

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COINFECCIÓN

SIFILÍTICA EN PACIENTES CON VIH DEL HOSPITAL

REGIONAL DE ICA. AÑO 2015-2017

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

MATEO AYBAR WENDY YULIANA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

LIMA – PERÚ

2018

ASESOR

Dr. Bryson Malca Walter

AGRADECIMIENTO

AL Dr. Tapia Paredes Miguel quien me apoyo en la elección de mi tema aportando sus conocimientos sobre la importancia de la investigación.

Al Dr. Bryson Malca Walter por tomarse el tiempo de incentivar me al proceso investigativo con mucha paciencia e interés, ayudándome a superar y vencer obstáculos que se presenten en el camino.

A mis compañeros quienes en conjunto nos esforzamos para poder realizar nuestros objetivos planteados, compartiendo ideas.

DEDICATORIA

A mi padre y a Dios, que me bendicen y me llenan de fortaleza espiritual para seguir esforzándome en mi vocación de servicio y no desfallecer.

A mi madre por formarme con valores, por su amor, su esfuerzo, su comprensión, y acompañarme en ocasiones virtuosas y malas.

A mi hermano por ser mi modelo a seguir y mi inspiración, dando su granito de arena en mi formación como profesional y tomando papel importante como segundo padre.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a coinfección sifilítica en pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica. Año 2015-2017.

Materiales y métodos: No experimental, analítico y retrospectivo. Se trabajó con 102 pacientes portadores de VIH que concurrieron en los últimos tres años; que durante su control presentaron manifestaciones clínicas y serología positiva para sífilis durante su seguimiento en el programa de control de enfermedades de transmisión sexual (PROCETSS) del Hospital Regional de Ica durante el periodo de 2015-2017.

Resultados: Se encontró asociación estadística significativa entre la estadio sifilítico y el método de barrera, y la edad $p=0.032$ ($p<0.05$). Los pacientes que si usaron método de barrera 74.5% (76) y los que no usaron método de barrera 25.5% (26), frecuentemente estadio sifilítico latente 56.9% (58). Homosexuales 28.4% (29), heterosexuales 28.4% (29). Los pacientes que recibieron penicilina benzatinica 2.4 millones, pacientes recibieron 1 dosis de los 33.3% (34), 2 dosis 4.9% (5) y 3 dosis 61.8% (63). Los pacientes de 19 a 29 años 50% (51), de 20 a 39 años 23.5% (24), 40 a 49 años 14.7% (15), 50 a 63 años 11.8% (12) tuvieron algún estadio sifilítico; siendo estadísticamente significativo donde $p=0.032$ ($p<0.05$).

Conclusión: Existe relación estadísticamente significativa entre el estadio sifilítico asociado al método de barrera y la edad en los pacientes infectados con VIH de adquirir algún estadio sifilítico.

Palabras clave: *VIH, coinfección, sífilis, métodos de barrera*

ABSTRACT

Objective: To determine the risk factors associated with syphilitic coinfection in patients with HIV at the Regional Hospital of Ica. Year 2015-2017.

Materials and methods: Non-experimental, analytical and retrospective. We worked with 102 patients with HIV who attended in the last three years; during their follow-up they presented clinical manifestations and positive serology for syphilis during their follow-up in the control program of sexually transmitted diseases (PROCETSS) of the Regional Hospital of Ica during the period of 2015-2017.

Results: A statistically significant association was found between the syphilitic stage and the barrier method $p = 0.000$ ($p < 0.05$), and age $p = 0.032$ ($p < 0.05$). Patients who used barrier method 74.5% (76) and those who did not use barrier method 25.5% (26), often latent syphilitic stage 56.9% (58). Homosexuals 28.4% (29), heterosexuals 28.4% (29). Patients receiving benzathine penicillin 2.4 million, patients received 1 dose of 33.3% (34), 2 doses 4.9% (5) and 3 doses 61.8% (63). Patients from 19 to 29 years old 50% (51), from 20 to 39 years old 23.5% (24), 40 to 49 years old 14.7% (15), 50 to 63 years 11.8% (12) had some syphilitic stage; being statistically significant where $p = 0.032$ ($p < 0.05$).

Conclusion: There is a statistically significant relationship between the syphilitic stage associated with the barrier method and the age in patients infected with HIV to acquire some syphilitic stage

Keywords: *HIV, coinfection, syphilis, barrier methods*

INTRODUCCIÓN

En la actualidad los pacientes portadores del virus de inmunodeficiencia humana sigue siendo un problema de salud pública, por estar propensos a adquirir otras patologías, consecuencia de la deficiencia de su estado inmunológico, es por ello que en la investigación se toma énfasis en los diferentes factores asociados a adquirir algún estadio sifilítico, ya que existen pocos estudios que demuestran la adquisición de sífilis en esta población vulnerable; pues ambas patologías, tanto VIH como sífilis, están estrechamente relacionadas por compartir la misma forma de transmisión; es de interés recalcar que los factores epidemiológicos, inmunoserológicos y clínicos se encuentran en controversia, pues algunos son realmente significativos, y otros no, por lo que pretendemos investigar.

A nivel mundial este tema representa gran morbi-mortalidad, es por ello que se pretende identificar dichos factores y de una u otra forma poder contribuir con información verídica sobre ciertos parámetros durante el seguimiento a pacientes portadores de VIH coinfectados con sífilis que se encuentran en tratamiento antirretroviral, detectando las falencias tanto en el personal de salud, los pacientes y la sociedad en general; pues años atrás se hallaron porcentajes elevados de mortalidad precoz muy significativa.

Además es de interés médico que el especialista interactúe con el paciente para poder conseguir información confiable y conocer ciertos factores; ya que el paciente siente vergüenza o está poco informado impidiendo iniciar terapia precoz evitando complicaciones, ya que algunos continúan realizando sus prácticas sexuales exponiéndose a una serie de patologías que contribuyen a disminuir el tiempo de vida. Es de importancia la identificación precoz de las manifestaciones sifilíticas para el diagnóstico oportuno, asimismo el tratamiento, pues muchas veces es insuficiente o se genera resistencia, haciendo que estas lesiones no remitan fácilmente. Por ello se realiza el proceso investigativo en el Hospital Regional de Ica.

ÍNDICE

CARÁTULA	I
ASESOR.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
DEDICATORIA.....	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN.....	VII
ÍNDICE.....	VIII
LISTA DE TABLAS	XI
LISTA DE GRAFICOS.....	XII
LISTA DE ANEXOS	XIII
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.2.1 PROBLEMA GENERAL	2
1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS.....	2
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	3
1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.....	3
1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.6 OBJETIVOS.....	4

1.6.1	OBJETIVO GENERAL	4
1.6.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
1.7	PROPÓSITO	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....		6
2.1	ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	6
2.2	BASES TEÓRICAS.....	11
2.3	MARCO CONCEPTUAL	17
2.4	HIPÓTESIS.....	17
2.4.1	HIPÓTESIS GENERAL	17
2.4.2	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	17
2.5	VARIABLES	18
2.6	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	18
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....		19
3.1	DISEÑO METODOLÓGICO	19
3.1.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN	19
3.1.2	NIVEL DE INVESTIGACIÓN	19
3.2	POBLACIÓN Y MUESTRA	19
3.3	TECNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS... ..	20
3.4	DISEÑO DE RECOLECCION DE DATOS.....	20
3.5	PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS.....	21

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	22
4.1 RESULTADOS	22
4.2 DISCUSIÓN	27
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	30
5.1 CONCLUSIONES	30
5.2 RECOMENDACIONES.....	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
ANEXOS.....	37

LISTA DE TABLAS

TABLA N°1. Factores de riesgo asociados a coinfección sifilítica en pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica. Año 2015-2017.....	23
TABLA N°2. Estadío sifilítico asociado al uso del método de barrera en los pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica. Año 2015-2017.....	24
TABLA N°3. Estadío sifilítico dependiente de la orientación sexual de los pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica. Año 2015-2017.....	25
TABLA N°4. Número de dosis para el tratamiento asociado al estadío sifilítico mas frecuente de los pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica. Año 2015-2017.	26
TABLA N°5. Estadío sifilítico vinculado a la edad en los pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica. Año 2015-2017.....	27

LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO N°1.** Estadío sifilitico asociado al uso del método de barrera en los pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica. Año 2015-2017. 24
- GRÁFICO N°2.** Estadío sifilitico dependiente de la orientación sexual de los pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica. Año 2015-2017..... 25
- GRÁFICO N°3.** Número de dosis para el tratamiento asociado al estadío sifilitico mas frecuente de los pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica. Año 2015-2017.. 26
- GRÁFICO N°4.** Estadío sifilitico vinculado a la edad en los pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica. Año 2015-2017..... 27

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N°1: CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	37
ANEXO N°2: INSTRUMENTO	39
ANEXO N°3: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO	40
ANEXO N°4: MATRIZ DE CONSISTENCIA	43

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los pacientes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) presentan elevada morbilidad y mortalidad representando un problema constante en salud pública a nivel mundial ⁽¹⁾.

Los pacientes portadores de VIH presentan inmunosupresión, por lo que están expuestos a adquirir infinidad de enfermedades infecciosas y no infecciosas, enfatizando a la sífilis por su estrecha relación por la similitud de los factores de riesgo como epidemiológicos, inmunoserológicos y clínicos, donde las manifestaciones sifilíticas serán tempranas, de forma atípica y más rigurosa; por lo que se debe poner interés en el seguimiento durante el tratamiento ⁽²⁾.

