

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“SITUACIÓN DE SALUD EN PACIENTES FEMENINAS EN
EDAD REPRODUCTIVA CON DIAGNÓSTICO DEL VIRUS DE
INMUNODEFICIENCIA HUMANA -VIH- Y SÍNDROME DE
INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA -SIDA-”**

Estudio descriptivo retrospectivo realizado en la clínica de enfermedades
infecciosas del departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt

enero 2005 a diciembre 2009

Tesis

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

Por

**Yeseñia Marisol de León de León
Adi Salatiel Sánchez Regalado
Sandra Grisell Sanchinelli López
Denise Jennifer Alicia Ramírez Leonardo
Geraldí Julieta Muñoz de León
Ana María Hernández Rodríguez
Sindy Yolanda Pérez Vásquez
Jorge Mario Lemus Merino**

Médico y Cirujano

Guatemala, junio de 2010

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

**“SITUACIÓN DE SALUD EN PACIENTES FEMENINAS EN
EDAD REPRODUCTIVA CON DIAGNÓSTICO DEL VIRUS DE
INMUNODEFICIENCIA HUMANA -VIH- Y SÍNDROME DE
INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA -SIDA-”**

Estudio descriptivo retrospectivo realizado en la clínica de enfermedades
infecciosas del departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt

enero 2005 a diciembre 2009

**Yeseñia Marisol de León de León
Adi Salatiel Sánchez Regalado
Sandra Grisell Sanchinelli López
Denise Jennifer Alicia Ramírez Leonardo
Geraldí Julieta Muñoz de León
Ana María Hernández Rodríguez
Sindy Yolanda Pérez Vásquez
Jorge Mario Lemus Merino**

Médico y Cirujano

Guatemala, junio de 2010

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

Los estudiantes:

Yeseña Marisol de León de León	200110548
Adi Salatiel Sánchez Regalado	200210035
Sandra Grisell Sanchinelli López	200210314
Denise Jennifer Alicia Ramírez Leonardo	200210447
Geraldi Julieta Muñoz de León	200310411
Ana María Hernández Rodríguez	200310678
Sindy Yolanda Pérez Vásquez	200311181
Jorge Mario Lemus Merino	200417750

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

**"SITUACIÓN DE SALUD EN PACIENTES FEMENINAS EN
EDAD REPRODUCTIVA CON DIAGNÓSTICO DEL VIRUS DE
INMUNODEFICIENCIA HUMANA -VIH- Y SÍNDROME DE
INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA -SIDA-**

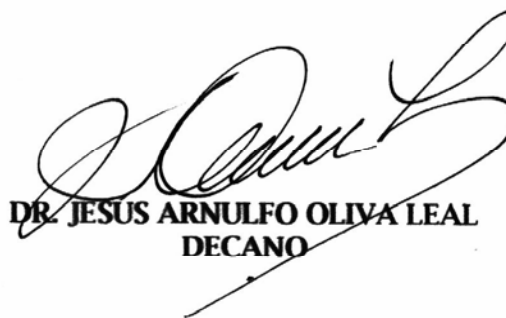
Estudio descriptivo retrospectivo realizado en la clínica de enfermedades infecciosas del departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt

enero 2005 a diciembre 2009

Trabajo asesorado por el Dr. Oliver Adrián Valiente Hernández y revisado por la Dra. Vivian Karina Linares Leal, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, a los diecisiete días de junio del dos mil diez


DR. JESUS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO



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

Los estudiantes:

Yeseña Marisol de León de León	200110548
Adi Salatiel Sánchez Regalado	200210035
Sandra Grisell Sanchinelli López	200210314
Denise Jennifer Alicia Ramírez Leonardo	200210447
Geraldi Julieta Muñoz de León	200310411
Ana María Hernández Rodríguez	200310678
Sindy Yolanda Pérez Vásquez	200311181
Jorge Mario Lemus Merino	200417750

han presentado el trabajo de graduación titulado:

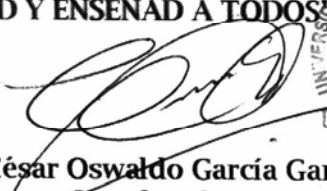
**"SITUACIÓN DE SALUD EN PACIENTES FEMENINAS EN
EDAD REPRODUCTIVA CON DIAGNÓSTICO DEL VIRUS DE
INMUNODEFICIENCIA HUMANA -VIH- Y SÍNDROME DE
INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA -SIDA-**

Estudio descriptivo retrospectivo realizado en la clínica de enfermedades infecciosas del departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt

enero 2005 a diciembre 2009

El cual ha sido **revisado y corregido**, y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se les autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, el diecisiete de junio del dos mil diez.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dr. César Oswaldo García García
Coordinador
Unidad de Trabajos de Graduación



Guatemala, 17 de junio del 2010

Doctor
César Oswaldo García García
Unidad de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informo que los estudiantes abajo firmantes,

Yeseña Marisol de León de León

Adi Salatiel Sánchez Regalado

Sandra Grisell Sanchinelli López

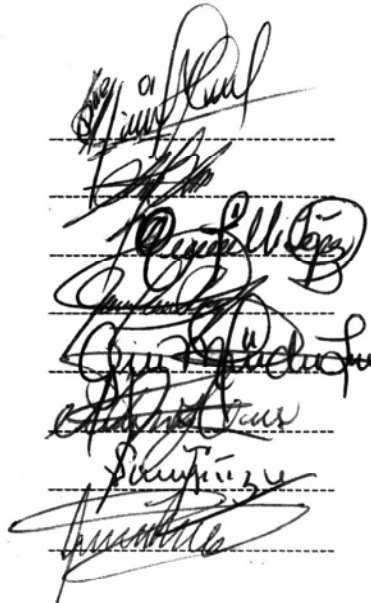
Denise Jennifer Alicia Ramírez Leonardo

Geraldi Julieta Muñoz de León

Ana María Hernández Rodríguez

Sindy Yolanda Pérez Vásquez

Jorge Mario Lemus Merino



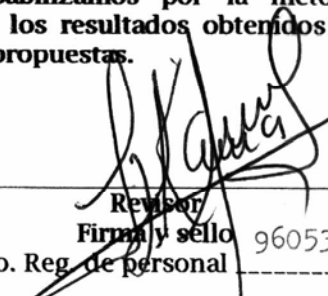
Presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

**"SITUACIÓN DE SALUD EN PACIENTES FEMENINAS EN
EDAD REPRODUCTIVA CON DIAGNÓSTICO DEL VIRUS DE
INMUNODEFICIENCIA HUMANA -VIH- Y SÍNDROME DE
INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA -SIDA-**

Estudio descriptivo retrospectivo realizado en la clínica de enfermedades infecciosas
del departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt

enero 2005 a diciembre 2009

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



Revisor
Firma y sello 960539
No. Reg. de personal

Dra. Karina Linares L.
MEDICINA INTERNA
Col. 7681

RESUMEN

Objetivo: Determinar la situación de salud en pacientes femeninas en edad reproductiva con diagnóstico de virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009. **Metodología:** Estudio descriptivo-retrospectivo, mediante revisión sistemática de 1,000 registros médicos de pacientes a estudio. **Resultados:** Las características socio-demográficas más prevalentes fueron: edad entre 20-34 años (66%), procedencia de Guatemala (38%), alfabetas (75%), no indígenas (81%), amas de casa (73%), heterosexuales (99%), en unión libre (40%); de las infecciones de transmisión sexual y enfermedades oportunistas se encontraron herpes genital (25%) y candidiasis (62%) respectivamente; 45% presentó estado nutricional normal; el estadio clínico más prevalente fue C3 (32%); la impresión clínica y el hallazgo psicológico más frecuentes fueron depresión (51%) y tristeza (27%); de las citologías anormales la lesión más frecuente fue virus del papiloma humano (46%) y el avance de estas en gestantes fue de virus del papiloma humano a neoplasia intracervical I (48%); el porcentaje de abandono del tratamiento antirretroviral fue de 20%. **Conclusiones:** La situación de salud de las pacientes femeninas guatemaltecas en edad reproductiva con diagnóstico de virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida estudiadas incluye ser ama de casa, de 20 a 34 años, unida, alfabeta, no indígena, heterosexual, con estado nutricional normal, con enfermedades tanto físicas: infecciones de transmisión sexual (herpes genital), enfermedades oportunistas (candidiasis), ginecológicas (lesiones de cérvix); como psicológicas (depresión) y con altas tasas de abandono de tratamiento antirretroviral.

Palabras Clave: salud, mujer en edad reproductiva, virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVOS	5
2.1. Objetivo General	5
2.2. Objetivos específicos	5
3. MARCO TEÓRICO.....	7
3.1. Caracterización epidemiológica y generalidades del VIH/SIDA.....	8
3.1.1. Virus de inmunodeficiencia humana (VIH).....	9
3.1.2. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)	10
3.1.3. Clasificación de infección VIH/SIDA del CDC de 1993	11
3.2. Infecciones de transmisión sexual (ITS)	12
3.2.1. Sífilis.....	12
3.2.2. Herpes.....	13
3.2.3. Hepatitis	13
3.3. Enfermedades oportunistas	14
3.3.1. Tuberculosis (TB).....	14
3.3.2. Candidiasis.....	14
3.3.3. Infección por Citomegalovirus (CMV)	14
3.3.4. Toxoplasmosis	15
3.3.5. Síndrome diarreico crónico	15
3.3.6. Histoplasmosis	16
3.4. Estado nutricional	16
3.4.1. Importancia de los factores nutricionales en la progresión de VIH a SIDA. 17	
3.4.2. Patrones de pérdida de peso en el VIH/SIDA.....	17
3.5. Evaluación psicológica.....	19
3.5.1. Test de Hamilton	19
3.5.2. Examen mental	19
3.5.3. Procesamiento de la Información.....	20
3.5.4. Impresiones Clínicas Psicológicas en pacientes con el VIH/SIDA	20
3.5.4.1. Depresión.....	20
3.5.4.2. Ansiedad	20
3.5.5. Entrevistas de devolución	21
3.5.6. Informe Final	21
3.6. Lesiones de bajo y alto grado de cérvix.....	21

3.6.1.	Factores determinantes y cofactores	22
3.6.2.	Lesiones precursoras	22
3.6.3.	Diagnóstico	23
3.6.4.	Clasificación: Sistema Bethesda	23
3.7.	Avance de lesiones de bajo y alto grado de cérvix en pacientes gestantes	24
3.7.1.	Cambios histológicos del cérvix	24
3.8.	Abandono del tratamiento antirretroviral (ARV)	25
3.8.1.	Adherencia o abandono del tratamiento ARV	26
4.	METODOLOGÍA	28
4.1.	Tipo y diseño de investigación	29
4.2.	Unidad de análisis	29
4.2.1.	Unidad Primaria de Muestreo	29
4.2.2.	Unidad de Análisis:	29
4.2.3.	Unidad de información:	29
4.3.	Población y muestra	29
4.3.1.	Población o universo	29
4.3.2.	Marco Muestral	29
4.3.3.	Muestra	29
4.4.	Selección de los sujetos a estudio	30
4.5.	Definición y operacionalización de variables	31
4.6.	Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos	35
4.5.1.	Técnica	35
4.5.2.	Procedimiento	35
4.5.3.	Instrumento	36
4.6.	Procesamiento y análisis de datos	36
4.6.1.	Procesamiento	36
4.6.2.	Análisis	37
4.7.	Alcances y límites de la investigación	37
4.7.1.	Alcances	37
4.7.2.	Límites	37
4.8.	Aspectos éticos de la investigación	38
5.	RESULTADOS	39
6.	DISCUSIÓN	53

7. CONCLUSIONES.....	61
8. RECOMENDACIONES	63
9. APORTES	65
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
11. ANEXOS	79
11.1. Instrumento de recolección de datos	79
11.2. Tablas de las gráficas de los resultados	82

1. INTRODUCCIÓN

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) constituye una de las principales causas de morbi-mortalidad a nivel mundial; el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) reportó hasta el 2008 un total de 33.4 millones de personas que viven con el VIH y de estos 15.7 millones son mujeres, en Centroamérica de acuerdo con informes del Banco Mundial la razón hombre/mujer de la población seropositiva centroamericana ha disminuido de 2.3:1 en 1982 a 1.8: 1 en 2004, a nivel nacional afecta aproximadamente a 19,835 personas, de los cuales 30% son mujeres en edad reproductiva¹; siendo los departamentos de mayor prevalencia en orden de prioridad: Suchitepéquez, Escuintla, Guatemala e Izabal. (1, 2, 3, 4, 5)

Después de casi 30 años de epidemia de VIH/SIDA, la desigualdad persistente de género y las violaciones de los derechos humanos, que colocan a las mujeres en una situación de mayor riesgo y vulnerabilidad al VIH/SIDA, siguen obstaculizando los progresos y los logros conseguidos en la prevención de la transmisión de la infección y el acceso creciente a tratamiento antirretroviral. Las mujeres jóvenes son a menudo vulnerables a la infección, y corren un alto riesgo de violaciones de sus derechos humanos, esto junto con la discriminación influyen tanto en la propagación del VIH/SIDA como en el acceso de las mujeres a asistencia y tratamiento. Los factores socioeconómicos interactúan de formas complejas con la epidemia de VIH/SIDA, la urbanización, la planificación y diseño deficientes de las ciudades, los asentamientos informales y la falta de acceso a vivienda influyen en el grado de inseguridad de las mujeres y crean condiciones que les confieren un mayor riesgo de infección y limitan su acceso a servicios públicos. Además la migración y el desplazamiento forzados aumentan el riesgo de que las mujeres se vean privadas de los tan necesarios servicios de salud reproductiva y es probable que interrumpan su acceso al tratamiento. (2, 3, 6)

En general, el VIH/SIDA ocasiona mayor morbilidad, ya sea por afecciones ginecológicas, infecciones de transmisión sexual, enfermedades oportunistas, estado nutricional deficiente, abandono del tratamiento antirretroviral o alteraciones emocionales, aumentando con esto el riesgo de muerte.

¹ Según la definición proporcionada por la Organización Mundial de la Salud se considera mujer en edad reproductiva o fértil a toda mujer entre las edades de 15 a 49 años.

Dada la importancia de la pandemia, se crearon organizaciones a nivel nacional comprometidas a combatir la infección, de estas instituciones cabe destacar la Clínica de Enfermedades Infecciosas del departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt (CEI), la cual desde que abrió sus puertas en el año 1989 ha proporcionado una atención integral a pacientes viviendo con VIH/SIDA reportando hasta abril del 2005, un total de 3,985 personas que viven con el VIH y 2,186 con diagnóstico de SIDA. (7)

El presente estudio es de tipo descriptivo-retrospectivo realizado en la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt, la Unidad de análisis fueron los registros clínicos completos correspondientes al período de enero 2005 a diciembre 2009, de los cuales se extrajo los datos sobre las esferas de caracterización epidemiológica, infecciones de transmisión sexual y enfermedades oportunistas, estado nutricional, hallazgo e impresión clínica psicológica, enfermedades de transmisión sexual y enfermedades oportunistas, lesiones de bajo y alto grado de cérvix y su avance durante la gestación, así como las causas del abandono del tratamiento antirretroviral; todo lo mencionado anteriormente con el fin de conocer la situación de salud de la paciente femenina con VIH/SIDA en edad reproductiva desde distintos enfoques cuyas variables en conjunto no han sido anteriormente estudiadas.

Con esta investigación se obtuvieron los siguientes resultados: El grupo etario más prevalente se encuentra entre 25-29 años, en cuanto a la procedencia el mayor número de casos atendidos son de Guatemala con un 37.6% seguido por Escuintla con 19.3%; en relación a la escolaridad, la mayor frecuencia de pacientes son alfabetas, con un total de 74.6%; en cuanto al grupo étnico predomina el no indígena con un total de 80.7%, en cuanto a la ocupación la mayoría son ama de casa con un total de 72.7%, seguida por comerciantes con 11.6%; en relación a la orientación sexual se encuentra un total de 98.9% heterosexuales. Según la clasificación para la definición de casos de infección por VIH/SIDA el 32% se encontraron en el estadio clínico C3 al momento de la primera consulta; la prevalencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) se encontró en un 33.2% de las pacientes; correspondiendo al mayor predominio el Herpes Genital con un 25%, seguido por papilomatosis con 21% y Herpes Zóster con 18%; la enfermedad oportunista (EO) con mayor frecuencia fue candidiasis (oral, genital y esofágica) con 62.4%, y síndrome diarreico crónico 15.9%. Se puede observar que el mayor porcentaje de las pacientes al momento del diagnóstico se encuentra con un estado nutricional

normal con 44.7%, seguido por sobrepeso y desnutrición proteico calórica (DPC) leve con 19.7% y 4.7%, respectivamente. De 546 registros médicos que se encuentran con citología se reportó lo siguiente: negativo para malignidad un 71%; además la lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LEIBG) compatible con virus de papiloma humano (HPV) fue la más prevalente con 45.6%, en cuanto al avance de lesiones ginecológicas, se obtiene un subgrupo de 93 pacientes gestantes, de las cuales, 45 presentan avances de lesiones de cérvix, la progresión más frecuente es HPV a neoplasia intracervical grado I (NIC I) que corresponde a un 48%, seguido de la progresión de lesiones de bajo a alto grado según Bethesda como HPV a NIC II con 15%. Los resultados obtenidos en la esfera psicológica revelan que la impresión clínica psicológica más frecuente es la depresión, constituyendo el 51.04% de los casos, en segundo lugar se encuentra la ansiedad con 16.22%; el hallazgo psicológico más frecuente fue la tristeza con 26.26%. Se puede observar que de un total de 923 pacientes que iniciaron tratamiento antirretroviral (ARV), el 20% abandonó dicho tratamiento; siendo la principal causa de abandono el factor económico con un 20.6%.

Con lo anterior se concluyó que la edad promedio de las pacientes con VIH/SIDA que asisten a la CEI es de 20 a 34 años, el departamento con mayor procedencia fue Guatemala, la mayoría de pacientes son alfabetas y de etnia no indígena, la ocupación mas frecuente fue ama de casa, la orientación sexual de mayor predominio es heterosexual, el estado civil con mayor frecuencia es la unión libre; la prevalencia de ITS con mayor predominio es el Herpes genital. La prevalencia de Enfermedades Oportunistas con mayor predominio es Candidiasis (oral, esofágica y genital), la mayoría de las pacientes cursaron con un estado Nutricional Normal según el índice de masa corporal (IMC), la impresión clínica psicológica más frecuentemente encontrada fue la depresión, el hallazgo psicológico con mayor frecuencia es la tristeza; con relación a la prevalencia de lesiones de cérvix la lesión con mayor predominio fue causada por HPV, el avance de lesiones de cérvix en pacientes gestantes mas frecuentes fue de HPV - NIC I, la principal causa de abandono de tratamiento ARV se atribuyó al factor económico, durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Determinar la situación de salud en pacientes femeninas en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt de Guatemala durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009.

2.2. Objetivos específicos

- 2.2.1.** Identificar las características socio-demográficas.
- 2.2.2.** Cuantificar la proporción de infecciones de transmisión sexual, enfermedades oportunistas, estado nutricional y el estadio clínico de VIH/SIDA.
- 2.2.3.** Determinar la impresión clínica psicológica y los hallazgos psicológicos de mayor prevalencia.
- 2.2.4.** Cuantificar la proporción de lesiones de cérvix de bajo y alto grado en pacientes no gestantes y el avance de las lesiones en la paciente gestante según la clasificación de BETHESDA.
- 2.2.5.** Determinar el porcentaje de abandono del tratamiento antirretroviral.

