

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA

TEMA:

**Estado nutricional en pacientes con VIH/SIDA NAIVE
ingresados al Hospital de Infectología “Dr. José Rodríguez
Maridueña”, durante el periodo de Mayo a Septiembre de 2016
en la ciudad de Guayaquil.**

AUTORES:

**Barragán Pineda, Mishelle Stefanie; Gallegos Zelaya, Beatriz
Annette**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de:
LICENCIADA EN NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

TUTOR:

Andino Rodríguez, Francisco Daniel

Guayaquil, Ecuador

13 de Septiembre de 2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Barragán Pineda, Mishelle Stefanie y Gallegos Zelaya, Beatriz Annette** como requerimiento para la obtención del Título de **Licenciada en Nutrición Dietética y Estética**.

TUTOR

f. _____

Andino Rodríguez, Francisco Daniel

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Celi Mero, Martha Victoria

Guayaquil, a los 13 días del mes de Septiembre del año 2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Barragán Pineda, Mishelle Stefanie y Gallegos
Zelaya, Beatriz Annette**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Estado nutricional en pacientes con VIH/SIDA NAIVE ingresados al Hospital de Infectología “Dr. José Rodríguez Maridueña”**, durante el periodo de **Mayo a Septiembre de 2016** en la ciudad de **Guayaquil** previo a la obtención del Título de **Licenciada en Nutrición Dietética y Estética**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 13 días del mes de Septiembre del año 2016

LAS AUTORAS:

f. _____
Barragán Pineda, Mishelle Stefanie

f. _____
Gallegos Zelaya, Beatriz Annette



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Barragán Pineda, Mishelle Stefanie y Gallegos
Zelaya, Beatriz Annette**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación **Estado nutricional en pacientes con VIH/SIDA NAIVE ingresados al Hospital de Infectología “Dr. José Rodríguez Maridueña”, durante el periodo de Mayo a Septiembre de 2016 en la ciudad de Guayaquil** cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 13 días del mes de Septiembre del año 2016

LAS AUTORAS:

f. _____

Barragán Pineda, Mishelle Stefanie

f. _____

Gallegos Zelaya, Beatriz Annette

REPORTE DE URKUND

URKUND

Documento: [TESIS COMPLETA.docx](#) (D21670031)

Presentado: 2016-09-08 22:41 (-05:00)

Recibido: ludwig.alvarez.ucsg@analysis.orkund.com

Mensaje: tesis barragan [Mostrar el mensaje completo](#)

5% de esta aprox. 37 páginas de documentos largos se componen de texto presente en 11 fuentes.

Lista de fuentes Bloques

Ludwing Álvarez (ludwig_alvarez)

Categoría	Enlace/nombre de archivo
	http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/8904/Tesis%20Gabiela%20Ayala...
	Plan de disertacion.docx
	http://www.aids-sida.org/archivos/META-90-90-90.pdf
	http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/
	Virus de inmunodeficiencia humana.docx
	SIDA. DEBER DE INTERNADO. SANTIAGO JIMENEZ ESPINOSA. GRUPO 2. ROTACION CLINI...

CERTIFICACIÓN Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por Barragán Pineda, Mishelle Stefanie y Gallegos Zelaya, Beatriz Annette como requerimiento para la obtención del Título de Licenciada en Nutrición Dietética y Estética.

TUTOR f. _____ Andino Rodríguez, Francisco DIRECTORA DE LA CARRERA f. _____ Celi Mero, Martha Guayaquil, a los 29 días del mes de Agosto del año 2016

FACULTAD

DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, Barragán Pineda, Mishelle Stefanie y Gallegos Zelaya, Beatriz Annette DECLARO QUE: El Trabajo de Titulación, ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES VARONES CON VIH/SIDA NAIVE INGRESADOS AL HOSPITAL DE INFECTOLOGÍA "DR. JOSÉ RODRÍGUEZ MARIDUEÑA", DURANTE EL PERIODO DE MAYO 2016 A SEPTIEMBRE 2016 EN LA CIUDAD DE GUAYAQUIL

previo a la obtención del Título de Licenciada en Nutrición Dietética y Estética,

ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al

0 Advertencias. Reiniciar Exportar Compartir

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios en primer lugar por permitirme culminar una etapa más en mi vida, por llenarme de salud, fortaleza y conocimientos necesarios para poder culminar mi tesis. A mis padres por su apoyo incondicional, emocional y material que siempre me han brindado, ya que sin ellos esto no sería posible. En especial a mi madre por ser el pilar fundamental en mi trayectoria como estudiante.

A mi tutor Dr. Francisco Andino por estar siempre pendiente de que mi tesis se realice con profesionalismo y óptimas condiciones y por habernos dado las facilidades para realizar este arduo trabajo

También agradecer a mi enamorado por el apoyo, consejos y buenos deseos que permitían dar lo mejor de mí para poder culminar con éxito mi tesis.

A mis maestros por sus conocimientos impartidos, por su apoyo recibido y sus experiencias compartidas; a mis compañeros de clases por haber hecho más agradable el duro y satisfactorio paso de la vida universitaria; y a mi compañera de tesis Beatriz Gallegos por su amistad, compañerismo y solidaridad para conmigo, ya que juntas hemos realizado este trabajo.

Mishelle Stefanie Barragán Pineda.

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de tesis en primer lugar me gustaría agradecerle a ti Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

A la UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL, por darme la oportunidad de estudiar y llegar a ser un profesional.

A mi tutor de tesis, Dr. Francisco Andino por su dedicación y apoyo quien, con sus conocimientos, su experiencia y su motivación ha logrado que se pueda terminar este proyecto con éxito. También me gustaría agradecer a mis profesores durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con sus conocimientos a mi formación.

A mi familia ya que son un pilar fundamental en mi vida, por su apoyo incondicional todo este tiempo, por la motivación y el amor brindado.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Para ellos muchas gracias y que Dios los bendiga.

Beatriz Annette Gallegos Zelaya.

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedicamos a Dios quien supo guiarnos por el buen camino, darnos fuerzas para seguir adelante, no desmayar en los problemas que se nos presentaban, enseñándonos a encarar las adversidades sin perder nunca la fe ni desfallecer en el intento.

A nuestras familias quienes por ellos somos los que somos. Para nuestros padres por sus consejos, amor, ayuda en los momentos difíciles y por ayudarnos con los recursos necesarios para estudiar. Gracias también a nuestros amigos, compañeros, docentes que nos apoyaron y nos supieron aconsejar cuando más lo necesitábamos.

Mishelle Stefanie Barragán Pineda.

Beatriz Annette Gallegos Zelaya.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Francisco Daniel, Andino Rodríguez

TUTOR

f. _____

Martha Victoria, Celi Mero

DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

Ludwig Roberto, Álvarez Córdova

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

Rosa Ginger, Baque Baque.

OPONENTE

INDICE

CONTENIDO	Pág.
AGRADECIMIENTO.....	VI
DEDICATORIA.....	VIII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....	IX
INDICE DE TABLAS.....	XII
INDICE DE GRAFICOS.....	XIII
RESUMEN.....	XIV
ABSTRACT	XV
INTRODUCCIÓN.....	16
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	20
2. OBJETIVOS.....	21
2.1. Objetivo General.....	21
2.2. Objetivos Específicos	21
3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	22
4. MARCO TEÓRICO.....	23
4.1 Marco Referencial.....	23
4.2. Marco Teórico.....	25
4.2.1. VIH/SIDA.....	25
4.2.1.1. Definición.....	25
4.3. Marco Conceptual	43
4.4. Marco Legal.....	45
4.4.1. Constitución de la República del Ecuador (2008)	45
4.4.1.1. Personas con enfermedades catastróficas	45
4.4.1.2. Salud	45
4.4.2 Ley de derechos y amparo al paciente	45
4.4.3 Ley para la prevención y asistencia integral de VIH/SIDA. (Ley 2000-11).....	45
4.4.4 Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional	46
5. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS	47
6. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES	48
7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	53
7.1. Justificación de la Elección del Diseño	53

7.2. Población y Muestra	53
7.2.1. Criterios de Inclusión	53
7.2.2. Criterios de Exclusión	53
7.3.1. Técnicas	54
7.3.2. Instrumentos	56
8. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	57
8.1 Análisis y Presentación de los resultados	57
9. CONCLUSIONES	80
10. RECOMENDACIONES	82
11. PRESENTACIÓN DE PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	83
11.3 OBJETIVOS.....	83
11.4 FUNDAMENTACIÓN	84
BIBLIOGRAFÍA.....	94
ANEXOS	97

INDICE DE TABLAS

CONTENIDO	Pág.
Tabla 1 Criterios Diagnósticos CDC	33
Tabla 2 Raciones Diarias	40
Tabla 3 Requerimientos nutricionales específicos según fases de la enfermedad VIH.	41
Tabla 4 Interacción entre alimentos y fármacos	42
Tabla 5 Variables Sociodemográfica	48
Tabla 6 Variables Clínicas	50
Tabla 7 Distribución por tipo de servicio	57
Tabla 8 Distribución de porcentajes por Edades	58
Tabla 9 Distribución de porcentaje según su lugar de residencia	60
Tabla 10 Distribución de porcentaje según el estado civil	61
Tabla 11 Distribución por porcentaje según Orientación Sexual	62
Tabla 12 Distribución por porcentaje según la instrucción	63
Tabla 13 Distribución por porcentaje según la ocupación	64
Tabla 14 Distribución de porcentaje por Fecha de Diagnostico	65
Tabla 15 Distribución de porcentaje según su Diagnóstico de la Escala CDC-OMS	66
Tabla 16 Distribución de porcentaje según antecedentes patológicos familiares	68
Tabla 17 Distribución de porcentaje según antecedentes patológicos personales	69
Tabla 18 Distribución de porcentaje según sus hábitos	70
Tabla 19 Distribución de drogas consumidas.....	71
Tabla 20 Distribución según Anamnesis Alimentaria	73
Tabla 21 Distribución según su Índice de Masa Corporal (IMC)	75
Tabla 22 Distribución según circunferencia de cintura	76
Tabla 23 Distribución según porcentaje de grasa corporal.....	77
Tabla 24 Distribución según Valoración Global Subjetiva	78

INDICE DE GRAFICOS

CONTENIDO	Pág.
Gráfico 1 Adherencia al tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad.....	34
Gráfico 2 Criterios de definición del Síndrome de Wasting.	39
Gráfico 3 Distribución según el tipo de servicio del Hospital de Infectología "Dr. José Rodríguez Maridueña"	57
Gráfico 4 Edad.....	59
Gráfico 5 Lugar de Residencia.....	61
Gráfico 6 Estado Civil	62
Gráfico 7 Orientación Sexual	63
Gráfico 8 Instrucción.....	64
Gráfico 9 Ocupación	65
Gráfico 10 Fecha de Diagnóstico.....	66
Gráfico 11 Clasificación CDC-OMS	67
Gráfico 12 Antecedentes Patológicos Familiares	68
Gráfico 13 Antecedentes Patológicos Personales	69
Gráfico 14 Hábitos	70
Gráfico 15 Drogas Consumidas	72
Gráfico 16 Anamnesis Alimentaria	74
Gráfico 17 Índice de Masa Corporal (IMC).....	75
Gráfico 18 Riesgo Cardiovascular	76
Gráfico 19 Porcentaje de Grasa Corporal	77
Gráfico 20 Valoración Global Subjetiva.....	78

RESUMEN

El estudio realizado en el Hospital de Infectología “José Rodríguez Maridueña” en la ciudad de Guayaquil tuvo como objetivo evaluar el estado nutricional de los pacientes varones con VIH/SIDA NAIVE en el periodo de Mayo a Septiembre de 2016. Se corroboró la hipótesis planteada existiendo variaciones en el estado nutricional de los pacientes que están en sala tanto como los que van a consulta externa; en el caso de los pacientes que están en sala presentan desnutrición más las complicaciones de la enfermedad mientras los que van a consulta externa una parte presenta normopeso y los demás sobrepeso u obesidad más los factores de riesgo asociados y la clasificación CDC-OMS de cada paciente. Metodología: los datos fueron recogidos mediante una entrevista a los pacientes para llenar la ficha nutricional respectiva de los mismos, el diseño tuvo un enfoque cuali-cuantitativo de tipo descriptivo no experimental transversal, prospectivo. Predomino el grupo de 22 a 33 años con un 20%; la mayoría son de Guayaquil, heterosexuales seguidos de los HSH, diagnosticados en lo que va del 2016. Se concluye que los pacientes si muestran cambios los cuales tienen que ser controlados por un nutricionista especializado que pueda brindarle el servicio para llevar un control periódico y evitar o disminuir la descompensación de los pacientes o los efectos secundarios del tratamiento TARGA.

Palabras claves: VIH; SIDA; ANTIRRETROVIRALES; ESTADO NUTRICIONAL; ALIMENTACIÓN; DESNUTRICIÓN

ABSTRACT

The study conducted at the Hospital of Infectious Diseases “Jose Rodriguez Mariduená” in the city of Guayaquil it aimed to assess the nutritional status of male patients with VIH/SIDA NAÏVE in the period from May through September of 2016. The hypothesis was corroborate that there are variations in the nutritional status of the patients who are in the hospitals waiting room as much as those who go to outpatient clinic; in the case of the patients who are in the hospitals waiting room they are malnourished plus complications of the disease while those who go to the outpatient clinic some of them present a normal weight and the rest are overweight or obese plus the risk factors associated and classified CDC-OMS of each patient. Methodology: data were collected by interviewing patients to fill the respective nutritional profile of the same patients, the research had a qualitative and quantitative of descriptive type non-experimental of cross-type approach. The predominance group was 22-33 years old with a 20%; the majority are from Guayaquil, heterosexuals follows by the HSH, diagnosed in 2016 so far, with habits such as coffee and alcohol, very little consumption of tobacco and practice of physical activity, a part of the population uses drugs being marijuana, cocaine and heroin consumed the most. It concludes that patients show changes which have to be controlled by a qualified nutritionist who can provide the service and to take periodic checks to prevent or reduce decompensation of the patients and the secondary effects of the treatment TARGA.

Keywords: HIV; AIDS; ANTIRETROVIRALS; NUTRITIONAL STATUS; ALIMENTATION; MALNUTRITION

INTRODUCCIÓN

El VIH/SIDA sigue siendo uno de los más graves problemas de salud pública del mundo, llegando a ser considerado una pandemia. El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH. (Organización Mundial de la Salud, 2015)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), calcula que en todo el mundo 36,9 millones de personas estaban infectadas por el VIH en 2014, de las que 2,6 millones eran niños. La gran mayoría de las personas infectadas por el VIH viven en países de ingresos bajos y medios. Se calcula que en 2014 se produjeron 2 millones de nuevas infecciones por VIH. Se estima que unos 1,2 millones de personas han fallecido por causas relacionadas con el SIDA hasta la fecha. (Organización Mundial de la Salud, 2015)

En Ecuador, según las estadísticas del MSP, se contabilizan 31.233 portadores del virus. De ellos, 12.945 viven con sida y consumen antirretrovirales; mientras que 18.288 luchan contra el VIH y están en constante seguimiento en hospitales públicos; una de las provincias con mayor número de casos es Guayas, con 5.000 infectados de VIH y 7.000 con sida (El telégrafo, 2014) lo que representa un 56,8% de los casos y en Pichincha 13,3%.

En el país se estima que por cada dos afectados varones hay una mujer con la enfermedad; 34 millones de personas adultas viven con VIH/SIDA en el mundo mientras que en América Latina y el Caribe hay 2 millones de afectados adultos. De acuerdo a las cifras del Ministerio de Salud Pública del

Ecuador (MSP), la enfermedad ha aumentado; para el 2011 había 1573 afectados con SIDA y 3438 portadores del VIH.(Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011)

El grupo más vulnerable son los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH). De acuerdo con la Organización de Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA), la prevalencia es de del 10%, en países de Centro y Sur América, mientras en el país según el MSP es del 11%. Después le siguen las trabajadoras sexuales con un 3.2% de prevalencia y 1.4% personas privadas de la libertad; además, la brecha entre hombres y mujeres disminuye. En el mundo se estima que la mitad son hombres y en Ecuador es de dos hombres, una mujer.

Por otro lado, el rango de edad que presentan más casos es entre los 18 y 40 años, habiendo una gran concentración en obreros, amas de casa y comerciantes. Las mujeres embarazadas y adolescentes están mayormente expuestas. Guayas tiene la tasa más alta de VIH, le sigue Pichincha y en tercer lugar esta Los Ríos y después Esmeraldas. Según la Fundación VIHDA, Guayas concentra el 54% de los casos. (La Hora, 2012)

Puede por tanto deducirse que la infección VIH es un claro ejemplo que hace que la nutrición, sea un pilar básico y forme parte integral del tratamiento de los pacientes. Por este motivo consideramos necesario en el presente trabajo evaluar el estado nutricional en pacientes varones con VIH/SIDA NAIVE ingresados al Hospital de Infectología “Dr. José Rodríguez Maridueña” durante el periodo de Mayo a Septiembre de 2016 en la ciudad de Guayaquil.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud el VIH sigue siendo un importante problema de salud pública mundial, después de haber cobrado más de 34 millones de vidas hasta ahora. En 2014, 1,2 millones de personas fallecieron a causa del VIH en todo el mundo. A finales de 2014 había 36,9 millones de personas infectadas por el VIH en todo el mundo, de los cuales 2 millones de personas contrajeron el VIH en 2014.

Se calcula que solo el 54% de las personas con VIH conocen su estado serológico. En 2014, aproximadamente 150 millones de niños y adultos de 129 países de ingresos bajos y medios se beneficiaron de la realización de pruebas de detección del VIH. A mediados de 2015 había 15,8 millones de personas infectadas por el VIH que recibían terapia antirretrovírica en todo el mundo.(Organización Mundial de la Salud, 2015)

Entre 2000 y 2015 las nuevas infecciones por el VIH han disminuido en un 35%, y las muertes relacionadas con el SIDA en un 24%, lo cual significa 7,8 millones de vidas humanas salvadas gracias a los esfuerzos internacionales que llevaron a la consecución mundial de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionadas con el VIH.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) son ocho objetivos que los Estados Miembros de las Naciones Unidas se han comprometido a tratar de alcanzar para el año 2015.

La Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, firmada en septiembre de 2000, compromete a los líderes mundiales a luchar contra la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación medioambiental y la discriminación de la mujer. Los ODM se derivan de esa Declaración. Cada ODM tiene metas fijadas para 2015, e indicadores para seguir los progresos realizados con respecto a las cifras de 1990. Varios de ellos están directamente relacionados con la salud. (Organización Mundial de la Salud, 2015)

El objetivo número seis es COMBATIR EL VIH/SIDA, LA MALARIA Y OTRAS ENFERMEDADES del cual tenemos sus respectivas metas:

- Meta 6.A: Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015
- Meta 6.B: Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten
- Meta 6.C: Haber detenido y comenzado a reducir, en 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves. (Corona Aguilar & González Chávez, 2011)

La ampliación del tratamiento antirretrovírico a todas las personas con VIH y el aumento de las opciones preventivas podrían ayudar a evitar 21 millones de muertes relacionadas con el SIDA y 28 millones de nuevas infecciones para 2030. (Organización Mundial de la Salud, 2015)

En Ecuador, según las estadísticas del MSP, se contabilizan 31.233 portadores del virus. De ellos, 12.945 viven con SIDA y consumen antirretrovirales; mientras que 18.288 luchan contra el VIH y están en constante seguimiento en hospitales públicos; una de las provincias con mayor número de casos es Guayas, con 5.000 infectados de VIH y 7.000 con SIDA. De enero a junio de 2014 se contabilizó el deceso de 205 personas con VIH/SIDA. (El telégrafo, 2014). Un estudio realizado en el año 2011 determina que inmediatamente después de diagnosticada la infección por VIH, el paciente debe ser sometido a una evaluación integral que incluya la valoración nutricional. El manejo temprano y adecuado de la nutrición de estos pacientes ayuda a reducir, prevenir o aliviar algunas patologías asociadas con el VIH/SIDA cabe recalcar que muchas veces la inseguridad alimentaria y el mal estado nutricional de los pacientes puede acelerar la progresión de las enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA ya que este virus ataca el sistema inmunitario, ingesta, absorción y uso de nutrientes; se dice que una ingesta dietética y una absorción adecuadas son esenciales para conseguir todos los beneficios de la terapia antirretrovírica que recibe cada paciente junto con una nutrición apropiada tienen mayores tasas de supervivencia. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011)

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el estado nutricional de los pacientes varones con VIH/SIDA NAIVE ingresados en el Hospital de Infectología “Dr. José Rodríguez Maridueña”?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Evaluar el estado nutricional de los pacientes varones NAIVE que conviven con VIH/SIDA ingresados en el Hospital de Infectología “Dr. José Rodríguez Maridueña”

2.2. Objetivos Específicos

2.2.1 Determinar el nivel de conocimiento nutricional de los pacientes con VIH/SIDA.

2.2.2 Categorizar el estado nutricional de los pacientes con VIH/SIDA.

2.2.3 Identificar signos y síntomas asociados a un déficit nutricional en la población objeto de estudio.

2.2.4 Establecer mediante las medidas antropométricas el estado nutricional de los pacientes con VIH/SIDA.

2.2.5 Sugerir intervención nutricional para los pacientes con VIH/SIDA.

3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En la actualidad el VIH/SIDA es una patología que padecen muchas personas en el mundo lo cual la hace un problema de salud muy importante debido a que mientras más pasa el tiempo es mayor el número de infecciones a nivel mundial.

El siguiente proyecto busca evaluar el estado nutricional de los pacientes varones con VIH/SIDA NAIVE ingresados en el Hospital de Infectología “Dr. José Rodríguez Maridueña” en la ciudad de Guayaquil, la investigación resulta novedosa ya que conoceremos como están nutricionalmente los mismos y así podremos aplicar el tratamiento nutricional debido a cada paciente respetando sus requerimientos calóricos con el fin de mejorar su calidad de vida.

Se consideró esta patología ya que muchas de las personas que la padecen tienen malos hábitos alimenticios o no conocen como alimentarse de una manera más adecuada, se debe introducir a la ingesta alimentos que realmente los nutran mas no comida chatarra con alto valor calórico pero bajo valor nutricional y lo único que les causa es tener problemas como sobrepeso, obesidad, hipertensión, dislipidemias, diabetes, etc.; además se debe enseñar al paciente a nutrirse correctamente mientras están sometidos al tratamiento TARGA ya que el resultado de este son problemas metabólicos, lipodistrofias, lipoatrofias, hipertrigliceridemias, hipercolesterolemia, diabetes mellitus II.

Hemos presenciado que la nutrición en los pacientes con esta patología es muy deficiente y se debe tomar más importancia ya que ellos pasan por muchos eventos que deterioran su estado nutricional el cual es un pilar importante para poder llevar un mejor estilo de vida junto con el tratamiento farmacológico que les corresponde.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Marco Referencial

“La expansión del diagnóstico y tratamiento tempranos combina los beneficios clínicos individuales con los beneficios de prevención de la transmisión a nivel de población”, sostuvo César Núñez, director Regional de ONUSIDA para América Latina, según la OMS. (Rocha, 2015)

En todo el mundo, hay 16 millones de mujeres que viven con el VIH, lo que representa el 50 por ciento de todas las personas adultas que viven con el virus. (Organización de las Naciones Unidas, 2015)

De acuerdo con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC), las mujeres representan aproximadamente una de cada cuatro personas con el VIH en los Estados Unidos. (INFOSIDA, 2015)

En todo el mundo, sólo el 21 por ciento de las adolescentes de entre 15 y 19 años de edad tiene conocimientos integrales sobre el VIH. (Organización de las Naciones Unidas, 2015)

El gran porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH) y bisexuales que viven con el VIH significa que tienen una probabilidad mayor de estar expuestos al VIH. Los resultados de las pruebas de detección del VIH, que se llevaron a cabo en 20 ciudades como parte del Sistema Nacional de Vigilancia del Comportamiento Relacionado con el VIH (National HIV Behavioral Surveillance, NHBS), indicaron que el 18 % de los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y bisexuales que se hicieron la prueba en el 2011 tuvieron resultados positivos para el VIH y que la prevalencia de este virus aumentaba a medida que aumentaba la edad. (CDC, 2015)

Se estima que 9961 jóvenes recibieron un diagnóstico de infección por el VIH en los Estados Unidos en el 2013, lo cual representa el 21 % de las 47 352 personas con diagnóstico durante ese año. El 81% (8053) de estos

diagnósticos los pacientes entre 20 y 24 años, representa el mayor número de diagnósticos de VIH clasificados por grupo de edad. (CDC, 2016)

El tratamiento con medicamentos contra el VIH (llamado tratamiento antirretroviral o TARGA) ayuda a las personas seropositivas a tener una vida más larga y sana. El TARGA se recomienda para todas las personas con el VIH. Por lo general, las recomendaciones sobre el uso de los medicamentos contra el VIH son iguales para los hombres y las mujeres. (INFOSIDA, 2015)

4.2. Marco Teórico

4.2.1. VIH/SIDA

4.2.1.1. Definición

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH. (Organización Mundial de la Salud, 2016)

Los virus que producen la infección por VIH son retrovirus, los cuales son virus ARN que se replican mediante un ADN intermediario, que depende del ADN polimerasa o retrotranscriptasa, proveniente del ARN y que se encuentra dentro del virión. Este conjunto enzimático permite copiar o transcribir información genética de tipo ARN a ADN. Este proceso para sintetizar una partícula a partir de una información genética en forma de ARN, solo es atribuible a estos virus. (Lamotte Castillo, 2014)

4.2.1.2. Historia

El inicio de esta enfermedad se da en la década de los 80 exactamente el 5 de junio de 1981, se da a conocer la primera reseña del Sida. El autor fue Michael Gottlieb, profesor de la Universidad de California en los Ángeles, en la cátedra de Inmunología, supo del primer caso de un joven homosexual el cual presentaba todo los signos y síntomas como pérdida de peso, fiebre, algunas enfermedades oportunistas sobre todo alteración de la inmunidad celular con la ausencia total de linfocitos CD4, llegando a tener más pacientes infectados por Citomegalovirus y con síntomas similares a los del joven en cuestión. Michael Gottlieb supo que estaba frente a un gran descubrimiento e hizo público los casos. La noticia de una nueva

enfermedad fue publicada por el New York Times y en otros medios, pero no el estudio original sino una breve reseña.

En Diciembre de 1981 se publicó el estudio original de Gottlieb en el New England refiriéndose como una "Inmunodeficiencia potencialmente transmisible" planteándose como causa de la misma inmunodeficiencia una nueva cepa de citomegalovirus. En el transcurso del año esta enfermedad fue bautizada con el nombre de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o SIDA, debido a la falta de defensas que sufrían los pacientes y al hecho de que se adquiriese durante la vida.

En la actualidad existen tratamientos antirretrovirales conocidos como TARGA (Tratamiento antirretroviral de gran actividad) estos utilizan las combinaciones de fármacos que atacan en diferentes etapas del ciclo de reproducción viral ya que inhibe su replicación por ende contribuyen a que los pacientes convivan de forma normal con la enfermedad.

Es importante conocer las diferentes reseñas del SIDA ya que nos hacen ver la capacidad del virus para destruir el sistema inmunológico de los infectados en algunos casos llegando hasta la muerte debido a la aparición de enfermedades oportunistas.(Polo, 2015)

4.2.1.3. Historia Natural del VIH

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) pertenece a los retrovirus y también a los lentivirus. La infección/enfermedad que provoca los lentivirus va a ser prolongada, precisándose varios años hasta alcanzar la fase final de la infección, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Podemos decir que la infección por el VIH produce lenta pero continua, destrucción del sistema inmune lo que le lleva a una inmunodepresión severa incompatible con la vida. A pesar de que el paciente este asintomático durante varios años la afectación del sistema inmune es continua. Dentro de este, linfocitos CD4+ son la diana más importante del VIH. (Verdejo, 2015)

4.2.1.4. Diagnóstico

El diagnóstico de la infección por el VIH se puede realizar mediante 3 tipos de pruebas:

➤ **Pruebas presuntivas o de tamizaje:**

Este tipo de pruebas presenta una alta sensibilidad y una muy buena especificidad y se utilizan como primera opción en individuos en los que se sospecha de infección por el VIH. Entre ellas están los ensayos inmunoenzimáticos (ELISA en todas sus variantes), aglutinaciones y las llamadas pruebas rápidas, cuyos formatos van desde los ensayos inmunoenzimáticos en punto (dot ELISA) hasta las inmunocromatografías.

➤ **Pruebas confirmatorias:**

Las pruebas confirmatorias presentan una buena sensibilidad y una excelente especificidad. La más utilizada de todas es la inmunoelectrotransferencia (western Blot), sin embargo, también la inmunofluorescencia y la radioinmunoprecipitación se consideran como pruebas confirmatorias.

➤ **Pruebas suplementarias:**

Son los métodos del laboratorio que permiten predecir la progresión de la enfermedad y valorar el estado inmune del paciente; la cuenta de linfocitos CD4 y de carga viral, son los marcadores de progresión más utilizados para el seguimiento clínico de pacientes VIH positivos.(Campuzano Vázquez, 2015)

4.2.1.5. Epidemiología

El VIH sigue siendo un importante problema de salud pública mundial, después de haber cobrado más de 34 millones de vidas hasta ahora. En 2014, 1,2 millones de personas fallecieron a causa del VIH en todo el mundo.

A finales de 2014 había 36,9 millones de personas infectadas por el VIH en todo el mundo, de los cuales 2 millones de personas contrajeron el VIH en 2014.

El África subsahariana, donde había 25,8 millones de personas infectadas por el VIH en 2014, es la región más afectada. Casi el 70% del total mundial de nuevas infecciones por VIH se registra en esta región.

A mediados de 2015 había 15,8 millones de personas infectadas por el VIH que recibían terapia antirretrovírica en todo el mundo.

Entre 2000 y 2015 las nuevas infecciones por el VIH han disminuido en un 35%, y las muertes relacionadas con el SIDA en un 24%, lo cual significa 7,8 millones de vidas humanas salvadas gracias a los esfuerzos internacionales que llevaron a la consecución mundial de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionadas con el VIH.

La ampliación del tratamiento antirretrovírico a todas las personas con VIH y el aumento de las opciones preventivas podrían ayudar a evitar 21 millones de muertes relacionadas con el SIDA y 28 millones de nuevas infecciones para 2030. (Organización Mundial de la Salud, 2015)

4.2.1.6. Estrategia 90-90-90

Con el fin de reducir las nuevas infecciones por VIH, mejorar la calidad de vida de las personas con VIH y disminuir la mortalidad por SIDA, países de América Latina y el Caribe y sus socios establecieron nuevas metas a alcanzar en 2020 para incrementar el diagnóstico de la infección, aumentar el número de personas bajo tratamiento antirretroviral (ARV), y reducir su carga viral a valores indetectables, informó la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los países de la región y socios se comprometieron a aumentar al 90 por ciento la proporción de personas con VIH que conocen su diagnóstico, a incrementar al 90 por ciento aquellas bajo tratamiento antirretroviral, y a que el 90 por ciento bajo tratamiento tenga carga viral suprimida. (Rocha, 2015)

Las metas –denominadas “90-90-90” por las mejoras cuantitativas que apuntan lograr fueron acordadas durante el Primer Foro Latinoamericano y

del Caribe sobre el Continuo de Atención del VIH, que se desarrolló hasta el 28 de mayo en la ciudad de México, organizado por un conjunto de socios, entre ellos la Secretaría de Salud de México, ONUSIDA y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

- **Meta 1:** Aumentar al 90 por ciento la proporción de personas con VIH que conoce su diagnóstico. Nuevas estimaciones del 2013 de la OPS/OMS, calculan que el 70 por ciento de las personas que viven con VIH en la región conocen que están infectadas. Esta estimación se basa en información de países que representan el 62 por ciento del total de la epidemia. Sin embargo, en algunos menos de la mitad conoce su diagnóstico de VIH. Ampliar el testeo contribuirá a que quienes viven con el virus accedan a los servicios de atención y tratamiento que requieran. Esto se puede lograr intensificando estrategias diversificadas de oferta de la prueba de VIH e involucrando a las comunidades y a la sociedad civil.
- **Meta 2:** Aumentar al 90 por ciento la proporción de personas bajo tratamiento antirretroviral. En diciembre de 2012 había aproximadamente 725.000 personas viviendo con VIH bajo tratamiento antirretroviral en América Latina y el Caribe, un número que sigue en aumento. Cifras preliminares de la OPS/OMS indican que había más de 800.000 personas bajo tratamiento en diciembre de 2013 en la región. La cobertura de tratamiento en la región fue la más alta del mundo entre los países de ingreso mediano y bajo. Ampliar el tratamiento contribuirá a mejorar la salud de las personas con VIH, reducir infecciones asociadas al SIDA y prevenir nuevas.
- **Meta 3:** Aumentar al 90 por ciento la proporción de personas bajo tratamiento con carga viral indetectable. Según datos de la OPS/OMS, alrededor del 66 por ciento de las personas con VIH en tratamiento se encontraban en supresión virológica en 2013 en América Latina y el Caribe. Una mayor adherencia al tratamiento será necesaria para alcanzar esta meta.(Rocha, 2015)

4.2.1.7. Manifestaciones Clínicas

El término sida es con frecuencia mal empleado, ya que la infección por el VIH se caracteriza por una amplia variedad de fases clínicas con sus respectivas manifestaciones, tales como la infección aguda retroviral o retrovirosis aguda, así como las fases siguientes: asintomática de la infección por VIH, sintomática y por último la de caso SIDA. (Lamotte Castillo, 2014)

Las tres fases características de la infección por VIH son:

- **Síndrome retroviral agudo:** Infección primaria por VIH; generalmente es asintomática pero la mitad de las personas con infección aguda pueden presentar un síndrome parecido a la mononucleosis infecciosa. Los síntomas se presentan entre dos y cuatro semanas luego de la infección y se caracterizan por fiebre, mialgias, artralgias, exantema morbiliforme, adenopatías, faringitis, úlceras de cavidad oral, anorexia y pérdida de peso. e incluso pueden manifestar compromiso neurológico en 10% de los pacientes como meningitis aséptica, encefalitis auto limitada, neuropatía periférica, mielopatía, parálisis de Beel o síndrome de Guillain Barré. La duración de los síntomas es de catorce días en promedio, aunque puede ser hasta de dos meses. La mayor duración de éstos se correlaciona con una progresión más rápida al SIDA.
- **Periodo asintomático:** La mayoría de las personas carece de síntomas durante este periodo de la infección, excepto por la presencia de adenopatías, las cuales se correlacionan con una adecuada respuesta inmune y su desaparición se considera un signo inminente de inmunodeficiencia. Cuando se presentan síntomas o signos clínicos estos son casi exclusivamente de piel y mucosas, entre ellos: dermatitis seborreica en surco nasogeniano y línea de implantación del cabello, psoriasis, foliculitis pruriginosa causada por bacterias o por infiltración de eosinófilos. Cuando el recuento de CD4 cae por debajo de 500 células empiezan a aparecer complicaciones clínicas menores, especialmente en piel.

- **SIDA:** Es la manifestación sintomática más grave de la infección por VIH, que se caracteriza por la aparición de un estado severo de inmunodeficiencia que condiciona, a su vez, la aparición de infecciones oportunistas, neoplasias inmunodependientes y otras entidades de patogenia aún poco conocida (encefalopatía por VIH, síndrome caquético).(Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, 2015)

4.2.1.8. Fisiopatología

La infección por VIH tiene una acción sistémica por los variados efectos que ocasiona sobre las distintas células, tejidos, órganos y sistemas, en forma directa e indirecta, debido a los efectos de la inmunosupresión. El virus del VIH infecta las células con receptor CD4, en especial a los linfocitos CD4 y los monocitos-macrófagos, lo que trae como consecuencia una depleción lenta y progresiva de dichos linfocitos a causa de la replicación viral dentro de ellos. Una vez que esta se inicia se inmortaliza en el tiempo.

El organismo trata de reponer la mayoría de las células inmunológicas destruidas, pero nunca logra toda la cantidad que se destruyó. Por otra parte, las manifestaciones clínicas aparecerán cuando el equilibrio se incline a favor de la destrucción y no de la reposición celular, de manera que lleva al agotamiento del sistema inmunológico. Lo anterior explica la razón por la cual el comienzo de la terapia antirretroviral se debe de iniciar antes de que aparezcan los primeros síntomas. El hecho de inmortalizar la infección desempeña un rol importante en los reservorios del virus como lo son: el cerebro, los ganglios linfáticos y células del sistema reticuloendotelial.

Otro elemento importante son las fases de la replicación viral, las cuales varían de acuerdo también con la fase clínica. Durante el cuadro agudo retroviral aumenta inicialmente la viremia; luego, en la medida en que se desarrolla la lenta e insuficiente respuesta inmunológica (producción de anticuerpos), esa viremia disminuye, con un desarrollo máximo de la producción de anticuerpos: fase que corresponde a la de la infección asintomática o de portador asintomático. Según progresa la enfermedad, comienzan a descender los títulos de anticuerpos y a incrementarse

progresivamente la replicación viral, lo que se aviene con las fases clínicas de complejo relacionado con el SIDA y caso SIDA. En este último estadio, la replicación viral es mayor que en los comienzos del proceso y hay prácticamente un agotamiento o ausencia de anticuerpos. (Lamotte Castillo, 2014)

4.2.1.9. Clasificación CDC-OMS

Los dos principales sistemas de clasificación de la infección son el creado por los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) y el elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La definición de la CDC ha tenido dos fases. En 1986 se estableció una clasificación de la enfermedad, con su correspondiente definición en 1987. En enero de 1993, debido a la necesidad de incluir nuevos criterios, se implanta una nueva definición que sustituye a la de 1987; en ella se definieron unos estadios con base fundamental a dos criterios:

Criterio clínico:

- Grupo A: Infección aguda por VIH asintomática o linfadenopatía generalizada persistente.
- Grupo B: Presencia de enfermedad por VIH sintomática.
- Grupo C: Presencia de enfermedad y trastornos indicadores de enfermedad de sida.

Criterio analítico (cifra de células CD4):

- Categoría 1: tener más de 500 células CD4/ml (ó >29%).
- Categoría 2: tener una cifra de CD4 entre 200-500 CD4/ml (ó 14-29%).
- Categoría 3: tener una cifra menor de 200 CD4/ml. La combinación de ambos criterios se correlaciona con el estadio evolutivo y el pronóstico, definiéndose sida como enfermedad en las situaciones C1, C2, C3, A3 y B3 (13). (Ortego Mate, 2011)

Tabla 1 Criterios Diagnósticos CDC

	CATEGORIAS CLINICAS		
	A	B	C
CÉLULAS T CD4	INFECCION AGUDA POR VIH ASINTOMATICA	PRESENCIA DE ENFERMEDAD POR VIH SINTOMATICA DISTINTO AL TRAS. A Y C	PRESENCIA DE ENFERMEDAD Y TRASTORNOS INDICADORES DE LA ENFERMEDAD DE SIDA
≥500 cel/μl	A1	B1	C1
200-499 cel/μl	A2	B2	C2
<200 cel/μl	A3	B3	C3

Fuente: Criterios Diagnósticos CDC (1993)
 Elaborado: B. Gallegos y M. Barragán. Egresados de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

4.2.1.10. Tratamiento médico

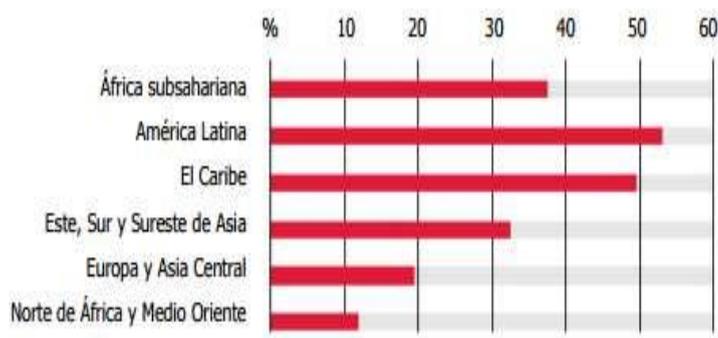
4.2.1.10.1. Tratamiento Antirretroviral (TARGA)

En 1987 se aprobó el uso del primer inhibidor de la transcriptasa inversa la zidovudina, también conocido como AZT, como monoterapia en pacientes VIH+. No obstante, la monoterapia pronto se mostró que era inefectiva porque el VIH, aunque tiene un ciclo de vida muy corto su vida media es alrededor de seis horas, el virus del VIH presenta una rápida replicación y mutación, por lo que rápidamente el virus se vuelve resistente a las terapias simples; por ello, las terapias con inhibidores de transcriptasa inversa eran capaces, en principio, de reducir la replicación del virus, pero en poco tiempo se volvían ineficaces.

