

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por ser mi mejor ejemplo de vida. Por su apoyo incondicional, por formarme con sus valores y educación. Por acompañarme en todas mis decisiones y siempre sentirse orgullosos de mi. Gracias a quienes hoy es posible alcanzar ésta meta.

A mis hermanos por ser mis cómplices, mis compañeros y por estar conmigo en las buenas y en las malas, y aguantarme en cada momento.

A mi abuela Mamina, que tengo la suerte de tenerla hoy conmigo. Por recibirme en su casa cada vez que necesité estudiar y por acompañarme en éste camino, preocupándose siempre por mí. También a mis abuelos que hoy no están conmigo, quienes en mi corazón me acompañan. Y a toda mi familia.

A mi novio, por haberme acompañado en todo éste camino, por no dejarme bajar los brazos nunca y apoyarme en cada decisión que tome. Gracias por su incondicionalidad y amor.

A mi compañero de estudio de toda la carrera, que me aguantó en todo momento. Gracias por estar ahí siempre escuchándome y dándome confianza. Gracias por compartir ésta carrera conmigo.

A mis grandes amigas/os de mi vida, por sus consejos y por siempre tener la palabra justa, por aguantar uno y cada uno de mis mal humores. Gracias por ser incondicionales.

A mis amigas/os que la facultad me permitió conocer. Gracias por acompañarme en mis desvelos, en mis fracasos, en mis aciertos. Por ser mi oído incondicional a la hora de mis inseguridades, y por siempre demostrarme que todo es posible.

A mi director de tesis, el Doctor Guillermo Recúpero, por su colaboración, por su tiempo y predisposición para ayudarme.

A mi tío Gustavo, quien me guió, ayudó y colaboró con todo su conocimiento sobre el tema de este trabajo.

A todo el personal del sector de infectología del Hospital Ángel C. Padilla por su buena predisposición y colaboración para que pueda realizar la recolección de datos.

A todos aquellos que me acompañaron en algún momento en éste camino, les agradezco.

ÍNDICE

Resúmen.....	5
Introducción	7
Capítulo I:Planteamiento del problema.....	10
Objetivos.....	11
Objetivo general	11
Objetivos específicos	11
Interrogantes	11
Justificación.....	12
Capítulo II:Antecedentes	14
Capítulo III: Marco Teórico	21
VIH/SIDA	22
Historia del VIH/SIDA.....	22
VIH	23
mecanismo de acción	23
SIDA.....	25
Diferencia entre VIH y SIDA	25
Período ventana.....	26
Historia natural o evolución.....	26
Transmisión	28
Diagnóstico.....	29
Seguimiento.....	30
Tratamiento antirretroviral.....	30
Datos estadísticos	32
Derechos y VIH/SIDA.....	33
Alimentación y nutrición em infeccion por VIH	35
Alimentación	35
Nutrición.....	35
Nutrición em personas portadoras VIH/SIDA.....	35
Objetivos de intervención nutricional.....	36
Beneficios de una buena alimentación.....	37
Tratamiento nutricional em el TARV.....	37
Factores que influyen em necesidades nutricionales de pacientes VIH....	38
Trastornos del estado nutricional em pacientes com VIH	39
Evaluación del estado nutricional	42

Higiene y seguridad alimentaria	43
Capítulo IV: Materiales y Métodos	45
Tipo de estudio.....	46
Hipótesis de investigación	46
Variables.....	46
Diseño	48
Población.....	49
Muestra.....	49
Tipo y técnica de muestreo.....	49
Criterios de inclusión.....	49
Instrumentos de recolección de datos	50
Plan de análisis de datos.....	50
Capítulo V: Resultados	51
Características de la muestra	52
Características del tratamiento del VIH.....	54
Análisis descriptivo del estado nutricional antropométrico.....	58
Análisis descriptivo de encuesta sobre control nutricional.....	62
Análisis descriptivo del grado de conocimiento acerca VIH, SIDA, alimentación, nutrición em personas con VIH/SIDA	66
Capítulo VI: Comprobación de hipótesis	67
Capítulo VII: Discusión y Conclusión	72
Capítulo VIII: Propuestas	77
Referencias Bibliográficas	79
Anexos	82
Anexo N° 1: Pedido de autorización al director del hospital	83
Anexo N° 2: Consentimiento informado	84
Anexo N°3: Ficha de datos personales.....	86
Anexo 4: Encuesta sobre conocimiento acerca VIH/SIDA, alimentación, nutrición pacientes infectados con VIH.	89
Anexo 5: Encuesta sobre control nutricional.....	92

RESÚMEN

Objetivo: El objetivo general de éste trabajo es determinar la influencia e impacto de las prácticas nutricionales sobre el estado nutricional de los pacientes infectado con VIH que asisten al Hospital Ángel C. Padilla de San Miguel de Tucumán en los meses de Junio y Julio del año 2015. Los objetivos específicos son: evaluar si el control nutricional influye en el estado nutricional de los pacientes con VIH participantes del estudio, indagar el motivo por el cual los pacientes con VIH no concurren al control nutricional e investigar qué grado de conocimientos tienen los pacientes con VIH sobre su enfermedad y los beneficios que aportan una adecuada alimentación y nutrición sobre su patología.

Materiales y métodos: El tipo de estudio es descriptivo y explicativo, con diseño no experimental y de corte transversal. Los instrumentos utilizados son: balanza, estadiómetro, ficha de datos personales, encuestas sobre conocimiento acerca VIH/SIDA, alimentación y nutrición de las personas que viven con VIH/SIDA; y encuesta sobre el control nutricional.

Resultados: La muestra fué conformada por 100 pacientes. En referencia al estado nutricional, el 50% presentó exceso de peso, el 42% peso normal y el 8% bajo peso. Con respecto a la realización de control nutricional, el 48% lo realiza. El 32% de la muestra presenta adecuado control nutricional y el 68% inadecuado control nutricional. El 28% de la muestra que presenta peso normal tiene un adecuado control nutricional, y el 48% de la muestra que presenta sobrepeso tiene un inadecuado control nutricional. También tienen un inadecuado control nutricional el 7% que presenta desnutrición. Con relación del grado de conocimiento, el 46% presentan bajo grado de conocimiento, el 39% medio y el 15% alto grado de conocimiento. En relación al motivo por el cual los pacientes no asisten al control nutricional, el mayor porcentaje, el 30% indicó que por falta de conocimiento de la importancia del mismo para su salud.

Conclusión: Se observa que el mayor porcentaje de la muestra presenta exceso de peso con un riesgo metabólico elevado, ya que gran porcentaje presenta hipercolesterolemia, y aunque el porcentaje de personas con hipertrigliceridemia no sea alto, los valores que presentaban fueron muy altos y hay que tenerlos en cuenta. Además es mínimo el porcentaje que presenta bajo peso. Con respecto al control

nutricional, aunque el porcentaje de personas con un adecuado control nutricional es bajo, la mayoría de éstos presentan peso normal, siendo mínimo el porcentaje de personas que presentan bajo peso y exceso de peso. Hay que destacar, que la mayoría de las pacientes que realizaban un inadecuado control nutricional presentaron exceso de peso. En éste estudio también se indagó cual era la razón por la cual los pacientes con VIH no concurrían a control nutricional, y la mayoría indicó que no lo hacía porque desconocían la importancia asistir al control nutricional y pensaban que no era necesario. En cuanto al grado de conocimiento que presentaban los encuestados sobre su enfermedad y los beneficios que aportan una adecuada alimentación y nutrición sobre su patología, se determinó que la mayoría presenta bajo grado de conocimiento.

INTRODUCCIÓN



El virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) se ha convertido en uno de los principales problemas en salud pública en el mundo, y por supuesto, en la enfermedad de transmisión sexual (ETS) más importantes de todos los tiempos.

De acuerdo a los últimos informes de la OMS en el año 2012, el número de personas que viven en el mundo infectados por VIH son 35,3 millones.

El VIH infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de dicha infección y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el virus.

La alimentación contribuye al buen funcionamiento del sistema inmunológico. Mantener unos hábitos alimentarios correctos es fundamental para nuestra salud en general y más aún si vivimos con el VIH, que puede deteriorar el sistema de defensa del organismo.

Gracias al tratamiento antirretroviral el pronóstico de mortalidad por SIDA en pacientes infectados por VIH se redujo considerablemente, pero éste tratamiento produce alteraciones metabólicas como: dislipemia con perfil lipídico aterogénico, insulino resistencia y lipodistrofia. A pesar de que éstas complicaciones metabólicas incrementan considerablemente el riesgo de enfermedades cardiovasculares en pacientes con VIH, a nivel mundial se consensuó no interrumpir el tratamiento antirretroviral. Es por ello que la dietoterapia realizada por un especialista en nutrición, deber ser uno de los pilares fundamentales dentro del esquema de tratamiento desde el diagnóstico de la infección.

Sumado a las complicaciones del tratamiento antirretroviral, hay que tener en cuenta que durante la evolución habitual de la infección por VIH se pueden pasar momentos en que resulta difícil alimentarse adecuadamente y con normalidad, a veces por falta de apetito cuando se tiene fiebre, o por dolor al masticar o al tragar, por los habituales episodios de diarrea o por otras causas relacionadas con el VIH o

con sus tratamientos. Por todo ello conocer lo que se puede hacer en tales circunstancias para combatir la debilidad física o la desnutrición puede resultar muy útil.

La buena nutrición ha sido siempre una parte importante de la buena salud. La mayoría de las personas sabe poco de nutrición. De un modo u otro, la mayoría de nosotros tenemos conocimiento acerca de los cuatro grupos de alimentos. Sin embargo, ahondar en lo que significa la “buena” nutrición es más difícil. En general, la buena nutrición significa comer los alimentos apropiados, en cantidades adecuadas, en el momento preciso.

El objetivo general que se persigue en esta investigación es determinar la influencia e impacto de las prácticas nutricionales sobre el estado nutricional de los pacientes infectados con VIH que asisten al Hospital Ángel C. Padilla.

Respecto al tipo de estudio, es descriptivo y explicativo, de corte transversal, con diseño no experimental. Los instrumentos empleados para la recolección de datos son: balanza, estadiómetro, ficha de datos personales, encuesta sobre conocimiento acerca VIH/SIDA, alimentación y nutrición; y encuesta sobre control nutricional. El trabajo de campo se realizó con los pacientes infectados por VIH del sector de Infectología del Hospital Ángel C. Padilla durante los meses de Junio y Julio del año 2015.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA



1.1 OBJETIVOS

1.1.1 General

- Determinar la influencia e impacto de las prácticas nutricionales sobre el estado nutricional de los pacientes infectado con VIH que asisten al Hospital Padilla de San Miguel de Tucumán en los meses de junio y julio del año 2015.

1.1.2 Específicos

- Evaluar si el control nutricional influye en el estado nutricional de los pacientes con VIH participantes del estudio.
- Indagar el motivo por el cual los pacientes con VIH no concurren al control nutricional.
- Investigar qué grado de conocimiento tienen los pacientes con VIH sobre su enfermedad y los beneficios que aportan una adecuada alimentación y nutrición sobre su patología.

1.2 INTERROGANTES

- ¿Influye el control nutricional sobre el estado nutricional de los pacientes con VIH participantes del estudio?
- ¿Cuál es el motivo por el cuál los pacientes con VIH no concurren al control nutricional?
- ¿Qué grado de conocimiento tienen los pacientes con VIH sobre su enfermedad y los beneficios que aportan una adecuada alimentación y nutrición sobre su patología?

1.3 JUSTIFICACIÓN

En los últimos años se ha comprobado, cada vez con mayor frecuencia, que la buena nutrición es parte esencial del cuidado de la salud de las personas infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). No obstante, son muy pocas las personas que comprenden realmente la importancia que tiene una correcta nutrición y alimentación en la vida de las personas con VIH.

El conjunto de estilos de vida saludables , hábitos alimentarios adecuados, soporte nutricional y medico periódico y toma correcta de medicamentos antirretrovirales, desde el diagnostico de la infección pueden ayudar a las personas con VIH/SIDA a prolongar su vida con mejor calidad, reducir el riesgo de contagiarse de otras enfermedades, a mantenerse saludables y productivos por más tiempo, a recuperar y mantener un peso corporal saludable, a disminuir efectos nutricionales colaterales de los medicamentos, logrando un mejor estado de ánimo y salud.

La educación nutricional, para que el paciente con VIH adquiera conocimiento sobre los beneficios de una correcta nutrición y como llevarla a cabo, beneficia a la salud del paciente, ya que logra que éste adquiera mayor adherencia tanto a su tratamiento médico como nutricional.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante conocer si en la actualidad los pacientes con VIH que asisten al Hospital padilla concurren o no a control nutricional, con qué frecuencia lo hacen, cómo influye el mismo en su estado nutricional e indagar cual es el motivo que los lleva a que concurren o no a dichos controles.

También es importante determinar qué conocimientos tienen éstas personas sobre su enfermedad y los beneficios que aportan una adecuada alimentación y nutrición sobre su patología.

Éste estudio beneficia no solo a los pacientes que están infectados con VIH, ya que brinda información relevante y el conocimiento que la persona requiere sobre su enfermedad y sobre todas aquellas cosas que les brindan beneficios a su salud, incluida la nutrición; sino también a todos aquellos profesionales relacionados con la nutrición , ya que este es un tema muy poco profundizado en esta rama y muy

importante en la salud de estas personas ,por lo que ayuda a que se le de mayor importancia de la que se le da en la actualidad.

CAPÍTULO II

ANTECEDENTES



1) EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL A USUARIAS QUE CONVIVEN CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) EN EL HOSPITAL MATERNIDAD GINECO-OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR.

AÑO: 2012

AUTOR: Natali Azucena Baque Toala

OBJETIVO: identificar el estado nutricional de las usuarias que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana del Hospital Maternidad Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor del área de plan canguro de la consulta externa.

MATERIALES Y METODO: Este es un estudio descriptivo y transversal, con una muestra de 60 pacientes portadoras del VIH/SIDA del Hospital Maternidad Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor del área de plan canguro de consulta externa. Se aplico una encuesta de 17 preguntas, donde se analizo no solo el estado nutricional sino también el nivel de conocimiento sobre nutrición, los signos y síntomas más frecuentes asociados a un déficit nutricional que presentan y la calidad y tipo de alimentos que consume la población objeto.

RESULTADOS: El rango de edad más afectado es el de la población joven, de veinticinco a treinta y cinco años de edad, con el 45% de los casos, que el 35% de las usuarias presentan desnutrición, el 75% de la pacientes han presentado pérdida de peso, 80% diarreas, el 55% pérdida de apetito, 80% fiebre, el 63% de la pacientes no toman los retrovirales y desconocen de los lugares donde pueden obtener la medicación de manera gratuita.

CONCLUSIÓN: existe por parte de las usuarias un mal hábito nutricional relacionado con un déficit de conocimiento sobre la manera adecuada de nutrirse y los beneficios que puede obtener al conocer un portador de VIH/SIDA para mejorar su calidad de vida. También presentan un déficit de conocimiento sobre la patología en si misma y de los lugares donde pueden obtener la medicación de manera gratuita.

2) ESTADO NUTRICIONAL, ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL Y REDES DE APOYO EN PACIENTES CON HIV.

AÑO: 2013

AUTOR: María Emilia Roncoroni Stabile

OBJETIVO: Determinar el estado nutricional y la adherencia al tratamiento nutricional y el rol que cumplen las redes sociales de apoyo en pacientes VIH positivos que asisten a una red de personas con VIH/SIDA en la ciudad de Mar del Plata en el año 2013.

MATERIALES Y METODO: Investigación de tipo cuantitativa descriptiva de corte transversal. Un total de 100 personas de ambos sexos que asisten a una red de personas con VIH/SIDA completaron una encuesta con información sociodemográfica y alimentaria indagando sobre el peso y la talla y la asistencia a controles nutricionales, compuesta también por una frecuencia de consumo, finalizando con el cuestionario MOS de apoyo social compuesto por 20 items, donde el numero 1 hace referencia al tamaño de la red social y los 19 restantes están referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional: emocional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo.

RESULTADOS: La mayoría de los participantes de la muestra cuentan con un estado nutricional Normal, con un 52%, seguido por un 45% que poseen exceso de peso. Un 44% de los encuestados nunca ha asistido a un control nutricional, mientras que un 26% lo ha abandonado y el resto lo continúa actualmente. Aquellos que nunca han asistido a control nutricional no lo hacen principalmente por razones de falta de indicación nutricional, falta de interés y por desconocimiento. Respecto a la adherencia a las recomendaciones nutricionales, esta presenta hábitos dietéticos comunes en la muestra, donde se evidencia que los grupos con los valores más altos en la categoría adecuado son huevo, carnes y cereales, en la categoría medianamente adecuado son el agua y el azúcar y por último las frutas secas y los cereales y el pan en las categorías inadecuado por carencia y por exceso respectivamente. El apoyo social estructural mostró un número de amigos y familiares que oscila entre 0 y 9, con un promedio de 4,3 y 3,9 respectivamente. El apoyo social funcional mostró los valores más altos del índice global en el valor

mediano, y respecto a las distintas dimensiones tanto en la dimensión emocional, como en la material y de las relaciones sociales el valor más alto se obtuvo en el valor mediano y en la dimensión de amor y cariño se observa una mayoría en el valor máximo.

