

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL VARGAS DE CARACAS**

**PATOLOGIA ANO-RECTAL EN PACIENTES MASCULINOS DIAGNOSTICADOS
CON INFECCION DE VIH QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES**

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en
Cirugía General

Augusto Alfonso Comegna Petitto.
Roberto Rafael Ortiz Medina.

Caracas, noviembre 2022

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL VARGAS DE CARACAS**

**PATOLOGIA ANO-RECTAL EN PACIENTES MASCULINOS DIAGNOSTICADOS
CON INFECCION DE VIH QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES**

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en
Cirugía General

Augusto Alfonso Comegna Petitto.

Roberto Rafael Ortiz Medina.

Tutor: Luis Ramiro Rodríguez Medina.

ÍNDICE DE CONTENIDO INFORME FINAL

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
MÉTODOS	27
RESULTADOS	36
DISCUSIÓN	56
REFERENCIAS	58
ANEXOS	6



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



VEREDICTO

Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el **Trabajo Especial de Grado** presentado por: **AUGUSTO ALFONSO JOSE GREGORIO COMEGNA PETITTO** Cédula de identidad N° 23.710.136, bajo el título **"PATOLOGIA ANORRECTAL EN PACIENTES MASCULINOS DIAGNOSTICADOS CON INFECCION DE VIH QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES"**, a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL-HV**, dejan constancia de lo siguiente:

1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día 24 de Noviembre de 2022 a las 09:00 AM, para que el autor lo defendiera en forma pública, lo que éste hizo en Auditorio Biomedicina Hospital Vargas de Caracas, mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual respondió satisfactoriamente a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

2.- Finalizada la defensa del trabajo, el jurado decidió **aprobarlo**, por considerar, sin hacerse solidario con la ideas expuestas por el autor, que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

3.- El jurado por unanimidad decidió otorgar la calificación de **EXCELENTE** al presente trabajo por considerarlo de excepcional calidad.

En fe de lo cual se levanta la presente ACTA, a los 24 días del mes de Noviembre del año 2022, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como Coordinador del jurado Luis Ramiro Rodríguez.

Carlos Alberto Baptista Gorrin /
C.I.5.514.474
Hospital Vargas de Caracas

Juan José Reyes Hernández /
C.I.19.472.062
Hospital Militar Universitario "Dr. Carlos Avelo"

Luis Ramiro Rodríguez Medina /
C.I.9.882.793
Hospital Vargas de Caracas
Tutor(a)

CA 24/11/22



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



VEREDICTO

Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el Trabajo Especial de Grado presentado por: **ROBERTO RAFAEL ORTIZ MEDINA** Cédula de Identidad N° 20.956.044, bajo el título **"PATOLOGIA ANORRECTAL EN PACIENTES MASCULINOS DIAGNOSTICADOS CON INFECCION DE VIH QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES"**, a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL-HV**, dejan constancia de lo siguiente:

1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día 24 de Noviembre de 2022 a las 09:00 AM., para que el autor lo defendiera en forma pública, lo que éste hizo en Auditorio Biomedicina Hospital Vargas de Caracas, mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual respondió satisfactoriamente a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

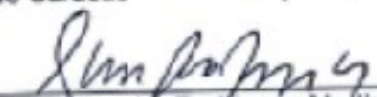
2.- Finalizada la defensa del trabajo, el jurado decidió aprobarlo, por considerar, sin hacerse solidario con la ideas expuestas por el autor, que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

3.- El jurado por unanimidad decidió otorgar la calificación de **EXCELENTE** al presente trabajo por considerarlo de excepcional calidad.

En fe de lo cual se levanta la presente ACTA, a los 24 días del mes de Noviembre del año 2022, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como Coordinador del jurado Luis Ramiro Rodríguez.


Carlos Alberto Baptista Gorin /
C.I. 5.614.474
Hospital Vargas de Caracas


Juan José Reyes Hernández /
C.I. 19.472.062
Hospital Militar Universitario "Dr. Carlos Arvelo"

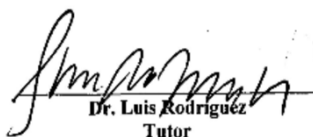

Luis Ramiro Rodríguez Medina /
C.I. 9.882.793
Hospital Vargas de Caracas
Tutor

CA 24/11/22

**CERTIFICACIÓN DEL TUTOR
PARA LA ENTREGA DEL TRABAJO ACADÉMICO
EN FORMATO IMPRESO Y FORMATO DIGITAL**

Yo, Luis Ramiro Rodríguez Medina, portador de la Cédula de identidad N°: 9.882.793, tutor del trabajo: **PATOLOGIA ANO-RECTAL EN PACIENTES MASCULINOS DIAGNOSTICADOS CON INFECCION DE VIH QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES**. Realizado por los estudiantes: Augusto Alfonso Comegna Petitto, C.I.: 23.710.136 y Roberto Rafael Ortiz Medina, C.I: 20956944.

Certifico que este trabajo es la **versión definitiva**. Se incluyó las observaciones y modificaciones indicadas por el jurado evaluador. La versión digital coincide exactamente con la impresa.


Dr. Luis Rodríguez
Tutor

En caracas a los 14 días del mes de noviembre de 2022

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN ELECTRÓNICA DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO Y TESIS DOCTORAL DE LA FACULTAD DE MEDICINA.
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.**

Nosotros: Augusto Alfonso Comegna Petitto, C.I.:23.710.136 y Roberto Rafael Ortiz Medina, C.I: 20.956.944, autores del trabajo especial de grado: **PATOLOGIA ANO-RECTAL EN PACIENTES MASCULINOS DIAGNOSTICADOS CON INFECCION DE VIH QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES**. Presentado para optar al grado académico de: Especialistas en Cirugía General.

Autorizamos a la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, a difundir la versión electrónica de este trabajo, a través de los servicios de información que ofrece la Institución, sólo con fines de académicos y de investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor, Artículo 18, 23 y 42 (Gaceta Oficial N° 4.638 Extraordinaria, 01-10-1993).

X	<i>Si autorizamos</i>
	<i>Autorizamos después de 1 año</i>
	<i>No autorizamos</i>
	<i>Autorizamos difundir sólo algunas partes del trabajo</i>
<i>Indique:</i>	

Firmas autores

C.I. N° 23.710.136

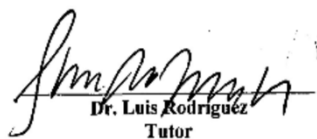
C.I N° 20.956.944

e-mail: augustocomegna@gmail.com e-mail: robertotiz133@gmail.com

En Caracas, a los 24 días del mes de Noviembre, de 2022

Nota: En caso de no autorizarse la Escuela o Coordinación de Estudios de Postgrado, publicará: la referencia bibliográfica, tabla de contenido (índice) y un resumen descriptivo, palabras clave y se indicará que el autor decidió no autorizar el acceso al documento a texto completo.

La cesión de derechos de difusión electrónica, no es cesión de los derechos de autor, porque este es intransferible.



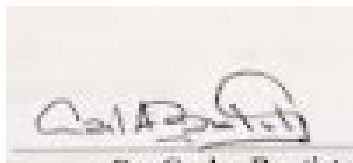
Dr. Luis Rodríguez
Tutor

Dr. Luis Rodríguez Medina

CI: 9.882.793

Email: luisramiro1967@gmail.com

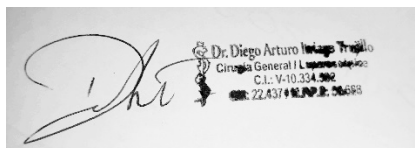
Tutor



Dr. Carlos Baptista

CI: 5.614.474

Director del Curso



Dr. Diego Arturo Itriago Trujillo
Cirujano General / Especialista en Cirugía
C.I.: V-10.334.582
C.C.P.P.: 22.431 / C.C.P.P.: 22.431

Dr. Diego Itriago

CI:10.334.582

Coordinador del Curso

PATOLOGÍA ANO-RECTAL EN PACIENTES MASCULINOS DIAGNOSTICADOS CON INFECCIÓN DE VIH QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES

Augusto Alfonso, Comegna Petitto, C.I.:23.710.136 género: masculino. E-mail: augustocomegna@gmail.com Telf.:0412-5970951. Dirección: "Hospital Vargas de Caracas" curso de especialización en Cirugía General.

Roberto Rafael, Ortiz Medina, C.I: 20.956.944 genero: masculino e-mail:robertotiz133@gmail.com tlf.:0424-1719670 Dirección: "Hospital Vargas de Caracas" curso de especialización en Cirugía General.

Tutor: Dr. Luis Rodríguez Medina. C.I.N° 9.882.793, género masculino, e-mail: luisramiro1967@gmail.com, tlf. 0414-1838278, Dirección: "Hospital Vargas de Caracas" curso de especialización en Cirugía General

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades ano rectales abarcan un amplio espectro de patologías que pueden causar una morbilidad significativa. **Objetivo:** En el presente trabajo de investigación se evalúa la incidencia de pacientes masculinos con patología ano-rectal con diagnóstico de infección por VIH que practican sexo con hombres, atendidos en el Servicio de infectología, Hospital Vargas de Caracas, Periodo junio-agosto 2022. **Método:** Es un estudio prospectivo, con un diseño no experimental, de campo, con un nivel evaluativo-explicativo. **Resultados:** muestra está conformada por 64 pacientes masculinos con diagnóstico de infección por VIH que tengan sexo con hombres. A dicha población se le realizó anamnesis, examen físico completo con mayor énfasis en la región anal, anoscopia de alta resolución, toma de muestra para citología anal, hisopado anal para serpotipificación de VPH, test de Schiller, test de ácido acético y por último se realizó biopsia aquellas lesiones sugestivas de malignidad. Demostrándose que el 10.93% de la muestra estudiada tiene entre 30 y 23 años diagnosticados de VIH; el 14.06% tiene entre 22 y 13 años de diagnosticados; el 25% tiene entre 12 y 3 años de Diagnóstico; y el 50% tiene apenas 2 años diagnosticados de VIH. El 50% de los pacientes presentan Prurito y Proctalgia en la clínica ano-rectal, el 42,18% proctalgia y rectorragia, 4,68% proctalgia, 1,56% rectorragia y 1,56% Secreción y proctalgia. **Conclusiones:** Existe la incidencia de la patología ano-rectal en la población de hombres que practican sexo con otros hombres, por lo que es pertinente la actualización no solo el perfil de las patologías anorrectales que presentan los pacientes masculinos con diagnóstico de VIH, sino también el agrupar los factores socio-epidemiológicos que resulten asociados a la aparición de estas enfermedades, además de establecer la correlación que existe entre la carga viral y el conteo total de CD4 definitivo y de esta manera poder determinar con mayor precisión los factores de riesgo.

Palabras Claves: VIH, patologías ano-rectales, sexo anal.

ANORECTAL PATHOLOGY IN MALE PATIENTS DIAGNOSED WITH HIV INFECTION WHO HAVE SEX WITH MEN

ABSTRACT

Introduction: Anorectal diseases cover a wide spectrum of pathologies that can cause significant morbidity. **Objective:** In the present research work, the incidence of male patients with anorectal pathology diagnosed with HIV infection who have sex with men, treated at the infectology Service, Hospital Vargas de Caracas, June-August 2022, is evaluated. **Method:** It is a prospective study, with a non-experimental, field design, with an evaluative-explanatory level. **Results:** The sample is made up of 64 male patients diagnosed with HIV infection who have sex with men. This population underwent an anamnesis, a complete physical examination with greater emphasis on the anal region, high-resolution anoscopy, sampling for anal cytology, Schiller's test, acetic acid test, and finally a biopsy of those lesions suggestive of malignancy. Demonstrating that 10.93% of the sample studied is between 30 and 23 years old diagnosed with HIV; 14.06% have between 22 and 13 years of diagnosed; 25% have between 12 and 3 years of diagnosed; and 50% have barely been diagnosed with HIV for 2 years. 50% of the patients present Pruritus and Proctalgia in the anorectal clinic, 42.18% proctalgia and rectalgia, 4.68% proctalgia, 1.56% rectalgia and 1.56% Discharge and proctalgia. **Conclusions:** There is a incidence of anorectal pathologies in the population of men who have sex with other men, so it is pertinent to update not only the profile of anorectal pathologies presented by male patients diagnosed with HIV, but also to group the factors socio-epidemiological conditions that are associated with the appearance of these diseases, in addition to establishing the correlation that exists between the viral load and the total definitive CD4 count and thus being able to determine the risk factors with greater precision.

Keywords: HIV, anorectal pathologies, anal sex.

INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema

EL virus de inmunodeficiencia humana (VIH), comienza a ser noticia a partir del año 1981, cuando se hicieron los primeros diagnósticos en Estados Unidos, a partir de esa fecha los casos han aumentado en forma exponencial, de acuerdo con datos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA.). Se calculó que para el año 2020 a nivel mundial existían 37.7 millones de personas viviendo con VIH. A finales de junio de 2021, 28,2 millones de personas tenían acceso a la terapia antirretroviral en comparación a los 7.8 millones del año 2010. ⁽¹⁾

Los reportes del estudio realizado por el Monitoreo Global del SIDA 2022, describen que en Venezuela se encontraban registrados un total de 98.347 casos para el año 2021, de éstas 74.611 conocían su estado serológico (76%), 59% de ellas recibía tratamiento y 12% había logrado la supresión viral (que se define como < 50 copias/ml, muy por debajo del estándar de <1000 copias/ml de las directrices de la OMS). ⁽¹⁾

El VIH ocasiona el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y además, interfiere con la capacidad del cuerpo de combatir infecciones, compromete no solamente al sistema inmune sino también a órganos, aparatos y sistemas. El sistema digestivo es uno de los más afectados en este grupo de pacientes, y la patología anorrectal representa una de las mayores causas de morbilidad, y la principal causa de intervención quirúrgica, con una prevalencia de 6-34%.

Las enfermedades anorrectales comprenden un diverso grupo de patologías que se encuentran definidas por signos y síntomas específicos, cuyo diagnóstico en muchas oportunidades es por exclusión. ⁽²⁾

Esta situación está muy lejos de ser ideal, ya que, en ocasiones, determinados síntomas coinciden con la existencia de otros procesos patológicos más graves, aun compartiendo una similar sintomatología. Ante la presencia de cualquiera de estos síntomas en los pacientes que acuden a consulta se debe realizar el correcto

diagnóstico diferencial mediante la historia clínica y exploración física completa para lograr el diagnóstico definitivo. ⁽²⁾

El uso frecuente de la región anal constituye una de las vías de entrada del virus al organismo, principalmente en varones homosexuales, quizás en parte a que la mucosa rectal posee abundantes linfocitos CD4+, quienes son los principales receptores del virus. Otras variables que deben tomarse en cuenta al momento de valorar la prevalencia de estas afecciones en los pacientes VIH positivos son: la disminución de IgA y de la inmunidad celular debido a la destrucción de las células de Langerhans con depleción de linfocitos T. Todo lo anteriormente expuesto aumenta a su vez las probabilidades de sufrir infección por el Virus de Papiloma Humano (VPH), que desempeña un papel importante en el desarrollo de lesiones premalignas y malignas del canal anal, lo que amerita la toma de biopsia y determinar la necesidad de indicar conducta quirúrgica. ^(3,4)

Según los datos aportados por ONUSIDA en el último censo elaborado en el 2021, se estima que en Venezuela existen 210.800 hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y de éstos el 22.3% viven con VIH. ⁽⁵⁾ Debido a su alta prevalencia, estas condiciones suponen un motivo frecuente de consulta en el Servicio de Infectología del Hospital Vargas de Caracas, sin embargo en nuestro país no existen datos de prevalencia de patología anorrectal en este grupo de población, por lo que se formulan las siguientes interrogantes:

1. ¿Cuál es la población de pacientes masculinos con patología ano-rectal con diagnóstico de infección por VIH que practican sexo con hombres?
2. ¿Cuáles son las condiciones clínicas, niveles de CD4 y carga viral en pacientes masculinos con patología ano-rectal con diagnóstico de infección por VIH que tienen sexo con hombres?
3. ¿Qué características tiene la patología ano-rectal según su tipo en pacientes masculinos con diagnóstico de infección por VIH que tienen sexo con hombres?
4. ¿Cuál es el alcance del cumplimiento terapéutico antiretroviral en pacientes masculinos con patología ano-rectal con diagnóstico de VIH que tienen sexo con hombres?

Justificación e importancia

A nivel de Salud Pública, el presente trabajo de investigación, permite determinar la incidencia de la patología ano-rectal en la población y actualizar no solo el perfil de las patologías ano-rectales que presentan los pacientes masculinos con patología ano-rectal con diagnóstico de VIH que tienen sexo con hombres, sino también agrupar los factores socio-epidemiológicos que resulten asociados a la aparición de estas enfermedades, además de establecer la correlación que existe entre la carga viral y el conteo total de CD4 definitivo y de esta manera poder determinar con mayor precisión los factores de riesgo.

A nivel Institucional, la investigación se constituye en una base para el conocimiento en el Servicio de Infectología del Hospital Vargas de Caracas, sobre el desarrollo de patologías en pacientes masculinos con VIH que tienen sexo anal, permitiendo establecer sus relaciones con estudios internacionales y proporcionando una serie de herramientas para la prevención de las patologías ano-rectales. El conocimiento del manejo de estas enfermedades es importante para cualquier cirujano, y de ello depende decidir la mejor conducta para conseguir la curación y evitar el desarrollo de complicaciones.

El presente estudio pretende ayudar a determinar el perfil clínico de la patología ano-rectal en hombres que tienen sexo anal con el diagnóstico de VIH. Eventualmente, los datos obtenidos pueden ser usados para crear protocolos de prevención y tratamiento en esta población de atendidas en el Hospital Vargas de Caracas. Este estudio permitirá establecer bases para estudiar a futuro, el impacto que tiene sobre la calidad de vida de estos enfermos. Así mismo es importante que los pacientes sepan de las posibles complicaciones y riesgos que tiene este tipo de patologías, por lo cual es indispensable la detección temprana de lesiones en el canal anal, mediante programas de seguimiento estricto y/o tratamiento quirúrgico oportuno, para así evitar la progresión de complicaciones y/o malignidad.

