



REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
“JOSÉ ASSEF YARA”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE MORÓN.
CENTRO MUNICIPAL DE HIGIENE, EPIDEMIOLOGÍA y
MICROBIOLOGÍA DE MORÓN

TÍTULO: Intervención educativa sobre control y seguimiento en pacientes que viven con SIDA. Municipio Morón .2009

AUTORA: Dra. Marisel Menéndez Román.
Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral
Especialista de 1er Grado en Bioestadística
Profesora instructor.

**INFORME FINAL PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
MASTER EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS.**

CIEGO DE ÁVILA, 2010.



REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
“JOSÉ ASSEF YARA”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE MORÓN.
CENTRO MUNICIPAL DE HIGIENE, EPIDEMIOLOGÍA Y
MICROBIOLOGÍA DE MORÓN

TÍTULO: Intervención educativa sobre control y seguimiento en pacientes que viven con SIDA. Municipio Morón .2009

AUTORA: Dra. Marisel Menéndez Román.
Especialista de 1er Grado en medicina General Integral
Especialista de 1er Grado en Bioestadística
Profesora instructor.

TUTOR: Dr. José Peralta Terán.
Especialista de 1er Grado en Higiene
MSc. Enfermedades Infecciosas.
Profesor Asistente

ASESOR: Dr. Norman Gutiérrez Villa.
Especialista de 1er Grado en Epidemiología.
MSc. Enfermedades Infecciosas.
Profesor Asistente.

RESUMEN

Se realizó un estudio Pre experimental (antes después), a través una intervención educativa para evaluar los conocimientos que sobre el adecuado control y seguimiento de su enfermedad tienen los PVS durante el período de Febrero de 2009 a Febrero de 2010 en el municipio de Morón. Además se estimó el tiempo de supervivencia de los casos diagnosticados como SIDA desde Enero de 1998 a Diciembre de 2009. El universo estuvo conformado por los 16 casos que se encontraban diagnosticados como pacientes que viven con sida en el municipio y de los cuales la muestra de estudio quedó finalmente conformada por 12 casos que cumplieron con los siguientes criterios. El grupo de edad de 25 a 49 años con el 83.33% resulto el más afectado siendo el sexo masculino el de mayor frecuencia y la vía sexual fue la forma de contagio por excelencia. El diagnóstico de la enfermedad fué mayoritariamente por conteo de LCD4+, aunque un porcentaje no despreciable debutó con una enfermedad indicadora de sida. Del total de pacientes estudiados solo el 41.67% estaba adherido al tratamiento. El mayor número de complicaciones ocurrieron antes del primer año y el sarcoma de kaposi con el 33.33% fue el de mayor aporte. La calificación inicial del nivel de conocimientos de los encuestados fue inadecuada, pero después de aplicada la intervención educativa la misma elevó para obtener resultado de adecuado y evidenciar su efectividad.

Palabras clave: sida. Supervivencia. Calidad de vida

ÍNDICE

	Pág.
I.- INTRODUCCIÓN -----	1
II.- OBJETIVOS -----	10
III.- CAPÍTULO 1: Fundamentación teórica -----	
o 1.1 Antecedentes históricos -----	12
o 1.2 Antecedentes conceptuales -----	18
IV.- CAPÍTULO 2: Diseño Metodológico -----	
o 2.1 Método -----	25
o 2.2 Diseño metodológico de la estrategia de Intervención Educativa. -----	33
V.- CAPÍTULO 3: Resultados y discusión -----	40
VI.- CONCLUSIONES -----	63
VII.- RECOMENDACIONES -----	65
VIII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	66
IX.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA -----	72
X.- ANEXOS	

INTRODUCCIÓN.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) aparece por primera vez en la primavera de 1981 en Los Ángeles, Estados Unidos, cuando el Dr. M. Gottlieb describe los cinco primeros casos en jóvenes homosexuales masculinos. Desde entonces el mundo ha visto como una enfermedad que en un principio fue descrita solamente en países desarrollados, en hombres homosexuales y usuarios de drogas inyectables, se transformó en una pandemia que afecta a millones de hombres, mujeres y niños en todos los continentes.

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) induce a un proceso crónico y progresivo con un espectro enorme de manifestaciones y complicaciones, desde la infección primaria hasta las infecciones oportunistas, los tumores y el desgaste.¹

Han pasado 28 años desde que en 1981 se publicaron los primeros casos de SIDA. En este tiempo más de 60 millones de personas se han infectado y actualmente el programa de SIDA de las Naciones Unidas (UNISIDA) estima que 40,3 millones de personas viven con el virus de la inmunodeficiencia humana y que durante 2008 se registraron 4,9 millones de nuevas infecciones. Esto da idea del impacto de la enfermedad, convirtiendo al VIH/SIDA en una de las principales causas de muerte en todo el mundo y en un importante problema de salud pública con gran impacto socio sanitario con diversos aspectos a tener en cuenta. Uno de ellos es la mejora en el diagnóstico precoz y el adecuado manejo del caso, lo que hace que hoy día

pueda considerarse como una enfermedad crónica, de afectación multisistémica y multiorgánica.²

El diagnóstico precoz es fundamental para conseguir un mayor impacto en prevención, pero además frena la expansión de la infección y la aparición de diagnósticos tardíos: el 40,7% de las personas diagnosticadas de sida en el 2005 no eran conscientes de estar infectadas en el momento del diagnóstico (cifra que asciende a 63,1% entre infectados por vía heterosexual y al 62,6% entre hombres que se infectaron por medio de relaciones homosexuales).^{3, 4, 5}

Asimismo, durante estos años han sido muchos los avances realizados en cuanto al manejo general, diagnóstico y tratamiento de la infección y de los procesos concomitantes, todo lo cual supone nuevos retos y esfuerzos enmarcados en el constante proceso de actualización de los especialistas.⁶

Actualmente, más del 90% de las infecciones por el VIH tienen lugar en países subdesarrollados, y son precisamente estos los de peor situación socioeconómica y de elevada prevalencia de enfermedades como la tuberculosis, la malaria, la esquistosomiasis etc; muchas de ellas reconocidos cofactores que aceleran la infección por el VIH y la progresión al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.^{3,4}

Cuba tiene una de las epidemias más pequeñas de la región con una prevalencia de 0,06 %. Al cierre de diciembre de 2005, 5532 individuos vivían con el VIH en la isla y 1435 habían fallecido a consecuencia del sida.^{7, 8}

Los antecedentes de la epidemia se remontan a 1983 en que se comienzan a adoptar las primeras medidas en el orden epidemiológico por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) dirigidas a evitar su diseminación.

En 1986 se diagnostican los primeros casos de infección por el VIH/SIDA en el país y partir de ahí se trazaron las primeras estrategias educativas a través de todos los medios disponibles, en especial las intervenciones directas con la población, utilizando las potencialidades del Sistema Nacional de Salud (SNS) en especial en la Atención Primaria de Salud (APS) a través del modelo de atención médica familiar.

Para garantizar toda esta atención integral se fueron implementando una red de centros especializados para la atención al paciente que vive con el VIH (PVVIH) y ya en el año 1991 y en la actualidad existen en todas las provincias. En 1993 se adoptó una nueva modalidad: el Sistema de Atención Ambulatoria (SAA), en este existen los Equipos de Ayuda Mutua, que no son más que pequeños grupos formados por personas afectadas, que se reúnen a compartir sus vivencias en un ámbito de confianza, confidencialidad y camaradería. En estos grupos se estimula la autoayuda, permitiendo superar aislamientos, al conocer a otras personas que viven en igual condición de salud, propiciando un espacio cálido en el que compartir sentimientos, temores y dudas.

En 1998 se implementó una nueva alternativa el “Hospital de día” en este se les proporcionan conocimientos sobre el cuidado de su salud y de otras personas para un tiempo después salir a la comunidad siempre que no existan compromisos para la salud que aconsejen su ingreso y recibir allí atención de forma ambulatoria.⁹

Como se mencionó con anterioridad muchos han sido y son los esfuerzos de los especialistas para lograr encontrar una solución al problema. Desde sus inicios la terapia antirretroviral ha sido una de los objetivos fundamentales de los investigadores.

Antes de la existencia de terapia para la infección por el VIH, más de 80 % de los enfermos de SIDA en la mayoría de las naciones fallecían severamente inmunodeprimidos, padeciendo múltiples infecciones oportunistas y neoplasias en extremo agresivas.⁵

El desarrollo de la terapia para la infección por el VIH es sin dudas uno de los sucesos más importantes de la medicina moderna. Desde los inicios, con la introducción de la Zidovudina (AZT), prototipo de un grupo terapéutico general conocido como análogos de los nucleósidos e inhibidores de la reverso transcriptasa (IRTNS), hasta la generalización de los inhibidores de las proteasas virales a partir de 1996, piedra angular de la terapia antirretroviral de alta eficacia (TARVAE), la actitud de pacientes y médicos pasó de ser una ciega incomprensión a un evidente optimismo.

A pesar de lo controvertido que aún resulta este tema, existen sólidas evidencias de que la TARVAE ha revolucionado los horizontes de estos enfermos. Sistemáticamente se conoce de mejoras notables en el pronóstico y la calidad de la vida de ellos, también de importantes reducciones en la morbilidad y mortalidad relacionada con el sida sobre todo en Norteamérica y Europa.⁶ Estudios basados en necropsias destacan que las muertes secundarias a infecciones oportunistas, neoplasias y estadios finales del SIDA han decrecido, y los enfermos muestran cierta preservación de la función inmune.

Desde principios de 1996 las expectativas de los pacientes han cambiado considerablemente. En la actualidad existe un conocimiento más amplio de cómo se comporta el virus en el organismo y de sus mecanismos fisiopatogénicos,

comprendiéndose mejor como interrumpir los pasos de su ciclo vital. Potentes fármacos se suman al arsenal con que se dispone en la lucha contra el VIH. A la par se han desarrollado exámenes de laboratorio que determina los niveles de replicación viral, y que permiten comprobar la eficacia y rapidez con que actúan los medicamentos. También se realiza el seguimiento y monitoreo del conteo absoluto de LTCD4 (linfocitos TCD4), lo que nos permite tener una visión más clara de cuando comenzar la TARVAE.

En el país desde el año 2001 la TARVAE se generalizó a todos los pacientes que viven con sida (PVS). Durante este período se han observado importantes resultados con fármacos genéricos de producción nacional, inherentes a reducciones significativas en la morbilidad, la mortalidad y las hospitalizaciones. Un estudio previo identificó excelentes respuestas clínica e inmunológica a la TARVAE en enfermos de dos provincias cubanas.^{10, 11, 12}

Múltiples han sido las acciones, pero si bien el tratamiento viral es un acápite importante otros aspectos necesitan la atención del personal involucrado: la ayuda psicológica y el apoyo social(es bien conocido como estas personas en ocasiones, y en la mayoría de los países han sido objeto de discriminación, marginación y abandono social), la reconsideración de la relación médico paciente, y la aceptación y respeto por la diversidad sexual, son factores que deben tenerse en cuenta a la hora del abordar este fenómeno.⁹

Como ya se expuso con anterioridad esta enfermedad se ha convertido en un problema que afecta a casi la totalidad de los países del mundo; y Cuba no ha estado exenta de su azote.

El municipio; aunque con una moderada incidencia, también se han visto afectado y desde sus inicios ha representado una preocupación para el personal de salud que de una manera u otra se encuentra inmerso en los diferentes servicios y que trabaja en aras de mejorar la salud y procurar una calidad de vida adecuada y una larga supervivencia a los aquejados por esta enfermedad.

Es opinión de la autora que las labores y los esfuerzos que se han hecho y se realizan son meritorias si se tiene en cuenta las dificultades y las barreras que nos ha impuesto el férreo bloqueo económico que mantienen los Estados Unidos de América sobre Cuba desde hace mas de 50 años y que dificulta la adquisición de medicamentos necesarios en la cura de pacientes, así como de otros insumos necesarios al país para la prestación de servicios, pero se debe tener claro que no solamente es este aspecto lo que facilita la solución al problema del control del VIH/SIDA; existen un grupo de factores a tener en cuenta relacionados con la evolución satisfactoria o no del evento: en primer lugar esta la detección precoz de los casos para lograr disminuir la propagación del virus y está relacionado con el conocimiento y la disciplina del los propios enfermos en el cumplimiento de medidas preventivas para con él y con los demás, la atención psicosocial en la que juegan un papel importante, un conjunto de actuaciones que contribuyen a cubrir las necesidades sociales básicas de la persona, tales como vínculos familiares, afecto, pertenencia, seguridad y aprobación por los demás, en este sentido el personal de salud y en especial el médico y la enfermera de la familia pueden ayudar al PVVIH a través de sus intervenciones.¹³⁻¹⁶

Es en relación a estos aspectos que se hace necesaria esta intervención buscando respuestas a interrogantes que preocupan y que en el municipio no se han investigado.

Si bien aún falta mucho por investigar y descubrir no es menos cierto que en el municipio se trabaja desde que se diagnosticara el primer caso en 1986, y que hasta la fecha se han notificado 42 casos de PVVIH y de ellos 19 son portadores del virus VIH y 23 han sido diagnosticados como caso SIDA, la prevalencia es baja de 0.5 x 1000 habitantes, pero siete han fallecido lo que representa una letalidad de 16.6% del total de casos y es entonces que surge la interrogante:

¿Estarán estos pacientes realizando las actividades que posibiliten las conductas de auto cuidado, adherencia al tratamiento y prevención de complicaciones, además de la participación social con estos pacientes, que ayuden a mejorar su calidad de vida para alcanzar una mayor supervivencia?

El objeto de estudio fueron los PVS y el **campo de acción** estuvo dirigido a las acciones fundamentales en que se basa la atención integral al PVVIH.

Hipótesis investigativa: Si se aplica una estrategia de intervención educativa sobre aspectos relacionados con el control y seguimiento en los PVS se logrará elevar su nivel de conocimiento ante la enfermedad, mejorar su calidad de vida y tiempo de supervivencia.

Por tanto y en aras de profundizar en los factores pronósticos que le garantizan una mayor supervivencia a este grupo de enfermos, nos proponemos realizar esta investigación con el objetivo de elevar su nivel de conocimientos en los PVS en el municipio de Morón al aplicar un programa educativo dirigido a modificar algunos

aspectos relacionados con su adecuado control y seguimiento con la finalidad de mejorar su calidad de vida y tiempo de supervivencia.

Por ello esta investigación es factible y oportuna, buscando realizar de inicio un diagnóstico de la problemática y después aplicar un grupo de acciones educativas. Es relevante socialmente pues se beneficiaran los propios afectados y la sociedad, y en la práctica ayudará a resolver un problema de gran importancia que es proporcionar a estos pacientes una vida de calidad óptima y a los profesionales de la salud los conocimientos necesarios sobre la problemática brindándoles toda la información posible referente al contexto en que se desenvuelven.

