



**Universidad Nacional
Federico Villarreal**

**Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN**

FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

**FACTORES ASOCIADOS A INFECCIÓN POR VIH-SIDA EN PACIENTES MUJERES
EN EL HOGAR SAN CAMILO 2019.**

Línea de Investigación: Salud Pública

Tesis para optar por el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR:

Llanos Chávez, Karin Yoselly

ASESOR:

Claros Manotupa, José Luis

JURADOS:

Cabrera Arroyo, Edwin Elard

Guevara Florian, Victor Angel

Sandoval Diaz, Wilder

**LIMA – PERÚ
2021**

DEDICATORIA

A mis abuelos maternos, Asunción y Gregorio por ser el pilar de mi niñez y responsables de mi formación personal.

A mi madre y padre, Lucila e Iván por ser mi apoyo incondicional y enseñarme a nunca rendirme.

A mis hermanos, Mariel y Luis por ser la fuerza que me impulsa a seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

Agradecer a Dios por la vida, por permitirme llegar hasta este momento.

A mis angelitos en el cielo, Antonia que me dio la oportunidad de abrir mis alas; y, en especial a Asunción mi motivación y amor infinito.

A mi madre, que tuvo la fuerza y valentía de tomarme la mano para caminar juntas en esta vida.

A las Hermanas Clarisas Capuchinas, en especial a la Hna. Vitalina por sus sabios consejos y palabras de aliento.

A todos mis maestros que compartieron sus conocimientos durante toda esta hermosa carrera.

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	3
I. INTRODUCCIÓN	5
1.1 Descripción y Formulación del Problema	5
1.2 Antecedentes.....	6
1.3 Objetivos	8
1.4 Justificación.....	9
1.5 Hipótesis.....	9
II. MARCO TEÓRICO	11
2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación.....	11
III. MÉTODO	18
3.1 Tipo de investigación.	18
3.2 Ámbito temporal y espacial.....	18
3.3 Variables.....	19
3.4 Población y muestra.....	22
3.5 Instrumentos.	23
3.6 Procedimientos.	24
3.7 Análisis de datos.	24
3.8 Consideraciones éticas.....	24
IV. RESULTADOS.....	25
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	35
VI. CONCLUSIONES.....	38

VII. RECOMENDACIONES.....40

VIII. REFERENCIAS.....41

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables dependientes en los factores asociados a infección por VIH	19
Tabla 2. Operacionalización de variables independientes en los factores asociados a infección por VIH.....	20
Tabla 3. Características basales en los factores Asociados a Infección por VIH-SIDA en Pacientes mujeres con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el Hogar San Camilo 2016 – 2019.....	27
Tabla 4. La Edad como factor Asociado a Infección por VIH-SIDA en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el Hogar San Camilo 2016 – 2019.....	29
Tabla 5. El nivel socioeconómico como factor Asociado a Infección por VIH-SIDA en Pacientes Mujeres con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el Hogar San Camilo 2016 – 2019.....	30
Tabla 6. El grado de instrucción como factor de riesgo para infección por VIH/SIDA en Pacientes Mujeres del Hogar San Camilo 2016-2019.....	30
Tabla 7. El grado de instrucción ampliado como factor de riesgo para infección por VIH/SIDA en Pacientes Mujeres del Hogar San Camilo 2016-2019.....	31
Tabla 8. Grado de instrucción relacionado a Nivel socioeconómico como factor Asociado a Infección por VIH-SIDA en Pacientes Mujeres en el Hogar San Camilo 2016 – 2019.....	32
Tabla 9. La condición sexual como factor de riesgo para infección por VIH/SIDA en Pacientes Mujeres del Hogar San Camilo 2016-2019.....	33
Tabla 10. Estadio clínico como factor Asociados a Infección por VIH-SIDA en Pacientes Mujeres en el Hogar San Camilo 2016 – 2019.....	33

Tabla 11. Presentación clínica como factor Asociados a Infección por VIH-SIDA en Pacientes

Mujeres en el Hogar San Camilo 2016 – 2019.....34

RESUMEN

Antecedentes: En los últimos años, el número de mujeres infectadas por el VIH se ha elevado en todas las regiones del mundo, afectando principalmente a aquéllas en edades reproductivas. Múltiples factores inciden en la mayor vulnerabilidad de las mujeres. Es por ello, que la Organización de las Naciones Unidas ha planteado que "el rostro del SIDA corresponde cada vez más al de una mujer joven" y, más recientemente, que la epidemia del VIH/SIDA ha alcanzado igualdad de género. Razón por la cual en esta investigación se trató de profundizar cuales son los factores que hacen que las mujeres sean más vulnerables.

Objetivo. Determinar cuáles son los factores asociados a la Infección por VIH-SIDA en pacientes mujeres en el Hogar San Camilo durante el periodo de julio del 2016 a julio del 2019.

Método. Estudio de cohorte, retrospectivo observacional. La unidad de análisis es el paciente de sexo femenino con infección VIH SIDA en el Hogar San Camilo durante el periodo de julio del 2016 a julio del 2019. La información fue extraída de las historias clínicas del paciente que ingresaron en ese periodo tiempo. Se evaluaron las características de edad, sexo, ocupación, estado civil, grado de instrucción, estado socioeconómico, lugar de procedencia, estadio clínico al diagnóstico, forma de presentación de la enfermedad.

Resultados. Se incluyeron un total de 454 pacientes de sexo femenino siendo 286 (63%) sin VIH-SIDA y 168 (37%) con VIH-SIDA. La media de edad fue de 28.6 años (18-76 años) y el mayor grupo de pacientes con VIH-SIDA fue de 18 a 30 años 86 (51%). La frecuencia de infección por VIH SIDA en mujeres fue de 0.36. Cuando se realiza el análisis inferencial de los diferentes factores de riesgo relacionados a infección por VIH SIDA relacionados a mujeres observamos que el sexo masculino es el más relacionado con respecto a la edad (grupo de 18 a 30 años) con un valor estadístico (OR=10.604 (I.C.95% 2.144-52.459) con un P (0.003) con respecto al sexo femenino P (0.05).

Cuando relacionamos el nivel socioeconómico con la variable dependiente se evidencia que la variable muy pobre es un factor de riesgo para infección por VIH (OR: 4.950 IC: 3,231-7,583), y la variable pobre es factor protector (OR: 0.269 IC: 0.180-0.402). Cuando relacionamos grado de instrucción, se evidencia que el grado de instrucción bajo es factor de riesgo para la infección por VIH/SIDA con un OR: 2.492 (IC: 1.642-3.782), siendo en las pacientes con infección por VIH es el de secundaria incompleta (54.8%). Cuando se relaciona el grado de instrucción con el nivel socioeconómico observamos que los pacientes de sexo femenino con nivel primaria incompleta de condición pobre P (0.077) y muy pobre OR=3.978 (I.C.95% 1.467–10.790); $p=0.065$) son los más representativos. Cuando se relaciona la condición sexual con la infección por VIH se evidencia que el hecho de ser bisexual u homosexual es un factor nulo para la infección por VIH/SIDA con un OR: 1.250 (IC: 0.493-3.172). Cuando relacionamos el sexo femenino al estadio clínico en reciente diagnóstico observamos que los estadios clínicos A 76 (45.2%) y el estadio C 86 (51.3%) OR=12.290 (I.C.95% 1.447-104.386), $p=0.004$ son los más importantes. Cuando relacionamos sexo con formas de presentación clínica a infección a VIH- SIDA se observa un grupo de pacientes que están asintomáticos 76(45.2%), seguidos de Diarrea crónica 26(15.4%) síndrome de consumo 20(11.9%) y candidiasis oral y esofágica 19(11.3%).

Conclusiones Los pacientes de sexo femenino tuvieron una relación Hombre/mujer de 1.5, edad promedio fue de 28.6 años, la frecuencia fue de 0.36, los factores de riesgo asociados a infección VIH SIDA en mujeres fue la edad de 18 a 30 años, tener primaria incompleta y de condición pobre y muy pobre, la mayoría procedían de Lima Este, el estado civil más común fue el ser soltera, la mayoría al momento del diagnóstico tenían estadio clínico C y presentaban Diarrea crónica, síndrome de consumo y candidiasis oral y esofágica.

