



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS**

**TRABAJO DE TITULACIÓN EXAMEN COMPLEXIVO
PARA LA OBTENCION DEL GRADO DE MAGISTER EN
MEDICINA TROPICAL**

**TEMA DE ESTUDIO DE CASO
“PLAN EDUCATIVO PARA MEJORAR LA ADHERENCIA EN
EMBARAZADAS CON VIH QUE ACUDEN AL HOSPITAL
MARIANA DE JESUS”**

**AUTOR:
FÉLIX AMANDO CORREA MUÑIZ, MD.**

**TUTOR:
EDWARS GEOVANNY SABANDO FAJARDO, MSC.**

AÑO 2016

GUAYAQUIL – ECUADOR

 Presidencia de la República del Ecuador	 Plan Nacional de Ciencia, Tecnología, Innovación y Saberes	 SENESCYT Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación
REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIAS Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO ESTUDIO DE CASO EXAMEN COMPLEXIVO		
TÍTULO: PLAN EDUCATIVO PARA MEJORAR LA ADHERENCIA EN EMBARAZADAS CON VIH QUE ACUDEN AL HOSPITAL MARIANA DE JESUS.		
AUTOR/ES: FELIX AMANDO CORREA MUÑOZ, MD.	REVISORES: ELVIA ASPIAZU MIRANDA, Mgs.	
INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD GUAYAQUIL	FACULTAD: CIENCIAS MÉDICAS	
PROGRAMA: MAESTRÍA EN MEDICINA TROPICAL		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	NO. DE PÁGS:	
ÁREA TEMÁTICA: MEDICINA TROPICAL.		
PALABRAS CLAVES: <i>virus de inmunodeficiencia humana, embarazadas, adherencia; terapia antirretroviral de gran actividad; plan educativo</i>		
RESUMEN: La presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en mujeres con relación a los hombres pasó de 33% en el año 2003 a 49% en el año 2011, según datos de ONUSIDA. Esta problemática es mucho mayor en el caso de las embarazadas, pues no solo se exponen ellas sino también sus fetos ante el riesgo de infección. La falta de adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) es la principal causa de fracaso terapéutico y por lo tanto la de mayor morbilidad asociada a la enfermedad. El objetivo de la presente investigación es elaborar un plan educativo para mejorar la adherencia al TARGA en embarazadas que acuden al Hospital Mariana de Jesús, mediado a través del análisis de teorías VIH, SIDA y adherencia y la caracterización de las categorías y dimensiones relacionados con la problemática de estudio, a través de una encuesta dirigida a 40 embarazadas con VIH que acudieron al Hospital Mariana de Jesús entre noviembre del 2015 y marzo del 2016. Los resultados demuestran que el 65% de las informantes no tienen suficiente conocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento, el 38% respondió estar de acuerdo en tener buenas expectativas en su evolución post-tratamiento, el 40 % en cambio está muy de acuerdo con la capacidad del médico de aclarar sus interrogantes. Todos estos hallazgos, determinan que estas pacientes requieran una atención multidisciplinaria y un sistema coherente de acciones integrales para mejorar la adherencia al TARGA. Se concluye que existen muchos factores de tipo educativo y sociocultural relacionados a la baja adherencia al TARGA en embarazadas con VIH en el Hospital Mariana de Jesús, por lo que se propone un plan educativo para esta problemática.		
N° DE REGISTRO (en base de datos):	N° DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (estudio de caso en la web)		
ADJUNTO URL (estudio de caso en la web):		
ADJUNTO PDF:	☐ SI	☐ NO
CONTACTO CON AUTORES/ES:	Teléfono: 0994581217	E-mail: fx_correa@hotmail.com
	Nombre: Escuela de Graduados	
CONTACTO EN LA INSTITUCION:	Teléfono: 2286280	E-mail: egraduadosug@hotmail.com

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor del estudiante FELIX AMANDO CORREA MUÑOZ del Programa de Maestría/Especialidad en MEDICINA TROPICAL, nombrado por el Decano de la Facultad de CIENCIAS MEDICAS CERTIFICO: que el estudio de caso del examen complejo titulado **“PLAN EDUCATIVO PARA MEJORAR LA ADHERENCIA EN EMBARAZADAS CON VIH QUE ACUDEN AL HOSPITAL MARIANA DE JESUS”**, en opción al grado académico de Magíster (Especialista) en MEDICINA TROPICAL, cumple con los requisitos académicos, científicos y formales que establece el Reglamento aprobado para tal efecto.

Atentamente



**EDWARS GEOVANNY SABANDO FAJARDO, MSC.
TUTOR**

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado

Especialmente al Sr. Ec. Ab. Félix Correa Granoble, mi padre, mi ídolo, quien desde niño inculcó en mí la honradez, el trabajo, la responsabilidad.

A mi madre Ab. Azucena Muñiz Ponce, mujer valerosa, quien me ha cuidado toda la vida y recibo su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO

Primeramente a Nuestro Señor Jesucristo por sus bendiciones.
A mis padres y hermanas por brindarme su cariño y comprensión.
A mi esposa por estar a mi lado en cada paso que doy.
A mi tutor, por su tiempo y enseñanzas.

Félix

DECLARACIÓN EXPRESA

“La responsabilidad del contenido de esta Tesis de Grado, me corresponden exclusivamente; y el patrimonio intelectual de la misma a la UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL”

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized 'F' followed by a cursive 'A' and 'M', with a horizontal line extending to the right.

FIRMA

FÉLIX AMANDO CORREA MUÑOZ, MD.

C.C. No. 0918635178

INDICE DE CONTENIDOS

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIAS Y TECNOLOGÍA.....	II
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR	III
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
DECLARACIÓN EXPRESA.....	VI
RESUMEN	X
ABSTRACT	XI
INTRODUCCIÓN.....	1
1 MARCO TEÓRICO.....	4
2 MARCO METODOLÓGICO.....	13
3 DISCUSIÓN.	18
4 PROPUESTA.....	21
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	23
BIBLIOGRAFÍA.....	24
ANEXOS.....	29

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: ESTADO CIVIL.....	33
Figura 2: CONTROLES PRENATALES.....	34
Figura 3: MOMENTO DE INFECCION CON VIH	35
Figura 4: COMIENZO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL	36
Figura 5: CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIH	37
Figura 6: EXPECTATIVAS RESPECTO AL TRATAMIENTO	38
Figura 7: RELACION CON EL EQUIPO DE SALUD	39
Figura 8: MEDICO ACLARA DUDAS E INQUIETUDES.....	40
Figura 9: TRATAMIENTO LE CAUSA ALGUNA MOLESTIA	41
Figura 10: BUENAS RELACIONES INTRAFAMILIARES.....	42

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: ESTADO CIVIL	33
Tabla 2: CONTROLES PRENATALES.....	34
Tabla 3: MOMENTO DE INFECCION CON VIH.....	35
Tabla 4: COMIENZÓ DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL	36
Tabla 5: CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIH.....	37
Tabla 6: EXPECTATIVAS RESPECTO AL TRATAMIENTO	38
Tabla 7: RELACION CON EL EQUIPO DE SALUD.....	39
Tabla 8: MEDICO ACLARA DUDAS E INQUIETUDES.....	40
Tabla 9: TRATAMIENTO LE CAUSA ALGUNA MOLESTIA	41
Tabla 10: BUENAS RELACIONES INTRAFAMILIARES.....	42

.

RESUMEN

La presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en mujeres con relación a los hombres pasó de 33% en el año 2003 a 49% en el año 2011, según datos de ONUSIDA. Esta problemática es mucho mayor en el caso de las embarazadas, pues no solo se exponen ellas sino también sus fetos ante el riesgo de infección. La falta de adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) es la principal causa de fracaso terapéutico y por lo tanto la de mayor morbimortalidad asociada a la enfermedad. El objetivo de la presente investigación es elaborar un plan educativo para mejorar la adherencia al TARGA en embarazadas que acuden al Hospital Mariana de Jesús, mediado a través del análisis de teorías VIH, SIDA y adherencia y la caracterización de las categorías y dimensiones relacionados con la problemática de estudio, a través de una encuesta dirigida a 40 embarazadas con VIH que acudieron al Hospital Mariana de Jesús entre noviembre del 2015 y marzo del 2016. Los resultados demuestran que el 65% de las informantes no tienen suficiente conocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento, el 38% respondió estar de acuerdo en tener buenas expectativas en su evolución post-tratamiento, el 40 % en cambio está muy de acuerdo con la capacidad del médico de aclarar sus interrogantes. Todos estos hallazgos, determinan que estas pacientes requieran una atención multidisciplinaria y un sistema coherente de acciones integrales para mejorar la adherencia al TARGA. Se concluye que existen muchos factores de tipo educativo y sociocultural relacionados a la baja adherencia al TARGA en embarazadas con VIH en el Hospital Mariana de Jesús, por lo que se propone un plan educativo para esta problemática.

Palabras clave: virus de inmunodeficiencia humana (VIH), embarazadas, adherencia; terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), plan educativo

ABSTRACT

The presence of the Human Immunodeficiency Virus (HIV) in women relative to men fell from 33% in 2003 to 49% in the year 2011, according to UNAIDS. This problem is much greater in the case of pregnant women, because not only them but also their fetuses exposed to the risk of infection. The lack of adherence to antiretroviral therapy (HAART) is the leading cause of treatment failure and therefore the higher morbidity and mortality associated with the disease. The aim of this research is to develop an educational plan to improve adherence to HAART in pregnant women attending the Mariana Hospital of Jesus, mediated through the analysis of HIV, AIDS and adherence theories and characterization of categories and dimensions related problems of study, through a survey of 40 pregnant women with HIV who attended the Mariana Jesus Hospital between November 2015 and March 2016. the results show that 65% of respondents do not have enough knowledge about the disease and its treatment, 38% answered agree to have good expectations in their post-treatment evolution, 40% instead strongly agree with the doctor's ability to clarify their questions. All these findings, determine that these patients require multidisciplinary care and a coherent system of comprehensive measures to improve adherence to HAART. It is concluded that there are many factors of educational and sociocultural related to poor adherence to HAART in pregnant women with HIV in the Mariana Hospital of Jesus, so an educational plan for this problem is proposed.

Keywords: *Human Immunodeficiency Virus (HIV), Pregnancy, Adherence High Activity Antiretroviral Therapy (HAART), Educational plan*

INTRODUCCIÓN

La epidemia por VIH en el mundo fue detectada inicialmente en los Estados Unidos de América en 1981 y ya en 1994 ocupó el tercer lugar como causa de muerte en las mujeres entre 25 a 44 años de edad en ese país. La prevalencia del VIH en E.E.U.U. es de 1,6 por 1000 mujeres en edad reproductiva. La infección por VIH precede a la aparición de SIDA en aproximadamente 10 años. El embarazo parece no ser afectado por la infección temprana por el VIH, pero en mujeres con enfermedad avanzada puede haber un aumento en el riesgo de complicaciones obstétricas. La transmisión vertical del VIH de la madre al niño es considerada la principal vía de transmisión en menores de 15 años a nivel mundial.

La tasa de transmisión del VIH de la madre al niño puede ser notablemente reducida a menos del 2% gracias a una serie de intervenciones, entre las cuales tenemos al tratamiento con medicamentos antiretrovirales (ARV) en un esquema combinado llamado tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) administrado durante la gestación y el parto; la programación de parto por cesárea y mediante la alimentación artificial, estas actividades han sido implementadas mediante guías y normas a nivel mundial y nacional. Dentro de los métodos de prevención mencionados, se ha visto que la reducción de la carga viral es uno de los factores que tiene gran influencia sobre la transmisión vertical de la enfermedad, si a esto sumamos el hecho que la adherencia al tratamiento con ARV ha sido asociado con una disminución y mantención de la carga viral a niveles indetectables, la adherencia a éstos durante el embarazo toma especial importancia.

Pregunta de investigación.

¿La elaboración de un plan educativo contribuiría a mejorar la adherencia al tratamiento de VIH/SIDA en embarazadas que acuden al Hospital “Mariana de Jesús”?

Delimitación del problema.

En el Hospital Mariana de Jesús, se ha observado una mala adherencia al tratamiento en las mujeres embarazadas con VIH, esta problemática está relacionada con la falta de apoyo social y/o familiar, creencias y mitos erróneos

acerca del tratamiento, escasos recursos económicos, bajo nivel educativo, difícil acceso a los servicios de salud, déficit de coordinación entre diferentes servicios de apoyo, deficiente formación en los profesionales de la salud que orienten el tratamiento de manera adecuada, pérdida de la continuidad de la asistencia sanitaria y la no aceptación al tratamiento. La problemática de la baja adherencia al tratamiento del VIH en las mujeres embarazadas, trae como consecuencia un aumento de complicaciones maternas, deterioro de salud de las madres y recién nacidos, aparición de enfermedades oportunistas, saturación de centros especializados, sobrecarga o conflictos familiares, aumento de demanda en los sistemas de salud ya que produce la transmisión vertical se incrementa y genera elevados niveles de morbilidad materno infantil.

Justificación.

Diariamente, se infectan en el mundo personas con VIH, enfrentando a una enfermedad que no posee cura y sobre la que pesa un fuerte estigma social, afecta a un grupo altamente heterogéneo, constituido por hombres y mujeres de diversas edades y estratos sociales. Esta situación genera una alta carga a los sistemas de salud, la economía de los países y el entorno familiar, en especial cuando se compromete a las mujeres embarazadas ya que la posibilidad de transmisión vertical del VIH es alta. Es por esta razón que el presente estudio constituye una oportunidad para el abordaje adecuado del problema relacionado con la deficiente adherencia al tratamiento específico del VIH en esta población de pacientes planteando alternativas de solución viables en relación a los factores causales analizados.

Objetivos.

Objetivo general.

- Elaborar un plan educativo para mejorar la adherencia en embarazadas que acuden al Hospital Mariana de Jesús, a través del análisis de las y teorías generales y sustantivas referentes a VIH y la determinación de factores relacionado con la baja adherencia al tratamiento antirretroviral

Objetivos específicos.

- Analizar los referentes teóricos sobre VIH y la adherencia al tratamiento antirretroviral embarazadas que acuden al Hospital Mariana de Jesús.
- Caracterizar los factores que contribuyen a una mala adherencia al tratamiento antirretroviral en la población de estudio.
- Estructurar los componentes de un plan educativo para mejorar la adherencia al tratamiento de VIH en mujeres embarazadas que acuden al Hospital Mariana de Jesús.

Premisa.

Sobre la base de los sistemas conceptuales de la adherencia al tratamiento en mujeres embarazadas con VIH, y caracterizando los contextos biológicos, sociales, educacionales, profesionales y económicos se construye un Plan Educativo para mujeres embarazadas con VIH que acuden al Hospital Mariana de Jesús.

Solución propuesta.

Se propone como solución elaborar un plan educativo para mejorar la adherencia al tratamiento en mujeres embarazadas con VIH que acuden al Hospital Mariana de Jesús, mismo que perita evitar la deserción del tratamiento por parte de las embarazadas.

1 MARCO TEÓRICO

Teorías generales.

La Organización de Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA), afirma que de las 34 millones de personas que conviven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el año 2011, el 49 % representaban a las mujeres; observándose por tanto una feminización de la enfermedad, con la consiguiente infección en las embarazadas y riesgo de infección en sus hijos debido a la transmisión vertical del virus. En los Estados Unidos de Norteamérica, las mujeres son el segmento de la población con VIH que crece más rápidamente; desde el 7% en 1985 hasta el 26% en el año 2001 y se estabilizó en el 27% en 2006. La epidemia del VIH está bien establecida en las mujeres latinoamericanas y del Caribe, y sigue concentrada en poblaciones desamparadas que viven en los márgenes socioeconómicos de la sociedad.

En Ecuador se reporta también como epidemia concentrada con tendencia al crecimiento (MSP, 2008). Existen diferencias significativas en las estadísticas de prevalencia de VIH provenientes de distintas fuentes, por un lado el Fondo Global indica que el Ecuador posee 26.000 personas que viven con VIH (Fondo Mundial, 2009), y por otro lado el MSP ha registrado 14.844 personas que viven con VIH (MSP/PNS). Esta diferencia puede tener su origen en las debilidades ya mencionados del sistema de M&E. Otro punto importante es que se empieza a observar un aumento de prevalencia en la población general, en los grupos de jóvenes, hombres y mujeres heterosexuales (MSP & ONUSIDA, 2008b). Los casos reportados de las mujeres han aumentado de 33% en el año 2003 a 39,3% en el año 2006, igual como en la población joven, que subió de 46,23% en 2003 a 51% en el 2006 (MSP et al., 2008a). (Ganzenmüller, 2010)

El Virus de Inmunodeficiencia Humana o VIH son las siglas de un retrovirus RNA que ataca el sistema inmune y causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El VIH destruye gradualmente la capacidad de luchar contra infecciones y ciertos tipos de cáncer. (Pérez, 2016) Las personas que son diagnosticadas con SIDA, pueden tener lo que se conoce como infecciones

oportunistas, causadas por virus, bacterias, parásitos y hongos contra los que las personas sanas generalmente pueden luchar, poniendo en peligro la vida del paciente.

Si una paciente está infectada con el VIH es posible que tarde diez años o más en desarrollar SIDA, e incluso sin haber recibido tratamiento, o puede que ocurra mucho más rápidamente. Pero con una terapia agresiva y adecuada a base de medicamentos, el pronóstico es mucho mejor. No hay medicaciones que puedan erradicar el VIH, pero hay terapias que pueden ayudar a suprimir el virus, siendo indetectable para que el sistema inmune funcione durante periodos de tiempo más largos y retrasar así la aparición de infecciones graves.

En lo que al VIH y embarazo se refiere existe una inmunodeficiencia con disminución de los niveles de inmunoglobulina y de la inmunidad celular entre otros cambios, lo cual lleva a pensar que el embarazo en mujeres VIH positivas pudiera acelerar el progreso de la infección. El embarazo parece tener poco efecto en la progresión de la enfermedad en mujeres VIH positivas asintomáticas, pero puede haber una rápida progresión en aquellas mujeres que se encuentren en un estadio avanzado. (Albert R, 2010). Esto no parece debido a aceleración de la enfermedad inducida por el embarazo, sino a que más mujeres con enfermedad avanzada se embarazan trayendo como resultado altas tasas de complicaciones por el VIH.

Para plantear una estrategia óptima de prevención de la transmisión materno infantil del VIH es necesario conocer los momentos y circunstancias que aumentan el riesgo de transmisión de esta manera tenemos la transmisión intrauterina como en medio en el que una cuarta parte de los embarazos infectan sus fetos el mecanismo de acción se da cuando el virus atraviesa la placenta e infecta al feto, esto ocurre por vía transplacentaria o por transfusión materno-fetal, especialmente por micro desprendimientos placentarios. Los principales mecanismos serían por contaminación con sangre materna en el espacio intervelloso, en el corion y su pasaje por el líquido amniótico y desde la decidua basal con la contaminación directa de células del trofoblasto, la transmisión intrauterina ocurre en los momentos próximos al parto. (Román & Juárez, 2015).

La transmisión intraparto (40%), es la más común, se da por contacto directo del feto con sangre materna infectada y con secreciones del tracto genital durante el parto, microtransfusiones materno-fetales durante contracciones uterinas, infección ascendente por el cérvix, absorción del virus por el tracto digestivo del niño. También en nacimientos múltiples el primer gemelar se infecta más (el doble), tanto en partos vaginales como en cesáreas. (Román & Juárez, 2015). Y por último la transmisión por leche Materna (35%) en esta el virus se ha aislado de células del calostro, de histiocitos y de extractos no celulares en leche de mujeres infectadas. (Román & Juárez, 2015).

Los factores que se asocian a una mayor transmisión son: el mayor carga viral plasmática del VIH, mayor carga viral del VIH en la leche materna, mayor deterioro inmunológico de la madre, presencia de mastitis, lesiones sangrantes en los pezones en lactantes, erosiones en la mucosa oral del niño o la presencia de candidiasis oral en lactantes. En lo referente a las complicaciones en las gestantes infectadas de VIH está el riesgo aumentado de presentar: abortos espontáneos, el parto pretérmino se presenta con una frecuencia duplicada, infección del tracto, anemia que en muchos de los casos se debe a la toma del tratamiento antirretroviral, neumonía bacteriana, sepsis urinaria, herpes zoster, sarcoma de Kaposi, embarazo ectópico, tuberculosis, sífilis, placenta previa, en el postparto el peso al nacer de los recién nacidos entre madres VIH, son de menor peso, además del incremento de las muertes fetales.

El diagnóstico de infección por VIH se realiza por medio de valoración clínica en el caso de síndrome respiratorio agudo y también mediante pruebas de laboratorio, en las que se usan métodos serológicos que consisten en la detección de anticuerpos contra el virus, ejemplo: ELISA-HIV y Western Blot, También se mencionan los métodos virales directos: cuantificación viral, detección de antígenos virales como el p24, PCR del material genético del HIV, y cultivo viral.

El tratamiento farmacológico se basa en terapia retroviral y profilaxis de las infecciones oportunistas. Consiste en la inhibición de la enzima viral transcriptasa reversa, esto es utilizado cuando el conteo de CD4 es <500 cel por mm³ en la población no gestante. Esta inhibición puede ser: Competitiva como la Zidovudine (ZDV), Didanosine (ddI), Zalcitabine (ddC), Stavudine (d4T) y No competitiva

como la Nevirapine, Delavirdine, Foscarnet. En la embarazada existe clara evidencia de que ZDV reduce la transmisión perinatal de 25% a 7%, por lo que se usa independientemente del nivel de CD4, aun cuando se ignora si es efectivo en pacientes con bajo nivel de CD4.

Se deben proveer cuidados durante el embarazo a las gestantes con VIH, entre estos, se debe promover información sobre el VIH y embarazo, el riesgo de transmisión vertical, énfasis en nutrición y suplementación, estado inmunitario, la consulta precoz ante la aparición de nuevos síntomas/signos que puedan indicar aparición de infecciones oportunistas. De la misma manera el control prenatal que consiste en el apoyo de salud mental y social, la evaluación en cada consulta de la cavidad oral y cervico-vaginal, repetir el examen de CD4 cada trimestre y 8 semanas después del primero, de igual forma repetir pesquisa de enfermedades de transmisión sexual en el tercer trimestre,

El aprovechar la infraestructura de vanguardia y la capacidad humana a nuestro alcance, las ciudades crearán un futuro más equitativo, incluyente, próspero y sostenible para todos los ciudadanos, sin importar su sexo, edad, situación económica o social u orientación sexual. Entre los retos futuros para el manejo de VIH se encuentran: poner fin a la epidemia de SIDA para el año 2030, situar a las personas en el centro, abordar las causas de riesgo, vulnerabilidad y transmisión, utilizar la respuesta al SIDA para una transformación social positiva, crear y acelerar una respuesta adecuada a las necesidades locales, movilizar recursos para la salud pública y el desarrollo integrados y unirnos como líderes.

Teorías sustantivas.

En la actualidad el tema de adherencia al tratamiento médico tiene gran trascendencia, debido a que una serie de conductas de riesgo y problemas de salud requieren, necesariamente que la persona ponga en práctica las recomendaciones terapéuticas que se han indicado, lo cual no siempre se realiza correctamente. El incumplimiento de las indicaciones médicas, no solo es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito, sino que produce un aumento de la morbilidad y mortalidad, así como aumenta los costos de la asistencia sanitaria. Es así que genera grandes pérdidas en el aspecto personal, familiar y social. (Suarez, 2015)

Según la Organización Mundial de la Salud, la adherencia es el grado en que el comportamiento de una persona tiene al tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios de estilos de vida que corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. (OMS, 2012) La definición clásica de Sackett y Haynes, la adherencia es el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente, la relación con los medicamentos a tomar o los cambios que ha de ser en su estilo de vida con las recomendaciones de los profesionales de salud que atienden.

