UNIVERSIDAD DE MACHALA
"Calidad, Pertinencia y Calidez"

UNIDAD ACADEMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO DE TITULACION PREVIO LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

NIVELES DE CD4 EN PACIENTES CON VIH/SIDA RELACIONADO A LA PRESENTACION DE ENFERMEDADES OPORTUNISTAS. ATENDIDOS EN EL HOSPITAL TEOFILO DAVILA DE LA CIUDAD DE MACHALA EN EL AÑO 2013.

AUTORA:

ANDREA PAOLA ROMERO ROMERO

TUTORA

LCDA. SANDRA V. FALCONÍ PELÁEZ

MACHALA – EL ORO – ECUADOR

2014

CERTIFICACIÓN

LCDA. SANDRA V. FALCONÍ PELÁEZ

CERTIFICA:

Haber revisado el trabajo de titulación: **NIVELES DE CD4 EN PACIENTES CON VIH/SIDA RELACIONADO A LA PRESENTACION DE ENFERMEDADES OPORTUNISTAS. ATENDIDOS EN EL HOSPITAL TEOFILO DAVILA DE LA CIUDAD DE MACHALA EN EL AÑO 2013.** Cuya autora es la Egresada en Enfermería **ANDREA PAOLA ROMERO ROMERO** la que se encuentra con los requisitos técnicos estipulados por la carrera de Enfermería de la Unidad Académica de Ciencias Químicas y de la Salud por lo que autorizo su presentación.

LCDA. SANDRA V. FALCONÍ PELÁEZ

TUTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

RESPONSABILIDAD

Los criterios emitidos en el presente documento de Titulación, resultados, conclusiones, recomendaciones, análisis estadística vertidas en el presente trabajo de investigación son de exclusiva responsabilidad del autor.

ANDREA PAOLA ROMERO ROMERO

AUTORA

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTORÍA

Yo, **ANDREA PAOLA ROMERO ROMERO**, con número de cedula 0704619147, egresada de la carrera de Enfermería de la Unidad Académica de Ciencias Químicas y de la Salud de la Universidad Técnica de Machala, responsable de la presente memoria técnica científica titulada: **"NIVELES DE CD4 EN PACIENTES CON VIH/SIDA RELACIONADO A LA PRESENTACION DE ENFERMEDADES OPORTUNISTAS. ATENDIDOS EN EL HOSPITAL TEOFILO DAVILA DE LA CIUDAD DE MACHALA EN EL AÑO 2013."** certifico que la responsabilidad de la investigación, resultados y conclusiones del presente trabajo pertenecen exclusivamente a mi autoría, una vez que ha sido aprobado por mi tutora el trabajo de titulación autorizando su presentación.

Deslindo a la Universidad Técnica de Machala de cualquier delito de plagio y cedo mis derechos de autoría a la Universidad Técnica de Machala para que ella proceda a darle el uso que sea conveniente.

ANDREA PAOLA ROMERO ROMERO

C.I.:0704619147

AUTORA

DEDICATORIA

Dedico todo el esfuerzo y sacrificio de mis estudios de mi formación profesional y de este trabajo de investigación a Dios, Todopoderoso, Benévolo, lleno de Gracia para mí, Él que me guió me iluminó para seguir por el buen camino, camino de la lealtad de la responsabilidad y de la puntualidad, Él que me lleno de su Espíritu Santo para darme Sabiduría, Entendimiento en momentos difíciles quien me dio dos seres maravillosos para que con ayuda de Él me guíen por el bien mis queridos padres ustedes que se sacrificaron todo este tiempo y aun en la actualidad están conmigo apoyándome queriéndome y ahora que estoy llevando conmigo a un ser fruto del amor de mi querido esposo, nuestro hijo que llegó en el momento justo puesto por Dios para llenarnos de coraje de valentía para salir adelante y ser profesionales esto es por ustedes los amo.

ANDREA

AGRADECIMIENTO

Esta es la oportunidad para agradecer de todo corazón a las autoridades de esta prestigiosa institución la Universidad Técnica de Machala, por permitirme estar en sus aulas en aquel cuerpo de estudiando y ahora profesionales, gracias a las autoridades de la Unidad Académica de Ciencias Químicas y de la Salud por brindarme el apoyo requerido para estar entre los profesionales más humanísticos las enfermeras, agradezco a las autoridades de mi carrera de enfermería a su cuerpo docente quienes con su paciencia, con sus conocimientos me han formado como una enfermera, humanística, con alto nivel científico y tecnológico.

LA AUTORA

INDICE

PORTADA	I
CERTIFICACIÓN	II
RESPONSABILIDAD	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
ÍNDICE	VI
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
OBJETIVOS	6
HIPOTESIS	7
VARIABLES	7
JUSTIFICACIÓN	8

CAPÍTULO I: MARCO TEORICO

1.1. Generalidades

1.1.1. Definición VIH	10
1.1.2. Definición SIDA	11
1.1.3. Origen del VIH	13
1.1.4. Transmisión del VIH	13
1.1.5. Desarrollo del SIDA	16

1.1.6. Personas VIH positivas sin síntomas 17

1.1.7. Primeras etapas de la infección por VIH: signos y síntomas 18

1.1.8. Fase crónica o de latencia: signos y síntomas 19

1.1.9. SIDA: Signos y Síntomas 19

1.2. Enfermedades oportunistas

1.2.1. Tuberculosis 20

1.2.2. Neumonía por Pneumocystis Jiroveci 24

1.2.3. Encefalitis por Toxoplasma Gondii 27

1.2.4. Infecciones respiratorias de origen bacteriano 29

1.2.5. Infecciones intestinales de origen bacteriano 30

1.2.6. Infección por Bartonella 32

1.2.7. Criptococosis 33

1.2.8. Citomegalovirus (CMV) 36

1.2.9. Infección por el virus de papiloma virus humano (VPH) 39

1.2.10. Sífilis 40

1.2.11. Enfermedad de chagas 42

1.2.12. Infección diseminada por el complejo MycobacteriumAvium 44

1.3. Proceso de atención de enfermería

1.3.1. Generalidades 44

1.3.2. Terapia antirretroviral 47

1.3.3. Actividades 53

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

2.1. Diseño metodológico 55

2.2. Método técnica e instrumento 56

2.3. Plan de tabulación, presentación y análisis de datos 59

2.4. Operacionalización de variables 60

CAPÍTULO III : ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Análisis de los resultados

3.1.1. Resultados de la fase de investigación

CUADRO Nº 1: NIVELES DE CD4 DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA. 2013. 63

CUADRO Nº 2: EDAD RELACIONADA CON EL NIVEL DE CD4 EN PACIENTES CON VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA. 2013. 64

CUADRO Nº 3: EDAD RELACIONADA AL SEXO EN PACIENTES CON VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA. 2013. 65

CUADRO Nº 4: EDAD RELACIONADA A LA PRESENTACIÓN DE ENFERMEDADES OPORTUNISTAS EN PACIENTES CON VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA. 2013. 66

CUADRO Nº 5: EDAD RELACIONADA AL TIPO DE ENFERMEDADES OPORTUNISTAS EN PACIENTES CON VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA. 2013. 67

CUADRO Nº 6: EDAD RELACIONADA AL TIPO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA. 2013. 68

1 Resultados de la fase de intervención
1 Proceso 69
2 Producto 73
3 Impacto 79

CONCLUSIONES 80

RECOMENDACIONES 81

BIBLIOGRAFIA 82

ANEXOS

Anexo 1Cronograma

Anexo 2 Presupuesto

Anexo 3 Instrumento de encuesta

Anexo 4 Pre test

Anexo 5 Post test

Anexo 6 Evaluación del proceso

Anexo 7 Programa de intervención

Anexo 8 Agenda de capacitación

Anexo 9 Cronograma de charla educativa

RESUMEN

Se realizó la siguiente investigación a razón de observar como los pacientes con VIH atendidos en el hospital Teófilo Dávila terminan en etapa SIDA en un periodo corto, motivo por el cual se decidió realizar el estudio que tuvo como objetivo general: Determinar los niveles de CD4 en pacientes con VIH/SIDA relacionado a la presentación de enfermedades oportunistas. Atendidos en el Hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala, en el año 2013. Se estudiaron y se dio valor a las siguientes variables; número de pacientes con enfermedades oportunistas, características personales, tipo de enfermedades oportunistas, terapia antiretroviral utilizada, la población estuvo conformada por 84 pacientes de los cuales se midió las variables propiamente dicha anteriormente, el desarrollo metodológico se dio en tres fases la primera que es la de investigación donde se realizó el levantamiento de datos por medio de la observación directa de las historias clínicas, utilizando un cuestionario donde se describen las variables anteriores, una vez analizados los datos por tablas y cuadros de doble entrada mediante porcentaje, se realizó en la segunda etapa que es de intervención una propuesta educativa dirigida al grupo de pacientes con VIH/SIDA que acuden al hospital Teófilo Dávila sobre la prevención de enfermedades oportunistas, en la tercera fase se evalúo el plan educativo siendo de gran provecho para los beneficiarios, el mismo que fue evaluado por proceso, producto e impacto.

INTRODUCCION

El VIH/SIDA consiste en la incapacidad del sistema inmunitario para hacer frente a las infecciones y otros procesos patológicos y se desarrolla cuando el nivel de linfocitos T CD4 desciende por debajo de 200 células por mililitro de sangre. (Benítez m. 2013). (1)

Las enfermedades oportunistas en los portadores del VIH son el producto de dos factores: La falta de defensas inmunitarias a causa del virus, y la presencia de microbios y otros patógenos en su entorno cotidiano. Entre las infecciones y enfermedades oportunistas más frecuentes en el mundo figuran: enfermedades bacterianas, enfermedades protozoarias, enfermedades micóticas y enfermedades víricas. (Rezabala E. 2012). (2)

De acuerdo con el reporte mundial sobre la epidemia elaborado por ONUSIDA, a finales del año 2010 existían 34 millones de personas viviendo con VIH en el mundo. En 7 países, 5 de ellos en Europa Oriental y Asia Central, la incidencia del VIH aumento en más del 25% entre 2001 y 2009. (UNAIDS. 2010). (3)

Según datos de ONUSIDA, la prevalencia del VIH en población adulta en América Latina está estimada en 0,4%. En poblaciones trans se ha reportado hasta 34% de infección por el VIH en hombres que tienen sexo con hombres, la prevalencia del VIH puede llegar a 20,3% y es superior a 5% en todos los países de la región. En trabajadoras sexuales, la prevalencia del VIH

en los países de América Latina llega hasta el 4,9%. Pero en los trabajadores sexuales masculinos, la prevalencia del VIH puede alcanzar el 22,8%. En personas usuarias de drogas intravenosas, la prevalencia del VIH supera el 5%. (Ministerio De Salud Pública. 2011). (4)

En el año 2008 ONUSIDA reporta una prevalencia del VIH en el Ecuador que oscila entre 0,1% y 0,5%. Según datos epidemiológicos del Programa Nacional del VIH/SIDA, la epidemia continua siendo de tipo concentrada, debido a una prevalencia mayor al 5% en poblaciones específicas como los hombres que tienen sexo con otros hombres (19%), y una prevalencia menor al 1% en población general (embarazadas 0,18%). En el país además se tienen datos de prevalencia en otros sectores como las trabajadoras sexuales (3,4%) y población privada de libertad (0,4%). (Ministerio de Salud Pública. 2011). (4)

El 83,15% de los casos VIH pertenece al grupo etario de 15-54 años y el 82,86% de los casos SIDA está en el grupo de 20-49 años. Al final del 2010 6765 personas que vivían con VIH estaban recibiendo tratamiento antirretroviral. (Ministerio de Salud Pública. 2013). (5)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Ecuador según datos del Ministerio de Salud Pública para el año 2012 se presentaron 2723 casos de hombres y 1028 de mujeres dando un total de 3751 con VIH/SIDA de los que se han presentado 721 defunciones, según el número de pacientes con tratamiento antirretroviral en la actualidad de 9403 pacientes el 2,7% pertenecen a la provincia de El Oro denotando el riesgo de los pacientes en presentar enfermedades oportunistas por no mantener un tratamiento oportuno antirretroviral y observándose un aumento de casos en comparación de cada año la situación se agrava cuando se relaciona a factores socioeconómicos, hábitos nocivos como; fumar, beber alcohol, hábitos inadecuados de alimentación, lo cual favorece a la depresión del sistema inmunológico dando oportunidad a enfermedades tales como: neumonía, micosis, cáncer, tuberculosis; siendo estas las más presentes en este tipo de pacientes. Tornando así una situación con problemas en el sector salud por los gastos que se dan en el tratamiento, un problema socioeconómico por la discriminación de esto pacientes y al mismo tiempo el gasto económico para mantener estilos adecuados de vida, motivo por el cual se consideró importante la realización de esta tesis la misma que pretende determinar y relacionar el nivel de CD4 con la presentación de enfermedades oportunistas.

FORMULACION DEL PROBLEMA

- ¿Que niveles de CD4 se relaciona a la presentación de enfermedades oportunistas en pacientes con VIH/SIDA que son atendidos en el Hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala en el año 2013?