3. MARCO TEÓRICO

La clínica de enfermedades infecciosas del Hospital Roosevelt se encuentra ubicada en la zona 11 de esta capital, inicia labores en 1989, siendo la división de seguimiento por consulta externa de la unidad de enfermedades infecciosas del departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt de la ciudad de Guatemala. (7)

La clínica de enfermedades infecciosas es una clínica multidisciplinaria, está conformada por: una secretaria, un laboratorio, clínicas médicas, clínica de nutrición, clínica de psicología, clínica de trabajo social y clínica de farmacia. Se encuentra integrada por un jefe de la clínica de Infecciosas (Dr. Carlos Mejía), 8 médicos (4 residentes de Medicina, 2 médicos Pediatras, 1 médica gineco-obstetra de planta y estudiantes de medicina), un coordinador de laboratorio, un sub-coordinador de laboratorio, 10 técnicos de laboratorio, 1 Químico Biólogo, un estudiante de Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) de laboratorio, un médico epidemiólogo. En la coordinación administrativa y financiera se cuenta con una secretaria, una encargada de compras, un asistente en compras, una encargada de recursos humanos, una secretaria asistente de recursos humanos y un mensajero. En la coordinación de nutrición se cuenta con una Licenciada en nutrición y una estudiante EPS. En la coordinación de farmacia hay una sub-coordinadora, 5 Químicos farmacéuticos y 4 técnicos de farmacia. En la sección de Microbiología hay una sub-coordinadora de microbiología, 2 químicos biólogos y un técnico de microbiología. También se cuenta con una supervisora de clínica, 3 enfermeras y 2 enfermeras auxiliares, 2 educadoras, 2 secretarias recepcionistas, una secretaria de archivo, 3 auxiliares de intendencia, una supervisora de pediatría, 1 enfermera, 3 consejeras, 4 digitadores; en la sección de la coordinación de trabajo social hay 2 trabajadores sociales. En la coordinación de psicología se cuenta con 2 psicólogas y estudiantes EPS. Se promueve y realiza el Papanicolaou cada 6-12 meses desde el año 2007 y antes de ello cada 12 meses. Además se brinda cuidado prenatal a la mujer VIH positivo y se cuenta con un programa de planificación familiar. (7)

La atención es integral para todo consultante, en promedio 100 nuevas consultas y de 300 a 400 reconsultas al mes, los pacientes provienen de diferentes departamentos de Guatemala. (7)

3.1. Caracterización epidemiológica y generalidades del VIH/SIDA

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) constituye en la actualidad una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. ONUSIDA estima que, desde el inicio de la pandemia, más de 60 millones de personas se han infectado por el VIH, de las que un tercio han fallecido. Desde la descripción de los primeros casos a principios de la década de los ochenta, la infección en VIH/SIDA se ha convertido en la primera pandemia del siglo XXI. Según datos del 2010, el porcentaje de mujeres adultas que vive con VIH/SIDA a nivel mundial se ubicó en un 50%. (6,8,9)

En Guatemala, para el 2005, las mujeres representan el 51.3% de la población total. Para el 2004, se tiene un total de 3, 002,000 mujeres, de estos el 48% del total tenían entre 15 y 49 años de edad. El problema de VIH/SIDA, ha tomado gran auge en toda la República de Guatemala, siendo los lugares con mayor prevalencia de casos Escuintla, Alta Verapaz, Zacapa, Chiquimula e Izabal datos obtenidos de la CEI reportados en el 2008. (9)

En el Departamento de Guatemala, se encuentra la Clínica de Enfermedades Infecciosas (CEI), la cual es parte del Hospital Roosevelt, en donde desde el comienzo de la clínica, se tiene un recuento de personas atendidas de 3,985 que viven con el VIH, y 2,186 se diagnosticaron con el SIDA. Según datos de la CEI, para el 2003 se registraron de 12 a 19 casos nuevos por cada 100 pacientes atendidos, para el año 2007 aumentaron de 17 a 27 casos nuevos por cada 100 consultantes mensuales, lo que evidencia el aumento de los casos en el país. El análisis de la incidencia según sexo indica que la conducta de riesgo se presenta tanto en mujeres como en hombres, siendo en hombres de 1.57 veces más que la mujer y el riesgo calculado para la mujer fue de 0.67. Con relación al estado civil, el hombre soltero tiene un riesgo más elevado que la mujer soltera, mientras que el riesgo entre hombres y mujeres casados varía; en los últimos 5 años el de los hombres ha disminuido y el de la mujer ha aumentado; con respecto a la procedencia se identificó, durante el periodo del 2003 al 2007, una prevalencia mayoritaria en Escuintla del 40.7% en relación con otros departamentos. (7)

3.1.1. Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

Es el virus causante del SIDA. Según el Comité Internacional de Taxonomía de Virus (ICTV) el VIH se incluye en el género *Lentivirus*, de la subfamilia *Orthoretrovirinae* de la familia *Retroviridae*. Fue descubierto e identificado por el equipo de Luc Montagnier en Francia en 1983. El virión es esférico, dotado de una envoltura y con una cápside proteica. Su genoma, presente en el núcleo, es una cadena de ácido ribonucleico (ARN) monocatenario que debe copiarse a ácido desoxirribonucleico (ADN) para poder multiplicarse e integrarse en el genoma de la célula que infecta. En la célula T el núcleo contiene el material genético en forma de ADN. Una zona importante de la célula es el sitio receptor CD4. El antígeno gp120 del virus es la imagen inversa del receptor CD4. Cuando el VIH logra conectarse a la célula T, el siguiente paso es inyectar su núcleo en la célula. El ARN del virus debe entrar al núcleo de la célula T para cambiar el código de la célula y convertirla en una fábrica de virus. (10,11)

Transmisión: Las tres principales formas de transmisión son:

- Sexual. El acto sexual sin protección. El contagio se produce por el contacto de secreciones infectadas con la mucosa genital, rectal u oral de la otra persona.
- Parenteral. A través de jeringas contaminadas que se da por la utilización de drogas intravenosas o a través de los servicios sanitarios; en hemofílicos, que han recibido una transfusión de sangre contaminada o productos contaminados derivados de la sangre; también durante la realización de piercings, tatuajes y escarificaciones.
- Vertical. El contagio puede ocurrir durante las últimas semanas del embarazo, durante el parto, o al amamantar al bebé. De estas situaciones, el parto es la más problemática. Actualmente, en países desarrollados la transmisión vertical está controlada, ya que desde el inicio del embarazo se proporciona un Tratamiento ARV de Gran Actividad (TARGA), el parto se realiza por cesárea generalmente, se suprime la producción de leche, y con ello la lactancia, e incluso se da tratamiento antiviral al recién nacido. (10,12)

Manifestaciones clínicas: El VIH produce un síndrome, siendo los síntomas y signos más frecuentes: fiebre (96%), linfadenopatía (74%), faringitis (70%), Exantema (70%), Artralgias o mialgias (54%), manifestaciones neurológicas y manifestaciones digestivas. La inmunodepresión transitoria que se produce durante esta fase puede ser profunda y dar lugar a infecciones oportunistas propias de estadios más avanzados. (12)

Manifestaciones de laboratorio

Hematología: En las 2 primeras semanas suele desarrollarse una linfopenia transitoria. Simultáneamente, puede observarse trombocitopenia moderada. A esta fase le sigue, un periodo donde suele desarrollarse una linfocitosis constituida en ocasiones por linfocitos atípicos debido a un aumento de los linfocitos CD8+, dando lugar a la inversión del cociente CD4+/CD8+. La velocidad de sedimentación y la proteína C reactiva pueden aumentar. (13)

Bioquímica hepática: Los valores de fosfatasa alcalina y transaminasas a menudo se encuentran elevados. (13)

Parámetros virológicos e inmunológicos: La primoinfección sintomática se caracteriza por altos títulos virales. Los valores máximos de carga viral y de antígenos p24 se detectan entre 1 a 2 semanas tras el inicio de los síntomas y llegan a hacerse indetectables a las 2 a 4 semanas postexposición. (14)

Diagnóstico: La detección de altos niveles plasmáticos de ARN del VIH ó del antígeno p24 en ausencia de anticuerpos frente al VIH establece el diagnóstico de la infección aguda (periodo ventana). La demostración de la seroconversión posterior mediante pruebas de ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA) y *Western blot* es esencial para confirmar el diagnóstico. (10,11)

3.1.2. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)

Es una enfermedad que afecta a los humanos infectados por el VIH. Una persona infectada por el VIH es seropositiva y pasa a desarrollar un cuadro de SIDA cuando su nivel de linfocitos T CD4 desciende por debajo de 200 células por mililitro de sangre. (13,15)

Historia: La era del SIDA empezó oficialmente el 5 de junio de 1981, cuando el Centers for Disease Control (CDC) de Estados Unidos convocó una conferencia de prensa donde describió cinco casos de neumonía por *Pneumocystis jirovecii* en Los Ángeles. Al mes siguiente, se constataron varios casos de sarcoma de Kaposi. Las primeras constataciones de estos casos fueron realizadas por el Dr. Michael Gottlieb de San Francisco. Las pruebas sanguíneas que se realizaron en estos pacientes mostraron que carecían del número adecuado de células T CD4+. En 1982, la nueva enfermedad fue bautizada oficialmente con el nombre de SIDA. Hasta 1984 se sostuvieron distintas teorías sobre la posible causa, la teoría con más apoyo planteaba que el SIDA era una enfermedad básicamente, epidemiológica. Otras teorías sugieren que el SIDA surgió a causa del excesivo uso de drogas y de la alta actividad sexual con diferentes parejas. La teoría más reconocida actualmente, sostiene que el VIH proviene de un virus llamado “virus de inmunodeficiencia en simios” (SIV, en inglés), el cual es idéntico al VIH y causa síntomas similares al SIDA en otros primates. (15)

3.1.3. Clasificación de infección VIH/SIDA del CDC de 1993

Basada en manifestaciones clínicas y conteo de CD4. (2;16)

- Grupo A: asintomáticos, infección aguda, o Linfadenopatía persistente generalizada (LPG)
- Grupo B: síntomas por VIH
- Grupo C: indicadores de estadios SIDA

Cuadro No. 3.1

Clasificación para la definición de casos de infección VIH/SIDA del CDC*

1993

CATEGORÍA SEGÚN CONTEO DE CD4	A	B	C
	Asintomático infección aguda	Sintomático (no A o C)	Indicador de SIDA
1 (> 500/mm ³)	A1	B1	C1
2 (200 – 499/mm ³)	A2	B2	C2
3 (<200/mm ³)	A3	B3	C3

Fuente: Libro Harrison. Enfermedad por VIH, 2006. (16)

*CDC: Centers for Disease Control

3.2. Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Las ITS son un conjunto de entidades clínicas infectocontagiosas que tienen como principal vía de transmisión el contacto sexual, por intercambio de fluidos, manipulación o roce de piel en la zona genital o por transfusión de sangre. (17,18)

La presencia del VIH/SIDA puede facilitar la transmisión de otras ITS y tiende a hacerlas más agresivas y difíciles de tratar debido a que inhibe el sistema inmunitario. Por lo tanto, la prevención y el manejo de las ITS han adquirido una importancia crítica en lo que a minimizar el impacto de la pandemia del VIH/SIDA se refiere. También está confirmado que la existencia de algunas ITS aumentan en gran medida el riesgo de transmisión del VIH a través de las relaciones sexuales sin protección. El riesgo puede llegar a ser hasta 10 veces mayor, especialmente en los que una ITS como la sífilis, el chancroide o el herpes produce inflamaciones o llagas abiertas en la zona genital o perineal de alguno de los participantes en la relación. (19,20)

3.2.1. Sífilis

La sífilis es causada por el *Treponema Pallidum*. La principal vía de transmisión es la exposición sexual (90%). La enfermedad se caracteriza por diferentes etapas de gravedad que va desde úlceras en piel hasta compromiso del sistema nervioso central (neurosífilis) y cardiovascular. Durante la infección por *Treponema pallidum*, en pacientes coinfectados con VIH, la carga viral aumenta y el recuento de CD4 disminuye temporalmente. En los pacientes con VIH, suele superponerse la sífilis primaria y la secundaria hasta en 75%. (21,22)

Según el sexo, el número de casos notificados en mujeres es levemente superior al del hombre. En Centroamérica la prevalencia de sífilis oscila entre 6.8 y 15.3%. La coinfección de VIH y sífilis fue frecuente, de tal modo que representa aproximadamente el 40% de los casos de sífilis. En Guatemala, se registraron 327 casos de Sífilis, el grupo de edad más afectado fue el comprendido entre 15 – 45 años, y principalmente el género femenino, en un 65%. (23,24)

3.2.2. Herpes

El Virus Herpes Simple se encuentra entre los agentes infecciosos más diseminados a nivel mundial. Existen dos variedades capaces de causar infección en el hombre: el tipo 1 (VHS-1) y el tipo 2 (VHS-2). El VHS-1 es de localización primordialmente extra genital. El VHS-2 es la mayor causa de herpes genital. La persistencia de la infección y la recurrencia de las lesiones son un fenómeno frecuente tanto para el VHS-1 como para el VHS-2 y por lo común se producen por reactivación endógena. (25,26)

A nivel mundial, el VHS-2 ha mostrado un incremento de 30% en las últimas dos décadas. En un estudio realizado en Guatemala se encontró que de 995 personas VIH positivas, 47 presentaron herpes asociado (herpes zóster 29, herpes genital 13, herpes simple 5). Se estima que 20 a 30% de las mujeres universitarias tienen herpes genital. (25)

3.2.3. Hepatitis

Es una enfermedad provocada por un virus que ataca directamente al hígado y puede causar tanto enfermedad aguda como crónica. Es una de las infecciones de transmisión sexual más peligrosas, sobre todo a largo plazo. La coinfección del VIH/SIDA es más frecuente con el virus de la hepatitis B y C. Una de cada 12 personas en todo el mundo viven con hepatitis crónica B y C, y aproximadamente una persona muere cada 30 segundos. (27)

Según resultados del estudio APRICOT multinacional realizado en el 2006, cerca del 55 – 60% de los pacientes seropositivos están coinfectados por el virus de la hepatitis C. Los porcentajes globales de curación de la hepatitis en pacientes mono infectados ascienden a más del 60%, mientras que en los coinfectados eran ligeramente superiores al 40%. (28)

En un estudio realizado en el Hospital Roosevelt de Guatemala en el 2008 se encontró que la relación entre VIH y hepatitis correspondió al 15.4 %, el 11.5 % presentó hepatitis crónica. No se obtuvieron estadísticas de estudios realizados en mujeres en edad reproductiva. (29)

3.3. Enfermedades oportunistas

Son aquellas patologías que el paciente con VIH/SIDA adquiere por el deterioro del sistema inmunológico.

3.3.1. Tuberculosis (TB)

Es una enfermedad infecciosa causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*. Se transmite por vía aérea y ataca los pulmones, pudiendo además causar meningitis. A menudo se manifiesta con tos seca, pérdida de peso y fatiga. La TB es una de las principales causas de muerte entre las personas que viven con el VIH/SIDA, alrededor del 30% de las muertes por SIDA se le atribuye a la TB. La TB puede aparecer en pacientes con el VIH con recuento de linfocitos T superior a 200/mm³ CD4. Así pues, una persona que vive con VIH tiene riesgo de contraer TB 40 veces mayor de quien no vive con el virus. En las personas infectadas por el VIH/SIDA, la TB presenta características clínicas atípicas con predominio de su variante extra pulmonar. Por ello, toda persona con diagnóstico de VIH se le debe descartar TB. (30, 31, 32)

3.3.2. Candidiasis

Infección causada por el hongo *Cándida albicans*. Las diversas especies de Cándida pueden ocasionar variadas patologías en el paciente con el VIH/SIDA que afectan las mucosas (muguet, esofagitis y vaginitis entre las principales) y órganos profundos (sistema nervioso central (SNC), circulatorio, urinario, respiratoria, osteoarticular, ocular y candidiasis diseminada). En México, la infección por candidiasis tiene una prevalencia del 30%, mientras que en Estados Unidos, tiene una prevalencia del 13 %. (30, 31, 32)

3.3.3. Infección por Citomegalovirus (CMV)

El CMV pertenece a la familia de los herpes virus. Induce una infección latente de por vida en el huésped y tiene capacidad para transformar células. La infección se adquiere por contacto directo con las lesiones, las relaciones sexuales, por transmisión vertical, transfusiones sanguíneas y trasplantes de órganos. (30, 31, 32)

En Estados Unidos, la infección por CMV representa una prevalencia del 5%, mientras que en México, representa una prevalencia de 65 a 69%. Aproximadamente, el 90% de las personas con el VIH/SIDA y que no tienen tratamiento podrían sufrir la infección por CMV. El riesgo aumenta cuando el nivel de linfocitos CD4 se encuentra por debajo de 100/mm³. El tratamiento no erradica la infección, sólo controlan al virus y sus efectos. (30, 31, 32)

3.3.4. Toxoplasmosis

Es una enfermedad causada por el *Toxoplasma gondii*. Principalmente, afecta al cerebro causando encefalitis. La manipulación de los excrementos de pájaros, o de la arena de las cajas donde los gatos orinan y defecan, es una de las principales causas de infección. En Brasil, la infección por toxoplasmosis representa una prevalencia de 14 a 34 %, mientras que en México, representa un 17%. (30, 31, 32)

La toxoplasmosis es una enfermedad rara entre las personas VIH positivas con recuentos de células T superiores a 200, y es muy común entre las personas con recuentos de células T inferiores a 50. (30, 31, 32)

3.3.5. Síndrome diarreico crónico

Es el síntoma gastrointestinal más frecuente en las personas infectadas por el VIH/SIDA y evoluciona hacia la cronicidad con frecuencia con una morbilidad asociada. La diarrea crónica en el paciente con infección por el VIH/SIDA se define como la presencia de 2 ó más deposiciones al día o por la presencia de deposiciones líquidas, tiene que estar presente durante al menos 30 días. Hasta en el 30-60% de los casos puede no encontrarse el agente etiológico. En algunos estudios *Cryptosporidia*, *Microsporidia*, *Shigella* spp., *Salmonella* spp., y *Campylobacter* spp., se han identificado como el agente causal en un 7-48% de los casos. Es más frecuente en el varón homosexual y en países subdesarrollados. La diarrea también puede aparecer como consecuencia del tratamiento con antimicrobianos o ser un efecto secundario del tratamiento antirretroviral (ARV), los pacientes con SIDA y diarrea crónica tienen menor supervivencia, menor calidad de vida y pierden peso con mayor rapidez. (30, 31, 32)

3.3.6. Histoplasmosis

La histoplasmosis es una infección micótica, causada por el *Histoplasma capsulatum*. La infección suele comenzar en los pulmones pero puede extenderse a otras partes del cuerpo y provocar una amplia variedad de síntomas. Es posible contraer el *H. capsulatum* al inhalar tierra o polvo contaminados con excrementos de aves que contengan el hongo. Las personas VIH positivas que tienen recuentos de células T inferiores a 150 son quienes corren más riesgo de contraer histoplasmosis leve o grave después de inhalar las esporas del hongo. En México, la infección por Histoplasmosis representa una prevalencia del 5-10% y en áreas endémicas ocurre entre 2-5% de pacientes. (30, 31, 32)

3.4. Estado nutricional

La infección por el VIH/SIDA, además del deterioro inmunológico produce un importante déficit nutricional y una progresiva pérdida de peso, que representan uno de los signos cardinales de la enfermedad, contribuyendo al incremento de la morbilidad y progresión de la misma. Una persona con el VIH/SIDA puede perder el apetito, ser incapaz de absorber los nutrientes y ser más débil. (33,34)

Los estudios de prevalencia sobre desnutrición que se han realizado en poblaciones de individuos VIH positivos, muestran cifras que oscilan entre el 30% al 90% según estadio evolutivo, calculándose que aproximadamente el 87% de los mismos presentan malnutrición precozmente en el curso de la enfermedad, si bien la incidencia y gravedad aumenta en estadios más avanzados. Por otra parte, se calcula que el 20% de los individuos con infección por el VIH/SIDA desarrollan en algún momento síndrome de consunción (disminución progresiva de la masa muscular esquelética y del tejido adiposo), siendo en el 7% de los casos el primer criterio diagnóstico de SIDA. Otros datos, sugieren que su incidencia ha disminuido tras la introducción de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) en 1997, pero indican que sigue siendo una complicación importante incluso en poblaciones con amplio acceso a dicho tratamiento. (35)

En Guatemala, según el Sistema de Gerencial en Salud (SIGSA), del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, durante el periodo de enero a diciembre 2009, la mortalidad de las mujeres en edad fértil es de 33 pacientes por desnutrición proteico calórica no especificada, de las cuales, 13 corresponden al Departamento de Alta Verapaz, y 18 pacientes por desnutrición proteico calórica severa no especificada, de las cuales, 2 corresponden al departamento antes mencionado. (36)

La adecuada nutrición es importante para la resistencia a la enfermedad y puede mejorar la calidad de la vida de los enfermos del SIDA. La aparición del mismo SIDA, así como de las enfermedades secundarias y la muerte, pueden retrasarse en pacientes VIH positivos con un buen estado nutricional. (37)

3.4.1. Importancia de los factores nutricionales en la progresión de VIH a SIDA

Se establecen como principales factores predictores de la progresión a SIDA, el descenso en el recuento de linfocitos T CD4+ y la pérdida ponderal. Así mismo, se ha observado que la elevada ingesta de determinados micronutrientes tales como, vitamina A, vitamina C, niacina y vitamina B1, se asocia con un descenso en el índice de progresión a SIDA. (37,38)

3.4.2. Patrones de pérdida de peso en el VIH/SIDA

Se establece que la pérdida de peso puede seguir dos patrones básicos: (37)

- Patrón caquexia, asociado con neoplasias y enfermedades o infecciones crónicas, en el que se produce una pérdida de peso a pesar de una adecuada o incluso aumentada ingesta de nutrientes, como consecuencia de un conjunto de alteraciones metabólicas que determinan un aumento de las necesidades metabólicas.
- Patrón malnutrición, asociado al ayuno, anorexia o malabsorción intestinal, que se produce cuando las necesidades proteicas y/o energéticas no pueden ser compensadas con la dieta.

Los individuos con infección por el VIH/SIDA, exhiben característicamente patrones cíclicos de pérdida de peso, de forma que el 80% presentan un patrón caracterizado por periodos intermitentes de rápida pérdida, generalmente concurrentes con infecciones oportunistas, intercalados con periodos de recuperación, en los que se produce una ganancia parcial de

peso una vez la infección ha sido tratada. Sin embargo, el 20% restante presentan una pérdida de peso progresiva que suele asociarse con complicaciones gastrointestinales. (38)

Existen varios métodos para evaluar el estado nutricional de los pacientes tales como: la antropometría, el perímetro braquial y tricipital, el índice de masa corporal (IMC), entre otros. El índice de masa corporal (IMC) es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo, este parámetro antropométrico fue creado por el estadístico belga L.A.J. Quetelet, y por ello, también se conoce como índice de Quetelet. Se calcula según la expresión matemática: $IMC = \text{masa (Kg.)} / \text{estatura (m}^2\text{)}$. Es utilizado como uno de los recursos para evaluar el estado nutricional, de acuerdo con los valores propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Cuadro 3.2).

Cuadro No. 3.2
Clasificación de la OMS del estado nutricional de acuerdo con el IMC

Clasificación	IMC (Kg./m ²)	
	Valores principales	Valores adicionales
Infrapeso	<18,50	<18,50
Delgadez severa	<16,00	<16,00
Delgadez moderada	16,00 - 16,99	16,00 - 16,99
Delgadez aceptable	17,00 - 18,49	17,00 - 18,49
Normal	18,50 - 24,99	18,50 - 22,99
		23,00 - 24,99
Sobrepeso	≥25,00	≥25,00
Preobeso	25,00 - 29,99	25,00 - 27,49
		27,50 - 29,99
Obeso	≥30,00	≥30,00
Obeso tipo I	30,00 - 34,99	30,00 - 32,49
		32,50 - 34,99
Obeso tipo II	35,00 - 39,99	35,00 - 37,49
		37,50 - 39,99
Obeso tipo III	≥40,00	≥40,00

Fuente: OMS (39).

Nota: Estos valores son independientes de la edad y se utilizan para ambos sexos.

