

RESUMEN

La embarazada con prueba reactiva de VIH y con tratamiento antirretroviral durante esta etapa, disminuye las probabilidades de transmisión vertical, sin embargo después del nacimiento el neonato recibe terapia antirretroviral y existe la probabilidad que al año seis meses este niño presente seroconversión, es decir que después de haber presentado una reactividad negativa esta sea positiva, por tal motivo se decidió realizar el siguiente trabajo de investigación el mismo tiene por finalidad; Identificar la seroconversión de expuesto perinatales que recibieron profilaxis materna – infantil, del cual se van a despejar las siguientes variables obtenidas de los objetivos específicos:, Número de recién nacidos que recibieron profilaxis, Tipo de parto de las madres de los recién nacidos que recibieron profilaxis, Factores predisponentes para la seroconversión de los recién nacidos que recibieron profilaxis, el tipo de estudio que se empleo fue no experimental, descriptivo de corte transversal, se partió desde el método deductivo para llegar al analítico y sintético de donde se obtuvieron conclusiones y recomendaciones, se empleó un cuestionario para recopilar los datos directamente de la observación de las historias clínicas de los niños y sus madres, siendo una población de 102, luego se ejecutó un plan educativo dirigido a las mujeres que asisten a la consulta ginecológica del hospital para lograr que concienticen y sensibilicen en la realización de la prueba y eviten conductas riesgosas.

En la obtención de los resultados del trabajo investigativo el 99% de los recién nacidos realizo seroconversión y el 1% se mantuvo negativo, donde hubo influencia de los factores predisponentes siendo relevante el tipo de tratamiento antirretroviral.

INTRODUCCIÓN

El VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), que ocasiona la destrucción del sistema inmunitario de las personas. Esta infección mata cada minuto a cinco personas en el mundo y la cifra de infectados es cada vez mayor. Según los últimos datos sobre la epidemia, publicados por el “Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA” (ONUSIDA) y por la “Organización Mundial de la Salud” (OMS), alrededor de 39.5 millones de personas viven actualmente con el VIH. (1) La OMS recomienda adelantar el inicio del tratamiento antirretrovírico (TAR) en los adultos y adolescentes, administrar antirretrovíricos (ARV) mejor tolerados por los pacientes y utilizar estos fármacos durante más tiempo para reducir el riesgo de transmisión materno infantil del VIH. Por vez primera, la OMS recomienda que las madres seropositivas o sus hijos tomen ART durante toda la lactancia materna con el fin de prevenir la transmisión del virus. (2)

En 2006, la OMS recomendó la administración de ARV a las embarazadas seropositivas en el tercer trimestre de la gestación (a partir de las 28 semanas) para prevenir la transmisión materno infantil del VIH. Entonces no había pruebas suficientes del efecto protector de los ARV durante la lactancia, pero posteriormente varios ensayos clínicos han demostrado la eficacia de los ARV para prevenir la transmisión del virus al niño durante la lactancia. Las recomendaciones de 2009 fomentan un uso más temprano de los ARV durante el embarazo, desde las 14 semanas de gestación hasta el final de la lactancia. La OMS recomienda la lactancia materna hasta los 12 meses de edad, siempre que la madre VIH-positiva o el niño estén tomando ARV durante ese periodo. Así se reducirá el riesgo de transmisión del virus y se mejorarán las posibilidades de supervivencia del lactante. (2)(OMS.2009)

La situación más grave se vive en el África subsahariana, donde se han registrado 25,8 millones de infectados y cada año son 2,4 millones las víctimas fatales. En Europa Occidental y en Asia Central más de 1,5 millones de personas son

seropositivas, frente a solo 30.000 que había en 1995. En América Latina y el Caribe, en la actualidad, más de 200 personas mueren cada día a causa del SIDA. En esta región, el número de fallecidos subió de 64.000, en el año 2004, a 84.000 en el 2006. (3)(Lancet, 2009)

En Ecuador, según datos del Programa Nacional del Sida (PNS) del Ministerio de Salud Pública (MSP), hasta diciembre del 2008 se reportaron 21.810 personas que viven con VIH/sida, de estos 14.773 son casos VIH y 7.037 son casos de Sida. Para el 2009 en la provincia de El Oro se registran 4.030 casos de VIH y 1.295 casos de sida. Según los datos proporcionados por el Programa Nacional del SIDA la región Costa concentra la mayor cantidad de personas que viven con el VIH/Sida siendo Guayas la provincia con el mayor número de casos de VIH/ Sida. Sin embargo, es importante mencionar que, según el informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS 2010, Esmeraldas es una de las provincias que presenta un importante aumento de casos respecto de años anteriores, según este informe su tasa es la segunda más alta del país seguida por Santa Elena que ocupa el tercer lugar de incidencia. (4)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la provincia de El Oro en el año 2009 se registran 4.030 casos de VIH y 1.295 casos de sida. En el año 2012 se han detectado 513 pacientes con VIH en fase avanzada, de los cuales suman 136 los fallecidos en el mismo periodo.

Este año los pacientes atendidos en el hospital Teófilo Dávila donde funciona la clínica del sida, hasta la fecha ha brindado atención a 377 pacientes con VIH, en cuanto a las atenciones perinatales desde el año 2010 hasta el 2013 se presentaron 102 casos.

La situación de embarazo constituye un riesgo potencial de transmisión de la infección VIH para la mujer, y un riesgo además de transmisión vertical por lo que el diagnóstico precoz de la infección VIH en el embarazo constituye un objetivo primordial para una política global de profilaxis de la transmisión vertical y de los programas de salud de la mujer embarazada. Por todo ello, la serología VIH debe realizarse en toda mujer embarazada y debe incluirse dentro del protocolo a realizar en la primera visita. Este constituye el primer paso para poder ser efectivos en la disminución de la transmisión vertical de 25% a menos de 2%.(1)

Los estudios muestran que los tratamientos anti VIH para la mujer embarazada y el bebé son muy efectivos en la reducción de la transmisión vertical, esto acompañado de parto por cesárea y sustitución de leche materna por otra alimentación. Esto ahorraría vidas y dinero. Sin embargo poco es lo que se hace. Se propone que toda mujer embarazada o que piense embarazarse sea motivada por su Gineco-Obstetra para hacerse la prueba VIH SIDA, esto permitiría una detección temprana y por tanto una profilaxis oportuna para evitar la transmisión vertical. Se requiere un mayor esfuerzo para lograr la aplicación voluntaria de la prueba para VIH en la población de mujeres embarazadas y garantizar el adecuado tratamiento a las mujeres que sean identificadas como convivientes con el VIH. (2)

FORMULACIÓN DEL TEMA

- ¿Cuál es la seroconversión de expuesto perinatales que recibieron profilaxis materna – infantil nacidos en el hospital Teófilo Dávila desde el año 2010 – 2013?

SISTEMATIZACIÓN

- ¿Cuál es el número de recién nacidos que recibieron profilaxis desde el año 2010 – 2013?
- ¿Cuáles son las características individuales de las madres de los recién nacidos que recibieron profilaxis desde el año 2010 – 2013?
- ¿Cuál es el tipo de parto de las madres de los recién nacidos que recibieron profilaxis desde el año 2010 – 2013?
- ¿Cuáles son los factores predisponentes para la seroconversión de los recién nacidos que recibieron profilaxis desde el año 2010 – 2013?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Identificar la seroconversión de expuesto perinatales que recibieron profilaxis materno – infantil nacidos en el hospital Teófilo Dávila desde el año 2010 – 2013.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar el número de recién nacidos que recibieron profilaxis desde el año 2010 – 2013.
- Identificar las características individuales de las madres de los recién nacidos que recibieron profilaxis desde el año 2010 – 2013?
- Identificar el tipo de parto de las madres de los recién nacidos que recibieron profilaxis desde el año 2010 – 2013
- Determinar los factores predisponentes para la seroconversión de los recién nacidos que recibieron profilaxis desde el año 2010 – 2013.
- Planificar y ejecutar un plan educativo sobre VIH.

HIPÓTESIS

¿La seroconversión del expuesto perinatal se asociara al tipo de parto y a los factores predisponentes?