A mediados de 1996 apareció un nuevo tipo de antirretrovirales denominados inhibidores de la proteasa, enzima responsable de la replicación del virus dentro del linfocito. La inclusión de estos fármacos y su combinación con los anteriores dio lugar a lo que hoy se conoce como

terapia de gran actividad (TARGA o HAART en inglés: Highly Active Antiretroviral Therapy). (Ortego Mate, 2011)

Gráfico 1 Adherencia al tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad



Fuente: Mcs. Carmen Ortego Santander 2011

La función del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) es el empleo de una combinación de fármacos que atacan en diferentes etapas del ciclo de reproducción viral o diferentes aspectos del mismo, generando una inhibición más eficaz del proceso viral y su replicación, haciendo que el mismo sea efectivo para el tratamiento de las personas infectadas.

Este tratamiento está formado, fundamentalmente, por una combinación de fármacos que se engloban dentro de grupos de antirretrovirales:

- Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (ITIAN o NRTI en inglés)
- Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos (ITINAN o NNRTI en inglés)
- Inhibidores de la proteasa (IP o PI en inglés)
- Inhibidores de Integrasa
- Inhibidores de fusión K

El uso combinado de estos fármacos en las fases iniciales de la infección, cuando la cantidad de virus es escasa, hace que el tratamiento sea más eficaz. (Ortego Mate, 2011)

4.2.1.10.1.1. Adherencia al tratamiento antirretroviral (TARGA)

A partir de 1950, el estudio de la adherencia adquiere mayor interés empírico, numerosos estudios que aparecen desde ese momento ponen de manifiesto una serie de consecuencias negativas asociadas al incumplimiento de las prescripciones de salud, las cuales se pueden agrupar en cuatro grandes apartados:

1. Incremento de los riesgos, la morbilidad y la mortalidad
2. Aumento de la probabilidad de cometer errores en el diagnóstico y en el tratamiento;
3. Incremento del coste sanitario
4. Desarrollo de sentimientos de insatisfacción y problemas en la relación que se establece entre el profesional y el paciente.

La adherencia al tratamiento antirretroviral puede definirse como: “la habilidad de la persona VIH/sida en la elección, comienzo, manejo y mantenimiento de la combinación farmacológica con el fin de controlar la replicación viral del virus y mejorar su sistema inmune” o como “la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del tratamiento antirretroviral, que permita mantener su cumplimiento riguroso con el objetivo de conseguir una adecuada supresión viral” (Ortego Mate, 2011)

El concepto de adherencia o cumplimiento al tratamiento hace referencia a una gran diversidad de conductas de las cuales son responsables que lleva el tratamiento (TARGA). Entre ellas se incluyen desde tomar parte en el programa de tratamiento y continuar con el mismo, hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, acudir a las citas con los profesionales de la salud, tomar correctamente la medicación y realizar adecuadamente el régimen terapéutico.

La adherencia debe verse como el resultado de un proceso complejo que se desarrolla a través de diferentes etapas: aceptación del diagnóstico, percepción de la necesidad de realizar el tratamiento de forma correcta, motivación para hacerlo, disposición y adquisición de habilidades para

llevarlo a cabo, capacidad de superar las barreras o dificultades que aparezcan, y el mantenimiento de los logros alcanzados con el paso del tiempo.

Por lo que se refiere a la conducta de toma de medicación, pueden aparecer los siguientes problemas en la adhesión:

- **Errores de omisión:** El paciente no toma el medicamento prescrito, independientemente de cuál sea la razón.
- **Errores de dosis:** El paciente no se toma la dosis indicada, ya sea por información inadecuada o porque él decida que requiere una dosis mayor o menor.
- **Errores en el tiempo:** El paciente no se toma los medicamentos a las horas indicadas
- **Errores en el propósito:** El paciente se equivoca en la toma de los diferentes medicamentos prescritos, ya sea por confusión propia o porque la información recibida resulte inadecuada.
- **Automedicación:** El paciente se administra medicamentos no prescritos. (Ortego Mate, 2011)

Variables asociadas a la adherencia

- **Variables sociodemográficas:** el sexo, la edad, el nivel de estudios, el nivel de ingresos, el trabajo, la marginación, estar en prisión, el estado civil, tener hijos y el país de residencia.
- **Variables de la infección:** la vía de contagio, el estadio de la infección, el tiempo de infección, el tiempo en tratamiento y la carga viral.
- **Variables del tratamiento:** la toxicidad, los efectos secundarios, la complejidad del tratamiento, el coste del tratamiento y la pauta terapéutica.
- **Variables de interacción:** la relación terapéutica, el apoyo social, el miedo a ser estigmatizado, las habilidades de comunicación y la satisfacción con los profesionales.

- **Dependencias:** el abuso de drogas, el consumo elevado de alcohol y estar en programa de deshabitación.
- Comorbilidad física y psíquica.
- **Variables psicosociales:** la calidad de vida, los sentimientos de autoeficacia, la comprensión de los beneficios del tratamiento, la mala memoria y la capacidad de inclusión de la medicación en su vida diaria. (Ortego Mate, 2011)

4.2.1.10.2. Apoyo psicológico y social

Hay que trabajar de conjunto con el psicólogo para atender las posibles reacciones ante el diagnóstico de la infección por VIH, así como para detectar tempranamente los estados de depresión y ansiedad que tan negativos resultan. (Lamotte Castillo, 2014)

4.2.1.11. Tratamiento Nutricional

Como ya conocemos el virus de VIH ataca el sistema inmunológico lo que significa que el cuerpo se va debilitando mientras el VIH avanza y no tendrá la fuerza para luchar contra infecciones o enfermedades oportunistas lo cual los hace llevar una gran desventaja, todo esta causa que los pacientes pasen por diferentes etapas lo cual nos obliga a que se haga un ajuste en la alimentación o soporte nutricional para poder llevar un control adecuado sobre el progreso, retroceso o mejora del estado nutricional.

La intervención nutricional que vaya a recibir cada paciente es totalmente individual ya que depende de muchas condiciones como el requerimiento calórico, sistema inmunológico, estadios de la enfermedad, nivel de desnutrición o enfermedades oportunistas; en el caso de que el paciente se encuentre en una etapa en la que su sistema inmunológico este mayormente comprometido la intervención nutricional será más extensa.

Un manejo Nutricional adecuado no podrá curar la enfermedad, pero si ayudar a minimizar los efectos colaterales propios del tratamiento antirretroviral, con el fin de recuperar y mantener el estado nutricional del paciente con VIH y con esto contribuir a una mejor calidad de vida, tanto para el paciente como para la familia. (Ayala, 2015)

4.2.1.11.1 Signos y Síntomas Nutricionales del VIH

El primero de los signos y síntomas es la pérdida de peso, la cual se evidencia por la reducción de la masa magra y grasa del cuerpo, esto se da por la gravedad de la infección y con la fuerza que ataca al organismo. Una ingestión inadecuada de alimentos y nutrientes es una de las causas con mayor relevancia en la pérdida de peso, afectando directamente el estado nutricional de los pacientes, esto se debe a que existe a una pérdida del apetito por presentar problemas gastrointestinales, y complicaciones orales que podrían provocar problemas de masticación, desnutrición y digestión.

La pérdida de nutrientes por diarreas y vómitos provoca desgastes importantes de electrolitos y líquidos en el cuerpo, dando así un estado nutricional deteriorado por falta de macro y micro nutrientes, siendo los requerimientos de energía más altos por la rapidez de evolución de la enfermedad. La pérdida de peso en los pacientes con VIH es una pérdida severa ya que puede ser hasta el 10 % del peso total de la persona, sin necesidad de estar en un régimen de dieta o haciendo algún tipo de ejercicio.

El segundo signo y síntoma es el Síndrome de Wasting es casi similar al primero, solo que el segundo se refiere a la pérdida o disminución de masa muscular y la reducción del tamaño del cuerpo; se caracteriza por una pérdida involuntaria de peso corporal superior al 10 %, presenciada por diarrea y debilitamiento durante 30 días, lo que da como resultados un déficit en el estado nutricional con un importante deterioro físico y muchas veces psicológico. El tratamiento nutricional va enfocado para promover el bienestar de los pacientes, mediante una nutrición sana y equilibrada la cual mejorara la calidad de vida de las personas infectadas, manteniendo su peso corporal, los micronutrientes perdidos durante la enfermedad y mejorando el sistema inmunitario para que el organismo combata de mejor manera al virus.

(Ayala, 2015)

Gráfico 2 Criterios de definición del Síndrome de Wasting.

- Pérdida de peso no intencionada > 10% en 12 meses
- Pérdida de peso no intencionada > 7,5% en 6 meses
- Pérdida de masa celular corporal > 5% en 6 meses
- En hombres:
 - ▶ masa celular corporal < 35% del peso corporal total e IMC < 27 Kg/m²
- En mujeres:
 - ▶ masa celular corporal < 23% del peso corporal total e IMC < 27 Kg/m²
- IMC < 20 Kg/m², independientemente del sexo

Fuente: Dra. Rosa Polo Rodríguez, Carmen Gómez y Celia Miralles. 2006

Cabe mencionar que el paciente con VIH tiene que tener una correcta higiene en la preparación de los alimentos ya que como su sistema inmunológico está indefenso no podría luchar contra alguna enfermedad de transmisión alimentaria, así como deben de tener prudencia si el mismo come fuera de su casa y por ende los alimentos son manipulados por otras personas; el paciente con VIH debe de cuidar su seguridad alimentaria ya que lo que se busca es evitar complicaciones, aumentar el tiempo y la calidad de vida de la persona.

En el hospital de Infectología “Dr. José Rodríguez Maridueña” en forma observacional hay recomendaciones de que ciertos alimentos pueden producir dispepsias lo que empeora el tránsito y la absorción alimentaria entre ellos los cítricos como naranja, mandarina, toronja; entre otros como alimentos grasos, coliflor, brócoli y lechuga.

4.2.1.12. Requerimientos Nutricionales

Es muy importante que en la atención al paciente VIH el equipo asistencial intervenga para prevenir complicaciones que pueden llegar a presentarse en el transcurso de la enfermedad, realizando un abordaje individualizado al paciente. Por medio de la prevención podemos considerarla una estrategia eficaz para lograr los objetivos nutricionales. La intervención y educación nutricional deben formar parte de la atención que requiere los pacientes infectados por el VIH desde el diagnóstico y lo largo del seguimiento. Se puede evidenciar científicamente que el consejo nutricional, unos hábitos

dietéticos adecuados, mejoran el estado de salud del paciente. (R. Polo, Gómez Candela, & Miralles, 2011)

La alimentación de los pacientes con VIH/SIDA se recomienda que las comidas se distribuyan en cinco tiempos siendo estos: desayuno, almuerzo, merienda y las dos colaciones correspondientes a media mañana y media tarde; dependiendo de las actividades que realice el paciente, la hora que deba tomar el antirretroviral o la condición en la que se encuentre.

Según la OMS el objetivo de las recomendaciones adecuadas de macronutrientes y micronutrientes, es mantener el peso corporal en los pacientes asintomáticos, basándose en el aumento del requerimiento energético estimado, y se recomienda aumentar en un 10% la energía ingerida por estos pacientes. En presencia de infecciones asociadas al VIH el gasto energético en reposo se incrementa, por lo que se recomienda un aumento de la ingesta de 20-30% en fases sintomáticas. Sin embargo, en la fase aguda de la enfermedad se recomienda el aumento de hasta un 30% para recobrar el peso perdido. (Ayala, 2015)

Tabla 2 Raciones Diarias

NÚMERO DE RACIONES DIARIAS EN UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA
4-6 raciones/día papa, legumbres y frutos secos, pan, pasta, cereales
2-4 raciones/día verduras y hortalizas
2-3 raciones de frutas
2-3 raciones de leche y derivados (quesos y yogur).
2-3 raciones de carne, huevos y pescado.
40-60 gramos de aceite de oliva.

Fuente: Dra. Rosa Polo Rodríguez, Carmen Gómez y Celia Miralles. 2006
Elaborado: B. Gallegos y M. Barragán. Egresados de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Recomendaciones para una dieta saludable

- **Leche:** Consumo diario, en el desayuno, merienda, postre o como parte integrante de algunas recetas.
- **Queso:** Como sustituto de la leche. La merienda de queso es muy adecuada para los niños.

- **Carne y vísceras:** Dos o tres veces por semana, alternando con pescado o huevos. Evitar carnes grasas.
- **Huevos:** Cuatro veces por semana, alternando con pescados (Es interesante recordar que los huevos forman parte de salsas y postres).
- **Pescado:** Bien cocido Cuatro veces por semana, alternando pescados azules con blancos. Equivale a la carne, pero tiene mayor desperdicio, por lo que deberán calcularse raciones más amplias.
- **Papas:** Diariamente. Legumbres Tres veces por semana.
- **Verduras y ensaladas:** Diariamente. De una a dos raciones de verdura y de una a dos raciones de ensalada.
- **Frutas:** Diariamente dos unidades, evitando los cítricos como naranja, mandarina, toronja
- **Pastas:** Dos veces por semana, alternando con arroz, legumbres, etc.
- **Arroz:** Una o dos veces por semana.
- **Pan:** Diariamente. No tiene por qué ser un pan especial. (Polo Rodríguez & Gómez Candela, 2011)

Tabla 3 Requerimientos nutricionales específicos según fases de la enfermedad VIH.

CATEGORÍA CLÍNICA	DEFINICIÓN	RECOMENDACIONES CALÓRICAS	RECOMENDACIONES PROTEÍCAS
A	VIH asintomático, linfadenopatía persistente generalizada, VIH agudo	30-35 kcal/kg	1.1 – 1.5 g/kg
B	VIH sintomático, complicaciones VIH	35-40 kcal/kg	1.5 – 2.0 g/kg
C	CD4 < 200, SIDA y/o infección oportunista	40-50 kcal/kg	2.0-2.5 g/kg
C+ MALNUTRICIÓN GRAVE	C y criterios de malnutrición grave	Inicio a 20 kcal/kg, luego aumento gradual según tolerancia	

Fuente: Requerimientos nutricionales específicos según fases de la enfermedad VIH. Dra. Rosa Polo Rodríguez, Carmen Gómez y Celia

Miralles. 2006 Elaborado: B. Gallegos y M. Barragán. Egresados de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG

4.2.1.13. Interacción Fármaco-Nutriente

Los efectos colaterales de la medicación afectan más al sistema digestivo, ya que es la puerta de entrada tanto de alimentos como de medicamentos siendo el primero en experimentar los efectos de los antirretrovirales. Las náuseas, vómitos y diarreas son los principales síntomas que producen la medicación y las principales causas de la pérdida de peso y apetito en los pacientes con VIH, ya que los antirretrovirales provocan una irritación en todo el tubo digestivo, también hacen que los alimentos pasen más rápido por el estómago y los intestinos sin dar lugar a la absorción de nutrientes necesarios para el cuerpo, y la absorción de agua para el colon; lo que conlleva a la desnutrición en los pacientes que padecen VIH.

Todos estos efectos causan un gran impacto tanto en los macro y micronutrientes los cuales son la base de la buena nutrición de las personas por ende el déficit de todo esto los va a llevar a una desnutrición severa complicando el cuadro del paciente y esto no va a ayudar a la respuesta del sistema inmunitario lo cual hará que estén mucho más indefensos a cualquier enfermedad oportunista que puedan padecer. (Ayala, 2015)

Tabla 4 Interacción entre alimentos y fármacos

Medicamento	Interacción	Recomendación
Zidovudina	Alimentos ricos en grasa reducen su absorción hasta el 50% y su efecto.	Tomar en ayunas o una hora antes de las comidas.
Saquinavir	El ajo en cantidades altas reduce la biodisponibilidad al reducir su absorción.	Evitar la toma de preparados con ajo junto al medicamento.
Antiácidos	Todos los alimentos reducen su efecto.	Tomar una hora después de comer.

Fuente: Mariano Madurga Sanz. Farmacéutico
Elaborado: B. Gallegos y M. Barragán. Egresados de la carrera de Nutrición,
Dietética y Estética UCSG.

4.3. Marco Conceptual

VIH:

Según la OMS el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades.

SIDA:

Según la OMS el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH.

Nutrición:

La OMS señala que la nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud.

Dieta:

Según la FAO es la mezcla de alimentos sólidos y líquidos que un individuo o grupo consume; su composición depende de la disponibilidad de los alimentos, su costo, los hábitos alimentarios y el valor cultural de los alimentos.

Alimentación:

Según la FAO es el proceso consciente y voluntario que consiste en el acto de ingerir alimentos para satisfacer la necesidad de comer.

Nutrientes:

La FAO los define como las sustancias químicas contenidas en los alimentos que se necesitan para el funcionamiento normal del organismo. Los principales nutrientes son: proteínas, carbohidratos y grasas (macronutrientes), minerales y vitaminas (micronutrientes)

Macronutrientes:

La UNICEF los define como grasas, proteínas y carbohidratos necesarios para una amplia gama de funciones y procesos corporales

Micronutrientes:

Según la UNICEF son las vitaminas y minerales esenciales que el organismo necesita en cantidades minúsculas durante todo el ciclo de vida.

Desnutrición:

Según la OMS es el desequilibrio celular entre el suministro de nutrientes y la energía y la demanda del cuerpo para que puedan garantizar el crecimiento, mantenimiento y funciones específicas. La malnutrición, en cualquiera de sus formas, presenta riesgos considerables para la salud humana.

4.4. Marco Legal

La base legal que sustenta la investigación propuesta en el tema de esta tesis: “Estado nutricional en pacientes varones con VIH/SIDA NAIVE ingresados al hospital de infectología “Dr. José Rodríguez Maridueña”, durante el periodo de Mayo a Septiembre 2016 en la ciudad de Guayaquil” está conformada por las siguientes normatividades:

4.4.1. Constitución de la República del Ecuador (2008)

4.4.1.1. Personas con enfermedades catastróficas

Art. 50.- El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente.

Indica que toda persona que tenga una enfermedad catastrófica tiene el derecho de recibir la mejor atención de parte de los profesionales de la salud sea cual sea su condición, raza, sexo, genero, edad, cultura o religión.

4.4.1.2. Salud

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional. (Cordero, 2008)

Hace referencia a que los sistemas nacionales de salud junto con los profesionales tienen como finalidad principal garantizar la recuperación de los pacientes para que puedan seguir llevando una vida saludable e integral, brindándoles a cada uno la igualdad que se merecen.