En base a lo anterior mencionado se define adherencia como el grado de acatamiento o cumplimiento en relación con los medicamento, la pauta posológica, el plazo prescrito y ejecutar cambios de estilos de vida, lo que quiere decir que el paciente está siguiendo el curso recomendado de tratamiento, tomando todos los medicamentos prescritos durante el tiempo que sea necesario, realizándose los exámenes y las pruebas de control; asimismo, que está cumpliendo las medidas de control y ejerciendo sus derechos y deberes como personas con VIH/SIDA.

El tratamiento antirretroviral en mujeres embarazadas produce varios efectos secundarios lo que conlleva una mala adherencia al mismo, además se ha observado factores que influyen en este incumplimiento como los factores sociales, demográficos, económicos, profesionales y culturales. Entre los factores sociales, la discriminación a los pacientes persiste como problemática latente en nuestro medio, conllevando en algunos casos a aislamiento, y a dificultades en la continuidad del tratamiento. De igual manera existe un factor demográfico muy importante relacionado con el acceso inadecuado a los centros de referencia para el manejo VIH, debido a las localidades alejadas donde viven las pacientes. El factor económico también incide en la problemática de estudio, en la que resalta las brechas de desigualdad existentes en la sociedad que limitan el acceso eficiente a los sistemas sanitarios. (Clotet, 2014)

Además, existe una escasez de profesionales especializados en el manejo de los pacientes con VIH/SIDA, en especial en el grupo de mujeres embarazadas con esta condición. Esto obedece a una serie de elementos entre la más importante esta la escasez en la oferta de estudios de postgrado, la baja tasa de titulación en los profesionales que cursan dichos estudios y en la poca demanda por parte de las

instituciones de salud. Cabe resaltar que en el tratamiento en las mujeres embarazadas con VIH, otro apartado relevante está vinculado a las creencias y mitos erróneos acerca del tratamiento, lo que contribuye al rechazo y abandono del tratamiento en muchos de los casos. (Bolaños Gutiérrez, 2015)

A pesar de la importancia de esta esfera en el tema, el enfoque positivista de los estudios que relacionan la mala adherencia a la TARV con diversos trastornos mentales podrían esconder otros elementos de la esfera individual, sociocultural y del sistema de salud que se relacionan entre sí, como son los mecanismos de afrontamiento ("*coping*"), el repertorio de creencias de un sujeto/comunidad, la historia de vida y las experiencias de estigma y discriminación, los contextos de vulnerabilidad en los que los sujetos se mueven, entre otros lo que se arguye puede determinar problemas de adherencia, pudiendo ser causales, así como modificadores del efecto en patologías del espectro psicológico.

Antes de comenzar la TAR se debe preparar al paciente e identificar y corregir las causas que pueden limitar la adherencia al mismo, valorando la posibilidad de retrasarlo, si la situación clínica del paciente lo permite. Las estrategias de intervención individualizadas, basadas en estrategias psicoeducativas y de asesoramiento personal, con capacidad para adaptar el esquema del tratamiento antirretroviral a los hábitos de vida del paciente y proporcionando estrategias de resolución de problemas, han demostrado ser eficaces para incrementar la adherencia al tratamiento y mejorar la respuesta del mismo. El problema de la deficiente adherencia al tratamiento específico con antiretrovirales pueden ser dimensionados desde la visión de la sociedad frente a la enfermedad; en relación a las creencias y construcciones del colectivo, que articuladas con cosmovisiones de índole sanitaria, cultural, económica y política han tenido una incidencia negativa en el manejo de los individuos con condición seropositiva.

La no adherencia en embarazadas entonces, se refiere a no tomar los medicamentos, o tomarlos en mayor o menor cantidad, sin seguir las indicaciones. Se observaron que el 61% de pacientes VIH positivos no se adhirió a los horarios de toma y que el 63% no se adhirió a las indicaciones recomendadas. Es así, que la mala adherencia a los antirretrovirales constituye un problema clínico complejo y un reto aun mayor para el equipo de salud, debido a que tiene implicancia en tres

niveles: individual, ya que su presencia limita marcadamente los beneficios terapéuticos y favorece la aparición de resistencias; comunitario, ya que los virus resistentes pueden transmitirse a otras personas; y finalmente económico, pues el empleo inadecuado de estos medicamentos conlleva un gasto ineficaz.

Por tal razón, es necesario para entender los fenómenos asociados a la mala adherencia identificar y valorar los discursos de los usuarios que utilizan el sistema de salud, y en especial entre los diversos grupos (diversidad de etnias, de género, de identidad sexual, etc) que consultan a los centros de atención de pacientes con VIH/SIDA. Las creencias, actitudes, valores y prejuicios de los pacientes respecto a la medicación, la enfermedad, así como los vínculos con el equipo médico-asistencial son factores categóricos a la hora de aceptar el tratamiento y realizarlo de forma correcta. (Manríquez, 2015).

Referentes empíricos.

(Pérez Rosabal, 2016), realizó un estudio de intervención, cuasi experimental. El universo quedó constituido por los 71 casos de sida del municipio Manzanillo que tenían indicado el tratamiento con antirretrovirales. La muestra quedó conformada por 25 pacientes. En el proceso investigativo se emplearon el cuestionario Martín-Bayarre–Grau y una encuesta. El procesamiento estadístico se realizó mediante números absolutos y porcentajes. Los resultados se presentan resumidos en tablas. *Resultados:* después que se aplicó el programa, solo el 16 % de los pacientes no se adherían al tratamiento. El 68 % poseía una susceptibilidad percibida alta y el 88 % una severidad percibida alta ante las complicaciones de la infección por VIH/sida. El 100 % percibía muchos beneficios con relación al tratamiento farmacológico, la dieta y la protección y el 72 % pocas barreras. *Conclusiones:* el programa educativo fue efectivo, pues se incrementó la adherencia terapéutica en los pacientes con tratamiento antirretroviral del municipio Manzanillo.

(Varela, 2014), en un estudio descriptivo de corte transversal llevado a cabo en 119 pacientes atendidos en el Programa VIH/SIDA del Hospital de Coquimbo, Chile, se propuso analizar los problemas de adhesión a TARV y su relación con la depresión en pacientes infectados con VIH, se utilizó la Escala de Adhesión a los

Medicamentos de Morisky, Green y Levine, y el Inventario de Depresión de Beck-II. Se obtuvieron datos demográficos y de salud de las fichas clínicas. Los principales resultados muestran que 68% de los pacientes manifiesta tener problemas de adhesión a TARV, con diferencias significativas por sexo, edad y tiempo de tratamiento. Según un análisis de regresión logística, los pacientes con depresión moderada a severa tendrían 3,08 (95% IC 1,08-8,80) veces más riesgo de tener problemas de adhesión en relación a los pacientes con depresión mínima o leve. Este estudio concluye que existe una asociación positiva entre síntomas depresivos y problemas con la adherencia a la TARV

(Martín, 2015), en un estudio de tipo transversal con uso de metodología cuantitativa se propuso caracterizar la adherencia terapéutica y el apoyo social de los pacientes que viven con VIH/sida en un área de salud. Se utilizaron como técnicas de recogida de información una entrevista semiestructurada, el cuestionario “MGB” para la evaluación de la adherencia terapéutica y el cuestionario de apoyo social “CAS-10”. Entre los resultados más importantes están la prevalencia de un nivel parcial de adherencia y el componente más afectado fue la relación transaccional entre pacientes y equipo de salud. La relación médico-paciente no propicia el establecimiento de estrategias conjuntas para garantizar el cumplimiento del tratamiento. El estudio arrojó que las personas que viven con VIH incluidas en el estudio presentaron una elevada necesidad percibida de apoyo social, poca satisfacción con la ayuda recibida e insuficientes expectativas de apoyo social.

(Vilató Frómeta, 2015), en otro estudio similar concluye que la adherencia al tratamiento en la población estudiada se manifestó en sus tres niveles con un predominio del nivel parcial de adherencia. El apoyo social es insuficiente y la ayuda recibida no satisface. La familia es la principal fuente de atención para estos pacientes y el apoyo emocional y la compañía de otros les son necesarios. Prevalece la inseguridad en relación con la posibilidad de poder contar con algún apoyo si lo necesitaran en un futuro.

(Chávez-Courtois, 2016), en un estudio realizado en Madrid con el objetivo de analizar los factores de riesgo influyentes en la adherencia al tratamiento antirretroviral, se consideró un total de 211 pacientes. La población del estudio estuvo formada en su mayoría por hombres (74,9% vs 25,1% mujeres) y el principal

grupo de edad comprendía a pacientes de entre 31-50 años, siendo la media de edad de $45,83 \pm 9,34$ años. Los resultados de adherencia fueron variables en función del método de medida empleado ya que, mientras el registro de dispensación consideró como adherentes al 65,88% de los pacientes, el cuestionario de adherencia SMAQ consideró que lo eran un 53,08% de ellos. Teniendo en cuenta sólo aquellos pacientes en los que ambos métodos de medida coincidían en considerar como adherentes, el dato final de pacientes adherentes fue del 38,86%.

(Dávila, 2015), realizó una investigación sobre el conocimiento de las personas que viven con VIH o con SIDA (PVVS). Al analizar el conocimiento de las PVVS se observó que más de la cuarta parte de los participantes (26,5 %) presentaron un nivel de conocimiento “deficiente”, solo 3,5 % obtuvo la mayor puntuación correspondiente a un nivel de conocimiento “bueno”. El análisis del conocimiento general de las PVVS hacia la enfermedad y su relación con el nivel educativo muestra que del total de personas con nivel de conocimiento “deficiente” ($n=69$), 50,7 % se encontraban en el nivel educativo “básico” y 7,2 % de los participantes que se encontraban en el nivel de educativo “universitario”. 39 % de las PVVS con nivel de conocimiento “regular” tuvo un nivel educativo “universitario”. Otros datos interesantes de este estudio son que el 58,5 % de las PVVS no conoce el procedimiento a seguir cuando olvida una dosis del TAR, y el 67,7 % no conocía cuales eran las enfermedades oportunistas. Concluye el autor que existe un gran déficit en el conocimiento sobre la enfermedad en los PVVS.

(Altuna, 2016), estudió la calidez de la atención sanitaria denotada por la relación comunicacional existente entre personal de salud y personas viviendo con VIH. Encontró que los estándares planteados por el sistema de salud y la calidad de los insumos no son suficientes para asegurar una atención adecuada y concluye que las relaciones comunicacionales existentes entre el personal de salud y las personas viviendo con VIH en la atención sanitaria tienen urgente necesidad de mejorarlos ya que conducen a una mala adherencia y fracaso de la terapia antiretroviral.

2 MARCO METODOLÓGICO

La presente investigación utiliza la metodología cualitativa, la cual se considera que es una categoría de diseños de investigación que extraen descripciones a partir de observaciones que adopten la forma de entrevistas, narraciones, notas de campo, grabaciones, transcripciones de audio y video casete, registros, escritos de todo tipo, fotografías o películas, se ocupa de del entorno de los acontecimientos y centran su indagación en contextos naturales o tomados tal y como se encuentran. (Herrera, 2008).

Tiene así como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno trata de encontrar las cualidades que en conjunto caracterizan al fenómeno. Para el criterio de la investigación cualitativa el estudio se centra en la calidad de las actividades, relaciones, asuntos, medios, materiales o instrumentos en una determinada situación o problema. La misma procura por lograr una descripción holística, esto es, que intenta analizar exhaustivamente, con sumo detalle, un asunto o actividad en particular. Hernández (2011).

El método utilizado en el presente trabajo de titulación, es el estudio de caso, el cual es una técnica metodológica aplicada en la investigación científica en la cual el sujeto se enfrenta a la descripción de una situación específica que plantea un problema, que debe ser comprendido, valorado y resuelto por un grupo de personas a través de un proceso de discusión, permitiendo el abordaje de las situaciones a través de la caracterización de categorías y dimensiones, así como la determinación de los instrumentos de la investigación y de las unidades de análisis Ramírez (2013).

El método de estudio de caso además según otros autores es considerado un útil modelo de investigación para recabar información en contextos de la vida real, pudiendo este tipo de investigación ser aplicado a situaciones de diferente naturaleza que hayan tenido lugar o emplearse a medida que se vayan desarrollando una problemática. (Stott & Ramil, 2014)

Entre las categorías y dimensiones, se pueden identificar:

TABLA CDIUI

CATEGORÍAS	DIMENSIONES	INSTRUMENTOS	UNIDAD DE ANÁLISIS
Factores Sanitarios	Acceso a servicios de salud	Encuesta	Embarazadas con VIH que asisten al Hospital Mariana de Jesús
	Relación médico paciente	Encuesta	Embarazadas con VIH que asisten al Hospital Mariana de Jesús
Factores sociales	Relación intrafamiliar	Encuesta	Embarazadas con VIH que asisten al Hospital Mariana de Jesús
	Entorno social	Encuesta	Embarazadas con VIH que asisten al Hospital Mariana de Jesús
	Mitos y creencias	Encuesta	Embarazadas con VIH que asisten al Hospital Mariana de Jesús
Factores educativos	Nivel de conocimiento del tratamiento de VIH	Encuesta	Embarazadas con VIH que asisten al Hospital Mariana de Jesús
Factores económicos	Nivel socioeconómico	Encuesta	Embarazadas con VIH que asisten al Hospital Mariana de Jesús

Fuente: Félix Correa Muñiz MD.

Categorías y dimensiones analíticas.

Las categorías y dimensiones producto de la investigación se generó del árbol de problemas previamente formulado en base la relación causa-efecto. En la matriz CDIUI, se determinó cuatro categorías de causas directas fundamentales siendo estas: factores sanitarios, educativos, sociales, y económicos. Los factores sanitarios que están determinado por los servicios de salud y la capacidad de asistir a ellos, los educativos que influirán el conocimiento de vih y las consecuencias que puede acarrear, sociales con influencia directa en la vulnerabilidad de los pacientes, y los económicos que al estar en un país en vías de desarrollo tendrán un influencia

directa, ya que la inaccesibilidad a información y métodos de prevención, fomenta la presencia de casos.

Las dimensiones están clasificadas de la siguiente manera, el acceso a servicios de salud mismo que se limita en ciertos casos por la distancia a los centros de salud, o la cantidad de consultas para su monitoreo, la escasez de personal para una Atención médica especializada lo que dificulta la intervención e influye en la relación médico paciente, relación intrafamiliar ser gravitante puesto que será la familia quien fomentara y ayudara a dar continuidad al tratamiento, el entorno social ya que en una sociedad prejuiciosa las pacientes con VIH se verán obligadas a ocultar su enfermedad lo que influirá en el tratamiento, los mitos y creencias acerca de la enfermedad y su tratamiento que se cree ocasiona más efectos negativos que positivos en la salud, el nivel de conocimiento del tratamiento de VIH es otro factor importante pues el desconocimiento que existe de manera general influye en la adherencia., nivel socioeconómico que generalmente es bajo con una se convierte en un aspecto que influye en la adherencia, pues en algunos casos no pueden costear los tratamientos.

Instrumentos.

Para efectos de este estudio el instrumento utilizado fue el cuestionario para la aplicación de la encuesta está correctamente estructurada y utiliza 6 preguntas en escala de LIKERT, para demostrar el grado de satisfacción en determinados aspectos y 4 preguntas dicotómicas para determinar el conocimiento en ámbitos referentes a la adherencia que pueda existir o no al tratamiento contra el VIH/SIDA.

Unidad de análisis.

La unidad de análisis, es la representación del conjunto de individuos, objetos o fenómenos que se realiza la investigación, y en los que se aplican los instrumentos de investigación. Es la población o la muestra que se designa para el estudio, para lo cual se deben seleccionar criterios que determinen quienes son las unidades que se incluirán en el estudio, y también quienes son los que se excluirán del estudio. (D'Angelo, 2008).

En este caso, la unidad de análisis estuvo conformado por 40 usuarias de la Hospital Marianita de Jesús, a quienes se les aplicó la encuesta de forma no aleatoria.

Gestión de datos.

La fuente de información utilizada es primaria, ya que se realizó la aplicación de instrumento de investigación de forma personal a las mujeres en estado de gestación, de quienes se generaron datos fundamentales de este estudio. El complemento lo constituyen las fuentes bibliográficas secundarias. Para la recolección de la información y datos se gestionó con la Responsable del Centro de Salud, la debida autorización para poder cumplir con los objetivos planteados, posteriormente se comunicó a las usuarias la necesidad de aplicar el cuestionario en forma individual en un periodo de 30 días aproximadamente. Una vez recolectados la información y datos, se procedió a la clasificación, tabulación y análisis estadísticos de los mismos, para la cual se utilizaron los índices estadísticos de frecuencia absoluta y porcentajes, y la media aritmética para realizar el análisis cuantitativo. Finalmente, para la tabulación y diseño de los gráficos estadísticos se utilizó el utilitario Excel de Microsoft; para posteriormente realizar el análisis e interpretación de los resultados.

Criterios éticos.

Dentro de los criterios éticos utilizados en el presente trabajo investigativo, están la confidencialidad de los nombres de las personas que intervinieron en el estudio, además del respeto a la opinión de los entrevistados, por lo que se omitirán los nombres y apellidos de los participantes.

Resultados.

Respecto al estado civil, las tres cuartas partes de las informantes manifestaron ser solteras, y la parte restante está representada mayoritariamente por mujeres en unión libre. En lo referente al control prenatal menos de la mitad de las pacientes gestantes con VIH manifestaron estar muy de acuerdo con los controles prenatales, otra proporción importante refirió no estar de acuerdo ni en desacuerdo, mientras que la minoría de ellas declararon estar en desacuerdo. En el aspecto del momento de diagnóstico de VIH, tres cuartas partes de las mujeres fueron

diagnosticadas antes del embarazo y el restante durante el mismo. En lo relacionado al comienzo del tratamiento antirretroviral, una décima parte de las informantes declararon no haber seguido ningún tratamiento antirretroviral, a diferencia del resto en la que la mayoría recibieron durante el embarazo, y otras previo al mismo.

En lo referente al conocimiento de la enfermedad, una mayor proporción de las gestantes, con VIH manifestaron no conocer sobre esta enfermedad. En cuanto a su expectativa de evolución pos tratamiento, una cuarta parte de las gestantes declararon estar muy de acuerdo con tener buenas expectativas de mejora, pero lo preocupante es que la mitad de las informantes de este estudio manifestaron estar en desacuerdo. En el aspecto de la relación con el equipo de salud, más de la mitad de las mujeres respondieron estar muy de acuerdo que tienen buena relación y comunicación con el equipo de salud, mientras que una quinta parte de las gestantes manifestó estar en desacuerdo, demostrando desinterés por fortalecer la relación tratante-paciente. De la misma manera ante la pregunta si el médico aclara sus interrogantes, mas de la mitad de las pacientes embarazadas con VIH respondieron estar de acuerdo en la capacidad del médico para aclarar sus dudas.

En lo que respecta a la presencia de molestias durante el tratamiento antirretroviral, la mitad de las informantes manifestaron estar muy de acuerdo con la presencia de molestias relacionadas con los antirretrovirales. En el aspecto de las relaciones intrafamiliares, la mayoría de las informantes manifestaron estar en desacuerdo, mientras que una cuarta parte respondieron estar de acuerdo en tener buenas relaciones intrafamiliares.

3 DISCUSIÓN.

En base a los resultados de este estudio, que demostró que la mayoría de las gestantes, específicamente 7 de 10, no tienen adecuado conocimiento sobre VIH se relaciona con los hallazgos del estudio realizado por (Dávila, 2015) sobre el conocimiento de las PVVS, en el que se observó que más de la cuarta parte de los participantes presentaron un nivel de conocimiento deficiente. El análisis del conocimiento general de las PVVS hacia la enfermedad y su relación con el nivel educativo demostró que, del total de personas con nivel de conocimiento deficiente, la mitad de ellas se encontraban en el nivel educativo básico y solo uno de 10 con nivel universitario. Este estudio sobre conocimientos del VIH, nos pone de manifiesto una faceta de la problemática en el manejo de esta enfermedad que debe atenderse para lograr impacto en los resultados.

En lo referente a la expectativa de evolución pos tratamiento en las gestantes con VIH, se encontró una preocupante realidad, que la mitad de las encuestadas manifestó estar en desacuerdo en que el tratamiento con antirretrovirales puede mejorar su evolución. Esta respuesta probablemente se dio por desconocimiento, al compararlo con los referentes encontrados en la literatura científica, (Varela, 2014), en un estudio que analizó los problemas de adhesión a TARV y su relación con la depresión en pacientes infectados con VIH, Encontró que la mayoría de los pacientes tenían problemas de adhesión a TARV, concluyendo que existe una asociación positiva entre síntomas depresivos y problemas con la adherencia a la TARV· demostrando la idea que un paciente deprimido o con un mal estado de ánimo, al no tener buenas expectativas dentro de su tratamiento, será propenso al abandono del tratamiento. Lo importante de estos estudios que analizan la percepción de las gestantes, es que nos permiten relacionar esto con la posibilidad de depresión y posterior abandono al tratamiento, lo que permite implementar acciones de mejora en estos aspectos con la respectiva inclusión de enfoques integrales y multidisciplinarios de tratamiento del VIH.

En lo referente a la relación médico-paciente, solo una cuarta parte de las embarazadas con VIH respondieron estar muy de acuerdo que tienen buena

relación, demostrando que existe un desinterés este aspecto tanto de parte de las gestantes como de los servicios de salud, de igual manera 4 de 10 pacientes embarazadas con VIH están muy de acuerdo con la capacidad del médico de aclarar sus interrogantes. Estos resultados demuestran la escasa confianza que existe de parte de las gestantes en los servicios médicos, hecho que también fue estudiado por (Altuna, 2016) al analizar la calidez del servicio, encontró que éste no es brindado adecuadamente. Este criterio se constituye en el principal problema comunicacional existente en la estrategia de tratamiento del VIH, en efecto, la calidez de la atención denota la relación comunicacional existente entre personal de salud y personas viviendo con VIH. De este modo, se considera que la existencia de los estándares planteados por los servicios de salud y la calidad de los insumos brindados no son suficientes para asegurar una atención adecuada. De este modo, los problemas comunicacionales existentes afectan directamente la calidez del servicio lo que genera que este último no sea brindado de manera óptima y por lo tanto acarrea que las personas viviendo con VIH que se atienden, no se encuentren satisfechas con el mismo y así, se constituye en un factor limitante de la adherencia al TARGA. En ambos estudios de muestra la necesidad de satisfacer las dudas del paciente y de que exista buena relación entre el equipo de salud y el paciente.

En el aspecto de molestias relacionadas con el tratamiento y su vinculación a la adherencia, la mitad de las pacientes embarazadas con VIH, refirieron estar muy de acuerdo con la presencia de molestia durante el tratamiento, una cuarta parte de ellas manifestó estar ni en acuerdo ni en desacuerdo debido a que se sienten igual a pesar del tratamiento, mientras que la otra cuarta parte de las mismas respondieron estar en desacuerdo por que ellos se sienten mucho mejor con el tratamiento. Sin embargo, al compararlo con el trabajo de (Pérez Rosabal, 2016) quien realizó un estudio de intervención, cuasi experimental, cuya unidad de análisis estuvo constituida por 25 pacientes con VIH/SIDA del municipio Manzanillo que tenían indicado el tratamiento con antirretrovirales, a los cuales se les aplicó un programa educativo. Entre los resultados más importantes, encontró que la totalidad de los pacientes percibieron beneficios con relación al tratamiento farmacológico, la dieta y la protección. Este estudio concluyó que el programa educativo fue efectivo, pues se incrementó la adherencia terapéutica en los pacientes con tratamiento antirretroviral del municipio Manzanillo., demostrando que existen otros factores

que influyen con el estado de bienestar del paciente, probablemente los emocionales. En relación a este hallazgo, se debe fomentar un plan estructurado de capacitación sobre el tratamiento del VIH a las gestantes, para así maximizar la adherencia al mismo.