VARIABLES

Variables Dependientes

- Numero de recién nacidos con profilaxis
- Seroconversión

Variables Independientes

- Características Individuales
- Tipo de parto
- Factores predisponentes

JUSTIFICACIÓN

El VIH/SIDA está afectando cada día a más mujeres, produciéndose la llamada feminización de la enfermedad y llegando incluso a sobrepasar el número de hombres infectados en algunas regiones; el problema radica fundamentalmente en que las mujeres viviendo con VIH se encuentran en edad fértil. Esto abre paso a muchas interrogantes acerca de qué sucede con los niños nacidos de madres que viven con VIH, y que precauciones se está tomando para evitar al máximo que la transmisión vertical siga en aumento.

El estudio de la seroconversión de recién nacidos expuestos perinatal, cubre una gran necesidad ya que es una responsabilidad del personal médico, de enfermería y progenitores o personal encargado de la responsabilidad del recién nacido.

Afortunadamente para los recién nacidos expuestos perinatal, ya sea nacido por parto o cesárea, o que haya recibido lactancia materna existen tratamientos adecuados de antirretrovirales que ayudan a contrarrestar la carga viral recibida por parte de la madre infectada de VIH, siendo así un beneficio en la disminución de la presentación de seroconversión.

Es así que resulta de gran importancia que el personal encargado del programa de VIH/SIDA que promociona el Ministerio de Salud Pública a través de la Clínica del Sida del Hospital Teófilo Dávila, trabaje en conjunto con las familias afectadas para ofrecer toda la información necesaria sobre prevención y manejo del recién nacido expuesto ante el tratamiento de antirretroviral.

CAPITULO I

1. MARCO TEORICO

1.1 VIH/SIDA

1.1.1 DEFINICION DE VIH

VIH es la sigla correspondiente a “virus de la inmunodeficiencia humana”. Es un retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario (principalmente las células T CD4 positivas y los macrófagos, componentes clave del sistema inmunitario celular) y destruye o daña su funcionamiento. La infección por este virus provoca un deterioro progresivo del sistema inmunitario, lo que deriva en "inmunodeficiencia". Las infecciones asociadas con la inmunodeficiencia grave se conocen como "infecciones oportunistas", ya que aprovechan la debilidad del sistema inmunitario. (11)

1.1.2 DEFINICION DE SIDA

Sida es un término que corresponde a “síndrome de inmunodeficiencia adquirida” y constituye una definición de vigilancia basada en indicios, síntomas, infecciones y cánceres asociados con la deficiencia del sistema inmunitario que resulta de la infección por el VIH. (11)

1.1.3 SINTOMAS DEL VIH

La mayoría de las personas que se han infectado por el VIH no lo saben ya que los síntomas no se manifiestan inmediatamente después de contraer el virus. Sin embargo, algunas desarrollan el "síndrome retroviral agudo" durante la seroconversión, una enfermedad parecida a la mononucleosis infecciosa, que causa

fiebre, erupciones, dolor articular e inflamación de los nódulos linfáticos. La seroconversión alude al desarrollo de anticuerpos contra el VIH y generalmente tiene lugar entre la primera y la sexta semana tras a la infección. Una persona infectada por el VIH, independientemente de que tenga o no síntomas iniciales, es altamente contagiosa durante este periodo inicial. La única forma de determinar si el VIH está presente en el cuerpo es mediante pruebas para detectar anticuerpos del VIH o el propio VIH. Una vez que el VIH ha provocado un deterioro progresivo del sistema inmunitario, la vulnerabilidad ante diferentes infecciones puede hacer visibles los síntomas. El VIH se divide en diferentes etapas establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en función de diversos indicios, síntomas, infecciones y cánceres.

Infección primaria por el VIH: puede ser asintomática o manifestarse mediante el síndrome retroviral agudo.

Etapla clínica I: asintomática o inflamación general de los nódulos linfáticos.

Etapla clínica II: pequeñas pérdidas de peso, manifestaciones mucocutáneas leves e infecciones recurrentes de las vías respiratorias altas.

Etapla clínica III: diarrea crónica sin causa aparente, fiebre persistente, candidiasis o leucoplaquia oral, infecciones bacterianas graves, tuberculosis pulmonar e inflamación necrotizante aguda en la boca. Algunas personas tienen sida en esta etapa.

Etapla clínica IV: incluye 22 infecciones oportunistas o cánceres relacionados con el VIH. Todas las personas que se encuentran en esta etapa tienen sida. (11)

1.1.4 FORMAS DE TRANSMISIÓN

Hasta ahora se han identificado solo tres vías de transmisión del VIH: la sanguínea o parenteral, la sexual no protegida y la perinatal o vertical.

1. La sexual no protegida: se produce a través de secreciones genitales del hombre y la mujer, como son los líquidos pre eyaculatorios, el semen, las secreciones vaginales y el sangrado menstrual, por lo que las personas infectadas pueden transmitir el virus fácilmente a sus parejas sexuales.
2. La sanguínea o parenteral: es por la mezcla de sangre infectada con el virus y la sangre de una persona sana. Esto se da a través de agujas usadas, jeringas, objetos punzocortantes, como navajas de rasurar y por transfusiones de sangre o trasplante de algún órgano, que no hayan sido previamente controlados por los servicios de salud.
3. La otra forma de transmisión es la llamada vertical o perinatal, cuando una mamá infectada o seropositiva transmite el virus su hijo durante el embarazo, parto o amamantamiento.(5)

1.2 SEROCONVERSIÓN

1.2.1 DEFINICIÓN DE SEROCONVERSIÓN

La seroconversión es el proceso de la respuesta inmune del cuerpo a una infección, o inmunización. Cuando el sistema inmunitario detecta un antígeno (virus, bacterias, toxinas, etc.), se producen anticuerpos, que pueden ser detectados en análisis de sangre. Este proceso de creación de anticuerpos detectables para un antígeno específico se denomina seroconversión. El organismo tarda algún tiempo en producir suficientes anticuerpos que sean detectables con una prueba de anticuerpos contra el VIH. Por lo general tarda de 10 a 14 días, pero a veces puede tardar hasta 6 meses. Cuando los anticuerpos contra el VIH en la sangre llegan a una concentración detectable, hay seroconversión de la persona que ha contraído el VIH. En otras palabras, la prueba de detección de anticuerpos de esa persona pasa de VIH-negativa

a VIH-positiva. En el VIH en particular, los individuos son considerados seropositivos cuando los anticuerpos del virus son detectables en los análisis de sangre.

1.2.2 SEROCONVERSIÓN DEL VIH: FASE DE INFECCIÓN AGUDA

Durante dos semanas a tres meses después de la exposición al VIH, las personas pueden experimentar lo que se considera la fase de infección aguda. Este es el tiempo durante el cual se produce la seroconversión. El cuerpo está reconociendo el virus y produce anticuerpos para tratar de combatir la infección. El sistema inmunológico se ve sobrecargado, y presenta síntomas físicos. A menudo, los síntomas son manejables, aunque algunas personas pueden requerir tratamiento médico e incluso hospitalización. Al final de la fase de infección aguda, el cuerpo ha producido generalmente suficientes anticuerpos para ser detectados en una prueba de rutina para el VIH. En este punto, un resultado positivo en las pruebas de anticuerpos resulta en el diagnóstico de la infección por VIH.

1.2.3 SINTOMAS DE LA SEROCONVERSIÓN DEL VIH

Los síntomas de la infección aguda por VIH (seroconversión) son similares a la gripe o mononucleosis. Las personas pueden experimentar dolor de cabeza, dolor muscular, fatiga y fiebre. Los síntomas también pueden incluir náuseas, vómitos y diarrea. En algunos casos, también se presenta dolor de garganta, úlceras en la boca y erupción cutánea. En casi todas las fases agudas de infección, los ganglios linfáticos se hinchan como resultado de la respuesta inmune del cuerpo al VIH.

1.2.4 CONFIRMACIÓN DE LA SEROCONVERSIÓN

La única manera confiable y definitiva para confirmar la seroconversión del VIH es a través de un análisis de sangre. Una prueba del virus no dará resultados fiables después de la exposición durante un máximo de seis meses, por lo que es importante

volver a realizarse una prueba después de los seis meses de exposición. Además, los Centros para el Control de Enfermedades recomiendan realizar pruebas anuales para las personas con alto riesgo de infección por VIH.