La sífilis en pacientes con VIH ha mostrado un problema constante en países donde se practica el comercio sexual y el uso constante de drogas, por ejemplo, en Reino Unido se evidenció aumento hasta un 250% en pacientes homosexuales. En cambio, en Estados Unidos los casos de sífilis aumentaron hasta 3 veces en hombres que tienen sexo con hombres, previamente infectados con VIH; sin embargo, los pacientes no tomaron en cuenta la coinfección de otras ITS y continuaron realizando sus actividades sexuales sin métodos de barrera, continuaron el uso de drogas y aumentó el contagio en lugares públicos como saunas, discotecas, baños ⁽³⁾.

En el Perú, se ha detectado sífilis y VIH en 1.1% y 0.2% respectivamente, de los cuales más del 10% de estos coincidían en orientación sexual (homosexuales) y jóvenes menores de 28 años. En el 2011 más de 2 millones de pacientes con VIH se infectaron con sífilis y murieron 1,7 millones, hallando disminución de mortalidad precoz significativa para el año 2015 ⁽⁴⁾.

Se ha demostrado que el 30% de pacientes con VIH no responden a las pruebas diagnósticas (no treponémicas), resultando frecuentemente falsos negativos; generando el inadecuado diagnóstico y tratamiento oportuno, por lo que muchas veces se debe hacer pruebas diagnósticas invasivas, es por eso que el tratamiento de estos pacientes se hace más prolongado; por ello se da relevancia a la importancia de conocer las características dermatológicas de sífilis diferenciando los estadios ⁽³⁾.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

- ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a coinfección sifilítica en pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica. Año 2015-2017?

1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- **PE1:** ¿Se encuentra asociación del estadio sifilítico con el uso del método de barrera en los pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica. Año 2015-2017?
- **PE2:** ¿Existe asociación entre el estadio sifilítico y la orientación sexual de los pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica. Año 2015 al 2017?
- **PE3:** ¿Está asociado el número de dosis que se aplica en el tratamiento con el estadio sifilítico más frecuente en los pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica. Año 2015 al 2017?
- **PE4:** ¿Hay asociación entre estadio sifilítico y la edad en los pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica. Año 2015-2017?

1.3 JUSTIFICACIÓN

El estudio investigativo nos permitió conocer los factores de riesgo más relevantes y significativos por el cual sucede la coinfección sifilítica en pacientes con VIH que se encuentran en tratamiento antirretroviral del programa de control de enfermedades de transmisión sexual, pacientes de gran importancia por lo que se les realiza descarte paulatinos de otras ITS puesto que tienen alto riesgo de coinfectarse por la inmunosupresión que presentan, además teniendo en cuenta que van de la mano con el nivel social, económico y cultural, el sexo, la utilidad de métodos de barrera y uso indiscriminado de drogas ⁽⁴⁾.

Los resultados que se obtuvieron en el proceso investigativo van a contribuir a tomar ciertas acciones dirigidas a controlar el riesgo y complicaciones de las infecciones sifilíticas en pacientes portadores de VIH para así intervenir en dichos factores que se está fallando; contribuyendo al diagnóstico y tratamiento oportuno.

1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

El proceso investigativo se realizó en el Hospital Regional de Ica dirigido a los pacientes portadores de VIH en tratamiento antirretroviral que tengan serología positiva para sífilis registrados en la base de datos del programa de control de enfermedades de transmisión sexual (PROCETSS) en un periodo de 3 años desde el año 2015 al 2017.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- a. El proceso investigativo comprendió los tres últimos años, por el difícil acceso a la base de datos de años anteriores a los mencionados.
- b. La investigación estuvo destinada solo a pacientes portadores de VIH que adquieren coinfección de sífilis durante su tratamiento, mas no incluye otras ITS.

- c. La investigación brindó datos sobre los diferentes factores de riesgo y su frecuencia, pero no se incluyen pacientes con reinfección sifilítica.
- d. La determinación de la investigación son los factores de riesgo que determina la coinfección de sífilis según la orientación sexual, el método de barrera, más no discute el método diagnóstico ni en tipo de tratamiento para cada estadio.
- e. El personal de estadística se limita a brindar información detallada.
- f. El investigador trabajó con horas mínimamente ajustadas a su horario de trabajo y a la disposición de los asesores.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores de riesgo asociados a coinfección sifilítica en pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica. Año 2015-2017.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- **OE1:** Comparar la asociación del estadio sifilítico con el uso del método de barrera en los pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica. Año 2015-2017.
- **OE2:** Estudiar la asociación del estadio sifilítico y la orientación sexual de los pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica. Año 2015-2017.
- **OE3:** Relacionar la aplicación del número de dosis para el tratamiento con el estadio sifilítico más frecuente de los pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica. Año 2015-2017.

- **OE4:** Establecer la asociación que hay entre el estadio sifilítico y la edad en los pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica. Año 2015-2017.

1.7 PROPÓSITO

Ejecutar dicho proceso investigativo y sustentarlo como tesis acerca de los factores de riesgo asociados a coinfección sifilítica en pacientes con VIH que se encuentran en tratamiento antirretroviral con continuo seguimiento por el programa de control de enfermedades de transmisión sexual (PROCETSS); es un logro para mí, puesto que hay escasos estudios en este grupo en el Perú y hay información de ciertos factores de riesgo pero poca información sobre en que podríamos estar fallando tanto el personal de salud como el paciente con su entorno tomando en cuenta los datos epidemiológicos, inmunoserológicos y clínicos, es por esto que dicho trabajo pretende identificar dichos factores y así poder abordar el tema de las enfermedades transmisibles de la mejor manera posible en la detección, inicio de tratamiento y estilo de vida.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

INTERNACIONAL

Según María Virginia Pinzón y cols. en su tema “Factores sociodemográficos, conocimientos y comportamientos relacionados con sífilis y VIH en la población desplazada de Colombia” 2013

Consideró importante conocer diversos factores relacionados a la adquisición de sífilis y VIH, de 500 pacientes colombianos, hallando factores como estado social y económico, grado de instrucción, orientación sexual, trabajadoras sexuales, edad y consumo de drogas, encontrando que el 2% estaba afectada por VIH y el 3.2% había padecido de sífilis como antecedente, obteniéndose que los participantes tenían en la gran mayoría pobre conocimiento sobre las ITS; pues referían que no utilizaban métodos de barrera en sus prácticas sexuales por no ser promiscuos ⁽⁵⁾.

Según Cristian Navarrete y cols. En Su Tema “Manifestaciones dermatológicas asociadas a la infección por VIH/Sida” Chile-2014

Menciona que los casos de sífilis como primoinfección estaban descendiendo en cuanto a la incidencia, pero en vista de que los casos de VIH iban en aumento, de la misma forma aumentaban los casos de sífilis, asociadas entre sí, donde hallaron 34,2 millones portadores en el 2011, a diferencia de años anteriores; estos pacientes presentaron algún tipo de manifestación cutánea durante el tratamiento antirretroviral, encontrando que prevalece las dermatitis atópicas y la sífilis, en esta última se halla una asociación estrecha en pacientes con VIH, donde los factores asociados son: homosexualidad, antecedentes de ITS anterior,

promiscuidad, y la práctica de sexo sin protección. La manifestación hallada frecuentemente es sífilis primaria, de curso agresivo en el 25% de los casos, por ende el tratamiento se prolonga, y los que no se trataron a tiempo evolucionaron a sífilis secundaria en 70% de los casos, sin embargo con menor frecuencia se han reportado casos que ha llegado progresar hasta sífilis maligna en un 7% de los pacientes con VIH, pues cabe resaltar que el paciente con VIH no es ajeno a adquirir infecciones concomitante ya sea sífilis primaria y secundaria y/o sífilis primaria y terciaria en un mismo paciente. Como obstáculos del diagnóstico es que se hallan falsos negativos, se debe al fenómeno Prozona que significa que se encuentran títulos elevados de anticuerpos en pruebas no treponémicas en pacientes con VIH en tratamiento, incluso después del año de tratamiento ⁽⁶⁾.

Según Romina Mauas y cols. en su tema “Tratamiento de la sífilis temprana en pacientes infectados con VIH: una dosis de penicilina benzatínica es suficiente” Argentina 2014

Se evaluó 237 pacientes con diagnóstico de sífilis temprana previamente infectados con VIH, de los cuales respondieron al tratamiento de forma eficaz, asimismo predominó es el estadio sífilítico primario y secundario, pues tomó en cuenta las manifestaciones clínicas, la serología de los pacientes infectados con VIH y el estadio sífilítico; evidenciando la facilidad del tratamiento en estadios tempranos (sífilis primaria y secundaria), pues estos pacientes coinfectados solo recibieron 1 dosis de penicilina benzatínica de 2.4 millones, tomando seriamente la importancia de factores como edad, sexo, estadio de VIH, estadio sífilítico y desarrollo clínico, con posterior seguimiento de hasta 1 a 2 años después del tratamiento, tomando en cuenta el conteo de linfocitos CD4 y carga viral. Algo muy importante de mencionar es que se destaca la respuesta serológica que tuvieron los pacientes

en este caso la disminución de los títulos después de haberse realizado el tratamiento después de 6 meses a 1 año. ⁽⁷⁾.