De las pacientes embarazadas con VIH solo una cuarta parte respondieron estar muy de acuerdo en tener buenas relaciones intrafamiliares, mientras que mas de la mitad manifestaron tener pésimas relaciones intrafamiliares. Este hallazgo en comparativa el estudio de (Vilató Frómeta, 2015) encontró mucha coincidencia, ya que este autor en su trabajo de investigación concluyó que el apoyo social es insuficiente y la ayuda recibida no le satisface a la población estudiada. La familia es la principal fuente de atención para estos pacientes y el apoyo emocional y la compañía de otros les son necesarios. Prevalece la inseguridad en relación con la posibilidad de poder contar con algún apoyo si lo necesitaran en un futuro., demostrando que si no se cuenta con el apoyo de la familia no se puede realizar un verdadero cambio en la mentalidad del paciente, pues la familia será el complemento que le brinde seguridad y aliente a seguir adelante.

Más de la mitad de las embarazadas con VIH respondieron estar muy de acuerdo, que no existe una buena relación médico-paciente, lo que se replica en un considerable número de estudios, en este aspecto, (Martín, 2015) también estudió la relación médico-paciente y su relación con la adherencia terapéutica. Entre los resultados más importantes están la prevalencia de un nivel parcial de adherencia y el componente más afectado fue la relación transaccional entre pacientes y equipo de salud. La relación médico-paciente no propicia el establecimiento de estrategias conjuntas para garantizar el cumplimiento del tratamiento. El estudio arrojó que las personas que viven con VIH incluidas en el estudio presentaron una elevada necesidad percibida de apoyo social, poca satisfacción con la ayuda recibida e insuficientes expectativas de apoyo social. Aquí se demuestra que si no existe una buena relación entre en médico o el equipo de salud y el paciente, se tornara más difícil establecer estrategias que favorezcan la intervención de los mismos.

4 PROPUESTA

Título.

PLAN EDUCATIVO PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Introducción.

La adherencia al tratamiento ha sido pensada por la biomedicina, desde el paradigma médico, como un comportamiento, una actitud de cumplimiento o incumplimiento del tratamiento, y es desde esa perspectiva que se vienen estudiando los factores que fortalecen o conspiran contra ella. La adherencia es pensada habitualmente en término de las acciones que un individuo realiza con el fin de mejorar su estado de salud y que coinciden con las prescripciones biomédicas. Implícito es esta definición de la adherencia está que el comportamiento de un paciente se evalúa en términos del punto de vista del médico. Así se ha planteado que las recomendaciones médicas se basan en teorías acerca de los comportamiento adecuados de los pacientes frente a la acción del virus.

El problemas de la promoción de cuidados reduce, entonces, a encontrar las maneras de educar y motivar a las personas adoptar el curso más adecuado de acción. Desde una perspectiva intelectual lista e individualista, se pondera el individuo racional y prevalece una visión del paciente como alguien que es receptor de los consejos, prescripciones y cuidados; que evalúa síntomas, recursos disponibles y toma decisiones voluntarias como un individuo racional y autónomo que juzga y maximiza beneficios.

Objetivo.

Capacitar sobre la adherencia al tratamiento para VIH, al personal de salud y embarazadas seropositivas del Hospital “Mariana de Jesús” de Guayaquil, con el fin de reducir su abandono al tratamiento, el fracaso de la terapéutica y el riesgo de transmisión vertical.

Beneficiarios.

Equipo de salud del Hospital “Mariana de Jesús”

Usuarías/os con VIH/Sida

Recursos.

- HUMANOS: Facilitadores, Equipo de Salud del Hospital.
- MATERIALES: Computadora, Infocus, pizarra líquida, cámara fotográfica, material de oficina.
- ECONÓMICOS: propios del maestrante.

Ejecución.

- Actividades previas: Coordinación con autoridades del Hospital “Mariana de Jesús”, encuesta a pacientes .
- Actividades de fondo: Acreditación a participantes, presentación de expositor, ejecución de la programación diaria con conferencias.

Evaluación.

En base a las actividades programadas y cumplidas

Descripción de la propuesta.

CHARLA DIRIGIDA A PERSONAL DE SALUD DEL AREA	CHARLA DIRIGIDA A EMBARAZADAS Y SUS FAMILIAS
Definición de adherencia	¿Qué es el VIH?
Métodos para valorar la adherencia	Cómo se transmite el VIH?
Importancia de la relación personal de salud (ps) – paciente	¿Cómo puede afectar el VIH a mi embarazo y a la salud de mi bebé?
Estrategia para mejorar la adherencia al tratamiento Antirretroviral	Elección del tratamiento
	Importancia del tratamiento farmacológico
	¿cuáles son los riesgos de tomar medicamentos contra el VIH?

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones.

- Después de analizadas las teorías generales y sustantivas de VIH/SIDA y adherencia, además de haber realizado la caracterización de las categorías y dimensiones referente a la deficiente adherencia al tratamiento antirretroviral, tenemos como factores sobresalientes, el desconocimiento de la enfermedad esto se demuestra con un porcentaje de respuestas correspondiente a dos tercios del total, la expectativa de respuesta positiva respecto al tratamiento, tan solo un tercio.
- Otro factor importante es la deficiente relación entre el equipo de salud y el paciente, solo poco más de la mitad respondieron tener buena relación, adicionalmente, menos de la mitad considera que el médico aclara sus dudas, y la mitad de las pacientes manifiesta sentir molestias durante su tratamiento antirretroviral a lo que se suma que más de la mitad no tiene buenas relaciones intrafamiliares. Dados estos hallazgos se propone el un plan educativo contribuiría a reducir el abandono del tratamiento contra el VIH/SIDA.

Recomendaciones

De conformidad a los resultados obtenidos se establecieron las siguientes recomendaciones:

- Socializar los resultados de esta investigación con las autoridades del Hospital Mariana de Jesús.
- Implementar el programa educativo y replicarlo en todas las unidades de salud que sea necesario, que mejore la relación entre el equipo de salud y los pacientes, además de que ayude a mejorar las relaciones intrafamiliares al incluirlos en el proceso
- Realizar campañas de promoción en la comunidad y el área de influencia a través de los diferentes canales de comunicación de acuerdo a los medios y recursos existentes.

BIBLIOGRAFÍA

- ANDES. (18 de Marzo de 2013). <http://www.andes.info.ec>. (Agencia pública de noticias del ecuador y sudamérica) Recuperado el 17 de Noviembre de 2015, de <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-20-cada-100000-mujeres-padecen-cancer-uterino.html>.
- Asamblea Nacional. (25 de Septiembre de 2012). Ley Orgánica de Discapidades, LOD. Quito, Ecuador: Registro Oficial 796.
- Canales y Col. (1986). *Metodología de la investigación. (1ª edición)*. . México: Interamericana Mc Graw Hill.
- Carrión, Antonela. (Mayo de 2012). Comunicación para Mercadeo Social Virus del Papiloma Humano (VPH) en Ecuador y Fundaciones Relacionadas. Quito, Pichincha, Ecuador: Tesis de grado. Universidad San Francisco de Quito. Colegio de Comunicación y Artes Contemporáneas. Recuperado el 28 de Noviembre de 2015, de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2259/1/106576.pdf>.
- CDC. (23 de Enero de 2014). <http://www.cdc.gov>. (Centro para el control y prevención de las enfermedades) Recuperado el 21 de Noviembre de 2015, de <http://www.cdc.gov/std/spanish/vph/hpv-factsheet-sp-june-2014.pdf>
- CENSIDA. (2011). <http://www.censida.salud.gob.mx>. Recuperado el 22 de Noviembre de 2015, de <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/Guia-FEB13CS4.pdf>.
- Centro de Salud San José. (2015). *Historias Clinicas de usuarias. Segundo semestre*. Manta.
- Concha, x., Urrutia, t., Riquelme, G. . (2012). Creencias y virus papiloma humano. *Revista chilena de obstetricia y ginecología. Versión On-line ISSN 0717-7526*, 77(2), 87-92. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000200002>
- Franco, R., García del Alba, J. (09 de junio de 2013). Cáncer Cérvico uterino y Vacunación anti Virus del papiloma humano. *Revista médica de la Universidad Veracruzana. ISSN versión impresa: 1870 3267*, 13-16. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2013/muv131c.pdf>

- GEOSALUD. (2012). <http://geosalud.com>. Recuperado el 28 de Noviembre de 2015, de <http://geosalud.com/VPH/infeccionvph.htm>.
- Hernández-Carreño, L., Padilla-Loredo, S., Quintero-Soto, M. . (1 de septiembre de 2012). Factores de riesgo en adolescentes para contraer el virus del papiloma humano. *Revista Digital Universitaria-UNAM*, 13(9). doi:ISSN: 1067-6079
- INEC. (junio de 2012). www.inec.gob.ec. Obtenido de www.inec.gob.ec/clasificacinnacionaldeactividadeseconomicas: <http://www.inec.gob.ec>
- Instituto Nacional del Cáncer. (19 de Febrero de 2015). <http://www.cancer.gov>. Recuperado el 23 de Noviembre de 2015, de <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/significado-cambios-en-cuello-uterino>.
- Instituto Nacional de las mujeres. (2013). <http://vidasinviolencia.inmujeres.gob.mx>. Recuperado el 18 de Noviembre de 2015, de http://vidasinviolencia.inmujeres.gob.mx/sites/default/files/pdfs/sistema_nacional/modelos/prevencion/Manual_Promotoras_de_salud.pdf.
- Instituto Nacional del Cáncer. (19 de Febrero de 2015). <http://www.cancer.gov>. (Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de EE. UU) Recuperado el 24 de Noviembre de 2015, de <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/germenes-infecciosos/hoja-informativa-vph>
- Jemal A, Simard EP, Dorell C, et al. (2013). Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, 1975-2009, featuring the burden and trends in human papillomavirus (HPV)-associated cancers and HPV vaccination coverage levels. *Journal of the National Cancer Institute*. 105(3):, 175-201.
- Kably Ambe, A., Ruiz, J., Lazcano, E., Vargas, V. (diciembre de 2011). Consenso para la prevención del cáncer cervicouterino en México. *Ginecología y Obstetricia México*. ISSN-0300-9041, 79(12), 785-787.
- Llave Reducindo, E. C. (2014). RESULTADOS MATERNO PERINATALES DE LAS PACIENTES QUE PARTICIPARON DEL PROGRAMA EDUCATIVO DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL INMP DURANTE EL AÑO 2013. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

- Loor, M. (2016). *Aumento de HPV en mujeres en edad fértil*. Guayaquil: Uqui.
- López Álvarez, M. d. (2013). Plan de Partos como herramienta para el parto de baja intervención.
- López. L., Machado, R., Prevot, Y. (2014). La atención primaria como factor fundamental en la prevención del cáncer cervicouterino. *Acta ética del Centro.. ISSN 1994-9494 RNPS 2155*, 8(3), Hospital Universitario Clínico quirúrgico 113-116.
- Luna-Blanco, M., Sánchez-Ramírez, G. (Julio-Diciembre de 2014). *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos. Versión On-line ISSN 2007-8900*, XII(2), 67-80. Recuperado el 4 de Diciembre de 2015
- MedlinePlus. (9 de Julio de 2015). <https://www.nlm.nih.gov>. (Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU.) Recuperado el 16 de Noviembre de 2016, de <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/sexuallytransmitteddiseases.html>.
- Ministerio de Salud de Ecuador. (25 de Octubre de 2013). Recuperado el 17 de Noviembre de 2015, de <http://bonsai.com.ec/minsalud/2013/10/>
- Ministerio de Salud de Peru. (2010). <http://www.minsa.gob.pe>. Recuperado el 16 de Noviembre de 2015, de <http://www.minsa.gob.pe/PortalVIH/internomenu.asp?Int=2&Opc=1>
- Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. (Julio de 2012). <https://www.minsalud.gov.co>. Recuperado el 22 de Noviembre de 2015, de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Lineamientos%20VPH.pdf> f.
- Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. (Julio de 2012). <https://www.minsalud.gov.co>. Recuperado el 22 de Noviembre de 2015, de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Lineamientos%20VPH.pdf> f.
- Moreira, H. (2013). *Frecuencia del virus del papiloma humano durante el embarazo en mujeres de 15 a 25 años. A realizarse en la maternidad Enrique C. Sotomayor desde septiembre del 2012 a febrero del 2013*. Tesis para obtener el título de obstetra., Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Facultad de Obstetricia, Guayaquil. Obtenido de

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1850/1/tesis%20de%20virus%20papiloma%20humano.pdf>

MSP. (2011). Actualización del Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH 2007-2015. Planes operativos multisectoriales 2011-2013. 5. Quito, Pichincha, Ecuador. Recuperado el 20 de Noviembre de 2015, de <http://www.salud.gob.ec/programa-nacional-de-prevencion-y-control-de-vihsida-its/>

MSSSI. (febrero de 2007). <http://www.msssi.gob.es>. (C. d. salud, Ed.) Obtenido de http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/VPH_2007.pdf

Ochoa, F., Guarneros, D., Velasco, M. (Junio de 2015). Infección por virus del papiloma humano en mujeres y su prevención. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 14(Issue 3), 157–163. doi:10.1016/j.gamo.2015.08.002

OMS. (2007). Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual 2006- 2015. Ginebra.

OMS. (Noviembre de 2013). <http://www.who.int>. Recuperado el 18 de Noviembre de 2015, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>

OPS. (2012). <http://www.paho.org>. Recuperado el 19 de Noviembre de 2015, de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=17244&lang=es.

Rivoire, Waldemar. (Enero de 2013). www.colposcopiaguayas.com. Recuperado el 19 de Noviembre de 2015, de www.colposcopiaguayas.com/.../Consenso%20Ecuadorian%20V1.ppt.

Rodríguez, D., Pérez, J., Sarduy, M. (2014). Infección por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores asociados. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 40 (abr.-jun. 2014)(2). doi:versión impresa ISSN 0138-600X

Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, Rodriguez AC, Wacholder S. Lancet. (8 de Septiembre de 2007). <http://www.scp.com.co>. (B. d. Pédianet, Ed.) Recuperado el 28 de Noviembre de 2015, de http://www.scp.com.co/ArchivosSCP/boletines_Pedianet/pedianet_075/editorial.html

Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología. (2002). *Revista chilena de obstetricia y ginecología. Versión On-line* ISSN 0717-7526. Scielo , 67(4).

Recuperado el 4 de Diciembre de 2015, de
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000400011

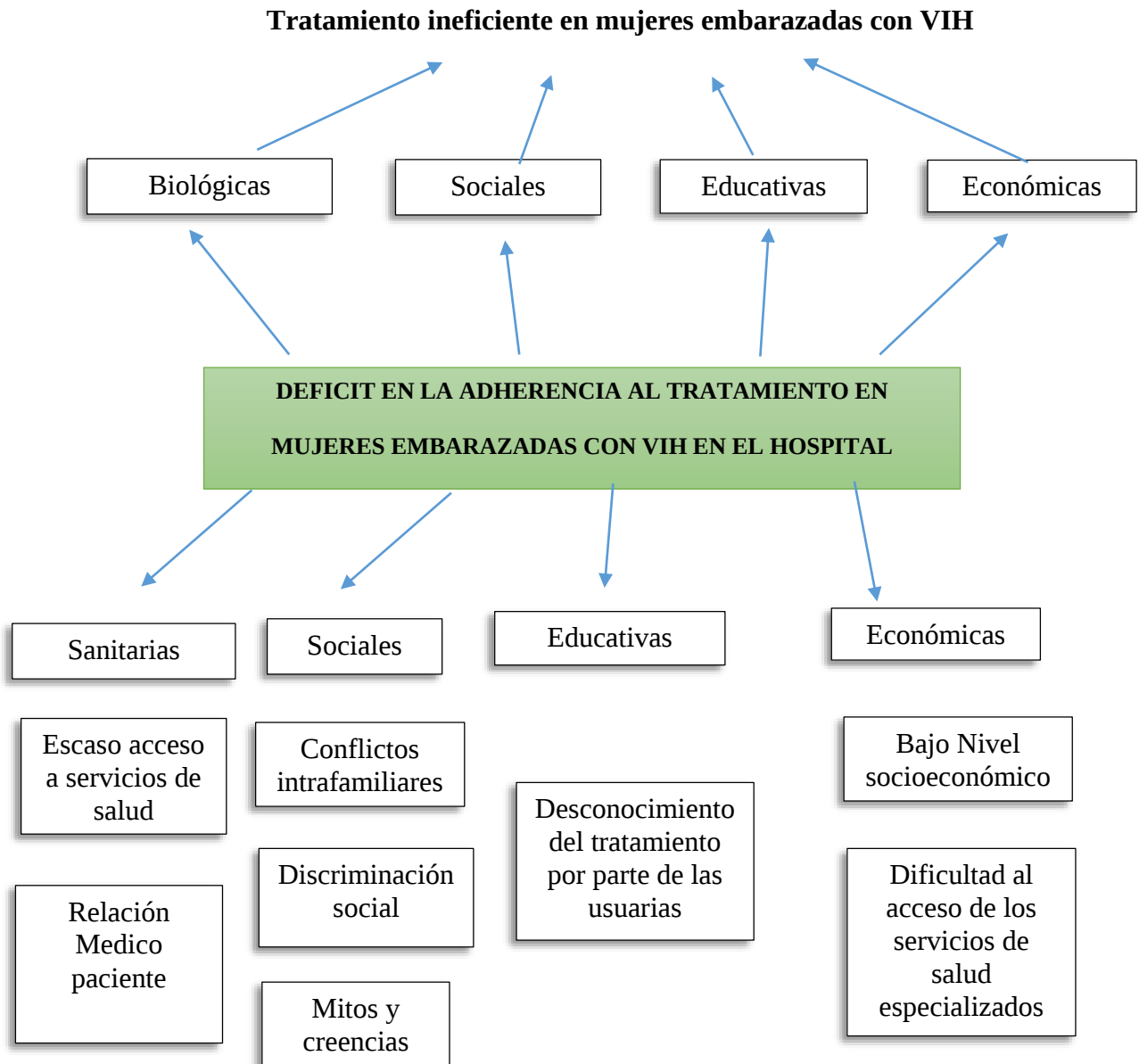
Tamayo y Tamayo, M. (1996). *El proceso de la investigación científica. Fundamentos de investigación.* . Caracas: Editorial Limusa.

Valderrama, M., Campos, F., Cárcamo, C. García, P. . (2007). Factores asociados a lesiones cervicales o presencia del virus del papiloma humano en dos poblaciones de estudiantes de Lima. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Versión impresa ISSN 1726-4634*, 24(3).
Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-463420070003000006&script=sci_arttext

Vega, Bernardo., Sacoto, Catalina. (2012). Prevalencia de cáncer de cuello uterino en el Ecuador y estrategias para su reducción. (F. d. Cuenca, Ed.) *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*, 46-51.
Recuperado el 24 de Noviembre de 2015, de
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20387/1/Bernardo%20Vega%20C.%20y%20Catalina%20Sacoto.pdf>.

ANEXOS

Anexo 1: Árbol de problemas



Fuente: Félix Amando Correa Muñiz, MD.

Anexos N°2. Encuesta

ENCUESTA DIRIGIDA A LAS MUJERES EMBARAZADAS CON VIH QUE ASISTEN AL HOSPITAL MARIANA DE JESÚS

Marque con una x la respuesta que usted considere

1.- CUAL ES SU ESTADO CIVIL

Soltera	Casada	Unión libre	Divorciada

2.- SE SIENTE SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE CONTROLES PRENATALES

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

3.- CUANDO SE INFECTO CON VIH

ANTES DE EMBARAZO	DURANTE EL EMBARAZO

4.- CUANDO COMENZÓ EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

ANTES DEL EMBARAZO	DURANTE EL EMBARAZO	NINGUNO

5.- TIENE USTED CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIH

SI	NO

6.- TIENE BUENAS EXPECTATIVAS RESPECTO AL TRATAMIENTO CONTRA EL VIH/SIDA

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

7.- TIENE BUENA RELACION CON EL EQUIPO DE SALUD DEL HOSPITAL MARIANA DE JESUS

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

8.- EL MEDICO ACLARA TODAS SUS DUDAS E INQUIETUDES RESPECTO A SU ENFERMEDAD, RIESGOS Y TRATAMIENTOS

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

9.-EL TRATAMIENTO QUE RECIBE PARA EL VIH/SIDA LE CAUSA ALGUNA MOLESTIA

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

10.-EN SU ENTORNO CUENTA CON BUENAS RELACIONES INTRAFAMILIARES.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

Anexo N° 3 Validación de Cuestionario

VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA

Criterio	APRECIACION CUALITATIVA			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
Presentación del instrumento		✓		
Calidad de redacción de los ítems		✓		
Pertinencias de las variables con los indicadores	✓			
Relevancia del contenido	✓			
Factibilidad de aplicación	✓			

Apreciación cualitativa

En instrumento planteado para la toma de datos utilizados en un estudio de caso hay datos precisos de su investigación, no vulnera la privacidad de los datos del paciente, la encuesta es válida por no redactar preguntas negativas, esta preguntas que obligan a a fuerza de memoria.