4.4.2 Ley de derechos y amparo al paciente

Art. 4.- Derecho a la confidencialidad. - Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de

información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial. (Congreso Nacional del Ecuador, 2006)

Como profesionales debemos de mantener en total secreto los procedimientos aplicados en los pacientes ya que de ello depende la confidencialidad que merecen.

4.4.3 Ley para la prevención y asistencia integral de VIH/SIDA. (Ley 2000-11)

Art. 7.- Ninguna persona será discriminada a causa del estar afectada por el VIH/SIDA o fallecer por esta causa. (Congreso Nacional del Ecuador, 2000)

Bajo ningún concepto se debe discriminar a una persona que padezca dicha enfermedad o que muera por causa de la misma.

4.4.4 Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional

El Congreso Nacional mediante Ley N° 2006-41 publicada en el Registro Oficial N° 259 de 27 de Abril del 2006, expide que la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional, la que determina como política de Estado y acción prioritaria del Gobierno Nacional a la seguridad alimentaria y nutricional, comprendida como un derecho humano que garantiza la capacidad de abastecimiento con garantía de acceso fijo y económico de todos los habitantes a alimentos sanos, nutritivos, suficientes, inocuos, de buena calidad y concordantes con la cultura, preferencias y costumbres de la población, para una vida sana y activa. (PUDELECO, 2006)

Todos los habitantes tienen por derecho un buen abastecimiento o acceso de alimentos en buena calidad para que los consuman de acuerdo a sus necesidades respetando los hábitos alimenticios de cada uno.

5. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

El VIH/SIDA afecta de forma severa el estado nutricional de los pacientes varones NAIVE ingresados en el Hospital de Infectología “Dr. José Rodríguez Maridueña”.

6. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES

Tabla 5 Variables Sociodemográfica

Variable	Definición	Dimensión	Escala y Valores
Edad	Edades que conformaran cada rango	Rango de edad que conformaran cada grupo	16-21: 1 22-27: 2 28-33: 3 34-39: 4 40-45: 5 46-51: 6 52-57: 7 58-63: 8 ≥64: 9
Sexo	Identificación genética del ser humano	Cantidad del sexo masculino	Solo Pacientes de sexo masculino: M
Orientación sexual	Se refiere a las diferentes atracciones ya sean afectivas o sexuales que las personas sienten por otras personas.	Cantidad de heterosexuales, homosexuales, bisexuales, Transexuales, Intersexuales y transgenero	Heterosexuales: 1 Homosexuales: 2 Bisexuales: 3 Transexuales: 4 Intersexuales: 5 Transgenero: 6
Lugar de Residencia	Lugar donde habitan o proceden	Lugar donde reside	Urbano: 1 Rural: 2
Estado Civil	Condición particular que caracteriza a las personas en relación a sus vínculos personales	Cantidad de pacientes solteros, casados, unión libre, divorciados y viudos.	Soltero: 1 Casado: 2 Unión libre: 3 Divorciado: 4 Viudo: 5
Ocupación	Actividad que desempeñan las personas ya sea en trabajo o estudios.	Cantidad de estudiantes, empleados y desempleados	Estudiantes: 1 Empleados: 2 Desempleados: 3

Instrucción	Referencia al Nivel de educación	Cantidad de pacientes con estudios en primaria, secundaria y nivel superior.	Primaria: 1 Secundaria: 2 Superior: 3
Hábitos del paciente	Practica adquirida que se realiza en más de una ocasión	Cantidad de los diversos hábitos de los pacientes ya sea tabaco, alcohol, drogas, café y actividad física.	Tabaco: 1 Alcohol: 2 Drogas: 3 Café: 4 Actividad física: 5

Fuente: Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña", Guayaquil 2016. Elaborado: M. Barragán y B. Gallegos. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Tabla 6 Variables Clínicas

Variable	Definición	Dimensión	Escala y Valores
Fecha de Diagnostico	Determinación del día, mes y año que se le diagnostico la patología.	Los diferentes años que ha sido detectada la patología.	2002-2004: 1 2005-2007: 2 2008-2010: 3 2011-2013: 4 2014-2016: 5
Antecedentes Patológicos Familiares	Permite mostrar las relaciones entre los miembros de una familia junto a sus antecedentes médicos.	Comorbilidades que afecten el estado nutricional, o clínico del paciente	DM, HTA, CANCER, INSUFICIENCIA RENAL Y NO REFIERE.
Antecedentes Patológicos Personales	Registra las enfermedades padecidas por una persona.	Comorbilidades que afecten el estado nutricional, o clínico del paciente	DM2, HTA, HEPATITIS, GASTRITIS Y NO REFIERE.
Escala diagnostico CDC-OMS, donde se incluyen enfermedades oportunistas	Sistema de clasificación clínica que permite diferenciar las diversas etapas de la	Cantidad de pacientes que pertenecen a las diferentes categorías de la infección VIH/SIDA	A1 – B1 – C1 A2 – B2 – C2 A3 – B3 – C3

	infección por VIH/SIDA	según su CD4	
Evaluación Antropométrica	Datos antropométricos que ayudan para valorar el estado nutricional del paciente	Datos específicos que ayudan a evaluar el estado nutricional.	Talla: 1 Peso actual: 2 Peso habitual: 3 Peso Ideal: 4 Circunferencia de brazo: 5 Cintura: 6 IMC: 7 Porcentaje de pérdida de peso: 8 Porcentaje de grasa corporal: 9 Masa magra corporal: 10 Pliegue bicipital: 11 Pliegue tricipital: 12 Pliegue
Anamnesis Alimentaria	Permite recuperar la información, antecedentes, hábitos, conductas alimentarias y problemas relacionados a su estado nutricional	Abarca todos los cambios que el paciente ha presentado en relación con la patología	Cambios en el apetito: 1 Problemas digestivos: 2 Diarrea: 3 Vómitos: 4 Reflujo gastroesofágico: 5 Gastritis: 6 Problemas al masticar: 7 Alteraciones en el gusto: 8 Alergia algún alimento: 9 Piel seca: 10 Cabello quebradizo: 11

<p align="center">Diagnostico Nutricional</p>	<p>Es el resultado de la evaluación antropométrica reflejando el estado nutricional de una persona.</p>	<p>Cantidad de pacientes que se encuentran en los diferentes estados nutricionales ya sea desnutrición, normopeso, sobrepeso y obesidad.</p>	<p>Desnutrición: 1 Normopeso: 2 Sobrepeso: 3 Obesidad: 4</p>
<p align="center">Valoración Global Subjetiva</p>	<p>Método pronóstico del riesgo nutricional de una persona.</p>	<p>Cantidad de pacientes que se encuentran en categorías A, B y C</p>	<p>Categoría A Categoría B Categoría C</p>

Fuente: Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña", Guayaquil 2016. Elaborado: M. Barragán y B. Gallegos. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

7.1. Justificación de la Elección del Diseño

El presente trabajo recopilara datos mediante fichas nutricionales, por lo que es un estudio con enfoque cuali–cuantitativo de tipo descriptivo no experimental, transversal, prospectivo, pretende determinar el estado nutricional de los pacientes varones que están ingresados en el Hospital de Infectología “Dr. José Rodríguez Maridueña”, durante el periodo de Mayo 2016 a Septiembre 2016 en la ciudad de Guayaquil.

7.2. Población y Muestra

El universo está constituido por los pacientes varones que están ingresados en el Hospital de Infectología “Dr. José Rodríguez Maridueña” y la muestra está conformada por los 100 pacientes varones que presentan VIH/SIDA a los cuales se les realizara la evaluación nutricional.

7.2.1. Criterios de Inclusión

Pacientes varones con VIH/SIDA NAIVE que estén ingresados en los diferentes servicios en el Hospital de Infectología “Dr. José Rodríguez Maridueña”.

Para la clasificación se tomaron en cuenta los siguientes parámetros nutricionales Índice de Masa Corporal(IMC) publicado por la Organización Mundial de la Salud en 1995 y Valoración Global subjetiva(VGS) desarrollada por Detsky et al, en 1987, en el Hospital General de Toronto.

7.2.2. Criterios de Exclusión

Pacientes varones con VIH/SIDA varones que reciben tratamiento TARGA y pacientes mujeres que reciben atención en el Hospital de Infectología “Dr. José Rodríguez Maridueña” en la ciudad de Guayaquil en el periodo de estudio.

7.3. Técnicas e Instrumentos de Recogida de Datos

- Ficha nutricional de los pacientes varones que padecen VIH/SIDA
- Toma de datos antropométricos de los pacientes varones con VIH/SIDA que se encuentran ingresados en el Hospital de Infectología “Dr. José Rodríguez Maridueña”

7.3.1. Técnicas

- **Peso:** Se le indica al paciente que se pare en la balanza totalmente recto, mirando al frente, con los hombros relajados, brazos a los lados, piernas estiradas y rodillas juntas, pies juntos.
- **Talla:** Se le indica al paciente que proceda a pararse en el tallímetro en posición recta mirando al frente hacia un punto fijo, brazos a los lados, piernas rectas, talones juntos; vigilar que el paciente no se pare en puntillas o en alguna mala posición que altere el resultado.
- **Peso Habitual:** Peso estable que refiere el paciente que ha mantenido en los últimos años o antes de padecer la patología.
- **Peso Ideal:** Según la OMS se lo calcula multiplicando 23 por la talla al cuadrado (hombres).
- **Porcentaje de pérdida de peso:** Se calcula restando peso habitual menos peso actual sobre peso habitual por cien.
- **Porcentaje de grasa corporal:** Realiza don base a la fórmula de BRITISH JOURNAL OF NUTRITION 1974.
- **Masa Magra:** Según la OMS se calcula con la circunferencia media del brazo (cm) menos el valor de (3.14) multiplicado por el pliegue tricipital (cm)
- **Cintura:** Se toma la medida con una cinta métrica sobre la cintura del paciente a la altura del ombligo.
- **Circunferencia de brazo:** Se toma la medida con una cinta métrica en el punto medio del brazo entre el acromion y el olecranon.
- **IMC:** Según la OMS se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).
- **Pliegues**
 - **Bicipital:** Se utiliza la cinta métrica y se toma 1cm por encima del punto medio del brazo en la cara anterior del mismo.
 - **Tricipital:** Se utiliza la cinta métrica y se toma 1cm por encima del punto medio del brazo entre el acromion y el olecranon.
 - **Subescapular:** Se utiliza la cinta métrica y se toma 1cm por debajo del ángulo inferior de la escapula.

- **Suprailiaco:** Se utiliza la cinta métrica y se toma 2cm por encima de la cresta iliaca.
- **Valoración global subjetiva:** Método pronóstico de evaluación del estado nutricional.
- **Anamnesis alimentaria:** Consiste en traer al presente recuerdos del pasado para investigar antecedentes patológicos, patrones alimentarios, hábitos, conductas alimentarias incorrectas.
- **Carga Viral (RT-PCR, AMPLILINK 3.2.0 REPORT):** Examen bioquímico cuyo objetivo es darnos a conocer la carga viral del paciente, es decir, el número de replicaciones del virus que existe en la sangre.
- **CD4**
 - **Citometría de Flujo (CYFLOW):** Examen bioquímico cuyo objetivo es darnos a conocer el número de células CD4 que tiene el paciente; estas células son un tipo de linfocito y cumplen un papel importante en el sistema inmune.
 - **Citometría de Flujo (FACSCount):** Examen bioquímico cuyo objetivo es darnos a conocer el número de células CD4 que tiene el paciente; estas células son un tipo de linfocito y cumplen un papel importante en el sistema inmune.
- Para la recolección de los datos antropométricos se realizará un formato de ficha nutricional para llenar la misma con dichos datos.
- La información se introducirá en un libro de Microsoft Excel para la obtención de la estadística de los diferentes estados nutricionales y la cuantificación de las diferentes variables.
- Se resumirán los datos en diferentes gráficos estadísticos para una mejor interpretación y análisis de la información obtenido.

7.3.2. Instrumentos

Para obtener la información se utilizan los siguientes instrumentos:

- **Ficha nutricional:** Incluye una extensa entrevista cuyo propósito es conocer la información y el estado actual del paciente en base a su antropometría y una anamnesis alimentaria.
- **Balanza:** Instrumento que básicamente sirve para pesar o medir la masa de algún cuerpo.
- **Tallímetro:** Instrumento utilizado para la medición de la estatura o longitud de una persona.
- **Plicometro:** Instrumento que sirve para medir la grasa corporal a través de la toma de pliegues cutáneos y el cálculo de estos nos dará el porcentaje de grasa corporal.
- **Cinta Métrica:** Instrumento de medida graduada y flexible que se puede enrollar y sirve para medir distancias, longitudes o tomar medidas.

8. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

8.1 Análisis y Presentación de los resultados

8.1.1 Distribución por tipos de servicios donde se encuentran ingresados los Pacientes varones con VIH/SIDA NAIVE en el Hospital de Infectología “Dr. José Rodríguez Maridueña”, Guayaquil 2016.

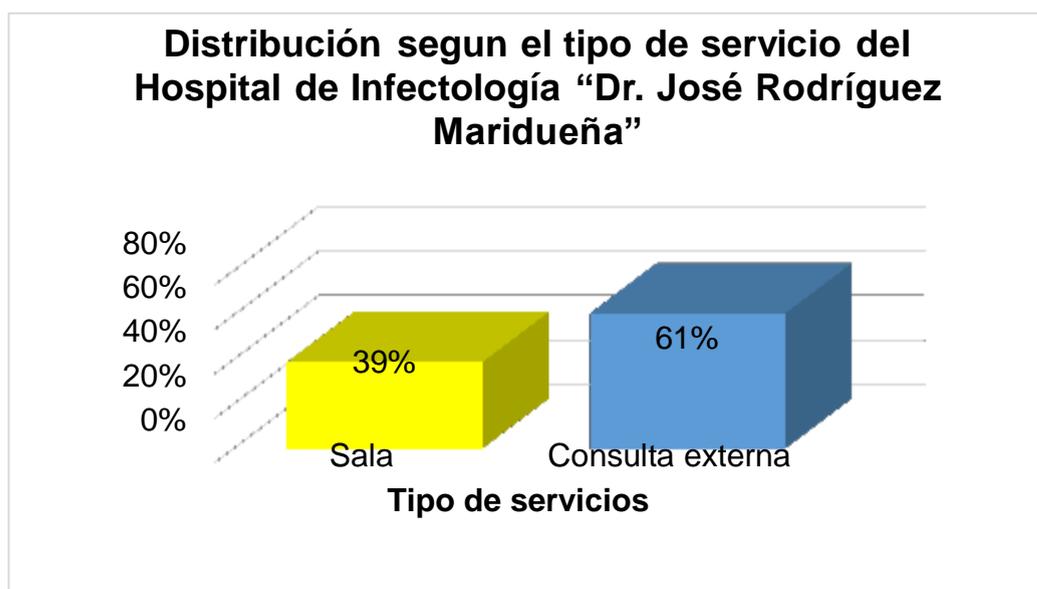
Tabla 7 Distribución por tipo de servicio

Pacientes	No.	%
Sala	39	39%
Consulta externa	61	61%
Total	100	100%

Fuente: Hospital de Infectología “Dr. José Luis Rodríguez Maridueña”, Guayaquil 2016.

Elaborado: M. Barragán y B. Gallegos. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Gráfico 3 Distribución según el tipo de servicio del Hospital de Infectología “Dr. José Rodríguez Maridueña”



Fuente: Hospital de Infectología “Dr. José Luis Rodríguez Maridueña”, Guayaquil 2016.

Elaborado: M. Barragán y B. Gallegos. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Análisis e interpretación: Para el desarrollo del estudio se trabajó con un total de 100 pacientes varones con VIH/SIDA NAIVE que estén ingresados en los diferentes servicios en el Hospital de Infectología “Dr. José Rodríguez Maridueña” ya sea en el área de consulta externa o ingresados en sala. En la tabla y gráfico No. 1 se representa la distribución por el tipo de servicios donde son asistidos, el mayor porcentaje lo representa consulta externa con un 61%.

8.1.2 Distribución por Grupos de Edades de pacientes varones con VIH/SIDA NAIVE ingresados en los diferentes servicios del Hospital de Infectología “Dr. José Luis Rodríguez Maridueña”, Guayaquil 2016.

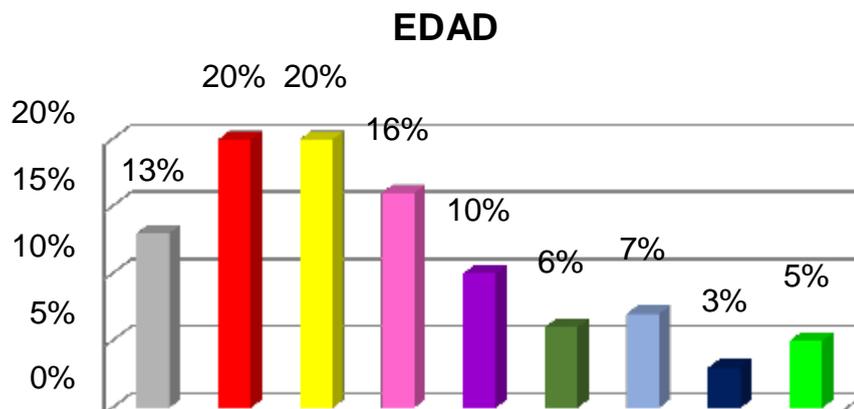
Tabla 8 Distribución de porcentajes por Edades

Edad	No.	%
16-21 años	13	13%
22-27 años	20	20%
28-33 años	20	20%
34-39 años	16	16%
40-45 años	10	10%
46-51 años	6	6%
52-57 años	7	7%
58-63 años	3	3%
≥64 años	5	5%
Total	100	100%

Fuente: Hospital de Infectología “Dr. José Luis Rodríguez Maridueña”, Guayaquil 2016.

Elaborado: M. Barragán y B. Gallegos. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Gráfico 4 Edad



Fuente: Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña", Guayaquil 2016.

Elaborado: M. Barragán y B. Gallegos. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Análisis e Interpretación: Para el desarrollo del estudio se trabajó con un total de 100 pacientes varones con VIH/SIDA NAIVE comprendidos en el rango de 16 a ≥ 64 años de edad del Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña" de la ciudad de Guayaquil. En la tabla y gráfico No. 2 se representa la distribución por grupo de edades, el mayor porcentaje lo representa el grupo de 22-27 y 28-33 años de edad con un 20%.

8.1.3 Distribución de pacientes varones con VIH/SIDA NAIVE según lugar de procedencia. Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña". Guayaquil 2016.

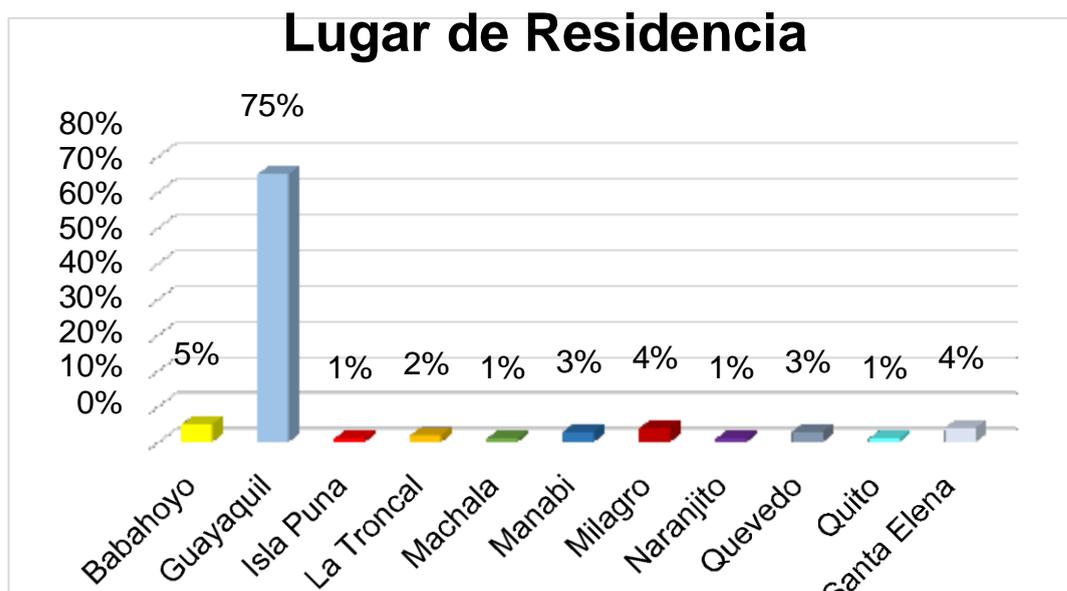
Tabla 9 Distribución de porcentaje según su lugar de residencia

Procedencia	No.	%
Babahoyo	5	5%
Guayaquil	75	75%
Isla Puna	1	1%
La Troncal	2	2%
Machala	1	1%
Manabí	3	3%
Milagro	4	4%
Naranjito	1	1%
Quevedo	3	3%
Quito	1	1%
Santa Elena	4	4%
Total	100	100%

Fuente: Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña", Guayaquil 2016.

