

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**



INFORME FINAL:

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DEL VIRUS DE
INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), EN PACIENTES DE 18 A 45 AÑOS DE
EDAD, QUE CONSULTAN EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD
FAMILIAR SAN MIGUEL EN EL PERIODO DE ENERO A AGOSTO 2014.**

PRESENTADO POR:

**CARLOS JOSSUE CARBALLO ZELAYA
GERARDO RAFAEL SALMERON SILIEZAR
JORGE ENRIQUE VENTURA**

PARA OPTAR AL TITULO DE:

DOCTOR EN MEDICINA

DOCENTE ASESOR:

DR. RENE MERLOS RUBIO.

SAN MIGUEL EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA, DICIEMBRE DE 2014

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

INGENIERO MARIO ROBERTO NIETO LOVO.

RECTOR.

MAESTRA ANA MARÍA GLOWER DE ALVARADO.

VICERRECTORA ACADÉMICA.

MAESTRO OSCAR NOE NAVARRETE ROMERO.

VICERECTOR ADMINISTRATIVO.

MAESTRA CLAUDIA MARÍA MELGAR DE ZAMBRANO.

DEFENSORA DE LOS DERECHOS DE UNIVERSITARIOS.

DOCTORA ANA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA.

SECRETARIA GENERAL.

.

LICENCIADO FRANCISCO CRUZ LETONA.

FISCAL GENERAL.

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL.

AUTORIDADES.

MAESTRO CRISTOBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ.

DECANO

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ.

VICEDECANO.

MAESTRO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ.

SECRETARIO.

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO.

DIRECTORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AUTORIDADES

DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

COMISIÓN COORDINADORA DEL PROCESO DE GRADUACIÓN

DOCTOR AMADEO ARTURO CABRERA GUILLÉN

**COORDINADOR GENERAL DE PROCESO DE GRADUACIÓN DE
DOCTORADO EN MEDICINA**

DOCTORA NORMA OZIRIS SÁNCHEZ DE JAIME

MIEMBRO DE LA COMISIÓN

DOCTOR HENRY RIVERA VILLATORO

MIEMBRO DE LA COMISIÓN

ASESORES

RENE MERLOS RUBIO

DOCTOR AMADEO ARTURO CABRERA GUILLÉN

ASESOR DE METODOLOGÍA

LICENCIADO SIMÓN MARTÍNEZ DÍAZ

ASESOR ESTADÍSTICO

DRA LIGIA LOPEZ LEIVA

DR CARLOS TORRES PEÑALBA

JURADO CALIFICADOR

AGRADECIMIENTOS.

Dedico este trabajo principalmente a Dios por haberme dado la vida y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres Carlos Hernán Carballo y Gloria Marina Zelaya Paredes con todo mi cariño y mi amor para ustedes que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, con todo mi corazón se les agradece.

A mi esposa Ruth Idalia Berrios Acosta e hijo Josué Daniel Carballo Berríos las personas que más amo en la vida por su comprensión durante la trayectoria de mi carrera, por el tiempo que estuve ausente.

A mi hermano Jesús, mis adorados sobrinos David, Raquel, Abi, Sarita, Luisito, a mis queridos Suegros Bartolo y Sofía, a mi nana Lidia, abuela, familia Martínez-Zelaya, Chávez-Zelaya, Zuleta-Berrios, Chicas-Marín por estar siempre a mi lado en los momentos buenos y difíciles.

A mis hermanos y compañeros de tesis Jorge Enrique Ventura “yorki” y Gerardo Rafael Salmerón Siliezar por su apoyo incondicional y por compartir buenos momentos durante el desarrollo de nuestro trabajo siempre quedarán en mi corazón y fue un gusto haber trabajado a su lado.

A mis amigos Reemberto, Andrés Morales, Luis Espinal, Néstor, Felipe, Orlando, José Luis, Rosa Sánchez, niña Vilmita, tío tito, Moris y Nelson por sus ocurrencias y locuras le doy gracias a Dios por tenerlos a mi lado.

A nuestro asesor de tesis Dr. Rene Merlos, Dra. Argueta, Sr. Damas de clínica VICITS gracias infinitas por dedicar su valioso tiempo a la realización de nuestro trabajo.

A Glorita y familia, Dra. Osorio, por su amistad que no tiene precio y apoyo incondicional a la realización de la tesis, y al personal de la UCSF Chapeltique por hacerme sentir parte de su familia les extrañaré, a Yossi Rodríguez directora.

A mis maestros que en este andar por la vida influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos de la vida, a todos y cada uno de ellos les dedico cada una de estas páginas.

Carlos Jossué Carballo Zelaya.

AGRADECIMIENTOS.

A Dios que me ha dado la vida y la salud necesaria para culminar mi carrera con éxito y cumplir así uno de mis más grandes sueños; graduarme de médico.

A mi familia: en especial a mi madre (Ana Arely Siliezar) que siempre está a mi lado apoyándome en mis metas, a mi padre (Rafael Salmerón) que aun en la distancia ha sido responsable y buen padre ayudándome en este largo caminar. A mi hermana (Karen Salmerón) a quien siempre he procurado dar buen ejemplo, pero es ella quien me ayuda sin proponérselo a ser mejor persona. A mis abuelos que siempre confiaron en mí. Toda mi familia me inspira a dar un poco más, a ir más allá, a ser mejor cada día.

A todos los profesores que desde mi formación básica, media y superior depositaron en mí los conocimientos necesarios para convertirme en el profesional que soy ahora. En especial a nuestro maestro asesor Dr. Rene Merlos Rubio; que nos apoyó de tan buena manera en nuestro trabajo de investigación.

A mis compañeros y amigos de trabajo de tesis (Carlos Josué Carballo y Jorge Ventura); el fruto de este esfuerzo es producto del trabajo en equipo; sin ellos esto no hubiese sido posible.

A la Dra. Argueta encargada del programa VICIT de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguel por todo su apoyo y colaboración con nuestro estudio, facilitándonos los registros, espacio físicos, y medios necesarios para llevar a cabo esta investigación. A enfermero Damas excelente amigo y colaborador, y en especial a todos los pacientes que tan generosamente desearon participar en este estudio.

Gerardo Rafael Salmerón Siliezar.

AGRADECIMIENTO.

A DIOS nuestro creador por darnos fuerzas en este hermoso y duro camino y a mi madre (catalina ventura) por creer en mí, por apoyarme en los momentos difíciles como en los llenos de alegría, por darme fuerzas cuando las mías eran insuficientes, también a mi hermana (Vanessa ventura) quien siempre me brindó su apoyo cada vez que lo necesitaba dándome ejemplos dignos de superación y entrega día a día, gracias a ello hoy puedo alcanzar mi meta, aunque nuestro camino no ha terminado llevamos las bases para continuar adelante. Gracias, madre, hermana, amigos y compañeros de tesis Carlos Josué Carballo y Gerardo Rafael Salmerón que hoy son serán parte de mi familia va por todos ustedes que en verdad valen, gracias por motivar el deseo de superación y triunfo en nuestras vidas.

No hay palabras suficientes para agradecer sus consejos, comprensión y apoyo incondicional.

Dios bendiga cada persona que puso en mi camino y que me brindó su ayuda en todo este camino las llevo en mi corazón por siempre, aprendí que sin su ayuda esto hubiese sido más difícil

Jorge Enrique Ventura.

INDICE

CONTENIDO:	PAG.
LISTA DE TABLAS.....	XI
LISTA DE GRAFICOS.....	XIII
LISTA DE ANEXOS.....	XIV
RESUMEN.....	XV
1. INTRODUCCION.....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Antecedentes del problema.....	2
1.3 Enunciado del problema.....	14
2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	15
3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
4. MARCO TEORICO.....	19
5. SISTEMA DE HIPOTESIS.....	51
5.1. Operacionalización de Variables.....	51
Tabla de Operacionalización de las variables.....	52
6. DISEÑO METODOLOGICO.....	53
6.1 Tipo de estudio.....	53
6.2 Población de la investigación.....	53
6.3 Muestra de la investigación.....	54
6.4 Criterios para determinar la muestra.....	54
6.5 Tipo de muestreo.....	55
6.6 Métodos e instrumentos de recolección de datos.....	55
	IX

6.7 Descripción del procedimiento.....	57
6.8 Plan de tabulación y análisis de datos.....	58
7. SUPUESTOS Y RIESGOS.....	58
8. CONSIDERACIONES ETICAS.....	59
9. RESULTADOS.....	60
10. PRUEBA DE HIPOTESIS.....	75
11. DISCUSIÓN.....	80
12. CONCLUSIONES.....	81
13. RECOMENDACIONES.....	83
14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	86
15. ANEXOS.....	89

CONTENIDO	PAG
Tabla 1: Prevalencia de VIH para TS. HSH, Transexuales.....	30
Tabla 2: Operabilización de variables.....	52
Tabla 3: Total de la población en estudio.....	54
Tabla 4: Muestra de la investigación.....	54
❖ CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA DE ESTUDIO.	
Tabla 5: Variables edad – sexo.....	61
Tabla 6: Variables estado civil – ocupación.....	62
Tabla 7: Variables área – nivel de estudio.....	63
Tabla 8: Variables preferencia sexual - sexo.....	64
❖ FACTORES DE RIESGO Y PERTENENCIA A GRUPOS DE RIESGO.	
Tabla 9: Variables pertenencia a grupos de riesgo según sexo.....	65
Tabla 10: Variables estado civil – parejas sexuales en el último año.....	66
Tabla 11: Variables edad de inicio de relaciones sexuales – parejas sexuales en el último año.....	67
❖ VIAS DE TRANSMISION.	
Tabla 12: Variables vía de transmisión de la enfermedad actual ha realizado tatuajes – usuarios de drogas endovenosas –Transfusiones sanguíneas.....	68
Tabla 13: Variables relaciones sexuales con trabajadoras del sexo según genero sexual.....	70
Tabla 14: Variables antecedentes de transfusión según sexo.....	71
Tabla 15: Variables consumo de drogas tipo de drogas.....	72

CONTENIDO

	PAG
❖ MECANISMO DE PREVENCION.	
Tabla 16: Variables sexualmente activo – paciente con pareja VIH positivo.....	73
Tabla 17: Variables uso de condón – por la pareja del paciente.....	74
❖ PRUEBA DE HIPOTESIS.	
Tabla 18: Variables factores de riesgo y pertenencia a grupos de riesgo – conllevar a VIH.....	76
Tabla 19: Prueba Chi Cuadrado de hipótesis.....	76
Tabla 20: Resumen de procesamiento de casos.....	76
Tabla 21: Tabla de contingencia pertenencia a grupo de riesgo como hipótesis alterna.....	78
Tabla 22: Prueba de chi cuadrado de hipótesis alterna.....	78

CONTENIDO	PAG
Grafico N°1: Variables edad – sexo.....	61
Grafico N°2: Variables estado civil – ocupación.....	62
Grafico N°3: Variables área – nivel de estudio.....	63
Grafico N°4: Variables preferencia sexual - sexo.....	64
Grafico N°5: Variables pertenencia a grupos de riesgo según sexo.....	65
Grafico N°6: Variables estado civil – parejas sexuales en el último año.....	66
Grafico N°7: Variables edad de inicio de relaciones sexuales – parejas sexuales en el último año.....	67
Grafico N°8: Variables vía de transmisión de la enfermedad actual ha realizado tatuajes – usuarios de drogas endovenosas –Transfusiones sanguíneas.....	68
Grafico N°9: Variables relaciones sexuales con trabajadoras del sexo según genero sexual.....	70
Grafico N° 10: Variables antecedentes de transfusión según sexo.....	71
Grafico N°11: Variables consumo de drogas tipo de drogas.....	72
Grafico N°12: Variables sexualmente activo – paciente con pareja VIH positivo.....	73
Grafico N°13: Variables uso de condón – por la pareja del paciente.....	74

CONTENIDO**PAG**

Anexo N°1: Definición de términos básicos.....	89
Anexo N°2: Cronograma de actividades.....	93
Anexo N°3: Presupuesto y financiamiento.....	94
Anexo N°4: Guías clínicas de abordaje HSH y personas trans genero del MINSAL.....	95
Anexo N°5: Guías de abordaje de trabajadoras del sexo MINSAL.....	96
Anexo N°6: Número de casos de VIH y VIH avanzado desde 1984 a 2012 en El Salvador.....	97
Anexo N°7: Panorama de personas que viven con VIH en el mundo según ONUSIDA.....	98
Anexo N°8: Grafico comparativo de presupuesto para VIH según año.....	99
Anexo N°9: Tasas acumuladas de VIH según departamento.....	99
Anexo N°10: Casos nuevos y tasas por 100000 habitantes de VIH según departamento de procedencia 2008-2009.....	100
Anexo N°11: Hoja del MINSAL para solicitud de prueba de VIH.....	101
Anexo N°12: Formulario para solicitud de carga viral.....	103
Anexo N°13: Hoja de consentimiento informado.....	104
Anexo N°14: Material educativo del MINSAL.....	106
Anexo N°15: Flujograma de pruebas de VIH.....	107
Anexo N°16: Instrumento de recolección de datos	108
Anexo N°17: Fotografías de trabajo de investigación.....	111
Anexo N°18: Publicación Diario de hoy 24 de noviembre de 2014.....	113

RESUMEN

La OMS define el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) aquel que infecta las células del sistema inmunitario y las destruye o trastorna su funcionamiento, lo que acarrea el deterioro progresivo de dicho sistema y acaba produciendo una deficiencia inmunitaria.

En el presente trabajo de investigación sobre “la incidencia de VIH en la pacientes de 18 a 45 años que consultan en la UCSF San Miguel”, se investigaran los factores de riesgo que inciden en la presentación de la enfermedad, así como los grupos de riesgo vulnerables a adquirirla, ya que en sus inicios los primeros casos de VIH detectados en 1981 aparecieron en grupos específicos de homosexuales, y posteriormente la enfermedad adquirió mayor prevalencia en grupos de trabajadoras del sexo, y poblaciones de transexuales, homosexuales, travestis, usuarios de drogas inyectables, durante sus inicios también se vio asociada a pacientes que recibían transfusiones de sangre; por lo cual utilizaremos por método de recolección de datos en forma de entrevista para constatar si nuestros resultados son los mismos que en sus inicios de enfermedad o a presentado cambios ya que la enfermedad se convirtió en una pandemia mundial, abarcando todos los grupos de edad, sin importar género, situación económica e identidad sexual, la enfermedad ha alentado el presente estudio de investigación; al enfocarnos en nuestro país y más específicamente en nuestro departamento.

Palabras claves: VIH, Incidencia, Grupos de riesgo, Factores de riesgo, hombre que tiene sexo con otro hombre (HSH), Homosexual, Trabajadoras del sexo, Población móvil.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El virus de inmunodeficiencia humana continua siendo una de las principales causa de morbi - mortalidad a nivel mundial, se estima que en la actualidad hay 34 millones de personas en el mundo viviendo con VIH, de las cuales 2.5 millones son nuevas infecciones esto ocurre principalmente en países en vías de desarrollo.

El VIH al momento ha cobrado más de 36 millones de vida desde su aparición.

Es por esto que se considera importante conocer la incidencia, principales grupos de riesgo, factores de riesgo, vía de trasmisión del virus.

Además de ser una enfermedad que cobra millones de vida anualmente, también acarrea un gasto millonario para el sistema público de salud y financiero para la persona que lo padece.

Existen alrededor del mundo diversos estudios sobre incidencia de VIH, motivo a la realización de esta investigación, se sabe que en América latina para el año 2011 cerca de 1,4 millones de personas vivían con el VIH, en nuestro país a casi 30 años la notificación del primer caso de VIH en El Salvador (1984), los establecimientos de Ministerio de Salud han detectado 29,788 casos de VIH, de los cuales 30 % (8,931) estaban en fase de VIH avanzado o SIDA, en los últimos 5 años el número de casos nuevos osciló entre los 1,800 y los 1,500, por lo que implica un problema de salud a nivel mundial y nacional .

Ya que no existen estudios documentados en la región oriental, específicamente en el departamento de san miguel, con el presente trabajo de investigación se pretende sentar un precedente para conocer el comportamiento de la infección a nivel local. (8)

1.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

La OMS define el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) aquel que infecta las células del sistema inmunitario y las destruye o trastorna su funcionamiento, lo que acarrea el deterioro progresivo de dicho sistema y acaba produciendo una deficiencia inmunitaria. Se habla de inmunodeficiencia cuando el sistema inmunitario ya no puede cumplir su función de combatir las infecciones y otras enfermedades. Las infecciones que acompañan a la inmunodeficiencia grave se denominan oportunista porque los agentes patógenos causantes aprovechan la debilidad del sistema inmunitario.

El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia. (3)

HISTORIA Y NOVEDADES DEL VIH

Un 5 de junio de 1981, los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades (CDC) dieron cuenta, en uno de sus informes, de la aparición de un nuevo tipo de neumonía presente en cinco hombres jóvenes homosexuales de la Ciudad de Los Ángeles, en los Estados Unidos.

Un año más tarde, por sus características, la denominaron Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Por aquel entonces, poco se sabía de esta enfermedad que se esta enfermedad que se diseminaba rápidamente y cuyos principales grupos de riesgo eran los hombres de la comunidad homosexual, aquellas personas que abusaban de las drogas endovenosas y quienes debían recibir transfusiones de sangre.

Posteriormente, en 1984, los doctores Luc Montagnier junto a Françoise Barré - Sinoussi del Instituto Pasteur de Francia y Robert Gallo del Instituto Nacional para el Cáncer, en los Estados Unidos logran aislar al virus responsable de esta nueva enfermedad y se le llama Virus de la inmunodeficiencia humana o VIH. Este descubrimiento abrió el camino para que, sobre finales de la década del 1980, se comenzaran a desarrollar medicamentos que permitieran mejorar la calidad de vida de las personas VIH+ y retrasar el desarrollo de la enfermedad. (9)

VIH EN EUROPA

Se realizó este estudio sobre la prevalencia de VIH en Europa basado en el Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA 2002 (UNAIDS, 2002); el Weekly Epidemiological Record (Organización Mundial de la Salud, 2000) y La epidemia de SIDA: situación en diciembre de 2000 (UNAIDS, 2000).

Los índices de prevalencia se calcularon a partir de la población que se encuentra entre los 15 y los 49 años de edad y de los casos de VIH/SIDA de cada país en este mismo rango de edad en función de la principal vía de transmisión del VIH.

Europa Oriental, Estonia ocupa el primer lugar en cuanto a prevalencia del VIH/SIDA entre los 15 y los 49 años de edad (10,96), seguida de Ucrania (9,90), la Federación de Rusia (8,95) y Letonia (4,11). La tasa de prevalencia más baja la posee Eslovaquia con un 0,03.

En el segundo grupo estarían los países de prevalencia alta (entre 6,63 y 8,82) en el que no se encuentra ningún país de Europa oriental. (18)

El tercer grupo lo componen los países de prevalencia media (entre 4,42 y 6,62) y aquí se encuentra Letonia. El grupo de prevalencia baja (entre 2,21 y 4,41) está compuesto por Bielorrusia y la República de Moldavia. Por último, en el grupo de prevalencia muy baja (entre 0 y 2,2) están Lituania, Hungría, Georgia, Rumanía, Croacia y Eslovaquia. En cuanto a Europa Occidental, no hay ningún país con prevalencia muy alta. En el grupo de prevalencia alta está España.

Los países de prevalencia media son Portugal y Suiza; en el grupo de prevalencia baja se encuentran Italia, Francia, Austria y los Países Bajos.

El grupo de prevalencia muy baja lo forman Yugoslavia, Grecia, Bélgica, Islandia, Dinamarca, Reino Unido, Irlanda, Alemania, Noruega, Suecia, Finlandia, Eslovenia y la ex-República de Macedonia. Concretamente en España, que es el país de Europa Occidental con mayor tasa de prevalencia.

Las vías de transmisión del virus no son las mismas para todos los países. Las principales vías de transmisión son, en primer lugar, la transmisión por el consumo de drogas por vía parenteral y, en segundo lugar, la vía homosexual (varones que mantienen relaciones sexuales con varones).

En función del predominio de las diferentes modalidades, se puede hablar de cuatro grupos:

- ✓ Predominio de la vía de transmisión homosexual.
- ✓ Predominio de la vía de transmisión heterosexual.
- ✓ Similitud en la vía hetero - homosexual.
- ✓ Predominio de la vía de transmisión por consumo de drogas por vía parenteral. (18)

Predominio de la vía de transmisión heterosexual:

Dentro de este grupo se encuentran Bulgaria, Bélgica, Suecia, Croacia, Noruega, Francia y

Rumanía. El predominio de esta vía de transmisión puede deberse a que los jóvenes están iniciando las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas. Por ejemplo, se ha observado un incremento de las relaciones sexuales en mujeres adolescentes de Rumanía (de 15 a 19 años de edad) (UNAIDS, 2002). (18)

Predominio de la vía de transmisión homosexual:

En este grupo están Hungría, República Checa, Lituania, Alemania, Grecia, Países Bajos, Finlandia, Eslovenia, Dinamarca, Luxemburgo, Reino Unido y la Federación de Rusia. En el Reino Unido y Rusia también se da un porcentaje considerable de transmisión heterosexual.

En el Reino Unido se ha dado un aumento de las prácticas sexuales de riesgo tanto entre heterosexuales como entre homosexuales por lo que parece ser que la transmisión por vía heterosexual está creciendo en esta región (UNAIDS, 2002).

Similitud en la vía Hetero – homosexual:

Los países en los que no existen diferencias entre transmisión hetero y homosexual son Austria y Bielorrusia. En Bielorrusia se han realizado esfuerzos para disminuir el SIDA mediante un comité interministerial que propone diferentes medidas para los consumidores de droga por vía intravenosa y campañas de sensibilización.

El resultado fue de un descenso en el número total de infecciones anuales entre 1996 y 1999. Estos esfuerzos fueron más satisfactorios entre la población adolescente (UNAIDS, 2000). (18)

Sin embargo, las proporciones se incrementaron en el 2001 después de este descenso (UNAIDS/WHO, 2001). (18)

Predominio De La Vía De Transmisión Por Consumo De Drogas Por Vía Parenteral:

En este grupo se encuentra la mayoría de los países europeos.

El país con mayor predominio de esta modalidad de transmisión es Ucrania; sin embargo, en este país se está produciendo un aumento de la proporción de infecciones por vía sexual por lo que se está dando un desplazamiento de la enfermedad a la población general debido a que cada vez más mujeres contraen el VIH por vía sexual y cada vez más mujeres embarazadas son VIH positivas (UNAIDS, 2002).

En España el 20% de las infecciones por VIH se asocia a la modalidad de transmisión heterosexual aunque el principal modo de transmisión es el consumo de drogas por vía parenteral. La transmisión por la vía homosexual representa un 13%, según estos porcentajes se concluiría que la infección por vía heterosexual es mayor que la infección por vía homosexual en términos absolutos y en términos relativos, esto no es así debido a que el número de homosexuales en España es mucho menor que el de heterosexuales. En Portugal, de las nuevas infecciones que se produjeron en el año 2000 más de la mitad se debía al consumo de drogas por vía parenteral. (18)

VIH ESTADOS UNIDOS

Más de 1.1 millones de personas en los Estados Unidos tienen la infección por el VIH y casi 1 de cada 6 (15.8%) no sabe que tiene la infección.

Los hombres homosexuales o gay, bisexuales y los que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH1), en especial los HSH de raza negra o afroamericana, son los más gravemente afectados por el VIH.

Por raza, las personas de razas negras o afroamericanas enfrentan la carga más pesada del VIH.

Se calcula que 15,529 personas con un diagnóstico de SIDA murieron en el 2010, y desde que comenzó la epidemia han muerto alrededor de 636,000 personas en los Estados Unidos con un diagnóstico de SIDA. La muerte de las personas con un diagnóstico de SIDA puede deberse a cualquier causa, es decir que la muerte puede estar relacionada o no con esta enfermedad. (9)

VIH EN AMERICA LATINA

Según estudio realizado en México sobre Estimaciones de prevalencia del VIH por género y grupo de riesgo en Tijuana, México: 2006 realizado por diferentes entes no solo de dicho país sino también de países vecinos.

De acuerdo con el Centro Nacional para la Prevención y Control del Sida (CENSIDA), en 2006 en México el número de personas infectadas por el VIH fue de 182 mil, lo cual representa una prevalencia de 0.3% entre personas de 15-49 años.(11)

Extrapolando a la población general, este análisis sugirió que hasta uno de cada 125 adultos de ese grupo de edad en Tijuana podría estar infectado con VIH en 2005.

Por subgrupo, este modelo sugirió que los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), seguidos de hombres que son usuarios de drogas inyectables (UDI) fueron los grupos de riesgo con el mayor número de personas infectadas por el VIH.

Recientemente estimados de la infección por VIH más precisos obtenidos a partir de investigaciones epidemiológicas sugieren que la prevalencia del VIH en Tijuana podría ser mayor, especialmente en mujeres trabajadoras sexuales.

Un estudio de 924 trabajadoras sexuales realizado en Tijuana y Ciudad Juárez, mostró que la prevalencia del VIH en trabajadoras sexuales fue de 12.3. (13)

VIH EN EL SALVADOR

En la última década, El Salvador ha realizado importantes esfuerzos programáticos para la prevención, control y tratamiento del VIH, que incluyen: la universalización del tratamiento antirretroviral a todo paciente con VIH avanzado, la descentralización del mismo en las clínicas de atención integral en coordinación con las instituciones del Sistema Nacional de Salud; tecnificación y calificación de los recursos humanos que brindan la atención médica, así como abordajes participativos e innovadores de educación para la salud en población general y aquella en mayor vulnerabilidad.(4)

A casi 30 años la notificación del primer caso de VIH en El Salvador (1984), los establecimientos de Ministerio de Salud han detectado 29,788 casos de VIH, de los cuales 30 % (8,931) estaban en fase de VIH avanzado o SIDA.