Palabras Claves: VIH, SIDA, mujeres con VIH SIDA.

ABSTRACT

Background: In recent years, the number of women infected with HIV has risen in all regions of the world, mainly affecting in reproductive age. Multiple factors contribute to the increased vulnerability of women. For this reason, the United Nations has stated that "the face of AIDS increasingly corresponds to that of a young woman" and, more recently, that the HIV/AIDS epidemic has reached gender equality. For this reason, in this research we tried to deepen which are the factors that make women more vulnerable.

Objective. To determine which factors are associated with HIV-AIDS infection in female patients at Hogar San Camilo during the period from July 2016 to July 2019.

Method. Cohort study, retrospective observational. The unit of analysis is the female patient with HIV-AIDS infection at Hogar San Camilo during the period from July 2016 to July 2019. The information was extracted from the patient's medical records that were admitted during that period of time. The characteristics of age, sex, occupation, marital status, educational level, socioeconomic status, place of origin, clinical stage at diagnosis, form of presentation of the disease.

Results. A total of 454 patients of female sexes were included, 286 (63%) without HIV-AIDS and 168 (37%) with HIV-AIDS. The mean age was 28.6 years (18-76 years) and the largest group of patients of both sexes was from 18 to 30 years 229 (54.5%). The frequency of HIV AIDS infection in women was 0.36%. In the inferential analysis, the different risk factors related to HIV infection and AIDS related to women is carried out, we observe that the male sex is the most related with respect to age (18 to 30 years group) with a statistical value (OR = 10.604 (95% CI 2.144-52.459), with a P (0.003) with respect to the female sex (P = 0.05).

When we relate the socioeconomic level with the dependent variable, it is evident that the very poor variable is a risk factor for HIV infection (OR: 4.950 CI: 3.231-7.583), and the poor variable is a protective factor (OR: 0.269 CI: 0.180 -0.402). When we relate the degree of education with the dependent variable, it is evidenced that the low level of education is a risk factor for HIV / AIDS infection with an OR: 2.492 (CI: 1.642-3.782), the most representative in patients with infection. For HIV it is incomplete secondary school (54.8%). When the degree of education is related to the socioeconomic level, we observe that female patients with incomplete primary level of poor condition P (0.077) and very poor OR = 3.978 (95% CI 1.467-10.790); p = 0.065) are the most representative. When sexual status is related to HIV infection, it is evidenced that being bisexual or homosexual is a null factor for HIV / AIDS infection with an OR: 1,250 (CI: 0.493-3.172). When we related female sex to the clinical stage at recent diagnosis, we observed that clinical stage A 76 (45.2%) and stage C 86 (51.3%) were the most important. When we related sex with clinical presentation forms to HIV-AIDS infection we observed a group of patients who are asymptomatic 76 (45.2%), followed by chronic diarrhea 26 (15.4%), consumption syndrome 20 (11.9%) and oral and esophageal candidiasis 19 (11.3%).

Conclusions. Female patients had a male/female ratio of 1.5, mean age was 28.6 years, frequency was 0.36, risk factors associated with HIV AIDS infection in women were age 18 to 30 years, incomplete primary school and poor and very poor condition, most came from East Lima, the most common marital status was being single, most at the time of diagnosis had clinical stage C and presented chronic diarrhea, consumption syndrome and oral and esophageal candidiasis.

Key words: HIV, AIDS, women with HIV AIDS.

I. INTRODUCCIÓN

Desde que fue identificado el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), en 1981, la enfermedad ha seguido un curso irreducible, considerándose la gran pandemia de fines del siglo XX, siendo así un problema de salud pública mundial. Según el Informe (ONU/SIDA 2008), se estima que había en el mundo 33 millones de personas infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) a finales del 2007. (Álvarez 2006) y a finales del 2012 alrededor de 34 millones, y se estima que el 0.8% de los adultos de edades comprendidas entre 15 y los 49 años son seropositivos. (Balcindes Acosta 2018) Pero, en los últimos años, el perfil epidemiológico de la infección por VIH ha cambiado: ha dejado de ser una enfermedad de homosexuales y drogadictos, y actualmente es la enfermedad que más impacta a la población joven, incluyendo las mujeres en edad fértil, lo que le confiere una mayor trascendencia demográfica y social.

1.1 Descripción y Formulación del Problema.

En los últimos años, el número de mujeres infectadas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana se ha elevado en todas las regiones del mundo, afectando principalmente a aquéllas en edades reproductivas. Múltiples factores inciden en la mayor vulnerabilidad de las mujeres: factores biológicos, como la superficie mucosa y las mayores concentraciones virales a las que son expuestas, así como factores socioculturales y económicos, tales como las funciones sociales que asumen las mujeres en la relación de pareja y las desiguales oportunidades que les brinda cada sociedad. Es por ello, que la Organización de las Naciones Unidas ha planteado que "el rostro del SIDA corresponde cada vez más al de una mujer joven" y, más recientemente, que la epidemia del VIH/SIDA ha alcanzado igualdad de género. Es por ello que me propuse en esta investigación

profundizar cuales son los factores que hacen que las mujeres sean más vulnerables a esta enfermedad y planteé la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores asociados a la Infección por VIH-SIDA en pacientes Mujeres en el Hogar San Camilo durante el periodo de julio del 2016 a julio del 2019?

1.2 Antecedentes

Se estima que 15,5 millones de mujeres vivían con el VIH a finales del 2007, lo que representó un aumento de más de un millón en comparación con el 2001 (Beyrer 2007).

Un estudio realizado en Corea por Lee et al (2009) mostro las características epidemiológicas en mujeres con infección por HIV. Mostro una edad media de 37 años, la mayoría de las mujeres no tenían empleo fijo. Se evidencio además un recuento de CD4 de 362 células/mm³ al diagnóstico.

En Sudáfrica, Mabaso et al. (2020) realizaron un estudio que mostraba la diferencia de la prevalencia de infección por VIH en la población sudafricana. Se encontró una prevalencia mayor en las mujeres sobre los varones, especialmente en aquellas personas de raza negra.

En España, Castilla (2000) la epidemia muestra una tendencia favorable, caracterizada por la disminución de casos de sida y de infecciones por el VIH; una mayor supervivencia de las personas afectadas gracias a la disponibilidad de tratamiento antirretroviral y el aumento en el porcentaje de la transmisión por contacto heterosexual. En estos momentos se estima que puede haber entre 120.000 y 150.000 personas portadoras del VIH/sida y en la cuarta parte de ellas la enfermedad aún está sin diagnosticar. La relación varón/mujer es de 4 a 1. Del total de casos, del 20 al 30% se han contagiado por vía heterosexual. Durante el año 2001, en el 40% de los casos de sida en mujeres el contagio fue por vía heterosexual

OMS (2004) describe que, desde el punto de vista sociocultural, por su condición social desigual, las mujeres tienen más peligro de contraer la infección por el VIH. Socialmente, las mujeres del tercer mundo siguen teniendo menor acceso a la educación y al ingreso, lo que las vuelve más dependientes de los hombres y con escasas posibilidades de acceder a información y servicios adecuados de salud.

Mackenzie S (2007) describe que, en las sociedades donde el VIH se considera un signo de promiscuidad sexual, las normas por razón del sexo configuran la forma cómo se perciben los hombres y mujeres infectados por el VIH. Aquí la mujer sero positiva se enfrenta con mayor estigma y rechazo que el hombre. Esas normas influyen también en el modo en que los miembros de la familia viven y afrontan el VIH y las muertes por SIDA. Con frecuencia, la carga de la atención pesa sobre las mujeres, y es más probable que se saque de la escuela a las niñas huérfanas que a sus hermanos.

Un estudio de tipo caso control realizado por Castro et al. (2014) mostró una edad menor a 40 años se relaciona con el hecho de ser VIH positivo, además evidenció que estadios avanzados (B y C), se relacionan con una mayor prevalencia de enfermedades oportunistas. (Castro, 2014)

García (2010) realizó un estudio descriptivo, en donde se analizaron características en estudiantes de una universidad en Venezuela, encontrando una mayor prevalencia de VIH en mujeres sobre hombres, y en solteros que en casados.