Elaborado: M. Barragán y B. Gallegos. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Gráfico 5 Lugar de Residencia



Fuente: Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña", Guayaquil 2016.

Elaborado: M. Barragán y B. Gallegos. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Análisis e Interpretación: En la tabla y gráfico se representa el lugar de residencia, apreciándose que el 75% de los pacientes pertenecen a la ciudad de Guayaquil, el resto proceden de ciudades de otras provincias.

8.1.4 Distribución de pacientes varones con VIH/SIDA NAIVE según el estado civil. Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña". Guayaquil 2016.

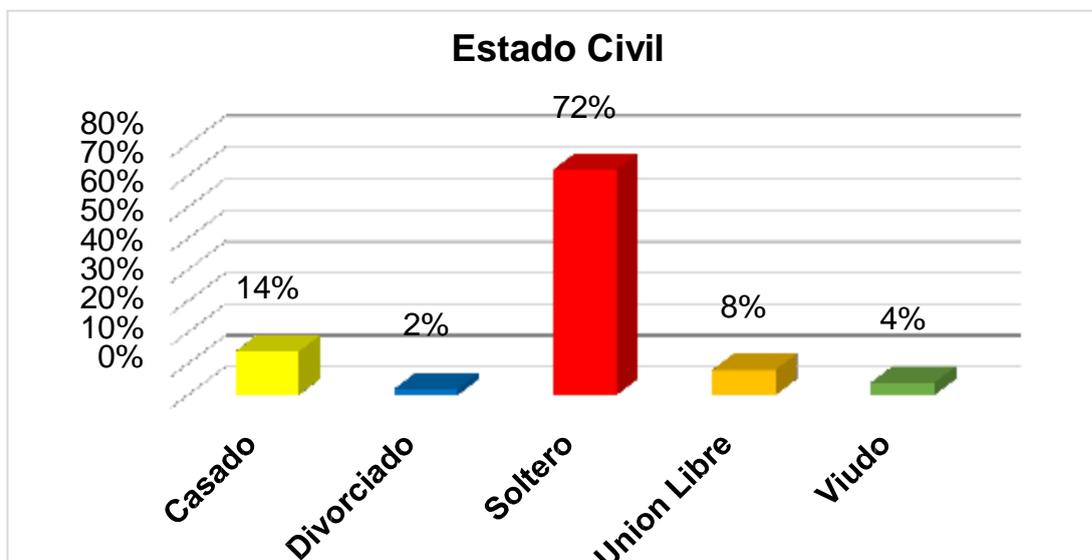
Tabla 10 Distribución de porcentaje según el estado civil

Estado Civil	No.	%
Casado	14	14%
Divorciado	2	2%
Soltero	72	72%
Unión Libre	8	8%
Viudo	4	4%
Total	100	100%

Fuente: Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña", Guayaquil 2016.

Elaborado: M. Barragán y B. Gallegos. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Gráfico 6 Estado Civil



Fuente: Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña", Guayaquil 2016.

Elaborado: M. Barragán y B. Gallegos. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Análisis e Interpretación: En la tabla y gráfico se representa el estado civil de los pacientes con VIH/SIDA NAIVE reflejando que el estado civil que predomina son los solteros, representando un 72% de la población.

8.1.5 Distribución de pacientes varones con VIH/SIDA NAIVE según Orientación sexual. Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña". Guayaquil 2016.

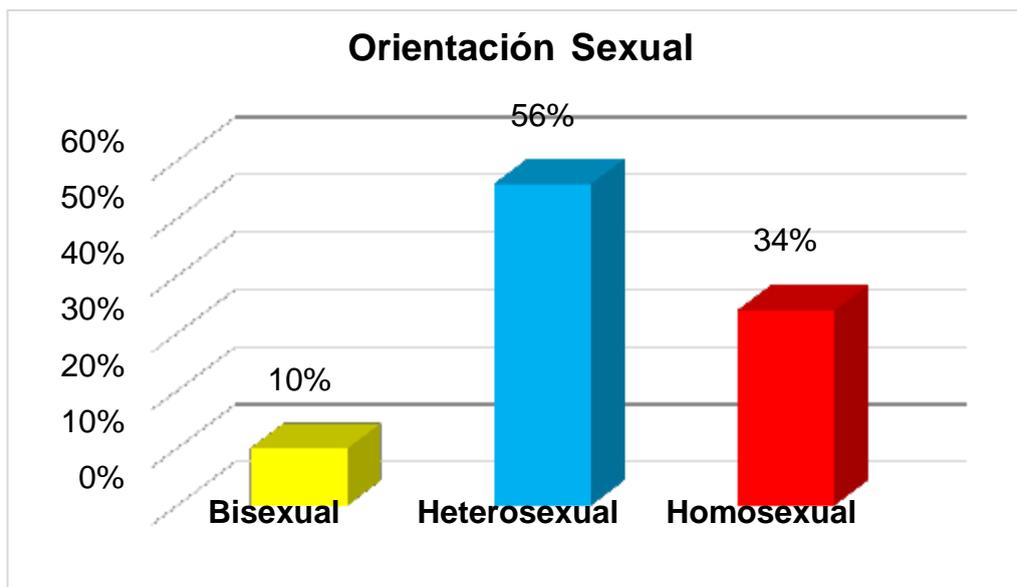
Tabla 11 Distribución por porcentaje según Orientación Sexual

Orientación sexual	No.	%
Bisexual	10	10%
Heterosexual	56	56%
Homosexual	34	34%
Total	100	100%

Fuente: Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña", Guayaquil 2016.

Elaborado: M. Barragán y B. Gallegos. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG

Gráfico 7 Orientación Sexual



Fuente: Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña", Guayaquil 2016.

Elaborado: M. Barragán y B. Gallegos. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG

Análisis e Interpretación: En la investigación se obtuvo como orientación sexual que predominó son los pacientes Heterosexuales en un 56%, seguido de los pacientes homosexuales (HSH) con un 34% y pacientes bisexuales un 10% de la población.

8.1.6 Distribución de pacientes varones con VIH/SIDA NAIVE según Instrucción. Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña". Guayaquil 2016.

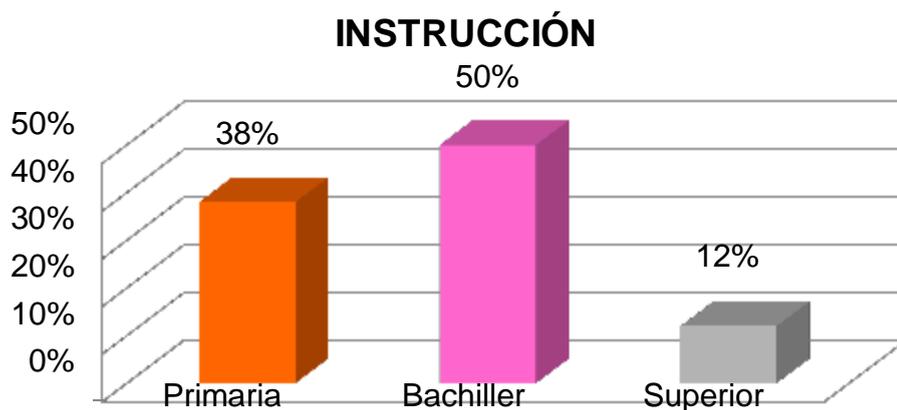
Tabla 12 Distribución por porcentaje según la instrucción

INSTRUCCIÓN	No.	%
Primaria	38	38%
Bachiller	50	50%
Superior	12	12%
Total	100	100%

Fuente: Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña", Guayaquil 2016.

Elaborado: M. Barragán y B. Gallegos. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG

Gráfico 8 Instrucción



Fuente: Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña", Guayaquil 2016.

Elaborado: M. Barragán y B. Gallegos. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG

Análisis e Interpretación: Nuestro estudio reveló que los pacientes con VIH/SIDA NAIVE un 50% son bachilleres, el 38% solo han terminado la primaria mientras que la minoría con un 12% han terminado sus estudios universitarios.

8.1.7 Distribución de pacientes varones con VIH/SIDA NAIVE según Ocupación. Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña". Guayaquil 2016.

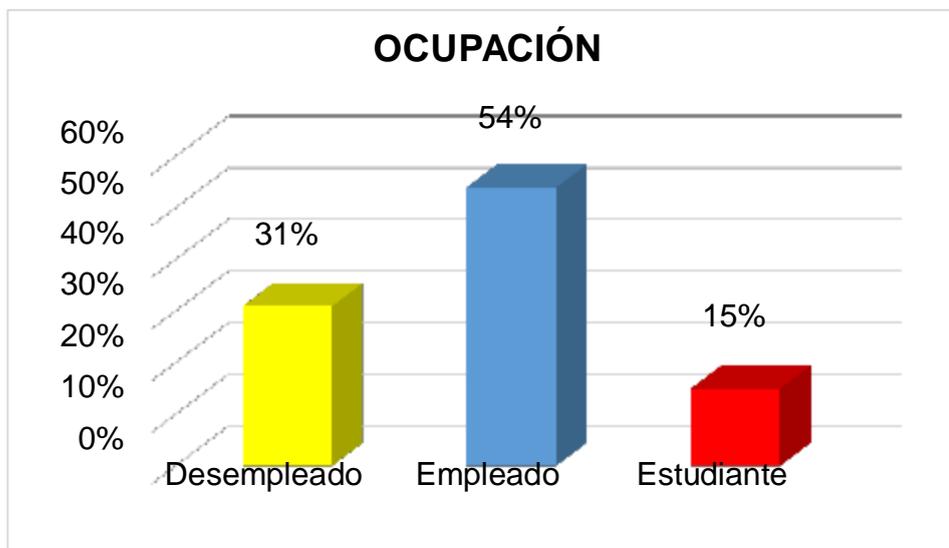
Tabla 13 Distribución por porcentaje según la ocupación

Ocupación	No.	%
Desempleado	31	31%
Empleado	54	54%
Estudiante	15	15%
Total	100	100%

Fuente: Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña", Guayaquil 2016.

Elaborado: M. Barragán y B. Gallegos. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG

Gráfico 9 Ocupación



Fuente: Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña", Guayaquil 2016.

Elaborado: M. Barragán y B. Gallegos. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG

Análisis e Interpretación: En nuestra investigación el total de pacientes varones con VIH/SIDA NAIF el 54% son empleados de algún establecimiento mientras que el 15% son estudiantes universitarios seguidos por los desempleados un 31%.

8.1.8 Distribución de pacientes varones con VIH/SIDA NAIVE según Fecha de Diagnostico. Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña". Guayaquil 2016.

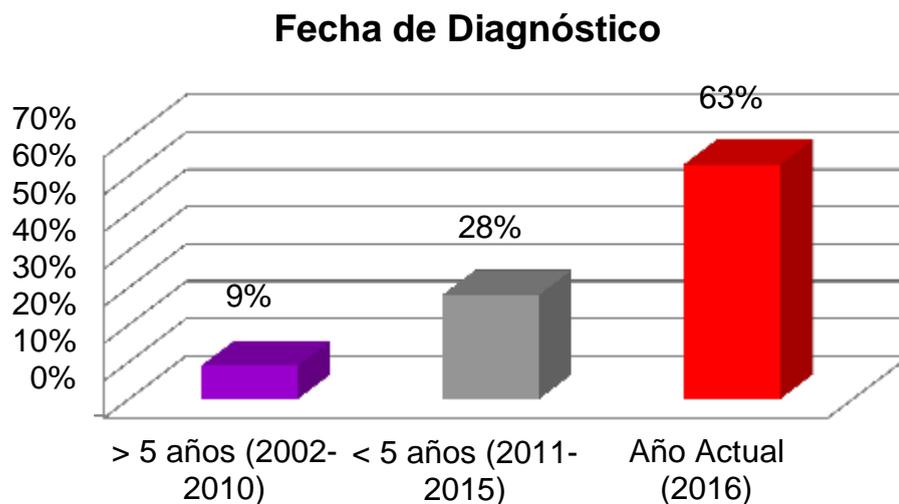
Tabla 14 Distribución de porcentaje por Fecha de Diagnostico

FECHA DE DIAGNOSTICO	No.	%
> 5 años (2002-2010)	9	9%
< 5 años (2011-2015)	28	28%
Año Actual (2016)	63	63%
Total	100	100%

Fuente: Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña", Guayaquil 2016.

Elaborado: M. Barragán y B. Gallegos. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG

Gráfico 10 Fecha de Diagnóstico



Fuente: Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña", Guayaquil 2016.

Elaborado: M. Barragán y B. Gallegos. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG

Análisis e Interpretación: En la tabla y gráfico se representa la fecha de diagnóstico de los pacientes varones con VIH/SIDA, apreciándose que el 63% de los pacientes fueron diagnosticados este año en su mayoría.

8.1.9 Distribución de pacientes varones con VIH/SIDA NAIVE según diagnóstico de la Escala CDC-OMS. Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña". Guayaquil 2016

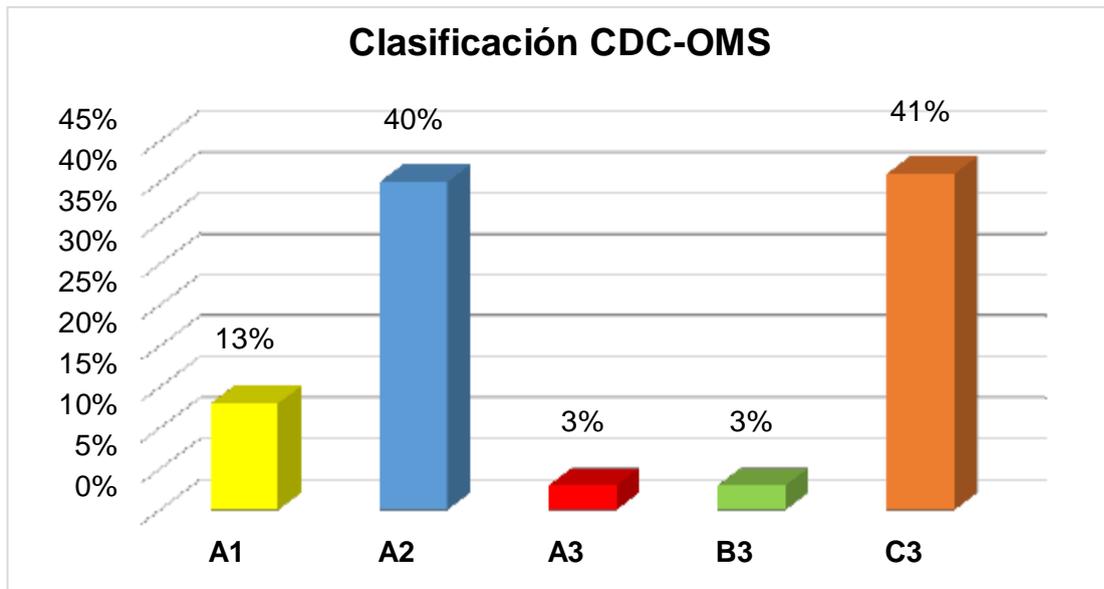
Tabla 15 Distribución de porcentaje según su Diagnóstico de la Escala CDC-OMS

Clasificación CDC-OMS	No.	%
A1	13	13%
A2	40	40%
A3	3	3%
B3	3	3%
C3	41	41%
Total	100	100%

Fuente: Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña", Guayaquil 2016.

Elaborado: M. Barragán y B. Gallegos. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG

Gráfico 11 Clasificación CDC-OMS



Fuente: Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña", Guayaquil 2016.

Elaborado: M. Barragán y B. Gallegos. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG

Análisis e Interpretación: En nuestra investigación se obtuvo que predominó los pacientes con VIH/SIDA NAIVE en clasificadorio C3 con un 41 % lo que significa que los pacientes ya se encuentran en fase SIDA con sus CD4 menores a 200 cel/mm³.

8.2.0 Distribución de pacientes varones con VIH/SIDA NAIVE según antecedentes patológicos familiares. Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña". Guayaquil 2016

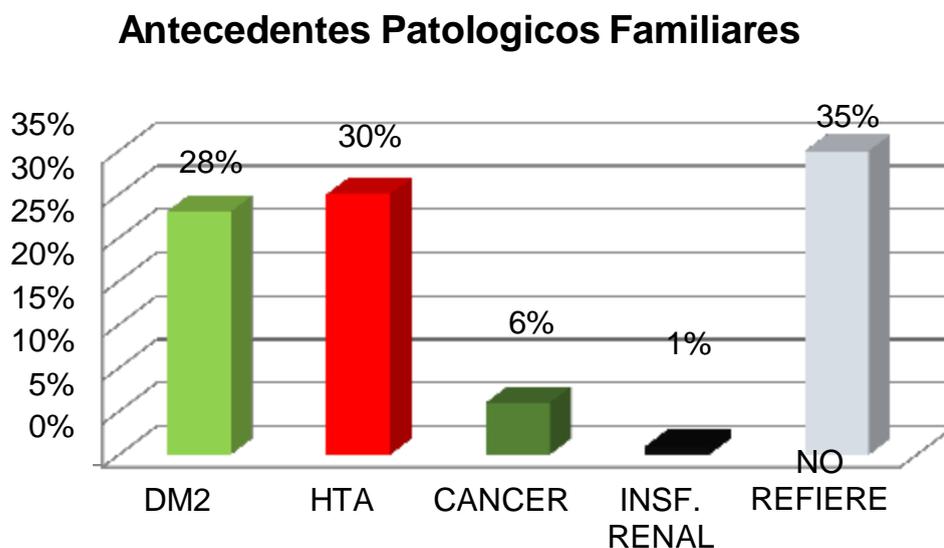
Tabla 16 Distribución de porcentaje según antecedentes patológicos familiares

ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES	No.	%
DM2	28	28%
HTA	30	30%
CANCER	6	6%
INSUFICIENCIA RENAL	1	1%
NO REFIERE	35	35%
TOTAL	100	100%

Fuente: Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña", Guayaquil 2016.

Elaborado: M. Barragán y B. Gallegos. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG

Gráfico 12 Antecedentes Patológicos Familiares



Fuente: Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña", Guayaquil 2016. Elaborado: M. Barragán y B. Gallegos. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG

Análisis e Interpretación: Se observó que en los antecedentes patológicos familiares de los pacientes con VIH/SIDA NAIVE predomina con un 30% Hipertensión Arterial, con un 28% Diabetes Mellitus 2 mientras que el 35% no refiere ninguna patología.