Alcances y limitaciones

En el presente trabajo de investigación se llevó a cabo una evaluación sobre la incidencia de pacientes masculinos con patología ano-rectal con diagnóstico de VIH que tienen sexo con hombres, atendidos en el Servicio de Infectología, Hospital Vargas de Caracas, durante el periodo que va desde el mes de junio hasta el mes de agosto de 2022.

Antecedentes de la investigación

En México, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en el periodo de 1983 a 2018 se han registrado un total de 286 700 casos. La información sobre la prevalencia de estas entidades en población mexicana es escasa, por lo que el objetivo de este estudio fue describir la prevalencia de patologías ano-rectales en individuos con VIH/SIDA que acuden a atención al Servicio de Coloproctología del Hospital de Guadalajara Fray Antonio Alcalde. ⁽⁶⁾

Betancourt Vicencio et. al. (2019), en la Universidad de Guadalajara, servicio de Coloproctología del Hospital Civil de Guadalajara “Fray Antonio Alcalde” llevaron a cabo un trabajo de investigación para optar al título de especialistas en Coloproctología. En el mencionado estudio se incluyeron a los individuos con infección por VIH/SIDA atendidos en la consulta externa que contaban con diagnóstico de patología ano-rectal benigna, durante el periodo del 1ro de enero de 2015 al 30 de abril del 2019. Se analizaron diferentes variables tales como sexo, edad, recuento de linfocitos T-CD4+, carga viral de VIH, tiempo de evolución del diagnóstico de infección por VIH, antecedente de relaciones ano receptivas, tipo de práctica sexual, número de parejas sexuales, uso de tratamiento antirretroviral, características clínicas de la patología ano-rectal y tipo de tratamiento utilizado. Los resultados que se obtuvieron de las 381 valoraciones por patología ano rectal benigna en individuos con infección por VIH, fueron que dentro de la patología más frecuente fue la enfermedad condilomatosa seguida por la enfermedad hemorroidal y la fisura anal. ⁽⁶⁾

Este artículo sirvió como referencia para el presente estudio, ya que permitió indagar los indicadores sobre la prevalencia de patología ano-rectal benigna en individuos con VIH/SIDA.

El doctor Bun et. al.,(2020) en su publicación: "Enfermedades Anorrectales de Transmisión Sexual". En la Revista Argentina de Coloproctología, describe que hasta fechas recientes, en los libros de proctología, a las enfermedades ano rectales de transmisión sexual se les dedicaban escasas líneas porque eran consideradas poco comunes. Sin embargo, el uso frecuente de la región anal para la satisfacción sexual llevó a un crecimiento explosivo en la incidencia y variedad de dichas enfermedades. Como consecuencia de la enfermedad de transmisión sexual constituida en la más importante del siglo, el SIDA, la patología ano rectal cambió: se modificaron las lesiones conocidas y aparecieron otras hasta ahora desconocidas por los proctólogos. Algunas de estas lesiones, a veces, son tan típicas que, por la simple inspección del periné, se puede asegurar que se está, sin dudas, frente a un paciente HIV positivo. ⁽⁷⁾

Esta investigación fortaleció el enfoque teórico por medio de la consulta de las enfermedades de transmisión sexual, clasificación, criterios, el agente etiológico, o bien por la presentación clínica o también el tiempo cronológico de aparición de las mismas. Otra clasificación se puede realizar teniendo en cuenta la presentación clínica; también se puede considerar una clasificación que tenga en cuenta el tiempo cronológico de aparición de las enfermedades de transmisión sexual (ETC).

Quero et. al.(2009) en su artículo citado cáncer anal en pacientes VIH, refiere que a pesar de los nuevos avances tecnológicos de los tratamientos antirretrovirales, existe un fuerte aumento en la incidencia de cáncer anal en pacientes con VIH, particularmente en pacientes homosexuales masculinos. De hecho, en un estudio sobre la población homosexual masculina en Francia, la incidencia de cáncer de ano aumentó de 11/100.000 a 18/100.000 y luego a 40/100.000 durante los períodos 1992-1996, 1996-1998 y 1999-2004 respectivamente. Durante el período comprendido entre 2005 y 2008, la incidencia de cáncer anal aumentó considerablemente en esta misma población hasta alcanzar la cifra de 95/100.000. ⁽⁸⁾

Por lo que concluyen que los pacientes VIH positivos con cáncer anal son más jóvenes en comparación con los pacientes no infectados por el VIH, con una mediana de edad de 45 frente a 60 años. La otra particularidad de estos pacientes es que en su mayoría son hombres y la mayoría tiene relaciones con otros hombres y agregan que el cáncer anal es una enfermedad frecuente en estos pacientes que está asociado a la infección por el virus del papiloma humano (VPH), muy habitual en la población VIH positiva⁽⁸⁾

Haciendo énfasis además de las recomendaciones del Ministerio Francés tras el informe Morlat, en el cual indican que es necesario realizar un cribado completo con un examen proctológico (incluida la anoscopia) en todos los pacientes varones homosexuales con VIH y pacientes con antecedentes de verrugas ano genitales. ⁽⁸⁾

Según un aporte realizado por el servicio de infectología del Hospital Vargas de Caracas, Saravia et. al. en su trabajo especial de grado cuyo título fue "Hallazgos ano rectales en pacientes infectados con el VIH, año 2000." Los hallazgos más frecuentes en dicho estudio fueron: Dolor anal, verruga perianal, infección por VPH y proctitis crónica. ⁽⁹⁾

El citado trabajo constituye un significativo aporte a la presente investigación ya que permitió la revisión sobre los aspectos a considerar en el diagnóstico y manejo de la patología ano rectal, esto con el objetivo de optimizar la atención brindada a los pacientes masculinos portadores de VIH/SIDA en el Hospital Vargas de Caracas.

Bases teóricas

Anatomía del canal anal

El recto está formado por dos porciones de origen diferente: una entoblástica procedente de la porción terminal del intestino y otra ectoblástica originada del proctodeo. La membrana anal donde se originó el proctodeo forma el orificio anal. La parte que se origina del intestino terminal, de origen entoblástica, se sitúa en la pelvis - segmento pelviano o recto superior. El segmento rectal que se origina de la cloaca y

del proctodeo, de origen ectoblástica, se sitúa en el perineo-segmento perineal o recto inferior. ⁽¹⁰⁾

El Recto: Se extiende desde el nivel del promontorio sacro al nivel del músculo del elevador del ano, y tiene aproximadamente de 12 a 15 cms. de longitud. Difiere del colon en que, la capa longitudinal muscular es continua. Tiene dos o tres curvaturas que forman pliegues submucosos en el lumen conocidos como válvulas de Houston. En la parte posterior, la fascia presacra separa el recto del plexo venoso presacro y los nervios pélvicos. A nivel de S4 se extiende hacia adelante y abajo la fascia rectosacra (fascia de Waldeyer) y se inserta en la fascia propia en la unión anorrectal. En la parte anterior, la fascia de Denonvilliers separa el recto de la próstata y las vesículas seminales en varones canal anal y esfínteres: El canal anal, de 4 cms. de longitud, se extiende desde el recto, a medida que pasa a través del elevador del ano, cruza el borde anal y se extiende a la piel del ano. La pared muscular del canal anal forma el esfínter anal interno. En canal anal está envuelto inferiormente por el esfínter anal externo, que se origina del músculo puborectal. A 2 cms. del borde anal se encuentra la línea pectínea. Los pliegues longitudinales por arriba de la línea pectínea se conocen como columnas de Morgagni. A 1 cm. por encima de la línea pectínea está la zona de transición de epitelio columnar a escamoso estratificado. El canal anal quirúrgico se extiende desde el anillo anorrectal al borde anal. El anodermo describe la piel del borde anal: piel sin vellos distal a la línea dentada, pero proximal a la piel vellosa del margen anal. La piel perianal (piel vellosa) se extiende del borde lateral del margen anal a 5-6 cm del margen anal. ⁽¹¹⁾

Irrigación del recto y canal anal: La arteria rectal superior es continuación de la arteria mesentérica Inferior, la arteria rectal media se origina de las iliacas internas y la arteria rectal inferior se origina de la arteria pudenda interna e irriga los esfínteres anales. Drenaje linfático: El recto superior y medio drenan a ganglios mesentéricos, el recto inferior drena a los nodos mesentéricos inferiores pero también a nódulos iliacos internos. El drenaje linfático de la piel perianal es completamente hacia nódulos inguinales. Inervación del recto y el canal anal: Las fibras simpáticas del recto provienen de los tres primeros segmentos lumbares. La inervación parasimpática

pélvica proviene de nervios espláncnicos pélvicos (S2-S3-S4). La sensibilidad del canal anal viene del nervio rectal inferior. Las sensaciones dolorosas del canal anal pueden sentirse a 1.5 cm proximales a la línea dentada. Hay falta de sensación somática por encima de la línea dentada ⁽¹¹⁾.

Patología Ano-rectal:

La patología ano-rectal hace referencia aquellos trastornos que se ubican a nivel ano-rectal, los cuales se pueden presentar con algunos síntomas, como dolor anal, sensación de una masa, sangrado, entre otras de las cuales pueden requerir un tratamiento médico-quirúrgico.⁽¹²⁾

Dentro de la amplia gama de patologías anorrectales podemos destacar los síntomas más frecuentes reportados por los pacientes que son la proctalgia, rectorragia, supuración perianal, dificultad para defecar, incontinencia fecal, dolor anorrectal y prolapso rectal. Habitualmente, la mayoría de pacientes con síntomas relacionados con el recto y el ano asumen que sus síntomas son debidos a hemorroides, incluso aun siendo estos síntomas variados y muy diferentes, y suelen auto medicarse. ⁽¹²⁾

Se destaca la enfermedad hemorroidal en el cual el tejido hemorroidal es un componente normal de la anatomía humana, consistente en un engrosamiento de la submucosa del canal anal que contiene vénulas, arteriolas, comunicaciones arterio-venosas, músculo liso y tejido conjuntivo. Fisiológicamente, su función es actuar como una almohadilla que contribuye a la continencia fecal. La enfermedad hemorroidal es el resultado del agrandamiento, congestión y desplazamiento en sentido distal de este revestimiento del canal anal, como consecuencia de la laxitud y desintegración del ligamento suspensorio hasta que protruyen en el canal anal y provocan la sintomatología hemorroidal. ⁽¹²⁾

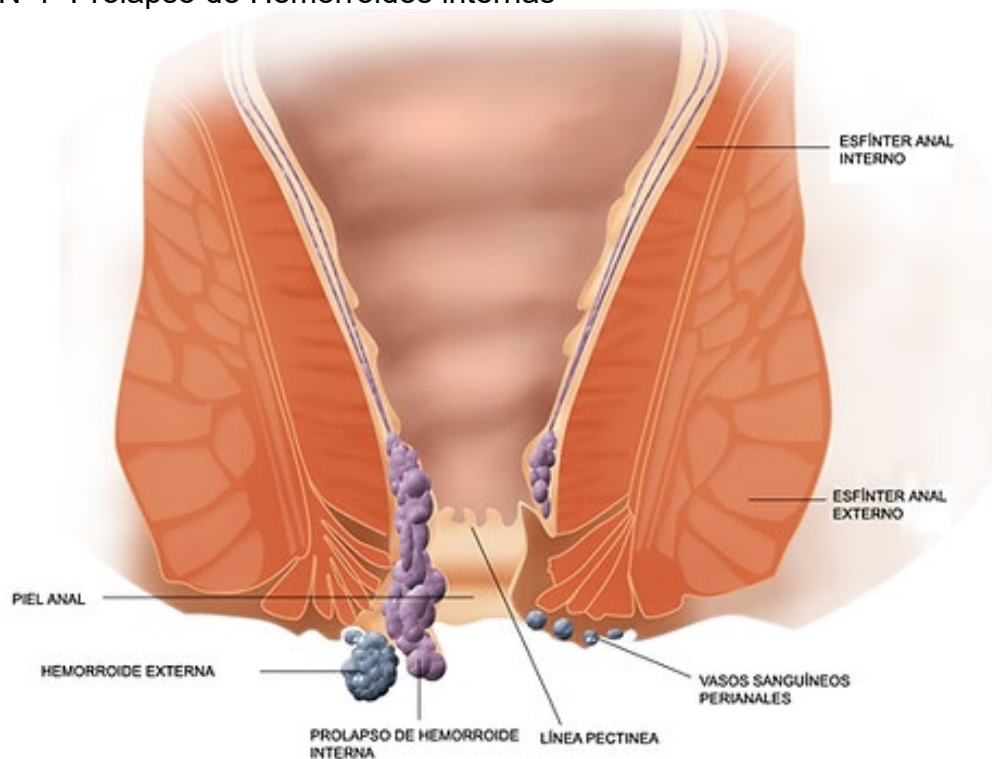
Se han mencionado muchos factores como causa de la génesis de la enfermedad hemorroidal, pero deben considerarse como predisponentes, más que etiológicos; entre ellos destacan: la herencia, posición erecta, embarazos, hipertensión portal, constipación crónica y la ocupación laboral. Su incidencia aumenta con la edad, con

una prevalencia de los síntomas en el 50% de los mayores de 50 años y en el sexo masculino. ⁽¹³⁾

Hemorroides Internas: Cubiertas por mucosa rectal y mucosa de transición, se sitúan proximal a la línea dentada y se sub clasifican en cuatro grados dependiendo de la extensión del prolapso:

- Grado I: Las hemorroides pueden sangrar, pero no se prolapsan.
- Grado II: Las hemorroides se prolapsan con la defecación, pero se reducen espontáneamente.
- Grado III: Las hemorroides se prolapsan y requieren reducción manual.
- Grado IV: Hemorroides prolapsadas que no pueden ser reducidas manualmente.

Figura N°1 Prolapso de Hemorroides internas



Fuente: UCAM (2018)⁽¹⁴⁾

La rectorragia rutilante y el prolapso hemorroidal que puede asociar malestar perianal, prurito anal y manchado mucoso, son las principales manifestaciones clínicas de la enfermedad hemorroidal interna. ⁽¹⁴⁾

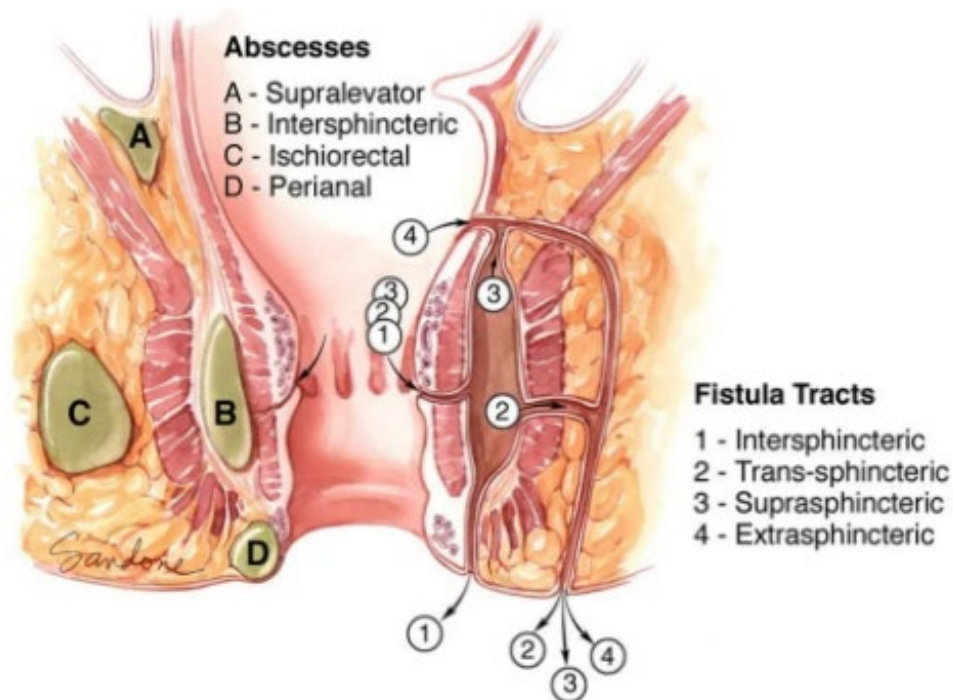
Hemorroides Externas: Cubiertas por anodermo y piel perianal, ubicadas distalmente a la línea pectínea, se caracterizan por la aparición de dolor anal continuo súbito de una semana de duración si se trombosa el plexo hemorroidal, pueden asociar prurito anal posterior a la defecación de leve a moderada intensidad.⁽¹⁴⁾

Absceso Ano-rectal: Los abscesos anorrectales son producto de la infección de las glándulas que desembocan en las criptas anales dentro del canal anal, a nivel de la línea dentada. En menor frecuencia son causadas por una enfermedad inflamatoria intestinal concomitante, trauma ginecológico o quirúrgico, infecciones como tuberculosis o actinomicosis y por malignidad. Es más común en el área perianal, seguido en frecuencia por el área isquioanal, interesfinteriano y supraelevador.⁽¹⁵⁾

Se manifiesta con dolor acompañado de eritema e inflamación; algunas veces pueden asociar dolor rectal con retención urinaria y, en el caso del absceso supraelevador, puede presentarse sin edema, pero sí con cuadro febril asociado. El tratamiento de los abscesos anorrectales requiere de incisión y drenaje de forma ambulatoria en ocasiones con anestesia local y terapia antibiótica para los pacientes con celulitis concomitante e inmuno comprometidos. Sin embargo, los abscesos más profundos o más complejos requieren de un examen bajo anestesia con drenaje en sala de operaciones. Un absceso anorrectal puede complicarse y provocar defectos fistulosos, pero más rara aun es la posibilidad de sufrir una Gangrena de Fournier, por un retraso en el diagnóstico y tratamiento, lo que lleva a infección del perineo, con necrosis de la piel, músculo y fascia subyacente.⁽¹⁵⁾

Fístula Anal: Se define como una comunicación anormal entre dos superficies epitelizadas; representa la comunicación entre el canal anal y la piel perianal, resultado de un drenaje espontáneo o quirúrgico de un absceso anorrectal previo. El porcentaje de que ocurra una fístula posterior al drenaje de un absceso oscila entre 83% en la literatura médica y, en los pacientes que presentan Enfermedad de Crohn de base, puede ocurrir en hasta 30%.⁽¹⁶⁾

Figura N° 2 Abscesos y Fístula ano-rectal



Fuente: Sánchez Bautista Wilson⁽¹⁷⁾

Las fístulas se clasifican por su relación con el complejo del esfínter anal y el tratamiento dependerá de esta localización.