CONCLUSIÓN: Al analizar la existencia de relación entre la variable estado nutricional y la asistencia al control nutricional por medio del test de hipótesis Chi-Cuadrado no es posible afirmar que exista relación entre las variables anteriormente mencionadas. La misma conclusión se obtuvo al relacionar el índice global de apoyo social con la asistencia a los controles nutricionales. Al observar que un 45% de los pacientes presentan exceso de peso, y que un 44% no asiste actualmente al nutricionista es interesante destacar la necesidad de reorientar el tratamiento de pacientes que conviven con esta enfermedad involucrando no solo aspectos farmacológicos sino también psicológicos y sociales.

3) ATENCIÓN NUTRICIONAL, TIEMPO DESDE EL DIAGNOSTICO, CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS E INDICE DE MASA CORPORAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA.

AUTORES: Georgina Mayela Núñez Rocha, Kristin M. Wall, Mayte Chávez Peralta.

AÑO: 2013

OBJETIVO: Evaluar la asociación entre el diagnóstico, las características demográficas y el índice de masa corporal (IMC) en pacientes con VIH/SIDA en Monterrey, México. Así como proporcionar información sobre la prevalencia del sobrepeso/obesidad y la referencia del paciente al Servicio de Nutrición.

MATERIALES Y METODO: Es un estudio transversal de pacientes con VIH/SIDA tratados en la Consulta Externa de segundo nivel de atención (n = 241). Mediante entrevista se obtuvo información sobre su referencia para atención nutricional, el periodo desde el establecimiento del diagnóstico y datos demográficos. Una dietista capacitada obtuvo las medidas antropométricas. Por regresión logística binaria

múltiple se evaluó la asociación entre el incremento en las categorías de IMC y las variables de interés.

RESULTADOS: La media de edad de los pacientes fue de 40.6 ± 11.2 años, 87% del sexo masculino, 79.2% económicamente activos, 65% solteros y 60% tenían una educación inferior a la universitaria. El tiempo promedio desde el establecimiento del diagnóstico fue de 6.5 ± 5.4 años. La prevalencia de sobrepeso y de obesidad fue de 35.8 y 12.5%, respectivamente. Solamente 18% de los pacientes fueron referidos al Departamento de Nutrición para su atención. El periodo desde el diagnóstico, la suma de las medidas de pliegues cutáneos y el índice cintura-cadera predijeron significativamente la categoría del IMC (normal/bajo peso vs. sobrepeso/obesidad), al controlar por referencia a la atención nutricional e ingesta de carbohidratos; la edad y estado civil no se asociaron con las categorías del IMC.

CONCLUSIÓN: La identificación de factores predisponentes al sobrepeso/obesidad en pacientes con VIH/SIDA constituye un primer esfuerzo para cuidar la atención nutricional, tanto como la carga viral o la cuenta de células CD4+, particularmente ahora que la tasa de supervivencia es más alta y por consecuencia es mayor el tiempo de vida con la enfermedad.

4) CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON VIH EN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

AUTORES: Jhon Jairo Bejarano-Roncancio, Martha Eugenia Ramírez, Valerín Saurith-López, Otto Alberto Sussman-Peña

AÑO: 2011

OBJETIVO: Describir los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias de los pacientes diagnosticados con la infección por VIH, asintomáticos, en fase clínica con tratamiento farmacológico.

MATERIALES Y METODO: Se realizó un estudio exploratorio descriptivo utilizando una encuesta de CAP que diligenciaron voluntariamente 108 pacientes en consulta externa ambulatoria de dos instituciones privadas de Bogotá.

RESULTADOS Se analizaron 108 encuestas en tres componentes. Conocimientos: el 58,7% refirió haber recibido Información acerca de cómo debe ser su alimentación; el 32,3% fue suministrado por nutricionista. La fibra es el principal componente que tienen en cuenta a la hora de escoger alimentos (65%) y la proteína la consideran como el nutriente más benéfico (52%). Actitudes: el 61,8% manifestaron que el diagnóstico dificulta la selección y compra de alimentos por falta de información. El apetito, luego de reflexionar sobre el diagnóstico no ha sufrido cambios en el 49,5% de los participantes. Prácticas: el 75% reconoció la importancia de consumir suplementos y complementos; tan solo el 35,7% los consume. Cuando compran alimentos industrializados, el 66,4% verifica la fecha de vencimiento y el rotulado nutricional.

CONCLUSIÓN: Los alimentos que más consumen son aquellos que hacen parte de la canasta básica para la población colombiana; sus hábitos no difieren significativamente del resto de población. Se observó un escaso o confuso conocimiento en los temas de la alimentación y nutrición en la infección por VIH, porque sus actitudes y prácticas no son las más adecuadas, siendo un factor preocupante para su estado nutricional y calidad de vida. La mayoría de los pacientes reconoció que la información en alimentación y nutrición la obtienen de fuentes no profesionales. Se evidencia una regular remisión por el médico general o tratante hacia el profesional nutricionista. Es común la práctica de automedicación y dosificación en el uso y consumo de complementos y suplementos alimenticios.

5) NUTRICIÓN EN EL PACIENTE HIV

AUTORES: María del Huerto Arias Amicone

AÑO: 2010

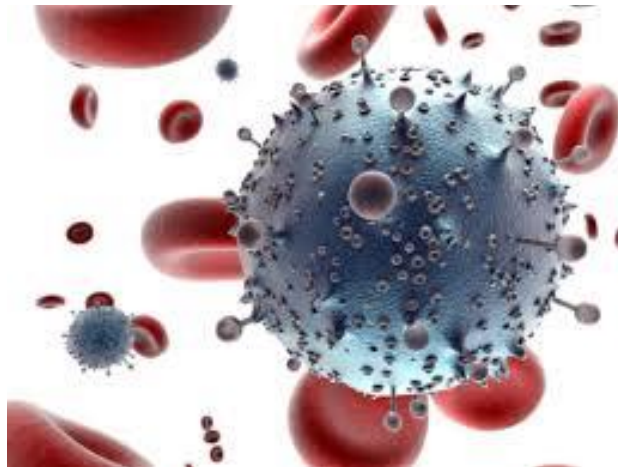
OBJETIVO: Analizar la alimentación de los pacientes con HIV que asisten a control al Hospital Centro de Salud Zenón Santillán y realizar conjuntamente una valoración del estado nutricional actual de los pacientes. También analizar cuáles son los síntomas que con frecuencia refiere el paciente luego de ingestión conjunta de alimentos y medicamentos retrovirales. Por último se tratará de determinar cuál es el tiempo de la nutrición que más afectado se encuentra.

MATERIALES Y METODOS: Estudio descriptivo, transversal, y retrospectivo. Los instrumentos utilizados son: balanza, estadiómetro, cinta métrica, calibre de skinfold Thickness con una precisión de 1mm, historia dietética la cual incluye datos personales, datos clínicos y recordatorio alimentario.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: La muestra quedó conformada por 19 pacientes. Según las pruebas estadísticas, se afirma que la alimentación de los pacientes con VIH es insuficiente para cubrir sus necesidades calóricas propias de la enfermedad. Ésto se debe a que no hay una buena elección en cuanto a los alimentos que consumen a lo largo del día. Sin embargo existe un predominio del estado nutricional excesivo en la muestra. La mayoría presenta incremento en la masa grasa a nivel abdominal, a partir de la suba progresiva de los triglicéridos y del colesterol. En cuanto a los síntomas relacionados con la ingesta conjunta de alimento y medicamento, se afirma que no existen diferencias significativas entre los síntomas referidos a: la cavidad oral y deglución, la digestión y la excreción.

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO



3.1 VIH/SIDA

3.1.1 HISTORIA VIH/SIDA

La era del sida empezó oficialmente en 1981, cuando el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) describió por primera vez el Síndrome de la Inmunodeficiencia Humana (SIDA), que se daba en adultos jóvenes cuyo cuadro inicial eran infecciones raras o cáncer, como la neumonía por *Pneumocystis Carinii* y el sarcoma de Kaposi, observándose también una depresión profunda de la inmunidad celular. Al principio se lo limitó solamente a un agente infeccioso de transmisión sexual.

La creencia inicial limitó esta enfermedad solo a homosexuales. Y por la aparición de unas manchas de color rosáceo en el cuerpo del infectado llevó a algunos autores a denominarla “Síndrome de Inmunodeficiencia relacionada con los homosexuales” o “Peste Rosa”.

Luego de un tiempo, nuevos casos de SIDA fueron descritos en pacientes no homosexuales, como drogadictos, hijos de madres en riesgo, parejas heterosexuales, trabajadores de la salud, entre otros.

En 1983 y 1984, fruto de aislar el virus de la inmunodeficiencia humana y realizar posteriores estudios, dos científicos franceses lograron describir el virus y desarrollar un anticuerpo que identificaban a los infectados entre los grupos de riesgo.

En 1986 se identificó en París una variante del VIH, denominada VIH-2. El mundo médico y las autoridades pensaron que la epidemia se limitaba al África occidental. La comisión de Nomenclatura de Virus decidió que el agente del sida se llamaría definitivamente Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). La organización mundial de la salud (OMS), decreto el día 1 de diciembre “Día Mundial del SIDA”.

En 1987 se aprobó el primer fármaco contra el SIDA: AZT, también llamado Zidovudina. Los ensayos con AZT, dieron las primeras evidencias acerca de la posibilidad de obtener un tratamiento para esta patología. Resultaba apto para mejorar la calidad de vida y probablemente para prolongar la vida de las personas afectadas.

Actualmente no se conoce concretamente la causa de la aparición del VIH, pero la teoría más reconocida actualmente, sostiene que el VIH proviene de un virus llamado «virus de inmunodeficiencia en simios» (SIV, en inglés), el cual es idéntico al VIH y causa síntomas similares al SIDA en otros primates.

3.1.2 VIH

El VIH, Virus de Inmunodeficiencia Humana, es un virus que pertenece a la familia de los retrovirus por transcribir el ARN a ADN y al género lentivirus, que se caracteriza por producir enfermedades lentamente progresivas y fatales.

Este virus infecta las células del sistema inmunitario y destruye o daña su funcionamiento. La infección por este virus provoca un deterioro progresivo del sistema inmunitario, lo que deriva en la inmunodeficiencia.

Hay dos tipos de VIH: El tipo de VIH-1 que predomina en todo el mundo y el tipo VIH-2 es más común en África. Este último evoluciona más lentamente y por ello su periodo de incubación es más largo, además tiene menores niveles de virus circulantes lo que lleva a que sea menos agresiva la infección y que haya menos posibilidades de transmisión. Los genomas del VIH-1 y VIH-2 tienen una similitud de sólo el 40 a 50%.

El VIH vive el tiempo que tarda una gota de sangre en secarse. Aún en el semen que queda en el preservativo, los espermias y el virus viven máximo 15 minutos, por lo que su vida es demasiado corta.

3.1.3 MECANISMO DE ACCIÓN

El virus tiene dos objetivos principales: los linfocitos CD4 y los macrófagos de los tejidos. Una vez que ha penetrado en el organismo, el VIH se une a la célula diana por medio de las glicoproteínas de la envoltura, especializadas para reconocer de forma específica a los receptores CD4 presentes en la membrana de la célula a la que va a infectar. A continuación se produce un proceso de fusión entre la membrana del virus y la de la célula, lo que permite la entrada del virus dentro de ésta célula.

La primera etapa del proceso de reproducción consiste en la transformación del ARN viral en ADN viral, que posteriormente se integrara en el ADN de la célula infectada. Ésta transformación a ADN se consigue gracias a una enzima del VIH, la transcriptasa inversa. El material genético del virus en forma de ADN, con todas las posibles mutaciones provocadas por la transcriptasa inversa, se inserta en el interior de la célula infectada gracias a la acción de otra enzima la integrasa.

El ADN del virus, denominado provirus, se integra al ADN de la célula infectada y allí permanece silente hasta que en determinadas condiciones, es activado por la producción de nuevas partículas virales. La integración del provirus en el genoma de la célula infectada es indispensable para la replicación del virus.

Una vez integrado en el patrimonio genético de la célula, el provirus será transmitido, junto al ADN de la célula infectada. Si el ADN viral del VIH no se integra en el ADN celular, la replicación del VIH no se lleva a cabo.

Una vez que el ADN viral se ha integrado en el ADN celular no puede ser extraído del lugar donde se ha integrado. Como consecuencia, la infección en esa célula perdura a no ser que la propia célula sufra un proceso de ruptura inducido por el sistema inmunitario o bien de forma natural.

Durante la gemación, es decir, en la fase final de la replicación del VIH, el nuevo virus se libera de la célula infectada y a través de la fase de la replicación del VIH, el nuevo virus se libera de la célula infectada y a través de la fase de maduración se transforma en la partícula viral definitiva, capaz de infectar otras células.

El proceso de maduración se produce gracias la trabajo desarrollado por la proteasa, la enzima viras que permite que se formen las proteína necesarias para que madure el virus una vez que este se ha replicado dentro de la célula infectada.

A medida que el virus destruye las células inmunitarias y altera su función, la persona infectada se va volviendo gradualmente inmunodeficiente. La inmunodeficiencia entraña una mayor sensibilidad a muy diversas infecciones y enfermedades que las personas con un sistema inmunitario saludable pueden combatir.

3.1.4 SIDA

La palabra SIDA significa Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida. Es decir, es un conjunto de signos y síntomas que surgen como consecuencia de la inadecuada repuesta del sistema de defensas del ser humano, que se adquiere al infectarse con el VIH. Es la forma más grave y etapa final de la infección por VIH. Éste ocasiona la destrucción del sistema inmunológico. Las defensas del cuerpo que protegen contra infecciones no pueden responder por que están afectadas o no existen, pudiendo aparecer otras enfermedades, entre ellas la tuberculosis, neumonías, candidiasis, toxoplasmosis, citomegalovirus, herpes, infección por MAC, sarcoma de kaposi, etc. Estas son las denominadas enfermedades oportunistas. (OMS)

3.1.5 DIFERENCIA ENTRE VIH Y SIDA

La diferencia entre el VIH y el SIDA es fundamentalmente clínica. Hay portadores del VIH que no presentan ningún signo o síntoma relacionado con la enfermedad, es decir, son personas que viven con el VIH y no enferman. Pero, al albergar el VIH en su organismo pueden llegar a contagiar a otras personas. Otras personas que portan el VIH y además lesionan su sistema de defensa al padecer repetidas infecciones oportunistas, que terminan dando lugar a la enfermedad.

Podemos decir entonces, que el SIDA representa el estadio clínico más avanzado de la infección. Hoy conocemos las causas de por qué no todas las personas con VIH enferman de SIDA. Algunas de ellas tienen que ver con el diagnostico y tratamiento precoz de la infección por VIH, de la correcta administración de los recursos y medicamentos y de la tolerancia a los mismos, del genotipo y fenotipo del VIH, como así también de las disposiciones congénitas y de la capacidad de respuesta y fortalecimiento “psiconeuroinmunologico” que se pueda desarrollar en el organismo afectado.

3.1.6 PERIODO VENTANA

Este periodo se extiende desde el ingreso del virus al organismo hasta el momento que éste genera el numero de anticuerpos necesarios para ser captados por las pruebas de laboratorio.

Puede durar 3-6 meses o más. Por esta razón es aconsejable reiterar las pruebas cada tres meses durante un año.

Desde el momento que el virus ingresa al cuerpo hasta que aparecen los síntomas puede pasar mucho tiempo, entre 10 y 12 años, periodo que puede extenderse si se comienza un tratamiento temprano.

3.1.7 HISTORIA NATURAL O EVOLUCIÓN

1) Fase inicial, precoz o aguda

Durante los primeros días de la infección por VIH, el virus es sumamente activo, consigue infectar a las poblaciones de linfocitos existentes y causar daños importantes porque reduce la cantidad de linfocitos especializados en distintos tipos de tareas, que no se pueden volver a recuperar. Esto debilita más al sistema inmunológico.

A los pocos días o semanas de producirse la infección por VIH, la cantidad de virus en la sangre llega a niveles muy altos. En los primeros días el VIH se reproduce a una gran velocidad y logra establecerse no solo en los linfocitos T-CD4 y otras células del sistema inmunitario, sino también en el intestino, en células del sistema nervioso y en otros tejidos.

La carga viral en esas semanas llega a ser muy elevada, en ocasiones de más de 1 millón de copias por milímetro cubico. Es frecuente también que a nivel de linfocitos T-CD4 caiga por debajo de sus valores normales.

Algunas personas experimentan síntomas parecidos a la gripe o mononucleosis, con un malestar general. Otras personas no manifiestan ningún tipo de síntomas. Los síntomas que aparecen tras el contagio del VIH guardan relación con la dosis infectante, la virulencia de la cepa y la capacidad de respuesta del sujeto infectado.

El cuadro clínico de la infección por VIH rara vez es reconocido en la práctica como expresión de la primoinfección por el VIH, desaparece espontáneamente en el plazo de dos o tres semanas, quedando posteriormente el paciente asintomático durante varios años.