3.5. Evaluación psicológica

Los aspectos generales de evaluación psicológica que se realizan en los pacientes con VIH/SIDA son: motivo de consulta, antecedentes del problema, situación en torno a las conductas, los pensamientos, sentimientos y actitudes involucradas. El VIH/SIDA es asociado a dolor, deterioro, rechazo social y muerte de ahí que el diagnóstico en sí puede desencadenar desbordamiento emocional e inclusive ideación suicida. (40,41)

Las etapas de la evaluación psicológica en el paciente con VIH/SIDA son: (42)

- Recolectar información
 - Técnicas
 - Entrevista Inicial
 - Instrumento de evaluación
- Procesamiento de la Evaluación
 - Análisis
 - Corrección e interpretación
 - Impresión Clínica Psicológica
- Devolución de la información
 - Informe psicológico escrito
 - Entrevista de devolución

Los instrumentos de evaluación mayormente utilizados en pacientes con VIH/SIDA son: el test de Hamilton, HAD (escala hospitalaria de ansiedad y depresión), BDI (inventario de depresión de Beck) y el DSM-IV(criterios diagnósticos de los trastornos mentales) y el examen mental. (43)

3.5.1. Test de Hamilton

El test de Hamilton o escala Hamilton para la depresión es un cuestionario de 21 preguntas de respuesta múltiple que el personal de salud pueden utilizar para evaluar la severidad de la depresión y ansiedad en pacientes (43)

3.5.2. Examen mental

Se utiliza principalmente para el diagnóstico de problemas importantes de salud mental. Las áreas cubiertas en el examen incluyen la apariencia de la

persona, las actitudes y el comportamiento general. El entrevistador también está alerta de las emociones del entrevistado. También evalúa los procesos del pensamiento de la persona. La inteligencia puede ser evaluada por factores como la velocidad y precisión del pensamiento, la riqueza del contenido del pensamiento, la memoria, el juicio y la capacidad para interpretar refranes. Otras áreas importantes que son evaluadas incluyen, la capacidad de la persona para dirigir y desplegar su atención. Se observa si la persona esta distraída, si puede concentrarse en una tarea hasta terminarla. También se toman en cuenta los factores sensoriales. (43)

3.5.3. Procesamiento de la Información

Durante esta fase, se realiza análisis de las entrevistas, con correcciones e interpretaciones de las pruebas administradas, lo cual es de utilidad para el psicólogo en la formulación del diagnóstico, conclusiones y recomendaciones.

3.5.4. Impresiones Clínicas Psicológicas en pacientes con el VIH/SIDA

A nivel mundial, se estima que entre las mujeres seropositivas 33% afirma tener un grado intenso o muy intenso de tristeza o depresión y 47% un grado intenso o muy intenso de preocupación o ansiedad. Entre los hombres, estos indicadores bajan a 23% y 34% respectivamente; En Guatemala, la información acerca de las impresiones clínicas psicológicas en las pacientes con VIH/SIDA es muy escasa. En la CEI, según la experiencia de los psicólogos las impresiones clínicas más frecuentes son: depresión y ansiedad. (41,44)

3.5.4.1. Depresión

Los pacientes deprimidos, pueden llegar a ser hostiles a sus allegados por su actitud defensiva, recibiendo poco refuerzo de su entorno. Niegan la información necesaria para el desarrollo de estrategias. Su patrón de respuesta no le permite aprovechar el asesoramiento psicológico. (42)

3.5.4.2. Ansiedad

La representación más clásica de este fenómeno es el ataque de pánico. La persona sobrevalora los estímulos físicos y percibe

amenazas continuas, lo que le incapacita para desarrollar estrategias, centra su atención en estímulos percibidos como enfermedad, asume erróneamente su incapacidad de control e incrementa la demanda de ayuda a los profesionales. (42)

3.5.5. Entrevistas de devolución

Es una entrevista con el paciente donde se le expone la evaluación realizada, suponiendo el cierre del proceso diagnóstico. (44)

3.5.6. Informe Final

El informe escrito es plasmar de una manera técnica la explicación del proceso de evaluación y cual es la orientación del mismo. (44)

3.6. Lesiones de bajo y alto grado de cérvix

Durante el año 2004, según información de dos clínicas especializadas en el VIH/SIDA ubicadas en la ciudad de Guatemala (Clínica Familiar “Luís Ángel García” y Clínica del Hospital Roosevelt), revelan que el 74% de los casos positivos eran amas de casa sin otro riesgo. Para el año 2009, la CEI del Hospital Roosevelt, en la consulta de ginecología brindó atención a un total de 2,041 pacientes, de estas 143 se encontraban en edad reproductiva, a quienes se les realizó Papanicolaou, de los cuales, 6 fueron normales y el 96% fueron anormales. (3,7)

La incidencia de anomalías en el Papanicolaou cervicouterino, asciende aproximadamente al 5% en las mujeres sanas; sin embargo, en las mujeres con infección por VIH es del 60%. Basándose en este hecho, el carcinoma invasor cervicouterino se ha añadido a la lista de las enfermedades definitorias del SIDA. Sin embargo, dada la elevada tasa de displasia, está indicado realizar una exploración ginecológica y Papanicolaou en la primera consulta, y 6 meses después en todas las pacientes con infección por el VIH/SIDA. Si el examen es normal, se mantendrá una revisión anual. (45,46)

El cáncer cervicouterino, es una alteración celular que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, presentándose así en etapas de displasia leve, moderada y severa, y que pueden evolucionar a cáncer

in situ cuando esta se circunscribe a la superficie epitelial, y luego a cáncer invasor cuando el compromiso traspasa la membrana basal. El cáncer cervicouterino es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres con 450,000 nuevos casos diagnósticos cada año en el mundo. Es la causa más importante de cáncer en las mujeres ya que corresponde al 85% de los cánceres ginecológicos. El 93% de las mujeres que lo padece están también infectadas por el papiloma virus. El pico de incidencia es a los 51 años. Anualmente se espera la aparición de 500,000 casos nuevos y 200,000 muertes por esta causa. (3)

3.6.1. Factores determinantes y cofactores

- Factores dependientes del virus
- Factores ambientales
- Deficiencias nutricionales y bajos niveles de antioxidantes.
- Conducta sexual de la población.
- Nivel socioeconómico bajo.
- Estado inmunológico.

Especial consideración merece el papel del VIH, como muestran los estudios en los que se detectó que en mujeres VIH positivas el riesgo de infección por HPV de alto y bajo riesgo fue entre 1.8 y 2.7 veces superior con una persistencia de 1.9 veces mayor. (46)

3.6.2. Lesiones precursoras

Brodes (1932) fue el primero en emplear el término de carcinoma in situ (CIS) para las lesiones preinvasoras. En 1961, se definió displasia “como todas las otras alteraciones del epitelio escamoso de menor grado que el carcinoma in situ”. En 1967 se introdujo el término neoplasia intraepitelial cervical (NIC). Las lesiones fueron numeradas así:

- NIC 1: Displasia cervical leve
- NIC 2: Displasia cervical moderada
- NIC 3: Displasia severa y al carcinoma in situ

La NIC 1 fue reemplazada por las expresiones de NIC de bajo grado o lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEIBG). La NIC 2 y la NIC 3 ahora se reconocen en forma conjunta como: NIC de alto grado o lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEIAG).

En relación al NIC I, a la edad de 40 años existe mayor probabilidad que una lesión avanzada NIC III persista o progrese a cáncer. La edad promedio de aparición de las neoplasias son de 35.5 años para NIC I, 39.5 años para NIC II y de 42 años para NIC III. (47)

3.6.3. Diagnóstico

El Papanicolaou o citología cervicovaginal es el método de cribado utilizado clásicamente, para detección precoz de cáncer de cuello uterino y para lesiones precancerosas. Tiene una alta especificidad de 85-100%, pero una sensibilidad subóptima y variable de 30-90%. La frecuencia de falsos negativos puede ascender hasta el 50% para lesiones de bajo grado y entre 6-45% para las de alto grado. Se conoce, que alrededor de un 80% de las mujeres que han desarrollado un carcinoma invasor de cuello, no se había realizado examen citológico previo. (47)

3.6.4. Clasificación: Sistema Bethesda

Es el sistema más ampliamente utilizado para describir lesiones pre-malignas de cérvix, fue revisado por última vez en el año 2001. Las categorías generales son: (48)

- Negativo para lesión intraepitelial o malignidad: no se observan signos de lesiones precursoras o de cáncer.
- Células epiteliales anormales: se aprecian células anormales, la causa no se puede identificar (infección, inflamación o cáncer), por lo que es necesario repetir la prueba unos meses después.
- Lesión intraepitelial escamosa: hace referencia a las lesiones pre malignas, se dividen en lesiones de bajo y alto grado, estas últimas poseen más riesgo de evolucionar hacia un cáncer si no se tratan.

Diagnóstico descriptivo:

- Infección
- Inflamación
- Misceláneas

Anomalías de células epiteliales:

- Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS).

- Lesión escamosa intraepiteliales bajo grado (LEIBG), alto grado (LEiAG).
- Carcinoma escamo celular.
- Células endocervicales (glandulares) o endometriales
- Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGUS)
- Otras neoplasias malignas. (48)

3.7. Avance de lesiones de bajo y alto grado de cérvix en pacientes gestantes

Epidemiológicamente, se ha encontrado que la edad promedio de mujeres con lesiones de cérvix coincide con el periodo de edad fértil, por tanto, aunque no es lo más común, pueden presentarse durante el embarazo o progresar durante este. Se menciona que deben transcurrir aproximadamente cerca de 14 años para que la lesión inicial NIC I evolucione a carcinoma invasor y el paso de una lesión a otra es de 4 años aproximadamente, siendo más rápida en las mujeres de mayor edad que en las jóvenes. Para que ocurra esta evolución, es necesario que se interrelacionen una serie de factores y cofactores necesarios mencionando algunos como por ejemplo: múltiples compañeros sexuales, relaciones sexuales en edades tempranas (antes de los 18 años), estado socioeconómico bajo, tabaquismo, promiscuidad sexual del compañero(a), infección por HPV, inmunodeficiencia, primer embarazo antes de los 20 años, multípara, así como la influencia de cambios en el cérvix durante el embarazo, entre otros. (49,50,51)

3.7.1. Cambios histológicos del cérvix

El cuello uterino está compuesto por epitelio cilíndrico que reviste el conducto endocervical y epitelio escamoso que recubre la superficie del exocérvix, el punto en el cual se unen estos dos epitelios se denomina unión escamocilíndrica (UEC), el cual cambia como reacción a la pubertad, embarazo, menopausia y estimulación hormonal. Desde el punto de vista histológico durante el embarazo es común la presencia de 4 cambios cervicales:

- Hiperplasia endocervical
- Decidualización
- Metaplasia inmadura
- Fenómeno de Arias Stella(51,52)

En cuanto a la clasificación del sistema Bethesda, se realizaron estudios como el de Naisell y Cols quienes hicieron referencia acerca de la evolución (regresión, persistencia y progresión) de estas displasia, encontrando en la displasia leve una regresión del 62%, persistencia 22% y una progresión del 16%; en la displasia moderada una regresión del 54%, persistencia 16% y progresión del 30%; en la displasia severa una regresión del 43%, persistencia 19% y progresión a carcinoma in situ del 38%. (53)

3.8. Abandono del tratamiento antirretroviral (ARV)

De acuerdo a la Organización Panamericana de Salud (OPS), las mujeres de América Latina son el grupo de población con mayor crecimiento en cuanto a casos de infección por el VIH. Por tanto, es de vital importancia proporcionar un tratamiento adecuado para esta población y la adherencia al mismo con el fin de incrementar la expectativa de vida y reducir la transmisión vertical. (54)

Asociaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Office of AIDS Research Advisory Council (OARAC) recomiendan ciertos aspectos para el tratamiento de mujeres, especialmente en edad reproductiva: (55,56)

- Cuando se inicia terapia ARV, las indicaciones de la terapia y las metas de tratamiento son las mismas utilizadas en otros adultos y adolescentes.
- Mujeres que utilicen terapia ARV que presenten interacción con anticonceptivos orales deben utilizar algún método anticonceptivo alternativo o adicional para la prevención de embarazos no intencionados.
- En embarazadas, una meta adicional es la prevención de la transmisión vertical, para esto se utiliza la supresión viral máxima y se debe administrar los fármacos a partir de las 14 semanas de gestación hasta el final de la lactancia.
- El tratamiento con efavirenz debe de ser evitado en una mujer embarazada durante el primer trimestre o en una mujer que desea embarazarse.
- Dar lactancia materna siempre que se pueda dar tratamiento ARV a las madres seropositivas y sus hijos durante ese período de tiempo, para prevenir la transmisión del virus.

A partir de la presencia del VIH/SIDA, se utilizan dos tipos de tratamiento para su abordaje:

- **Profiláctico:** Cuyo propósito es prevenir o curar aquellas infecciones oportunistas que pueden atacar a la persona infectada cuando se encuentra con un conteo de linfocitos T CD4 menor o igual a 200 células/mm³. Este tratamiento no detiene el avance de la enfermedad.
- **Antirretroviral (ARV):** Se inicia cuando el paciente tiene un conteo de CD4 menor o igual a 350 células/mm³ o bien presenta alguna enfermedad asociada al complejo relacionado con SIDA o si la paciente está embarazada. Sus principales objetivos son: incrementar el conteo de linfocitos T, disminuir la carga viral a niveles indetectables, disminuir el riesgo de adquirir enfermedades oportunistas, elevar la expectativa y calidad de vida de las personas infectadas por el VIH/SIDA. A diferencia del modelo profiláctico, éste sí influye directamente en la evolución del virus y retrasa la progresión de la enfermedad. Esta terapia es permanente y requiere la adherencia estricta a los medicamentos, de lo contrario se produce un fenómeno llamado resistencia, por el cual una droga en particular deja de ser efectiva en contra de cualquier patógeno. El tratamiento ARV consiste en tres fármacos: la primera droga conocida fue la Zidovudina (AZT), a partir de 1995 se introducen los inhibidores de proteasas (Saquinavir, Indinavir, Ritonavir, Lopinavir, Nelfinavir, Amprenavir). (56,57)

3.8.1. Adherencia o abandono del tratamiento ARV

El término adherencia se define como el acto, acción o cualidad de ser consistente con la administración de los medicamentos prescritos. Implica una participación activa de la persona en escoger y mantener el régimen prescrito. Son escasos los estudios acerca del porcentaje de pacientes que abandonan el tratamiento principalmente antirretroviral. A nivel latinoamericano especialmente en las mujeres jóvenes, se reportan tasas de de abandono de 50%. En Guatemala, existen varias instituciones que se dedican al estudio y tratamiento de pacientes con VIH/SIDA, una de las principales es la Clínica de Enfermedades Infecciosas (CEI) del Hospital Roosevelt el cual reporta que un 13% de pacientes que inician tratamiento ARV lo abandonan, sin embargo, no se han realizado estudios que reporten el porcentaje de abandono en mujeres en edad reproductiva. (Lic. Claudia Rodríguez, CEI, comunicación personal, 20 de febrero de 2010) (57)

En un artículo publicado en junio del 2008 en Guatemala, señala que la adherencia al tratamiento es imperativa para el éxito de los programas del tratamiento ARV. El nivel más crítico de la no adherencia es el abandono del tratamiento y éste llega a niveles bastante altos. Según datos de la Asociación Gente Positiva, encontraron que en un hospital de Guatemala 320 personas abandonaron el tratamiento. Este estudio también señaló que el 37% de pacientes había fallecido luego de interrumpir el tratamiento ARV (no se tiene información respecto al tiempo transcurrido entre la última toma de medicamentos y la muerte), y muchas otras estaban atravesando procesos infecciosos asociados al SIDA. (58)

Entre las principales razones para el abandono se encuentran: (57, 58, 59, 60, 61)

- **Factores económicos:** La situación de pobreza debido a la inestabilidad laboral, desempleo permanente, perder el empleo por permisos que deben solicitar para asistir al hospital y falta de recursos económicos necesarios para transportarse hacia los establecimientos de salud.
- **Factores sociales:** Discriminación por parte de los familiares y de las personas en su entorno.
- **Factores psicológicos:** La ansiedad, depresiones y la discriminación sexual por parte de la pareja.
- **Factores culturales y/o religiosos:** Abandono del tratamiento por influencias religiosas o creencias acerca de la salud y la atención médica.
- **Factor educación:** La falta de consejería y educación hace que desconozcan la realidad de la enfermedad y muestren preocupación por los efectos secundarios del tratamiento por lo que lo abandonen.
- **Adicciones:** El alcoholismo y el uso de drogas.
- **Factores físicos:** La lipodistrofia (pérdida de grasa y acumulación en zonas concretas del cuerpo) es un efecto adverso secundario de la medicación y de la propia infección que afecta a la imagen corporal, y puede conducir al abandono del tratamiento.

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo y diseño de investigación

Descriptivo, retrospectivo.

4.2. Unidad de análisis

4.2.1. Unidad Primaria de Muestreo

Registros médicos de las pacientes femeninas que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas (CEI) del Hospital Roosevelt.

4.2.2. Unidad de Análisis:

Datos registrados en la boleta de recolección de datos.

4.2.3. Unidad de información:

Registros médicos de las pacientes femeninas que asistieron a la CEI del Hospital Roosevelt.

4.3. Población y muestra

4.3.1. Población o universo

Totalidad de registros médicos de las pacientes que viven con VIH/SIDA que asistieron a la CEI del Hospital Roosevelt en el periodo comprendido entre enero 2005 a diciembre 2009. Por lo tanto, la población asciende a 1,179 registros médicos.

4.3.2. Marco Muestral

En el archivo general de la CEI, se encontraron ubicados los registros médicos de todas las pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la clínica, los cuales, se encontraban ordenados con base al año en que consultó la paciente, al cual se asigna un código. Se seleccionaron de dicho archivo general únicamente los registros médicos objeto de estudio.

4.3.3. Muestra

Se revisaron todos los registros médicos de autoría del personal de la CEI que se encontraron en el archivo general que correspondieran a las pacientes femeninas con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009. Sin embargo, la muestra únicamente incluyó a las pacientes que se encontraban en edad

reproductiva (15-49 años) y que cumplieron los criterios de selección de los sujetos a estudio; con base al reporte de consultas que se lleva en la CEI donde se anotan las edades de las pacientes, se encontró que las pacientes en edad reproductiva que consultaron correspondieron a 1,000 de la totalidad.

4.4. Selección de los sujetos a estudio

Se tomaron todos los registros médicos completos del archivo general de la CEI al momento del estudio que correspondieron a las pacientes femeninas, en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009.

4.5. Definición y operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN
EDAD REPRODUCTIVA	Rango de edad comprendido entre los 15 a 49 años.	Edad anotada en el registro médico que corresponda a los siguientes intervalos (MSPAS): • 15-19 • 20-24 • 25-29 • 30-34 • 35-39 • 40-44 • 45-49	Cuantitativa Discreta	Razón	Boleta de recolección de datos
PROCEDENCIA	Hecho de procedencia de algo o alguien de un determinado lugar.	Departamento de procedencia de la persona anotada en el registro médico.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos
ESCOLARIDAD	Es la habilidad o no de una persona con relación a leer y escribir.	Calidad de analfabeto o alfabeto anotado en el registro médico.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos
ETNIA	Es una población humana unida por una práctica cultural, de comportamiento, lingüista o religiosa común.	Datos anotado en el registro medico que corresponde a: • Indígena • No Indígena	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos
ESTADO CIVIL	Condición social que relaciona a una persona con su pareja	Estado social que se reconoció en el registro médico, siendo este: • Casado • Soltero • Viudo • Unido • Divorciado	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN
OCUPACIÓN	Actividad que desempeña una persona en la sociedad.	Actividad laboral que desempeña la persona anotada en el registro médico y que se clasifique en: • Profesional universitaria • Otros profesionales • Comerciante • Ama de casa • Artesana • Agricultora • Sexo servidora • Servicios domésticos • Otros	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos.
ORIENTACIÓN SEXUAL	Determinación de una persona a ser atraída por otra persona del mismo o sexo opuesto	Preferencia sexual del individuo, según aparezca en el registro médico: • Heterosexual • Bisexual • Homosexual	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos.
INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS)	Infección que tiene como principal vía de transmisión el contacto sexual por intercambio de fluidos o manipulación en zona genital.	Infecciones de transmisión sexual (sífilis, herpes, hepatitis) reportada en el registro médico.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos.
ENFERMEDADES OPORTUNISTAS	Son las enfermedades que pueden presentarse en el paciente con VIH/SIDA cuando su estado inmunológico se encuentra disminuido.	Enfermedad oportunista (toxoplasmosis, histoplasmosis, síndrome diarreico crónico, candidiasis, CMV, tuberculosis) reportada en el registro médico.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN
ESTADIO DE INFECCIÓN DE VIH/SIDA	Estatificación de la enfermedad en una persona con VIH/SIDA.	Clasificación de la infección de VIH/SIDA basada en manifestaciones clínicas y niveles de CD4 según el CDC (ver cuadro No.3.1) reportado en el registro médico.	Cualitativa	Ordinal	Boleta de recolección de datos.
ESTADO NUTRICIONAL	Es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptación fisiológica que tiene lugar tras la ingesta de nutrientes.	Valor anotado en el registro médico, que corresponde al Índice de Masa Corporal (IMC) y se traduce en: • Normal: 18.5-24.99 • Obesidad: ▪ Severa o mórbida: 40 o más. ▪ Moderada: 35-39.9 ▪ Leve: 30-34.9 • Sobrepeso: 25 a 29.9 • Desnutrición Proteico Calórica (DPC): ▪ Leve: Si IMC en 17 a 18.4 ▪ Moderado: si IMC en 16 a 16.9 ▪ Severo: si IMC 15 a 15.9 ▪ Muy severa: si IMC < o = a 14.9	Cuantitativa continua	Ordinal	Boleta de recolección de datos.
LESIÓN DE CÉRVIX ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO	Comprende los cambios producidos en epitelio del cuello uterino por Virus del Papiloma Humano y Neoplasia Intraepitelial I.	Citología realizada a la paciente, que revela cambios en el epitelio del cuello uterino por Virus del Papiloma Humano y Neoplasia Intraepitelial I, según el sistema BETHESDA.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos.
LESIÓN DE CÉRVIX ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO	Comprende los cambios producidos en el epitelio del cuello uterino por Neoplasia Intraepitelial II y Neoplasia intraepitelial III.	Citología realizada a la paciente que revela cambios producidos en el epitelio del cuello uterino por Neoplasia Intraepitelial II (displasia moderada) y Neoplasia intraepitelial III (displasia severa, cáncer in situ) según el sistema BETHESDA.	Cualitativa	Ordinal	Boleta de recolección de datos.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN
HALLAZGO PSICOLÓGICO	Son los resultados obtenidos luego de la evaluación psicológica por un profesional.	Síntomas, estados de ánimo o contenido de ideas descrito en el examen mental del registro médico.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos.
IMPRESIÓN CLÍNICA PSICOLÓGICA	Es el reconocimiento de una enfermedad o trastorno a través de la evaluación psicológica.	Es la conclusión diagnóstica obtenida luego del análisis del examen mental anotada en el registro médico.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos.
TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (ARV)	Tratamiento médico consistente en medicamentos específicos utilizados para combatir el VIH/SIDA.	Datos anotados en el registro médico que confirmen o descarten el inicio del tratamiento ARV.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos.
ABANDONO DEL TRATAMIENTO ARV	Cese total de la utilización del tratamiento antirretroviral (ARV) por un mínimo de 2 meses consecutivos.	Datos anotados en el registro clínico que evidencien el abandono por un mínimo de 2 meses consecutivos de la utilización de tratamiento ARV en un momento dado.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos.