SISTEMATIZACION

- ¿Qué número de pacientes con VIH/SIDA presentaron enfermedades oportunistas?
- ¿Cuáles son las características personales de los pacientes con VIH/SIDA que presentaron enfermedades oportunistas?
- ¿Qué tipo de enfermedades oportunistas presentaron los pacientes con VIH/SIDA?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar los niveles de CD4 de los pacientes que presentan VIH/SIDA con presencia de enfermedades oportunistas. Atendidos en el Hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala, en el año 2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar el número de pacientes con VIH/SIDA que presentaron enfermedades oportunistas.
- Identificar las características personales de los pacientes con VIH/SIDA que presentaron enfermedades oportunistas.
- Clasificar el tipo de enfermedades oportunistas que presentaron los pacientes con VIH/SIDA en terapia antirretroviral.
- Determinar el tipo de antiretrovirales utilizados en los pacientes con Sida.
- Proponer un plan educativo sobre la prevención de enfermedades oportunistas en pacientes con SIDA mediante los estilos de vida adecuados.

HIPÓTESIS

El número de pacientes con VIH/sida que presentaron enfermedades oportunistas están sujetos al nivel de CD4 asociado a las características individuales.

VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Características personales
- Número de pacientes

VARIABLES DEPENDIENTES

- Nivel de CD4
- VIH/SIDA
- Enfermedades oportunistas

JUSTIFICACIÓN

Constatar cambios en el curso clínico de la infección VIH a lo largo del tiempo, tanto en lo que se refiere a los diversos eventos asociados al SIDA como a la supervivencia, indirectamente refleja el nivel de cuidados de salud proporcionados por los sistemas sanitarios, el grado de implantación y cumplimiento de las medidas preventivas y terapéuticas y la accesibilidad de la población a estos recursos. Se ha señalado también, que la actuación médica y experiencia profesional en el manejo de estos enfermos son factores que influyen en la morbimortalidad.

Además, como consecuencia de la efectividad de los tratamientos, es importante identificar y cuantificar los procesos morbosos que puedan ocurrir en individuos con prolongada supervivencia y más avanzada inmunodepresión, para priorizar las enfermedades que han de ser objeto de prevención o diagnóstico precoz. Por último, monitorizar los cambios en el perfil clínico a nivel local o regional permite promover líneas de investigación y planificar las necesidades sanitarias.

En vista de la problemática antes mencionada surgió la inquietud para realizar esta tesis acorde con los avances científicos, tecnológicos y culturales que exige la globalización y el nivel superior. Así mismo, complementariamente es conveniente porque desde que inicio la enfermedad del SIDA a nivel mundial ha sido una explosión por la forma en que se han ido incrementando los casos al no tener presentes los conocimientos, los jóvenes no aplican las medidas preventivas, aumentando el riesgo de adquirir la enfermedad.

La investigación es factible porque se cuenta, con la documentación bibliográfica necesaria para sustentar la parte científica de la tesis y además la autorización de las autoridades del Hospital Teófilo Dávila (HTD).

Se pretende con este estudio brindar conocimientos, tratando de que sean útiles a quienes lean este trabajo, siendo la primera y principal finalidad la de determinar los niveles de CD4 en pacientes con VIH/SIDA relacionado a la presentación de enfermedades oportunistas atendidos en el Hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala en el año 2013.

CAPITULO I: MARCO TEORICO

1.1. Generalidades

1.1.1. Definición de VIH

Para entender qué es el VIH, vamos a desglosar la palabra VIH:

- **V – Virus**: Un virus sólo pueden reproducirse a sí mismo al hacerse cargo de una célula en el cuerpo de su huésped.

- **I – Inmunodeficiencia**: El VIH debilita el sistema inmunológico mediante la destrucción de células importantes que combaten enfermedades e infecciones. El "deficiente" sistema inmunológico no puede proteger a la persona de otras infecciones y/o enfermedades como el cáncer.

- **H – Humana**: Este virus en particular sólo puede infectar a los seres humanos.

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es muy similar a otros virus, incluyendo aquellos que causan la "gripe" o el resfriado común. Pero hay una diferencia importante - con el tiempo, su sistema inmunológico puede eliminar la mayoría de los virus de su cuerpo. Ese no es el caso con el VIH - el sistema inmune humano parece que no puede deshacerse de él. Los científicos todavía están tratando de averiguar por qué?

Sabemos que el VIH puede ocultarse durante largos períodos de tiempo en las células del cuerpo y que ataca a una parte clave de su sistema inmunológico - las células T o células CD4. El cuerpo necesita estas células para luchar contra las infecciones y las enfermedades, pero el VIH les invade, las usa para hacer más copias de sí mismo, y luego las destruye.

Con el tiempo, el VIH puede destruir muchos de las células CD4, a tal punto que el cuerpo no puede combatir las infecciones y las enfermedades. Cuando eso ocurre, la infección por el VIH puede causar el SIDA.

1.1.2. Definición de SIDA

Para comprender qué es el sida, vamos a desglosar la palabra SIDA:

- **S – Síndrome**: Un síndrome es un conjunto de síntomas y signos de la enfermedad. SIDA es un síndrome, en lugar de una sola enfermedad, debido a que es una enfermedad compleja con una amplia gama de complicaciones y síntomas.

- **I – Inmuno**: El sistema inmunológico del cuerpo incluye todos los órganos y células que trabajan para combatir la infección o la enfermedad.

- **D – Deficiencia**: La persona desarrolla SIDA cuando su sistema inmunológico es "deficiente", o no funciona como debería.

- **A – Adquirida**: SIDA no es algo que se hereda de los padres. La persona adquiere SIDA después del nacimiento.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es la etapa final de la infección por VIH. Las personas en esta etapa de la infección por VIH tienen dañado el sistema inmunológico, lo que los pone en riesgo de contraer infecciones oportunistas.

Se hace el diagnóstico de SIDA si tiene una o más infecciones oportunistas específicas, ciertos tipos de cáncer, o un número muy bajo de células CD4. Si el paciente infectado con VIH desarrolla SIDA, necesitará la intervención médica y tratamiento para prevenir la muerte.

1.1.3. Origen del VIH

Los científicos creen que el VIH proviene de un determinado tipo de chimpancé en África occidental. Los seres humanos probablemente entraron en contacto con el VIH

cuando cazaban y comían los animales infectados. Estudios recientes indican que el VIH puede haber pasado de los monos a los seres humanos a finales de 1800.

1.1.4. Transmisión del VIH

El VIH se encuentra en determinados fluidos del cuerpo humano. Si cualquiera de estos fluidos entra en su cuerpo, usted puede infectarse con el VIH.

Cuáles fluidos del cuerpo contienen el VIH

El VIH vive y se reproduce en la sangre y otros fluidos corporales. Sabemos que los siguientes fluidos pueden contener altos niveles de VIH:

- Sangre
- El semen
- Fluido pre-seminal (pre-eyaculatorio)
- La leche materna
- Fluidos vaginales
- Fluido mucoso proveniente del recto y/o ano.

Otros fluidos corporales y productos de desecho como las heces, fluido nasal, la saliva, el sudor, las lágrimas, la orina o en el vómito no contienen suficiente VIH para infectar, a menos que tengan sangre mezclada en ellos y la persona tenga un contacto significativo y directo con ellos.

Los trabajadores de la salud pueden estar expuestos a algunos otros fluidos corporales con altas concentraciones de VIH, incluyendo:

- El líquido amniótico
- El líquido cefalorraquídeo
- El líquido sinovial

Cómo se transmite el VIH través de fluidos corporales

El VIH se transmite a través de fluidos corporales en formas muy específicas:

- **Durante el contacto sexual:** Cuando una persona tiene sexo anal, oral o vaginal con una pareja, lo normal es que tenga contacto con los fluidos del cuerpo de su pareja. Si su pareja

tiene VIH, los virus presentes en los fluidos corporales pueden entrar en el torrente sanguíneo a través de roturas microscópicas o roturas en los revestimientos delicados de la vagina, la vulva, el pene, el recto o la boca. Rasgaduras en estas áreas son muy comunes y pasan desapercibidas. El VIH también puede entrar a través de heridas abiertas, como las causadas por el herpes o la sífilis si los fluidos corporales infectados con VIH entran en contacto con ellas. Si la persona sufre de una enfermedad de transmisión sexual (ETS) tiene mayor riesgo de contraer la infección por el VIH.

- **Durante el embarazo, el parto o la lactancia:** Los bebés tienen contacto constante con líquidos con alta concentración de VIH del cuerpo de su madre, incluyendo el líquido amniótico y la sangre durante el embarazo y el parto. Después del nacimiento, los bebés pueden contraer el VIH por beber leche materna infectada.

- **Como resultado de la inyección de drogas:** Las drogas intravenosas ponen a la persona en contacto con la sangre de otras personas cuando se comparte agujas. Las agujas o medicamentos que están contaminados con sangre infectada con VIH pueden hacer entrar directamente el virus en el cuerpo.

- **Como resultado de la exposición profesional:** Los trabajadores de la salud tienen el mayor riesgo de este tipo de transmisión del VIH. Los trabajadores que trabajan en un centro de salud, pueden entrar en contacto con sangre infectada u otros fluidos a través de pinchazos o cortes. Unos pocos trabajadores de la salud se han infectado cuando los fluidos del cuerpo han salpicado en los ojos, la boca o en una herida abierta.

- **Como resultado de una transfusión de sangre con sangre infectada o un trasplante de órganos de un donante infectado:** los requisitos de detección del VIH en los Bancos de Sangre hacen muy rara estas formas de transmisión del VIH.

1.1.5. Desarrollo del SIDA

El SIDA es la etapa avanzada de la infección por VIH, se desarrolla cuando el sistema inmunológico de una persona está gravemente dañado y tiene dificultad para combatir las enfermedades y ciertos tipos de cáncer. Antes del desarrollo de los medicamentos antirretrovirales, las personas con el VIH podían progresar a SIDA en tan sólo unos pocos años. En la actualidad, las personas pueden vivir mucho más tiempo - incluso décadas - con el VIH antes de desarrollar SIDA. Esto es debido a las combinaciones de medicamentos antirretrovirales que se introdujeron a mediados de 1990.

1.1.6. Personas VIH positivas sin síntomas

Muchas personas que son VIH positivas no tienen síntomas de la infección por el VIH. A menudo las personas sólo comienzan a sentirse enfermas cuando ellos progresan hacia el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). A veces las personas que viven con el VIH pasan por períodos de estar enfermas y luego se sientan bien.El VIH puede causar que a veces la gente se sienta enferma; no obstante, la mayoría de los

síntomas y las enfermedades graves de la enfermedad del VIH provienen de las infecciones oportunistas que atacan el sistema inmunológico dañado. Es importante recordar que algunos de los síntomas de la infección por el VIH son similares a los síntomas de muchas otras enfermedades comunes, como la gripe o infecciones respiratorias o gastrointestinales.

1.1.7. Primeras etapas de la infección por VIH: signos y síntomas

A las 2-4 semanas después de la exposición al VIH (pero hasta 3 meses después), las personas pueden experimentar una enfermedad aguda, a menudo descrito como "la peor gripe de siempre". Esto se conoce como síndrome retroviral agudo (ARS), o infección primaria o aguda por VIH, y es la respuesta natural del cuerpo a la infección por VIH. Durante la infección primaria por VIH, hay niveles más altos de virus circulantes en la sangre, lo que significa que la gente puede transmitir más fácilmente el virus a otras personas.

Los síntomas pueden incluir:

- Fiebre
- Escalofríos

- Erupción
- Sudores nocturnos
- Dolores musculares
- Dolor de garganta
- Fatiga
- Inflamación de los ganglios linfáticos
- Úlceras en la boca

Es importante recordar, sin embargo, que no toda persona desarrolla síndrome retroviral agudo cuando se infectan con el VIH.

1.1.8. **Fase crónica o de latencia: signos y síntomas**

Después de la infección inicial y la seroconversión, el virus se vuelve menos activo en el cuerpo, a pesar de que todavía está presente. Durante este período, muchas personas no presentan ningún síntoma de la infección por el VIH. Este período se llama fase "crónica" o de "latencia". Este período puede durar hasta 10 años (a veces más).

1.1.9. SIDA: Signos y Síntomas

Cuando la infección por VIH se convierte en SIDA, muchas personas comienzan a sufrir de fatiga, diarrea, náuseas, vómitos, fiebre, escalofríos, sudores nocturnos, e incluso el síndrome de desgaste en las etapas finales.

Muchos de los signos y síntomas del SIDA provienen de las infecciones oportunistas que se producen en pacientes con un sistema inmune dañado.

1.2. ENFERMEDADES OPORTUNISTAS

1.2.1. Tuberculosis

Diagnóstico

La TBC en el paciente con infección por VIH representa una infección primaria en 1/3 de los casos, y una reactivación de infección latente en 2/3 de ellos. A su vez, causa la muerte en 13% de los pacientes infectados por VIH, según la OMS.

En los individuos con inmunidad relativamente preservada (linfocitos T-CD4 > 350 céls/mL), las manifestaciones clínicas de TBC son similares a las de los pacientes seronegativos para VIH: compromiso pulmonar predominante, fiebre y sudoración prolongada, tos y, ocasional expectoración hemoptoica por más de dos semanas, radiografía de tórax con infiltrados nodulares apicales, con o sin cavernas. En los pacientes con mayor inmunosupresión, los patrones radiográficos pueden ser de cualquier tipo, incluyendo compromiso intersticial, miliar e incluso imágenes normales, requiriendo diagnóstico diferencial con micobacterias atípicas. La TBC extra-pulmonar como linfadenitis, pleuritis, pericarditis, meningitis y septicemia, es más frecuente en los pacientes con infección por VIH, por lo que se la debe buscar dirigidamente. En pacientes asintomáticos, la TBC puede manifestarse como parte del SRI, incluso con sólo siete días de TARV.

El diagnóstico se establece de acuerdo al estadio de la TBC.