La tesis cuenta con tres capítulos, en el primero se hace referencia a la fundamentación teórica de la enfermedad, su surgimiento y evolución histórica, caracterización clínica y situación epidemiológica mundial, así como la definición de casos y actividades que se aplican en Cuba para el enfrentamiento a la misma, en el segundo capítulo se expone el diseño metodológico empleado, así como el procesamiento y análisis estadístico utilizado para alcanzar los objetivos propuestos y las características de la estrategia educativa diseñada y en el capítulo tres se realiza el análisis y discusión de los resultados obtenidos con la correspondiente comparación de ambos momentos estableciendo las diferencias en el nivel de conocimientos antes y después de aplicada la Intervención Educativa.










OBJETIVOS.

1.- OBJETIVO GENERAL:

1.1.- Evaluar los conocimientos que sobre el adecuado control y seguimiento de su enfermedad tienen los PVS antes y después de aplicada una estrategia de intervención educativa durante el período de Febrero de 2009 a Febrero de 2010 en el municipio de Morón.

2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS:

2.1.- Describir la población objeto de estudio de acuerdo a las siguientes características:

-  Tasa de prevalencia por áreas de salud
-  Grupo de edad
-  Sexo
-  Forma de contagio
-  Definición de SIDA
-  Tiempo de evolución de la enfermedad.
-  Complicaciones
-  Adherencia al tratamiento
-  Evolución de LTCD₄ antes y durante la TARVAE

2.2.- Estimar el tiempo de supervivencia de estos pacientes desde la fecha de su diagnóstico a la fecha en que finaliza el estudio.

2.3.- Explorar el conocimiento de los pacientes evaluados, antes y después de la intervención educativa en cuanto a:

➤ Responsabilidad con su salud:

✚ Consultas de seguimiento

✚ Realización de exámenes complementarios de monitoreo

✚ Adherencia al tratamiento con TARVAE.

➤ Responsabilidad para con la salud de los demás:

✚ Protección ante el sexo(Uso preservativo)

✚ Información de su estado a instituciones de salud.

2.4.- Diseñar un plegable sobre los pilares fundamentales que favorecen el buen control y seguimiento de los pacientes sida.

CAPÍTULO 1: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

1.1- Antecedentes históricos

La infección por VIH/SIDA considerada como la «epidemia del siglo xx» integra el grupo de las enfermedades clasificadas como emergentes, es una causa de muerte prematura, tanto en los países occidentales como en los países en vías de desarrollo, siendo una de las causas que crece más rápidamente en los últimos años. En EE.UU., en términos de años potenciales de vida perdidos, es la cuarta causa de mortalidad en la población general y entre las personas de edades comprendidas entre los 25 y 44 años es la primera causa de muerte desde el año 1993.^{17, 18}

ONUSIDA y la Organización Mundial de Salud (OMS) estiman, dado el subregistro existente, que desde el comienzo de la pandemia hasta finales de 1996 más de 2409 millones de hombres, mujeres y niños han sido infectados por el VIH, de los cuales 8.4 han desarrollado el sida y un 6.4 millones han fallecido por esta causa.

Se calcula que para el inicio del próximo milenio se habrán infectado por el virus más de 20 millones de niños y adultos y habrán desarrollado la enfermedad más de 10 millones de adultos. Por otro lado se estima que aproximadamente un tercio de los recién nacidos de madres infectadas son portadores del VIH y se pronostica

que para esta fecha habrá de 5 a 10 millones de niños que aun cuando no se hayan infectado con el virus procedente de la madre, habrán quedado huérfanos a causa del sida.^{19, 20, 21}

El sida es una enfermedad transmisible de origen viral, que se caracteriza por presentar deterioro grave del sistema de defensa del organismo (sistema inmunológico) y daño a diversos órganos y tejidos debido a la acción directa del virus. El sida representa la etapa final y más grave de la infección viral; sin embargo para llegar a ella la infección tiene que pasar por una serie de etapas previas, cada una de ellas con sus propias manifestaciones. Se establece el diagnóstico de sida en el momento en que el colapso del sistema inmune es de tal severidad que el individuo se encuentra incapacitado para defenderse de diversos microorganismos (infecciones oportunistas) y células tumorales responsables de su muerte.

Ha recibido diferentes nombres durante su evolución: LAV (*Lymphadenopathy Associated Virus*), HTLV III (*Human T-cell Lymphotropic Virus type III*), ARV (*AIDS related Virus*) y VIH (*Virus de la Inmunodeficiencia Humana*). Este virus pertenece a la familia de los *Retrovirus* y a una subfamilia de virus conocidos como *Lentivirus*, que almacenan la información hereditaria en una forma especial de ARN no compatible con el sistema celular, por ello deben transcribir su información a ADN compatible con la célula. Debido a que el flujo habitual de la información genética en la naturaleza viaja de ADN a ARN, la enzima viral que convierte éste flujo se conoce con el nombre de *Reverso Transcriptasa*.^{9, 11}

Hoy en día se reconocen por lo menos dos agentes productores del sida, el tipo 1 y el tipo 2, de los cuales el VIH-1 es el más extendido en el mundo y es el responsable de la mayor parte de los casos conocidos presentando una mayor virulencia, el segundo esta más circunscrito a la región occidental del continente africano, aunque también se han identificado algunos enfermos en otras regiones del continente.⁹

Existen diferentes vías de transmisión que son comunes para ambos tipos de virus:

- ✚ **Transmisión sexual (homosexual y bisexual):** Que es la principal forma de transmisión. Mucha más común de hombre a mujer que de mujer a hombre. La transmisión entre mujeres no es frecuente. La transmisión de hombre a hombre es muy frecuente. Un solo contacto sexual no siempre es capaz de transmitir la infección.
- ✚ **Transmisión vertical:** Mucho más frecuente cuando son niños cuyos padres son seropositivos. Muy frecuente la infección durante el parto y poco frecuente si se realiza cesárea. Las infecciones transplacentareas alcanzan casi un 30-50%.
- ✚ **Transmisión sanguínea (receptores de órganos, receptores de sangre, uso de drogas y otros medicamentos por vía parenteral):** Hay dos grupos de riesgo fundamentales: aquellos receptores de sangre y aquellos receptores de drogas bajo condiciones no adecuadas. Actualmente el riesgo de transmisión por transfusiones no es muy alto debido a los controles que se realizan en los lugares donde se procesa la sangre o sus

derivados, sin embargo, sigue siendo elevada la transmisión en aquellas personas adictas a drogas parenterales. Existe también el riesgo en trabajadores de la salud que no cumplen las normas internacionalmente establecidas para trabajar con líquidos o tejidos corporales.

La historia natural de la infección por el VIH está dividida en los siguientes estadios:

- ✚ Transmisión viral (contacto sexual, medicamentos de uso parenteral, transmisión vertical, accidentes de trabajo, etc).
- ✚ Infección primaria por el VIH (también llamada infección aguda primaria o síndrome de seroconversión aguda, con manifestaciones clínicas generalizadas y por tanto pocas veces reconocida por los médicos). El tiempo de comienzo de los síntomas después de la exposición es de tres a cuatro semanas, pero puede ser tan largo como de hasta diez meses. Los síntomas típicos son fiebre, adenopatías, faringitis, rash, mialgias o artralgias, diarreas, cefalea, náuseas, vómitos, hepatoesplenomegalia y aftas orales. Las manifestaciones de meningitis, neuritis, parálisis facial, psicosis, etc son menos frecuentes pero no son raras. Desde el punto de vista de los parámetros de laboratorio, se presentan con frecuencia linfocitosis con depleción de células TCD4, aumento de células TCD8 y a menudo linfocitos atípicos.

- ✚ Seroconversión (aparece al término de tres a doce semanas después de haberse efectuado la transmisión. El intervalo medio es de 63 días; aunque existen casos de mucho más tiempo).
- ✚ Período clínico latente con o sin adenopatía persistente generalizada.
- ✚ Infección sintomática temprana conocida como Complejo Relacionado al SIDA. y más recientemente referida al estadio B de acuerdo a la clasificación de 1993 (candidosis oral, leucoplasia pilosa oral, neuropatía periférica, displasia cervical, síntomas constitucionales, herpes zoster recurrente, púrpura trombocitopénica idiopática y listeriosis).
- ✚ SIDA (condiciones de acuerdo a los criterios de la clasificación de 1993 o con conteo de CD4 menor de 200 células/mm).
- ✚ Infección avanzada caracterizada por conteo de CD4 menor de 50 células/mm de sangre. Estos pacientes tienen muy limitadas su expectativa de vida con un promedio de 12-18 meses. Virtualmente todos los pacientes que mueren con complicaciones relacionadas al VIH están en el estadio de la categoría de menos de 50 células/mm de sangre).

Desde el momento en que el VIH infecta a un paciente (independientemente de la vía), prolifera de forma continua y rápidamente se disemina sobre todas las estructuras linfoides (la carga viral de los ganglios linfáticos es muy superior a la plasmática). Cabe distinguir:

I- Una fase precoz o aguda de varias semanas de duración y con una viremia muy alta que disminuye muy rápidamente debido a la actividad del sistema inmune lo cual es diferente de un paciente a otro y determina su pronóstico futuro.

II- Una fase intermedia o crónica de varios años de duración con replicación viral activa, viremia de nivel intermedio y variable de unos pacientes a otros y relativamente estable. El nivel de viremia circulante es el marcador pronóstico mejor y más precoz.

III- Una fase final o de crisis, en que la viremia vuelve a elevarse, desciende la cifra de linfocitos TCD4 por debajo de 200 células/mm de sangre y aparecen complicaciones infecciosas o neoplásicas. La secuencia promedio de eventos de un paciente que no recibe tratamiento es de aproximadamente diez años contando desde la seroconversión hasta la muerte. Dos importantes variables predicen de forma aproximada la evolución individual de una persona: la carga viral y el conteo de linfocitos TCD4. La tasa promedio de declinación de linfocitos TCD4 es de aproximadamente 50 células/mm³ de sangre en un año (sin terapia) y un aumento entre 30 000-50 000 copias virales por ml en un año. Por tanto el pronóstico en términos de tiempo hacia la muerte se incrementa con una disminución de las células CD4 y un aumento de la carga viral. El factor principal en el control de la replicación en el VIH es la respuesta de las células T citotóxicas las cuales son reguladas por las células TCD4. Los factores relacionados con el retardo hacia la progresión de la enfermedad incluyen:

- ✓ Baja carga viral.
- ✓ Arquitectura de los ganglios linfáticos conservada.

- ✓ Incremento de la actividad de las células TCD8
- ✓ Cepas de virus formadoras de sincitio.

El principal efecto del virus es destruir los linfocitos TCD4 e inactivar los linfocitos T citotóxicos CD8. La reducción de las células TCD4 produce una inmunosupresión que al final da lugar al cuadro clínico conocido como sida. Los linfocitos T citotóxicos CD8 destruyen células infectadas por los virus y previenen el incremento de la infección. Ello representa uno de los medios de destrucción del VIH. Los anticuerpos no son efectivos para el control de la infección, de hecho los anticuerpos pueden incrementar la virulencia de la infección viral debido a que están involucrados en el fenómeno de apoptosis (muerte celular programada) a través de la formación de superantígenos.^{22, 23}

La clasificación del VIH/SIDA ha pasado por múltiples etapas más a menos complejas, todas y cada una de ellas tienen su utilidad en dependencia del lugar donde nos encontremos prestando nuestra asistencia médica. La clasificación dada por el Centro para la Prevención y Control de Enfermedades de Norteamérica y la Organización mundial de la salud (CDC/OMS) revisada en 1987 fue desarrollada con fines epidemiológicos, por consiguiente no facilita el manejo clínico ni proporciona información para el pronóstico.

1.2. Antecedentes conceptuales

Actualmente la mayoría de los autores prefiere el uso de la clasificación de 1993 que combina el conteo de células TCD4 y las manifestaciones clínicas del paciente.

CATEGORÍAS CLÍNICAS			
	A	B	C
CATEGORÍAS SEGÚN CONTEO DE CÉLULAS TCD4	ASINTOMÁTICO O ADENOPATÍAS GENERALIZADAS O INFECCIÓN AGUDA	SINTOMÁTICOS (NO INCLUYEN CATEGORÍAS A O C)	CONDICIONES INDICADORAS DE SIDA (1987)*
> 500 cél/mm ³ (>29%)	A1	B1	C1
200-499 cél/mm ³ (14-28%)	A2	B2	C2
< 200cél/mm ³ (< 14%)	A3	B3	C3

Todos los pacientes de las categorías **A3, B3 y C1-2-3** son considerados como casos SIDA.

*** CONDICIONES INDICADORAS DE SIDA.**

1. Candidosis esofágica, tráquea, bronquios o pulmones.
2. Cáncer cervical uterino.
3. Coccidiodomicosis extrapulmonar.
4. Cryptococosis extrapulmonar.
5. Cryptosporidiosis con diarreas de más de 1 mes de evolución.
6. Citomegalovirus de cualquier órgano.

7. Herpes simple con úlcera muco cutánea de más de un mes o bronquitis, neumonitis o esofagitis.
8. Histoplasmosis extrapulmonar.
9. Demencia asociada al VIH.
10. Desgaste asociado al VIH.: pérdida de peso involuntaria de más del 10 % más diarreas crónicas (más de dos deposiciones al día por más de 30 días) o debilidad crónica y fiebre por más de 30 días.
11. Isosporidiosis con diarreas por más de un mes de evolución.
12. Sarcoma de Kaposi en pacientes por debajo de los 60 años.
13. Linfoma no Hodgking de células B o linfoma inmunoblástico.
14. Complejo del *Mycobacterium avium* diseminado.
15. *Mycobacterium tuberculosis* pulmonar o diseminado.
16. Nocardiosis.
17. Neumonía por *Pneumocystis carinii*
18. Neumonía bacteriana recurrente (más de dos episodios en 12 meses).
19. Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
20. Septicemias por *Salmonella sp.*
21. Strongyloidosis extraintestinal
22. Toxoplasmosis de órganos internos

La historia de la pandemia VIH/SIDA se puede dividir en dos etapas. La primera etapa comprendería desde su descripción inicial y el descubrimiento del agente causal en la década de los 80, en la cual la enfermedad tenía una evolución natural y los médicos sólo podían tratar las complicaciones, es decir las enfermedades

oportunistas y una segunda etapa después de la aparición de las terapias combinadas después del año 1996.

Según la definición de la OMS, una enfermedad oportunista es aquella que no ocurre normalmente, por la capacidad del sistema inmunitario del organismo de controlarla, pero que puede constituir un problema mayor cuando existe inmunodeficiencia.

Consecuentemente, las enfermedades oportunistas propiamente dichas solamente se desarrollan en individuos con sistema inmunitario deprimido.

Este concepto es importante ya que explica el porqué enfermedades comunes como la tuberculosis pulmonar que pueden ocurrir en individuos inmunocompetentes no son consideradas oportunistas por la OMS, independientemente de que el CDC de Atlanta incluye ésta y otras enfermedades como indicadores de la categoría sida en individuos portadores del VIH.

