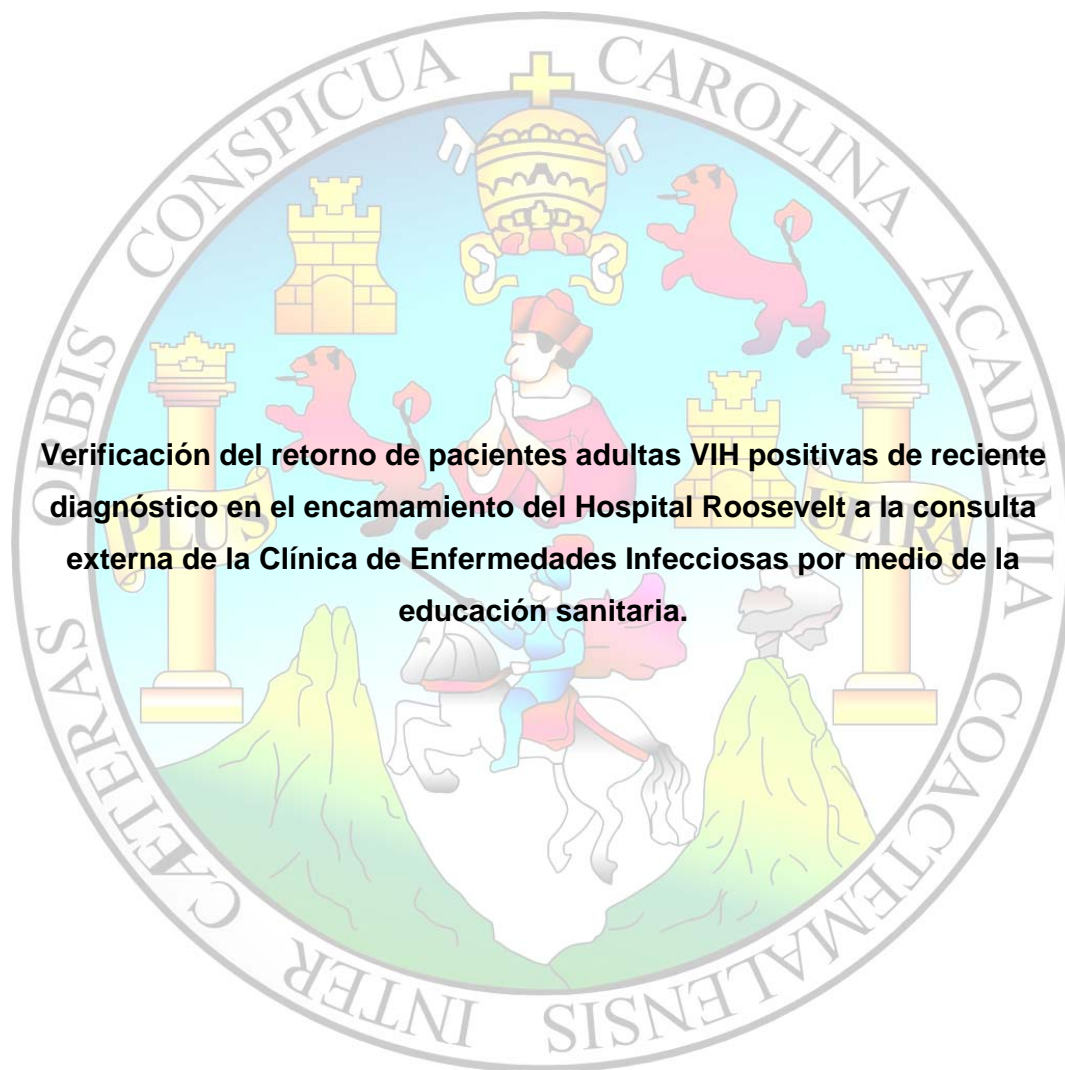


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACIA



Verificación del retorno de pacientes adultas VIH positivas de reciente diagnóstico en el encamamiento del Hospital Roosevelt a la consulta externa de la Clínica de Enfermedades Infecciosas por medio de la educación sanitaria.

Karla María Montenegro Franco

Química Farmacéutica

Guatemala, Mayo de 2011

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACIA**



Verificación del retorno de pacientes adultas VIH positivas de reciente diagnóstico en el encamamiento del Hospital Roosevelt a la consulta externa de la Clínica de Enfermedades Infecciosas por medio de la educación sanitaria.

Informe de Tesis

Presentado por

Karla María Montenegro Franco

Para optar al título de

Química Farmacéutica

Guatemala, Mayo de 2011

JUNTA DIRECTIVA

Oscar Cobar Pinto, Ph.D.	Decano
Lic. Pablo Ernesto Oliva Soto, M. A.	Secretario
Licda. Lillian Raquel Irving Antillón, M.A	Vocal I
Licda. Liliana Vides de Urizar	Vocal II
Lic. Luis Antonio Gálvez Sanchinelli	Vocal III
Br. José Roy Morales Coronado	Vocal IV
Br. Cecilia Liska De León	Vocal V

ACTO QUE DEDICO

A Dios:

Por ser mi Padre, amigo y mi amor primero. Gracias por ser mi guía, mi esperanza y la razón de mi vida. Te ofrezco este trabajo como una oración agradable para ti.

A mis padres:

Por educarme con amor y ejemplo, por su esfuerzo, dedicación y apoyo en cada momento de mi vida.

A mis hermanos:

Ana Elisa y Anibal José por ser además mis amigos, por brindarme cariño y comprensión.

A mis abuelitos:

Paco y Milita por su amor infinito, entrega y apoyo incondicional.

A toda mi familia:

Agradezco todo su cariño y acompañamiento a lo largo de mi vida.

A mi novio:

Por brindarme su confianza en todo proyecto emprendido, por su amistad y comprensión.

A mis compañeros y amigos:

Gracias por su cariño durante todos estos años, han sido ángeles que me han guiado en diferentes momentos de mi vida.

Al hogar Anna Vitiello:

Gracias a todos los niños por su ejemplo de lucha y amor por la vida, en especial a Martín, Roxana y Juan Carlos.

AGRADECIMIENTOS

A la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia:

A mis catedráticos y demás personas que contribuyeron a mi formación Profesional.

A mi asesora, Licda. Claudia Rodríguez:

Por confiar en mi y haberme dado la oportunidad de efectuar mis prácticas en la Clínica de Enfermedades Infecciosas y por orientarme en la realización de esta investigación.

A la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt:

Por abrirme sus puertas y permitirme proyectar esta investigación. A todos los profesionales de la salud, que en ella laboran, por su colaboración.

Al personal de Farmacia de la Clínica de Infecciosas:

Por brindarme su apoyo, conocimientos y consejos en todo momento.

A todos los que hicieron posible este trabajo con su orientación y colaboración, en especial a Dr. Carlos Mejía, Licda. Aura González, Lic. André Chocó, Licda. Raquel Pérez y Karen Cosenza.

INDÍCE

1. Resumen	1
2. Introducción	3
3. Antecedentes	5
4. Justificación	40
5. Objetivos	41
6. Materiales y Métodos	42
7. Resultados	46
8. Discusión de Resultados	69
9. Conclusiones	75
10. Recomendaciones	76
11. Bibliografía	77
12. Anexos	85

1. RESUMEN

La Atención Farmacéutica es la participación activa del farmacéutico para la asistencia al paciente en el cumplimiento del tratamiento farmacoterapéutico, cooperando así con el médico y otros profesionales sanitarios a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente (Herrera, 2006, 521). Una rama de la atención farmacéutica es la Educación Sanitaria que consiste en asistir al paciente por medio de la educación concientizándolo acerca de su patología y su terapia, con el fin de que el paciente asuma mayor responsabilidad respecto a su propia salud y con ello, contribuya a la consecución de los mejores objetivos terapéuticos posibles. (Faus y otros, 2008, 210)

El presente trabajo consistió en presentarles el servicio de Atención Farmacéutica a las pacientes con reciente diagnóstico VIH positivo que estaban en el encamamiento del Hospital Roosevelt. Previo a la atención se realizó una entrevista para evaluar el conocimiento inicial acerca del VIH, luego se brindó la educación sanitaria apoyada de material educativo, cuyo contenido fue elaborado en base a la información que los profesionales de la clínica refirieron que las pacientes necesitaban conocer. Posteriormente se realizó de nuevo la entrevista con el fin de comparar sus resultados, se pudo comprobar que las pacientes aumentaron su conocimiento con una diferencia de 46.5%.

El objetivo de la educación sanitaria fue facilitar la información para concienciar a las pacientes acerca de su enfermedad y lograr que se comprometieran a su seguimiento por parte de la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt. Para comprobar que el desarrollo de la educación fue exitoso, se verificó el retorno de las pacientes a la clínica, en el cual el 72.22% de las pacientes retornó. En cuanto a las pacientes que no retornaron se sabe que cuatro de ellas fallecieron durante el proceso y una no se sabe la causa, ya que no se pudo contactar.