1.2.5 TRATAMIENTO DURANTE LA SEROCONVERSIÓN

Cuando la infección por VIH es detectada durante la fase de seroconversión, resulta eficaz una terapia anti-retroviral (TAR) inmediata y agresiva para reducir significativamente la carga viral, a veces hasta niveles indetectables. Aunque la terapia anti-retroviral puede ser efectiva en todas las etapas de la progresión de la enfermedad del VIH/SIDA, es particularmente eficaz durante el período de la seroconversión, por lo que comprender y reconocer sus síntomas se vuelve aún más crítico.

1.3 FACTORES INVOLUCRADOS EN LA TRANSMISIÓN VERTICAL

1.3.1 Factores maternos

- Grado de avance de la enfermedad materna.
- Un recuento de linfocitos T CD4 bajo, inferiores a 400/mm³ facilitan la infección por VIH.
- La presencia de infección sintomática o SIDA.
- Carga viral plasmática elevada: cuanto mayor sea la carga viral, mayor es la posibilidad de transmisión al feto.
- Presencia concomitante de transmisión sexual en pacientes seropositivas provoca un aumento de la carga viral a escala genital, aumentando también la plasmática, aumentando así la posibilidad de transmisión perinatal. (5)

1.3.2 Factores Obstétricos

- Infección ascendente desde vagina y cérvix al líquido amniótico.
- Transfusión feto-materna durante el trabajo de parto.
- Contacto directo de piel y mucosa fetales con secreciones de los genitales y sangre materna infectada durante el parto.
- Rotura prematura o prolongada de membranas ovulares. Se ha establecido el incremento de riesgo horario en caso de rotura prematura de membranas, de forma que cada hora que pasa aumenta el riesgo de transmisión en un 2%.
- Desprendimiento placentario.
- Corioamnionitis debido a la disrupción de la barrera placentaria.
- Intervenciones invasivas.
- Técnicas diagnósticas (amniocentesis, funiculocentesis)
- Parto vaginal (frente a cesárea programada). Múltiples trabajos han demostrado el beneficio de la cesárea en la reducción de este riesgo hasta en un 50%. Sin embargo la mayoría de estos estudios demuestran que el beneficio de la cesárea en la prevención del contagio se produce únicamente cuando se trata de una cirugía programada y pierde toda eficacia cuando el parto de ha instaurado o se ha producido la rotura de las membranas ovulares.
- Hemorragia intraparto y líquido amniótico sanguinolento.
- Realización de episiotomía.
- Laceraciones y desgarros vaginales. (5)

1.3.3 Factores Fetales

- Recién Nacido prematuro, edad gestacional inferior a 34 semanas.
- Bajo peso: inferior a 2500 gramos.

1.3.4 Factores Víricos

- Elevada carga viral plasmática: se asocia en forma significativa con su mayor riesgo de adquirir la enfermedad por vía vertical.
- Las variaciones biológicas y genéticas del VIH también influyen en el riesgo de transmisión.
- Resistencia a los antivirales. (5)

1.3.5 Otros Factores

- Conducta de riesgo materno para la adquisición de la infección de VIH tales como adicción de drogas por vía parenteral
- Relaciones sexuales “no protegidas” durante el embarazo.
- Toxicomanía activa, tabaquismo, alcoholismo.
- La pobreza, la inestabilidad social, niveles elevados de otras infecciones de transmisión sexual.(5)

1.4 PERIODOS EN LOS QUE OCURRE LA TRANSMISIÓN VERTICAL

1.4.1 Transmisión Intrauterina

La transmisión ocurre más frecuentemente durante el final de la gestación. La probabilidad de que se produzca la infección en ausencia de profilaxis es de aproximadamente del 25 a 35 % en los países en desarrollo y del 15 a 25 % en los desarrollados. En este aspecto es donde más se ha avanzado en desarrollar adecuadas medidas preventivas y se ha conseguido reducir el riesgo de transmisión de madre a hijo a menos del 2 %. El mecanismo se da por pasaje directo transplacentario; cuando el saco amniótico está intacto sería por microtransfusiones de sangre materna

contaminada al feto, a través de un tráfico celular transplacentario o por infección de las capas sucesivas hasta llegar al feto.

Se define como infección intraútero cuando se detecta infección en el recién nacido dentro de las primeras 48 horas de vida a través de los resultados positivos del cultivo viral o reacción en cadena de la polimerasa (PCR). (5)

1.4.2 Transmisión Intraparto

Corresponde al 65 % de las infecciones por vía madre-hijo. El mecanismo sería por contacto directo con sangre, secreciones cervicovaginales o microtransfusiones materno-fetales durante el trabajo de parto o por deglución del niño de sangre o secreciones cervicovaginales contaminadas. Se define como infección intraparto cuando el recién nacido tiene resultados negativos para el cultivo viral y PCR en la primera semana de vida y se vuelven positivos entre los 7 y 90 días de vida, cuando no hay lactancia materna. (5)

1.4.3 Transmisión a través de la leche materna

Corresponde al 10 a 25 % de las infecciones por vía vertical. El mecanismo sería por infección del epitelio mucoso bucal del niño o infección de las placas de Waldeyer intestinales, células de Langerhans o células intestinales. También depende del grado de severidad de la enfermedad materna, presencia de grietas en los pezones, la mastitis y los niveles plasmáticos de Vitamina A. En la leche de la mujer infectada por el VIH, éste se presenta bajo tres formas diferentes: como partículas libres o viriones, como células infectadas o productoras de partículas virales y como células infectadas no productivas. La leche de una madre infectada agrega un potencial riesgo de infección para el hijo. Las madres que adquieran la infección después del parto tienen un alto riesgo de transmitir a través de la lactancia, especialmente durante la fase aguda de la primoinfección, ya que poseen una carga viral elevada y carecen de anticuerpos. (6)

1.4.4 Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH a través de la lactancia

Es necesario considerar que no todos los hijos de madres infectadas con VIH alimentados con lactancia materna adquieren la infección por VIH. Esto depende de muchos factores como son la carga viral de la madre, grietas en el pezón, mastitis, incorporación de otros tipos de alimentación junto con la lactancia materna, inmadurez del sistema inmune del recién nacido, entre otros.

Entre los años 1987 y 1992, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó las recomendaciones sobre la lactancia materna en las mujeres con VIH/SIDA. A las mujeres embarazadas que vivían en países y regiones donde las causas principales de mortalidad son las enfermedades infecciosas, como las diarreas e infecciones respiratorias y la desnutrición, se les aconsejó seguir alimentando a sus hijos mediante lactancia materna; en cambio en los países donde las enfermedades infecciosas no son la primera causa de muerte se les recomendó no brindar lactancia materna y utilizar una alternativa segura para la alimentación de sus hijos.

Entre 1994 y 1997, se apoyaron estas recomendaciones, estimando que el riesgo de transmisión de VIH atribuible a la lactancia materna se encontraba entre el 4% y 22%. Luego en 1997 y 1998, la OMS publicó la revisión de las recomendaciones anteriormente descritas, en la cual reconoció que más de la mitad de las transmisiones verticales ocurrían mediante la lactancia materna y se aconsejó lactancia mediante fórmula para disminuir el riesgo de morbimortalidad infantil, solamente si se les aseguraba el acceso ininterrumpido a ésta y seguridad en la preparación. (7)

1.4.5 Evolución de la enfermedad en el niño infectado por VIH

La infección por el VIH en el niño tiene un curso rápidamente progresivo con corto periodo de incubación, lo cual podría justificarse por la inmadurez del sistema inmune del niño. Tiene una forma de presentación bimodal con formas severas (10–15%) asociadas a una transmisión intraútero, con manifestaciones clínicas que aparecen en los primeros meses de vida, realizándose el diagnóstico de SIDA

alrededor del año de vida con rápido deterioro y otras formas lentas (75-80%) asociadas a transmisión intraparto o por la lactancia, de evolución más arrastrada con periodo de incubación más largo y manifestaciones clínicas menos agresivas, con edad media de diagnóstico de SIDA a los tres años de vida. Existe un pequeño porcentaje de progresos lentos que evolucionan con inmunidad estable por largos períodos (más de 8 años).