- Fístula Interesfinteriana: es la más común; el tracto se entra dentro del espacio entre esfínteres y la abertura externa cerca del borde anal.
- Fístula Transesfinteriana: el tracto se inicia en el espacio interesfinteriano y luego atraviesa el musculo del esfínter anal externo, la abertura usualmente se localiza en la fosa isquioanal.

- Fístula Extraesfinteriana: el tracto comienza en el recto distal y perfora los músculos elevadores del ano para drenar a través de la fosa isquioanal; son de rara aparición y surgen en la Enfermedad de Crohn y del trauma rectal.⁽¹⁸⁾

Los pacientes acuden a la consulta con quejas de: drenaje, hinchazón, dolor con la defecación y sangrado ocasional; se puede observar drenaje fecal, purulento o sero-sanguinolento al realizar el examen rectal digital o la compresión del tracto fistular.⁽¹⁹⁾

Se recomienda el examen bajo anestesia, debido al fuerte dolor que provoca dicha patología. Para las fístulas más pequeñas se recomienda la inyección de la abertura externa con peróxido de hidrógeno con o sin el uso del ultrasonido endoanal y, en el caso de las fístulas más complejas o múltiples, se ha descrito la fistulografía con contraste hidrosoluble y fluoroscopia, aunque el uso de la resonancia magnética está desplazando esta técnica.⁽²⁰⁾

Ya que el manejo de las fístulas anales requiere un mayor nivel de complejidad, es de suma importancia para el paciente que el médico de primer nivel logre identificar estas lesiones para que sean derivadas a un nivel superior oportunamente.⁽²⁰⁾

Fisura anal crónica: Se trata de una solución de continuidad de la piel en el epitelio escamoso del canal anal, ubicado distal a la línea dentada, frecuentemente en la línea media posterior, y en menor proporción en la línea media anterior. Es la causa más frecuente de sangrado defecatorio en los niños y adultos, es la patología anorrectal que conlleva a más motivos de consulta en atención primaria.⁽²¹⁾

Etiológicamente se ha relacionado con el paso de heces sólidas y de gran volumen; además, estudios clínicos han confirmado la presencia de un aumento en la presión del esfínter anal interno en reposo y una menor perfusión sanguínea en estos pacientes a nivel del anodermo. Esta condición se caracteriza por el intenso dolor que aparece al terminar la deposición y que puede tener horas de duración; sin embargo, no son los únicos síntomas observados en el paciente con una fisura anal, ya que también pueden presentar hematoquecia y temor al acto defecatorio.⁽²²⁾

Muchos de los pacientes con fisura anal presentarán reversión espontánea, con cicatrización en aproximadamente 4 a 6 semanas; sin embargo, otros pueden presentar recurrencia e incluso presentar características de cronificación, por lo que las medidas conservadoras son recomendables para acelerar el proceso de curación.⁽²³⁾

Cuando estos tratamientos de soporte fallan, surgen otras posibilidades de tipo invasivo; entre ellas, la aplicación de toxina botulínica con el fin de promover el cierre del defecto y, si este no obtiene buenos resultados, la recomendación es recurrir a un intervención quirúrgica como es la esfinterectomía lateral del esfínter anal interno con tasas de éxito mayores al 90%.⁽²⁴⁾

Con relación al virus de Papiloma Humano el cual está estructurado con ADN de doble cadena, se han descrito más de 150 genotipos relacionados. Por ejemplo. La verruga común y plantar se relaciona con los genotipos 1 y 2 principalmente; el condiloma acuminado se relaciona con los tipos 6 y 11; y las neoplasias intraepiteliales de alto grado y los carcinomas con los tipos 16 y 18. Publicaciones recientes plantean la posibilidad de que ciertos tipos (5 y 8) de VPH tengan un papel en la patogénesis del cáncer cutáneo.^(25,26)

Las lesiones benignas más comunes se encuentran las verrugas cutáneas o neoplasma cutáneo. Las verrugas cutáneas palmares o plantares esta típicamente relacionada con los tipos 1, 2, 3, 4, o 10. Estas pueden crecer lentamente durante años o persistir, y desaparecer sin causa aparente o terapia. La incidencia de estas lesiones es mayor durante la niñez y la juventud y disminuye con la edad, presumiblemente por el desarrollo de la inmunidad sistémica.⁽²⁷⁾

Condiloma Acuminado: Más del 90% de las lesiones examinadas están asociadas a VPH de bajo riesgo los mismos que están asociados con la papilomatosis respiratoria. El condiloma puede persistir durante años o regresar espontáneamente; su transformación en carcinoma invasivo se ve con relativa baja frecuencia. El condiloma benigno, es resistente a varias formas de terapia, con altas tasas de recurrencia (30-90%).^(28,29)

Entre las lesiones malignas asociadas al VPH podemos encontrarnos con la Epidermodisplasiaverruciforme de Levandowsky-Lutz y cáncer de piel. Los pacientes con epidermodisplasia verrugosa, están infectadas por más de 20 tipos de VPH que no se encuentran generalmente en la población general, y se ha demostrado que tienen una alta incidencia de transformarse en lesiones malignas (30-50%) en áreas de piel expuesta a luz solar lo que hace pensar en el rol carcinogénico en la conversión maligna de tejido cutáneo infectado por VPH. Los tipos que más se han relacionado con esta patología son el 5 y el 8.⁽³⁰⁾

Cáncer y neoplasia intraepitelial cervical y anogenital: Aproximadamente el 85% de las lesiones expresan DNA de VPH, generalmente de alto riesgo; los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, y 56 son encontrados en los casos de displasia moderada o severa o carcinoma invasivo de cuello, vulva, ano y pene. El tipo 16 se encuentra en el 50-60% de los cánceres invasivos, y el tipo 18 se encuentra en el 10-20%.^(31,32)

Una forma de prevención es a través de las vacunas profilácticas contra VPH, las cuales han mostrado ser altamente efectivas, seguras, bien toleradas e inducen inmunidad por largos periodos de tiempo contra la infección por VPH; las vacunas multivalentes protegen contra los genotipos más frecuentes y deberían reducir la morbilidad asociada al VPH.^(33,34)

Aproximadamente el 20% de los adultos está infectado con VPH tipo 16, y el serotipo 16 se ha relacionado con la presencia de cáncer de cuello uterino, estando hasta en un 50% de los casos de Cáncer de cuello o LIE de alto grado y 25% de los LIE de bajo grado. La vacuna de partícula L1 de VPH-16 (Merck) consiste en partículas L1 altamente purificadas de la cápside de VPH-16. La eficacia de tres dosis de la vacuna fue, en el estudio clínico de la misma, de un 100%, siendo bien tolerada y creando buenos niveles de anticuerpos en suero.^(35,36)

Epidemiología

La incidencia de afecciones ano-rectales en el entorno de atención primaria es alta, estos trastornos son comunes y afectan aproximadamente al 25% de la población, en un estudio el 2% de las consultas de práctica general fueron reservadas por

síntomas anales y del total, solo 10% de pacientes informaron síntomas después del interrogatorio en la consulta. ⁽³⁶⁾ El sangrado rectal fue la queja más común, seguido por el dolor anal. El riesgo de hemorragia rectal causado por malignidad subyacente es bajo, alrededor de 3,4%, pero aumenta a 9,2% si se combina con un cambio en el hábito evacuatorio intestinal. ⁽³⁷⁾

Las afecciones ano-rectales son más frecuentes en pacientes portadores de VIH/SIDA que, en la población general, y esto se explica tanto por las alteraciones inmunológicas que produce el virus, como por la práctica del coito anal. Si bien, esta práctica aumenta el riesgo de desarrollar patologías anorrectales entre los pacientes seronegativos, la frecuencia es menor que en los seropositivos para VIH/SIDA y las características clínicas son diferentes. ⁽³⁸⁾

Diagnóstico

En la actualidad existen métodos diagnósticos para este tipo de patologías, es fundamental realizar un adecuado interrogatorio y examen físico con la finalidad de llegar a un diagnóstico apropiado y oportuno, para establecer un tratamiento adecuado. El diagnóstico de las enfermedades anorrectales es fundamentalmente clínico, realizando una correcta anamnesis y exploración física de la región anorrectal y perineal y de ser necesario estudios complementarios como laboratorio y/o imagenología. ⁽³⁸⁾

Anamnesis

La anamnesis debe incluir detalles sobre hemorragia, dolor, protrusión, secreción, tumefacción, sensaciones anormales, deposiciones, incontinencia, características de las heces, uso de catárticos y enemas, así como síntomas abdominales y urinarios. Debe interrogarse a todos los pacientes acerca de coito anal y otras posibles causas de traumatismo e infección. ⁽³⁸⁾

Examen Físico

La exploración debe realizarse de manera delicada y con buena iluminación. Consiste en inspección externa, palpación perianal y tacto rectal, exploración

abdominal y tacto recto bidigital. A menudo, incluye anoscopia y sigmoidoscopia rígida o flexible hasta 15-60 cm por encima del margen anal. Lo mejor es realizar la inspección, la palpación, y la anoscopia y sigmoidoscopia con el paciente en la posición lateral izquierda (Sims) o invertida sobre una mesa inclinada. En caso de lesiones anales dolorosas, puede requerirse anestesia tópica (ungüento de lidocaína al 5%), regional o incluso anestesia general. La limpieza con un enema de fosfato, si es posible tolerarlo, puede facilitar la sigmoidoscopia. Pueden tomarse biopsias, frotis y cultivos, y se practican estudios por la imagen si está indicado.⁽³⁸⁾

Imagenología

La anoscopia y la sigmoidoscopia se utilizan para evaluar síntomas atribuibles al recto o al ano (p. ej., hemorragia rutilante, secreciones, protrusiones, dolor rectal). Además, la sigmoidoscopia también permite la biopsia de tejidos colónicos y la aplicación de intervenciones, tales como la hemostasia o colocación de una endoprótesis luminal. No hay contraindicaciones absolutas, excepto las contraindicaciones que se deben considerar en las endoscopias habituales. En pacientes con arritmias cardíacas o isquemia miocárdica reciente, debe posponerse el procedimiento hasta que mejoren las enfermedades concomitantes; de lo contrario, los pacientes requerirán monitorización cardíaca. Otras contraindicaciones relativas incluyen cirugía anal reciente, estenosis anales y sospecha de absceso perirrectal.⁽³⁹⁾

La región perianal y el segmento distal del recto pueden examinarse con un anoscopio de 7 cm (típicamente, diámetro de 19 mm), y el recto y el sigmoide, con un instrumento rígido de 25 cm o uno flexible de 60 cm. La sigmoidoscopia flexible es mucho más cómoda para el paciente y permite fotografiar y obtener biopsias de tejido fácilmente. Se requiere bastante habilidad para introducir un sigmoidoscopio rígido más allá de la unión rectosigmoidea (15 cm) sin causar molestias.⁽³⁹⁾

La sigmoidoscopia se realiza después de administrar un enema para evacuar el recto. Los fármacos IV para la sedación no suelen ser necesarios a menos que el paciente tenga dolor anal intenso. Se coloca al paciente en decúbito lateral izquierdo. Después de la inspección externa y el tacto rectal, se introduce suavemente el

instrumento lubricado hasta 3-4 cms. más allá del esfínter anal. En este momento, se retira el obturador del sigmoidoscopio rígido y se introduce más el instrumento bajo visión directa.⁽³⁹⁾

La anoscopia puede efectuarse sin preparación. Se introduce el anoscopio en toda su longitud, como se describió antes para la sigmoidoscopia, en general con el paciente en decúbito lateral izquierdo. Las complicaciones de la anoscopia son sumamente raras cuando el procedimiento se practica en forma correcta.⁽³⁸⁾

Tratamiento

Las enfermedades ano-rectales abarcan un amplio espectro de patologías comunes, el tratamiento de los trastornos anorrectales incluye una amplia gama de soluciones. Cambios en el estilo de vida, pomadas específicas, rehabilitación, tratamientos ambulatorios y cirugía son las alternativas evaluadas según los síntomas y las características de la enfermedad.⁽⁴⁰⁾

Hemorroides y fisuras anales

Los tratamientos para las hemorroides se pueden dividir en tres grandes categorías:

- terapias preventivas y conservadoras
- tratamientos ambulatorios
- tratamientos quirúrgicos

La elección del tratamiento más adecuado depende de los síntomas, en el caso de las hemorroides del estadio de la enfermedad y las fisuras de las características y del historial médico.⁽⁴¹⁾

Fístula y absceso anal

La terapia para la resolución de la fístula anal es la cirugía. La intervención se realiza con diferentes técnicas y procedimientos dependiendo del tipo de fístula. Si la fístula

está asociada con un absceso anal, la intervención debe combinarse con el tratamiento del absceso perianal. Las fístulas anales representan la fase crónica del absceso anal. Las fístulas anales y el absceso anal se consideran dos etapas de la misma enfermedad.⁽⁴¹⁾

Absceso perianal: terapias

El absceso perianal puede drenarse en modo ambulatorio o mediante cirugía.⁽⁴¹⁾

Diarrea

Lo más recomendable es una dieta, los medicamentos y las terapias médicas para el tratamiento de la diarrea están normalmente destinados a tratar la enfermedad subyacente y por lo tanto, son muy diferentes entre sí.⁽⁴¹⁾

Incontinencia fecal

En los casos de incontinencia fecal leve, el tratamiento médico de primera elección suele ser conservador y puede incluir:

- Fármacos antidiarréicos, además de cambios en la dieta y el estilo de vida..
- Tampones absorbentes o tapones anales
- Biofeedback: rehabilitación del suelo pélvico

- Electroterapia

El biofeedback suele combinarse con electroterapia, una técnica de gimnasia pasiva destinada a estimular los músculos anales mediante impulsos eléctricos. El biofeedback y la electroterapia suelen realizarse consecutivamente en la misma sesión.

- Tratamientos quirúrgicos si la enfermedad no responde a terapias conservadoras o si se repite. El cirujano elegirá la intervención más adecuada según los síntomas y características de la enfermedad, y el estado general de

salud del paciente. Existen numerosas técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la incontinencia fecal, con distintos niveles de eficacia e invasividad.⁽⁴¹⁾

Condilomas

Los tratamientos más comunes para los condilomas anales son:

- Tratamiento tópico cuando los condilomas son pocos y pequeños, el médico puede recomendar una crema específica para usar durante algunas semanas.
- Tratamiento ambulatorio Si los condilomas son numerosos y de tamaño mediano, a menudo se pueden extirpar de forma ambulatoria mediante diversas técnicas: Crioterapia, tratamiento láser, electrocauterización y ablación quirúrgica. Gracias al uso de nuevas tecnologías, hoy en día la electrocauterización y la ablación de condilomas se pueden realizar durante la Anoscopia de Alta Resolución.⁽⁴¹⁾
- Tratamiento quirúrgico en caso de condilomas grandes que no responden a las terapias, se puede recurrir a la cirugía. Si el número, tamaño o posición de los condilomas causa dolor excesivo, el cirujano puede considerar el uso de anestesia general o espinal durante la intervención.⁽⁴¹⁾

Linfocitos CD4

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta varias estirpes celulares incluidas células protagonistas en la regulación y función del sistema inmune como los linfocitos T auxiliares CD4 positivos, los macrófagos y las células dendríticas. El ritmo al que ocurre el deterioro del sistema inmunológico en los pacientes infectados por VIH es heterogéneo, con marcada variabilidad interpersonal.⁽⁴³⁾

Más de 90 % de las células CD4, aproximadamente 10^{12} células, se encuentran localizadas en la sangre periférica o en el tejido asociado a mucosa. Se estima que el VIH destruye entre 1 y 2×10^9 células CD4 cada 24 horas. En estadios tempranos de la enfermedad, las pérdidas diarias de células CD4 son remplazadas por nuevas células manteniendo un cierto grado de equilibrio. En este periodo más de 10 % de las células CD4 ubicadas en el tejido linfóide asociado a las mucosas están infectadas por

el VIH, el porcentaje de células CD4 circulantes infectadas por el virus no sobrepasa el 0,1 %.⁽⁴³⁾

El conteo normal de células CD4 positivas en un adulto se encuentra en un rango de 800 a 1 050 cél/mL, con un espectro de variación (2 desviaciones estándares) de 500 a 1 400 cél/mL; este amplio rango de valores de normalidad es porque el conteo de células CD4 es producto de 3 variables: el conteo global de leucocitos, el porcentaje de linfocitos y el porcentaje de linfocitos que poseen el antígeno CD4. Los laboratorios reportan la relación CD4:CD8, que en el individuo normal es superior a 1. La citometría de flujo reporta el porcentaje de células CD4 positivas; el conteo absoluto se calcula multiplicando el porcentaje por el conteo total de leucocitos. De manera habitual, el conteo absoluto de células CD4 y el porcentaje son concordantes y sus valores correspondientes son:

- Conteo absoluto de células CD4 > 500 cél/mL se corresponde a CD4 > 29 %.
- Conteo absoluto de células CD4 entre 200 y 500 cél/mL se corresponde a CD4 entre 14 y 28 %.
- Conteo absoluto de células CD4 < 200 cél/mL se corresponde a CD4 < 14 %.⁽⁴⁴⁾

En el paciente infectado por el VIH, típicamente el laboratorio refleja una relación CD4:CD8 menor que 1. Las modificaciones en el conteo global de leucocitos pueden afectar el conteo absoluto de células CD4, pero el porcentaje no varía. En los infectados por el VIH con un conteo absoluto de células CD4 positivas < 200/mL se clasifican como sida por los Centros para el Control de Enfermedades de Estados Unidos de Norteamérica y por la Organización Mundial de la Salud y están en riesgo de adquirir infecciones oportunistas y deben iniciar profilaxis.⁽⁴⁴⁾

Bases Legales

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999) ⁽⁴⁵⁾

Artículo 83: La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los

servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

En el artículo antes citado, se evidencia que es de vital importancia que el estado y la sociedad promuevan políticas que garanticen la salud a las y los ciudadanos sin ningún tipo de distinción.

Artículo 84: Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

De acuerdo con lo contenido en este artículo el estado desarrollara y promoverá programas encaminados a la prevención y promoción de los problemas d salud.