4.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos

4.5.1. Técnica

Se realizó una revisión sistemática de registros médicos de los cuales se extrajo la información que se documentó en la boleta de recolección de datos que incluyó las diferentes esferas del estudio como: las características socio-demográficas, infecciones de transmisión sexual, enfermedades oportunistas, estado nutricional, impresión clínica y hallazgos psicológicos, y abandono del tratamiento antirretroviral.

4.5.2. Procedimiento

Para dar validez al estudio el proceso de recolección de información se dividió en los siguientes pasos:

- Se solicitó por medios escritos y verbales autorización a la Jefatura de la CEI del Hospital Roosevelt, para la realización del estudio.
- La realización del trabajo de campo inició con la autorización de la jefatura de la CEI para obtener del archivo general acceso a los registros médicos de todas las pacientes femeninas con diagnóstico de VIH/SIDA.
- Paso 1: Los registros médicos fueron buscados por los integrantes del grupo, con base al código asignado a las pacientes que asistieron durante el periodo 2005-2009, obteniendo cada estudiante diariamente 5 registros médicos de los que fueron responsables, de estos se extrajo la información acerca de las diversas esferas a estudio y se anoto en las boletas de recolección de datos.
- Paso 3: Las revisiones se llevaron a cabo durante un periodo de 6 semanas de lunes a viernes únicamente, en horario de 8:00 a 12:00 hrs. y de 12:30 a 17:00 hrs., en los cuales se trabajó por grupos de 4 integrantes para cada uno de los distintos horarios.
- Paso 4: Luego de la revisión diaria de los registros médicos cada estudiante colocó nuevamente cada expediente al lugar correspondiente del archivo general.
- Paso 5: Diariamente se realizó una reunión grupal para evaluación de la actividad, discusión de resultados y actualización de la bitácora.

- Paso 6: Durante dicha reunión grupal, también se actualizó la base de datos. Además, se asignó un estudiante que se encargó de guardar las boletas de recolección.

4.5.3. Instrumento

El instrumento consistió en un cuestionario de 15 preguntas con las respectivas instrucciones de llenado. Algunas preguntas fueron abiertas, otras de respuesta única opción múltiple y otras de respuesta múltiple. Las preguntas del cuestionario fueron introducidas en el programa Epi InfoTM para la tabulación y análisis de los datos.

4.6. Procesamiento y análisis de datos

4.6.1. Procesamiento

Se procedió a crear una base de datos utilizando el programa Epi InfoTM, el cual permitió la tabulación y análisis de los datos de cada variable objeto de estudio.

Se obtuvo un total de 1,000 boletas de recolección de datos, las cuales se dividieron equitativamente entre los integrantes del grupo de investigación, para ser digitadas en la base de datos, siendo tabuladas 125 boletas de recolección de datos por cada estudiante.

Dentro de las variables a operacionalizar se encontraban las siguientes: edad, procedencia, etnia, estado civil, ocupación, orientación sexual, infecciones de transmisión sexual, estadio de VIH/SIDA, enfermedades oportunistas, estado nutricional, lesión escamosa intraepitelial de bajo y alto grado y su avance durante la gestación, hallazgos e impresión clínica psicológica, y abandono de tratamiento antirretroviral.

En las esferas nutricional y ginecológica se encontró que algunos registros médicos no contaban con el IMC y con resultados de Papanicolaou respectivamente, por esta razón fue necesario acudir a las clínicas de nutrición y ginecología para que proporcionaran la información faltante por medio del listado de códigos de los registros médicos.

Al contar con todos los datos ya ingresados en la base de datos, fue posible hacer el consolidado total de los datos correspondientes a las variables que se operacionalizaron, con los cuales se procedió a la creación de tablas y gráficas en el programa Excel 2008 TM, las cuales representaron en porcentajes y frecuencias los resultados de la investigación.

4.6.2. Análisis

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de cada una de las gráficas proyectadas obtenidas con la información contenida en las tablas de los consolidados totales obtenidos de la base de datos lo que permitió evaluar los resultados encontrados de las variables objeto de estudio, los cuales se expusieron a través de una serie de cuadros y gráficas. Luego, se correlacionaron los resultados obtenidos con la información del marco teórico haciendo énfasis en los datos estadísticos reportados a nivel mundial y nacional de cada una de las variables que se estudiaron.

4.7. Alcances y límites de la investigación

4.7.1. Alcances

- La información aportó nuevos datos estadísticos a la CEI sobre la situación de las pacientes infectadas con VIH/SIDA. Los datos ayudarán a mejorar el protocolo de atención a las pacientes de dicha institución.
- Permitió conocer la prevalencia del VIH, la morbilidad y el porcentaje de asistencia de las pacientes en edad reproductiva a las diferentes especialidades de la CEI.

4.7.2. Límites

- Se incluyó en el estudio únicamente pacientes femeninas en edad reproductiva que asisten a la CEI del Hospital Roosevelt.
- Por tratarse de un estudio descriptivo, no se realizó correlación, comparación o inferencia de variables.

- Por ser un estudio retrospectivo, la veracidad y confiabilidad de los datos estuvo sujeta a la calidad de la información transcrita por el médico tratante en los registros médicos.

4.8. Aspectos éticos de la investigación

La investigación se efectuó con los expedientes clínicos de la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt, de la población a estudio; no se tuvo contacto directo con las pacientes femeninas con diagnóstico de VIH/SIDA. Por lo anterior, se mantuvo medidas estrictas de confidencialidad con el objetivo de proteger la identidad de las pacientes del grupo en estudio, por ello no se registraron nombres o alguna información que pueda vincular a la identidad de las mismas.

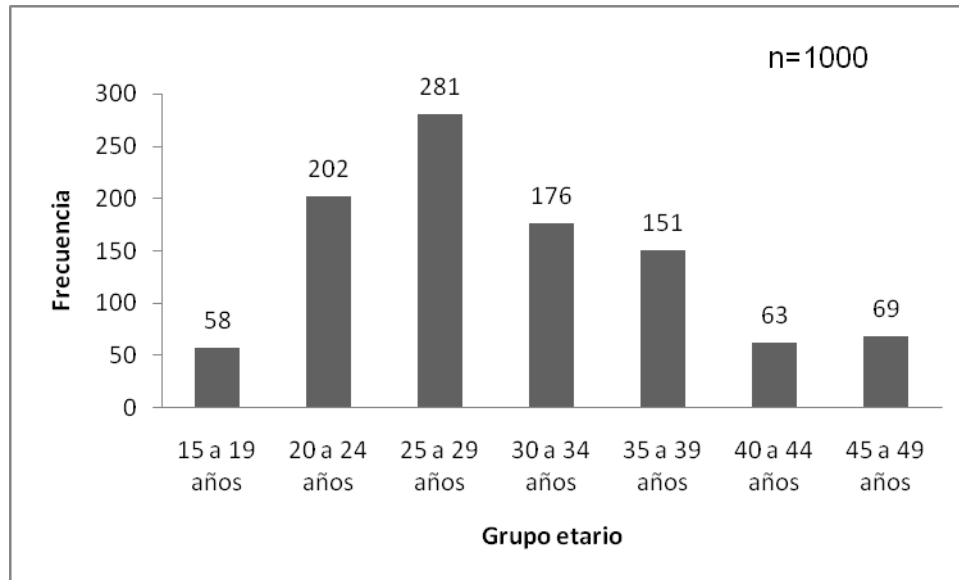
Según las pautas internacionales para la Evaluación Ética de los Estudios Epidemiológicos, este estudio pertenece a la categoría I, considerándose sin riesgo, debido a que no se realizó ninguna modificación ni intervención con las variables incluidas en el estudio y tampoco se invadió la intimidad de las pacientes.

Los datos recolectados fueron analizados por autoría de los investigadores y se obtuvieron con fines de investigación para elaboración de la tesis y proceso de graduación.

5. RESULTADOS

Gráfica 5.1

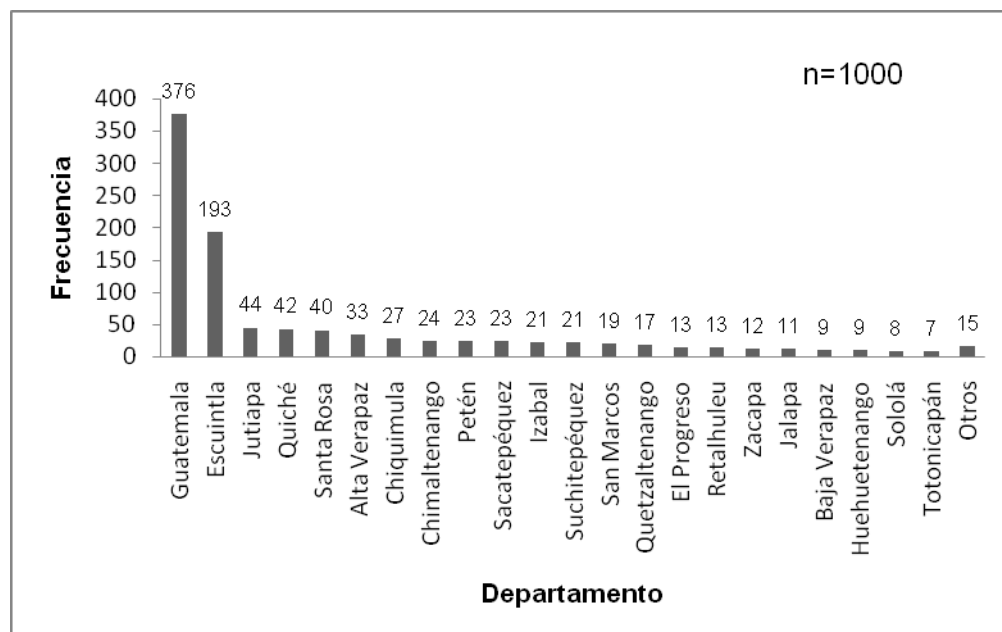
Grupo etario de pacientes femeninas en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del departamento de Medicina Interna del hospital Roosevelt durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009, Guatemala, junio 2010



Fuente: Boleta de recolección de datos.

Grafica 5.2

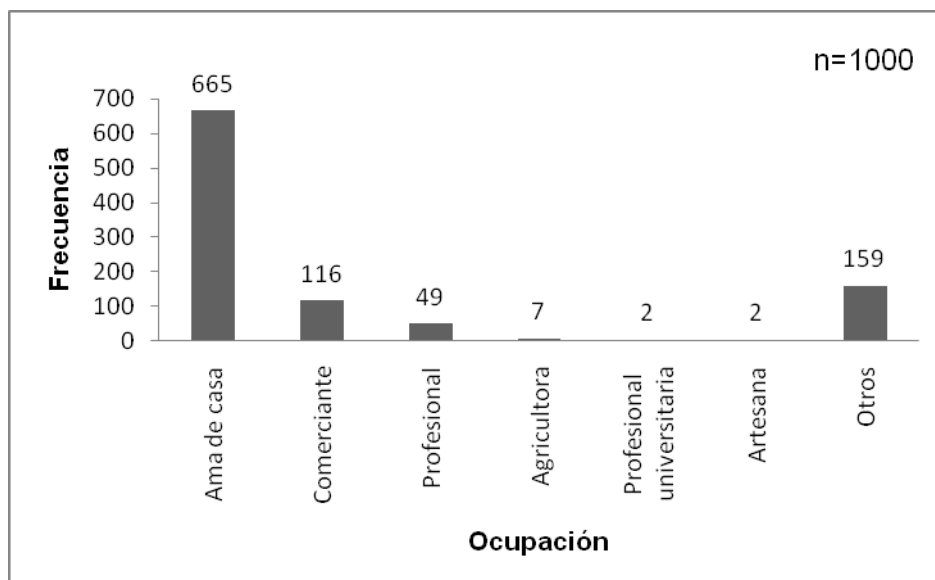
Procedencia de pacientes femeninas en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del departamento de Medicina Interna del hospital Roosevelt durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009 Guatemala, junio 2010.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

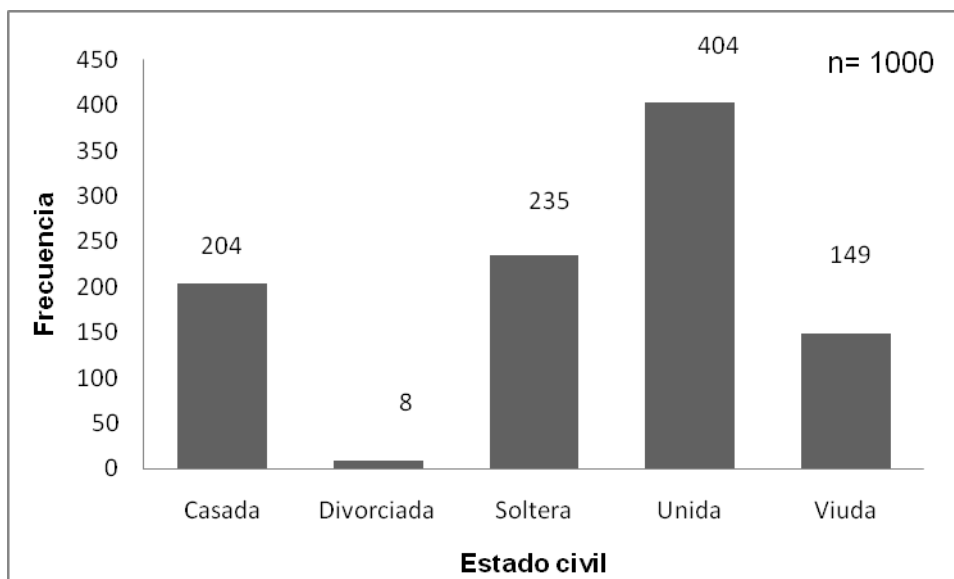
En pacientes con otra procedencia, encontramos otras nacionalidades como El Salvador 11 pacientes, Honduras 3 y Belice 1. En el total de las pacientes femeninas en edad fértil con diagnóstico de VIH/SIDA se encontró que son alfabetas con un total de 746 (74.6%) y analfabetas con un total de 254 (25.4%). También se encontró que 807 pacientes son no indígenas, y 193 pacientes pertenecen alguna etnia indígena. Dentro de la orientación sexual, la mayoría se encuentra dentro de heterosexuales con un total 986 (98.6%) seguido en un mínima cantidad de 9 bisexuales y 5 homosexuales.

Gráfica 5.3
Ocupación de las pacientes femeninas en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA
que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del departamento de Medicina
Interna del hospital Roosevelt durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009
Guatemala, junio 2010



Fuente: Boleta de recolección de datos.

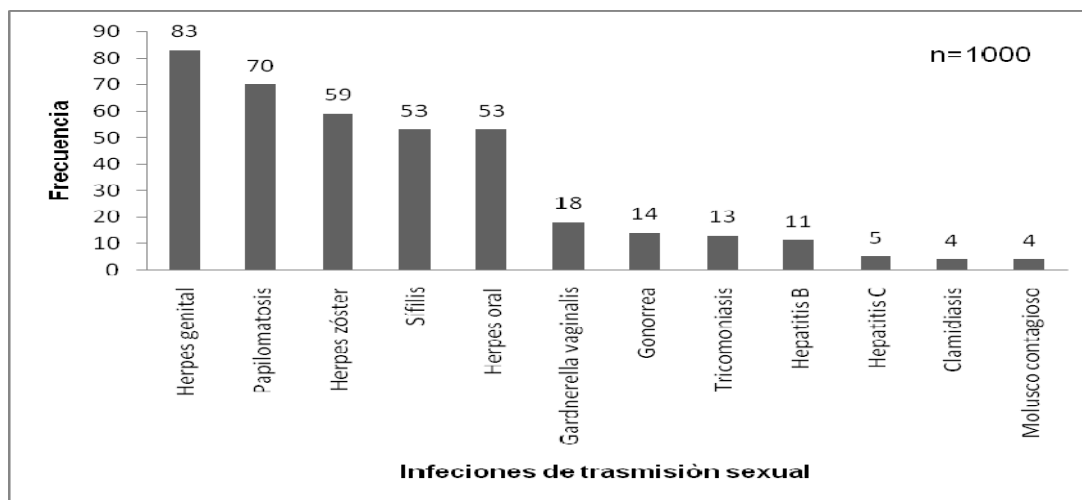
Gráfica 5.4
Estado civil de las pacientes femeninas en edad reproductiva con diagnóstico de
VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del departamento de
medicina interna del hospital Roosevelt durante el periodo de enero 2005 a diciembre
2009
Guatemala, junio 2010



Fuente: Boleta de recolección de datos.

Gráfica 5.5

Frecuencia de infecciones de transmisión sexual en pacientes femeninas en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del departamento de medicina interna del hospital Roosevelt durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009
Guatemala, junio 2010



Fuente: Boleta de recolección de datos.

De la totalidad de pacientes, un 33% (332 pacientes) padecieron de alguna otra infección de transmisión sexual en algún momento de la infección de VIH/SIDA. Estas fueron pacientes cuya mayor procedencia era del departamento de Guatemala (45%) y Escuintla (23%); unidas 45% y solteras 33%; amas de casa 74% y TCS (trabajadora comercial del sexo) 9%. En el estadio clínico en el que se encontraron estas pacientes fue en el C3.

Cuadro 5.1

Porcentaje de enfermedades oportunistas en pacientes femeninas en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del departamento de Medicina Interna del hospital Roosevelt durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009
Guatemala, junio 2010

Enfermedades oportunistas (EO)	Porcentaje
Candidiasis	62.4
Toxoplasmosis	8.6
Histoplasmosis	6.7
Tuberculosis pulmonar	12.1
Tuberculosis extrapulmonar	9.7
Síndrome diarreico crónico	36.9
Infección por citomegalovirus	5.1
Otros	8.1

Fuente: Boleta de recolección de datos

El 60% de las pacientes presentan enfermedades oportunistas asociadas al VIH/SIDA. De estas el 31% y el 22% provienen de los departamentos de Guatemala y Escuintla. En relación al estado civil el 37% son unidas y el 28% solteras. En cuanto a la ocupación el 75% eran ama de casa el 14% comerciante y el 3.7% profesionales.

Cuadro 5.2

Estado nutricional en pacientes femeninas en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de de Enfermedades Infecciosas del departamento de medicina interna del hospital Roosevelt durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009

Guatemala, junio 2010

IMC*	Frecuencia	Porcentaje
DPC* leve	48	4.80
DPC moderado	21	2.10
DPC muy severo	20	2.00
DPC severo	14	1.40
No especificado	164	16.40
Normal	465	46.50
Obesidad leve	61	6.10
Obesidad moderada	8	0.80
Obesidad severa o mórbida	4	0.40
Sobrepeso	195	19.50
TOTAL	1000	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos.

*IMC: Índice de Masa Corporal, DPC: desnutrición proteico calórica

En cuanto el estado nutricional y el tratamiento antirretroviral, de las 923 pacientes con tratamiento, 434 presentan un estado normal, 173 en sobrepeso, 52 en obesidad leve, 45 con DPC leve, 21 con DPC moderado, 20 con DPC severo, 14 con DPC muy severo, 8 con obesidad moderada y 4 con obesidad severa o mórbida.

De 77 pacientes, 31 presentan un estado normal, 22 en sobrepeso, 9 en obesidad leve, 3 con DPC leve.

En cuanto al estado nutricional y el estadio clínico al momento del diagnóstico, 315 pacientes se encuentran clasificadas en el estadio clínico C3, de estas, 138 con un estado nutricional normal, 51 pacientes en sobrepeso, 22 con DPC leve, 17 con DPC muy severo y 10 con DPC moderado. Así que, predomina el estado nutricional normal y el estadio clínico C3.

Cuadro 5.3

Clasificación para la definición de casos de VIH/SIDA según CDC de pacientes femeninas en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la clínica de enfermedades infecciosas del departamento de medicina interna del hospital Roosevelt durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009
Guatemala, junio 2010

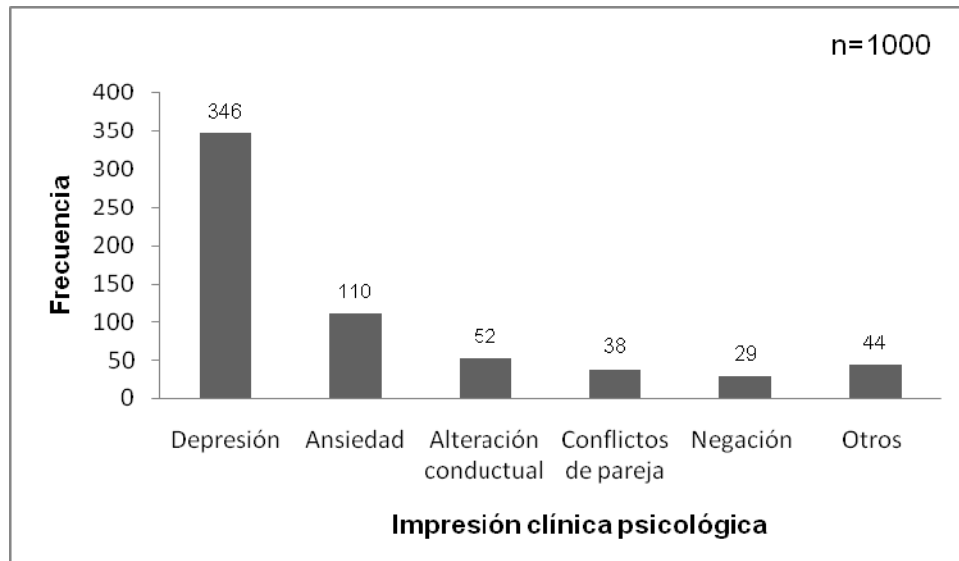
Clasificación para definición de casos con infección de VIH/SIDA según CDC*	Frecuencia	Porcentaje
A1	98	9.80
A2	178	17.80
A3	114	11.40
B1	19	1.90
B2	129	12.90
B3	82	8.20
C1	11	1.10
C2	54	5.40
C3	315	31.50
Total	1000	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

*CDC: Centers for Disease Control.