1.4.6 Conducta a seguir en el recién nacido

Todo recién nacido (RN) hijo de una madre infectada por el VIH o enferma de SIDA va a presentar en el momento del nacimiento anticuerpos anti-VIH tipo IgG. Sin embargo, esto no significa que esté infectado, sino que es un RN de riesgo y que "podría estar infectado", por lo tanto debe ser seguido longitudinalmente para descartar o confirmar la infección VIH.

Desde el punto de la investigación analítica se practicará antigenemia p24, cultivo del VIH, carga viral y reacción en cadena de polimerasa (PCR), que permiten realizar un diagnóstico precoz de infección por VIH. En caso de no disponer de estas técnicas, se recurrirá al seguimiento longitudinal de los anticuerpos anti-VIH, los cuales se irán aclarando y disminuyendo hasta desaparecer a los 12-18 meses en los niños no infectados, mientras que persisten en los infectados. (7)

1.5 DIAGNOSTICOS DE LA INFECCIÓN VIH

Las principales pruebas para detectar la presencia o existencia del virus VIH son las siguientes:

1.5.1 Métodos Indirectos

Estos métodos reconocen una reacción o respuesta inmune por parte del paciente. Se basan en técnicas de cribar y confirmar.

Técnicas de Cribado

- **EIA/ELISA:** estas técnicas para cribar, frecuentemente son las más usadas, se efectúan obteniendo una muestra o cultivo a través de las que se determina la presencia del anticuerpo. Un resultado negativo de esta prueba significa que no se hallaron, pero si es positiva, para confirmar un diagnóstico se repetirá la prueba y en caso de ser positiva por segunda vez, se procederá a realizar una prueba de confirmación.
- **OraSure:** mediante una muestra de células extraída de la boca (encima de las encías) se analiza la presencia de los anticuerpos del VIH con una tecnología similar a la prueba ELISA, pero con la desventaja de ser mucho más costosa.

1.5.2 Técnicas de Confirmación

- **Western Blot (WB):** Para confirmar y verificar este primer test (EIA/ELISA), se lleva a cabo esta prueba, que determinará la presencia de anticuerpos mediante el estudio de una muestra de sangre o saliva. Si el resultado es positivo, se puede confirmar la presencia del VIH.
- **IFI/IFA:** Esta prueba es una alternativa a la anterior, por tanto, también sirve para confirmar que los resultados de la prueba ELISA son fiables. Se detecta la presencia de anticuerpos en la muestra de células obtenida del paciente y, a diferencia de la prueba Western Blot, esta puede ser mucho más rápida, sencilla y asequible.
- **RIPA:** esta técnica está limitada a laboratorios por su alta dificultad de aplicación, no obstante los resultados obtenidos gozan de una especificidad y sensibilidad mayores a los anteriores.

1.5.3 Métodos Directos

Son aquellos capaces de detectar el virus como infección, como partícula viral, o bien, la presencia de organismos que puedan repeler al anticuerpo del VIH y ácidos nucleicos virales.

- **Cultivo vírico o aislamiento viral:** se trata básicamente de detectar el virus o alguno de sus componentes mediante el estudio y cultivo de una muestra que normalmente, tendrá que estar sometido a un riguroso análisis durante semanas o meses, con lo que este proceso puede ser lento.
- **Detección de antígeno p2:** esta proteína viral característica del VIH determinará con su presencia en la sangre del paciente el diagnóstico de infección por VIH. Existen distintas técnicas inmunológicas como son las siguientes:

ID: siglas de “inmunofluorescencia directa”. Es de las más antiguas y usadas clínicamente. Nos ofrece la opción de identificar rápidamente el virus sobre la muestra, o bien, realizar distintas confirmaciones en cultivos celulares.

Test de aglutinación: con este método se trata de aislar organismos capaces de repeler el anticuerpo de estudio para después compararlo con la muestra y detectar la presencia de antígenos virales. La técnica es barata y simple, pero puede arrojar resultados indeterminados en muchas ocasiones, lo que hace necesario poner en práctica otras técnicas adicionales que complementen y confirmen los resultados.

RIPA/EIA: vistos en los métodos indirectos, tienen su aplicación también como método directo.

- **Investigación de ácidos nucleicos virales (PCR):** es una técnica que localiza una parte de los genes del virus, encontrado en la sangre del paciente, y se obtienen numerosas copias de dicho fragmente, detectando así la presencia del virus en la sangre, aun cuando se traten de cantidades muy bajas

1.5.4 Métodos Rápidos

En muestras de sangre u orina, se pueden determinar en minutos si los anticuerpos del VIH están presentes en el paciente.

- **Dot-Blot:** técnicas costosas, fáciles de realizar y muy rápidas en cuanto a resultados (3 y 15 minutos). Tienen este nombre porque las pruebas que se realizan para detectar el VIH usan un soporte de papel, en función del color resultante, se determina la presencia del virus.
- **SUDS:** prueba rápida que se práctica en EEUU principalmente, similar a la prueba ELISA y que arroja resultados en 10-15 minutos. Preferiblemente debe confirmarse con un Western Blot antes de iniciar un tratamiento o lanzar un diagnóstico precipitado.
- **Prueba de orina (prueba "Sentinel"):** a pesar de no estar disponible para consumidores, está técnica fue aprobada a mediados de los 90. Se basa en la metodología de ELISA con modificaciones, la técnica es menos sensible y por ello se precisa una confirmación con análisis de sangre.
- **OraQuick-Advanced:** esta prueba ofrece resultados con un 99.6% de precisión y exactitud, en 20-30 minutos ya se puede conocer el resultado. El mecanismo es sencillo, y basta con una muestra de saliva o sangre, es un resultado preliminar que en caso de ser positivo, habrá que someterlo a una prueba confirmatoria (9)

1.5.5 DIAGNOSTICO PERINATAL

La realización de serología frente al VIH en la mujer embarazada (tras la obtención previa de su consentimiento) es obligada, con independencia de que tenga o no antecedentes epidemiológicos de riesgo. El detectar en ella la infección por el VIH es primordial para poder disminuir la transmisión vertical de la infección, ya que nos permitirá establecer la estrategia más adecuada (prescripción de TAR para reducir la

carga vírica materna, reducir la exposición del niño a la sangre o secreciones vaginales mediante cesárea o parto rápido.

Por otra parte, es fundamental realizar un diagnóstico precoz de la infección en todo recién nacido de una mujer infectada por el VIH, para iniciar tratamiento lo antes posible y efectuar profilaxis frente a infecciones oportunistas.

Durante el embarazo los anticuerpos IgG de la madre atraviesan de forma pasiva la placenta y pasan al feto, desapareciendo en unos 12-18 meses después del nacimiento. Por ello, la serología no nos sirve para efectuar el diagnóstico de la infección por VIH en el recién nacido, pues no distingue entre los anticuerpos maternos frente al VIH transferidos por vía placentaria de los generados por la infección en el niño. Debemos recurrir a métodos directos mediante técnicas de amplificación molecular.

La técnica de elección para el diagnóstico perinatal, es la determinación cualitativa del ADN pro viral del VIH integrado en células mononucleares de sangre periférica por PCR, pues tiene una sensibilidad muy alta, superior al 95% en niños de un mes. Además, permite detectar casos de infección por el VIH-2. La prueba cualitativa de ADN inicial se recomienda a las 24-48 horas de vida. Si es positiva indica infección intrauterina, pero debe repetirse a los 6 meses para asegurar el diagnóstico de infección. Si la primera PCR-ADN es negativa, se repite la prueba a los 15 días y a las 6 semanas (la sensibilidad de la técnica aumenta progresivamente), pudiendo ser diagnosticados casi definitivamente en ese momento.

De todas formas, es conveniente realizar una última determinación a los 3-6 meses para confirmar los resultados negativos.

Otras técnicas diagnósticas, que a continuación comentamos, presentan un rendimiento inferior a la PCR. Entre éstas están:

- El cultivo viral, con sensibilidad parecida a la PCR pero con los inconvenientes de que es caro, laborioso, sus resultados se obtienen a las 2-4 semanas y sólo está disponible en centros especializados.