Tuberculosis latente: Se diagnostica mediante el test cutáneo de tuberculina por el método de Mantoux, ampliamente conocido y que consiste en la aplicación de 0,1 mL intradérmico del derivado proteico purificado (PPD) de 5 U, siendo positiva una induración > 5 mm (especificidad 56-95%). Una prueba alternativa que se deberá usar con mayor frecuencia en el futuro es la medición de IFN gamma (QuantiFERON y TBSpot) específico para péptidos de Mycobacterium tuberculosis (especificidad 92-97%), que tiene menor reactividad cruzada con la cepa del BCG (bacilo de Calmette-Guérin) u otras micobacterias no tuberculosas.

Tuberculosis activa: Para su diagnóstico debe obtenerse una muestra del sitio de la infección (v.g. esputo, ganglio, serosa, hueso, LCR) para tinción ácido-alcohol resistente, cultivo en medios automatizados, cuyo resultado está en una a tres semanas y cultivo en medio clásico (Lowenstein-Jenssen) que tarda entre tres y ocho semanas. La muestra de expectoración se debe obtener en tres ocasiones, idealmente en la mañana, a días alternos y procesar bajo el método de concentración, que incrementa significativamente la sensibilidad de la baciloscopia. No se recomienda pruebas para TBC latente por el alto porcentaje (25%) de falsos negativos.

La determinación de adenosindeaminasa (ADA) en el diagnóstico de TBC extra-pulmonar es ampliamente usada en nuestro medio; valores superiores a 7, 36, 40 y 80 UI/mL son utilizados para el diagnóstico de TBC meníngea, peritoneal, peri-cárdica y

pleural, respectivamente. La RPC se debería aplicar en todo espécimen en que se busque TBC pero, debido a la presencia de falsos negativos, su resultado debe manejarse con cautela. Un resultado positivo nos obliga a iniciar el tratamiento respectivo. Ante un cultivo positivo, siempre es necesario realizar estudio de susceptibilidad in vitro para los fármacos de primera línea.

Debe repetirse los cultivos y realizarse estudio de sensibilidad para fármacos anti TBC de segunda línea en las siguientes situaciones: pacientes con terapia antituberculosa previa, contacto de pacientes con enfermedad tuberculosa resistente a la terapia, resistencia demostrada a cualquiera de los fármacos de primera línea, cultivos positivos luego de tres meses de tratamiento o que vuelven a ser positivo luego de un mes o más de haberse negativi-zado, provenir de regiones con alta prevalencia de TBC multi-resistente (MR) o extensamente resistente (ER). Se considera fracaso al tratamiento según la norma ministerial: la persistencia de baciloscopias positivas a los cuatro meses de tratamiento (18 semanas); sin embargo, este hecho no es infrecuente en paciente con infección por VIH y no VIH con TBC pulmonar y/o ganglionar, y no necesariamente representa un fracaso[38]. Cuando la TBC es diagnosticada o se sospecha con un sustento clínico válido, el tratamiento debe ser iniciado inmediatamente y no esperar el resultado de las pruebas confirmatorias. Este enfoque facilita la muerte rápida del bacilo de Koch, previene la emergencia de cepas resistentes y disminuye el período de contagiosidad.

Tratamiento

La terapia anti-tuberculosa en el paciente con infección por VIH debe ser más intensiva y prolongada (AI). Las principales modificaciones que se introducen hacen referencia al uso constante, sin excepción, de cuatro fármacos en la fase de inducción, el cambio de fase bisemanal a trisemanal, con el ajuste respectivo de dosis, y a los tiempos de tratamiento más prolongados. Estas modificaciones representan una propuesta para ser analizada y difieren de las guías nacionales. En Ecuador, el tratamiento de la TBC en pacientes seropositivos para VIH e inmunocompetentes no difiere y consiste en isoniazida (HIN), rifampicina (RFP), pirazinamida (PZ) y etambutol (ETB) por 50 dosis (2 meses) seguido de HIN y RFP por 32 dosis (4 meses) en la TBC bacilífera. En la TBC extra-pulmonar con bacteriología negativa es similar, con la sola excepción de ETB que no se usa. Debe recordarse siempre adicionar piridoxina a la HIN y corticosteroides para TBC pericárdica y meníngea. El inicio de TARV debe ser aplazado para luego de la fase de inducción o diaria en el caso de la meningitis tuberculosa. En el paciente en terapia antituberculosa existen situaciones especiales relacionadas a interacciones con la TARV y el creciente fenómeno de resistencia a los fármacos anti-tuberculosos.

1.2.2. Neumonía por Pneumocystis Jiroveci (PCP)

Diagnóstico

Esta IO se caracteriza por falla respiratoria subaguda, fiebre, tos no productiva y molestias torácicas inespecíficas, de días a semanas de evolución. Puede presentarse únicamente con fiebre. El examen físico pulmonar suele ser anodino y en ocasiones no hay ningún signo. En los casos graves existe hipoxemia (PO_2<70 mmHg) que se traduce inicialmente por un descenso en la saturación de oxígeno ante el ejercicio leve, lo que nos demuestra un gradiente alveolo-arterial de O_2 anormal. El neumotórax es una complicación asociada frecuente de los cuadros graves.

La enzima lactato deshidrogenasa (LDH) en sangre puede estar elevada más de tres veces sobre el valor normal, lo cual es altamente sensible pero poco específico[2]. La proteína C reactiva (PCR) suele ser baja cuando no existe co-infección por otros agentes infecciosos. La radiografía de tórax muestra infiltrados intersticiales bilaterales "en alas de mariposa", pero puede tener patrones variables con presencia de nódulos, bulas o cualquier tipo de patrón radiológico. La TAC de pulmón demuestra, clásicamente, imágenes en vidrio esmerilado o de "árbol en brote".

Entre 13 y 18% de los pacientes con neumonía por P. jiroveci tienen una co-infección: neumonía bacteriana, tuberculosis (TBC) o sarcoma de Kaposi.

El método clásico de diagnóstico es por medio de la expectoración inducida o el lavado bronco-alveolar. Las tinciones utilizadas pueden ser Giemsa o Wright (útil para quistes

y trofozoitos pero no tiñen la pared), GomoriGrocottmetenamina de plata o Gram (tiñen la pared del quiste). La búsqueda de P. jiroveci con estas tinciones es operador dependiente y es necesario tener experiencia para descartar la presencia del agente. La inmunofluorescencia directa es una técnica más sensible y no depende del operador. Las técnicas de biología molecular, como la reacción de polimerasa en cadena (RPC), resultan promisorias para la identificación de P. jiroveci; sin embargo, hay que recordar que un porcentaje no despreciable de la población está colonizada con este microorganismo.

Tratamiento

No se debe aplazar el tratamiento de la neumonía por P jiroveci a la espera de detectar el agente etiológico; en algunos casos se puede rescatar el agente aún después de semanas de tratamiento La terapia anti-retroviral (TARV) debe iniciarse precozmente en los pacientes con neumonía por P. jiroveci leve a moderada y luego de las primeras dos semanas de tratamiento en los casos más graves y que requieren de ventilación mecánica[7]. El fármaco de elección para el tratamiento de la neumonía por P jiroveci es la combinación de trimetoprim y sulfametoxazol (cotrimoxazol) (AI) que ha sido ampliamente probado y tiene presentación iv para aquellos casos más graves que

requieren manejo en una unidad de pacientes críticos. Los caminos a seguir en caso de alergia al cotrimoxazol es desensibilizar o recurrir a una alternativa consistente en primaquina y clindamicinaBI. En los casos graves con falla respiratoria (PaO_2< 70 mmHg) es perentorio el uso de corticosteroides que pueden representar en ciertas instancias la acción terapéutica más importante para recuperar al paciente.

1.2.3. Encefalitis por Toxoplasma Gondii

Diagnóstico

La toxoplasmosis cerebral (TC) se presenta en pacientes con intensa inmunodepresión; el grupo de mayor riesgo es de aquellos pacientes con recuento de linfocitos T-CD4 < 50 céls/mL y es inusual encontrarla en aquellos con > 200 linfocitos T-CD4 céls/mL[1]. El diagnóstico se establece por un cuadro clínico compatible: cefalea, confusión, trastorno motor/sensitivo, crisis convulsivas y ocasionalmente fiebre. En la TAC de cerebro se pueden ver tres tipos de lesiones que ocurren en 1/3 de las veces cada una: lesiones solitarias, dos a cinco lesiones o múltiples lesiones. El 90% de los casos capta contraste en anillo, de modo regular. El principal diagnóstico diferencial se realiza con el linfoma primario del SNC (LPSNC) que en 25 a 50% de las veces puede ser multicéntrico; sin embargo, las lesiones de la TC suelen ser más pequeñas, homogéneas, con captación de contraste regular y menos edema que las lesiones por LPSNC. La IgG para Toxoplasma gondiisuele ser positiva, prácticamente en la totalidad de los pacientes infectados con

VIH, de modo que observar un incremento en los títulos de esta inmunoglobulina respecto de un examen basal previo puede ser de utilidad. Es excepcional la TC en pacientes con IgG para Toxoplasma sp negativa debido a que esta IO, en la mayoría de casos, obedece a una reactivación de una infección latente y por este hecho la IgM no es de utilidad. La RPC para T. gondiies altamente específica (96-100%) pero su baja sensibilidad (50%) limita su uso práctico y además, una vez que se ha instaurado el tratamiento se torna negativa rápidamente. En la práctica habitual el diagnóstico se establece por la presentación clínica y las imágenes. Se parte con terapia, las lesiones suelen disminuir ostensiblemente o desaparecer en el lapso de dos a cuatro semanas. Ante la persistencia de lesiones se indicará biopsia cerebral estereotáxica y posterior estudio de la muestra de tejido con tinción con hematoxilina-eosina o inmunoperoxidasa. La RPC en LCR para virus de Epstein Barr y técnicas imagenológicas como la tomografía por emisión de fotones individuales (SPECT -de sus siglas en inglés-) o la tomografía por emisión de positrones (PET -de sus siglas en inglés-) ayudan a diferenciar la TC del LPSNC.

Tratamiento

Clásica y de elección es la asociación de pirimetamina y sulfadiazina (A1) acompañadas de ácido folínico; sin embargo, existe evidencia reciente de igual eficacia y seguridad con el uso de cotrimoxazol (AII). Pirimetamina es el fármaco que mejor penetra al SNC; por otra parte, cotrimoxazol es el único que posee presentación endovenosa y está

disponible en nuestro país por lo que, para un paciente crítico con TC debería ser de elección. Importa además la cantidad de comprimidos diarios a tomar por el paciente, que podría llegar hasta 15 al día en los esquemas clásicos versus cuatro o seis si se emplea cotrimoxazol. El tratamiento alternativo consiste en pirimetamina conjuntamente con clindamicina, atovaquona o azitromicina.

1.2.4. Infecciones respiratorias de origen bacteriano

Diagnóstico

Las infecciones bacterianas respiratorias son dos a tres veces más frecuentes en el paciente infectado con VIH y representan con frecuencia el debut de la etapa SIDA. Las consideraciones respecto al agente etiológico, diagnóstico y tratamiento son prácticamente las mismas de los pacientes inmunocompetentes, con algunas diferencias relevantes. Hay mayor incidencia de bacteriemia en la neumonía adquirida en la

comunidad (NAC) por Streptococcuspneumoniae, (> 100 veces) es más frecuente la presencia de Pseudomonasaeruginosa y Staphylococcusaureusy los microorganismos atípicos como Legionellaspp, Mycoplasmapneumoniaey Chlamydia spp, son inhabituales, lo que debe considerarse el momento de las decisiones terapéutica. Debe hacerse el mayor esfuerzo por definir el agente etiológico, dada la mayor incidencia de TBC y la capacidad de co-infeccción con otros agentes que es más frecuente en el paciente sero-positivo para VIH. Es imprescindible realizar tinción de Gram y cultivo de la expectoración y tomar hemocultivos.

Tratamiento

Los criterios clínicos para catalogar la NAC corresponden a las normas del Ministerio de Salud (MINSAL), las que definen tres escenarios, basadas en las guías británicas de manejo de NAC. Los β-lactámicos asociados a macrólidos son la terapia de elección. El tratamiento debe ajustarse al agente etiológico aislado. Si la etiología es S. aureus, son opciones válidas clindamicina, vancomicina o linezolid. En el caso de P. aeruginosa, cefoperazona/sulbactam, imipenem o meropenen + levofloxacina, ciprofloxacina o aminoglucósidos. La duración de la terapia dependerá de los criterios clínicos

asociados, no debiendo ser nunca menor a una semana y siempre de dos semanas o más en el caso de bacteriemia asociada.

1.2.5. Infecciones intestinales de origen bacteriano

Diagnóstico

Los agentes etiológicos son, en general, los mismos que en el individuo inmunocompetentes pero su incidencia es mayor (20 a 100 veces) que en el paciente no portador de VIH. Pueden ser leves y auto-limitadas o asociarse a un síndrome disentérico, con fiebre, diarrea sanguinolenta, baja de peso y bacteriemia. Pueden tener, además, localizaciones extra-intestinales y manifestarse como fiebre prolongada e incluso meningitis. Tienen mal pronóstico si se asocian a intensa inmunosupresión con recuento de linfocitos T-CD4 inferior a 100 céls/mL y las recaídas son más frecuentes especialmente en la salmonelosis.

El diagnóstico se establece por coprocultivo y hemocultivos. La colonoscopia puede demostrar lesiones ulceradas similares a las producidas por citomegalovirus (CMV).