Las enfermedades oportunistas continúan siendo una causa mayor de morbilidad y de mortalidad en pacientes con sida. Y por ello en las últimas recomendaciones del CDC ha sido demostrado un efecto beneficioso en el uso temprano de las drogas antirretrovirales en individuos con sida y enfermedades oportunistas para las cuales solo existe un tratamiento limitado o no existe tratamiento específico efectivo, como es el caso de la Cryptosporidiosis, mycosporidiosis, la leucoencefalopatía multifocal progresiva, la encefalopatía del virus de

inmunodeficiencia humana, el síndrome de consumo o desgaste e incluso el sarcoma de Kaposi.

Las drogas antirretrovirales actúan sobre diferentes pasos necesarios para la replicación viral, hasta la fecha las más extendidas son aquellas drogas que actúan sobre la transcriptasa inversa y las drogas que actúan sobre las proteasas; aunque ya existen fármacos capaces de inhibir otros sitios tales como los inhibidores de la fusión y los de la integrasa.

Los **Inhibidores de la Reverso Transcriptasa (IRT)** alteran la función de la enzima llamada reverso transcriptasa que es la que utiliza el VIH para cambiar su mensaje genético a una forma que pueda ser fácilmente insertada dentro del núcleo de la célula infectada. Es la encargada de hacer una copia en ADN del ARN viral de manera que este pueda insertarse en el ADN celular mediante la acción de las integrasas y así producir proteínas del VIH necesarias para la auto reproducción viral.

Los **Inhibidores de las Proteasas (IP)** son fármacos con una potente actividad antiviral. La proteasa del VIH es requerida para el clivaje del polipéptido gag-pol en sus partes funcionales y la inhibición de este clivaje trae como consecuencia una disminución en la producción de viriones maduros. O sea estos medicamentos se parecen a los trozos de la cadena de proteína que la proteasa corta normalmente. Al adherirse a la proteasa, los IP previenen que la proteasa corte las cadenas largas de proteínas y enzimas en trozos más cortos que el virus necesita para reproducirse en nuevas copias de sí mismo.

Como se expuso anteriormente la primera droga antirretroviral conocida fue el AZT en 1987 que en un inicio fue utilizado como monoterapia. Más tarde aparecieron el DDI (Didanosina) y el DDC (Zalcitabina) pero igualmente fueron usadas como monoterapia por lo cual la obtención de beneficios fue temporal. Ya en el año 1995 se demostró que los regímenes que utilizaban la combinación de dos drogas especialmente el AZT más DDI resultaban más efectivos en detener la progresión de la enfermedad y aumentar el número de linfocitos TCD4+, comenzándose a ver una disminución en la mortalidad por sida.

En 1996 cuando aparecen los inhibidores de proteasas y con un mayor conocimiento en la patogenia del VIH, la comunidad científica se llenó de un optimismo sin precedentes al aparecer esquemas terapéuticos que combinaban tres fármacos, uno de ellos un inhibidor de proteasas, conocidos como TARVAE, los cuales no sólo eran capaces de aumentar el número de CD4 sino que además disminuían la carga viral a niveles indetectables con un impacto notable en la mortalidad por sida y un aumento en la sobrevida de los enfermos y en la calidad de vida de estos. Paralelo a la aparición de los inhibidores de proteasas fueron desarrollados también los inhibidores no análogos de la reversotranscriptasa constituidos por Nevirapina, Delaverdine y en 1998 el Efavirenz que también se han sumado al arsenal terapéutico y han aumentado el número de combinaciones posibles contra el sida.

La supervivencia tras el diagnóstico de sida es un parámetro muy importante para valorar la incidencia de las distintas intervenciones terapéuticas y para planificar los cuidados sanitarios de los pacientes. En los países desarrollados, esta

supervivencia ha aumentado en los últimos años, debido a la introducción del tratamiento antirretroviral, a la profilaxis primarias y secundarias de diversas infecciones oportunistas, a los cambios en las definiciones de sida y al mejor conocimiento de la infección por VIH y sus complicaciones, lo que permite un diagnóstico y tratamiento más precoces. Múltiples son los factores que influyen en la supervivencia del sida entre ellos se incluyen factores demográficos, clínicos, inmunológicos, virales, terapéuticos y temporales. ^{22 - 24}

Los aspectos más importantes son los relacionados con las medidas de autocuidado del propio paciente que incluyen: la asistencia a consultas de seguimiento, la realización de los exámenes periódicos de monitoreo y la adherencia al tratamiento, pilares fundamentales en el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes.

CAPÍTULO 2: FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y DISEÑO METODOLÓGICO DE LA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

2.1. Método

Caracterización de la investigación

Se realizó un estudio Pre experimental (antes después), a través una intervención educativa para evaluar los conocimientos que sobre el adecuado control y seguimiento de su enfermedad tienen los PVS durante el período de Febrero de 2009 a Febrero de 2010 en el municipio de Morón. Además se estimó el tiempo de supervivencia de los casos diagnosticados como SIDA desde Enero de 1998 a Diciembre de 2009.

Universo y muestra.

El universo estuvo conformado por los 16 casos que se encontraban diagnosticados como pacientes que viven con sida en el municipio y de los cuales la muestra de estudio quedó finalmente conformada por 12 casos que cumplieron con los siguientes criterios.

Criterios de inclusión:

- ✚ Estar vivo al momento inicial del estudio.

- ✚ Haber accedido a participar en el estudio y que previo al inicio del mismo dieron su consentimiento informado (Ver Anexo 1)

Criterios de exclusión:

- ✚ Ausentarse al menos a dos sesiones del programa educativo.
- ✚ Todos aquellos que no cumplieron con los requisitos anteriores

FUNDAMENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN.

Métodos Teóricos:

- ◆ **Histórico-lógico:** al realizar el estudio del problema de investigación en estos años, se hizo énfasis especial en la naturaleza del mismo en el país.
- ◆ **Análisis-síntesis:** en la interpretación de fuentes bibliográficas, para determinar las posiciones teóricas que sustentan la solución del problema científico.
- ◆ **Sistémico:** al valorar el carácter de sistema de los componentes del problema.
- ◆ **Hipotético-deductivo:** posibilitó el surgimiento de conocimientos a partir de influencias teóricas. Ayudó a corroborar las hipótesis e inferir conclusiones.

Métodos Empíricos:

Observación: A través de la misma se pudo determinar si se hacía necesaria la aplicación de una intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos de los pacientes y disminuir a mediano plazo la propagación de la enfermedad, mejorar su calidad de vida y por ende su supervivencia.

- ♦ **Análisis documental:** Nos permitió hacer un estudio de las tendencias mundiales en cuanto al comportamiento de la enfermedad a nivel mundial y nacional y la importancia del seguimiento de la enfermedad para su mejor control.
- ♦ **Encuesta:** Facilitó la recolección de la información para su posterior tabulación.
- ♦ **Base de datos SIDA TRAT.** Facilitó la obtención de los resultados de exámenes de monitoreo de los pacientes.
- ♦ **Medición:** Una vez concluida la recopilación del dato primario se procedió al recuento individual de cada unidad de información, para cuyo análisis se confeccionaron tablas de contingencia, empleándose el número absoluto, porcentaje, la tasa, media y mediana como medidas de resumen para variables cualitativas y cuantitativas.
- ♦ Para medir el nivel de conocimientos y la efectividad de la intervención se utilizó el Test estadístico (McNemar) para muestras relacionadas^{25, 26} para ambos momentos (antes y después) con un nivel de significación de $\alpha = 0.05$:

Hipótesis estadística:

H₀: $P_a = P_d$ La proporción de pacientes con conocimiento adecuado es igual en ambos momentos (antes y después de la intervención)

H₁: $P_a \neq P_d$ La proporción de pacientes con conocimiento adecuado difiere en ambos momentos (antes y después de la intervención)

Estadígrafo de prueba

$$\chi^2 = \frac{(b-c)^2}{b+c}$$

Donde: $p_1 = \frac{a+b}{n}$ y $p_2 = \frac{a+c}{n}$

Se calcularon también los Intervalos de confianza para proporciones:

$$p_1 - p_2 \pm 1.96 SE(p_1 - p_2)$$

Donde: $SE(p_1 - p_2) = \frac{1}{n} \sqrt{b+c}$

Se rechaza H_0 si $X^2_c > X^2_{t1gl}$ en este caso con valor para la tabla de 3.84

Para estimar la Supervivencia se utilizó el Método del Producto Límite o estimador de Kaplan- Meier^{27, 28} cuyo estadígrafo es el siguiente:

$$S(t_i) = \frac{r_i - m_i}{r_i} \cdot S(t_{i-1})$$

Esta es una probabilidad condicional donde:

$$S(t_2) = \frac{\text{Probabilidad de sobrevivir hasta } t_2}{\text{Probabilidad de sobrevivir hasta } t_1}$$

Para realizar el análisis de supervivencia se tuvieron en cuenta la fecha de diagnóstico como **fecha inicial** y la **fecha de corte del estudio** fijada por la investigadora para terminar el seguimiento, por lo que del tiempo transcurrido entre ambos resultará el **período de seguimiento**. En la investigación se observó la ocurrencia de la mortalidad a partir de la fecha de diagnóstico.

Pueden darse diferentes situaciones en el análisis:

La muerte: ocurrió el evento o fracaso.

Pérdida del seguimiento: observación censurada.

Muerte por otras causas: observación censurada.

Es excluido del estudio sin haber ocurrido el evento: observación censurada.

No ocurre el evento en el período de observación: observación censurada.

Observación censurada: Es aquella que cuando se llega al final del período de observación fijado por el investigador previamente, hay individuos a los cuales no ha ocurrido el evento y no se conoce cuándo le ocurrirá. Por lo tanto, no se conoce el tiempo real de supervivencia para ellos, solo se conoce el tiempo de supervivencia hasta el final del estudio.

Los datos fueron registrados y procesados en Statistical Package for Social Sciences (SPSS v.15) y para los textos y gráficos se utilizaron los programas Microsoft Office Word, Power Point y Excel 2007.

CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variable dependiente.

Nivel de conocimiento. La adquisición de conocimientos durante la vida relacionados con la infección del VIH/SIDA en cuanto a temas como: conceptos, síntomas y signos fundamentales de la enfermedad, vías de contagio, factores de riesgo, y la importancia de cumplir con el tratamiento, control y seguimiento.

Responsabilidad con su salud:

Consultas de seguimiento: Frecuencia e importancia

Realización de exámenes complementarios de monitoreo: Cumplimiento, frecuencia e importancia

Adherencia al tratamiento con TARVAE: Cumplimiento e importancia

Responsabilidad para con la salud de los demás:

Protección ante el sexo: Utilización del preservativo en todos los contactos sexuales y estabilidad de pareja.

Información de su estado a instituciones de salud

Variable independiente.

Intervención educativa: Sistema de actividades educativas para lograr cambios de comportamientos específicos y sostenidos en sectores de la población. Debe estar centrado en el sujeto, implicándolo afectivamente, con una comunicación horizontal.

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	VARIABLE OPERACIONALIZADA
GRUPO DE EDAD	Cuantitativa continua	15 -24 25 - 49 50 y más
SEXO	Cualitativa nominal	Masculino Femenino
FORMA DE CONTAGIO	Cualitativa nominal	Sexual Parenteral Vertical
DEFINICIÓN DE SIDA	Cualitativa nominal	Recuento de LTCD ₄ + < 200 células Enfermedades indicadoras de sida Ambos criterios
TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD	Cuantitativa continua	Menos de 1 año 1 a 3 años 4 a 6 años 7 a 9 años Mas de 10 años
COMPLICACIONES	Cualitativa nominal	Si No
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	Cualitativa nominal	Si - Si el paciente se ajusta a las prescripciones médicas que incluye restricciones dietéticas y horario de las tomas. No - Si el paciente no se ajusta a las prescripciones médicas que incluye restricciones dietéticas y horario de las tomas
NIVEL DE CONOCIMIENTO	Cualitativa nominal	Adecuado: Calificación entre 70 y 100. Inadecuado: Calificación de 69 puntos o menos

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

- La encuesta (Anexo 2): A la misma se le aplicó el Coeficiente de Cronbach (Cá), este coeficiente se emplea para aquilatar cuantitativamente lo que ha dado en llamarse "consistencia interna de una escala"; es decir nos permite medir de la homogeneidad interna y analizar la contribución que cada ítem particular hace a la homogeneidad. Se considera alto si su valor esta por encima de 0.7 (Anexo 3).²⁹ La encuesta se aplicó en dos momentos: Un primer momento (**antes**) de implementar el programa educativo y en un segundo momento (**después**) finalizada la intervención para poder evaluar el nivel de conocimientos sobre el tema.
- El Registro de casos de PVS que se encuentra en el Departamento de Epidemiología del Centro Municipal de Higiene, Epidemiología y Microbiología de Morón y las historias clínicas individuales de la consulta de seguimiento que se encuentran en el área norte de salud.

2.2. Diseño metodológico de la estrategia de intervención

La investigación se desarrolló en tres etapas:

1.- Diagnóstico del nivel de conocimiento al inicio de la investigación: En esta fase se identificó el nivel de conocimiento de los pacientes sobre algunos aspectos relacionados con la enfermedad clasificando en:

Adecuado: Los que obtengan calificación de 70 a 100 puntos.

Inadecuado: Los que obtengan calificación de 69 o menos puntos.

DIMENSIONES	INDICADORES	PREGUNTAS
<p>Conocimiento de los pacientes SIDA sobre su control y seguimiento.</p>	<p>Adecuado: Cuando el total de puntos alcanzados en la encuesta estuvo entre 70 y 100 puntos</p> <p>Inadecuado: Cuando el total de puntos alcanzados es de 69 puntos o menos</p>	<p>Pregunta N° 3. Valor de 10 puntos. Si responde que si y es estable.</p> <p>Pregunta N° 5. Valor de 5 puntos si contesta que acude a consulta</p> <p>Pregunta N° 6. Valor de 5 puntos si contesta la con frecuencia correcta.</p> <p>Pregunta N° 7. Valor de 15 puntos si contesta correcto (inciso c)</p> <p>Pregunta N° 8. Valor de 15 puntos. Si contesta que se realiza exámenes y con la frecuencia correcta</p> <p>Pregunta N° 9. Valor de 15 puntos. Si contesta correcto (inciso b)</p> <p>Pregunta N° 12. Valor de 15 puntos. Si responde que si cumple con tratamiento.</p> <p>Pregunta N° 13. Valor de 10 puntos. Si contesta correcto (inciso c)</p> <p>Pregunta N° 14. Valor de 10 puntos. Si responde que si</p>

2.- De intervención educativa: Esta etapa comenzó dos semanas después de aplicado el instrumento inicial, se realizaron diferentes actividades educativas distribuidas en ocho sesiones de trabajo, abordando los siguientes temas:

TEMA N°.1: Introducción

Sumario:

1. Presentación de los participantes y el programa.

Objetivo: Brindar información a los participantes de los propósitos que perseguimos con esta investigación. Crear un ambiente de confianza, desinhibición, establecer reglas del grupo. Así como conocer sus opiniones acerca de su enfermedad. Dinámica de presentación integración y aplicación de la encuesta

Tipo de actividad: Técnica participativa (**Juego del nombre**)

Recursos: Papel, lápiz, papelógrafo.