Observaciones

La encuesta esta estructurada en preguntas a escala de LIKERT para demostrar el grado de satisfacción en determinados aspectos y preguntas directas para determinar el conocimiento a la adherencia que puede existir en el tratamiento del VIH/SIDA

Hosp. Especializado 'Mariano de Jesús'

Dr. Miguel Rizzo Escalante
Especialista en Medicina
Reg. No. 8357

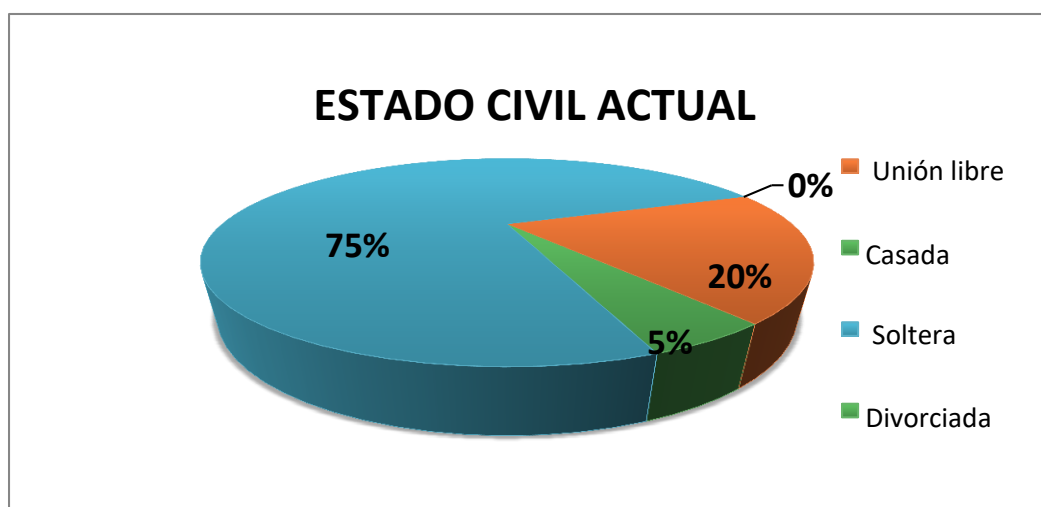
Validador

Anexos N°4. Resultados

TABLA N° 1 CUAL ES SU ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	PACIENTES	PORCENTAJE
Soltera	30	75%
Casada	2	5%
Unión libre	8	20%
Divorciada	0	0%
TOTAL	40	100%

FIGURA N° 1



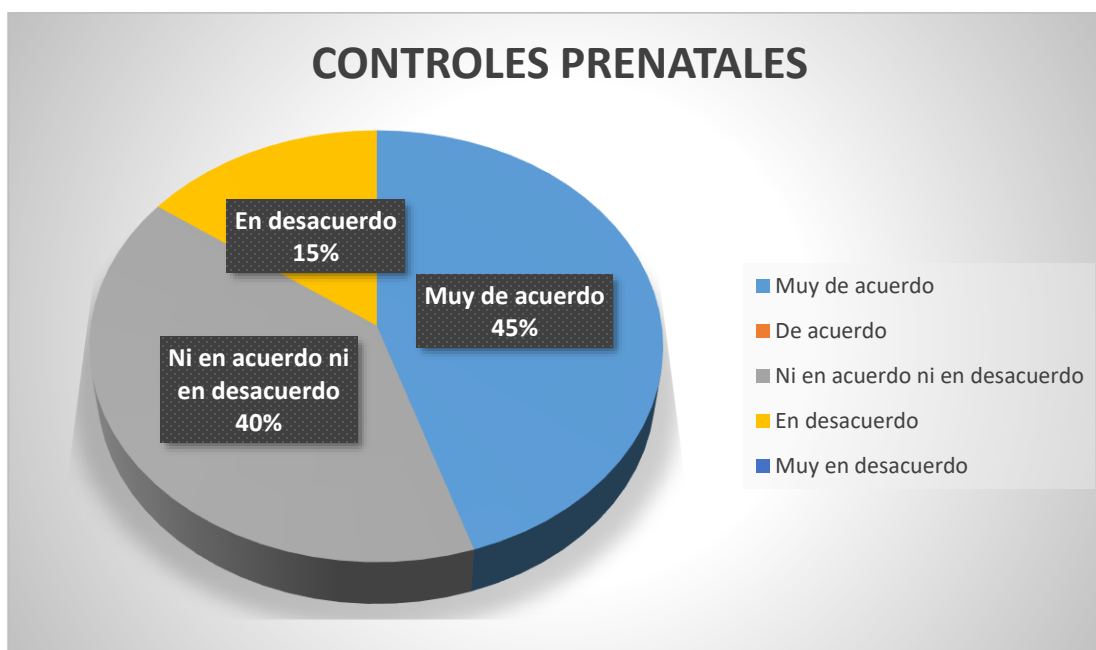
Análisis:

De las pacientes embarazadas con VIH/SIDA el 75% están solteras, seguido del 20% que representaron Unión Libre, y con menor porcentaje el 5% está casada.

**TABLA N° 2 SE SIENTE SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE
CONTROLES PRENATALES**

	Pacientes	%
Muy de acuerdo	18	45%
De acuerdo	0	0%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	16	40%
En desacuerdo	6	15%
Muy en desacuerdo	0	0%
Total	40	100%

FIGURA N° 2



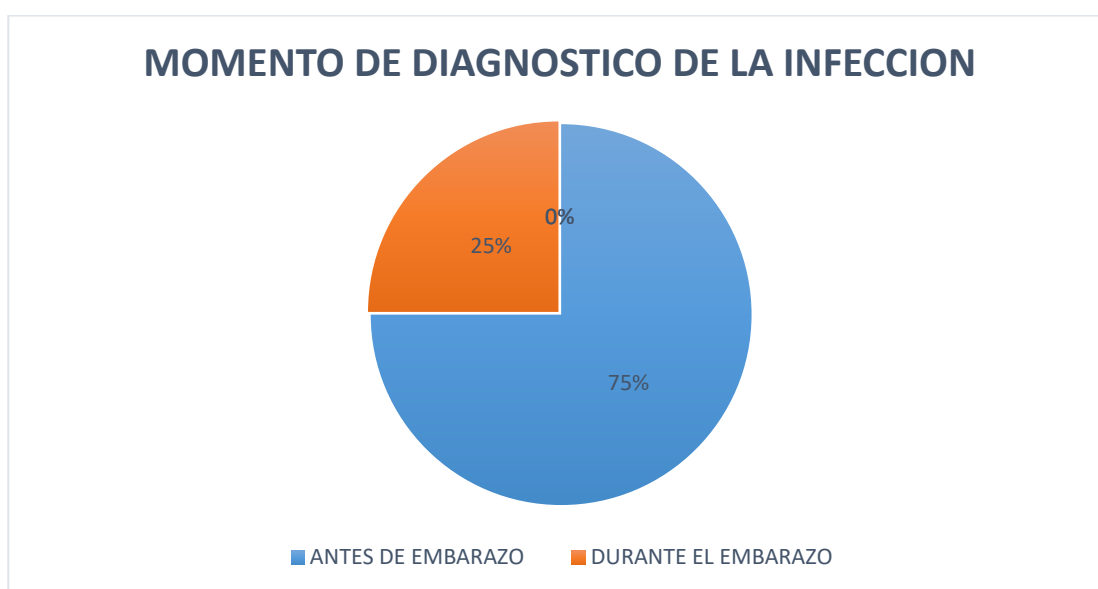
Análisis:

Como se observa en esta figura, que el mayor porcentaje corresponde al 45% de pacientes gestantes con VIH están muy de acuerdo con los controles prenatales, seguido del 40% que no se encuentran ni en acuerdo ni en desacuerdo, y por ultimo un 15% que se encontraba en desacuerdo.

TABLA N° 3 CUANDO SE INFECTO CON VIH

MOMENTO DE DIAGNOSTICO	PACIENTES	PORCENTAJE
Antes de embarazo	30	75%
Durante el embarazo	10	25%
Total	40	100%

FIGURA N° 3



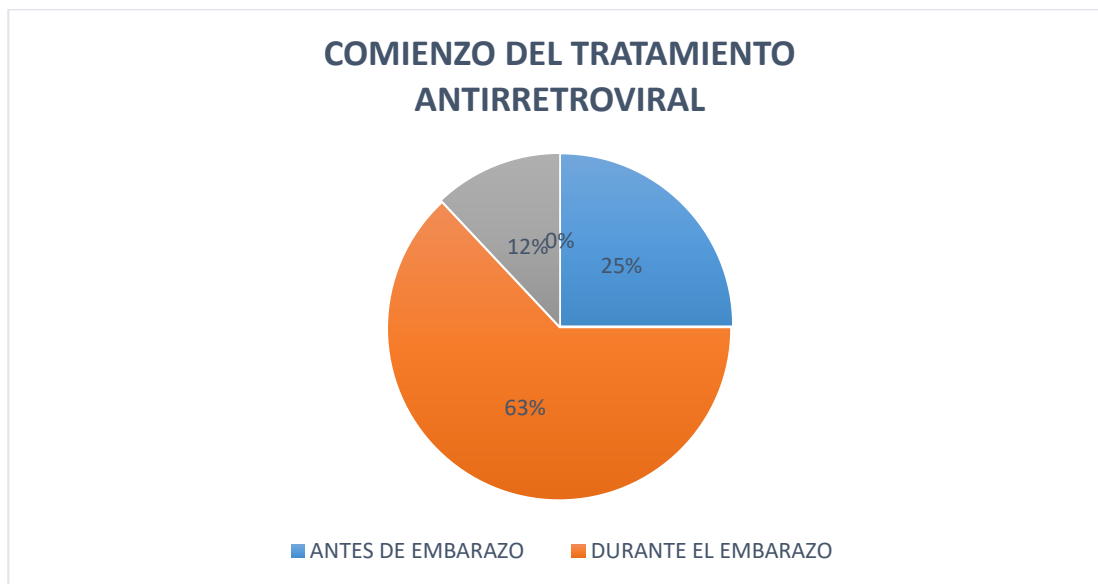
Análisis:

La distribución del momento de diagnóstico de la infección en gestantes con VIH tenemos: con mayor porcentaje el 75% se le diagnosticó antes del embarazo, y con menor porcentaje se diagnosticó durante el embarazo con el 25%.

**TABLA N° 4 CUANDO COMENZÓ EL TRATAMIENTO
ANTIRRETROVIRAL**

COMIENZO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL		PACIENTES	PORCENTAJE
Antes del embarazo		10	25%
Durante el embarazo		25	63%
Ninguno		5	12%
Total		40	100%

FIGURA N° 4



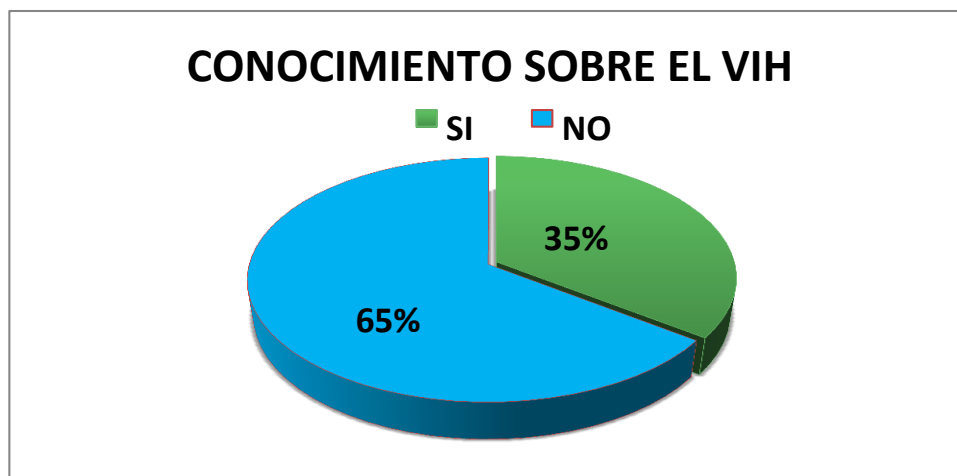
Análisis e Interpretación:

El comienzo del tratamiento antirretroviral es: con mayor porcentaje durante el embarazo con el 63%, seguido de ningún tratamiento antirretroviral con el 12%, luego antes del embarazo con el 25%, después del parto con el 10%, y en menor porcentaje durante el parto con el 5%

TABLA N° 5 TIENE USTED CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIH

CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIH	PACIENTES	PORCENTAJE
Si	14	35%
No	26	65%
Total	40	100%

FIGURA N° 5



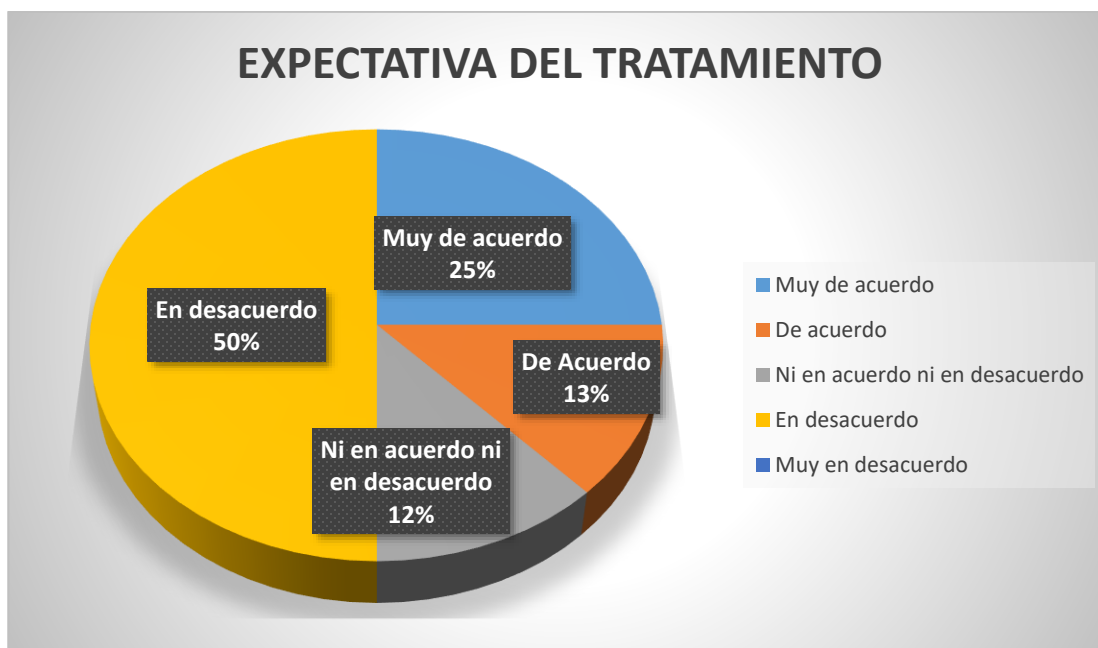
Análisis:

El mayor porcentaje corresponde al 65% de las gestantes con VIH que no conocen sobre esta enfermedad y el 35% de ellas si tiene conocimiento. Teniendo estos datos estadísticos se puede afirmar que el mayor porcentaje de las pacientes no tienen conocimiento del VIH.

**TABLA N° 6 TIENE BUENAS EXPECTATIVAS RESPECTO AL
TRATAMIENTO CONTRA EL VIH/SIDA**

ALTERNATIVAS	Pacientes	%
Muy de acuerdo	10	25%
De acuerdo	5	13%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	5	12%
En desacuerdo	20	50%
Muy en desacuerdo	0	0%
Total	40	100%

FIGURA N° 6

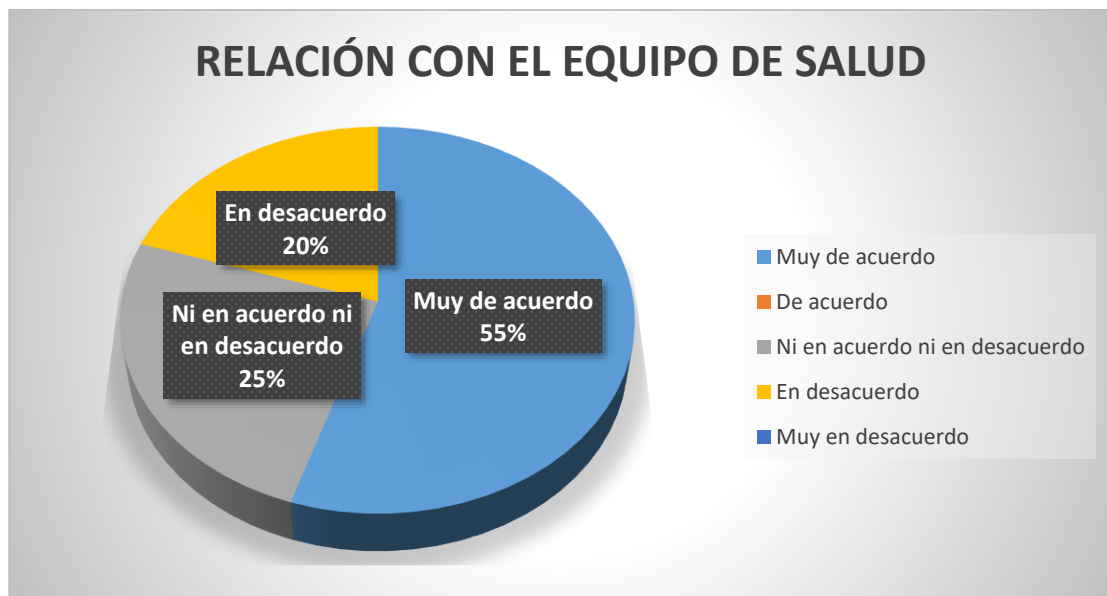


De las embarazadas con VIH el 25 % estaba muy de acuerdo y el 13% estaba de acuerdo demostrando tener buenas expectativas en lo referente a su evolución post-tratamiento, mientras que el 12% ni en acuerdo ni en desacuerdo pero lo preocupante es que el 50% está en desacuerdo probablemente por desconocimiento.

**TABLA N° 7 TIENE BUENA RELACION CON EL EQUIPO DE SALUD DEL
HOSPITAL MARIANA DE JESUS**

ALTERNATIVAS	Pacientes	%
Muy de acuerdo	22	55%
De acuerdo	0	0%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	10	25%
En desacuerdo	8	20%
Muy en desacuerdo	0	0%
Total	40	100%

FIGURA N° 7



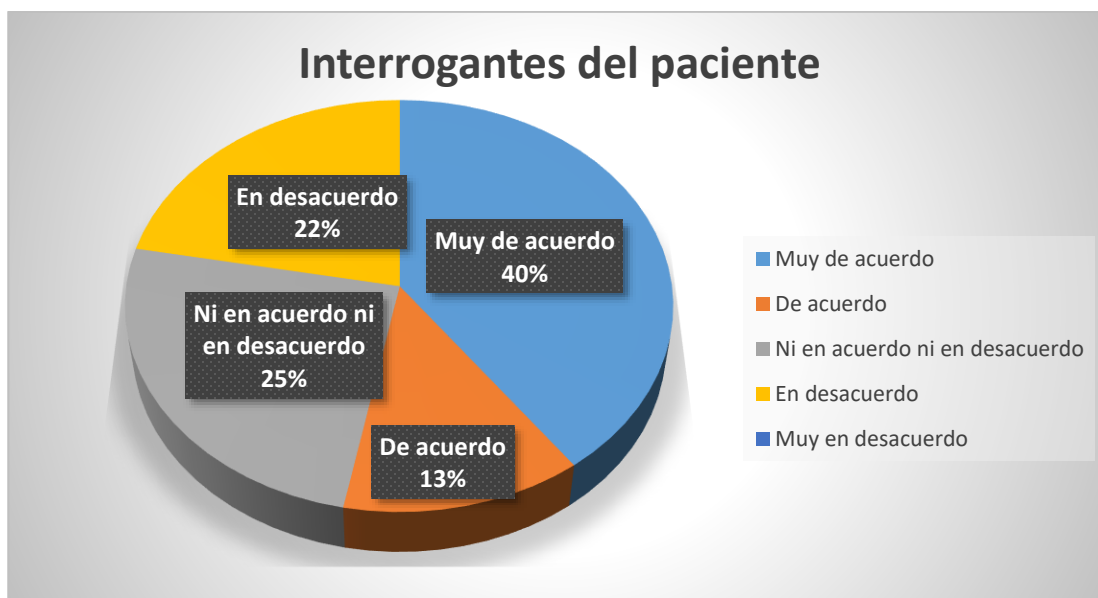
Análisis:

Las embarazadas con VIH el 55% respondieron estar muy de acuerdo, el 25% ni en acuerdo ni en desacuerdo, el 20% en desacuerdo, demostrando desinterés por fortalecer la relación tratante-paciente.

**TABLA N° 8 EL MEDICO ACLARA TODAS SUS DUDAS E INQUIETUDES
RESPECTO A SU ENFERMEDAD, RIESGOS Y TRATAMIENTOS**

ALTERNATIVAS	Pacientes	%
Muy de acuerdo	16	40%
De acuerdo	5	13%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	10	25%
En desacuerdo	9	22%
Muy en desacuerdo	0	0%
Total	40	100%

FIGURA N° 8



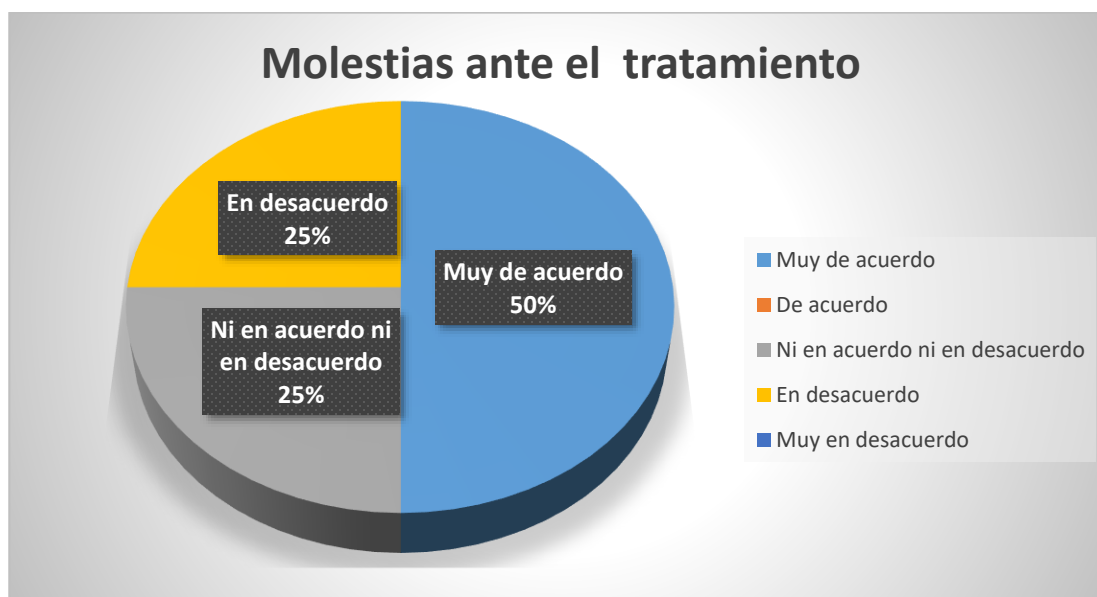
Análisis:

El 40 % de las pacientes embarazadas con VIH están muy de acuerdo con la capacidad del médico de aclarar sus interrogantes, el 13% está de acuerdo ya que casi siempre se los aclaran, el 25% manifestó estar ni en acuerdo ni en desacuerdo debido a que a veces sí y a veces no se las aclaran, mientras que el 22% demostró estar en desacuerdo en la capacidad del médico para aclarar sus dudas

**TABLA N° 9 EL TRATAMIENTO QUE RECIBE PARA EL VIH/SIDA LE
CAUSA ALGUNA MOLESTIA**

ALTERNATIVAS	Pacientes	%
Muy de acuerdo	20	50%
De acuerdo	0	0%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	10	25%
En desacuerdo	10	25%
Muy en desacuerdo	0	0%
Total	40	100%

FIGURA N° 9



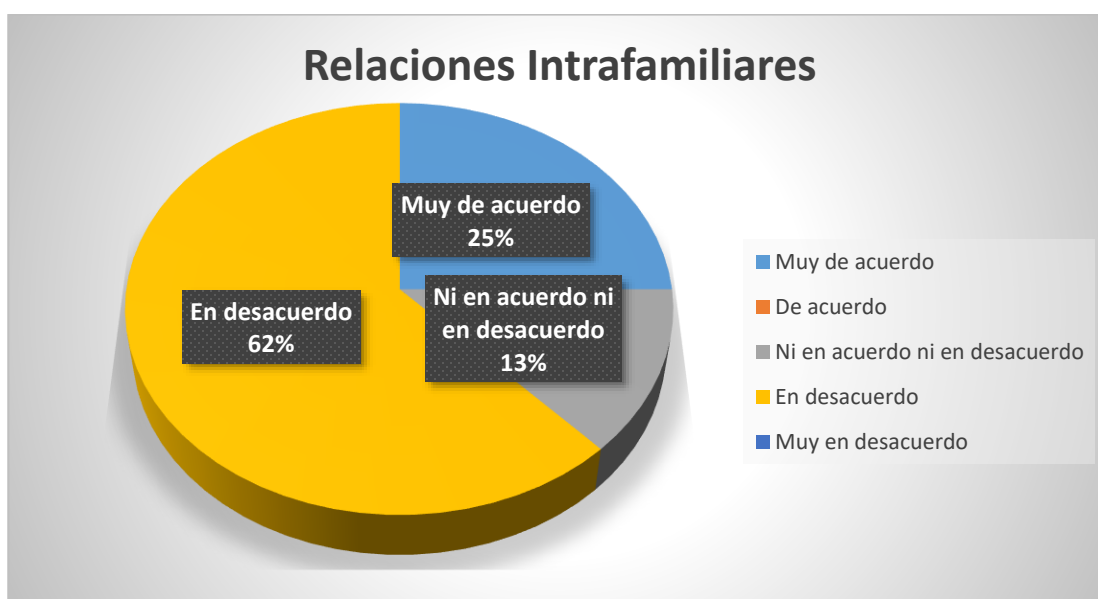
Análisis:

Las pacientes embarazadas con VIH el 50% están muy de acuerdo con la presencia de molestia durante el tratamiento, el 25% manifestó estar ni en acuerdo ni en desacuerdo debido a que se sienten igual a pesar del tratamiento, mientras que un 25% demostró estar en desacuerdo por que ellos se sienten mucho mejor con el tratamiento.