Tratamiento

Las principales causas de diarrea bacteriana y su tratamiento se señalan en la Tabla 17. Las fluoroquinolonas, y en especial ciprofloxacina, son el tratamiento de elección (AIII). Azitromicina y las cefalosporinas de tercera generación representan una alternativa.

1.2.6. Infección por Bartonella

Diagnóstico

La bartonelosis representa la infección por Bartonella quintana o B. henselae. El agente causal se puede sospechar por antecedentes epidemiológicos. Habitualmente B. quintana ocurre en estratos socio-económicos bajos, vagabundos, alcohólicos y con

pediculosis corporal. Sus manifestaciones clínicas son angiomatosis bacilar, compromiso óseo y subcutáneo. En cambio, B. henselaese asocia a la mordedura o arañazo de gato. Puede presentarse como una enfermedad por arañazo de gato o puede tener manifestaciones extra ganglionares como peliosis hepática y endocarditis. La peliosis hepática tiene características propias en la TAC de abdomen como son la formación de lagos vasculares hepáticos, hipodensos, de 1 a 5 cm de diámetro, con captación ocasional de contraste y sin efecto de más. El diagnóstico se establece por estudio anátomo-patológico de la lesión, la que debe diferenciarse principalmente del sarcoma de Kaposi. Se confirma mediante serología IgG cuantitativa (sensibilidad 90-97%) y RPC en tejido (sensibilidad 100%). La endocarditis por bartonela se acompaña de títulos de anticuerpos >1:800.

Tratamiento

El manejo de la bartonelosis se expone en la Tabla 19. Doxiciclina y eritromicina son la terapia de elección(AII). Para las infecciones graves es necesario emplear doxiciclina iv, difícil de conseguir en Chile; se puede recurrir como alternativa, a ceftriaxona en altas dosis.

1.2.7. Criptococosis

Diagnóstico

Se manifiesta principalmente como meningitis o meningo-encefalitis y se caracteriza por fiebre, cefalea y compromiso del estado general. Los signos clásicos de rigidez de nuca y fotofobia son menos habituales (25-30%) que en la meningitis bacteriana aguda. El compromiso de funciones mentales superiores y del nivel de conciencia es poco frecuente y se ven más bien en etapas tardías de la enfermedad.

El LCR puede ser normal o mostrar alteraciones discretas: proteínas elevadas, glucosa baja o normal e incremento de la celularidad a expensas de linfocitos. Se ha descrito recientemente la asociación de LCR poco inflamatorio (leucocitos < 25 céls/mL y proteínas < 50 mg/dL) con mayor riesgo de desarrollo de un síndrome de reconstitución inmune (SRI). La presión de apertura es elevada en 75% de los pacientes y rebasa los 20 cm de H_2O; esto se manifiesta durante el procedimiento de punción lumbar (PL) por un goteo acelerado de LCR.

La presencia de Cryptococcusspp en el LCR representa la diseminación de una enfermedad sistémica, de modo que se puede tener concomitantemente fungemia con hemocultivos positivos (75%), compromiso cutáneo (similar a lesiones de

Molluscumcontagiosum) e invasión pulmonar. La tinción de Gram o la tinta china son positivas para levaduras pero su sensibilidad es de ~70 a 80% y depende de la carga fúngica, de modo que concentraciones de levaduras < 1.000/mL suelen acompañarse de tinciones negativas. Por otro lado, la antigenemia para Cryptococcusspp (reacción de látex) suele ser positiva en LCR y en el plasma con una sensibilidad de 90-98%. El cultivo tiene alto rendimiento aunque suele ser positivo sólo luego de tres a cuatro días de incubación.

Tratamiento

La terapia de elección en nuestro medio sigue siendo anfotericina B[1] (AI), seguida luego por fluconazol oral; sin embargo, un reciente trabajo muestra beneficio de la asociación anfotericina B + fluconazol iv en su inicio, sin agregar nuevos riesgos de toxicidad farmacológica(BI). En casos menos graves, y en presencia de contraindicación al uso de anfotericina, se puede tratar con fluconazol en dosis altas desde un comienzo, controlando la negativización de Cryptococcusspp en el LCR. Anfotericina B en formulación lipídica y 5-flucitosina, asociada a anfotericina, son opciones pero no se las ha incluido dado el alto costo de la primera y la inexistencia de la segunda.

En caso de presión elevada de salida de LCR o compromiso del sensorio se debe realizar PL diaria con extracción de 20 a 30 ml de LCR hasta que la presión de salida se

normalice o se puede dejar un drenaje transitorio de LCR para los casos más graves o en quienes no se pueda realizar PL consecutivas. Es recomendable realizar siempre un control de LCR una vez completadas dos semanas de tratamiento para confirmar la erradicación del agente.

Un 30% de los pacientes puede desarrollar un SRI grave al iniciar concomitantemente TARV; por ello se recomienda su inicio una vez concluida la fase de inducción de dos semanas, en especial en los casos más graves. Cuando se presenta un SRI se puede apoyar con corticosteroides. Se podría tomar antigenemia para Cryptococcusspp en pacientes con L-CD4 < de 100 céls/ mm^3 a modo de una búsqueda dirigida de la enfermedad subclínica, con el objeto de tratar preventivamente con fluconazol los casos positivos que inician TARV. Esta práctica ha demostrado tener un costo-beneficio claro y podría disminuir la mortalidad relacionada a la infección por Cryptococcusspp

1.2.8. Citomegalovirus (CMV)

Diagnóstico

El citomegalovirus (CMV) compromete a pacientes portadores de VIH intensamente inmunosuprimidos (linfocitos T-CD4 < 100 céls/mL). La retinitis es su más importante manifestación clínica, es unilateral en 2/3 de los pacientes y, de no mediar terapia, afecta ambas retinas en todos los pacientes. La progresión de la enfermedad, una vez

diagnosticada, es muy rápida y puede llevar a la pérdida visual total en períodos tan cortos como 10 a 21 días. Las lesiones retinales evaluadas por un oftalmólogo experimentado, junto con un contexto clínico claro, tienen un valor predictor positivo de 95%. Si existen dudas, se debe realizar una RPC para CMV en humor vítreo. El compromiso de cámara anterior no es habitual y la uveitis se puede ver en el contexto de un SRI, como respuesta a proteínas de CMV latente, sin existir una infección activa. Su tratamiento es corticostercoidal. La colitis ocurre en 5 a 10% de los pacientes, se caracteriza por fiebre, pérdida de peso, dolor abdominal y diarrea. El estudio por colonoscopia demuestra extensas áreas ulceradas necróticas y es la causa más habitual de perforación intestinal en el paciente con infección por VIH.

Pueden presentarse también esofagitis en ~5 a 10% de los pacientes; las lesiones clásicamente son únicas, extensas, superficiales y del extremo distal del esófago. Hay fiebre, odinofagia y dolor retro-esternal. El diagnóstico requiere de biopsia. La meningo-encefalitis por CMV puede ser rápidamente letal y se caracteriza por un LCR con pleocitosislinfocitoria, glucorraquia levemente baja e incremento de proteínas. La TAC o RM cerebral demuestran refuerzos periventriculares.

El cuadro clínico imita a la demencia por VIH. La poliradiculopatía se caracteriza por un inicio con dolor lumbar y fiebre, evolucionando a la pérdida del control de esfínteres y paraparesia o paraplejia en la mayoría de pacientes; todo esto, en el lapso medio de

cuatro semanas. El LCR muestra pleocitosispolimorfonuclear (650 céls/ mL como promedio) importante hipoglucorraquia e incremento de las proteínas.

La neumonitis es inhabitual, se caracteriza por infiltrados intersticiales y requiere de una biopsia pulmonar compatible para su diagnóstico, descartando otros cuadros más frecuentes. El diagnóstico de infección por CMV se establece comúnmente mediante la demostración de antigenemia pp65 en leucocitos periféricos, el punto de corte para pacientes sometidos a trasplantes está definido en > 5 núcleos comprometidos por cada 200.000 células. Sin embargo, en los pacientes con infección por VIH no se ha establecido un punto de corte claro y se aplican como significativo valores superiores a 20 núcleos que otorgan una sensibilidad de 77%, especificidad de 97%, un VPP 91% y VPN de 92%. La presencia de virus se puede demostrar en sangre y otros fluidos estériles mediante RPC y representa la principal herramienta diagnóstica.

Tratamiento

El antiviral de elección es ganciclovir que, en el caso de retinitis, además de la terapia sistémica endovenosa, debería administrarse directamente al humor vítreo. El tratamiento de mantención para el caso de la retinitis debería seguir por al menos tres meses, hasta la resolución de las lesiones, e idealmente asociado a una recuperación inmune mantenida (linfocitos T-CD4 > 200 céls/mL). Valganciclovir es el éster valínico

de ganciclovir y permite una adecuada absorción administrado por vía oral. Aunque su alto costo limita su acceso. Es necesario señalar que las guías norteamericanas no recomiendan la terapia de mantención, salvo casos de recaídas para las otras localizaciones de infecciones por CMV. Se debe aplazar el inicio de TARV cuando existe compromiso de SNC para luego de la etapa de inducción, pero por otro lado hay evidencia de que asociar terapia anti CMV y TARV durante los primeros tres a seis meses disminuye los fenómenos del SRI asociado y probablemente también decrece la mortalidad.

1.2.9. Infeccion por el virus de papiloma virus humano (VPH)

Diagnóstico

La manifestación clínica de la infección por el virus del papiloma humano (VPH) es la formación de verrugas, papilomas y condilomas sobre el área afectada. Pueden tener diversa localización pero particularmente frecuente son en manos, área génito- urinaria y en la zona perianal.

Pueden derivar en extensas lesiones y más de 30% de los tipos de VPH que infectan el cérvix uterino son considerados oncogénicos; del mismo modo, este agente es la principal causa del cáncer cervico-uterino. También se encuentra relacionado con el cáncer anal, vulvo-vaginal, de pene y de la cavidad oral. Es fundamental un examen regular ginecológico que incluya un test de Papanicolao y la colposcopia con biopsia cervical directa en los casos en que se encuentre alteración previa. La recurrencia de la infección por VPH es elevada pese al tratamiento.

Tratamiento

Podofilina e imiquimod, ambos en aplicación tópica, son los tratamientos más probados (BII); sin embargo, en localizaciones más complejas u extensas es necesario aplicar crioterapia o cauterización. No pocas lesiones tienen un comportamiento tumoral y la resolución quirúrgica precoz es el tratamiento más adecuado.

1.2.10. Sífilis

Diagnóstico

Sífilis primaria: Infección aguda con lesión ulcerada genital y/o oral única o múltiple + VDRL positivo en sangre.Sífilis secundaria: Ocurre dos a ocho semanas después de la sífilis primaria. Hay compromiso cutáneo maculo-papular, nodular-escamoso o pustular, potencialmente en toda la piel y que afecta palmas y plantas, fiebre, linfadenopatías, cefalea, mialgias y artralgias, con o sin condiloma lata + VDRL positivo. Las pruebas treponémicas MHA-TP o FTA-ABS deben ser positivas en sangre pero, ante un examen negativo o la imposibilidad de hacerlo, no se debe limitar el tratamiento.

Sífilis latente temprana: Más de 1 año y menos de 4 años desde el evento de sífilis primaria o secundaria, pueden recurrir síntomas de sífilis secundaria y no debe tener elementos de etapa latente tardía. Los marcadores (VDRL + MHA-TP o FTA-ABS) son positivos.Sífilis latente tardía: Afecta a los sistemas cardiovascular, neurológico (compromiso meníngeo, meningo-vas-cular y/o parenquimatosas) o produce lesiones gomosas en cualquier órgano y se acompaña de VDRL + MHA-TP o FTA-ABS positivos en sangre.

Neurosífilis: Puede ocurrir en cualquier etapa de la enfermedad. Debe prestarse atención a la rigidez de nuca, cefalea, fiebre, compromiso ocular (uveítis) y lesión de VII° par craneal, pero puede ser asintomático. Requiere presencia de VDRL positivo en sangre y

LCR con prueba treponémica (FTA-ABS o MHA-TP) positiva en sangre. Hay alteración de LCR con > 10 céls/mm^3, incremento de las proteínas y leve descenso de glucosa, pero el LCR también puede ser normal. La PL debe realizarse en todo paciente con manifestaciones de sífilis tardía y también se recomienda en infección por VIH asintomáticos con < 350 de linfocitos T-CD4/mm^3 y VDRL o RPR > o = 1:32 en sangre, sin embargo, en pacientes infectados por VIH se puede hallar neurosífilis con diluciones más bajas que la señalada. Los pacientes con VDRL o RPR positivo en sangre y análisis citoquímico de LCR alterado (>10 céls/ mm^3, proteínas elevadas y glucosa baja) + VDRL negativo en LCR deben tratarse como neurosífilis.La visión de campo oscuro de muestras provenientes de lesiones ulceradas genitales (chancro) o pápulas secundarias es una opción válida para el diagnóstico pero de uso inhabitual en la práctica diaria.

Tratamiento

El antimicrobiano de elección sigue siendo penicilina[7] (AII). Ante el uso de terapia alternativa a penicilina (ceftriaxona o doxiciclina) se debe vigilar al paciente clínicamente y con pruebas no treponémicas seriadas para confirmar su curación. Debe mantenerse un control con VDRL en sangre al mes, 3, 6, 12 y 24 meses, que además guarda un correlato de respuesta directo cuando enfrentamos casos de neurosífilis. La curación se confirma con un descenso > de 4 diluciones de VDRL o RPR en transcurso de 12 meses. La penicilina benzatina no atraviesa la barrera hemato-encefálica y no es una opción para el tratamiento de la neurosífilis, la que debe tratarse con penicilina IV en dosis altas.