Frecuencia: 1 sesión

Tiempo: 20 minutos

Responsable: Jefe de Programa y Enfermera encuestadora.

Participantes: Todos los casos que participaran en la investigación.

TEMA N°.2: Situación mundial de la epidemia, las formas de transmisión del VIH/SIDA y como prevenir dicha infección.

Sumario:

1. Comportamiento de la infección del VIH/SIDA a nivel mundial, nacional, provincial. y municipal.
2. Vías o modo por el cual se puede adquirir una infección por el VIH/SIDA.
3. Formas más comunes de prevención del VIH/SIDA.
4. Los comportamientos que se toman para protegerse contra el VIH/SIDA.

Objetivo: Al finalizar, los pacientes serán capaces de informar la situación de la infección por VIH/SIDA en el mundo, en Cuba, en la provincia y municipio y demostrar que comprenden la magnitud de la pandemia. Así como las nuevas experiencias a las que se puedan enfrentar en sus relaciones sexuales, el uso del preservativo (Sexo seguro). La importancia de mantener pareja estable, y tener responsabilidad para con ella.

Tipo de actividad: Video- Debate.

Recursos: Hojas, lápices, video y TV

Frecuencia: 1 sesión

Responsable: Especialista del Centro Municipal de Educación para la Salud y Enfermera encuestadora.

Participantes: Todos los casos que participaran en la investigación.

TEMA N°.3: Atención Integral. Consultas de seguimiento. Terrenos. Atención con especialistas. Importancia.

Sumario:

1. Frecuencia de consultas y terrenos a los pacientes VIH/SIDA.
2. Indicaciones de exámenes complementarios. Exámenes habituales en el seguimiento Los CD4 y la Carga viral.
3. El tratamiento retroviral. Indicación de tratamiento. Efectos secundarios. Horarios. Importancia del tratamiento. Adherencia al tratamiento.
4. La dieta. Importancia. Suplemento Alimentario.
5. Interconsulta con otros especialistas.

Objetivo: Al finalizar, los pacientes estarán en condiciones de saber la importancia que reviste la asistencia a consultas de seguimiento, no como una rutina sino con tres objetivos fundamentales: recibir orientación médica sobre su tratamiento, sus exámenes complementarios, y brindarle la interconsulta con otros especialistas si así lo requiere. Además el médico le brindará el apoyo emocional y podrá solucionar cualquier inquietud respecto a otras situaciones que pudieran preocuparlo.

Tipo de actividad: Conferencia orientadora, video.

Recursos: Hojas, lápices, video y TV

Frecuencia: 2 sesiones

Responsable: Médico del área que atiende a los casos, Especialista del Centro Municipal de Educación para la Salud y Enfermera encuestadora.

Participantes: Todos los casos que participaran en la investigación.

TEMA N°.4: Enfermedades oportunistas/ Adherencia al tratamiento. Atención en otras unidades de salud.

Sumario:

1. Enfermedades oportunistas.
2. Enfermedades más frecuentes. Sarcoma de Kaposi, Tuberculosis, etc.
3. Los CD4 y la Carga viral/ enfermedades oportunista
4. El tratamiento retroviral/ enfermedades oportunista
5. Asistencia a consulta. Interconsultas en el IPK. Importancia.

Objetivo: Al finalizar, los pacientes estarán en condiciones de saber la importancia que reviste la asistencia a consultas de seguimiento pues en las mismas además se les realiza el examen médico completo donde se pueden encontrar síntomas o signos de la aparición de enfermedades oportunistas. Todos los casos deben tener claro que es importancia su asistencia a consultas en el IPK que es el centro de referencia nacional de estos pacientes en nuestro país y donde se cuenta con los especialistas y recursos tecnológicos avanzados para su seguimiento. Que se les dan las cartas de viaje para el y un acompañante por el jefe de Programa.

Tipo de actividad: Conferencia orientadora, video.

Recursos: Hojas, lápices, video y TV

Frecuencia: 2 sesiones

Responsable: Médico del área que atiende a los casos, Especialista del Centro Municipal de Educación para la Salud y Enfermera encuestadora.

Participantes: Todos los casos que participaran en la investigación.

TEMA N°.5: Cierre y evaluación

Sumario:

1. Reafirmación del contenido. La calidad de vida de los pacientes sida.
2. Aplicación de la encuesta

Objetivo: Que los pacientes eleven sus conocimientos sobre conductas responsables para con su salud y los demás mejorando su calidad de vía u alargando su supervivencia.

Tipo de actividad: Debate

Recursos: Hojas, lápices, papelógrafo.

Frecuencia: 1sesión

Responsable: Médico del área que atiende a los casos, Especialista del Centro Municipal de Educación para la Salud y Enfermera encuestadora y autora.

Participantes: Todos los casos que participaran en la investigación.

Se aplicó la encuesta a todos los presentes para posterior evaluación. Se les agradeció su participación. La sesión culminó con una actividad recreativa cultural.

3.- Evaluación del nivel de conocimiento después de la intervención

Después de dos semanas de culminada la última sesión se aplicó nuevamente la encuesta inicial. Para su valoración se consideraron los mismos parámetros

evaluativos que en la etapa de diagnóstico con el objetivo de evaluar el estudio antes y después y la efectividad de la intervención educativa.

ÉTICA

Toda la información utilizada en este estudio se conservó bajo los principios de máxima confiabilidad. El uso de la misma ha sido únicamente con fines científicos. Se tuvieron en cuenta los principios de la ética dados por:

- Respeto la vida humana
- Respetar la dignidad de la persona
- Ser fiel al paciente y a su salud, la que en principio debe estar por encima de cualquier otra conveniencia.

Para dar respuesta a los objetivos propuestos se confeccionó un informe final teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la cumpliendo para ello con los requisitos docentes- metodológicos exigidos por el departamento de Post-Grado de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

CAPITULO 3: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La epidemia de VIH/SIDA en el municipio de Morón desde la notificación del primer caso en el año 1986, ha seguido un curso ascendente hasta el año en curso (42 casos) con tasas de incidencia que han alcanzado la cifra de 11.24×10^5 en al año 2008 (Anexo 4). La tasa de prevalencia municipal es de 0.5×1000 habitantes, donde el área de salud sur y el área norte exhiben tasas de 0.7 y 0.3×1000 habitantes respectivamente. La gravedad de la enfermedad es del 16.6% con 7 casos fallecidos por esta causa. Si observamos el Cuadro 1 en el área de salud sur se encuentra el 68.75% (11) de los casos notificados de SIDA y el 68.58% de los casos VIH/SIDA.

Cuadro1: Prevalencia de los casos notificados de acuerdo al área de salud. Municipio Morón.

Área de salud	Estado actual				Total	
	VIH		SIDA		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Área norte	6	31.58	5	31.25	11	31.42
Área sur	13	68.42	11	68.75	24	68.58
Municipio	19	54.28	16	45.72	35	100.00

Fuente: Registro de casos VIH/SIDA.

En lo que se refiere al comportamiento relacionado con el país el municipio se encuentra por debajo de la media nacional y la provincia no se encuentra en el grupo de las de las de mayor incidencia. Cuba tiene hoy una de las tasas más bajas estimadas de prevalencia con 0.05% en población sexualmente activa.^{8, 30}

Cuadro 2: Distribución de los casos notificados de acuerdo al grupo de edad y sexo.

Grupo de edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N ^o	%
	N ^o	%	N ^o	%		
Menos de 25 años	2	18.19	-	-	2	16.67
25 a 49 años	9	81.81	1	100.00	10	83.33
50 años y más	-	-	-	-	-	-
Total	11	100.00	1	100.00	12	100.00

Fuente: Registro de casos VIH/SIDA.

En el cuadro 2 se puede observar que el grupo de edad de 25 a 49 años es el de mayor predominio con el 83.33%, donde el sexo masculino con el 81.81% es el de mayor aporte. (Anexo 5) Es significativo destacar que no tenemos casos menores de 15 años contagiados con el virus. La media de edad resultó de 37 años \pm 6 años, con una mediana de 38.

Resultados muy similares se han obtenido en investigaciones realizadas dentro y fuera del país. En Brasil, Fernández Ana P ³¹ encontró, el 77,3% hombres y el 22,7% mujeres, con una edad media de 31,2 \pm 7 años (límites: 15 a 73).

En Cuba, los mayores de 12 años que se encuentran en SAA, conforman una población mayoritariamente masculina, el 80% son hombres y en consecuencia, la proporción de mujeres es apenas del 20%.

La edad media y la edad mediana ronda los 35 años, siendo ligeramente superior en el caso de los hombres. Por grupos de edad la mayor concentración de estas personas se da en el grupo 25 a 44 años. No obstante mientras las mayores proporciones de hombres se encuentran en ese grupo (72.1%), las mujeres se concentran mayoritariamente entre los 20 y los 39 años. Este patrón por edad tiene cierto diferencial por sexo. La edad media de los hombres es de 36 años, y la de las mujeres es 33. La proporción de PVS hombres menores de 30 años es de 27,5% y la de las PVS mujeres de 37,5%.³²

Cuadro 3: Distribución de los casos notificados de acuerdo a la forma de contagio.

Forma de contagio	Nº	%
Sexual	11	91.66
Parenteral	1	8.33
Vertical	-	-
Total	12	100.00

Fuente: Registro de casos VIH/SIDA.

Los resultados obtenidos en cuanto a la forma de contagio es muestra de la labor que se realiza en todo el país en la promoción de las medidas de protección contra el virus (Cuadro 3).

Del total de casos, el 91.66% se contagió por vía sexual y solo un caso por vía parenteral. No se han reportado casos por vía vertical. (Anexo 6)

Según reportes publicados en Situación de la epidemia del sida más de 700000 niños resultaron infectados por el VIH en el 2005. La gran mayoría adquirió la infección a través de su madre, lo cual puede ocurrir durante el embarazo, parto o lactancia materna. En los estudios realizados en el país se ha constatado de igual forma que la vía sexual es la de mayor frecuencia, sobre todo en el sexo masculino; aunque el femenino tiene porcentajes muy cercanos.^{32, 33}

En la investigación la causa más frecuente manifestada para el contagio es el sexo sin protección (no haber usado condón en las relaciones sexuales, con el 91.66%) y solo un caso manifestó querer contagiarse para compartir con su pareja seropositiva.

Cuadro 4: Distribución de los casos notificados de acuerdo a la forma de definición de sida.

Forma de definición de sida	Nº	%
Recuento de LTCD₄+ < 200 células	8	66.67
Enfermedades indicadoras de sida	4	33.33
Ambos criterios	-	-
Total	12	100.00

Fuente: Base de datos SIDATRAT

Registro de casos VIH/SIDA.

Referente a los criterios por los cuales se definió el sida en el grupo estudiado se observa que 8 individuos (66.67%) dependió del criterio de recuento de LTCD₄ + menor de 200 células y fueron diagnosticados 4 casos clasificados como debut clínico a través de enfermedades indicadoras de sida. (Cuadro 4)

Este resultado coincide con el obtenido por Corcho Reyes y otros en un estudio realizado en Cienfuegos donde encontraron que el 74.9 % de los casos se diagnosticó por el criterio de recuento de linfocitos CD₄ inferior a 200 células indicando una insuficiencia celular avanzada asociada al deterioro clínico de los pacientes.¹

Cuadro 5: Distribución de los casos notificados de acuerdo al tiempo de evolución de la enfermedad y las complicaciones.

N = 12

Tiempo de evolución de la enfermedad	Complicaciones	
	si	no
Menos de 1 año	4	-
De 1 a 3 años	2	1
De 4 a 6 años	1	2
De 7 a 9 años	1	-
Más de 10 años	-	1

Fuente: Registro de casos VIH/SIDA.

En cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad y la aparición de complicaciones (Cuadro 5), cuatro casos presentaron complicaciones antes del primer año, dos entre uno a tres años de evolución, y el resto de las mismas apareció después de los cuatro años, resultando interesante señalar que aunque contamos con pacientes de más de diez años de evolución no se reportan en ellos complicaciones lo que nos hace pensar en un mejor control para con su enfermedad. La frecuencia de infecciones oportunistas fue del 66.66% (8) y dentro de ellas fueron reportadas: la tuberculosis, neurotoxoplasmosis, herpes zoster e

Infecciones por Micobacterias atípicas con un caso cada una el 8.33% respectivamente y el sarcoma de kaposi con cuatro casos para un 33.33%.

En un estudio sobre debut clínico y efectos de la TARVAE en Cuba se mencionan frecuencia de aparición de infecciones por *Pneumocystis jiroveci*, *Cryptococosis meníngea*, *Isosporidiasis*, *cryptosporidiasis sintomática*, *Desgaste por SIDA, etc.*³²

Muchas son las enfermedades que se pueden asociar al VIH/SIDA. Las enfermedades oportunistas continúan siendo una causa mayor de morbilidad y de mortalidad en pacientes con sida.

La tuberculosis y el sida son pandemias íntimamente relacionadas. Se calcula que uno de cada tres pacientes portadores del virus de inmunodeficiencia humana, como promedio, sufre de tuberculosis en algún momento de su vida.

Es importante individualizar en cada caso y balancear el esperado efecto favorable de los antirretrovirales, restablecedores del funcionamiento del sistema inmune, con sus efectos desfavorables como la toxicidad medicamentosa, la interacción de efectos de las drogas, la reactivación de otras enfermedades oportunistas como complicación tras el incremento de la inmunidad corporal, y la potencialidad de acortar el plazo de una pobre adherencia con el consecuente fallo terapéutico y resistencia medicamentosa.

En la literatura clásica sobre este tema se documenta que las infecciones oportunistas mayores marcan el panorama clínico de los pacientes luego de diez

años de evolución y que su aparición se acompaña de elevada letalidad y pobre supervivencia.

Es importante decir que la aparición o no de complicaciones, su supervivencia y óptima calidad de vida está muy ligada a la actitud de autocuidado y de cumplimiento del tratamiento retroviral de los pacientes.³³⁻³⁸

Cuadro 6: Distribución de los casos notificados de acuerdo a la adherencia al tratamiento.

Adherencia al tratamiento	N^o	%
Si	5	41.67
No	7	58.33
Total	12	100.00

Fuente: Encuesta

Historia clínica individual.

En el Cuadro 6 se observa el comportamiento en cuanto a la adherencia al tratamiento. El 60% de los pacientes no se encuentra adherido al tratamiento y la indicación del mismo ha estado acompañada de la intervención de convencimiento médico sobre el paciente con el propósito de que no abandone la terapia indicada. Solo un paciente manifestó que su médico no le había explicado la importancia de cumplir con la medicación y las repercusiones de su abandono.

Las razones más frecuentes que se señalaron como causa de abandono fueron: el olvido en dos pacientes (28.57%); las reacciones adversas cinco pacientes (71.42%); le producen deformaciones en el cuerpo y porque no quiere tomar medicamentos uno caso cada uno (14.28%).