Se concluye que la educación sanitaria brindada a las pacientes logró su objetivo, ya que la mayoría de pacientes retornó a su primera consulta en la Clínica de Infecciosas. Por lo que se recomienda que los Químicos Farmacéuticos sigan con el programa de Educación Sanitaria para las pacientes hospitalizadas, brindándoles un ejemplar del material de apoyo.

Los profesionales de salud de la Clínica de Enfermedades Infecciosas, indicaron que el desarrollo de un Programa de Educación Sanitaria es necesario y que la metodología empleada fue adecuada. Además calificaron como bueno y excelente la información brindada a las pacientes y la calidad del material visual utilizado.

2. INTRODUCCIÓN

El VIH (virus de inmunodeficiencia humana) es el virus que produce el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida). Un estimado de 33,2 millones de personas viven con VIH-1 en todo el mundo, mientras unos 2,1 millones han muerto a causa de sida (Simón y otros, 2006, 16). Esta enfermedad es una de las enfermedades tratadas en la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt, que es una entidad cuyo principal objetivo es tratar enfermedades infecciosas en personas guatemaltecas a través del diagnóstico, tratamiento actualizado y seguimiento de la enfermedad a largo plazo.

En la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt, desde el año 2002 hasta el mes de Abril del año 2010, se han diagnosticado aproximadamente 5,704 pacientes VIH positivos, estos pacientes se han detectado en las diferentes áreas del Hospital, entre ellas clínicas de consulta externa, emergencia de maternidad, adultos o durante el proceso de hospitalización.

Los pacientes hospitalizados al egresar deben regresar periódicamente a la clínica donde se les brindará el seguimiento adecuado por parte del personal multidisciplinario y se les suministre tratamiento antirretroviral.

Existe que algunos pacientes no retornan a la clínica debido a que se encuentran en fase de negación, no comprenden la magnitud de la infección, y otros factores tales como psicológicos, sociales, económicos y culturales.

De acuerdo a la actualización de datos de la Clínica de Enfermedades Infecciosas de los pacientes activos de Marzo a Noviembre del 2009, los departamentos de donde proviene la mayoría de pacientes son: Guatemala 50.3%, Escuintla 16.7%, Santa Rosa 4.1%, Jutiapa 2.8% y Alta Verapaz 2.5%.

La mayoría de pacientes provienen de familias con escasos recursos económicos (desempleados 28.4%, ama de casa 14.6%) y con un bajo nivel educativo (ninguna escolaridad 15.8%, primaria incompleta 30.9%, básico incompleto 15.6%) debido a esto se cree que no hay comprensión de la enfermedad y como consecuencia no conocen la importancia de su seguimiento.

Esta investigación pretende implementar un Programa de Educación Sanitaria, en el cuál se oriente a la paciente VIH positiva diagnosticada en el encamamiento del Hospital Roosevelt por medio de información, en una forma clara y sencilla, sobre lo que es la enfermedad, formas de transmisión, tratamiento antirretroviral y profiláctico para enfermedades oportunistas, métodos de prevención y protección; resolviendo las distintas inquietudes que se presenten.

La importancia de la investigación radica en facilitar información para concienciar a las pacientes acerca de su enfermedad y lograr que se comprometan al seguimiento de tratamiento mediante la Clínica de Enfermedades Infecciosas. La educación sanitaria aborda la información destinada a mejorar la salud del paciente y juega un papel muy importante como punto de partida previo para que ésta adopte el rol que se espera dentro del equipo de salud (Faus y otros, 2008, p.210).

3. ANTECEDENTES

3.1 VIH/SIDA

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

Las estimaciones de la epidemia del VIH/Sida según ONUSIDA y de la OMS se basan en todos los datos disponibles, incluidas las encuestas de mujeres embarazadas, las encuestas basadas en la población y otra información de vigilancia. ONUSIDA considera esta información como complementaria y útil para ayudar a estimar el número de personas que viven con el VIH en un país.

Cada día, más de 6,800 personas contraen infección por el VIH y más de 5700 fallecen a causa del sida, en la mayoría de los casos debido a un acceso inadecuado a los servicios de prevención y tratamiento del VIH. La pandemia del VIH sigue constituyendo uno de los desafíos más importantes en enfermedades infecciosas para la salud pública. Para el 2007 se estima que hay un total de 33,2 millones de personas que vivían con el VIH, de las cuales hubo 2,5 millones de casos nuevos y un total de 2,1 millones de defunciones causadas por sida.

El número estimado de nuevas infecciones por el VIH en América Latina en 2007 fue 100,000, lo que eleva a 1,6 millones el número de total de personas que viven con el VIH en esta región. Según las estimaciones, aproximadamente 58,000 personas fallecieron a causa del sida durante el 2006. La epidemia del VIH en América Latina se mantiene estable por lo general, y la transmisión del VIH sigue produciéndose en poblaciones de mayor riesgo de exposición, entre ellas, trabajadoras comerciales del sexo y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

En América del Sur, las relaciones sexuales sin protección entre varones es un factor importante en las epidemias de Bolivia, Chile, Ecuador y Perú, así como en varios países de América Central, entre ellos, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá (ONUSIDA, 2008, 362).

Según las estadísticas del Centro Nacional de Epidemiología del Ministerio de salud pública y Asistencia social, hay 20,591 casos notificados de VIH/Sida en Guatemala desde 1984 al 2009. Los departamentos de mayor incidencia son Guatemala, Escuintla, San Marcos, Izabal, Quetzaltenango, respectivamente. La edad predominante es de 15-29 años con un 38%. Los casos notificados de VIH/Sida, según vía de transmisión se puede observar que el 94% es por vía sexual, el 5.11% por vía vertical, desconocido 0.76% y otros 0.09% (García, 2010, 7).

En la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt según las estadísticas de Febrero del 2010 tiene un total de 2,961 pacientes adultos, 190 embarazadas y 105 niños menores de 18 años (Villatorio, 2010, 8).

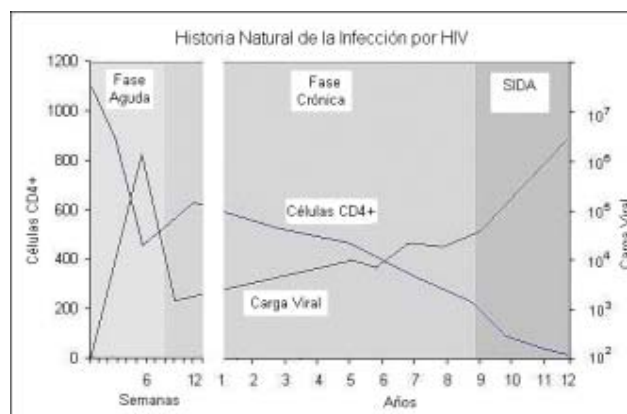
Un número considerable de personas no saben que están infectadas por el VIH. Los factores existentes (culturales, económicos, políticos, sociales y psicológicos) impiden una cobertura más amplia y tienen consecuencias para la oferta y la demanda de los servicios. Estas estadísticas brindan un estimado de casos de VIH/Sida, pero faltan bastantes casos por detectar (Mejía C y otros, 2008, 177), (ONUSIDA, s.f).

Historia Natural

La historia natural de la infección por HIV en ausencia de TARGA (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad) se conforma de diferentes fases.

El síndrome viral agudo de la infección primaria por HIV (que se define por el período de tiempo transcurrido desde la infección inicial con HIV hasta el desarrollo de la respuesta de anticuerpos) muestra síntomas que con frecuencia se parecen a los de la mononucleosis. Estos aparecen en los días o semanas posteriores a la exposición al HIV. No obstante, es probable que los signos clínicos y los síntomas no se presenten en todos los pacientes. Durante la infección aguda por HIV suele haber una viremia alta en plasma y una disminución notoria de células CD4.

La cuenta de células CD4 posteriormente se eleva otra vez, normalmente hasta valores inferiores a los que anteriores a la infección (véase la Figura 1).



Después de la infección aguda habitualmente se alcanza un equilibrio entre la replicación viral y la respuesta inmune del huésped, características de la fase crónica de la enfermedad. Es probable que muchas personas infectadas no presenten manifestaciones clínicas de la infección por HIV durante años. Aún en ausencia de tratamiento antirretroviral, este período de latencia clínica puede durar 8-10 años o más. Sin embargo, el término período de latencia puede llevar a conclusiones erróneas, debido al elevado recambio del virus y a la constante destrucción diaria de las células T CD4.

Al final del período de latencia., pueden aparecer diversos síntomas o enfermedades que no cumplen con la definición de SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). Estos incluyen leves signos inmunológicos, dermatológicos hematológicos y neurológicos. En esta situación, el valor de 200 CD4 células/ μ l es un punto de corte importante, por debajo del cual incrementa el riesgo de varias enfermedades que definen el SIDA. Entre ellas se incluyen varias enfermedades oportunistas y ciertas neoplasias. Por arriba de 200 células CD4/ μ l, la mayoría de las enfermedades que definen el SIDA son eventos raros.