Venereo et al (2010) realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo con la finalidad de conocer las características epidemiológicas de la población VIH/SIDA femenina de Ciudad de la Habana desde de enero de 1986 hasta diciembre de 2006. Se evidenció un incremento en las tasas de incidencia de VIH/SIDA por año de diagnóstico, a partir de 1998. Los grupos de

edades más afectados fueron los de 20 a 24 y 15 a 19 años. El municipio Habana Vieja es el de mayor tasa de incidencia.

Un estudio realizado por Sánchez (2015) en el cual se evaluaron características clínicas y epidemiológicas de la infección por VIH en Cuba, evidencio una mayor prevalencia de VIH en pacientes del sexo masculino. Se evidenció también una mayor prevalencia en grupos etarios jóvenes y en no heterosexuales.

Jiménez at el (2001) Realizaron un estudio de tipo descriptivo en pacientes con VIH en Colombia, en el cual se encontró que los grupos etéreos más afectados fueron de 20 a 35 años, además se evidenciaron que la prevalencia más alta de enfermedades oportunistas las tenía la candidiasis oral, la neumonía bacteriana y la TBC pulmonar.

Un estudio de tipo descriptivo realizado en Ica-Perú por Bonilla-Ruíz y Vilcapoma-Balbin (2013) evaluó la prevalencia de estadio inmunológico al diagnóstico, evidenciando que un mayor porcentaje de pacientes tenía un estadio A al diagnóstico de la enfermedad.

Los últimos años se observa un incremento sostenido en la proporción de los casos diagnosticados de VIH en varones de 18 a 29 años. En las mujeres se presenta en mayor porcentaje en 30 a 59 años. (Sala Situacional VIHSIDA 2019 Perú).

1.3 Objetivos

Objetivo General.

Determinar cuáles son los factores asociados a la Infección por VIH-SIDA en pacientes Mujeres en el Hogar San Camilo durante el periodo de 2016 a 2019.

Objetivos Específicos.

Determinar la frecuencia de Infección por VIH-SIDA en pacientes Mujeres en el Hogar San Camilo durante el periodo de 2016 a 2019.

Determinar cuál fue la forma de presentación clínica de infección por VIH SIDA en pacientes Mujeres en el Hogar San Camilo durante el periodo de 2016 a 2019.

Determinar los factores sociales asociados a infección por VIH SIDA en pacientes Mujeres en el Hogar San Camilo durante el periodo de 2016 a 2019.

Determinar cuáles fueron los estadios clínicos de ingreso de las pacientes mujeres con infección por VIH SIDA en el Hogar San Camilo durante el periodo de 2016 a 2019.

1.4 Justificación.

Cada día son más las mujeres que adquieren el VIH, debido, no solo a relaciones fortuitas y desprotegidas, sino también como consecuencia de relaciones estables, lo cual significa que pueden ser infestadas por sus propios esposos o parejas. Las mujeres son biológicas, sociocultural y económicamente más vulnerables a contraer el VIH. También en muchas circunstancias, las mujeres no suelen tener opciones con respecto a sus parejas o las circunstancias en las que tienen relaciones sexuales. En algunos países son comunes las relaciones sexuales entre mujeres jóvenes y hombres considerablemente mayores, realidad que se está observando en nuestro país, es por eso que creemos conveniente realizar este estudio, ya que no contamos con estudios similares y nacionales con respecto a este género.

1.5 Hipótesis

Hipótesis General

H₁: Factores como la edad, ocupación, el grado de instrucción, nivel socioeconómico, estadio de la enfermedad, así como forma de presentación de la misma, son factores asociados a infección por VIH-SIDA en pacientes mujeres en el Hogar San Camilo durante el periodo de 2016 a 2019.

H₁₋₀: Factores como la edad, ocupación, el grado de instrucción, nivel socioeconómico, estadio de la enfermedad, así como forma de presentación de la misma, no son factores asociados a infección por VIH-SIDA en pacientes mujeres en el Hogar San Camilo durante el periodo de 2016 a 2019.

Hipótesis Específica

H₂: La edad es el factor asociado a infección por VIH-SIDA en pacientes mujeres en el Hogar San Camilo durante el periodo de 2016 a 2019.

H₂₋₀: La edad no es el factor asociado a infección por VIH-SIDA en pacientes mujeres en el Hogar San Camilo durante el periodo de 2016 a 2019.

H₃: La ocupación es el factor asociado a infección por VIH-SIDA en pacientes mujeres en el Hogar San Camilo durante el periodo de 2016 a 2019.

H₃₋₀: La ocupación no es el factor asociado a infección por VIH-SIDA en pacientes mujeres en el Hogar San Camilo durante el periodo de 2016 a 2019.

H₄: El grado de instrucción es el factor asociado a infección por VIH-SIDA en pacientes mujeres en el Hogar San Camilo durante el periodo de 2016 a 2019.

H₄₋₀: El grado de instrucción no es el factor asociado a infección por VIH-SIDA en pacientes mujeres en el Hogar San Camilo durante el periodo de 2016 a 2019.

H₅: El nivel socioeconómico es el factor asociado a infección por VIH-SIDA en pacientes mujeres en el Hogar San Camilo durante el periodo de 2016 a 2019.

H₅₋₀: El nivel socioeconómico no es el factor asociado a infección por VIH-SIDA en pacientes mujeres en el Hogar San Camilo durante el periodo de 2016 a 2019.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación

Desde su aparición, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA se ha constituido en uno de los principales problemas de salud del planeta debido a su impacto en lo humano, social y económico; ha llegado a ser la cuarta causa de mortalidad general y la primera en la población joven en los países desarrollados.

Según el último informe emitido por (ONUSIDA 2017) en el mundo: 36,9 millones [31,1 millones–43,9 millones] de personas vivían con el VIH, poco más de un 10% más que en 2010. 1,8 millones [1,4 millones–2,4 millones] de personas contrajeron la infección por el VIH (unas 4.930 personas al día). 1 millón de personas fallecieron por causas relacionadas con el VIH y el Sida (unas 2.740 personas al día). 940.000 [670.000–1,3 millones] personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida.

Desde 1981 que comenzó esta pandemia se han infectado más de 77 millones de personas en todo el mundo, en concreto 77,3 millones [59,9 millones–100 millones], de los cuales han fallecido 35,4 millones [25,0 millones–49,9 millones] de personas por causas relacionadas con el Sida Según estadísticas del MINSA hasta diciembre del 2018 hay 120389 personas con infección por el VIH y 43072 casos de SIDA, de los cuales 19028 casos de SIDA han sido reportados en la última etapa de la enfermedad. (Boletín Epidemiológico MINSA 2018).

Los comportamientos de riesgo que favorecen la expansión del virus de la inmunodeficiencia humana VIH están muy difundidos; una serie de tendencias, a pesar de los grandes avances logrados en estos últimos 30 años en el conocimiento de la infección y en su tratamiento, el VIH-SIDA sigue siendo un problema de salud pública mundial de primer orden.

En una primera fase de la epidemia, la notificación de casos de VIH y de SIDA mostró una tendencia creciente, hasta el año 1996, año en el que se implementa el Programa Nacional de Control de las ETS/VIH/SIDA (PROCETSS). A partir de entonces la notificación de casos de SIDA se estabilizó hasta el año 2002, y los casos de VIH incrementan en su notificación, lo cual coincide con la transferencia del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de ETS/VIH/SIDA del PROCETSS a la Oficina General de Epidemiología, hacia el año 2001.

La notificación de los casos de VIH fue en aumento hasta el año 2008, con algunas fluctuaciones, para luego descender sostenidamente a partir del año 2018, habiéndose reportado el 2018 un total de 2929 casos nuevos de infección por VIH. Desde el año 2005, junto con la implementación del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) en los establecimientos del MINSA, la notificación de los casos de SIDA ha presentado una tendencia descendente hasta el 2018. Las diferencias entre la infección por VIH entre mujeres y varones esta descrita en la literatura.