1.2.11. Enfermedad de chagas

Diagnóstico

En el paciente con infección por VIH, la enfermedad de Chagas, representa una reactivación de una infección latente o crónica, asociada a altos niveles de parasitemia, inmunosupresión intensa (linfocitos T-CD4 < 200 céls/ mL) o se presenta asociada a otras IO.

Los pacientes portadores de VIH presentan, en 75% de los casos, manifestaciones del SNC como meningo-encefalitis o masas cerebrales indistinguibles de la TC; 25 a 50% puede presentar miocarditis pero no suele ser el elemento inicial o más destacado del punto de vista clínico. El LCR demuestra pleocitosis de predominio linfocitario, con incremento de proteínas, y ocasionalmente presencia de tripomastigotes de Trypanosomacruzi. El diagnóstico definitivo se establece por biopsia cerebral y por identificación directa del parásito en tejidos o en la sangre. La centrifugación de sangre o LCR mejora la sensibilidad de la visión directa. La RPC para T. cruzien LCR sirve para monitorear la respuesta a tratamiento. Las pruebas serológicas son sensibles y específicas pero tienen con frecuencia falsos positivos y negativos.

Tratamiento

Benznidazol es el tratamiento de elección y aunque el nivel de evidencia no es de suficiente potencia, es la mejor elección para lesiones del SNC[1,97-99] (BIII). No se encuentra disponible en Chile. La alternativa es nifurtimox[1] (CII) (Tabla 22). La TAlRV debe iniciarse una vez estabilizado el paciente, es importante señalar que no existe información respecto de interacciones entre TAlRV y terapia contra T. cruzi.

1.2.12. Infección diseminada por el complejo MycobacteriumAvium

Diagnóstico

Es la infección sistémica multifocal más frecuente en el paciente infectado por VIH con grave inmunosupresión. Se caracteriza por fiebre prolongada, sudoración, baja de peso, diarrea y dolor abdominal. Suele focalizar más cuando se asocia a SRI y puede incluir linfadenitis, neumonitis, pericarditis, osteomielitis, compromiso de tubo digestivo, abscesos en piel y tejidos blandos, úlceras genitales y lesión del SNC. Tiene anomalías de laboratorio clásicas: anemia grave, incremento de SGOT y SGPT discreto con importante elevación de FA y GGT (> 10 veces el valor máximo normal) en especial cuando se asocian a SRI.

1.3. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON VIH

1.3.1. Generalidades

Durante la atención primaria la relevancia de las medidas preventivas permite que los profesionales de enfermería realicen funciones relevantes como:

- Proporcionar educación para la salud a la persona que vive con VIH, familiares y amigos.
- Detección oportuna. Informar sobre prácticas de riesgo a población vulnerable.
- Promoción. Proporcionar información a la persona que vive con VIH para mejorar su calidad de vida, así como medidas preventivas de acuerdo con el estilo de vida dentro de un marco de respeto a la diversidad sexual. Asimismo, informar y sensibilizar sobre la importancia de comenzar un tratamiento antirretroviral y mantener la adherencia.
- Referir para atención especializada. Orientar y asesorar a la persona para que se integre a centros de información, atención y apoyo.
- Seguimiento. Reforzar la cultura del auto cuidado y atención ambulatoria.

- En la atención secundaria de personas con VIH es necesario que el personal de Enfermería esté alerta ante la presencia de enfermedades oportunistas, desarrollar un Proceso de Atención de Enfermería (PAE) de acuerdo con las necesidades de la persona, así como que verifique el cumplimiento del tratamiento médico.

- Respecto a esto último, para el diagnóstico temprano la prueba de detección debe realizarse siempre previo consentimiento informado y los profesionales de la salud garantizarán la confidencialidad de los resultados.

- Además es necesario un tratamiento oportuno donde el personal de salud debe considerar la importancia de la adherencia a éste con la finalidad de disminuir las infecciones oportunistas.

Algunas recomendaciones son:

- Alternativas para apego real al tratamiento.

- Disponibilidad de medicamentos.

- Horarios para la toma de medicamentos.

- Indicaciones en el contenido de la dieta: tipo de alimentos y líquidos.

- Alternativas para el cuidado domiciliario.

Para limitar el daño el personal de enfermería debe tener conocimiento de los internamientos y de las infecciones oportunistas en cada uno de ellos, para tomar las

medidas necesarias en cuanto a la educación para la salud; esto permitirá realizar el plan estratégico para cuidados en casa y la aplicación del PAE (Proceso Atención de Enfermería).

Además, es primordial que se cuente con la colaboración de la familia para que se lleven a cabo los cuidados específicos y la persona cumpla con su recuperación. La participación de la familia ha demostrado ser eficaz en la evolución favorable y adherencia al tratamiento.

Ya en la atención terciaria o rehabilitación la terapia física, ocupacional y psicológica favorece que la persona se adapte a su situación actual y pueda valerse por sí misma.

1.3.2. Terapia Antirretroviral (TARV)

Los fármacos antirretrovirales (ARV) son medicamentos para el tratamiento de la infección por el VIH, que actúan en diferentes fases del ciclo vital de este virus. Las combinaciones de tres o cuatro ARV se conocen como Terapia Antirretroviral Altamente Activa (TARAA), la cual favorece la calidad de vida de la persona con VIH/SIDA.

Para iniciar una TARV se recomienda realizar una valoración integral de la persona que incluya los siguientes aspectos: físico, psicológico y sociocultural, además de los siguientes estudios para estatificar su condición:

Determinación de carga viral del VIH.

Su población linfocitaria (CD4; CD8; CD4/CD8) para valorar la etapa de la infección en que está la persona e iniciar profilaxis de enfermedades oportunistas.

- Química sanguínea completa.
- Estudio serológico: hepatitis B, C y sífilis (VDRL).
- Otras ITS (clamydiasis, vaginitis, VPH).
- Intradermorreacción de Mantoux (PPD).
- Radiografía de tórax.
- Citología cervicovaginal y anal en hombres

Valorar la situación de la persona y su familia:

- Escolaridad.
- Nivel de conocimientos acerca de la TARV.

- Necesidades básicas, de seguridad, pertenencia, reconocimiento y autorrealización Maslow)

- Características de la vivienda.

- Factores sociopsicológicos y las normas de comportamiento a través de las características étnicas y culturales.

Elaborar un plan personalizado para la administración de los medicamentos con base en la valoración de la persona y la familia:

- Explicar exhaustivamente el régimen terapéutico para lograr los niveles ideales de CV.

- Utilizar varios formatos para proveer información acerca del régimen terapéutico (folletos, cintas de video, instrucciones escritas, etcétera).

- Ayudar al usuario a lograr el autocontrol de su salud, a través de la enseñanza sobre estrategias para cambiar hábitos y fomentar estilos de vida saludables.

- Establecer una relación de confianza con la persona y la familia.

- Explorar el significado de la experiencia de enfermedad e identificar las incertidumbres y necesidades a través de preguntas abiertas.

Por su parte, enfermería debe intervenir para favorecer la adherencia de las siguientes formas:

- Explicar los beneficios de la TARV para su salud y los riesgos potenciales en caso de incumplimiento o suspensión.

- Realizar actividades de promoción para la salud familiar.

Intervalo de horario Mañana Tarde Noche

Cada 8 hrs.

- 6:00 14:00 22:00
- 7:00 15:00 23:00
- 8:00 16:00 24:00

Cada 12 hrs.

- 6:00 18:00
- 7:00 19:00
- 8:00 20:00

Se debe considerar el horario para la administración de medicamentos tanto en adultos como en pacientes en edad pediátrica; la enfermera sugerirá los horarios escolares y laborales considerando los de la familia.

El profesional de enfermería debe llevar un registro de las citas médicas, medicamentos, efectos secundarios de los mismos y si ha habido algún cambio en el esquema de tratamiento e identificar la causa.

La historia natural de la infección y la terapia antirretroviral (TAR) han modificado el curso de la misma para una supervivencia más amplia. Por ello, la intervención de la enfermera con un enfoque integral (paciente, familia, comunidad) ha aumentado las funciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. La aplicación del método científico en la práctica asistencial de la enfermera se conoce como Proceso de Atención de Enfermería (PAE), el cual le permite proveer cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Como todo método, el PAE incluye un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la práctica las actividades pueden ser al unísono.

Esta planificación se realiza en una sistematización compuesta por cinco pasos:

1) Valoración. Es la primera fase del Proceso de Enfermería; consiste en la recopilación y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y su entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

2) Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería.

3) Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promover la salud.

4) Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados y objetivos establecidos.

5) Evaluación. Comparar las repuestas de la persona y determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

Con base en los criterios taxonómicos NANDA, NIC y NOC se han creado planes de cuidados que en la práctica diaria reflejan los cambios en los resultados e intervenciones, así como la aparición de nuevos diagnósticos, si los hubiera, a lo largo de la estancia hospitalaria de cada paciente. Con ello se muestra la efectividad de las actividades de enfermería, la actitud del paciente ante dichas intervenciones y el registro eficaz de todo el proceso.

Partiendo de las infecciones que presenta la persona con VIH/SIDA, este grupo de trabajo realizó tres procesos de atención con los planes de cuidados, uno para cada nivel de atención, los cuales se describen en seguida:

- Características definitorias

- Expresión de sufrimiento ante la pérdida.

- Negación de la pérdida potencial.

- Culpa.
- Cólera.
- Alteraciones de las necesidades básicas y del autocuidado.
- Tristeza Alteración y presencia de los signos y síntomas de la enfermedad.
- Pérdida potencial de la función y de la vida.
- Insuficiencia de conocimientos para evitar la exposición a agentes patógenos.
- Agentes farmacológicos.
- Inmunosupresión.
- Alteración de las defensas secundarias (disminución de la hemoglobina, leucopenia, supresión de la respuesta inflamatoria).
- Enfermedad crónica.
- Elección personal para no cumplir con el tratamiento indicado.
- Verbalización del deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad y prevención de secuelas.
- Verbalización de dificultad o de no haber realizado las acciones necesarias para cumplir con el régimen prescrito.

1.3.3. Actividades

- Referir a grupos de apoyo.
- Facilitar la toma de decisiones en colaboración con el equipo interdisciplinario.
- Proporcionar la información solicitada por el paciente.
- Escuchar atentamente al paciente.
- Proporcionar un ambiente armónico
- Asesorar y capacitar al paciente o la familia si es necesario.
- Instruir al paciente sobre el lavado de manos.
- Fomentar la ingesta nutricional higiénica, equilibrada.
- Instruir al paciente sobre los signos y síntomas de infección.
- Educación sanitaria.
- Identificación de riesgos.
- Observar signos y síntomas de infección sistémica y/o localizada.
- Negociación y acuerdos con el paciente para un cambio de conducta.

Ayudar al paciente a identificar:

a) Prácticas sobre la salud que desea cambiar.

b) Objetivos realistas.

c) Recursos disponibles.

d) Implicación de seres queridos en el proceso, si el paciente lo desea.

CAPITULO II: METODOLOGIA

2.1. DISEÑO METODOLOGICO

2.1.1. ESCENARIO

El escenario donde se realizó la investigación fue en el Hospital General Teófilo Dávila, el cual está ubicado en la ciudad de Machala en las calles Boyacá entre Guabo y Buenavista, en la

provincia de El Oro; el cual es un hospital de referencia a donde acuden pacientes de todas las áreas de salud de la provincia.

2.1.2. UNIVERSO

El universo de la siguiente investigación estuvo constituido por el 100% de los pacientes con VIH/SIDA que ingresaron en el Hospital Teófilo Dávila en el año 2013, equivaliendo a 84 pacientes.

2.1.3. MUESTRA

La muestra la constituyo el 100% del universo en estudio, que equivale a 84 pacientes.

2.1.4. TIPO DE ESTUDIO

La siguiente investigación se la realizo mediante un tipo de estudio descriptivo, porque se basó en la obtención de información a través de documentos y fuentes directas, las cuales se pueden comprobar, así también se explora una realidad actual. Además es retrospectivo porque se

analiza en el presente lo que ha ocurrido en un tiempo pasado, ya que el estudio se lo realizó en el año 2013 en el Hospital General Teófilo Dávila.

2.2. METODOS TECNICAS E INSTRUMENTOS

El proceso se desarrolló en tres fases:

2.2.1. FASE DE INVESTIGACIÓN

El método utilizado fue el científico deductivo debido a que a partir de la teoría se sustentaran los resultados.

Deductivo: Se distinguen los elementos de un fenómeno y se procede a revisar ordenadamente cada uno de ellos por separado.

TÉCNICA

La técnica de recolección de la información fue mediante la revisión de la base de datos que tiene el Hospital Teófilo Dávila donde se encuentran clasificados los pacientes con VIH/SIDA.

INSTRUMENTO

El instrumento utilizado fueron las historias clínicas de cada paciente en donde se encuentran archivados los exámenes de laboratorio y su historial durante su estadía en la casa de salud.

PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

El procedimiento a seguir fue el siguiente:

1. Pedir permiso a las autoridades del Hospital
2. Pedir apoyo al personal del área
3. Comunicar a las personas del área de Estadística.
4. Revisión de historias clínicas
5. Buscar datos estadísticos
6. Consignación de datos

2.2.2. FASE DE INTERVENCIÓN

En esta fase se ejecutó un programa educativo dirigido a los usuarios, enfocándose en prácticas saludables.