Sin embargo, el curso de la infección puede variar dramáticamente y en algunos casos la progresión al SIDA puede presentarse rápidamente. Los factores del huésped determinan principalmente si una persona infectada por el VIH habrá de desarrollar rápidamente la inmunodeficiencia clínicamente franca, o si esta persona pertenece al grupo de los no progresores a largo plazo, que representan aproximadamente el 5 % de todos los pacientes infectados (Hoffman y otros, 2005, 831).

3.1.1 Formas de Transmisión del VIH

❖ Transmisión sexual:

El 80-90% de las transmisiones del VIH 1 y 2 ocurren por vía sexual. En los países desarrollados el contacto homosexual entre los hombres ha sido la vía principal de transmisión, sin embargo, en la mayoría de los países en vías de desarrollo el contacto sexual sin protección con múltiples compañeros sexuales es el modo más común de transmisión.

En general, las diferentes prácticas sexuales tienen diferentes riesgos de transmisión, durante las relaciones sexuales: anales, vaginales y orales.

El riesgo de transmisión del VIH entre lesbianas es mínimo. El riesgo de transmisión del VIH durante las relaciones sexuales vaginales sin protección en parejas sero discordantes, es mayor durante la etapa aguda de la infección del VIH, siendo un riesgo de 8 por cada 1000 actos de coito, disminuyendo a 1 por cada 1000 durante la infección crónica y 4 por cada 1000 durante la enfermedad avanzada.

❖ Transmisión parenteral:

La sangre infectada, los productos derivados de la sangre o los concentrados de coagulación han transmitido el VIH a los receptores de transfusiones. Usuarios de drogas intravenosas (UDIs) expuestos a agujas y jeringas contaminadas con sangre, personas expuestas a sangre contaminada de manera accidental (por ejemplo, trabajadores de la salud) y receptores de trasplantes de órganos.

❖ Transmisión perinatal:

El riesgo de transmisión perinatal sin terapia antirretroviral es de 16 a 40 %. Puede ocurrir en útero, durante el parto, lo cual es más común, o durante la lactancia. Los factores de riesgo maternos para la transmisión son: nivel de viremia, cuenta baja de CD4, enfermedad genital ulcerativa, corioamnionitis, ruptura prolongada de membranas y parto prematuro.

❖ Transmisión Ocupacional:

El riesgo de transmisión del VIH vía exposición percutánea por instrumentos punzocortantes se calcula en 0.3 % por exposición y el riesgo por exposición mucocutánea es aún menor.

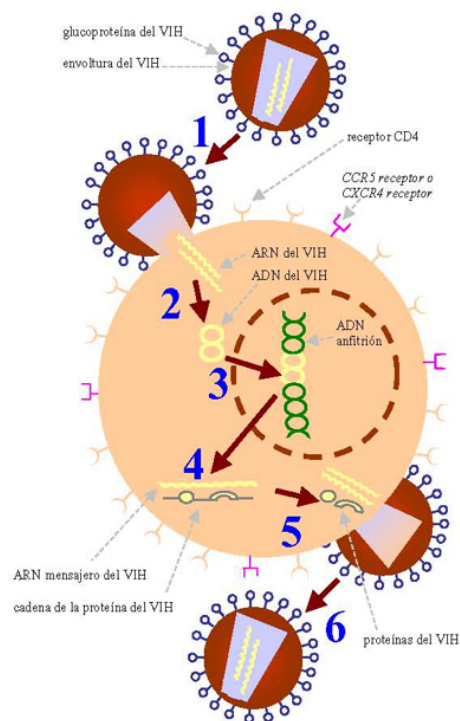
Los factores de riesgo son:

- a) Tipo de lesión: percutánea vs. mucosa, aguja hueca, extensión de la lesión (penetrante profunda)
- b) Tipo de exposición: sangre, productos que contengan sangre visiblemente vs. otros fluidos corporales, y exposición prolongada o de grandes cantidades, temperatura, pH, edad y nivel de sequedad del fluido.
- c) Cantidad de exposición al VIH: carga viral en el fluido (Nassar y otros, 2006, 221).

A veces se tiene la preocupación de que puedan existir vías alternas de transmisión del VIH. Se debe manifestar claramente que el VIH **NO** se transmite mediante los mosquitos, las moscas, las pulgas, las abejas ni las avispas. El VIH **NO** se transmite por el contacto casual cotidiano. No se han documentado casos de infección por VIH que hayan surgido de saliva sin sangre o de lágrimas. Debido a que el VIH no se transmite por la saliva, no se puede contraer al compartir un vaso, un tenedor, un sándwich o una fruta. En opinión de los expertos, la exposición de la piel intacta a los fluidos corporales contaminados por HIV (por ejemplo la sangre) no es suficiente para la transferencia del virus (Hoffman y otros, 2005, 831).

3.1.2 Ciclo Vital del VIH

- 1) **Enlace y fusión:** El VIH empieza su ciclo de vida cuando se liga a un **receptor CD4** y a uno de dos **co-receptores** en la superficie de un **linfocito T CD4+**. Luego el virus se fusiona con la célula anfitriona. Después de la fusión, el virus libera el ARN, su material genético, dentro de la célula anfitriona.
- 2) **Transcripción inversa:** Una enzima del VIH, conocida como transcriptasa inversa convierte la cadena simple del ARN vírico en cadena doble de ADN vírico.
- 3) **Integración:** El nuevo ADN del VIH que se forma entra al núcleo de la célula anfitriona, donde una enzima del VIH llamada integrasa "esconde" el ADN vírico dentro del propio ADN de la célula anfitriona. El ADN del VIH integrado se llama provirus. El provirus puede permanecer inactivo por varios años sin producir nuevas copias del VIH o produciendo muy pocas.



- 4) **Transcripción:** Cuando la célula anfitriona recibe señal para volverse activa, el provirus usa una enzima anfitriona llamada polimerasa del ARN para crear copias del material genómico del VIH y segmentos más cortos del ARN conocidos como ARN mensajero (ARNm). El ARNm se utiliza como modelo o patrón para la formación de cadenas largas de proteínas del VIH.
- 5) **Ensamblaje:** La enzima del VIH llamada proteasa divide las cadenas largas de proteínas del VIH en pequeñas proteínas individuales. A medida que las proteínas pequeñas del VIH se unen a las copias del material genético del ARN del VIH, se ensambla una nueva partícula del virus.
- 6) **Gemación:** El nuevo virus ensamblado "brota" de la célula anfitriona. Durante la gemación, el nuevo virus acapara parte de la envoltura exterior de la célula. A esta envoltura, que actúa como recubrimiento, le brotan combinaciones de proteína y azúcar, conocidas como glucoproteínas del VIH. Estas glucoproteínas del VIH son necesarias para que el virus se ligue al CD4 y a los co-receptores. Las nuevas copias del VIH pueden ahora pasar a infectar a otras células.

3.1.3 Sistema de Clasificación de las fases del VIH

El sistema de clasificación más aceptado para la infección por HIV, publicado inicialmente por U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) en 1986, se basa en ciertas condiciones asociadas con la infección por HIV. En 1993 se revisó la clasificación del CDC (CDC 1993b). Para los niños menores de 13 años, hay un sistema de clasificación modificado y revisado para la infección por HIV. Es importante resaltar que, además de la clasificación del CDC, hay un sistema de etapas de la infección por HIV publicado por la Organización Mundial de la Salud (*World Health Organization* (WHO)). La clasificación de WHO es un método destinado a utilizarse en ámbitos con recursos limitados y se utiliza ampliamente en África y en Asia (Hoffman y otros, 2005, 831).

La clasificación actual del CDC clasifica a las personas con base en su estado clínico y en las cuentas de linfocitos T CD4. Hay tres categorías clínicas (A, B, C y tres categorías de linfocitos T CD4 (1, 2, 3).

Tabla No.1 “Clasificación de estadios de la infección por VIH para adolescentes y adultos”

Sistema de clasificación revisada de 1993 (CDC) para la infección producida por el VIH en adolescentes y adultos		categorías CLÍNICAS		
		A asintomático LGP primoinfección	B sintomático ni A ni C	C enfermedad indicativa de sida
categorías INMUNOLÓGICAS	1 ≥ 500	A1	B1	C1
	2 200-499	A2	B2	C2
	3 < 200	A3	B3	C3

3.1.4 Diagnóstico y Pruebas de Laboratorio

Las pruebas para el VIH tienen tres componentes: orientación sobre factores de riesgo antes de la prueba del VIH, la prueba del VIH y consejería después de la prueba.

La orientación antes de las pruebas evalúa el riesgo de infección del VIH y explica el procedimiento, incluyendo el significado de los resultados preliminares y los confirmatorios.

La orientación posterior a las pruebas se efectúa cuando se obtienen los resultados de todas las pruebas. Los que tienen resultados negativos deben recibir orientación para así aminorar los riesgos. Aquellos con resultados positivos deben ser referidos para la atención y cuidado del VIH, así como para recibir educación sobre la prevención.