Según Sara Pérez y cols. en su tema “Primosecundarismo sifilítico en paciente con infección por VIH” México 2014

En este estudio se basan en el hallazgo de un paciente VIH positivo, coinfectado por sífilis, quien tuvo chancro atípico y lesiones cutáneas de secundarismo, ya que ambas ITS tanto la sífilis como VIH son enfermedades que afecta generalmente al mismo grupo etáreo, es decir en pacientes jóvenes menores de 25 años, donde la coinfección es frecuente por coincidir con el mecanismo de transmisibilidad, asimismo menciona que la forma de manifestación, diagnóstico y tratamiento de los pacientes con VIH son más particulares ⁽³⁾.

Según Gabriel Mosquera en su tema “Secundarismo sifilítico en infección por VIH, con fenómeno de Prozona” Colombia-2014

Menciona que la sífilis en los pacientes infectados con VIH incide hasta el 10%, en comparación a los pacientes que no son portadores de VIH en donde oscila entre 1-2%, pues la sífilis en los pacientes portadores de VIH suelen manifestarse de forma muy particular y/o atípica e incluso ser más agresivo, destaca de forma relevante que estos pasan por un Síndrome llamado Prozona, quien considera muy a fondo la reacción serológica obteniendo falsos negativos, en este estudio menciona que la sífilis más frecuente es la secundaria donde se evidencio manifestaciones atípicas en la piel con afectación de órganos de 1-2% que muchas llega a la cronicidad en un 10%, se resalta la forma de tomar la muestra para detectar sífilis cuando el paciente cursa por el síndrome de Prozona ya que habrá difícil detección diagnostica por ende tratamiento inoportuno ⁽⁸⁾.

Según C. Gallego Lezaun y cols. en su tema “Coinfección VIH-sífilis” España- 2014

Se describe al VIH y a la sífilis, por su relación que existe en la forma de transmisión, además que la coinfección sifilítica en un mismo individuo no es ajena, por lo que enfoca importancia en los factores tanto epidemiológicos como clínicos, pues estos han representado amplia morbi-mortalidad; es por ello que ponen énfasis en el tipo de manifestaciones clínicas, el diagnóstico serológico y el manejo de la sífilis en pacientes portadores de VIH. Se clasificó según sus antecedentes en sus historias clínicas y los resultados serológicos, obteniendo que la gran mayoría estaba formada por hombres 87%, homosexuales en 41%, ITS anterior 62%; cabe resaltar que todos estaban en TARGA ⁽⁹⁾.

Según Olivia Alcivar en su tema “Caracterización de las dermatosis más frecuentes en pacientes con VIH atendidos” Ecuador 2017

Evaluó a 154 pacientes para evidenciar las dermatosis más frecuentes en pacientes con VIH que llegan por consultorio externo, donde la sífilis formó el 4% de toda la población en estudio, desde ese punto de vista se consideró factores como la edad, sexo, tendencia sexual y conteo CD4, donde predominó en pacientes entre 15 a 35 años, la mayoría hombres heterosexuales ⁽¹⁰⁾.

NACIONAL

Según Alejandra Bonilla R. y cols. en su tema “Características clínicas, epidemiológicas e inmunoserológicas de los pacientes en terapia antiretroviral de gran actividad en un Hospital Peruano” 2013

En su estudio se resalta los factores de riesgo epidemiológicos de pacientes en TARGA; y la frecuencia que tienen, se evaluó a 69 pacientes con VIH donde hubo más predominancia en hombres,

heterosexuales, asimismo los pacientes con VIH continuaron sus prácticas sexuales 81% , utilizaron método de barrera (condón) solo 67%, donde se halló una relación estrecha entre estas dos últimas variables, por eso se describe la existencia relacional del 7% para la adquisición de sífilis en pacientes con VIH ⁽¹¹⁾.

Según Julio Maquera y cols. en su tema “Diagnóstico tardío y enfermedad avanzada de VIH en pacientes adultos en un hospital de la seguridad social de Perú” Lima 2016

Se describe principalmente los factores por el cual no se realiza el diagnóstico oportuno del paciente infectado con VIH, además de coinfecciones que pueda adquirir principalmente sifilíticas, donde evidentemente se realiza diagnóstico tardío asociado a enfermedad avanzada con mucha frecuencia en estos pacientes, predominando en el sexo masculino, homosexuales y bisexuales, mayores de 40 años, además de consumidores de drogas ⁽¹²⁾.

Según Mónica Contreras en su tema “Infecciones de transmisión sexual en trabajadoras sexuales que acuden al programa de estrategia sanitaria nacional de prevención y control de ITS, VIH Y SIDA (ESNITS)” Huancayo 2017

Su estudio destaca la frecuencia de ciertas ITS en el programa del hospital de Huancayo donde se realizó un análisis de 3 años anteriores de 300 trabajadoras sexuales, donde se estudiaron en base a factores determinantes como edad, nivel de instrucción, estado civil, ocupación, lugar de nacimiento, lugar de trabajo, tipo de ITS y el agente causal. Encontrando gran cantidad y variedad de ITS, pero no hallando relación entre sífilis y VIH, pero si la relación con otras ITS. Pues de todas formas se consideró un problema en la que se debía tomar medidas para controlar de manera significativa su incremento en la región ⁽¹³⁾.

2.2 BASES TEÓRICAS

Para poder entender el tema en sí, pondremos énfasis en algunos términos como; *factor de riesgo* que viene a ser la exposición de un individuo a un agente contaminante produciéndose una enfermedad o lesión ⁽¹⁴⁾.

Asimismo como la población general del proceso investigativo se dió en pacientes con VIH; que viene a describirse como la alteración de la funcionalidad de las células del sistema inmunitario, posteriormente haciéndolo vulnerable al individuo por alguna otra infección oportunista, asimismo contraer otras enfermedades sobre agregadas simultáneamente, la forma de transmisión es frecuentemente por vía sexual, además de uso de jeringas u objetos punzo penetrantes contaminados, no está exento el contagio materno fetal ⁽¹⁵⁾.

Además la sífilis o también conocida como lúes, es una enfermedad principalmente de transmisión sexual muy conocida y hablada en todo el mundo, el agente que lo produce es el *treponema pallidum*, únicamente del ser humano, infectándose mediante el contacto y transmisión de las secreciones durante las prácticas sexuales cuando se producen micro abrasiones. Este microorganismo tiene un periodo de incubación de 2 a 4 semanas (varia de 10 - 90 días). Con mayor frecuencia se produce durante el estadio primario y secundario ⁽¹⁶⁾.

Si asociamos por su forma de transmisibilidad, la sífilis y el VIH, frecuentemente van de la mano, donde se observó ascenso de casos en pacientes homosexuales y en la mayoría de hombres que adquirieron sífilis y posteriormente VIH, y viceversa. La coinfección de estas ITS es alarmante por su misma forma de transmisibilidad y de la severidad de ambas. Esta población de pacientes muchas veces no tiene la capacidad de poder combatir cierta cantidad de

carga infecciosa en este caso de la sífilis, por ende, suele ser más contagiosa y propagarse más rápido en estadios tempranos ⁽¹⁷⁾.

La transmisión de VIH se da con frecuencia en aquellos pacientes en los que se ha producido lesiones o micro lesiones sifilíticas durante el contacto sexual, haciendo que no se cuente con barreras de protección y facilitando la transmisión; consecuentemente la coinfección de estas hace que la carga viral del paciente con VIH incremente; por ultimo debemos tener en cuenta la forma en que estos pacientes desarrollan ciertas complicaciones de adquirir neurosífilis frecuentemente ⁽¹⁵⁾.

Epidemiológicamente los casos de sífilis se adquieren a través del contacto sexual con personas portadoras de lesiones contagiosas; pues la transmisión de la bacteria ocurre cuando se produce micro abrasiones o micro lesiones durante las prácticas sexuales ya sea vaginal, anal u oral.

La OMS informo que se halló 10.6 millones de nuevos casos anualmente, por ello la importancia y preocupante problema a nivel mundial, pues esto trae posteriores consecuencias en la reproducción sexual ⁽¹⁵⁾.

Los casos de sífilis han ido en aumento por ejemplo en estados unidos se han descubierto 40 000 casos anualmente, prevaleciendo en los adultos jóvenes. Es importante añadir que las gestantes portadoras de sífilis suelen transmitirlo al producto ⁽¹⁸⁾.

La propagación en los niños muchas veces también por causa de abuso sexual en la mayoría de los casos en un 2 a 10 % y esto aumenta cuando existe coito ⁽¹⁵⁾.

Para comprender los estadios sifilíticos se clasifica en:

- Sífilis primaria: posterior a dos semanas después se produce la primera manifestación, observando lesión ulcerosa, externa, indurada, con poco dolor a la palpación en la zona genital (labios de la vagina, pene). Puede ubicarse en lugares donde

hubo roce sexual como boca, genitales y ano. Acompañados de adenopatías regionales no dolorosas que tardan en desaparecer, muchas veces pueden desaparecer de forma espontánea.

- Sífilis secundaria: aparece después de seis semanas que se produjo la lesión primaria, su manifestación son lesiones extensas (genitales, miembros superiores, tronco) principalmente, es en este estadio donde se produce diseminación sanguínea del microorganismo; produciendo la roséola sifilítica, remitiendo a los 30 días de forma espontánea. Posteriormente de 4 a 12 meses suele manifestarse malestar general y fiebre, lesiones como pápulas, no dolorosas e induradas; además de afectación orgánica como tejido óseo, hepático, entre otras.
- Sífilis terciaria o tardía: este es un proceso que aparece después de años ya sean 10 a 30 después de haberse contagiado. Las lesiones son particulares generalmente afectan piel y mucosas ya sean superficialmente o profundas, caracterizado por presentar problemas cardiovasculares y a nivel de sistema nervioso central.
- Sífilis latente: durante este estadio los individuos no contagian a sus parejas sexuales, pues el portador no desarrolla ninguna manifestación clínica subjetiva de la enfermedad, pero si se detecta cuando se realiza exámenes de laboratorio durante los chequeos periódicos, especialmente en pacientes portadores de VIH.