Comportamiento que gradualmente ha ido en reducción, pues datos del último quinquenio sugieren que cada vez la proporción de estos casos es menor. Del total de casos detectados más del 62.4 % (18,602) se concentran en hombres, tendencia que parece mantenerse a lo largo de los últimos años aun cuando se realizan importantes esfuerzos programáticos por ofertar la prueba durante el día nacional de la prueba de VIH, al momento del control prenatal, parto y puerperio a las mujeres en edad fértil. En términos absolutos, la tendencia de notificación de casos nuevos de VIH/SIDA aumentó de manera progresiva en los primeros 17 años hasta el 2001, posteriormente el comportamiento presenta una estabilización con puntos máximos que alcanzan los 2,100 casos

anuales y los mínimos en 161,500, no obstante existe el importante reto por mejorar la sub notificación de casos que no alcanzan a registrarse por los servicios de salud.

La tendencia de los establecimientos del MINSAL de registrar 6 casos nuevos por día que se observaba en 2007, ha ido revirtiendo lentamente hasta los 5 casos diarios en diciembre de 2011, a pesar de que existe mayor búsqueda por parte de ellos. (4)

En los últimos 5 años el número de casos nuevos osciló entre los 1,800 y los 1,500, de las cuales el número de casos de personas con VIH avanzado disminuye con respecto al total, producto del aumento en la oferta de la prueba de VIH, del número de establecimientos que en el marco de la Reforma Integral de Salud impulsa el MINSAL, los cuales dirigen sus esfuerzos de promoción y educación para la salud a impulsar como estrategia fundamental la atención primaria de la salud, a campañas educativas por medios de comunicación masiva y al trabajo sensibilizado de sus recursos humanos, factores que permiten un diagnóstico y detección cada vez más precoz de la condición, con una consecuente mejora en la calidad y tiempo de vida

En El Salvador, el número de casos anualmente detectados en hombres y mujeres en proporción con el número de habitantes por sexo para cada año (tasa global por 100,000 h), revela que las tasas de los hombres son cercanas al doble que en las mujeres, durante el período de enero de 2008 a junio de 2013. En términos absolutos la tasa promedio ha disminuido cerca de 3 personas por cada 100,000 desde 2008 hasta diciembre de 2012.

La tasa en hombres ha disminuido en 6 personas por cada 100,000 y en las mujeres en 4 personas por cada 100,000.

Para el año 2012 la relación de casos nuevos entre hombre- mujer es de 1.7 hombres por cada mujer (índice de masculinidad), los valores han oscilado entre 1.5 y 1.7 hombres por cada mujer desde el 2008. (4)

Es evidente que la mayor cantidad de ellos se concentra en los adultos de 20 a 39 años, seguido por el grupo de los adultos de 40 a 59, los cuales proporcionalmente son casi una tercera parte con respecto a los primeros, el resto de grupos de edades presentan un menor número de casos siendo los que sobrepasan los 60 años de los más afectados; sin embargo, el análisis de cifras absolutas es incompleto si no se conoce la proporción que representan estos casos respecto de grupo de habitantes en las franjas específicas de edad para los años observados podemos afirmar que el grupo de edad de 20 a 39 años sigue siendo en el que presenta las mayores tasas globales, no obstante el grupo de los 40 a 59 años representa una proporción bastante mayor que antes, reduce considerablemente la brecha con respecto a los primeros, así mismo en los mayores de 60 años esta proporción se vuelve muy relevante, lo cual demanda esfuerzos extraordinarios por los establecimientos de salud en tratamientos, actividades específicas de educación para la salud y atención sanitaria para estos grupos mayormente afectados.

En los menores de 1 año y de 10 a 19 años sus proporciones se comportan de forma similar al número absoluto de casos nuevos

De acuerdo al estado civil las tasas combinadas de nuevos casos de VIH-sida en mujeres y hombres reflejan que las personas con estado civil acompañado, divorciado y soltero son las que presentan las mayores tasas por cada 100,000 para el período de enero de 2008 al 8 de junio de 2013.

Es importante destacar que la población de viudos, separados proporcionalmente presenta igual tasa que los casados, por lo que los datos sugieren que el estado civil y familiar no limita la actividad sexual en las personas, consecuentemente tampoco los riesgos para adquirir el VIH.

A lo largo de los últimos 5 años se ha evidenciado que el número de casos de VIH y VIH avanzado de acuerdo al nivel educativo ha sido a predominio de las personas que han estudiado nivel básico (plan básico a 9º grado finalizado), seguida de las personas que han estudiado bachillerato y de las que tienen ningún grado de estudios.

Sin embargo cuando se analizan las tasas se observa que el grupo en mayor riesgo son que tienen el nivel de bachillerato, cuya diferencia con los y las que tienen nivel básico es de 56 personas por 100,000 h. Es sobresaliente que la tasa de la población de universitarios es muy similar a la del grupo de personas sin ningún nivel de estudios, a pesar de que se encuentran en los extremos opuestos del gradiente socioeconómico y que las variables que determinan su salud les afectan de un modo drásticamente diferente. Finalmente el grupo de las personas técnicas muestra una tasa relevante e importante a pesar de que su número absoluto era poco significativo. (4)

En cuanto a la evolución de la epidemia y comparando la prevalencia del VIH según la procedencia de los casos en los años 2008 y 2012, se observa una disminución de la tasa nacional promedio en 5 puntos, quedando en 25 por 100,000 habitantes para 2012. Los departamentos de San Salvador y Sonsonate presentan siempre tasas mayores que el promedio nacional y presentan además un riesgo relativo mayor de apareamiento de nuevos casos con 47% y 27% respectivamente.

A lo largo de los últimos años resulta evidente que el número de pruebas realizadas con motivo del día nacional de toma de la prueba de VIH se ha incrementado año con año, llegando en 2012 sobrepasar el 200% de pruebas realizadas para los años 2007 y 2008, dicha tendencia ha

representado esfuerzos cada vez mayores en el aspecto logístico, programático y laboratorial por parte de todos los socios que participan en la respuesta conjunta ante el VIH.

A través de los años se ha evidenciado un incremento en la toma de prueba de VIH y un decremento en el índice de positividad, cada año presentan porcentajes menores de toma de pruebas, mostrando una clara tendencia a la reducción aun cuando: el número de pruebas aumenta año con año, la prueba se ofrece a nuevos segmentos geográficos de la población, y se unen nuevos socios estratégicos al proceso. (4)

Para 2012 se realizaron 117,381 pruebas de VIH, concentrándose 52% de ellas en el grupo de 25 a 45 años de edad, seguido por el de 14 a 24 (26%), como una constante a lo largo de todos los años de la prueba, las mujeres (de acuerdo con su sexo biológico) fueron quienes principalmente se tamizaron representando el 62% de todas las pruebas; todos los socios del Sistema Nacional de Salud incrementaron su producción porcentualmente respecto del año pasado siendo las más relevantes las ONG's y el sector privado que contribuyeron con más de 800 24 pruebas, el COSAM con más de 3,000 pruebas, el ISSS con más de 11,000 pruebas.

A nivel departamental San Salvador, (1.48%), Sonsonate (1.36%) y La Paz (1%) presentan las positivities más altas, dato que valida y corrobora los cálculos presentados en el cuadro 11, lo cual significa que los resultados del tamizaje del día nacional de la prueba tiene una certeza estadística muy alta (debido al número de su muestra tan alta) y un comportamiento dentro de los parámetros esperados conforme la evolución anual y quinquenal.

La epidemia que presenta El Salvador es catalogada como una epidemia concentrada de acuerdo a los criterios establecidos por ONUSIDA, como son: a.- El VIH se ha diseminado rápidamente, por

lo menos, en una subpoblación bien definida, pero no está bien establecida en la población general. Frecuentemente está afectada más de una subpoblación de alto riesgo.

b.- La prevalencia de VIH es, consistentemente, sobre 5% en, por lo menos, una subpoblación definida. La prevalencia de VIH en áreas urbanas es menor al 1% en mujeres embarazadas.

La epidemia de VIH que presenta El Salvador es catalogada como una epidemia concentrada, con prevalencia en población general de 0.09% (Fuente: Reporte Global 2012, MINSAL) y con cifras de prevalencia elevadas en las poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad como son: población Trans, hombres que tienen sexo con hombres, (HSH) y mujeres trabajadoras sexuales (TS). (4)

1.3 ENUNCIADO

¿Cuáles son los factores de riesgo (modificables y no modificables) asociados a una mayor incidencia de infección por VIH EN Pacientes de 18 A 45 años de edad que consultaron la unidad comunitaria de salud familiar San Miguel durante el periodo del primero de enero al 31 de agosto de 2014?

2. JUSTIFICACION

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), uno de los padecimientos que más recientemente se ha descrito, indudablemente ha causado un gran impacto en la vida moderna.

El impacto que esta enfermedad genera en la salud de la población principalmente en países en desarrollo es importante: la elevada tasa de mortalidad, la disminución de la esperanza de vida al nacer, el aumento de la morbilidad de otras afecciones y sobre todo el impacto socio económico son algunas consecuencias que arrastra esta problemática. Aunado a esto las personas infectadas no solo padecen la enfermedad, sino también son víctimas de estigmatizaciones y discriminación.

De acuerdo a los estudios de gasto a nivel país en sida del año 2010 y 2012, el total del gasto fue de 49.5 millones de dólares, y 59.22 millones de dólares respectivamente, cuyas categorías de gasto en su mayor porcentaje fueron: Atención y Tratamiento, Prevención y Gestión y Administración. El gasto en el 2012 tuvo un incremento de 9.1 millones de dólares con relación al gasto de 2010. La categoría de gasto con mayor incremento fue la de prevención con 7.3 millones y Atención y tratamiento con 2.5 millones de dólares; la categoría que tuvo mayor decremento fue Entorno Favorable.

Al momento a casi 30 años la notificación del primer caso de VIH en El Salvador (1984), los establecimientos de Ministerio de Salud han detectado 29,788 casos de VIH, de los cuales 30 % (8,931) estaban en fase de VIH avanzado o SIDA, comportamiento que gradualmente ha ido en reducción, pues datos del último quinquenio sugieren que cada vez la proporción es estos casos es menor. Del total de casos detectados más del 62.4 % (18,602) se concentran en hombres.

Según las tasas acumuladas de VIH Y VIH Avanzado (mujeres y hombres) según departamento de procedencia 2008 Y 2012 en El Salvador, San Miguel cuenta con una tasa de 20 infectados por cada 100,000 habitantes.

Es por eso que atreves de esta investigación tomando como base la población que fue diagnosticada con VIH -SIDA en la unidad de salud anexa san miguel se pretende determinar cuáles son los factores y prácticas de riesgo para la adquisición de la enfermedad de manera de poder incidir ha futuro en aquellos que sean modificables para lograr prevenir nuevas infecciones, debido a que es una enfermedad que aparte que incurre en un gasto millonario en salud a nivel nacional, conlleva como eje principal de su problema una disminución de la calidad de vida, y esperanza de vida de la persona infectada. (7)

También se pretende identificar si en esta población de estudio en particular la orientación sexual representa un grupo de riesgo mayor que la población heterosexual, en el contagio por VIH

Hoy en día se sabe que el SIDA es una enfermedad que puede ser trasmitida sexualmente (en la mayoría de los casos), tanto en relaciones homosexuales como heterosexuales, sin embargo se ha comprobado a través de estudios internacionales que la comunidad homosexual en particular tiene factores de riesgo propios que los hacen más vulnerables a padecer la infección entre estos se resaltan ciertas prácticas que implican riesgo de adquisición como son : la penetración anal; la recepción de semen por el recto; contar con múltiples parejas sexuales. Estudios internacionales como estudio llevado a cabo en la ciudad de México no permitieron documentar que las personas penetradas ("pasivos") corren un mayor riesgo que los penetrados ("activos"). (13)

Al finalizar este estudio, se pretende contar con la información técnica y estadística precisa a nivel departamento, auxiliándonos de los datos del programa VICITS llevado a cabo en la UCSF San

Miguel, de los libros de registro de pacientes que han realizado la prueba con su respectivo resultado, tanto los libros de consulta diaria, VICIT, y población de embarazadas, se pretende que este estudio sirva como base para fomentar practicas de prevención en aquellas personas que sean más vulnerables según las características socio culturales propias de nuestra región a contraer VIH, fomentando a futuro salud sexual y reproductiva en aquellos que representen un grupo de riesgo y que aún no estén infectados.

Se pretende además despertar el interés de la población de influencia en general sobre este tema, eliminando las barreras psicológicas y de estigmatización que pudieran estar involucradas, dado que todos somos responsables en plantear soluciones que disminuyan la incidencia de esta enfermedad que hoy día acarrea un grave problema de salud mundial y nacional y que debido a la estigmatización social muchas veces se incurre en el bloqueo de poder avanzar en su conocimiento y prevención. (7)

3. OBJETIVOS DE INVESTIGACION

3.1 OBJETIVO GENERAL

Investigar los factores de riesgo asociados a la incidencia de infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), en los pacientes 18 a 45 años que consultaron la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguel en el periodo de Enero a Agosto del año 2014.

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS

- I. Investigar si condiciones socioculturales como orientación sexual y nivel de estudio aumentan el riesgo de infección por VIH.
- II. Investigar el riesgo de condiciones biológicas no modificables como sexo y edad para contraer VIH.
- III. Investigar las conductas y grupos de riesgo que tienen mayor incidencia de infección por VIH.
- IV. Investigar la principal vía de transmisión del VIH en los pacientes que participaron en el estudio.
- V. Investigar los mecanismos de prevención utilizados por los pacientes de la muestra para prevenir nuevas infecciones.

4. MARCO TEORICO

4.1 BASE TEORICA

HISTORIA

El SIDA fue identificado por primera vez en Estados Unidos de 1981, cuando los Us Centers for Disease Control and Prevention (CDC) reportaron la aparición de neumonía inexplicada por *Pneumocystisjiroveci* (antes denominado *P. carini* en cinco varones homosexuales previamente sanos en Los Ángeles y casos de sarcoma de Kaposi con o sin neumonía por *P. jiroveci* en 26 varones homosexuales previamente sanos en Nueva York y Los Ángeles.

En pocos meses, la enfermedad comenzó a describirse en varones y mujeres adictos a drogas por vía parenteral e inmediatamente después en receptores de transfusiones sanguíneas y hemofílicos. Cuando se fue conociendo el modelo epidemiológico de la enfermedad, quedó claro que el agente etiológico más probable de la epidemia era un microorganismo transmisible por contacto sexual (con el mismo sexo y con el sexo opuesto) y por la sangre y los hemoderivados.

El agente causal aislado e identificado en 1981. El Virus de la Inmuno Deficiencia Humana (VIH) es un retrovirus, miembro de la subfamilia Lentiviridae.

Se han aislado lentivirus de muchas especies, los virus humanos de SIDA no son homogéneos, pero la mayor parte son variantes de VIH-1, un segundo aislado es el VIH- 2 prevalente en el área occidental de África, que es menos virulento. (10)

Se han obtenido múltiples aislados de retrovirus de especies no humanas en primates. El virus de Inmunodeficiencia en simios del Sultimangue, (SIV) tipo mono de África Occidental y VIH – 2, son lo suficientemente semejantes para ser considerados hoy día como variantes del mismo virus. Los aislados de Chimpancé están relacionados más de cerca al VIH – 1 que cualquiera de los aislados de simios.

El SIV de los monos verdes africanos y de los mandriles forma un grupo separado equidistante a VIH – 1 y VIH – 2. (10)

DEFINICION

Infección por VIH: Es una enfermedad causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La afección destruye el sistema inmunitario en forma gradual, lo cual hace que para el cuerpo sea más difícil combatir infecciones. (6)

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ataca el sistema inmunitario y debilita los sistemas de vigilancia y defensa contra las infecciones y algunos tipos de cáncer.

A medida que el virus destruye las células inmunitarias y altera su función, la persona infectada se va volviendo gradualmente inmuno deficiente. La función inmunitaria se suele medir mediante el recuento de células CD4. La inmunodeficiencia entraña una mayor sensibilidad a muy diversas infecciones y enfermedades que las personas con un sistema inmunitario saludable pueden combatir. La fase más avanzada de la infección por el VIH se conoce como síndrome de inmunodeficiencia adquirida, o sida y puede tardar entre 2 y 15 años en manifestarse, dependiendo del sujeto. El sida se define por la aparición de ciertos tipos de cáncer, infecciones u otras manifestaciones clínicas graves. (7)

MORFOLOGIA DEL VIH:

Es una estructura icosaédrica provista de numerosas proyecciones externas formadas por las dos proteínas principales de cubierta, la gp120 externa y la gp 41 transmembrana, en su bicapa lipídica contiene antígenos del complejo mayor de histocompatibilidad.

El VIH es un virus RNA cuya característica esencial es la transcripción inversa de su RNA genómico a DNA gracias a la actividad enzimática transcriptasa inversa.

FAMILIA DEL VIH

El virus de inmunodeficiencia humana:

(vih 1 y el vih 2) pertenece a la familia retroviridae, subfamilia a lentivirus, y son los únicos lentivirus de los que se sabe infectan a los seres humanos.

TRANSMISION

La infección se transmite al menos de tres formas: de la madre al niño, en especial por la leche materna; por medio de la actividad sexual, siendo mas frecuente la transmisión de varones a mujeres; y por la sangre, es decir por transfusiones o agujas contaminadas. (7)

El VIH se transmite por medio de contactos homosexuales y heterosexuales; Después de más de 25 años de análisis minuciosos, no se han encontrado pruebas de que el VIH se transmita por contactos casuales , ni de que los insectos sean capaces de propagar el virus, por ejemplo, la picadura de los mosquitos.

VIAS DE TRANSMISION

Los fluidos corporales infectantes son:

- ✓ El semen y secreciones vaginales.
- ✓ Sangre y sus derivados.
- ✓ Leche materna.

Los mecanismos de transmisión a través de los cuales dichos fluidos corporales pueden infectar son:

- ✓ Relaciones sexuales (Hetero, Homo y Bisexuales)
- ✓ Transfusión de sangre y hemoderivados
- ✓ Instrumentos contaminados de sangre: Ej. Jeringas, agujas, cepillos de dientes, hojas de afeitar etc.
- ✓ Trasplante de órganos
- ✓ Perinatal o vertical (transmisión durante el embarazo, parto o lactancia materna)

No se ha demostrado la transmisión del VIH a través de otros fluidos biológicos (lagrimas, saliva, sudor, heces, etc...) (7).

NO SE HA DEMOSTRADO LA TRANSMISIÓN A TRAVÉS DE LA SALIVA

La transmisión a través de la saliva no existe, ya que está comprobado que no hay concentración suficiente de virus en este fluido para poder infectar.

Además hay factores en contra de la transmisión: en la boca existen enzimas de la saliva que inhiben la actividad del VIH, la competencia de éste con otros microorganismos en la cavidad bucal, el paso del aire (el oxígeno es letal para el VIH), el corto tiempo de permanencia y la escasa cantidad de los fluidos infectantes en la boca...

Sin embargo, para eliminar hipotéticos riesgos, se debe evitar esta práctica sexual si se prevé que la persona infectada pueda sangrar de forma espontánea (encías sangrantes, aftas, infecciones gingivales, extracción reciente de piezas dentarias, herpes labiales...). (21)

MITOS SOBRE EL BESO, INSECTOS, Y TRANSMISION ATRAVEZ DE OTROS FLUIDOS CORPORALES

EL BESO

El contacto ocasional que implica rozar labios entre dos personas - considerado el “beso Social” en muchas culturas no conlleva un riesgo de transmisión del VIH. Por otra parte, Dada la Besos “a la francesa”, o con la boca abierta, los CDC aconsejan evitar esta práctica con Personas infectadas. Sin embargo, se estima que el riesgo de contraer el VIH a través de este tipo de besos es bastante bajo. Los CDC han investigado un solo caso de infección por este virus que podría ser atribuido al contacto con sangre durante el acto de besar con la boca abierta (beso “francés”)

MORDEDURAS

En 1997, los CDC publicaron los resultados de una investigación realizada por el departamento de salud sobre un incidente que sugería la posible transmisión del VIH provocada por una mordedura humana. La literatura médica reporta otros incidentes de transmisión del VIH que también podrían tener estas causas. En cada uno de estos casos se comprobó la presencia de traumas severos

acompañados de extenso desgarramiento de tejido, lesiones y la presencia de sangre. Sin embargo, las mordeduras no constituyen una forma común de transmisión del VIH. De hecho, se han reportado numerosos casos de mordeduras que no tuvieron como consecuencia este tipo de infección.

SALIVA, LÁGRIMAS Y TRANSPIRACIÓN

En la saliva y las lágrimas de los pacientes de SIDA se han encontrado muy bajas cantidades del VIH. Es importante entender que la presencia de pequeñas cantidades del VIH en fluidos corporales no significa, necesariamente, que el VIH puede ser transmitido a través de dichos fluidos. No se ha detectado la presencia del VIH en la transpiración de personas que padecen esta enfermedad. A la fecha, no se ha comprobado que el contacto con la saliva, lágrimas o transpiración haya tenido por resultado la transmisión del VIH.

INSECTOS:

Desde el comienzo de la epidemia del VIH, ha existido preocupación en el sentido que el Virus pueda ser transmitido a través de la picadura de insectos succionadores de sangre. Sin embargo, estudios conducidos por investigadores de los CDC y numerosas otras organizaciones, no han establecido un vínculo entre la transmisión del VIH y la picadura de insectos, incluso en aquellas zonas donde se han comprobado numerosos casos de SIDA y la existencia de grandes poblaciones de insectos como mosquitos. La ausencia de brotes de esta epidemia, a pesar de los intensos e fue caminados a detectarlos, apoya la conclusión que el VIH no es transmitido por insectos. (22)

EPIDEMIOLOGIA MUNDIAL DEL VIH

Se estima que en la actualidad hay 34 millones de personas en el mundo viviendo con VIH, de las cuales 2.5 millones son nuevas infecciones.

El vih al momento ha cobrado más de 36 millones de vida desde su aparición.

En los últimos diez años, el panorama de las epidemias nacionales de VIH ha presentado una variación drástica, favorable en la mayoría de los países, en particular en África subsahariana. (8

África subsahariana: sigue siendo la región más afectada por el VIH, con 23,5 millones de personas con el virus en el 2011, alrededor de un 69% del total mundial. A pesar de que la estimado de 2,6 millones en 1997.

Por otra parte, en esta área se registraron 1,2 millones de muertes relacionadas con el sida, una cifra similar a la del año previo. La enfermedad causó el fallecimiento de al menos un millón de personas por año desde 1998.

Una buena noticia es que casi 6,2 millones de personas recibieron terapia ARV en África subsahariana en el 2011, una cantidad muy superior a las apenas 100.000 del 2003.

Asia: aunque las tasas de VIH son menores que en algunas otras regiones, la cantidad de población del continente hace que tenga al segundo mayor grupo de personas que viven con VIH. El año pasado, había 4,2 millones de personas con el virus en el sur y sudeste asiático.

Se registraron en el continente 300.000 nuevas infecciones y 270.000 muertes vinculadas con el sida. Unos 21.000 niños se infectaron con el virus en esa zona en 2011. (8)

En el este de Asia, 830.000 personas tenían VIH en el 2011. Hubo 60.000 fallecimientos asociados al sida y se registró un incremento en las nuevas infecciones a 89.000, desde 74.000 en el 2001.

Europa Oriental y Asia Central: desde el 2001, la cantidad de personas que viven con VIH en esta parte del planeta aumentó de 410.000 a 1,5 millones el año pasado. Rusia y Ucrania representan casi el 90% de la epidemia regional. En la Federación Rusa, los nuevos casos reportados se incrementaron de 39.207 en el 2005 a 62.581 en el 2010.

El año pasado, alrededor de 90.000 personas murieron por causas asociadas al sida, comparado con 15.000 una década atrás.

Oriente Medio y Norte de África: en el 2011 hubo 330.000 personas viviendo con VIH en esta región. Las nuevas infecciones se ubicaron en 39.000, y las muertes ligadas al sida contabilizaron 25.000. (8)

América del Norte: cerca de 1,4 millones de personas vivían con VIH en el 2011, incluidos 4.500 niños. El año pasado, la cifra de personas con nuevas infecciones con el virus en la zona se ubicó en 58.000. Menos de 100 niños del área se infectaron con VIH durante el 2011, mientras que unas 20.000 personas murieron por causas relacionadas con el sida. (14)

Epidemia estable en América Latina.

- En 2011 cerca de 1,4 millones [1,1–1,7 millones] de personas vivían con el VIH en América Latina, en comparación a los 1,2 millones [970 000–1,5 millones] en 2001.
- En América Latina alrededor de 83 000 [51 000–140 000] personas contrajeron el VIH en 2011, comparado con la cifra de 93 000 [67 000–120 000] en 2001.

- El número de personas que murieron por causas relacionadas con el sida cayó en un 10% entre los años 2005 y 2011, desde 60 000 [36 000–93 000] a 54 000 [32 000–81 000].

Alta prevalencia del VIH, pero epidemia relativamente pequeña en el Caribe.

- Tras África subsahariana, el Caribe es una de las regiones más afectadas por la epidemia del VIH.
- La prevalencia del VIH en adultos fue en 2011 de alrededor del 1% [0.9%–1.1%], una cifra superior a cualquier otra región del mundo a excepción de África subsahariana.
- En el Caribe el número de personas que vivían con el VIH se ha mantenido relativamente baja—230 000 [200 000–250 000] en 2011—y apenas ha variado desde finales de la década de 1990.