El diagnóstico de infección por el VIH se basa en la demostración de los anticuerpos anti-VIH, en la detección directa del VIH o de alguno de sus componentes, o en ambos.

Los métodos Indirectos evidencian la presencia o ausencia de anticuerpos anti-VIH totales en la muestra, los cuales suelen aparecer en la circulación entre dos y 12 semanas después de la infección. Los métodos más utilizados son: las pruebas rápidas, ELISA, EIA. Este análisis de fase sólida es una prueba de detección sistemática sumamente buena, cuya sensibilidad supera el 99.5%, por lo que podría dar en algún momento falsos-positivos.

La prueba de confirmación más utilizada es el Western Blot. Su ventaja estriba en que múltiples antígenos del VIH de peso molecular diferente y bien caracterizado despiertan la producción de anticuerpos específicos. Estos antígenos pueden separarse basándose en su peso molecular y los anticuerpos frente a cada uno de ellos se pueden detectar en forma de bandas separadas mediante el Western Blot.

Además del diagnóstico indirecto basado en la detección de anticuerpos, también es posible efectuar el diagnóstico directo de la infección por HIV. Los métodos directos detectan y cuantifican la presencia de antígenos en la muestra, son más lentos y altamente específicos. Entre estos tenemos: Carga viral (PCR cualitativa o cuantitativa), Cultivo viral y Ag P24. Su desventaja es que tienen un alto costo y necesitan infraestructura, equipo y personal especializado. Actualmente la prueba más empleada es la detección del genoma viral (carga viral) puesto que no requiere un laboratorio de alta seguridad, es más sensible que la detección del antígeno y permite la cuantificación.

Para determinar las condiciones de la infección de un paciente, la detección directa del virus mediante pruebas cualitativas sólo es útil en ciertas circunstancias; como en la sospecha de infección primaria o en el caso de bebés de madres infectadas con HIV. Sin embargo, los ensayos geonómicos virales cuantitativos han adquirido gran importancia: La determinación de la llamada "carga viral", es decir la concentración de RNA viral en plasma, se ha convertido en una herramienta indispensable para la orientación de la terapia antirretroviral (Hoffman y otros, 2005, 831); (Nassar y otros, 2006, 221p.); (Musto, p.16); (Gabastou, J. y Riego A., 2008).

3.1.5 Actitudes luego del Diagnóstico

Comunicar el resultado de la prueba positiva del VIH a una persona siempre genera crisis. Ésta se manifiesta como un estado de confusión y desconcierto, acompañado de reacciones físicas, como nerviosismo generalizado, tartamudeo, silencio, llanto, temblor, shock, emociones de variada intensidad. Por eso es común encontrar en dichos pacientes ciertas situaciones como:

- ❖ Niegan que les esté sucediendo a ellos
- ❖ Sienten que el mundo se ha terminado
- ❖ Creen que el tiempo está contado y no hay nada que se pueda hacer
- ❖ Dicen que no les importa lo que pasa
- ❖ No quieren hablar del asunto exigen al personal que los atiende la solución de su problemática, es decir, se convierten en excesivos demandantes.
- ❖ Se muestran poco conciliadores o comprensivos, volviéndose, hasta cierto punto, intolerantes.
- ❖ Desconfían de los que les rodean
- ❖ Desafían a otras personas, en especial a los que les atienden
- ❖ Tienden a culpar a otros de su situación
- ❖ A veces se exponen al riesgo de reinfectarse
- ❖ Evitan el acercamiento con familiares y amigos.

Aunque las reacciones son diferentes en cada individuo, en este período se presenta dificultad para comprender la realidad que se afronta y sus repercusiones.

Es importante evitar que la persona que vive con VIH se mantenga en estado de crisis indefinidamente, esto se favorece brindando la oportunidad de que afloren las emociones, dudas y temores. Es necesario sugerir su integración a los diferentes grupos organizados de PVVS y referirlo, a la mayor brevedad posible a un centro integral.

Además es importante tomar en cuenta que luego de superar el estado de crisis, la persona aumenta la capacidad de aprendizaje de respuestas que le permite hacerle frente a la situación problema y reaccionando adaptativa o no adaptativamente con posibilidades de persistir en el tiempo.

Estas personas deben ser educadas para la vida siendo portadores del VIH, ya que de esta manera podrán contribuir a disminuir el riesgo de infección, si son mujeres en edad fértil debe educárseles sobre los riesgos que conlleva un embarazo y si son niños debe enseñárseles sobre la infección, sus cuidados y riesgos que corresponden a la vida de un portador (Duran Vásquez, G., 2007); (Ministerio de Salud Pública, 2004, 64); (Anleu A. y Santizo H., 2007).

3.1.6 Tratamiento Antirretroviral

Se han hecho avances sustanciales en el tratamiento con antirretrovirales desde la introducción del primer medicamento Zidovudina en 1987, ahora existe una amplia gama de antirretrovirales. Además, el conocimiento más amplio de la dinámica viral ha hecho claro que el tratamiento combinado con la máxima eficacia y medicamentos potentes, reducirá la carga viral a nivel más bajo posible y disminuirá la posibilidad de surgimiento de resistencia. Así, la administración de la terapia antirretroviral altamente activa, típicamente comprende una combinación de 3 a 4 antirretrovirales y hoy es el estándar del tratamiento (Katzun, 2007, 1182).

3.1.6.1 Metas de la terapia para el VIH

- ❖ Máxima supresión de la carga viral de ARN del VIH-1 durante el mayor tiempo posible.
- ❖ Mejorar la cuenta de células CD4.
- ❖ Disminución de morbilidad y mortalidad relacionada con el VIH-1 (Hoffman y otros, 2005, 831).

3.1.6.2 Recomendaciones para el Inicio de la Terapia Antirretroviral:

- ❖ La terapia Antirretroviral debe iniciar en todos los pacientes con historia con una enfermedad definitiva de Sida o con una cuenta de CD4 <350 células/mm³ (AI).
- ❖ La terapia Antirretroviral debe iniciar independientemente del recuento de CD4 en pacientes con las siguientes condiciones: embarazo (AI), la nefropatía asociada al VIH (AII), y virus de la hepatitis B (VHB) cuando el tratamiento por la infección por el VHB se indica (AIII).
- ❖ La terapia antirretroviral se recomienda para pacientes con recuentos de CD4 entre 350 y 500 células/ mm³. El Grupo se dividió en la fuerza de esta recomendación: 55% votó a favor de la recomendación fuerte (A) y el 45% votó a favor de la recomendación moderada (B) (A / B-II).
- ❖ Para los pacientes con recuentos de CD4 > 500 células/ mm³, el grupo se divide equitativamente 50% a favor de empezar la terapia antirretroviral en esta fase de la enfermedad del VIH (B), y del 50% observa el inicio de la terapia en esta fase como opcional (C) (B/C-III).
- ❖ Los pacientes que iniciaran la terapia antirretroviral deben estar dispuestos y capaces de comprometerse a un tratamiento de por vida y debe entender los beneficios y riesgos de la terapia y la importancia de la adherencia (AIII). Los pacientes pueden optar por aplazar la terapia, y los proveedores, sobre una base caso por caso, puede optar por aplazar la terapia basada en datos clínicos y / o los factores psicosociales (OARAC, 2009).

Clasificación de las recomendaciones: A= Fuerte B = Moderada; C = Opcional
Clasificación de la evidencia: I= datos de ensayos controlados aleatorios; II= datos de ensayos bien diseñados no aleatorios o estudios observacionales de cohortes con resultados clínicos a largo plazo; III= opinión de expertos.

3.1.6.3 Antirretrovirales

En la actualidad se encuentran disponibles cuatro clases de agentes antirretrovirales para el tratamiento de la infección por HIV: análogos de nucleósidos y nucleótidos (NRTIs), inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos (NNRTIs), inhibidores de proteasa (PIs) e inhibidores de fusión, con T-20 como prototipo.

A. Inhibidores Nucleósidos de Transcriptasa Reversa (INTR)

Los análogos de nucleósidos también se conocen como inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos. Su blanco es la enzima transcriptasa inversa del HIV. Al actuar como sustratos alternativos o bloques de construcción falsos, compiten con los nucleósidos fisiológicos, difieren de ellos sólo en una pequeña modificación en la molécula de ribosa. La incorporación de análogos de nucleósidos interrumpe la síntesis de DNA, puesto que ya no se pueden formar los enlaces fosfodiéster para estabilizar la doble cadena.

Los análogos de nucleósidos se convierten en el metabolito activo únicamente después de la endocitosis, y entonces son fosforilados para convertirse en derivados de trifosfato.

Los INTR se pueden asociar con toxicidad mitocondrial, probablemente debido a la inhibición de la gamma polimerasa de ADN de la mitocondria, también pueden incrementar el riesgo de aparición de acidosis láctica con esteatosis hepática, que puede ser fatal así como alteraciones del metabolismo de lípidos (Hoffman y otros, 2005, 831); (García C., 2009); (Raltegravir. s.f).