Cabe recalcar que muchos autores consideran al estadio primario y secundario como enfermedad benigna, por su fácil tratamiento y no dejar secuela; lo contrario sucede con el estadio tardío donde es la más severa, donde se resuelve con tratamiento, pero siempre dejan secuelas severas ⁽¹⁶⁾.

Para ayuda diagnóstica laboratorial debemos tener en cuenta lo siguiente:

- Para sífilis primaria y secundaria: se puede realizar utilizando microscopio de campo oscuro o por inmunofluorescencia directa de los exudados de estas lesiones, frecuentemente se realizan exámenes serológicos no treponémicos como screening (V.D.R.L. o R.P.R.) y treponémicos (F.T.A.-Abs o M.H.A.-TP).
- Sífilis tardía: se suele utilizar también microscopía de campo oscuro o inmunofluorescencia específicamente de las lesiones características de este estadio, también examen serológico no treponémicos (V.D.R.L.) y treponémicos invasivo como del LCR para detectar neurosífilis.

Es de mucho interés resaltar que cada examen serológico es limitante, por lo que una sola prueba diagnóstica es deficiente para esta población de pacientes ⁽¹⁸⁾.

La transmisión materno fetal se puede producir en cualquier trimestre del embarazo, y si esto no es detectado a tiempo desencadena abortos, muerte fetal, mortalidad neonatal, trabajo de parto prematuro, bajo peso al nacer y clínica de sífilis congénita ⁽¹⁶⁾.

Es por ello que contamos con ciertos parámetros de ayuda diagnóstica:

- Caso sospechoso o probable:
Estadio sifilítico primario y secundario: muchas veces las pruebas diagnósticas auxiliares no son de mucha ayuda, muchas veces resulta falsos negativos. Por el contrario en estadio sifilítico tardío se puede determinar clínicamente y los exámenes serológicos son de gran ayuda diagnóstica, por lo que también se debe descartar diseminación

sistémica tomando en cuenta el tiempo del padecimiento de la enfermedad.

Estadio de latencia muchas veces el individuo suele estar sin manifestaciones premonitorias de la enfermedad, pero los exámenes serológicos treponémico resultan positivos, que no pertenezcan a ningún otro estadio.

- Caso confirmado: las lesiones y otras manifestaciones están acorde con la clínica y confirmada con exámenes serológicos positivos. La manifestación clínica generalmente va a estar definido según el estadiaje; si es estadio primario la manifestación generalmente se produce en el lugar en el que se ha producido la introducción del microorganismo por el área donde se produjo micro lesiones o microabrasiones durante las prácticas sexuales que suele manifestarse entre 4 a 6 semanas, y luego se cura espontáneamente. Período de incubación de 2 a 6 semanas (mediana de 21 días), con frecuencia conlleva adenopatía regional ⁽²¹⁾.

Otro punto importante es de conocer los factores de riesgo para adquirir infecciones. Debemos de tener en cuenta que esta población de pacientes está activa sexualmente, considerando que la forma de transmisión frecuente tanto del VIH y de sífilis es la vía sexual y con orientación sexual (homosexual), seguidos de hombres heterosexuales y finalmente de mujeres heterosexuales ⁽²²⁾. Muchos de estos pacientes no utilizan métodos de barrera (condón); pues en estos últimos años se ha demostrado que el miedo al embarazo no deseado ha quedado en segundo plano y esto produce que haya más ignorancia de la importancia de este método. Por otro lado, existen mujeres con deficiencia hormonal estrogénica que hace que se produzca una adecuada lubricación durante las prácticas sexuales, evitando micro lesiones o micro abrasiones pues es

ahí donde se facilita la transmisión sifilítica. Similar mecanismo sucede cuando se tiene sexo anal; en conclusión, a nivel mundial se hallan grupos de riesgo como homosexuales, trabajadores sexuales, uso de drogas ilícitamente ⁽²⁴⁾.

Para el tratamiento de esta patología ha resultado de gran eficacia el uso de la penicilina G Benzatínica, quien el 98% se ha curado sin necesidad de otro medicamento, el 2% restante presenta resistencia administrando otras opciones antibióticas, la penicilina G Benzatínica se aplica por vía intramuscular, se dice que la dosis varía dependiendo del estadio sifilítico; pero se ha demostrado que la administración de 1 dosis semanal por 3 semanas, suele ser suficiente para remisión y cura de esta patología independiente del estadio sifilítico ⁽²³⁾.

La eficacia de la penicilina ha sido demostrada pues actúa a nivel celular en el lugar donde se han producido micro abrasiones y posterior eliminación del T. Pallidum de órganos y/o tejidos donde han invadido, incluyendo SNC ⁽¹⁹⁾.

La respuesta al tratamiento se debe reevaluar cada 6 meses o al año, pues si no descienden los títulos puede que haya sobreinfección agregada por algún otro agente más, lo cual se debe descartar. El tratamiento en los contactos sexuales es muy importante, se deben de tratar obligatoriamente sin necesidad de confirmar el diagnóstico ⁽¹³⁾.

Como medidas de prevención se resalta la importancia de la utilización de métodos de barrera (condón) cuando estos pacientes realizan sus prácticas sexuales, pero no todo es seguro pues hay otros lugares extra genitales que no siempre tienen barrera de protección y es por ahí también donde se produce el contagio.

Si un paciente ya se ha diagnosticado como portador de VIH y es promiscuo o existe riesgo de que lo sea, siempre se debe descartar otras ITS ⁽²⁰⁾.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

- **Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH):** microorganismo que produce descenso de la inmunidad del individuo haciéndolo vulnerable a otras patologías.
- **Serología para sífilis:** Examen laboratorial que se realizó a los pacientes portadores de VIH, para detectar sífilis.
- **Métodos de barrera:** Paciente portador de VIH confirmado utiliza condón y/o profilácticos durante sus prácticas sexuales
- **Orientación sexual:** Atracción física y sexual hacia otra persona determinado por su sexo.
- **Género:** distinción de individuos según la condición biológica, donde se clasifica en femenino y masculino.
- **Edad:** Tiempo transcurrido en años de un individuo desde su nacimiento hasta el diagnóstico de sífilis.

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1 HIPÓTESIS GENERAL

- Existen factores de riesgo asociados para coinfección sifilítica en pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica del año 2015-2017

2.4.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- **HE1:** El determinante de la utilización del método de barrera es que se produjo algún estadio sifilítico.
- **HE2:** El principal factor asociado para la determinación del estadio sifilítico es la Homosexualidad.

- **HE3:** Se aplica hasta 3 dosis en pacientes con cualquier estadio sifilítico
- **HE4:** Hay asociación de padecer algún estadio sifilítico en pacientes de 19 a 29 años de edad.

2.5 VARIABLES

- Independiente:
 - Métodos de barrera
 - Orientación sexual
 - Número de dosis
 - Edad
- Dependiente
 - Estadío sifilítico

2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Ver anexo N°1

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo es tipo no experimental, analítico y retrospectivo.

3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El estudio pertenece a un nivel relacional pues se basa en la asociación de las variables de estudio.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Se trabajó con todos los pacientes diagnosticados con infección del VIH que se encuentran con tratamiento antirretroviral que concurren en los últimos tres años para su control en el programa de control de enfermedades de transmisión sexual (PROCETSS) del Hospital Regional de Ica durante el periodo de 2015 al 2017, captando una población de 102 pacientes con manifestaciones clínicas y serología positiva para sífilis durante el periodo ya mencionado. La muestra en estudio se eligió por conveniencia considerado como muestreo no probabilístico.

- Criterios de inclusión:
 - Pacientes portadores de VIH en TARGA con serología positiva para sífilis que se encuentre categorizado y/o registrado por el especialista en algún estadio de sífilis.
 - Pacientes con cualquier orientación sexual con control continuo de VIH y otras ITS por el programa de control de enfermedades de transmisión sexual (PROCETSS).
 - Pacientes con VIH que tengan historia clínica completa incluyendo exámenes auxiliares y/o de laboratorio que brinden la información necesaria para el estudio.

- Pacientes con VIH en TARGA de todas las edades que tengan serología positiva para sífilis
- Criterios de exclusión
 - Pacientes gestantes VIH positivas que no se encuentren en TARGA y que tengan serología positiva para sífilis.
 - Pacientes en abandono de TARGA.
 - Pacientes con VIH en TARGA cuyas historias clínicas están incompletas y/o extraviadas.
 - Pacientes en estadio SIDA sin control continuo.

3.3 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó la búsqueda de las historias clínicas que cuenten con diagnóstico de algún estadio sifilítico hecho por el especialista, además de exámenes de laboratorio confirmando la positividad para sífilis durante el periodo del 2015 al 2017 de todos los pacientes con VIH en tratamiento antirretroviral que tengan control continuo por el programa de control de enfermedades de transmisión sexual (PROCETSS), es así como se procedió a recepcionar toda la información necesaria en una ficha de recolección de datos previamente validada por los especialistas que se elaboró en base a las variables de mi estudio

3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El proceso investigativo se inició consultando el tema de interés con el especialista esperando su aceptación verbal hasta la ejecución, posteriormente se pidió la autorización al Hospital Regional de Ica mediante un documento emitido por el comité investigador de dicho establecimiento de salud.