La prevalencia a nivel mundial de esta infección es mayor en los varones que en las mujeres. Las características epidemiológicas y la mortalidad también son distintas.

Tenían un mayor porcentaje de transmisiones por el uso de drogas intravenosas (UDI), coinfección por el virus de la hepatitis C (VHC) y 7 estadio sida (Muñoz et al, 2020) En el 2018 hasta diciembre la relación es 3.7 hombres por una mujer en los casos diagnosticados de infección VIH, y para los casos SIDA es 4.5 hombres por una mujer.

Los últimos años se observa un incremento sostenido en la proporción de los casos diagnosticados de VIH en varones de 18 a 29 años de edad. En las mujeres se presenta en mayor porcentaje en 30 a 59 años. (Sala Situacional VIHSIDA 2019 Perú)

Esta relación de prevalencia cambia a nivel de África subsahariana, la cual es la región más afectada por el VIH, representando el 68% de todas las personas que viven con el VIH / SIDA en todo el mundo (ONU, 2011).

En esta parte del mundo la prevalencia de la infección por VIH es mayor en mujeres que en varones, quienes representan el 59% de las infecciones por VIH en esta región (Magadi 2011). Esta diferencia con el resto del mundo se debe básicamente a que, en esta zona, las mujeres tienen mayor cantidad de factores de riesgo, así como también un mayor efecto de estos factores de riesgo sobre ellas (Sia et al.).

En Sudáfrica, Mabaso et al. (2020) realizaron un estudio que mostraba la diferencia de la prevalencia de infección por VIH en la población sudafricana.

Se encontró una prevalencia mayor en las mujeres sobre los varones, especialmente en aquellas personas de raza negra. Otro factor de riesgo que tiene un mayor impacto en las mujeres es el uso de drogas intravenosas.

Reportes en 9 países europeos demuestran que la prevalencia en mujeres que utilizan drogas intravenosas es mayor a la de sus homólogos masculinos (EMCDDA, 2011).

Las mujeres jóvenes entre 15 y 24 años constituyen más de 60% de las personas infectadas por el VIH, cifra que es superior en el África Subsahariana, donde la prevalencia en este grupo es 2,1 veces mayor que en los hombres de la misma edad, y en el Caribe alcanza 43 % de las personas infectadas (Red VIH SIDA 2008).

Se han propuesto múltiples razones por la cual existe esta diferencia significativa de incidencia de infección por VIH en mujeres jóvenes vs varones jóvenes en el continente africano. Se cree que es debido a la desigualdad de ingresos, múltiples parejas sexuales, baja prevalencia de la circuncisión masculina y el legado del colonialismo (Richardson 2014).

Desde el punto de vista biológico, las investigaciones muestran que el riesgo de infectarse por el VIH durante una relación sexual vaginal no protegida es 2 a 4 veces más alto para la mujer que para el hombre. (CDC VIH/SIDA 2006)

En comparación con el hombre, durante una relación sexual, la mujer tiene una mayor superficie de mucosa expuesta a las secreciones sexuales de su pareja.

Además, el semen infectado contiene normalmente una concentración más alta de virus que los fluidos vaginales de la mujer y permanece más tiempo en la vagina y el conducto anal, que las secreciones vaginales en el pene. Esto hace más eficiente la transmisión del hombre a la mujer que en sentido inverso. (CDC VIH/SIDA 2006)

Se asegura que las adolescentes y las mujeres adultas en etapa posmenopáusica tienen un riesgo biológico mayor, ya que la mucosa vaginal es más permeable al virus.

El cuello uterino fisiológicamente inmaduro y las escasas secreciones vaginales favorecen a un menor contagio al VIH. Los desgarros y sangramientos durante la relación sexual multiplican los riesgos de infección. Un factor biológico importante es la presencia de una Infección de transmisión sexual (ITS) sin tratar en cualquier miembro de la pareja.

Esto aumenta el riesgo de transmisión del VIH hasta 10 veces y, en muchos casos, en las mujeres, estas 9 infecciones cursan de manera asintomática, de modo que un gran número de ellas no son conscientes de que necesitan seguir un tratamiento. (OMS Mujeres y SIDA).

Desde el punto de vista sociocultural, por su condición social desigual, las mujeres tienen más peligro de contraer la infección por el VIH. Socialmente, las mujeres del tercer mundo siguen teniendo menor acceso a la educación y al ingreso económico, lo que las vuelve más dependientes de los hombres y con escasas posibilidades de acceder a información y servicios adecuados de

salud. (Clark S 2014). Culturalmente, la ideología tradicional de las relaciones de género dificulta una mejor posición de las mujeres para negociar prácticas de sexo más seguro con sus parejas.

Como las mujeres han sido educadas históricamente para una sexualidad en función del goce masculino, en la mayoría de las ocasiones les da vergüenza exigir una relación protegida, por lo que no proponen el uso del condón; es decir, carecen de poder en las relaciones para "negociar" el uso de preservativos.

En casi todas las sociedades, las normas morales no permiten a la mujer hablar abiertamente de sexo, si no desea verse como sospechosa de "mala mujer". Por lo tanto, se da por sentado que las mujeres y las niñas no deben saber de sexo (y en muchas culturas, se presume que ni siquiera se comporten como seres sexuales o disfruten las relaciones sexuales). (Mantell 2008).

En nuestro país entre la población de 15 a 29 años, grupo en el que se estima se estaría produciendo el mayor número de infecciones por VIH en la población, evaluados por grupos de edad y por sexo, se observa que, en todos los grupos, el mayor nivel educativo alcanzado es el nivel secundario (61% del total de jóvenes 10 ha alcanzado el nivel secundario).

La educación primaria es el mayor nivel educativo alcanzado por 10.4% de mujeres y 11% de varones entre los 15 a 19 años, así como por el 12.8% de mujeres y 10.6% de varones entre los 20 a 24 años de edad. (Análisis de la Situación VIH SIDA 2013)

Las inequidades desde el punto de vista económico también tienen un papel en la vulnerabilidad de las mujeres. En muchas partes del mundo, debido a las desiguales oportunidades en el mercado laboral, una vía alternativa para muchas mujeres es la prostitución o el trabajo sexual. Sin entrar en el análisis de su definición, el hecho de intercambiar sexo por dinero, regalos, favores, seguridad o para pagar droga y deudas contraídas de inmigración ilegal coloca a las mujeres en un riesgo especial de adquirir la infección por el VIH o por otras ITS.

Las mujeres y las niñas también se vuelven más vulnerables a prostituirse cuando los hombres que mantienen sus hogares están demasiado enfermos para trabajar o mueren de SIDA. Así, las situaciones económicas y sociales empujan u obligan a muchas mujeres a dejar su hogar y su familia en busca de trabajo o seguridad. Muchas mujeres emigrantes y refugiadas se inician en el trabajo sexual para mantenerse a sí mismas y a su familia (Gorry 2008).

El consumo de alcohol y drogas aumenta la vulnerabilidad del hombre y, secundariamente de la mujer, al VIH. Los niveles excesivos de consumo de alcohol pueden contribuir a un comportamiento sexual arriesgado y violento. Otras sustancias controladas, como las drogas intravenosas, que también consumen predominantemente los hombres, aumentan su riesgo de contraer el VIH y contribuyen a la infección de sus parejas sexuales femeninas (García Moreno 2003).

Distribución geográfica de la epidemia. La epidemia del VIH/SIDA ha afectado a los departamentos más densamente poblados de la costa y de la selva, siendo la prevalencia más baja en la sierra.

El 62.3% de los casos de VIH y el 72.2% de casos de SIDA notificados en el periodo 1983-2018, se han presentado en Lima y Callao, regiones urbanas en las que habita un tercio de la población de todo el país.

En las demás regiones, los casos se presentan mayoritariamente en las capitales de región, es decir, entre la población urbana.

Los casos de VIH de Lima y Callao sumados a los casos de Loreto, La Libertad, Piura y Lambayeque representan el 80% de todos los casos de VIH notificados en el período de 1983-2018 (Boletín epidemiológico VIH SIDA 2018).