Entre los INTR podemos mencionar:

- ❖ Zidovudina o AZT
- ❖ Estavudina o D4T
- ❖ Emtricitabina o FTC
- ❖ Lamivudina o 3TC
- ❖ Didanosina o DDI
- ❖ Abacavir o ABC

B. Inhibidor Nucleótido de la Transcriptasa Reversa

Si bien los análogos nucleótidos son técnicamente diferentes a los análogos nucleósidos, trabajan de manera muy similar. Para que un análogo nucleósido pueda trabajar debe ser activado, es decir someterse a cambios químicos (fosforilación) dentro del cuerpo. Los análogos nucleótidos no cumplen con este proceso químico, dado que ya están activados. El tenofovir (TNF) es el único análogo nucleótido aprobado hasta la fecha.²⁰

C. Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa (INNTR)

Cuando el VIH infecta una célula CD4 del cuerpo, genera una copia de su propio código genético dentro del ADN de la célula. De esta manera la célula queda "programada" para crear nuevas copias del VIH. El material genético del VIH es ARN. Con el objetivo de infectar las células CD4, el virus debe convertir su ARN en ADN. Para que este proceso se lleve a cabo necesita de la enzima transcriptasa reversa (García, C., 2009); (AIDS MEDS, 2008).

A diferencia de los INTR's, no inhiben a la transcriptasa inversa con un sustrato alternativo, sino que se unen directamente y de manera no competitiva con la enzima, en una posición cercana al sitio de unión del sustrato, o sea, de los nucleósidos. El complejo que resulta bloquea el sitio de unión, activado por catalizador, de la transcriptasa inversa, el cual entonces se puede unir con menos nucleósidos y la polimerización se hace significativamente más lenta. En contraste con los NRTR, los NNRTR no necesitan de activación dentro de las células (Hoffman y otros, 2005, 831); (Katzun, 2007, 1182).

Como clase, los INNTR's tienden a asociarse con varios grados de intolerancia gastrointestinal y erupciones cutáneas, en el caso del Efavirenz puede presentar síntomas relacionados con el SNC como mareo, somnolencia, insomnio, pesadillas, confusión, trastornos en el pensamiento, pérdida de la concentración, amnesia, agitación, despersonalización, alucinaciones y euforia (Gonzales, 2010, 632).

Entre los INNTR se encuentran:

- ❖ Efavirenz
- ❖ Nevirapina
- ❖ Delavirdina
- ❖ Etravirina

D. Inhibidores de Proteasa (IP)

La proteasa es la enzima que el VIH necesita para completar su proceso de replicación, dando origen a nuevos virus capaces de infectar otras células. En su proceso de replicación, el VIH produce cadenas largas de proteínas que han de cortarse en trozos más pequeños que forman las proteínas que ayudan a construir las nuevas copias del virus. La fragmentación de las cadenas más largas está producida por la proteasa; los fármacos inhibidores impiden que la fragmentación tenga lugar con lo que las proteínas que se forman dan lugar a copias defectuosas que, si bien pueden destruir la célula que infectaron, ya no pueden infectar más células.

Al producir nuevos virus defectuosos se logra que la infección no se propague dentro del organismo con la misma rapidez; teóricamente se podría llegar a una “codificación”, ya que al haber menos virus, menos células CD4 se infectarán y la persona que vive con el VIH podría combatir mejor las infecciones y vivir más tiempo (Bravo y Marhenda, 2005, 712p.) Bravo y Marhenda, 2005, 712).

Los IP pueden aumentar el riesgo de hemorragia en los hemofílicos; originar o aumentar la gravedad de la diabetes; producir resistencia a la insulina, osteoporosis, lipodistrofia y lipoatrofia y aumentar el colesterol (Organización Panamericana de la Salud, 2007, 310).

Entre ellos se encuentran:

- ❖ Saquinavir
- ❖ Ritonavir
- ❖ Lopinavir
- ❖ Indinavir
- ❖ Nelfinavir
- ❖ Atazanavir
- ❖ Tipranavir
- ❖ Fosamprenavir
- ❖ Darunavir

E. Inhibidores de la Integrasa

Los inhibidores de la integrasa son una nueva clase de antirretrovirales muy esperada que bloquea la actividad de la integrasa, la enzima del VIH responsable de insertar de forma permanente el ADN viral en el código genético de una célula.

Este proceso, conocido con el término de integración del ADN, permite que una célula infectada produzca múltiples copias del ARN para la producción de virus nuevos. Bloquear la integración impide que los virus se repliquen y detiene la propagación de la infección de VIH a otras células del cuerpo (Inhibidores de la integrasa mecanismo de acción, s.f).

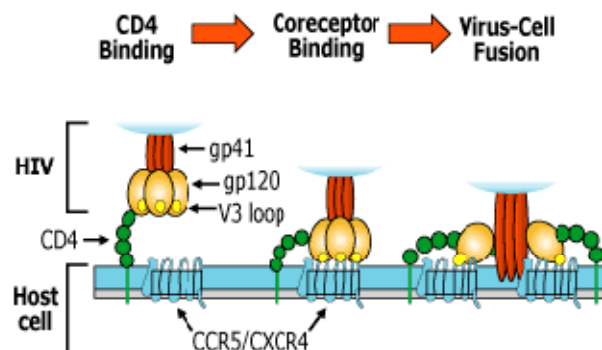
El raltegravir fue autorizado el 12 de octubre del 2007 por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), para uso junto con otros medicamentos antirretrovirales en el tratamiento de la infección por el VIH en adultos. Es el primer inhibidor de la integrasa aprobado por la FDA. Además de sus efectos deseados, el raltegravir puede causar algunos efectos indeseables. Aunque no todos ellos se conocen, los más comunes observados en los ensayos clínicos han sido diarrea, náuseas, dolor de cabeza y fiebre. Fuera de los ensayos clínicos y después de su aprobación por la FDA, algunas personas han experimentado salpullido, síndrome de Stevens-Johnson, depresión e ideas de suicidio (Raltegravir, s.f).

F. Inhibidores de la entrada

Hay tres etapas cruciales para la entrada del HIV a la célula T CD4:

- ❖ Unión del HIV con el receptor CD4 (enlace blanco de los inhibidores de la unión),
- ❖ Unión con correceptores (blanco de los antagonistas de correceptores), y finalmente
- ❖ Fusión del virus con la célula (blanco de los inhibidores de la fusión).

En teoría, todas las etapas de la entrada del HIV pueden inhibirse. Las tres clases de fármacos, es decir, inhibidores de la unión, antagonistas de correceptores e inhibidores de la fusión, se incluyen actualmente en los inhibidores de la entrada.



El Enfuvirtide (anteriormente denominado T-20) es el primer fármaco de esta clase que fue aprobado en Europa y en EUA en 2003. Es un inhibidor de la fusión que bloquea la entrada a la célula. Un péptido sintético de 36 aminoácidos, se une a la subunidad p41 de la glucoproteína de la envoltura del virus, previniendo los cambios conformacionales requeridos para la fusión de las membranas del virus y de la célula. Los efectos adversos más comunes asociados con el tratamiento son reacciones locales (eritema, induración, nódulos, quistes, etc. Reacciones de hipersensibilidad y aparición de eosinofilia (Hoffman y otros, 2005, 831); (Katzun, 2007, 1182); (Gonzales, 2010, 632)

El Maraviroc es eficaz solamente contra el virus con tropismo CCR5 (virus que usa el co-receptor CCR5 de las células CD4) y no lo es contra el que usa el co-receptor CXCR4. Tiene una eficacia limitada contra el VIH que usa ambos co-receptores. Antes de usarlo se debe realizar una prueba de tropismo para determinar si el tratamiento será útil. Los efectos secundarios más comunes son la tos, fiebre, resfríos, erupciones cutáneas, dolor muscular y articular, dolor de estómago y mareos. Otros efectos menos comunes incluyen problemas del corazón y toxicidad hepática (García, C., 2009).

1.7 Tratamiento Profiláctico para infecciones oportunistas

Profilaxis es la prevención o conjunto de medidas que evitan una enfermedad. A pacientes en fase SIDA se les suelen prescribir muchos fármacos para prevenir infecciones llamadas oportunistas.

Para evitar la neumonía pneumocistis, cuando el número de linfocitos CD4 baja hasta menos de 200 células por microlitro de sangre, la combinación de sulfametoxazol y trimetoprim es altamente eficaz. Esta combinación también evita las infecciones cerebrales toxoplasmáticas. En las personas con un número de linfocitos CD4+ menor a 50 células por microlitro de sangre, la azitromicina tomada semanalmente, la claritromicina o bien la rifabutina tomada a diario pueden evitar las infecciones causadas por *Mycobacterium avium*. Las personas que se recuperan de meningitis criptocócica o aquellas que experimentan repetidos brotes de aftas (infecciones de la boca, el esófago o la vagina con el hongo *Cándida*) pueden tomar fluconazol, un fármaco antimicótico, durante períodos prolongados. Las personas con episodios recurrentes de infecciones causadas por herpes simple en la boca, los labios, los genitales o el recto pueden necesitar un tratamiento prolongado con el antivírico aciclovir para evitar recaídas (Manual Merck de Información médica para el Hogar, 2005).