**TABLA N° 10 EN SU ENTORNO CUENTA CON BUENAS RELACIONES
INTRAFAMILIARES.**

ALTERNATIVAS	Pacientes	%
Muy de acuerdo	10	25%
De acuerdo	0	0%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	5	13%
En desacuerdo	25	62%
Muy en desacuerdo	0	0%
Total	40	100%

FIGURA N° 10



De las pacientes embarazadas con VIH el 25 % están muy de acuerdo ya que consideran tener buenas relaciones intrafamiliares, el 13% manifestó estar ni en acuerdo ni en desacuerdo puesto que en ocasiones tienen problemas debido a su estado y su enfermedad, mientras que un 62% demostró estar en desacuerdo por que tienen pésimas relaciones intrafamiliares

Anexo N° 5 Solicitud de permiso a la Institución de Salud

Guayaquil, 13 de enero del 2016

Dra. Katuska Hernández
Directora Médica
Hospital Mariana de Jesús
Ciudad

Visto Bueno
[Firma]
[Sello circular de la institución]

De mis consideraciones:

Yo, MD. FELIX AMANDO CORREA MUÑIZ me dirijo a usted en calidad de médico de la institución, requiriendo de la forma más cordial se me conceda su autorización para realizar mi trabajo de titulación del Programa de Maestría en MEDICINA TROPICAL, de la Facultad de CIENCIAS MEDICAS en esta institución, cuyo tema es **“PLAN EDUCATIVO PARA MEJORAR LA ADHERENCIA EN EMBARAZADAS CON VIH QUE ACUDEN AL HOSPITAL MARIANA DE JESUS”**.

En espera de que mi petición sea aceptada, quedo agradecido.

Atentamente,

[Firma manuscrita]

MD. FÉLIX AMANDO CORREA MUÑIZ

Anexo N° 6 Validación de Propuesta

VALIDACIÓN DE LA PROPUESTA

Después de ser sometida la propuesta a un intenso análisis, se pudo determinar que se encuentra bien estructurada, además de estar encaminada a su objeto de estudio: **“PLAN EDUCATIVO PARA MEJORAR LA ADHERENCIA EN EMBARAZADAS CON VIH QUE ACUDEN AL HOSPITAL MARIANA DE JESÚS”**

El abordar a personal del equipo de salud con una charla individualizada sobre la adherencia y la importancia en el tratamiento de mujeres embarazadas durante y después del parto, la otra charla encaminada a la educación de la mujer embarazada, concientizando su estado de salud, y la importancia del tratamiento y las complicaciones que acarrearía su abandono.

Después de lo expuesto valido y certifico la propuesta planteada por el Md. Félix Amando Correa Muñiz, **“PLAN EDUCATIVO PARA MEJORAR LA ADHERENCIA EN EMBARAZADAS CON VIH QUE ACUDEN AL HOSPITAL MARIANA DE JESÚS”**

Hosp. Especializado 'Mariana de Jesús'


Dr. Miguel Rizzo Escalante
Especialista en Ginecología y Obstetricia
C.R. 8351

Dr. Colón Miguel Rizzo Escalante
Validador

Anexos N°7. Propuesta

CHARLA DIRIGIDA AL PERSONAL DE SALUD

¿Qué es adherencia?

Aunque no existe una definición universalmente aceptada, se propone la siguiente para los pacientes con infección por VIH: “adherencia es la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del TAR, que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral”.

Por lo tanto, la adherencia incorrecta no es solamente un porcentaje determinado a partir de las dosis de medicación no tomadas. La adherencia a corto y largo plazo es el resultado de un proceso complejo que se desarrolla a través de diferentes etapas: la aceptación del diagnóstico, la percepción de la necesidad de realizar el tratamiento de forma correcta, la motivación para hacerlo, la disposición y entrenamiento de habilidades para realizarlo, la capacidad de superar las barreras o dificultades que aparezcan, y el mantenimiento de los logros alcanzados con el paso del tiempo.

Factores que influyen en la adherencia

En los últimos años se han publicado múltiples trabajos que estudian las variables predictoras de la adherencia, incluyendo estudios de seguimiento longitudinal con varias determinaciones de adherencia, en distintas poblaciones (niños, adolescentes) y en países del tercer mundo. Sin embargo, existen muchas limitaciones que hacen difícil generalizar los resultados de los diferentes estudios: el método utilizado para medir la adherencia, los factores evaluados, la población estudiada y el diseño del estudio.

Métodos para valorar la adherencia

El método ideal de medida de la adherencia debería ser altamente sensible y específico, permitir una medida cuantitativa y continua, fiable, reproducible, aplicable en diferentes situaciones, además de rápido y económico.

Métodos directos

Concentraciones plasmáticas de fármacos antirretrovirales.

Aunque se considera el método más objetivo, presenta muchas e importantes limitaciones. Así lo demuestran los diferentes estudios en este sentido. En unos a pesar de observarse niveles de fármacos inferiores en los pacientes no adherentes y una buena correlación entre las concentraciones y los cuestionarios, se han encontrado niveles plasmáticos considerados como adecuados en un porcentaje importante de pacientes con una baja adherencia autorreferida. En otros estudios, considerando exclusivamente este método como criterio de adherencia, no se han encontrado diferencias significativas respecto al control virológico. Algunos sin embargo demuestran que el nivel de fármacos es una variable que predice de forma independiente la respuesta virológica; mientras que en otros se ha encontrado una aceptable sensibilidad pero una baja especificidad para identificar la respuesta virológica.

Es importante también considerar que existen muchas variables intra e interindividuales que condicionan el comportamiento cinético de los fármacos antirretrovirales. El establecimiento de un umbral estándar para clasificar a los pacientes como adherentes o no adherentes resulta cuestionable. Serían precisas varias determinaciones en cada paciente, estudios farmacocinéticos poblacionales y un conocimiento preciso de aquellos factores que afectan al perfil cinético de cada uno de los fármacos, o al menos, a los grupos farmacológicos a los que pertenezcan. Si bien se están consiguiendo avances en estos campos, aún no es posible disponer de datos precisos fuera del ámbito de la investigación.

Cuestionarios

El procedimiento consiste en solicitar al paciente que conteste unas preguntas previamente definidas para, en función de sus respuestas, poder valorar el grado de adherencia. Es un sistema que requiere pocos recursos, asequible y adaptable a las características de cada centro. Las principales limitaciones derivan justamente de esa aparente sencillez del método. La subjetividad es inherente a los propios cuestionarios y aunque se ha demostrado una correlación entre la adherencia autorreferida y la efectividad antirretroviral también se ha puesto de manifiesto su relativa baja sensibilidad, muy variable según los estudios, al compararlo con métodos más objetivos con una especificidad aceptable. Al parecer la correlación con sistemas electrónicos es mejor con cuestionarios que estiman la adherencia en periodos cortos (4 últimos días).

Cuestionario para evaluación de adherencia

Alguna vez ¿Olvida tomar la medicación?	Si No
¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?	Si No
Alguna vez ¿Deja de tomar los fármacos si se siente mal?	Si No
¿Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana?	Si No
En la última semana ¿cuántas veces no tomó alguna dosis?	A: ninguna B: 1 - 2 C: 3 -5 D: 6 -10 E: más de 10
Desde la última visita ¿Cuántos días completos no tomó la medicación?	Días

Se considera no adherente:

1: si, 2: no, 3: si, 4:si, 5: C, D o E, 6: más de dos días.

Importancia de la relación personal de salud – paciente

La relación entre el médico y su paciente juega un papel muy importante en la práctica de la medicina y es esencial para la provisión de asistencia médica de alta calidad en cuanto al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. La relación entre el médico y su paciente es una de las bases de la ética médica contemporánea. La mayoría de las facultades de medicina enseñan a sus estudiantes desde un principio, aún antes de que comiencen a recibir instrucción práctica asistencial, a mantener una relación profesional con sus pacientes, observando su dignidad y respetando su privacidad.

El paciente debe tener confianza en cuanto a la competencia de su médico y debe sentir que pueden realizarle confidencias a él. Para la mayoría de los médicos, es importante el establecer un buen contacto con el paciente. Existen algunas especialidades médicas tales como psiquiatría y medicina familiar. La calidad de la relación entre el médico y su paciente es importante para ambas partes. Cuanto mejor sea la relación en términos de respeto mutuo, conocimiento, confianza, valores compartidos y perspectivas sobre las enfermedades y la vida, y el tiempo disponible, mejor será la cantidad y calidad de la información sobre la enfermedad del paciente que se intercambiará en ambas direcciones, mejorando la precisión del diagnóstico y aumentando el conocimiento del paciente sobre la enfermedad o dolencia.

Problemáticas:

- ***Superioridad del médico***

El médico puede ser visto como alguien superior al paciente, ya que el médico tiene el conocimiento y los títulos, y por lo general es quien hace de local. La relación médico-paciente también se complica por el sufrimiento del paciente (paciente posee sus raíces en la palabra en Latín patior, "sufriente") y su limitada capacidad para poder aliviarlo por sí mismo, potencialmente dando lugar a un estado de desesperación y dependencia del médico. Un médico debe por lo menos estar al tanto de estas diferencias de forma para establecer una conexión y optimizar la comunicación con el paciente.

- ***Beneficiar o complacer***

Se puede plantear un dilema en aquellas situaciones en las que por una variedad de razones, lo que constituye el tratamiento más eficiente (o el evitar un tratamiento) no coincide con lo que desea el paciente. En estos casos, el médico debe elegir entre la salud del paciente u otros beneficios materiales, y la relación médico-paciente u otro aspecto psicológico o emocional sobre el otro.

- ***Formal o informal***

Pueden existir diferencias de opinión entre el médico y el paciente en cuanto a cuán formal o informal debe ser la relación entre el médico y el paciente. Por ejemplo, según un estudio escocés, los pacientes desean ser llamados por su nombre de pila más a menudo que lo que ocurre en la realidad.

Estrategia para mejorar la adherencia al tratamiento Antirretroviral

- **Estrategias de apoyo y ayuda**

Las estrategias deben estar dirigidas al paciente, independientemente de su nivel de adherencia, y estar centradas en la educación sanitaria, la comunicación y el apoyo psicosocial. Cada centro hospitalario debe adaptarse a su realidad asistencial según el número de pacientes que atiende, recursos de personal y servicios de apoyo. En las estrategias de apoyo resulta fundamental la capacidad de trabajo en equipo de todos los integrantes del equipo pluridisciplinar de atención al paciente VIH: médicos, farmacéuticos, personal de enfermería y, en los centros en que sea posible, psicólogos y psiquiatras. La coordinación con la atención primaria, los servicios sociales y las organizaciones no gubernamentales debería ser un objetivo deseable en la atención global del paciente con VIH. Dentro de las estrategias están las acciones educativas dirigidas a la familia y a los pacientes cuyo objetivo será de familiarizar a pacientes y familiares acerca de los beneficios de la práctica de actividades físicas y de otras actividades a realizar.

Actividades

1. Realizar dinámicas grupales para sensibilizar a pacientes y familiares sobre la importancia de los ejercicios físicos, sus ventajas y desventajas, así como otras actividades a realizar.
2. Seleccionar un líder para coordinar las actividades. (Terapia grupal)

Metodología: Esta selección es necesaria para que junto con el promotor, el psicólogo y la enfermera se coordinen mejor las actividades, específicamente la llamada terapia grupal, donde se exponen historietas, arrepentimientos, ideas negativas que los agobiaron hasta superar la aceptación y experiencias de aceptación en el entorno, familia, amigos.

3. Realizar vídeo-debates acerca de la convivencia con el VIH.
4. Realizar talleres de capacitación con las personas con VIH que traten los temas de autoestima, autocuidado y nutrición en su relación con los ejercicios.
5. Realizar conferencias de capacitación con los familiares que traten los temas de estigma y discriminación, nutrición, cuidados y apoyo hacia las personas con VIH.
6. Realizar conversatorios con la familia para la orientación acerca del reglamento del Sistema de Atención Ambulatoria (SAA) de las personas con VIH.
7. Realizar charlas acerca del decreto Ley referido a sus deberes, derechos y comportamiento sexual.

Metodología: Es desarrollada por el medico capacitador. Es para brindar la información actualizada relacionada con un volumen de aspectos jurídicos aplicables a las personas que viven con VIH/SIDA.

Se incluyen los deberes, derechos y su comportamiento sexual. Es necesario este conocimiento para los que viven a su alrededor, que conozcan más de cerca estos aspectos y sepan cómo convivir y tratara esas personas que viven con VIH.

CHARLA DIRIGIDA A EMBARAZADAS Y SUS FAMILIAS

¿Qué es el VIH?

El acrónimo VIH significa: virus de inmunodeficiencia humana, que es el virus que causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El VIH (HIV por sus siglas en inglés) destruye gradualmente la capacidad de luchar contra infecciones y ciertos tipos de cáncer. Las personas que son diagnosticadas con SIDA (AIDS por sus siglas en inglés) pueden tener lo que se conoce como infecciones oportunistas. Estas consisten en 26 enfermedades que ponen en peligro la vida, las cuales son causadas por virus o bacterias contra los que las personas sanas generalmente pueden combatir.

Si estás infectada con el VIH es posible que tardes diez años o más en desarrollar SIDA, incluso si no has recibido tratamiento, o puede que ocurra mucho más rápidamente. Pero con una terapia agresiva y adecuada a base de medicamentos, el pronóstico es mucho mejor. No hay medicaciones que puedan erradicar el VIH, pero hay terapias que pueden ayudar a suprimir el virus, para que tu sistema inmune funcione durante periodos de tiempo más largos y retrasar así la aparición de infecciones graves y cáncer.

La transmisión del VIH se considera un serio problema en la comunidad latina. Y es que los latinos se ven afectados de manera desproporcionada en comparación a otros grupos étnicos. Los latinos constituyen el 16 por ciento de la población en Estados Unidos, pero de acuerdo con un estudio del CDC de 2009, representan el 19 por ciento de las personas que se estima viven con VIH. Otro reporte del CDC, indica que en 2010, los latinos representaron el 21 por ciento de las infecciones nuevas por VIH en los Estados Unidos. La tasa de infecciones nuevas por VIH entre los hombres latinos es más del doble que en los hombres blancos. Asimismo, la tasa de nuevas infecciones entre mujeres latinas es cuatro veces mayor a la de las mujeres blancas. (Los hombres latinos representaron el 79 por ciento de las infecciones nuevas en toda la población latina, y las mujeres un 21 por ciento).

¿Cómo se transmite el VIH?

El VIH se transmite a través de sexo vaginal, oral o anal con una pareja infectada, compartiendo agujas (o incluso rastrillos o cuchillas) con una persona infectada o de una madre a su bebé durante el embarazo, nacimiento o lactancia. El VIH también se puede transmitir a través de una transfusión con sangre infectada. Ahora que todos los productos de la sangre son analizados y comprobados para ver si hay virus, y luego tratados con calor, el riesgo de infectarse por una transfusión sanguínea es muy pequeño.

¿Cómo puede afectar el VIH a mi embarazo y a la salud de mi bebé?

Ser VIH positiva crea más riesgo de sufrir complicaciones como parto prematuro, restricción del crecimiento intrauterino y nacimiento de un bebé sin vida, aunque estos resultados son más comunes en los países en desarrollo. El riesgo de complicaciones es más alto para las mujeres con casos más avanzados, cuyos sistemas inmunológicos están comprometidos. También puedes contagiar el virus a tu bebé durante el embarazo, nacimiento o lactancia. Sin tratamiento, tu bebé tiene un 25 por ciento de posibilidades de resultar infectado. Sin embargo, puedes reducir el riesgo de tu bebé a menos de un 1 por ciento si obtienes un tratamiento adecuado durante tu embarazo. Esto incluye vigilar tu carga viral, tomar los medicamentos apropiados, evitar ciertos procedimientos de embarazo, tener una cesárea si tu carga viral es demasiado alta y no amamantar.

¿Debo hacerme pruebas de VIH durante mi embarazo?

Definitivamente. Si se halla que eres VIH positiva, tener el tratamiento adecuado puede reducir significativamente tu riesgo de transmitir el virus a tu bebé y es crucial para proteger tu propia salud. Por estas razones, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos y otra serie de organizaciones recomiendan ahora que *todas* las mujeres embarazadas se hagan pruebas de VIH en su primera visita prenatal. Y si tienes riesgo de estar infectada con VIH, debes hacerte la prueba de nuevo en tu tercer

trimestre (idealmente antes de que llegues a las 36 semanas). Por supuesto, las pruebas de VIH son algo voluntario, de manera que tienes derecho a rechazarlas.

¿Puedo amamantar a mi bebé si tengo VIH?

No. Si amamantas a tu bebé corres el riesgo de transmitir el VIH a través de tu leche. Por esta razón, la Organización Mundial de la Salud, la Academia Estadounidense de Pediatría, los CDC y otras organizaciones aconsejan no amamantar si eres VIH positiva y hay una alternativa segura disponible.

¿Cómo se trata el VIH durante el embarazo?

En primer lugar, si ya estás tomando medicación para el VIH cuando descubras que estás embarazada, no debes de dejar de tomar esos medicamentos. Una interrupción del medicamento puede hacer que el virus se vuelva más resistente. De hecho, debes consultar con tu doctor inmediatamente.

Obtén cuidados apropiados

Es importante encontrar un doctor que tenga experiencia en tratar a mujeres embarazadas con VIH o buscar una clínica de atención prenatal para mujeres VIH positivas, que puede ofrecer un equipo de doctores, comadronas y otros proveedores de salud que cuidarán de ti. Pídele al médico que te trata actualmente, o que está controlando tu VIH, que te dé una referencia o intenta llamar a tu departamento local de salud o a un centro médico grande cerca de ti para saber qué es lo que hay disponible. Si no puedes encontrar a un proveedor que se especialice en tratar mujeres embarazadas VIH positivas, al menos asegúrate de que la persona que te dé cuidados médicos durante el embarazo, trabaje muy de cerca con el doctor que trata o maneja tu VIH.

Las pruebas que necesitarás.

Tu doctor hará pruebas de sangre a lo largo de tu embarazo para comprobar tu carga viral (la cantidad de virus que tienes en la sangre) y el conteo de células linfíticas CD4 (el número de células inmunes linfíticas CD4 que tienes). Los resultados de estas

pruebas te ayudarán a determinar cuándo comenzar a tomar los medicamentos para suprimir el VIH (esto se llama terapia antirretroviral), qué tipo de terapia es la mejor para ti y si el régimen que estás llevando funciona o necesita ser alterado.

Si tienes una nueva infección o si los medicamentos que estás tomando no están funcionando bien, también tendrás que hacerte una prueba para ver si has desarrollado una forma del virus resistente. Si el conteo de tus CD4+ es demasiado bajo, te darán antibióticos para ayudar a protegerte para que no desarrolles una neumonía u otras infecciones. Al final del embarazo, tu carga viral ayudará a tu doctor a decidir si el parto debe ser mediante cesárea.

Tu doctor hará pruebas de sangre extra para detectar si hay anemia y también comprobará la función de tu hígado, electrolitos y otros indicadores para saber si estás teniendo una mala reacción a tu medicación. Con ciertos medicamentos comprobarán además, tus niveles de azúcar en la sangre. Te harán pruebas para saber si tienes otra enfermedad de transmisión sexual así como toxoplasmosis, hepatitis C, citomegalovirus y tuberculosis. Finalmente, te vacunarán contra la gripe, la hepatitis B y el neumococo, si no lo has hecho ya.

Elección del tratamiento.

NO se debe auto medicar, el tratamiento dependerá de los resultados de tus pruebas, tu condición clínica, lo avanzado que esté tu embarazo y si ya estabas tomando medicamentos antirretrovirales. Tu doctor tendrá en cuenta, la información que exista acerca de cualquier efecto potencial que la medicación pueda tener en tu bebé. Decidir qué drogas usar, para tratar a las personas infectadas con VIH, es especialmente complicado durante el embarazo porque hay dos pacientes, la madre y su bebé. Sin embargo, existe un antiviral llamado zidovudina que es muy efectivo y previene la transmisión vertical hasta en un 70 por ciento.

No te darán ningún medicamento que pueda hacer daño a un bebé en desarrollo, pero no hay muchos datos sobre la seguridad de los medicamentos más nuevos, y por eso sus efectos no se conocen bien. Por otra parte, los efectos de *no* tratar el VIH son bien conocidos, y el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos recomienda actualmente que las mujeres reciban medicación, a no ser que los efectos negativos sean mayores que los positivos. En todos los casos, tu médico debe informarte de los posibles riesgos, beneficios y puntos desconocidos en tus opciones de tratamiento e implicarte en el proceso de toma de decisiones.

Lo más probable es que tomes la combinación de medicamentos que mejor suprima el virus, evite las cepas resistentes y preserve tu función inmune. Mantener tu carga viral baja es importante no solo para tu salud, sino también para disminuir el riesgo de transmitir el VIH a tu bebé.

¿Necesitaré una cesárea si soy VIH positiva?

En algunos casos, por ejemplo si tienes una carga viral alta al final de tu embarazo, está claro que una cesárea ayudará a evitar la transmisión de VIH a tu bebé. Pero algunos estudios recientes sugieren que las mujeres con niveles de VIH menores de 1,000 y que toman una combinación de medicamentos, tienen un índice de transmisión menor del 1 por ciento, sin importar si es parto vaginal o por cesárea. Así que para las madres con una baja carga viral, tener una cesárea no disminuye el ya de por sí bajo riesgo que existe de transmisión. Y las cesáreas están ligadas a un riesgo de complicaciones más grande para la madre. Si optas por una cesárea, esta se programará a las 38 semanas (una semana antes de que típicamente se programan las cesáreas).

¿Qué pasará después del parto?

Alrededor del primer día después de que tu bebé haya nacido, le harán pruebas para determinar si tiene el virus. (Las pruebas de anticuerpos VIH no serán fiables para tu bebé porque tus anticuerpos del virus pueden permanecer en el cuerpo del bebé hasta 18 meses después, y por esos se le harán pruebas directas del virus). Alrededor del 40 por ciento de los bebés infectados dan un resultado positivo en su prueba después del

nacimiento, un 90 por ciento dará positivo a las dos semanas y el resto pueden tardar unos meses.