La región ha experimentado un notable descenso (42%) de nuevas infecciones por el virus desde el año 2001, desde 22 000 [20 000–25 000] en 2001 a 13 000 [9600–16 000] en 2011.

Las muertes por causas relacionadas con el sida descendieron desde alrededor de 20 000 [16 000–23 000] en 2005 a 10 000 [8200–12 000] en 2011.

(15)

VIH EN EL SALVADOR

Incidencia De Casos De VIH En El Salvador, Según El Último Registro Disponible (2012)

Habiendo realizado 265,750 pruebas a mujeres y 83,623 pruebas rápidas para la detección de VIH en la población en general durante el 2012 los datos más sobresalientes son los siguientes:

La epidemia de VIH en El Salvador está caracterizada como una epidemia heterosexual de vía sexual. Los datos epidemiológicos recientes más recientes incluyen de enero al 31 de diciembre de 2012.

En este periodo el ministerio de salud reporta 1490 casos nuevos de VIH y 67 casos nuevos de SIDA. De estos la relación hombre mujer es de 1.7 hombres por cada mujer. Los datos han oscilado entre 1.5 y 1.7 hombres por cada mujer desde el 2008.

De estos la población por edad más afectada es el grupo entre 20 y 39 años, seguidos por el grupo de adultos de 40 a 59 años, los cuales proporcionalmente son casi la tercera parte respecto a los primeros.(5)

EVOLUCION DE LA EPIDEMIA

A casi 30 años la notificación del primer caso de VIH en El Salvador (1984), los establecimientos de Ministerio de Salud han detectado 29,788 casos de VIH, de los cuales 30 % (8,931) estaban en fase de VIH avanzado o SIDA, comportamiento que gradualmente ha ido en reducción, pues datos del último quinquenio sugieren que cada vez la proporción es estos casos es menor. Del total de casos detectados más del 62.4 % (18,602) se concentran en hombres, tendencia que parece mantenerse a lo largo de los últimos años aun cuando se realizan importantes esfuerzos programáticos por ofertar la prueba durante el día nacional de la prueba de VIH, al momento del control prenatal, parto y puerperio a las mujeres en edad fértil. En términos absolutos, la tendencia de notificación de casos nuevos de VIH/SIDA aumentó de manera progresiva en los primeros 17 años hasta el 2001, posteriormente el comportamiento presenta una estabilización con puntos máximos que alcanzan los 2,100 casos anuales y los mínimos en 1,500, no obstante existe el

importante reto por mejorar la sub notificación de casos que no alcanzan a registrarse por los servicios de salud.

La tendencia de los establecimientos del MINSAL de registrar 6 casos nuevos por día que se observaba en 2007, ha ido revirtiendo lentamente hasta los 5 casos diarios en diciembre de 2011, a pesar de que existe mayor búsqueda por parte de ellos.

EL VIH COMO EPIDEMIA A NIVEL NACIONAL

La epidemia que presenta El Salvador es catalogada como una epidemia concentrada de acuerdo a los criterios establecidos por ONUSIDA, como son: (5)

A.- El VIH se ha diseminado rápidamente, por lo menos, en una subpoblación bien definida, pero no está bien establecida en la población general. Frecuentemente está afectada más de una subpoblación de alto riesgo.

B.- La prevalencia de VIH es, consistentemente, sobre 5% en, por lo menos, una subpoblación definida. La prevalencia de VIH en áreas urbanas es menor al 1% en mujeres embarazadas. (5)

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los síntomas de la infección por el VIH varían en función del estadio en que se encuentre. Aunque en la mayoría de los casos el pico de infectividad se alcanza en los primeros meses, muchas veces el sujeto ignora que es portador hasta que alcanza fases más avanzadas. En las primeras semanas que siguen al contagio, las personas a veces no manifiestan ningún síntoma, y otras presentan una afección de tipo gripal, con fiebre, cefalea, erupción o dolor de garganta. (7)

A medida que la infección va debilitando su sistema inmunitario, el sujeto puede presentar otros signos y síntomas, como inflamación de los ganglios linfáticos, pérdida de peso, fiebre, diarrea y tos. En ausencia de tratamiento podrían aparecer también enfermedades graves como tuberculosis, meningitis por criptococos o diversos tipos de cáncer, por ejemplo linfomas o sarcoma de Kaposi, entre otros. (7)

POBLACIONES Y GRUPOS DE RIESGO

La epidemia de VIH que presenta El Salvador es catalogada como una epidemia concentrada, con prevalencia en población general de 0.09% (Fuente: Reporte Global 2012, MINSAL) y con cifras de prevalencia elevadas en las poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad como son: población Trans, hombres que tienen sexo con hombres, (HSH) y mujeres trabajadoras sexuales (TS). (Ver tabla A)

TABLA A. PREVALENCIAS DE VIH PARA TS, HSH Y TRANS

AÑO/POBLACION	TS	HSH	MUJERES TRANS
2002	3,2	15,3	no datos
2008	5,7	10,8	25.8
2012	3,14	10,00	no datos

Fuente: Construcción a partir del, Estudio Multicéntrico 2002, Encuesta Centroamericana de Vigilancia del Comportamiento Sexual de ITS y VIH 2008 y Estudio VICITS 2012.

De manera específica se analiza la situación epidemiológica y la cobertura de servicios de salud de las siguientes poblaciones de más alta vulnerabilidad al VIH: (5)

HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES (HSH)

La expresión “hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres” (o su abreviación HSH), describe un comportamiento, más que un grupo específico de personas, y puede aplicarse tanto a hombres que reconocen ser homosexuales o gay como a los bisexuales y heterosexuales.

De hecho muchos HSH no se consideran a sí mismos como gays o bisexuales; a menudo tienen esposa, sobre todo en lugares donde existen leyes discriminatorias o estigmas sociales con respecto a las relaciones sexuales entre hombres. En gran parte por el tabú que esto supone, las compañeras de estos HSH normalmente desconocen las otras relaciones sexuales que sus parejas mantienen y el riesgo que esto implica.

Por otro lado, las violaciones entre hombres no son inusuales, especialmente en entornos exclusivamente masculinos como las cárceles. En definitiva en todas las sociedades hay hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, aunque en muchos sitios permanecen ocultas. Las relaciones sexuales entre hombres tienen una incidencia significativa con respecto al VIH por que el sexo anal puede formar parte de ellas, una práctica de muy alto riesgo si se realiza sin protección.

Aunque la sigla HSH ha resultado extremadamente importante, también ha generado confusión en la terminología necesaria para abordar la cuestión de la epidemia. Algunas personas utilizan ahora HSH como sinónimo de “hombre homosexual”, suponiendo que este es un término menos estigmatizante.

Algunos incluso utilizan la sigla HSH para dirigirse a los hombres homosexuales en los proyectos de prevención. (1)

Ambas prácticas son inadecuadas. Aunque es cierto que no todos los HSH se identifican a sí mismos como hombres homosexuales, la mayoría de ellos no se identifican tampoco con el término “HSH”. La mejor manera de comunicarse con estos diferentes grupos de hombres es abordar temas que sean relevantes para ellos sin recurrir al uso de etiquetas.

Los HSH es una de las poblaciones en más alta vulnerabilidad al VIH porque su prevalencia es alta. La prevalencia de VIH para esta población es de **10.4%** (Estudio VICITS 2012), mostrando disminución de 0,4 puntos respecto al 2008. La prevalencia de sífilis activa para el año 2012 es de 5.12, hepatitis B 1.61 y Hepatitis C 0.8. El mismo estudio señala que el uso correcto y consistente del condón en HSH fue del 58%. La talla poblacional para HSH se estima en 16,835, de acuerdo a estimaciones de Spectrum 2013.

La inversión en SIDA para este grupo fue de 2.1% del total (\$1,251,793)¹. Los servicios de prevención de VIH recibidos por los HSH en los últimos 12 meses fueron: condones 92%, lubricantes 58%, materiales sobre prevención 44%, referencia a la prueba de VIH 18%, referencia a ITS 6 % (5)

POBLACION TRANS

El trabajo de prevención del VIH con HSH a menudo incluye a la población de personas transgenero de hombre a mujer. Como se ha establecido ya, el termino HSH intenta incluir a esta población desde el punto de vista de la epidemiologia. Pero las personas transgenero tienen diferentes situaciones, necesidades y contextos que requieren una respuesta concreta y especifica, además que las mismas personas transgenero no se ven a sí mismas como hombres. Los factores de opresión y contextos de vulnerabilidad que las personas transgenero comparten con los HSH, se encuentran enlazadas a situaciones peculiares por su identidad de género. (1)

Las personas transgenero, en menor o mayor numero, tienen un proceso especifico y diferente a los hombres gay u homosexuales y bisexuales. Un gran número de personas transgenero realizan el proceso de transición de hombre a mujer, y que las coloca en contexto de violencia, agresión, acosos y maltratos. (1)

La prevalencia en la población de mujeres Trans fue de 25.8%. De acuerdo al estudio VICITS 2012 32% de la población Trans reportó el uso consistente del condón con su pareja estable masculina y un 65% reportó el uso consistente del condón con todas sus parejas ocasionales en los últimos doce meses.

La prevalencia de ITS para la población Trans, para Herpes simple, tipo 2 fue de 71.1%, de Sífilis de 20.7% y la de Sífilis activa fue de 7.7% (Fuente: Estudio ECVC, Subpoblación, Transexual, travesti y transgénero). La talla poblacional estimada para la población Trans fue de 2,765 personas, se ha tomado como factor de cálculo el estudio de la población guatemalteca, en donde el 0.14% de la población general de hombres mayores de 15 años fueron censadas como mujeres Trans. Dado el vacío de información nacional, se propone realizar estudios especiales de talla de población para Trans.

El estudio de Estigma y Discriminación, USAID/ PASCA octubre 2011, estableció que la población Trans es la más estigmatizada y discriminada, así como la que sufre las mayores violaciones de sus Derechos Humanos.. Esta condición de exclusión es una barrera al acceso de los diferentes servicios de prevención, atención y cuidados y la vuelve proclive al consumo de alcohol y drogas, particularmente Crack. (4)

TRABAJADORAS DEL SEXO

El trabajo sexual es una realidad que ha estado presente en la sociedad desde tiempos inmemoriales. Es de esta forma de vida que subsisten miles de mujeres y hombres alrededor del mundo a pesar de los problemas de salud, marginación, discriminación y violencia que sufren.

Además de representar un factor condicionante para la diseminación del VIH/SIDA, el trabajo sexual también está vinculado a antecedentes y actos de violencias (incluida violencia sexual). Las altas tasas de ITS encontradas en esta población muestran que a pesar del alto nivel de conocimientos y aparente percepción de riesgo, estos aspectos no se han traducido aun en prácticas preventivas, reconociendo además que entre las trabajadoras del sexo aquellas que trabajan en la calle son las más vulnerables y más afectadas por el VIH y otras ITS (2)

La prevalencia de VIH para esta población es de 3.14% presentando una disminución de 2.56 puntos respecto al año 2008. La prevalencia de Sífilis activa fue de 1.43%, Hepatitis B 0.28%. El trabajo de pares es considerado una experiencia exitosa para lograr cambios de comportamiento, sin embargo se prevé realizar una intervención más integral con servicios para esta población. El uso correcto y consistente del condón en esta población es del 96%. (Estudio VICITS 2012).La talla poblacional estimada para el año 2011 es de 13,305 trabajadoras sexuales en El Salvador. (4)

FACTORES DE RIESGO

El personal de salud en la atención de lesbianas, gays, bisexuales, personas transgénero y hombres que tienen sexo con hombres, debe conocer los siguientes factores de riesgo de esta población:

- a. No usar condón o el uso incorrecto del mismo en las relaciones sexo coitales

- b. Prácticas sexuales desprotegidas.
- c. Múltiples parejas sexuales.
- d. Usuarios de drogas endovenosas.
- e. Transfusiones sanguíneas. (3)

RELACION DE OTRAS ITS CON VIH

Las ITS ayudan a la transmisión del VIH mediante:

- ✓ Un mayor riesgo de transmisibilidad: la presencia de una ITS en un individuo VIH positivo aumenta su capacidad de transmitir o “dar” el VIH.
- ✓ Una mayor susceptibilidad: la presencia de una ITS en un individuo VIH negativo aumenta su capacidad de infectarse o “recibir” el VIH.

Gracias a una gran cantidad de estudios biológicos y epidemiológicos llevados a cabo en los cuatro continentes se ha demostrado que las ITS facilitan la transmisión del VIH. Las relaciones entre las ITS y el VIH/SIDA son complejas. Se ha expuesto que los efectos de las ITS sobre la transmisión del VIH varían con las diferentes ITS, entre mujeres y hombres, entre las diferentes poblaciones y con las diferentes etapas de la epidemia del VIH/SIDA.

El hecho de estar infectado (o haberlo estado) con alguna ETS/ITS hace más vulnerable a las personas ya que la piel puede estar irritada, sensible y más propensa a infectarse con el contacto.

Además que haber tenido una infección puede ser un indicador de un ciclo que hay que romper. Las ITS pueden dividirse en ulcerosas y no ulcerosas.

ITS ULCEROSAS

Se ha aislado el VIH de las úlceras genitales en hombres y mujeres. Además de la propagación del virus directamente desde las úlceras, el semen y los fluidos cervico-vaginales¹⁸ en hombres y mujeres con úlceras genitales presentan una mayor concentración de VIH.

Las úlceras genitales pueden aumentar la susceptibilidad al VIH mediante lesiones epiteliales e incrementadas la cantidad y la activación de células susceptibles al VIH en el tracto genital.

Se ha registrado una mayor susceptibilidad hacia el VHS-2, el chancroide y la sífilis.

ITS NO ULCEROSAS

Se ha detectado una mayor propagación del VIH por la uretra en hombres que padecen uretritis.

Tanto la uretritis sintomática como la asintomática están relacionadas con una mayor propagación del VIH. El tratamiento de la uretritis logra disminuir la propagación del VIH.

Se ha relacionado la inflamación del cuello uterino con una mayor propagación viral, la que se ha visto reducida con el correspondiente tratamiento.

Las ITS no ulcerosas pueden aumentar la susceptibilidad incrementando la presencia de células susceptibles al VIH en el tracto genital.

Se ha registrado una conexión notable entre la gonorrea y la seroconversión de VIH.

También se han vinculado las infecciones con chlamydias y trichomonas con una mayor susceptibilidad al VIH (20)

DIAGNOSTICO

Debido a que no existe ninguna manifestación clínica característica de la infección de VIH, la prueba para detectar esta enfermedad ha de llevarse a cabo mediante pruebas de diagnóstico molecular en un laboratorio. La prueba más habitual para detectar la presencia de VIH es la prueba de inmuno detección denominada ELISA.

PRUEBAS DE LABORATORIO

El diagnostico de laboratorio de la infección por VIH se hace detectando los anticuerpos que el ser humano produce contra el VI (7).

¿QUÉ ES LA PRUEBA DE ANTICUERPOS CONTRA EL VIH?

A medida que el cuerpo combate el VIH, el sistema inmunológico desarrolla anticuerpos contra el virus. La prueba de anticuerpos contra el VIH no mide ni detecta al virus, pero sí detecta la reacción del cuerpo contra el virus (la presencia de anticuerpos anti-VIH). Existen tres análisis de anticuerpos que se usan comúnmente para realizar el diagnóstico: ELISA, Western Blot e IFA.

Existen diferentes metodologías para la detección de anticuerpos contra el VIH:

- Los ensayos enzimáticos de inmunoabsorción, que se conoce por sus siglas en inglés de ELISA (Enzymelinkedimmunosorbentassay).
- Las pruebas de aglutinación de partículas (Serodia).

- Las pruebas especializadas rápidas (tiras rápidas, determine, oraquic).
- Western Blot

Estas pruebas se pueden clasificar según su complejidad en:

- Pruebas de tamizaje Ej. aglutinación (serodia Ag- Ac), tiras rápidas, ELISA.
- Pruebas confirmatorias. Ej. Western Blot (WB).

ELISA

La prueba de ELISA (también llamada EIA) generalmente es la primera prueba que se hace; no es cara y es muy sensible para detectar la presencia de anticuerpos anti-VIH. En la mayoría de los casos se analiza una muestra de sangre, pero existen otros tipos de ELISA que analizan saliva y orina. La prueba de ELISA tarda de 3.5 a 4 horas en dar resultados, pero la mayoría de los sitios de prueba, envían la muestra a un laboratorio que las analiza en camadas y por lo tanto hay que esperar de una a dos semanas para obtener los resultados.

Después del “período ventana” rara vez las pruebas de ELISA dan resultados “negativos falsos”. Esto significa que si obtiene un resultado negativo y se hizo la prueba al menos seis meses después de la última exposición al virus, usted es realmente VIH negativo. Rara vez la prueba ELISA puede dar resultados “positivos falsos”. Un resultado positivo falso puede ocurrir si la persona se hace la prueba justo después de haber tenido una estimulación temporal del sistema inmunológico, debido a una infección viral o a una vacunación. También pueden ocurrir debido a errores del laboratorio o debido a la alta sensibilidad de la prueba (ver a continuación).

Por este motivo, los resultados positivos a la prueba de ELISA siempre deben ser confirmados con una prueba de Western Blot o IFA. En los sitios serios de diagnóstico esto se hace automáticamente, lo que quiere decir que no tiene que volver a dar sangre.

Existe una prueba relativamente nueva llamada “detuned” ELISA, que se viene usando en el área de investigación y que pronto estará ampliamente disponible. La prueba “detuned”, que se usa sólo *después* de que se confirmó la presencia de anticuerpos mediante una prueba Western Blot, puede determinar si la infección es reciente (dentro de los últimos seis meses), lo que puede contribuir a tomar decisiones sobre tratamiento temprano.

ENSAYO WESTERN BLOT (WB)

El Western Blot (WB) es un método confirmatorio: sólo se hace si el ELISA resulta positiva. El WB puede dar un resultado positivo, negativo o indeterminado. Los resultados indeterminados no son positivos ni negativos. Un resultado indeterminado generalmente significa que una persona recién comienza la conversión serológica en el momento en que se le hace la prueba. En los raros casos en que esto sucede, deberá volver a hacerse la prueba un mes después. Los resultados positivos falsos son extremadamente raros, lo que confirma (demuestra) que los anticuerpos contra el VIH están presentes.

ENSAYO POR INMUNOFLORESCENCIA INDIRECTA (IFA)

El ensayo por inmunofluorescencia indirecta (IFA, siglas en inglés) se puede usar en lugar de la prueba WB para confirmar los resultados de la prueba ELISA. Al igual que WB, la prueba IFA detecta la presencia de anticuerpos en una muestra de sangre. La estrategia es diferente ya que

utiliza un microscopio. Puede ser más rápida que la prueba WB, y los laboratorios pueden entregar los resultados al paciente con mayor rapidez.

PRUEBA DE VIH ORASURE

El método de análisis de anticuerpos anti-VIH Orasure, aprobado por la FDA en 1996, utiliza una muestra de la mucosa oral obtenida mediante el uso de una almohadilla de algodón tratado, que se coloca entre la mejilla y la encía inferior por dos minutos. El análisis de la mucosa oral también se conoce como “análisis del trasudado de la mucosa oral”.

Nota: la saliva y la mucosa oral contienen anticuerpos anti-VIH, no el virus mismo, por lo que el VIH no puede ser transmitido a través de estos fluidos.

Algunos sitios públicos ofrecen esta prueba como alternativa al análisis de sangre. La muestra es enviada al laboratorio, donde se le practica un análisis ELISA. A las muestras positivas se les practica una prueba Western Blot confirmatoria (usando la misma almohadilla).

La precisión combinada de ELISA OraSure y WB es comparable a la del análisis tradicional de sangre, por lo que es muy alta.

PRUEBA RÁPIDA DE VIH

Quizás haya oído hablar de otro tipo de prueba llamado OraQuick-Advanced, también conocido como “Prueba rápida de VIH”. Esta prueba de anticuerpos anti-VIH-1 ofrece resultados que son 99.6% exactos y los resultados se determinan en 20 a 30 minutos. Debe saber que si el resultado de la prueba es positivo, el resultado será preliminar hasta que se haga una prueba confirmatoria. A pesar de que las probabilidades de que esté infectado con el VIH son altas, será necesario hacer una prueba confirmatoria para asegurarse. Esta prueba confirmatoria tarda varios días para obtener resultados finales.

La prueba rápida se puede hacer con una muestra de la boca o con sangre obtenida de un pinchazo en el dedo, y el mecanismo usado puede variar de sitio a sitio. (no es gratis)

PRUEBA DE ORINA PARA VIH

En 1996 la FDA aprobó una prueba que detecta anticuerpos anti-VIH en la orina. Esta prueba no está disponible para los consumidores. Generalmente se comercializa a compañías de seguro y a otros países. Nota: la orina tiene anticuerpos anti-VIH y no contiene el virus propiamente dicho, por lo que el VIH no puede ser transmitido a través de la orina. Se llama prueba “Sentinel” y es fabricada por Seradyn.

La muestra de orina es analizada en un laboratorio certificado, mediante un procedimiento modificado de ELISA. La prueba debe ser solicitada por un médico; lo que por definición implica que la prueba de orina es confidencial y no anónima.

Debido a que es menos sensible que una prueba de sangre, los resultados positivos deben ser confirmados con análisis tradicionales de sangre (ELISA más WB).

PRECISIÓN DE LA PRUEBA DE ANTICUERPOS

La certeza de los análisis médicos depende de dos factores: la sensibilidad y la especificidad. La prueba ELISA es extremadamente sensible (aprox. 99.5%), lo que significa que puede detectar pequeñas cantidades de anticuerpos anti-VIH. Esta alta sensibilidad disminuye las posibilidades de obtener resultados “negativos falsos” cuando los anticuerpos están presentes. Asumiendo que se haga la prueba después del período ventana de seis meses y que no ha participado en actividades que lo ponen a riesgo de infectarse, si el resultado de la prueba ELISA es “negativo”, prácticamente no hay posibilidades de que usted tenga el VIH.

La alta sensibilidad de la prueba hace que tenga menos especificidad. Esto significa que puede dar “positivos falsos” (con poca frecuencia). Para compensar, se hacen pruebas confirmatorias automáticamente, después de un ELISA positivo. Las pruebas WB e IFA son de alta especificidad para los anticuerpos anti-VIH, por lo que descartan cualquier ELISA positivo falso.

Los CDC establecen que la prueba ELISA más, ya sea la prueba WB o IFA, tienen una certeza combinada mayor al 99%.

RECIÉN NACIDOS Y NIÑOS

Durante el embarazo, los anticuerpos de la madre pasan al bebé. Por lo tanto, un bebé nacido de una mujer VIH positiva obtendrá resultados positivos para la prueba de anticuerpos por los primeros 12 a 18 meses de vida. Esto no significa que el bebé esté infectado. Después de 12 a 18 meses, el bebé elimina los anticuerpos de la madre. Si él/ella está infectado, el bebé continuará obteniendo resultados positivos para la prueba de anticuerpos, después de finalizado ese período. Por esta razón, la prueba de anticuerpos no es un indicador confiable para determinar el estado de VIH de niños menores de 18 meses de edad. En esos casos, la prueba de carga viral puede brindar más información sobre el sistema inmunológico del niño.

La prueba de VIH puede presentar problemas y situaciones especiales para niños y jóvenes.

Niños menores de 12. Es muy factible que los sitios anónimos de prueba no le harán la prueba a un niño menor de 12 años de edad. Los niños menores de 12 deben recibir una prueba a través de su médico o clínica.

Jóvenes de 12 a 25. Pueden hacer citas individuales en los sitios de análisis. Esto significa que pueden recibir consejería personalizada del mismo consejero antes y después de la prueba

LOS SIGUIENTES TÉRMINOS SE USAN PARA DESCRIBIR EL RESULTADO DE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO

- Reactivo / no reactivo.
- Indeterminado. (7)

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA

Un resultado positivo (reactivo) significa:

- ✓ Usted es VIH positivo (es portador del virus que causa el SIDA)
- ✓ Puede infectar a otros que entren en contacto con su sangre, semen o fluidos vaginales. Debe tomar las precauciones necesarias para evitar transmitir el VIH a otros.

Un resultado positivo NO significa:

- ✓ Que usted tiene SIDA.
- ✓ Que desarrollará SIDA
- ✓ Que es inmune al SIDA, a pesar de que tiene anticuerpos.

Un resultado negativo (no reactivo) significa:

- ✓ No se encontraron anticuerpos en la sangre.

Un resultado negativo NO significa:

- ✓ Que no esté infectado con el VIH (podría estar en el “período ventana”).
- ✓ Que es inmune al SIDA.
- ✓ Que es “resistente” a la infección.
- ✓ Que nunca tendrá SIDA.

Un resultado indeterminado (muy raro) significa:

- ✓ El resultado de la prueba Western Blot no es claro. Se debe repetir la prueba de VIH usando una nueva muestra de sangre, obtenida semanas después de la primera muestra.
- ✓ Los resultados indeterminados también pueden obtenerse si la persona acaba de tener la conversión serológica. (22)

PROTOCOLO E INTERPRETACION DE PRUEBAS DE LABORATORIO DE VIH SEGÚN NORMATIVA DEL MINISTERIO DE SALUD

- Cuando el resultado inicial con prueba rápida VIH es no reactivo, se libera y se elabora el informe: no reactivo a la fecha.
- Cuando el resultado inicial con prueba rápida VIH es reactivo o indeterminado y existe sospecha de infección por VIH, se envía la muestra al Laboratorio de Confirmación de la Infección por VIH, acompañada de la solicitud con los datos, el laboratorio debe realizar ELISA de tercera generación; si el resultado de esta prueba es reactivo, se libera y se elabora el informe: ELISA para VIH Positivo.
- Si la prueba resulta no reactiva o indeterminada, el laboratorio debe realizar ELISA de cuarta generación, si resulta No reactivo, se libera y se elabora el informe: ELISA para VIH Negativo. (5)
- Si el resultado es reactivo o indeterminado, el laboratorio debe enviar al Laboratorio Nacional de Referencia VIH, ubicado en la Unidad de Vigilancia Laboratorial del Ministerio de Salud, la muestra con el formulario respectivo.
- El resultado positivo obtenido con Western Blot debe ser liberado y reportado de la siguiente manera: Cumple con el criterio de positivo.