3.1.8 Adherencia

La adherencia es también conocida como observancia, se basa en un estricto seguimiento de un régimen de tratamiento recetado. Exige que un paciente tome la dosis correcta de un medicamento, en el momento preciso, exactamente como se ha recetado. La inobservancia de un régimen de tratamiento contra el VIH puede ocasionar fracaso virológico y farmacoresistencia.

Existen dos formas de medir la adherencia, los métodos *directos* y los métodos *indirectos*. Los métodos directos determinan la concentración de los antirretrovirales o sus metabolitos en sangre u otros fluidos corporales; y la *observación directa de la terapia (Directly observed therapy, DOT)*; de esta manera se confirma la ingestión de los medicamentos, sin embargo son laboriosos y caros; los métodos indirectos no miden la presencia de la droga en el paciente e incluyen: reporte propio o autoreporte; reporte del cuidador; asesoría clínica; registro de rellenado de farmacia; conteo de píldoras; dispositivos de conteo electrónico (MEMS); pruebas de resistencia e impacto terapéutico como: carga viral y conteo de linfocitos CD4 .

En el caso del VIH/SIDA una buena adherencia consiste en el cumplimiento de más de un 90% de la dosis prescrita o lo suficiente para lograr una supresión de la carga viral y no generar resistencia por mal cumplimiento terapéutico.

Durante los últimos años se ha realizado un esfuerzo investigativo, tratando de conocer las variables predictivas de la no adherencia. Aunque las diferencias entre los estudios hace difícil generalizar con alto grado de evidencia, han sido identificados varios factores asociados con mala adherencia en adultos, entre los cuales destacan los siguientes: mala relación médico-paciente, consumo activo de drogas y/o alcohol, enfermedad mental, edad más joven, falta de educación del paciente, falta de apoyo social y de acceso por parte del paciente a un seguimiento correcto y a la medicación, complejidad del tratamiento, efectos secundarios de los fármacos y, más recientemente, temor acerca de la aparición de efectos metabólicos y morfológicos secundarios al tratamiento. En el lado contrario, los factores que

predicen una correcta adherencia al TARGA incluyen: apoyo emocional y vital, capacidad de los pacientes para incluir la medicación en su vida diaria, la comprensión por parte de los pacientes de que la mala adherencia conduce al desarrollo de resistencias, el reconocimiento de la importancia de tomar toda la medicación, y poder tomarla delante de otras personas. Corregir los factores que puedan predecir mala adherencia, e incrementar los factores que mejoran la misma debe formar parte de la optimización del TARGA (Duran G., 2007); (Glosario del VIH/Sida, 2008).

En un trabajo de Tesis, se determinó adherencia a la TARGA en 62 pacientes donde el 92.5% fueron adherentes al tratamiento. Entre las razones de no adherencia a la TARGA que refirieron los cuidadores fueron: No contar con la cantidad suficiente de medicina, cambio de rutinas, enfermedad, estar lejos de casa, mal uso de la copita medidora y que el tratamiento fue explicado al padre y fue la madre la que lo administró. Se concluyo que dicho porcentaje es alto, y puede constituir el resultado del trabajo del equipo multidisciplinario en la Clínica de Infecciosas de Pediatría del Hospital Roosevelt (Monroy, B., 2008).

3.1.9 Factores de Adherencia en Pacientes VIH/Sida

En la infección por VIH/Sida la introducción del TARGA (Terapia Antirretroviral de Gran Actividad) ha tenido un gran impacto en la calidad de vida y la supervivencia de las personas afectadas por el VIH/Sida, logrando descensos muy importantes en la incidencia de sida y en mortalidad asociada al VIH. Sin embargo, a pesar de los avances conseguidos, sigue siendo una enfermedad que requiere de tratamiento continuado, no exento de efectos adversos, que tienen un importante impacto psicosocial.

Los aspectos psicológicos, sociales, culturales, económicos y políticos de la vida de las personas afectadas por el VIH/sida se ven claramente alterados, con repercusiones negativas para su calidad de vida. Esto hace que sea un aspecto fundamental a cuidar, con una aproximación global, integral y multidisciplinaria de parte del equipo de salud (Gonzales A., 2010); (Koerting, 2009, 28).

A. Factores psicológicos

Existen diferentes trastornos asociados al VIH/Sida que alteran en gran medida la calidad de vida y la salud psíquica y emocional de las personas afectadas. Las alteraciones psicológicas como la ansiedad, la depresión y el estrés son muy frecuentes en las personas con VIH, debido a los factores emocionales o eventos estresantes a los que suelen estar expuestos, como el impacto emocional que puede provocar el diagnóstico de la infección, las expectativas frente a los controles médicos, la discriminación y estigmatización que todavía caracterizan a la infección, las manifestaciones clínicas, los efectos secundarios de algunos medicamentos antirretrovirales, etc.

El diagnóstico de una enfermedad grave y la hospitalización son considerados estresores de alto impacto, que merecen consideración especial. Un ingreso hospitalario motivado por la presencia de alguna patología, origina impacto emocional y aumenta las distorsiones cognitivas y las respuestas de estrés o depresión. Es fácil que aparezcan respuestas de intenso temor, ya que se recrudece la percepción de amenaza para la vida.

El paciente puede llegar a situaciones de máxima angustia al verse hospitalizado y anticipar ideas de deterioro y muerte. Esta percepción se intensifica ante la presencia de patologías graves. También pueden aparecer respuestas de hipocondría con rituales de autoobservación (Koerting, 2009, 28).

El orientador debe reconocer y propiciar en la persona la identificación de los sentimientos que vive en ese momento. Por otra parte, el o la orientador (a) debe actuar con calma, hablar abiertamente de manera natural, veraz, manteniendo la tolerancia y el respeto de los patrones sociales, religiosos y la diversidad sexual, además de estimular la esperanza de vivir. Asimismo, debe tener presente que en el momento de crisis, a la persona le cuesta comprender y asimilar la información, por lo que hay que brindarle acompañamiento emocional y darle

información puntual que aclare dudas, creencias erróneas en relación al VIH como parte de la resolución de la crisis, así como referirlo al abordaje integral.

Además, es importante tomar en cuenta que luego de superar el estado de crisis, la persona aumenta la capacidad de aprendizaje de respuestas que le permite hacerle frente a la situación problema y reaccionando adaptativa o no adaptativamente con posibilidades de persistir en el tiempo. Paralelo al acompañamiento emocional que el paciente recibe del orientador, debe tomarse en cuenta que un diagnóstico positivo en VIH afecta simultáneamente a la persona en el ámbito familiar, sexual, afectivo y social, por lo que es necesario que se trabaje en esos niveles (Ministerio de Salud Pública, 2004, 64).

B. Factores Sociales

Un porcentaje significativo de personas con VIH presenta problemáticas sociales que pueden ser fruto del VIH, causa del mismo, y/o preexistir a la infección.

El estigma y la discriminación en relación con el VIH/Sida han sido objeto de reacciones negativas, que comprenden maltrato físico y verbal, pérdida del hogar, empleo, rechazo de familiares, cónyuges y amigos y la violación de los derechos humanos básicos y de las libertades fundamentales.

Juntos, el estigma y la discriminación conforman uno de los mayores obstáculos a la hora de tratar eficazmente la epidemia: impiden que los gobiernos reconozcan su existencia o que actúen a tiempo para frenarla, disuaden a las personas de averiguar su estado diagnóstico y de tomar medidas para proteger a los demás y de solicitar tratamiento y cuidados para ellos mismos (Koerting, 2009, p.28); (Polo, p.27).

C. Factores Culturales

Las actitudes y creencias de los pacientes respecto a la medicación, la enfermedad y equipo asistencial son factores indiscutibles a la hora de aceptar el tratamiento propuesto y realizarlo de forma correcta. Algunas normas culturales que influyen la transmisión del VIH en las culturas latinas es el machismo que todavía juega un papel muy importante. El machismo se expresa en la estigmatización de la homosexualidad o en la poligamia. Otros factores que puede influir son las creencias en base a su religión o bien la barrera del idioma, ya que para que los pacientes realicen el tratamiento de forma adecuada es necesario que estén correctamente informados acerca de su enfermedad y tratamiento, entiendan la relación riesgo-beneficio y se sientan motivados (Gonzales, A., 2010); (Infecciones de Transmisión Sexual ITS-VIH Sida, 2010).

D. Factores Económicos

Cuando ataca el VIH/Sida a los más pobres, pierden su capacidad de trabajar, alimentarse así mismos y a sus familias, vencer a la enfermedad, mantener sus bienes, transmitir conciencia de trabajo y mantener unida a la familia.