TÉCNICA: Se utilizó la técnica de exposición oral sobre la prevención de complicaciones, así como también se promocionaron los servicios de salud que brinda actualmente en diferentes establecimientos el Ministerio de Salud Pública.

2.2.3. FASE DE EVALUACIÓN

La intervención fue evaluada tomando en cuenta tres criterios:

PROCESO: Se evaluó la calidad de intervención a través de metodología utilizada.

PRODUCTO: Se evaluó el producto a través del cumplimiento de objetivos y de actividades programadas. Se utilizó un cuestionario de pre test y pos test.

IMPACTO: Se evaluó la satisfacción del usuario con la intervención.

2.3. PLAN DE TABULACIÓN, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos que fueron recolectados fueron tabulados por medio del programa de informática Microsoft Office Excel y presentados en cuadros de doble entrada y simples, analizados por medio de porcentajes, para luego realizar la explicación e interpretación de los resultados, los mismos que servirán de base para la elaboración de conclusiones y recomendaciones.

2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Niveles de CD4	Es el conteo de células blancas Cd4 de los pacientes con VIH/SIDA que reciben TARV	Conteo	Porcentaje de pacientes según nivel de CD4	> 500 Cel/ mm3 200-499Cel/ mm3 < de 200 Cel/ mm3

Características Individuales	Son los caracteres que diferencias a un individuo de otro según su edad, sexo, estado educacional, estado civil.	Caracteres definitorios	Edad Sexo Etnia Estado civil Nivel educacional	18 – 25 26 – 33 34 – 41 42 – 49 50 - 57 Masculino Femenino Mestiza Afro ecuatoriano Indígena Soltero Casado Unión libre Primaria Secundaria Superior Ninguno

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA

Enfermedades oportunistas	Son procesos que se presentan en los pacientes con SIDA aprovechándose del nivel de células blancas del organismo.	Proceso	Según el CD4	• Tuberculosis • Neumonía por Pneumocystis Jiroveci • Encefalitis por Toxoplasma Gond II • Infección respiratoria de origen bacteriano • Infeccion intestinal de origen bacteriano • Criptosporidiasis • Infeccion por Bartonella • Criptococcis • Candidiasis • Citomegalovirus • Herpes • VPH • Sifilis • Chagas • MycobacteriumAvium
VARIABLE	**DEFINICIÓN**	**DIMENSIÓN**	**INDICADOR**	**ESCALA**
Terapia antiretroviral	Es una gama de medicamentos utilizados en los pacientes con SIDA.	Tipo de antiretrovirales	Según su clasificación	INTR: **inhibidores nucleosidos de la transcriptasa reversa.** INNTR: **inhibidores no nucleosidos de la transcriptasa reversa.** IP: **inhibidores de la proteasa** II: **inhibidores de la integrasa**

CAPITULO III: PROCESAMIENTO DE DATOS

3.1. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

3.1.1. RESULTADOS DE LA FASE DE INVESTIGACIÓN

CUADRO Nº 1

NIVELES DE CD4 DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA. 2013.

NIVELES DE CD4	NÚMERO DE PACIENTES SEGÚN CD4	PORCENTAJE
> 500 Cel/ mm3	25	30%
200-499 Cel/ mm3	38	45%
< de 200 Cel/ mm3	21	25%
TOTAL	**84**	**100%**

FUENTE: HISTORIA CLINICA DEL USUARIO

ANALISIS: al observar el siguiente cuadro notamos los porcentajes y número de pacientes según el CD4, así tenemos que del 100% el 45% de usuarios presentaron de un nivel de CD4 de 200 – 499 cl/mm3, lo que denota la presentación DE CD4 bajo.

CUADRO Nº 2

EDAD RELACIONADA CON EL NIVEL DE CD4 EN PACIENTES CON VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA. 2013.

EDAD	NIVEL DE CD4						TOTAL	
	> DE 500 cl/mm3		200-499CEL/MM3		< 200 CEL/MM3			
	F	%	F	%	F	%	F	%
15 - 25 AÑOS	9	**11%**	12	14%	0	**0%**	**21**	**25%**
26 - 36 AÑOS	7	8%	14	**17%**	3	**4%**	**24**	**29%**
37 - 47 AÑOS	5	6%	5	6%	11	**13%**	**21**	**25%**
47 - 57 AÑOS	4	**5%**	7	**8%**	7	8%	**18**	**21%**
TOTAL	**25**	**30%**	**38**	**45%**	**21**	**25%**	**84**	**100%**

FUENTE: HISTORIA CLINICA DEL USUARIO

ANALISIS: el siguiente cuadro nos relaciona la edad con los niveles de CD4 así tenemos que el 45% de pacientes presentaron un nivel de CD4 de 200-499 cel/mm3 de los que el 17% son del grupo etario de 26-36 años, denotando así mayor concordancia entre la presentación de enfermedades oportunistas en los pacientes adultos jóvenes.

CUADRO Nº 3

EDAD RELACIONADA AL SEXO EN PACIENTES CON VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA. 2013.

EDAD	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	F	%	F	%	F	%
15 - 25 AÑOS	12	14%	9	11%	**21**	**25%**
26 - 36 AÑOS	16	**19%**	8	**10%**	**24**	**29%**
37 - 47 AÑOS	13	15%	8	**10%**	**21**	**25%**
47 - 57 AÑOS	7	**8%**	11	**13%**	**18**	**21%**
TOTAL	**48**	**57%**	**36**	**43%**	**84**	**100%**

FUENTE: HISTORIA CLINICA DEL USUARIO

ANALISIS: el siguiente cuadro nos presenta la relación de la edad con el sexo de los usuarios, así tenemos que del 57% de sexo masculino el 19% fueron de 26-36 años, denotando una presentación del virus con mayor porcentaje en hombres que en mujeres siendo adultos jóvenes.

CUADRO Nº 4

EDAD RELACIONADA A LA PRESENTACIÓN DE ENFERMEDADES OPORTUNISTAS EN PACIENTES CON VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA. 2013.

EDAD	PRESENTACION DE ENFERMEDAD				TOTAL	
	SI		NO			
	F	%	F	%	F	%
15 - 25 AÑOS	18	**21%**	3	**4%**	**21**	**25%**
26 - 36 AÑOS	12	**14%**	12	**14%**	**24**	**29%**
37 - 47 AÑOS	15	18%	6	7%	**21**	**25%**
47 - 57 AÑOS	14	17%	4	5%	**18**	**21%**
TOTAL	**59**	**70%**	**25**	**30%**	**84**	**100%**

FUENTE: HISTORIA CLINICA DEL USUARIO

ANALISIS: analizando el siguiente cuadro notamos la relación de la edad con la presentación de enfermedades oportunistas, así tenemos que del 70% de pacientes que si presentaron enfermedades el 21% eran usuarios de 15-25 años, denotando así que el grupo con mayor presentación de enfermedades oportunistas son los pacientes jóvenes y adolescentes.

CUADRO Nº 5

EDAD RELACIONADA AL TIPO DE ENFERMEDADES OPORTUNISTAS EN PACIENTES CON VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA. 2013.

EDAD	ENFERMEDAD OPORTUNISTA												TOTAL	
	TUBERCULOSIS		CITOMEGALOVIRUS		INFECCIÓN INTESTINAL DE ORIGEN BACTERIANO		CANDIDIASIS		HERPES		NINGUNA			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
15 - 25 AÑOS	9	11%	2	2%	3	4%	2	**2%**	2	2%	3	4%	**21**	**25%**
26 - 36 AÑOS	4	5%	4	5%	4	5%	3	4%	5	6%	4	5%	**24**	**29%**
37 - 47 AÑOS	3	4%	3	4%	2	2%	4	5%	4	5%	5	6%	**21**	**25%**
47 - 57 AÑOS	2	2%	3	4%	3	**4%**	3	4%	3	4%	4	5%	**18**	**21%**
TOTAL	18	21%	12	14%	12	14%	12	14%	14	17%	16	19%	**84**	**100%**

FUENTE: HISTORIA CLINICA DEL USUARIO

ANALISIS: el siguiente cuadro nos determina el tipo de enfermedad oportunistas que presentaron con mayor frecuencia los pacientes según su edad, así tenemos que el 21% de personas con VIH/SIDA presentaron tuberculosis siendo la edad más afectada la de 15-25 años con un 11%, denotando que la enfermedad que más afecta a este tipo de pacientes es la tuberculosis.

CUADRO Nº 6

EDAD RELACIONADA AL TIPO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA. 2013.

EDAD	TERAPIA ANTIRETROVIRAL										TOTAL	
	INHIBIDOR NO NUCLEOSIDO DE LA TRANSCRIPTASA REVERSA		INHIBIDOR NUCLEOSIDO DE LA TRANSCRIPTASA REVERSA		INHIBIDOR DE LA PROTEASA		INHIBIDOR DE LA INTEGRASA		NINGUNA			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
15 - 25 AÑOS	2	2%	2	2%	4	5%	2	**2%**	11	13%	**21**	**25%**
26 - 36 AÑOS	4	5%	2	2%	2	2%	7	8%	9	11%	**24**	**29%**
37 - 47 AÑOS	3	4%	3	4%	2	2%	4	5%	9	11%	**21**	**25%**
47 - 57 AÑOS	2	2%	3	4%	3	**4%**	3	4%	7	8%	**18**	**21%**
TOTAL	11	13%	10	12%	11	13%	16	19%	36	43%	**84**	**100%**

FUENTE: HISTORIA CLINICA DEL USUARIO

ANALISIS: el siguiente cuadro nos indica la relación entre la edad y la terapia antiretroviral que reciben los usuarios así tenemos que el 43% aún no se encontraban recibiendo terapia antiretroviral de estos pacientes el 13% eran del grupo de edad de 15-25 años, denotando así la irresponsabilidad de los pacientes en acudir a recibir su tratamiento.

3.1.2. RESULTADOS DE LA FASE DE INTERVENCIÓN
3.1.2.1. PROCESO

CUADRO N°1

INTERÉS DE LOS TEMAS EXPUESTOS

INTERÉS DE LOS TEMAS	**N°**	**%**
Si	84	100%
No	-	-
TOTAL	**84**	**100%**

FUENTE: ENCUESTAS

Análisis:

El **100%** de los pacientes manifestaron que los temas expuestos son de interés, además que el plan educativo sobre la prevención de enfermedades oportunistas y las complicaciones que conlleva fue oportuno.

CUADRO N°2

CLARIDAD DE LA EXPOSICIÓN

CLARIDAD DE LA EXPOSICION	**F**	**%**
Si	84	100%
No	0	0
TOTAL	**84**	**100%**

FUENTE: ENCUESTAS

Análisis:

Según la claridad de la exposición el 100% de los usuarios asistentes a la charla educativa indicaron que fue clara, además que entendieron cuáles son los factores de mayor riesgo.

CUADRO N°3

CALIDAD DEL MATERIAL VISUAL EDUCATIVO UTILIZADO EN LA CHARLA EDUCATIVA.

CALIDAD DEL MATERIAL VISUAL EDUCATIVO	F	%
Bueno	84	100%
Regular	0	0
Malo	0	0
TOTAL	**84**	**100%**

FUENTE: ENCUESTAS

Análisis:

El 100% de los usuarios manifiestaron que el material visual educativo utilizado en la charla sobre prevención de VIH/SIDA fue claro y entendible.

CUADRO N°4

CALIDAD DEL AMBIENTE DONDE RECIBIERON LA CHARLA EDUCATIVA

CALIDAD DEL AMBIENTE	F	%
Adecuado	84	100%

Inadecuado	-	-
TOTAL	**84**	**100%**

FUENTE: ENCUESTAS

Análisis:

El **100%** de los pacientes asistentes a la charla manifestaron que el ambiente fue adecuado y les agrado.