Manifestaciones clínicas

- Fiebre y/o sudoración
- Adenopatías
- Odinofagia
- Erupción cutánea
- Artralgia y Mialgia
- Leucopenia
- Diarrea
- Cefalea
- Anorexia y pérdida del apetito
- Nauseas y/o vómitos

2) Fase intermedia o crónica

Tiene una duración variable estimada en varios años donde persiste la proliferación viral aunque a bajo nivel. Durante ésta etapa persiste una elevada actividad replicativa viral que es contrarrestada por la impresionante capacidad de regeneración de los linfocitos CD4+.

El sistema inmunitario esta alterado. La defensa disminuyó; los linfocitos CD4 están habitualmente entre 200 y 500. Las personas suelen estar asintomáticas, con o sin adenopatía, con cifras bajas de plaquetas y mínimos trastornos neurológicos. Puede haber algún problema como lesiones en la piel, hongos en la boca, herpes, dermatitis, alergia al sol, alguna infección no grave.

La realización del tratamiento antirretroviral en esta fase, hace posible la reconstitución del sistema inmune. Como consecuencia, prolongan la duración del período intermedio, retrasan o impiden la aparición de los síntomas de inmunodeficiencia y aumentan la supervivencia.

3) Fase final, de crisis o SIDA

En ésta etapa se produce un incremento de la actividad replicativa del virus. Es probable que el sistema inmunológico sea ya incapaz de reponer los linfocitos CD4+ destruidos y, por lo tanto, que su capacidad para limitar la multiplicación del VIH se reduzca progresivamente.

Éste momento de la infección coincide con la desaparición de los cambios reactivos que previamente se observaban en los ganglios linfáticos, cuya arquitectura funcional resulta finalmente destruida por completo. Se asiste a una marcada depleción de linfocitos CD4+ (presentan un valor menor a 200), a un aumento de la tasa de replicación viral y a un descenso importante de la actividad citotóxica anti-VIH.

Clínicamente, los pacientes suelen presentar una grave alteración del estado general, así como infecciones oportunistas, determinadas neoplasias y ciertos trastornos neurológicos característicos. Es a partir de este momento cuando el individuo infectado es considerado como enfermo de SIDA. La evolución natural de los pacientes cuando alcanzan esta fase es desfavorable, con una supervivencia inferior al 15%-30% a los 3 años.

3.1.8 TRANSMISIÓN

VIAS DE TRANSMISIÓN

- **Relaciones sexuales no protegidas:** sobre todo a través del coito vaginal o anal con una pareja infectada. A escala mundial, las relaciones sexuales son el principal modo de transmisión del VIH. Hay muchas menos probabilidades de que el sexo oral ocasione la transmisión del VIH que el coito vaginal o anal. Las mujeres tienen muchas más probabilidades de contraer el VIH a través de los varones que a la inversa
- **Exposición a sangre infectada:** El método más eficaz de transmisión del VIH es la introducción de sangre infectada por el VIH en el torrente sanguíneo. La mayor parte de la transmisión sangre a sangre ocurre como consecuencia del uso de equipo de inyección contaminado para el consumo de drogas intravenosas.

Este método de transmisión se puede dar por: Uso de drogas por vía parenteral, transfusiones de sangre, trasplantes, accidentes de inoculación de sangre contaminada en el medio laboral.

• **Transmisión de una madre seropositiva a su hijo:** durante el embarazo, el parto o como consecuencia de la lactancia. Actualmente por el tratamiento antirretroviral, las cesáreas y la evitación de lactancia materna se ha disminuido os casos de contagio por esta vía.

3.1.9 DIAGNOSTICO

El diagnóstico definitivo de la infección por el VIH sólo puede establecerse por métodos de laboratorio, ya que en ningún caso las manifestaciones clínicas son lo suficientemente específicas. Hay dos tipos de métodos de diagnóstico: los métodos directos detectan al propio virus o alguno de sus componentes, como proteínas o ácidos nucleicos, mientras que los indirectos reconocen los anticuerpos específicos producidos por el sistema inmunitario como respuesta a la infección vírica.

3.1.9.1 PRUEBAS INDIRECTAS: Hay dos tipos: La pruebas iniciales de detección o tamizaje o cribado y las pruebas suplementarias confirmatorias.

Pruebas Tamizaje

- **Elisa** (Inmunoensayo en suero o plasma)
- **Test rápidos**

Pruebas Confirmatorias

- **Wester Blot** (WB)
- **Inmunofluorescencia indirecta** (IFI)

3.1.9.2 PRUEBAS DIRECTAS

- **Cultivo vírico o aislamiento viral**
- **Detección de antígeno P24**
 - ✓ *Inmunofluerencia directa* (ID)
 - ✓ *Test de aglutinación*
- **Investigación de ácidos nucleicos virales** (PCR)

3.1.10 SEGUIMIENTO

PRUEBAS DE SEGUIMIENTO

- **Recuento de CD4:** Una vez infectado por el VIH, el virus invade un tipo de leucocito llamado CD4. El recuento de células CD4 mide el número de estas células que hay en sangre y es un buen indicador del estado de salud en general y del progreso del VIH. Cuanto menor sea el nivel de CD4 mayor es el riesgo de infección. Este también indica la forma en que responde al tratamiento actual. Los adultos sanos tienen un recuento de células CD4 que oscilan entre 500 y 1450 células/milímetro cubico. Un recuento inferior a 500 significa que el sistema inmunológico está dañado. Si el recuento de CD4 es menor a 200 significa que el VIH progreso a SIDA.
- **Prueba de carga viral plasmática:** Al medir la carga viral se permite indicar la forma en que responde al tratamiento actual así como valorar las posibilidades de que contraiga nuevas infecciones. Las personas con VIH pueden tener cargas virales que oscilan con una carga viral alta normalmente tiene un bajo recuento de células CD4. Si la carga viral es mayor a 30.000 copias/ml, el médico puede recomendar tratamiento antirretroviral.

3.1.11 TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

El tratamiento antirretroviral (TAR) consiste en el uso de medicamentos contra el VIH para tratar dicha infección. Las personas que reciben TAR toman una combinación de medicamentos contra el VIH todos los días.

El TAR no cura el VIH, pero los medicamentos contra el VIH ayudan a las personas que lo tienen a llevar una vida más larga y sana. El TAR reduce también el riesgo de transmisión del VIH.

Los medicamentos contra el VIH impiden que el virus se reproduzca (se replique), lo que reduce la concentración del VIH en el organismo. Al tener menos concentración del VIH en el organismo el sistema inmunitario tiene más posibilidad de recuperarse. Aun cuando quede todavía algo del VIH en el organismo, el sistema inmunitario está lo suficientemente fuerte como para combatir las infecciones y ciertos tipos de cáncer relacionados con el VIH.

3.1.11.1 TIPOS DE ARV

Los antirretrovirales se clasifican en 4 tipos, de acuerdo al momento en que ellos actúan contra el VIH una vez que éste está deteriorando a las células CD4.

- **Inhibidores de nucleosidos de la transcriptasa reversa (INTR):** Actúan en el momento que el virus esta en el núcleo de la célula.
- **Inhibidores no nucleosidos de la transcriptasa reversa (INNTR):** Actúan en el momento que el virus esta fuera del núcleo de a célula.
- **Inhibidores de proteasa (IP):** Actúa en el momento en que el virus se encuentra en la proteasa de la célula.
- **Inhibidores de la fusión e inhibidores de la entrada:** Actúan en el momento que el virus esta por acoplarse a la célula.

3.1.11.2 ADHERENCIA DE LOS ARV

La adherencia es tomar los medicamentos y seguir un tratamiento correctamente, tal como lo indica el médico en cuanto a la dosis exacta y el horario indicado.

La adherencia al tratamiento aumenta las probabilidades de éxito del tratamiento, lo cual se puede verificar mediante:

- Disminución máxima y duradera de la carga viral.
- Fortalecimiento del sistema inmunológico, aumento de las células CD4.
- Mejoría de la calidad de vida.
- Reducción de la morbilidad y mortalidad ocasionada por el VIH.
- Reducción de la posibilidad de resistencia a los medicamentos ARV.

3.1.12 DATOS ESTADISTICOS

- **MUNDO**

Los últimos datos recogidos por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), reflejan que en el año 2012 en el mundo había 35,3 millones de personas con VIH/SIDA. Solo el 60% conocía su diagnostico.

Entre 2001 y 2012, el índice de infecciones por el VIH descendió en más de un 50% en 26 países, y entre un 25% y un 49% en otros 17 países. Dicho descenso es mucho más acentuado en el caso de los niños. En el periodo 2001-2012, la cantidad de niños que contrajeron la infección por el VIH cayó en un 52%, pasando de 550.000 en 2001 a 260.000 en 2012.

La cantidad de personas que fallecen al año por causas relacionadas con el sida ha pasado de 2,3 millones en 2005 a 1,6 millones en 2012. .

- **ARGENTINA**

Según los datos brindados en el boletín sobre VIH-SIDA en la Argentina número 31 que se refiere al año 2013, hay 110.000 personas con VIH/SIDA en nuestro país. Solo el 70% conoce su diagnostico, y el 30% restante lo desconoce .

Por año, hay 6.000 casos nuevos notificados. De este número de casos, hay 2,1 varones por cada mujer. Solo el 6% de los casos son por transmisión vertical (de madre a hijo).La mayoría de los casos son por transmisión sexual, tanto en el hombre como en la mujer comprende el 90%.

La edad media de diagnostico es de 33 años en los varones y 32 años en las mujeres

Las defunciones a nivel país son de 3,4 defunciones por sida por cada 100.000 habitantes, siendo GBA la región con mayor porcentaje de defunciones del país.

- **TUCUMÁN**

En la provincia hay 16 casos de VIH por cada 100.000 habitantes. El 1,8% con respecto al porcentaje sobre el país, están con medicación suministrada por la Dirección de SIDA y ETS.

En relación a la mortalidad, 2,2 casos de SIDA por cada 100.000 habitantes fallecieron.

3.1.13 DERECHOS Y VIH/SIDA

Las personas con VIH tienen los mismos derechos que el resto de las personas: a que se respete su integridad y autonomía; a la salud y a la atención médica integral y oportuna, a la educación y a un trato igualitario. En determinadas circunstancias, sin embargo, es necesario reforzar algunos de estos derechos y se debe promover su protección. Una de esas circunstancias es la desprotección y desamparo que sufren algunas personas con VIH o sida debido a la discriminación social. Cuando un dato biológico (como la infección por VIH) se transforma en un estigma, surgen la discriminación y el trato desigual. Por lo tanto es necesario conocer los derechos que asisten a las personas con VIH y las herramientas legales que los protegen para hacerlos valer.

NORMAS REFERIDAS AL DERECHO A LA SALUD DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA

- **Ley Nacional de Sida (Ley Nº 23.798)**

Esta ley implica que el Estado argentino queda obligado a garantizar el acceso al tratamiento integral del VIH y el sida, como así también de todas las patologías derivadas del mismo.

- **Ley de derechos del paciente (Ley Nº 26.529)**

Esta ley establece los derechos que tienen los pacientes durante la relación con profesionales y/o instituciones de la salud. Su objetivo es la protección integral de la salud desde el enfoque de derechos humanos.

- **Ley del Sistema Nacional del Seguro de Salud (Ley Nº 23.661)**

La ley 23.661 dispone la creación del Sistema Nacional del Seguro de Salud. El seguro tiene como objetivo fundamental proveer el otorgamiento de prestaciones de salud igualitaria, integral y humanizada, tendiente a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible

- **Las prestaciones de VIH-sida y drogodependencia (Leyes Nº 24.455 y 24.754)**

Estas leyes obligan a las obras sociales y a las empresas de medicina prepaga, a garantizar la cobertura de los tratamientos médicos, psicológicos y

farmacológicos de las personas infectadas por cualquier retrovirus, incluido el VIH, y aquellas que dependan física o psíquicamente del uso de estupefacientes.

- **Ley de medicina prepaga (Ley N° 26.682)**

El objetivo central de esta norma es equiparar los servicios de la medicina prepaga a los de las obras sociales, ampliando su cobertura y debiendo incorporar como mínimo en sus planes de cobertura médico asistencial el Programa Médico Obligatorio vigente.

- **Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley N° 25.673)**

Esta ley tiene como objetivo alcanzar el nivel más elevado de salud sexual, con el fin de que la persona pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia; disminuir la mortalidad materno-infantil; prevenir embarazos no deseados; promover la salud sexual de los adolescentes; contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, VIH y patologías genitales y mamarias.

- **Ley de obligatoriedad del ofrecimiento de la prueba del VIH a toda mujer embarazada (Ley N° 25.543)**

Esta ley establece la obligación del equipo de salud de informar y ofrecer la prueba diagnóstica del virus de inmunodeficiencia humana a toda mujer embarazada. Todos los establecimientos destinados a la salud, públicos o privados, están obligados a cubrirlo.

3.2 ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

3.2.1 ALIMENTACIÓN

Es un proceso voluntario, fruto del aprendizaje de cada individuo y que tras seleccionar los alimentos nos permite organizar y componer las raciones de alimentos diarias y fraccionarlas según gustos, necesidades y hábitos personales. (OMS).

3.2.2 NUTRICIÓN

Es el conjunto de procesos mediante los cuales el hombre utiliza, transforma e incorpora una serie de sustancias del exterior, con el objetivo de obtener energía y regular los procesos metabólicos. Este proceso es por tanto involuntario y asumirlo de forma satisfactoria depende de que realicemos una elección acertada de alimentos. (OMS).

3.2.3 NUTRICIÓN EN LA PERSONA PORTADORA DE VIH /SIDA

Una buena alimentación es necesaria para todas las personas, pero es esencial para las que conviven con el VIH o llegan a desarrollar la enfermedad como el SIDA. El hecho de ser portador de VIH/SIDA hace que el sistema inmunológico se encuentre afectado o inmunodeprimidos debido que las células de defensa del organismo (encontradas principalmente en mucosa oral y gastrointestinal) han sido atacadas por el virus haciendo que disminuyan su función de protección.

La respuesta inmune requiere la presencia de nutrientes específicos, cuya deficiencia o exceso puede alterar el normal desarrollo de su función. Trasladando estos conceptos a la infección por VIH, se puede observar la interacción presente entre el estado nutricional e infección, interacción que se plantea como un mecanismo de doble vía, en el que, por un lado, la infección por dicha enfermedad promueve alteraciones en el estado nutricional y, por otro lado, el desarrollo de la malnutrición influye negativamente en la evolución y pronóstico de la infección, disminuyendo la eficacia de las drogas, aumentando el riesgo de contraer

infecciones secundarias y el tiempo de hospitalización, alterando el funcionamiento de órganos vitales y, en definitiva, desmejorando la calidad de vida

Es vital desde el diagnostico de la enfermedad asegurar una nutrición correcta y no esperar a la aparición de enfermedades oportunistas o señales de alarma como el síndrome de desgaste, el cual es característico por la pérdida de peso sin causa conocida.

Para conservar o mejorar el estado nutricional, se busca que la persona mantenga un peso adecuado, mejorar su calidad de vida, con el fin de implementar en la persona portadora de VIH/SIDA un sistema de alimentación el cual refiere a la ingesta suficiente de alimentos, que comprenden toda la gama de nutrientes los cuales en estas personas son indispensables; para satisfacer sus necesidades teniendo en cuenta las condiciones socio demográficas que cada individuo tenga.

Para las personas que viven con VIH mantener su estado nutricional óptimo y tener una buena alimentación es fundamental desde el momento del diagnóstico, ya que esto puede ayudar a minimizar los efectos del virus en el deterioro inmunológico, desgaste nutricional y progresiva pérdida de peso que causa de la acción del virus en el organismo.

3.2.4 OBJETIVOS DE UNA INTERVENCION NUTRCIONAL SON:

- Conservar el normal balance de proteínas
- Prevenir la disminución o el aumento de nutrientes que interfieren en la función inmune.
- Minimizar las complicaciones que interfieren en la ingesta y absorción de nutrientes.
- Favorecer y / o mantener el buen estado nutricional de la persona.
- Mejor calidad de vida.

3.2.5 BENEFICIOS DE UNA BUENA ALIMENTACION

- Con una buena nutrición una persona que vive con VIH/SIDA tardará más tiempo en necesitar medicación.
- Quienes toman el tratamiento antirretroviral (ARV) podrán estar saludables por más años, además de desarrollar mayor tolerancia y respuesta a los tratamientos.
- Porque permite reforzar la respuesta inmunológica.
- Reduce la morbi-mortalidad asociada a la infección por VIH.
- Ayuda a ganar peso y a contrarrestar efectos como la lipodistrofia.
- Brinda más energía, mejora el bienestar físico y mental.
- Mejora la productividad individual y la independencia.
- Mejora la calidad de vida.

Por ello, el cuidado nutricional de las personas que viven con VIH debe formar parte de la atención integral que deben recibir.

3.2.6 TRATAMIENTO NUTRICIONAL EN EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Desde la aparición del TARGA el principal objetivo nutricional, antes centrado en la corrección de la desnutrición, es la reducción del riesgo vascular y el control del sobrepeso. La aparición de lipodistrofia obliga a efectuar cambios dietéticos importantes, que precisan consejo dietético y educación nutricional

No obstante, en los casos de diagnostico tardío de la infección por el VIH o de fracaso del TARGA, son objetivos realistas: prevenir o corregir la malnutrición, evitar o retrasar el deterioro físico del paciente y minimizar las consecuencias de las complicaciones digestivas (disfagia, vómitos, diarrea, etc.) que pueden ocurrir en tales situaciones.