Ley del Ejercicio de la Medicina(2011)⁽⁴⁶⁾

Artículo 2: A los efectos de esta Ley, se entiende por ejercicio de la medicina la prestación de atención médica preventivo-curativa a la población, por parte de los profesionales médicos y médicas, mediante acciones encaminadas a la promoción de la salud, prevención de enfermedades, reducción de los factores de riesgo, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, restitución de la salud y rehabilitación física o psico-social de las personas y de la colectividad en los ámbitos familiar, comunitario, laboral y escolar; la determinación de las causas de muerte; el peritaje y asesoramiento médico-forense, así como la investigación y docencia en las ciencias médicas

La práctica de la medicina debe prestar la atención preventiva-curativa a cualquier paciente, tanto de forma física como psico-emocional, a la vez que participa y apoya la realización de campañas en ese sentido, con el objetivo de reducir factores de riesgo, prevención de enfermedades, mediante la información y prácticas acordes a la necesidad de la población.

Artículo 24: La conducta del médico o médica se regirá siempre por normas de probidad, justicia y dignidad. El respeto a la vida y a la persona humana constituirá, en toda circunstancia, el deber principal del médico y médica: por tanto, asistirá a sus pacientes atendiendo sólo a las exigencias de su salud, cualesquiera que sean las ideas religiosas o políticas y la situación social y económica de ellos o ellas

Como practicante de dicha ciencia, el médico debe regir siempre su comportamiento por normas de probidad, justicia y dignidad, al mismo tiempo debe poseer un alto sentido de moral y ética, dando importancia al derecho humano de cada paciente.

Código Deontología Médica (2003)⁽⁴⁷⁾

Título II Capítulo Primero, Deberes Generales de los Médicos

Artículo 1: El respeto a la vida, dignidad, y a la integridad de la persona humana, constituyen en todas las circunstancias el deber primordial del médico.

Artículo 2: El médico debe considerar como una de sus obligaciones fundamentales el procurar estar informado de los avances del conocimiento médico. La actitud contraria no es ética, ya que limita en alto grado su capacidad para suministrar al paciente la ayuda requerida

Artículo 4: Los deberes del médico hacia sus enfermos, deberán ser observados siempre con el mismo celo y la elevada preocupación que el profesional otorga al ejercicio de sus propios derechos individuales, sociales y gremiales.

Artículo 11: El médico en su ejercicio profesional público o privado deberá actuar de acuerdo con las normas y condiciones morales y materiales que rigen la realización

del acto médico, basado en el respeto a la dignidad de la persona, en la relación médico/paciente, en la responsabilidad individual y en el secreto profesional.

Artículo 15: . . . El médico pedirá consentimiento informado por escrito. En caso de presentar enfermedad física o mental, la autorización de un familiar inmediato; en caso de menores de edad, la autorización escrita de su representante legal. La autorización debe consignarse en la historia clínica.

Artículo 204.- La investigación clínica debe inspirarse en los más elevados principios éticos y científicos, y no debe realizarse si no está precedida de suficientes pruebas de laboratorio y del correspondiente ensayo en animales de experimentación. La investigación clínica es permisible cuando es realizada y supervisada por personas científicamente calificadas y sólo puede efectuarse cuando la importancia del objetivo guarda proporción con los riesgos a los cuales sea expuesta la persona

Artículo 216.- La revisión de los protocolos de investigación y la autorización para su ejecución debe ser realizada por los Comités de Ética de Investigación Clínica, sometidos a las normas elaboradas por la Institución de Bioética del Gobierno.

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Evaluar la incidencia de pacientes masculinos con patología ano-rectal con diagnóstico de VIH que tienen sexo con hombres, atendidos en el Servicio de Infectología, Hospital Vargas de Caracas, Periodo junio-agosto 2022

Objetivos Específicos

1. Identificar la población de pacientes masculinos con patología ano-rectal con diagnóstico de VIH que tienen sexo con hombres.
2. Explorar las condiciones clínicas y niveles de CD4 y carga viral en pacientes masculinos con patología ano-rectal con diagnóstico de VIH que tienen sexo con hombres.

3. Caracterizar la patología ano-rectal según su tipo en pacientes masculinos con diagnóstico de VIH que tienen sexo con hombres
4. Indagar el alcance del cumplimiento terapéutico retroviral en pacientes masculinos con patología ano-rectal con diagnóstico de VIH que tienen sexo con hombres.

Aspectos Éticos

Comité de Bioética Hospital Vargas de Caracas

Esta investigación se rige por las normas y principios vigentes en Bioética, ya que cuenta con la autorización y aprobación del Comité de Ética e Investigación del Hospital Vargas de Caracas, constituido por el Dr. Luis R. Gaslonde B., presidente del Comité de Bioética, que luego de analizar el trabajo especial de grado en conjunto con los miembros que conforman dicho Comité, autoriza según los principios internacionales y de buena práctica clínica y las regulaciones locales, llevar a cabo el presente trabajo de investigación, titulado: Patología ano-rectal en pacientes masculinos con diagnóstico de VIH que tienen sexo con hombres, Periodo junio. Agosto 2022. Así mismo el estudio cumple con la normativa legal relacionada con la práctica de la medicina e investigaciones con seres humanos.

Por ser una investigación de campo y retro-prospectiva, que requiere del consentimiento informado, los integrantes de la muestra fueron informados previo examen físico, de igual forma se respetó la identificación del paciente manteniendo el anonimato de los mismos en los datos que se obtuvieron para definir los resultados. Se respetó la confidencialidad de la información obtenida de los registros de las historias clínicas.

MÉTODOS

Enfoque Paradigmático

El presente trabajo de investigación se ubica en el paradigma holístico, porque se utilizan técnicas propias de los enfoques cuantitativo y cualitativo, la integración de ambos paradigmas son la base para la comprensión holística de la investigación y se define como:

Un proceso global, evolutivo, integrador, concatenado y organizado. La investigación holística trabaja los procesos que tienen que ver con la invención, con la formulación de propuestas novedosas, con la descripción y la clasificación, considera la creación de teorías y modelos, la indagación acerca del futuro, la aplicación práctica de soluciones, y la evaluación de proyectos, programas y acciones sociales, entre otras cosas.⁽⁴⁸⁾

Diseño de la investigación

Debido a las características propias del estudio, así como los objetivos de la investigación y las variables, se puede establecer que la presente investigación es de Diseño No Experimental, porque se registran los datos de pacientes masculinos con patología ano-rectal con diagnóstico de VIH que tienen sexo con hombres, atendidos en el Servicio de Infectología, Hospital Vargas de Caracas, durante el periodo que va desde junio hasta agosto de 2022. “En un estudio no experimental no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por quien realiza la investigación” ⁽⁴⁹⁾

Tipo de Investigación

El trabajo se apoya en una investigación documental y de campo, es documental porque parte de la información se extrajo de las historias médicas de los pacientes que formaron parte de la muestra. Es de campo debido a que se realiza en el lugar donde ocurren los eventos estudiados, es decir en el Hospital Vargas de Caracas, en el Servicio de Infectología donde fueron evaluados los pacientes.

Una investigación documental es aquella cuya fuente de información está integrada por documentos que representan la muestra y brindan información sobre el objeto de estudio. ⁽⁴⁹⁾

“Los estudios de campo se basan en informaciones y datos primarios, obtenidos directamente de la realidad” ⁽⁵⁰⁾ y se definen como:

El análisis sistemático de problemas, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efectos, o predecir su ocurrencia, haciendo uso de métodos característicos de cualquiera de los paradigmas o enfoques de investigación conocidos o en desarrollo. ⁽⁵¹⁾

Nivel de la investigación

La investigación se ubica en un nivel evaluativo, porque trata de valorar la incidencia de pacientes masculinos con patología ano-rectal con diagnóstico de VIH que tienen sexo con hombres, atendidos en el Servicio de Infectología, Hospital Vargas de Caracas.

“La investigación evaluativa es el proceso de aplicar procedimientos científicos para acumular evidencia válida y confiable acerca de la manera y la magnitud en que un conjunto de actividades específicas produce resultados concretos.” ⁽⁴⁸⁾

Así mismo el estudio es explicativo porque va más allá de la descripción de conceptos “Su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta, o por qué se relacionan dos o más variables” ⁽⁵²⁾

Temporalidad

De acuerdo con la temporalidad de la investigación, ésta se puede situar como retrospectiva y de cohorte transversal. Es retrospectiva porque los datos de interés para la investigación se hallaron en las historias médicas de los pacientes lo cual constituye un hecho del pasado; es prospectivo porque hubo datos recolectados en el presente durante la evaluación inicial de pacientes masculinos con patología ano-rectal con diagnóstico de VIH que tienen sexo con hombres, atendidos en el Servicio de Infectología del Hospital Vargas de Caracas. La cohorte transversal viene dada porque se extrajo la información de cada historia médica en una sola revisión y se examinó a los sujetos que integraron la muestra también en una sola ocasión.

En la investigación retrospectiva, el investigador estudia un evento ubicado en el pasado, estos diseños se refieren a la reconstrucción de cualquier hecho pasado en el ámbito de la biología, la medicina, la sociología o cualquier otra disciplina y son aplicables a los diversos tipos de investigación. Mientras que los estudios prospectivos “Son aquellos en los cuales el evento ocurre en el momento presente, es decir es contemporáneo con el investigador y éste puede ser testigo de su ocurrencia. El investigador recoge los datos en el presente”. ⁽⁴⁸⁾

En la investigación transversal: “se recolectan los datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede.” ⁽⁵²⁾

Población y Muestra

Población

En el presente estudio la población está conformada por los pacientes masculinos con patología ano-rectal con diagnóstico de VIH que tienen sexo con hombres, atendidos en el Servicio de Infectología, del Hospital Vargas de Caracas, los cuales sumaron un total de 64 individuos.

Muestra

La muestra seleccionada es no probabilística e intencional. La muestra fue conformada con el 100% de la población, quedando la muestra integrada por 64 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión.

Para seleccionar a los integrantes de los grupos se utilizó como:

Criterio de inclusión:

- Mayores de 18 años
- Sexo Masculino
- Diagnostico de VIH
- Practicas de sexo anal
- Patologías ano-rectales

Criterio de exclusión:

- Ausencia de alguno de los criterios de inclusion

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.

Técnicas

La técnica de recolección de la presente investigación se utilizó como técnica de recolección de datos la observación directa durante la cual se llevó a cabo la evaluación física de los pacientes integrantes de la muestra en estudio. Así mismo se llevó a cabo una observación estructurada durante la aplicación del instrumento.

Se realizaron estudios de citología anal procesada por el laboratorio Mircelab y toma de muestra de hisopado anal para serotipificación de VPH en el laboratorio Genomik, además del Test de ácido acético y Test de Schiller.

Instrumentos

Se utilizó como instrumento para alcanzar los fines propuestos, una guía de evaluación o verificación de las condiciones físicas y sintomatología presente relacionada con patologías ano-rectales. Estructurada en dos partes, la primera con los datos de identificación del paciente y datos fisiológicos, la segunda parte contiene los datos relacionados con las condiciones clínicas y paraclínicas del paciente y de las patologías estudiadas, los mismo fueron registrados a través de plataforma de Google Forms el cual es una herramienta que nos permite crear evaluaciones, formularios, votaciones para de esta manera obtener resultados en tiempo real.

Validación del instrumento

“La validación del instrumento está relacionada con el grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir”.⁽⁵⁴⁾ La validación del instrumento se llevó a cabo a través del juicio de experto el cual consiste en:

Entregarles a tres expertos en la materia objeto de estudio y en metodología que revisan el contenido, la redacción y la pertinencia de cada ítem y en algunos casos realizará recomendaciones para que los investigadores efectúen las correcciones en los casos que lo consideren necesario.⁽⁴⁹⁾

Confiabilidad del instrumento

La confiabilidad del instrumento de recolección de datos alude al hecho de que en las mismas condiciones el mismo instrumento debe arrojar similares resultados.⁽⁵²⁾

A través de la claridad y la congruencia de cada ítem, se hallaron los valores, en atención a los elementos de la fórmula, obteniendo una confiabilidad de 1, que según el baremo de Ruiz Bolívar (2012) se consideró altamente confiable.

$$\text{Conf.} = \frac{C - I}{N} \qquad \text{Conf.} = \frac{24 - 0}{24} = 1$$

Rango	Magnitud
0,81 a 1,00	Muy alta
0,61 a 0,80	Alta
0,40 a 0,60	Moderada
0,21 a 0,40	Baja
0,01 a 0,20	Muy baja

Ruiz Bolívar (2000)

Presentación y Análisis de la Información

La información recolectada se presenta en tablas estadísticas discriminadas por frecuencia absoluta y frecuencia relativa, así mismo en los casos de variables que mantienen un número elevado de sus valores, se utilizó una distribución de datos estadísticos ordenados en intervalos para facilitar su comprensión, lo cual es indispensable para la elaboración de las operaciones estadísticas propias de la investigación, también se hará la representación gráfica de la información y el análisis cuantitativo respectivo.

Cuadro N° 1 Operacionalización de variables

Objetivo General: Evaluar la incidencia de pacientes masculinos con patología ano-rectal con diagnóstico de VIH que tienen sexo con hombres, atendidos en el Servicio de Infectología, Hospital Vargas de Caracas, Periodo junio-agosto 2022				
Objetivos específicos	Variable	Dimensión	Indicadores	Ítems
1. Identificar la población de pacientes masculinos con patología ano-rectal con diagnóstico de VIH que tienen sexo con hombres.	Población de pacientes masculinos con patología ano-rectal	1.1 Datos Personales	1.1.1 Nombre Y Apellidos 1.1.2 Cedula De Identidad 1.1.3 Fecha De Nacimiento 1.1.4 Edad	Del 1.1.1 Al 1.2.4
		1.2 Datos Fisiológicos	1.2.1 Fecha de Dx de VIH 1.2.2 1ra Relación Sexual 1.2.3 Enfermedades de Transmisión Sexual 1.2.4 N° de Parejas Sexuales en 1 Año	

Continuación cuadro N° 1 Operacionalización de Variables

Objetivos específicos	Variable	Dimensión	Indicadores	Ítems
2 Explorar las condiciones clínicas, niveles de CD4 y carga viral en pacientes masculinos con patología ano-rectal con diagnóstico de VIH que tienen sexo con hombres	Condiciones clínicas, niveles de CD4 y carga viral	2.1 Clínica ano-rectal	2.1.1 Pérdida de peso 2.1.2 Diarrea 2.1.3 Adenopatías 2.1.4 Sangrado 2.1.5 Dolor 2.1.6 Incontinencia 2.1.7 Prurito 2.1.8 Otros	Del 2.1.1 Al 2.2.5.2
		2.2 Paraclínicos	2.2.1 Carga viral: 2.2.1.1 Detectable 2.2.1.2 No detectable 2.2.2 Contaje de CD4 2.2.2.1 Test de Ácido Acético: 2.2.2.1.1 Positivo 2.2.2.1.2 Negativo 2.2.3 Test de Schiller 2.2.3.1 Positivo 2.2.3.2 Negativo 2.2.5 Citología anal: 2.2.4.1 LIE de alto grado 2.2.4.2 LIE de bajo grado 2.2.6 Genotipo de VPH: 2.2.5.1 Oncogénico 2.2.5.2 No oncogénico	

Continuación cuadro N° 1 Operacionalización de Variables

Objetivos específicos	Variable	Dimensión	Indicadores	Ítems
3 Caracterizar la patología ano-rectal según su tipo en pacientes masculinos con Diagnostico de VIH que tienen sexo con hombres	Patología ano- rectal	3.1 Hemorroides	3.1.1 Internas: 3.1.1.1 Grado I 3.1.1.2 Grado II 3.1.1.3 Grado III 3.1.1.4 Grado IV 3.1.1.5 Trombosadas 3.1.2 Externas 3.1.3 Mixtas	DEL 3.1.1 AI 3.6.1.5
		3.2 Fisuras	3.2.1 Agudas 3.2.2 Crónicas	
		3.3 Fistulas	3.3.1 Simples 3.3.2 Interesfinteriana 3.3.3 Superoesfinteriana 3.3.4 Transesfinteriana 3.3.5 Extraesfinteriana 3.3.6 Compleja	
		3.4 Absceso	3.4.1 Supra elevador 3.4.2 Perianal 3.4.3 Interesfinteriano 3.4.4 Isquiorectal	
		3.5 Condilomas	3.5.1 Si 3.5.2 NO	
		3.6 Lesión sugestiva de malignidad	3.6.1 Si: 3.6.1.1 Mamelonante 3.6.1.2 Exofítica 3.6.1.3 Friable 3.6.1.4 Necrótica 3.6.1.5 Supurativa 3.6.2 NO	

Continuación cuadro N° 1 Operacionalización de Variables

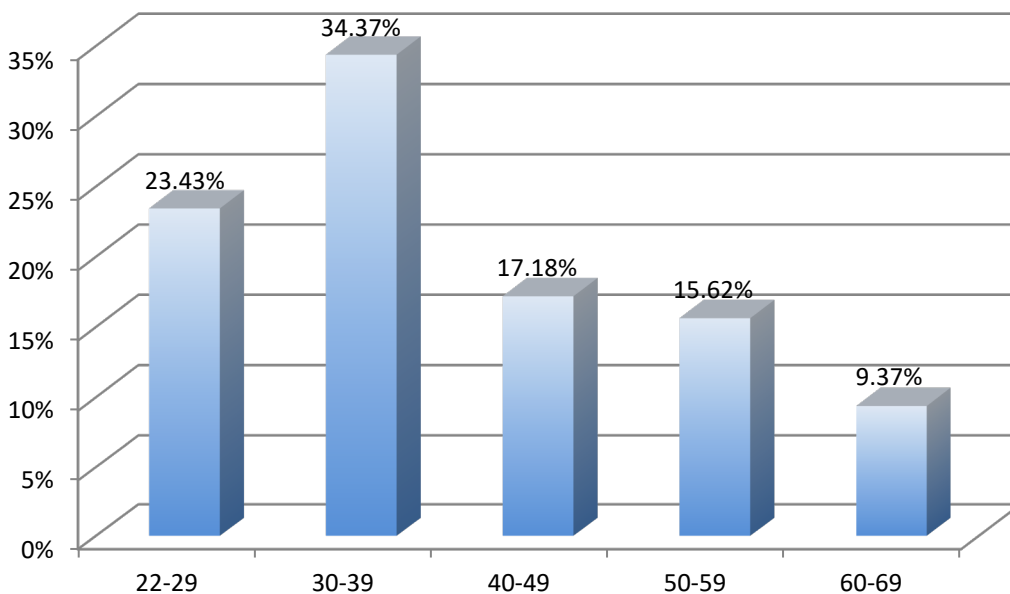
Objetivos específicos	Variable	Dimensión	Indicadores	Ítems
4. Indagar el alcance del cumplimiento terapéutico retroviral en pacientes masculinos con patología ano-rectal con diagnóstico de VIH que tienen sexo con hombres.	Alcance terapéutico antiretroviral	4.1 Cumplimiento total del tratamiento	4.1.1 SI 4.1.2 NO	Del 4.1.1 Al 4.1.2