- La antigenemia p24: tiene poca sensibilidad, sobre todo en el primer mes de vida, debido a la asociación del antígeno p24 a anticuerpos específicos formando inmunocomplejos, lo que dificulta su detección.
- La carga viral del VIH, que aunque es más precoz en la detección del virus en los primeros 15 días de vida, tiene el inconveniente de presentar falsos positivos. En los niños mayores de 18 meses el diagnóstico se realiza siguiendo la misma sistemática que en el adulto: positividad de prueba serológica EIA y confirmación por Western blot. (8)

1.5.6 MANEJO TERAPÉUTICO

Si se confirma el resultado positivo se debe tratar. En la embarazada existe clara evidencia de que Zidovudina reduce la transmisión perinatal de 25% a 7%, por lo que se usa independientemente del nivel de CD4, aun cuando se ignora si es efectivo en pacientes con bajo nivel de CD4.

Dosis de Zidovudina: durante el embarazo: desde las 14 semanas y hasta el parto: 100 mg, 5 veces al día, vía oral. Durante el parto: impregnación con 2 mg/Kg por 1 hora endovenoso; mantención con 1 mg/Kg endovenoso hasta el parto. En el recién nacido: 2 mg/Kg/dosis c/6 horas comenzando 8-12 horas post parto y continuando por 6 semanas. (7)

1.5.7 CUIDADOS DEL EMBARAZO Y PARTO

1. **Cuidados del embarazo:** en la primera visita:

- Información del HIV y embarazo, y riesgo de infección vertical.
- Énfasis en nutrición y suplementación.
- Estado inmunitario: CD4 y carga viral. También se puede solicitar CD8, $\beta 2$ microglobulinemia, electroforesis de inmunoglobulinas, cuantificación de inmunoglobulinas.

- Estado infeccioso: evaluación de la cavidad oro faríngea y cervico-vaginal, descartando cervicitis, presencia de gonococo, Chlamydia, estreptococo, PPD, bacilos copia, VDRL, anticuerpos para hepatitis B, toxoplasma, CMV, herpes.
- Estudio de cuello uterino
- Consulta precoz ante la aparición de nuevos síntomas/signos que puedan indicar aparición de infecciones oportunistas.

2. Control Prenatal

- Especial apoyo de salud mental y social.
- Evaluación en cada consulta de la cavidad oral y cervico-vaginal.
- Repetir CD4 cada trimestre.
- Repetir Estudio de cuello uterino a 8 semanas después del primero.
- Repetir pesquisa de enfermedades de transmisión sexual en el tercer trimestre.
- Consulta precoz ante síntomas de parto prematuro y corioamnionitis

3. Cuidados del parto

- A pesar de que hay evidencias de que la operación cesárea disminuye la tasa de infección por VIH infantil, no hay datos suficientes para apoyar la cesárea rutinaria. La decisión debe ser tomada en forma específica para cada paciente, confrontando dos aspectos: estado evolutivo de la enfermedad y factores obstétricos.
- Estado evolutivo de la enfermedad: permite establecer su potencial infectante, lo que está determinado fundamentalmente por la carga viral sanguínea.
- Factores obstétricos: en caso de parto vaginal evitar la ruptura artificial de membranas para evitar el contacto fetal con las secreciones maternas, y las maniobras que puedan dañar la piel fetal (pH cuero cabelludo fetal y

electrodo cefálico). El ideal es que el período de latencia entre la ruptura de membranas y el parto sea menor de 4 horas. (10)

1.6 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES CON VIH

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. (12)

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. (12)

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 cervico-vaginal 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 socio psicológicos 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

Recomendación de horario para la administración de ARV

En Pediatría implica el conocimiento de la edad y desarrollo del niño, las características de la familia, actividades que realiza, el nivel escolar de la persona que será la responsable de administrar los medicamentos, las condiciones del hogar (si cuenta con refrigerador, etcétera), ya que la adherencia al tratamiento debe ser acorde con las actividades y necesidades de los niños y sus padres, de tal forma que permita el descanso y sueño durante la noche. La enfermera intervendrá junto con el médico en la enseñanza de la persona a cargo del cuidado del niño(a), en la forma técnica y condiciones para la administración de los medicamentos, así como en la detección de los signos de alarma ante la intolerancia a los mismos.

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.(12)

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. (12)

CAPITULO II

2. MATERIALES Y METODOS

2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN O ESTUDIO

La siguiente investigación se la realizo mediante un tipo de estudio descriptivo, porque se basa en la obtención de información a través de documentos y fuentes directas, las cuales se pueden comprobar, así también se explora una realidad actual. Es de corte transversal porque se desarrolla en un tiempo determinado, agosto a octubre del 2010 al 2013.

2.2 DISEÑO DE ESTUDIO

El diseño de estudio fue no experimental ya que el investigador no manipulara las variables en estudio.

2.3 ÁREA DE ESTUDIO

El escenario donde se realizó la investigación será en el Hospital Teófilo Dávila, él que está ubicado en la ciudad de Machala en las calles Guabo y Boyacá, de la provincia de El Oro, donde está integrada la clínica del sida aquí se da tratamiento a los pacientes portadores, se da tratamiento antirretroviral para evitar la trasmisión vertical.

2.4 UNIVERSO Y MUESTRA

UNIVERSO

El universo de la siguiente investigación estuvo constituido por 102 pacientes con VIH/SIDA que asisten al instituto de higiene a la realización del examen de CD4 y carga viral.

MUESTRA

La muestra estuvo constituida por el 100% del universo en estudio la misma que corresponde a 102 usuarios.

2.5 METODOS TECNICAS E INSTRUMENTOS

El proceso se desarrolló en tres fases:

2.5.1 FASE DE INVESTIGACION

MÉTODO: El método a utilizarse fue el científico deductivo ya 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.

Analítico: Se apoya en que para conocer un fenómeno es necesario descomponerlo en sus partes.

Sintético: la unión de elementos para formar un todo.

TÉCNICAS:

La técnica de recolección de la información es mediante la revisión de la base de datos que tiene el departamento de estadística del hospital donde se encuentran clasificados los pacientes con VIH/SIDA específicamente las gestantes.

2.5.2 PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCION DE DATOS

El procedimiento a seguir es el siguiente:

- 1.** Pedir permiso a las autoridades del hospital Teófilo Dávila
- 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

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Se incluyen:

- Solo embarazadas.

2.5.3 FASE DE INTERVENCIÓN

En esta fase se ejecutó un programa educativo dirigido a las embarazadas de la consulta externa, enfocándose en prácticas saludables.

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

2.5.4 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 utilizara un cuestionario de pre test y pos test.

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

PLAN DE TABULACIÓN, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos que fueron recolectados para luego ser tabulados por medio del programa de informática Microsoft Office Excel y presentados en cuadros de doble entradas 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.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Numero de recién nacidos con profilaxis	Son los niños que están con terapia antiretroviral.	Recién nacidos con terapia antiretroviral	Número de niños con terapia por años de estudio	2010 2011 2012 2013
Seroconversión	Es la conversión del resultado negativo a positivo en VIH	Respuesta inmunitaria	Negativo – Positivo Negativo	Si - No Si - No
Características individuales	Son los caracteres que diferencias a un individuo de otro según su edad, sexo, estado educacional, civil.	Caracteres definatorios	Edad Sexo Etnia	18 meses 20 meses 22 meses 24 meses Masculino Femenino Mestiza Afro ecuatoriano Indígena
Tipo de parto	Es la diferenciación de parto que nacieron los niños.	Parto eutócico Parto por cesárea	Número de niños nacidos por parto eutócico. Número de niños nacidos por parto eutócico.	Parto normal Parto distócico Parto por cesárea

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Factores predisponentes	Es la predisposición	Predisposición	Continuidad de la TARV	Si No
	que presentan los niños para presentar seroconversión positiva.	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
		Lactancia materna	Recibe lactancia materna	Si No
		Tipo de prueba diagnóstica para determinar seroconversión	Seroconversión	Elisa Western Blot IFI RIPA PCR
		Control del desarrollo y crecimiento del niño	Control médico	Una vez al mes Solo cuando está enfermo Durante los 18 meses no ha ido
		Edad materna	Número de años cumplidos de las madres	15 – 19 20 – 24 24 – 29 Mayor de 30

CAPITULO III

3. MATERIALES Y METODOS

PROCESAMIENTO DE DATOS

3.1 RESULTADOS DE LA FASE DE INVESTIGACIÓN

CUADRO N° 1

AÑOS DE NACIMIENTO DE RECIÉN NACIDOS DE MADRES CON VIH REACTIVO.