Debido a que es crucial que los bebés infectados comiencen el tratamiento antirretroviral justo después de nacer, le darán medicación a tu bebé durante las primeras seis semanas, incluso si sus resultados iniciales eran negativos. Además, le darán medicación entre las cuatro y las seis semanas para protegerlo de neumonía. Incluso si tu bebé no está infectado, puede que continúe siendo vigilado durante semanas y años para saber si ha habido algún efecto por haber estado expuesto a las medicaciones antirretrovirales cuando estaba en el útero. Si tu bebé está infectado, probablemente será tratado con una combinación de medicamentos para ayudarle a mantener el virus controlado.

Importancia del tratamiento farmacológico.

Las mujeres embarazadas seropositivas pueden recibir muchos medicamentos contra el VIH durante el embarazo sin que les haga daño. Las mujeres embarazadas y sus proveedores de atención de salud consideran cuidadosamente los riesgos y beneficios de determinados medicamentos contra el VIH antes de escoger un régimen de tratamiento contra el VIH para empleo durante el embarazo.

Al recomendar medicamentos contra el VIH para uso durante el embarazo, los proveedores de atención de salud consideran sus efectos potenciales a corto y a largo plazos para los bebés de madres seropositivas. No se ha vinculado claramente ninguno de ellos a defectos congénitos, pero algunos han causado preocupaciones. Se anima a las mujeres tratadas con esos medicamentos durante el embarazo a inscribirse en el Registro de Tratamiento Antirretroviral durante el Embarazo (Antiretroviral Pregnancy Registry), que vigila la exposición prenatal (antes del nacimiento) a los mismos para detectar cualquier aumento posible del riesgo de defectos congénitos causados por medicamentos. Las mujeres embarazadas expuestas a medicamentos contra el VIH se inscriben voluntariamente en el Registro por medio de sus proveedores de atención de salud.

Los proveedores de atención de salud también tienen en cuenta los siguientes factores al recomendar el uso de medicamentos contra el VIH durante el embarazo:

- Cambios en el cuerpo relacionados con el embarazo que pueden afectar la forma en que asimila esos medicamentos. Por causa de estos cambios, es posible que la dosis de esos medicamentos cambie durante el embarazo.
- La historia clínica de una mujer, incluso cualquier uso previo de medicamentos contra el VIH.
- Posible interacción de los medicamentos contra el VIH con otros que pueda tomar una mujer.
- Resultados de las pruebas de resistencia a los medicamentos. Este tipo de pruebas identifica qué medicamentos contra el VIH, si hay alguno, no serán eficaces contra la infección de una persona seropositiva.
- La posibilidad que tiene una mujer de tomar medicamentos contra el VIH como se le ha indicado.

¿Cuándo debería una mujer embarazada seropositiva empezar a tomar medicamentos contra el VIH?

Algunas mujeres seropositivas tal vez ya toman medicamentos contra el VIH por su propia salud antes de quedar embarazadas. Ellas deben seguir tomándolos durante el embarazo. Esos medicamentos seguirán protegiendo la salud de la mujer e impedirán la transmisión materno-infantil del virus. El régimen de tratamiento contra el VIH que recibe una mujer puede cambiar durante el embarazo. Por ejemplo, es posible que no se recomienden algunos medicamentos durante el embarazo por causa del mayor riesgo de efectos secundarios. Puesto que el embarazo afecta la forma en que el cuerpo asimila los medicamentos, es posible que cambie la dosis de un medicamento contra el VIH. Sin embargo, las mujeres deben hablar siempre con sus proveedores de atención de salud antes de hacer cualquier cambio.

Las mujeres seropositivas que no toman medicamentos contra el VIH cuando quedan embarazadas deben considerar la posibilidad de comenzar a tomarlos lo más pronto posible. Esos medicamentos reducen la concentración del VIH (la carga viral) en el cuerpo. Al tener una menor concentración del VIH en el cuerpo se reduce el riesgo de transmisión de la madre al niño y se protege la salud de la mujer.

¿Toman las mujeres seropositivas medicamentos contra el vih durante y después del parto?

Durante el parto, las mujeres seropositivas toman medicamentos para reducir el riesgo de la transmisión materno-infantil del VIH. Para información adicional, lea la hoja informativa de infoSIDA sobre la Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH durante el parto. Los bebés de madres seropositivas reciben medicamentos contra el VIH durante 6 semanas después del parto para prevenir la transmisión materno-infantil del virus. Este tipo de medicamentos protegen a los bebés de cualquier VIH que haya pasado de la madre al niño durante el trabajo de parto y el parto. Para información adicional, lea la hoja informativa de infoSIDA sobre la Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH después del parto.

Las mujeres deben consultar con sus proveedores de atención de salud si deben continuar con los medicamentos contra el VIH después del parto. Esos medicamentos se recomiendan para todas las personas seropositivas. Estos medicamentos previenen que el VIH se convierta en SIDA y reducen el riesgo de la transmisión sexual del VIH.

¿Cuáles son los riesgos de abandonar los medicamentos contra el vih?

Los posibles riesgos del TAR incluyen los efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH y las interacciones medicamentosas de este tipo de productos con otros que la persona tome. La inobservancia del tratamiento (el incumplimiento) —no tomar los medicamentos contra el VIH todos los días y exactamente como fueron recetados— aumenta el riesgo de resistencia al medicamento y fracaso del tratamiento.

Efectos secundarios

Los efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH pueden variar dependiendo del medicamento y de la persona que lo toma. Dos personas tomando el mismo medicamento contra el VIH pueden tener efectos secundarios muy diferentes. Algunos efectos secundarios, como por ejemplo dolor de cabeza o mareo ocasional, tal vez no sean graves. Otros efectos secundarios, como inflamación de la boca y la lengua o lesión del hígado, pueden ser potencialmente mortales.

Interacciones medicamentosas

En un régimen para el tratamiento de la infección por el VIH, los medicamentos contra el VIH pueden interactuar con otros medicamentos del mismo tipo. Pueden además interactuar con otros medicamentos que la persona con el VIH esté tomando. Una interacción medicamentosa puede reducir o aumentar el efecto del medicamento sobre el cuerpo. Las interacciones medicamentosas pueden también causar efectos secundarios indeseados.

Resistencia a los medicamentos

Cuando el VIH se reproduce en el cuerpo, sufre algunas veces una mutación y cambia de forma. Las variaciones del VIH que aparecen mientras la persona toma medicamentos contra el VIH pueden producir cepas del virus resistente al medicamento. Los medicamentos contra el VIH que previamente controlaban el VIH de una persona no son eficaces contra el nuevo VIH resistente al medicamento. En otras palabras, el VIH de la persona continúa reproduciéndose. El incumplimiento de un régimen para el tratamiento de la infección por el VIH aumenta el riesgo de resistencia al medicamento y fracaso del tratamiento.

Anexo N° 8 Aplicación de encuestas.



Encuesta a mujeres embarazadas con VIH



Charla educativa para la adherencia al tratamiento de embarazadas con VIH

Anexo N° 9 Tríptico

IMPORTANCIA DEL TATAMIENTO

NO se debe auto medicar, el tratamiento dependerá de los resultados de tus pruebas, tu condición clínica, lo avanzado que esté tu embarazo y si ya estabas tomando medicamentos antirretrovirales. Tu doctor tendrá en cuenta, la información que exista acerca de cualquier efecto potencial que la medicación pueda tener en tu bebé



Consecuencias de abandonar el trataiento

Los posibles riesgos del TAR incluyen los efectos secundarios, las interacciones medicamentosas de este tipo de productos con otros que la persona tome, no tomar los ARV todos los días, como fueron recetados, aumenta el riesgo de resistencia al medicamento y fracaso del tratamiento.

VIH/SIDA
ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO EN
EMBARZADAS
DR. FELIX CORREA



HOSPITAL MARIANA DE JESUS
Tel. 04-3709190
Dirr. 27 y Rosendo Aviles

VIH/SIDA

Adherencia al Tratamiento en Embarazadas



Ministerio
de Salud Pública

ELVH Y SUS COMPLICACIONES EN PACIENTES EMBARAZADAS PORTADORAS DE ESTA ENFERMEDAD

VIH

VIRUS: Agente infeccioso, organismo vivo

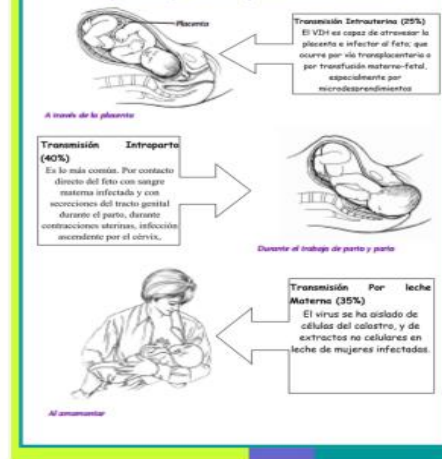
IMUNODEFICIENCIA: Debilidad de las defensas.

HUMANA: Ataca solo a los seres humanos.

No discrimina: cualquiera puede contraer el virus. Si usted practica un comportamiento mediante el cual se puede transmitir el VIH con alguien que está infectado. También usted puede infectarse.



¿Cómo se puede contagiar el bebé con el VIH?



VIH Y EMBARAZO

Una mujer que está infectada por el VIH (se dice que es seropositiva) puede transmitir la infección a su bebé. El VIH se puede transmitir al bebé durante el embarazo, en el nacimiento o durante la lactancia. Algunas mujeres no saben que tienen el VIH hasta que quedan embarazadas y se les realiza el análisis.

¡No sea tímido!
Demuestre lo bueno que es.





Plagiarism Detector - Originality Report

Plagiarism Detector Project: [<http://plagiarism-detector.com>] Application core version: 600

This report is generated by the unregistered Plagiarism Detector Demo version!



- 600 initial words analysis only
- partial plagiarism detection
- some important results are excluded
- no external file processing

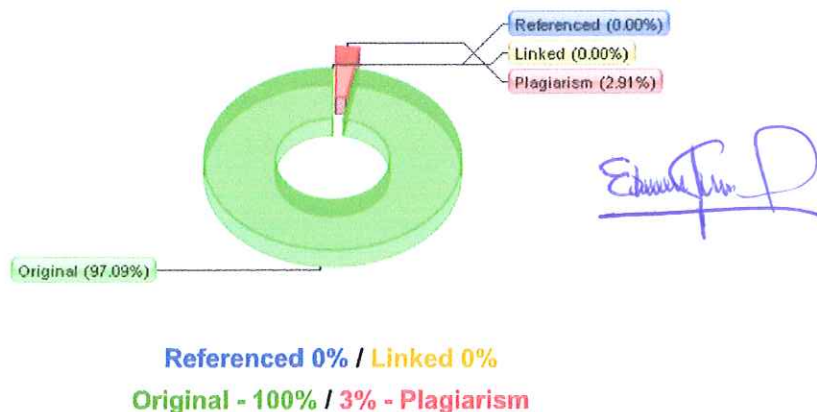
Register the software - get the complete functionality!

Originality report details:

Generation Time and Date:	13/06/2016 14:16:06
Document Name:	PLAN EDUCATIVO PARA MEJORAR LA ADHERENCIA EN EMBARAZADAS CON VIH QUE ACUDEN AL HOSPITAL MARIANA DE JESUS. Dr Felix Correa M.docx
Document Location:	C:\Users\USER\Documents\PLAN EDUCATIVO PARA MEJORAR LA ADHERENCIA EN EMBARAZADAS CON VIH QUE ACUDEN AL HOSPITAL MARIANA DE JESUS. Dr Felix Correa M.docx
Document Words Count:	16806

Important Hint: to understand what exactly is meant by any report value - you can click "Help Image" . It will navigate you to the most detailed explanation at our web site.

Plagiarism Detection Chart:



Hot Flags: [beta]

Wikipedia:



[not detected]

Google Books:



[not detected]

Ghostwriting Services
(210 records):



[not detected]

Counter Anti-Cheating:



[not detected]

Top 3 Plagiarized Sources:



Words#: Source url:

- 44 <http://es.slideshare.net/ceciliahuapaya1...>
- 44 <http://es.slideshare.net/alertomendoza/m...>
- 44 <http://es.slideshare.net/ceciliahuapaya1...>

Top 3 Referenced Sources:



Words#: Source url:

Detailed Document Analysis:

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA DE GRADUADOS PROGRAMA DE TITULACIÓN EXAMEN COMPLEXIVO PARA LA OBTENCION DEL GRADO DE MAGISTER EN MEDICINA TROPICAL " PLAN EDUCATIVO PARA MEJORAR LA ADHERENCIA EN EMBARAZADAS CON VIH QUE ACUDEN AL HOSPITAL MARIANA DE JESUS " AUTOR: FÉLIX AMANDO CORREA MUÑIZ, MD. TUTOR: EDWARS GEOVANNY SABANDO FAJARDO, MSC. GUAYAQUIL – ECUADOR ABRIL 2016 <

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIAS Y TECNOLOGÍA FICHA DE REGISTRO ESTUDIO DE CASO EXAMEN COMPLEXIVO TÍTULO:

Chars#: 869 Words#: 128

<http://www.upid.ug.edu.ec/wp-content/upl...>

PLAN EDUCATIVO PARA MEJORAR LA ADHERENCIA EN EMBARAZADAS CON VIH QUE ACUDEN AL HOSPITAL MARIANA DE JESUS. AUTOR/ES: FELIX AMANDO CORREA MUÑIZ, MD. REVISORES: INSTITUCIÓN:

UNIVERSIDAD GUAYAQUIL FACULTAD: CIENCIAS MÉDICAS PROGRAMA: MAESTRÍA EN MEDICINA TROPICAL FECHA DE PUBLICACIÓN: NO. DE PÁGS: ÁREA TEMÁTICA: MEDICINA TROPICAL. PALABRAS CLAVES:

Adherencia; terapia antirretroviral; infección por VIH; síndrome de inmunodeficiencia adquirida RESUMEN: La presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en mujeres con relación a los hombres pasó de 33% en el año 2003 a 39,3% en al año 2006, posicionándose ya en el 2011 en 49% según datos de (ONUSIDA). Tomando en consideración el alto índice de su presencia en mujeres se vuelve una problemática mucho mayor en el caso de las embarazadas, pues ahí o selo se exponen ellas sino también sus fetos ante el riesgo de infección, La falta de adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) es la principal causa de fracaso terapéutico y por lo tanto de la mayor morbilidad asociada a la enfermedad. La presente investigación es de modalidad cualitativa, basado en el método de estudio de caso y de tipo descriptiva, cuyo objetivo fue elaborar un plan educativo para mejorar la adherencia en embarazadas que acuden al Hospital Mariana de Jesús, en la que se realizaron análisis de teorías VIH, SIDA y se determinaron las categorías y dimensiones relacionados con la baja adherencia al tratamiento antirretroviral a través de una encuesta dirigida a 40 embarazadas con VIH que acudieron al Hospital Mariana de Jesús entre noviembre del 2015 y marzo del 2016. Los resultados demuestran que el 65% de las informantes no tienen conocimiento suficiente sobre la enfermedad y su tratamiento, el 38% respondió estar de acuerdo y muy de acuerdo en tener buenas expectativas en lo referente a su evolución post-tratamiento, el 40 % en cambio manifestó estar muy de acuerdo con la capacidad del médico de aclarar sus interrogantes. Todos estos hallazgos, determinan que estas pacientes requieran una atención multidisciplinaria y un sistema coherente de acciones integrales para mejorar la adherencia al TARV. Se concluye que existen muchos factores de tipo educativo, y sociocultural relacionados a la baja adherencia al tratamiento en embarazadas con VIH en el Hospital Mariana de Jesús, por lo que se propone un plan educativo para mejorar adherencia al tratamiento antirretroviral. N° DE REGISTRO (en

base de datos): N° DE CLASIFICACIÓN: N° DIRECCIÓN URL (estudio de caso en la web) ADJUNTO URL (estudio de caso en la web): ADJUNTO PDF: SI

Chars#: 869 Words#: 128

<http://www.upid.ug.edu.ec/wp-content/upl...>

0994581217 E-

mail: Fx_correa@hotmail.com CONTACTO EN LA INSTITUCION: Nombre: Escuela de Graduados Teléfono: 2286280

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR En mi calidad de tutor del estudiante

Chars#: 869 Words#: 128

<http://www.upid.ug.edu.ec/wp-content/upl...>

FELIX AMANDO CORREA MUÑIZ del Programa de Maestría/Especialidad en MEDICINA TROPICAL,

nombrado por el Decano de la Facultad de CIENCIAS MEDICAS CERTIFICO: que el estudio de caso del examen complexivo titulado

Chars#: 869 Words#: 128

<http://www.upid.ug.edu.ec/wp-content/upl...>

" PLAN EDUCATIVO PARA MEJORAR LA ADHERENCIA EN EMBARAZADAS CON VIH QUE ACUDEN AL HOSPITAL MARIANA DE JESUS ", en

opción al grado académico de Magíster (Especialista) en MEDICINA TROPICAL, cumple con los requisitos académicos, científicos y formales que establece el Reglamento aprobado para tal efecto. Atentamente

Chars#: 869 Words#: 128

<http://www.upid.ug.edu.ec/wp-content/upl...>

EDWARS GEOVANNY SABANDO FAJARDO, MSC. TUTOR DEDICATORIA Este trabajo está dedicado Especialmente al Sr. Ec. Ab. Félix Correa Granoble, mi padre, mi ídolo, quien desde niño inculcó en mí la honradez, el trabajo, la responsabilidad. A mi madre Ab. Azucena Muñoz Ponce, mujer valerosa, quien me ha cuidado toda la vida y recibo su apoyo incondicional. AGRADECIMIENTO Primeramente a Nuestro Señor Jesucristo por sus bendiciones. A mis padres y hermanas por brindarme su cariño y comprensión. A mi esposa por estar a mi lado en cada paso que doy. A mi tutor, por su tiempo y enseñanzas. Félix

DECLARACIÓN EXPRESA "La responsabilidad del contenido de esta Tesis de Grado, me corresponden exclusivamente; y el patrimonio intelectual de la misma a la UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL"

FIRMA

Chars#: 869 Words#: 128

<http://www.upid.ug.edu.ec/wp-content/upl...>

FÉLIX AMANDO CORREA MUÑOZ, MD. C.C. No. 0918635178 ÍNDICE DE CONTENIDOS REPOSITORIO DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA I1 CERTIFICACIÓN DEL TUTOR III DEDICATORIA IV AGRADECIMIENTO V DECLARACIÓN EXPRESA VI RESUMEN X ABSTRACT XI 1. INTRODUCCIÓN 1 1.1. Pregunta de Investigación 2 1.2. Delimitación del Problema 3 1.3. Justificación 3 1.4. Objetivos 4 1.5. Premisa 4 1.6. Solución propuesta 4 2. DESARROLLO 5 2.1 Marco Teórico 5 2.1.1 Teorías Generales 5 2.1.2 se ha visto que la reducción de la

Chars#: 35 Words#: 8

<http://www.med-estetica.com/semal/medici...>

Words#: 7

<http://www.ecologistasenaccion.org/artic...>

Chars#: 29 Words#: 6

<http://www.dmedicina.com/enfermedades/20...>

Chars#: 32

[Show Other Sources]

carga viral es uno de los factores que tiene gran influencia sobre la transmisión vertical de la enfermedad, si a esto sumamos el hecho que la adherencia al tratamiento con ARV ha sido asociado con una disminución y mantención de la carga viral a niveles indetectables, la adherencia a éstos durante el embarazo toma especial importancia. La no adherencia en embarazadas entonces, se refiere a no tomar los medicamentos, o tomarlos en mayor o menor cantidad, sin seguir las indicaciones. Se observaron que el 61% de pacientes VIH positivos no se adhirió a los horarios de toma y que el 63% no se adhirió a las indicaciones recomendadas. Es así, que la mala adherencia a los antirretrovirales constituye un problema clínico complejo y un reto aun mayor para el equipo de salud, debido a que tiene implicancia en tres niveles: individual, ya que su presencia limita marcadamente los beneficios terapéuticos y favorece la aparición de resistencias; comunitario, ya que los virus resistentes pueden transmitirse a otras personas; y finalmente económico, pues el empleo inadecuado de estos medicamentos conlleva un gasto ineficaz. PREGUNTA DE INVESTIGACION ¿La elaboración de un plan educativo contribuiría a mejorar la adherencia al tratamiento de VIH/SIDA en embarazadas que acuden al Hospital "Mariana de Jesús"? DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA En el Hospital Mariana de Jesús, se ha observado una mala adherencia al tratamiento en las mujeres embarazadas con VIH, esta problemática está relacionada con la falta de apoyo social y/o familiar, creencias y mitos erróneos acerca del tratamiento, escasos recursos económicos, bajo nivel educativo, difícil acceso a los servicios de salud, déficit de coordinación entre diferentes servicios de apoyo, deficiente formación en los profesionales de la salud que orienten el tratamiento de manera adecuada, pérdida de la continuidad de la asistencia sanitaria y la no aceptación al tratamiento. La problemática de la baja adherencia al tratamiento del VIH en las mujeres embarazadas, trae como consecuencia un aumento de complicaciones maternas, deterioro de salud de las madres y recién nacidos, aparición de enfermedades oportunistas, saturación de centros especializados, sobrecarga o conflictos familiares, aumento de demanda en los sistemas de salud ya que produce la transmisión vertical se incrementa y genera elevados niveles de morbilidad materno infantil. JUSTIFICACIÓN Diariamente, se infectan en el mundo personas con VIH, enfrentando a una enfermedad que no posee cura y sobre la que pesa un fuerte estigma social, afecta a un grupo altamente heterogéneo, constituido por hombres y mujeres de diversas edades y estratos sociales. Esta situación genera una alta carga a los sistemas de salud, la economía de los países y el entorno familiar, en especial cuando se compromete a las mujeres embarazadas ya que la posibilidad de transmisión vertical del VIH es alta. Es por esta razón que el presente estudio constituye una oportunidad para el abordaje adecuado del problema relacionado con la deficiente adherencia al tratamiento específico del VIH en esta población de pacientes planteando alternativas de solución viables en relación a los factores causales analizados. OBJETIVOS OBJETIVO GENERAL Elaborar un plan educativo para mejorar la adherencia en embarazadas que acuden al Hospital Mariana de Jesús, a través del análisis de las y teorías generales y sustantivas referentes a VIH y la determinación de factores relacionado con la baja adherencia al tratamiento antirretroviral OBJETIVOS ESPECÍFICOS Analizar los referentes teóricos de la adherencia al tratamiento antirretroviral en mujeres embarazadas con VIH que acuden al Hospital Mariana de Jesús. Describir los factores que contribuyen a una mala adherencia al tratamiento antirretroviral y las características relevantes en la población de estudio. Estructurar los componentes de un plan educativo para mejorar la adherencia al tratamiento de VIH en mujeres embarazadas que acuden al Hospital Mariana de Jesús. PREMISA Sobre la base de los sistemas conceptuales de la adherencia al tratamiento en mujeres embarazadas con VIH, y caracterizando los contextos biológicos, sociales, educacionales, profesionales y económicos se construye un Plan Educativo para mujeres embarazadas con VIH que acuden al Hospital Mariana de Jesús. SOLUCIÓN PROPUESTA Se propone como solución elaborar un plan educativo para mejorar la adherencia al tratamiento en mujeres embarazadas con VIH que acuden al Hospital Mariana de Jesús, mismo que perita evitar la deserción del tratamiento por parte de las embarazadas. DESARROLLO MARCO TEORICO TEORIAS GENERALES La Organización de Naciones Unidas SIDA (ONUSIDA), afirma que de las 34 millones de personas que conviven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el año 2011, el 49 % representaban a las mujeres; observándose por tanto una feminización de la enfermedad, con la consiguiente infección en las embarazadas y riesgo de infección en sus hijos debido a la transmisión vertical del virus. En los Estados Unidos de Norteamérica, las mujeres son el segmento de la población con VIH que crece más

rápidamente; desde el 7% en 1985 hasta el 26% en el año 2001 y se estabilizó en el 27% en 2006. La epidemia del VIH está bien establecida en las mujeres latinoamericanas y del Caribe, y sigue concentrada en poblaciones desamparadas que viven en los márgenes socioeconómicos de la sociedad. En Ecuador se reporta también como epidemia concentrada con tendencia al crecimiento (MSP, 2008). Existen diferencias significativas en las estadísticas de prevalencia de VIH provenientes de distintas fuentes, por un lado el Fondo Global indica que el Ecuador posee 26.000 personas que viven con VIH (Fondo Mundial, 2009), y por otro lado el MSP ha registrado 14.844 personas que viven con VIH (MSP/PNS). Esta diferencia puede tener su origen en las debilidades ya mencionados del sistema de M&E. Otro punto importante es que se empieza a observar un aumento de prevalencia en la población general, en los grupos de jóvenes, hombres y mujeres heterosexuales (MSP & ONUSIDA, 2008b). Los casos reportados de las mujeres han aumentado de 33% en el año 2003 a 39,3% en el año 2006, igual como en la población joven, que subió de 46,23% en 2003 a 51% en el 2006 (MSP et al., 2008a). (Ganzenmüller, 2010) El Virus de Inmunodeficiencia Humana o VIH son las siglas de un retrovirus RNA que ataca el sistema inmune y causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El VIH

destruye gradualmente la capacidad de luchar contra infecciones y ciertos tipos de cáncer. (Pérez, 2016) Las personas que son diagnosticadas con SIDA, pueden tener lo que se conoce como infecciones