RESULTADOS

Cuadro N° 2 Ítem N° 1.1.4 Edad

	FA	FR
22-29	15	23,43%
30-39	22	34,37%
40-49	11	17,18%
50-59	10	15,62%
60-69	6	9,37%
Total	64	100%

Gráfico N° 1 Edad

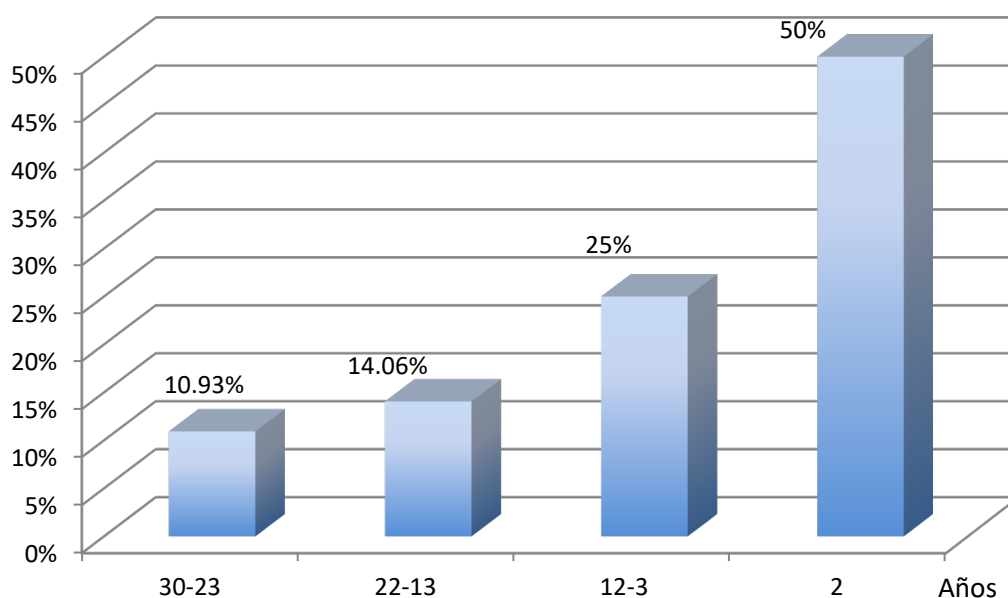


El 23.43% de los pacientes que conformaron la muestra se ubican entre los 22 a 29 años de edad; el 34.37% entre 30 y 39 años; el 17.18% entre 40 y 49 años; el 15.62% entre 50 y 59 años; y el 9.37% entre 60 y 69 años.

Cuadro N° 3 Ítem N° 1.2.1 Fecha de Dx de VIH

Fecha	Años	FA	FR
1992-1999	30-23	7	10,93 %
2000-2009	22-13	9	14,06%
2010-2019	12-3	16	25%
2020-2022	2	32	50%
Total		64	100%

Gráfico N° 2 Fecha de Dx de VIH

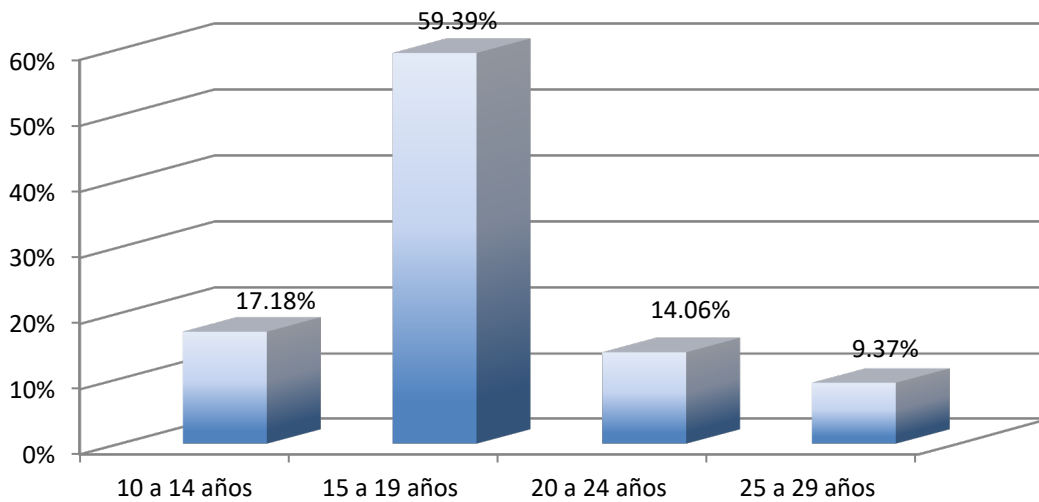


El 10.93% de la muestra estudiada tiene entre 30 y 23 años diagnosticados de VIH; el 14.06% tiene entre 22 y 13 años de Diagnostico; el 25% tiene entre 12 y 3 años de Diagnostico; y el 50% tiene apenas 2 años diagnosticados de VIH.

Cuadro N° 4 Ítem N° 1.2.2 Edad de la 1ra relación sexual.

Edad	FA	FR
10 - 14	11	17,18%
15 - 19	38	59,39%
20 - 24	9	14,06%
25 - 29	6	9,37%
Total	64	100%

Gráfico N° 3 1ra relación sexual

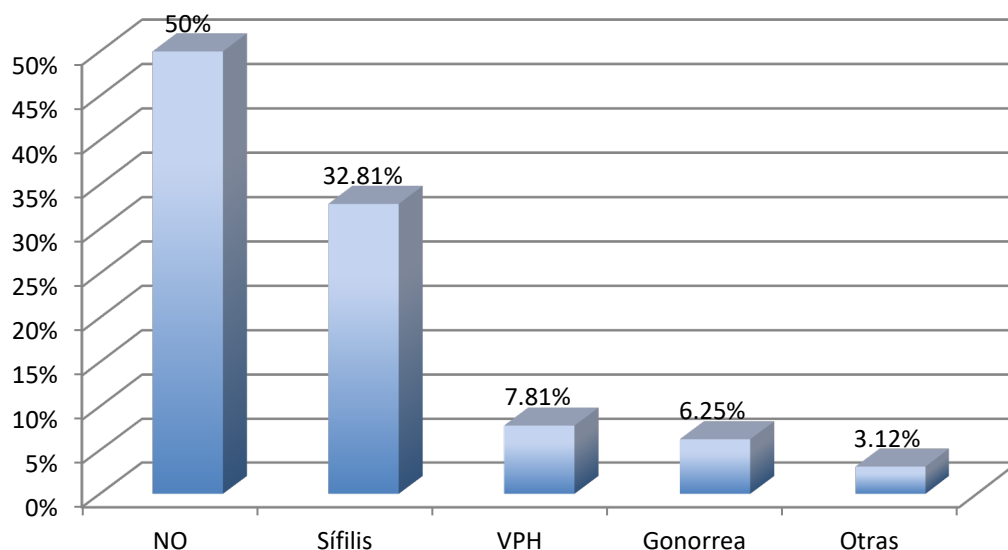


El 17.18% de los sujetos que formaron parte del estudio refiere que su primera relación sexual anal fue entre 10 y 14 años de edad; el 59.39% entre 15 y 19 años; el 14.06% entre 20 y 24 años; y el 9.37% entre los 25 y 29 años.

Cuadro N° 5 Ítem N° 1.2.3 Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual

	SI		NO	
	FA	FR	FA	FR
	32	50%	32	50%
Sífilis	21	32,81%	32	50%
VPH	5	7,81%		
Gonorrea	4	6,25%		
Otras	2	3,12%		
T o t a l			64	100%

Gráfico N° 4 Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual

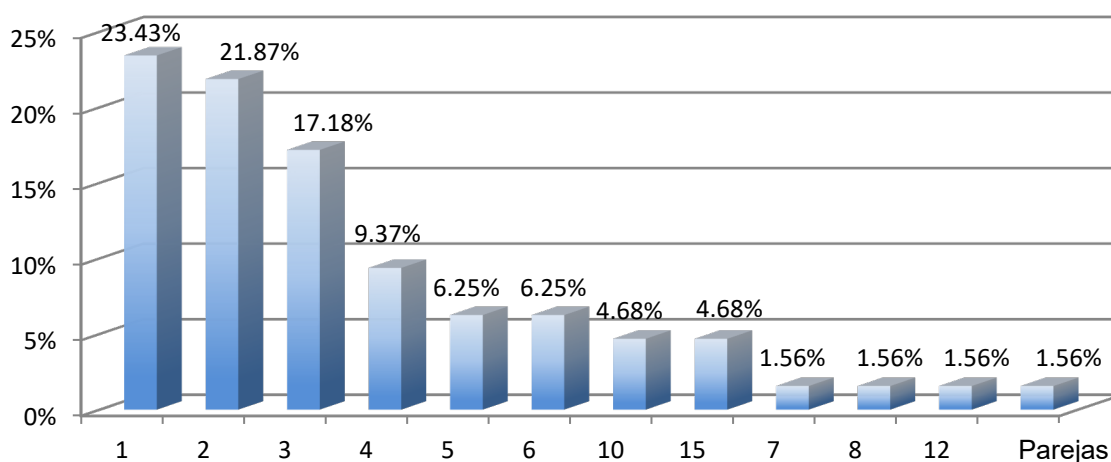


El 50% de los pacientes no tienen antecedentes de enfermedades de transmisión sexual; el 32.81% tienen antecedentes de Sífilis; el 7.81% de VPH; el 6.25% de gonorrea y el 3.12% refiere antecedentes de otras enfermedades.

Cuadro N° 6 Ítem N° 1.2.4 Cantidad de Parejas Sexuales en 1 Año

PACIENTES		Parejas
FA	FR	
15	23,43%	1
14	21,87%	2
11	17,18%	3
6	9,37%	4
4	6,25%	5
4	6,25%	6
3	4,68%	10
3	4,68%	15
1	1,56%	7
1	1,56%	8
1	1,56%	12
1	1,56%	20
64	100%	Total

Gráfico N° 5 Cantidad de parejas sexuales en 1 Año

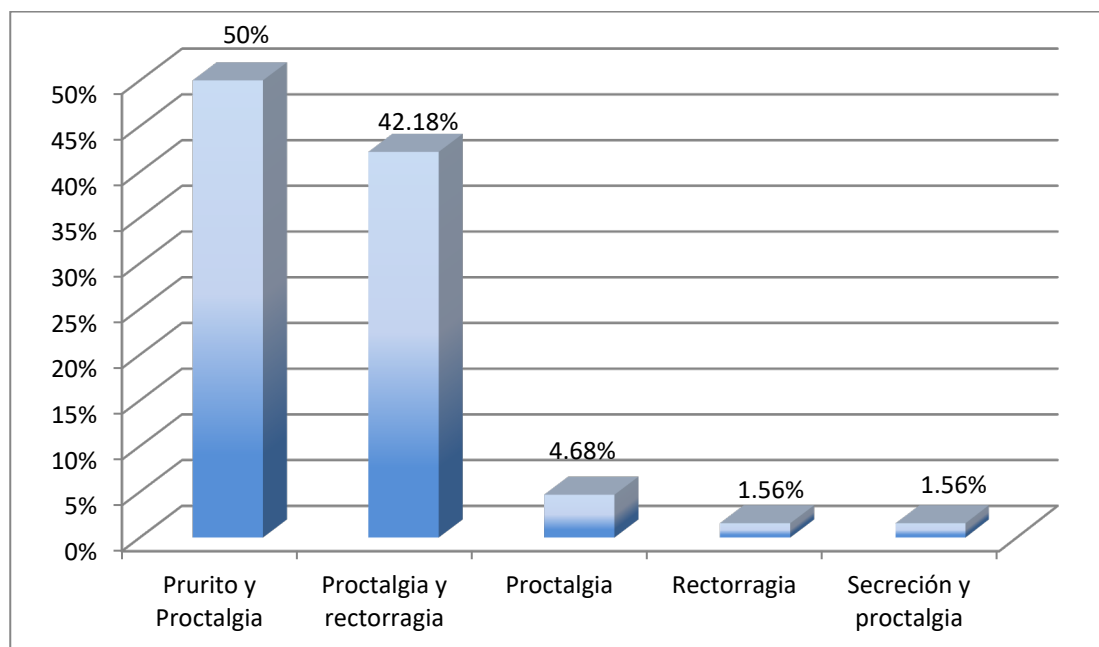


El 23,43% de los pacientes ha tenido 1 pareja durante 1 año; el 21,87% dos(2) parejas; el 17,18% tres (3) parejas, el 9,37% cuatro (4) parejas, el 6,25% cinco (5) parejas; 6,25% seis (6) parejas; 4,68% diez (10) parejas; 4,68% quince (15) parejas; 1,56% siete (7) parejas; 1,56% ocho (8) parejas; 1,56% doce (12) parejas; y 1,56% veinte (20) parejas.

Cuadro N° 7 Ítem N° 2.1 Clínica ano-rectal

	FA	FR
Proctalgia	32	50%
Proctalgia y rectorragia	27	42,18%
Prurito	3	4,68%
Rectorragia	1	1,56%
Secreción	1	1,56%
Total	64	100%

Gráfico N° 6 Clínica ano-rectal



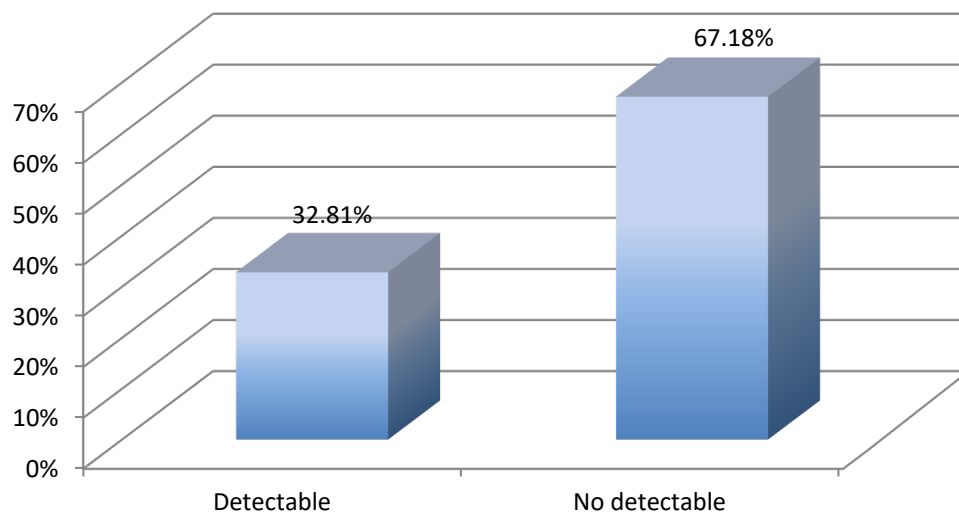
El 50% de los pacientes presentan Prurito y Proctalgia en la clínica ano-rectal, el 42,18% proctalgia y rectorragia, 4,68% proctalgia, 1,56% rectorragia y 1,56% Secreción y proctalgia.

2.3 Paraclínicos

Cuadro N° 8 Ítem N° 2.3.1 Carga viral

	FA	FR
Detectable	21	32,81%
No detectable	43	67,18%
Total	64	100%

Gráfico N° 7 Carga viral

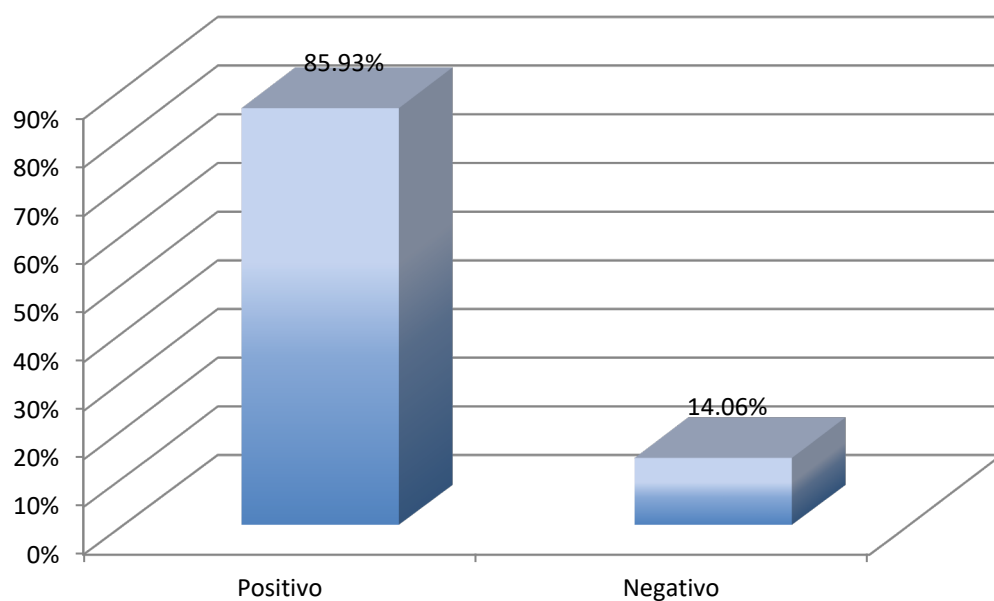


En el 32,81% la carga viral es detectable; en el 67,18% no es detectable.