- El resultado indeterminado o negativo por la prueba confirmatoria de Western Blot se reporta y el médico debe indicar la prueba de carga viral (Anexo No. 4).
- Cuando el resultado de la carga viral es detectable, se libera y se elabora informe.
- Si la carga viral es indetectable, se elabora informe y el médico debe investigar otras patologías no relacionadas con VIH.

Las técnicas relacionadas en los exámenes de detección del VIH actualmente pueden identificar:

- Anticuerpos VIH (ELISA, Pruebas rápidas, Western Blot, Pruebas de Inmunofluorescencia, aglutinación de partículas).
- Antígenos específicos del VIH (ELISA y Prueba de antígeno).
- Ácido nucleico viral del VIH (PCR u otra técnica).
- VIH por cultivo viral.

En nuestro país se realizan técnicas de ELISA, Pruebas rápidas sencillas, Western Blot, Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR) para determinación de carga viral, Citometría de flujo para el conteo de linfocitos CD4- CD8.

NIVELES DE OPERABILIZACION DE PRUEBAS DE VIH

- a. Pruebas rápidas en hospitales y unidades de salud.
- b. Pruebas ELISA 3^a y 4^a generación en hospitales. (5)

PRUEBAS RÁPIDAS

Estas pruebas suelen ser de fácil y rápida realización, por lo que el LNR de la Unidad de Vigilancia Laboratorial ha establecido que sea la prueba inicial para el diagnóstico de VIH/sida en todos los laboratorios de la red nacional de VIH, a excepción de los bancos de sangre que inician con ELISA de cuarta generación.

PRUEBAS ELISA 3ª y 4ª GENERACION

Las pruebas ELISA de tercera y cuarta generación han mejorado en su preparación antigénica en cuanto a especificidad y sensibilidad, por lo cual son opciones como pruebas de confirmación, estas son utilizadas en los laboratorios de hospitales nacionales de segundo y tercer nivel de complejidad, bancos de sangre y LNR.

A pesar de que las pruebas de tamizaje son sensibles, la ausencia de anticuerpos contra el virus no descarta totalmente la infección viral, ya que durante la etapa temprana de la infección existe replicación viral, sin que haya una expresión serológica de los anticuerpos contra el VIH. Esta etapa denominada “período de ventana” puede prolongarse por varias semanas y hasta meses. (5)

PREVENCION

Uno de los retos principales en el abordaje y transmisión de mensajes de prevención del VIH y otros temas en la población LGBTI es utilizar diferentes metodologías de abordaje específicas para cada uno de los grupos en particular.

Identificar los espacios de socialización que frecuentan para realizar abordajes.

Abordar de forma discreta a las personas en lugares públicos. Realizar invitaciones a grupos y programas orientados para su población. Adecuación de materiales educativos sobre orientación sexual, prácticas sexuales seguras y VIH.

Aspectos a tomar en cuenta para orientar la reducción del riesgo de VIH/ ITS con población LGBTI.

PARA LA REDUCCIÓN DE PRÁCTICAS SEXUALES DESPROTEGIDAS DEBE TOMARSE EN CUENTA LO SIGUIENTE

- ✓ En cuanto a la prácticas sexuales.
 - a) Uso correcto del condón en cualquier circunstancia, tanto para el pene como para vulva y vagina.
 - b) Examinar el aspecto del pene y vulva en cuanto a mal olor, presencia de secreciones o lesiones tales como ronchas y llagas.
 - c) Utilizar una barrera de protección siempre, ya sea manta de látex para la zona genital femenina, ano o condón masculino para el pene.

- ✓ También se debe generar conciencia en estos grupos poblacionales acerca de salud sexual
 - d) Fomentar estilos de vida sexual saludable, y fidelidad a una pareja sexual.
 - e) Dar a conocer los beneficios de prolongar el inicio de relaciones sexuales hasta un periodo de mayor madurez y conciencia emocional.
 - f) Dar a conocer los riesgos de tener múltiples parejas sexuales.

- ✓ En cuanto al consumo de alcohol, drogas y otras sustancias.

Las consecuencias de las relaciones sexo-coitales bajo la influencia de las drogas y/o alcohol, aumentan el riesgo de contraer una ITS, propician perder el control de la situación y que la persona no utilice condón ni normas de protección. (1)

✓ USO DE PRESERVATIVOS

El uso correcto y sistemático de preservativos masculinos y femeninos durante la penetración vaginal o anal puede proteger contra la propagación de enfermedades de transmisión sexual, entre ellas la infección por el VIH. Los datos demuestran que los preservativos masculinos de látex tienen un efecto protector del 85% o más contra la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

- ✓ Circuncisión masculina voluntaria practicada por personal médico.

La circuncisión masculina, cuando corre a cargo de personal sanitario cualificado, reduce en aproximadamente un 60% el riesgo de que un hombre resulte infectado por el VIH al mantener relaciones sexuales heterosexuales. Se trata de una intervención fundamental en contextos de epidemia generalizada con alta prevalencia del VIH e índices bajos de circuncisión masculina.

- ✓ Prevención basada en el uso de antirretrovírico.

Según ha confirmado un ensayo realizado en fecha reciente, cuando una persona VIH-positiva sigue un régimen terapéutico eficaz con antirretrovíricos, el riesgo de que transmita el virus a una pareja sexual no infectada se puede reducir en un 96%. En el caso de las parejas en que una de las

personas es VIH-positiva y otra VIH-negativa, la OMS recomienda administrar tratamiento antirretrovírico a la persona infectada, con independencia de su recuento de células CD4.

✓ Profilaxis pre exposición para la pareja VIH-negativa.

Los ensayos realizados entre parejas serodiscordantes han demostrado que el consumo de antirretrovíricos por el sujeto VIH-negativo puede ser una medida eficaz para prevenir el contagio por el sujeto seropositivo. Es lo que se conoce como profilaxis pre exposición. (8).

La OMS recomienda que los países apliquen proyectos piloto sobre la profilaxis pre exposición para las parejas serodiscordantes y los hombres y mujeres transexuales que tengan relaciones sexuales con hombres antes de adoptar una decisión sobre la ampliación de esta intervención.

✓ Profilaxis pos exposición al VIH.

La profilaxis pos exposición consiste en tomar antirretrovíricos, dentro de las 72 horas siguientes a la exposición al VIH para prevenir la infección. Este método suele recomendarse cuando un profesional sanitario se pincha con una aguja en el lugar de trabajo. La profilaxis pos exposición incluye servicios de asesoramiento, primeros auxilios, pruebas de detección del VIH y, dependiendo del nivel de riesgo, la administración de terapia antirretrovírica durante 28 días junto con atención complementaria.

✓ Eliminación de la transmisión del VIH de la madre al niño.

La transmisión del VIH de una madre seropositiva a su hijo(a) durante el embarazo, el trabajo de parto, el alumbramiento o el amamantamiento se denomina transmisión vertical o materno infantil.

En ausencia de cualquier tipo de intervención, las tasas de transmisión oscilan entre un 15% y un 45%. Es posible prevenir casi totalmente esta clase de transmisión administrando antirretrovíricos tanto a la madre como al niño, y ello en todas las etapas en que pudiera producirse la infección.

La OMS recomienda una serie de medidas de prevención de la transmisión vertical, que incluyen la administración, tanto a la madre como a su hijo, de antirretrovíricos durante el embarazo, el parto y el puerperio o, en la mujer embarazada seropositiva, incluso de por vida, con independencia de su recuento de células CD4. (8)

5. HIPÓTESIS DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

- ❖ HI: Las personas de 18 a 45 años que tienen factores de riesgo y/o pertenecen a grupos de riesgo para VIH, tienen mayor incidencia de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana que las personas que no tienen factores de riesgo y /o pertenecen a grupos de riesgo.

- ❖ Hipótesis nula: las personas de 18 a 45 años que tienen factores de riesgo para y / o pertenecientes a grupos de riesgo para VIH; no tienen mayor incidencia de infección por Virus de Inmuno Deficiencia Humana que las personas que no tienen factores de riesgo y / o pertenecen a grupos de riesgo.

- ❖ Hipótesis alterna: Los grupos no tienen ninguna influencia en la incidencia de VIH en los pacientes de 18 a 45 años

5.1 Operacionalizacion de Variables:

1- Factores de riesgo; Grupos de riesgo.

2- Virus de Inmuno Deficiencia Humana.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES				
Hipótesis	Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores
<p>Hi: Las personas de 18 a 45 años que pertenecen a grupos de riesgo y/o tienen factores de riesgo, tienen influencia incidencia de infección por virus de inmunodeficiencia humana.</p> <p>Ho las personas de 18 a 45 años que pertenecientes a grupo de riesgo y / o tienen factores de riesgo, no tienen influencia incidencia de infección por virus de inmunodeficiencia humana.</p>	<p>Dependiente: Infección por virus de inmunodeficiencia humana</p> <p>Independiente: Grupos de riesgo Factores de riesgo</p>	<p>Infección Virus de inmunodeficiencia humana: Es una enfermedad causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La afección destruye el sistema inmunitario en forma gradual, lo cual hace que para el cuerpo sea más difícil combatir infecciones.</p> <p>Grupos de Riesgo: Un grupo o población de riesgo son aquellas personas que debido a ciertas características ya sea biológicas, física o sociales tienen mayor probabilidad de contraerla enfermedad.</p> <p>Factor de riesgo: es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer la enfermedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de registro de datos. • Encuesta 	<ul style="list-style-type: none"> • Heterosexual • Transgénero • Bisexual • Lesbianismo • Trabajadoras del sexo • Gay • Hombre que tiene sexo con hombre • Usuarios de drogas intravenosas

6. DISEÑO METODOLOGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO: CUANTITATIVO

Diseño de estudio: **DESCRIPTIVO EXPLICATIVO** ya que trata de establecer la relación entre la enfermedad (VIH) y los factores relacionados con ella; tomando como eje principal el estudio de la relación de dos variables: una independiente (pertenecer a grupos de riesgo y /o tener factores de riesgo agregados para la enfermedad) y una variable dependiente (la adquisición del VIH)

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información el estudio se caracteriza por ser: **RETROSPECTIVO** Ya que aunque la exposición a la enfermedad ya había ocurrido cuando se inicio el estudio, no así la presencia de enfermedad por que se registrara información sobre los casos nuevos de VIH surgidos en personas de 18 a 45 años que se les realizo determine para VIH en la UCSF ANEXA, San Miguel.

Según el período y secuencia de la investigación es:

TRANSVERSAL: Ya que estudia simultáneamente la exposición y la enfermedad de una población bien definida en un momento determinado (es decir los casos positivos a VIH encontrados desde enero a agosto de 2014)

6.2 POBLACION DE LA INVESTIGACION:

La población de estudio está constituida por el total de pacientes con edad entre 18 a 45 años tamizados con determine para VIH en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguel en el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de agosto del año 2014.

<i>UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR A INVESTIGAR</i>	<i>TOTAL DE POBLACION A ESTUDIO</i>
SAN MIGUEL	1448 (total de personas tamizadas con determine para VIH en el periodo de enero – agosto 2014)

Fuente de información: programa VICIT, libros de registro diario de pruebas de VIH de UCSF San Miguel,

Instrumento de recolección de datos.

6.3 MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.

La muestra está constituida por el total de casos VIH positivos diagnosticados a partir de la población total, este número lo constituyen un total de 21 pacientes. De los cuales 2 no aceptaron participar en el estudio por lo que **la muestra es 19 pacientes.**

POBLACION	MUESTRA
#Total de Personas tamizadas (1448 pacientes)	19 pacientes

6.4 CRITERIOS PARA DETERMINAR LA MUESTRA

CRITERIOS DE INCLUCION:

- 1) Pacientes que consultaron la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Anexa San Miguel.
- 2) Pacientes tamizados con determine para VIH en el periodo del 1 de enero al 31 de Agosto de 2014.

- 3) Pacientes diagnosticados como Reactivos según prueba de Determine para VIH.
- 4) Pacientes con edad comprendidas entre 18 a 45 años sin distinción de sexo u orientación sexual.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- 1) Pacientes menores de 18 años y mayores de 45 años.
- 2) Pacientes VIH positivos diagnosticados en otras UCSF.
- 3) Pacientes diagnosticados como VIH positivos en fechas no comprendidas en el estudio.
- 4) Pacientes reportados como no reactivos en las pruebas de tamizaje realizadas en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguel.
- 5) Pacientes embarazadas.

6.5 TIPO DE MUESTREO: NO PROBABILISTICO; POR CONVENIENCIA

Ya que no todos los individuos formaron parte de la muestra de estudio, solamente los que cumplieron con los criterios de inclusión (pacientes que resultaron VIH positivos).

6.6 MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

- ✓ A través de libros de registro de datos (libros de censos de pruebas de VIH realizadas y casos VIH positivos en la UCSF San Miguel).
- ✓ Instrumento de recolección de datos: A través de una encuesta orientada para indagar sobre los siguientes aspectos: datos generales, factores de riesgo/ grupos de riesgo, vía de

transmisión, prevención secundaria; será una encuesta de preguntas cerradas como instrumento que permitirá tener mayor contacto con los pacientes diagnosticados.

- ✓ Documental Bibliográfico: Permitirá obtener información de libros, guías y diccionarios especializados de medicina.

6.7 DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:

Se identificarán pacientes diagnosticados como VIH positivos a través de los libros de censo de pruebas de VIH realizadas en UCSF San Miguel que cumplan con los criterios de inclusión (1 Pacientes que consultaron la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Anexa San Miguel, 2 Pacientes tamizados con determine para VIH en el periodo del 1 de enero al 31 de Agosto de 2014. 3 Pacientes diagnosticados como Reactivos según prueba de Determine para VIH. 4 Pacientes con edad comprendidas entre 18 a 45 años sin distinción de sexo u orientación sexual.) , y se descartarán aquellos que tengan criterios de exclusión (1 Pacientes menores de 18 años y mayores de 45 años. 2 Pacientes VIH positivos diagnosticados en otras UCSF. 3 Pacientes diagnosticados como VIH positivos en otras fechas no comprendidas en el estudio. 4 Pacientes reportados como no reactivos en las pruebas de tamizaje realizadas en la Unidad de Salud Anexa San Miguel. 5 Embarazadas)

De igual forma a través de la información tabulada en los mismos censos se identificarán aquellos pacientes que pertenecen a grupos de riesgo y los que no pertenecen a ellos, lo cual servirá para posterior análisis y tabulación de resultados respecto a la comprobación de la hipótesis, en fechas oficiales programadas se contactará con los pacientes VIH positivos que cumplan con los criterios mencionados, se explicará en qué consiste el estudio, los objetivos y alcances de este, previa aceptación y consentimiento voluntario informado del paciente de participar en el estudio se procederá a pasar un instrumento de recolección de información que consta de una encuesta de 22 preguntas cerradas con el fin de abordar los factores de riesgo mayormente implicados en la adquisición de su enfermedad (VIH), y de este modo poder aceptar o rechazar la hipótesis en estudio, la cual plantea que las personas de 18 a 45 años que tienen factores de riesgo para y / o pertenecientes a grupos de riesgo para VIH; no tienen mayor incidencia de infección por Virus

de Inmuno Deficiencia Humana que las personas que no tienen factores de riesgo y / o pertenecen a grupos de riesgo.

6.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS:

Para poder determinar o darle respuesta a los resultados de la investigación; con respecto a los factores y grupos de riesgo, y su influencia en la infección por VIH, tomando en cuenta los criterios establecidos en el estudio, se realizará la tabulación utilizando el programa SSPS V15.0 (Software Procesador de Datos Estadísticos, Versión 15). De ésta manera se elaborarán, 13 tablas y 13 gráficos que permitan el análisis e interpretación de los resultados, a través de los métodos de frecuencia y porcentaje simple, lo cual permitirá la presentación de los datos de forma sistemática.

RESULTADOS ESPERADOS

Confirmar que las personas que tienen factores de riesgo para VIH; y que además pertenecen a los grupos descritos como de riesgo para contraer la enfermedad tienen mayor incidencia de infección por VIH en la UCSF San Miguel que aquellos que no cumplen con la mayoría de los factores de riesgo explorados y que no pertenecen a grupos de riesgo.

7. SUPUESTOS Y RIESGOS:

SUPUESTO:

Entre los factores importantes para desarrollar esta investigación son: Poder acceder al contacto con los pacientes, que los pacientes accedan a participar en el estudio, que los pacientes se

sientan en confianza de proporcionar la información, que los pacientes proporcionen una información verdadera y no matizada o falsa por el miedo del estigma.

RIESGOS.

Entre los riesgos para impedir la realización de esta investigación es el posible difícil acceso a los pacientes para entrevistarlos, que los pacientes estén reacios a participar en el estudio por encontrarse aun en un estado de conmoción por su reciente diagnóstico, podrían estar en una etapa de negación o de no querer hablar de ello, la falta de recursos económicos, que los pacientes brinden información falsa como mecanismo de defensa para no quedar expuestos por temor a ser avergonzados o estigmatizados.

Uno de los métodos para superar estos riesgos es explicarles bien en qué consiste el estudio, en que los resultados se expondrán de una forma anónima, en que no está obligado a responder ninguna pregunta que no desee, en hacer énfasis en que la información que brinde será manejada con suma discreción y todo bajo su autorización, brindarle un ambiente de rapport que le permita sentir confianza.

8. CONSIDERACIONES ETICAS

Se explicara previamente a las personas responsables de la población en estudio, que esta investigación es de carácter voluntaria y que tiene como único fin indagar sobre la incidencia de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana y los factores que lo determinan, resguardando los derechos y el bienestar de los involucrados. A cada paciente, posterior a la explicación sobre el estudio a realizar se le brindará un formulario de consentimiento informado.

9. RESULTADOS

➤ ANALISIS DESCRIPTIVO:

A- CARACTERIZACION DE LA MUESTRA DE ESTUDIO:

- ✓ TABLAS DE LA 1 A LA TABLA 4

B- DESCRIPCION DE FACTORES DE RIESGO Y PERTENENCIA A GRUPOS DE RIESGO:

- ✓ DE LA TABLA 5 A LA TABLA 7

C- ANALISIS DE VIAS DE TRANSMISION:

- ✓ DE LA TABLA 8 A LA TABLA 11

D- MECANISMOS DE PREVENCION:

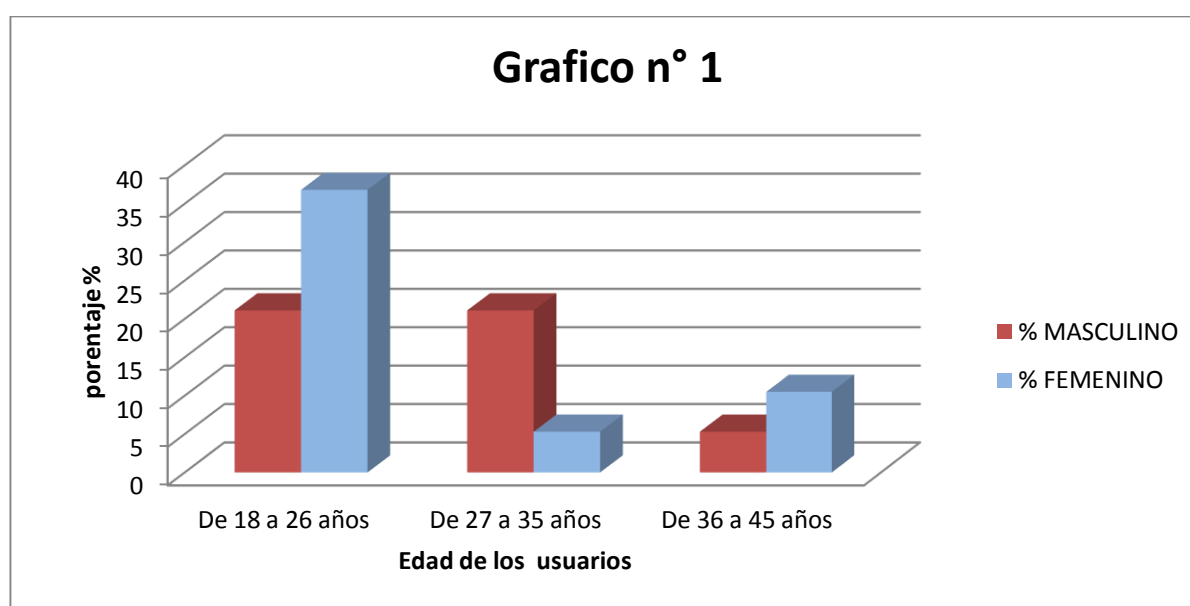
- ✓ DE LA TABLA 12 A LA TABLA 13

A) CARACTERIZACION DE LA MUESTRA DE ESTUDIO:

TABLA 5: VARIABLES EDAD - SEXO

EDAD	SEXO				TOTAL	TOTAL %
	MASCULINO	%	FEMENINO	%		
De 18 a 26 años	4	21.1	7	36.8	11	57.9
De 27 a 35 años	4	21.1	1	5.3	5	26.3
De 36 a 45 años	1	5.3	2	10.5	3	15.8
TOTAL	9	47.4	10	52.6	19	100

TOMADO DE: PREGUNTAS 2 Y 3 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS (VER ANEXO 16)



ANALISIS:

De los 19 pacientes sometidos a estudio 11 (57,9%) cumplen edad entre 18 a 26 años, 5 que corresponden al 26.3% tienen edad entre 27 a 35 años y 3 que representan el 15.8% tienen edad entre 36 y 45 años.

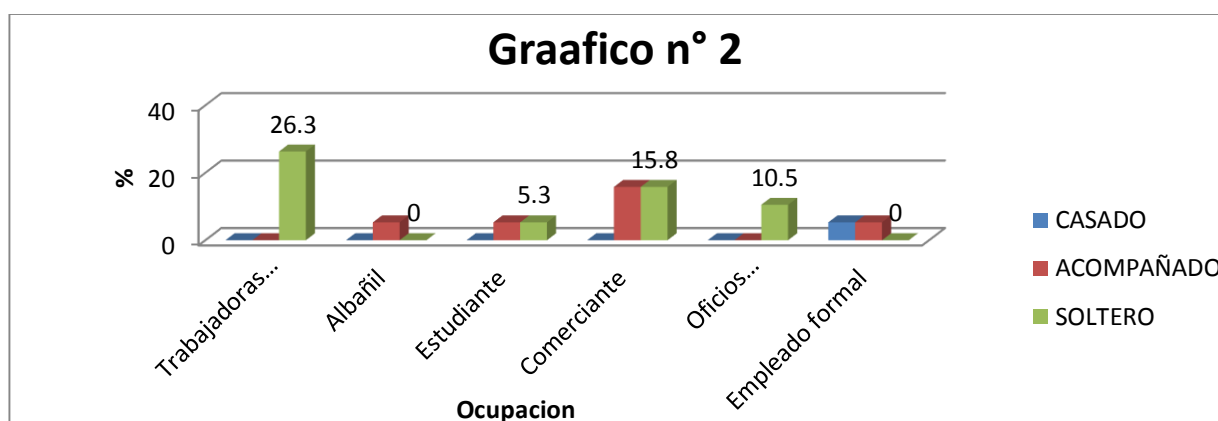
INTERPRETACION:

En la muestra poblacional en estudio se ve reflejado que la incidencia por VIH es mayor en pacientes jóvenes, en el primer grupo de edad se concentran más de la mitad de los casos, lo que podría señalar también la presencia de otros factores de riesgo agregados como son el inicio temprano de relaciones sexuales, o la posible mayor propensión de los pacientes jóvenes a tener relaciones sexuales desprotegidas.

TABLA 6: VARIABLES ESTADO CIVIL- OCUPACION

OCUPACION	ESTADO CIVIL						TOTAL	TOTAL %
	CASADO	%	ACOMPAÑADO	%	SOLTERO	%		
Trabajadoras del sexo	0	0	0	0	5	26.3	5	26.3
Albañil	0	0	1	5.3	1	0	2	10.5
Estudiante	0	0	1	5.3	1	5.3	2	10.5
Comerciante	0	0	3	15.8	3	15.8	6	31.6
Oficios domésticos	0	0	0	0	2	10.5	2	10.5
Empleado formal	1	5.3	1	5.3	0	0	2	10.5
TOTAL	1	5.3	6	31.6	12	63.2	19	100

TOMADO DE: PREGUNTAS 4 Y 5 DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS (VER ANEXO 16)



ANALISIS:

De los 19 casos sometidos a estudio 1 (5.3%) es casado, 6 (31.6%) están acompañados y 12 (63.2%) están solteros. De estos mismos 19 5 (26.3%) son trabajadoras del sexo, 6 (31.6%) son comerciantes, 2 son estudiantes, 2 albañiles, 2 comerciantes, 2 trabajan en oficios domésticos, y 2 son empleados formales.