En dos encuestas realizadas a personas con VIH/SIDA en Cuba en 2005 y 2007 se concluyó que los PVS prácticamente en la totalidad de los casos (99.3%) la indicación de tratamiento estuvo acompañada de la intervención de convencimiento médico sobre el paciente con el propósito de que no abandonara la terapia indicada y aún así se encontró que un 7.2 y 5.5% respectivamente no tomó los medicamentos siguiendo estrictamente las orientaciones médicas; y dentro de los argumentos más frecuentes: la aparición de reacciones adversas (28.7%); de deformaciones en el cuerpo (3.3%); el olvido (22.5%); sentirse bien de salud (11%), y no querer tomar los medicamentos (10%).³²

La adherencia al tratamiento se puede mejorar con diversas estrategias. En primer lugar, es necesario motivar a la persona para que procure tomar correctamente la medicación. El estilo de vida de cada paciente ha de tenerse en cuenta para escoger la mejor opción disponible y favorecer la mejor adherencia posible al tratamiento. La información adecuada le permitirá estar preparado ante cualquier situación imprevista.

Por otro lado, también es bueno dar tratamiento profiláctico de las complicaciones (diarreas, vómitos). En las primeras semanas, evitar en lo posible estas complicaciones generará una mejor adherencia. Es decir, profilaxis no siempre, pero sí al principio, para que la persona se encuentre mejor y se sienta más motivada a seguir el tratamiento.

En cuanto a la dosificación, no es tanto el problema de la cantidad de comprimidos a tomar como del número de veces al día en que el paciente debe estar pendiente

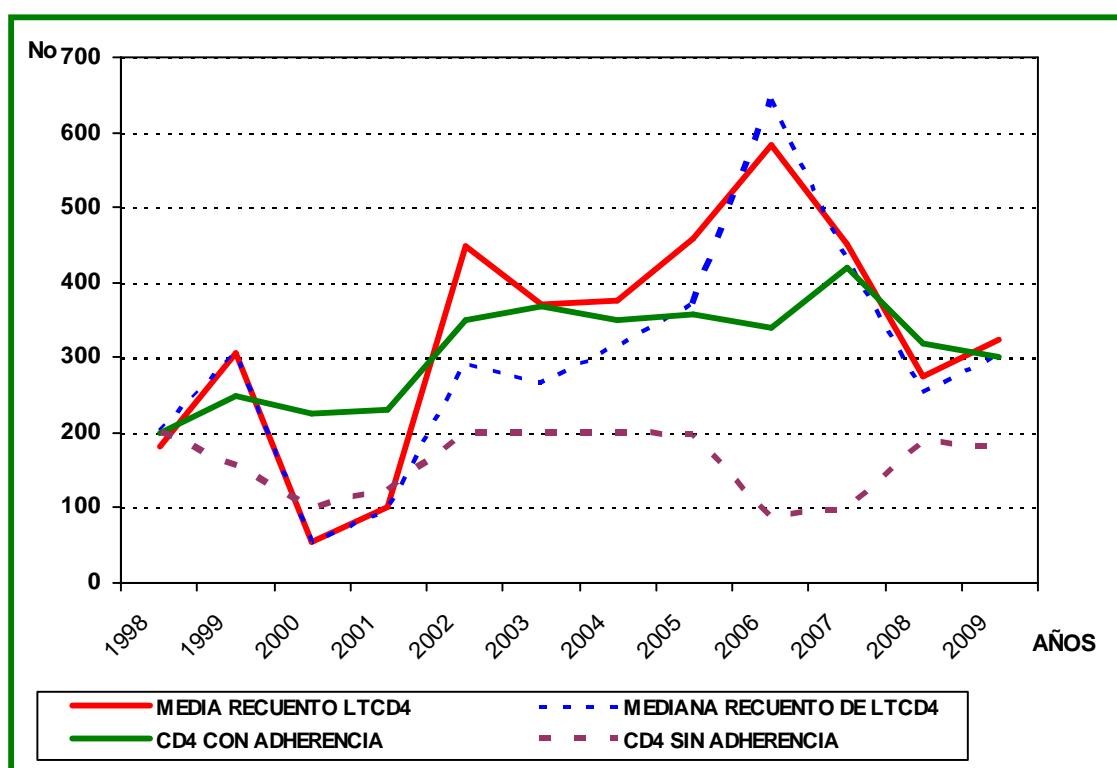
de su medicación. A más tomas, más dificultad para que siga el tratamiento correctamente.

La persona deberá aprender a tomar la medicación de modo adecuado, en qué momento del día, de qué manera, si antes o después de las comidas, etc. Si existe confusión se impide crear el hábito que asegura la buena adherencia. Describir cómo tomar la medicación, y en qué condiciones, es importante. Se les ha de explicar qué hacer si se olvidan de tomar la medicación (viajes, enfermedad, etc.). Por ello, es obligatoria la asistencia a consulta donde se encuentran los profesionales dedicados a dar la información sobre la adherencia. Su objetivo fundamental es informar y reforzar el mecanismo del hábito, imprescindible para asegurar una adherencia correcta al tratamiento antirretroviral.^{39, 40}

El porcentaje de adherencia puede ser medido de diferentes formas y entre las más utilizadas están calcular el número de comprimidos entre el número de comprimidos prescritos y el autoreporte en este último el paciente refiere al médico las dosis que ha tomado o ha dejado de tomar, debe establecerse una relación de confianza entre la persona y el médico. Puede medirse mediante entrevistas, cuestionario y diarios.⁴¹

En la figura 1 se observa la evolución del recuento de LTCD4+ durante el período de seguimiento (12 años), desde el propio inicio se partió de un recuento medio inferior a las 200 células por mm^3 y a medida que transcurrieron los años se observó una progresiva restauración inmunológica de los casos con medias superiores a las 400 células. Esto por supuesto relacionado con la terapia retroviral que por decisión del gobierno de Cuba y las autoridades de MINSAP

comenzó a producirse en el país a partir del año 2001 con la correspondiente distribución a todos los necesitados y que hasta la fecha ha logrado disminuir el número de muertes.⁴² También se hace evidente la diferencia entre esta variable y la adherencia a la TARVAE, en los pacientes con adherencia, el recuento medio de LTCD4+ fue superior a las 300 células sobre todo después del 2001, el resto de los casos (sin adherencia) estuvo por debajo de las 200 células.



Parámetros	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Media	181.5	306.5	53.5	100.6	447.7	370.0	376.0	458.3	584.4	451.7	275.9	325.3
Mediana	201.0	306.5	53.5	96.0	292.0	267.5	317.0	424.0	642.0	429.0	253.0	303.0
CD ₄ con adherencia	200.0	250.0	225.0	230.0	350.0	367.0	350.0	357.0	340.0	420.0	320.0	340.0
CD ₄ sin adherencia	200.0	156.0	98.0	125.0	200.0	200.0	200.0	196.0	89.0	98.0	189.0	178.0

Figura 1: Comportamiento del recuento de LTCD4 durante el tiempo de seguimiento.

Cuando se estimó la sobrevida en la serie de los casos sida la media de supervivencia fue 102 meses, aproximadamente 9 años con un intervalo de confianza 95% = (78.73; 126.63 meses y a los 66 meses habían muerto el 75% de los pacientes.

En un análisis previo de supervivencia en la totalidad de casos de VIH/SIDA en el municipio en el período 1986-2009, la media de supervivencia se estimó en 117 meses (10años) con un intervalo de confianza de 95% = (101.19; 134.72) y en este caso a los 94 meses habían muerto el 75% de los pacientes. (Anexo 7)

En este aspecto la bibliografía reporta después de realizado el diagnóstico, supervivencia mucho más largas, pero siempre asociadas a una buena adherencia al tratamiento. En un estudio realizado en España que abarco un periodo de 12 años la supervivencia estimada fue de 24 meses, aunque la población estudiada fue mayor. ^{10,31}

También se recogen datos de estudios realizados en países desarrollados, con medianas de supervivencia que oscilan entre los 14 meses en el estudio de New York (1994), 17 meses en el estudio europeo (1994) y 21 meses en el de Washington (1993).³¹

Cuadro 7: Nivel de conocimientos de los pacientes encuestados en cuanto a responsabilidad con su salud

Temas	Aspectos	Calificación	Antes		Después	
			N ^o	%	N ^o	%
Consulta de seguimiento	Cumplimiento	Adecuado	4	33.33	6	50.0
		Inadecuado	8	66.67	6	50.0
	Frecuencia	Adecuado	5	41.66	11	91.67
		Inadecuado	7	58.34	1	8.33
	Importancia	Adecuado	9	75.00	12	100.00
		Inadecuado	3	25.00	-	-
Realización de exámenes de monitoreo	Cumplimiento	Adecuado	8	66.67	9	75.00
		Inadecuado	4	33.33	3	25.00
	Frecuencia	Adecuado	10	83.34	12	100.00
		Inadecuado	2	16.66	-	-
	Importancia	Adecuado	7	58.33	10	83.34
		Inadecuado	5	41.66	2	16.66
Adherencia a la TARVAE	Cumplimiento	Adecuado	5	41.66	8	66.67
		Inadecuado	7	58.34	4	33.33
	Importancia	Adecuado	5	41.66	8	66.67
		Inadecuado	7	58.34	4	33.33

Fuente: Encuesta

El Cuadro 7 muestra los resultados obtenidos antes y después de aplicada la intervención educativa al grupo de estudio desglosada por los temas abordados y cada uno de los aspectos tenidos en cuenta para alcanzar los objetivos propuestos.

En lo que se refiere a la consulta de seguimiento observamos que, antes de la intervención educativa el 66.67% de los pacientes no encontraba necesario asistir a la consulta de seguimiento en el área de salud, y el 58.34% no tenía clara la frecuencia de realización de las mismas teniendo en cuenta su estado de salud y de acuerdo al plan de acción establecido para estos casos por lo que el nivel de

conocimiento en estos acápites fue evaluado de inadecuado, después de implementada la actividad educativa se produjo un discreto aumento del porcentaje al 50.00 en la opinión de asistir a consulta y al 91.67% en el conocimiento sobre la frecuencia calificando ambos como adecuados. Una paradoja resultó el resultado de que el 75.00% de los pacientes reconoció su importancia. Esto nos llama a reflexionar pues la consulta de atención integral al PVS es el marco propicio donde se desarrollan las actividades que nos permiten establecer acciones que promueven la adherencia al tratamiento, las conductas de autocuidado, además de permitirnos conocer el estado de salud del paciente, la marcha del tratamiento prescrito, la indicación y análisis de los resultados de los exámenes de monitoreo(TCD4 y carga viral) y poder realizar en conjunto con otras disciplinas una valoración integral del verdadero estado del paciente tanto clínico como psicosocial ofreciéndole un soporte emocional, que permita un adecuado enfrentamiento a la enfermedad.

Las consultas de seguimiento se establecen de acuerdo al estado del paciente y a criterio médico. De acuerdo al plan de acción en el país se realizan quincenal (C1; C2; C3) y mensual (A3; B3).⁹

En cuanto al aspecto relacionado con la realización de exámenes de monitoreo en los últimos seis meses el 66.67% de los encuestados refirió que cumple con la realización de los TCD4, no así con la carga viral pues desde hace 3 años no se la realizan por dificultades con los reactivos; por su parte la frecuencia con que se realizan alcanzó el 83.34%. Por su parte el 58.33% estuvo de acuerdo en que la realización de los exámenes de monitoreo son importantes para conocer su

estado de inmunidad y evaluar la marcha del tratamiento indicado para valorar posibles cambios en la terapéutica. Por lo que el acápite se evaluó de adecuado. Luego de aplicada la intervención el conocimiento sobre la frecuencia y la importancia de su realización alcanzaron valores superiores de el 100.00% y 83.34% respectivamente.

Uno de los elementos claves para darle seguimiento clínico y conocer como evoluciona la enfermedad de las PVS son los conteos de CD4 y los estudios de Carga Viral. Los conteos de CD4 se les realizan en el país a todas las PVS siguiendo los estándares internacionales, es decir, se le hacen en promedio tres CD4 al año a las personas consideradas casos SIDA y dos al resto de las PVS. En tanto el estudio de Carga Viral en sangre se realiza tres veces al año a cada PVS en tratamiento y al resto, en dependencia del nivel de inmunodepresión, y según los niveles de CD4.³²

Aunque en la mayoría de la literatura se tratan con especial interés por la importancia que revisten en el seguimiento y control de la terapéutica y el estado inmunológico del paciente estos no son solo los complementarios que se indican en el seguimiento de los pacientes, también pueden indicarse otros a criterio del médico y de acuerdo a su estado como son: Hemograma con diferencial, Eritrosedimentación, cuagulograma, serologia, glicemia, urea, banda p24, TGO, TGP, etc.

Debemos aclarar que los problemas con algunos exámenes planteados por lo pacientes se debe a dificultades con el "Citómetro de flujo" existente únicamente en el Instituto Pedro Kourí (IPK).

Otro aspecto de vital importancia y que es pilar fundamental en el seguimiento y control adecuado de PVS es la adherencia al tratamiento, antes de la intervención solo un 41.66% de los pacientes declaró tomar los medicamentos cumpliendo las prescripciones médicas que incluyen el cumplimiento del horario y la dieta y conjunto a ello solo este pequeño porcentaje declaró la importancia que reviste estar adherido al tratamiento por lo que el nivel de conocimiento fue evaluado con calificación de inadecuada. Luego de la intervención el porcentaje de ambos acápite se elevó a 66.33% y mejoró su calificación considerándose adecuada.

De 12 pacientes encuestados solo 5 toman el medicamento y se consideran adheridos al tratamiento lo que nos hace recordar algunos aspectos importantes de este tema relacionada con la importancia de un adecuado control y seguimiento de los pacientes en consulta y terreno. La adherencia no solo depende de lo que el médico sea capaz de lograr con su diario quehacer que es muy importante.

Para lograr una buena adherencia es imprescindible que el paciente se involucre en el tratamiento, que comprenda de una manera consciente que el tratamiento le es necesario y lo convierta en un hábito, en una parte de su vida diaria. La adherencia es, a veces difícil ya que los seropositivos son personas a las que, encontrándose bien de salud, el médico les va a prescribir un tratamiento que consistirá en la toma de una serie de comprimidos que quizás les van a producir alteraciones y que harán que la persona tienda a rechazarlos o a olvidar tomarlos. Para evitar esta situación se requiere un proceso de información que le permita a la persona comprender lo importante que es una buena adherencia al tratamiento.

Otro problema es que, a menudo, los pacientes deciden tomar menos dosis de la necesaria, siendo un error importante.

Según Clotet B⁴³, una adherencia perfecta sería la de un 100 %. En ese contexto, el VIH no se podría reproducir, no habría mutación posible y por tanto, no habría posibilidad alguna de desarrollar resistencias, del mismo modo que si no se toma medicación tampoco hay posibilidad de resistencias. Cuando los niveles plasmáticos del fármaco son óptimos, el virus no tiene capacidad de replicarse, de manera que el virus que podría emerger en esos momentos se inhibe. En cambio, cuando la concentración en plasma de fármaco es subóptima, permite la replicación de algunos virus y puede aparecer, al azar, una mutación que le confiera resistencia al fármaco. Una mala adherencia a la medicación produce una concentración en plasma subóptima y ofrece el medio idóneo para que proliferen cepas de virus resistentes al fármaco del tratamiento.