Gráfica 5.6

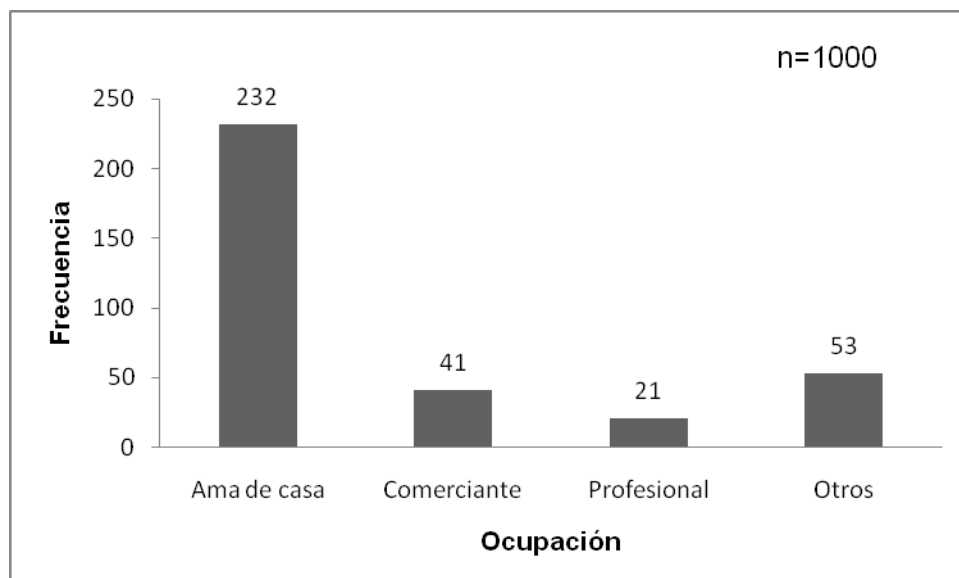
Frecuencia de impresiones clínicas psicológicas más frecuentes en pacientes femeninas en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del departamento de medicina interna del hospital Roosevelt durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009
Guatemala, junio 2010



Fuente: Boleta de recolección de datos.

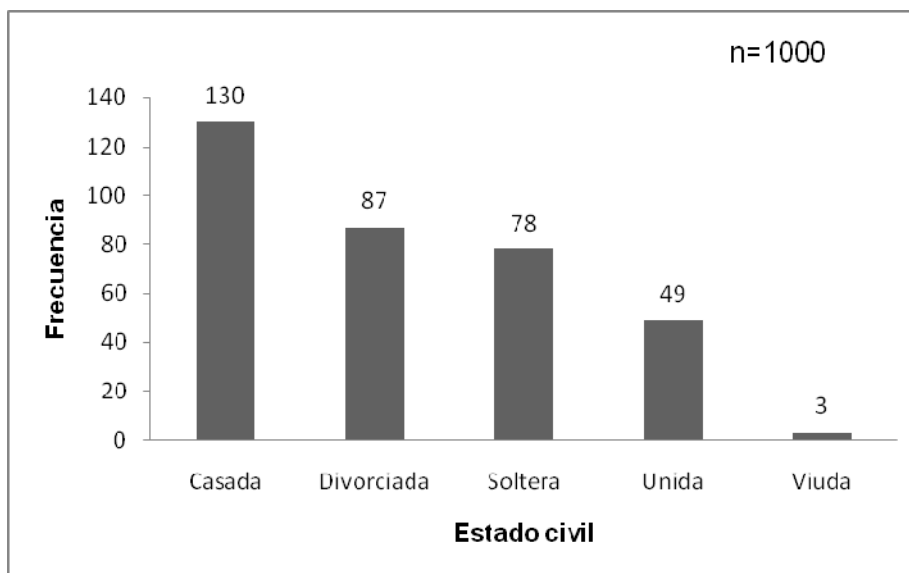
Gráfica 5.7.

Ocupaciones más frecuentes en pacientes femeninas en edad reproductiva con depresión y diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del hospital Roosevelt departamento de medicina interna de durante el periodo de enero de 2005 a diciembre de 2009
Guatemala, junio 2010



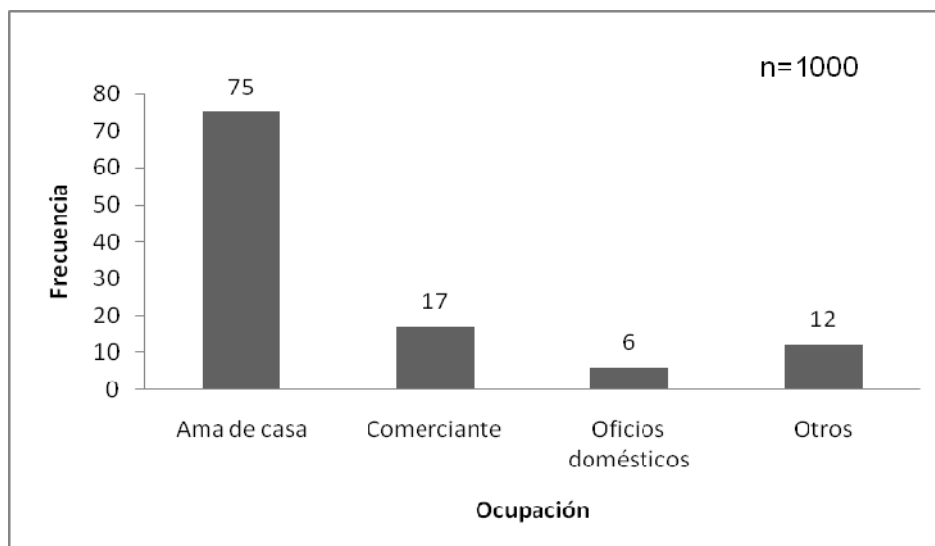
Fuente: Boleta de recolección de datos

Gráfica.5.8
 Estado civil presentado en pacientes femeninas en edad reproductiva con depresión y diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del hospital Roosevelt departamento de medicina interna durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009
 Guatemala, junio 2010



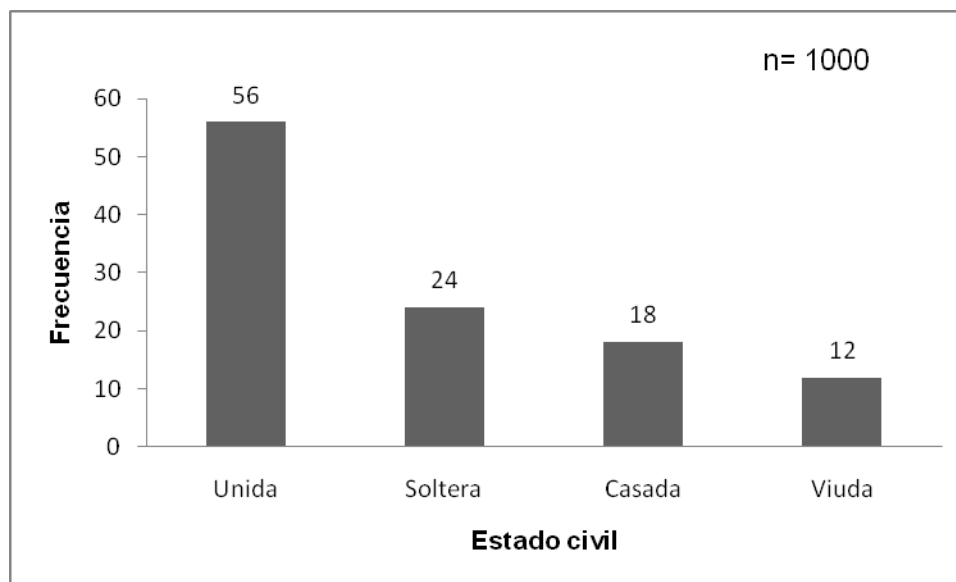
Fuente: Boleta de recolección de datos.

Gráfica 5.9
 Ocupaciones más frecuentes en pacientes femeninas en edad reproductiva con ansiedad y diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del hospital Roosevelt departamento de medicina interna durante el periodo de enero de 2005 a diciembre de 2009
 Guatemala, junio 2010



Fuente: Boleta de recolección de datos.

Gráfica 5.10
Estado civil presentado en pacientes femeninas en edad reproductiva con ansiedad y diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades infecciosas del hospital Roosevelt departamento de medicina interna durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009
Guatemala, junio 2010



Fuente: Boleta de recolección de datos.

Dentro de los hallazgos psicológicos más frecuentemente presentados en las pacientes estudiadas fueron: tristeza 26.26% (376), positivismo 6.98% (100), preocupación 6.08% (87), decaimiento 5.59% (80), temor 5.94% (85), apatía 3.77% (54), cólera 3.63% (52), sensación de angustia 2.68% (36), sentimiento de culpa 2.16% (31), plano 2.16% (31), trastornos del sueño 2.03% (29), ideas suicidas 1.82% (26), pérdida de interés de las actividades 1.75% (25), desesperanza 1.75% (25), pérdida de peso 1.54% (22)

De un total de 347 pacientes que presentaron depresión el 31.99% (111) se encontraron en el estadio clínico C3. De un total de 110 pacientes que presentaron ansiedad el 27.27% (30) se encontraron en el estadio clínico C3. De un total de 52 pacientes que se encontraron con alteración conductual el 26.92% (14) se encontraron en el estadio clínico C3.

De un total de 347 pacientes que presentaron depresión el 19.31% (67) abandonaron tratamiento antirretroviral. De un total de 110 pacientes que presentaron ansiedad el 25.25% (28) abandonaron tratamiento antirretroviral.

Cuadro. 5.4

Resultados de Citologías de pacientes femeninas en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la clínica de enfermedades infecciosas del departamento de medicina interna del hospital Roosevelt durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009.

Guatemala junio 2010.

Resultados de Citologías de pacientes no gestantes	Frecuencia	Porcentaje
Negativo para lesión intraepitelial o malignidad	388	71
Resultados de Citologías Anormales		
ASCUS	5	0.9
LEIBG (HPV)	72	13
LEIBG (NIC I)	37	6.7
LEIAG (NIC II)	20	3.6
LEIAG (NIC III)	17	3.1
Carcinoma escamoso invasivo	4	0.7
AGUS	0	0
Carcinoma epidermoide invasivo	2	0.3
Metaplasia	1	0.1
Total	546	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

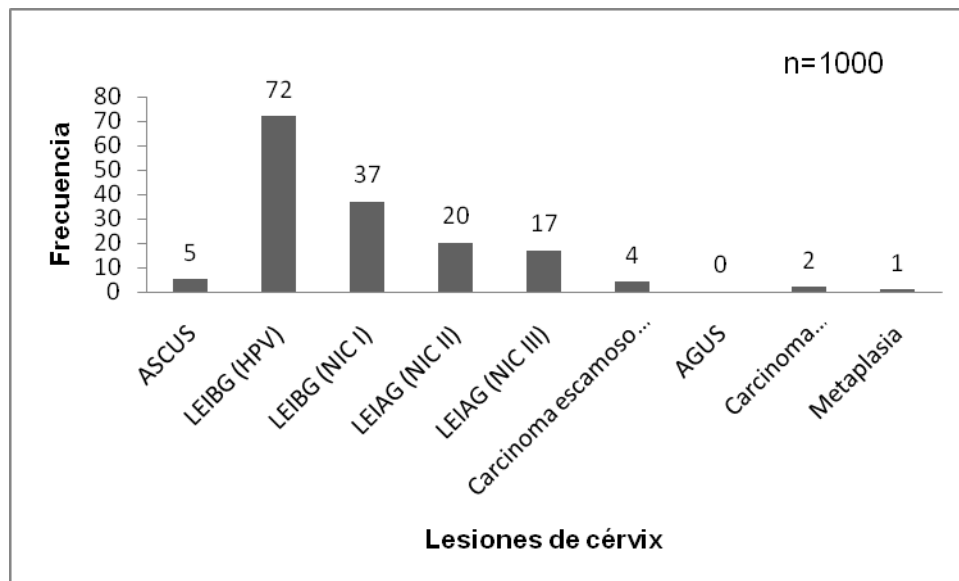
ASCUS: células escamosas atípicas de significado indeterminado. LEIBG: lesiones de bajo grado. LEIAG: lesiones de alto grado. HPV: virus del papiloma humano. NIC: neoplasia intracervical. AGUS: células glandulares atípicas de significado indeterminado.

De las 1,000 pacientes a estudio se encontró resultado de citología realizada en un total de 546 registros médicos, independientemente de si eran normales o anormales.

Gráfica 5.11

Frecuencia de citologías anormales con lesiones de bajo y alto grado en pacientes femeninas no gestantes en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del departamento de medicina interna del hospital Roosevelt durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009.

Guatemala, junio 2010



Fuente: Boleta de recolección de datos

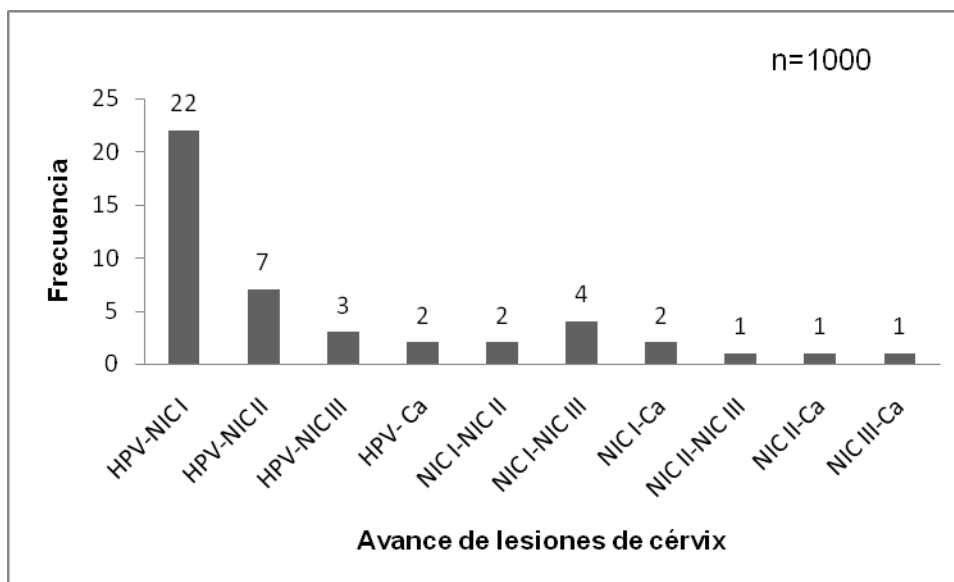
ASCUS: células escamosas atípicas de significado indeterminado. LEIBG: lesiones de bajo grado. LEIAG: lesiones de alto grado. HPV: virus del papiloma humano. NIC: neoplasia intracervical. AGUS: células glandulares atípicas de significado indeterminado.

El grupo etario que tuvo la mayor prevalencia de NICIII es de 20 a 29 años así mismo las pacientes que se vieron afectadas por cáncer se encuentran en las edades comprendidas de los 25 a 34 años.

Según el estado civil, las pacientes más afectadas por anomalías en las citologías son pacientes unidas con un 40% (404 pacientes) seguidas por las solteras con 23.5% (235 pacientes), y en tercer lugar las casadas con 20% (204 pacientes), las que menos se ven afectadas son las divorciadas; relacionado las citologías anormales con el estadio clínico C3 fue el de mayor prevalencia 31.5% (315 pacientes).

Gráfica 5.12

Frecuencia de avance de lesiones de bajo y alto grado de cérvix en pacientes gestantes en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del departamento de medicina interna del hospital Roosevelt durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009
Guatemala, junio 2010



Fuente: Boleta de recolección de datos

HPV: virus del papiloma humano. NIC: neoplasia intracervical. Ca: Cáncer de cérvix.

De la totalidad de pacientes registradas 93 se encontró en estado de gestación, de las cuales 45 presentaron avances de lesiones de bajo y alto grado de cérvix.

De las pacientes con avance de lesiones se encontró que el grupo etario de mayor prevalencia es de 25 a 29 años 40% (18), seguido por 20-24 años 24%(11). En relación al estado civil, la mayoría se encontró en unión de hecho 42% (19) seguido de solteras un 27%(12).

De la totalidad de pacientes 923 que iniciaron tratamiento antirretroviral durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009, el 20% abandono dicho tratamiento (180 pacientes).Dentro de las causas de abandono se encontró que el 24.4% de los casos la causa es desconocida, dentro de las causas conocidas las principales fueron: factores económicos (20.6%), motivos personales no explícitos (19.4%), factores culturales y/o religiosos (10.6%), factores sociales (7.8%), factores psicológicos (6.1%) y el resto de causas en conjunto constituyen el 11.1% restante.

La totalidad de pacientes que abandonaron tratamiento antirretroviral presentaron las siguientes características sociodemográficas: con respecto a la procedencia, el 66.7% provenían fuera del departamento de Guatemala, siendo el 38.5% provenientes de departamentos aledaños (Sacatepéquez, Chimaltenango, Escuintla, Santa Rosa, Jalapa, El Progreso, Alta Verapaz), el 28.2% del resto de los departamentos de la República de Guatemala (Baja Verapaz, Chiquimula, Huehuetenango, Izabal, Jutiapa, Petén, Quetzaltenango, Quiché, Retalhuleu, San Marcos, Sololá, Suchitepéquez, Totonicapán, Zacapa); el 71.1% de las pacientes que abandonaron tratamiento eran ama de casa, seguido de la ocupación comerciante con un 14.4% y el restante 14.5% lo constituyen las ocupaciones: agricultora, operadora de máquina, profesional, T.C.S. (trabajadora comercial del sexo) y otros; con respecto al estado civil, el 56.1% se encontraron en algún tipo de relación estable (casadas o unidas), el 28.9% eran solteras, el 14.4% viudas y el 0.6% divorciadas.

6. DISCUSIÓN

Los hallazgos obtenidos del presente estudio realizado en la Clínica de Enfermedades Infecciosas (CEI), con la información contenida en los registros médicos de las pacientes femeninas en edad reproductiva con diagnóstico de Virus de Inmunodeficiencia Humano/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) que asistieron durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009, el cual incluyó la totalidad de las pacientes de 15 a 49 años (1,000 pacientes), nos indica que su situación de salud es la siguiente:

En relación a la esfera sociodemográfica, la edad más prevalente se encuentra entre el rango de 20-34 años, con un pico máximo de 25-29 años, lo que se correlaciona con el reporte del año 2002 de United Nations on HIV/AIDS (UNAIDS) en el cual mencionan que la edad más prevalente se encuentra entre los 20 a 30 años; es probable que los jóvenes debuten con la infección en este pico de edad debido al período de ventana de la infección, que aproximadamente es de 10 años, donde se manifiestan los primeros síntomas que los hacen consultar, así mismo, cabe mencionar que esta situación puede deberse a que los jóvenes de hoy no solo comienzan la actividad sexual a edades más tempranas, sino también la actividad sexual ocasional es ahora más común y esto eleva el riesgo de contraer la infección. (8)

En cuanto a la procedencia de las pacientes se observa que el mayor porcentaje de casos pertenecen al departamento de Guatemala con un 37.6%, seguido de Escuintla 19.3%, y en menor prevalencia: Jutiapa, Alta Verapaz, Chimaltenango y Petén, entre otros. Esto no se correlaciona con reportes previos de la CEI (2008), en donde los lugares con mayor prevalencia de casos fueron: Escuintla, Alta Verapaz, Zacapa, Chiquimula e Izabal. Es razonable que Guatemala continúe ocupando el primer lugar en cuanto a la procedencia de pacientes ya que no solo es el departamento con mayor población, sino que además el número de casos por la infección por VIH/SIDA continúa en aumento y los servicios de atención están centralizados en éste. Entre otras procedencias encontradas, cabe mencionar, 11 son procedentes de El Salvador, siendo estas en su mayoría trabajadoras comerciales del sexo, predisponiéndolas a adquirir la infección por búsqueda de mejores condiciones de vida en nuestro país. (7)

Con relación a la escolaridad, la mayoría de pacientes son alfabetas con un 74.6% (746 pacientes). Según la revista de la CEI del año 2008, a menor escolaridad, mayor

incidencia de la enfermedad., lo cual es interesante, pues se esperaría que siendo alfabetas tengan un mejor conocimiento acerca de la prevención de la enfermedad, y así mismo, se deduce que a pesar del creciente nivel de educación de la población en general, aún no se logra un avance significativo en la comprensión por parte de los mismos de la magnitud del problema en el país. También es importante mencionar que no existen estudios que evalúen los conocimientos, actitudes y prácticas acerca de dicho tema con el fin de conocer si la información es realmente captada en las personas tanto alfabetas como analfabetas. (7)

En cuanto al grupo étnico, se observa mayor frecuencia, el no indígena con un total de 807 (80.7%), en cuanto a la ocupación, ama de casa con un total de 727 (72.7%), seguida por comerciantes con un total de 116 (11.6%). También se encontró dentro de otras ocupaciones, trabajadoras comerciales del sexo con un total de 38 (3.8%).

Es posible que la razón por la cual existe una mayor cantidad de amas de casa infectadas sea porque en la actualidad, se ha reportado que los hombres declaran con más frecuencia tener varias compañeras sexuales y relaciones sexuales con personas conocidas ocasionalmente. Esto repercute notablemente en el riesgo de contraer la infección por VIH/SIDA y contagiar a su pareja.

En el estudio, 989 (98.9%) de las pacientes son heterosexuales, lo que se traduce en que el presentar otras orientaciones sexual minoritarias (homosexualidad) no predispone de forma determinante a un mayor contagio de VIH/SIDA.