Sin embargo, en estas circunstancias es difícil lograr un estado nutricional normal, pues con frecuencia el estado físico y psicológico, las complicaciones gastrointestinales y los elevados aportes calóricos-proteicos que se requieren, limitan la eficacia del soporte nutricional artificial. En estadios clínicos muy avanzados y en la fase paliativa, en los que la hidratación y la nutrición por vía oral son insuficientes y penosas, debe discutirse la posibilidad de realizar nutrición artificial a domicilio, siempre que,

ajustándose a los deseos y expectativas del paciente, contribuya a mejorar el confort y a aliviar el sufrimiento de éste.

3.2.6 FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS NECESIDADES NUTRICIONALES DE LOS PACIENTES CON VIH

Las recomendaciones nutricionales varían en función de diversos factores que pueden actuar aislados pero con frecuencia se asocian en un mismo paciente.

- Estado nutricional previo
 - Malnutrición energético proteica
 - Obesidad
 - Lipodistrofia
- Metabolismo alterado
- Malabsorción intestinal
- Infección VIH:
 - Estadio
 - Progresión infección
 - Carga viral
- Presencia de infecciones oportunistas o asociadas
- Tratamiento antirretroviral, tipo y tolerancia al mismo
- Interacciones fármaco-nutriente
- Recursos económicos disponibles
- Actividad física
- Población afectada:
 - Adultos hombres o mujeres
 - Niños
 - Mujeres gestantes o lactantes

Es difícil establecer unas recomendaciones generales para la población VIH. La proporción de Macronutrientes sigue las recomendaciones de la población general: 45- 65 % de hidratos de carbono, 20-35% grasas y 15-20% proteínas. Los expertos recomiendan asimismo la reducción del colesterol, grasa saturada y ácidos grasos trans de la dieta, que ha de ser equilibrada y saludable.

3.2.7 TRASTORNOS DEL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES CON VIH

1) Deficiencias de micronutrientes: Esta deficiencia puede ser causada por:

- Ingesta inadecuada de alimentos fuente: La alimentación inadecuada, con una consiguiente deficiencia en la ingesta de algunos nutrientes, puede producirse por errores de la alimentación.
- Malabsorción de nutrientes: La Malabsorción de micronutrientes acompaña frecuentemente a la patología gastrointestinal, que afecta aproximadamente al 50% de los pacientes con VIH.
- Exceso de eliminación: Algunas patologías pueden ocasionar exceso de eliminación, por diarrea, vómitos o afección renal.
- Aumento en la demanda: La demanda aumentada por la propia enfermedad sumado a infecciones asociadas, situaciones fisiológicas como embarazo o cirugía, pueden desencadenar un cuadro de deficiencia aguda en un paciente con carencias desapercibidas previamente.

2) Desnutrición calórica-proteica: La desnutrición se define como un conjunto de alteraciones clínicas que tienen en común el origen en un balance energético y/o proteico negativo, que lleva más allá del agotamiento de las reservas y, en consecuencia, a la utilización de elementos estructurales para mantener la vida (girolami,2008). La desnutrición calórico proteica es aquella que se desarrolla por alimentación insuficiente en calorías, con disminución del aporte de todos los nutrientes. En esta forma clínica se observa un descenso importante de peso, con disminución total del parénquima adiposo y consunción de la masa muscular. Esta aparece como consecuencia de enfermedades asociadas que producen anorexia y Malabsorción de nutrientes, adquiriendo la forma de desnutrición por ayuno, mas estrés.

Consecuencias de la desnutrición en los pacientes con VIH/SIDA

La desnutrición afecta de forma negativa a la respuesta del paciente a su enfermedad y a la terapia establecida en cualquier enfermo, no siendo el paciente infectado por VIH una excepción las consecuencias que se derivan de la desnutrición afectan a diversos órganos.

- Descenso de las proteínas, con tendencia a formación de edemas
- Cicatrización defectuosa
- Retardo en consolidar las fracturas
- Trastornos intestinales: hipotonía intestinal, atrofia de la mucosa intestinal, déficit de enzimas absolutas.
- Alteración de la eritropoyesis
- Atrofia muscular, y pérdida de fuerza □ Ulceras de decúbito □ Oliguria con tendencia a uremia
- Afectación de la capacidad respiratoria: descenso del volumen minuto, de la capacidad vital, atrofia de los músculos respiratorios, disminuye la respuesta destilatoria a la hipoxia y se alteran a los mecanismos locales de defensa frente a la infecciones.
- Afectación de funcionamiento cardiaco
- Alteración de la capacidad de respuesta inmune: afectación de los mecanismos locales, de la inmunidad humoral y celular, afectación de la función de macrófagos.

Desde el comienzo de la patología, la desnutrición y la caquexia fueron características de los pacientes con VIH/SIDA. El síndrome de caquexia asociado al VIH aparecía en los estados avanzados de la enfermedad y se definió como la pérdida de más de 10% del peso basal, en ausencia de infección oportunistas, enfermedad tumoral, diarrea crónica ó cualquier causa capaz de producir pérdida de peso. Luego este termino fue remplazado por el síndrome de desgaste o wasting syndrome, el cual se define por el CDC en 1987 como «una pérdida involuntaria de peso superior al 10% del peso basal, acompañada por fiebre crónica, debilidad o diarrea».

Esta definición tenía un carácter más epidemiológico que clínico, y no es válida para los pacientes en tratamiento antirretroviral. En éstos se define como cuadro de malnutrición grave en el que se produce una pérdida de masa corporal mayor del 10% del peso basal en ausencia de infección oportunistas, enfermedad tumoral, diarrea crónica asociada, o cualquier otra causa capaz de producir pérdida de peso. La pérdida de masa magra suele ser simétrica y progresiva.

El tratamiento antirretroviral de gran actividad ha permitido un descenso de las enfermedades definitorias de sida, incluido el wasting. Antes de la era TARGA la mayoría de pacientes pesaban menos del 90% de su peso ideal o habían perdido más del 10% de su peso habitual. Tras la introducción del TARGA no existe correlación entre el control inmunoviológico y el incremento de peso. Si se gana peso es a expensas de masa grasa, sin cambios en masa magra.

3) LIPODISTROFIA: Alteración en la distribución de la grasa corporal. Viene acompañado de trastornos metabólicos, específicamente incremento de la glucemia, colesterol y triglicéridos. Hay una modificación del aspecto físico.

Los cambios pueden incluir acumulación o pérdida de grasa corporal o altas concentraciones de sustancias grasas y de azúcar en la sangre.

Partes del cuerpo se ven afectadas por la lipodistrofia

- Puede haber acumulación de grasa, también llamada **lipohipertrofia:**
 - Alrededor de los órganos en el vientre (conocido también como el abdomen).
 - En el cuello entre los hombros (llamada giba de búfalo).
 - En los senos.
 - En la cara.
 - Por debajo de la piel. (Las protuberancias de grasa se llaman lipomas).

- Tiende a haber pérdida de grasa, también llamada **lipoatrofia:**
 - En los brazos y las piernas.
 - En las nalgas.
 - En la cara.

Anormalidades del laboratorio

- Aumento en los niveles de triglicéridos
- Aumento y cambios en los niveles de colesterol (aumento de LDL y disminución de HDL)
- Aparición de diabetes o resistencia a la insulina.

Se desconoce la causa exacta de la lipodistrofia. Puede deberse a la infección por el VIH propiamente dicha o a los medicamentos empleados para tratarla. Los medicamentos más nuevos contra el VIH presentan menos probabilidades de causar

ese trastorno que los empleados en el pasado. Muchas personas seropositivas nunca manifiestan lipodistrofia.

La lipodistrofia no es curable, pero tal vez pueda aliviarse con el cambio de los medicamentos contra el VIH. Otras formas de tratarla son la liposucción (operación para extraer la grasa) y la aplicación de inyecciones de grasa o de una sustancia similar como relleno para compensar la pérdida de grasa en la cara.

3.2.8 EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL

La evaluación o valoración del estado nutricional es la metodología que se utiliza para determinar el estado de nutrición de un individuo (Girolami, 2003). Ésta debe incluir:

- **Historia clínica y anamnesis alimentaria:** Especial énfasis en la ingesta de alimentos protectores, somera evaluación socioeconómica, evaluación de cuadros depresivos, antecedentes heredofamiliares de diabetes y enfermedades cardiovasculares, evaluación de toda la medicación que toma y consumo de alcohol y drogas.
- **Examen físico:** Principalmente investigar signos físicos de deficiencias de vitaminas y minerales o signos físicos de lipodistrofia.
- **Evaluación antropométrica:** con peso, talla, índice de masa corporal, perímetro de cintura y de circunferencia braquial, y toma de pliegues.

TABLA DE CLASIFICACION DEL ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN IMC EN EL ADULTO

IMC	CLASIFICACION
< 16 Kg/m ²	Severamente desnutrido
16-16.99 Kg/m ²	Moderadamente desnutrido
17- 18.49 Kg/m ²	Medianamente desnutrido
18.5-24.99 Kg/m ²	Normal
25-29.99 Kg/m ²	Sobrepeso
>30kg/m ² Kg/m ²	Obesidad

- **Evaluación bioquímica:** Se la utiliza para investigar:
 - a) Deficiencias
 - b) Presencia de alteraciones del perfil lipídico y de la glucemia, proteinograma.
 - c) Función hepática.
- **Métodos complementarios:** Ecografía de hígado, vía biliar y páncreas. Densitometria corporal ósea y corporal total, para evaluar la densidad mineral ósea y contenido de calcio corporal, además de contenido graso corporal y su distribución.

3.2.9 HIGIENE Y SEGURIDAD ALIMENTARIA

Cuando se manipulan alimentos o utensilios sin observar las medidas higiénicas aumenta el riesgo que ocurran enfermedades. Una gran cantidad de microorganismos o sus toxinas (Salmonella, Clostridium, Listeria, Campylobacter, estafilococos, entre otros) se transmiten a partir de alimentos contaminados, provocando anorexia, vómitos, diarreas y, en ocasiones, sepsis generalizadas que afectan gravemente al paciente. Es fundamental ofrecer, conocer y cumplir con información adecuada sobre la importancia de una correcta higiene alimentaria y una descripción sencilla de la manipulación de los alimentos.

Normas básicas de higiene y seguridad alimentaria

- Lavado cuidadoso de las manos antes de manipular los alimentos.
- Lavado de superficies y utensilios con cada alimento.
- Lavar del mismo modo los vegetales y las frutas. Los productos se escogerán sin golpes ni moho, y se consumirán pelados.
- Usar preferentemente tablas de plástico, no de madera.
- Verificar siempre la fecha de caducidad o vencimiento.
- Consumir únicamente leche y derivados pasteurizados.
- No consumir carne cruda o poco cocida; la temperatura debe ser superior a 70°C.
- Respecto a los alimentos refrigerados y congelados, usar una bolsa específica para el transporte, almacénalos lo antes posible. Comprobar las

temperaturas (refrigeración menos 4°C y congelación menos 18°C) y la etiqueta con fecha de compra. No descongelar a temperatura ambiente.

- Preparar y/o recalentar alimento a 70-90°C.
- No dejar los alimentos cocinados a temperatura ambiente más de dos horas.
- No consumir latas abolladas o abombadas.
- Al comer fuera de casa, asegurarse de la higiene, evitando ensaladas crudas, retirando la piel de las frutas y pidiendo carnes bien cocidas.

CAPÍTULO IV

MATERIALES Y MÉTODOS



Getty Images

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio *descriptivo* ya que selecciona una serie de conceptos para luego medir cada uno de ellos de manera independiente, sin intenciones de medir cómo se relacionan dos o más variables. En este caso pretende evaluar cuales son las razones por las cuales pacientes con VIH no concurren a un control nutricional y que conocimientos tiene sobre su enfermedad y los beneficios de la alimentación y nutrición en su patología. También es de tipo *explicativo*, ya que el interés de estos estudios se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en que condición se da éste, por qué dos o más variables están relacionadas. En este caso pretende demostrar cómo influye un correcto control nutricional en el estado nutricional del paciente.

HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN

Hipótesis (Hi) 1: El adecuado control nutricional influye en el estado nutricional de los pacientes con VIH que concurren al Hospital Padilla.

Hipótesis (Hi) 2: Entre los pacientes con VIH, el motivo de ausencia al control nutricional es la falta de información sobre la importancia para su salud.

Hipótesis (Hi) 3: Los paciente con VIH tienen bajo grado de conocimiento sobre su enfermedad y los beneficios que aportan una adecuada alimentación y nutrición sobre su patología.

VARIABLES

➤ Control Nutricional

Definición conceptual: Son visitas programadas al licenciado en nutrición o medico nutricionista que tienen por objeto prevenir que aparezcan enfermedades o mitigar sus efectos si ésta ya se ha desarrollado.

Definición operativa: La variable se clasificó en adecuado e inadecuado control nutricional. Esto se evaluara a través de una encuesta de 6 preguntas que realizara el paciente.

Categorías:

- Adecuado: cuando concurra dos o más veces al mes al control nutricional.
- Inadecuado: cuando concurra menos de dos veces al mes o no concurra al control nutricional

➤ **Estado nutricional antropométrico**

Definición conceptual: Es la medición de segmentos corporales que comparados con patrones de referencia, permite realizar diagnóstico nutricional. Las mediciones antropométricas establecen el tamaño y composición del cuerpo, reflejan la ingesta inadecuada o excesiva, el ejercicio insuficiente y las enfermedades (Lorenzo, y otro, 2007).

Definición operativa: se valoró el estado nutricional antropométrico a través del índice de masa corporal (IMC). Se pesaron y midieron a los participantes, y con esos resultados se calculó el índice de masa corporal para cada uno. A partir de los valores de IMC se determinaron los puntos de corte para las categorías de las variables.

Categorías de la variable:

- Bajo peso o desnutrición: Cuando el IMC sea menor a 18,5
- Peso normal: Cuando el IMC se encuentre entre 18,5 y 24,9.
- Exceso de peso: Cuando el IMC sea mayor a 25. Se incluyo aquí a todos los pacientes con sobrepeso y obesidad.

➤ **Motivo de ausencia al control nutricional**

Definición conceptual: Causa o razón por la cual una persona no asiste al control nutricional.

Definición operativa: La causa por la que los pacientes con VIH no concurren al control nutricional se evaluó mediante encuesta de 6 preguntas, donde la pregunta numero 4 preguntaba por el motivo por el cual no iba al control nutricional.

Categorías de la variable:

- Falta de tiempo
- Falta de turno
- Desconocimiento de su importancia
- Falta de indicación
- Otra

➤ **Grado de conocimiento**

Definición conceptual: Es el nivel de capacidad que tiene la persona para almacenar información mediante la experiencia o el aprendizaje o a través de la introspección.

Definición operativa: El grado de conocimiento se evaluó mediante una encuesta, la cual contó de 12 preguntas las cuales estuvieron divididas en dos secciones: de la pregunta 1 a la 4 era acerca del conocimiento sobre VIH/SIDA y de la pregunta 5 a la 12 acerca del conocimiento sobre los beneficios de la nutrición en personas con VIH. Todas las preguntas contaron con 3 opciones. La primera opción valía 0 puntos, la segunda 1 punto y la tercera dos puntos. Una vez que respondieron las encuestas, se procedió a sumar el puntaje, y de acuerdo con el puntaje total que obtenía cada paciente se lo colocó en una determinada categoría.

Categorías de la variable

- Bajo o nulo grado de conocimiento: Si tiene ente 0 y 10 puntos.
- Moderado grado de conocimiento: si tiene entre 11 y 20 puntos.
- Alto grado de conocimiento: si tiene un puntaje mayor a 20 puntos.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

No experimental, porque se abordó el grupo en estudio en su situación natural, es decir, se observó si realizaban control nutricional, si no realizaban por qué no lo hacían y el conocimiento que tienen sobre los beneficios de la nutrición en su salud. No se manipulan variables. Es de corte transversal, ya que se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único.

POBLACIÓN, MUESTRA Y TÉCNICA DE MUESTREO

Población: Pacientes con VIH que concurrieron al área de infectología del Hospital Padilla en San Migue de Tucumán entre los meses de Junio y Julio del año 2015.

Muestra: 100 Pacientes con VIH que concurrieron al área de infectología del Hospital Padilla en San Migue de Tucumán entre los meses de Junio y Julio del año 2015.

Técnica de muestreo

Se seleccionó la muestra mediante técnica no probabilística, ya que se seleccionó la muestra de acuerdo con lo que el estudio requería y no dependiendo de la probabilidad, y teniendo en cuenta los pacientes que firmaron el consentimiento informado, aceptando participar del estudio.

Es de tipo accidental, ya que la muestra la conformaran aquellos pacientes con VIH que asistieron al área de infectología del Hospital Ángel C. Padilla los días que se realizó la recolección de datos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Criterios de inclusión

- Pacientes entre 16 a 75 años.
- Pacientes de carácter ambulatorio.
- Quienes hayan aceptado participar en el trabajo de campo.