Chars#: 1437 Words#: 237

<http://cortaconelsida.blogspot.com/>

Words#: 79 <https://prezi.com/4ej1tzqd0a7k/sida-y-vi...>

Chars#: 478

oportunistas, causadas por virus, bacterias, parásitos y hongos

contra los que las personas sanas generalmente pueden

Chars#: 1437 Words#: 237

<http://cortaconelsida.blogspot.com/>

luchar, poniendo en peligro la vida del paciente. Si una paciente está

infectada con el VIH es posible que tarde diez años o más en desarrollar SIDA, e incluso sin haber recibido tratamiento, o puede que ocurra mucho más rápidamente. Pero con una terapia agresiva y adecuada a base de medicamentos, el pronóstico es mucho mejor. No hay medicaciones que puedan erradicar el VIH, pero hay terapias que pueden ayudar a suprimir el virus, siendo indetectable para que el sistema inmune funcione durante periodos de tiempo más largos y retrasar así la aparición de infecciones

Chars#: 1437 Words#: 237

<http://cortaconelsida.blogspot.com/>

Words#: 79 <https://prezi.com/4ej1tzqd0a7k/sida-y-vi...>

Chars#: 478

graves. En lo que al VIH y embarazo se refiere existe una inmunodeficiencia con disminución de los niveles de inmunoglobulina y de la inmunidad celular entre otros cambios, lo cual lleva a pensar que el embarazo en mujeres VIH positivas pudiera acelerar el progreso de la infección. El embarazo parece tener poco efecto en la progresión de la enfermedad en mujeres VIH positivas asintomáticas, pero puede haber una rápida progresión en aquellas mujeres que se encuentren en un estadio avanzado. (Albert R, 2010) . Esto no parece debido a aceleración de la enfermedad inducida por el embarazo, sino a que más mujeres con enfermedad avanzada se embarazan trayendo como resultado altas tasas de complicaciones por el VIH. Para plantear una estrategia óptima de prevención de la transmisión materno infantil del VIH es necesario conocer los momentos y circunstancias que aumentan el riesgo de transmisión de esta manera tenemos la transmisión intrauterina como en medio en el que una cuarta parte de los embarazos infectan sus fetos el mecanismo de acción se da cuando el virus atraviesa la placenta e infecta al feto, esto ocurre por vía transplacentaria o por transfusión materno-fetal, especialmente por microdesprendimientos placentarios. Los principales mecanismos serían por contaminación con sangre materna en el espacio intervelloso, en el corion y su pasaje por el líquido amniótico y desde la decidua basal con la contaminación directa de células del trofoblasto, la transmisión intrauterina ocurre en los momentos próximos al parto. (Román & Juárez, 2015) , la transmisión intraparto (40%), es la más común, se da por contacto directo del feto con sangre materna infectada y con secreciones del tracto genital durante el parto, microtransfusiones materno-fetales durante contracciones uterinas, infección ascendente por el cérvix, absorción del virus por el tracto digestivo del niño. También en nacimientos múltiples el primer gemelar se infecta más (el doble), tanto en partos vaginales como en cesáreas. (Román & Juárez, 2015) . Y por último la transmisión por leche Materna (35%) en esta el virus se ha aislado de células del calostro, de histiocitos y de extractos no celulares en leche de mujeres infectadas. (Román & Juárez, 2015) . Los factores que se asocian a una mayor transmisión son: el mayor carga viral plasmática del VIH, mayor carga viral del VIH en la leche materna, mayor deterioro inmunológico de la madre, presencia de mastitis, lesiones sangrantes en los pezones en lactantes , erosiones en la mucosa oral del niño o la presencia de candidiasis oral en lactantes. En lo que a las complicaciones en las gestantes infectadas de VIH está el riesgo aumentado de presentar : abortos espontáneos, el parto pretérmino se presenta con una frecuencia duplicada, infección del tracto, anemia que en muchos de los casos se debe a la toma del tratamiento antirretroviral, neumonía bacteriana, sepsis urinaria, herpes zoster, sarcoma de Kaposi, embarazo ectópico, tuberculosis, sífilis, placenta previa, en el postparto el peso al nacer de los recién nacidos entre madres VIH, son de menor peso, además del incremento de las muertes fetales. El diagnostico de infección por VIH se realiza por medio de valoración clínica en el caso de síndrome respiratorio agudo y también mediante n que el paciente está siguiendo el curso recomendado de tratamiento. tomando todos los medicamentos prescritos durante el tiempo que sea necesario, realizándose los exámenes y las pruebas de control; asimismo, que está cumpliendo las medidas de control y ejerciendo sus derechos y deberes como

Chars#: 293 Words#: 44

<http://es.slideshare.net/alertomendoza/m...>

Words#: 44 <http://es.slideshare.net/ceciliahuapaya1...>

Chars#: 138 Words#: 19

<http://myslide.es/documents/factores-que...>

Chars#: 293

[Show Other Sources]

personas con VIH/SIDA. El tratamiento antirretroviral en mujeres embarazadas produce varios efectos secundarios lo

que conlleva una mala adherencia al mismo. además se ha observado factores que influyen en este incumplimiento como los factores sociales, demográficos, económicos, profesionales y culturales. Entre los factores sociales, la discriminación a los pacientes persiste como problemática latente en nuestro medio, conllevando en algunos casos a aislamiento, y a dificultades en la continuidad del tratamiento. De igual manera existe un factor demográfico muy importante relacionado con el acceso inadecuado a los centros de referencia para el manejo VIH, debido a las localidades alejadas donde viven los pacientes. El factor económico también incide en la problemática de estudio, en la que resalta las brechas de desigualdad existentes en la sociedad que limitan el acceso eficiente a los sistemas sanitarios. (Clotet, 2014) Además, existe una escasez de profesionales especializados en el manejo de los pacientes con VIH/SIDA, en especial en el grupo de mujeres embarazadas con esta condición. Esto obedece a una serie de elementos entre la más importante está la escasez en la oferta de estudios de postgrado, la baja tasa de titulación en los profesionales que cursan dichos estudios y en la poca demanda por parte de las instituciones de salud. Cabe resaltar que en el tratamiento en las mujeres embarazadas con VIH, otro apartado relevante está vinculado a las creencias y mitos erróneos acerca del tratamiento, lo que contribuye al rechazo y abandono del tratamiento en muchos de los casos. <(Bolaños Gutiérrez, 2015) A pesar de la importancia de esta esfera en el tema, el enfoque positivista de los estudios que relacionan la mala adherencia a la TARV con diversos trastornos mentales podrían esconder otros elementos de la esfera individual, sociocultural y del sistema de salud que se relacionan entre sí, como son los mecanismos de afrontamiento ("coping"), el repertorio de creencias de un sujeto/comunidad, la historia de vida y las experiencias de estigma y discriminación, los contextos de vulnerabilidad en los que los sujetos se mueven, entre otros, lo que se argue puede determinar problemas de adherencia, pudiendo ser causales, así como modificadores del efecto en patologías del espectro psicológico. Por tal razón, es necesario para entender los fenómenos asociados a la mala adherencia identificar y valorar los discursos de los usuarios que utilizan el sistema de salud, y en especial entre los diversos grupos (diversidad de etnias, de género, de identidad sexual, etc) que consultan a los centros de atención de pacientes con VIH/SIDA. Las creencias, actitudes, valores y prejuicios de los pacientes respecto a la medicación, la enfermedad, así como los vínculos con el equipo médico-asistencial son factores cateóricos a la hora de acentar el tratamiento y realizarlo de forma correcta. (Manríquez, 2015) . REFERENTES EMPÍRICOS En su trabajo (Pérez Rosabal, 2016) realizó un estudio de intervención, cuasi experimental. El universo quedó constituido por los 71 casos de sida del municipio Manzanillo que tenían indicado el tratamiento con antirretrovirales. La muestra quedó conformada por 25 pacientes. En el proceso investigativo se emplearon el cuestionario Martín-Bavarré-Grau y una encuesta. El procesamiento estadístico se realizó mediante números absolutos y porcentajes. Los resultados se presentan resumidos en tablas. Resultados: después que se aplicó el programa, solo el 16 % de los pacientes no se adherían al tratamiento. El 68 % poseía una susceptibilidad percibida alta y el 88 % una severidad percibida alta ante las complicaciones de la infección por VIH/sida. El 100 % percibía muchos beneficios con relación al tratamiento farmacológico, la dieta y la protección y el 72 % pocas barreras. Conclusiones: el programa educativo fue efectivo, pues se incrementó la adherencia terapéutica en los pacientes con tratamiento antirretroviral del municipio Manzanillo. En un estudio descriptivo de corte transversal llevado a cabo en 119 pacientes atendidos en el Programa VIH/SIDA del Hospital de Coquimbo, Chile, con el objetivo de analizar los problemas de adhesión a TARV y su relación con la depresión en pacientes infectados con VIH, se utilizó la Escala de Adhesión a los Medicamentos de Morisky, Green y Levine, y el Inventario de Depresión de Beck-II. Se obtuvieron datos demográficos y de salud de las fichas clínicas. Los principales resultados muestran que 68% de los pacientes manifiesta tener problemas de adhesión a TARV, con diferencias significativas por sexo, edad y tiempo de tratamiento. Según un análisis de regresión logística, los pacientes con depresión moderada a severa tendrían 3.08 (95% IC: 1.08-8.80) veces más riesgo de tener problemas de adhesión en relación a los pacientes con depresión mínima o leve. Este estudio concluye que existe una asociación positiva entre síntomas depresivos y problemas con la adherencia a la TARV (Varela, 2014) En un estudio de tipo transversal realizado por (Martín, 2010) con uso de metodología cuantitativa con el objetivo de caracterizar la adherencia terapéutica y el apoyo social de los pacientes que viven con VIH/sida en un área de salud. Se utilizaron como técnicas de recolección de información una entrevista semiestructurada, el cuestionario "MGB" para la evaluación de la adherencia terapéutica y el cuestionario de apoyo social "CAS-10". Entre los resultados más importantes están la prevalencia de un nivel parcial de adherencia y el componente más afectado fue la relación transaccional entre pacientes y equipo de salud. La relación médico-paciente no propicia el establecimiento de estrategias conjuntas para garantizar el cumplimiento del tratamiento. El estudio arrojó que las personas que viven con VIH incluidas en el estudio presentaron una elevada necesidad percibida de apoyo social, poca satisfacción con la ayuda recibida e insuficientes expectativas de apoyo social. Se concluye que la adherencia al tratamiento en la población estudiada se manifestó en sus tres niveles con un predominio del nivel parcial de adherencia. El apoyo social es insuficiente y la ayuda recibida no satisface. La familia es la principal fuente de atención para estos pacientes y el apoyo emocional y la compañía de otros les son necesarios. Prevalece la inseguridad en relación con la posibilidad de poder contar con algún apoyo si lo necesitaran en un futuro. (Vilató Frómata, 2015) En un estudio realizado en Madrid con el objetivo de analizar los factores de riesgo influyentes en la adherencia al tratamiento antirretroviral, se consideró un total de 211 pacientes. La población del estudio estuvo formada en su mayoría por hombres (74.9% vs 25.1% mujeres) y el principal grupo de edad comprendía a pacientes de entre 31-50 años, siendo la media de edad de 45.83±9.34 años. Los resultados de adherencia fueron variables en función del método de medida empleado ya que, mientras el registro de dispensación consideró como adherentes al 65.88% de los pacientes, el cuestionario de adherencia SMAO consideró que lo eran un 53.08% de ellos. Teniendo en cuenta sólo aquellos pacientes en los que ambos métodos de medida coincidían en considerar como adherentes, el dato final de pacientes adherentes fue del 38.86%. (Chávez-Courtois, 2016). Se realizó una investigación sobre el conocimiento de las PVVS, de las cuales presentaban un promedio de edad de 36.4±10.9 años. En su mayoría pertenecían al sexo masculino (59.6 %). 37.7 % (n=98) de los participantes se encontraban en el nivel educativo "diversificado", 50 % de las PVVS tiene 3 años de haber sido diagnosticados. Al analizar el conocimiento de las PVVS se observó que más de la cuarta parte de los participantes (26.5 %) presentaron un nivel de conocimiento "deficiente", solo 3.5 % obtuvo la mayor puntuación correspondiente a un nivel de conocimiento "bueno". El análisis del conocimiento general de las PVVS hacia la enfermedad y su relación con el nivel educativo muestra que

del total de personas con nivel de conocimiento "deficiente" ($n=69$). 50.7 % se encontraban en el nivel educativo "básico" v 7.2 % de los participantes que se encontraban en el nivel de educativo "universitario". 39 % de las PVVS con nivel de conocimiento "regular" tuvo un nivel educativo "universitario". Se observó diferencia estadísticamente significativa al relacionar las variables nivel de conocimiento con nivel educativo ($n<0.000$). Se muestra que 58.5 % de las PVVS no conoce el procedimiento a seguir cuando olvida una dosis del TAR. El 67.7 % no conocía cuales eran las enfermedades oportunistas. Igualmente el resultado obtenido sobre las siguientes aseveraciones muestra el porcentaje de respuesta incorrecta: a) "El VIH se transmite por la leche materna" 18.1 % ($n=47$); b) "Las células T significan lo mismo de células CD4" 65.8 % ($n=171$); c) "Tener conteo de células T <200 significa que la persona tiene SIDA" 61.9 % ($n=161$). Se analizaron ciertos aspectos de importancia v su relación con el conocimiento de la enfermedad por parte de las PVVS. Al relacionar género con el conocimiento sobre la transmisión a través de la leche materna se observó que 89.5 % ($n=94$) de las hembras v 76.8 % de los varones ($n=119$) conocían la respuesta, sin embargo 10.5 % ($n=11$) de las hembras desconocían la respuesta. Se observó diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos ($p=0.009$). Por el contrario, no se observaron diferencias estadísticamente significativas al relacionar el género v las aseveraciones sobre las células CD4 ($p=0.691$, $p=0.996$, respectivamente). Asimismo, se consideró el posible efecto del tiempo de diagnóstico sobre tres aspectos: a) generalidades (células CD4, significado del VIH); b) modo de transmisión (a través de la leche materna). Solo se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los años de diagnóstico $<$ de 5 años v el modo de transmisión a través de la leche materna ($p=0.000$). Además se muestra la relación entre el nivel educativo v el conocimiento sobre generalidades de las células CD4 v enfermedades de la cavidad bucal más frecuentes en las PVVS. Solo se observó diferencia estadísticamente significativa entre el nivel educativo v el conocimiento sobre las enfermedades más frecuentes de la cavidad bucal ($p=0.019$). (Dávila, 2015) No obstante, al analizar la calidez del servicio es que se denota que éste no es brindado adecuadamente. Este criterio se constituye en el principal problema comunicacional existente en la Estrategia, en efecto, la calidez de la atención denota la relación comunicacional existente entre personal de salud v personas viviendo con VIH. De este modo, se considera que la existencia de los estándares planteados por el MINSA v la calidad de los insumos brindados no son suficientes para asegurar una atención adecuada en la Estrategia. Siendo esta acción la que finalmente promueve o no la adherencia de las personas viviendo con VIH al TARGA, la cual es la finalidad última del servicio brindado en la Estrategia. Brindar un servicio con calidez implica poner a las personas receptoras del mismo –en este caso las personas viviendo con VIH– como el factor central en la relación. Esto implica tenerlas en cuenta de manera integral, incluyendo su historia personal, social v cultural, v su situación actual tanto como personas viviendo con VIH como en otras dimensiones igualmente importantes v de este modo, generar una proximidad afectiva que permita generar la confianza mutua necesaria lograr una relación comunicacional tal que favorezca v garantice una adecuada atención en casos de VIH. De este modo, los problemas comunicacionales existentes afectan directamente la calidez del servicio lo que genera que este último no sea brindado de manera óptima v por lo tanto acarrea que las personas viviendo con VIH que se atienden en la Estrategia no se encuentren satisfechas con el mismo v así, se constituye en un factor limitante de la adherencia al TARGA. En conclusión, las relaciones comunicacionales existentes entre el personal de salud v las personas viviendo con VIH en la atención brindada en la Estrategia generan un sistema en el que el Estado no cumple a cabalidad con los derechos de sus ciudadanos v ellos, no reclaman la mejora de los mismos debido a su débil ciudadanía. Esto es así debido a que el propio Estado no muestra interés en brindar una adecuada educación ciudadana, en efecto, se crea un círculo vicioso en el que tanto personal de salud como personas viviendo con VIH no ejercen su ciudadanía a cabalidad v esto limita su posibilidad de reclamo frente a las falencias del Estado para cumplir cabalmente con sus derechos. (Altuna, 2016) Marco Metodológico La investigación a utilizar será la cualitativa que es una categoría de diseños de investigación que extraen descripciones a partir de observaciones que adopten la forma de entrevistas, narraciones, notas de campo, grabaciones, transcripciones de audio v video casete, registros, escritos de todo tipo, fotografías o películas, se ocupa de del entorno de los acontecimientos v centran su indagación en contextos naturales o tomados tal v como se encuentran. (Herrera, 2008) Tiene así como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno trata de encontrar las cualidades que en conjunto caracterizan al fenómeno. Según Ramírez(2013). El estudio de caso es una técnica metodológica aplicada en la investigación científica en la cual el sujeto se enfrenta a la descripción de una situación específica que plantea un problema, que debe ser comprendido, valorado v resuelto por un grupo de personas a través de un proceso de discusión. Para el criterio de Hernández (2011) la investigación cualitativa es aquella donde se estudia la calidad de las actividades, relaciones, asuntos, medios, materiales o instrumentos en una determinada situación o problema. La misma procura por lograr una descripción holística, esto es, que intenta analizar exhaustivamente, con sumo detalle, un asunto o actividad en particular. El Método utilizado es el estudio de caso, que contempla un útil modelo de investigación para recabar información en contextos de la vida real. Este tipo de investigación se puede aplicar a situaciones que hayan tenido lugar o emplearse a medida que se vayan desarrollando las mismas. (Stott & Ramil, 2014) Entre las categorías v dimensiones, se pueden identificar:

TABLA	CDIU	CATEGORÍAS	DIMENSIONES	INSTRUMENTOS	UNIDAD DE ANÁLISIS
Factores Sanitarios	Acceso a servicios de salud	Encuesta Embarazadas con VIH que asisten al Hospital Mariana de Jesús	Relación médico paciente	Encuesta Embarazadas con VIH que asisten al Hospital Mariana de Jesús	Factores sociales
Relación intrafamiliar	Encuesta Embarazadas con VIH que asisten al Hospital Mariana de Jesús	Entorno social	Encuesta Embarazadas con VIH que asisten al Hospital Mariana de Jesús	Mitos v creencias	Encuesta Embarazadas con VIH que asisten al Hospital Mariana de Jesús
Factores educativos	Nivel de conocimiento del tratamiento de VIH	Encuesta Embarazadas con VIH que asisten al Hospital Mariana de Jesús	Factores económicos	Nivel socioeconómico	Encuesta Embarazadas con VIH que asisten al Hospital Mariana de Jesús

Fuente: Dr. Félix Correa Muñiz Categorías v dimensiones analíticas Las categorías v dimensiones producto de la investigación se generó del árbol de problemas previamente formulado en base la relación causa-efecto. En la matriz CDIU, se determinó cuatro categorías de causas directas fundamentales siendo estas: factores sanitarios, educativos, sociales, y económicos. Los factores sanitarios que están determinado por los servicios de salud v la capacidad de asistir a ellos, los educativos que influirán el conocimiento de vih v las consecuencias que puede acarrear, sociales con influencia directa en la vulnerabilidad de los pacientes, y los económicos que al estar en un país en vías de desarrollo tendrán un

influencia directa, va que la inaccesibilidad a información y métodos de prevención, fomenta la presencia de casos. Las dimensiones están clasificadas de la siguiente manera, el acceso a servicios de salud mismo que se limita en ciertos casos por la distancia a los centros de salud, o la cantidad de consultas para su monitoreo, la escasez de personal para una Atención médica especializada lo que dificulta la intervención e influye en la relación médico paciente, relación intrafamiliar ser gravitante puesto que será la familia quien fomentara y ayudara a dar continuidad al tratamiento, el entorno social va que en una sociedad preuiciosa las pacientes con VIH se verán obligadas a ocultar su enfermedad lo que influirá en el tratamiento. Los mitos y creencias acerca de la enfermedad y su tratamiento que se cree ocasionan más efectos negativos que positivos en la salud, el nivel de conocimiento del tratamiento de VIH es otro factor importante pues el desconocimiento que existe de manera general influye en la adherencia. El nivel socioeconómico que generalmente es bajo se convierte en un aspecto que influye en la adherencia, pues en algunos casos no pueden costear los tratamientos. Instrumentos Para efectos de este estudio el instrumento utilizado fue el cuestionario para la aplicación de la encuesta está correctamente estructurada y utiliza 6 preguntas en escala de LIKERT, para demostrar el grado de satisfacción en determinados aspectos y 4 preguntas dicotómicas para determinar el conocimiento en ámbitos referentes a la adherencia que pueda existir o no al tratamiento contra el VIH/SIDA. Unidad de Análisis La unidad de análisis, es la representación del conjunto de individuos, objetos o fenómenos que se realiza la investigación, y en los que se aplican los instrumentos de investigación. Viene a ser la población o la muestra que se designa ingresar al estudio, para lo cual se deben designar criterios que determinaran quienes son las unidades de estudio que se incluirán en el estudio, y también quienes son los que se excluirán del estudio. (D'Angelo, 2008). En este caso Unidad de análisis estuvo conformado por 40 usuarias de la Maternidad Marianita, a quienes se les aplicó la encuesta de forma no aleatoria, adicionalmente, Gestión de Datos La fuente de información, será primaria, va que se realizará la aplicación de instrumento de investigación de forma personal serán las mujeres en estado de gestación, de quienes se generaran información. El complemento serán las fuentes secundarias a partir de la bibliografía. Para la recolección de la información y datos se cuestionó con la Responsable del Centro de Salud la autorización para realizar el estudio y poder cumplir con los objetivos planteados, posteriormente se comunicó a las usuarias la necesidad de aplicar el cuestionario en forma individual en un periodo de 30 días aproximadamente. Una vez recolectados la información y datos, se procedió a la clasificación, tabulación y análisis estadísticos de los mismos, para la cual se utilizaron los índices estadísticos de frecuencia absoluta y porcentajes, y la media aritmética para realizar el análisis cuantitativo. Finalmente, para la tabulación y diseño de los gráficos estadísticos se utilizó el utilitario Excel de Microsoft; finalmente, para la descripción y análisis de los resultados se aplicó la estadística descriptiva, derivándose en una representación gráfica, y mediante tablas se mostró los resultados obtenidos una vez aplicado los instrumentos, la presentación de la información y datos obtenidos se ingresó en las tablas elaboradas acorde a las variables de estudios, categorías y sus respectivas dimensiones. Criterios Éticos Dentro de los criterios éticos, están la confidencialidad de los nombres de las personas que intervinieron en el estudio, además del respeto a la opinión de los entrevistados, por lo que se omitirán los nombres y apellidos de los participantes. Resultados De las pacientes embarazadas con VIH/SIDA el 75% están solteras, seguido del 20% que representaron Unión Libre, y con menor porcentaje el 5% está casada. Las mujeres embarazadas con VIH el mayor porcentaje corresponde al 45% de pacientes gestantes con VIH están muy de acuerdo con los controles prenatales, seguido del 40% que no se encuentran ni en acuerdo ni en desacuerdo, y por último un 15% que se encontraba en desacuerdo, es el virus que causa el síndrome de inmunodeficiencia

Chars#: 478 Words#: 79

<https://prezi.com/4ej1tzqd0a7k/sida-y-vi...>Words#: 12 <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/span...>

Chars#: 60

adquirida (SIDA). El VIH (HIV por sus siglas en inglés)

destruye gradualmente la capacidad de luchar contra infecciones y ciertos tipos de cáncer. Las personas que son diagnosticadas con SIDA (AIDS por sus siglas en inglés) pueden tener lo que se conoce como infecciones oportunistas. Estas consisten en 26 enfermedades que ponen en peligro la vida, las cuales son causadas por virus o bacterias contra los que las personas sanas generalmente pueden combatir. Si estás infectada con el VIH es posible que tardes diez años o más en desarrollar SIDA, incluso si no has recibido tratamiento, o puede que ocurra mucho más rápidamente. Pero con una terapia agresiva y adecuada a base de medicamentos, el pronóstico es mucho mejor. No hay medicaciones que puedan erradicar el VIH, pero hay terapias que pueden ayudar a suprimir el virus, para que tu sistema inmune funcione durante periodos de tiempo más largos y retrasar así la aparición de infecciones graves y cáncer.