AÑO	RECIÉN NACIDOS DE MADRES CON VIH REACTIVO	DE
	F	%
2010	60	59%
2011	22	21%
2012	14	14%
2013	6	6%
TOTAL	102	100%

Análisis:

El siguiente cuadro nos indica la relación del año de presentación con el número de recién nacidos hijos de madres con VIH reactivo, es así que en el año 2010 hubo la presencia de 60 casos que corresponde al 59% de niños de madres con VIH de un total de 102 y en el año 2013 un 6%. Lo que nos indica que el mayor porcentaje de niños que nacieron de madres infectadas fue en el año 2010.

CUADRO N° 2

AÑOS DE PRESENTACIÓN DE LA SEROCONVERSIÓN DE LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES CON VIH REACTIVO.

AÑO	SEROCONVERSIÓN			
	DE NEGATIVO A POSITIVO		SE MANTIENE NEGATIVO	
	F	%	F	%
2010	60	59%	0	0%
2011	22	21%	0	0%
2012	14	14%	0	0%
2013	5	5%	1	1%
TOTAL	101	99%	1	1%

Análisis:

El siguiente cuadro nos indica la relación del año de presentación de la seroconversión de negativo a positivo de recién nacidos de madres con VIH reactivo, es así que en el año 2010 hubo una seroconversión del 59% y en el año 2013 un 5% en niños de madre con VIH del total de los 102 casos en estudio, esto nos indica que el mayor porcentaje de seroconversión en recién nacidos de madres infectadas resalta en el año 2010 lo que probablemente la fuente de la problemática sea debido a la no continuidad estricta del tratamiento antirretroviral en los recién nacidos por parte de los padres, y tenemos el 1% en niños en el año 2013 que se mantiene negativo.

CUADRO N° 3

EDAD RELACIONADA CON EL SEXO DE LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES CON VIH REACTIVO

EDAD	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	F	%	F	%	F	%
18 meses	35	34%	25	25%	60	59%
20 meses	12	12%	10	10%	22	22%
22 meses	9	9%	5	5%	14	14%
24 meses	4	4%	2	2%	6	6%
TOTAL	60	59%	42	41%	102	100%

Análisis:

El siguiente cuadro nos indica la edad relacionada con el sexo de los recién nacidos de madres con VIH reactivo, es así que en la edad de 18 meses hubo un 34% de recién nacidos de sexo masculino y en la edad de 24 meses hubo un 4% de recién nacidos de sexo masculino, el 25% de sexo femenino eran de 18 meses y el 2% de sexo femenino comprendían los 24 meses, siendo más relevantes los recién nacidos de 18 meses de edad tanto masculinos como femeninos.

CUADRO N° 4

EDAD RELACIONADA CON LA ETNIA DE LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES CON VIH REACTIVO.

EDAD	ETNIA						TOTAL	
	MESTIZA		AFROECUATORIANA		INDIGENA		F	%
	F	%	F	%	F	%		
18 meses	55	54%	4	4%	1	1%	60	59%
20 meses	12	12%	7	7%	3	3%	22	22%
22 meses	7	7%	5	5%	2	2%	14	14%
24 meses	2	2%	4	4%	0	0%	6	6%
TOTAL	76	75%	20	20%	6	6%	102	100%

Análisis:

El siguiente cuadro nos indica la edad relacionada con la etnia de los recién nacidos de madres con VIH reactivo, observando que un 75% son de etnia mestiza, un 20% son de etnia afro ecuatorianos y un 6% de etnia indígena, resaltando también que en las edades donde se detecta la seroconversión esta entre los 18 y 20 meses en todas las etnias.

CUADRO N° 5

TIPO DE PARTO RELACIONADO CON LA SEROCONVERSIÓN EN LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES CON VIH REACTIVO.

TIPO DE PARTO	SEROCONVERSION				TOTAL	
	DE NEGATIVO A POSITIVO		SE MANTIENEN NEGATIVO			
	F	%	F	%	F	%
POR CANAL VAGINAL	54	53%	0	0%	54	53%
POR CESAREA	47	46%	1	1%	48	47%
TOTAL	101	99%	1	1%	102	100%

Análisis:

En el siguiente cuadro se relaciona el tipo de parto con la seroconversión en los recién nacidos con madres de VIH reactivo, observamos que el 53% que nacieron por canal vaginal presentaron una seroconversión de negativo a positivo y del 47% obtenidos por cesárea el 1% se mantiene negativo.

CUADRO N° 6

CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO RELACIONADO CON LA SEROCONVERSIÓN EN LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES CON VIH REACTIVO.

CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO	SEROCONVERSION				TOTAL	
	DE NEGATIVO A POSITIVO		SE MANTIENEN NEGATIVO			
	F	%	F	%	F	%
SI	101	99%	1	1%	102	100%
NO	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	101	99%	1	1%	102	100%

Análisis:

En el siguiente cuadro se indica la relación de la continuidad del tratamiento con la seroconversión en los recién nacidos de madres con VIH reactivo, observamos que el 100% recibió continuamente el tratamiento antirretroviral del cual el 99% realizó seroconversión y el 1% se mantiene negativo.

CUADRO N° 7**TIPO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL RELACIONADO CON LA SEROCONVERSIÓN EN LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES CON VIH REACTIVO.**

TIPO DE TARV	SEROCONVERSION				TOTAL	
	DE NEGATIVO A POSITIVO		SE MANTIENEN NEGATIVO			
	F	%	F	%	F	%
INTR inhibidores nucleosidos de la transcriptasa reversa.	26	25%	0	0%	26	25%
INNTR inhibidores no nucleosidos de la transcriptasa reversa.	29	28%	1	1%	30	29%
IP inhibidores de la proteasa	22	22%	0	0%	22	22%
II inhibidores de la integrasa	24	24%	0	0%	24	24%
TOTAL	101	99%	1	1%	102	100%

Análisis:

En el siguiente cuadro se relaciona el tipo de terapia antirretroviral con la seroconversión en los recién nacidos de madres con VIH reactivo, donde observamos que el 29% de los recién nacidos reciben el tipo de TARV (tratamiento antirretroviral) INNTR (inhibidores no nucleosidos de la transcriptasa reversa) del cual el 28% realiza seroconversión y el 1% se mantiene negativo a diferencia del TARV (tratamiento antirretroviral) IP (inhibidores de la proteasa) con un 22% de seroconversión.

CUADRO N° 8

LACTANCIA MATERNA RECIBIDA RELACIONADA CON LA SEROCONVERSIÓN EN LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES CON VIH REACTIVO.

LACTANCIA MATERNA	SEROCONVERSION				TOTAL	
	DE NEGATIVO A POSITIVO		SE MANTIENEN NEGATIVO			
	F	%	F	%	F	%
SI	101	99%	0	0%	101	99%
NO	0	0%	1	1%	1	1%
TOTAL	101	99%	1	1%	102	100%

Análisis:

El siguiente cuadro nos indica la relación de la lactancia materna recibida con la seroconversión en los recién nacidos de madres con VIH reactivo, donde observamos que el 99% realizan seroconversión al recibir lactancia materna mientras que el 1% se mantiene negativo al no recibir lactancia materna.

CUADRO N° 9

CONTROLES MEDICOS RELACIONADA CON LA SEROCONVERSIÓN EN LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES CON VIH REACTIVO.

CONTROL MEDICO	SEROCONVERSION				TOTAL	
	NO REACTIVA		REACTIVA			
	F	%	F	%	F	%
SI	1	1%	101	99%	102	100%
NO	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	1	1%	101	99%	102	100%

Análisis:

En este cuadro nos indica la relación de los controles médicos con la seroconversión en los recién nacidos de madres con VIH, donde observamos que el 100% de los recién nacidos asistieron a los controles médicos y se obtuvo el 99% de presentación de seroconversión y el 1% de recién nacidos se mantuvo en no reactivo.