8.2.1 Distribución de pacientes varones con VIH/SIDA NAIVE según antecedentes patológicos personales. Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña". Guayaquil 2016

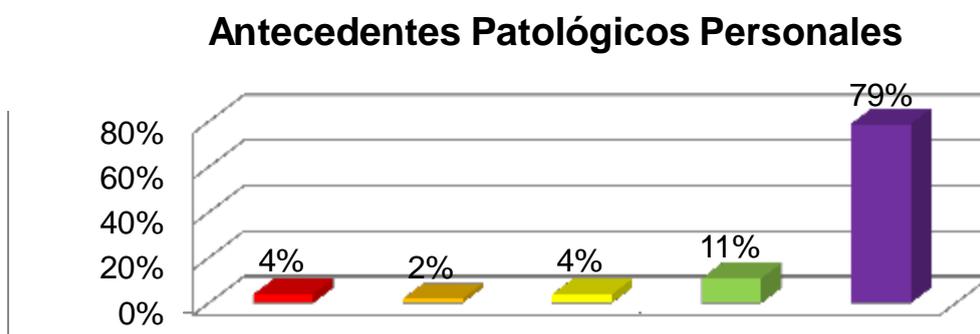
Tabla 17 Distribución de porcentaje según antecedentes patológicos personales

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES	No.	%
DM2	4	4%
HTA	2	2%
HEPATITIS	4	4%
GASTRITIS	11	11%
NO REFIERE	79	79%
TOTAL	100	100%

Fuente: Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña", Guayaquil 2016.

Elaborado: M. Barragán y B. Gallegos. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG

Gráfico 13 Antecedentes Patológicos Personales



Fuente: Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña", Guayaquil 2016.

Elaborado: M. Barragán y B. Gallegos. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG

Análisis e Interpretación: Los resultados de antecedentes patológicos personales de los pacientes con VIH/SIDA NAIVE predomina con un 79% los que no refieren tener alguna patología, el 11% de la población refiere

Gastritis mientras que la minoría refiere patologías como Diabetes Mellitus 2 con 4%, Hipertensión Arterias con 2% y Hepatitis 4%

8.2.2 Distribución de pacientes varones con VIH/SIDA NAIVE según sus hábitos. Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña". Guayaquil 2016

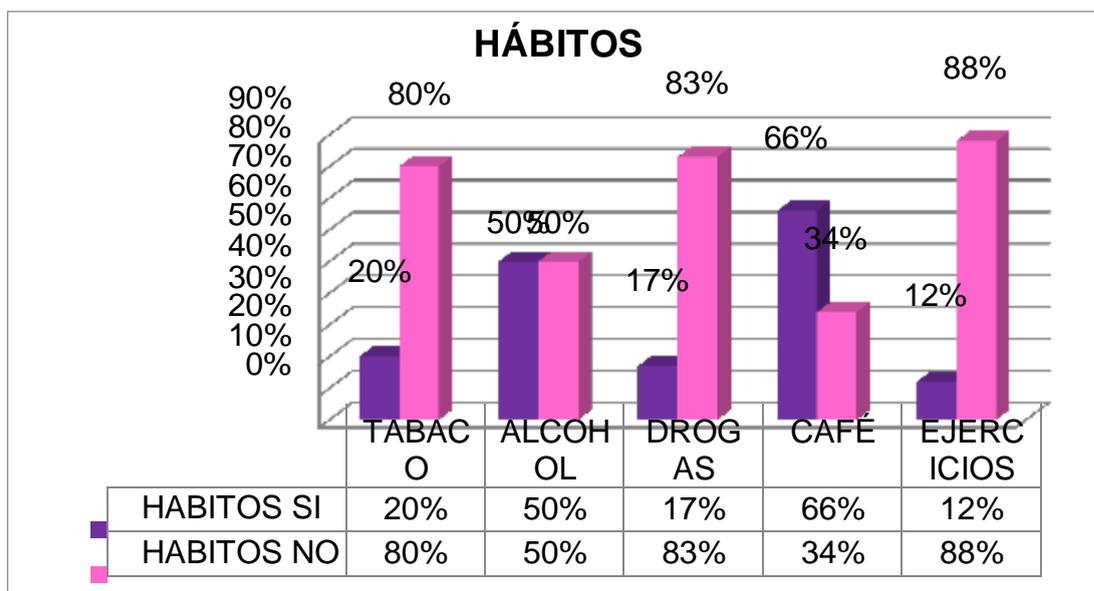
Tabla 18 Distribución de porcentaje según sus hábitos

	HÁBITOS				TOTAL Pacientes
	SI	%	NO	%	
TABACO	20	20%	80	80%	100
ALCOHOL	50	50%	50	50%	100
DROGAS	17	17%	83	83%	100
CAFÉ	66	66%	34	34%	100
ACTIVIDAD FISICA	12	12%	88	88%	100

Fuente: Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña", Guayaquil 2016.

Elaborado: M. Barragán y B. Gallegos. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG

Gráfico 14 Hábitos



Fuente: Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña", Guayaquil 2016.

Elaborado: M. Barragán y B. Gallegos. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG

Análisis e Interpretación: Nuestro estudio demostró que los pacientes con VIH/SIDA NAIVE mantienen hábitos como el consumo de tabaco el 20% dijo que si lo consumo mientras que el 80% dijo que no, el consumo de alcohol está en 50% ambas partes, en el consumo de drogas el 83% dijo que no mientras que el 17% refirió ser consumidores, entre las sustancias consumidas están marihuana, cocaína y heroína; muchos de estos refirieron consumir solo una de estas, y otros dos o tres al mismo tiempo; el 66% refirió que consumen café y el 34% dijo que no y por último el 88% de la población refirió que no realizaba ningún tipo de actividad física mientras que el 12% indico que sí.

8.2.3 Distribución de drogas consumidas por los pacientes varones con VIH/SIDA NAIVE. Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña". Guayaquil 2016

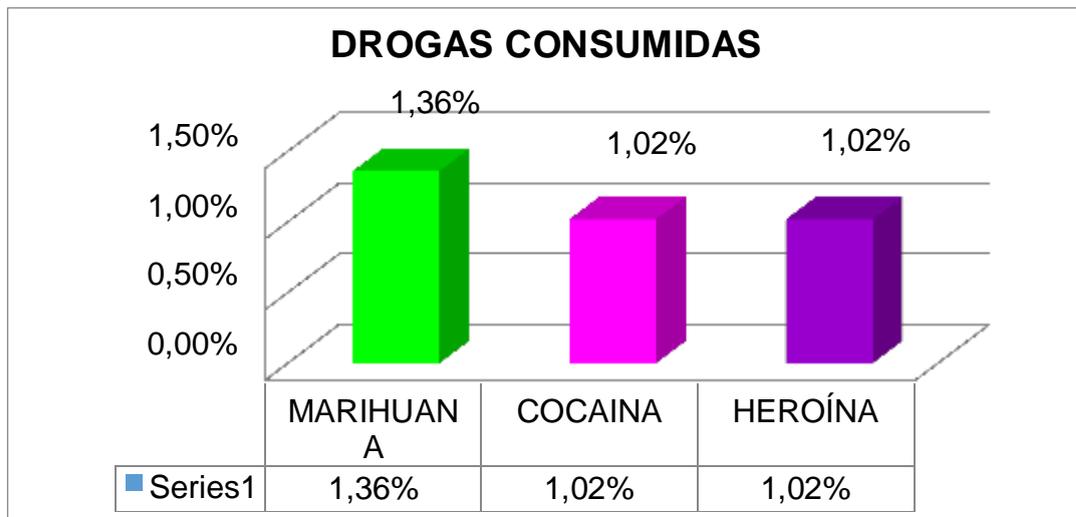
Tabla 19 Distribución de drogas consumidas

DROGAS	No.	%
MARIHUANA	8	1,36%
COCAINA	6	1,02%
HEROÍNA	6	1,02%
CONSUMIDORES	17	

Fuente: Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña", Guayaquil 2016.

Elaborado: M. Barragán y B. Gallegos. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG

Gráfico 15 Drogas Consumidas



Fuente: Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña", Guayaquil 2016.

Elaborado: M. Barragán y B. Gallegos. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG

Análisis e Interpretación: Los pacientes con VIH/SIDA NAIVE con adicción a las drogas consumen en mayor cantidad marihuana siguiéndole la cocaína y heroína.

8.2.4 Distribución de porcentaje de los pacientes varones con VIH/SIDA NAIVE según su Anamnesis Alimentaria para identificar signos y síntomas nutricionales. Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña". Guayaquil 2016

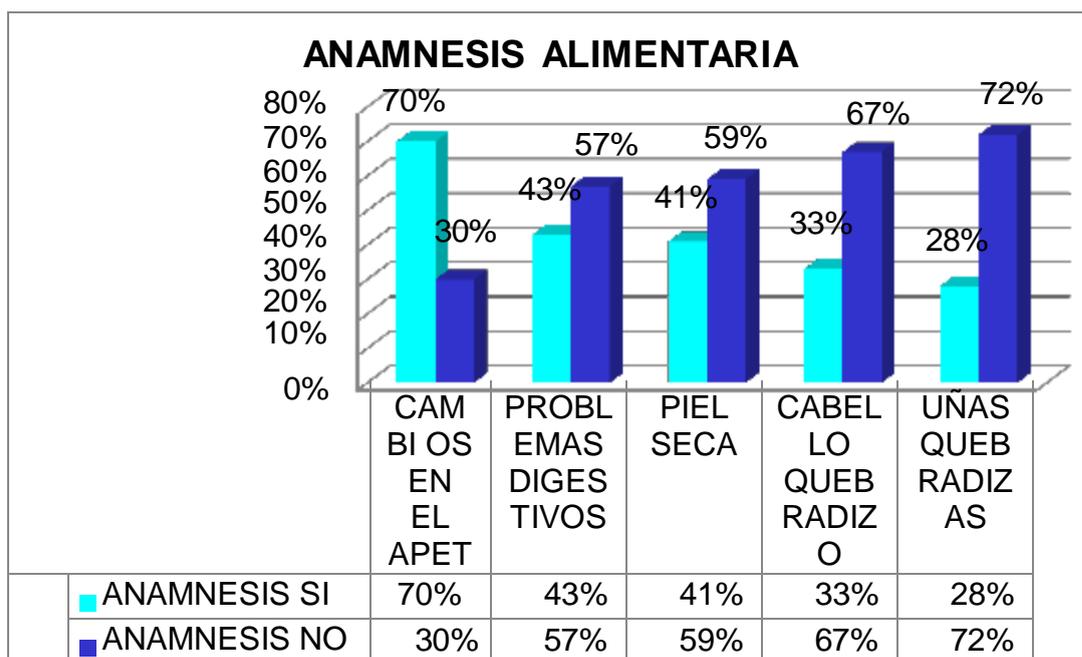
Tabla 20 Distribución según Anamnesis Alimentaria

ANAMNESIS ALIMENTARIA					
	SI	%	NO	%	TOTAL PACIENTES
CAMBIOS EN EL APETITO	70	70%	30	30%	100
PROBLEMAS DIGESTIVOS	43	43%	57	57%	100
PIEL SECA	41	41%	59	59%	100
CABELLO QUEBRADIZO	33	33%	67	67%	100
UÑAS QUEBRADIZAS	28	28%	72	72%	100

Fuente: Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña", Guayaquil 2016.

Elaborado: M. Barragán y B. Gallegos. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG

Gráfico 16 Anamnesis Alimentaria



Fuente: Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña", Guayaquil 2016.

Elaborado: M. Barragán y B. Gallegos. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG

Análisis e Interpretación: De los pacientes con VIH/SIDA NAIVE el 70% refiere que si ha tenido cambios en el apetito mientras que el 30% indico que no ha tenido cambios, el 43% refirió que si ha tenido problemas digestivos mientras que el 57% refirió que no, el 59% de los pacientes indico que no se les ha secado la piel en estos últimos meses mientras que el 41% indica que si, el 33% indico que tienen el cabello quebradizo al contrario que el 67% de los pacientes que indicaron que su cabello esta normal y por ultimo un 28% refirió tener las uñas quebradizas mientras que el 72% indico lo contrario.

8.2.5 Distribución de los pacientes varones con VIH/SIDA NAIVE según su Índice de Masa Corporal (IMC). Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña". Guayaquil 2016

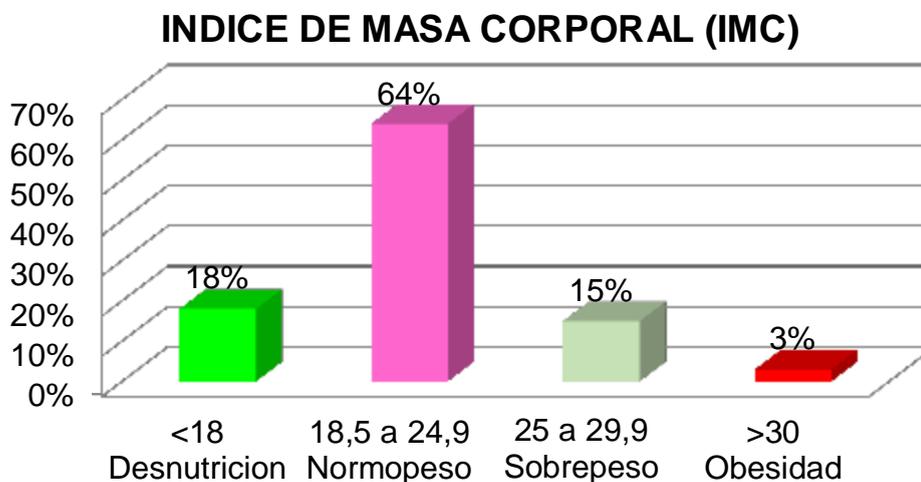
Tabla 21 Distribución según su Índice de Masa Corporal (IMC)

IMC		
Rango	No.	%
<18 Desnutrición	18	18%
18,5 a 24,9 Normopeso	64	64%
25 a 29,9 Sobrepeso	15	15%
>30 Obesidad	3	3%
Total	100	100%

Fuente: Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña", Guayaquil 2016.

Elaborado: M. Barragán y B. Gallegos. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG

Gráfico 17 Índice de Masa Corporal (IMC)



Fuente: Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña", Guayaquil 2016. Elaborado: M. Barragán y B. Gallegos. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG

Análisis e Interpretación: Nuestra investigación demostró que el IMC de los pacientes con VIH/SIDA NAIVE se encuentran en el 64% con normopeso, el 18% refiere desnutrición, mientras que la minoría refleja sobrepeso con un 15% y 3% con obesidad.

8.2.6 Distribución de los pacientes varones con VIH/SIDA NAIVE según el riesgo cardiovascular (circunferencia de cintura). Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña". Guayaquil 2016

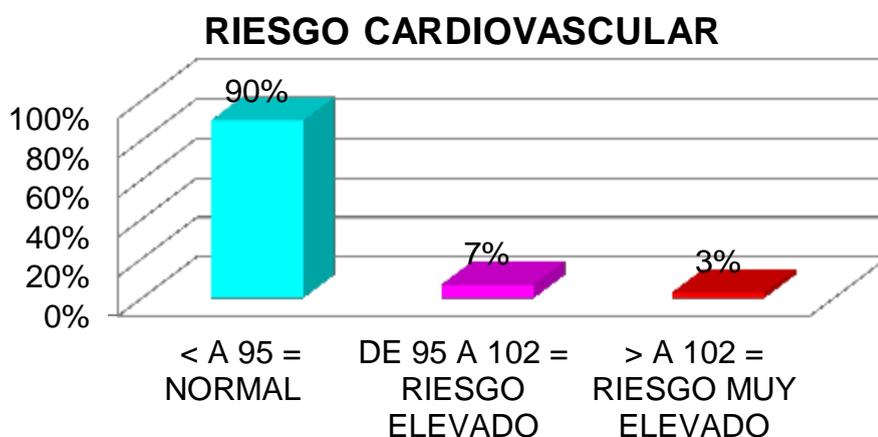
Tabla 22 Distribución según circunferencia de cintura

RIESGO CARDIOVASCULAR CIRCUNFERENCIA CINTURA		
RANGO	No.	%
< A 95 = NORMAL	90	90%
DE 95 A 102 = RIESGO ELEVADO	7	7%
> A 102 = RIESGO MUY ELEVADO	3	3%
Total	100	100%

Fuente: Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña", Guayaquil 2016.

Elaborado: M. Barragán y B. Gallegos. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG

Gráfico 18 Riesgo Cardiovascular



Fuente: Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña", Guayaquil 2016.

Elaborado: M. Barragán y B. Gallegos. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG

Análisis e Interpretación: Los pacientes con VIH/SIDA refieren en los resultados que el riesgo cardiovascular está dentro de los rangos normales con un 90%.

8.2.7 Distribución de los pacientes varones con VIH/SIDA NAIVE según el porcentaje de grasa corporal. Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña". Guayaquil 2016

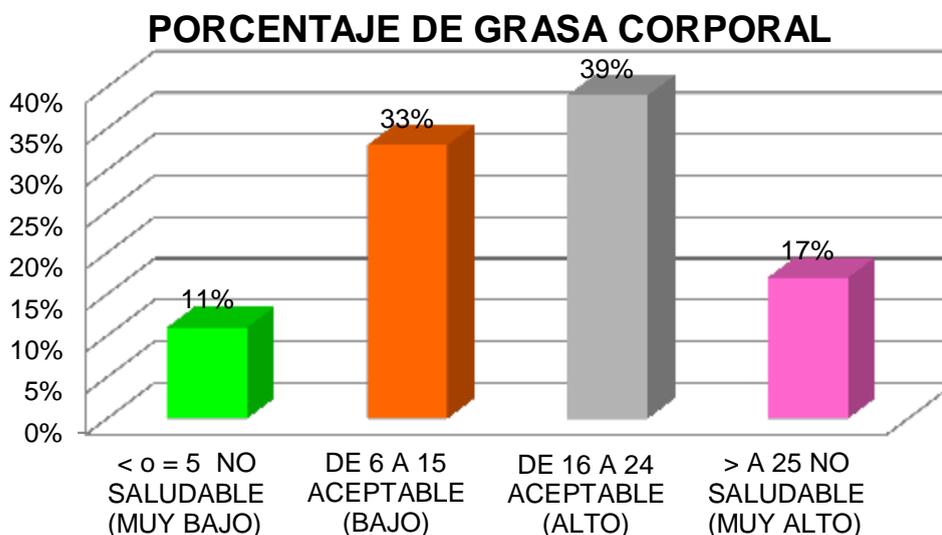
Tabla 23 Distribución según porcentaje de grasa corporal

PORCENTAJE DE GRASA CORPORAL		
RANGO	No.	%
< 0 = 5 NO SALUDABLE (MUY BAJO)	11	11%
DE 6 A 15 ACEPTABLE (BAJO)	33	33%
DE 16 A 24 ACEPTABLE (ALTO)	39	39%
> A 25 NO SALUDABLE (MUY ALTO)	17	17%
TOTAL	100	100%

Fuente: Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña", Guayaquil 2016.

Elaborado: M. Barragán y B. Gallegos. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG

Gráfico 19 Porcentaje de Grasa Corporal



Fuente: Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña", Guayaquil 2016.

Elaborado: M. Barragán y B. Gallegos. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG

Análisis e Interpretación: Se puede observar en los resultados de porcentaje de grasa corporal de los pacientes con VIH/SIDA NAIVE que refieren estar en los rangos normales el 33% y 39%, el 11% refiere un porcentaje no saludable debido a que es muy bajo y el 17% refiere el porcentaje no saludable ya que está muy alto.