INSTRUMENTO

Se utilizó balanza y estadiómetro para calcular IMC, y así evaluar el estado nutricional de los pacientes.

También se utilizó una ficha de datos, confeccionada para el estudio, en la cual se colocaron los datos personales de las personas necesarias para el estudio, los cuales se recolectaron de las historias clínicas de los pacientes y se les pregunto a los pacientes.

Los datos necesarios para el estudio se recolectaron mediante dos encuestas confeccionadas adecuadamente para la investigación, validada previamente. Una encuesta, referida al conocimiento sobre VIH/SIDA y, nutrición y alimentación que consisten en 12 preguntas, las cuales están divididas en 2 secciones: de la pregunta 1 a la 4 son acerca del conocimiento sobre VIH/SIDA, de la pregunta 5 a la 12 acerca del conocimiento sobre nutrición y alimentación. La otra encuesta está referida al control nutricional, y consta con 6 preguntas.

PLAN DE ANALISIS DE DATOS

Todos los datos recolectados fueron volcados en una matriz de datos en el programa Excel. A partir de los mismos se generaron tablas, gráficos y demás análisis estadísticos descriptivos. La comprobación de hipótesis se hizo a través de la prueba chi cuadrado para una y dos variables.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

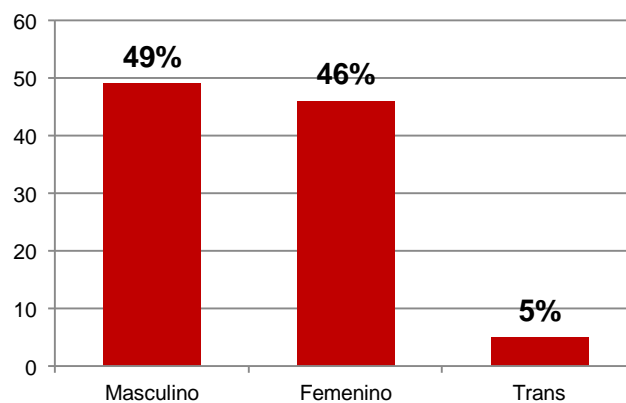


En éste capítulo se analizan todos los datos obtenidos de la ficha de datos personales, la encuesta de grado de conocimiento en VIH/SIDA, alimentación y nutrición, y la encuesta acerca el control nutricional realizadas a los pacientes infectados con VIH del Hospital Ángel C. Padilla.

5.1 Características de la muestra

Podemos observar en el siguiente gráfico que la muestra está compuesta por similares porcentajes tanto del género masculino como femenino, siendo el masculino el que predomina con una mínima diferencia. En cuanto a los transgenero, representan un mínimo porcentaje, siendo solamente el 5% de la muestra.

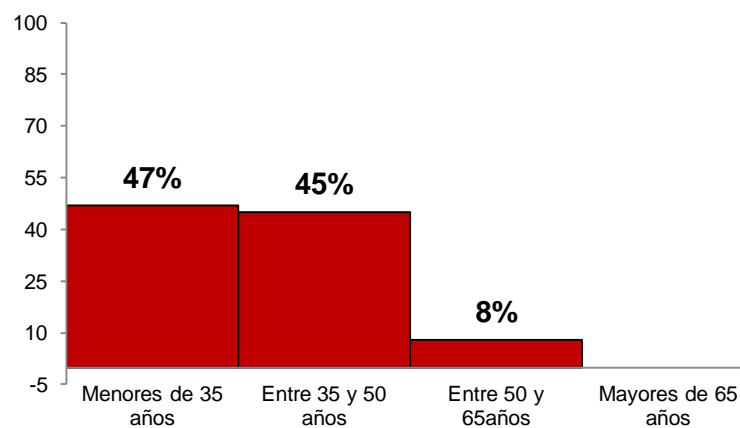
Gráfico N°1: Distribución de la muestra según género (n=100)¹



¹ Se incluye a las personas transgenero en este estudio debido a que en nuestro país está sancionada la ley de identidad de género, N° 26.743, en la cual se define identidad de género, de acuerdo al artículo N°2, a la vivencia interna e individual del genero tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales.

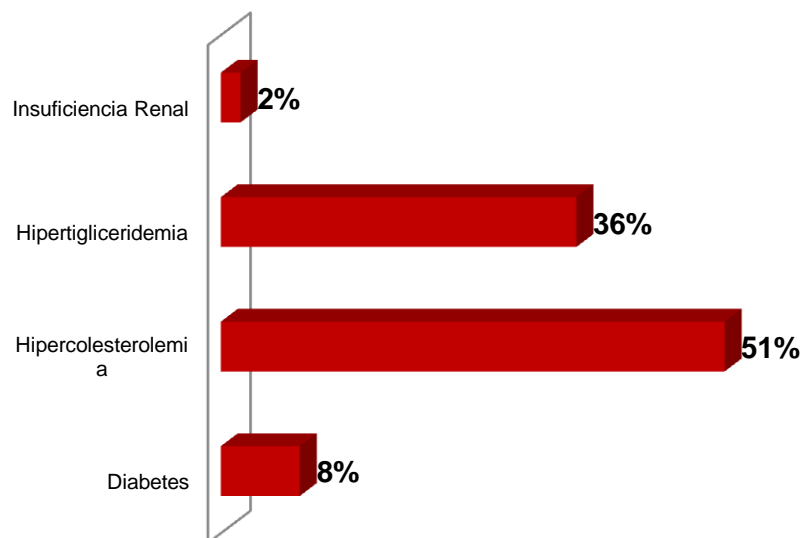
Las edades de los encuestados oscilaron entre 16 y 65 años. El grupo etario que predominó con el 47% es el de menores de 35 años. Sin embargo, los que tenían entre 35 y 50 años representan el 45%. Solo el 8% de la muestra se encuentra entre los 50 y 65 años. No se entrevistó a ningún paciente mayor a 65 años.

Gráfico N°2: Distribución de la muestra según edad (n=100)



En relación a las co-morbilidades que presentan los pacientes encuestados, podemos observar que el 51% presenta hipercolesterolemia, de los cuales solo el 5% esta medicado. El 36% presenta hipertrigliceridemia, los cuales también el 5% esta medicado. El 8% de la muestra presenta diabetes y todos están medicados. Solo el 2% manifestó padecer insuficiencia renal. Ninguno de los encuestados manifestó padecer hiperuricemia e insuficiencia hepática.

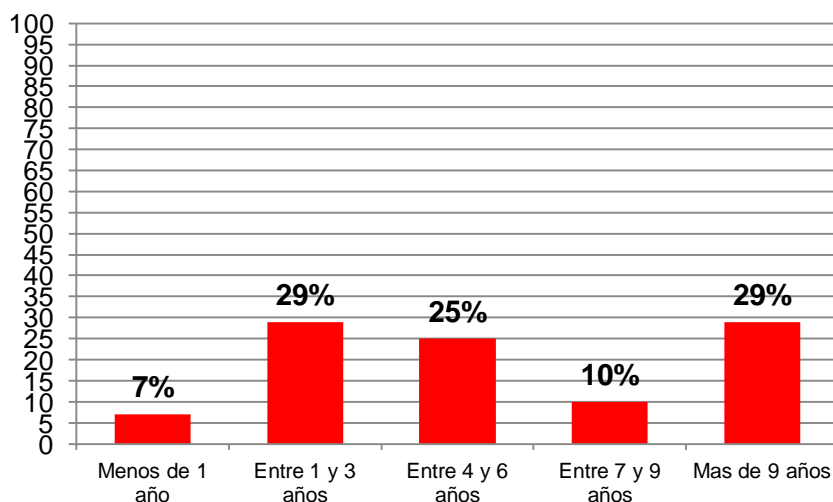
Gráfico N°3: Distribución de la muestra según co-morbilidades que padecen (n=100)



5.2 Características del tratamiento en VIH

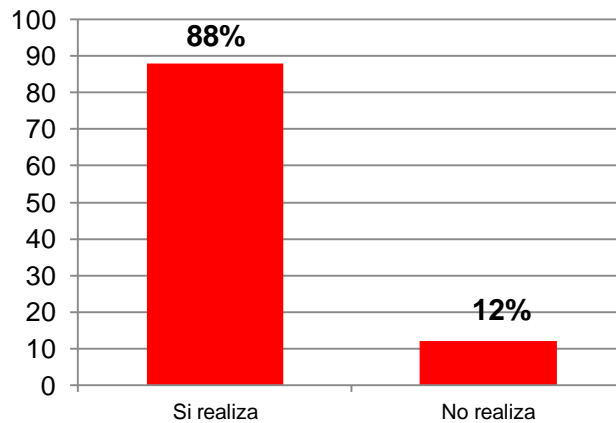
En referencia al año de diagnóstico de infección por VIH, la mayoría fue diagnosticado hace más de 9 años y entre 1 y 3 años. El 25% fue diagnosticado entre 4 y 6 años, y el 10% hace 7 y 9 años. Solo el 7% fueron diagnosticados hace menos de 1 año.

Gráfico N°4: Distribución de la muestra según año de diagnóstico de infección por VIH (n=100)



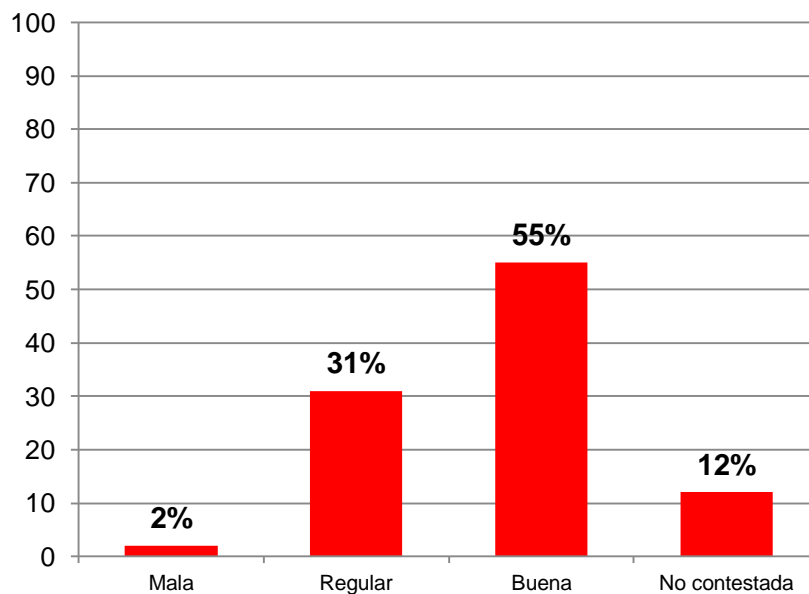
Se observa en el grafico que la mayoría de los participantes de la investigación, el 88%, realiza tratamiento antirretroviral; y solamente el 12% no lo realiza actualmente.

Gráfico N°5: Distribución de la muestra según realización del tratamiento antirretroviral (n=100)



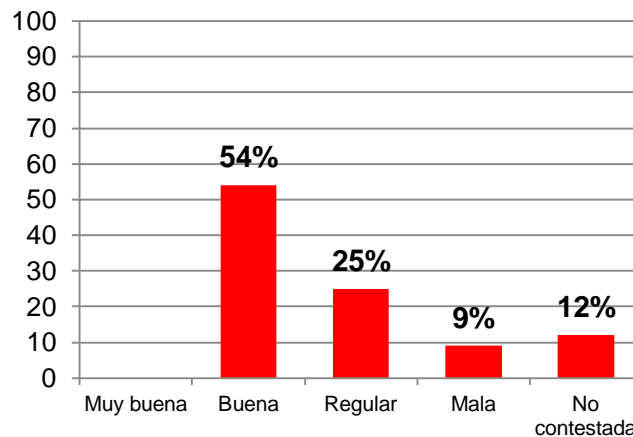
En relación a la adherencia al tratamiento antirretroviral, el 55% tiene más buena adherencia y el 31% una adherencia regular. Solo el 2% indico presentar una mala adherencia. El 12% restante representan a los que no realizan tratamiento, por lo cual este apartado no se contesto.

Gráfico N°6: Distribución de la muestra según adherencia al tratamiento antirretroviral(n=100)



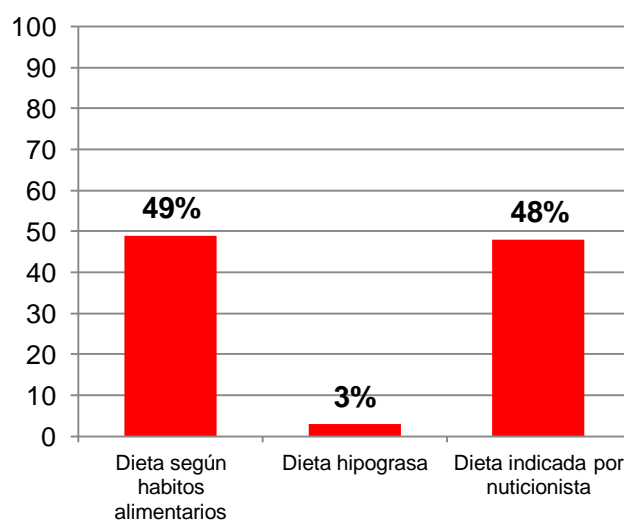
Se observa en el grafico que el 54% tiene buena tolerancia al tratamiento. El 25% presenta una tolerancia regular y el 9% mala. Hay que resaltar que ningún participante que tenga muy buena tolerancia. El 12% restante representan a los que no realizan tratamiento, por lo cual este apartado no se contesto.

Gráfico N°7: Distribución de la muestra según tolerancia al tratamiento (n=100)



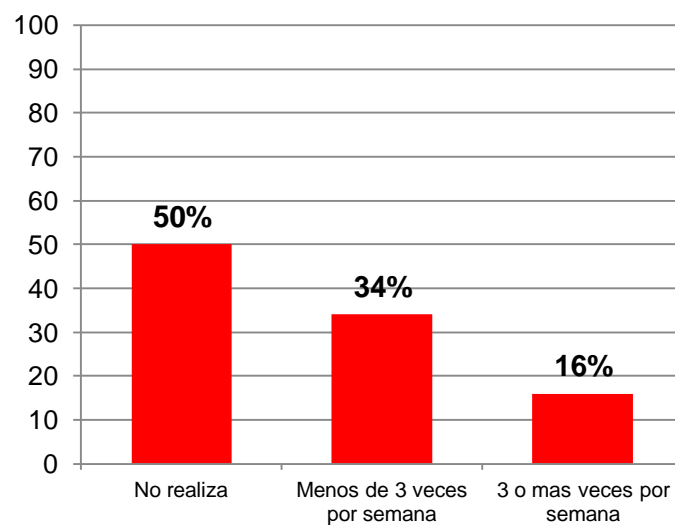
Acerca de la dieta actual de los pacientes, el 49% refirió tener una alimentación normal, según sus hábitos alimentarios. Sin embargo, el 48% refirió hacer dieta indicada por nutricionista. Solo el 3% realiza dieta hipograsa recomendada por su médico.

Gráfico N°8: Distribución de la muestra según tipo de dieta que realiza(n=100)



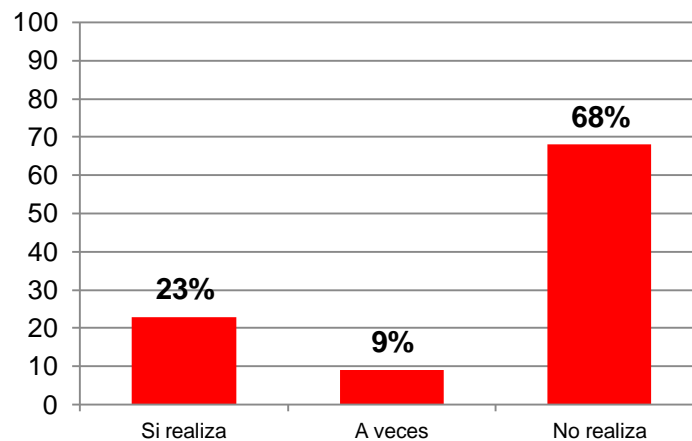
Para el análisis de la práctica de actividad física se tomo en cuenta la frecuencia con la que realizan actividad en una semana. Se tomo en cuenta como actividad física a la realización de cualquier tipo de ejercicio o deporte fuera del ámbito laboral, como ser: caminar, trotar, nadar, ir al gimnasio, jugar a cualquier deporte, aeróbicos, entre otros. Se obtuvo como resultado que el 50% de la muestra no realiza actividad física. El otro 50% si realiza, de los cuales el 34% realiza menos de 3 veces por semana y el 16% realiza 3 o más veces por semana.

Gráfico N°9: Distribución de la muestra según práctica de actividad física(n=100)



En relación con la realización de tratamiento psicológico/psiquiátrico, la mayor parte de la muestra, el 68%, indico que no realiza. El 23% si realiza actualmente y el 9% restante indico que a veces realizan, no son constantes.