La recopilación de la información se realizó en el periodo de 1 mes, los cuales fueron extraídos de las historias clínicas verificando que tengan control continuo por el programa de control de enfermedades de transmisión sexual (PROCETSS), con

diagnóstico de sífilis certificado por el especialista además de serología positiva para sífilis confirmatoria, donde se le haya prescrito tratamiento para dicha patología; se toma en cuenta el anonimato de cada paciente en la ficha de recolección de datos para su procesamiento y análisis.

3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el procesamiento de los datos que se recopiló se pasó a tabularlo en Microsoft Excel 2016 y construcción de cuadros y gráficos con distribución dependiente de las variables a través del programa SPSS 25.0.

Para el análisis de los datos se utilizó el medio estadístico chi-cuadrado (χ^2), para la interpretación respectiva, según mis variables. Posteriormente todos los resultados serán presentados en los cuadros respectivos para finalmente elaborar las discusiones y conclusiones.

Nivel de significancia: $\alpha = 5\%$

Estadística de Prueba:

$$\chi_c^2 = \frac{\sum_{i=1}^k (o_i - e_i)^2}{e_i} \quad \chi_t^2 = \chi_{(c-1)(a-1)}^2$$

Regla de decisión:

Sig. > 0.05; No se rechaza la hipótesis nula.

Sig. < 0.05; Se rechaza la hipótesis nula.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

TABLA N°1

Factores de riesgo asociados a confección sifilítica en pacientes con VIH del Hospital Regional De Ica. Año 2015-2017.

FACTORES DE RIESGO		ESTADÍO SIFILÍTICO						Total	X ²	p-valor
		Latente		Primaria		Secundaria				
		N°	%	N°	%	N°	%			
Método de barrera	No	6	5.9	15	14.7	5	4.9	26	17.734	0.000
	Si	52	51.0	21	20.6	3	2.9	76		
Orientación sexual	Bisexual	0	0.0	1	1.0	0	0.0	1	2.018	0.732
	Heterosexual	29	28.4	16	15.7	4	3.9	49		
	Homosexual	29	28.4	19	18.6	4	3.9	52		
Tratamiento (N° de dosis)	1	15	14.7	18	17.6	1	1.0	34	11.021	0.088
	2	3	2.9	2	2.0	0	0.0	5		
	3	40	39.2	16	15.7	7	6.9	62		
Sexo	Femenino	3	2.9	6	5.9	0	0.0	9	4.488	0.106
	Masculino	55	53.9	30	29.4	8	7.8	93		
Edad (años)	19 a 29	22	21.6	25	24.5	4	3.9	51	13.766	0.032
	30 a 39	15	14.7	8	7.8	1	1.0	24		
	40 a 49	13	12.7	0	0.0	2	2.0	15		
	50 a 63	8	7.8	3	2.9	1	1.0	12		
Total		58	56.9	36	35.3	8	7.8	102		

Nota: p<0.05 "significativo".

Interpretación:

En la tabla N°1 se encontró asociación estadísticamente significativa entre la estadío sifilítico y el método de barrera p=0.000 (p<0.05), edad de los pacientes p=0.032 (p<0.05).

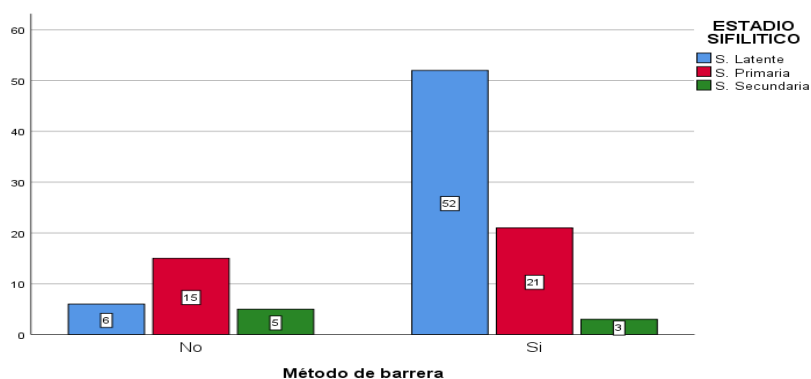
TABLA N° 2

Estadío sifilítico asociado al uso del método de barrera en los pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica. Año 2015-2017.

Estadío Sifilítico	Método de barrera				Total		p-valor
	No		Si		N°	%	
	N°	%	N°	%			
Latente	6	5.9	52	51	58	56.9	0.000
Primaria	15	14.7	21	20.6	36	35.3	
Secundaria	5	4.9	3	2.9	8	7.8	
Total	26	25.5	76	74.5	102	100.0	

Fuente: Estadística HRICA

GRÁFICO N°1



Interpretación:

En la tabla N°2 y gráfico N°1, de 102 pacientes evaluados, 74.5% (76) si usaron método de barrera, y 25.5% (26) no usaron método de barrera; 56.9% (58) pacientes con estadío sifilítico latente, 5.9% (6) no usaron método de barrera, y 51% (52) si usaron método de barrera; 36 pacientes con estadío sifilítico primario, 14.7% (15) no usaron método de barrera, y 20.6% (21) si usaron método de barrera; 7.8% (8) pacientes con estadío sifilítico secundario, 4.9% (5) no usaron método de barrera, y 2.9% (3) si usaron. Siendo estadísticamente significativo donde $p=0.000$ ($p<0.05$).

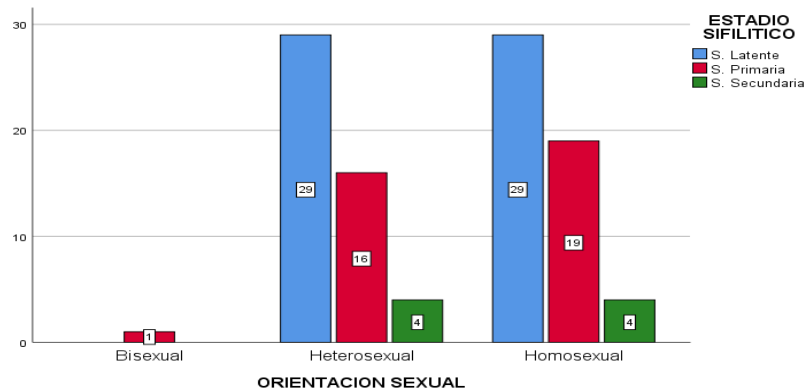
TABLA N°3

Estadío sifilítico dependiente de la orientación sexual de los pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica. Año 2015-2017.

Estadío Sifilítico	Orientación sexual						Total		p-valor
	Homosexual		Heterosexual		Bisexual		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%			
Latente	29	28.4	29	28.4	0	0.0	58	56.9	0.732
Primaria	19	18.6	16	15.7	1	1.0	36	35.3	
Secundaria	4	3.9	4	3.9	0	0.0	8	7.8	
Total	52	51	49	48	1	1.0	102	100.0	

Fuente: Estadística HRICA

GRÁFICO N° 2



Interpretación:

La tabla N°3 Y gráfico N°2, se evidenció que 56.9% (58) pacientes del estadío sifilítico latente, 28.4% 29 son homosexuales, 28.4% (29) heterosexuales y ningún bisexual; 35.3% (36) pacientes del estadío sifilítico primario , 18.6% (19) son homosexuales, 15.7% (16) heterosexuales y 1% (1) bisexual; 7.8% (8) pacientes del estadío sifilítico secundario 3.9% (4) son homosexuales, 3.9% (4) heterosexuales y ningún bisexual. No se halla relación estadísticamente significativo donde $p=0.732$ ($p<0.05$).

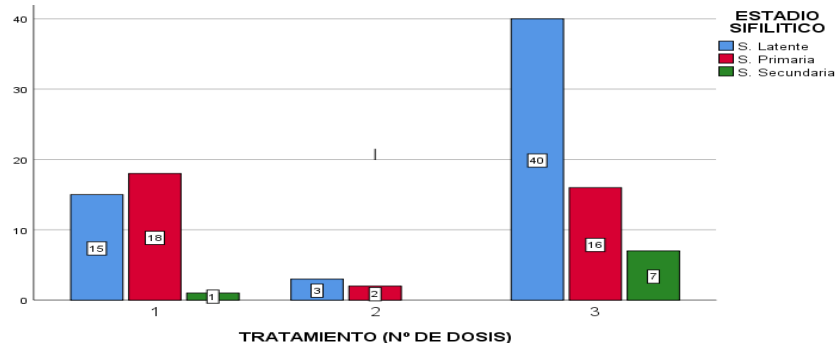
TABLA N°4

Número de dosis para el tratamiento asociado al estadio sifilítico más frecuente de los pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica. Año 2015-2017.