CUADRO N° 10

CAPTACION DE LA MADRE CON VIH REACTIVO RELACIONADO CON LA SEROCONVERSION DE LOS RECIEN NACIDOS.

CAPTACION DE LA MADRE CON VIH	SEROCONVERSION				TOTAL	
	DE NEGATIVO A POSITIVO		SE MANTIENEN NEGATIVO			
	F	%	F	%	F	%
ANTES DEL EMBARAZO	0	0%	0	0%	0	0%
DURANTE EL PARTO	53	52%	0	0%	53	52%
DESDE EL INICIO DEL EMBARAZO	0	0%	1	1%	1	1%
UN MES ANTES DEL PARTO	48	47%	0	0%	48	47%
TOTAL	101	99%	1	1%	102	100%

Análisis:

Este cuadro nos indica la relación de la captación de la madre con VIH reactivo con la seroconversión de los recién nacidos, donde observamos que el 52% niños de madres captadas durante el parto presentan seroconversión y el 1% niños de madres captadas desde el inicio del embarazo se mantiene negativo.

PROCESO

CUADRO N°1

INTERÉS DE LOS TEMAS EXPUESTOS

INTERÉS DE LOS TEMAS	N°	%
Si	55	100%
No	-	-
TOTAL	55	100%

FUENTE: ENCUESTAS

Análisis:

El **100%** de las usuarias manifestaron que los temas expuestos son de interés además que el plan educativo sobre la seroconversión en recién nacidos fue oportuno.

RESULTADOS DE LA FASE DE INTERVENCIÓN

CUADRO N°2

CLARIDAD DE LA EXPOSICIÓN

CLARIDAD DE LA EXPOSICION	F	%
Si	55	100%
No	0	0
TOTAL	55	100%

FUENTE: ENCUESTAS

Análisis:

Según la claridad de la exposición el 100% de las usuarias 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	55	100%
Regular	0	0
Malo	0	0
TOTAL	55	100%

FUENTE: ENCUESTAS

Análisis:

El 100% de los usuarios manifiestan que el material visual educativo utilizado en la charla sobre seroconversión en recién nacidos fue claro y entendible.

CUADRO N°4

CALIDAD DEL AMBIENTE DONDE RECIBIERON LA CHARLA EDUCATIVA

CALIDAD DEL AMBIENTE	F	%
Adecuado	55	100%
Inadecuado	-	-
TOTAL	55	100%

FUENTE: ENCUESTAS

Análisis:

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

CUADRO N° 5
PRODUCTO

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%
• Epidemiología	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%

FUENTE: ENCUESTAS

PRODUCTO

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

PRODUCTO

TEMAS DE LA CHARLA EDUCATIVA	PRE- TEST				TOTAL		POST- TEST				TOTAL	
	CORRECTO		INCORRECTO		F	%	CORRECTO		INCORRECTO		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%
• Demencia	2	4%	53	96%	55	100%	55	100%	0		55	100%

FUENTE: ENCUESTAS

PRODUCTO

TEMAS DE LA CHARLA EDUCATIVA	PRE- TEST				TOTAL		POST- TEST				TOTAL	
	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 seroconversión en recién nacidos 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

Análisis:

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

IMPACTO

CUADRO N° 7

TRATO QUE RECIBIERAN LAS USUARIAS QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA.

TRATO QUE RECIBIÓ	F	%
Bueno	55	100%
Regular	0	0
Malo	0	0
TOTAL	55	100%

FUENTE: ENCUESTAS

Análisis:

El **100%** de los usuarios asistentes a la charla educativa sobre seroconversión en recién nacidos, expresaron su gratitud al estar satisfechos con el trato recibido, por parte del expositor.

CONCLUSIONES

Luego de haber analizado los datos recogidos en la fase de investigación puedo concluir lo siguiente:

- El número de recién nacidos expuestos con profilaxis fue mayor en el año 2010 con un 59% presentándose un aumento del riesgo de seroconversión por la interacción de factores sociales y de servicio de salud.
- La seroconversión de los hijos de madres con VIH fue de un 99% que pasaron de negativo a positivo, mientras que el 1% se mantiene negativo.
- En cuanto a las características individuales el 34% de recién nacido de sexo masculino y el 25% de sexo femenino junto con el 54% de recién nacido de etnia mestiza y el 59% de recién nacido de 18 meses de edad, fueron los más expuestos a realizar seroconversión.
- Según el tipo de parto el 53% nació por canal vaginal mientras que el 47% nació por cesárea.
- En cuanto a los factores predisponen a la seroconversión, el 100% si tenían continuidad en el TARV, el 29% recibió el tipo de terapia antirretroviral INNTR (inhibidores no nucleosidos de la transcriptasa reversa), el 99% recibió lactancia materna, el 52% de las madres fueron captadas durante el parto, el 99% de recién nacidos que no acudieron a controles médicos tuvieron una seroconversión reactiva.
- Donde podemos decir que a pesar de la continuidad de tratamiento, controles médicos y buen manejo del recién nacido, el 99% realizo seroconversión y el 1% se mantuvo negativo debido a la diferencia de antirretroviral.

RECOMENDACIONES

- En cuanto al personal de salud se recomienda mejorar:
- La captación temprana de mujeres con VIH (virus de inmunodeficiencia) en el control prenatal.
- La iniciación de TARV (tratamiento antirretroviral) oportuna.
- Búsqueda de mujeres gestantes con VIH (virus de inmunodeficiencia).
- Brindar un especial apoyo de salud mental y social a las madres gestantes.
- Ofrecer charlas semanales para las madres gestantes con VIH (virus de inmunodeficiencia) para un mejor desarrollo de los recién nacidos.
- Brindar alternativas para apego real al tratamiento.
- Disponibilidad de medicamentos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Colegio de Obstetras y Ginecólogos, “Comité de Práctica Obstétrica programada la cesárea y la prevención de la transmisión vertical de la infección por el VIH”, Opinión del Comité 234; mayo 2010.
5. CONASIDA. Resumen de caracterización epidemiológica del VIH/SIDA, Chile al 31 de Diciembre del 2003. Boletín epidemiológico VIH/SIDA. Recuperado de: <http://www.minsal.cl/iniciativas/Conasida/conasida.htm> en Diciembre 2005.
3. Guayla, Intraparto y neonatal dosis única de nevirapina en comparación con AZT para la prevención de la transmisión materno-infantil del HIV-1 en Kampala, Uganda: ensayo aleatorizado HIVNET 012. Lancet 2009, 354: 795-802.
12. Guías VIHOK. Guía de enfermería para la atención de las personas con VIH 11/23/09 2:32 PM Page 50
9. Inspiracion, Pruebas del Sida, 2009 recuperado de <https://www.inspiration.org/salud/sida/prueba-del-sida>
6. Lamotte.JA. Infección-enfermedad por VIH/SIDA. En: Roca Goderich R, Smith Smith VV, Paz. Presilla E, Losada Gómez J, Serret.Rodríguez B, LLamos Sierra N, et al. Temas de medicina interna. 4 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2002;t 3: 579-95
10. Legardy-Williams JK, Jamieson DJ, Read JS. Prevención de la madre y niño de la transmisión de VIH. Clínica Perinatal. 2010 Dec; 37(4):777-85
4. Ministerio de Salud, Evaluación de Protocolo ACTG 076 en Chile. Boletín de Epidemiología N ° 12 CONASIDA.

8. Muñoz C, Fortuny C, González-Cuevas A, Juncosa T, García-Fructuoso MT, Latorre C. Aplicación de los métodos de amplificación molecular para el diagnóstico y seguimiento de la infección por el VIH-1 en niños infectados por transmisión vertical. *Med Clin (Barc)* 2000; 114:769-71.

2. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD, “Nuevas recomendaciones sobre el VIH para mejorar la salud, reducir las infecciones y salvar vidas” disponible en http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/world_aids_20091130/es/

7. Organización Panamericana de la Salud. Pautas para la atención clínica de la persona adulta infectada por el VIH. Washington, DC: OPS, 1999:18-22.