Por lo dicho anteriormente, se debe mejorar la adherencia, ya que, de no ser así, la terapia fracasa y se producen virus resistentes. Y todavía un mayor problema es el fenómeno de las resistencias cruzadas. Si una persona en tratamiento antirretroviral no logra evitar que el virus prolifere, éste va incorporando más y más mutaciones que le permiten mejorar su crecimiento y crecer mejor en ese medio, de manera que también va incorporando mutaciones comunes a otros fármacos, es decir, desarrolla, no solamente una resistencia al fármaco del tratamiento en curso, sino que acaba produciendo virus resistentes a otros tratamientos de posible elección. Otro riesgo es, por supuesto, la transmisión de virus resistentes a otras personas, con lo cual la resistencia todavía se propaga más y más entre la

población. De todo ello Clotet concluye que, cuando no hay una buena adherencia al tratamiento siempre es mejor interrumpirlo que continuar con él.

Una buena adherencia exige cumplir con la medicación en más de un 90% lo que conlleva a menos días de ingreso, y por tanto, un menor coste hospitalario y una menor morbilidad y mortalidad, asegurando una vida de calidad óptima y mayor supervivencia.

En cuanto a la responsabilidad para con la salud de los demás el 100.00% de los encuestados manifestó que utiliza el preservativo en todas sus relaciones sexuales, pero además el 91.67% mantiene relaciones estables con su pareja y el resto tiene una pareja con la que está casado y viven juntos.

Por otra parte todos los casos refieren comunicarle al personal de salud cuando necesitan algún servicio de su condición de paciente sida. Por lo que su evaluación antes y después de la intervención fue adecuada.

Cuadro 8: Nivel de conocimiento general sobre adecuado control y seguimiento en pacientes sida, antes y después de la intervención educativa.

Nivel de conocimientos	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%
Adecuado	4	33.33	9	75.00
Inadecuado	8	66.67	3	25.00
Total	12	100.00	12	100.00
n = 12	α = 0.05	X ² c = 3.92	X ² t 1gl = 3.84	

Fuente: Encuesta

Cuando analizamos el nivel de conocimientos general de los encuestados antes y después de la intervención obtuvimos los siguientes resultados, antes de la implementación del programa educativo el nivel de conocimientos era inadecuado en ocho pacientes lo que representa el 66.67%, solo el 33.33% tenía nivel adecuado. Después de la intervención el nivel de adecuado se elevó al 75.00%, pero aún un 25.00% quedó en nivel inadecuado lo que podría explicarse si recordamos que la problemática que más sobresale en esta investigación es la pobre adherencia al tratamiento y que en dos de estos casos está influenciada por la adicción a la ingestión de bebidas alcohólicas, el otro caso es un paciente en el que se produjo resistencia a medicamentos precisamente por la deficiente adherencia motivada por las reacciones adversas y que en estos momentos se encuentra en espera de un nuevo esquema de tratamiento.

En el resultado del Test estadístico aplicado (McNemar) para el contraste de las diferencias entre las proporciones de adecuados entre ambos momentos, buscando comprobar la efectividad de la intervención aplicada encontramos los siguientes resultados:

Antes de la intervención el 33.00% (4) de los encuestados tenía conocimiento adecuado y después el 75.00% (9). Cuando se calculó el estadígrafo X^2 el resultado fue de 3.92 que resulta significativo pues $X^2_c > X^2_{t1gl} = 3.84$ por lo que se rechazó la H_0 ; que se complementa mediante el cálculo del intervalo de confianza(IC) para la diferencia de proporciones en los dos momentos de observación permitiéndonos valorar tanto la significación estadística como la magnitud de esa diferencia. El IC (0.10; 0.75) por lo que podemos asegurar con una confiabilidad del 95% que la diferencia real en el porcentaje de pacientes que clasificaron como adecuados antes y después de recibir la intervención se mueve entre un 10.00% y un 75.00%.

Al concluir la investigación se diseñó un plegable como aporte práctico donde se hace énfasis en los temas abordados en la misma dirigido a la población en general, como una forma más de cooperar en la lucha contra la enfermedad y brindar además la ayuda a este grupo de pacientes con el fin de mejorar su calidad de vida y una favorecer su supervivencia. (Anexo 8)

CONCLUSIONES

La mayor incidencia de los casos se encuentra en el grupo de edad de 25 a 49 años, con un predominio mayoritariamente del sexo masculino; siendo la vía sexual la forma de contagio más importante.

El recuento de LTCD4 inferior a 200 células resultó en primer lugar la forma más frecuente de definición de los casos seguida del diagnóstico a través de las enfermedades indicadoras de sida.

Dentro de las complicaciones más frecuentes asociadas a la enfermedad se encontraron: la tuberculosis, la neurotoxoplasmosis, el herpes zoster, las infecciones por Micobacterias atípicas y el sarcoma de Kaposi.

Más de la mitad de los casos no se encuentran adheridos al tratamiento siendo las causas más frecuentes: el olvido; las reacciones adversas; le producen deformaciones en el cuerpo y porque no quiere tomar medicamentos.

Con la intervención educativa implementada se logró modificar el nivel de conocimiento que sobre su control y seguimiento tenían los pacientes sida en cuanto al cumplimiento de actividades fundamentales relacionadas con la responsabilidad con su salud y para con los demás; pues al inicio del estudio estos conocimientos resultaron inadecuados, por lo que se evidenció la efectividad de la

intervención al aportar los conocimientos necesarios para que puedan tener una vida con calidad y una mayor supervivencia. Finalmente se puso a disposición del Centro de Promoción de la Salud el diseño de un plegable como una forma más de cooperar en la lucha contra la enfermedad y brindar además la ayuda a este grupo de pacientes con el fin de mejorar su calidad de vida y una favorecer su supervivencia.

RECOMENDACIONES.

En consecuencia con los resultados obtenidos en la investigación se propone extender la estrategia de intervención a todos los pacientes VIH/SIDA, además de personal que se encuentra involucrado en la atención y seguimiento de este grupo de pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.- Corcho Reyes A. Impacto de la terapia antirretroviral de alta eficacia en la respuesta clínica e inmunoviológica en enfermos SIDA Hospital General Universitario "Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos. Rev Cubana Med Trop v.59 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2007.
- 2.- Thomas Mulet V, Aguado Taberna C, Fidalgo González S, Fransi Galiana L, Gutiérrez Jodra M, Mascort Roca J, et al. La infección por el VIH/sida y atención primaria. Aten Primaria 2004; 33: 3-5.
3. - UNAIDS/WHO. Report on the global HIV/AIDS epidemic 2006. Accesible en [http:// www.unaids.org/en/HIV_data/2006Global_Report/default.asp](http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006Global_Report/default.asp).
- 4.-. Aguado Taberna C, Fransi Galiana L. Virus de la inmunodeficiencia humana. AMF 2006; 2: 260-9.
- 5.- Situación de la epidemia de sida, diciembre de 2005. Accesible en <http://www.unaids.org>.
6. - Khalsa AM. Preventive counseling, screening, and therapy for the patient with newly diagnosed HIV infection. Am Fam Physician 2006; 73: 271-80.
7. - The global HIV and AIDS epidemic, 2001. MMWR 2001; 50(21):434-94.
- 8.- MINSAP. Cuadro Epidemiológico Nacional. Cuba: Dirección Nacional de Estadísticas; 2005.

- 9.- Sánchez Fuentes J, Reymon González V, López Rodríguez V J. Información Básica sobre la Atención Integral a personas viviendo con VIH/SIDA. MINSAP, PNUD, CNP ITS- VIH/SIDA. 2006.
- 10.- Bouza JY, Reyes CA, Pentón L, León SC, Bouza JY. Evaluación de la respuesta clínica e inmunológica a la TARGA en enfermos SIDA de dos provincias cubanas. Rev Cubana Med Trop 2006; 58(1):73-84.
- 11.- Antela A. Manual de capacitación para el manejo integral de personas adultas que viven con el VIH/SIDA para equipos de atención primaria y comunitarios en Latinoamérica y el caribe, OPS, Washington, 2004.
- 12.- Sánchez Fuentes J, Reymon González V, López Rodríguez V J. Plan Estratégico Nacional ITS/VIH/SIDA 2001-2006, MINSAP, La Habana, s/a.
- 13.- Aplicaciones de la Psicología en el proceso salud enfermedad. Rev Cubana Salud Pública. 2003; 29(3):275-81.
- 14.- Martín Alfonso L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Rev Cubana Salud Pública 2006; 32(3)
- 15.- Castilla J, Noguer I, Belza MJ, del Amo J, Sánchez F, Guerra L. ¿Estamos diagnosticando a tiempo a las personas infectadas por el VIH? Aten Primaria 2002; 29: 20-55. Vigilancia epidemiológica del sida en España. Registro Nacional de Casos de Sida. Actualización a 30 de Junio de 2006. Semestre. Disponible en http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_sida.jsp.
- 16.- Ministerio de Salud. Guia Clínica Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA. La Habana. 2005, en [http:// www.minsal.cl/ici/guías clínicas/](http://www.minsal.cl/ici/guías_clínicas/)

- 17.- Briongos Figuero L. S., Bachiller Luque P., Eiros Bouza J. M., Palacios Martín T. Papel del médico de familia en el manejo de la infección por VIH. An. Med. Interna (Madrid) [revista en la Internet]. 2007 Ago [citado 2009 Jun 30]; 24(8): 399-403. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>.
18. - Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents. October 10, 2006. Developed by the Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV infection convened by the Department of Health and Human Services (DHHS). En Internet: <http://AIDSinfo.nih.gov>.
19. - CDC. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. MMWR Recommend Rep 2006; 55 (RR-14): 1-17.
- 20.- Perales-Fraile I, Ramos-Martínez A, Asensio-Vegas A, Martín-Jiménez T. Características de la infección por VIH en la población inmigrante. Enferm Infecc Microbiol Clin 2006; 24: 407-8.
- 21.-The Foundation for Professional Development. Southern African HIV Clinicians Society. HIV/AIDS Management Course. Pretoria University; Feb 2004.
22. - National Center for HIV, STD, and TB Prevention, CDC (Centers for Disease Control and Prevention) Atlanta Georgia. Treating Opportunistic Infections Among HIV- Infected Adults and Adolescents. Recommendations of the panel on Clinical Practices for Treatment of HIV. MMWR; 2004 December, 53 (RR15); (cited 2004 December 17). Disponible en: mmwrq@cdc.gov.

23. – Reyes CA, Capó o de PV, Díaz JM, Pérez AJ, Bouza JY. Tuberculosis y SIDA en Cuba. Estudio de dos series de casos. Rev Inst. Nac Enf Resp Mex. 2006;19 (2):113-21.
- 24.- Hidalgo J A, Vázquez J A. Candidiasis. (Monograph on the Internet). World medical library; 2005 June (cited 2005 June 27). Disponible en: <http://www.emedicine.com/>
- 25.- Clark ML. Los valores p y los intervalos de confianza: ¿en qué confiar? Revista Panamericana de Salud Pública; 2004; 15:293-6.
- 26.- Bayarre Vea. H, Hodforf G. Inferencia Estadística. ENSAP, La Habana. 2003.
- 27.- Gramatges Ortiz A. Aplicación y técnicas del análisis de supervivencia en las investigaciones clínicas. Rev Cubana Hematol Immunol Hemoter 2002; 18(2).
28. - Breslow NE. Analysis of survival data under the proportional hazard model. Int Stat Rev 1975; 43:45-58.
- 29.- Silva LC. Cultura estadística e investigaciones en el campo de la salud: una mirada crítica. Madrid: Diaz de Santos; 1997.
30. - AIDS epidemic updated: *December 2002, Geneva*, Joint United Nations Programmed on HIV/AIDS, (UNAIDS) and World Health Organization; 2002.
- 31.- Fernández M Ana P, ConÇalves G M et all. Mayor supervivencia en pacientes con marcadores inmunogenéticos de rápida progresión para el SIDA: Apoyo para la atención de enfermería. Rev.Latino-Am. Enfermagen. vol.13 no.2. Ribeirao. Preto Mar. Abril. 2005.
- 32.-Iglesias Linares M; Mena Martínez M; Franco María del C; González Galván DE; León Díaz EM. Encuesta a personas con VIH/sida, 2007. Evaluación del

alcance del objetivo 4 del proyecto cuba/fondo mundial. "Mejorar la Atención Integral y la Calidad de Vida de las personas con VIH/sida Abril 2007" Edición ONE, Cuba. Octubre 2007.

33.- ONUSIDA/OMS: Situación mundial de la epidemia del SIDA 2005-2007 .Ginebra, 2007.

34.- Larrea Fabra R, Roque Acosta M del C. Enfermedades oportunistas. Experiencias en la población sudafricana con SIDA. Hospital Clínico quirúrgico "Cmdte. Manuel Fajardo" Rev Cubana Med 46(3) 2007.

35.- National Center for HIV, STD, and TB Prevention, CDC (Centers for Disease Control and Prevention) Atlanta Georgia. Treating Opportunistic Infections among HIV- Infected Adults and Adolescents. Recommendations of the panel on Clinical Practices for Treatment of HIV. MMWR; 2004 December, 53 (RR15); (cited 2009 November 17). Disponible en: mmwrq@cdc.gov.

36.- Oropesa González L, Sánchez Valdez L, Berdasquera Corcho D, Gala González A, Pérez Ávila JL, Lantero MI. Debut clínico de SIDA en Cuba. Rev Cubana Med Trop v.45 n.2 Ciudad de la Habana enero-abril. 2007.

37.- Petruckevitch A, Del Amo J, Phillips AN, Johnson AM, Stephenson J, Desmond N, et al. Disease progression and survival following specific AIDS-defining conditions: a retrospective cohort study of 2048 HIV-infected persons in London. AIDS 1998; 12:1007-13.

38.- Masliah E, de Teresa RM, Mallory ME, Hansen LA. Changes in pathological findings at autopsy in AIDS cases for the last 15 years. AIDS 2000; 14(1):69-37.