Con respecto al estado civil: en primer lugar en frecuencia encontramos unión libre; según datos obtenidos del reporte de la CEI (2008) en los últimos 5 años el riesgo de infección de los hombres ha disminuido en contraste con el de la mujer, el cual ha aumentado mayormente en las pacientes que presentan un estado civil en unión libre; aunado a lo anterior, probablemente para las parejas que viven en unión libre no existe ningún compromiso más que moral, el número de parejas con las que convive puede llegar a ser numeroso y la actividad ocasional con otra pareja también ocurre lo que genera un riesgo elevado para contraer la infección. En segundo lugar se observa un total 235 (23.5%) pacientes solteras; es importante tomar en consideración que estas pacientes quizá han tenido una o múltiples parejas sexuales y que probablemente en algún momento vivieron con alguna pareja. (7)

De la población estudiada el 33.2% contrajeron durante el periodo 2005-2009 alguna infección de transmisión sexual (ITS); de éstas el mayor predominio corresponde a Herpes genital con un 25%, seguido de Papilomatosis con un 21%. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en una publicación del año 2002, está confirmado que la existencia de algunas ITS aumentan en gran medida el riesgo de transmisión del VIH a través de las relaciones sexuales sin protección, el riesgo puede llegar a ser hasta 10 veces mayor, especialmente con sífilis, chancroide o herpes genital. (21)

Con respecto a las enfermedades oportunistas (EO) se encontraron entre las más prevalentes Candidiasis (oral, genital, esofágica), Síndrome diarreico crónico y Tuberculosis pulmonar con 62.4%, 36.9% y 12.1% respectivamente. La importancia de la alta prevalencia de candidiasis (principalmente oral) radica en que la misma posee un enorme valor clínico ya que pueden ser la primera manifestación en los pacientes VIH/SIDA, constituyéndose no sólo como indicador precoz de la enfermedad, sino como marcador de la severidad y marcador pronóstico de la misma. Es importante hacer mención que dentro de otras EO se encontró neumonía por *Pneumocystis jiroveci*; según la organización no gubernamental SINSIDA en estudios realizados en España en el año 2007 las pacientes con VIH/SIDA padecen con más frecuencia neumonía por *Pneumocystis jiroveci* (aprox. 85%), los pacientes con un conteo menor de 200 CD4 son los que presentan más riesgo de desarrollar ésta enfermedad. La Tuberculosis pulmonar, la enfermedad oportunista vinculada con VIH/SIDA por excelencia, tiene una prevalencia 40 veces mayor de presentarse en un seropositivo que en una persona no infectada por el virus. (31, 32)

Con respecto al estado nutricional, se puede observar que el mayor porcentaje de las pacientes al momento del diagnóstico se encuentran con un estado nutricional normal (44.7%), le sigue sobrepeso (19.7%) y desnutrición proteico calórica (DPC) leve (4.7%). Según estudios de prevalencia sobre desnutrición del 2008, se reporta que de poblaciones de individuos VIH positivos las cifras oscilan entre el 30% al 90% según estadio evolutivo, calculando que aproximadamente el 87% de los mismos presentan malnutrición precozmente en el curso de la enfermedad, si bien la incidencia y gravedad aumenta en estadios más avanzados; sin embargo, éste estudio revela que la mayor parte de pacientes se encuentran con un estado nutricional normal. Se considera que, al momento del diagnóstico, debido a que es la primera consulta, la mayoría de las

pacientes conserva su estado nutricional y es hasta cuando cursan con distintas patologías, principalmente infecciones oportunistas, que el deterioro clínico repercute nutricionalmente evidenciándose en patrones de malnutrición. También se considera importante mencionar que podría ser que la mayoría de las pacientes presentaban un IMC mayor pero a partir del momento de adquirir la infección inició a perder peso, y al momento de consultar, presentaron un índice de masa corporal (IMC) normal. (35)

Al momento del diagnóstico, 315 pacientes se encuentran clasificadas en el estadio clínico C3, de éstas, 138 con un estado nutricional normal, 51 pacientes en sobrepeso, 22 con DPC leve. Así que, predomina el estado nutricional normal. Por lo anterior, se esperaría que al encontrar a las pacientes en un estadio clínico avanzado el estado nutricional estuviese afectado, sin embargo, en los resultados de la investigación se encontró que las pacientes diagnosticadas con SIDA presentan un estado nutricional normal. Aunque la infección por el VIH/SIDA, además del deterioro inmunológico produce un importante déficit nutricional y una progresiva pérdida de peso debido a que el paciente puede perder el apetito, ser incapaz de absorber los nutrientes y ser más débil y por ello, exhibe característicamente patrones cíclicos de pérdida de peso, de forma que el 80% presentan un patrón caracterizado por períodos intermitentes de rápida pérdida, generalmente concurrentes con infecciones oportunistas, intercalados con períodos de recuperación. (34, 35, 38)

En cuanto el estado nutricional y el tratamiento antirretroviral, de las 923 pacientes con tratamiento, 434 presentan un estadio normal; por tanto, se encontró que tanto las pacientes en tratamiento como las que no están en tratamiento presentan un estado nutricional normal y que el número de pacientes con tratamiento y estado nutricional normal es mayor que el resto de estadios y estados nutricionales.

Según la clasificación para la definición de casos de pacientes con infección de VIH/SIDA de Centers for Disease Control (CDC), de las 1,000 pacientes estudiadas, 315 (32%) de las pacientes femeninas en edad reproductiva se encontraron en el estadio clínico C3, al momento de la primera consulta. En relación a que se encontraron mayormente pacientes en el estadio clínico C3 en su primera consulta, se considera que puede deberse a diversos factores como: el periodo de ventana, falta de accesibilidad a los servicios de salud, desinterés por su salud, situación económica, creencias religiosas y a que el médico no sospeche dicha enfermedad, entre otros. Todo lo anterior, retrasa que las

pacientes consulten y cuando lo hacen se encuentran en un estadio clínico más avanzado.

Según estudios realizados en el Hospital Dr. Roberto Calderón en Nicaragua en el 2008, se reporta que los pacientes VIH positivos sufren dos veces más de estados depresivos que la población general. Esto produce que acudan con menos regularidad a las citas medicas haciéndolos menos adherentes a su tratamiento y son más propensos a progresar a SIDA lo que aumenta el riesgo de mortalidad. En este estudio se encontró que la mayoría de las pacientes con problemas de depresión y ansiedad son amas de casa, el 37.5% de las pacientes que presentan depresión son casadas y el 50.9% de las que presentan problemas de ansiedad son unidas y ambas se encuentran mayormente en el estadio clínico C3. El 19.3% de las pacientes con depresión y el 25.3% de las pacientes con problemas de ansiedad abandonaron el tratamiento antirretroviral, lo que nos demuestra la importancia de la ayuda psicológica en el inicio del mismo. (44)

Dentro de los hallazgos psicológicos más frecuentes se encuentra la tristeza preocupación, decaimiento, desesperanza y perdida de interés en las actividades constituyendo un 42.33 % de todos los hallazgos. Estos síntomas son presentados durante los estados depresivos. Con esto se puede observar que los síntomas de depresión son comunes en pacientes con VIH/SIDA. A pesar de los hallazgos psicológicos mencionados anteriormente como más frecuentes, el 6.98% de las paciente refirió encontrarse con positivismo y deseos de vivir. También el 5.94% manifestó temor que junto con los trastornos de sueño constituyen la ansiedad. También es frecuente la cólera que generalmente es hacia parejas de las pacientes por haber sido infectadas por ellos.

De 546 registros médicos de pacientes a quienes se les realizó citología de cérvix se encontró lo siguiente: negativo para malignidad 71%. Este dato contrasta con el de Copeland LJ, Jarrell JF.; 2002; y el artículo de Citología de cérvix o test de Papanicolaou de La Coruña, publicado en el 2006 que indica que la incidencia de anomalías en el Papanicolaou cervicouterino asciende aproximadamente al 5% en las mujeres sanas y en pacientes con infección por VIH es del 60%. (45,46)

De las pacientes con citologías de cérvix, se encontró un total de 29% (158 pacientes) con citologías anormales; de los cuales se reportan lesiones intraepiteliales escamosas de

bajo grado (HPV Y NIC I) que corresponde a 69% (109 pacientes), lesiones de alto grado (NIC II Y NIC III) 23.4 % (37 pacientes) pudiéndose apreciar con esto que del total de pacientes con citología anormal el mayor porcentaje se ve afectada por el Virus del Papiloma Humano (HPV). Por otro lado, con relación al carcinoma invasor cérvico-uterino que se ha añadido a la lista de las enfermedades definitorias del SIDA, cabe mencionar que se encontró al menos 6 pacientes que fueron diagnosticadas con algún tipo de cáncer cérvico-uterino, 2.5% (4 pacientes) con carcinoma escamoso invasivo y 1.2% (2 pacientes) con carcinoma epidermoide invasivo, de las cuales todas se encontraron en un estadio clínico definitorio de SIDA y así mismo, se encuentran casadas y en unión libre, lo que concuerda con lo publicado por Copeland LJ, Jarrell JF.; 2002; y el artículo de Citología de cérvix o test de Papanicolaou de La Coruña, publicado en el 2006.(45, 46)

A la edad de 40 años existe mayor probabilidad que una lesión avanzada NIC III persista o progrese a cáncer, sin embargo, la mayoría de las pacientes del CEI que cursaron con NIC III se encuentran entre las edades de 20 a 29 años, esto probablemente por el hecho que este grupo de edad es el más afectado en frecuencia por la infección del VIH/SIDA. Así mismo, las pacientes que se vieron afectadas por cáncer en su mayoría se encuentran en las edades comprendidas de los 25 a 34 años que coincide con el grupo etario más afectado en las pacientes de la CEI, probablemente como consecuencia de un inicio temprano de la actividad sexual predisponiendo a las pacientes a padecer a mas temprana edad estas enfermedades debido a un deterioro físico prematuro como consecuencia de la infección. La edad promedio de aparición de las neoplasias son de 35.5 años para NIC I, 39.5 años para NIC II y de 42 años para NIC III; En la CEI, se encontró que las edades promedio de las pacientes que cursaron con NIC I fue de 25-34 años, para NIC II de 15-34 años, y para NIC III de 20-29 años, siendo a edades mas tempranas la aparición de estas enfermedades en las pacientes de la CEI. (47)

El 93% de las mujeres que padecen cáncer cervicouterino también se encuentran infectadas por el HPV, éstas presentan ciertos factores de riesgo, entre los cuales se encuentran el estado civil, principalmente unión libre y soltera. Estos grupos son los más afectados por el HPV, pudiéndose mencionar otros factores de riesgo como: los factores ambientales, deficiencias nutricionales y bajos niveles de antioxidantes, conducta sexual de la población, nivel socioeconómico bajo y estado inmunológico, como se puede apreciar en el cuadro No. 11.2.24 (ver anexo) las pacientes que se ven más afectadas por anormalidades en las citologías son las pacientes unidas con un 40% (404 pacientes)

seguidas por las pacientes solteras con 23.5% (235 pacientes), esto probablemente por que las pacientes que mantienen una relación de unión libre por ser un compromiso de tipo moral más que legal no toman las medidas de protección adecuadas al tener relaciones sexuales con su pareja, caso que en las pacientes solteras pudiera ser que utilicen con mayor frecuencia protección debido al hecho que no existe una relación más formal con su pareja. (3)

Especial consideración merece el papel del VIH, como muestran los estudios en los que se detectó que en mujeres VIH positivas el riesgo de infección por HPV de alto y bajo riesgo fue entre 1.8 y 2.7 veces superior, esto se corrobora con los resultados obtenidos en los cuales las pacientes que cursaron con un estadio clínico de VIH/SIDA C3 fueron las más afectadas con anomalías en las citologías con un 31.5% (315 pacientes). (46)

Se encontró 93 pacientes gestantes de las cuales 48% presentaron avances de lesiones de bajo y alto grado. Dentro de los factores de riesgo asociados se encuentran edad de 25 a 29 años, la unión libre, factor hormonal y la depresión inmunológica relacionada a la infección por el VIH. Se obtuvieron con ello los siguientes avances de mayor prevalencia en la población antes dicha: del virus de papiloma humano (HPV) a NIC I (49%), HPV a NIC II (15.56%) y NIC I a NIC III (89%). Esto contrasta con la bibliografía encontrada sobre un estudio por Naisell y Cools en el año 2009 que reveló en la población estudiada que el avance de las displasias leves fue menor (16%), lo que nos sugiere que a pesar que la educación en salud reproductiva ha ido mejorando y expandiéndose, la población no se realiza a tiempo el papanicolaou lo que no permite que se detecten a tiempo las lesiones que pueden tener un potencial de progresión a cáncer. Así mismo, con esto se podría reducir los costos sanitarios y mejorar el estado de salud de la paciente. (51)

De las pacientes que iniciaron tratamiento antirretroviral durante los años 2005 a 2009, se observó que un 20% abandonaron el mismo, en un nivel comparativo con informes presentados a nivel latinoamericano en los cuales se reportan tasas de abandono de hasta 50%. Es importante mencionar que existen pocos estudios tanto a nivel nacional como a nivel mundial que reporten el porcentaje de abandono en mujeres en edad reproductiva, para ser utilizados como referencia. (57)

Dentro de las causas de abandono de tratamiento antirretroviral encontradas en las pacientes de la CEI se observa que la principal causa, es desconocida con un 24.4%; dentro de las causas conocidas la principal fueron los factores económicos con un 20.6%,

Esto puede explicarse en que, el 66.7% de los pacientes no residen en el departamento de Guatemala, lo que implica que el gasto monetario por inversión en transporte es mayor para los mismos que para los que residen en la ciudad. Otras causas de abandono encontradas son:

- Motivos personales, dentro de los cuales puede mencionarse temor a perder su empleo por los permisos constantes que deben de solicitar para asistir a la clínica y por ello no se presentan.
- Factores culturales y/o religiosos principalmente presión por parte de autoridades religiosas.
- Factores sociales explícitamente discriminación por parte de familiares y conocidos.
- Factores psicológicos como depresión y ansiedad.

Así mismo dentro de factores menos frecuentes se encontraron las adicciones (alcoholismo), alteraciones físicas como lipodistrofia, falta de educación y consejería ya que desconocen la magnitud de la enfermedad y las consecuencias de no tratarla, fallo virológico, migración, conflictos familiares, toxicidad por efavirenz y falta de suministro. Dentro de las características sociodemográficas se encuentra que relacionados con abandono la ocupación y el estado civil más frecuentes fueron ama de casa y algún tipo de relación estable (casadas o unidas) respectivamente; lo cual es de importancia ya que resalta la discriminación por parte de la pareja, y el temor al abandono de la misma como factores influyentes en el abandono del tratamiento antirretroviral. (57, 58, 59, 60, 61)

7. CONCLUSIONES

1. De las características socio-demográficas se identificaron las siguientes: La edad promedio de pacientes que asisten a la CEI es de 20 a 34 años con un total de 659 (65%). Según la procedencia, el departamento con mayor número de pacientes es Guatemala con 37.6%, seguidamente de Escuintla con 19.3%. El 74.6% es alfabeto, 80.7% es de etnia no indígena. La ocupación más frecuente es ama de casa con 72.7%, seguido de comerciante con 11.6%; entre otras ocupaciones se encuentra trabajadora comercial del sexo (T.C.S.) con 3.8%. La orientación sexual de mayor predominio es heterosexual con 98.6% y el estado civil más frecuente es unión libre con 40.4%, y soltera con 23.5%.
2. La proporción de pacientes con Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) corresponde a 33.2% (332 pacientes) con mayor predominio de Herpes genital (25%), Papilomatosis (21.1%) y Herpes Zóster (17.8%). El 45% de las pacientes con ITS, son procedentes de Guatemala, unidas (45%), amas de casa (74%) y la mayoría de estas pacientes se encuentra en el estadio clínico C3. Con respecto a Enfermedades Oportunistas (EO) la proporción es de 56.9% con mayor predominio de Candidiasis 62.4% (oral, esofágica y genital) seguido de Síndrome Diarreico Crónico (36.9%) y Tuberculosis Pulmonar (12.1%). La proporción de pacientes con un estado nutricional normal corresponde a 44.7%, con sobrepeso a 19.7%, con obesidad leve a 6% y con desnutrición proteico calórica (DPC) leve a 4.7%. El estadio clínico con mayor predominio en las pacientes con estado nutricional normal es C3. La proporción de pacientes con el estadio clínico según la clasificación del CDC correspondiente a C3 es de 31.5%, a A2 es de 17.8%, a B2 es de 12.9% y a A3 es de 11.4%.
3. La depresión es la impresión clínica psicológica más frecuente con un 55.9% y a continuación la ansiedad con 17.8%. La mayoría de pacientes con problemas de depresión y ansiedad son ama de casa, casadas y en estadio clínico C3. La tristeza es el hallazgo psicológico con mayor frecuencia con un 26.3%, seguido de positivismo con 6.9% y preocupación 6.1%.

4. La proporción de pacientes no gestantes con algún tipo de lesión de cérvix corresponde a 28.9%, de éstas, el 69% corresponde a lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado (LEIBG) y el 23.4% a lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (LEIAG). De las LEIBG la de mayor predominio es la infección por virus del papiloma humano (HPV) con 45.6% seguida de neoplasia intracervical (NIC) grado I con 23.4%. De las LEIAG la de mayor predominio es NIC grado II con 15.5% seguida de NIC grado III con 10.8%. El avance más frecuente de lesiones de cérvix en pacientes gestantes es de HPV a NIC I con 48.8%, seguido de HPV a NIC II con 15.5%, y de NIC I a NIC III con 8.8%; éstas pacientes; se encuentran dentro del grupo etario de 25-29 años (40 %) y en unión libre (42%).
5. El porcentaje de abandono de tratamiento antirretroviral (ARV) es de 20% siendo la principal causa conocida el factor económico con un 20.6%; de las pacientes en mención 71.1% es ama de casa, 66.7% proviene fuera del departamento de Guatemala y 56.1% se encontraba en unión libre o casadas.

8. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:

- Descentralizar los servicios de salud enfocados al diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA.
- Implementar métodos de educación preventiva sobre VIH/SIDA equitativos independientemente del sexo, edad, etnia, procedencia, nivel de escolaridad, estado civil y ocupación de la población general.
- Implementar métodos enfocados hacia una mejora en la distribución de medicamentos para los pacientes residentes fuera del departamento de Guatemala.

A la Clínica de Enfermedades Infecciosas:

- Optimizar horarios de atención accesibles para la población económicamente activa.
- Evaluar la promoción de la información que se imparte sobre monogamia y el uso de preservativo para los pacientes con múltiples parejas.
- Promover jornadas enfocadas a la detección temprana de la infección VIH/SIDA.
- Agilizar el inicio de tratamiento profiláctico para prevenir el desarrollo de enfermedades oportunistas.
- Mejorar la documentación de los pacientes durante las evaluaciones realizadas.
- Reforzar el sistema de control y seguimiento para los pacientes con problemas de psicológicos.
- Reforzar el sistema de control y seguimiento para los pacientes con problemas de ginecológicos.
- Reforzar el sistema de control y seguimiento para los pacientes con problemas de nutrición.
- Valorar el uso de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano como protocolo, a toda paciente con diagnóstico de VIH-SIDA para disminuir la adquisición del mismo.

A la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala:

- Realizar un estudio a nivel nacional sobre la situación de salud en pacientes femeninas en edad reproductiva.

A la Población en General:

- Tomar conciencia acerca de la magnitud de esta enfermedad y sus consecuencias a nivel físico, psicológico y social con el fin de concientizar a la población y prevenir la transmisión de la misma.

9. APORTES

- La contribución del presente estudio consistió en proporcionar información estadística detallada de la situación de salud de mujeres en edad reproductiva la cual es una subpoblación que no se había estudiado anteriormente en Guatemala, los datos ayudarán a mejorar el protocolo de atención de las pacientes que asisten a la clínica de enfermedades infecciosas del Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt.
- Los alcances de la investigación permiten actualizar la situación de salud de las pacientes y se aportó una base de datos de utilidad para la clínica de infecciosas del Hospital Roosevelt en beneficio a los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Appendix: Definition of Terms. [en línea]. [s.l.]: WHO; [200?] [accesado 29 de enero de 2010]. Disponible en: <http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/CDC5360C-E3B4-47F3-A317-1ABFA33FE4AB/0/44Definitions08.pdf>
2. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida y Organización Mundial de la Salud. Situación de la epidemiología del sida. [en línea]. [s.l.]: ONUSIDA y OMS; diciembre 2009. [accesado 11 de marzo de 2010]. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/Report/2009/2009_epidemic_update_es.pdf
3. Bortman M, Sáenz L, Pimenta I, Isern C, Rodríguez A, Miranda M. Reduciendo la vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centro América: situación del VIH/SIDA y respuesta a la epidemia en la región. [en línea]. Washington: Banco Mundial; 2006. [accesado 20 de noviembre de 2009]. Disponible en: http://www.observatoriocentroamericanovih.org/images/download/ca_reduciendo-vulnerabilidad-al-VIH-SIDA.pdf
4. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe Nacional sobre los progresos realizados en el seguimiento a la declaración de compromiso sobre el VIH y SIDA - UNGASS Guatemala. [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2007. [accesado 20 de noviembre de 2009]. Disponible en: http://www.observatoriocentroamericanovih.org/images/download/gua_2008_country_progress_report.pdf
5. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Centro Nacional de Epidemiología. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida. Estadísticas de casos acumulados notificados VIH y Sida. [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2009. [accesado 10 de febrero de 2010]. Disponible en: www.respuestavihgt.info/demo/index.php?option=com...task...
6. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. Plan operativo para el marco de acción del ONUSIDA: abordar la problemática de las mujeres, las

- niñas y la igualdad de género y el VIH. [en línea]. [s.l.]: ONUSIDA; febrero 2010. [accesado 11 de marzo de 2010]. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/Report/2010/jc1794_agenda_for_accelerated_country_action_es.pdf
7. Mejía Villatoro C, Villatoro G, Luarte ME. Historia, estadística, funciones del personal, algoritmo de diagnóstico y seguimiento, adultos y niños. [s.l.]: Clínica de Enfermedades Infecciosas; Guatemala: pashr; 2008; pte 1:11-117
 8. Unaid.org. Resumen mundial de la epidemia VIH/SIDA. [sede Web] Ginebra: UNAIDS; 2002. [accesado 12 enero 2003]. Disponible en: URL: http://www.unaids.org/worldaidsday/2002/press/update/epiupdate2002_sp.doc
 9. Cañas García-Otero EJ, García León FJ, Frías GA. Epidemiología de la infección VIH y sida. En: Pachón Díaz J, Pujol de la Llave E, Rivero Román A, editores. La infección por el VIH: Guía práctica. [en línea]. 2 ed España: Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas; diciembre 2002. [accesado 20 enero 2010]. Disponible en: <http://saei.org/hemero/libros/LIBRO%20SIDA.pdf>
 10. Es.Wikipedia.org. VIH. [sede Web]. [s.l.]: Wikipedia, la enciclopedia libre; 2010 [actualizado el 2 de marzo de 2010; accesado el 3 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/VIH>
 11. Maph49.galeon.com. Estructura del VIH. [sede Web]. [s.l.]: Maph49.galeon.com; [200?] [accesado el 19 de noviembre de 2009]. Disponible en: <http://www.maph49.galeon.com/sida/structure.html>
 12. Niu MT, Stein DS, Schnitman SM. Primary human immunodeficiency virus type 1 infection: Review of pathogenesis and early treatment intervention in humans and animal retrovirus infections. J Infect Dis. 1993; 168 (1):1490-501.
 13. Merino Muñoz D, Creagh Cerquera R, Martín Suárez I. Infección aguda por el VIH. En: Pachón Díaz J, Pujol de la Llave E, Rivero Román A, editores. La infección por

el VIH: Guía práctica. 2 ed. España: Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas; 2002. pte 9:129-36.