TRATAMIENTO (N° DE DOSIS)	ESTADÍO SIFILÍTICO						Total		p- valor
	Latente		Primaria		Secundaria		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%			
1	15	14.7	18	17.6	1	1.0	34	33.3	0.088
2	3	2.9	2	2.0	0	0	5	4.9	
3	40	39.2	16	15.7	7	6.9	63	61.8	
Total	58	56.9	49	35.3	8	7.8	102	100.0	

Fuente: Estadística HRICA

GRÁFICO N°3



Interpretación:

La tabla N°4 y gráfico N°3, los pacientes que recibieron penicilina benzatinica 2.4 millones; de los 33.3% (34) pacientes recibieron 1 dosis, 14.7% (15) padecieron sífilis latente, 17.6% (18) sífilis primaria y 1% (1) sífilis secundaria; 4.9% (5) pacientes recibieron 2 dosis, 2.9% (3) con sífilis latente, 2% (2) con sífilis primaria y ninguno con sífilis secundaria; 61.8% (63) recibieron 3 dosis, 39.2% (40) padecieron de sífilis latente, 15.7% (16) sífilis primaria y 6.9% (7) sífilis secundaria. No se halla relación estadísticamente significativa donde $p=0.088$ ($p<0.05$).

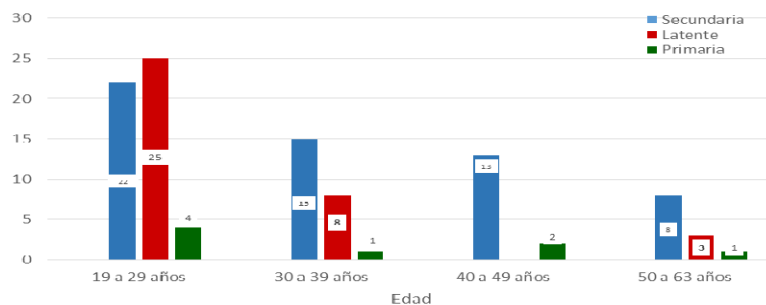
TABLA N°5

Estadío sifilítico asociado a la edad en los pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica. Año 2015-2017.

EDAD (años)	ESTADÍO SIFILÍTICO						Total		p-valor
	Latente		Primaria		Secundaria		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%			
19 a 29	25	24.5	4	3.9	22	21.6	51	50.0	0.032
30 a 39	8	7.8	1	1.0	15	14.7	24	23.5	
40 a 49	0	0.0	2	2.0	13	12.7	15	14.7	
50 a 63	3	2.9	1	1.0	8	7.8	12	11.8	
Total	36	35.3	8	7.8	58	56.9	102	100.0	

Fuente: Estadística HRICA

GRÁFICO N°4



Interpretación:

La tabla N°5 y gráfico N°4, muestra que 50% (51) pacientes de 19 a 29 años padecieron algún estadio sifilítico, 24.5% (25) s. latente, 3.9% (4) s. primaria y 21.6% (22) s. secundaria; 23.5% (24) pacientes de 20 a 39 años padecieron algún estadio sifilítico, 7.8% (8) s. latente, 1% (1) s. primaria y 14.7% (15) s. secundaria; 14.7% (15) pacientes de 40 a 49 años también padecieron algún estadio sifilítico, 2% (2) s. primaria y 12.7% (13) s. secundaria; 11.8% (12) pacientes de 50 a 63 años tuvieron algún estadio sifilítico, 2.9% (3) s. latente, 1% (1) s. primaria y 7.8% (8) s. secundaria. Siendo estadísticamente significativo donde $p=0.032$ ($p<0.05$).

4.2 DISCUSIÓN

1. Se estudió los factores de riesgo asociados a coinfección sifilítica en pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica donde se evidencia que existe asociación estadística significativa donde $p=0.000$ ($p<0.05$) entre estadio sifilítico y el uso de métodos de barrera obteniendo que 25.5% (26) pacientes no usaron método de barrera; por el contrario 74.5% (76) pacientes si lo usaron. Coincidiendo con el estudio realizado en el año 2013 por Alejandra Bonilla en la red asistencial Essalud el Hospital III Augusto Hernández Mendoza de Ica, donde se obtuvo que el 67% de los pacientes usaron método de barrera (condón), pues consideró que el 81% de estos pacientes continuaron con sus prácticas sexuales; cabe mencionar que se produjo mayormente en hombres (homosexuales y heterosexuales). Se evidenció disminución notable de coinfección sifilítica en comparación a años anteriores, pues la mayoría de los pacientes usan condón, gracias a la información que les brinda el personal de salud.
2. Se encontró que no existe una relación estadística significativa entre el estadio sifilítico y la orientación sexual donde $p=0.732$ ($p>0.05$) al 95% de confianza, comprobando científicamente que la orientación sexual no es un factor asociado para contraer sífilis e incluso otras ITS, obteniendo lo siguiente: Homosexuales 51% (52) de los pacientes, sin mucha diferencia los Heterosexuales 48% (49) y por último 1% (1) paciente bisexual. Por lo que nos damos cuenta que no hay mucha diferencia entre homosexuales y heterosexuales en comparación a estudios anteriores en la que la orientación sexual fue un factor predominante para la adquisición de coinfección sifilítica en pacientes con VIH. Según diferentes

autores este factor es muy controversial, pues varía según el nivel socioeconómico y cultural, según Cristian Navarrete y Gallego Lezaun en sus diferentes estudios coinciden en que los homosexuales padecieron infecciones sifilíticas en un 60 y 80% respectivamente. Por otro lado, Alejandra Bonilla en su investigación determina que en la mayoría de casos se halló algún estadio sifilítico en hombres heterosexuales, pues son pacientes que continuaron con sus prácticas sexuales sin ningún método de barrera, poniendo en riesgo a sus parejas sexuales y reinfectándose.

3. Se estudió la relación que existe entre el número de dosis que se aplica para el tratamiento según el estadio sifilítico dado que $p=0.088$ ($p>0.05$), no existe una relación estadística significativa entre dichas variables; en donde en la mayoría de casos se halló lo siguiente: en estadio sifilítico latente se aplicaron 3 dosis de penicilina recibieron penicilina benzatinica 2.4 millones; de los 33.3% (34) pacientes recibieron 1 dosis, 14.7% (15) padecieron sífilis latente, 17.6% (18) sífilis primaria y 1% (1) sífilis secundaria; 4.9% (5) pacientes recibieron 2 dosis, 2.9% (3) con sífilis latente, 2% (2) con sífilis primaria y ninguno con sífilis secundaria; 61.8% (63) recibieron 3 dosis, 39.2% (40) padecieron de sífilis latente, 15.7% (16) sífilis primaria y 6.9% (7) sífilis. Siendo este también un problema frecuente de resistencia a ciertos medicamentos u otros factores que obstruyan el tratamiento adecuado, la información que brindan ciertos autores como Romina Mauas analiza en su estudio que tan solo la aplicación de 1 dosis de penicilina benzatinica de 2.4 millones en estadios tempranos tanto primario como secundario se ve remisión eficaz de las manifestaciones sifilíticas, que está de acuerdo con las recomendaciones que da la CDC;

obviamente con posterior seguimiento, además Cristian Navarrete menciona de crucial importancia que los pacientes presentan alergias a la penicilina agravando el cuadro, pues opcionalmente se puede utilizar azitromicina, asimismo menciona que la resistencia de estos antibióticos no es ajeno por lo que ha detectado hasta 33% de resistencia. Por último y no menos importante Gabriel Mosquera menciona que el tratamiento va a depender del estadio sifilítico en que se encuentre el pacientes con VIH, pues se aplicó hasta 3 dosis de penicilina (una dosis por semana) en pacientes con estadio sifilítico latente, terciaria, o neurosífilis; mencionando la gran importancia de que a estos pacientes se le debe de realizar de manera obligatoria la desensibilización, ya que se ha comprobado que la penicilina es el tratamiento de elección y la que mejor resultados ha dado.

4. Por último se halla que la edad es un factor asociado estadísticamente significativo donde $p=0.032$ ($p<0.05$), pues se produjo frecuentemente en pacientes de 19 a 29 años 50% (51), padeciendo de algún estadio sifilítico, 24.5% (25) s. latente, 3.9% (4) s. primaria y 21.6% (22) s. secundaria en la mayoría de los casos, evidentemente se aprecia que se produce estadio sifilítico latente frecuentemente, por lo contrario en edades más avanzadas dentro del rango de 50 a 63 años los pacientes que padecieron algún estadio sifilítico fueron 11.8% (12). Lo cual coincide con el estudio realizado por Olivia Alcívar donde se hallaron manifestaciones sifilíticas más frecuente en los pacientes de 15 a 35 años de edad, en ambos estudios se evidencia que se producen en edades tempranas.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

1. En el estudio investigativo, concluyo que existen factores de riesgo en los pacientes infectados con VIH de adquirir coinfección sifilítica, encontrando de principal importancia el uso de métodos de barrera (condón), pues 74.5% (76) pacientes si usó de este método durante sus prácticas sexuales, pues así se evitó el contagio a sus parejas sexuales; por lo que se halló leve disminución de casos en comparación a años anteriores, pues este factor hay se consideró de vital importancia por ser el método más eficaz de contribuir a la coinfección sifilítica ya que esta población cuentan con alto riesgo de adquirir otras ITS, por la falta de información.
2. Si bien es cierto que en estudios de años anteriores la orientación sexual, específicamente la homosexualidad era un factor de riesgo muy importante a considerar porque era en esa población en donde más se hallaban casos tanto de VIH y sífilis; en mi estudio no se halla relación significativa; es decir que tanto los pacientes homosexuales como heterosexuales tienen el mismo factor de riesgo de adquirir coinfección sifilítica, pues se halló diferencia mínima en cuanto a la frecuencia.
3. El número de dosis que se aplica en el tratamiento a esta población, predominó el uso de hasta 3 dosis para el tratamiento de algún estadio sifilítico (primaria, secundario o latente) en pacientes portadores de VIH que se encuentran en TARGA, se ha visto que en muchos casos se encuentra algún tipo de resistencia a la penicilina y/o factores que pueden estar provocando recidivas de las infecciones sifilíticas, ya que estudios han demostrado que solo basta una dosis de penicilina

benzatinica para poder tener éxito en el tratamiento; a menos que esta se trate de algún estadio sifilítico severo, en donde se pueden utilizar más dosis e incluso otros antibióticos.