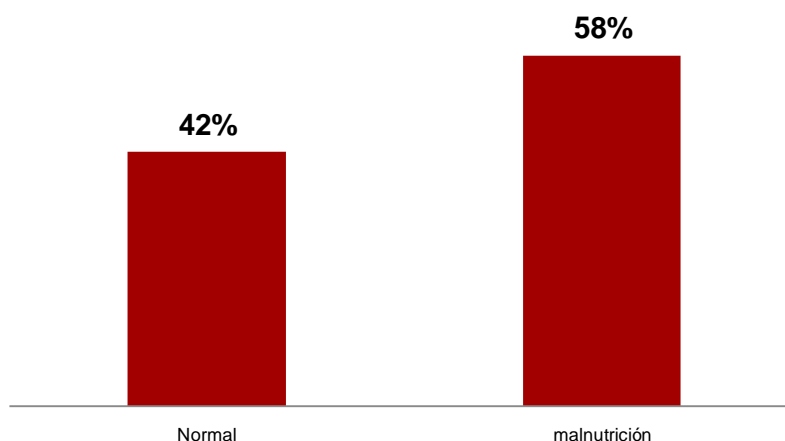
Gráfico N°10: Distribución de la muestra según realización de tratamiento psicológico/psiquiátrico(n=100)



5.3 Análisis descriptivo del estado nutricional antropométrico

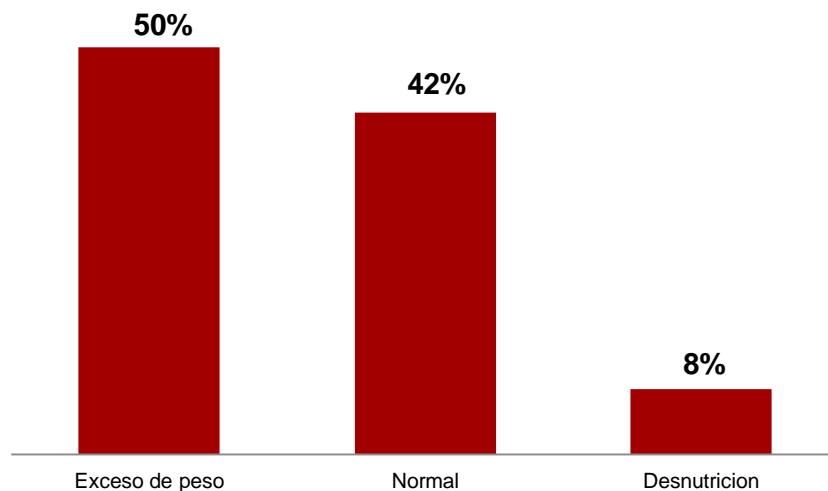
En este gráfico se dividió la muestra en dos: por un lado los pacientes que presentaron un estado nutricional normal y por otro lado, los que presentaron malnutrición, incluyéndose aquí aquellos que tenían bajo peso y exceso de peso. Podemos destacar que el 58% de la muestra presenta malnutrición. El 42% restante, presenta un estado nutricional normal.

Gráfico N°11: Distribución de la muestra según estado nutricional(n=100)



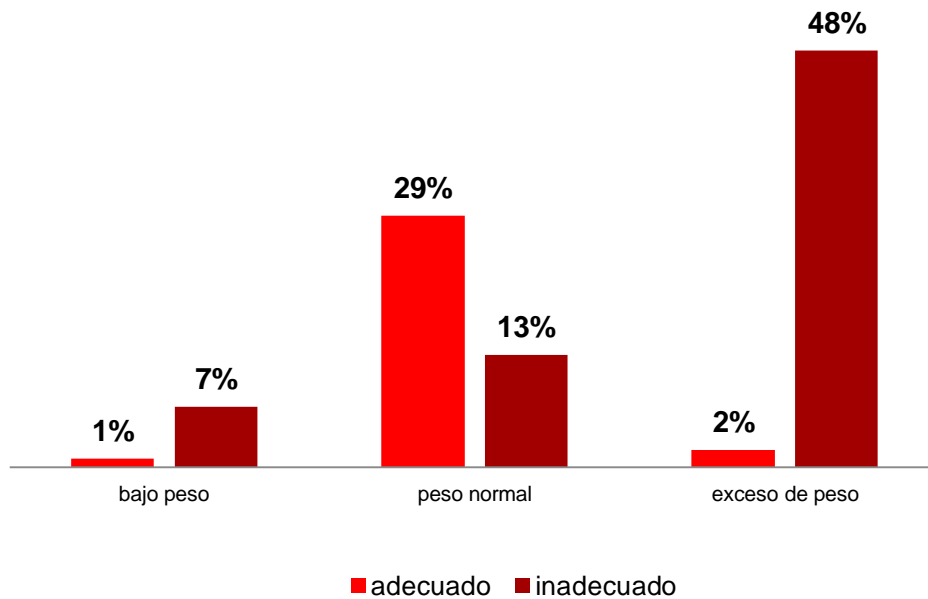
En el siguiente gráfico podemos observar que la mitad de la muestra presenta exceso de peso, de los cuales el 40% presenta sobrepeso y el 10% obesidad. El 42% de la muestra presenta estado nutricional normal. Hay que destacar que solamente el 8% de la muestra presenta desnutrición.

Gráfico N°12: Distribución de la muestra según categorías del estado nutricional(n=100)



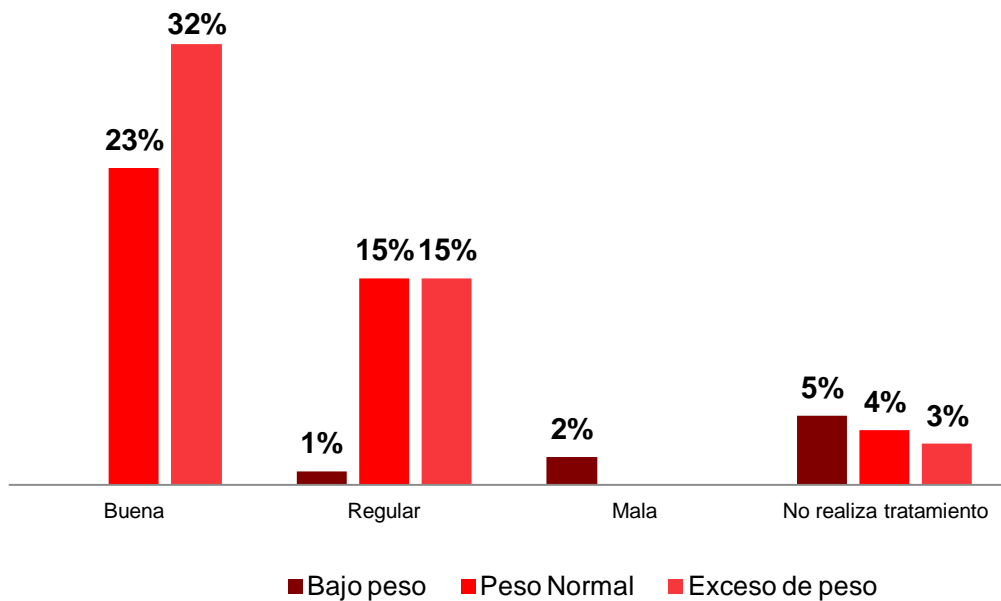
En éste gráfico podemos observa la relación entre el estado nutricional de los pacientes y el tipo control nutricional que realizan. Podemos destacar que el mayor porcentaje de exceso de peso lo presentan los pacientes con un inadecuado control nutricional, siendo la diferencia muy grande en comparación con aquellos que realizan un control nutricional adecuado. El mayor porcentaje de estado nutricional normal lo presentan aquellos que realizan un adecuado control nutricional. Con respecto a los que presentan desnutrición, el mayor porcentaje lo presentan aquellos que tiene un inadecuado control nutricional. Podemos resaltar que aquellos que tienen un adecuado control nutricional, presentan un mejor estado nutricional.

Gráfico N°13: Distribución de la muestra según estado nutricional y control nutricional(n=100)



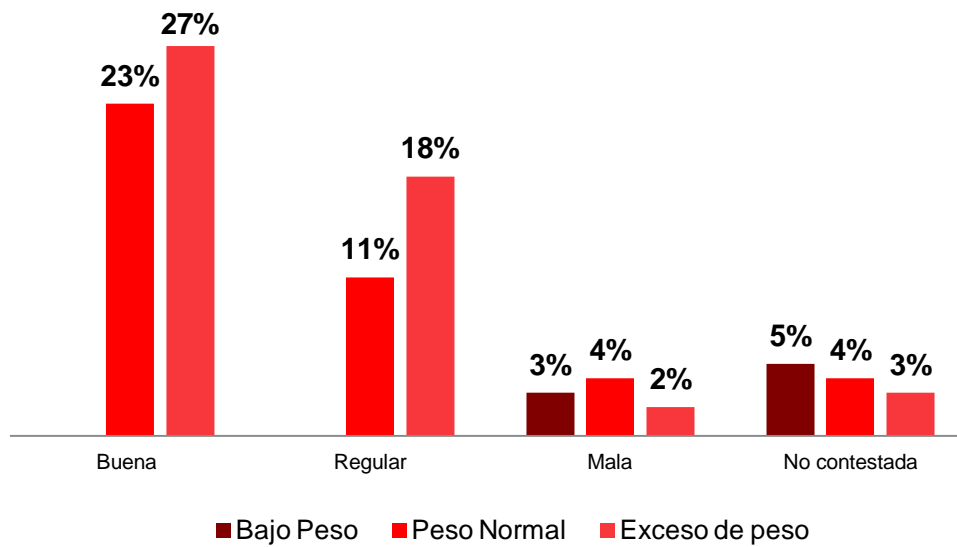
En éste gráfico se ve representado la relación entre el estado nutricional y la adherencia al tratamiento antirretroviral. Se puede observar que el mayor porcentaje de sobrepeso lo presentan las personas que tienen una buena adherencia al tratamiento antirretroviral. También el mayor porcentaje de personas con estado nutricional normal son aquellas que presentan una buena adherencia al tratamiento. Sin embargo, el porcentaje de exceso de peso es mayor al de peso normal. Con respecto a los que tienen una adherencia regular, presentan el mismo porcentaje de peso normal y exceso de peso. Es mínimo el porcentaje de personas con desnutrición. Las personas con mala adherencia presentan bajo peso solamente. Las personas que no realizan tratamiento presenta la mayoría desnutrición, pero sin tener mucha diferencia con el peso normal y el exceso de peso.

Gráfico N°14: Distribución de la muestra según estado nutricional y adherencia al TARV(n=100)



Podemos observar en el siguiente gráfico la relación entre el estado nutricional y la tolerancia al tratamiento antirretroviral. Ningún paciente encuestado presentó muy buena tolerancia al tratamiento. Con respecto a la buena tolerancia, el mayor porcentaje presenta exceso de peso. Sin embargo hay una mínima diferencia con los pacientes que presentan peso normal. El mayor porcentaje de los pacientes con una tolerancia regular presentan sobrepeso. Sin embargo, es alto el porcentaje de personas con peso normal. En relación a los que presentan mala tolerancia, a pesar de que el mayor porcentaje es de peso normal, no hay mucha diferencia entre éstos y los que presentan desnutrición y sobrepeso. . Las personas que no realizan tratamiento presenta la mayoría desnutrición, pero sin tener mucha diferencia con el peso normal y el exceso de peso.

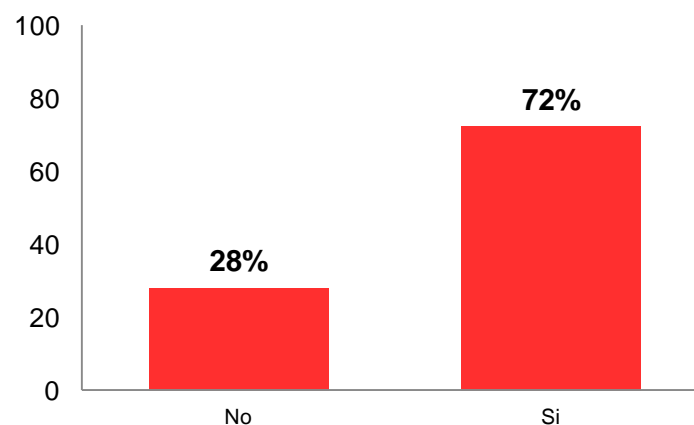
Gráfico N°15: Distribución de la muestra según estado nutricional y tolerancia al TARV(n=100)



5.4 Análisis descriptivo de la encuesta sobre control nutricional.

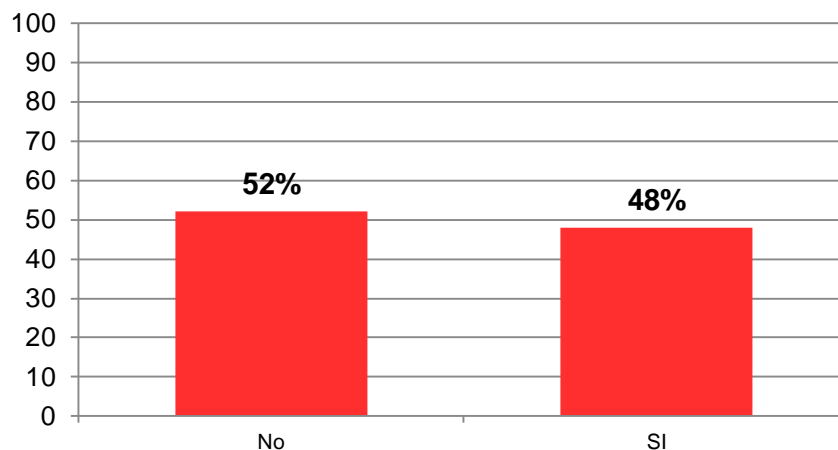
Se observa en el grafico que al 72% de los encuestados, el médico le indico asistir al nutricionista, y solamente al 28% no le indicaron.

Gráfico N°16: Distribución de la muestra según indicación para asistir al control nutricional(n=100)



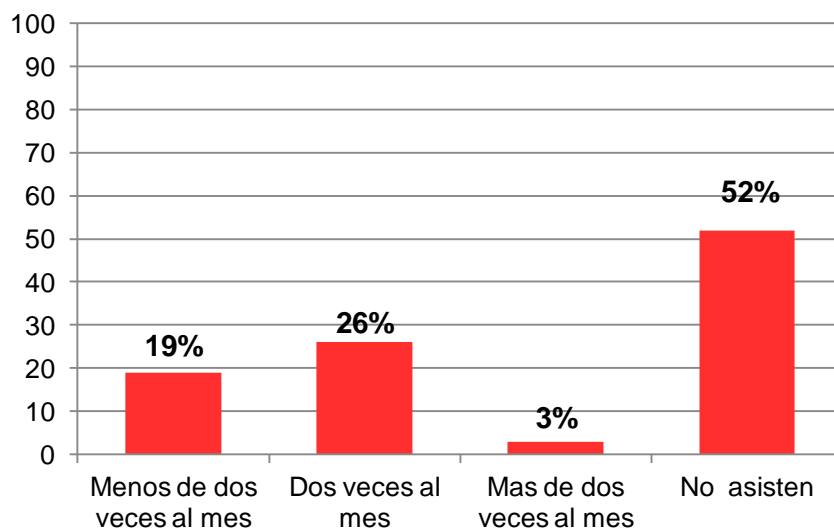
A pesar que el 72% de los pacientes con VIH tenían indicación de asistir al control nutricional, solo el 48% asiste. El 52% de la muestra no asiste al control nutricional.

Gráfico N°17: Distribución de la muestra según asistencia al nutricionista(n=100)



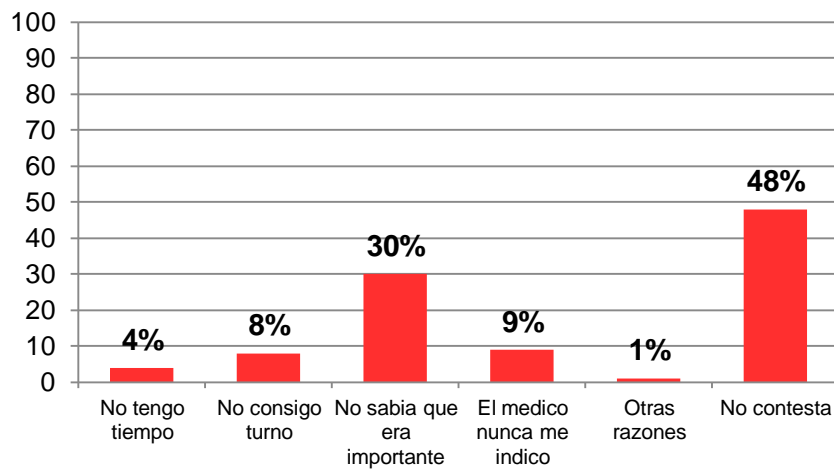
En relación con la frecuencia con la que asisten al control nutricional, la mayoría de los encuestados no asisten. Entre los que asisten, el 26% asisten dos veces al mes y el 19% asiste menos de dos veces al mes. Solo el 3% de los pacientes asisten más de dos veces al mes al control nutricional.