En Lima, la epidemia de VIH/SIDA muestra todavía un patrón urbano y urbano marginal. De los 43 distritos que la conforman, los distritos con mayor número de casos de VIH y SIDA notificados son Cercado de Lima, San Juan de Lurigancho, San Martín de Porres, Chorrillos, La Victoria, Comas, Villa El Salvador, San Juan de Miraflores, Ate, Rímac, Los Olivos y Santa Anita, que en conjunto presentan el 63.6% de los casos de VIH y el 61.2% de los casos de SIDA notificados en Lima Metropolitana. (Análisis de la Situación VIH SIDA 2013).

III. MÉTODO

3.1 Tipo de Investigación.

Estudio de Cohorte, retrospectivo observacional, que se desarrolló en el Hogar San Camilo, durante el periodo de julio del 2016 a julio del 2019, teniendo en cuenta toda la información de las historias clínicas de todos los pacientes que ingresaron en este periodo de tiempo.

3.2 Ámbito temporal y espacial

El Hogar San Camilo, entidad sin fines de lucro, fue fundada el 30 de septiembre de 1995 por los padres Camilo, cuya orden tiene el carisma de la atención los enfermos. El objetivo del Hogar es acompañar, acoger y atender a la persona, impulsándolo en el camino de la salud donde prime el valor de la vida, para ello trabaja con distintos miembros de las familias, padres, hijos, atendidos por especialistas en el área de la salud, social, emocional y espiritual. El Hogar San Camilo cuenta con el Programa de VIH/SIDA que está a cargo de un equipo multidisciplinario de especialistas en la atención integral de personas viviendo con VIH-SIDA, es una entidad autorizada por el MINSA. A partir de octubre del 2004 iniciaron el Programa de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), y que hasta la actualidad cuentan con más de 2500 pacientes en el programa y aproximadamente cerca de 700 pacientes en tratamiento TARGA. El presente trabajo se realizó en el Hogar San Camilo, durante el periodo de julio del 2016 a julio del 2019.

3.3 Variables

Tabla 1:

Operacionalización de variables dependientes en los factores asociados a infección por VIH

Variable	Indicador	Escala	Categoría	Fuente
Pacientes mujeres con factores asociados a VIH/SIDA	Con VIH-SIDA Sin VIH-SIDA	Nominal	Dicotómica	Historia Clínica

Tabla 2:

Operacionalización de variables independientes en los factores asociados a infección por VIH

Variable	Indicador	Escala	Categoría	Fuente
Sexo	Masculino	Nominal	Dicotómica	Historia Clínica
	Femenino			
Edad	18-30 años	Ordinal	Politómica	Historia Clínica
	31-40 años			
	41-50 años			
	51-60 años			
	> 60 años			
Condición sexual	Heterosexual	Nominal	Politómica	Historia Clínica
	Homosexual			
	Bisexual			
Ocupación	Empleado	Nominal	Dicotómica	Historia Clínica
	Desempleado			
Estado Civil	Soltero	Nominal	Politómica	Historia Clínica
	Casado			
	Viudo			
	Divorciado			
	Conviviente			

Grado de Instrucción	Analfabeto	Nominal	Politómica	Historia Clínica
	Primaria Incompleta			
	Primaria Completa			
	Secundaria Incompleta			
	Secundaria Completa			
	Técnico Incompleto			
	Técnico Completa			
	Superior Incompleta			
	Superior Completa			
Estado Socioeconómico	No pobre	Nominal	Politómica	Historia Clínica
	Pobre			
	Muy Pobre			
Estadio al inicio de la enfermedad	A	Nominal	Politómica	Historia Clínica
	B			
	C			
Forma de presentación clínica de la enfermedad	Cáncer de Cuello Uterino	Nominal	Politómica	Historia Clínica
	Diarrea Crónica			
	Síndrome de Consumo			
	Neumonía por Pneumocysti			
	Tuberculosis Pulmonar			
	Tuberculosis Extrapulmonar			
	Candidiasis esofágica y/o Oral			
	Toxoplasmosis cerebral			
	Herpes Zoster			
	Ninguna			

Definición de Variables

- VIH: Virus de Inmune Deficiencia Humana
- SIDA: Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida
- Sexo: características biológicas que definen a un ser humano como hombre o mujer.
- Condición sexual: atracción física, emocional y romántica hacia las demás personas.
- Edad: tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.
- Ocupación: se utiliza como definición de trabajo o que hacer.
- Estado Civil: relación de unión o convivencia de parejas.
- Grado de instrucción: Es el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo con las características del sistema educacional del país.
- Estado socioeconómico: condición económica actual de la persona
- Lugar de Procedencia: lugar de donde procede o reside la persona.
- Estadio clínico de enfermedad: categorización según la clasificación de la CDC 1993.
- Formas de presentación clínica: la característica clínica con que la enfermedad se presenta.

3.4 Población y muestra

Toda la población estuvo constituida por todos los pacientes sexo femenino que acudieron al Hogar de San Camilo entre periodo Julio del 2016 a Julio del 2019 para realizarse una prueba de descarte para VIH-SIDA, el cual fue una muestra por conveniencia en donde la unidad de análisis es el paciente de sexo femenino que cumplan con los criterios de inclusión, de los cuales se tuvo acceso a las historias clínicas.

Fuentes

Se revisó todas las historias clínicas de todos los pacientes que se encontraron registrados en sus respectivas bases de datos computarizados de historias clínicas del Hogar San Camilo y en las historias clínicas convencionales de cada paciente.

Criterios de Inclusión

- Pacientes de 18 años a más, durante el periodo de Julio del 2016 a Julio del 2019.
- Pacientes mujeres que realizaron un prueba de VIH/SIDA
- Pacientes que hayan sido referidos de otras instituciones y que se encuentren dentro del periodo de tiempo establecido y con la información correspondiente a nuestro trabajo.

Criterios de Exclusión

- Pacientes que no cuenten con toda la información necesaria en las Historias Clínicas de la institución.
- Aquellos pacientes que no correspondan al sexo establecido en la Historia Clínica

3.5 Instrumentos

Instrumentos de Recolección de Datos:

Para la recolección de los datos se utilizó una ficha clínica en donde se obtuvo toda la información necesaria para este trabajo, el cual fue llenado en el Hogar San Camilo a través de su sistema computarizado como de las Historias Clínicas de los pacientes.

Debido a que no se tomara datos directos de los pacientes sino de registros se necesitó el permiso correspondiente por parte del director del Hogar San Camilo para la revisión correspondiente de las historias clínicas de los pacientes.

3.6 Procedimientos

El Hogar San Camilo cuenta con un sistema computarizado de registro donde se encuentran todos los pacientes que ingresan a esta institución así mismo todos los pacientes cuentan con una Historia clínica y a través de este mecanismo se verificó toda la información necesaria para este trabajo.

3.7 Análisis de datos

Los datos se procesaron en paquete estadístico SPSS 25. Versión en español, los resultados se presentaron en tablas y gráficos, para identificar los factores de riesgos se utilizará Odds Ratio (OR) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%), valor de p menor de 0.05 para conocer la significancia estadística.

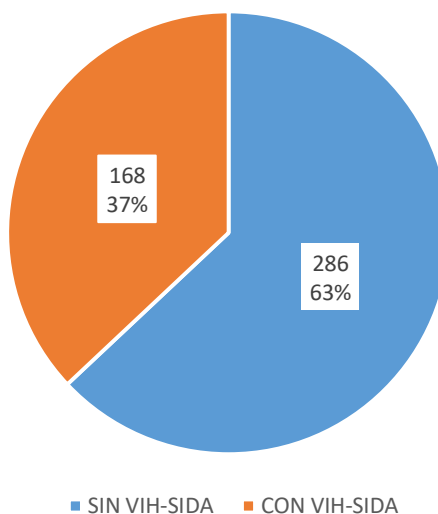
3.8 Aspectos éticos

Este es un trabajo de tipo cohorte, en el cual se revisaron archivos de historias clínicas de pacientes con infección por VIH, y no se tuvo contacto directo con el paciente, por lo que no fue posible la utilización de consentimiento informado. En ningún momento se mostró el nombre de algún paciente del cual se utilizó su historia clínica para esta investigación, protegiendo el anonimato. En todo momento se siguió la declaración de Helsinki, por lo cual, no faltamos a la bioética. Este trabajo fue realizado con la aprobación del comité de ética del Hogar San Camilo.