Chars#: 1437 Words#: 237

<http://cortaconelsida.blogspot.com/>Words#: 79 <https://prezi.com/4ei1tzqd0a7k/sida-y-vi...>

Chars#: 478

La transmisión del VIH se considera un serio problema en la comunidad latina. Y es que los latinos se ven afectados de manera desproporcionada en comparación a otros grupos étnicos. Los latinos constituyen el 16 por ciento de la población en Estados Unidos, pero de acuerdo con un estudio del CDC de 2009, representan el 19 por ciento de las personas que se estima viven con VIH. Otro reporte del CDC, indica que en 2010, los latinos representaron el 21 por ciento de las infecciones nuevas por VIH en los Estados Unidos. La tasa de infecciones nuevas por VIH entre los hombres latinos es más del doble que en los hombres blancos. Asimismo, la tasa de nuevas infecciones entre mujeres latinas es cuatro veces mayor a la de las mujeres blancas. (Los hombres latinos representaron el 79 por ciento de las infecciones nuevas en toda la población latina, y las mujeres un 21 por ciento). ¿CÓMO SE TRANSMITE EL VIH? El VIH se transmite a través de <http://espanol.babvcenter.com/a900130/todo-sobre-el-sexo-durante-el-embarazosexo-vaginal>, <http://espanol.babvcenter.com/x4100162/buedo-recibir-sexo-oral-durante-el-embarazooral> o <http://espanol.babvcenter.com/x4100165/buedo-practicar-el-sexo-anal-estando-embarazadaanal> con una pareja infectada, compartiendo agujas (o incluso rastrillos o cuchillas) con una persona infectada o de una madre a su bebé durante el embarazo, nacimiento o lactancia. El VIH también se puede transmitir a través de una transfusión con sangre infectada. Ahora que todos los productos de la sangre son analizados y comprobados para ver si hay virus, y

luego tratados con calor. el riesgo de infectarse por una transfusión sanguínea es muy pequeño. ¿CÓMO PUEDE AFECTAR EL VIH A MI EMBARAZO Y A LA SALUD DE MI BEBÉ? Ser VIH positiva crea más riesgo de sufrir complicaciones como parto prematuro, restricción del crecimiento intrauterino y

<http://espanol.babvcenter.com/a10300019/entender-el-nacimiento-sin-vida-o-imortinatoinacimiento> de un bebé sin vida, aunque estos resultados son más comunes en los países en desarrollo. El riesgo de complicaciones es más alto para las mujeres con casos más avanzados, cuyos sistemas inmunológicos están comprometidos. También puedes contagiar el virus a tu bebé durante el embarazo, nacimiento o lactancia. Sin tratamiento, tu bebé tiene un 25 por ciento de posibilidades de resultar infectado. Sin embargo, puedes reducir el riesgo de tu bebé a menos de un 1 por ciento si obtienes un tratamiento adecuado durante tu embarazo. Esto incluye vigilar tu carga viral, tomar los medicamentos apropiados, evitar ciertos procedimientos de embarazo, tener una cesárea si tu carga viral es demasiado alta y no amamantar. Alrededor de 8.700 mujeres VIH positivas dan a luz cada año en los Estados Unidos. Pero gracias a las potentes nuevas medicaciones que ahora están disponibles, y a los cambios en la forma en la que se maneja el embarazo en mujeres VIH positivas, menos de 200 bebés resultan infectados por el virus anualmente. Este número podría ser incluso más pequeño si todas las mujeres se realizaran pruebas de VIH antes de concebir o al principio del embarazo, para que pudieran ser tratadas lo antes posible. ¿Debo hacerme pruebas de VIH durante mi embarazo? Definitivamente. Si se halla que eres VIH positiva, tener el tratamiento adecuado puede reducir significativamente tu riesgo de transmitir el virus a tu bebé y es crucial para proteger tu propia salud. Por estas razones, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos y otra serie de organizaciones recomiendan ahora que todas las mujeres embarazadas se hagan pruebas de VIH en su primera visita prenatal. Y si tienes riesgo de estar infectada con VIH, debes hacerte la prueba de nuevo en tu tercer trimestre (idealmente antes de que llegues a las 36 semanas). Por supuesto, las pruebas de VIH son algo voluntario, de manera que tienes derecho a rechazarlas. Aunque lo mejor para ti y tu bebé es comenzar el tratamiento durante el embarazo, el tratamiento tardío es mejor que nada. Si no te han realizado pruebas durante el embarazo, o si tus resultados no se conocen, tu doctor puede recomendar una rápida prueba cuando te admitan en el hospital para el parto y nacimiento. Finalmente, si no te han hecho la prueba, se puede realizar un examen a tu bebé tan pronto como sea posible después de nacer, ya que iniciar el tratamiento 12 horas después del nacimiento reduce el riesgo de que el bebé resulte infectado. Las pruebas al bebé son voluntarias en la mayoría de los estados de Estados Unidos, pero no en todos. En Nueva York y Connecticut, por ejemplo, las pruebas a los bebés son obligatorias si no se sabe si la madre es VIH positiva o no. ¿Puedo amamantar a mi bebé si tengo VIH? No. Si amamantas a tu bebé corres el riesgo de transmitir el VIH a través de tu leche. Por esta razón, la Organización Mundial de la Salud, la Academia Estadounidense de Pediatría, los CDC y otras organizaciones aconsejan no amamantar si eres VIH positiva y hay una alternativa segura disponible. ¿Cómo se trata el VIH durante el embarazo? En primer lugar, si ya estás tomando medicación para el VIH cuando descubras que estás embarazada, no debes dejar de tomar esos medicamentos. Una interrupción del medicamento puede hacer que el virus se vuelva más resistente. De hecho, debes consultar con tu doctor inmediatamente. Obtén cuidados apropiados. Es importante encontrar un doctor que tenga experiencia en tratar a mujeres embarazadas con VIH o buscar una clínica de atención prenatal para mujeres VIH positivas, que puede ofrecer un equipo de doctores, comadronas y otros proveedores de salud que cuidarán de ti. Pídele al médico que te trata actualmente, o que está controlando tu VIH, que te dé una referencia o intenta llamar a tu departamento local de salud o a un centro médico grande cerca de ti para saber qué es lo que hay disponible. Si no puedes encontrar a un proveedor que se especialice en tratar mujeres embarazadas VIH positivas, al menos asegúrate de que la persona que te dé cuidados médicos durante el embarazo, trabaje muy de cerca con el doctor que trata o maneja tu VIH. Las pruebas que necesitarás. Tu doctor hará pruebas de sangre a lo largo de tu embarazo para comprobar tu carga viral (la cantidad de virus que tienes en la sangre) y el conteo de células linfocíticas CD4 (el número de células inmunes linfocíticas CD4 que tienes). Los resultados de estas pruebas te ayudarán a determinar cuándo comenzar a tomar los medicamentos para suprimir el VIH (esto se llama terapia antirretroviral), qué tipo de terapia es la mejor para ti y si el régimen que estás llevando funciona o necesita ser alterado. Si tienes una nueva infección o si los medicamentos que estás tomando no están funcionando bien, también tendrás que hacerte una prueba para ver si has desarrollado una forma del virus resistente. Si el conteo de tus CD4+ es demasiado bajo, te darán antibióticos para ayudar a protegerte para que no desarrolles una neumonía u otras infecciones. Al final del embarazo, tu carga viral ayudará a tu doctor a decidir si el parto debe ser mediante

<http://espanol.babvcenter.com/v6100070/ces%C3%A1rea-en-im%C3%A1genes-videocesárea>. Tu doctor hará pruebas de sangre extra para detectar si hay anemia y también comprobará la función de tu hígado, electrolitos y otros indicadores para saber si estás teniendo una mala reacción a tu medicación. Con ciertos medicamentos comprobarán además, tus niveles de azúcar en la sangre. Te harán pruebas para saber si tienes otra enfermedad de transmisión sexual así como <http://espanol.babvcenter.com/a900778/toxoplasmosis-durante-el-embarazotoxoplasmosis>, hepatitis C, <http://espanol.babvcenter.com/a900757/citomegalovirus-durante-el-embarazocitomegalovirus> y <http://espanol.babvcenter.com/a900787/tuberculosis-v-embarazotuberculosis>. Finalmente, te vacunarán contra la gripe, la <http://espanol.babvcenter.com/a900769/hepatitis-b-durante-el-embarazoh hepatitis B> y el neumococo, si no lo has hecho ya. **ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO** NO se debe auto medicar, el tratamiento dependerá de los resultados de tus pruebas, tu condición clínica, lo avanzado que esté tu embarazo y si ya estabas tomando medicamentos antirretrovirales. Tu doctor tendrá en cuenta, la información que exista acerca de cualquier efecto potencial que la medicación pueda tener en tu bebé. Decidir qué drogas usar, para tratar a las personas infectadas con VIH, es especialmente complicado durante el embarazo porque hay dos pacientes, la madre y su bebé. Sin embargo, existe un antiviral llamado zidovudina que es muy efectivo y previene la transmisión vertical hasta en un 70 por ciento. No te darán ningún medicamento que pueda hacer daño a un bebé en desarrollo, pero no hay muchos datos sobre la seguridad de los medicamentos más nuevos, y por eso sus efectos no se conocen bien. Por otra parte, los efectos de no tratar el VIH son bien conocidos, y el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos recomienda actualmente que las mujeres reciban medicación, a no ser que los efectos negativos sean mayores que los positivos. En todos los casos, tu médico debe informarte de los posibles riesgos, beneficios y puntos desconocidos en tus opciones de tratamiento e implicarte en el proceso de toma de decisiones. Lo más probable es que tomes la combinación de

medicamentos que mejor suprima el virus. evite las cargas resistentes y preserve tu función inmune. Mantener tu carga viral baja es importante no solo para tu salud, sino también para disminuir el riesgo de transmitir el VIH a tu bebé.

¿Necesitaré una cesárea si soy VIH positiva? En algunos casos, por ejemplo si tienes una carga viral alta al final de tu embarazo, está claro que una cesárea ayudará a evitar la transmisión de VIH a tu bebé. Pero algunos estudios recientes sugieren que las mujeres con niveles de VIH menores de 1.000 y que toman una combinación de medicamentos, tienen un índice de transmisión menor del 1 por ciento, sin importar si es parto vaginal o por cesárea. Así que para las madres con una baja carga viral, tener una cesárea no disminuye el riesgo de transmisión. Y las cesáreas están ligadas a un riesgo de complicaciones más grande para la madre. Si optas por una cesárea, esta se programará a las 38 semanas (una semana antes de que típicamente se programan las cesáreas).

¿Qué pasará después del parto? Alrededor del primer día después de que tu bebé haya nacido, le harán pruebas para determinar si tiene el virus. (Las pruebas de anticuerpos VIH no serán fiables para tu bebé porque tus anticuerpos del virus pueden permanecer en el cuerpo del bebé hasta 18 meses después, y por eso se le harán pruebas directas del virus). Alrededor del 40 por ciento de los bebés infectados dan un resultado positivo en su prueba después del nacimiento, un 90 por ciento dará positivo a las dos semanas y el resto pueden tardar unos meses. Debido a que es crucial que los bebés infectados comiencen el tratamiento antirretroviral justo después de nacer, le darán medicación a tu bebé durante las primeras seis semanas, incluso si sus resultados iniciales eran negativos. Además, le darán medicación entre las cuatro y las seis semanas para protegerlo de neumonía. Incluso si tu bebé no está infectado, queda que continúe siendo vigilado durante semanas y años para saber si ha habido algún efecto por haber estado expuesto a las medicaciones antirretrovirales cuando estaba en el útero. Si tu bebé está infectado, probablemente será tratado con una combinación de medicamentos para ayudarlo a mantener el virus controlado.

IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Las mujeres embarazadas seropositivas pueden recibir muchos medicamentos contra el VIH durante el embarazo sin que les haga daño. Las mujeres embarazadas y sus proveedores de atención de salud consideran cuidadosamente los riesgos y beneficios de determinados medicamentos contra el VIH antes de escoger uno. <https://infosida.nih.gov/education-materials/glossary/1758/regimen-de-tratamiento> régimen de tratamiento contra el VIH para empleo durante el embarazo. Al recomendar medicamentos contra el VIH para uso durante el embarazo, los proveedores de atención de salud consideran sus efectos potenciales a corto y a largo plazos para los bebés de madres seropositivas. No se ha vinculado claramente ninguno de ellos a defectos congénitos, pero algunos han causado preocupaciones. Se anima a las mujeres tratadas con esos medicamentos durante el embarazo a inscribirse en el Registro de Tratamiento Antirretroviral durante el Embarazo (<http://www.apregistrv.com/AntirretroviralPregnancyRegistry>), que vigila la exposición prenatal (antes del nacimiento) a los mismos para detectar cualquier aumento posible del riesgo de defectos congénitos causados por medicamentos. Las mujeres embarazadas expuestas a medicamentos contra el VIH se inscriben voluntariamente en el Registro por medio de sus proveedores de atención de salud. Los proveedores de atención de salud también tienen en cuenta los siguientes factores al recomendar el uso de medicamentos contra el VIH durante el embarazo: Cambios en el cuerpo relacionados con el embarazo que pueden afectar la forma en que asimila esos medicamentos. Por causa de estos cambios, es posible que la dosis de esos medicamentos cambie durante el embarazo. La historia clínica de una mujer, incluso cualquier uso previo de medicamentos contra el VIH. Posible interacción de los medicamentos contra el VIH con otros que pueda tomar una mujer. Resultados de las pruebas de resistencia a los medicamentos. Este tipo de pruebas identifica qué medicamentos contra el VIH, si hay alguno, no serán eficaces contra la infección de una persona seropositiva. La posibilidad que tiene una mujer de tomar medicamentos contra el VIH como se le ha indicado. ¿Cuándo debería una mujer embarazada seropositiva empezar a tomar medicamentos contra el VIH? Algunas mujeres seropositivas tal vez ya toman medicamentos contra el VIH por su propia salud antes de quedar embarazadas. Ellas deben seguir tomándolos durante el embarazo. Esos medicamentos seguirán protegiendo la salud de la mujer e impedirán la transmisión materno-infantil del virus. El régimen de tratamiento contra el VIH que recibe una mujer puede cambiar durante el embarazo. Por ejemplo, es posible que no se recomienden algunos medicamentos durante el embarazo por causa del mayor riesgo de efectos secundarios. Puesto que el embarazo afecta la forma en que el cuerpo asimila los medicamentos, es posible que cambie la dosis de un medicamento contra el VIH. Sin embargo, las mujeres deben hablar siempre con sus proveedores de atención de salud antes de hacer cualquier cambio. Las mujeres seropositivas que no toman medicamentos contra el VIH cuando quedan embarazadas deben considerar la posibilidad de comenzar a tomarlos lo más pronto posible. Esos medicamentos reducen la concentración del VIH (la carga viral) en el cuerpo. Al tener una menor concentración del VIH en el cuerpo se reduce el riesgo de transmisión de la madre al niño y se protege la salud de la mujer. ¿Toman las mujeres seropositivas medicamentos contra el VIH durante y después del parto? Durante el parto, las mujeres seropositivas toman medicamentos para reducir el riesgo de la transmisión materno-infantil del VIH. Para información adicional, lea la hoja informativa de infoSIDA sobre la <http://infosida.nih.gov/education-materials/fact-sheets/24/70/prevencion-de-la-transmision-materno-infantil-del-vih-durante-el-parto> Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH durante el parto. Los bebés de madres seropositivas reciben medicamentos contra el VIH durante 6 semanas después del parto para prevenir la transmisión materno-infantil del virus. Este tipo de medicamentos protegen a los bebés de cualquier VIH que haya pasado de la madre al niño durante el trabajo de parto y el parto. Para información adicional, lea la hoja informativa de infoSIDA sobre la <https://infosida.nih.gov/education-materials/fact-sheets/24/71/prevencion-de-la-transmision-materno-infantil-del-vih-despues-del-parto> Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH después del parto. Las mujeres deben consultar con sus proveedores de atención de salud si deben continuar con los medicamentos contra el VIH después del parto. Esos medicamentos se recomiendan para todas las personas seropositivas. Estos medicamentos previenen que el VIH se convierta en <https://infosida.nih.gov/education-materials/glossary/4471/sindrome-de-inmunodeficiencia-adquirida> SIDA y reducen el riesgo de la transmisión sexual del VIH. ¿CUÁLES SON LOS RIESGOS DE ABANDONAR LOS MEDICAMENTOS CONTRA EL VIH? Los posibles riesgos del TAR incluyen los efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH y las <http://infosida.nih.gov/education-materials/glossary/3809/interaccion-de-un-medicamento-con-otro> interacciones medicamentosas de este tipo de productos con otros que la persona tome. La inobservancia del tratamiento (el incumplimiento) —no tomar los medicamentos contra el VIH todos los días y

exactamente como fueron recetados— aumenta el riesgo de <https://infosida.nih.gov/education-materials/glossary/1042/farmacoresistenciaresistencia-al-medicamento> v <https://infosida.nih.gov/education-materials/glossary/4352/fracaso-terapeuticofracaso-del-tratamiento>. Efectos secundarios Los efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH pueden variar dependiendo del medicamento v de la persona que lo toma. Dos personas tomando el mismo medicamento contra el VIH pueden tener efectos secundarios muy diferentes. Algunos efectos secundarios, como por ejemplo dolor de cabeza o mareo ocasional, tal vez no sean graves. Otros efectos secundarios, como inflamación de la boca v la lengua o lesión del hígado, pueden ser potencialmente mortales.

Interacciones medicamentosas En un régimen para el tratamiento de la infección por el VIH, los medicamentos contra el VIH pueden interactuar con otros medicamentos del mismo tipo. Pueden además interactuar con otros medicamentos que la persona con el VIH esté tomando. Una interacción medicamentosa puede reducir o aumentar el efecto del medicamento sobre el cuerpo. Las interacciones medicamentosas pueden también causar efectos secundarios indeseados.

Resistencia a los medicamentos Cuando el VIH se reproduce en el cuerpo, sufre algunas veces una mutación v cambia de forma. Las variaciones del VIH que aparecen mientras la persona toma medicamentos contra el VIH pueden producir cepas del virus resistentes al medicamento. Los medicamentos contra el VIH que previamente controlaban el VIH de una persona no son eficaces contra el nuevo VIH resistente al medicamento. En otras palabras, el VIH de la persona continúa reproduciéndose. El incumplimiento de un régimen para el tratamiento de la infección por el VIH aumenta el riesgo de resistencia al medicamento v fracaso del tratamiento.

ANEXO #4 ENCUESTA DIRIGIDA A LAS MUJERES EMBARAZADAS CON VIH QUE ASISTEN AL HOSPITAL MARIANA DE JESÚS Marque con una x la respuesta que usted considere

1.- CUAL ES SU ESTADO CIVIL
Soltera Casada Unión libre Divorciada

2.- SE SIENTE SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE CONTROLES PRENATALES Muv de acuerdo De acuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo Muv en desacuerdo

3.- CUANDO SE INFIECTO CON VIH ANTES DE EMBARAZO DURANTE EL EMBARAZO

4.- CUANDO COMENZÓ EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL ANTES DEL EMBARAZO DURANTE EL EMBARAZO NINGUNO

5.- TIENE USTED CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIH SI NO

6.- TIENE BUENAS EXPECTATIVAS RESPECTO AL TRATAMIENTO CONTRA EL VIH/SIDA Muv de acuerdo De acuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo Muv en desacuerdo

7.- TIENE BUENA RELACION CON EL EQUIPO DE SALUD DEL HOSPITAL MARIANA DE JESUS Muv de acuerdo De acuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo Muv en desacuerdo

8.- EL MEDICO ACLARA TODAS SUS DUDAS E INQUIETUDES RESPECTO A SU ENFERMEDAD. RIESGOS Y TRATAMIENTOS Muv de acuerdo De acuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo Muv en desacuerdo

9.- EL TRATAMIENTO QUE RECIBE PARA EL VIH/SIDA LE CAUSA ALGUNA MOLESTIA Muv de acuerdo De acuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo Muv en desacuerdo

10.-EN SU ENTORNO CUENTA CON BUENAS RELACIONES INTRAFAMILIARES. Muv de acuerdo De acuerdo Ni en acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo Muv en desacuerdo

ANEXO #5 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA ENCUESTA A MUJERES EMBARAZADAS CON VIH

CHARLA EDUCATIVA PARA LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE EMBARAZADAS CON VIH

PACIENTES EMBARAZADAS PORTADORAS DEL VIRUS DEL VIH – SIDA

PACIENTES EMBARAZADAS PORTADORAS DEL VIRUS DEL VIH – SIDA

X II 42 10 42 32 31 65 3



Plagiarism Detector - Originality Report

Plagiarism Detector Project: [<http://plagiarism-detector.com>]