14. García MM. Comparación de los conteos de células cd4 en tres grupos de pacientes afectados por VIH sometidos a diferente terapia antirretroviral de primera línea, en dos años de tratamiento. [s.l.]: [s.n.]; 2007; pte 1:1-8.
15. Daar ES, Little S, Pitt J, Santangelo J, Ho P, Harawa N, et al. Diagnosis of primary HIV-1 infection. Ann Intern Med. 2001 ene; 134 (1):25-9.
16. Anthony S, Fauci H, Lane C. Enfermedad por el virus de inmunodeficiencia humana: SIDA y procesos relacionados. En: Kasper DL, Fauci AS, Longo DL, Braunwald E, Hauser SL, Jameson JL. Harrison principios de medicina interna. 16 ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2006; v.1 p.1194-5.
17. Es.Wikipedia.org. Infecciones de transmisión sexual. [sede Web]. [s.l.]: Wikipedia, la enciclopedia libre; 2010 [actualizado el 25 de febrero de 2010; accesado el 28 de febrero de 2010]. Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Infecciones de transmisi%C3%B3n sexual](http://es.wikipedia.org/wiki/Infecciones_de_transmisi%C3%B3n_sexual)
18. Organización Mundial de la Salud. Diez datos sobre las enfermedades de transmisión sexual. [en línea]. [s.l.]: OMS; 2008. [accesado 9 de febrero de 2010]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/sexually_transmitted_diseases/es/index.html
19. Organización Panamericana de la Salud. Infecciones de transmisión sexual ITS-VIH SIDA. [en línea]. La Paz [Bolivia]: OPS; 2002 [accesado 9 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161705>
20. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. Infecciones de transmisión sexual. [en línea]. [s.l.]. ONUSIDA. [accesado 11 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/PolicyAndPractice/SexualAndReproductiveHealth/SexTransmitInfections/>

21. Aspúrc. Enfermedades de transmisión sexual: Sífilis. [en línea]. Argentina: UNRC; [200?]. [accesado 9 de febrero de 2010]. Disponible en: http://www.unrc.edu.ar/publicar/h_a/511/seis.htm
22. Rosa M, Puelles V, Sasieta H, Soto L, Curioso W. Sífilis secundaria en un paciente viviendo con VIH. Rev Peru Med Exp [revista en línea] 2007; 24(3): [5 pantallas]. [accesado 11 de marzo de 2010]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/Medicina_Experimental/v24_n3/pdf/a15v24n3.pdf
23. Valderrama J, Zacarías F, Mazin R. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. Washington. Rev Panam Salud Pública [revista en línea] 2004; 16(3): 211-217 [accesado 9 de febrero de 2010]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892004000900012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
24. Cano R. Infecciones de transmisión Sexual. [en línea]. Guatemala: [s.n.]; 2002 [accesado 9 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://desastres.cies.edu.ni/digitaliza/tesis/t295/seccionb2.pdf>
25. Hernández Cortina A. Infección por herpes simple genital: revisión global. Rev haban cienc méd [revista en línea] 2008 octubre - diciembre; 7 (4): [5 pantallas]. [accesado 9 de febrero de 2010]. Disponible en: http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcm_vol_7num_4/rhcm20408.htm
26. Carrero Y, Callejas D, Estévez J, Gotera J, Núñez J, Atención R, Porto L, Monsalve F. Relación entre el herpes simple tipo 2 y las lesiones preinvasivas de cuello uterino. Rev Perú Med Exp Salud Pública [revista en línea] 2006; 23 (4): 1-6. [accesado 9 de febrero de 2010]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Medicina_Experimental/v23_n4/pdf/a04.pdf
27. World Health Organization. Hepatitis B. [en línea]. [s.l.]: WHO; 2008 [accesado 9 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>

28. Torriani F, Rodríguez M, Rockstroh J, Lissen E, González J, Lazzarin A, et al. Peginterferón Alfa-2a plus Ribavirin for chronic hepatitis C virus infection in HIV-infected patients. *N Engl J Med*. [revista en línea] July 29, 2004; 351(5): 438-450. [accesado 11 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://content.nejm.org/cgi/content/abstract/351/5/438>
29. Moya Durán M. Características clínicas de hepatitis “B” en el Hospital Roosevelt. Universidad de San Carlos de Guatemala. [revista en línea] *Revista Apuntes (Guatemala)* 2003. [accesado 9 feb 2010]. 3(3): Disponible en: <http://medicina.usac.edu.gt/revista/3-3/hepatib.doc>
30. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Enfermedades oportunistas relacionadas con el VIH. [en línea]. Ginebra Suiza: ONUSIDA; 1999 [accesado 9 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://www.inlatina.org/bv/archivos/autores-o/o%20-%20032.pdf>
31. Lamotte Castillo JA. Infección-enfermedad por VIH/SIDA. *Medisan*. [revista en línea] 2004; 8 (4): 49-63. [accesado 9 de febrero de 2010]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san06404.pdf
32. Tovar V, Albornoz E, Guerra M, Lazarde J. Prevalencia de candidiasis bucal en pacientes VIH/SIDA: estudio retrospectivo. *Act odont ven* [revista en línea] 2004; 42 (2): [7 pantallas]. Accesado 20 de abril de 2010]. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2004/2/prevalencia_candidiasis_bucal_pacientes_vih_sida.asp
33. Organización de la Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación. Comité de seguridad alimentaria mundial. Efectos del VIH/SIDA en la seguridad alimentaria. [en línea]. [s.l.]: FAO; 2001 [accesado 10 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://www.fao.org/DOCREP/MEETING/003/Y0310S.HTM>
34. Robles Gris J, Osorio J. Nutrición y Sida. [monografía en línea]. Mexico: Amigos contra el SIDA; 2009 [accesado 11 de diciembre de 2009]. Disponible en: <http://www.aids-sida.org/nutrisda.htm>

35. Jiménez-Expósito MJ, García-Lorda P, Alonso-Villaverde C, De Vírjala CM, Solà R, Masana L, et al. Effect of malabsorption on nutritional status and resting energy expenditure in HIV-infected patients. AIDS [revista en línea] 2008; 12(15):[8 páginas] [accesado el 21 de diciembre de 2009]. Disponible en: http://journals.lww.com/aidsonline/Fulltext/1998/15000/Effect_of_malabsorption_on_nutritional_status_and.7.aspx
36. Frena desnutrición avance en lucha contra el VIH/SIDA: Banco Mundial. [monografía en línea]. México: El Punto Critico; 2009 [accesado 27 de diciembre de 2009]. Disponible en: <http://internacionalsalud.blogspot.com/2009/12/frena-desnutricion-avance-en-lucha.html>
37. Alimentacionynutrición.org. Estado nutricional: exploración: concepto. [sede web]. México: Alimentación y Nutrición; 2008 [accesado el 15 de enero de 2010]. Disponible en: http://www.alimentacionynutricion.org/es/index.php?mod=content_detail&id=114
38. Programa Nacional de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe nacional sobre las metas del milenio. Informe de un grupo científico del PNUD [monografía en línea] Guatemala: PNUD; 2007 accesado enero 2010, disponible en: http://unicef.org.gt/10recursos/documentos/mirame/09_mirame_situacion_nina_indigena_guate.pdf
39. Organización Mundial de la Salud. Mujeres y sida: ¿Nos has escuchado hoy?. Informe de Grupo Científico de la OMS. [s.l.]: OMS; 2009.
40. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General de Regulación Vigilancia y Control de la Salud. Programa Nacional de Prevención Control de ITS, VIH y SIDA. Manual para la orientación y manejo de emociones en personas que viven con VIH y SIDA. Guatemala: MSPAS; 2007.
41. Arrivillaga M, Correa D, Varela M, Holguín L, Tobar J. Variables psicológicas en mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA: un estudio correlacional. Univ Psychol

- Bogotá [revista en línea] 2006; 5(3): [10 páginas] [accesado el 2 de enero de 2010]. Disponible en: <http://scielo.bvs-psi.org.br/pdf/up/v5n3/v5n3a18.pdf>
42. StarMedia.com. Desarrollo histórico de la evaluación psicológica [sede web]. España: StarMedia.com; 2007 [actualizado en junio 2007; accesado febrero 2010]. Disponible en: http://pdf.rincondelvago.com/evaluacion-psicologica_7.html
43. Kaplan RM, Seccuzzo DP. Pruebas psicológicas: principios y aplicaciones y temas [en línea] 6 ed. México: thomson; 2006 [accesado 10 de febrero de 2010]. Disponible en http://books.google.com.gt/books?id=22rVIUVsf1cC&pg=PA222&dq=examen++mental&lr=lang_es&cd=1#v=onepage&q=examen%20%20mental&f=false
44. Mora Berry ST. Depresión en pacientes con VIH – SIDA ingresados en el servicio de Infectología del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez, enero a marzo 2008. [en línea] Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Facultad de Ciencias Médicas, 2008. [accesado 24 de noviembre de 2009]. Disponible en <http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/2009/psiquiatria/Depresion%20en%20pacientes%20con%20VIH%20SIDA%20ingresados%20en%20el%20servicio%20de%20Infectologia%20del%20Hospital%20Escuela%20Dr.%20Roberto%20Calderon%20Gutierrez,%20Enero%20a%20Marzo%202008.pdf>
45. Fistera.com. Citología de cérvix o test de Papanicolaou. [sede web]. La Coruña: Fistera.com; 2006 febrero [actualizada el 18 de febrero de 2006; accesado el 5 de enero de 2010]. Disponible en: <http://www.la-tesis.com/citoCervix.asp.htm> 2006
46. Copeland LJ, Jarrell JF. Ginecología. 2 ed. Buenos Aires: Panamericana; 2002; vol 1:150-9.
47. Lazcano Ponce E, Alonso de Ruiz P, Hernández Avila M. Cáncer cervicouterino: diagnóstico prevención y control. España: Panamericana; 2000; vol 1:71-6.
48. Scott JR, Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF. Danforth Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8 ed. México DF: McGraw-Hill; 2000.

49. Sociedad Española de Citología y Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia. La infección por papilomavirus. Documento de consenso 2002. [en línea]. Madrid: Meditex; 2003. [acceso 12 de febrero de 2006]. Disponible en: <http://www.aepcc.org/congreso/pdf/CONS-VPH.pdf> Disaia, P. Creasman, W..
Oncología ginecológica clínica
50. Alvarado Bolívar DC, Mantilla Méndez DL, González Blanco M. Lesión intraepitelial de bajo grado en endocérnix: conducta. Rev. Obstet Ginecol Venez. [revista en línea] 2009; 69 (1): 45-7. [accesado 10 de diciembre 2009]. Disponible en: <http://www.sogvzla.org/ROGV/2009Vol69N1.pdf>
51. Clinicalascondes.cl. Alteraciones premalignas del cuello uterino. [sede web]. Chile: Clínica Las Condes; 2001 julio [accesado el 10 de enero de 2010]. Disponible en: http://www.clinicalascondes.cl/ver_articulo.cgi?cod=1083601018
52. Zeledón Contreras EJ. Correlación citológica, colposcópica e histológica de las lesiones premalignas de cérvix en pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Dr. Fernando Vélez Paiz, octubre 2007 a septiembre del 2008. [en línea]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Facultad de Ciencias Médicas, 2008 [accesado 6 de Febrero de 2010]. Disponible en : http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full_text/gineco_obstetricia/Correlacion%20citologica.pdf
53. Castillo R. Patología tumoral benigna y maligna del cérvix uterino. Servicio de Cirugía Oncológica del Hospital de Sergio E. Bernales. [en línea] [accesado 3 de febrero de 2010]. Disponible en: http://issuu.com/dr.gynob/docs/cancer_del_cervix_uterino
54. Bijarro Hernández F, Mendiola Infante SV, Montemayor Marín MC. El rostro de la mujeres con VIH/SIDA: su calidad de vida en Cd. Victoria, Tamaulipas, México. Cont Cien Soc. [revista en línea] 2009 enero; [15 pantallas]. [accesado 15 de diciembre de 2009]. Disponible en: www.eumed.net/rev/cccss/03/him.htm

55. Nuevas recomendaciones sobre el tratamiento de VIH-SIDA. [en línea]. [s.l.]; 2009. [accesado 09 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://salud-de-mujer.blogspot.com/2009/12/nuevas-recomendaciones-sobre-el-vih.html>
56. Office of AIDS Research Advisory Council. Department of Health and Human Services. Panel on antiretroviral guidelines for adults and adolescents: guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. [en línea]. USA: OARAC; 2009. [accesado 16 de diciembre de 2009]. Disponible en: <http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf>
57. Güell Durán AJ. La adherencia al tratamiento antirretroviral en personas VIH/SIDA: un abordaje desde la perspectiva del Trabajo Social. [en línea]. Costa Rica: Universidad de Costa Rica; [200?] [accesado 15 de diciembre de 2009]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/64/art2.htm>
58. López Tocón L. VIH en Guatemala, Abandonos de tratamiento antirretroviral. [en línea]. Guatemala: Agua Buena, Asociación de Derechos Humanos; 2008. [accesado 16 de diciembre de 2009]. Disponible en: <http://www.aguabuena.org/articulos/guatemala200806i.php>
59. II Foro Nacional para Mujeres con VIH: El VIH tiene nombre de mujer. [en línea]. España: Yo Dona; 2009 [accesado 14 de diciembre de 2009]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/yodona/2009/11/11/actualidad/1257936808.html>
60. Más de la mitad de las mujeres con VIH sufren lipodistrofia, un problema que hace que muchas dejen el tratamiento. [en línea]. Madrid [España]: Europapress; 2009. [accesado 15 de diciembre de 2009]. Disponible en: <http://www.europapress.es/salud/noticia-mas-mitad-mujeres-vih-sufren-lipodistrofia-problema-hace-muchas-dejen-tratamiento-20091111165527.html>
61. Guerra Márquez A. El VIH/SIDA y la mujer. [en línea]. México: Órgano Informativo del Departamento de Medicina Familiar; [200?] [accesado 14 de diciembre de 2009]. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm93/vih_mujer.html

ANEXO

11. ANEXOS

11.1 Instrumento de recolección de datos

No. Correlativo
de instrumento

“SITUACIÓN DE SALUD EN LAS PACIENTES FEMENINAS EN EDAD REPRODUCTIVA CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA”

Registro Médico o Código: _____ Fecha de consulta: _____

Grupo: _____ Mes Año

Presentación General

Introducción

Complete las siguiente boleta, con la información requerida de cada registro médico.

De cada una de las preguntas, existen opciones de respuesta de tipo:

- o Respuesta única, respuesta múltiple y respuesta abierta.
- o Utilice solo lapicero negro rellenando la opción correspondiente.

Pregunta	Respuesta
1 Edad (rango según el MSPAS)	☐ 15-19 años ☐ 35-39 años ☐ 20-24 años ☐ 40-44 años ☐ 25-29 años ☐ 45-49 años ☐ 30-34 años
2 Procedencia	☐ Guatemala ☐ Santa Rosa ☐ Sacatepéquez ☐ San Marcos ☐ El Progreso ☐ Suchitepéquez ☐ Zacapa ☐ Chiquimula ☐ Petén ☐ Baja Verapaz ☐ Izabal ☐ Huehuetenango ☐ Retalhuleu ☐ Jalapa ☐ Quetzaltenango ☐ Alta Verapaz ☐ Chimaltenango ☐ Totonicapán ☐ Jutiapa ☐ Quiché ☐ Escuintla ☐ Sololá ☐ Otros Si su respuesta es otros, especifique: _____
3 Escolaridad	☐ Alfabeta ☐ Analfabeta
4 Etnia	☐ Indígena ☐ No indígena
5 Ocupación	☐ Profesional universitaria ☐ Artesana ☐ Profesional ☐ Agricultora ☐ Comerciante ☐ Otros ☐ Ama de casa ☐ No especificado Si su respuesta es otros, especifique: _____
6 Orientación Sexual	☐ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual

7	Estado Civil	☐ Soltera ☐ Unida ☐ Casada	☐ Divorciada ☐ Viuda																
8	Infecciones de Transmisión Sexual	☐ Sífilis ☐ Herpes oral ☐ Herpes Zoster ☐ Herpes Genital Si su respuesta es otras, especifique: _____	☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis C ☐ Ninguna ☐ Otras																
9	Enfermedades Oportunistas	☐ Candidiasis ☐ Toxoplasmosis ☐ Histoplasmosis ☐ Tb pulmonar ☐ Tb extrapulmonar Si su respuesta es otras, especifique: _____	☐ Síndrome diarreico crónico ☐ Infección por citomegalovirus ☐ Ninguna ☐ Otras																
10	Clasificación para la definición de casos con infección VIH/SIDA	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Recuento CD4</th> <th>A</th> <th>B</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>>500/mm³</td> <td>☐ A1</td> <td>☐ B1</td> <td>☐ C1</td> </tr> <tr> <td>200 - 499/mm³</td> <td>☐ A2</td> <td>☐ B2</td> <td>☐ C2</td> </tr> <tr> <td>< 200/mm³</td> <td>☐ A3</td> <td>☐ B3</td> <td>☐ C3</td> </tr> </tbody> </table> A: asintomático/infección aguda B: sintomático/cuadros no A no C C: indicador de SIDA		Recuento CD4	A	B	C	>500/mm ³	☐ A1	☐ B1	☐ C1	200 - 499/mm ³	☐ A2	☐ B2	☐ C2	< 200/mm ³	☐ A3	☐ B3	☐ C3
Recuento CD4	A	B	C																
>500/mm ³	☐ A1	☐ B1	☐ C1																
200 - 499/mm ³	☐ A2	☐ B2	☐ C2																
< 200/mm ³	☐ A3	☐ B3	☐ C3																
11	Citología	Citología pre-gestacional ☐ Negativo para malignidad ☐ ASCUS ☐ LEIBG ☐ HPV ☐ NIC I ☐ LEIAG ☐ NIC II ☐ NIC III ☐ Carcinoma escamoso invasivo ☐ AGUS ☐ Otras neoplasias malignas: _____	Citología post-gestacional ☐ Negativo para malignidad ☐ ASCUS ☐ LEIBG ☐ HPV ☐ NIC I ☐ LEIAG ☐ NIC II ☐ NIC III ☐ Carcinoma escamoso invasivo ☐ AGUS ☐ Otras neoplasias malignas: _____																
12	Impresión Clínica Psicológica	☐ Depresión ☐ Ansiedad ☐ No especificado Si su respuesta es otros, especifique: _____	☐ Alteración conductual ☐ Otros ☐ Ninguno																
13	Hallazgo Psicológico	☐ Apatía ☐ Euforia ☐ Alegría	☐ Disminución de la libido ☐ Trastornos del sueño ☐ Irritabilidad ☐ Hipocondría ☐ Obsesión ☐ Fantasías																

		☐ Tristeza ☐ Decaimiento ☐ Depresión ☐ Plano ☐ Ansiedad ☐ Cólera ☐ Exaltación ☐ Oscilación ☐ Restringido ☐ Pérdida del apetito ☐ Pérdida de peso	☐ Cansancio ☐ Sensación de angustia ☐ Desesperanza ☐ Pesimismo ☐ Sentimiento de culpa ☐ Pérdida de interés de actividades ☐ Ideas suicidas ☐ Ideas Homicidas ☐ Ilusiones ☐ Autismo ☐ Desrealismo ☐ Positivismo	☐ Amnesia ☐ Desilusiones ☐ Positivismo ☐ Inquietud motora ☐ Sudoración ☐ Temores irracionales ☐ Preocupación ☐ Ambivalencia ☐ Pánico ☐ No especificado ☐ Ninguno
14	Estado Nutricional (Anote el peso y la talla de la paciente y rellene el IMC según el registro médico o su resultado.)	Peso: _____ Talla: _____ ☐ ≥ 40 Obesidad severa o mórbida ☐ 35-39.9 Obesidad moderada ☐ 30-34.9 Obesidad leve ☐ 25-29.9 Sobrepeso ☐ 18.5 - 24.99 Normal		
		☐ 17 – 18.4 DPC Leve ☐ 16 – 16.9 DPC moderado ☐ 15 – 15.9 DPC Severo ☐ ≤ 14.9 DPC Muy severo ☐ Ninguno		
15	Abandono del tratamiento	INICIO TX ☐ Si ☐ No ABANDONO TX ☐ Si ☐ No CAUSA DE ABANDONO ☐ Factores económicos ☐ Adicciones ☐ Factores sociales ☐ Falta de educación y consejería ☐ Factores psicológicos ☐ Alteraciones físicas ☐ Factores religiosos ☐ Causa desconocida ☐ Factores culturales ☐ Otros Si su respuesta es otros, especifique:		

Fecha de recolección: _____

11.2. Tablas de las gráficas de los resultados

Cuadro 11.2.1

Grupo etario de pacientes femeninas en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del departamento de medicina interna del hospital Roosevelt durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009
Guatemala, junio 2010

Edad	Porcentaje	Frecuencia
15 a 19 años	5.80	58
20 a 24 años	20.20	202
25 a 29 años	28.10	281
30 a 34 años	17.60	176
35 a 39 años	15.10	151
40 a 44 años	6.30	63
45 a 49 años	6.90	69
Total	100.00	1000

Fuente: boleta de recolección de datos

Cuadro 11.2.2

Escolaridad de pacientes femeninas en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del departamento de medicina interna del hospital Roosevelt durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009
Guatemala, junio 2010

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Alfabeta	746	74.60
Analfabeta	254	25.40
Total	1000	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos

Cuadro 11.2.3

Procedencia de pacientes femeninas en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del departamento de Medicina Interna del hospital Roosevelt durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009
Guatemala, junio 2010.

Procedencia	Frecuencia
Guatemala	376
Escuintla	193
Jutiapa	44
Quiché	42
Santa Rosa	40
Alta Verapaz	33
Chiquimula	27
Chimaltenango	24
Petén	23
Sacatepéquez	23
Izabal	21
Suchitepéquez	21
San Marcos	19
Quetzaltenango	17
El Progreso	13
Retalhuleu	13
Zacapa	12
Jalapa	11
Baja Verapaz	9
Huehuetenango	9
Sololá	8
Totonicapán	7
Otros*	15
Total	1000

Fuente: Boleta de recolección de datos.

*El Salvador, Honduras, Belice.