Cuadro N° 9 Ítem 2.3.3 Test de ácido acético

	FA	FR
Positivo	55	85,93%
Negativo	9	14,06%
Total	64	100%

Gráfico N° 10 Test de ácido acético

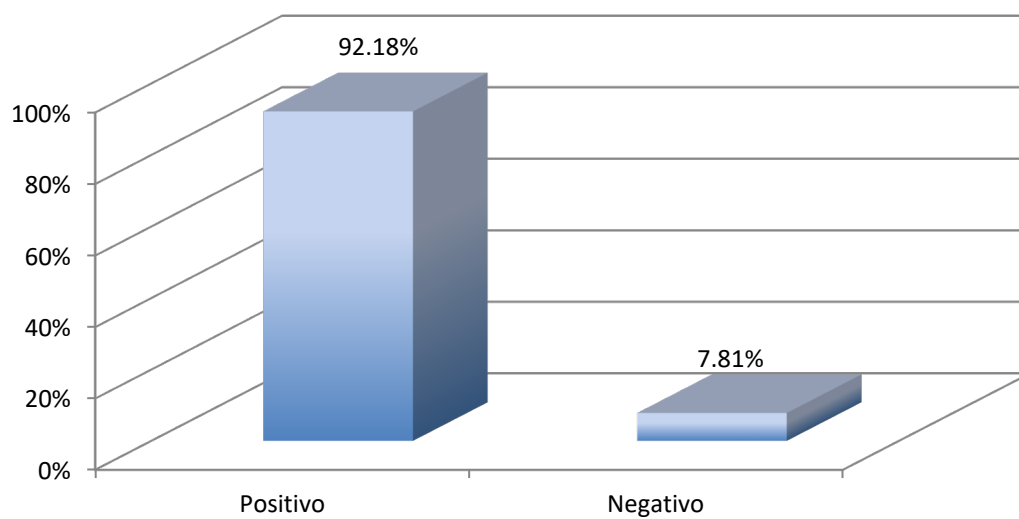


El 85,93% de la muestra estudiada da positivo en el Test de Ácido Acético; el 14,06% da negativo.

Cuadro N° 11 Ítem N° 2.3.4 Test de Schiller

	FA	FR
Positivo	59	92,18%
Negativo	5	7,81%
Total	64	100%

Gráfico N° 10 Test de Schiller

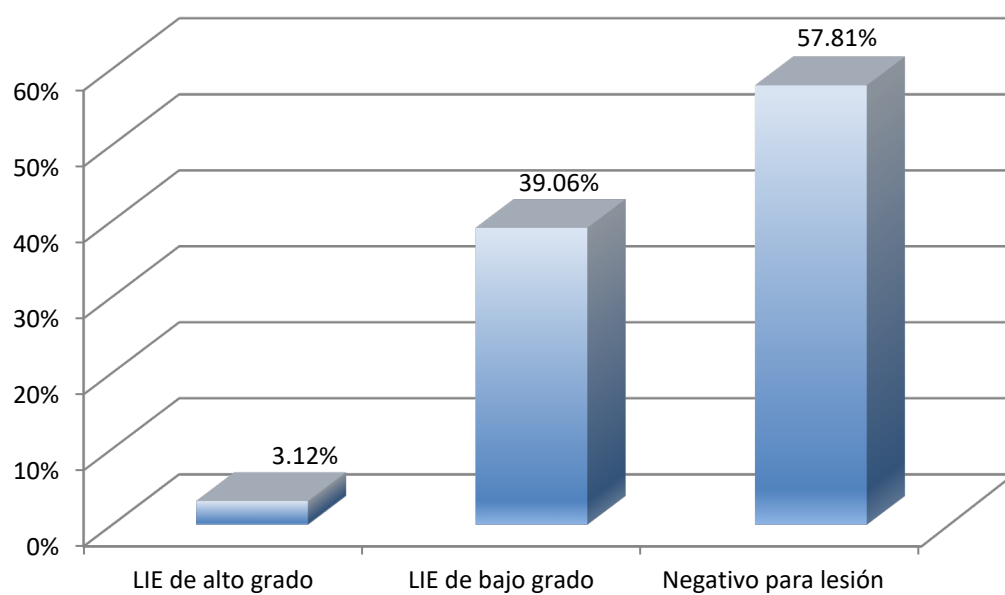


En el Test de Schiller el 92,18% de los pacientes estudiados da positivo, y el 7,81% da negativo.

Cuadro N° 12 Ítem N° 2.3.5 Citología anal

	FA	FR
LIE de alto grado	2	3,12%
LIE de bajo grado	25	39,06%
Negativo para lesión	37	57,81%
Total	64	100%

Gráfico N° 11 Citología anal

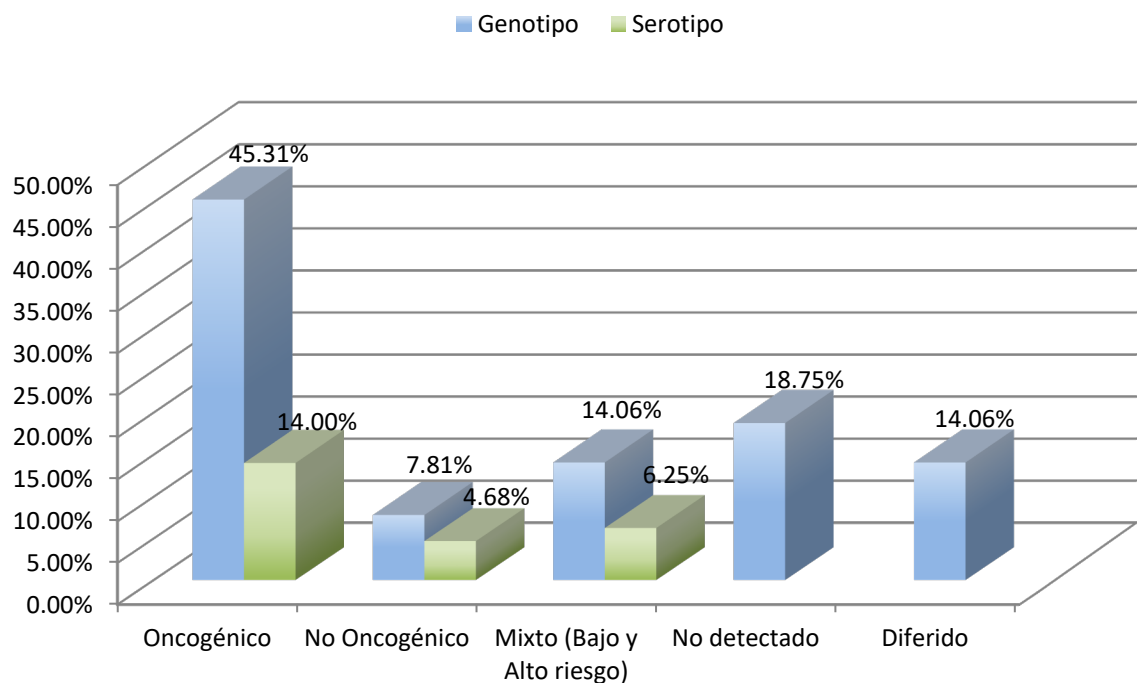


En los resultados de la citología anal para el 3,12% el LIE es de alto grado, para el 39,06% el LIE es de bajo grado, el 57,81 el resultado fue negativo par lesión.

Cuadro N° 13 Ítem N° 2.3.6 Genotipo de VPH

	FA	FR	FA	FR	Serotipo
Oncogénico	29	45,31%	9	14.0%	45
No Oncogénico	5	7,81%	3	4,68%	6
Mixto (Bajo y Alto riesgo)	9	14.06%	4	6,25%	11 y 6
No detectado	12	18,75%			
Diferido	9	14,06%			
Total	64	100%			

Gráfico N° 12 Genotipo de VPH



El genotipo de VPH es oncogénico para el 45.31% de la muestra y no oncogénico para el 7.81%, el 14.06% es mixto con alto y bajo riesgo, en el 18.75% de los casos no se detectó, y el 14.06%

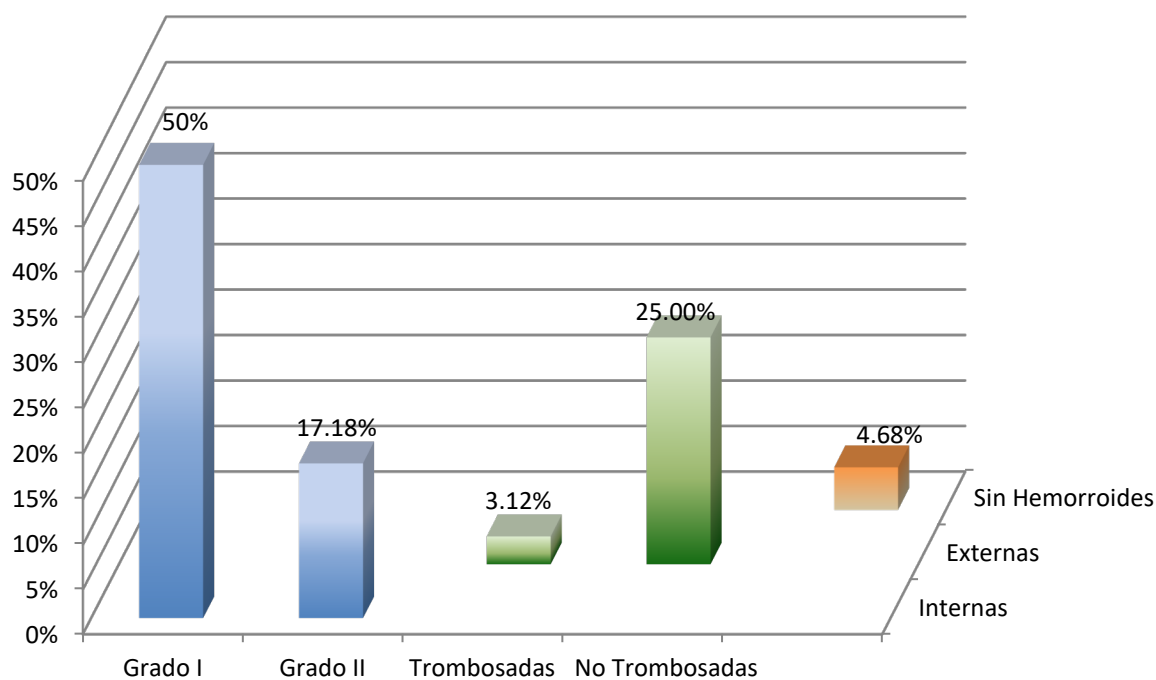
restante fue diferido por no asistir a la prueba. En pacientes oncogénicos la moda se ubicó en 14% para el serotipo 45, y en los no oncogénicos en 6.25% para el serotipo 6, en pacientes con genotipos mixtos el 6.25% para los serotipos 11 y 6.

3. Patología ano-rectal

Cuadro N° 14 Ítem N° 3.1 Hemorroides internas y externas

		FA	FR
Internas	Grado I	31	48,43%
	Grado II	11	17,18%
	Grado III	1	1,56%
	Grado IV	0	0
Externas	Trombosadas	2	3,12%
	No Trombosadas	16	25%
Sin Hemorroides		3	4,68%
Total		64	100%

Gráfico N° 13 Hemorroides internas y externas

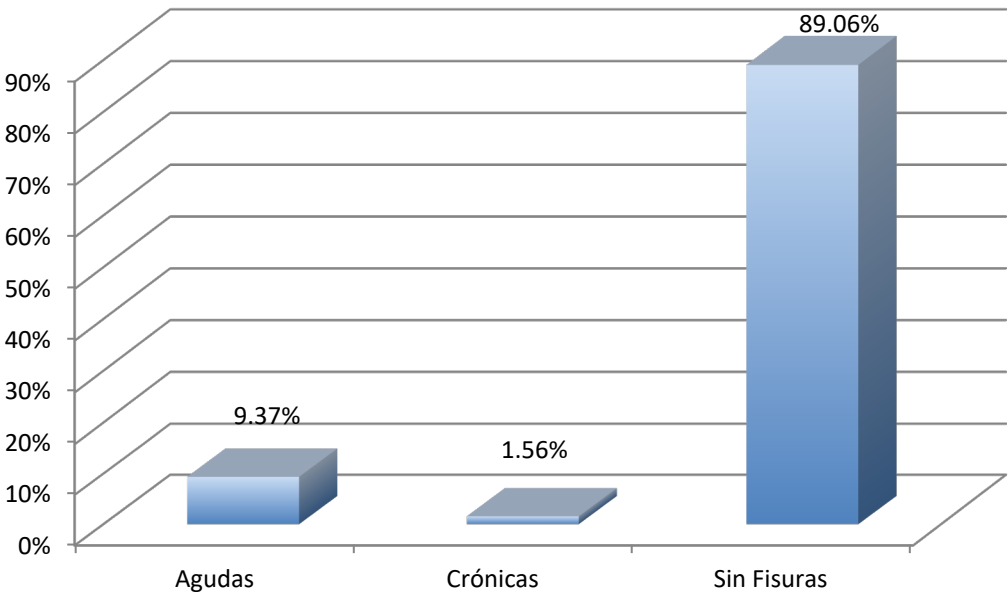


El 50% de la muestra tiene hemorroides Internas grado I; el 17,18% grado II; el 23,43% tiene hemorroides Externas grado I; el 1,56% grado II y el 3,12% grado III; el 4,68% no tiene hemorroides.

Cuadro N° 15 Ítem N° 3.2 Fisuras

	FA	FR
Agudas	6	9,37%
Crónicas	1	1,56%
Sin Fisuras	57	89,06%
Total	64	100%

Gráfico N° 14 Fisuras

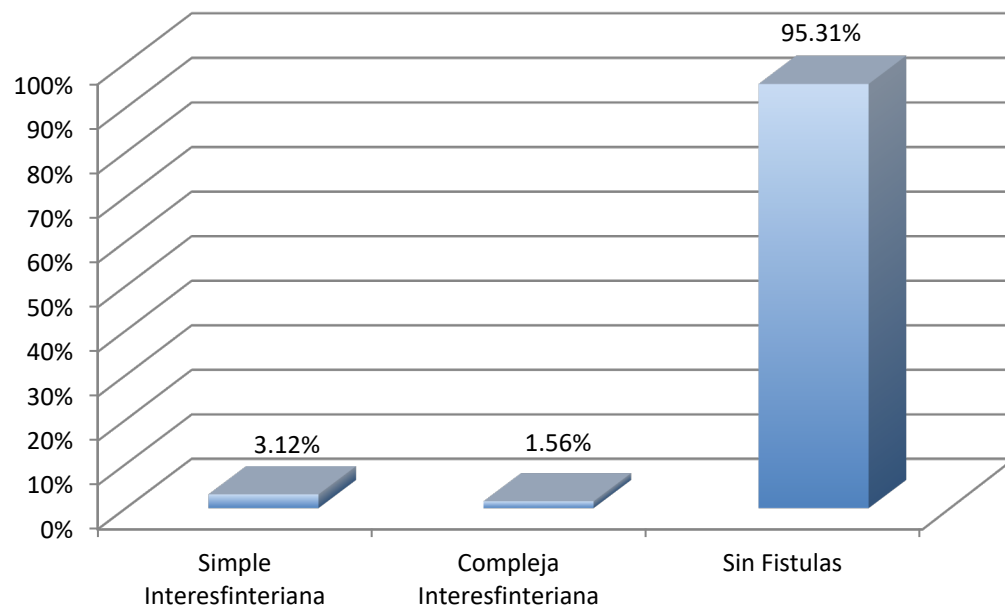


El 9,37% de los integrantes de la muestra tienen fisuras agudas, en el 1,56% las fisuras son crónicas, y el 89,06% no presenta fisuras.

Cuadro N° 16 Ítem N° 3.3 Fístulas

	FA	FR
Simple Interesfinteriana	2	3,12%
Compleja Interesfinteriana	1	1,56%
Sin Fístulas	61	95,31%
Total	64	100%

Gráfico N° 15 Fístulas

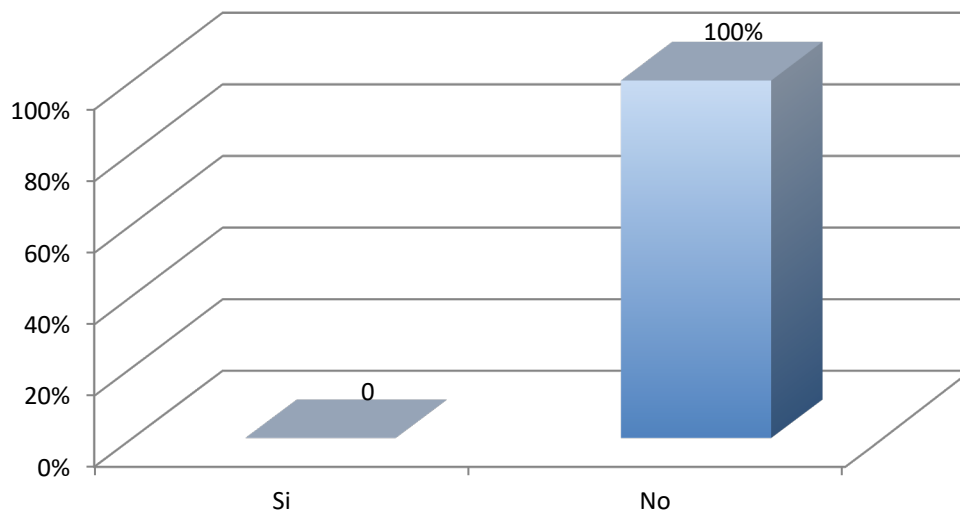


De los pacientes estudiados: el 3,12% presenta fístula simple interesfinteriana; el 1,56% tiene fístula compleja Interesfinteriana, el 95%31% no tiene fístulas.