4. Es muy frecuente hallar coinfección sifilítica en pacientes portadores de VIH, pero en el estudio se halló mayormente en pacientes de edad temprana, incluso si están en tratamiento antirretroviral, he ahí la importancia de poder determinar dichos factores por el cual ocurre ello, pues influye a que el paciente no tenga calidad de vida, por su alto riesgo de contraer otras enfermedades infectocontagiosas; no solo en los pacientes portadores de VIH, sino en la población en general.

5.2 RECOMENDACIONES

1. Seguir fomentando el uso de métodos de barrera, pues el conocido condón está al alcance de toda la población por su bajo costo y fácil obtención; sin embargo para los pacientes portadores de VIH existe el difícil acceso al programa de planificación familiar para poder obtenerlos de forma gratuita, pues resulta muy engorroso el tener que sacar una cita para dicho programa; pues se debe considerar el trabajo directo en equipo con dicho programa, para la facilidad al acceso de los profilácticos, asimismo ejecutar programas educativos promocionando una práctica sexual saludable rompiendo mitos sociales equivocados de cómo realizar sus prácticas sexuales; no está demás implementar con consejería exclusiva, brindando ayuda psicológica a las parejas de casados o convivientes por el alto riesgo de reinfectarse brindándoles calidad de vida y no excluirlos de la sociedad.
2. Implementar la capacitación del personal de salud encargado del programa de control de enfermedades de transmisión sexual (PROCETSS), en base a promoción y prevención de salud

específicamente en esta población vulnerable, contribuyendo con mi investigación como sustento para tomar ciertas medidas.

3. Informar al personal de salud, teniendo como respaldo la investigación para utilizar la penicilina benzatínica 2.4 millones en lo posible, teniendo en cuenta la eficacia del medicamento, pues va a contribuir a la resolución de la infección en un determinado tiempo evitando complicaciones severas, se debe sensibilizar a la mayoría de pacientes para continuar la aplicación de penicilina benzatínica de 2.4 millones en una o tres dosis, según sea conveniente, y que los pacientes no presenten recidivas, y/o buscar otras opciones antibióticas cuando no se vea mejoría del paciente o halla remisión de manifestaciones sifilíticas.
4. Realizar descarte de ITS frecuentes en la jurisdicción cada 3 meses, incluso antes de iniciar con el tratamiento antirretroviral, utilizando provisiones disponibles de medios diagnósticos y fomentar su empleo para hacer el descarte cuando hay manifestaciones clínicas y/o sospecha, es de crucial importancia considerar el tiempo de enfermedad, hábitos sexuales y nivel sociocultural, ya que estos pacientes suelen manifestar la clínica sifilítica severamente, y así poder determinar un diagnóstico oportuno con posterior tratamiento, asimismo realizar charlas informativas (educación sexual) cada cierto tiempo por el personal capacitado e incluso darles la oportunidad a los alumnos estudiantes de medicina de realizarlas con fines educativos dirigidas a la población en general y vulnerable, sobre los mitos de que solo las personas homosexuales padecen de ciertas enfermedades, pues estos mitos aún perduran e influyen en el diagnóstico tardío, por ende también del tratamiento, ocasionando severidad de los casos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Palacios R, De la Fuente J, Murillas J, Nogueira M, Santos J. Sífilis e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enfermedades infecciosas microbiológicas clínicas* 2006; 24(2):34-39.
2. Ortega R, Awad Perla. Sífilis en pacientes portadores de VIH o con SIDA en un Servicio de Enfermedades de Transmisión Sexual. *Rev Chil. Derm.* 2009; 25(1):32-36.
3. Pérez S, Novales J, Ramos A, Maza C. Primosecundarismo sífilítico en paciente con infección por VIH. *Rev Mex. Derm.* 2014; 58(1):64-70.
4. La Rosa M, Pelles V, Sasieta H, Soto L, Curioso W. Sífilis secundaria en un paciente viviendo con VIH. *Rev Méd del Perú de Salud Pública* 2007; 24(3):294-299.
5. Pinzón M, Mueses F, Quintero J. Factores sociodemográficos, conocimientos y comportamientos relacionados con sífilis y VIH en población desplazada de Colombia. *Rev Cub. de Salud Pública* 2013; 39(3):474-488.
6. Navarrete C, Ortega R, Fich F, Concha M. Manifestaciones dermatológicas asociadas a la infección por VIH/SIDA. Departamento de dermatología Clínica de Santiago de Chile 2014;(1):57-71.
7. Mauas R, Casseti I, Bottaro E. Tratamiento de la sífilis temprana en pacientes infectados con VIH: una dosis de penicilina benzatinica es suficiente. *Actualizaciones en SIDA e infectología de Argentina* 2014; 22(83):10-17
8. Mosquera G, Cuellar I, Tamayo M, Charry L. Secundarismo sífilítico en infección por VIH, con fenómeno de Prozona. *Acta médica Colombiana* 2014; 39(1):69-71.
9. Gallego C, Arrizabalaga M, González J, Ferullo I, Teslev A, Fernández V et al. Coinfección VIH-Sífilis a propósito de 95 casos. *Rev. clínica Española.* 2014; 28(1): 1-2.

10. Alcívar S. Caracterización de las dermatosis más frecuentes en pacientes con VIH atendidos en el departamento de dermatología del Hospital Carlos Andrade Marín. Título de especialista en Dermatología. Ecuador, Quito. Universidad central del Ecuador, 2017. 73pp.
11. Bonilla A, Vilcapoma M. Características clínicas, epidemiológicas e inmunoserológicas de los pacientes en terapia antiretroviral de gran actividad en un hospital peruano. Rev méd panacea 2013; 3(1):19-23.
12. Maquera J, Cvetkovic A, Cárdenas M, Kälviäinen H, Mejía C. Diagnóstico tardío y enfermedad avanzada de VIH en pacientes adultos en un hospital de la seguridad social de Perú. 2016; 33(1):20-26.
13. Contreras M. Infecciones de transmisión sexual en trabajadoras sexuales que acuden al programa de estrategia sanitaria nacional de prevención y control de ITS, VIH Y SIDA (ESNITS) en el HRDM “El Carmen”. Tesis de bachiller. Lima, Perú. Universidad Alas Peruanas, 2017. 45pp.
14. Organización mundial de la salud. Factores de riesgo definición. Se encuentra en la pág. web: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
15. Ministerio de salud. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA. Guía clínica. Chile. 2010.123pp.
16. Murillo A. Sífilis en medicina legal. Medicina Legal de Costa Rica (internet). 2011; 28(1), 55-64. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1409-00152011000100007>
17. Fundación Toronto “People With AIDS”. La Sífilis y el VIH. Boletín de Tratamiento. 2010. 5pp.
18. Cáceres K, Martínez R. Situación Epidemiológica de Sífilis. Rev. Chil. Infec. 2018; 35 (3): 284-296.
19. Hoffman k, Beltrán J, Ponce J, García L, Calderón M, Muench J. et al. Barreras para implementar el despistaje, intervenciones breves y

referencia al tratamiento por problemas de consumo de alcohol y otras drogas en hospitales que atienden personas que viven con el VIH/SIDA en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2016; 33(3):432-437.

20. Ortiz A, Aguilar G, Estigarribia G, Kawabat A, Muñoz S, Schwart A. et al. Comportamientos de riesgo para Transmisión de VIH en mujeres indígenas en Paraguay. 2016; 41(1): 173-174.
21. Páez J, Ligarría S, Molina M, Ortega L. Evaluación del desempeño de dos técnicas de rutina utilizadas para el diagnóstico de sífilis en un hospital polivalente de la provincia de Córdoba. 2018. 1-14.
22. Paca S. Prevalencia del Treponema pallidum en el diagnóstico de sífilis en trabajadoras sexuales que acuden al Centro de Salud. Proyecto de investigación. Ecuador. 2017. 70pp.
23. Sihuas Y. Características epidemiológicas, clínicas e inmunoserológicas en pacientes infectados por el VIH de 50 años a más del servicio de infectología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima, Perú. Universidad Privada San Juan Bautista, 2018. 23pp.
24. Aguilar T, Del Pilar R. Factores de riesgo de sífilis en gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho. Lima, Perú. 2013.16pp.