Gráfico N°18: Distribución de la muestra según frecuencia con la que asisten al control nutricional(n=100)



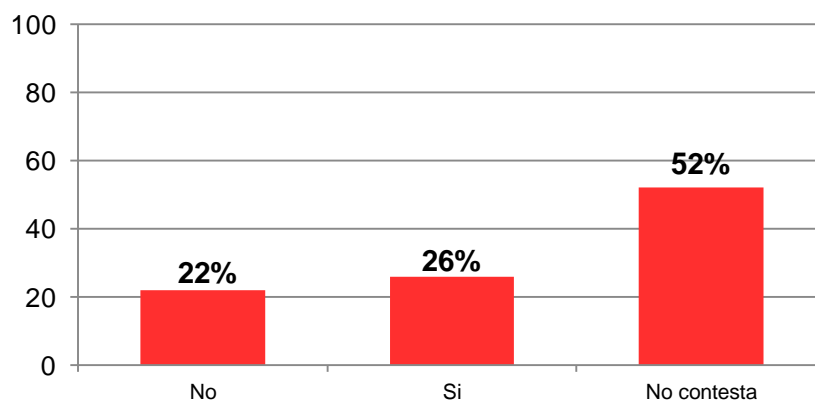
Observamos que el 30% de la muestra refirió que el motivo por el cual no asisten al control nutricional es porque no sabían la importancia de éste para su salud. El 9% refirieron que no asisten porque el médico nunca le indicó y el 8% porque no consiguen turno. El 4% mencionó que no asiste porque no tiene tiempo para hacerlo, y solo el 1% indicó que tenía otras razones por la cual no asistía. El 48% restante no contestó esta pregunta ya que si asiste al control nutricional.

Gráfico N°19: Distribución de la muestra según motivo por el cual no asiste al control nutricional(n=100)



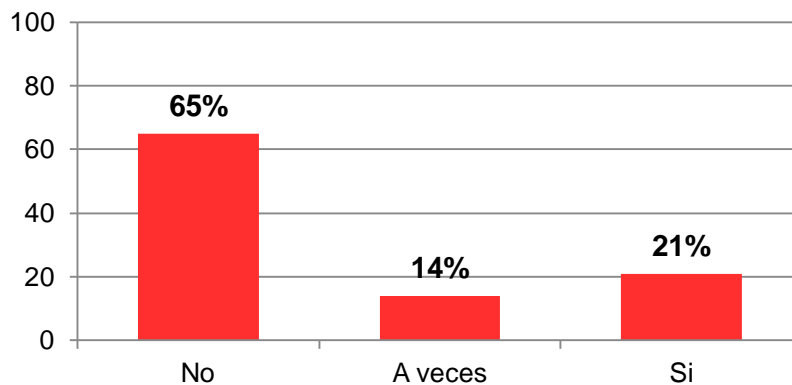
Con respecto a si realizan todas las indicaciones que le dan en el control nutricional, el 26% indicó que si realizan todas las indicaciones y el 22% indico que no lo hacen. El 52% corresponden a los pacientes que no concurren al control nutricional, por lo que no contestaron esta pregunta.

Gráfico N°20: Distribución de la muestra según seguimiento de indicaciones dadas en el control nutricional (n=100)



En éste gráfico se puede observar que el 65% de la muestra no toma suplementos vitamínicos y minerales. El 21% si lo hace actualmente. El 14% restante, los toma a veces.

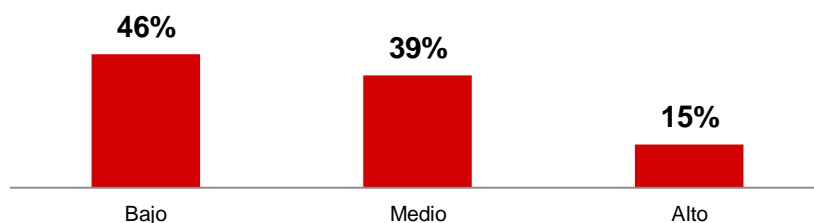
Gráfico N°21: Distribución de la muestra según toma de suplementos vitamínicos o minerales (n=100)



5.5 Análisis descriptivo del grado de conocimiento acerca VIH/SIDA, alimentación y nutrición de las personas que viven con VIH/SIDA.

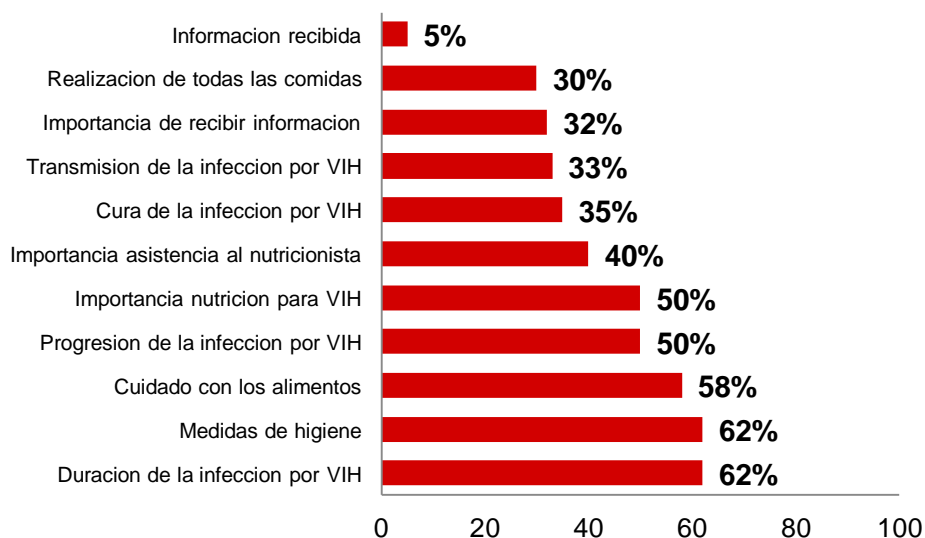
En relación al grado de conocimiento acerca VIH/SIDA, alimentación y nutrición, la mayoría de los encuestados, el 46%, presentan bajo grado de conocimiento. El 39% presenta mediano grado de conocimiento. Solo el 15% de la muestra presenta alto grado de conocimiento.

Gráfico N°22: Distribución de la muestra según grado de conocimiento (n=100)



En el siguiente gráfico están representadas las preguntas realizadas en la encuesta de grado de conocimiento sobre VIH/SIDA, alimentación y nutrición con los porcentajes de la muestra que contestaron la respuesta correcta. Las preguntas que obtuvieron el mayor porcentaje de respuesta correcta fueron la referida al tiempo de duración de la infección por VIH y la que refiere sobre las medidas de higiene a la hora de prepara las comidas, cada una con el 62%. La pregunta que también tuvo un alto porcentaje de respuesta correcta es la referida a los cuidados con los alimentos que tienen para evitar intoxicaciones con los mismos, en la cual el porcentaje fue del 58%. Las preguntas que fueron contestadas correctamente por la mitad de la muestra fueron las referidas a si era importante una correcta nutrición para los pacientes con VIH y la referida a cómo deben tomar la medicación para retardar la progresión de la infección por VIH. Las preguntas que fueron contestadas correctamente por menos de la mitad de la muestra fueron las referidas a si era importante para la persona asistir al nutricionista, si conocía si había cura para la infección por VIH/SIDA, si tomando los medicamentos podía transmitirse la infección, si le era importante recibir información desde la institución y si realizaban todas las comidas. Todas las preguntas mencionadas anteriormente tienen porcentajes similares. La pregunta que obtuvo menor porcentaje de respuesta correcta fue la referida a qué tipo de información recibían desde la institución sobre nutrición, que solo el 5% contesto correctamente.

Gráfico N°23: Distribución de la muestra según preguntas correctamente contestadas (n=100)



CAPÍTULO VI

COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS



Para verificar las hipótesis postuladas en el presente trabajo de investigación utiliza la prueba chi cuadrado:

$$X^2_0 = (fo-fe)^2 / fe$$

Si X^2_0 (real) es mayor a X^2_t (teórico) se rechaza la hipótesis nula (H_0) y por lo tanto se acepta la hipótesis de investigación (H_i); si por el contrario, X^2_0 es menor que X^2_t se rechaza la H_i y se acepta la H_0 .

Fe = frecuencia esperada. Fo = frecuencia observada.

El nivel de significación (α) elegido es de 0,05 (probabilidad del 5% de error) y el intervalo de confianza (IC) es de 95%.

Hipótesis de investigación (Hi) 1: El adecuado control nutricional influye en el estado nutricional de los pacientes con VIH que concurren al Hospital Padilla.

Hipótesis de nulidad (Ho) 1: El adecuado control nutricional no influye en el estado nutricional de los pacientes con VIH que concurren al Hospital Padilla.

Cálculo para la comprobación de hipótesis:

Control nutricional			
Estado Nutricional	Adecuado	Inadecuado	TOTAL
Desnutrición	(A)1	(B)7	8
Normal	(C)29	(D)13	42
Sobrepeso	(E)2	(F)48	50
TOTAL	32	68	100

CELDILLAS	fo	Fe	fo-fe	(fo-fe) ²	(fo-fe) ² / fe
A	1	2,56	-1,56	2,43	0,94
B	7	5,44	1,56	2,43	0,44
C	29	13,44	15,56	242,11	18
D	13	28,56	-15,56	242,11	8,48
E	2	16	-14	196	12,25
F	48	34	14	196	5,75
TOTAL	100	100	0	Chi real obtenido	45,87

Para la verificación de la H_{i1} se aplica la prueba de χ^2 para dos variables. Se trabaja con 2 Grados de Libertad ($G. L. = (F-1) \times (C-1) = (4-1) \times (2-1) = 3$), con un valor de α de 0,05 (probabilidad de error) y un Intervalo de Confianza (IC) del 95%. Con estos parámetros, el valor teórico de χ^2 es de **5,99**.

La aplicación de la fórmula determina un valor de χ^2 real de **45,87**. Siendo el mismo mayor al valor teórico, se rechaza la hipótesis de nulidad, comprobándose y aceptando la hipótesis de investigación.

Por lo tanto, se puede afirmar con un 95% de confianza, que el adecuado control nutricional influye en el estado nutricional de los pacientes con VIH del hospital padilla.

Hipótesis de investigación (Hi) 2: La causa por la que los pacientes con VIH no concurren al control nutricional es la falta de la información sobre la importancia de este para la salud.

Hipótesis de nulidad (Ho) 2: La causa por la que los pacientes con VIH no concurren al control nutricional no es la falta de la información sobre la importancia de este para la salud.

Cálculo para la comprobación de hipótesis:

Motivo de no asistencia al control nutricional	fo	fe	fo-fe	(fo-fe) ²	(fo-fe) ² /fe
No tiene tiempo	4	10,4	-6,4	40,96	3,93
No consigue turno	8	10,4	-2,4	5,76	0,55
No sabia que era importante	30	10,4	19,6	384,16	32,13
No me indico el medico	9	10,4	-1,4	1,96	0,18
otras	1	10,4	-9,4	8,36	0,8
TOTAL	52	52	0	Chi real obtenido	37,6

Para la verificación de la Hi₂ se aplica la prueba de chi² para una variable. Se trabaja con 4 Grados de Libertad (G. L.=categorías-1-----G. L.= 5-1=4), con un valor de α de 0,05 (probabilidad de error) y un Intervalo de Confianza (IC) del 95%. Con estos parámetros, el valor teórico de chi² es de **9,48**.

La aplicación de la fórmula determina un valor de chi² real de **37,6**. Siendo el mismo mayor al valor teórico, se rechaza la hipótesis de nulidad, comprobándose y aceptando la hipótesis de investigación.

Por lo tanto, se puede afirmar con un 95% de confianza, que la causa por la que los pacientes con VIH no concurren a control nutricionales la falta de información sobre la importancia de este para la salud.

Hipótesis de investigación (Hi) 3: Los pacientes con VIH tienen bajo grado de conocimiento sobre su enfermedad y los beneficios que aportan una adecuada alimentación y nutrición sobre su patología.

Hipótesis de nulidad (Ho) 3: Los pacientes con VIH no tienen bajo grado de conocimiento sobre su enfermedad y los beneficios que aportan una adecuada alimentación y nutrición sobre su patología.

Cálculo para la comprobación de hipótesis:

Gado de conocimiento	Fo	fe	fo-fe	(fo-fe) ²	(fo-fe) ² /fe
Bajo	46	33,33	12,67	160,53	4,82
Medio	39	33,33	5,67	32,15	0,1
Alto	15	33,33	-18,33	336	10,08
TOTAL	100	100	0	Chi real obtenido	15

Para la verificación de la H_{i3} se aplica la prueba de χ^2 para una variable. Se trabaja con 2 Grados de Libertad (G. L.=categorías-1-----G. L.= 3-1=2), con un valor de α de 0,05 (probabilidad de error) y un Intervalo de Confianza (IC) del 95%. Con estos parámetros, el valor teórico de χ^2 es de **5,99**.

La aplicación de la fórmula determina un valor de χ^2 real de **15**. Siendo el mismo mayor al valor teórico, se rechaza la hipótesis de nulidad, comprobándose y aceptando la hipótesis de investigación.

Por lo tanto, se puede afirmar con un 95% de confianza, que los pacientes con VIH tienen bajo grado de conocimiento sobre su enfermedad y los beneficios que aportan una adecuada alimentación y nutrición sobre su patología.

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN

Y

CONCLUSIÓN



Éste estudio se propuso describir la influencia e impacto de las prácticas nutricionales sobre el estado nutricional de los pacientes infectados por VIH que asistieron al sector de infectología del Hospital Ángel C. Padilla en los meses de Junio y Julio de 2015.

Luego de analizar los datos obtenidos sobre el estado nutricional de los pacientes encuestados, se observó que la mayor parte de la muestra (50%) cuenta con exceso de peso. Sin embargo, el porcentaje de pacientes con peso normal también es elevado (42%), y hay que resaltar que es mínimo el porcentaje de personas con bajo peso (8%).

Los datos obtenidos respecto al IMC en el antecedente Arias Amicone, *Nutrición en el paciente HIV*, fué que hay una prevalencia del exceso de peso en los pacientes encuestados, lo que coincide con el resultado de éste estudio.

También se puede indicar que los resultados del estudio de Núñez Rocha, Wall y Chavez Peralta, *Atención nutricional, tiempo desde el diagnostico, características demográficas e IMC en pacientes con VIH/SIDA*, coinciden con los del estudio ya que prevalece el exceso de peso.

Teniendo en cuenta el antecedente de Roncori Stabile, *Estado nutricional, adherencia al tratamiento nutricional y redes de apoyo en pacientes con VIH*, que indica que el exceso de peso no es el que prevalece, sino es el peso normal, es alto el porcentaje de los participantes de ese estudio que presentan exceso de peso no siendo muy grande la diferencia con el peso normal. Estos resultados se acercan a los de ésta investigación. Sin embargo, indica que la minoría de las personas presenta desnutrición, lo que si coincide con éste estudio.

En relación al análisis del control nutricional, se observa que el mayor porcentaje de la muestra (68%) tiene un inadecuado control nutricional. En estos pacientes se destaca que en relación al estado nutricional, prevalecen el exceso de peso y el bajo peso, siendo el exceso de peso el que mayor porcentaje presenta. A pesar que es menor el porcentaje de pacientes con adecuado control nutricional (32%), el mayor porcentaje de estos presentan peso normal. De acuerdo a ésto y a la comprobación de hipótesis, se puede decir que la hipótesis número uno, la cual

indica que el adecuado control nutricional influye en el estado nutricional de los pacientes con VIH, se acepta.

De acuerdo con el antecedente de Roncori Stabile, *Estado nutricional, adherencia al tratamiento nutricional y redes de apoyo en pacientes con VIH*, indica que la hipótesis referida a la relación entre el estado nutricional y el control nutricional no fue comprobada. Sin embargo, los resultados obtenidos revelan que la mayoría de los pacientes que asisten a control nutricional cuentan con estado nutricional normal, y que los que no concurren presenta la mayoría exceso de peso. A pesar de que la hipótesis no fue comprobada, estos últimos datos coinciden con los resultados obtenidos en ésta tesis.

Respecto al motivo por la cual los pacientes no asisten a control nutricional, la mayoría de los pacientes indicaron que el motivo era que no tenían conocimiento de la importancia del control nutricional para su salud y su patología, lo cual coincide con el estudio de Roncori Stabile, *Estado nutricional, adherencia al tratamiento nutricional y redes de apoyo en pacientes con VIH*, que indica que las razones que prevalecen entre los pacientes no concurren al control nutricional son por falta de indicación, falta de interés y por desconocimiento.

En cuanto al grado de conocimiento que presentan los pacientes sobre VIH/SIDA, alimentación y nutrición, se observó que prevalece el bajo grado de conocimiento (46%). Éstos resultados coinciden con el estudio de Baque Toala, *Evaluación del estado nutricional a usuarias que conviven con el VIH en el hospital maternidad gineco-obstetrico Enrique C. Sotomayor*, donde indican que las pacientes encuestadas presentan déficit de conocimiento sobre alimentación y VIH.

También se relaciona con los resultados del estudio de Bejarano, Ramirez, Saurith Lopez y Sussman Peña, *Conocimientos, Actitudes y Prácticas en pacientes diagnosticados con VIH en tratamiento farmacológico*, donde indican que las personas encuestadas presentan escaso o confuso conocimiento sobre nutrición y alimentación en infección por VIH.