IV. RESULTADOS

En el presente estudio durante el periodo De julio del 2016 hasta julio del 2019 donde incluyeron un total de 454 pacientes de sexo femenino, los cuales estuvieron representados según diagnóstico en 286 (63%) sin VIH-SIDA y 168(37%) con VIH-SIDA en tratamiento antirretroviral, los cuales se representan en el Grafico 1.

Gráfico 1. Distribución de las pacientes mujeres atendidos en el Hogar San Camilo 2016 – 2019.



La media de edad en todas las pacientes fue de 28.6 años (18-76 años). Todas fueron distribuidas en 5 grupos con rango de 10 años, encontrándose el mayor grupo de pacientes de 18 a 30 años 86 (51%) ver Tabla 3.

Cuando valoramos el grado de instrucción observamos que la mayoría de las pacientes presentan secundaria completa 38 (22.5%) e incompleta 92 (55%).

Cuando se valora la condición sexual el grupo de pacientes de conducta heterosexual 160 (95%) fue el predominante.

Con respecto al estado civil la condición de soltera 86 (51%) y conviviente 66 (39%), son los más representativos.

Con respecto a ocupación el grupo de empleados 129 (77%) fue el más representativo.

El lugar de procedencia es la zona de Lima Este 82 (49%) y Lima Ciudad 52 (31%) que fueron representativos.

Cuando se valora el nivel socioeconómico la condición no pobre 56 (33%) y muy pobre 88 (53%) son las que predominan.

Cuando valoramos la condición clínica el estadio SIDA 114 (68%) es el predominante, así como el recuento de CD4 < 200 células que se presentó en sus historias clínicas.

Ver Tabla 3.

Tabla 3. Características basales en los factores Asociados a Infección por VIH-SIDA en Pacientes mujeres con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el Hogar San Camilo 2016 – 2019.

VARIABLE	N=168	%
SEXO		
Femenino	168	100
EDAD		
18-30 AÑOS	86	51
31-40 AÑOS	37	22
41-50 AÑOS	24	14
51-60 AÑOS	16	10
>60 AÑOS	5	3
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
ANALFABETO	3	2
PRIMARIA COMPLETA	17	10
PRIMARIA INCOMPLETA	16	9.5
SECUNDARIA COMPLETA	38	22.5
SECUNDARIA INCOMPLETA	92	55
TECNICO COMPLETO	2	1
TECNICO INCOMPLETO	0	0
SUPERIOR COMPLETO	0	0
SUPERIOR INCOPLETO	0	0
CONDICION SEXUAL		
HETEROSEXUAL	160	95
HOMOSEXUAL	6	4
BISEXUAL	2	1
ESTADO CIVIL		
SOLTERA	86	51
CASADA	6	4
VIUDA	9	5

CONVIVIENTE	66	39
DIVORCIADA	1	1
OCUPACION		
EMPLEADO	129	77
DESEMPLEADO	39	23
LUGAR DE PROCEDENCIA		
LIMA ESTE	82	49
LIMA SUR	12	7
LIMA CIUDAD	52	31
LIMA NORTE	18	11
OTROS	4	2
NIVEL SOCIO ECONOMICO		
NO POBRE	56	33
POBRE	24	14
MUY POBRE	88	53
ESTADIO CLINICO DE ENFERMEDAD		
SIDA	114	68
NO SIDA	54	32

Cuando se realiza el análisis inferencial de las variables edad y sexo en mujeres, se realizó un hallazgo con respecto al grupo de edad de 18 a 30 años, siendo el de mayor prevalencia en mujeres 86 (51%) pero también lo es en el sexo masculino 143 (57%). Observamos que el sexo masculino es el más relacionado con respecto a la edad (grupo de 18 a 30 años) con un valor estadístico significativo (OR=10.604 (I.C.95% 2.144-52.459) con un P (0.003) con respecto al sexo femenino P (0.05). La frecuencia de infección por VIH SIDA en mujeres fue de 0.36 y con una relación hombre/mujer de 1.5. Ver tabla N° 4.

Tabla 4. La Edad como factor Asociado a Infección por VIH-SIDA en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el Hogar San Camilo 2016 – 2019.

SEXO / EDAD					
MASCULINO			FEMENINO		
N=252		P	N=168		P
184	18-30 AÑOS	0.003	96	18-30 AÑOS	0.05
45	31-40 AÑOS		45	31-40 AÑOS	
14	41-50 AÑOS		17	41-50 AÑOS	
7	51-60 AÑOS		9	51-60 AÑOS	
2	>60 AÑOS		1	>60 AÑOS	

Cuando se relaciona la variable nivel socioeconómico con la variable dependiente se evidencia que la variable muy pobre es un factor de riesgo para infección por VIH (OR: 4.950 IC: 3,231-7,583), y la variable pobre es factor protector (OR: 0.269 IC: 0.180-0.402). Ver Tabla N° 5

Tabla 5. El nivel socioeconómico como factor Asociado a Infección por VIH-SIDA en Pacientes Mujeres con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en el Hogar San Camilo 2016 – 2019.

NIVEL SOCIOECONOMICO / INFECCION POR VIH SIDA					
	VIH POSITIVO		VIH NEGATIVO		
	N=168	%	N=286	%	OR
NO POBRE	56	33.3	186	65	0.269
POBRE	24	14.3	48	16.8	
MUY POBRE	88	52.4	52	18.2	4.950
TOTAL	168	100	286	100	

Al agrupar pasar la variable grado de instrucción a dicotómica, se evidencia que el grado de instrucción bajo es factor de riesgo para la infección por VIH/SIDA con un OR: 2.492 (IC: 1.642-3.782). También observamos que el grado de instrucción más común de las pacientes con infección por VIH es el de secundaria incompleta (54.8%) y en las pacientes sin infección por VIH/SIDA es el de secundaria completa (43%). Ver Tablas 6 y 7

Tabla 6. El grado de instrucción como factor de riesgo para infección por VIH/SIDA en Pacientes Mujeres del Hogar San Camilo 2016-2019.

GRADO DE INSTRUCCIÓN / INFECCION POR VIH SIDA					
	VIH POSITIVO		VIH NEGATIVO		
	N=168	%	N=286	%	OR
BAJO	125	74.4	154	53.8	2.492
ALTO	43	25.6	132	46.2	
TOTAL	168	100	286	100	

Tabla 7. El grado de instrucción ampliado como factor de riesgo para infección por VIH/SIDA en Pacientes Mujeres del Hogar San Camilo 2016-2019.

GRADO DE INSTRUCCIÓN / INFECCION POR VIH SIDA				
	VIH POSITIVO		VIH NEGATIVO	
	N=168	%	N=286	%
ANALFABETO	3	1.8	2	0.7
PRIMARIA COMPLETA	17	10.1	39	13.6
PRIMARIA INCOMPLETA	16	9.5	11	3.8
SECUNDARIA COMPLETA	38	22.6	123	43
SECUNDARIA INCOMPLETA	92	54.8	102	35.7
TÉCNICO COMPLETO	2	1.2	0	0
TÉCNICO INCOMPLETO	0	0	0	0
SUPERIOR COMPLETA	0	0	0	0
SUPERIOR INCOMPLETA	0	0	9	3.1
TOTAL	168	100	286	100

Cuando se relaciona el grado de instrucción con el nivel socioeconómico observamos que los pacientes de sexo femenino con nivel primaria incompleta de condición pobre $P(0.077)$ y muy pobre (OR=3.978 (I.C.95% 1.467–10.790); $p=0.065$), son los más representativos.

Ver Tabla 8.