Cuadro N° 17 Ítem N° 3.4 Absceso

	FA	FR
Si	0	0
No	64	100%
Total	64	100%

Gráfico N° 16 Absceso

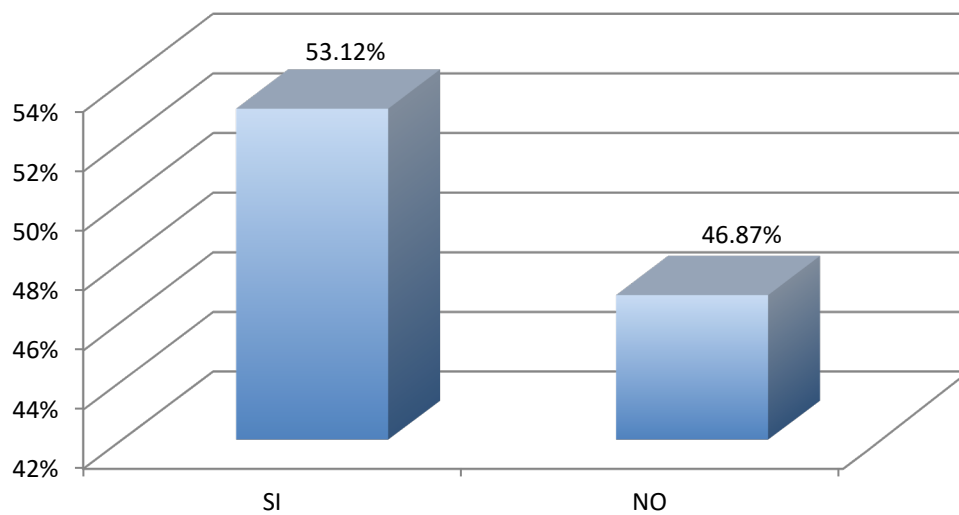


El 100% de los pacientes que integran la muestra no tienen abscesos

Cuadro N° 18 Ítem N° 3.5 Condilomas

	FA	FR
SI	34	53,12%
NO	30	46,87%
Total	64	100%

Gráfico N° 17 Condilomas



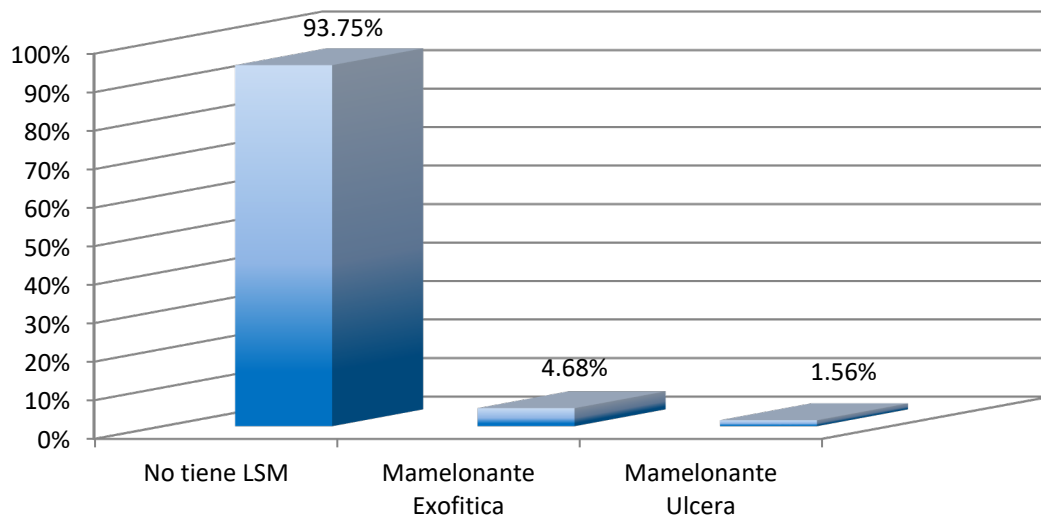
El 53, 12% de los pacientes que participaron en el estudio tiene condilomas; y el 45,87% no tiene condilomas.

Cuadro N° 19 Ítem N° 3.6 Lesión sugestiva de malignidad

		FA	FR
No tiene LSM		60	93,75%
Si	Mamelonante- Exofítica	3	4,68%
	Mamelonante- Úlcera	1	1,56%

Total	64	100%
-------	----	------

Gráfico N° 18 Lesión sugestiva de malignidad



El 93,75% de los pacientes no presenta lesión sugestiva de malignidad, mientras que en el 6,25% se observa: mamelonante, exofítica en el 4,68% y mamelonante, ulcerada en el 1,56%.

En base a estos resultados se realizaron estudios más concluyentes a los 4 pacientes que presentaron lesiones sugestivas de malignidad.

Paciente N°1

- Lesión ano-rectal: Carcinoma escamocelular moderadamente diferenciado infiltrante.
- Grado histológico II
- Presencia de pleomorfismo nuclear
- Presencia de necrosis
- Presencia de mitosis
- Hemorragia reciente
- Infiltrado inflamatorio moderado

Paciente N° 2

- Lesión en región perianal
- Hallazgos histológicos compatibles con condiloma acuminado
- Cambios coilocíticos sugestivos de infección por el VPH
- Inflamación crónica reagudizada severa ulcerada
- Congestión vascular
- Tejido de granulación
- En la muestra examinada no se observa lesión neoplásica infiltrativa

Paciente N° 3

- Carcinoma de células escamosas grado 2 ulcerado
- Cambios coilocíticos sugestivos de infección por el VPH
- Infiltrado inflamatorio mixto a predominio de polimorfonucleares

Paciente N° 4

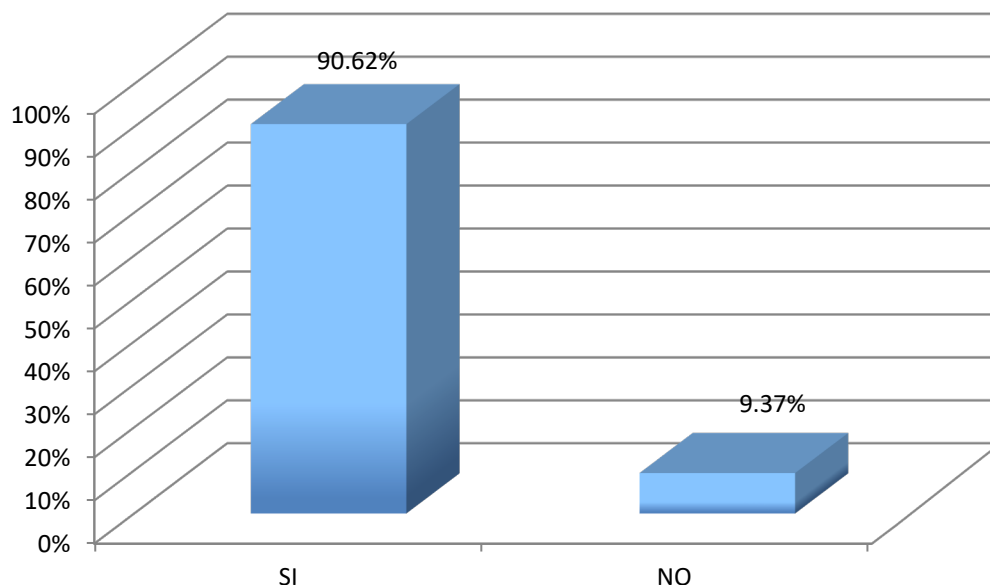
- Biopsia de recto bajo
- Carcinoma de células escamosas Grado I ulcerado

4.1 Alcance terapéutico Antiretroviral

Cuadro N° 20 Ítem N° 4.1 Cumplimiento total del tratamiento

	FA	FR
Si	58	90,62%
No	6	9,37%
Total	64	100%

Gráfico N° 19 Cumplimiento total del tratamiento



El 90,62% de los pacientes cumplieron el tratamiento retroviral, el 9,37% no lo cumplieron.

CONCLUSIONES, DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Conclusiones y Discusión

El VIH, interfiere con la capacidad del cuerpo de combatir infecciones, compromete no solamente al sistema inmune sino también algunos órganos, aparatos y sistemas. Es por ello, que el sistema digestivo es uno de los más afectados en este grupo de pacientes, y la patología ano-rectal representa una de las mayores causas de morbilidad y la principal causa de intervención quirúrgica, en esta ocasión se evaluaron un total de 64 pacientes de género masculino con

diagnóstico de VIH que tienen sexo con hombres. Demostrando así que un total de 54 pacientes (34,37 %) tenían edades comprendidas entre 30 y 39 años.

En nuestra investigación, al igual que en la literatura revisada ^(6,7,8,9) se concluye que el síntoma prevalente en pacientes seropositivos con patología anal es la presencia de prurito y proctalgia en la clínica ano-rectal, representando el 50% de los casos, Así mismo, se realizaron estudios de citología anal procesada por el laboratorio Mircelab, evidenciándose que el 57,81% fue negativo para lesiones intraepiteliales.

Por su parte, en el Test de Schiller el 92,18% y en el Test de Ácido Acético el 85,93% de los pacientes estudiados da positivo, tomando en cuenta que estos métodos son de detección visuales para el diagnóstico de lesiones pre-cancerosas. Mientras que a través de la toma de muestra de hisopado anal para serotipificación de VPH en el laboratorio Genomik, resultó que el 78,18% de la muestra estudiada da positivo. En consecuencia, el genotipo de VHP resultó oncogénico para el 88,37% de los pacientes, siendo esta una de la enfermedad más frecuente. Es importante destacar que el 6,25% de estos pacientes estudiados presentaron lesiones ano-rectal malignas, como Carcinoma escamo celular moderadamente diferenciado infiltrante. También se presentó un hallazgo histológico compatible con condiloma acuminado e infección por VPH, se evidenció Carcinoma de células escamosas grado 2 ulcerado con cambios coilocíticos sugestivos de infección por el VPH y finalmente, se obtuvo el diagnóstico de Carcinoma de células escamosas Grado I ulcerado en un paciente.

Algunos trabajos de la literatura revisada ^(3,4,8,9) refieren que el uso frecuente de la región anal aumenta las probabilidades de sufrir infección por el Virus de Papiloma Humano (VPH), que desempeña un papel importante en el desarrollo de lesiones pre malignas y malignas del canal anal, lo que amerita la toma de biopsia y determinar la necesidad de indicar conducta quirúrgica de ser necesario^(3,4), agregando que el cáncer anal es una enfermedad frecuente en estos pacientes que está asociado a la infección por el virus del papiloma humano (VPH), muy habitual en la población VIH positiva⁽⁸⁾.

En cuanto a otras lesiones, la patología ano rectal benigna más frecuente fueron las hemorroides con 95,31%. Sin embargo, el 53, 12% de los pacientes que participaron en el estudio tiene condilomas.

Ahora bien, en el estudio se obtuvo un alcance predominante (90,62%) en pacientes con la patología ano rectal con diagnóstico de VIH que cumplieron el tratamiento retroviral, con buena respuesta clínica para una conducta que permite aumentar las expectativas de vida en pacientes portadores del virus.

El citado trabajo constituye un significativo aporte a la presente investigación ya que permitió la revisión sobre los aspectos a considerar en el diagnóstico y manejo de la patología ano rectal, esto con el objetivo de optimizar la atención brindada a los pacientes masculinos portadores de VIH/SIDA en el Hospital Vargas de Caracas.

En conclusión, existe incidencia de la patología ano-rectal en la población de hombres que practican sexo con otros hombres, por lo que es pertinente la actualización no solo el perfil de las patologías ano-rectales que presentan los pacientes masculinos con diagnóstico de VIH, sino también el agrupar los factores socio-epidemiológicos que resulten asociados a la aparición de estas enfermedades, además de establecer la correlación que existe entre la carga viral y el conteo total de CD4 definitivo y de esta manera poder determinar con mayor precisión los factores de riesgo.

Recomendaciones

Con base a los resultados y conclusiones a los que se llegó en el presente estudio, se derivan las siguientes recomendaciones:

1. Elaborar protocolos sobre la detección oportuna de patología ano rectal en pacientes masculinos diagnosticados con infección de VIH que practican sexo con otros hombres, como guía para el personal de médico en formación y especialistas, logrando unificar criterios en el empleo de abordaje y técnicas quirúrgicas que garanticen la eficacia y seguridad de las mismas; además, de disminuir el porcentaje de complicaciones y reducir la mortalidad.
2. Informar sobre los resultados de esta investigación al Departamento de Cirugía General e Infectología , del Hospital Vargas de Caracas, de manera, de contribuir con la identificación de pacientes masculinos que realizan prácticas homosexuales con la patología ano rectal y previamente diagnosticados con VIH. Actualizar los conocimientos sobre las condiciones clínicas, niveles de CD4 y carga viral en pacientes masculinos con patología ano-rectal con diagnóstico de infección por VIH que practican sexo con hombres

3. Realizar controles periódicos a todo paciente masculino con prácticas homosexuales, que haya presentado complicaciones derivadas de la patología ano rectal y presenten diagnóstico de infección por VIH; con el fin de proceder oportunamente ante la presencia de otras complicaciones tanto inmediatas como tardías.
4. Instaurar programas de salud que permitan promover la sexualidad sin riesgos, tomando las medidas preventivas para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual que puedan desencadenar en un incremento de la mortalidad.
5. Fomentar la investigación junto con la incorporación del personal médico de otras especialidades como urología, gastroenterología, Infectología, entre otros, para el control de las comorbilidades, logrando un tratamiento conservador seguro y eficaz.
6. Apoyar la continuidad de esta línea de investigación, aumentando el lapso de estudio y por ende la muestra; igualmente, realizar estudios de seguimiento para analizar la supervivencia de los pacientes masculinos que tienen sexo con otros hombres y presentan patologías ano rectal y han sido contagiados de VIH.
7. La implementación de la vacuna contra el VPH en el esquema de vacunación nacional, esto nos ayudaría no solo en la incidencia de los casos, sino, que se bajaría considerablemente las complicaciones de dichas enfermedades a largo plazo.

REFERENCIAS

1. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida. Cierre 2018. México. 22 Feb 2019. Disponible en: <https://www.gob.mx/censida/documentos/epidemiologia-registro-nacional-de-casos-de-sida>
2. UNAIDS [Internet]. Ginebra. [Consultado 2 Jun 2019]. Disponible en: <https://www.unaids.org/en>
3. Muñoz C, Mansilla JA, Heider C, et al. (2012) Prevalencia de patología ano-rectal en pacientes portadores de VIH/SIDA. RevChilInfect ; 29 (1): 95-98.
4. Bakhiet M, Salah SE, Hamsa AA.(2015) Anorectal Diseases in HIV Positive Patients: experience with 112 Patients. SJAMS.;3(1F):411-416.
5. UNAIDS [Internet]. Venezuela; Disponible en: <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/venezuela>
6. Betancourt-Vicencio y Cols. (2019) Prevalencia de patologías ano-rectales en individuos con VIH/SIDA que acuden a atención al Servicio de Coloproctología del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio alcalde
7. Bun et. al. (2020) Enfermedades Ano-rectales de Transmisión Sexual. Revista de Coloproctología, N° Extraordinario 11, 9.51. Argentina
8. Quero et. al. (2009) cáncer anal en pacientes VIH, Disponible en: <https://www.google.com/search?q=Quero+c%C3%A1ncer+anal+en+pacientes+VIH&oq=Quero++c%C3%A1ncer+anal+en+pacientes+VIH+&aqs=chrome..69i57.1167019j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
9. Saravia et. al. (2000) Hallazgos ano rectales en pacientes infectados con el VIH, año 2000. servicio de infectología del Hospital Clínico Universitario.

10. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Dirección de Epidemiología y Análisis Estratégico. OPL-SIDA 1982 a 1999.
11. Whitlow Ch, Gottesman L. Sexually Transmitted Diseases. In: Wolff B, Fleshman J, Beck D, Pemberton J, Wexner S, editors. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery. New York: Springer Science+Business Media; 2007 p. 256-68
12. Whitlow Ch, Gottesman L.(2007) Sexually Transmitted Diseases.(In: Wolff B, Fleshman J, Beck D, Pemberton J, Wexner S, editors. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery. New York: Springer Science+Business Media; p. 256-68
13. Drobni S, Incze F. (1969) Surgery of rectal cancer. USA: Akademiai Kiado;
14. UCAM. Guía Docente. (2019) Modalidad de enseñanza presencial. España: Universidad Católica San Antonio de Murcia [Citado 10/01/2019];. Disponible: https://www.ucam.edu/sites/default/files/estudios/grados/grado-medicina/presencial/plan-de-estudios/2018-19/1/anatomia_ii_2018-19_1.pdf/
15. Kent C, Samuel M, Winskelstein W Jr. (1987) The role of Anal /genital warts in HIV infection. Jama; 258: 3385-86.
16. Annunziato MA. (1997) Hallazgos Clínicos, Micóticos e Inmunohistoquímicos Anorectales en Pacientes con SIDA. Trabajo Especial de Investigación para optar al título de Especialista de Medicina Interna noviembre. (En publicación).
17. Sánchez Bautista Wilson(2014) Fistula Perianal. Disponible en: <https://es.slideshare.net/splac69/fistula-perianal>
18. Roch M, Zapatero A, Castro P, et al.(2018) Impact of rectum and bladder anatomy in intrafractional prostate motion during hypofractionated radiation therapy. Clin Transl Oncol. 21(5):607-614. Citado en PubMed; PMID: 30328558.
19. Kahai P, Mandiga P, Lobo S. (2019) Anatomy, Abdomen and Pelvis, Large Intestine. USA: StatPearls;. Citado en PubMed; PMID: 29261962
20. Roch M, Zapatero A, Castro P, et al.(2018) Impact of rectum and bladder anatomy in intrafractional prostate motion during hypofractionated radiation therapy. Clin Transl Oncol. 21(5):607-614. Citado en PubMed; PMID: 30328558.

21. Smereczyński A, Kołaczyk K. (2018) Pitfalls in ultrasound imaging of the stomach and the intestines. *J Ultrason.*;18(74):207-211. Citado en PubMed; PMID: 30451403
22. Roch M, Zapatero A, Castro P, et al. (2018) Impact of rectum and bladder anatomy in intrafractional prostate motion during hypofractionated radiation therapy. *Clin Transl Oncol.* 21(5):607-614. Citado en PubMed; PMID: 30328558.
23. Bordoni B, Sugumar K, Leslie SW. (2020) *Anatomy, Abdomen and Pelvis, Pelvic Floor.* USA: Stat Pearls. Citado en PubMed; PMID: 29489277.
24. Drake RL, Wayne Vogl A, Mitchell A. (2018) *Gray Anatomía Básica.* 2da. ed. España: Editorial Elsevier;.
25. Goldstein et al. (1996) Resultados de la enfermedad anorrectal en el entorno de una organización de mantenimiento de la salud. La necesidad de cirujanos colorrectales. *Dis Colon Recto.* ; 39 :1193–1198.
26. J.M. Lam, J.S. Hoch, J. Tinmouth, M. Sano, J. Raboud, I.E. Salit. (2011), Cost-effectiveness of screening for anal precancers in HIV-positive men. *AIDS*, 25 pp. 635-642 <http://dx.doi.org/10.1097/QAD.0b013e3283434594> | Medline
27. Ponce, J. et al. (2011). *Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas.* (3ª ed.). Asociación Española de Gastroenterología.
28. Phelps W.C. and Alexander K.A. (1995) September Antiviral Therapy for Human Papillomaviruses: Rationale and Prospects. *Ann of Inter Med*; 123 (5): 368-82.
29. Bodaghi S., Wood L.V., Roby G., Ryder C., Steinberg S.M., Zheng Z.M. (Nov 2005) Could human papillomaviruses be spread through blood? *J Clin Microbiol*; 43(11): 5428-34.
30. Marcela Concha R. (2007) Diagnóstico y terapia del virus papiloma humano. *Rev Chil Infect*; 24 (3): 209-214.
31. Gheit T, Billoud G, de Koning MN, Gemignani F, Forslund O, Sylla BS et al. (2007 Jun) Development of a sensitive and specific multiplex PCR method combined with DNA microarray primer extension to detect beta-papillomavirus types. *J Clin Microbiol.* 20.