Hay pérdida de empleo debido malestar físico constante, ausencias al trabajo debido a diversas enfermedades oportunistas, etc. y los trabajos informales tienen ingresos económicos insuficientes para satisfacer las necesidades básicas (Gonzales, A., 2010).

E. Factores Políticos

Los gobiernos, al aceptar los distintos tratados y convenciones internacionales, son responsables de promover y proteger los derechos humanos de sus nacionales. Los derechos humanos relevantes al VIH/SIDA incluyen el derecho a la no discriminación y a la igualdad; a la salud; a la libertad y seguridad de las personas; a la privacidad; a buscar, recibir e impartir información; a contraer matrimonio y tener una familia; al trabajo; y a la libertad de movimiento, información y expresión.

La implementación de esos derechos es absolutamente esencial en el contexto del VIH para así garantizar que los servicios sean accesibles para aquellos infectados y más afectados por la epidemia.

La inestabilidad política, particularmente las situaciones conflictivas, crean condiciones que aumentan desproporcionadamente la vulnerabilidad de las mujeres y de las niñas al VIH. Cuando los gobiernos son débiles y los conflictos se extienden, las mujeres y niñas se encuentran en un mayor riesgo de violencia y acoso físico y sexual, incluyendo la violación por pandillas, esclavitud sexual y otras formas de violencia

Otro problema que se observa es la centralización de la atención a pacientes que viven con VIH/sida a nivel de la capital de Guatemala. Ya que hay poca cobertura e información en los centros de atención a nivel Nacional.^{43, 47}

3.1.10 Medidas de Prevención del VIH

El crecimiento continuo de la prevalencia del VIH en todo el mundo no refleja tanto las deficiencias de las estrategias de prevención existentes como la incapacidad de aplicarlas. Actualmente se producen más infecciones por el VIH cada año que muertes relacionadas con el sida. Esta tendencia ascendente plantea una amenaza enorme a la respuesta mundial al sida.

Las estrategias que buscan los cambios de comportamiento por medio de la combinación de la abstinencia, la fidelidad o el uso correcto y constante del condón (ABC por sus siglas en inglés) son fundamentales para la prevención del VIH y también son pertinentes cuando se trata de las necesidades y prácticas de planificación familiar.

La abstinencia (que consiste en retrasar la edad a la que se comienza a tener relaciones sexuales o en abstenerse de tenerlas) sirve para prevenir los embarazos, la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual.

La reducción del número de parejas, tal como se logra por medio de los mensajes que inducen al cambio de comportamiento mediante la exhortación a “ser fiel”, ha sido un factor decisivo en los éxitos que se han alcanzado en la

reducción de la transmisión del VIH. Sus implicaciones para la prevención de los embarazos son más complejas, pero las parejas en las que ambos practican la monogamia y usan métodos de planificación familiar cuentan con doble protección contra el VIH y los embarazos no deseados.

Los condones, si se usan correcta y constantemente, son importantes para la prevención de la infección por el VIH, las infecciones de transmisión sexual y el embarazo. Sin embargo, las estadísticas indican que la mayoría de las parejas casadas prefieren otros métodos de planificación familiar. Por consiguiente, aunque el uso de condones es importante, se presenta en la mayoría de los casos en relaciones con parejas ocasionales y en general los programas de promoción del condón no deben sustituir a los esfuerzos por garantizar el acceso a otros métodos eficaces de planificación familiar (Prevención del VIH, s.f).

No obstante, aparte de la abstinencia, no existe un método 100% efectivo, y ni siquiera el uso de preservativos ofrece una protección absoluta contra las ITS. Para que estos protejan eficazmente, deben utilizarse correctamente siempre. Su uso incorrecto puede hacer que sufran roturas, y de este modo, que pierdan su efecto protector (ONUSIDA, s.f).

El marco conceptual de la OMS para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo resalta la importancia de la planificación familiar. Las cuatro estrategias de este marco son:

- 1) La prevención primaria de la infección por el VIH en las mujeres jóvenes.
- 2) La protección contra embarazos no deseados en las mujeres infectadas por el VIH.
- 3) El suministro de medicamentos antirretrovirales a las mujeres infectadas y a sus bebés con el fin de prevenir la transmisión del virus, la garantía de un parto seguro, los servicios de consejería y el apoyo a las prácticas más seguras de alimentación del bebé.

- 4) El suministro de atención y apoyo para las madres y sus familias. Las madres VIH positivas deben tener acceso a información y servicios de alta calidad para que puedan tomar decisiones respecto a los embarazos futuros y los métodos de planificación familiar (Moloney M., 2003).

Acciones políticas esenciales para la prevención del VIH

- 1) Asegurar que se promueven, protegen y respetan los derechos humanos y que se toman medidas para acabar con la discriminación y el estigma.
- 2) Construir un liderazgo sólido en todos los sectores de la sociedad, incluidos gobiernos, comunidades afectadas, organizaciones no gubernamentales, organizaciones confesionales, instituciones educativas, medios de comunicación, sector privado y sindicatos.
- 3) Incluir a las personas que viven con el VIH en el diseño, aplicación y evaluación de las estrategias de prevención, teniendo en cuenta las diferentes necesidades.
- 4) Tomar en consideración las normas y creencias culturales reconociendo tanto el papel esencial que pueden desempeñar en los esfuerzos de prevención como su potencial para fomentar la transmisión del VIH.
- 5) Promover la igualdad de género y hacer frente a las normas sexuales para reducir la vulnerabilidad de mujeres y niñas, involucrando a hombres y niños en este esfuerzo.
- 6) Informar y concienciar a la población sobre cómo se transmite el VIH y cómo se puede evitar la infección.
- 7) Establecer vínculos entre la prevención del VIH y la salud sexual y reproductiva.
- 8) Apoyar la movilización de las respuestas de las comunidades mediante la prevención, la atención y el tratamiento.
- 9) Promover programas dirigidos a las necesidades de prevención de las poblaciones más expuestas al VIH.

- 10) Movilizar y fortalecer las capacidades financieras, humanitarias e institucionales en todos los sectores, especialmente en salud y educación.
- 11) Revisar y reformar los sistemas jurídicos para eliminar las barreras que dificultan la prevención efectiva del VIH, luchar contra el estigma y la discriminación y proteger los derechos de las poblaciones más expuestas y de las personas seropositivas.
- 12) Garantizar que se destinan los fondos necesarios a la investigación, el desarrollo y la promoción de nuevas tecnologías de prevención (Prevención del VIH, s.f).

3. 2. ATENCIÓN FARMACÉUTICA

Atención Farmacéutica es la participación activa del farmacéutico para la asistencia al paciente en la dispensación y seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutico, cooperando así con el médico y otros profesionales sanitarios a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente. También conlleva la implicación del farmacéutico en actividades que proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades (Herrera, 2006, 521).

Facilita el logro de los resultados esperados de la farmacoterapia y minimiza la aparición de los no deseados, lo que se ve reflejado en un impacto positivo en el sistema de salud, debido a que:

- ❖ Elimina farmacoterapia innecesaria.
- ❖ Logra efectividad de tratamientos inefectivos.
- ❖ Minimiza reacciones adversas y toxicidad.
- ❖ Evita costos por consultas de urgencias y hospitalización.
- ❖ Disminuye consultas médicas.
- ❖ Facilita y mejora la relación con el paciente, lo que contribuye a mejorar la adherencia y persistencia a su tratamiento.

Dentro de la Atención Farmacéutica, se distinguen actividades que podrían agruparse en el ámbito de la clínica, por estar orientadas a la asistencia a la persona en el manejo de los medicamentos antes que a los medicamentos en sí. Son actuaciones como: la indicación de medicamentos que no requieren prescripción médica, prevención de la enfermedad, educación sanitaria, farmacovigilancia, seguimiento farmacoterapéutico personalizado y todas aquellas otras que se relacionan con el uso racional del medicamento (Faus y otros, 2008, p.210).

3.2.1 Educación Sanitaria

La promoción de la salud es el elemento fundamental de la prevención primaria, siendo la educación sanitaria el elemento primordial de las posibles actividades implicadas (SEFAP, 2003).

La información es importante pero no suficiente para cambiar conductas de riesgo a comportamientos más saludables, para ello es necesaria la Educación Sanitaria, tarea compleja que debe ser abordada desde distintos sectores interdisciplinarios de forma continua y coordinada, sanitaria, social y económica. En definitiva el objetivo de la educación es ofrecer información sobre la enfermedad y su desarrollo, cooperación y ayuda para que el individuo elija un estilo de vida más saludable (Silva L., 2004).

3.2.1.1 Aspectos Generales

Salud se asume como un “completo bienestar físico, psíquico y social” según la OMS. Las acciones educativas en salud deben ir encaminadas a promover estilos de vida saludables y a prevenir la aparición de enfermedad.

“La Educación para la Salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente para mejorar la alfabetización sanitaria” (OMS), lo cual incluye:

- ❖ Proporcionar a las personas sanas y enfermas unos conocimientos teórico-prácticos en relación con la salud.
- ❖ Fomentar el desarrollo de habilidades que determinen la motivación y la capacidad de los individuos para promover y mantener una buena salud.

