clinical care of an ageing population infected with HIV: A modelling study. *The Lancet Infectious Diseases*, *15*(7), 810–818. https://doi.org/10.1016/S1473-3099(15)00056-0

Sobrino-Vegas, P., Rodríguez-Urrego, J., Berenguer, J., Caro-Murillo, A. M., Blanco, J. R., Viciana, P., Moreno, S., Bernardino, I., & Del Amo, J. (2012). Educational gradient in

HIV diagnosis delay, mortality, antiretroviral treatment initiation and response in a country with universal health care. *Antiviral Therapy*, *17*(1), 1–8. https://doi.org/10.3851/IMP1939

Stockman, J. K., Syvertsen, J. L., Robertson, A. M., Ludwig-Barron, N. T., Bergmann, J. N., & Palinkas, L. A. (2014). Women's perspectives on female-initiated barrier methods for the prevention of HIV in the context of methamphetamine use and partner violence. *Women's Health Issues*, *24*(4), 1–19. https://doi.org/10.1016/j.whi.2014.04.001

Swai, S. J., Damian, D. J., Urassa, S., Temba, B., & Mahande, M. J. (2017). *Prevalence and risk factors for HIV among people aged 50 years and older in Rombo district , Northern Tanzania*. *19*(2), 1–8.

Tenkorang, E. Y., & Maticka-Tyndale, E. (2013). Individual- and school-level correlates of HIV testing among secondary school students in Kenya. *Studies in Family Planning*, *44*(2), 169–187. https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2013.00351.x

UNAIDS. (2020). *UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. UNAIDS data 2020. Geneva, Switzerland. UNAIDS*. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_aids-data-book_en.pdf

United Nations Children's Fund. (2016). For Every Child, End AIDS-Seventh Stocktaking Report-2016. In *Education*. United Nations Children's Fund.

Valle-Solís, M. O., Benavides-Torres, R. A., Álvarez-Aguirre, A., & Peña-Esquivel, J. N. (2011). Conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios. *Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc*, *19*(3), 133–136.

Villegas, N., Cianelli, R., Santisteban, D., Lara, L., & Vargas, J. (2016). Factores que

Influencian la Adquisición de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH en Mujeres Jóvenes Chilenas que Participaron en la Intervención Online I-STIPI (Factors That Influence the Acquisition of Sexually Transmitted Infections and HIV in Chilean. *Hispanic Health Care International*, *14*(1), 47–56. https://doi.org/10.1177/1540415316629682

Weir, B. W., & Latkin, C. A. (2015). Alcohol, Intercourse, and Condom Use Among Women Recently Involved in the Criminal Justice System: Findings from Integrated Global-Frequency and Event-Level Methods. *AIDS and Behavior*, *19*(6), 1048–1060. https://doi.org/10.1007/s10461-014-0857-1

WHO. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/

Zhu, J., Yuan, R., Hu, D., Zhu, Z., Wang, N., & Wang, B. (2018). HIV prevalence and correlated factors of female sex workers and male clients in a border region of Yunnan Province, China. *International Journal of STD and AIDS*, *29*(5), 424–434. https://doi.org/10.1177/0956462417730258