3.1.2.2. PRODUCTO

CUADRO N° 5

TEMAS DE LA CHARLA EDUCATIVA	PRE- TEST				TOTAL		POST- TEST				TOTAL	
	CORRECTO		INCORRECTO				CORRECTO		INCORRECTO			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1. VIH – SIDA												
• Concepto	2	**4%**	53	**96%**	55	**100%**	55	**100%**	0	-	55	**100%**
• Epidemiologia	2	**4%**	53	**96%**	55	**100%**	55	**100%**	0		55	**100%**
• Etiología	2	**4%**	53	**96%**	55	**100%**	55	**100%**	0	-	55	**100%**
2. FACTORES QUE INFLUYEN en la presentación de enfermedades oportunistas												
• Alimentarios	2	**4%**	53	**96%**	55	**100%**	55	**97%**	0	-	55	**100%**
• Estilos de vida	2	**4%**	53	**96%**	55	**100%**	55	**100%**	0	-	55	**100%**
• Higiene	2	**4%**	53	**96%**	55	**100%**	55	**100%**	0		55	**100%**

TEMAS DE LA CHARLA EDUCATIVA	PRE- TEST				TOTAL		POST- TEST				TOTAL	
	CORRECTO		INCORRECTO				CORRECTO		INCORRECTO			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
3. SIGNOS Y SÍNTOMAS												
• Piel	2	**4%**	53	**96%**	55	**100%**	55	**100%**	0	-	55	**100%**
• Respiratorios	2	**4%**	53	**96%**	55	**100%**	55	**100%**	0		55	**100%**
• Gástricos	2	**4%**	53	**96%**	55	**100%**	55	**100%**	0	-	55	**100%**
• Órganos sexuales	2	**4%**	53	**96%**	55	**100%**	55	**100%**	0	-	55	**100%**
• Neurológicos	2	**4%**	53	**96%**	55	**100%**	55	**100%**	0		55	**100%**

FUENTE: ENCUESTAS

TEMAS DE LA CHARLA EDUCATIVA	PRE- TEST				TOTAL		POST- TEST				TOTAL	
	CORRECTO		INCORRECTO				CORRECTO		INCORRECTO			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
4. Enfermedades oportunistas												
• Tuberculosis	2	**4%**	53	**96%**	55	**100%**	55	**100%**	0	-	55	**100%**
• Sarcoma de Kaposi	2	**4%**	53	**96%**	55	**100%**	55	**100%**	0		55	**100%**
• Micosis	2	**4%**	53	**96%**	55	**100%**	55	**100%**	0	-	55	**100%**
• Neumonías	2	**4%**	53	**96%**	55	**100%**	55	**100%**	0	-	55	**100%**
• Demensia	2	**4%**	53	**96%**	55	**100%**	55	**100%**	0		55	**100%**

FUENTE: ENCUESTAS

TEMAS DE LA CHARLA	PRE- TEST	TOTAL	POST- TEST	TOTAL

EDUCATIVA	CORRECTO		INCORRECTO				CORRECTO		INCORRECTO			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1. TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL												
• INTR	2	**4%**	53	**96%**	55	**100%**	55	**100%**	0	-	55	**100%**
• INNTR	2	**4%**	53	**96%**	55	**100%**	55	**100%**	0	-	55	**100%**
• IP	2	**4%**	53	**96%**	55	**100%**	55	**100%**	0	-	55	**100%**
• II	2	**4%**	53	**96%**	55	**100%**	55	**100%**	0		55	**100%**

FUENTE: ENCUESTAS

Análisis:

La presente tabla representa la relación entre el pre - test y post - test de la charla que se ejecutó acerca de la prevención del VIH/SIDA, la misma que demuestra que antes de la charla educativa el **96%** de los habitantes tenían un déficit de conocimiento; pero al concluir la charla educativa se obtuvo un mayor porcentaje en el aumento de conocimientos siendo así que la intervención beneficio al grupo en estudio.

CUADRO N° 6

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS

ACTIVIDADES	PROGRAMADAS	%	EJECUTADAS	%
ACTIVIDADES DE GESTION	1	100%	1	100 %
ACTIVIDADES DE COORDINACION	2	100%	2	100 %
ACTIVIDADES DE EDUCACION	2	100%	2	100 %
TOTAL	5	100%	5	100 %

FUENTES: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ANALISIS:

Todas las actividades programadas del proyecto se cumplieron en un 100%.

3.1.2.3. IMPACTO

CUADRO N° 7

TRATO QUE RECIBIERAN LOS PACIENTES CON VIH/SIDA DURANTE LA CHARLA.

TRATO QUE RECIBIÓ	F	%
Bueno	84	100%
Regular	0	0
Malo	0	0
TOTAL	**84**	**100%**

FUENTE: ENCUESTAS

BENEFICIARIAS: PACIENTES CON VIH/SIDA

Análisis:

El **100%** de los usuarios asistentes a la charla educativa sobre prevención de VIH/SIDA, expresaron su gratitud al estar satisfechos con el trato recibido, por parte del expositor.

CONCLUSIONES

Una vez concluida la investigación y después de haber realizado los análisis correspondientes de los datos puedo concluir que:

- En cuanto a los niveles de Cd4 el 45% presentaron de 200-499 cel/mm3, el 70% de pacientes presentaron enfermedades oportunistas.
- En cuanto a las características individuales el 29% eran de 26-36 años de edad, el 57% de sexo masculino, el 100% de etnia mestiza, el 70% habitan en zona urbana y el 30% urbano marginal, el 60% en unión libre, el 78% con un nivel educativo secundario.
- Según el tipo de enfermedad oportunista el 15% fue tuberculosis, el 15% citomegalovirus, el 10% infección intestinal de origen bacteriano, el 8% candidiasis y el otro8% herpes.
- En cuanto al plan educativo fue considerado por los usuarios como adecuado en sus áreas evaluadas.

RECOMENDACIONES

Luego de haber analizado los datos recolectados de la fase de investigación y una vez hechas las conclusiones puedo recomendar que:

- Los pacientes acudan al control indicado por el médico.
- Que tomen constantemente su terapia antiretroviral para que no haya un desfase y produzca resistencia.
- Que acudan a las charlas educativas sobre prevención de enfermedades oportunistas.
- Que acudan al médico ante la mínima sospecha o signos de alarma.
- Que mantengan hábitos y estilos de vida adecuados.

- Que acudan a la consulta psicológica para aceptar su enfermedad y empezar con el tratamiento y cuidado.
- El personal de salud debe de incluirlos constantemente en terapias de apoyo, de ocupación y recreación para que dirijan sus pensamientos a lo positivo.

BIBLIOGRAFIA

1. Benítez Rodríguez M. Dra., Calunga Calderón M. Dra., Chacón Suárez M. Dra., Pantoja Fornés I. Dra., y Pérez Tauriaux O. MsC. Circuncisión masculina para la disminución del riesgo de infección por virus de inmunodeficiencia humana e infecciones de transmisión sexual. MEDISAN vol.17 no.9 Santiago de Cuba set. 2013. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192013000900013&script=sci_arttext

2. Rezabala Macías E., Rodríguez Pico D. Inmunocromatografia En La Determinación Del VIH En Pacientes Hospitalizados Del Área De Ginecología Del Hospital DR.VERDI CEVALLOS BALDA De Portoviejo. 2012. Disponible en: http://repositorio.utm.edu.ec/handle/123456789/2541/1/TESIS%20.PDF

3. UNAIDS. Reporto on the global aids epidemic. 2010, p. 8. Disponible en: http://www.unaids.org/documents/20101123_GlobalReport_em.pdf

4. Ministerio de Salud Pública (MSP). Actualización del Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH 2007 – 2015 – Planes Operativos Multisectoriales 2011.2013. Quito, 2011. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/vih/Plan_estrategico_nacional_VIH.pdf

5. Ministerio de Salud Pública. Guia de atención integral para adultos y adolescentes con infección por VIH/SIDA. Quito, 2013. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/vih/Guia_de_atencion_integral_adultos_con_infeccionVIH.pdf

6. Kovacs, J.MD. Masur, H.MD. ProfilaxiscontraOppor Las infeccionesoportunistasen pacientes coninmunodeficiencia humana Infección por el virus. ElNew England. Journal ofMed. Mayonesa, 2012; 342(19); 1416-1429.

7. TelloAnchuela. O..CastillaCatalá,J.,AndrésMedina, R. yNájeraMorrondo, R. Definicionesde Casode]Síndrome deInmunodeficienciaADQUIRIDA. Pub. deceisida. Febrero 2011; 5(2): 57-70.

8. CounsildeEpidemiólogos Estatales y Territorialesdel SIDA, Program, Center ForDiscasesInfecciosas,CDC.Revisión delCDCde VigilanciaDefinitoncaso paraInmunodeficienciaAdquirida Síndrome. MMWR14 de agosto. 2011:36(1): 3"- 15.

9. Tantisiriwat, W.MD., Powderly, W.MD. Profilaxisde InfeccionesOportunistas. Enfermedades InfecciosasClínicasde América del Norte. Diciembre de 2011;14(4): 1 15. 6. Havlir. D.V, Barnes, P.F.MD.

10. Tuberculosisen pacientes Conla infección por elvirus de la inmunodeficiencia. LaNueva Eng. JourdeMed2009; 340(5) -. 367-373.

11. Informe EstadísticoMensualde laSituacióndeBIOCIDA enHondurasPERÍODO2010-Agosto2011. Departamento deSIDA. Secretaría de Salud.

12. Fauci, A., CliffordH.Enfermedadpor Elvirusde la inmunodeficienciaHumana: SIDA y ProcesosRelacionados EnHarrison.Principiosde Medicina Interna. 14ed. Madrid.España,1998; 2: 2034-2107.

13. BuFigueroa, E. FernándezVásquez, J., Alvarado–Matute,T.CaracterísticasEpidemiológicasyClínicasde los Primeros100Casos deSIDAenHonduras. Revista Médica.Hondureña.2012; 1: 9-13

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Año 2014					
ACTIVIDADES	**AGOSTO**	**SEPTIEMBRE**	**OCTUBRE**	**NOVIEMBRE**	**DICIEMBRE**	**ENERO**
ELABORACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN						
REVISIÓN DE LA LITERATURA						
REVICIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS						
TABULACIÓN DE LOS DATOS						
ELABORACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO						
INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA						
PRESENTACIÓN AL H. CONSEJO DIRECTIVO EL DOCUMENTO FINAL						
CORRECCIÓN DEL INFORME						
SUSTENTACIÓN DE TESIS						

PRESUPUESTO

ACTIVIDADES	RECURSOS	VALOR	TOTAL
Revisión de la literatura	6 movilizaciones	3,00	18,00
	Libros		
	Folletos		
	Internet	1,00	10,00
	Copias	0,02	11,00
Elaboración del Trabajo de titulación	7 movilizaciones	3,00	10,50
	Impresiones	0,05	35,00
	Internet	1,00	40,00
Revisión de historias clínicas	**Materiales**		
	12 movilizaciones	3,00	36,00
	Copias	0,02	10,00
	Internet	1,00	5,00
	Bolígrafos	0,25	20,00
	Humanos		
	Ayudante	1,00	5,00
Tabulación de los Datos	Internet	1,00	8,00
Elaboración del Programa Educativo	Movilizaciones	2,00	24,00
	Impresión	0.25	6,50
Intervenciones del programa educativo	**Materiales**		
	Trípticos	0,08	10,40
	Encuestas	0,03	6,00
	Bolígrafos	0,25	3,00
	Refrigerio	60,00	60,00
	Invitaciones	2,00	2,00
	Marcadores	0,30	1,20
	Humanos		
	Investigador		
	Asesora de Tesis		
	Colaborador		
	Usuarias		
Correcciones del informe de tesis	Impresiones	0.25	5,00
Empastado	4 tesis empastadas	8,00	32,00
Sustentación	Dispositivas	5,00	5,00
	Refrigerio	1,50	45,00
	Imprevistos		30,00
TOTAL			438,6

UNIVERSIDAD TECNICA DE MACHALA
UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUIMICAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

GUIA DE ENCUESTA

REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

1. **EDAD**
   _____ AÑOS
2. **SEXO**

   F M
3. **RE ENCIA**
   URBANA
   RURAL
4. **ETNIA**
   MESTIZA ____
   INDIGENA ____
   AFRO-ECUATORIANA ____
   OTRA ____
5. **NIVELES DE CD4**

   > 500 Cel/ mm3 _____

   200-499 Cel/ mm3____

   < de 200 Cel/ mm3____

6. **TERAPIA ANTIRETROVIRAL**

   INTR: **inhibidores nucleosidos de la transcriptasa reversa___**

   INNTR: **inhibidores no nucleosidos de la transcriptasa reversa____**

   IP: **inhibidores de la proteasa____**

   II: **inhibidores de la integrasa____**

7. **TIPO DE ENFERMEDAD OPORTUNISTA**

   TUBERCULOSIS___

NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECI____

ENCEFALITIS POR TOXOPLASMA GOND II____

INFECCIÓN RESPIRATORIA DE ORIGEN BACTERIANO____

INFECCION INTESTINAL DE ORIGEN BACTERIANO____

CRIPTOSPORIDIASIS____

INFECCION POR BARTONELLA____

CRIPTOCOCCIS___

CANDIDIASIS___

CITOMEGALOVIRUS____

HERPES___

VPH____

SIFILIS____

CHAGAS____

MYCOBACTERIUM AVIUM____

8. CRITERIOS PARA TERAPIA ANTIRETROVIRAL

PAREJA SERODISCORDANTE

COINFECCION CON HB

RIESGO CARDIOVASCULAR ELEVADO

EMBARAZO

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUIMICAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

TEST DE CONOCIMIENTO SOBRE EL VIH/SIDA

DIRIGIDO: A LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN INGRESADOS EN EL AREA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL TEOFILO DAVILA DE LA CIUDAD DE MACHALA.

Afirmaciones	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. El sida es una enfermedad.					
2. El VIH es un virus de trasmisión solo sexual.					
3. El control de los CD4 es importantes en el paciente con sida.					
4. El fumar aumenta el riesgo de padecer enfermedad oportunista.					
5. La tuberculosis es una enfermedad oportunista.					
6. La terapia antiretroviral es importante desde el primer diagnóstico.					
7. Durante la gestación es importante tomar los antiretrovirales					
8. El examen de control cada mes es el de sangre llamado Western Bloc.					

9. ¿Qué alimentos usted debe consumir en su dieta diaria?

a) Frutas
b) Verduras
c) Snacks salados, papas fritas, suflés, etc.
d) Leche o yogur

e) Snacks dulces, galletas, chocolates, etc.
f) Pan con agregados
g) Bebidas o jugos azucarados
h) Jugos naturales
i) Agua

10. El mantener terapias de recreación y de ocupación ayuda a mi estado inmunológico.

a) Muy en desacuerdo
b) En desacuerdo
c) Indiferente
d) De acuerdo
e) Muy de acuerdo

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUIMICAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

POSTEST

INSTRUCTIVO: Luego del programa educativo usted está en condiciones de responder muy bien las siguientes preguntas, hágalo por favor con responsabilidad y sinceridad.