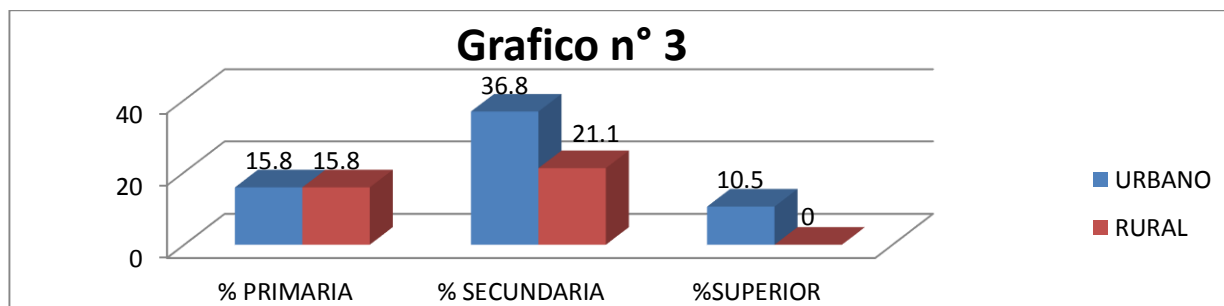
INTERPRETACION:

La mayoría de pacientes VIH positivos del estudio están solteros, lo que refleja una mayor incidencia en esta población, seguido de los que están acompañados, siendo del grupo de casados solo 1 de los 19 pacientes; . En el caso de la ocupación fue comerciantes la que obtuvo mayor frecuencia, seguido de trabajadoras del sexo, lo que indica una tendencia relativa en cuanto a la incidencia de infección por VIH, ya que como era de esperarse esta elevado en la población de trabajadoras del sexo, pero esta inesperadamente elevado para el grupo de comerciantes.

TABLA 7: VARIABLES AREA – NIVEL DE ESTUDIO

AREA	NIVEL DE ESTUDIO						TOTAL	TOTAL %
	PRIMARIA	%	SECUNDARIA	%	SUPERIOR	%		
URBANO	3	15.8	7	36.8	2	10.5	12	63.2
RURAL	3	15.8	4	21.1	0	0	7	36.8
TOTAL	6	31.6	11	57.9	2	10.5	19	100

TOMADO DE: PREGUNTAS 6 Y 7 DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS (VER ANEXO 16)



ANALISIS:

De los 19 pacientes participantes en el estudio 12 (63.2%) pertenecen al área urbana, de esos 12 pacientes que pertenecen al área urbana, 9 tienen grado de estudio al menos en educación secundaria, los 7 pacientes restantes pertenecen al área rural, de estos pacientes 4 tuvieron acceso a educación secundaria

De los 19 pacientes con VIH 13 si tuvieron acceso a educación secundaria, y 6 solo tuvieron acceso a educación básica.

INTERPRETACION:

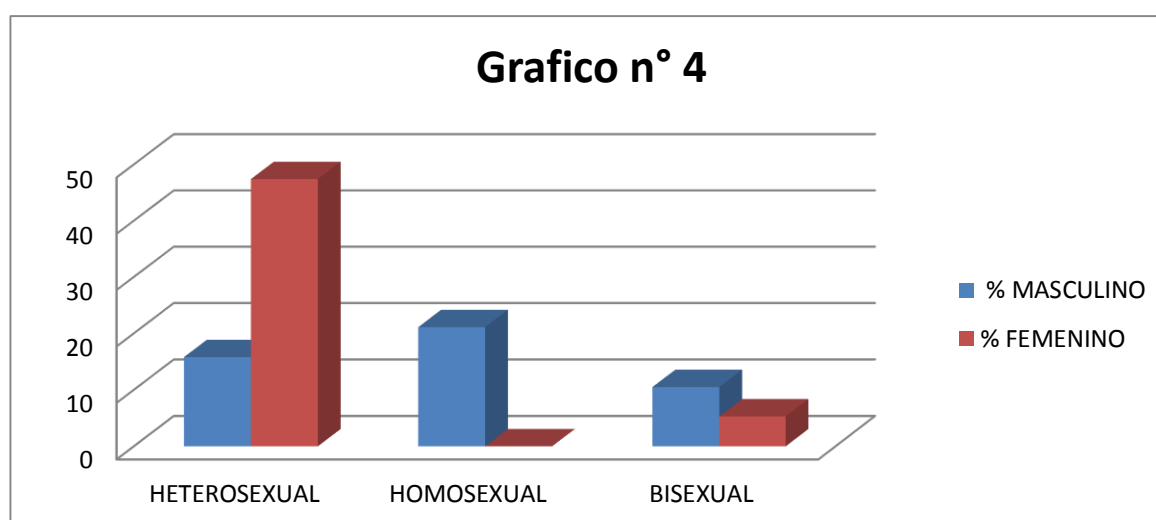
Del gráfico número 3; se puede concluir que más que con el nivel de estudio parece estar más relacionado con la procedencia geográfica (urbana o rural) la incidencia de infección por VIH, ya que la mayoría de casos (63.2%) se concentra en pacientes procedentes del casco urbano, mientras que solo el 36.8% lo representan pacientes procedentes del área rural, evento que no es diferente a la realidad nacional en general y otras ciudades del mundo donde la mayor incidencia de infección por VIH se concentra en las grandes ciudades; lo que puede estar relacionado con estilos de vida sexual más liberales o mayor concentración poblacional en la ciudad que en el campo.

El nivel educativo de las personas en estudio en este caso queda en un plano secundario, ya que parece inversamente proporcional a la incidencia de infección, en nuestra muestra poblacional “a mayor nivel educativo, mayor incidencia de la enfermedad” porque la mayoría de los casos se concentran en la población con mayor grado de estudio.

TABLA 8: VARIABLES PREFERENCIA SEXUAL - SEXO

PREFERENCIA SEXUAL	SEXO				TOTAL	TOTAL %
	MASCULINO	%	FEMENINO	%		
HETEROSEXUAL	3	15.8	9	47.4	12	63.2
HOMOSEXUAL	4	21.1	0	0	4	21.1
BISEXUAL	2	10.5	1	5.3	3	15.8
TOTAL	9	47.4	10	52.6	19	100

TOMADO DE: PREGUNTAS 3 Y 8 DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS (VER ANEXO 16)

**ANALISIS:**

De los 19 pacientes sometidos a estudio 9 (47.4 %/) son masculinos y 10 (52.6%) son femeninos.

Delos 19 pacientes sometidos a estudio 12 (63.2%) son heterosexuales, 4 (21.1%) son homosexuales y 3 (15.8%) son bisexuales.

INTERPRETACION:

En esta grafica de variables se evidencia que la incidencia no esta relacionada con un género sexual específico por lo que ser hombre o mujer no representa un factor de riesgo para adquirir la enfermedad.

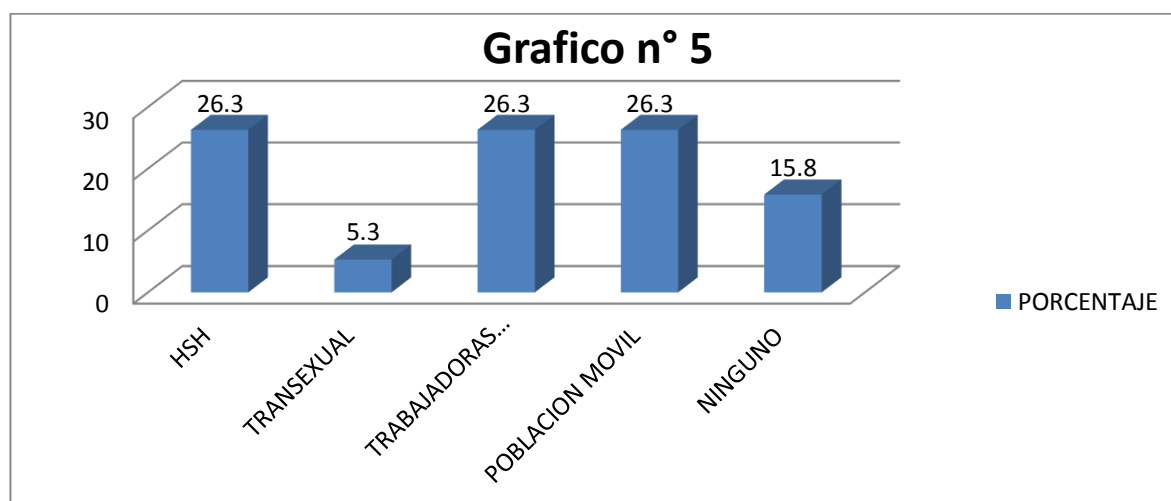
También se puede observar que ser homosexual o bisexual no representa un factor de riesgo significativo para adquirir la infección, mas por el contrario parece ser la población heterosexual la mas expuesta a VIH, ya que la mayoría de pacientes positivos de la muestra poblacional son heterosexuales, contra una minoría de homosexuales y bisexuales.

B) FACTORES DE RIESGO Y PERTENENCIA A GRUPOS DE RIESGO:

TABLA 9: VARIABLES PERTENENCIA A GRUPO DE RIESGO - SEXO

PERTENENCIA A GRUPO DE RIESGO	SEXO				TOTAL	TOTAL %
	MASCULINO	%	FEMENINO	%		
HSH	5	26.3	0	0	5	26.3
TRANSEXUAL	1	5.3	0	0	1	5.3
TRABAJADORAS DEL SEXO	0	0	5	26.3	5	26.3
POBLACION MOVIL	2	10.5	3	15.8	5	26.3
NINGUNO	1	5.3	2	10.5	3	15.8
TOTAL	9	47.4	10	52.6	19	100

TOMADO DE: PREGUNTAS 3 Y 9 DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS (VER ANEXO 16)



ANALISIS:

De los 19 casos sometidos a estudio 5 (26.3%) pertenecen al grupo de riesgo HSH; 5 (26.3%) pertenecen al grupo de riesgo trabajadoras del sexo, 5 (26.3%) pertenecen al grupo de riesgo población móvil; 1 (5.3%) pertenece al grupo de riesgo transexuales; y 3 (15.8%) no pertenecen a ningún grupo de riesgo.

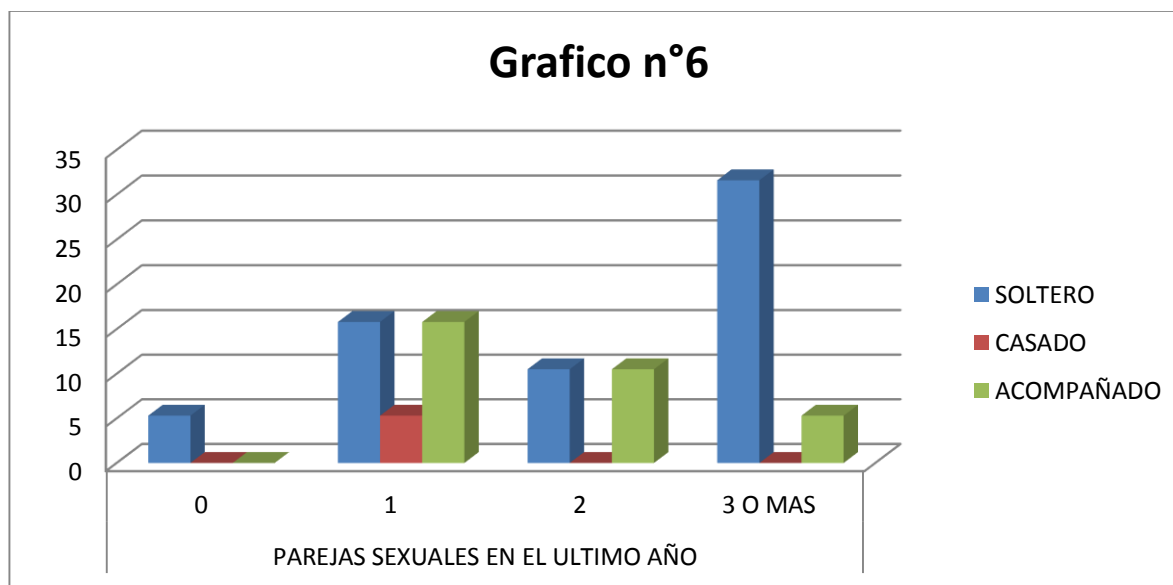
INTERPRETACION:

Sumados todos los pacientes que si pertenecen a grupos de riesgo hacen un total 16 que corresponden a 84.2 %, y solo 3 que corresponden a 15.8 %; no pertenecen a ningún grupo, lo que evidencia la mayor vulnerabilidad de ciertos grupos de personas con tendencias de conducta sexual específica.

TABLA 10: VARIABLES ESTADO CIVIL – PAREJAS SEXUALES EN EL ÚLTIMO AÑO

ESTADO CIVIL	PAREJAS SEXUALES EN EL ULTIMO AÑO								TOTAL	%
	0	%	1	%	2	%	3 o mas	%		
SOLTERO	1	5.3	3	15.8	2	10.5	6	31.6	12	63.2
CASADO	0	0	1	5.3	0	0	0	0	1	5.3
ACOMPANADO	0	0	3	15.8	2	10.5	1	5.3	6	31.6
TOTAL	1	5.3	7	36.8	4	21.1	7	36.8	19	100

TOMADO DE: PREGUNTAS 4 Y 14 DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS (VER ANEXO 16)



ANALISIS:

De los 19 pacientes participantes en el estudio 12 (63.2%) son solteros, 3 (31.6%) son acompañados, y 1 (5.3%) es casado. De los 12 solteros, 6 afirman haber tenido 3 o más parejas sexuales en el último año, 2 afirman haber tenido dos parejas sexuales, 3 solteros afirman haber tenido 1 pareja sexual, solo uno afirma no haber tenido ninguna. De los 6 pacientes acompañados 1 afirma haber tenido 3 o más compañeros sexuales, 2 que han tenido 2, y 3 que han tenido un solo compañero sexual, y el paciente que esta casado solo ha tenido un compañero sexual en el último año.

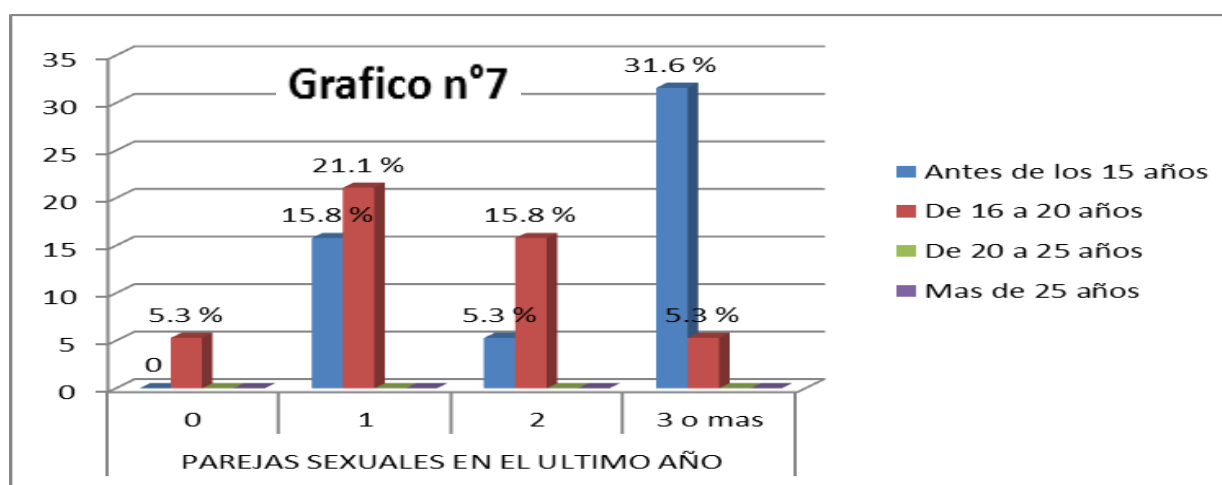
INTERPRETACION:

Del grafico anterior podemos observar una tendencia a la alza respecto al numero de parejas sexuales de los pacientes solteros, ya que de los 12 solteros solo uno no esta sexualmente activo y 8 de ellos tienen múltiples parejas sexuales; lo que aumenta el riesgo en este grupo de estar expuesto al virus y contagiarse, lo que ha la vez puede explicar porque son el estado civil que mayor incidencia representa de pacientes infectados (63.2%) versus 31.6% de acompañados y 5.3% de casados.

TABLA 11: VARIABLES EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES – PAREJAS SEXUALES EN EL ÚLTIMO AÑO

EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES	PAREJAS SEXUALES EN EL ULTIMO AÑO								TOTAL	TOTAL %
	0	%	1	%	2	%	3 o mas	%		
Antes de los 15 años	0	0	3	15.8	1	5.3	6	31.6	10	52.6
De 16 a 20 años	1	5.3	4	21.1	3	15.8	1	5.3	9	47.4
De 20 a 25 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mas de 25 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	1	5.3	7	36.8	4	21.1	7	36.8	19	100

TOMADO DE: PREGUNTAS 4 Y 14 DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS (VER ANEXO 16)



ANALISIS:

De los 19 pacientes en estudio, 10 pacientes (52.6%) inicio relaciones sexuales antes de los 15 años de edad. De estos 10 que iniciaron actividad sexual temprana 6 (31.6%) afirma haber tenido contacto sexual con 3 o mas personas en el ultimo año.

9 pacientes (47.4%) inicio actividad sexual entre el rango de 16 a 20 años; Entre estos 4 afirman haber mantenido una sola pareja sexual en el ultimo año y 3 dicen haber tenido 2 parejas sexuales en un año.

INTERPRETACION:

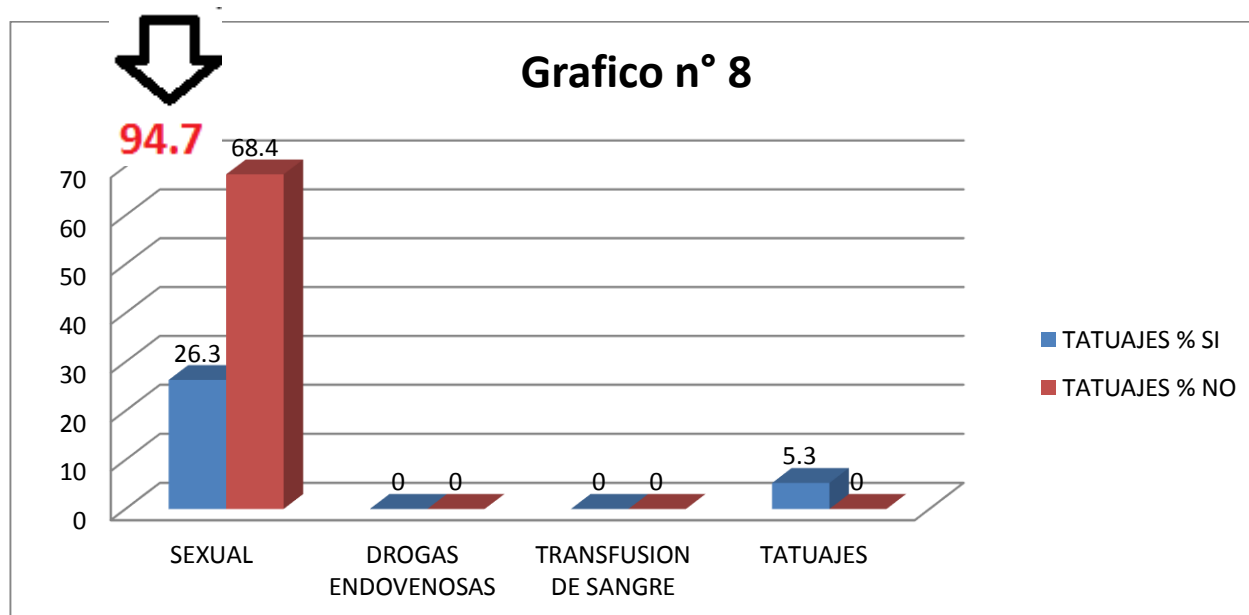
Lo que podemos observar en el grafico anterior es que a menor edad de inicio de relaciones sexuales, mayor es la incidencia de infección por VIH ya que es el grupo de edad que mas casos reporta, así como mayor es la conducta sexual promiscua de múltiples parejas sexuales ya que son el grupo con mayor numero de parejas sexuales en ultimo año. También se puede observar que todos los pacientes iniciaron actividad sexual durante o antes de los 20 años de edad.

C) VIA DE TRANSMISION

TABLA 12: VARIABLES; VIA DE TRANSMISION DE ENFERMEDAD ACTUAL – HA REALIZADO TATUAJES – USUARIO DE DROGAS E.V Y TRANSFUSIONES SANGUINEAS

VIA DE TRANSMISION DE LA ENFERMEDAD SEGÚN CONOCIMIENTO DEL PACIENTE	TATUAJES				TOTAL	% TOTAL	ES USUARIO DE DROGAS EV	TOTAL	% TOTAL	HA RECIBIDO TRANS. SANGUINEAS		TOTAL	TOTAL %	
	SI	%	NO	%						SI	NO			
SEXUAL	5	26.3	13	68.4	18	94.7	0	19	19	100	2	17	19	100
DROGAS ENDOVENOSAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TRANSFUSION DE SANGRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TATUAJES	1	5.3	0	0	1	5.3	0	0	0	0	0	0	0	5.3%
TOTAL	6	31.6	13	68.4	19	100	0	19	19	100	0	0	19	100

TOMADO DE: PREGUNTAS 17 , 18, 19 Y 22 DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS (VER ANEXO 16)



ANALISIS:

De los 19 pacientes sometidos a estudios 18 indicaron que según su conocimiento se infectaron de VIH vía sexual, ningún paciente era usuario de drogas endovenosas por tanto ninguno señaló esta como vía de transmisión de su enfermedad, los 2 pacientes que indicaron haber recibido transfusiones sanguíneas ninguno las señaló en su conocimiento como vía de transmisión de su

enfermedad y de los 6 pacientes que tienen tatuajes en su cuerpo, solo uno lo señalo como la probable vía de transmisión de su padecimiento.

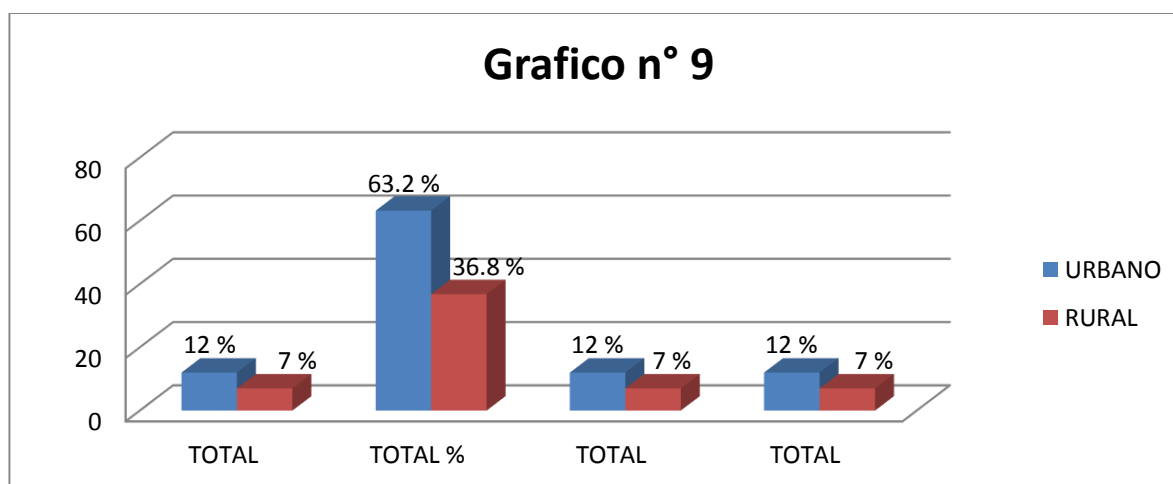
INTERPRETACION:

Dado que casi todos los pacientes (17) son sexualmente activos y todos lo (19) pacientes ya iniciaron actividad sexual; y según el conocimiento de la que tienen los pacientes; la transmisión de VIH vía sexual es la que predomina, resultado que no es contrario a la realidad mundial donde la mayoría de los casos de infección por VIH es via sexual, habría que investigar de manera individual cada caso para saber si de los otros 5 pacientes que tienen tatuajes o de los 2 que recibieron transfusiones sanguíneas pudieron ser esas las causas de infección, aun y comprobándose en los 7 pacientes esa posibilidad, la incidencia seguiría siendo mayor para la vía de transmisión sexual.

TABLA 13: VARIABLES RELACIONES SEXUALES CON TRABAJADORAS DEL SEXO

HA TENIDO RELACIONES CON TRABAJADORAS DEL SEXO	SEXO				TOTAL	TOTAL %
	MASCULINO	%	FEMENINO	%		
SI	7	36.8	1	5.3	8	42.1
NO	2	10.5	9	47.4	11	57.9
TOTAL	9	47.4	10	52.6	19	100

TOMADO DE: PREGUNTAS 15 Y 3 DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS (VER ANEXO 16)



ANALISIS:

De los 19 pacientes sometidos a estudio 8 (42.1 %) afirman haber tenido relaciones sexuales con trabajadoras del sexo; mientras que 11 (57.9 %) pacientes dicen no haber tenido nunca relaciones sexuales con trabajadoras del sexo, de los 8 que afirman haber tenido relaciones con trabajadoras del sexo 7 son hombres; de la población femenina una paciente afirma haber sostenido relaciones sexuales con otra trabajadora del sexo, de las 10 pacientes mujeres estudiadas 5 son trabajadoras del sexo.