11. Terapia antirretrovírica para la prevención de la infección por el VIH en adultos y adolescentes: Recomendaciones para un enfoque basado en la salud pública (revisión de 2006): recuperado de http://data.unaids.org/pub/factsheet/2008/20080519_fastfacts_hiv_es.pdf

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	Año 2014			Año 2015				
	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
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
Elaboración del Trabajo de titulación	Copias	0,02	11,00
	7 movilizaciones	3,00	10,50
	Impresiones	0,05	35,00
Revisión de historias clínicas	Internet	1,00	40,00
	Materiales		
	12 movilizaciones	3,00	36,00
	Copias	0,02	10,00
	Internet	1,00	5,00
	Bolígrafos	0,25	20,00
Tabulación de los Datos	Humanos		
	Ayudante	1,00	5,00
Elaboración del Programa Educativo	Internet	1,00	8,00
	Movilizaciones	2,00	24,00
Intervenciones del programa educativo	Impresión	0.25	6,50
	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		
	Usuaris		
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 TÉCNICA DE MACHALA
UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

VARIABLES	SI	NO
1. EDAD <ul style="list-style-type: none"> • 18 meses • 20 meses • 22 meses • 24 meses 		
2. SEXO <ul style="list-style-type: none"> • F • M 		
3. RESIDENCIA <ul style="list-style-type: none"> • Urbana • Rural 		
4. ETNIA <ul style="list-style-type: none"> • Mestiza • Indígena • Afro-ecuatoriana 		
5. TIPO DE PARTO <ul style="list-style-type: none"> • Por canal vaginal • Por cesárea 		
6. CONTINUIDAD DE LA TARV <ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 		
7. TERAPIA ANTIRETROVIRAL <ul style="list-style-type: none"> • 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 		

<p>8. LACTANCIA MATERNA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No 		
<p>9. CRITERIOS PARA TERAPIA ANTIRETROVIRAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pareja serodiscordante • Coinfeccion con HB • Riesgo cardiovascular elevado • Embarazo 		
<p>10. CONTROL MEDICO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una vez al mes • Solo cuando está enfermo • Durante los 18 meses no ha ido 		
<p>11. DETECCION OPORTUNO DE LA MADRE CON VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antes del embarazo • Durante el parto • Pocos meses antes del parto • Al inicio del embarazo 		



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TEST DE CONOCIMIENTO SOBRE LA ALIMENTACIÓN

DIRIGIDO: A LAS MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL TEOFILO DAVILA.

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 transmisión solo sexual.					
3. El control de los CD4 es importantes en el pacientes 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 retrovirales					
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



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

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?

L u n e s : _ _ _ _ _
_ _ _ _ _
_ _ _ _ _

M a r t e s : _ _ _ _ _
_ _ _ _ _
_ _

M i é r c o l e s : _ _ _ _ _
_ _ _ _ _
_ _

J u e v e s : _ _ _ _ _
_ _ _ _ _
_ _

V i e r n e s : _ _ _ _ _
_ _ _ _ _
_ _ _ _ _

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

Se le agradece infinitamente por su colaboración.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

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 TÉCNICA DE MACHALA
UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

RESPONSABLE: EGRESADA JOHANNA ROMERO

GRUPO BENEFICIARIO: MUJERES GESTANTES ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL TEOFILO DAVILA.

1. JUSTIFICACIÓN:

La realización de una charla dirigida a los pacientes ambulatorios y hospitalizados en la clínica de VIH/SIDA del hospital 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 óptima 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 y la seroconversión en sus hijos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Aumentar la adherencia al tratamiento antirretroviral por parte de las pacientes ambulatorios y 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 y consulta externa. 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 ambulatorios y 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 países 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
- Pemdrive
- Trípticos
- Cámara.
- Transporte
- Refrigerio
- Invitaciones
- Copias

12. RECURSOS ECONÓMICOS:

Charla educativa	
Movilización	10.00
Refrigerio	20.00

Copias	25.00
Imprevistos	15.00
	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 propuestas.
- **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: CONSULTA EXTERNA ÁREA DE LA CLINICA DEL SIDA.

FECHA: ENERO 2015.

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 TÉCNICA DE MACHALA
UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS 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	<ul style="list-style-type: none"> • Lápiz • Papel periódico. • Cinta adhesiva • Encuestas • Infocus • Computadora • Pem drive • Trípticos • Cámara. • Transporte • Refrigerio • Invitaciones • Copias 	20 min	Johanna Romero	Enero 2015

RESPONSABLES

LCDA SANDRA FALCONI

TUTORA

JOHANNA ROMERO

AUTORA

Índice

PORTADA	
CERTIFICACION	
CESION DE DERECHOS DE AUTORIA	
RESPONSABILIDAD	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
INDICE	
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
FORMULACIÓN DEL TEMA.....	5
SISTEMATIZACIÓN.....	5
OBJETIVOS	6
OBJETIVO GENERAL	6
OBJETIVOS ESPECIFICOS	6
HIPÓTESIS	7
VARIABLES	7
Variables Dependientes.....	7
Variables Independientes	7
JUSTIFICACIÓN	8
CAPITULO I.....	9
1. MARCO TEORICO	9
1.1 VIH/SIDA	9
1.1.1 DEFINICION DE VIH.....	9
1.1.2 DEFINICION DE SIDA.....	9
1.1.3 SINTOMAS DEL VIH.....	9
1.1.4 FORMAS DE TRANSMISIÓN	10
1.2 SEROCONVERSIÓN	11
1.2.1 DEFINICIÓN DE SEROCONVERSIÓN	11
1.2.2 SEROCONVERSIÓN DEL VIH: FASE DE INFECCIÓN AGUDA.....	12
1.2.3 SINTOMAS DE LA SEROCONVERSIÓN DEL VIH	12
1.2.4 CONFIRMACIÓN DE LA SEROCONVERSIÓN	12
1.2.5 TRATAMIENTO DURANTE LA SEROCONVERSIÓN	13
1.3 FACTORES INVOLUCRADOS EN LA TRANSMISIÓN VERTICAL	13

1.3.1	Factores maternos.....	13
1.3.2	Factores Obstétricos	14
1.3.3	Factores Fetales	14
1.3.4	Factores Víricos.....	15
1.3.5	Otros Factores	15
1.4	PERIODOS EN LOS QUE OCURRE LA TRANSMISIÓN VERTICAL	15
1.4.1	Transmisión Intrauterina.....	15
1.4.2	Transmisión Intraparto	16
1.4.3	Transmisión a través de la leche materna	16
1.4.4	Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH a través de la lactancia.....	17
1.4.5	Evolución de la enfermedad en el niño infectado por VIH	17
1.4.6	Conducta a seguir en el recién nacido.....	18
1.5	DIAGNOSTICOS DE LA INFECCIÓN VIH	18
1.5.1	Métodos Indirectos	18
1.5.2	Técnicas de Confirmación	19
1.5.3	Métodos Directos	20
1.5.4	Métodos Rápidos.....	21
1.5.5	DIAGNOSTICO PERINATAL.....	21
1.5.6	MANEJO TERAPÉUTICO.....	23
1.5.7	CUIDADOS DEL EMBARAZO Y PARTO	23
1.6	PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES CON VIH	25
	CAPITULO II.....	33
2.	MATERIALES Y METODOS.....	33
2.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN O ESTUDIO	33
2.2	DISEÑO DE ESTUDIO	33
2.3	ÁREA DE ESTUDIO.....	33
2.4	UNIVERSO Y MUESTRA	33
2.5	METODOS TECNICAS E INSTRUMENTOS	34
2.5.1	FASE DE INVESTIGACION	34
2.5.2	PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCION DE DATOS	34
2.5.3	FASE DE INTERVENCIÓN	35
2.5.4	FASE DE EVALUACIÓN	35
	CAPITULO III.....	38
3.	MATERIALES Y METODOS.....	38
3.1	RESULTADOS DE LA FASE DE INVESTIGACIÓN	38

CONCLUSIONES	59
RECOMENDACIONES	60
BIBLIOGRAFÍA	61
ANEXOS	63