Cuadro 11.2.4

Etnia de pacientes femeninas pacientes femeninas en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del departamento de medicina interna del hospital Roosevelt durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009
Guatemala, junio 2010

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Indígena	193	19.30
No indígena	807	80.70
Total	1000	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos

Cuadro 11.2.5

Orientación sexual de pacientes femeninas pacientes femeninas en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del departamento de medicina interna del hospital Roosevelt durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009
Guatemala, junio 2010

Orientación sexual	Frecuencia	Porcentaje
Bisexual	9	0.90
Heterosexual	986	98.60
Homosexual	5	0.50
Total	1000	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos

Cuadro 11.2.6

Ocupación de pacientes femeninas en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del departamento de medicina interna del hospital Roosevelt durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009
Guatemala, junio 2010

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Profesional universitaria	2	0.20
Profesional	49	4.90
Comerciante	116	11.60
Ama de casa	727	72.70
Artesana	2	0.20
Agricultora	7	0.70
Otros	97	9.70
Total	1000	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos

Cuadro 11.2.7

Estado civil de pacientes femeninas en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la clínica de enfermedades infecciosas del departamento de medicina interna del hospital Roosevelt durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009
Guatemala, junio 2010

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	204	20.40
Divorciada	8	0.80
Soltera	235	23.50
Unida	404	40.40
Viuda	149	14.90
Total	1000	100.00

Fuente: boleta de recolección de datos

Cuadro 11.2.8

Infecciones de transmisión sexual en pacientes femeninas en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del departamento de medicina interna del hospital Roosevelt durante el periodo de enero

2005 a diciembre 2009

Guatemala, junio 2010

Infecciones de transmisión sexual (ITS)	Frecuencia	Porcentaje
Herpes genital	83	25
Papilomatosis	70	21
Herpes zóster	59	18
Sífilis	53	16
Herpes oral	53	16
Gardnerella vaginalis	18	5
Gonorrea	14	4
Tricomoniasis	13	4
Hepatitis B	11	3
Hepatitis C	5	2
Clamidiasis	4	1
Molusco contagioso	4	1
Total	332	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

Cuadro 11.2.9

Estadio clínico de la CDC en relación a infecciones de transmisión sexual en pacientes femeninas en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del departamento de medicina interna del hospital Roosevelt durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009
Guatemala, junio 2010

Clasificación para la definición de casos con VIH/SIDA según CDC* e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)							
CDC*	Sífilis	Herpes simple	Herpes zóster	Herpes genital	Hepatitis B	Hepatitis C	Otras
A1	1	4	0	4	1	0	9
A2	1	6	5	5	2	1	14
A3	0	6	4	2	0	0	11
B1	1	1	2	0	0	0	5
B2	16	7	12	12	1	1	11
B3	4	2	7	9	1	0	12
C1	2	1	0	2	0	0	2
C2	7	4	3	5	2	0	13
C3	21	22	26	44	4	3	46
Total	53	53	59	83	11	5	123

Fuente: Boleta de recolección de datos
CDC: Centers for Disease Control

Cuadro 11.2.10

Índice de masa corporal (IMC) para la definición de casos de infección VIH/SIDA del CDC* en pacientes en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del departamento de medicina interna del hospital Roosevelt durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009
Guatemala, junio 2010

IMC*	A2	A3	B1	B2	B3	C1	C2	C3	TOTAL
DPC* leve	6	2	0	10	5	2	0	22	48
DPC moderado	1	0	0	1	5	2	1	10	21
DPC muy severo	0	1	0	0	0	1	1	17	20
DPC severo	1	2	0	0	0	0	2	8	14
No especificado	26	16	4	31	8	2	11	54	164
Normal	81	62	9	51	43	3	30	138	465
Obesidad leve	19	6	0	10	4	0	3	10	61
Obesidad moderada	2	0	0	0	0	0	0	4	8
Obesidad severa o mórbida	1	1	0	1	0	0	0	1	4
Sobrepeso	41	24	6	25	17	1	6	51	195
TOTAL	178	114	19	129	82	11	54	315	1000

Fuente: Boleta de recolección de datos

* CDC: Centers for Disease Control. IMC: Índice de masa corporal. DPC: desnutrición proteico calórica.

Cuadro 11.2.11

Comparación del estado nutricional según índice IMC* y tratamiento antirretroviral de pacientes femeninas en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del departamento de medicina interna del hospital Roosevelt durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009
Guatemala, junio 2010

IMC*	SIN TRATAMIENTO ARV*	CON TRATAMIENTO ARV	TOTAL
DPC* leve	3	45	48
DPC moderado	0	21	21
DPC muy severo	0	20	20
DPC severo	0	14	14
No especificado	12	152	164
Normal	31	434	465
Obesidad leve	9	52	61
Obesidad moderada	0	8	8
Obesidad severa o mórbida	0	4	4
Sobrepeso	22	173	195
TOTAL	77	923	1000

Fuente: boleta de recolección de datos

*IMC: Índice de masa corporal. DPC: desnutrición proteico calórica. ARV: antirretroviral.

Cuadro 11.2.12

Impresiones clínicas psicológicas más frecuentes en pacientes femeninas en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del departamento de medicina interna del hospital Roosevelt durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009
Guatemala, junio 2010

Impresión clínica psicológica	Frecuencia	Porcentaje
Depresión	346	55.89
Ansiedad	110	17.78
Alteración conductual	52	8.40
Conflictos de pareja	38	6.14
Negación	29	4.68
Otros	44	7.10
Total	619	100.00

Fuente: boleta de recolección de datos

Cuadro 11.2.13

Ocupaciones más frecuente en pacientes femeninas en edad reproductiva con depresión y diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del hospital Roosevelt departamento de medicina interna durante el periodo de enero de 2005 a diciembre de 2009
Guatemala, junio 2010

Ocupación de pacientes con depresión	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	232	66,86
Comerciante	41	11,82
Profesional	21	6,05
Otros	53	15,27
TOTAL	347	100,00

Fuente: boleta de recolección de datos

Cuadro 11.2.14

Estado civil presentado en pacientes femeninas en edad reproductiva con depresión y diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del hospital Roosevelt departamento de medicina interna durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009
Guatemala, junio 2010

Estado Civil de pacientes con depresión	Frecuencia	Porcentaje
Casada	130	37,46
Divorciada	87	25,07
Soltera	78	22,48
Unida	49	14,12
Viuda	3	0,86
Total	347	100

Fuente: boleta de recolección de datos

Cuadro 11.2.15

Ocupación más frecuente en pacientes femeninas en edad reproductiva con ansiedad y diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del hospital Roosevelt departamento de medicina interna durante el periodo de enero de 2005 a diciembre de 2009
Guatemala, junio 2010

Ocupación de pacientes con ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	75	68,18
Comerciante	17	15,45
Oficios domésticos	6	5,45
Otros	12	10,91
TOTAL	110	100,00

Fuente: boleta de recolección de datos

Cuadro 11.2.16

Estado civil presentado en pacientes femeninas en edad reproductiva con ansiedad y diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del hospital Roosevelt departamento de medicina interna durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009
Guatemala, junio 2010

Estado Civil de pacientes con ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Unida	56	50,91
Soltera	24	21,82
Casada	18	16,36
Viuda	12	10,91
Total	110	100,00

Fuente: Boleta de recolección de datos

Cuadro 11.2.17

Estadio clínico según la CDC presentado en pacientes femeninas en edad reproductiva con depresión y diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del hospital Roosevelt departamento de medicina interna durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009
Guatemala, junio 2010

Clasificación para definición de casos con infección de VIH/SIDA según CDC*	Frecuencia	Porcentaje
A1	36	10.37
A2	62	17.87
A3	39	11.24
B1	5	1.44
B2	36	10.37
B3	28	8.07
C1	4	1.15
C2	26	7.49
C3	111	31.99
TOTAL	347	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos

*CDC: Centers for Disease Control

Cuadro 11.2.18

Estadio clínico según la CDC presentado en pacientes femeninas en edad reproductiva con ansiedad y diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del hospital Roosevelt departamento de medicina interna durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009
Guatemala, junio 2010

Clasificación para definición de casos con infección de VIH/SIDA según CDC*	Frecuencia	Porcentaje
A1	14	12.73
A2	24	21.82
A3	10	9.09
B1	1	0.91
B2	15	13.64
B3	10	9.09
C1	1	0.91
C2	5	4.55
C3	30	27.27
TOTAL	110	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos

* CDC: Centers for Disease Control

Cuadro 11.2.19
 Abandono de tratamiento antirretroviral en pacientes femeninas en edad reproductiva con
 depresión y diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades
 Infecciosas del hospital Roosevelt departamento de medicina interna durante
 el periodo de enero 2005 a diciembre 2009
 Guatemala, junio 2010

Pacientes con depresión	Frecuencia	Porcentaje
Si abandonaron	67	19.31
No abandonaron	280	80.69
Total	347	100

Fuente: boleta de recolección de datos

Cuadro 11.2.20
 Abandono de tratamiento antirretroviral en pacientes femeninas en edad reproductiva con
 ansiedad y diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades
 Infecciosas del hospital Roosevelt departamento de medicina interna durante
 el periodo de enero 2005 a diciembre 2009
 Guatemala, junio 2010

Pacientes con ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Si abandonaron	28	25.45
No abandonaron	82	74.55
Total	110	100

Fuente: boleta de recolección de datos

Cuadro 11.2.21

Resultados de citologías en pacientes femeninas no gestantes en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del departamento de medicina interna del hospital Roosevelt durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009.
Guatemala, junio 2010

Resultados de Citologías de pacientes no gestantes	Frecuencia	Porcentaje
Negativo para lesión intraepitelial o malignidad	388	38.8
ASCUS	5	0.5
LEIBG (HPV)	72	7.2
LEIBG (NIC I)	37	3.7
LEIAG (NIC II)	20	2.0
LEIAG (NIC III)	17	1.7
Carcinoma escamoso invasivo	4	0.4
AGUS	0	0.0
Otras neoplasias malignas		
Carcinoma epidermoide invasivo	2	0.20
Metaplasia	1	0.10
No especificado	454	45.4
Total	1000	100.0

Fuente: Boleta de recolección de datos

ASCUS: células escamosas atípicas de significado indeterminado. LEIBG: lesiones de bajo grado. LEIAG: lesiones de alto grado. HPV: virus del papiloma humano. NIC: neoplasia intracervical. AGUS: células glandulares atípicas de significado indeterminado.

Cuadro 11.2.22

Citologías anormales con lesiones de bajo y alto grado en pacientes femeninas no gestantes en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la clínica de enfermedades infecciosas del departamento de medicina interna del hospital Roosevelt durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009.
Guatemala junio 2010.

Resultados de Citologías Anormales de Pacientes no gestantes	Frecuencia	Porcentaje
ASCUS	5	3.2
LEIBG (HPV)	72	45.6
LEIBG (NIC I)	37	23.4
LEIAG (NIC II)	20	12.7
LEIAG (NIC III)	17	10.8
Carcinoma escamoso invasivo	4	2.5
AGUS	0	0.0
Carcinoma epidermoide invasivo	2	1.27
Metaplasia	1	0.63
Total	158	100.0

Fuente: Boleta de recolección de datos.

ASCUS: células escamosas atípicas de significado indeterminado. LEIBG: lesiones de bajo grado. LEIAG: lesiones de alto grado. HPV: virus del papiloma humano. NIC: neoplasia intracervical. AGUS: células glandulares atípicas de significado indeterminado.

Cuadro 11.2.23

Frecuencia de citologías anormales con lesiones de bajo y alto grado en pacientes femeninas no gestantes en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA con relación al grupo etario que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del departamento de medicina interna del hospital Roosevelt durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009.
Guatemala, junio 2010

Citologías anormales de pacientes no gestantes	EDAD							TOTAL
	15-19 años	20-24 años	25-29 años	30-34 años	35-39 años	40-44 años	45-49 años	
ASCUS	0	0	3	1	1	0	0	5
Carcinoma escamoso invasivo	1	0	1	1	0	1	0	4
LEIAG (NIC II)	3	4	3	4	2	3	1	20
LEIAG (NIC III)	0	4	4	3	1	1	4	17
LEIBG (HPV)	6	21	30	8	6	1	0	72
LEIBG (NIC I)	1	3	14	9	5	3	2	37
Negativo para malignidad	15	72	99	61	78	28	35	388
No especificado	32	98	126	87	58	26	27	454
Otras neoplasias malignas	0	0	1	2	0	0	0	3
TOTAL	58	202	281	176	151	63	69	1000

Fuente: Boleta de recolección de datos

ASCUS: células escamosas atípicas de significado indeterminado. LEIBG: lesiones de bajo grado. LEIAG: lesiones de alto grado. HPV: virus del papiloma humano. NIC: neoplasia intracervical. AGUS: células glandulares atípicas de significado indeterminado.

Cuadro 11.2.24

Frecuencia de citologías anormales con lesiones de bajo y alto grado en pacientes femeninas no gestantes en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA con relación al estado civil que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del departamento de medicina interna del hospital Roosevelt durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009.
Guatemala, junio 2010

Citologías anormales de pacientes no gestantes	Estado Civil					
	Casada	Divorciada	Soltera	Unida	Viuda	TOTAL
ASCUS	2	0	0	3	0	5
Carcinoma escamoso invasivo	3	0	0	1	0	4
LEIAG (NIC II)	3	0	3	10	4	20
LEIAG (NIC III)	2	0	5	6	4	17
LEIBG (HPV)	15	0	19	29	9	72
LEIBG (NIC I)	4	0	10	14	9	37
Negativo para malignidad	92	6	80	153	57	388
No especificado	83	2	118	186	65	454
Otras neoplasias malignas	0	0	0	2	1	3
TOTAL	204	8	235	404	149	1000

Fuente: boleta de recolección de datos

ASCUS: células escamosas atípicas de significado indeterminado. LEIBG: lesiones de bajo grado. LEIAG: lesiones de alto grado. HPV: virus del papiloma humano. NIC: neoplasia intracervical. AGUS: células glandulares atípicas de significado indeterminado.

Cuadro 11.2.25

Frecuencia de citologías anormales con lesiones de bajo y alto grado en pacientes femeninas no gestantes en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA con relación al estadio clínico de la CDC que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del departamento de medicina interna del hospital Roosevelt durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009.
Guatemala, junio 2010

CLASIFICACIÓN PARA DEFINICIÓN DE CASOS CON INFECCIÓN DE VIH/SIDA										
Citología pre gestacional	A1	A2	A3	B1	B2	B3	C1	C2	C3	TOTAL
ASCUS	0	0	0	0	0	0	0	1	4	5
Carcinoma escamoso invasivo	0	0	0	0	1	1	0	0	2	4
LEIAG (NIC II)	0	1	0	0	4	3	0	2	10	20
LEIAG (NIC III)	0	0	0	0	3	1	0	3	10	17
LEIBG (HPV)	1	11	6	1	8	10	1	7	27	72
LEIBG (NIC I)	0	1	4	0	10	2	0	2	18	37
Negativo para malignidad	45	67	39	12	55	35	2	19	114	388
No especificado	52	97	65	6	48	30	8	20	128	454
Otras neoplasias malignas	0	1	0	0	0	0	0	0	2	3
TOTAL	98	178	114	19	129	82	11	54	315	1000

Fuente: Boleta de recolección de datos.

ASCUS: células escamosas atípicas de significado indeterminado. LEIBG: lesiones de bajo grado.

LEIAG: lesiones de alto grado. HPV: virus del papiloma humano. NIC: neoplasia intracervical. AGUS: células glandulares atípicas de significado indeterminado.

Cuadro 11.2.26

Pacientes gestantes en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del departamento de medicina interna del hospital Roosevelt durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009
Guatemala, junio 2010

Pacientes	Frecuencia	Porcentaje
No embarazadas	907	90.70
Embarazadas	93	9.30
Total	1000	100

Fuente: boleta de recolección de datos

Cuadro 11.2.27

Avance de lesiones de bajo y alto grado de cérvix en pacientes gestantes en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del departamento de medicina interna del hospital Roosevelt durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009
Guatemala, junio 2010

Pacientes gestantes	Frecuencia	Porcentaje
Con avance	45	48.39
Sin avance	48	51.61
Total	93	100.00

Fuente: boleta de recolección de datos

Cuadro 11.2.28

Porcentaje pacientes gestantes con avance de lesiones de bajo y alto grado de cérvix en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del departamento de medicina interna del hospital Roosevelt durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009
Guatemala, junio 2010

Avance pacientes gestantes	Frecuencia	Porcentaje
HPV-NIC I	22	48.89
HPV-NIC II	7	15.56
HPV-NIC III	3	6.67
HPV- Ca	2	4.44
NIC I-NIC II	2	4.44
NIC I-NIC III	4	8.89
NIC I-Ca	2	4.44
NIC II-NIC III	1	2.22
NIC II-Ca	1	2.22
NIC III-Ca	1	2.22
TOTAL	45	100.00

Fuente: boleta de recolección de datos

HPV: virus del papiloma humano. NIC: neoplasia intracervical. Ca: Cáncer de cérvix.

Cuadro 11.2.29

Avance de lesiones de bajo y alto grado de cérvix en relación a grupo etario en pacientes gestantes en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del departamento de medicina interna del hospital Roosevelt durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009
Guatemala, junio 2010

Avance pacientes gestantes	Edad							TOTAL
	15-19a	20-24a	25-29a	30-34a	35-39a	40-44a	45-49a	
HPV-NIC I	1	8	9	0	3	1	0	22
HPV-NIC II	0	1	3	2	1	0	0	7
HPV-NIC III	0	1	1	1	0	0	0	3
HPV-Ca	1	0	0	0	1	0	0	2
NIC I-NIC II	0	1	1	0	0	0	0	2
NIC I-NIC III	0	0	2	0	0	2	0	4
NIC I-Ca	0	0	1	0	0	0	1	2
NIC II-NIC III	0	0	0	1	0	0	0	1
NIC II-Ca	0	0	0	0	0	1	0	1
NIC III-Ca	0	0	1	0	0	0	0	1
TOTAL	2	11	18	4	5	4	1	45

Fuente: boleta de recolección de datos

HPV: virus del papiloma humano. NIC: neoplasia intracervical. Ca: Cáncer de cérvix.

Cuadro 11.2.30

Avance de lesiones de bajo y alto grado de cérvix en relación a estado civil en pacientes gestantes con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del departamento de medicina interna del hospital Roosevelt durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009
Guatemala, junio 2010

Avance pacientes gestantes	ESTADO CIVIL					TOTAL
	Soltera	Unida	Casada	Divorciada	Viuda	
HPV-NIC I	6	9	6	0	1	22
HPV-NIC II	0	5	1	0	1	7
HPV-NIC III	1	0	1	0	1	3
HPV-Ca	1	1	0	0	0	2
NIC I-NIC II	1	1	0	0	0	2
NIC I-NIC III	0	2	0	0	2	4
NIC I-Ca	1	0	1	0	0	2
NIC II-NIC III	0	1	0	0	0	1
NIC II-Ca	1	0	0	0	0	1
NIC III-Ca	1	0	0	0	0	1
TOTAL	12	19	9	0	5	45

Fuente: boleta de recolección de datos

HPV: virus del papiloma humano. NIC: neoplasia intracervical. Ca: Cáncer de cérvix.

Cuadro 11.2.31

Inicio de tratamiento antirretroviral en pacientes femeninas en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del hospital Roosevelt del departamento de medicina interna durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009
Guatemala, junio 2010

Inicio tratamiento antirretroviral	Frecuencia	Porcentaje
No	77	7.70
Sí	923	92.30
Total	1000	100.00

Fuente: boleta de recolección de datos

Cuadro 11.2.32

Abandono de tratamiento antirretroviral en pacientes femeninas en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del hospital Roosevelt del departamento de medicina interna, durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009
Guatemala, junio 2010

Abandono de tratamiento antirretroviral	Frecuencia	Porcentaje
Sí	180	19.5
No	743	80.5
Total	923	100.00

Fuente: boleta de recolección de datos

Cuadro 11.2.33

Causas de abandono de tratamiento antirretroviral en pacientes femeninas en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del hospital Roosevelt del departamento de medicina interna durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009
Guatemala, junio 2010

Causas de abandono de tratamiento antirretroviral	Frecuencia	Porcentaje
Causa desconocida	44	24.4
Factores económicos	37	20.6
Motivos personales	35	19.4
Factores culturales y/o religiosos	19	10.6
Factores sociales	14	7.8
Factores psicológicos	11	6.1
Adicciones	4	2.2
Alteraciones físicas	4	2.2
Falta de educación y consejería	3	1.7
Otros	9	5.0
Total	180	100.0

Fuente: boleta de recolección de datos

Cuadro 11.2.34

Procedencia en relación al abandono de tratamiento antirretroviral en pacientes femeninas en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del hospital Roosevelt del departamento de medicina interna durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009
Guatemala, junio 2010

Procedencia	Abandono de tratamiento antirretroviral	
	Frecuencia	Porcentaje
Alta Verapaz	5	2.8
Baja Verapaz	1	0.6
Chimaltenango	5	2.8
Chiquimula	3	1.7
El Progreso	2	1.1
Escuintla	43	23.9
Guatemala	60	33.3
Huehuetenango	3	1.7
Izabal	3	1.7
Jalapa	3	1.7
Jutiapa	1	0.6
Petén	3	1.7
Quetzaltenango	7	3.9
Quiché	4	2.2
Retalhuleu	2	1.1
Sacatepéquez	1	0.6
San Marcos	4	2.2
Santa Rosa	10	5.6
Sololá	4	2.2
Suchitepéquez	3	1.7
Totonicapán	2	1.1
Zacapa	3	1.7
Otros	8	4.4
Total	180	100.0

Fuente: boleta de recolección de datos

Cuadro 11.2.35

Ocupación en relación al abandono de tratamiento antirretroviral en pacientes femeninas en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del hospital Roosevelt del departamento de medicina interna durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009
Guatemala, junio 2010

Ocupación	Abandono de tratamiento antirretroviral	
	Frecuencia	Porcentaje
Agricultora	1	0.6
Ama de casa	128	71.1
Artesana	0	0.0
Comerciante	26	14.4
Operador de máquina	4	2.2
Otros	6	3.3
Profesional	6	3.3
Profesional universitaria	0	0.0
T.C.S.*	9	5.0
Total	180	100.0

Fuente: boleta de recolección de datos

*T.C.S.: trabajadora comercial del sexo

Cuadro 11.2.36

Estado civil en relación al abandono de tratamiento antirretroviral en pacientes femeninas en edad reproductiva con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del hospital Roosevelt del departamento de medicina interna durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2009
Guatemala, junio 2010

Estado Civil	Abandono de tratamiento antirretroviral	
	Frecuencia	Porcentaje
Unida	77	42.8
Casada	24	13.3
Soltera	52	28.9
Viuda	26	14.4
Divorciada	1	0.6
Total	180	100.0

Fuente: boleta de recolección de datos