Al haber finalizado éste estudio, se llega a la conclusión que aunque por mucho tiempo prevaleció la desnutrición en lo pacientes infectados por VIH, actualmente en la era del tratamiento antirretroviral de gran actividad, eso cambió y

prevalece el exceso de peso con un riesgo metabólico elevado, lo cual implica una mayor atención nutricional en los pacientes con VIH. Ésto se observa en éste estudio, ya que es alto el porcentaje de personas con exceso de peso y es mínimo el porcentaje que presenta bajo peso. Además gran porcentaje de la muestra presentan valores muy altos de colesterol, y aunque el porcentaje de personas con hipertrigliceridemia no sea alto, los valores que presentaban fueron muy altos y hay que tenerlos en cuenta.

De acuerdo a lo realizado en éste estudio, podemos observar que aunque el porcentaje de personas con un adecuado control nutricional es bajo, la mayoría de éstos presentan peso normal, siendo mínimo el porcentaje de personas que presentan bajo peso y exceso de peso. Hay que destacar, que la mayoría de las pacientes que realizaban un inadecuado control nutricional presentaron exceso de peso.

También se observa en este estudio que cuanto mayor sea la adherencia y la tolerancia al tratamiento antirretroviral mayor va a ser el exceso de peso que presenta la persona. Aquellos que tienen mala adherencia y tolerancia o no tienen tratamiento antirretroviral son los que mayor porcentaje de bajo peso presentan.

En éste estudio se indagó cual era la razón por la cual los pacientes con VIH no concurrían a control nutricional, y la mayoría indicó que no lo hacía porque, a pesar que a muchos su médico le indico, desconocían la importancia asistir al control nutricional y pensaban que no era necesario.

En cuanto al grado de conocimiento que presentaban los encuestados sobre su enfermedad y los beneficios que aportan una adecuada alimentación y notición sobre su patología, se determinó que la mayoría presenta bajo grado de conocimiento. A pesar de eso, hubo tres preguntas que la mayoría contestaron correctamente, son las referidas al tiempo de duración de su enfermedad, a la higiene a la hora de cocinar y las precauciones que tienen para evitar intoxicaciones con los alimentos. Hay que destacar que a pesar que desde el hospital brindan información sobre nutrición en general, es escasa la relacionada a VIH/SIDA y que los pacientes que concurren al hospital a la consulta no las están viendo o prestando atención, por lo que esa información se está perdiendo.

Podemos decir entonces que una de las áreas desatendidas actualmente en los pacientes con VIH/SIDA es la nutrición y alimentación, que incluye el tratamiento nutricional, la educación alimentaria y nutricional, la educación higiénico dietética que ayuda a prevenir enfermedades transmisibles por lo alimento, entre otras cosas. Todo ésto es competencia del licenciado en nutrición, el cual debe ser parte integrante del equipo interdisciplinario que atiende al paciente infectado por VIH con tratamiento antirretroviral.

Concluyo mi trabajo de investigación afirmando que un adecuado control nutricional, contribuye a mantener y mejorar el estado nutricional de las personas que viven con VIH, mejorando su calidad de vida.

CAPÍTULO VIII

PROPUESTAS



En relación a los datos obtenidos en este estudio, me encuentro en el deber de expresar diferentes propuestas para mejorar diferentes cuestiones relacionadas al VIH/SIDA. A continuación se plantean las proposiciones:

- Implementar dentro del programa de VIH/SIDA de la dirección de SIDA y ETS, necesaria la consulta con el licenciado en nutrición desde el inicio del diagnóstico y durante toda la enfermedad.
- Brindar mayor información y de forma clara, acerca de nutrición y VIH/SIDA desde las instituciones que se llevan a cabo el programa de VIH/SIDA de la dirección de SIDA y ETS.
- Concientizar a las personas con VIH y su núcleo familiar sobre las dificultades que causa la realización de prácticas nutricionales incorrectas.
- Promover una buena adherencia tanto al tratamiento médico como al tratamiento nutricional.
- Realizar capacitaciones a los licenciados en nutrición sobre la alimentación y nutrición en los pacientes con VIH.
- Promover desde el control médico la asistencia al control nutricional en aquellas personas que lo necesitan.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA



- ANSA. (2002). *Recomendaciones generales para pacientes con VIH/SIDA*. (Segunda edición).
- Arias Amicone, M.H. (2010). *Nutrición en el paciente HIV*. Tucumán.
- Arias j. Estrada E. Gómez E. 1era ed. (2003) *Lo que tú necesitas saber sobre VIH/SIDA*. México. Editorial Plaza y Valdez
- Baque Toala N. A. (2012). *Evaluación del estado nutricional a usuarias que conviven con el virus de la inmunodeficiencia humana en el hospital maternidad gineco-obtetrico Enrique C. Sotomayor*. Memoria para obtener titulo de grado en Licenciatura en nutrición, Universidad de Santiago de Guayaquil.
- Bejarano Roncancio J. Jairo, Ramírez M. E., Saurith López V, & Sussman Peña O. A. (2011). Conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias en pacientes diagnosticados con VIH en tratamiento farmacológico. *Revista Scielo*. (Edicion especial).
- Burgos AM. Glasamer P. (2006) *Guía de Nutrición de la familia*. Roma .Recuperado:
<http://books.google.com.ec/books?id=vXs2vhYKjEoC&pg=PT104&dq=nutricion+en+vih&hl=es&sa=X&ei=GbriT4PEA4Wg9QSelciGCA&ved=0CEkQ6wEwAw#wv=onepage&q=nutricion%20en%20vih&f=false>
- Casanueva E. Kaufer M. (2008). *Nutriología Medica Argentina*. (Tercera edición). Editorial Médica Panamericana.
- De Girolami D.(2008). *Clinica Terapeutica en la nutricion del adulto*. Buenos Aires. Editorial El Ateneo.
- De Girolami D.(2003). *Fundamentos de valoración nutricional y composición corporal*. Buenos Aires. Editorial El Ateneo.
- Diccionario de la Real Academia Española. (Vigesima primera edicion). Editorial Espasa.
- FAO. (2002). *Alimentación y nutrición*. Roma.
- Freijo S. & Mengoni A. (2010). Estado nutricional al ingreso de los pacientes internados con VIH. *Revista diaeta*. (Edición especial).
- GIL A. Hernández J. (2da Ed.). (2010) *Tratado de Nutrición*. (Tomo IV). Madrid. Editorial Médica panamericana.

- Hernandez Sampieri R. , Fernandez Collado C. & Baptista Lucio P. (2010). *Metodología de la investigación*. (Quinta edición).
- Longo, E. N., Navarro, E. (2012). *Técnica dietoterápica*. Editorial El Ateneo.
- Lorenzo,J., Guidoni, M. E., Diaz, M., Marezi, M. S., Lasivita, J.,y otros. (2007).*Nutrición del niño sano*. Rosario: Corpus.
- Ministerio de Salud Argentina. Direccion de SIDA y ETS.(2014). *Boletín oficial acerca VIH/SIDA*.
- Núñez Rocha G. M. , Wall K. M. & Chávez Peralta M. (2013). Atención nutricional, tiempo desde el diagnostico, características demográficas e índice de masa corporal en pacientes con VIH/SIDA. *Revista de investigación clínica* (Vol. 65, Nº. 4).
- OMS. (2003). *Informe Técnico de los requerimientos nutricionales*
- ONUSIDA. (2004). *Vivir en el mundo con VIH y SIDA*.
- R. Polo, C. Gómez-Candela, C. Miralles, J. Locutora, J. Álvarez (2006) *Recomendaciones de SPNS/GEAM/SENPE/AEDN/SEDCA/GESIDA sobre nutrición en el paciente con infección por VIH*. recuperado [http://www.scribd.com/sandwindstars/d/40513243-Hiv-Libro-Nutricion-Paciente-Vih#page= 1](http://www.scribd.com/sandwindstars/d/40513243-Hiv-Libro-Nutricion-Paciente-Vih#page=1)
- Roncoroni Stabile M. E. (2013).Estado nutricional, adherencia al tratamiento nutricional y redes de apoyo en pacientes con HIV. *Universidad FASTA de Mar del Plata*.
- World Health Organization. (2013). *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection*.

ANEXOS



ANEXO 1

AL SEÑOR DIRECTOR DEL

HOSPITAL PADILLA

PRESENTE

De mi mayor consideración:

La que suscribe MARIA DEL ROSARIO COSTILLA CAMPERO, M.I. nº 36.420.324, con domicilio real en Avenida Republica del Líbano 1462, de la ciudad de San Miguel de Tucumán, tiene el agrado de dirigirse a Ud. y por su digno intermedio ante quien corresponda al siguiente efecto:

Soy alumna de la CARRERA DE LICENCIATURA EN NUTRICION, en la UNIVERSIDAD del NORTE SANTO TOMAS DE AQUINO.-

Que habiendo terminado de cursar y de rendir la totalidad de las materias de mi carrera, faltando solamente en presentar la tesis de investigación.-

Es por ello, que siendo necesario cumplimentar con la misma, solicito llevar a cabo mi trabajo de investigación en el Servicio de Infectología del Hospital Padilla, a cargo del Doctor Gustavo Adolfo Costilla Campero.-

La tesis se titula INFLUENCIA E IMPACTO DE LAS PRACTICAS NUTRICIONALES SOBRE EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES INFECTADOS CON VIH.-

Esperando una Resolución favorable a mi requerimiento se saluda con distinguida consideración.

María del Rosario Costilla Campero

D.N.I. 36.420.324

ANEXO 2: CONCENTIMIENTO INFORMADO

NOTIFICACIÓN

El presente trabajo de Tesis de Licenciatura titulado “INFLUENCIA E IMPACTO DE LAS PRACTICAS NUTRICIONALES SOBRE EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES INFECTADOS CON VIH”, elaborado por la señorita María del Rosario Costilla Campero, estudiante de la carrera de Licenciatura en nutrición de la Facultad de Ciencias De La Salud de la Universidad del Norte Santo Tomas de Aquino.

El objetivo de este trabajo es:

- Evaluar si el control nutricional influye en el estado nutricional de los pacientes con VIH participantes del estudio.
- Indagar la causa por la cual los pacientes con VIH no concurren al control nutricional.
- Investigar qué grado de conocimiento tienen los pacientes con VIH sobre su enfermedad y los beneficios que aportan una adecuada alimentación y nutrición sobre su patología.

La participación de este trabajo de investigación es estrictamente voluntaria. La información proporcionada será confidencial y no se usara para ningún propósito fuera de este trabajo. En el caso de tener duda al respecto, puede hacer la consulta que sea necesaria para completar su información. En caso de que algunas de las preguntas del cuestionario le resultaran incómodas o inconvenientes tiene el derecho de hacérselo saber a la señorita, o, directamente negarse a responder.

Desde ya se agradece su participación.

Cordialmente.

María del Rosario Costilla Campero

ACEPTACIÓN

ACEPTO PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE en este Trabajo de investigación denominado “INFLUENCIA E IMPACTO DE LAS PRACTICAS NUTRICIONALES SOBRE EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES INFECTADOS POR VIH”, el cual está conducido por María del Rosario Costilla Campero. He sido informada/o que los fines de este trabajo son:

- Evaluar si el control nutricional influye en el estado nutricional de los pacientes con VIH participantes del estudio.
- Indagar la causa por la cual los pacientes con VIH no concurren al control nutricional.
- Investigar qué grado de conocimiento tienen los pacientes con VIH sobre su enfermedad y los beneficios que aportan una adecuada alimentación y nutrición sobre su patología.

Reconozco que la información que YO provea en el curso de la investigación es estrictamente confidencial y exclusivo para este trabajo. Se prohíbe utilizar para cualquier otro propósito. He sido informada/o que puedo hacer preguntas sobre el trabajo en cualquier momento y que puedo no responder a las preguntas que me incomoden.

Apellido y nombre del participante:.....

Firma:.....

Fecha:.....

ANEXO 3: FICHA DE DATOS PERSONALES

1-Edad

- a) Menor a 35 años _____
- b) Entre 35 y 50 años _____
- c) Entre 50 y 65 años _____
- d) Mayor a 65 años _____

2-Genero

- a) Masculino _____
- b) Femenino _____
- c) Trans _____

3- Peso actual _____

4-Talla _____

5- Índice de masa corporal (IMC) _____

6-Años de diagnostico de VIH/SIDA

- a) Menos de un año ____
- b) Entre 1 y 3 años ____
- c) Entre 4 y 6 años ____
- d) Entre 7 y 9 años ____
- e) Más de 9 años ____

7- Tratamiento antirretroviral (TARV)

- a) Si realiza ____
- b) No realiza ____

8- Adherencia al TARV

- a) Menos del 70% ____
- b) Entre 70 y 90% ____
- c) Mas del 90%____

9- Tolerancia

- a) Muy buena _____
- b) Buena _____
- c) Regular _____
- d) Mala _____

10- Padece Diabetes

- a) Si _____ Medicado: Si__ No____
- b) No _____

11- Padece Hipercolesterolemia

- a) Si _____ Medicado: Si__ No____
- b) No _____

12- Padece Hipertigliceridemia

- a) Si _____ Medicado: Si__ No____
- b) No _____

13-Padece Hiperuricemia

- a) Si _____ Medicado: Si__ No____
- b) No _____

14-Padece Insuficiencia Renal

- a) Si _____ b)No _____

15-Padece Insuficiencia Hepática

- a) Si _____ b)No _____

16-Dieta actual

- a) Dieta Normal, según nuestros hábitos alimentarios _____
- b) Dieta Hipograsa, según sugerencias medicas _____
- c) Dieta indicada por nutricionista _____

17- Actividad física (en el último mes)

- a) No ____
- b) Menos de tres veces por semana ____
- c) 3 o más veces por semana ____

18-Salud Mental: Atención por un profesional en los últimos 12 meses.

- a) Si ____
- b) A veces ____
- c) No ____

ANEXO4: ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTO ACERCA VIH/SIDA Y ALIMENTACION Y NUTRICION DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA

1-¿Cuánto tiempo la infección por VIH afecta a la persona?

- a) Algunos meses_____
- b) Algunos años_____
- c) Toda la vida_____

2- ¿Conoce si en la actualidad la infección VIH/SIDA tiene cura?

- a) No_____
- b) puede ser_____
- c) puede ser_____

3- ¿Una persona con VIH/SIDA que está tomando medicamentos antirretrovirales puede trasmitirla infección?

- a) No_____
- b) Puede pero el riesgo es bajo_____
- c) Si_____

4- Para detener la progresión de la infección VIH/SIDA,¿ cuánto tiempo se deben tomar los medicamentos?

- a) Unos pocos días (menos 70%) _____
- b) La mayoría de los días (70-90%) _____
- c) Todos los días (más 90%) _____

5- Para usted, ¿Una correcta nutrición beneficia la salud de la persona con VIH/SIDA?

- a) No_____
- b) Puede ser_____
- c) Si_____

6- Si contesto si en la respuesta anterior, ¿Cuál cree que sería el beneficio?

- a) Mejor aspecto físico ____
- b) Sentirse mejor ____
- c) Ayuda a alcanzar un peso normal y a tener un buen estado de salud ____

7- ¿Usted cree que es importante asistir al nutricionista?

- a) No ____
- b) Puede ser ____
- c) Si ____

8- ¿Cuántas comidas realiza en el día?

- a) Dos ____
- b) Tres ____
- c) Cuatro ____

9- ¿Qué medidas de higiene tiene a la hora de la elaboración y preparación de las comidas?

- a) Ninguna ____
- b) Lavado de manos solamente ____
- c) Lavado de manos, utensilios de cocina y mesadas ____

10- Para usted ¿Cuál de estas acciones es la mejor para evitar problemas con los alimentos?

- a) Correcta técnica de cortado ____
- b) Correcta cocción y refrigeración ____
- c) Fijarse en el tiempo de caducidad de los alimentos ____

11- ¿Qué tipo de información recibe usted sobre nutrición en esta institución?

- a) Ninguna ____
- b) Folletos ____
- c) Folletos y charlas ____

12- ¿Cree usted que es importante que se le proporcione información sobre VIH/SIDA y nutrición?

- a) No _____
- b) Puede ser _____
- c) Si _____

ANEXO 5: ENCUESTA SOBRE CONTROL NUTRICIONAL.

1- ¿Su médico le indico asistir a un nutricionista en los últimos 12 meses?

- a) No___
- b) Si ___

2- ¿Usted asiste o asistió a consulta con un nutricionista en los últimos 6 meses?

- a) No_____
- b) Si_____

3- Si usted contesto que si en la respuesta anterior, ¿Cuántas veces asiste al control nutricional en un mes?

- a) Menos de dos veces al mes _____
- b) Dos veces al mes _____
- c) Más de dos veces al mes _____

4- Si usted contesto que no en la respuesta numero 16, ¿Por qué no asiste?

- a) No tengo tiempo _____
- b) No consigo turno _____
- c) No sabía que era importante _____
- d) El médico nunca me indico _____
- e) Otras razones _____

5- Si asiste o asistió al nutricionista, ¿Usted sigue todas las indicaciones que le da el mismo?

- a) No___
- b) Si___

6- ¿Toma regularmente suplemento vitamínico o mineral?

- a) No _____
- b) A veces _____
- c) Si _____