- 39.- Walensky RP, Paltiel AD, Losina E, Mercincavage LM, Schackman BR, Sax PE, et al. The survival benefits of AIDS treatment in the United States. *J Infect Dis* 2006; 194:11-9.
- 40.- Wohl AR, Garland WH, Valencia R, Squires K, Witt MD, Kovacs A, et al. A randomized trial of directly administered antiretroviral therapy and adherence case management intervention. *Clin Infect Dis* 2006; 42:1619-27.
- 41.- Solís Muñoz M. Eficacia de una intervención de enfermería adaptada para mejorar la adherencia al tratamiento en VIH/sida: una cuestión sin resolver. *Enfermería Clínica*. Volumen 17, Issue 1, January 2007, Págs. 46-47
- 42.- MINSAP. Dirección Nacional de Epidemiología. Reunión VIH/SIDA/ITS. Municipios más afectados en Cuba. La Habana 24 Mayo del 2002.
- 43.- Clotet B. Adherencia al tratamiento del HIV, resistencia a las medicinas antirretrovirales y a la evaluación de la atención sanitaria. BCN SIDA 2002.
- Disponible en: http://www.prbb.org/quark/24/imim_Q24/024025.html

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- ✓ CDC: Guidelines for Treatment of Sexually Transmitted Diseases. Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol.47/Nº. RR-1, 1998.
- ✓ CDC: US Public Health Service Recommendations for HIV Counselling and Voluntary Testing for Pregnant Women. MMWR, 1995; volume 44(RR-7): 1-15.
- ✓ Gala González A. Identifican tratamiento para impedir infecciones del SIDA de madre a hijo. BOLIPK. La Habana Julio 1999; 9(26):204-205.
- ✓ Gala González A. Nuevos orígenes de las infecciones del SIDA BOLIPK. La Habana Julio 2002; 9(26):204-205.
- ✓ Guías sobre la Vigilancia del VIH de Segunda Generación. ONUSIDA/OMS. 2000.
- ✓ Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Ministério da Saúde, Coordenação Nacional DST e AIDS. 1999.
- ✓ MINSAP. Dirección Nacional de Epidemiología. Reunión VIH/SIDA/ITS. Municipios más afectados en Cuba. La Habana 24 Mayo del 2002.
- ✓ Molina R. Los casos de SIDA declarados se reducen en España un 15% durante 1998. BOLIPK. La Habana Diciembre 1999; 10(30):250-53.

- ✓ Roses M. Diez países de América Latina Logran rebajar en medicamentos contra el SIDA. OPS. Washington, 12 junio del 2003 (reuters) En: INFOMED Red telefónica de Salud en Cuba. Junio 2003; 10(162): 3-4.

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento de participación en proyecto de investigación médica.

El (la) que suscribe _____: doy mi conformidad para participar en la investigación “Conocimientos sobre el control y seguimiento de su enfermedad en pacientes de SIDA”. Para dar este consentimiento he obtenido una explicación amplia de la utilidad de la misma ofrecida al respecto por la Dra. Marisel Menéndez Román (autora), quien me ha informado que:

1. El cumplimiento de las orientaciones que debe darme el médico de mi familia cuando asisto a consulta y el cumplimiento de la terapéutica indicada son factores pronósticos esenciales en la prevención de complicaciones mejorando mi calidad de vida y tiempo de supervivencia.
2. Esta investigación tiene como objetivo principal explorar los conocimientos que tienen los PVS y elevar su nivel de conocimientos en cuanto a su control y seguimiento.
3. Me han hecho saber que mi participación en el estudio es voluntaria y mi decisión de no aceptar la participación en el mismo no va a traerme dificultades. Tengo el derecho a retirarme de la investigación cuando lo considere. Y por ello firmo este documento junto al médico que me proporcionó las explicaciones a los ____ días del mes de _____ de 2009.

Persona: _____ Firma _____

Médico: _____ Firma _____

ANEXO 2

ENCUESTA

Compañeros(as):

Nos encontramos realizando una investigación sobre el nivel de conocimientos que tienen sobre su control y seguimiento los pacientes SIDA para lo cual solicitamos su colaboración respondiendo el cuestionario que se te presenta a continuación, para que sepas que toda la información recogida en él, es absolutamente confidencial y anónima, se le agradece su colaboración.

Responda marcando con una X los datos personales que se le solicitan a continuación.

1. Edad ____

2. Sexo ____

3. Usted conoce que el preservativo (condón) es un método eficaz de protección en las Infecciones de transmisión sexual. ¿Utiliza usted el preservativo en todas sus relaciones sexuales?

____ Si

____ No

¿Pudiera decir en cuál de las siguientes situaciones se encuentra actualmente?

____ Esta casado/a y convive con su esposo/a

____ Esta casado/a pero no convive con su esposo/a

____ Tiene una pareja con la que no está casado/a legalmente, pero viven juntos

____ Tiene una pareja estable con la que tiene relaciones con regularidad, pero no viven juntos

Tiene relaciones eventuales con una pareja, pero sin compromiso, cuando ambos pueden o quieren

Tiene relaciones sexuales cuando se presenta la ocasión

Otra Situación. Especifique

No responde

4. El haberse infectado con el VIH cree Usted que estuvo asociado a alguna de las siguientes situaciones:

No haber usado condón en las relaciones sexuales.

Haber tenido múltiples parejas

Por haber confiado en su pareja

Porque el destino le jugó una mala pasada

Por la exposición al virus en su trabajo

Por no haber tenido información suficiente de cómo se transmite el VIH

Por no saber como protegerse del contagio con el VIH

Quería contagiarse con el VIH

Por compartir con personas seropositivas

Por una transfusión que le pusieron con sangre contaminada

No Se

Otra ¿Cuál?

5. ¿Acude usted a las consultas de seguimiento?

Si No ¿Por qué?

6. Las visitas de consulta y terreno que le realiza su medico deben ser:

a) Semanal b) Quincenal c) Mensual d) No se

7. Acudir a las consultas de seguimiento es importantes porque:

a) ___ Estoy al día con la evolución de los adelantos científicos de mi enfermedad.

b) ___ Me informan de otros casos que han sido diagnosticados.

c) ___ Me indican y me explican los resultados de los exámenes de monitoreo y evalúan periódicamente el tratamiento ofreciéndome la ayuda que necesito para resolver problemáticas que se presenten.

d) ___ No le encuentro importancia alguna pues al final no me resuelve ningún problema pues mi enfermedad no tiene cura.

e) ___ Ayudo al médico a cumplir con el programa.

8. ¿Se ha realizado Usted en los últimos 6 meses algún estudio de monitoreo que le ha indicado el médico para conocer su estado de salud, es decir, se ha realizado el conteo de CD4 y algún estudio de carga viral?

CD4 Si___ No___ ¿Por qué?

Carga Viral Si___ No___ ¿Por qué?

Estos exámenes deben realizarse:

Mensual ___ Dos veces en el año ___

Anual ___ Solo si está con Tratamiento ___

9. Los exámenes de monitoreo sirven para:

a) ___ Saber si tiene anemia

b) ___ Conocer su estado de inmunidad y evaluar la marcha del tratamiento indicado para valorar posibles cambios en la terapéutica.

10. ¿Tiene tratamiento con medicamentos antirretrovirales?

Si ___ No___

11. ¿Le explicó su médico la importancia que tiene para su vida y su salud que usted tome todos los medicamentos antirretrovirales siguiendo estrictamente las orientaciones indicadas por él?

Si ___ No___

12. ¿Ha tomado los medicamentos siguiendo las prescripciones del médico?

Si ___ No___

En caso de negativa la respuesta marque con una X las posibles razones:

Porque no hay todos los medicamentos

Porque son muy caros los medicamentos

Porque se le olvidan

Porque le producen reacciones muy malas (vómitos, diarrea, acidez,

mareo,

Calambre, dolor de cabeza, etc...)

Porque le producen deformaciones en el cuerpo

Porque se siente bien de salud

Porque no quiere tomar medicamentos

Otra. Especifique

13. Tomar los antirretrovirales le ayuda a:

a) Mejoran su estado anímico

b) Le suben la hemoglobina

c) Para prevenir la transmisión de la enfermedad.

d) Le estimulan el apetito

e) ___ Interrumpen la replicación viral, permitiendo al organismo recuperar gradualmente sus funciones inmunológica de forma tal que pueda enfrentar cualquier infección.

f) ___ Para prevenirle gripes.

14. ¿Cuando Usted ha necesitado de servicios de urgencia de Hospitales, servicio de policlínico y de estomatología le ha comunicado al personal que le ha atendido que usted es seropositivo?

Si ___ No ___

ANEXO 3

ALFA DE CRONBACH

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

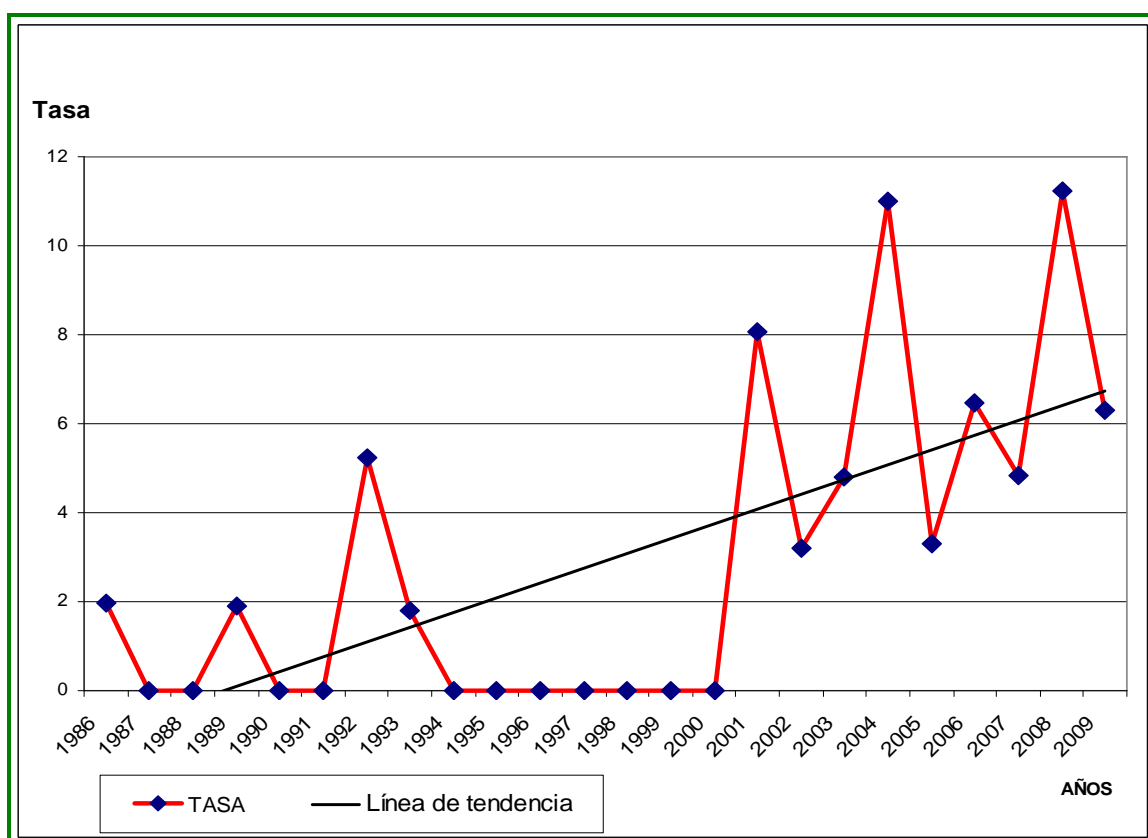
		Mean	Std Dev	Cases
1.	ITEM_A	1,7500	,4523	12,0
2.	ITEM_B	1,6667	,4924	12,0
3.	ITEM_C	1,3333	,4924	12,0
4.	ITEM_D	1,5833	,5149	12,0
5.	ITEM_E	1,5000	,5222	12,0
6.	ITEM_F	1,6667	,4924	12,0
7.	ITEM_G	1,4167	,5149	12,0

N of Cases = 12,0

Item eliminado	Alfa de Cronbach
1	0,7933
2	0,7917
3	0,7801
4	0,7843
5	0,8055
6	0,7548

Reliability Coefficients 7 items
Alpha = ,8128 Standardized item alpha = ,8142

ANEXO 4



Año	Tasa	Año	Tasa	Año	Tasa	Año	Tasa
1986	1.98	1992	5.23	1998	0	2004	11.0
1987	0	1993	1.81	1999	0	2005	3.29
1988	0	1994	0	2000	0	2006	6.48
1989	1.91	1995	0	2001	8.08	2007	4.82
1990	0	1996	0	2002	3.21	2008	11.34
1991	0	1997	0	2003	4.80	2009	6.30

Figura 2: Serie histórica de VIH/SIDA. Municipio Morón.

ANEXO 5

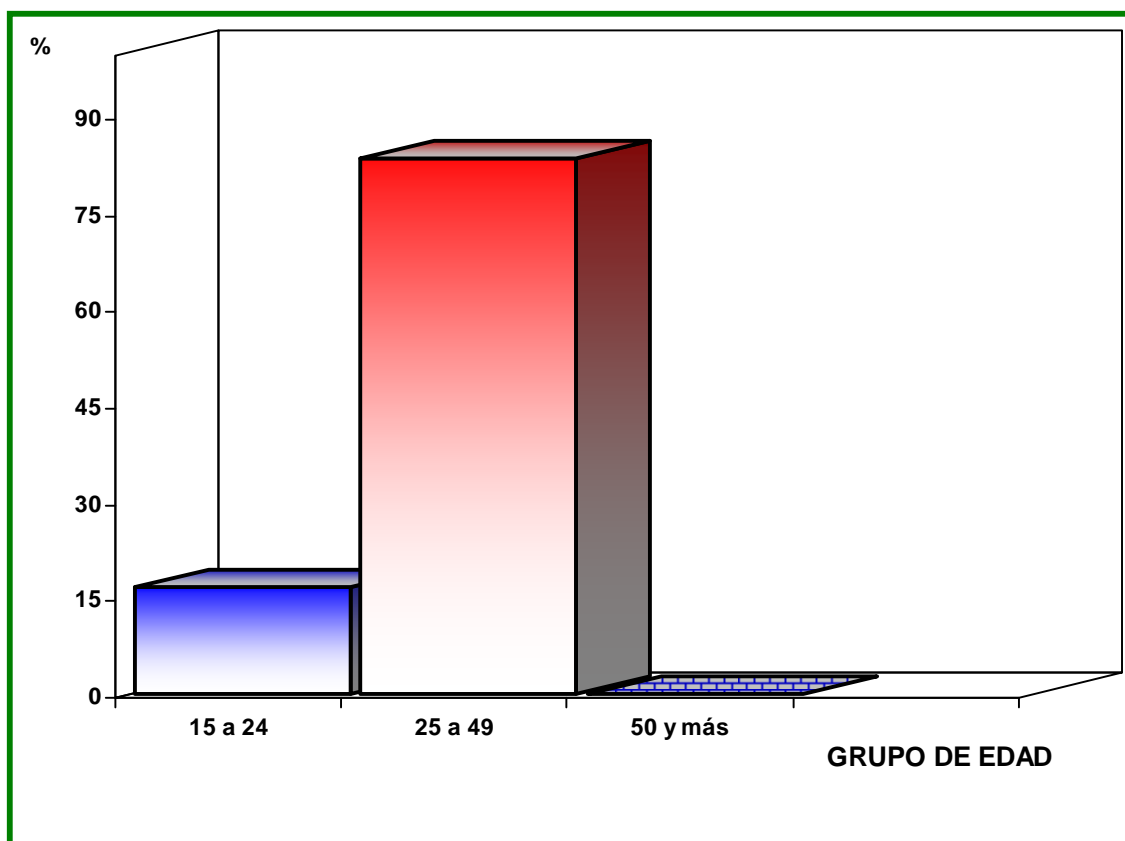


Figura 3: Prevalencia de los casos notificados de SIDA de acuerdo a Grupo de edad. 2009