32. Galloway D.A. (August 2003) Papillomavirus vaccines in clinical trials. The Lancet Infectious Diseases; 3 (8): 469-75
33. Kahn J.A. (Dec 2005) Vaccination as a prevention strategy for human papillomavirus-related diseases. J Adolesc Health; 37(6): 10-6.
34. Koutsku L.A., Ault K.A., Wheeler C.M., Brown D.R., Barr E., Alvarez F.B. et al. A (2002 Nov) Controlled Trial of a Human Papillomavirus Type 16 Vaccine. N Engl J Med 21; 347 (21): 1645-51.
35. C. Piketty (2012), Incidence of HIV-related anal cancer remains increased despite long term combined antiretroviral treatment: result from the French hospital data base on HIV. J Clin Oncol
36. Philippe Morlat, Prisen en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, Cancers (agosto 2017) https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/10/experts-vih_cancers.pdf
37. Sociedad Venezolana de Farmacología Clínica y Terapéutica (2018) Fisiopatología, diagnóstico y manejo de las principales enfermedades anorrectales Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, vol. 37, núm. 3, pp. 241-252, 2018
38. Muñoz C César, Mansilla E Juan Andrés, Heider C Claudia, Leal W M. José, Chain A Carolina. Prevalencia de patología ano-rectal en pacientes portadores de VIH/SIDA. Rev. chil. infectol. 29(1): 95-98. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-1018201200100015&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182012000100015>.
39. Parswa Ansari (2021) Evaluación de los trastornos anorrectales, Manual MSD. Para profesionales. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-gastrointestinales/trastornos-anorrectales/evaluaci%C3%B3n-de-los-trastornos-anorrectales>
40. Jiménez Bobadilla (2020) Enfermedades Anorrectales. Disponible en: <https://www.topdoctors.mx/diccionario-medico/enfermedades-anorrectales#:~:text=Tr%C3%A1nsito%20Gastrointestinal%20Inferior-,Tratamiento%20para%20las%20Enfermedades%20Anorrectales,es%20la%20Esfinterotom%C3%ADa%20Parcial%20Interna.>

41. THD SpA.(Headquarters Terapias para trastornos anorrectales Disponible en: <https://www.thdlab.es/pacientes/terapias/resumen>
42. Inmunología(2019). Revista oficial de la Sociedad Española de Inmunología (SEI). CD4: Asociaciones moleculares y papel en la respuesta a antígeno».
43. Letvin NL(2008). Immunology of HIV Infection. En: Paul WE, editors. Fundamental Immunology. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;. p. 1205-32.
44. Laurence J(1993). T-cell subsets in health, infectious disease, and idiopathic CD4+ T lymphocytopenia. Ann InternMed.;119:55-62.
45. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) Gaceta Oficial No. 36.860 del 30 de diciembre de 1999, Caracas, Venezuela
46. Ley del Ejercicio de la Medicina (2011) Gaceta Oficial N° 39.823 del 19 de diciembre de 2011, Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela
47. Código de Deontología Médica (2003) Aprobado originariamente durante la CXXXIX reunión extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana, realizada en Barquisimeto, 18 y 19 de Octubre de 2003. Disponible en: <http://www.thewaml.com/97918/Venezuela3>
48. Hurtado de Barrera Jacqueline (2012) Metodología de la Investigación, Guía para la comprensión Holística de la ciencia, Ediciones Quirón Sygal, 4ta Edición Caracas, Venezuela.
49. Palella Stracuzzi, Santa y Feliberto Martins Pestana (2012), Metodología de la Investigación Cuantitativa. Caracas. FEDEUPEL
50. Sabino (2014) El Proceso de Investigación. Caracas: Editorial Panapo 10ma Edición
51. Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL) (2016) Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales. 5ta edición. Caracas: Fondo editorial de la Universidad Experimental Libertador (FEDUPEL).
52. Hernández Fernández y Baptista (2015) Metodología de la Investigación. 6ta. Edición. Mac Graw Hill. México.
53. Arias (2012) El Proyecto de Investigación. Editorial Episteme, 3era. Edición. Caracas.

54. Bautista María Eugenia (2006) Manual de Metodología de Investigación, Talleres Litográficos de TALITIP, Caracas

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN

Caracas, ____ de _____ del 202__.

Número de Planilla:

Por medio de la presente, yo, _____, Cedula de identidad N°. _____, de _____ años de edad, certifico que me ha sido informado y explicado de forma clara y entendible para mí, la participación en la investigación titulada “**PATOLOGIA ANO-RECTAL EN PACIENTES MASCULINOS DIAGNOSTICADOS CON INFECCION DE VIH QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES**”. He tenido el debido tiempo para realizar las preguntas y aclarar mis dudas correspondientes a la incorporación en el estudio. Se me ha explicado los procedimientos para la toma de muestras. Se conserva mi derecho a rehusarme a participar y a retirarme del estudio en cualquier momento, sin ninguna pena por ello o pérdida de beneficios como individuo o paciente, tales como recibir el mismo tratamiento adecuado y correspondiente a mi problema de salud. Mi identidad no será conocida sino solamente por el personal participante en el estudio, garantizándome también la confidencialidad de los resultados de las pruebas obtenidas hasta los límites permitidos por las leyes y regulaciones. Las pruebas que se realizarán con mi muestra serán solo para la determinación y citología y genotipificación del VPH. Cualquier información que pueda ser relevante a mi salud o a mi deseo de permanecer en el estudio será informado oportunamente. Así mismo, autorizo a realizar todas las determinaciones de laboratorio en las muestras tomadas de mi persona que sean necesarias a juicio de los investigadores del estudio correspondiente.

Firma del paciente

ANEXO 2

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.
FACULTAD DE MEDICINA.
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO.
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL.
HOSPITAL VARGAS DE CARACAS**

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.1 Datos Personales

1.1.1 Nombres: _____

1.1.2 Cédula: _____ 1.1.3 Fecha de Nacimiento: _____

1.1.4 Edad: _____

1.2 Datos Fisiológicos

1.2.1 Fecha de Dx
de VIH: _____

1.2.2 Edad de la 1ra Relación
Sexual anal: _____

1.2.3 Enfermedades de Transmisión
Sexual: _____

1.2.4 N° de Parejas Sexuales
en 1 Año: _____

2.1 Clínica ano-rectal

2.1.1 Pérdida de peso: _____

2.1.5 Dolor: _____

2.1.2 Diarrea: _____

2.1.6 Incontinencia: _____

2.1.3 Adenopatías: _____

2.1.7 Prurito: _____

2.1.4 Sangrado: _____

2.1.8 Otros: _____

2.2 Paraclínicos

2.2.1.1 Detectable: _____

2.2.1 Carga viral: 2.2.1.2 No detectable: _____

2.2.2 Contaje de CD4:

2.2.2.1.1 Positivo: _____

2.2.2.1 Test de Ácido Acético:

2.2.2.1.2 Negativo: _____

2.2.3.1 Positivo: _____

2.2.3 Test de Schiller:

2.2.3.2 Negativo: _____

2.3.4.1 LIE de alto grado: _____

2.3.4 Citología anal:

2.3.4.2 LIE de bajo grado: _____

2.3.5.1 Oncogénico: _____

2.3.5 Genotipo de VPH:

2.3.5.2 No oncogénico: _____

3. Patología ano-rectal

3.1 Hemorroides:

3.1.1 Internas:

3.1.2 Externas:

3.1.1.1 Grado I: _____

3.1.3 Mixtas: _____

3.1.1.2 Grado II: _____

3.1.1.3 Grado III: _____

3.1.1.4 Grado IV: _____

3.1.1.5 Trombosadas: _____

3.2.1 Agudas _____

3.2 Fisuras:

3.2.2 Crónicas _____

3.3.1 Simples _____

3.3.4 Transesfinteriana: _____

3.3 Fistulas: 3.3.2 Interesfinteriana: _____ 3.3.5 Extraesfinteriana: _____

3.3.3 Superoesfinteriana: _____ 3.3.6 Compleja: _____

3.4.1 Supra elevador _____ 3.4.3 Interesfinteriano: _____

3.4 Absceso:

3.4.2 Perianal _____

3.4.4 Isquiorectal: _____

3.5.1 SI _____

3.5 Condilomas:

3.5.2 NO: _____

3.6 Lesión sugestiva de malignidad:

3.6.1 SI: _____

3.6.2 NO: _____

3.6.1.1 Mamelonante: _____

3.6.1.2 Exofítica: _____

3.6.1.3 Friable: _____

3.6.1.4 Necrótica: _____

3.6.1.5 Supurativa: _____

4.1 Alcance terapéutico retroviral

4.1.1: SI

4.1.1 Cumplimiento total del tratamiento:

4.1.2: NO

APROBADO

Dra. Aura García Castillo
Asesor Metodológico

Dr. Luis Ramiro Rodríguez
Medina Tutor Académico

Fecha: _____

Fecha: _____

GUIA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Criterio: Validez de contenido, por medio de la claridad y congruencia de cada ítem.

Instrucciones: En las columnas claridad y congruencias indique con una "C" si considera correcta, o "I" si considera incorrecta, la relación de cada aspecto con el ítem en función de la variable correspondiente, si lo cree conveniente, agregue sus observaciones.

Ítems agrupados	Contenido		Observaciones
	Claridad	Congruencia	
Del 1.1.1 al 1.2.4	C	C	
Del 2.1.1 al 2.2.5.2	C	C	
Del 3.1.1 al 3.6.1.5	C	C	
Del 4.1.1. al 4.1.2	C	C	

Datos de Identificación del Experto:

Nombre y Apellido: GISELE LOREN DURAN GONZALEZ

Cédula de Identidad N° V- 18. 141 286

Profesión: CIRUJANO GENERAL / ODONTOLOGO

Tiempo de experiencia: 5 AÑOS

Fecha de la validación : 11 - 11 - 2022

Firma: 
 Dra. Giselle Duran G.
 Cirujano General
 Odontología
 V 18141286 MIPDS 90 724

GUIA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Criterio: Validez de contenido, por medio de la claridad y congruencia de cada ítem.

Instrucciones: En las columnas claridad y congruencias indique con una "C" si considera correcta, o "I" si considera incorrecta, la relación de cada aspecto con el ítem en función de la variable correspondiente, si lo cree conveniente, agregue sus observaciones.

Ítems agrupados	Contenido		Observaciones
	Claridad	Congruencia	
Del 1.1.1 al 1.2.4			
Del 2.1.1 al 2.2.5.2			
Del 3.1.1 al 3.6.1.5			
Del 4.1.1. al 4.1.2			

Datos de Identificación del Experto:

Nombre y Apellido: Arly Leonel Zambrano B

Cédula de Identidad N° 8081595

Profesión: Geólogo General - Geólogo Orologero

Tiempo de experiencia: 35a.

Fecha de la validación: 11-11-2022

Firma: _____

Dr. Arly Leonel Zambrano B
Geólogo General - Orologero
INSUB 20.213 - CI 8.081.595

GUIA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Criterio: Validez de contenido, por medio de la claridad y congruencia de cada ítem.

Instrucciones: En las columnas claridad y congruencias indique con una "C" si considera correcta, o "I" si considera incorrecta, la relación de cada aspecto con el ítem en función de la variable correspondiente, si lo cree conveniente, agregue sus observaciones.

Ítems agrupados	Contenido		Observaciones
	Claridad	Congruencia	
Del 1.1.1 al 1.2.4	C	C	
Del 2.1.1 al 2.2.5.2	C	C	
Del 3.1.1 al 3.6.1.5	C	C	
Del 4.1.1. al 4.1.2	C	C	

Datos de Identificación del Experto:

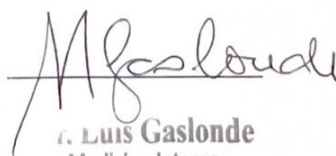
Nombre y Apellido: LUIS ROBERTO GASLONDE BETANCOURT

Cédula de Identidad N° 4887683

Profesión: MEDICO INTERNISTA BIOETICISTA

Tiempo de experiencia: 33 AÑOS

Fecha de la validación: 11-11-2022

Firma: 
L. Luis Gaslonde
 Medicina Interna
 C.I.: 4.887.683 MSAS: 26109

GUIA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Criterio: Validez de contenido, por medio de la claridad y congruencia de cada ítem.

Instrucciones: En las columnas claridad y congruencias indique con una "C" si considera correcta, o "I" si considera incorrecta, la relación de cada aspecto con el ítem en función de la variable correspondiente, si lo cree conveniente, agregue sus observaciones.

Ítems agrupados	Contenido		Observaciones
	Claridad	Congruencia	
Del 1.1.1 al 1.2.4	C	C	
Del 2.1.1 al 2.2.5.2	C	C	
Del 3.1.1 al 3.6.1.5	C	C	
Del 4.1.1. al 4.1.2	C	C	

Datos de Identificación del Experto:

Nombre y Apellido: Luis RODRIGUEZ

Cédula de Identidad N° 9.882.793

Profesión: CIRUJANO GENERAL

Tiempo de experiencia: 29.

Fecha de la validación: 11-11-22

aprobado
aprobado
26-05-2022

Firma: *[Firma manuscrita]*
Dr. Luis Rodríguez M
Cirujano General
C.I. 9.882.793 MSAS: 456
RFE: 42000000

[Firma manuscrita]
Dr. Luis Gaslonde
Medicina Interna
C.I.: 4.887.683 MSAS: 26109

ANEXO 3



Instrumentos utilizados para la recolección de datos

ANEXO 4



Pacientes con lesiones subjetivas de malignidad



ANEXO 5

Biopsias

Unidad de Anatomía Patológica
Dra. Mirce C. López de Requena
ANATOMOPATOLOGO

Leonarda La Cruz
C.I. 15566759

MUESTRA: 3290-22
Fecha de recepción: 29-08-22
Fecha de salida: 09-09-22
Material: Biopsia de región perianal.
Institución: ONCE TRECE/ALTAMIRA.
Médico tratante: Dr. Augusto Comegna.

INFORME

DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA:
Se recibe fijado en formol un (01) fragmento irregular. Mide 0.8x0.5cm. Es pardo claro y blando.
Se incluye completo para estudio histológico.



3290-22

DIAGNÓSTICO:
LESION EN REGION PERIANAL: BIOPSIA:

- Hallazgos histológicos compatibles con Condiloma Acuminado.
- Cambios coliticos sugestivos de infección por el Virus de Papiloma Humano (VPH).
- Inflamación crónica reagudizada severa esclerótica.
- Congestión vascular.
- Tejido de granulación.
- En la muestra examinada no se observa lesión neoplásica infiltrativa.


Dra. Mirce López
 Médico Anatomopatológico
 MSDS 67465 CMDC 2846

Centro Médico Quirúrgico
Requena López, C.A.
 RIF-J-41003562-5

ANATOMIA PATOLÓGICA Y CITOLÓGICA
Clínica Especialistas Unidos
Managua, R. Humilde La Candelaria
Teléfono: Celular 0814-275-9810
Central 0212-261-6921 - 581-6937 - Ext. 222

3290-22
10/09/22

Paciente: José Fernando Mendes
Edad: 51 Años
Biopsia: 591-22
Expediente: 9.696.035
Médico: Nahemí García
Clínica: Especialistas Unidos
Fecha/Solicitud: 03-10-22
Fecha/Resultado: 06-10-22
Muestra: Lesión Ano-rectal

Se reciben múltiples e irregulares fragmentos pardos-amarillentos de consistencia semifirme que ocupan un volumen de 1cms. Se incluye muestra completa para estudio histológico.

DIAGNÓSTICO:

- LESIÓN ANO-RECTAL: CARCINOMA ESCAMOCELULAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO.
- INFLITRANTE.
- GRADO HISTOLÓGICO: II.
- PRESENCIA DE PLEOMORFISMO NUCLEAR.
- PRESENCIA DE NECROSIS.
- PRESENCIA DE MITOSIS.
- HEMORRAGIA RECIENTE.
- INFILTRADO INFLAMATORIO MODERADO.


Dra. Mirce López
 Médico Anatomopatológico
 MSDS 67465 CMDC 2846

Unidad de Anatomía Patológica
Dra. Mirce C. López de Requena
ANATOMOPATOLOGO

MUESTRA: 30140-22
Fecha de recepción: 18-10-22
Fecha de salida: 23-10-22
Material: Citología de región anal.
Clínica: HOSPITAL VARGAS DE CARACAS.
Médico tratante: Dr. Augusto Comegna.

INFORME

DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA:
Se recibe un (1) extendido fijado en spray. Se colorea con el método de Papanicolaou.

CALIDAD DE LA MUESTRA:

CELULAS SUPERFICIALES ESCAMOSAS: SI	VIRUS: SI
CELULAS INTERMEDIAS ESCAMOSAS: SI	BACTERIAS: MIXTA
CELULAS PARABASILES ESCAMOSAS: NO	TRICHOMONAS VAGINALES: NO
CELULAS MUCOSAS RECTALES: ESCASAS	CANDIDAS: SI NO
MOCO: NO	CHLAMYDIA TRACHOMATIS: NO
INFILTRADO INFLAMATORIO: SI	HISTIOBIO: NO
ATROFIA: NO	

Satisfactorio para la evaluación.

INTERPRETACION, RESULTADOS:
LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO (LISL) Compatible con
infección por el virus de papiloma humano (VPH).
Se observan abundantes células epiteliales planas predominantemente superficiales con aumento de la relación núcleo-citoplasma, retracción citoplasmática y halo perinuclear. Leve a moderado exudado inflamatorio mixto inespecífico. Flora bacteriana mixta.


Dra. Mirce López
 Médico Anatomopatológico
 MSDS 67465 CMA 6044

Centro Médico Quirúrgico
Requena López, C.A.
 RIF-J-41003562-5