8.2.8 Distribución de los pacientes varones con VIH/SIDA NAIVE según la Valoración Global Subjetiva. Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña". Guayaquil 2016

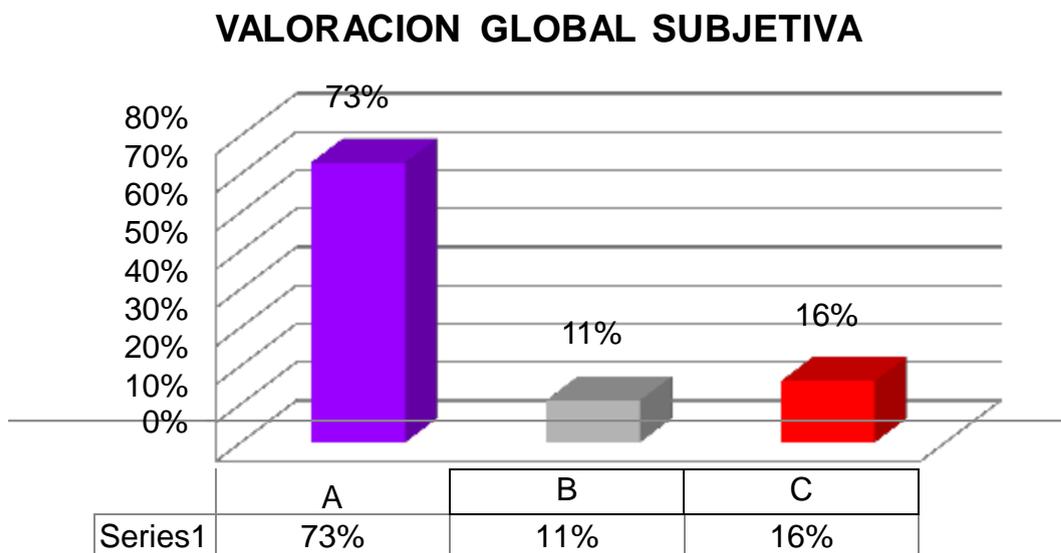
Tabla 24 Distribución según Valoración Global Subjetiva

VGS	No.	%
A	73	73%
B	11	11%
C	16	16%
TOTAL	100	100%

Fuente: Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña", Guayaquil 2016.

Elaborado: M. Barragán y B. Gallegos. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG

Gráfico 20 Valoración Global Subjetiva



Fuente: Hospital de Infectología "Dr. José Luis Rodríguez Maridueña", Guayaquil 2016.

Elaborado: M. Barragán y B. Gallegos. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG

Análisis e Interpretación: Los resultados de la Valoración Global Subjetiva revelan que los pacientes con VIH/SIDA NAIVE se encuentran en el 73% en A lo cual significa que están bien nutridos y un 16% refirió estar en C lo que significa que están mal nutridos.

9. CONCLUSIONES

En el presente trabajo podemos concluir lo siguiente en la muestra tomada en pacientes varones con VIH/SIDA NAIVE del Hospital de Infectología "Dr. José Rodríguez Maridueña" se estableció que se encuentran ingresados en los diferentes servicios del hospital ya sea consulta externa o sala de hospitalización, por lo tanto varía en su clasificación CDC-OMS, en el caso de los pacientes que están en sala de hospitalización el mayor porcentaje se encuentran en la fase C3, muestran desnutrición, el porcentaje de grasa corporal es muy bajo lo cual significa que es poco saludable y están en el nivel C de la Valoración Global Subjetiva a diferencia de los pacientes que se tomaron en consulta externa que están en fase A2 la gran mayoría, refiriendo estar en normopeso, el porcentaje de grasa corporal saludable y en el nivel A de la Valoración Global Subjetiva; mientras que una minoría presentó sobrepeso y obesidad de acuerdo a los instrumentos y técnicas nutricionales usados para la recolección de datos. De acuerdo a los resultados el mayor número de pacientes fueron de 22 a 33 años, la mayoría son de Guayaquil, solteros refiriendo ser bachilleres, otros solo primaria siendo el menor porcentaje aquellos que tienen educación superior; de acuerdo a la orientación sexual como lo refiere los datos internacionales los heterosexuales son el mayor porcentaje seguidos de los homosexuales (HSH) y por último los bisexuales.

Los datos en comorbilidades y hábitos que inciden en el estado nutricional concluyendo que el alcoholismo está en el 50%, la adicción a las drogas está en el 17% siendo esto un problema de interés ya que estas adicciones causan fracasos o abandonos en el tratamiento TARGA. Siendo que la totalidad de los casos son NAIVE ninguno de ellos puede ser considerado con alteraciones metabólicas por el TARGA. En la historia natural de la enfermedad queremos demostrar los pacientes que han tenido diagnóstico temprano y tardío de la enfermedad por lo tanto en la clasificación se observó que hay un número mayor a cinco años y otro menor a cinco años siendo en su mayoría lo que se han diagnosticado en el año actual, esto no incide en el clasificatoria de SIDA puesto que en la historia natural del VIH se define que

los pacientes pueden desarrollar SIDA entre dos y dieciséis años con un promedio de ocho años.

Se concluye nutricionalmente que el estado nutricional de los pacientes está directamente vinculado al estado de compromiso inmunológico por lo tanto aquellos pacientes que están en fase C3 tienen mayor problemas nutricionales que aquellos que no están en esa condición; se observa que hay un gran desconocimiento sobre la correcta alimentación siendo pobre en micronutrientes con un gran exceso de consumo de carbohidratos y grasas; en el futuro estos pacientes a la toma de tratamiento TARGA pueden presentar efectos secundarios metabólicos, gastrointestinales y morfológicos de acuerdo a lo que se ve en la estadística mundial.

10. RECOMENDACIONES

- Mejorar la calidad de vida de las personas que padecen VIH/SIDA.
- Realizar un abordaje nutricional individualizado para cada paciente desde que ha sido diagnosticado independientemente de la fase en la que se encuentre.
- La intervención nutricional debe de ser periódica con el profesional especializado.
- Prevenir la malnutrición de los pacientes ya que si llegan estar en fase SIDA sería muy difícil revertirlo.
- Mantener el peso y masa corporal de los pacientes con dicha patología.
- Retrasar o reducir la aparición de las complicaciones o enfermedades oportunistas propias de la enfermedad.
- Reducir los efectos secundarios del tratamiento TARGA entre ellos gastrointestinales, metabólicos y morfológicos.
- Reducir o mantener el riesgo cardiovascular dentro de lo normal.
- Mejorar la actividad inmunológica de cada paciente.
- Promover una alimentación sana y adecuada de manera eficaz para mejorar o mantener el estado de salud del paciente y a su vez para mantener el peso saludable de los mismos.
- Se recomiendan 5 comidas al día que son desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y merienda.
- Consumir alimentos frescos y naturales, evitar alimentos guardados o pre cocidos, evitar grasas trans y saturadas, evitar consumir alimentos preparados en la calle donde se corra el riesgo de padecer alguna enfermedad por transmisión alimentaria.

11. PRESENTACIÓN DE PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

En la relación con la tesis mencionada y los resultados obtenidos; se presenta la siguiente propuesta:

11.1 TEMA

Implementar una estrategia de Información, Comunicación y Educación (IEC) para la salud sobre nutrición y su importancia para los pacientes VIH/SIDA del Hospital de Infectología "Dr. José Rodríguez Maridueña"

11.2 JUSTIFICACIÓN

Se propondrá la creación de Áreas de nutrición en los diferentes centros de salud de la ciudad de Guayaquil en los cuales se darán consultas nutricionales previas y de seguimiento para que exista un control en los pacientes con VIH/SIDA con el fin de mantener y recuperar el estado nutricional del paciente y contribuir a una mejor calidad de vida del mismo.

La intención y objetivo primordial de nuestra propuesta como nutricionistas es por medio de las consultas y consejería educar al paciente con VIH/SIDA a tener una correcta alimentación desde los inicios de la enfermedad, derribar el problema nutricional del paciente grave y eliminar los problemas de sobrepeso y la condición de riesgo cardiovascular de los pacientes.

11.3 OBJETIVOS

11.3.1 OBJETIVO GENERAL

- ✓ Proponer a los directivos del Hospital de Infectología "Dr. José Rodríguez Maridueña" un servicio de nutrición que permita el conocimiento la educación y la movilización social en salud nutricional de los pacientes con VIH/SIDA.

11.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Plantear en la atención de los pacientes con VIH/SIDA un servicio regular de información, educación y capacitación nutricional.
- ✓ Elaborar información nutricional que cambie los estilos de vida de los pacientes VIH/SIDA y propenda a su autocuidado.
- ✓ Construir espacios de diálogo entre profesionales de la salud con pacientes nuevos y pacientes experimentados en el seguimiento nutricional.

11.4 FUNDAMENTACIÓN

El área de nutrición es aquella área responsable de brindar atención a los pacientes hospitalizados y ambulatorios, en lo referente a recuperación, prevención y mantenimiento de su nivel nutricional. Por medio de consultas y consejería se les da la información nutricional específica, clara, puntual y necesaria para que el usuario elija de manera informada su alimentación y nutrición, acorde con su realidad y orientadas a proteger su salud. La consejería Nutricional se realiza en base al estado de salud, evaluación antropométrica, estado nutricional y la anamnesis alimentaria. Una buena nutrición es también de importancia vital para contribuir a mantener la salud y la calidad de vida de la persona que sufre de SIDA. La infección con el VIH daña el sistema inmunitario, y conduce a otras afecciones como fiebre y diarrea. Estas infecciones pueden reducir la ingesta alimentaria pues también disminuyen el apetito e interfieren con la capacidad del organismo de asimilar los alimentos. Como consecuencia de todo ello, la persona sufre de malnutrición, adelgaza y se debilita

En las consultas nutricionales se realizan las valoraciones individualizadas del estado nutricional de los pacientes hospitalizados y ambulatorios a través de una evaluación nutricional (anamnesis alimentaria, valoración global

subjetiva, antropometría y datos Bioquímicos) en la cual se toman datos antropométricos como son: Peso, Talla, IMC, Peso Ideal, % de Grasa Corporal, Índice Cintura entre otros parámetros nutricionales y en el caso de pacientes con VIH/SIDA tomar en cuenta en qué fase del virus se encuentra según la escala de CDC/OMS, con el fin de obtener un diagnóstico y poder realizar las recomendaciones nutricionales según el estado del paciente.

Por medio de las consultas y consejería estar en constante vinculación y seguimiento con el paciente, para ver su estado y evolución evitando que llegue a una descompensación provocada por los trastornos gastrointestinales que se presentan en la enfermedad, Prevenir en los pacientes problemas de sobrepeso y obesidad, lo que da pie a la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles como Diabetes Mellitus 2, Hipertensión, Enfermedades cardiovasculares, Dislipidemias entre otras.

Por eso en nuestra propuesta es primordial que exista este tipo de consultas y consejerías en los diferentes centros de salud ya que por medio de la nutrición se puede prevenir enfermedades y complicaciones que padezcan los pacientes con VIH/SIDA, los pacientes deben de tener consultas pre, post TARGA y de seguimiento nutricional puesto que el TARGA puede traer trastornos mitocondriales y metabólicos por la toma prolongada de los mismos.

Se utilizaran medios didácticos para esta construcción en la que dejaremos planteado trípticos (vease en el anexo #3), esquemas de taller, afiches, videos y la conformación de un club nutricional que de sostenibilidad al proceso de información, educación y capacitación sobre nutrición a los pacientes del Hospital de Infectología "Dr. José Rodríguez Maridueña".

Las recomendaciones nutricionales para las complicaciones y síntomas más comunes que se presentan en los pacientes con VIH/SIDA son las siguientes:

NÁUSEAS Y VOMITO

La náusea y vómito relacionada al VIH usualmente son relacionados con los efectos colaterales de los medicamentos, enfermedades oportunistas, factores psicológicos (temor ansiedad), intolerancias alimentarias, dolor, u olores, gustos desagradables. Los consejos para combatir la náusea y el vómito incluyen:

- Alimentación fraccionada, en pequeños volúmenes.
- Comer sentado. Procurar no acostarse hasta una o dos horas después de haber comido .
- Consumir alimentos blandos y fáciles de digerir como arroz, fideos, papas, pollo, yogurt y avena
- Evitar alimentos dulces, muy condimentados, frituras o grasosas si estos le causan problemas
- Consumir tostadas o cereales a primera hora de la mañana
- Tomar refrescos sin gas, jugos no-cítricos, agua, o té de jengibre o menta suaves
- ○ Reemplazar los fluidos y electrolitos perdidos en el vómito consumiendo bebidas re hidratantes, jugos de frutas, caldos.
- Evitar acostarse luego de comer

DIARREA

Las diarreas pueden ser ocasionadas por infecciones o a efectos secundarios de los medicamentos. Se le recomienda para reducir la pérdida de nutrientes, fluidos y electrolitos lo siguiente:

- Evitar las bebidas alcohólicas, carbonatadas y con cafeína, ya que estas estimulan la motilidad gástrica
- Consumir alimentos bien cocidos y fáciles de digerir tal como papa y verde majado, zanahorias cocidas, pollo horneado, pavo o pescado
- Evitar los alimentos que pueden empeorar la diarrea, tales como productos lácteos o alimentos grasosos o con gas
- Reemplazar las pérdidas de líquidos y electrolitos con agua, sales de rehidratación oral, bebidas hidratantes, consomé, gelatina, jugos de frutas, bebidas sin gas. Evitar alimentos con fibra, frutas crudas compotas de manzana, pera
- Suprimir guisos, fritos, embutidos, alimentos muy salados, por ser irritantes.
- Coma alimentos altos en potasio tales como: guineo, pera, pescado, carnes, papas, zapallo, calabacita, zanahoria, néctar de pera, pollo sin grasa, jugo de vegetales.
- Limitar las grasas, por su digestión prolongada.

- Tratar de comer fraccionado en pequeños volúmenes, a temperatura ambiente.
- Consumir alimentos blandos como purés y vegetales cocidos.
- Evitar alimentos que contengan cafeína (café, té, chocolate y bebidas carbonatadas).
- Consume alimentos altos en pectina como coladas de guayaba, manzana, pera y avena molida/cocida.

ANOREXIA

La ingesta reducida de los alimentos y falta de apetito están básicamente relacionados con fatiga, vomito, infecciones, diarrea, depresión, dolor, efectos secundarios de los medicamentos. Las recomendaciones son la siguientes:

- Realizar varias comidas en el día cada 2-3 horas, de preferencia en la mañana cuando el apetito es mejor.
- Alimentos ricos en calorías y proteínas tales como quesos, huevos, frutos secos.
- Tomar bebidas altas en calorías como jugos y batidos.
- Estimular el apetito consumiendo sus comidas favoritas o usando estimulantes del apetito.
- Tener colaciones listas para consumir a la mano, como granola, yogurt, tazas de pudin
- Consumir alimentos y bebidas con buena calidad de nutrientes en pocas cantidades, varias veces al día.
- Caminar antes de comer puede ayudar a incrementar el apetito.
- Durante los períodos de ausencia de anorexia, comer más y concentrar la alimentación en las comidas preferidas.

DISLIPIDEMIAS

Los pacientes con VIH/SIDA y dislipidemias presentan mayor riesgo para el desarrollo de enfermedad coronaria. Se le recomienda lo siguiente:

- Aportar hidratos de carbono complejos de absorción lenta y evitar el consumo excesivo de los hidratos de carbono simples de absorción

- rápida, por lo que se asegurará la ingestión de alimentos ricos en fibra dietética (frutas, vegetales, legumbres, cereales integrales)
- Modificar los hábitos alimentarios, de tal manera que se asemejen a los criterios de una dieta cardiosaludable.
 - Sustituir las grasas saturadas por las grasas mono insaturadas y polinsaturadas lo que permitirá bajar el colesterol LDL y se mantendrá el nivel del colesterol HDL.
 - Limitar el consumo de grasas, tanto de origen animal como vegetal y especialmente las grasas saturadas. Utilizar en la elaboración de los alimentos, solo aceites de semillas, de preferencia: girasol, soya, oliva, maíz, en una cantidad que no exceda 3 cucharadas por día
 - Ingerir al menos 3 veces a la semana pescados azules (salmón, atún fresco y sardinas) ricos en Ácidos grasos omega-3 de cadena larga, son de gran beneficio para la prevención y tratamiento de pacientes con enfermedad coronaria ya que aumentan la oxidación en el hígado y disminuyen la producción hepática de triglicéridos.
 - Incluir frutas y vegetales en la dieta ayuda a revertir la hiperlipidemia.
 - Practicar de modo sistemático y regularmente, una actividad física y(o) deportiva al menos de 30 min a 1 h (caminar, correr, nadar, montar bicicleta, entre otras) según sus posibilidades.
 - Consumir productos lácteos desnatados o descremados. Leche, queso y yogurt.
 - Evitar los alimentos preparados con azúcar, usar edulcorantes.
 - Consumir preferiblemente carnes blancas (pollo y pavo), son más saludables y con un menor aporte de grasas, y eliminar siempre la piel y la grasa visible.
 - Consumir verduras y leguminosas (contienen antioxidantes, vitaminas, minerales y fibra dietética) y cereales integrales (aportan proteínas, minerales, oligoelementos y fibra dietética)

PÉRDIDA DE PESO/ BAJO PESO

La emaciación y pérdida de peso relacionada al VIH es a menudo la resultante de uno o más factores ya sea por: ingesta reducida (ej., anorexia, náusea); pérdida excesiva de nutrientes (ej., diarrea, vomito, malabsorción

interacciones medicamentos con nutrientes (ej., absorción y metabolismo alterados). Se indica las siguientes recomendaciones:

- Se sugiere el consumo de un suplemento diario de multivitaminas/minerales que provea el 100% de la ingesta diaria recomendada.
- Se recomienda añadir suplementos en el plan nutricional, cuando las personas viviendo con VIH no consuman suficientes proteínas y calorías a partir de su dieta habitual. Existen suplementos orales en varias presentaciones, tales como barras nutriente–densas, sopas, pudines, jugos y cafés.
- Realizar 5 comidas al día (Desayuno, colación, almuerzo, colación, merienda)
- Anadir leche, queso, mantequilla, margarina o aceite a los purés de verduras, a las papas, arroz, sopas, entre otros.
- La leche en polvo también puede ser añadida a la sopa para aumentar la cantidad de proteína.
- Poner un huevo batido en el puré de papas y cocinar durante algunos minutos hasta que el huevo se cocine bien
- Las nueces son una buena fuente de energía. Se recomienda comerlas junto con los refrigerios o picarlas y agregarlas a las ensaladas, a los sandwiches o junto a cualquier comida.
- Anadir crema, leche evaporada o yogur a las sopas, cereales y bebidas con leche.
- Anadir carnes y pescados en trozos a platos de verduras, ensaladas, salsas, sopas.
- Usar comidas ricas ácidos grasos mono-polinsaturados, como aguacate, coco, camarones, pescado, atún y sardinas en aceite entre otras.
- Incluir frutas secas, como pasas o ciruelas, en los refrigerios dentro de las comidas.

SOBREPESO Y OBESIDAD

La obesidad también se da en los pacientes infectados por el VIH. Muchas personas presentan malos hábitos de alimentación que pueden deberse a falta de educación nutricional, pero a menudo, utilizan la comida para llenar un vacío personal, por motivos emocionales o ambientales.

- Comer cinco veces al día (desayuno, colación, almuerzo, colación, merienda).
- Promover la ingesta de mucha fruta y verdura: comer tres porciones de frutas (en los refrigerios de media mañana y media tarde) y tres porciones de vegetales al día.
- Disminuir el consumo de grasas y frituras.
- Consumir aceites vegetales crudos en ensaladas (soya, maíz, girasol, oliva y canola).
- Consumir pescado y aves sin piel dos veces a la semana.
- Limitar o disminuir el consumo de bebidas azucaradas y gaseosas.
- Reducir el consumo de sal.
- Tomar agua segura y a libre demanda (mínimo dos litros de agua al día).
- Reducir o evitar el consumo de alimentos muy salados, tipo snacks (papas fritas, galletas, canguil, comida rápida).
- Realizar actividad física regularmente, una actividad física y(o) deportiva al menos de 30 min a 1 h (caminar, correr, nadar, montar bicicleta, entre otras) según sus posibilidades.
- Preferir carnes y pescados magros; retirar la grasa visible antes de cocinarlos.
- Usar una mínima cantidad de aceite u otras grasas de condimento.
- Utilizar la cocción al horno, vapor, agua (hervido o escalfado).
- Desgrasar los caldos de aves, carnes y huesos en frío.
- Evitar aquellos productos de repostería grasos.
- Preferir alimentos con alto contenido de fibra, tanto soluble como insoluble.
- Evitar el consumo de tabaco y alcohol.