1. **El VIH es _____y SIDA es_____ adquirido.**
2. **Cuál es el examen que se debe realizar de control y cada que tiempo**

   ------
3. **Las enfermedades oportunistas más frecuentes en el SIDA son _____.**
4. **Los medicamentos de la Terapia antiretroviral son _____ actúan en las _____ y _____.**
5. **Da lo mismo tomar un antiretroviral INNTR que IP.**

   _____
6. **Lo ideal es acudir al médico, cuantas veces.**

   _____
   _____
   _____
7. **En cuanto a la dieta diaria Las grasas saturadas son saludables, hay que preferir los alimentos que las contengan. Como.**

   _____
   _____
   _____
8. **Hay que comer pescado 2 veces a la semana por su contenido de _____, _____ y _____**
9. **¿Qué terapias de ocupación y recreación pueden realizar escriba un ejemplo por semana?**

Lunes:_____

Martes:_____

Miércoles:_____

Jueves:_____

Viernes:_____

10. Describa brevemente porque es importante mantener estilos de vida sanos en el paciente con VIH/SIDA.

_____
_____
_____
_____
_____

Se le agradece infinitamente por su colaboración.

UNIVERSIDAD TECNICA DE MACHALA
UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUIMICAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

EVALUACIÓN DEL PROCESO:

1.- ¿Los temas expuestos fueron de interés y llenaron sus expectativas?

Si ( ) No ( )

2.- ¿La expositora fue clara en su intervención?

Si ( ) No ( )

3.- ¿Cómo le pareció la calidad del material educativo y la ayuda audiovisual utilizada en la charla educativa?

Bueno ( ) Regular ( ) Malo ( )

4.- La calidad del ambiente físico dónde se realizó la charla fue:

Adecuado ( ) Inadecuado ( )

5.- ¿El trato que recibió antes, durante, y después de la charla por parte de la expositora fue?

Bueno ( ) Regular ( ) Malo ( )

UNIVERSIDAD TECNICA DE MACHALA

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUIMICAS Y DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERIA

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

RESPONSABLE: EGRESADA ANDREA ROMERO ROMERO

GRUPO BENEFICIARIO: PACIENTES CON VIH/SIDA ASISTENTES AL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA.

1. JUSTIFICACIÓN:

La realización de una charla dirigida a los pacientes ambulatorios y hospitalizados en la clínica de VIH/SIDA del Hospital Teófilo Dávila en la cual se expusieron medidas preventivas para no contraer enfermedades oportunistas tiene como objetivo principal, el disminuir la incidencia de las mismas, mediante la concienciación de la población afecta y de sus cuidadores, en crear hábitos de adherencia al tratamiento antirretroviral, el cual es un pilar fundamental para brindarles una calidad de vida optima a estos pacientes. Se busca que disminuya el ingreso y el reingreso a la sala de infectología por enfermedades oportunistas, que muchas veces se presentan por ignorar pautas sencillas que se deben cumplir en el hogar de manera cotidiana.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Educar a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y sus cuidadores acerca de medidas de prevención para evitar la aparición de enfermedades oportunistas.

OBEJTIVOS ESPECIFICOS

- Aumentar la adherencia al tratamiento antirretroviral por parte de los pacientes hospitalizados con VIH/SIDA. Promover la realización de los contajes de CD4 y Carga Viral cada 6 meses en los pacientes de la clínica de VIH del hospital Teófilo Dávila.

3. UBICACION SECTORIAL Y FISICA

La propuesta se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital Provincial Teófilo Dávila de la ciudad de Machala, en el Área de la Clínica de VIH/SIDA. Esta casa de salud pertenece al Ministerio de Salud Pública, y es el centro de referencia provincial de los hospitales básicos de la provincia.

4. FACTIBILIDAD

Esta propuesta es factible ya que se la ha realizado en el centro del estudio de la investigación, con el propósito de dar a conocer las principales enfermedades oportunistas y la calidad de vida que presentan los pacientes hospitalizados en la clínica de VIH/SIDA.

5. CONTENIDO EDUCATIVO

5.1 DESCRIPCION DE LA PROPUESTA

Realización de una charla dirigida a los pacientes hospitalizados en la clínica de VIH del Hospital Teófilo Dávila en donde se brinde información acerca de medidas preventivas para enfermedades oportunistas a la cual también asistan familiares o

cuidadores. Enfatizar en la importancia que tiene la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) para evitar la replicación viral, y mejorar la calidad de vida. Entrega de trípticos a los asistentes de la charla, en donde queden enfatizados los temas más importantes que se expusieron durante la conferencia Entrega y colocación de una gigantografía en la clínica de VIH del Hospital en donde constan los puntos que se deben tomar en cuenta para prevenir la aparición o reaparición de enfermedades oportunistas.

5.2 EXPLORACION DEL CONOCIMIENTO

- ¿Sabe usted que es una enfermedad oportunista?
- ¿Conoce usted qué medidas tomar para evitar una enfermedad oportunista?
- ¿Conoce usted que es el TARGA?
- ¿Sabe usted que es la adherencia al tratamiento antirretroviral?

5.3 ENFERMEDADES OPORTUNISTAS

Las personas con infección avanzada por el VIH son vulnerables a infecciones o neoplasias que se denominan “oportunistas”, porque aprovechan la oportunidad que les brinda un sistema inmunitario debilitado. Existen diversos tratamientos y profilaxis algunos sencillos y baratos, otros extremadamente caros y complejos para contrarrestar

las enfermedades oportunistas más comunes. Las infecciones oportunistas en los portadores del VIH son el producto de dos factores: La falla de defensas inmunitarias a causa del virus y La presencia de microorganismos y otros patógenos en su entorno cotidiano.

5.4 NORMAS PARA PREVENIR ENFERMEDADES OPORTUNISTAS

- Cepillarse los dientes 3 veces al día.
- Lavado adecuado de manos. Higiene personal diaria.
- Lavar y cocinar bien los alimentos.
- Mantener una alimentación balanceada.
- Consumir agua segura.
- Desinfectar la vivienda con cloro o algún otro agente antiséptico.
- No consumir alcohol.
- No fumar.
- No consumir drogas.
- Vacunación de animales domésticos.
- Adherencia al TARGA.
- Controles cada 6 meses de CD4 Y carga viral.

Consulte a su médico antes de la aplicación de vacunas o el consumo de algún medicamento. En la mujer: controles ginecológicos al menos 1 o 2 veces al año. Uso de preservativos para prevención de ETS. Consultar al médico de manera rutinaria.

5.5 TARGA

El término Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) alude a una combinación de tres o más medicamentos anti-VIH. Si la persona no está tomando ningún otro tipo de medicación, el virus del VIH puede duplicarse rápidamente y se pierden los beneficios del tratamiento. Tomar dos o más antirretrovirales al mismo tiempo reduce enormemente el porcentaje de desarrollo de la resistencia.

5.6 INICIO DE TARGA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES OPORTUNISTAS AGUDAS

El beneficio de TARGA en el curso de una enfermedad oportunista aguda incluye la mejoría de la función inmune que potencialmente puede contribuir a la resolución de la enfermedad oportunista.

5.7 RESISTENCIA AL TARGA DEFINICION DE RESISTENCIA

Es la respuesta que ocurre naturalmente cuando cualquier microorganismo enfrenta una presión selectiva por parte de las drogas. El VIH no escapa a esta regla y de hecho, el alto nivel de replicación viral y recambio y, la falta de un mecanismo de lectura corregida de la transcriptasa reversa, conducen a la generación espontánea de un gran número de "quasi" especies virales genéticamente diferentes y que co-existen en la misma persona. De acuerdo a las leyes de Darwin, dentro de este "hormiguero" de virus, las mutaciones le confieren una ventaja selectiva para ser seleccionadas. En presencia de los agentes anti-retrovirales, las variantes con sensibilidad reducida a estas drogas se apoderarán de las otras transformándose así en la especie predominante. La resistencia a los anti-retrovirales es la causa principal de falla virológica de la terapia anti-retroviral y se debe, por lo general, a una pobre adherencia por parte del paciente y/o a una baja potencia del régimen. Bajo estas circunstancias, la replicación viral no es suprimida de forma completa, permitiendo la emergencia gradual de variantes resistentes.

5.8 ADHERENCIA

El grado de adherencia del paciente al tratamiento es un determinante fundamental del grado y duración de la supresión viral que se logre con TARGA. La adherencia inadecuada es el factor más importante para el fracaso terapéutico.

Se requiere que el paciente tome el 95% de las dosis para mantener el virus suprimido a largo plazo, a esto se llama adherencia óptima. Una cifra menor se considera como adherencia inadecuada. Las razones dadas para la adherencia inadecuada son: olvidarse las dosis, estar muy ocupado, viajes y otros cambios significativos en la rutina, quedarse dormido, estar deprimido, efectos adversos de las medicinas, sentirse mal, problemas económicos. Los factores identificados en los pacientes que son predictores de adherencia inadecuada son: Falta de confianza en el médico.

Uso de alcohol o drogas Enfermedad mental activa (depresión, psicosis, etc.) Bajo nivel educativo. No poder identificar sus medicinas cuando se le pregunta. Falta de acceso a servicios de salud y medicinas. Miedo a los efectos adversos. Inestabilidad en cuanto a vivienda, familia, ingresos, otros. Violencia doméstica. En cambio, favorecen la adherencia óptima: Tener apoyo emocional y socioeconómico.

Cuando el paciente puede incluir bien las medicinas en su rutina diaria. Entender las consecuencias de la adherencia inadecuada y que tomar todas las dosis como están indicadas es esencial. Sentirse cómodo tomando las medicinas frente a otros. Asistir a todas sus citas en el centro de salud. Por lo expuesto antes, podemos identificar a muchos pacientes en riesgo de adherencia inadecuada y por tanto de fracaso terapéutico. Debemos tomar también en cuenta que incluso el paciente ideal puede fallar. En paises desarrollados solo el 50% de los pacientes mantienen una respuesta óptima.

6. METODOLOGÍA

- Técnicas de exposición
- Procedimiento de preparación
- Charla educativa

7. DEMOSTRACIÓN

- Cuidados específicos

8. ESTRATEGIAS

- Coordinar con las autoridades de la institución; para fijar día, hora, lugar donde se Llevó a cabo la intervención.
- Colocar un aviso en la entrada de la consulta de la clínica del VIH/SIDA informando sobre la charla educativa a realizar.
- Entregar invitaciones a los representantes para que asistan al programa educativo.

9. EDUCACIÓN

Exposición oral y audiovisual de los temas de interés

10. RECURSOS HUMANOS:

- Pacientes
- Personal
- Autora: Andrea Paola Romero

11. RECURSOS MATERIALES:

- Lápiz
- Papel periódico.
- Cinta adhesiva
- Encuestas
- Infocus

- Computadora
- Pendrive
- Trípticos
- Cámara.
- Transporte
- Refrigerio
- Invitaciones
- Copias

12. RECURSOS ECONÓMICOS:

Charla educativa	10.00
Movilización	20.00
Refrigerio	25.00
Copias	15.00
Imprevistos	20.00
TOTAL	90.00

13.EVALUACIÓN:

La fase de intervención fue evaluada por medio de los siguientes criterios y utilizando los indicadores de:

- **Proceso:** Calidad de la intervención referente a la aplicación de la encuesta y la charla educativa.
- **Producto**: Cumplimiento de las actividades y de los objetivos propuestos.

- **Impacto:** Se valoró la satisfacción de la intervención por parte de los usuarios, mediante un post test y el registro de asistencia.

UNIVERSIDAD TECNICA DE MACHALA

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUIMICAS Y DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERIA

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

AGENDA DE CAPACITACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA TERAPIA ANTIRETROVIRAL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES OPORTUNISTAS.

LUGAR: ÁREA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL TEOFILO DAVILA.

FECHA: NOVIEMBRE 2014.

1 Saludo y Bienvenida a las asistentes, por la responsable del programa de intervención.

2 Presentación del expositor.

3 Aplicación del PRE Test de evaluación a las presentes.

4 Exposición de los temas.

5 Entrega de trípticos.

6 Aplicación del POST Test de evaluación a los presentes.

7 Levantamiento de firmas de las asistentes a la charla.

8 Refrigerio.

9 Agradecimiento a las presentes y colaboradoras del programa.

10 Evaluación de las actividades planificadas

UNIVERSIDAD TECNICA DE MACHALA
UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUIMICAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

TEMA	TÉCNICA	RECURSOS		TIEMPO	RESPONSABLE	FECHA
		HUMANOS	MATERIALES			
1. VIH/SIDA **2. Importancia de la TARVG** **3. Tipo de antiretrovirales** **4. Enfermedades oportunistas signos y síntomas.** **5. Tipo de enfermedades oportunistas**	Oral, audiovisual y escrita	Autor Usuarios	• Lápiz • Papel periódico. • Cinta adhesiva • Encuestas • Infocus • Computadora • Pem drive • Trípticos • Cámara. • Transporte • Refrigerio • Invitaciones • Copias	20 min	Andrea Romero	**Noviembre del 2014**

TEMA	TÉCNICA	RECURSOS	TIEMPO	RESPONSABLE	FECHA

		HUMANOS	MATERIALES			
6. Alimentación sana, dieta diaria. **7. Consumo de sustancias nocivas, alcohol, drogas, tabaco.** **8. Control médico, exámenes de laboratorio, frecuencia, y estimaciones según el nivel de Cd4.**	Oral, audiovisual y escrita	Autor Usuarios	• Lápiz • Papel periódico. • Cinta adhesiva • Encuestas • Infocus • Computadora • Pem drive • Trípticos • Cámara. • Transporte • Refrigerio • Invitaciones • Copias	20 min	Andrea Romero	**Noviembre del 2014**