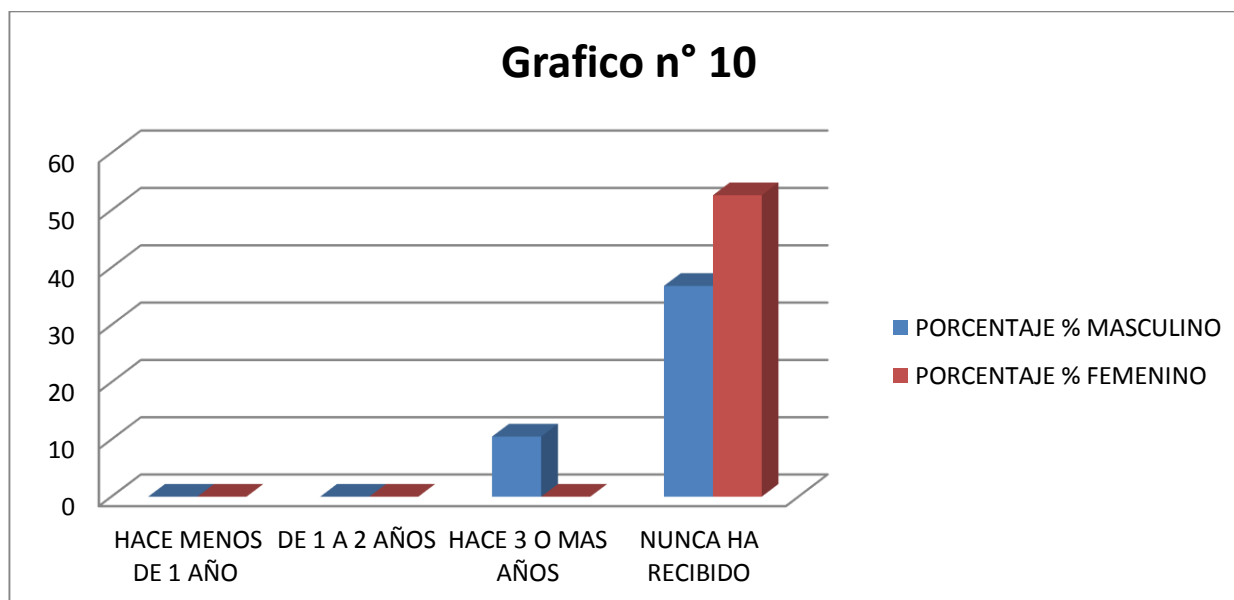
INTERPRETACION:

Se puede concluir que la mayoría de hombres contagiados por VIH han tenido relaciones sexuales con trabajadoras del sexo, lo que nos da una información que han estado sometido a un riesgo elevado de transmisión de VIH, Mientras que de la población femenina infectada la mitad son trabajadoras del sexo; lo que evidencia una estrecha relación entre la prostitución y la infección por VIH

TABLA 14: VARIABLES ANTECEDENTE DE TRANSFUSION - SEXO

ANTECEDENTE DE TRANSFUSION	SEXO				TOTAL	TOTAL %
	MASCULINO	%	FEMENINO	%		
HACE MENOS DE 1 AÑO	0	0	0	0	0	0
DE 1 A 2 AÑOS	0	0	0	0	0	0
HACE 3 O MAS AÑOS	2	10.5	0	0	2	10.5
NUNCA HA RECIBIDO	7	36.8	10	52.6	17	89.5
TOTAL	9	47.4	10	52.6	19	100

TOMADO DE: PREGUNTAS 22 Y 3 DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS (VER ANEXO 16)



ANALISIS:

Del total de pacientes participantes en el estudio solo 2 (10.5%) han recibido transfusiones sanguíneas en los últimos 3 años ambos pertenecientes al genero masculino.

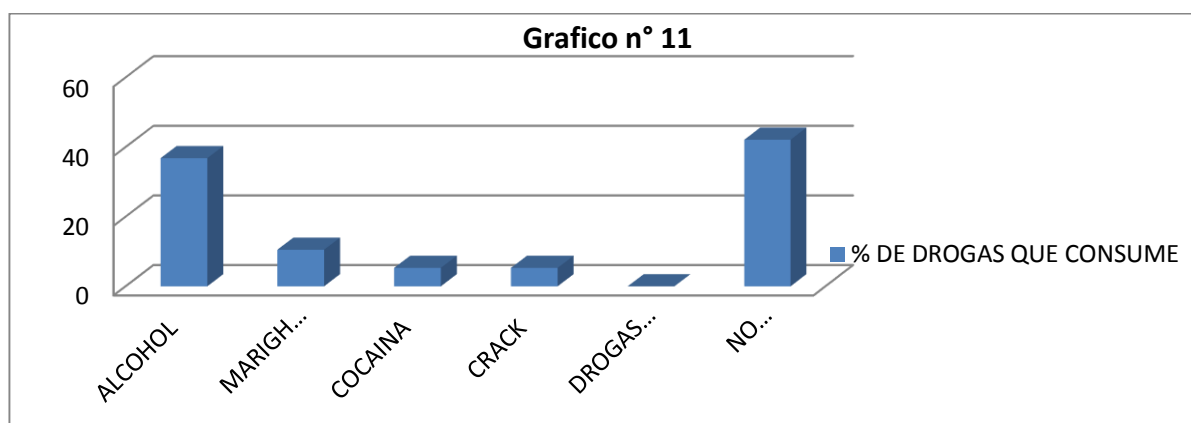
INTERPRETACION:

Hoy día debido a todos los análisis sanguíneos a los que son sometidos los donantes de sangre entre los que se incluye ELISA para VIH, la posibilidad de transmisión vía transfusiones sanguíneas se ha reducido drásticamente al punto de volverse casi inexistente. Como ya se analizo anteriormente los pacientes mismos no reconocen a las transfusiones de sangre como potenciales causas de adquirir de VIH.

TABLA 15: VARIABLES CONSUMO DE DROGAS – TIPO DE DROGAS

TIPO DE DROGA	CONSUME DROGAS				TOTAL	TOTAL %
	SI	%	NO	%		
ALCOHOL	7	36.8	0	0	7	36.8
MARIGHUANA	2	10.5	0	0	2	10.5
COCAINA	1	5.3	0	0	1	5.3
CRACK	1	5.3	0	0	1	5.3
DROGAS ENDOVENOSAS	0	0	0	0	0	0
NO CONSUME DROGAS	0	0	8	42.1	8	42.1
TOTAL	9	47.4	10	52.6	19	100

TOMADO DE: PREGUNTAS 22 Y 3 DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS (VER ANEXO 16)



ANALISIS:

De los 19 pacientes participantes en el estudio 9 de ellos (47.4%) consume algún tipo de droga mientras que 10 (52.6 %) afirman no consumir droga, dentro de los que consumen el alcohol fue la droga mas frecuente en 7 pacientes (36.8%), seguido de la marihuana en 2 pacientes (10.5%), cocaína y crack 1 paciente cada una.

INTERPRETACION:

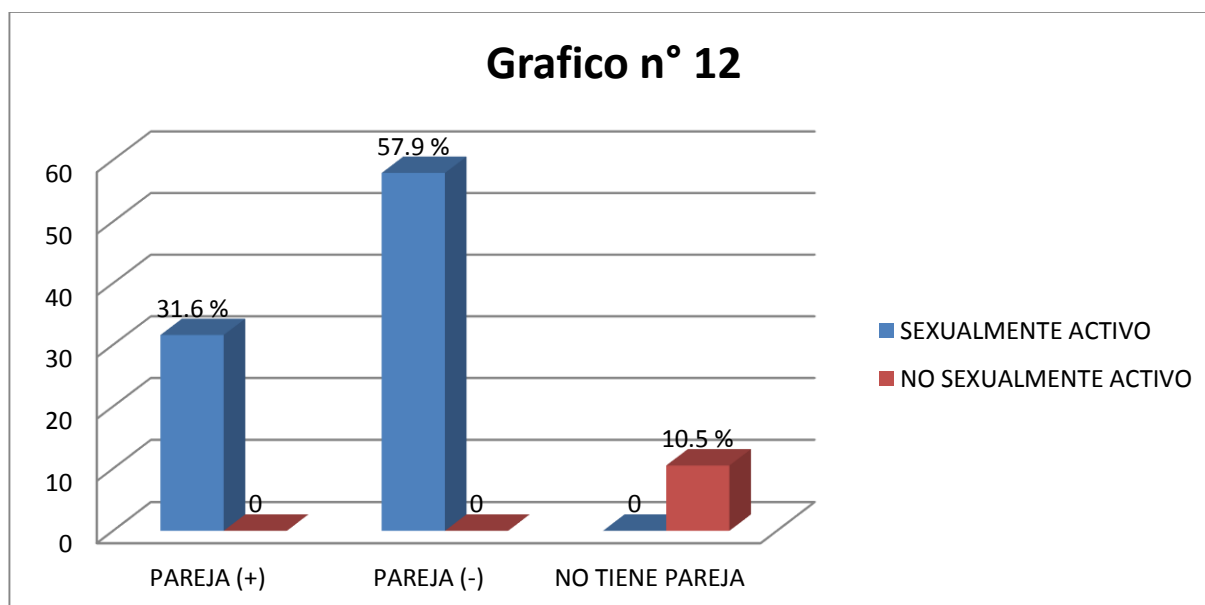
Aunque se ha descrito la asociación entre el consumo de drogas con relaciones sexuales desprotegidas, y promiscuidad y además se describe en los libros el uso de drogas endovenosas como factor de riesgo para adquirir VIH , en nuestra muestra en estudio fue mayor el numero de casos positivos que no usan drogas que los que si las usan; esto puede ser debido a: 1 en nuestro medico por el elevando coste no es común el uso de drogas endovenosas (que son las que causan directamente el riesgo de compartir y reutilización de jeringas) y que son las que mas se han visto involucradas en casos de VIH, 2 no todas las personas son capaces de reconocer en una entrevista que consumen drogas por lo que podría haber un sub registro de información; en todo caso aunque los pacientes que si utilizaban drogas fue menor que los que no utilizaban, no deja de ser un valor considerable 9 pacientes que consumen drogas ya que anda cerca de la mitad de los casos (47.4%)

D) MECANISMOS DE PREVENCION

TABLA 16: VARIABLES SEXUALMENTE ACTIVO – PACIENTES CON PAREJA VIH (+)

SEXUALMENTE ACTIVO	PACIENTES CON PAREJA VIH +					TOTAL	TOTAL %	
	PAREJA (+)	%	PAREJA (-)	%	NO TIENE PAREJA			
SI	6	31.6	11	57.9	0	0	17	89.5
NO	0	0	0	0	2	10.5	2	10.5
TOTAL	6	31.5	11	57.8	2	10.5	19	100

TOMADO DE: PREGUNTAS 11 Y 12 DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS (VER ANEXO 16)



ANALISIS:

De los 19 pacientes participantes en el estudio 17 (89.5%) están sexualmente activos, de los cuales 11 tienen pareja y estas no han sido detectadas como positivas a VIH, 2 Pacientes no tienen pareja que son los mismos que están inactivos sexualmente.

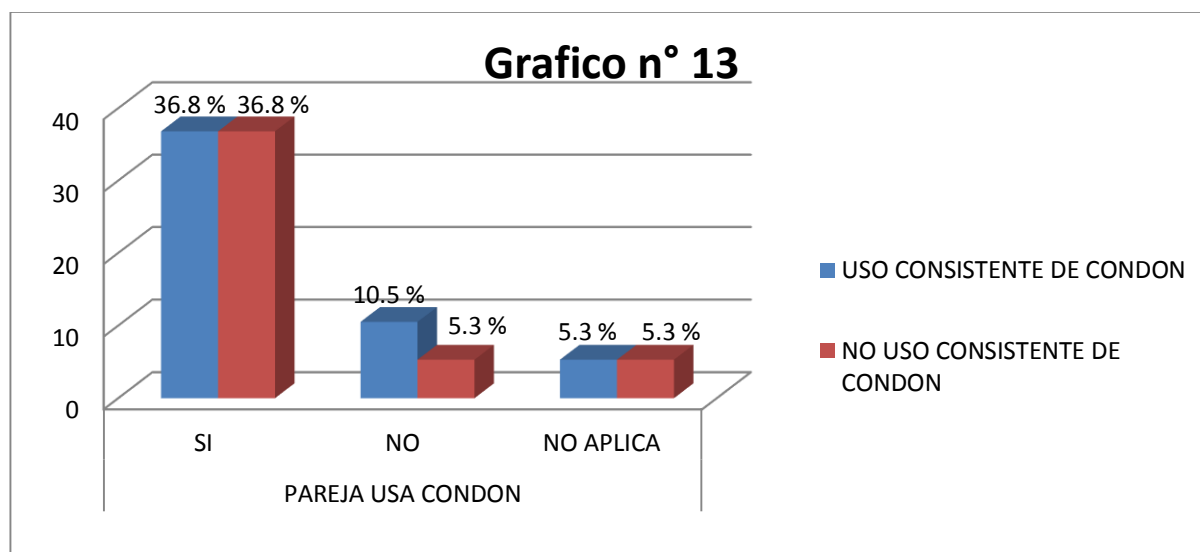
INTERPRETACION:

Del anterior tabla y gráfico se concluye que de los 17 pacientes que están activos sexualmente, 11 son potenciales transmisores del virus a sus parejas que aun no han sido detectadas como VIH positivas, por lo que es necesario fomentar practicas sexuales enfocadas en el uso de preservativo que ayude a disminuir dicho riesgo, así como el rápido tamizaje de las parejas de los pacientes en estudio.

TABLA 17: VARIABLES USO DE CONDON POR EL PACIENTE – USO DE CONDON PAREJA DE PACIENTE

USO DE CONDON POR EL PACIENTE	USO DE CONDON PAREJA						TOTAL	TOTAL %
	SI	%	NO	%	NO APLICA	%		
SI	7	36.8	2	10.5	0	0	9	47.3
NO	7	36.8	1	5.3	2	10.5	10	52.6
TOTAL	14	73.7	3	15.8	2	10.5	19	100

TOMADO DE: PREGUNTAS 20 Y 21 DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS (VER ANEXO 16)



ANALISIS:

De los 19 pacientes sometidos a estudio; 9 (47.3 %) pacientes refieren el uso consistente de condón en todas sus relaciones sexuales, mientras que 8 (42.1%) pacientes no utilizan condón de manera consistente en todas sus relaciones sexuales, de los que no utilizan, 7 reporta uso consistente de condón en su pareja sexual, solo 1 paciente que refiere no utilizar condón en todas sus relaciones sexuales refiere que su pareja tampoco utiliza. No aplica se refiere a los pacientes sexualmente inactivos que no tienen pareja (en este caso se interpretara como método de abstinencia de 10.5%)

INTERPRETACION:

Debido a que la pregunta fue formulada en presente; se concluye que al menos al enterarse de su diagnostico la mayoría de los pacientes se esta protegiendo de algún modo para propagar la infección 94.7% de los pacientes están utilizando condón o abstinencia como método de prevención de contagios, de esta manera están también protegiendo a sus parejas, aunque el riesgo de transmitir la enfermedad a las parejas de los pacientes que no son VIH positivas sigue latente. Sin embargo hay un paciente que no utiliza condón de manera consistente el ni su/s pareja /s.

10. PRUEBA DE HIPOTESIS:

Dado que el tamaño de la muestra es pequeño (menor de 30) y además el muestreo fue por conveniencia la prueba estadística para comprobar la hipótesis es “JI CUADRADO”.

Por lo cual se han elaborado los siguientes pasos:

1 ESTABLECIMIENTO DE HIPÓTESIS: (HIPOTESIS DE TRABAJO)

Hi: Las personas de 18 a 45 años que tienen factores de riesgo y/o pertenecen a grupos de riesgo, tienen mayor incidencia de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana que las personas que no tienen factores de riesgo.

Hipótesis nula: las personas de 18 a 45 años que tienen factores de riesgo para VIH y / o pertenecientes a grupos de riesgo no tienen mayor incidencia de infección por virus de inmunodeficiencia humana que las personas que no tienen factores de riesgo.

2 CALCULO DEL VALOR JI CUADRADO DE TABLA:

Con un 95% de confianza y un grado de libertad basado en la tabla el valor de JI CUADRADO DE TABLA es 3.84

3 CALCULO DEL VALOR JI CUADRADO CON LOS DATOS DE LA MUESTRA

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}.$$

TABLA 18: TABLA DE CONTINGENCIA TENER FACTOR Y PERTENECER A GRUPO DE RIESGO CONLLEVA A VIH

			conllevar a VIH		Total
			si	no	
tener factor y pertenecer a grupo de riesgo	si	Recuento	14	1	15
		Frecuencia esperada	11,8	3,2	15,0
	no	Recuento	1	3	4
		Frecuencia esperada	3,2	0,8	4,0
Total		Recuento	15	4	19
		Frecuencia esperada	15,0	4,0	19,0

TABLA 19: PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,872 ^a	1	0,003	0,016	0,016
Corrección por continuidad	5,237	1	0,022		
Razón de verosimilitudes	7,710	1	0,005		
Estadístico exacto de Fisher					
Asociación lineal por lineal	8,405	1	0,004		
N de casos válidos	19				

a. 3 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,84.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

TABLA 20: RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE LOS CASOS

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
tener factor y pertenecer a grupo de riesgo * conllevar a VIH	19	100,0%	0	0,0%	19	100,0%

4 REGLA DE DECISIÓN ESTADÍSTICA:

- ✓ Si $X^2_c > X^2_t$ Entonces se acepta H_1 :

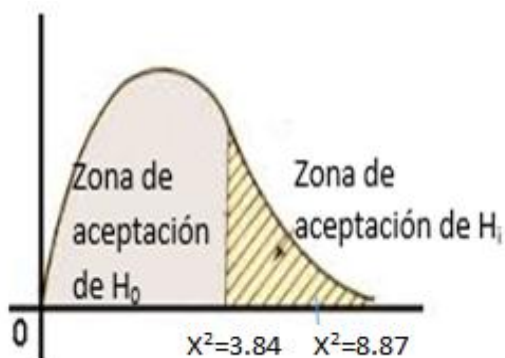
(Si valor de chi cuadrado calculado es mayor que chi cuadrado de tabla se acepta la hipótesis de trabajo)

- ✓ Si $X^2_c < X^2_t$ Entonces se acepta H_0 :

(Si valor de chi cuadrado calculado es menor de chi cuadrado de tabla de acepta la hipótesis nula.

5 DECISIÓN ESTADÍSTICA

Dado que el JI CUADRADO calculado es igual a 8.87, y que este es mayor que el valor de JI CUADRADO de tabla (3.84); **SE ACEPTA LA HIPÓTESIS DE TRABAJO**



ESTABLECIMIENTO DE HIPÓTESIS: (HIPOTESIS ALTERNA)

Hipótesis alterna: Los pertenencia a grupos de riesgo no tienen ninguna influencia en la incidencia de VIH en los pacientes de 18 a 45 años.

1 CALCULO DEL VALOR JI CUADRADO DE TABLA:

Con un 95% de confianza y un grado de libertad basado en la tabla el valor de JI CUADRADO DE TABLA es 3.84

2CALCULO DEL VALOR JI CUADRADO CON LOS DATOS DE LA MUESTRA

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

TABLA 21: TABLA DE CONTINGENCIA PERTENENCIA A GRUPO DE RIESGO CONLLEVA A VIH

			conllevar a VIH		Total
			si	No	
pertenencia a grupo de riesgo	Si	Recuento	14	2	16
		Frecuencia esperada	12,6	3,4	16,0
	no	Recuento	1	2	3
		Frecuencia esperada	2,4	0,6	3,0
Total		Recuento	15	4	19
		Frecuencia esperada	15,0	4,0	19,0

TABLA 22: PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,460 ^a	1	0,035	0,097	0,097
Corrección por continuidad	1,796	1	0,180		
Razón de verosimilitudes	3,681	1	0,055		
Estadístico exacto de Fisher					
Asociación lineal por lineal	4,225	1	0,040		
N de casos válidos	19				

a. 3 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,63.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

3 REGLA DE DECISIÓN ESTADÍSTICA:

- ✓ Si $X^2_c < X^2_t$ Entonces se acepta H_a :

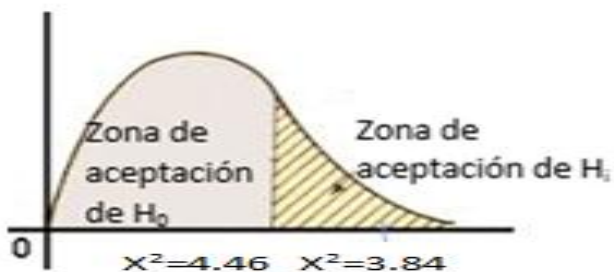
(Si valor de chi cuadrado calculado es menor que Chi cuadrado de tabla se acepta la hipótesis de trabajo)

- ✓ Si $X^2_c > X^2_t$ Entonces se rechaza H_a :

(Si valor de chi cuadrado calculado es mayor que Chi cuadrado de tabla se rechaza la hipótesis alterna).

4 DECISIÓN ESTADÍSTICA

Dado que el JI CUADRADO calculado para pertenencia a grupos de riesgo es de 4.46 y que este es mayor que el valor de JI CUADRADO de tabla (3.84); **SE RECHAZA LA HIPOTESIS ALTERNA!**; por lo tanto la pertenencia a grupos de riesgo por si sola es un factor que por si mismo aumenta el riesgo de contraer VIH; por lo que estas poblaciones deben ser tomadas en cuenta de manera prioritaria en el abordaje de esta problemática



11. DISCUSIÓN.

A través de la investigación se pudo comprobar que la infección por el virus de Inmunodeficiencia humana (VIH), tiene una fuerte asociación con la práctica de ciertos patrones conductuales y de grupo (factores y grupos de riesgo), para la incidencia de dicha enfermedad.

Estudios similares como el realizado en Estados Unidos demostró que casi 1.1 de millones de personas tiene la enfermedad en dicho país; y que de estos los hombres homosexuales o gay, bisexuales y los que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH), en especial los HSH de raza negra o afroamericana y trabajadoras del sexo, son los más gravemente afectados por el VIH. (9)

En la ciudad de Tijuana México también pudieron concluir sobre la importante asociación de los grupos de riesgo en la incidencia de la enfermedad ya que las personas con mayor afectación fueron los homosexuales, HSH, prostitutas y usuarios de drogas endovenosas (11).

En Europa concluyeron que la infección se da principalmente en HSH, homosexuales, prostitutas, uso de drogas intravenosas, bisexuales, transexuales. (18)

Con dichos resultados obtenidos en diferentes estudios, a nivel mundial así como también distintas poblaciones queda demostrado que la incidencia de infección por el virus de inmunodeficiencia humana afecta principalmente a personas con factores de riesgo y pertenecientes a grupos de riesgo, con una variación en cuanto a infección por uso de drogas endovenosas independientemente del área geográfica, estatus social, cultural. Por lo que concluimos que a día de hoy, en nuestro departamento San Miguel, como el resto del país todavía existen más similitudes que diferencia en cuanto a las personas infectadas por el virus.

12. CONCLUSIONES:

1 En cuanto a los factores de riesgo socioculturales: Podemos concluir que el estar soltero y activo sexualmente parece predisponer en las personas participantes en el estudio a conductas promiscuas de riesgo como son: pertenencia a grupo de riesgo (5 de 5 trabajadoras del sexo estaban solteras), además las personas solteras son los que reportan mayor índice de múltiples parejas sexuales (de 12 solteros 8 habían tenido mas de una pareja sexual en un año y 6 de ellos habían estado con 3 o mas parejas sexuales). En cuanto al nivel de estudio los resultados arrojan datos interesantes ya que parece que tener acceso a educación superior genera conductas que disminuyen el riesgo de contraer VIH, ya que de los 19 pacientes que participaron en el estudio solo 2 tuvieron acceso a educación superior. En cuanto a la diferencia entre educación primaria y secundaria los datos son poco concluyentes.

Los resultados indican que la ocupación laboral de las personas no representa un factor de riesgo significativo para contraer VIH, a menos que la ocupación de esa persona sea la pertenencia a un grupo de riesgo como el caso de las prostitutas

2 En cuanto a los factores de riesgo biológicos: Podemos concluir que el VIH no se presenta en un género sexual en específico, por tanto hombres y mujeres tienen riesgo similar de adquirir la infección de los 19 pacientes que participaron en el estudio 10 (52.6%) son femeninos, y 9 (47.4%) estrecho margen en el que no se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo. No tanto así en la edad en la que si se encontraron algunas diferencias en cuanto a la edad en la que se presenta con mayor frecuencia, siendo que la mayoría de los pacientes (11 que corresponde al 57.9 % del total) diagnosticados con VIH comprenden edades entre 18 a 26 años de edad, y la frecuencia continua un orden descendente entre mayor es la edad; por tanto se puede decir que los pacientes mas jóvenes tienen mayor riesgo de infección por VIH que los mayores al menos en la muestra de estudio.

3 En cuanto a las conductas de riesgo y pertenencia a grupos de riesgo: Podemos concluir que la conducta en la que se produjo inicio temprano de relaciones sexuales coincidió con los pacientes que mas reportaron tener múltiples parejas sexuales ya que de 10 personas que reportaron haber iniciado relaciones sexuales antes de los 15 años de edad; 6 dijeron tener 3 o mas parejas sexuales en un año; tal parece que entre mas temprano inicie actividad sexual una persona puede influir en que tenga múltiples parejas sexuales y mayor riesgo de infección por VIH. Las relaciones sexuales con prostitutas son predominantes en los hombres que tienen VIH ya que de 9 pacientes hombres 7 han sostenido relaciones sexuales con prostitutas, y dentro de las 10 mujeres 5 son trabajadoras del sexo, por lo que hay un estrecho vínculo entre la prostitución. En cuanto a la pertenencia a grupos de riesgo su influencia en la incidencia de infección para VIH fue positiva y determinante ya que de 19 pacientes participantes en el estudio solo 3 no pertenecían a ningún grupo de riesgo; es decir que el VIH se presenta con mayor frecuencia en grupos de personas que tienen practicas, conductas y ciertas características similares que los hacen predisponer a esta enfermedad en específico.