ANEXO 6

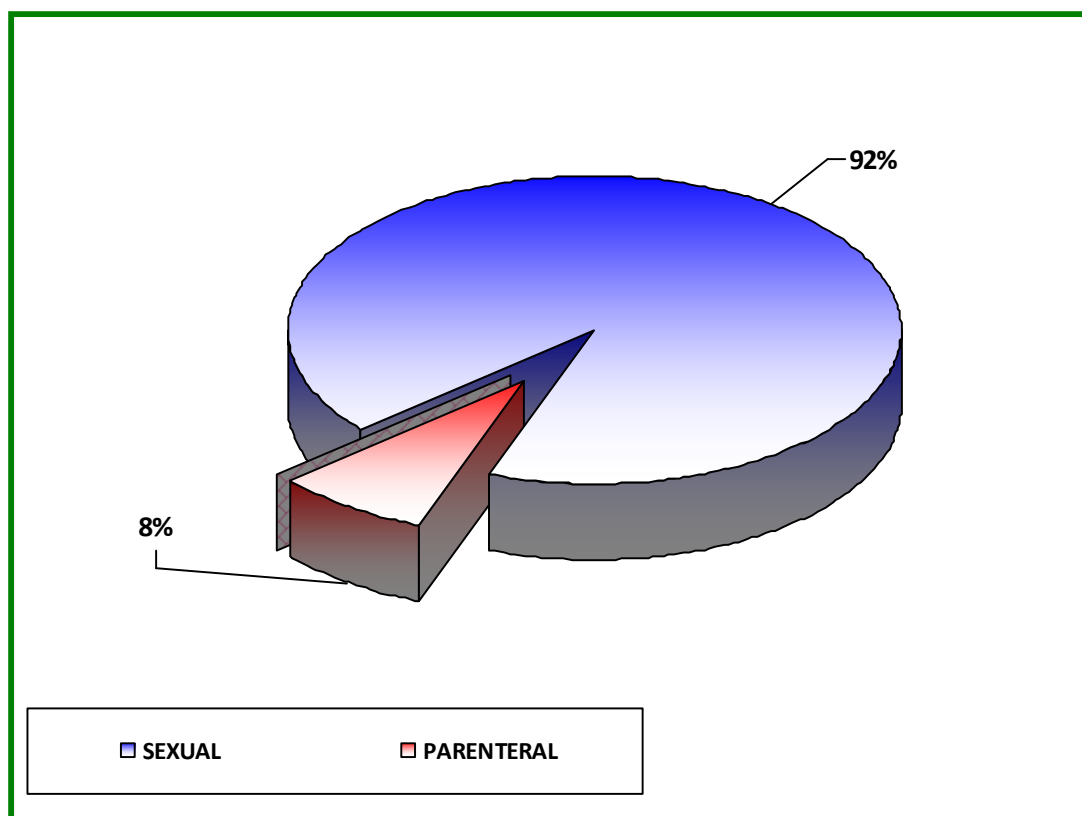


Figura 4: Casos notificados de acuerdo a la Forma de contagio.

ANEXO 7

Estimación de la supervivencia VIH/SIDA. Método de Kaplan- Meier

Time	Status	Cumulative Survival	Standard Error	Cumulative Events	Number Remaining
1,00	vivo			0	41
2,00	muerto	,9756	,0241	1	40
2,00	vivo			1	39
2,00	vivo			1	38
11,00	vivo			1	37
14,00	muerto	,9492	,0350	2	36
14,00	vivo			2	35
15,00	vivo			2	34
17,00	vivo			2	33
17,00	vivo			2	32
19,00	muerto	,9196	,0448	3	31
26,00	vivo			3	30
27,00	vivo			3	29
27,00	vivo			3	28
27,00	vivo			3	27
27,00	vivo			3	26
32,00	vivo			3	25
40,00	vivo			3	24
42,00	vivo			3	23
42,00	vivo			3	22
42,00	vivo			3	21
57,00	muerto	,8758	,0604	4	20
61,00	vivo			4	19
62,00	vivo			4	18
64,00	vivo			4	17
66,00	muerto	,8243	,0757	5	16
68,00	vivo			5	15
69,00	muerto	,7693	,0883	6	14
81,00	vivo			6	13
84,00	vivo			6	12
86,00	vivo			6	11
94,00	muerto	,6994	,1044	7	10
95,00	vivo			7	9
103,00	vivo			7	8
103,00	vivo			7	7
106,00	vivo			7	6
106,00	vivo			7	5
144,00	vivo			7	4
144,00	vivo			7	3
144,00	vivo			7	2
144,00	vivo			7	1
144,00	vivo			7	0
Number of Cases: 42		Censored: 35 (83,33%)		Events: 7	
Survival Time		Standard Error		95% Confidence Interval	
Mean: 117, 95		8, 55		(101, 19; 134,72)	
Percentiles		25,00	50,00	75,00	
Value		.	.	94,00	

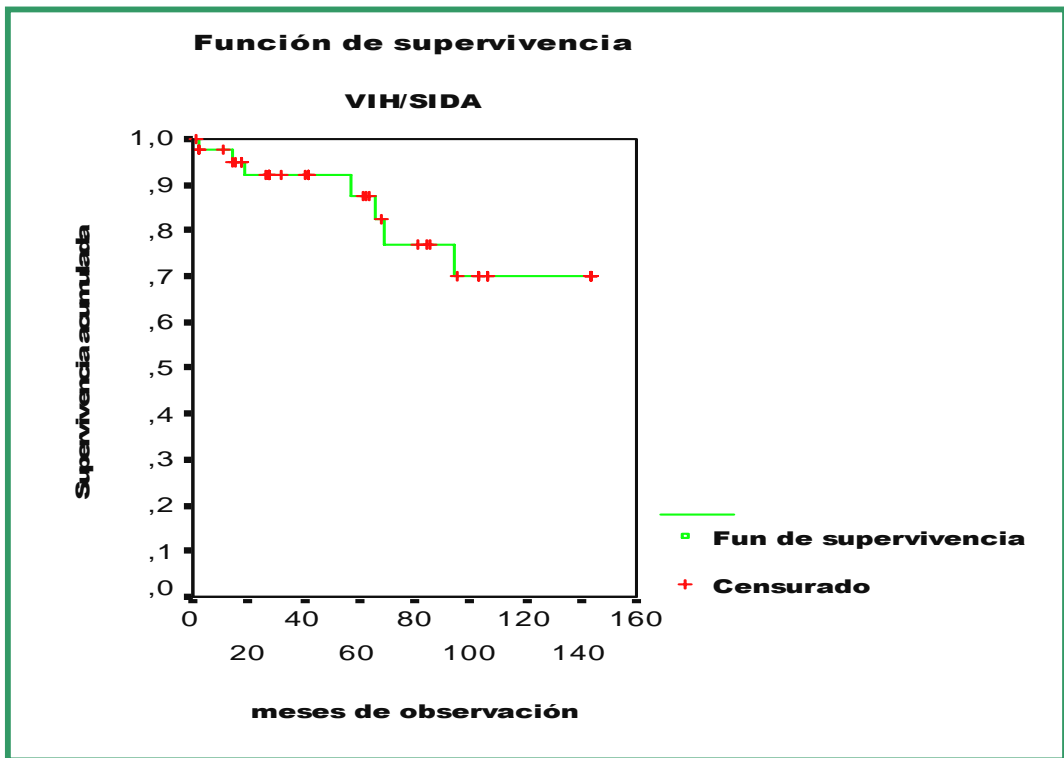


Figura 5: Función de supervivencia VIH/SIDA.1998-2009. Método de Kaplan- Meier

Estimación de la supervivencia SIDA. Método de Kaplan- Meier

Time	Status	Cumulative Survival	Standard Error	Cumulative Events	Number Remaining
1,00	,00			0	22
2,00	1,00	,9545	,0444	1	21
2,00	,00			1	20
2,00	,00			1	19
14,00	1,00	,9043	,0645	2	18
19,00	1,00	,8541	,0781	3	17
27,00	,00			3	16
27,00	,00			3	15
32,00	,00			3	14
42,00	,00			3	13
57,00	1,00	,7884	,0958	4	12
64,00	,00			4	11
66,00	1,00	,7167	,1107	5	10
69,00	1,00	,6450	,1206	6	9
81,00	,00			6	8
84,00	,00			6	7
86,00	,00			6	6
94,00	1,00	,5375	,1405	7	5
144,00	,00			7	4
144,00	,00			7	3
144,00	,00			7	2
144,00	,00			7	1
144,00	,00			7	0

Number of Cases:	23	Censored:	16	(69,57%)	Events:	7
------------------	----	-----------	----	-----------	---------	---

Survival Time	Standard Error	95% Confidence Interval
Mean: 102,68	12,22	(78,73; 126,63)
(Limited to 144,00)		

	Percentiles		
	25,00	50,00	75,00
Value	.	.	66,00
Standard Error	.	.	26,48

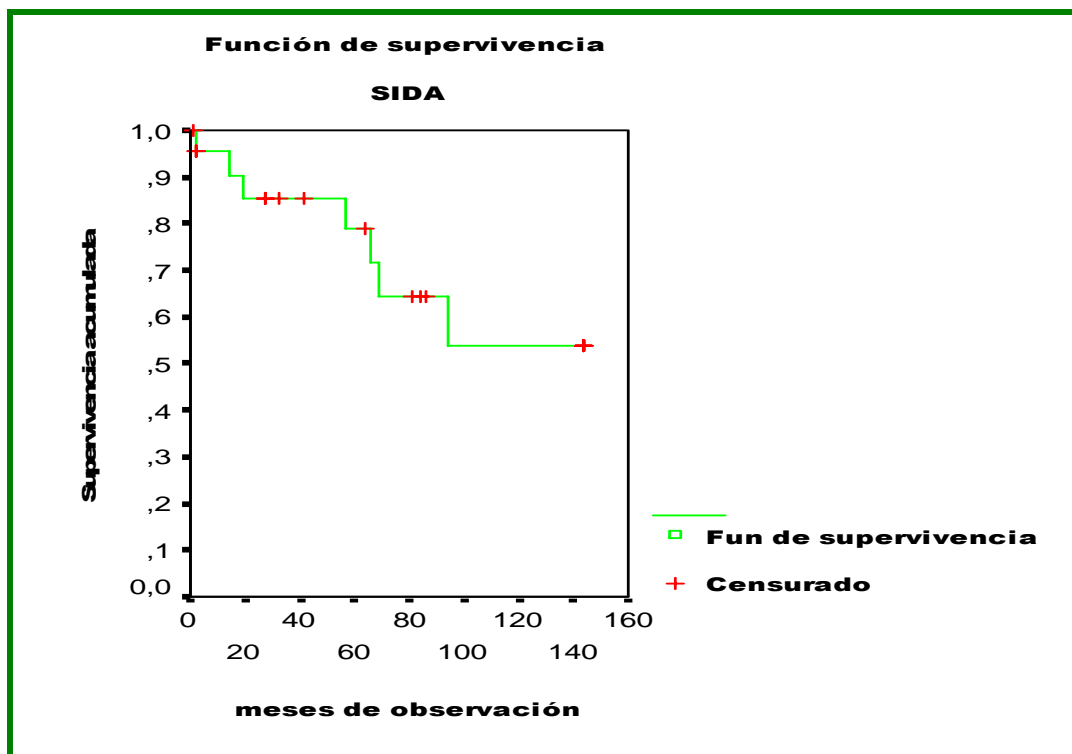


Figura 6: Función de supervivencia SIDA.1998-2009. Método de Kaplan-Meier

¿Qué es la adherencia? Pues muy sencillo es el cumplimiento de las prescripciones médicas que incluyen dieta y los horarios de las tomas de los medicamentos.

Muchos pacientes dejan de tomar los medicamentos por sus efectos adversos, a otros se les olvida y otros no cumplen con los requisitos dietéticos de alguno de ellos, lo que trae como consecuencia la aparición de las llamadas enfermedades oportunistas por la disminución de las defensas del organismo.

Los pacientes deben tomar los medicamentos, pero no solo tomarlos por tomar, deben cumplir con las prescripciones médicas: I horarios establecidos y la dieta en dependencia del tipo de medicamento.

En conjunto con su médico adaptar su estilo de vida: estableciendo calendarios, hasta pueden utilizar un reloj despertador. También puede confiar en un amigo, familiar o compañero de vivienda. Es importante asistir a consulta a recibir información del personal médico o asesor que le ayude a planificar el horario. Y otro

aspecto importante **“NO INGERIR BEBIDAS ALCOHÓLICAS”**



Es fundamental que se tomen los medicamentos tal como los prescribió el médico

**AYUDALOS A VIVIR CON CALIDAD
BRINDALES TU APOYO
DALES TU MANO AMIGA**



**Comunicarse:
Dra. Marisel Menéndez Román
Teléfono: 50 3677 50 4235 CMHE
Morón**



¿Qué sabes del control y seguimiento del SIDA?



¿Qué es el SIDA?

El sida es una enfermedad transmisible de origen viral, que se caracteriza por presentar deterioro grave del sistema de defensa del organismo (sistema inmunológico) y daño a diversos órganos y tejidos debido a la acción directa del virus.

¿Qué importancia tiene el adecuado control y seguimiento de su enfermedad en estos pacientes?

Es imprescindible dejar claro que este control tiene dos aspectos que son fundamentales:

- ✚ Responsabilidad con su salud.
- ✚ Responsabilidad para con la salud de los demás.

Y dentro del primer aspecto se mencionan tres pilares fundamentales:

- ✚ La consulta de seguimiento.
- ✚ Realización de exámenes complementarios de monitoreo.
- ✚ Adherencia al tratamiento



Las personas que están infectadas por el VIH ahora pueden vivir con la enfermedad de forma saludable y productiva

Las consultas de seguimiento tienen una gran importancia porque en ella un grupo multidisciplinario de médicos se encarga de evaluar la marcha del tratamiento que siguen estos pacientes de acuerdo al análisis de los resultados de los exámenes que se le han indicado, el cumplimiento del tratamiento y la dieta.

En ellas se crea el marco propicio donde el paciente puede aclarar dudas, temores, preocupaciones y otros problemas que pudieran estarlo aquejando. La frecuencia de las consultas debe ser establecida de acuerdo al estado del paciente y pueden oscilar entre 15 días a un mes o de acuerdo al criterio médico.

Si tienes un familiar, amigo o algún conocido que no acude a consulta, animalo y explícale su importancia con ello contribuyes a mejorar su calidad de vida.

La realización de exámenes complementarios de monitoreo Seguramente habrás escuchado hablar de CD4 y Carga viral, estos complementarios son de

suma importancia. A través de ellos se evalúa sistemáticamente la integridad inmunológica del paciente, es decir si las defensas del cuerpo están en sus valores normales. También se sabe la cantidad de copias que el virus del VIH produce de si mismo y que están circulando en sangre lo que nos da la medida de la actividad y avance de la enfermedad.

Estos exámenes son costosos y se realizan en los laboratorios de referencias del país a disposición de todos los pacientes.

No permitas que ningún paciente necesitado de estos exámenes deje de realizárselos. Si conoces a alguno recuérdaselo, ayúdalo a sentirse que no está solo y

Y por último y no menos importante está **la adherencia al tratamiento.**