RECOMENDACIONES DIETÉTICAS GENERALES DE SEGURIDAD E HIGIENE ALIMENTARIA ELEMENTALES PARA LOS PACIENTES CON VIH/SIDA

- Ingerir la carne roja y la carne de pollo bien cocidas
- No consumir huevos crudos ni con fisuras en la cáscara, (quebrados).
- Tomar únicamente leche hervida y los derivados lácteos hechos del día.
- Si se preparan y/o se recalientan los alimentos se deberá hacer a altas temperaturas (hervirlos)
- Guardar los alimentos en el refrigerados y / o en recipientes cerrados, lejos de roedores e insectos.
- No dejar alimentos ya preparados, a temperatura ambiente por períodos de tiempo superiores a 2 horas.
- Lavar las frutas con agua hervida, pelarlas y lavarlas nuevamente.
- No consumir alimentos que estén vencidos y cuando dude de que un alimento no esté en óptimas condiciones, no lo pruebe, deséchelo.
- No consumir alimentos crudos o en cócteles o ceviches.

CHARLA

TEMA: La importancia del diagnóstico temprano de VIH/SIDA para evitar una descompensación en su estado nutricional. (Síndrome de Wasting)

FECHA: Del 3 al 7 de Octubre del 2016

LUGAR: Consulta Externa del Hospital de Infectología "Dr. José Rodríguez Maridueña"

HORA:9-10 am

- El VIH ataca el sistema inmunitario. En las primeras fases de la infección, la persona no muestra signos visibles pero pasado algún tiempo, se manifestarán los múltiples síntomas del SIDA, en particular el adelgazamiento, fiebre, diarrea e infecciones oportunistas.

- Cabe recalcar que una buena nutrición es primordial tan pronto como una persona resulta infectada por el VIH. Una educación nutricional en esta fase temprana le da a la persona la probabilidad de crearse hábitos alimentarios sanos y tomar medidas para mejorar la seguridad alimentaria en el hogar, especialmente por lo que se refiere almacenamiento y cocción de los alimentos.
- Una buena nutrición es también de importancia vital para contribuir a mantener la salud y la calidad de vida de la persona que sufre de SIDA. La infección con el VIH daña el sistema inmunitario, y conduce a otras afecciones como fiebre y diarrea. Estas infecciones pueden reducir la ingesta alimentaria pues también disminuyen el apetito e interfieren con la capacidad del organismo de asimilar los alimentos. Como consecuencia de todo ello, la persona sufre de malnutrición, adelgaza y se debilita.

Para evitar una descompensación del paciente es recomendable que asista frecuentemente a consultas y consejerías con el Nutricionista para que se le otorgue un programa eficaz de cuidados y apoyo nutricionales lo que mejorará la calidad de vida de las personas infectadas

- Mantener peso corporal saludable
- Mejorar la función del sistema inmunitario y la aptitud del organismo para combatir la infección;
- Prologar el período de la aparición del SIDA con la ayuda del tratamiento TARGA y de una correcta alimentación.

BIBLIOGRAFÍA

- Ayala, G. (2015, febrero). *Efectos Secundarios de los antirretrovirales y su relación con el estado Nutricional de los pacientes con VIH* (DISERTACIÓN DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN NUTRICIÓN HUMANA). PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR, Quito. Recuperado a partir de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/8904/Tesis%20Gabiela%20Ayala.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Campuzano Vázquez, R. (2015, octubre). DEPARTAMENTO DE MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH). Recuperado a partir de <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/virologia/sida-vih.html>
- CDC. (2015, marzo). El VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y bisexuales. Recuperado a partir de http://www.cdc.gov/hiv/spanish/group/gender/hsh_factsheet.html
- CDC. (2016, marzo). El VIH en los jóvenes. Recuperado a partir de <http://www.cdc.gov/hiv/spanish/group/age/youth/index.html>
- Congreso Nacional del Ecuador. (2000). LEY PARA LA PREVENCION Y ASISTENCIA INTEGRAL DE VIH/SIDA. Recuperado a partir de <http://www.equidadecuador.org/es/todo/ATT1111619994-1.pdf>
- Congreso Nacional del Ecuador. (2006). LEY DE DERECHOS Y AMPARO DEL PACIENTE. Recuperado a partir de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Derechos-y-Amparo-del-Paciente.pdf>
- Cordero, F. (2008). CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR 2008. Recuperado a partir de <http://www.pucesi.edu.ec/web/wp->

content/uploads/2016/04/Constituci%C3%B3n-de-la-Rep%C3%BAblica-2008.pdf

Corona Aguilar, E., & González Chávez, J. (2011). LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO – NACIONES UNIDAS, *SPE-CI-A-12-11*. Recuperado a partir de <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spe/SPE-CI-A-12-11.pdf>

Dirección General de Epidemiología, M. (2012). Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH · SIDA, 4–10.

El telégrafo. (2014, Diciembre). Las estadísticas de VIH/sida se mantienen estables en Guayas, p. 5. Guayaquil.

Hernández, D. (2002). *La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH): estudio descriptivo y experimental del compromiso de organos y sistemas, infecciones y neoplasias*. Caracas: Coleccion Estudios.

INFOSIDA. (2015, septiembre). El VIH y las mujeres. Recuperado a partir de <https://infosida.nih.gov/education-materials/fact-sheets/24/69/el-vih-y-las-mujeres>

La Hora. (2012, Agosto). AUMENTAN CASOS DE SIDA EN ECUADOR, p. 5. Quito.

Lamotte Castillo, J. A. (2014). Infección por VIH/sida en el mundo actual, 15.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2011). NORMAS Y PROTOCOLOS EN ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN LA ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/Sida. Recuperado a partir de http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/ART_VIHSIDA.pdf

Organización de las Naciones Unidas. (2015, febrero). Hechos y cifras: el VIH y el SIDA. Recuperado a partir de <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/hiv-and-aids/facts-and-figures>

Organización Mundial de la Salud. (2015, noviembre). VIH/SIDA. Recuperado a partir de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>

- Organización Mundial de la Salud. (2016). VIH/SIDA. Recuperado a partir de http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/
- Ortego Mate, M. del C. (2011). Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de gran actividad. Recuperado a partir de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/51516/TesisMCOM.pdf>
- Polo, R. D. (2015). Historia de la enfermedad. VIH, 3–34.
- Polo Rodriguez, R., & Gómez Candela, C. (2011). RECOMENDACIONES DE SPNS/GEAM/SENBA/SENPE/AEDN/SEDCA/GESIDA SOBRE NUTRICIÓN EN EL PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH. Recuperado a partir de http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/Recomendaciones_Sobre_Nutricion_en_VIH_nueva.pdf
- PUDELECO, S. . (2006). LEY DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL. Recuperado a partir de <http://www.correolegal.com.ec/docs/clegal/cl0112.pdf>
- Rocha, J. (2015). Los Tiempos “Meta 90-90-90”. Recuperado a partir de <http://www.aids-sida.org/archivos/META-90-90-90.pdf>
- Rossi, H. (2012). Nutrición en el paciente adulto con VIH-SIDA. Recuperado a partir de <http://www.nutricionistaspba.org.ar/sitio2/contenido/167/20150921095419.pdf>
- Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. (2015). VIH-SIDA. Recuperado a partir de <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Protocolos%20de%20Vigilancia%20en%20Salud%20Publica/VIH%20Sida.pdf>
- Verdejo, J. (2015). Historia Natural SIDA, 2.

ANEXOS

ANEXO # 1 FORMATO DE FICHA NUTRICIONAL



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

HISTORIA DIETETICA Y NUTRICIONAL

Código del Paciente:			
Edad:			
Sexo:			
Orientación Sexual:			
Lugar de Residencia:			
Estado civil:			
Ocupación:	Instrucción:	Ingresos:	
Fecha de Diagnóstico:			

> ANTECEDENTES

APP:	
APP:	

> HÁBITOS DEL PACIENTE

	SI	NO
Tabaco		
Alcohol		
Drugs		
Café		
Ejercicio		
Leve	Moderado	Intenso

> RESULTADO ANÁLISIS DE CARGA VIRAL Y CD4

CARGA VIRAL	
CD4	

> ESCALA DIAGNOSTICO CDC - OMS

FORM. 001/011 - 01/2011 - 01/2011 - 01/2011

> VALORACIÓN CLÍNICA DIAGNOSTICO Enfermedades Oportunistas

> EVALUACION ANTROPOMÉTRICA



Talla:	Peso Ideal:	IMC:	PLIEGUES	
Peso Actual:	Circunf. Brazo:		Bicipital	Subescapular
Peso Habitual:	Cintura:		Tricipital	Suprailíaca

> ANAMNESIS ALIMENTARIA

¿HA TENIDO CAMBIOS?	SI	NO
• En su apetito		
• Problemas Digestivos		
• Problemas al masticar		
• Alteraciones en el gusto		
• Alergia por algún alimento		
• Piel seca		
• Cabello Quebrado		
• Uñas Quebradas		

> DIAGNOSTICO NUTRICIONAL

> VGS

ANEXO#2

IMÁGENES DE LA RECOLECCION DE DATOS EN EL HOSPITAL DE INTECTOLOGIA "DR. JOSE RODRIGUEZ MARIDUEÑA", GUAYAQUIL.



Imagen 1. Egresadas Mishelle Barragán y Beatriz Gallegos, junto al Dr. Francisco Andino, Director de Sala de Varones II del Hospital de Infectología "Dr. José Rodríguez Maridueña", Guayaquil 2016.



Imagen 2. Recolección de Datos de los pacientes varones con VIH/SIDA NAIVE del Hospital de Infectología "Dr. José Rodríguez Maridueña", Guayaquil. Egresadas Mishelle Barragán y Beatriz Gallegos.2016

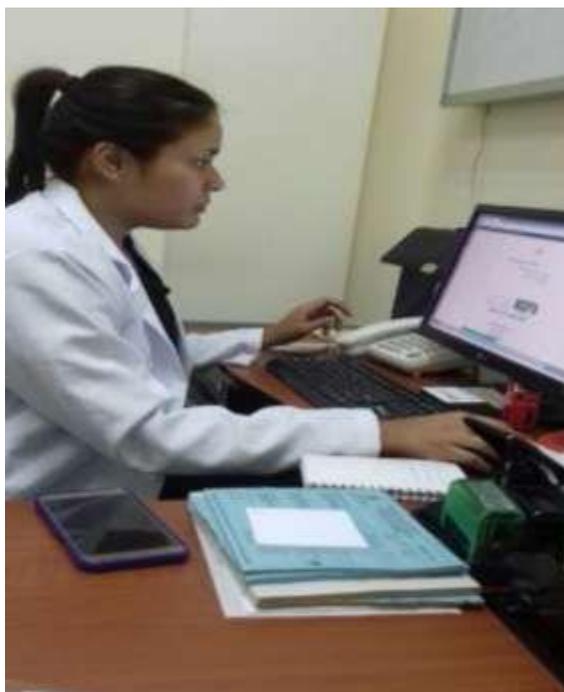


Imagen 3 Recolección de resultados de CD4 para diagnóstico CDC-OMS de los pacientes de los pacientes varones con VIH/SIDA NAIVE del Hospital de Infectología "Dr. José Rodríguez Maridueña", Guayaquil. Egresada Mishelle Barragán.2016



Imagen 4. Egresadas Mishelle Barragán y Beatriz Gallegos, junto a la Dra. Susana Campuzano, Doctora encargada de Consulta Externa del Hospital de Infectología "Dr. José Rodríguez Maridueña", Guayaquil 2016

ANEXO#3

Tríptico de alimentación saludable



EJEMPLO DE MENÚ SALUDABLE

DESAYUNO

- 1 TAZA DE LECHE DESCREMADA
- SANDUCHE PAN INTEGRAL Y QUESO DESCREMEDADO
- 1 TAZA DE FRUTA PICADA (MANZANA, PERA, GUINEO)

MEDIA MAÑANA

- 1 HUEVO DURO
- GALLETAS DE SAL INTEGRAL

ALMUERZO

- SOPA DE POLLO
- POLLO / CARNE PLANCHA CON ENSALADA FRESCA

PAPA COCINADA

MEDIA TARDE

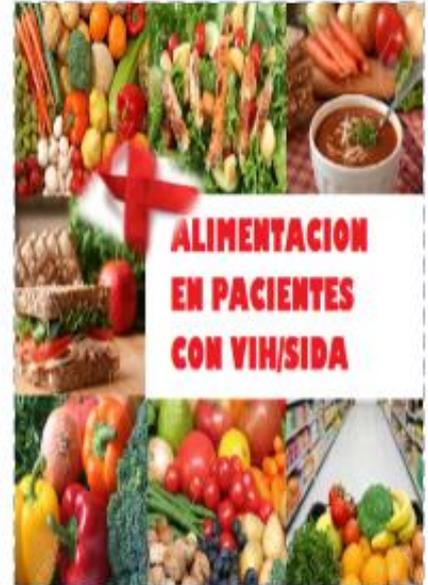
- YOGURT NATURAL
- FRUTA

MERIENDA

- SUDADO DE PESCADO CON ARROZ
- VAINITAS AL VAPOR



Realizado por:
Michelle Barragan
Beatriz Gallegos



UNA BUENA NUTRICIÓN Y CUIDADOS EN LA ALIMENTACIÓN SON CONDICIONES ESENCIALES PARA UN SISTEMA INMUNOLÓGICO SALUDABLE





RECOMENDACIONES NUTRICIONALES

- ⇒ Se recomiendan 6 comidas al día que son desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y merienda.
- ⇒ Consumir alimentos frescos y naturales, evitar alimentos guardados o pre cocidos, evitar grasas ~~trans~~ y saturadas, evitar consumir alimentos preparados en la calle donde se corra el riesgo de padecer alguna enfermedad por transmisión alimentaria.
- ⇒ Consumir todo tipo de vegetales evitando las que provoquen flatulencias o gases como el brócoli, coliflor, y col.
- ⇒ Si se encuentra sin apetito y ha perdido peso es recomendable consumir los Realizar varias comidas en el día cada 2-3 horas, de preferencia en la mañana cuando el apetito es mejor. Alimentos ricos en calorías y proteínas tales como quesos, huevos, frutos secos. Y tomar bebidas altas en calorías como jugos y batidos.
- ⇒ Si ha tenido diarreas es recomendable consumir alimentos bajos en fibras no alimentos integrales, optar por realizar varias comidas en el día cada 2-3 horas, de preferencia en la mañana cuando el apetito es mejor.
- ⇒ Si presenta sobrepeso u obesidad es recomendable que realice 5 comidas al día Comer cinco veces al día (desayuno, colación, almuerzo, colación, merienda). Promover la ingesta de mucha fruta y verdura: comer tres porciones de frutas (en las refrigerios de media mañana y media tarde) y tres porciones de vegetales al día. Disminuir el consumo de grasas y frituras.

ALIMENTOS EN UNA DIETA SALUDABLE



CONSEJOS!

COMER BIEN ES CLAVE PARA MANTENER LA FUERZA, LA ENERGÍA Y UN SISTEMA INMUNITARIO SALUDABLE



CONSEJOS SOBRE SEGURIDAD ALIMENTARIA

- ✓ Evite la ingesta de huesos, carnes o mariscos crudos
- ✓ Lave bien las frutas y verduras
- ✓ Use una tabla de cortar exclusiva para las carnes crudas
- ✓ Lávase las manos con agua y jabón, así como también los utensilios y las tablas de cortar después de cada uso

EL VIH Y MUCHOS DE LOS TRATAMIENTOS PUEDEN CAMBIAR SU METABOLISMO



CONSEJOS SOBRE SEGURIDAD DEL AGUA

- ✓ No beba agua de lagos, estanques, ríos ni arroyos
- ✓ Ebullición en un litro de agua en su hogar
- ✓ Si utiliza agua hervida para cocinar o beber puede reducir considerablemente el riesgo de contraer enfermedades que se transmiten por el agua

VIH, NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN

Una buena nutrición es importantísima tan pronto como una persona resulta infectada por el VIH. Una educación nutricional en esta fase temprana le da a la persona la probabilidad de crearse hábitos alimentarios sanos y tomar medidas para mejorar la seguridad alimentaria en el hogar, especialmente por lo que se refiere al cultivo, almacenamiento y cocción de los alimentos.

Una buena nutrición es también de importancia vital para contribuir a mantener la salud y la calidad de vida de la persona que sufre de SIDA. La infección con el VIH daña el sistema inmunitario, y conduce a otras afecciones como fiebre y diarrea. Estas infecciones pueden reducir la ingesta alimentaria pues también disminuyen el apetito e interfieren con la capacidad del organismo de asimilar los alimentos. Como consecuencia de todo ello, la persona sufre de malnutrición, adelgaza y se debilita.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Barragán Pineda, Mishelle Stefanie; Gallegos Zelaya, Beatriz Annette**, con C.C: # **0930522727** y **0917569030**, autoras del trabajo de titulación: **Estado nutricional en pacientes varones con VIH/SIDA NAIVE ingresados al Hospital de Infectología "Dr. José Rodríguez Maridueña"**, durante el periodo de **Mayo a Septiembre de 2016** en la ciudad de **Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Nutrición, Dietética y Estética** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 13 de **Septiembre** de 2016

f. _____
Mishelle Stefanie Barragán Pineda
CC: **0930522727**

f. _____
Beatriz Annette Gallegos Zelaya
CC: **0917569030**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Estado nutricional en pacientes varones con VIH/SIDA NAIVE ingresados al Hospital de Infectología "Dr. José Rodríguez Maridueña", durante el periodo de Mayo a Septiembre de 2016 en la ciudad de Guayaquil.		
AUTOR(ES)	Mishelle Stefanie Barragán Pineda; Beatriz Annette Gallegos Zelaya		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Francisco Daniel Andino Rodríguez		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Nutrición, Dietética y Estética		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Nutrición, Dietética y Estética		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	13 de Septiembre de 2016	No. PÁGINAS:	103
ÁREAS TEMÁTICAS:	Estado Nutricional, VIH/SIDA, Tratamiento nutricional		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	VIH; SIDA; ANTIRRETROVIRALES; ESTADO NUTRICIONAL; ALIMENTACIÓN; DESNUTRICIÓN.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): El estudio realizado en el Hospital de Infectología "José Rodríguez Maridueña" en la ciudad de Guayaquil tuvo como objetivo evaluar el estado nutricional de los pacientes varones con VIH/SIDA NAIVE en el periodo de Mayo a Septiembre de 2016. Se corroboró la hipótesis planteada existiendo variaciones en el estado nutricional de los pacientes que están en sala tanto como los que van a consulta externa; en el caso de los pacientes que están en sala presentan desnutrición más las complicaciones de la enfermedad mientras los que van a consulta externa una parte presenta normopeso y los demás sobrepeso u obesidad más los factores de riesgo asociados y la clasificación CDC-OMS de cada paciente. Metodología: los datos fueron recogidos mediante una entrevista a los pacientes para llenar la ficha nutricional respectiva de los mismos, el diseño tuvo un enfoque cuali-cuantitativo de tipo descriptivo no experimental transversal, prospectivo. Predomino el grupo de 22 a 33 años con un 20%; la mayoría son de Guayaquil, heterosexuales seguidos de los HSH, diagnosticados en lo que va del 2016. Se concluye que los pacientes si muestran cambios los cuales tienen que ser controlados por un nutricionista especializado que pueda brindarle el servicio para llevar un control periódico y evitar o disminuir la descompensación de los pacientes o los efectos secundarios del tratamiento TARGA.			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-967740457 / 0996895773	E-mail: mishellitab@hotmail.com / bia_1193@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)	Nombre: Álvarez Córdova Ludwig Alberto		
	Teléfono: +593-999963278		
	E-mail: drludwigalvarez@gmail.com		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			