4 En cuanto a la vía de transmisión: *la vía sexual* fue la predominante en todos los grupos, y es la que hoy día se considera la que produce la mayoría de contagios, las transfusiones sanguíneas y el consumo de drogas no están relacionadas según los resultados del estudio con la infección por VIH; teniendo en cuenta la variante que en nuestro medio no son comunes los usuarios de drogas endovenosas

5 En cuanto a los mecanismos de prevención utilizados por los pacientes: Para prevenir nuevas infecciones la mayoría de los pacientes protege a su pareja sexual usando o haciendo que su pareja use preservativo (16 pacientes = 84.2%), 2 pacientes previenen transmitir la infección con abstinencia (10.5%) y un paciente no es consciente del daño que hace al transmitir la enfermedad siendo que no se protege el en las relaciones sexuales ni alerta a la pareja a que lo haga.

13. RECOMENDACIONES

➤ **AL MINISTERIO DE SALUD**

- ✓ Se recomienda al Ministerio de Salud de El Salvador invertir más en programas basados en la prevención de enfermedades de transmisión sexual; ya sea creando nuevos programas que vayan enfocados a las poblaciones con mayor riesgo de padecer la enfermedad, utilizando a la vez algunos medios estatales y privados para difundir información a los adolescentes sobre sexualidad saludable, modo de contagio y prevención de las principales enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH.
- ✓ También se reconoce la importancia de las clínicas VICIT (Vigilancia Centinela de las Enfermedades de Transmisión Sexual) y se alienta a continuar abriendo más clínicas VICIT, por cada departamento o en lugares estratégicos del país que sean de alta incidencia de VIH.
- ✓ Que se retome la práctica que se llevaba año con año del “Día nacional para la toma de la prueba de VIH”.
- ✓ Crear más grupos de apoyo integrales para personas que sufren VIH

LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR

- ✓ Que se realicen o se continúen realizando en cada establecimiento de salud charlas informativas acerca de la importancia del abordaje y prevención de las enfermedades de transmisión sexual, impartíéndolas de un modo que ayude a eliminar el estigma que se tiene acerca del VIH ya que es la primera barrera para combatirlo, dar educación en salud acerca del uso del preservativo, estilos de vida saludable y educación en salud, desestigmatizar a las personas transgénero, travestis, homosexuales, trabajadoras del sexo que visitan nuestros establecimientos de salud ya que muchas veces es el propio personal

de salud la primera barrera para la detección de un caso o para realizar una consejería adecuada.

- ✓ Si la persona reconoce que tiene problemas con el alcohol y/o sustancias ilegales, se debe derivar al grupo de apoyo indicado.

A LOS MÉDICOS

- ✓ Correlacionar la historia clínica e indagar adecuadamente los antecedentes personales del paciente descubriendo aquellas conductas o factores de riesgo que lo hagan propenso a padecer VIH; abordándolo de un modo integral y sin causar acoso al paciente de manera que este se sienta en confianza de transmitir todas sus dudas y nos brinde la información necesaria, el diagnóstico temprano de un caso ayuda a prevenir muchas nuevas infecciones.
- ✓ Concientizar a los pacientes de la importancia de cuidarse para prevenir seguir diseminando la enfermedad.
- ✓ Fomentar salud sexual y conducta sexual saludable.

POBLACIÓN EN GENERAL.

- ✓ Adoptar estilos de vida y conducta sexual saludable que ayuden a disminuir el riesgo de infección por VIH.
- ✓ El fundamento de la fidelidad en como mecanismo de prevención y de felicidad en las parejas

- ✓ El Uso de preservativo en cada relación sexuales.
- ✓ El tamizaje anual de la prueba de VIH en todas las personas que tienen una vida sexual activa.
- ✓ Evitar el consumo de sustancias que causen letargo mental y predispongan a realizar conductas que favorezcan ha adquirir enfermedades.
- ✓ Evitar compartir o reutilizar jeringas.
- ✓ Des estigmatizar a las personas que padecen de VIH, el VIH no se transmite por abrazar, tocar, o estar cerca de una persona infectada. Se necesita un intercambio íntimo de fluidos o sangre para que una persona pueda infectarse.
- ✓ El cuidado personal es muy importante para reducir los riesgos de contraer una ITS o el VIH y otras enfermedades.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- (1) Ministerio de salud El Salvador. Guía de abordaje de prevención del VIH y atención de hombres que tienen sexo con otros hombres y personas transgénero, 2012, 1º Edición.
- (2) Rodrigo Simán, Sir, Guillermo Galván Orlich, Mayra Julissa Bonilla, Teresa de Elías, Marelia Méndez de Anaya. Ministerio de Salud de El Salvador (minal). Guía para el personal de salud en el abordaje de trabajadoras (es) del sexo el salvador. 2007, 1º Edición.
- (3) Michel Sidibé, Aung San SuuKyí. onusida Informe de para el día mundial del sida | 2012. volumen1. 1º edición
- (4) Ana Isabel Nieto, Salvador Sorto, Morena Jovel, Alexia Alvarado, Verónica Avalos., Mirna García de Butter. Comité Nacional Contra el sida (conasida). Informe nacional sobre el estado de situación del VIH en el salvador en cumplimiento del plan nacional de monitoreo y evaluación Año 2013, Septiembre 2014.
- (5) Ana Thelma Méndez de Pineda, Rosa Nelly Argueta Montoya, Lissette Esmeralda Ruiz, Marta Lilian González, Lilian América Amaya, Margarita de Castillo. Ministerio de Salud. Viceministerio de Salud de Políticas Sectoriales. Dirección de Regulación. Programa Nacional de its/sida. manual para el control de calidad de las pruebas de vih. 2ª. edición. san salvador.
- (6) Medicina Interna Harrison De Harrison, Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo 2008. 18º edición.
- (7) Ernesto BenjaminPleites, Mario Gamero, Rodrigo Siman, Rolando Cedillos, Alma Yanira Quezada, AzaelJovel. Protocolo De Atencion Personas Viviendo Con Vih/Sida El Salvador 2005. 1º edición
- (8) Centro de prensa Organización Mundial de la Salud (oms). vih/sida, octubre 2013. nota descriptiva n° 360. Url disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>.

- (9) Centro Para el Control y Prevencion de Enfermedades (cdc).VIH en los Estados Unidos. United States and 6 U.S. dependent área. 2011. hiv Surveillance Supplemental Report 2013;18(No. 5). Url disponible en:
http://www.cdc.gov/hiv/spanish/library/hiv_us/atglance.html
- (10) Daniel stambouliau. Historia y novedades del VIH / SIDA, 1 Diciembre 2013 Url disponible en : <http://www.docsalud.com/articulo/1548/historia-y-novedades-del-vih-sida>
- (11) Esmeralda Iñiguez-Stevens, MPH,¹ Kimberly C. Brouwer, PhD,¹ Robert S. Hogg, PhD,² Thomas L. Patterson, PhD,¹ Remedios Lozada, MD,³ Carlos Magis-Rodriguez, MD, PhD,⁴ John P. Elder, PhD, MPH,⁵ Rolando M. Viani, MD, MTP,¹ et Steffanie A. Strathdee, estimaciones de prevalencia del vih por género y grupo de riesgo en tijuana, méxico: 2006 Url disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3071654/>
- (12) ONUSIDA. Informes de progreso presentados por los países en 2014. 2014. Url disponible en
[http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_CR_Narrative_Report\[1\].pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_CR_Narrative_Report[1].pdf).
- (13) Sepúlveda, Factores De Riesgo Asociados A Infección Por vih En Hombres Homosexuales Y Bisexuales; Estudio Realizado en México. volumen 30. edición 4. Url disponible en <http://bvssida.insp.mx/articulos/1226.pdf>
- (14) Docsalud.Com. Onusida: En Una Década, Contagios Por vih Cayeron Un 20%. 18 Julio 2011 Url Disponible En <http://www.docsalud.com/articulo/3748/onusida-en-una-d%C3%A9cada-contagios-por-vih>.
- (15) Onusida: Hoja Informativa Regional 2012. Url disponible en
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/2012_FS_regional_la_caribbean_es.pdf.
- (16) OMS artículo. vih sida Url disponible en http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/

- (17) Programa Nacional De Its/Vih/Sida , Ministerio De Salud El Salvador, Centroamérica: Informe nacional sobre el estado de situación del vih en el salvador en cumplimiento del plan nacional de monitoreo y evaluación del Plan estrategico nacional multisectorial año 2012 disponible en Url (file:///C:/Users/carlos/Downloads/informe_nac_sobre_el_estado_situacion_vih_es_2012.pdf).
- (18) María Paz Bermúdez¹ e Inmaculada Teva-Álvarez. Universidad de Granada, España Situacion Actual Del Vih/Sida En Europa. 2003. volumen 3 Url disponible en http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-62.pdf.
- (19) Comisión Nacional Contra el SIDA. Ministerio de Salud. 2013. Url disponible en: <http://www.conasida.org.sv/index.php/informate/sabes-que-son-las-its-y-el-vih>.
- (20) Cruz roja española. Información general sobre el vih y el sida. volumen 1. primera edición año 2008. Url disponible en : <http://www.cruzroja.es/vih/faqs.html#marca24>
- (21) Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Cómo se transmite y cómo no se transmite el VIH (traducción). Primera Edición 2004. Url disponible en : http://portal.unesco.org/education/es/files/39090/11483803965Facts_SP_FRESH_1.pdf/Facts_SP_FRESH_1.pdf
- (22) Organización Stop VIH. Prueba de detección de anticuerpos contra el VIH. 2013. URL disponible en: <http://www.stopvih.org/faqs/prueba-de-deteccion-de-anticuerpos-contra-el-vih/>

15. ANEXOS

ANEXO 1: DEFINICION DE TERMINOS BASICOS:

Bisexual: Persona que siente atracción física y emocional tanto por hombres como por mujeres.

Expresión de género: Se refiere a las características externas y comportamientos que son socialmente clasificados como “femeninos” o “masculinos”. El sexo biológico puede o no tener incidencia alguna en la expresión de género de una persona.

ELISA: Ensayo por inmunoabsorción ligado a enzima.

Gay: Una persona que es atraída emocional, romántica y sexualmente por una persona del mismo sexo. Género Consiste en la suma de valores, actitudes, roles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. El género, tal como ha existido de manera histórica, transculturalmente, y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa las relaciones humanas comporta mentales en cuanto a identidad social.

Género: Consiste en la suma de valores, actitudes, roles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. El género, tal como ha existido de manera histórica, transculturalmente, y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa las relaciones humanas comportamentales en cuanto a identidad social.

Heterosexual: Una persona que es atraída emocional, romántica y sexualmente por una persona del otro sexo.

Homofobia: Intolerancia y desprecio hacia las personas que tienen identidades y orientaciones que no son heterosexuales manifestadas en odio, miedo, prejuicio o discriminaciones en contra de los HSH, homosexuales y bisexuales.

Identidad de género: La identidad de género define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a las personas organizar un auto concepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género.

Identidad sexual: La identidad sexual es la manifestación de la persona como hombre o mujer o como una combinación de ambos, así como la orientación sexual de la persona.

Es el marco de referencia interno que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales.

Intersexo: Es un término genérico que se utiliza para identificar una variedad de condiciones con las que nace una persona cuyo sistema reproductivo o anatomía sexual no parece corresponder a lo que típicamente se considera un hombre o una mujer.

Por ejemplo, una persona puede nacer con la apariencia de mujer por el exterior pero su interior es de anatomía de hombre, en otros casos la persona puede haber nacido con genitales que parecen ser entre femeninos y masculinos, sin clara definición, por ejemplo una niña puede nacer con un clítoris notablemente desarrollado o no tiene la abertura de la vagina, o un niño puede nacer con un pene sumamente pequeño o con el escroto que está dividido.

Intersexual: Es un término genérico que se utiliza para identificar una variedad de condiciones con las que nace una persona cuyo sistema reproductivo o anatomía sexual no parece corresponder a lo que típicamente se considera un hombre o una mujer.

Lesbiana: Es una mujer que se siente atraída sexualmente por otra mujer, que además tiene un vínculo de amor, afecto y cariño. Es un término utilizado para reivindicar y visualizar a las mujeres homosexuales.

MINSAL: Ministerio de salud.

ONUSIDA: Organización de las naciones unidas contra el sida.

Sexo: Conjunto de características biológicas que definen a las personas como hombres y mujeres.

Sexo oro-anal: Es la estimulación con la lengua, los labios o la boca en el ano.

Sexo oro-genital: Es la estimulación de los órganos genitales con la lengua, los labios o la boca, y es una práctica sexual que los hombres y las mujeres, homosexuales y heterosexuales realizan.

Transgénero: Una persona que ha nacido con un sexo biológico de hombre o mujer, pero cuya identidad de género corresponde al sexo opuesto. Las personas transgénero pueden expresar su identidad a través de las vestimentas, los modales, ciertas adecuaciones del cuerpo logradas con el uso de hormonas o implantes quirúrgicos o ambas cosas, para establecer una congruencia física y emocional con la identidad de género que consideran suya.

Transexual: Personas que han nacido con las características físicas de hombre o de mujer, pero que se someten a procesos de reasignación de sexo para adecuar su cuerpo a la identidad de género que sienten como propia y que está en contradicción con su expresión de género.

Travesti: Una persona que utiliza la vestimenta y complementos socialmente delimitados para el sexo opuesto. La principal diferencia entre el travesti y la transexual es que el primero acepta su sexo y su cuerpo, gustándole jugar con una doble identidad.

Transfobia: Se refiere a la discriminación en contra de las personas transgénero y transexuales, basada en la expresión de su identidad de género; a veces se confunde con homofobia, pero la transfobia es específica a las personas transgénero y transexuales.

Sexo: Conjunto de características biológicas que definen a las personas como hombres y mujeres.

Sexo oro-anal: Es la estimulación con la lengua, los labios o la boca en el ano.

Sexo oro-genital: Es la estimulación de los órganos genitales con la lengua, los labios o la boca, y es una práctica sexual que los hombres y las mujeres, homosexuales y heterosexuales realizan.

UDI: Usuarios de drogas inyectables.

UNASID: Centro Nacional Para la Prevención y control del SIDA.

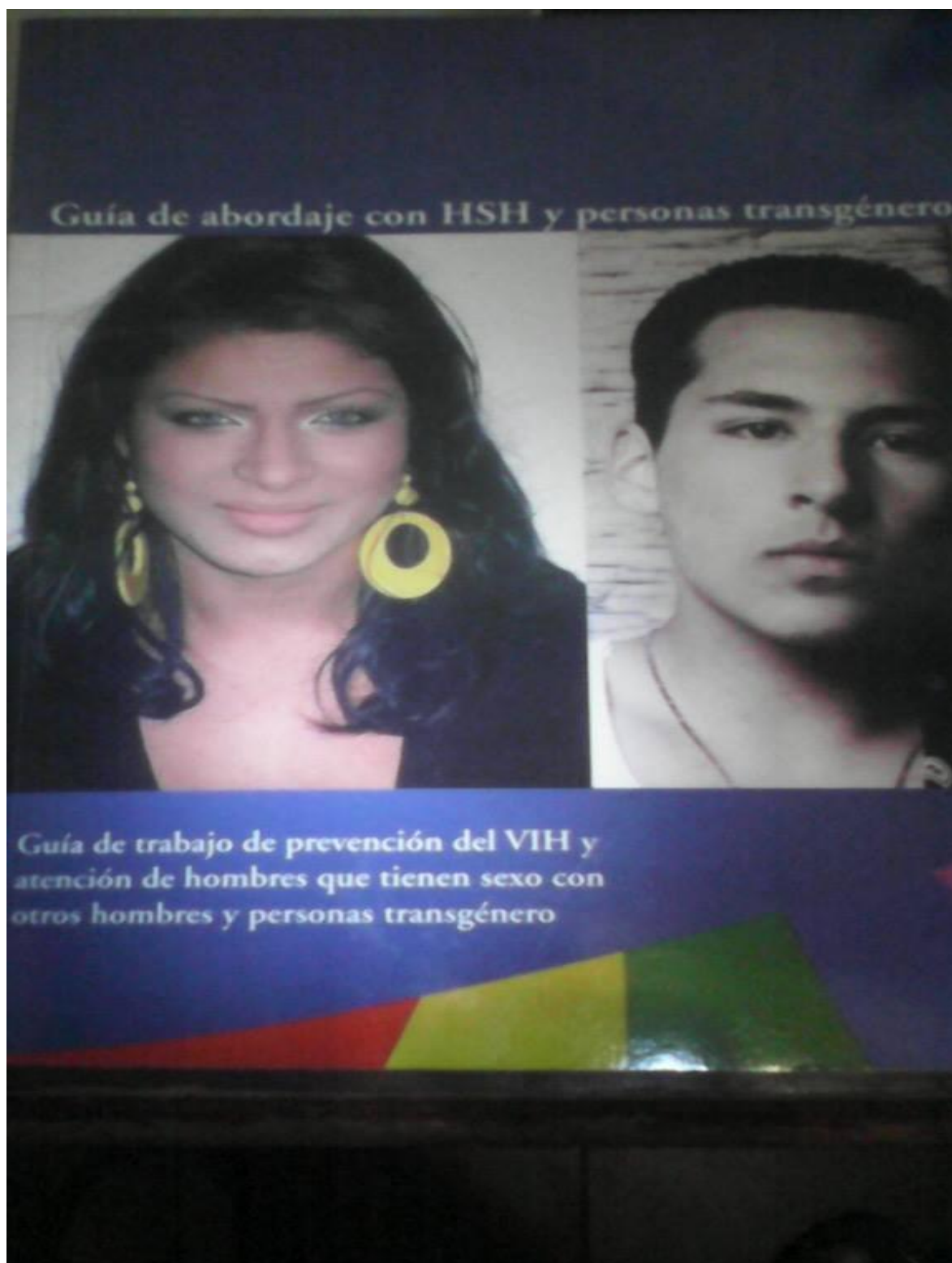
VICITS: Vigilancia Centinela de la de las Infecciones de Transmisión sexual /VIH

ANEXO N ° 3: PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO:

La presente investigación tiene un costo de \$ 452.25, valor financiado por los autores.

ITEMS VALOR	CANTIDAD	UNITARIO	VALOR TOTAL
COPIAS	200	0.03	\$6
IMPRESIONES	600	0.15	\$90
PAPEL BOND	200	0.03	\$6
BOLIGRAFO	5	0.25	\$1.25
TINTA DE IMPRESORA	2	22	\$44
ANILLADOS DEL TRABAJO	8	3	\$24
TRANSPORTE	90	5	\$450
FOLDERS	10	0.25	\$2.5
REFRIGERIO PARA PRESENTACION DE PROTOCOLO	8	10	\$80
REFRIGERIO PARA PRESENTACION FINAL	15	15	\$225
INVITACIONES	15	3	\$45
CAÑON	1	10	\$20
SUMA			\$ 993.75

**ANEXO N°4: GUIAS CLÍNICAS DE ABORDAJE HSH Y PERSONAS
TRANSGENEROS DEL MINISTERIO DE SALUD**



**ANEXO N° 5: GUÍA PARA EL ABORDAJE DE TRABAJADORAS DEL SEXO DEL
MINISTERIO DE SALUD, EL SALVADOR 2007**

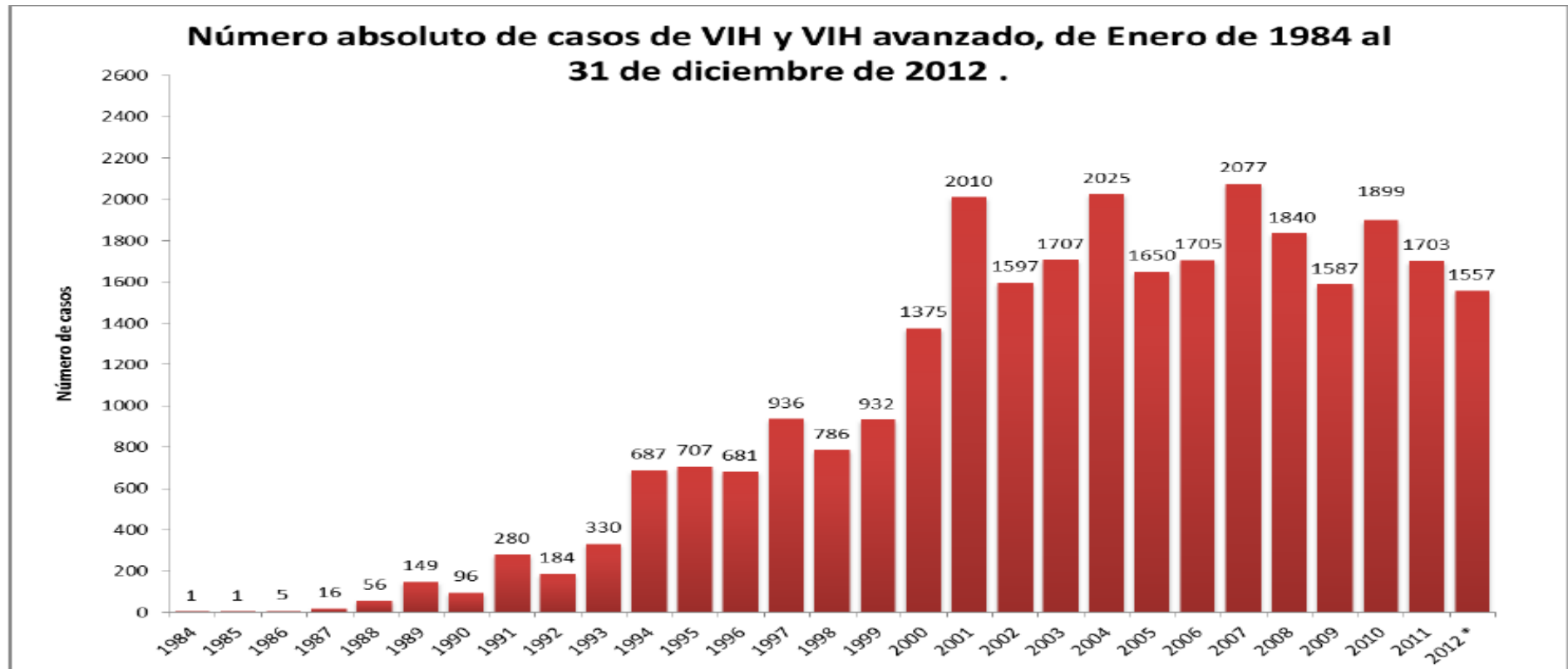


**Guía para el Personal de Salud
en el Abordaje de Trabajadoras(es)
del Sexo**

El Salvador, C. A., agosto 2007



ANEXO N° 6: NÚMERO DE CASOS DIAGNOSTICADOS POR AÑO EN EL SALVADOR DESDE EL PRIMER CASO DETECTADO EN 1984 HASTA EL 2012



Fuente: Construcción a partir de bases de datos de la Dirección de Vigilancia Sanitaria y Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica de personas con VIH (SUMEVE).

ANEXO N° 7: PANORAMA DEL NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH EN EL MUNDO, 2011

Panorama mundial

Número de muertes relacionadas con el sida

1,7 millones

34 millones

± 50% conocen su estado serológico

Nuevas infecciones por el VIH

2,5 millones

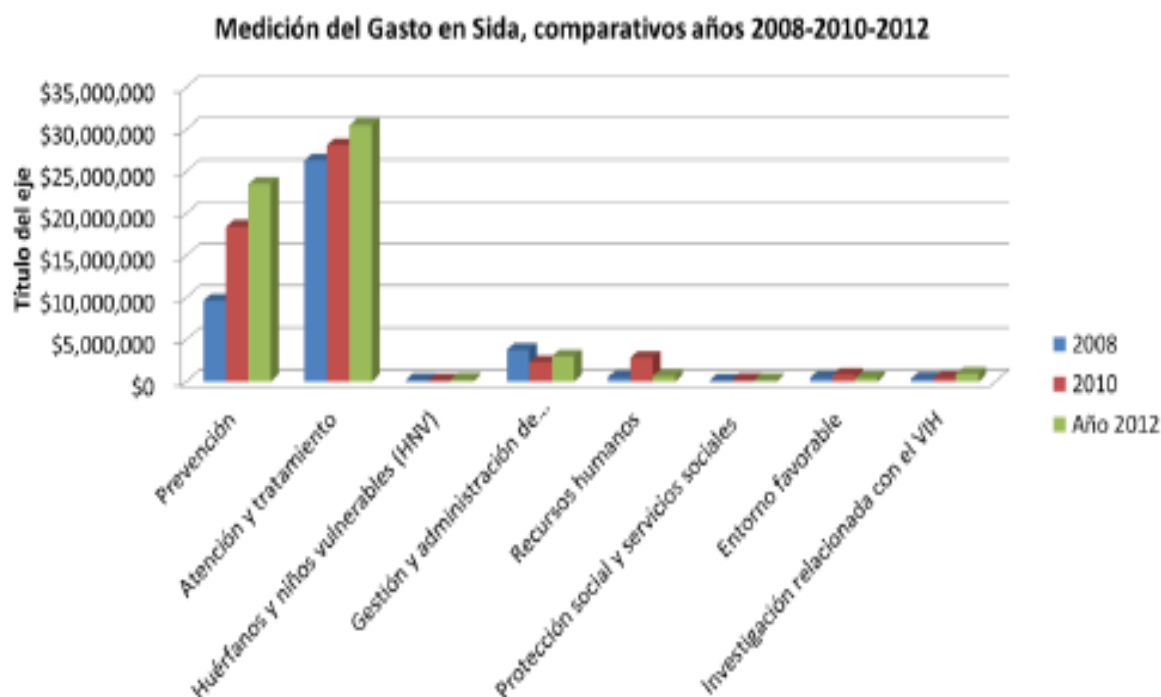
Personas que cumplen los requisitos para recibir tratamiento del VIH
14,8 millones

Personas en tratamiento del VIH
8 millones

ANEXO N° 8: GRAFICO COMPARATIVO DE PRESUPUESTO PARA VIH SEGÚN AÑO.