Tabla 8. Grado de instrucción relacionado a Nivel socioeconómico como factor Asociado a Infección por VIH-SIDA en Pacientes Mujeres en el Hogar San Camilo 2016 – 2019.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	NIVEL SOCIOECONOMICO		
	NO POBRE	POBRE	MUY POBRE
	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>
ANALFABETO			
PRIMARIA COMPLETA			
PRIMARIA INCOMPLETA		0.077	0.065
SECUNDARIA COMPLETA			
SECUNDARIA INCOMPLETA			
TECNICO COMPLETO			
TECNICO INCOMPLETO			
SUPERIOR COMPLETO			
SUPERIOR INCOMPLETO			

Cuando se relaciona la condición sexual con la infección por VIH se evidencia que el hecho de ser bisexual u homosexual es un factor nulo para la infección por VIH-SIDA con un OR: 1.250 (IC: 0.493-3.172). Ver Tabla N°9

Tabla 9. La condición sexual como factor de riesgo para infección por VIH/SIDA en Pacientes Mujeres del Hogar San Camilo 2016-2019

CONDICIÓN SEXUAL / INFECCION POR VIH SIDA					
	VIH POSITIVO		VIH NEGATIVO		OR
	N=168	%	N=286	%	
HOMOSEXUAL Y BISEXUAL	8	4.8	11	4.2	1. 250
HETEROSEXUAL	160	95.2	275	95.8	
TOTAL	168	100	286	100	

Cuando relacionamos el sexo femenino al estadio clínico observamos que los estadios clínicos A 76 (45.2%) y el estadio C 86 (51.3%) son los representativos OR=12.290 (I.C.95% 1.447-104.386), p= 0.004. Ver tabla N°10

Tabla 10. Estadio clínico como factor Asociados a Infección por VIH-SIDA en Pacientes Mujeres en el Hogar San Camilo 2016 - 2019

Estadio	A	P	B	P	C	P	Total N/%
Mujeres	76(168)	0.004	6(168)		86(168)	0.004	168/100,0%
Total N/%	76/45.2%		6/3.5%		86/51.3%		168/100,0%

Cuando relacionamos sexo con formas de presentación clínica a infección a VIH- SIDA se observa que un gran grupo de pacientes están asintomáticos 76(45.2%), seguidos de pacientes sintomáticos en estado avanzado de enfermedad presentando Diarrea crónica 26(15.4%) síndrome de consumo 20(11.9%) y candidiasis oral y esofágica 19(11.3%), ver tabla N°11.

Tabla 11. Presentación clínica como factor Asociados a Infección por VIH-SIDA en Pacientes Mujeres en el Hogar San Camilo 2016 – 2019.

Formas de presentación clínica	Frecuencia (N° total)	%
• Cáncer cuello uterino	4	2.3
• Diarrea crónica	26	15.4
• Síndrome de consumo	20	11.9
• Neumonía por Pneumocisti	4	2.3
• Tuberculosis Pulmonar	9	5.3
• Tuberculosis Extrapulmonar*	3	1.7
• Candidiasis oral y esofágica	19	11.3
• Toxoplasmosis cerebral	1	1.1
• Herpes Zoster	6	3.5
• Ninguna, asintomática	76	45.2

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente estudio durante el periodo de julio del 2016 hasta julio del 2019 donde incluyeron un total de 454 pacientes de sexo femenino los cuales estuvieron representados según diagnóstico en 286 (63%) sin VIH-SIDA y 168(37%) con VIH-SIDA.

La media de edad en todas las pacientes fue de 28.6 años (18-76 años), y con una relación hombre/mujer de 1.5, el mayor grupo de pacientes de ambos sexos fue en el grupo comprendido entre los 18 a 30 años 229 (54.5%) información muy similar ya encontrado en los últimos años, donde se observa un incremento sostenido en la proporción de los casos diagnosticados de VIH en varones de 18 a 29 años. En las mujeres se presenta en mayor porcentaje en 30 a 59 años. (Sala Situacional VIHSIDA 2019 Perú). En otros estudios como el realizado por García y Sánchez muestran prevalencias similares, sin embargo, en otro estudio realizado por Mabaso et al. (2010) encontraron una prevalencia mayor en las mujeres. Sin embargo, es bien descrito en la literatura que la prevalencia en varones es mayor que en mujeres (Sala Situacional VIHSIDA 2019 Perú).

Un estudio realizado en Corea por Lee et al (2009) mostro las características epidemiológicas en mujeres con infección por VIH mostro una edad media de 37 años. En España, Castilla (2000) la epidemia muestra una tendencia favorable, caracterizada por la disminución de casos de sida y de infecciones por el VIH La relación varón/mujer es de 4 a 1.

Cuando se realiza el análisis inferencial de los diferentes factores de riesgo relacionados a infección por VIH SIDA en mujeres observamos que el sexo masculino es el más relacionado con respecto a la edad (grupo de 18 a 30 años) con un valor estadístico significativo (OR=10.604 (I.C.95% 2.144-52.459), P= 0.003) con respecto al sexo femenino P (0.05). En los últimos años se observa un incremento sostenido en la proporción de los casos diagnosticados de VIH en varones

de 18 a 29 años de edad. En las mujeres se presenta en mayor porcentaje en 30 a 59 años. (Sala Situacional VIH/SIDA 2019 Perú).

En cuanto al grado de instrucción y el nivel socioeconómico se encontró que el hecho de tener una instrucción baja es un factor de riesgo para infección por VIH, además se vio que el nivel socio económico también influye como factor de riesgo para VIH. Cuando se relaciona el grado de instrucción con el nivel socioeconómico observamos que los pacientes de sexo femenino con nivel primaria incompleta de condición pobre $P(0.077)$ y muy pobre $OR=3.978$ (I.C.95% 1.467–10.790); $p=0.065$) son los más representativos, datos muy similares encontrados en la literatura internacional, OMS (2004) describe que, desde el punto de vista sociocultural, por su condición social desigual, las mujeres tienen más peligro de contraer la infección por el VIH. Socialmente, las mujeres del tercer mundo siguen teniendo menor acceso a la educación y al ingreso, lo que las vuelve más dependientes de los hombres y con escasas posibilidades de acceder a información y servicios adecuados de salud.

Al relacionar la variable condición sexual, observamos que, en nuestro estudio el hecho de ser homosexual o bisexual no es un factor de riesgo para contraer VIH. Esto se debe claramente a que este análisis se realizó en mujeres. Se sabe muy bien por la literatura que el hecho de ser homosexual o bisexual es un factor de riesgo en el caso del género masculino, la que tanto el sexo anal receptivo como el insertivo tienen un mayor riesgo de transmitir el VIH.

Con respecto a la procedencia, evidenciamos un mayor porcentaje de paciente que provienen de Lima Este (49%), seguido de Lima centro (31%) y Lima Norte (11%). Esto podría explicarse por la ubicación del Hogar San Camilo, aunque también podría influenciar el hecho de que la mayoría de residentes de Lima Este y Norte son de un estrato socioeconómico bajo, lo cual, según nuestro estudio, está relacionado con una mayor prevalencia de VIH/SIDA.

Con respecto al estado civil, se evidencia una mayor prevalencia en la variable soltero (51%), seguido por ser conviviente (39%), y en menor porcentaje viudo (5%), casado (4%) y divorciado (1%). Esto se relaciona muy bien con estudios hechos por García y Castro, en donde también se encuentra que la mayor incidencia se da en los pacientes solteros.

Cuando relacionamos el sexo femenino al estadio clínico en reciente diagnóstico observamos que los estadios clínicos A 76 (45.2%) y el estadio C 86 (51.3%) fueron los más representativos (OR=12.290 (I.C.95% 1.447-104.386), $p= 0.004$). Estos resultados difieren de los encontrados por Bonilla-Ruíz y Vilcapoma-Balbin, ya que aquí se encontró una mayor prevalencia del estadio A al inicio de la enfermedad, mientras que en otros estudios el estadio de ingreso fue diferente al nuestro, ya que muchos ingresan en estadio SIDA (Muñoz et al, 2020).

Cuando relacionamos sexo con formas de presentación clínica a infección a VIH- SIDA se observa que un grupo importante están asintomáticos 76(45.2%), seguidos de pacientes sintomáticos con Diarrea crónica 26(15.4%) síndrome de consumo 20(11.9%) y candidiasis oral y esofágica 19(11.3%). Estos resultados no concuerdan con los encontrados en el estudio de Jiménez et al., en donde se encontró la enfermedad más prevalente era la candidiasis oral, seguido de la neumonía bacteriana y TBC pulmonar; sin embargo, cabe resaltar que en este último estudio el 100% de los pacientes tenían enfermedades oportunistas.