ANEXOS

ANEXO N°1: CUADRO DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

ALUMNO: Mateo Aybar Wendy Yuliana

ASESOR: Bryson Malca Walter

LOCAL: San Borja

TEMA: Factores de riesgo asociados a coinfección sifilítica en pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica. Año 2015-2017

VARIABLE INDEPENDIENTE				
INDICADORES	N° DE ITEMS		NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Métodos de barrera	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Variable cualitativa nominal	Historia clínica
Orientación sexual	Homosexual <input type="checkbox"/>	Heterosexual <input type="checkbox"/>	Variable cualitativa nominal	Historia clínica
Número de dosis	Una dosis <input type="checkbox"/>	Tres dosis <input type="checkbox"/>	Variable cuantitativa nominal	Historia clínica
Edad	Dos dosis <input type="checkbox"/>			
	19-29 años <input type="checkbox"/>	40-49 años <input type="checkbox"/>	Variable cuantitativa ordinal	Historia clínica
	30-39 años <input type="checkbox"/>	50-63 años <input type="checkbox"/>		

VARIABLE DEPENDIENTE:

INDICADORES	Nº DE ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Coinfección sifilítica	Reactivo <input type="checkbox"/> No reactivo <input type="checkbox"/>	Variable cualitativa nominal	Historia clínica

ANEXO N° 2: INSTRUMENTO

	UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUA BAUTISTA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
--	---

Título: “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COINFECCIÓN SIFILÍTICA EN PACIENTES CON VIH DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA. AÑO 2015-2017”

Autor: MATEO AYBAR WENDY YULIANA **Fecha:**

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

N° FICHA: N° H.C:

I. DATOS GENERALES:

1. SEXO: Femenino b) Masculino
2. SEROLOGÍA CUALITATIVA Y CUANTITATIVA PARA SÍFILIS:
Reactivo (Dils: __) No reactivo
3. ESTADIO SIFILÍTICO:
Sífilis primaria Sífilis secundaria
Sífilis terciaria Sífilis latente

II. DATOS SEROLOGICOS Y CLÌNICOS (SEGÚN VARIABLES):

4. MÉTODOS DE BARRERA
Sí No
5. ORIENTACIÓN SEXUAL
Heterosexual
Homosexual
Bisexual
6. NÚMERO DE DOSIS DE PENICILINA QUE SE APLICA PARA EL TRATAMIENTO:
Una dosis Dos dosis Tres dosis
7. EDAD CUANDO SE DIAGNOSTICÓ SÍFILIS:
19-29 años 40-49 años
30-39 años 50-63 años

ANEXO N°3: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES:

- I.1. Apellidos y nombres del informante: Bryson Malca Walter
 I.2. Cargo e institución donde labora: H.N. Hipolito Unzueta - Med. Interna
 I.3. Tipo de experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 I.4. Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
 I.5. Autor(a) del instrumento: Mateo Aybar Wendy

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro				80%	
UTILIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas falsas				70%	
ACTUALIDAD	Esta de acuerdo a los avances teoricos sobre coinfeccion sifilitica en pacientes con VIH				80%	
ORGANIZACIÓN	Existe organización lógica y coherente de los Items				80%	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad				80%	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la descripción de la variable estudio				80%	
CONSISTENCIA	Besados en aspectos teoricos y científicos				80%	
COHERENCIA	Entre los indices e indicadores				80%	
METODOLOGÍA	La estrategia responde al proposito de investigación analítico, transversal y retrospectivo.				80%	

III. OPINION DE APLICABILIDAD: (comentario del juez experto respecto al instrumento)

Aplicable

IV. PROMEDIO DE VALIDACION: 78.8 %

Lugar y fecha: Ica, 02 de Agosto del 2018



 Firma del experto informante
 D.N.I N°: Walter Bryson Malca
 Telefono: MEDICINA INTERNA
 C.M.P. 14809 RNE 7809

Informe de opinión de experto

I. DATOS GENERALES:

- I.1. Apellidos y nombres del informante: Tapia Parades Miguel
 I.2. Cargo e institución donde labora: Medicina de enfermedades infecciosas y t
 I.3. Tipo de experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 I.4. Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
 I.5. Autor(a) del instrumento: Mateo Aybar Wendy

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro				70%	
UTILIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas falsas			60%		
ACTUALIDAD	Esta de acuerdo a los avances teoricos sobre coinfeccion sifilitica en pacientes con VIH				80%	
ORGANIZACIÓN	Existe organización lógica y coherente de los Items				80%	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad				80%	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la descripción de la variable estudio				80%	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teoricos y científicos				80%	
COHERENCIA	Entre los indices e indicadores				70%	
METODOLOGIA	La estrategia responde al proposito de investigacion analítico, transversal y retrospectivo.					90%

III. OPINION DE APLICABILIDAD: (comentario del juez experto respecto al instrumento)

En el futuro podría aumentar el número de variables con respecto a pacientes curados.

IV. PROMEDIO DE VALIDACION: 76.6 %

Lugar y fecha: Ica, 02 de Agosto del 2018

Dr. Miguel A. Tapia Parades
 C.O.P. 44951 RNE 33593
 Medicina de Enfermedades Infecciosas y Tropicales

Firma del experto informante
 D.N.I. Nº 44543524
022916469

Informe de opinión de experto

I. DATOS GENERALES:

- I.1. Apellidos y nombres del informante: AQUINO DOLORIER SARA
 I.2. Cargo e institución donde labora: ESTADÍSTICO - MINSA
 I.3. Tipo de experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 I.4. Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
 I.5. Autor(a) del instrumento: Mateo Aybar Wendy

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro					85%
UTILIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas falsas				65%	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teóricos sobre coinfección sifilítica en pacientes con VIH				80%	
ORGANIZACIÓN	Existe organización lógica y coherente de los ítems				80%	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad					85%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la descripción de las variables de estudio					85%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos				80%	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores				85%	
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de investigación analítico y retrospectivo.					85%

III. OPINION DE APLICABILIDAD: (comentario del juez experto respecto al instrumento)

Es APLICABLE.

IV. PROMEDIO DE VALIDACIÓN:

83 %

Lugar y fecha: Ica, de Agosto del 2018

SARA S. AQUINO DOLORIER
 COESPE 23
 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS DEL PERÚ

Firma del experto informante

D.N.I N° 03498001
 Teléfono: 993083992

ANEXO N°4: MATRIZ DE CONSISTECIA

ALUMNO: Mateo Aybar Wendy Yuliana

ASESOR: Bryson Malca Walter

LOCAL: San Borja

TEMA: Factores de riesgo asociados a coinfección sifilítica en pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica. Año 2015-2017

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General: ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a coinfección sifilítica en pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica. Año 2015-2017?</p>	<p>General: Determinar los factores de riesgo asociados a coinfección sifilítica en pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica. Año 2015-2017.</p>	<p>General: Existen factores de riesgo asociados para coinfección sifilítica en pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica del año 2015-2017</p>	<p>Variable independiente Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Métodos de barrera - Orientación sexual - Número de dosis - Edad
<p>Específicos: PE1: ¿Cuál es la asociación del estadio sifilítico con el uso del método de barrera en los pacientes con VIH del Hospital</p>	<p>Específicos: OE1: Analizar la asociación del estadio sifilítico con el uso del método de barrera en los pacientes con VIH del Hospital</p>	<p>Específicos: HE1: El determinante de la utilización del método de barrera es que se produjo</p>	<p>Variable dependiente Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coinfección sifilítica

<p>Regional de Ica. Año 2015-2017?</p> <p>PE2: ¿Existe dependencia entre el estadio sifilítico y la orientación sexual de los pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica. Año 2015 al 2017?</p> <p>PE3: ¿Hay asociación del número de dosis que se aplica en el tratamiento con el estadio sifilítico más frecuente en los pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica. Año 2015 al 2017?</p> <p>PE4: ¿Hay vínculo entre estadio sifilítico y la edad en los pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica. Año 2015-2017?</p>	<p>Regional de Ica. Año 2015-2017.</p> <p>OE2: Evaluar la dependencia del estadio sifilítico y la orientación sexual de los pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica. Año 2015-2017.</p> <p>OE3: Asociar la aplicación del número de dosis para el tratamiento con el estadio sifilítico más frecuente de los pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica. Año 2015-2017.</p> <p>OE4: Establecer el vínculo que hay entre el estadio sifilítico y la edad en los pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica. Año 2015-2017.</p>	<p>algún estadio sifilítico.</p> <p>HE2: El principal factor de riesgo para la determinación del estadio sifilítico es la Homosexualidad.</p> <p>HE3: Se aplica hasta 3 dosis en pacientes con cualquier estadio sifilítico en los pacientes con VIH del Hospital Regional de Ica. Año 2015-2017.</p> <p>HE4: Hay conexión en padecer algún estadio sifilítico en pacientes jóvenes de rango de 19 a 29 años.</p>	
---	---	--	--

DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> - Nivel Relacional - Tipo de investigación <ul style="list-style-type: none"> - No experimental - Analítico - Retrospectivo 	<p>Población: Todos los pacientes portadores de VIH N=102</p> <p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes portadores de VIH en TARGA con serología positiva para sífilis que se encuentre categorizado y/o registrado por el especialista en algún estadio de sífilis. - Pacientes con cualquier orientación sexual con control continuo de VIH y otras ITS por el programa de control de enfermedades de transmisión sexual (PROCETSS). - Pacientes con VIH que tengan historia clínica completa incluyendo exámenes auxiliares y/o de laboratorio que brinden la información necesaria para el estudio. - Pacientes con VIH en TARGA de todas las edades que tengan serología positiva para sífilis. <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes gestantes VIH positivas que no se encuentren en TARGA y que tengan serología positiva para sífilis. 	<p>Técnica: Programa estadístico informático IBM SPSS 25.0 para el procesamiento de los datos</p> <p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Historia clínica (Ficha de recolección de datos).

	<ul style="list-style-type: none">- Pacientes en abandono de TARGA.- Pacientes con VIH en TARGA cuyas historias clínicas están incompletas y/o extraviadas.- Pacientes en estadio SIDA sin control continuo.	
--	--	--