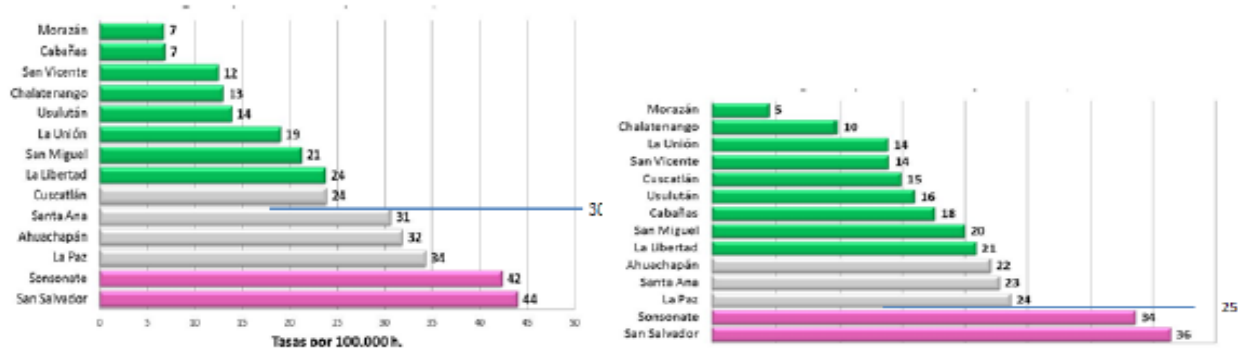
Comparación del Gasto en VIH 2008- 2010 y 2012

Gráfico 24



ANEXO N° 9: TASAS ACOMULADAS DE VIH SEGÚN DEPARTAMENTOS EN LOS AÑO 2008 A 2012.

GRÁFICO 9 Y 10 . TASAS ACUMULADAS DE VIH Y VIH AVANZADO (MUJERES Y HOMBRES) SEGÚN DEPARTAMENTO DE PROCEDENCIA, 2008 Y 2012 EL SALVADOR



Fuente: Construcción a partir de información del Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica de personas con VIH (SUMEVE). Proyecciones y estimaciones poblacionales de Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC).


ANEXO N° 10: CASOS NUEVOS Y TASAS POR 100 MIL HAB. DE VIH SEGÚN DEPARTAMENTO DE PROCEDENCIA.

Tabla 11. Número de casos nuevos y tasas por 100,000 h. de VIH-SIDA según departamento de procedencia, del 1 enero de 2008 al 8 de junio de 2013, El Salvador.

Departamento	2008	2009	2010	2011	2012	junio 2013	2008 - 2012	Población estimada DIGESTYC 2012	Tasas por departamento	RR de aparición de casos nuevos
San Salvador	759	675	765	680	643	202	3724	1,738,669	214	1.47
Sonsonate	193	147	168	139	156	64	867	461,474	188	1.29
La Paz	109	70	103	94	75	34	485	325,967	149	1.02
Santa Ana	170	135	179	148	130	64	826	567,768	145	1.00
Ahuachapán	103	70	79	78	72	19	421	331,395	127	0.87
San Miguel	99	109	147	113	97	23	588	475,713	124	0.85
La Libertad	170	145	168	194	156	44	877	738,843	119	0.81
Cuscatlán	56	34	61	49	36	18	254	248,414	102	0.70
Usulután	49	71	82	69	58	10	339	363,198	93	0.64
San Vicente	21	19	31	34	24	12	141	172,544	82	0.56
La Unión	49	38	40	33	36	15	211	260,419	81	0.56
Chalatenango	26	29	26	24	20	6	131	203,873	64	0.44
Cabañas	11	19	14	25	29	8	106	164,877	64	0.44
Morazán	13	15	20	12	9	4	73	198,341	37	0.25
Otros países	12	11	16	11	13	8	71			
Total	1840	1587	1899	1703	1554	531	9114	6,251,495	146	1

Fuente: Construcción a partir de información del Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica de personas con VIH (SUMEVE). Proyecciones y estimaciones poblacionales de Dirección General de Estadísticas.

ANEXO N° 11: HOJA DEL MINSAL PARA SOLICITUD DE PRUEBA DE VIH.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social República de El Salvador Formulario para solicitud y confirmación de VIH (FVIH-01)		Ministerio de Salud  EL SALVADOR
A DATOS GENERALES		
Fecha de consulta: ___ / ___ / ___		Nombre del Establecimiento: _____
(dd / mm / aa)		
No. Expediente/No. de Afiliación: _____	Categoría de Afiliación: Cotizante <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/>	
I DATOS DE IDENTIFICACIÓN		
No. DUI: _____	Fecha de nacimiento: (dd / mm / aa) _____ / _____ / _____	
Apellidos: _____	Edad: _____ Años _____ Meses _____ Días _____	
Nombres: _____	Sexo: Masc <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
Si es menor de edad, nombre completo de madre o responsable: _____		
Dirección Completa: _____		Área: Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>
Municipio: _____ Departamento: _____		Nacionalidad: _____ Teléfono: _____
Estado Civil	Número de hijos	Educación
1. Soltero (a) <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	1. Ninguna <input type="checkbox"/>
2. Casado (a) <input type="checkbox"/>		2. Básica <input type="checkbox"/>
3. Divorciado (a) <input type="checkbox"/>		3. Bachillerato <input type="checkbox"/>
4. Viudo (a) <input type="checkbox"/>		4. Técnica <input type="checkbox"/>
5. Acompañado (a) <input type="checkbox"/>	Alfabeto: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	5. Universitaria <input type="checkbox"/>
6. Separado (a) <input type="checkbox"/>		
		Ocupación
		1. Desempleado (a) <input type="checkbox"/>
		2. Ama de casa <input type="checkbox"/>
		3. Estudiante <input type="checkbox"/>
		4. Jubilado / Pensionado <input type="checkbox"/>
		5. Empleado informal <input type="checkbox"/>
		6. Empleado formal <input type="checkbox"/>
		7. Agricultor/Obrero <input type="checkbox"/>
		8. Comerciante <input type="checkbox"/>
		9. Cuerpos uniformados <input type="checkbox"/>
		10. No aplica <input type="checkbox"/>
		11. Otro <input type="checkbox"/>
		11. Especifique: _____
II DATOS ESPECÍFICOS DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA (10 - 49 AÑOS)		
Indagar en toda mujer en edad reproductiva (10 a 49 años de edad)		
Embarazada? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Semanas de amenorrea: _____	
FUM: ___ / ___ / ___	FPP: ___ / ___ / ___	
Fórmula Obstétrica		
G <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/>
A <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>	
Periodo de indicación de examen		
a) Primer Trimestre <input type="checkbox"/>	b) Segundo Trimestre <input type="checkbox"/>	
c) Tercer Trimestre <input type="checkbox"/>	d) Durante Trabajo <input type="checkbox"/>	
e) Post Parto <input type="checkbox"/>	de Parto <input type="checkbox"/>	
En control Prenatal: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Nombre de responsable de indicar prueba: _____		
Firma y Sello: _____		
Esta hoja deberá ser llenada en forma completa y con letra legible por personal que indicó la prueba de VIH		
Ley y Reglamento de Prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana DECRETO No. 588. CAPITULO III. Vigilancia Epidemiológica Art. 30. Y DECRETO No. 40 CAPITULO IV. Art. 59. Art. 61		
Establecimiento: _____		ORDEN DE SOLICITUD DE EXAMEN
Apellidos: _____		DUI: _____
Nombres: _____		No. Expediente/No. de Afiliación: _____
Edad: _____ Sexo: _____		
Motivo de solicitud de Examen:		
1 Donante <input type="checkbox"/> 2 Inscripción Prenatal <input type="checkbox"/> 3 Control Prenatal <input type="checkbox"/> 4 Exposición Perinatal <input type="checkbox"/> 5 Accidente Laboral <input type="checkbox"/> 6 Abuso Sexual <input type="checkbox"/>		
7 Paciente con TB <input type="checkbox"/> 8 Otras ITS <input type="checkbox"/> 9 Tamizaje <input type="checkbox"/> 10 Contacto <input type="checkbox"/> 11 Solicitud Voluntaria <input type="checkbox"/> 12 Solicitud de Trabajo <input type="checkbox"/> 13 Otro <input type="checkbox"/>		
Nombre de responsable de indicar prueba: _____		Firma y Sello: _____

B. EXÁMENES QUE FUNDAMENTAN EL DIAGNÓSTICO		Uso Exclusivo de Laboratorio
Nombre del Establecimiento que realiza la prueba: _____ Fecha de toma de muestra: _____ Fecha de realización: _____ Fecha de resultado: _____		
Prueba Rápida <input type="checkbox"/> Marca _____ Reactiva <input type="checkbox"/> No Reactiva <input type="checkbox"/> Indeterminada <input type="checkbox"/> ELISA <input type="checkbox"/> Marca _____ Lectura _____ Reactiva <input type="checkbox"/> No Reactiva <input type="checkbox"/> Indeterminada <input type="checkbox"/> Responsable: _____		
ELISA para confirmación Establecimiento: _____ Fecha recepción: _____ Fecha de realización: _____ Fecha de resultado: _____ Marca: _____ Lectura: _____ Resultado: Reactivo <input type="checkbox"/> No reactivo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Responsable: _____	ELISA para confirmación Establecimiento: _____ Fecha recepción: _____ Fecha de realización: _____ Fecha de resultado: _____ Marca: _____ Lectura: _____ Resultado: Reactivo <input type="checkbox"/> No reactivo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Responsable: _____	
WESTERN BLOT Nombre del Establecimiento que confirma prueba: _____ Fecha de recepción de muestra: _____ Fecha de realización: _____ Fecha de resultado: _____ Resultado: Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Responsable: _____		
C. DIAGNÓSTICO FINAL DE CASO Clasificación final de Caso (se completará esta información con los resultados de laboratorio que confirma muestra y cuadro clínico de paciente) 1. Negativo <input type="checkbox"/> 2. Infección por VIH <input type="checkbox"/> 3. Caso SIDA <input type="checkbox"/> 4. Seguimiento <input type="checkbox"/> 5. Caso Conocido <input type="checkbox"/>		
EXÁMENES QUE FUNDAMENTAN EL DIAGNÓSTICO Nombre del Establecimiento que realiza la prueba: _____ Fecha de toma de muestra: _____ Fecha de realización: _____ Fecha de resultado: _____ Prueba Rápida <input type="checkbox"/> Marca _____ Reactiva <input type="checkbox"/> No Reactiva <input type="checkbox"/> Indeterminada <input type="checkbox"/> ELISA <input type="checkbox"/> Marca _____ Lectura _____ Reactiva <input type="checkbox"/> No Reactiva <input type="checkbox"/> Indeterminada <input type="checkbox"/> Responsable: _____		
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social		

ANEXO N°12: FORMULARIO DEL MINSAL PARA SOLICITUD DE CARGA VIRAL Y CD4.



Fecha: ____ / ____ / ____ <small>(dd / mm / aa)</small>		Nombre del Establecimiento: _____	
		No. Expediente/Afiliación: _____	
No. DUI: _____		Fecha de nacimiento: (dd/mm/aa) ____ / ____ / ____	
Apellidos: _____		Edad: Años ____ Mes ____ Días ____	
Nombres: _____		Sexo: Masc <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
Si es menor de edad, nombre completo de madre o responsable: _____			
No. DUI de la madre: _____		No. Expediente de la madre: _____	
Dirección Completa: _____		Área Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Nacionalidad: _____ Teléfono: _____
Municipio: _____		Departamento: _____	
Tipo de Muestra Basal <input type="checkbox"/> Control <input type="checkbox"/>		En TAR: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de inicio de TAR: ____ / ____ / ____ Tipo de TAR: Nucleosido <input type="checkbox"/> No Nucleosido <input type="checkbox"/> IP <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	
		Examen solicitado Carga Viral Estándar <input type="checkbox"/> Ultrasensible <input type="checkbox"/> CD 4 <input type="checkbox"/>	
RECIÉN NACIDO (completar si corresponde) Hijo de madre VIH (+): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de Parto ____ / ____ / ____ Parto múltiple: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Madre llevó Control Prenatal: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> RN recibió TAR: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tipo de Parto: Cesárea <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Establecimiento que atendió el parto: _____		MUJER GESTANTE O POST PARTO (completar si corresponde) Gestante VIH (+) conocida: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Con TAR Previo a embarazo: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En Control Prenatal: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Establecimiento donde lleva(o) el Control Prenatal: _____ Periodo de inicio TAR: Durante el embarazo <input type="checkbox"/> Durante trabajo de parto <input type="checkbox"/> Post Parto <input type="checkbox"/> Semanas de gestación cuando inició TAR: _____	

Nombre del Médico Responsable _____

Firma y Sello _____

Este formulario deberá ser llenado en forma completa y con letra legible por personal que indicó el examen

ANEXO N°13: HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

“Incidencia de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), en pacientes de 18-45 años de edad que consultaron la unidad comunitaria en salud familiar san miguel en el periodo de enero a agosto de 2014.”

FECHA: _____

A QUIEN CORRESPONDE:

YO: _____ **CON**

NUMERO DE DUI: _____ **DECLARO, LIBRE Y VOLUNTARIO(A),**

DESPUES DE HABERSEME EXPLICADO LOS RIESGOS Y BENEFICIOS

SOBRE ESTE ESTUDIO; ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE

INVESTIGACION CLINICA QUE SE REALIZARA EN LA UCSF

_____ **EN LA UNIVERDAD NACIONAL DE EL**

SALVADOR.

OBJETIVO PRINCIPAL ES:

INVESTIGAR LA INCIDENCIA DE INFECCION POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), EN PACIENTES DE 18-45 AÑOS DE EDAD QUE CONSULTARON LA UNIDAD COMUNITARIA EN SALUD FAMILIAR SAN MIGUEL EN EL PERIODO DE ENERO A AGOSTO DE 2014.

Entiendo que estaré sometido a los siguientes procedimientos:

1. Historia clínica.

2. Encuesta.

Los cuales no determinan riesgos directos para mi salud, se me ha informado por medio de consejería muy explícitas y claras que soy libre de retirarme del estudio en el momento en que así lo decida y estoy consciente de que estos resultados no confidenciales

Nombre y apellidos: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

*Formulario de participación voluntaria de estudio

ANEXO N°14: MATERIAL EDUCATIVO DEL MINSAL

Si tienes alguno de estos síntomas acércate a las clínicas de: ITS/VIH

RECUERDA: NO TE AUTOMEDIQUES

PUEDES ACUDIR A LOS SIGUIENTES ESTABLECIMIENTOS:

ATENCIÓN VOLUNTARIA, GRATUITA Y CONFIDENCIAL

CLINICAS ITS/VIH (San Salvador):
 • Unidad de Salud de Concepción:
 Pinar Ma. Calle Oriente #715
 Teléfono: 2221-1815
 Horario: 7:00 am - 5:00 pm

CLINICAS ITS/VIH (San Miguel):
 • Unidad de Salud de San Miguel: 2da Calle Poniente #306
 Barrio San Felipe, Teléfono: 2661-2131
 Horario: 7:00 am - 3:00 pm

CLINICAS ITS/VIH (Sonsonate):
 • Unidad de Salud de Sonzacate: Km 63 1/2, Carretera a San Salvador
 Contigón a Agape, Sonzacate, Teléfono: 2451-7992
 Horario: 7:30 am - 3:30 pm

INFORMATE Y HAZ USO DE TU LINEA CONFIDENCIAL:

Línea GRATIS al: **800-7012 SIDA TEL**

SIGNOS Y SINTOMAS DE VIH

Uso correcto Del Condón

El uso correcto y consistente de condones látex puede disminuir significativamente, pero no eliminar, el riesgo de adquirir el VIH. El uso correcto y consistente de condones látex puede disminuir el riesgo de contraer la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y también reducir el riesgo de contraer la infección por el virus de la hepatitis B y C. No reduce el riesgo de Chancroido y algunas otras infecciones solamente cuando se usa correctamente y en conjunto con otros métodos.

Para usar correctamente el condón de látex debes seguir los siguientes pasos que son muy simples:

- 1** Retirar el condón de su empaque sin romperlo.
- 2** Verificar que el condón esté sellado y que no haya sido usado anteriormente.
- 3** Desmenujar el condón con los dedos, retirando el rollo de protección.
- 4** Colocar el condón sobre el pene erecto, asegurándose de que el borde del condón quede en la base del pene.
- 5** Retirar el condón después de la eyaculación, sujetando el borde del condón con los dedos.
- 6** Tirar el condón usado a la basura, nunca reutilizarlo.

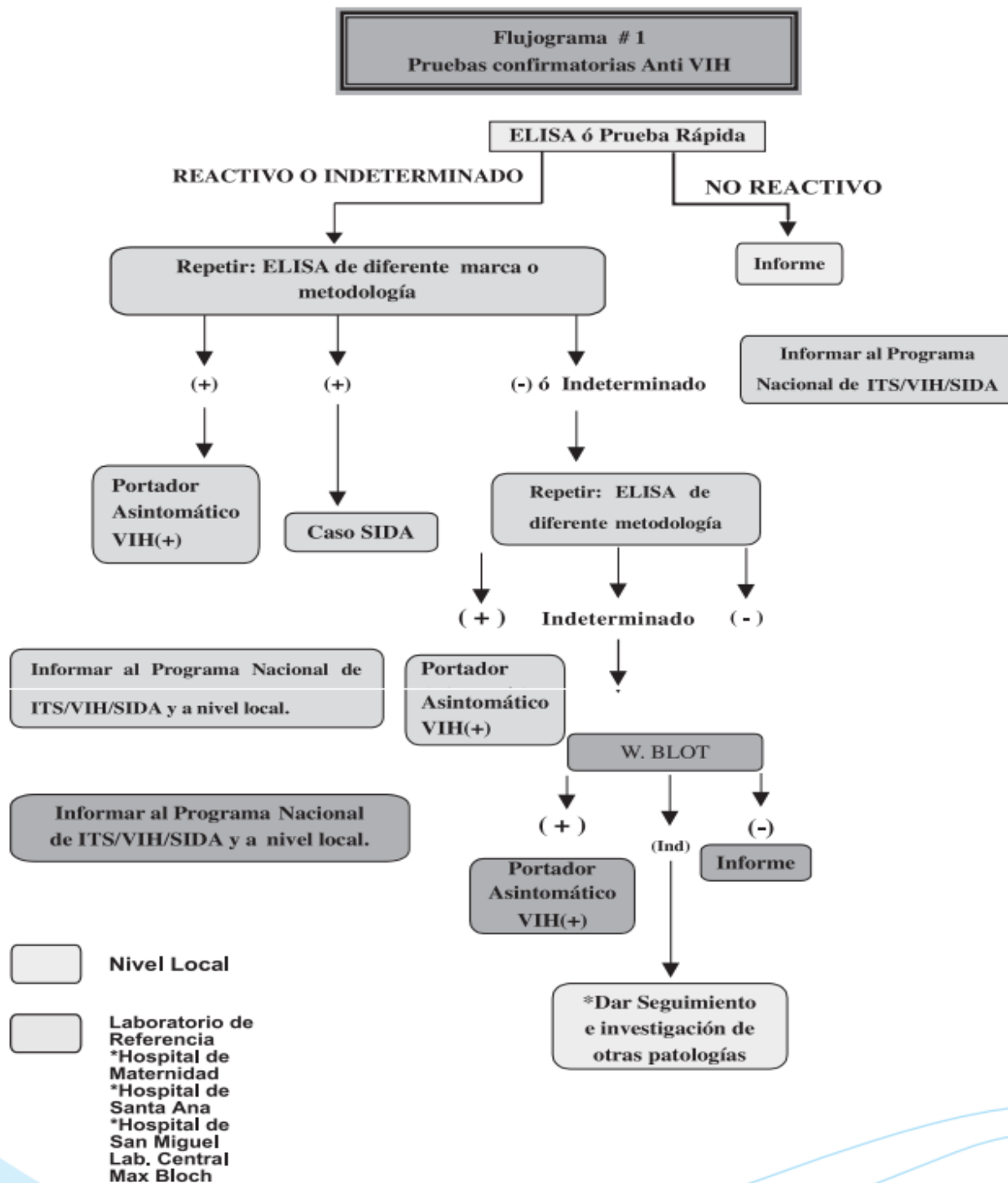
Y no olvides...

- Usar un condón nuevo para cada acto sexual.
- Usar un condón nuevo para cada pareja sexual.
- Usar un condón nuevo para cada acto de penetración vaginal o anal.

Usa un condón siempre

USO CORRECTO DE PRESERVATIVO

ANEXO 15: FLUJograma PRUEBAS DE VIH



ANEXO N° 16: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

DATOS DE IDENTIFICACION

- 1) Nombre
- 2) Edad:
- 3) Sexo:
- 4) Estado civil:
S____ C____ A____ D____ V____
- 5) Ocupación:
- 6) Área:

Rural: _____ Urbana: _____
- 7) Nivel de estudio o educación:

Ninguna_____ Primaria: _____ Secundaria: _____ Educación superior: _____

PERTENENCIA A GRUPO DE RIESGO:

- 8) ¿Preferencia sexual? Heterosexual: _____ Homosexual: _____ Bisexual_____
- 9) ¿A qué grupo de riesgo pertenece?
HSH: _____ Población Transexual: _____ Trabajadoras del sexo: _____
Población móvil: _____ Alcoholismo y o /Drogadicción: _____
Ninguno_____

Alcoholismo y o /Drogadicción: Se estudiaran por separado

FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES PARA VIH

10) ¿Número de parejas actuales?

0_____ 1_____ 2_____ 3 o Más: _____

11) ¿Se encuentra actualmente sexualmente activo?

SI_____ NO_____

12) ¿Tiene alguna pareja que sea VIH positiva?

SI_____ NO_____

13) ¿A qué edad inicio relaciones sexuales?

Antes de los 15 años_____ de 16 a 20 años_____ de 20 a 25_____ Más de
25_____

14) ¿Número de parejas sexuales en el último año?

1_____ 2_____ 3_____ Más de 3_____

15) ¿Ha tenido relaciones sexuales con trabajadoras del sexo?

SI_____ NO_____

16) ¿Consume drogas?

SI_____ NO_____

17) ¿Si la respuesta anterior fue si cual/es drogas consume?

Drogas Endovenosas: SI_____ NO_____ Otros tipo de droga; especifique:

18) ¿Ha realizado usted tatuajes en su cuerpo en los últimos 3 años?

SI _____ NO _____

19) ¿Según su conocimiento cual fue la vía de transmisión de su enfermedad?

Sexual _____ Drogas EV _____ Transfusión _____ Tatuajes _____

No sabe _____ Otra: especifique _____

20) ¿Usa regularmente condón en todas sus relaciones sexuales?

SI _____ NO _____

21) ¿Su pareja utiliza?

SI _____ NO _____ NO APLICA _____

22) ¿Hace cuanto tiempo recibió una transfusión de sangre?

Menos de un año: _____ de 1 a 2 años _____ Hace 3 años o más: _____

Nunca ha recibido transfusiones de sangre _____

ANEXO 17: FOTOGRAFIAS DE TRABAJO DE INVESTIGACION EN UCSF SAN MIGUEL



Foto 1: Izquierda a derecha. Carlos Carballo, dra. Argueta, personal de laboratorio clínico, Gerardo Salmerón.

Foto 2: Izquierda a derecha .dra.Argueta, Sr. Damas, Lic Laboratorio clínico, Carlos Carballo





Izquierda a derecha Lic.Luna, dra. Argueta, Jorge Ventura, colaborador.

ANEXO N° 18: PUBLICACION DIARIO DE HOY 24 DE NOVIEMBRE DE 2014.

YAMILETH CÁCERES NACIONAL@ELDIARIODEHOY.COM

Lunes, 24 de Noviembre de 2014

El 60 por ciento de los nuevos casos de VIH se registra en personas jóvenes, entre los 20 y 39 años, de acuerdo con datos del Ministerio de Salud (Minsal) de este año.

Salvador Sorto, del Programa de ITS/VIH/Sida, dijo que entre enero y el 31 de octubre de 2014 unas 1,121 personas fueron diagnosticadas con la infección. El 63.7 % de se grupo eran hombres. Sorto agregó que la zona urbana es la que presenta más casos.

En El Salvador, el primer caso de VIH fue diagnosticado en 1984, hace 30 años. Desde esa fecha hasta el 31 de octubre de 2014 han sido diagnosticadas con VIH 31,827 personas. El 62.5 por ciento de ellos es hombres y un 37.5 por ciento mujer.

El Minsal detalló que el seis por ciento de las nuevas infección se presentó en niños y adolescentes, que van desde los diez a los 19 años.

Sorto dijo ayer en el Programa Viva la Salud que "los "hombres que tienen relaciones sexuales ocasionales son el grupo con más infección de VIH".

En el país, el 98.3 por ciento de la transmisión es a través de las relaciones sexuales. A la fecha no se registra caso de transmisión por uso de drogas intravenosas.

Por su parte, la ministra de Salud, Violeta Menjivar, manifestó que en los últimos años los casos nuevos se han reducido, también las cifras de transmisión vertical, de madre a hijo.

"Tenemos que seguir trabajando en evitar el estigma y la discriminación de las personas que viven con VIH, ya no se vale que hagamos que las personas que vivan con VIH se aíslen, sientan pena o culpa",

La ministra expresó que en El Salvador, más del 90 por ciento de los afectados reciben antirretrovirales. Sorto agregó que en el mundo se notifican 2.3 millones de nuevas infecciones y que 1.6 millones han muerto por el sida.

El 1 de diciembre es el Día Mundial del sida. De acuerdo a Onusida, el VIH es la principal causa de muerte entre las mujeres en edad reproductiva.

En el mundo, en 2013, casi el 60 por ciento de los nuevos casos entre los jóvenes de 15 a 24 años se produjeron en hembras. El 30 de noviembre, la Comisión Nacional contra el Sida (Conasida) desarrollará la tercera caminata por la vida.