VI. CONCLUSIONES

El factor asociado a Infección por VIH SIDA en pacientes Mujeres en el Hogar San Camilo durante el periodo de 2016 a 2019, fue la edad en el grupo de 18 a 30 años con un P (0.05).

Se encontró que, de un total de 454 pacientes del Hogar San Camilo durante el periodo de 2016 a 2019, la frecuencia en mujeres con VIH-SIDA fue del 37% (168); con una relación hombre/mujer de 1.5.

La presentación clínica como factor asociado a infección por VIH SIDA en pacientes mujeres, se observó que un grupo importante están asintomáticos 76 (45.2%), seguidos de pacientes sintomáticos con Diarrea crónica 26 (15.4%) síndrome de consumo 20 (11.9%) y candidiasis oral y esofágica 19 (11.3%).

Con respecto a los factores sociales, el hecho de ser muy pobre se relacionó con ser VIH positivo (OR: 4.950 IC: 3,231-7,583). También se relacionó un grado de instrucción baja para tener VIH/SIDA (OR: 2.492 IC: 1.642-3.782). Además, se relacionó el grado de instrucción con el nivel socioeconómico donde observamos que los pacientes de sexo femenino con nivel primaria incompleta de condición Pobre P (0.077) y Muy Pobre P (0.065) son los más representativos.

En la condición sexual, se encontró que no había relación entre el hecho de ser bisexual u homosexual, con ser paciente con VIH/SIDA en mujeres

Con respecto a la procedencia, se vio un mayor porcentaje de pacientes que procedían de Lima este, seguido por Lima ciudad y Lima Norte.

El Estado civil más común fue el soltero (51%), seguido por ser conviviente (39%), y al final porcentajes menores como viudo (5%), casado (4%) o divorciado (1%).

De los estadios clínicos en reciente diagnóstico de ingreso de las pacientes mujeres con infección por VIH SIDA en el Hogar San Camilo durante el periodo de 2016 a 2019, se observó

que los estadios clínicos A 76 (45.2%) y el estadio C 86 (51.3%) fueron los más representativos con un P (0.004).

VII. RECOMENDACIONES

Se recomienda la realización de más estudios en diferentes lugares del país con la finalidad de obtener una mayor validez de la tendencia de los factores de riesgo asociados a infección VIH en pacientes mujeres.

Consejería y entrevistas motivacionales para promover la aceptación de la enfermedad, reforzar conductas y actitudes positivas hacia el tratamiento.

Realizar actividades cotidianas donde se brinde información referente a la enfermedad y el tratamiento, motivos de riesgos de contagio o del incumplimiento o abandono al tratamiento.

Proponer ayuda con respecto a las formas de vida, el desempleo, emplear lenguaje de acuerdo al nivel cultural y social, verificar la comprensión.

Disponer de los recursos humanos necesarios para garantizar la atención y continuidad de la atención de pacientes con esta enfermedad.

Fortalecer el trabajo multidisciplinario entre las instituciones locales, MINSA, ESSALUD, Fuerzas Armadas y Policiales, implementando mejores técnicas de prevención primaria para así poder reducir la prevalencia de esta enfermedad en nuestro país.

VIII. REFERENCIAS

- Bonilla, A. M., & Balbín, P.V. (2013). Características clínicas, epidemiológicas e inmunoserológicas de los pacientes en terapia antiretroviral de gran actividad en un hospital peruano. *Revista Médica Panacea*, 5.
- Centro Nacional de Epidemiología, prevención y control de enfermedades-MINSA. (2018). Situación epidemiológica del VIH-SIDA en el Perú. *Boletín mensual*.
- Clark, S., Bruce, J., & Dude, A. (2006). Protecting young women from HIV/AIDS: the case against child and adolescent marriage. *International family planning perspectives*, 79-88.
- Eurosurveillance editorial team. (2010). The EMCDDA annual report 2010: the state of the drugs problem in Europe. *Eurosurveillance*, 15(46), 19714.
- García, C.E. (2010). Factores de Riesgo frente a la Transmisión del VIH-SIDA en estudiantes universitarios de pregrado del área de psicología de los semestres octavo, novena y decimo de la Universidad Pontificia Bolivariana de la Ciudad de Bucaramanga. *Bucaramanga*, 66.
- García-Moreno C. (2003) Violencia sexual. *Boletín Médico de IPPF*, 37(6).
- Gorry, C. (2008). La estrategia cubana de respuesta al VIH/sida: Un enfoque integral con base en los derechos. *MEDICC Review*, 46.
- Jimenez, P., Lerma, H., & Patiño, D. (2001). Características epidemiológicas de pacientes VIH-SIDA. *Revista Medica de Risaralda*, 5.
- Lee, J. H., Lee, E. J., Kim, S. S., Nam, J. G., Whang, J., & Kee, M. K. (2009). Epidemiological characteristics of HIV-infected women in the Republic of Korea: a low HIV prevalence country. *Journal of public health policy*, 30(3), 342-355.
- Mabaso, M., Makola, L., Naidoo, I., Mlangeni, L. L., Jooste, S., & Simbayi, L. (2019). HIV prevalence in South Africa through gender and racial lenses: results from the 2012

- population-based national household survey. *International journal for equity in health*, 18(1), 1-11.
- Magadi, M. A. (2011). Understanding the gender disparity in HIV infection across countries in sub-Saharan Africa: evidence from the Demographic and Health Surveys. *Sociology of health & illness*, 33(4), 522-539.
- Mantell, J. E., Stein, Z. A., & Susser, I. (2008). Women in the time of AIDS: barriers, bargains, and benefits. *AIDS Education & Prevention*, 20(2), 91-106.
- Mayer, K. H., & Beyrer, C. (2007). HIV epidemiology update and transmission factors: risks and risk contexts—16th International AIDS Conference epidemiology plenary. *Clinical Infectious Diseases*, 44(7), 981-987.
- Morales, N. Á., González, M. F., López, I. G., & Vera, S. M. (2006). Enfoque biopsicosocial del VIH/SIDA. *Medimay*, 12(2), 92-118.
- Mujeres, O. M. S. SIDA:¿ Nos has escuchado hoy? Diciembre 2004.
- Programa Conjunto De Las Naciones Unidas. (2008). *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2008*. World Health Organization.
- Red, V. I. H. (2006). SIDA y Jóvenes. Alianza caribeña contra el SIDA. *Boletín trimestral de VIH/SIDA y jóvenes de Latinoamérica y el Caribe*.
- Reyes Vega, M. F., & Pun Chinarro, M. (2013). Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú-2013. *Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú-2013* (pp. 172-172).
- Richardson, E. T., Collins, S. E., Kung, T., Jones, J. H., Tram, K. H., Boggiano, V. L., ... & Zolopa, A. R. (2014). Gender inequality and HIV transmission: a global analysis. *Journal of the International AIDS Society*, 17(1), 19035.

- Sánchez, H.M. (2015). Características clínicas y epidemiológicas de la infección por VIH-SIDA en el municipio Yara en el period 1986-2014. *Multimed Revista Médica*, 16.
- Sia, D., Onadja, Y., Hajizadeh, M., Heymann, S. J., Brewer, T. F., & Nandi, A. (2016). What explains gender inequalities in HIV/AIDS prevalence in sub-Saharan Africa? Evidence from the demographic and health surveys. *BMC public health*, 16(1), 1-18.
- Susana, B. A., Libertad, M. A., Armando, R. S., & Rene, G. R. (2018). Adherencia al tratamiento en pacientes VIH del policlínico universitario “Luis Galván Soca” Centro Habana. 2014. *Cuba Salud* 2018.
- Venereo, D.d., Ramírez, C.s., Martínez, A. L., & Silva, C.d. (2010). Características epidemiológicas del VIH/SIDA en las mujeres de Ciudad de la Habana. *Revista Cubana de Medicina*, 6.
- World Health Organization. (2005). The millennium development goals report. <http://www.who.int/en/>.