Objetivos de la Educación para la Salud:

Con la Educación para la Salud se pretende que el paciente asuma mayor responsabilidad posible respecto a su propia salud y con ello, contribuir a la consecución de los mejores objetivos terapéuticos posibles. Entre los objetivos, se encuentran:

- ❖ Desarrollar el valor individual y el social del concepto de salud integral.
- ❖ Capacitar a las personas para que puedan participar en la toma de decisiones sobre la salud.
- ❖ Motivar y favorecer hábitos y estilos de vida saludables.
- ❖ Desarrollar habilidades personales y sociales.
- ❖ Promover la creación de entornos saludables.

Por lo anterior el farmacéutico, ejerciendo su rol de educador sanitario, debe intentar que el Servicio de Educación Sanitaria considere las siguientes actividades:

- ❖ Promoción de salud: Enfocadas a aumentar los determinantes de salud y a fomentar las habilidades y capacidades de los individuos para mejorar su salud y adquirir un mayor control sobre la misma.
- ❖ Prevención de la enfermedad: El farmacéutico debe contribuir a que el paciente modifique y/o adquiera los hábitos y estilos de vida necesarios para el adecuado logro de los objetivos terapéuticos, al igual que la prevención de posibles complicaciones agudas y crónicas del problema de salud.
- ❖ Uso racional de los medicamentos prescritos por el médico: Enfocadas a promover el uso seguro y adecuado de los medicamentos. El conocimiento de los pacientes sobre las características concretas de los medicamentos que utilizan es un factor que puede afectar a la efectividad y a la seguridad de los tratamientos farmacológicos (Faus y otros, 2008, 210).

3.2.1.2 Requisitos del Servicio de Educación Sanitaria

La Educación Sanitaria requiere de la adecuada valoración de una serie de aspectos que determinarán el logro o no logro de sus objetivos. A continuación se exponen los requisitos y los factores más relevantes en la práctica de la Educación para la Salud:

- ❖ Debe ser realizada por agentes de salud capacitados para educar: Agentes de educación para la salud son todas las personas de la comunidad que contribuyen a que los individuos adopten conductas de salud positivas. De esta manera, toda persona responsable del cuidado y/o la educación de otros puede ser agente de salud. Sin embargo, hay una serie de profesiones que, por sus características y/o actividades, tienen más oportunidades, conocimientos y facilidades para proporcionar la adquisición de hábitos saludables. Los educadores deben estar suficientemente documentados, formados y capacitados para desarrollar la actividad educativa. Requiere de conocimientos sobre el proceso enseñanza-aprendizaje y el material educativo que se utilice, al igual que de habilidades para comunicarse en forma eficaz y asertiva.
- ❖ Debe estar adaptado a las necesidades de educación y demandas del paciente: Las intervenciones educativas que se realizan deben estar planificadas y diseñadas en función de la evaluación de las necesidades individuales de cada paciente. Los recursos y técnicas empleadas vienen determinados por las características individuales (habilidades y situación clínica) y entorno del paciente.

- ❖ Debe estar guiado desde una perspectiva ecológica, lo que implica tener presente que: 1) existen diferentes niveles de influencia que afectan los comportamientos asociados a la salud; y 2) existe una influencia recíproca entre las personas y su ambiente: el ambiente social de la persona afecta a su comportamiento individual, y viceversa. Por los factores individuales y biológicos, sino también, por los factores del entorno social y cultural de las personas.
- ❖ Deben identificarse y valorarse los factores personales y ambientales determinantes del comportamiento: Entre estos factores se destacan: las creencias, los valores, el entorno físico y social, las cualidades para el cambio, las experiencias previas de cambio, la motivación personal, la percepción de susceptibilidad y gravedad de la enfermedad, etc.² Se han utilizado diversos modelos de educación sanitaria, unos de tipo cognoscitivo y otros centrados en la motivación social. Sin embargo, hoy en día los modelos de educación sanitaria están basados en la intervención social, influyendo en los estilos de vida de las personas (SEFAP, 2003).
- ❖ Debe apoyarse en material educativo: gráfico, escrito o audiovisual: La utilización de materiales y recursos didácticos elaborados y validados para temas específicos constituye un elemento indispensable del proceso educativo.
- ❖ Debe realizarse en un espacio físico adecuado: De forma que se garantice la intimidad del paciente y se asegure un ambiente propicio para la adquisición de conocimientos y habilidades, así como unas condiciones que favorezcan en cada caso la realización de técnicas educativas individuales o grupales.

- ❖ Debe existir comunicación bidireccional entre el farmacéutico y el paciente: Debe buscarse la participación activa de la persona (para propiciar su capacidad de responsabilizarse de la salud) y no sólo la transmisión de contenidos, evitando las fórmulas de relación paternalista con el paciente.
- ❖ Debe realizarse una evaluación del servicio: La evaluación debe formar parte del propio proceso educativo, garantizándose que, independientemente del resultado, se implanten mejoras en el conocimiento, el diseño del programa y su implementación.

3.2.1.3 Educación sanitaria sobre su patología

Que la persona conozca su patología, aunque sea mínimamente, le ayudará a comprender todos los aspectos relacionados con su enfermedad; cómo afecta su patología su organismo; qué la puede modificar o alterar; sobre qué factores de riesgo se puede incidir; cómo evolucionará; qué patologías concomitantes pueden aparecerle; cuáles son las complicaciones que pueden surgir a largo plazo y cómo prevenirlas, etc (Herrera, 2006, 521).

3.2.1.4 Educación Sanitaria sobre sus Medicamentos

La persona debe conocer sus fármacos para poder entender todos los aspectos relacionados con su tratamiento:

El motivo por el que le han sido prescritos: saber por qué toma ese medicamento y no otro, por qué “ese” en concreto y no el de otra persona, aunque a ella ese otro le haya ido muy bien. Para esto se ayuda de los parámetros medibles u observables que permiten conocer la situación de la enfermedad y el efecto que va produciendo su tratamiento (CD₄ y carga viral). En algunas patologías el conocer estos parámetros además hace que el paciente tome conciencia de su enfermedad, ya que muchas de éstas son “silenciosas”, es decir, no presentan síntomas, lo que ocasiona numerosos abandonos de tratamiento y exceso de confianza por parte de los enfermos, tal es el caso del VIH/Sida.

Cómo actúan en su organismo: explicándolo de manera clara e inelegible, sin tecnicismos, como, dónde y por qué actúan sus fármacos. Así entiende los efectos que sí se van a producir y los que no para evitar también falsas expectativas. En el caso del VIH/sida este aspecto cobra mayor importancia, ya que hay fármacos que complementan su acción con otro administrado al mismo tiempo, se potencian sus efectos o la duración de los mismos, y el paciente debe conocerlo para comprender el motivo de que se los tenga que administrar conjuntamente y no prescindir de ninguno de ellos (Herrera, 2006, p.521).

3.2.1.5 Educación Sanitaria sobre la adhesión al tratamiento

Antes que nada conviene distinguir entre dos términos que a menudo se utilizan indistintamente: cumplimiento y adhesión.

- ❖ Cumplimiento: Se entiende como el grado en que el comportamiento del paciente, en cuanto a la toma de medicamentos, coincide con el consejo sanitario dado.
- ❖ Adhesión: Implica un compromiso del enfermo, éste adquiere una responsabilidad sobre su terapia conjuntamente con el profesional sanitario.

El farmacéutico en este punto juega un papel fundamental, ya que es el profesional idóneo para establecer con el paciente un plan de seguimiento terapéutico y lograr que éste se adhiera a él.

Para lograr este objetivo se mencionan algunas causas de la falta de adhesión a los tratamientos:

- ❖ Desconocimiento de la enfermedad.
- ❖ Alteración o modificación del ritmo de vida.
- ❖ Desconocimiento de los medicamentos prescritos.
- ❖ Regímenes terapéuticos complejos.
- ❖ Ausencia de apoyo del entorno.
- ❖ Falta de comunicación los profesionales sanitarios.

3.2.2 El Químico Farmacéutico como agente de salud

La educación para la salud es uno de los pilares básicos de cualquier estrategia encaminada a mejorar el proceso de utilización y los resultados alcanzados con los medicamentos. Por ello, el farmacéutico, profesional experto del medicamento, debe concretar y asumir un papel de educador sanitario, como parte de los servicios especializados orientados a la consecución de los objetivos en salud de la comunidad (Faus y otros, 2008, 210).

El Farmacéutico, profesional desde su ámbito de trabajo debe realizar Educación para la Salud sobre medicamentos con el propósito de promover su uso seguro y adecuado en la comunidad, influyendo en el nivel de conocimientos de la población, en sus actitudes y en la adquisición del entrenamiento necesario para lograrlo (López R., 2008).

3.3. HISTORIA DE LA CLÍNICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

La Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt es la División de Seguimiento por Consulta Externa de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt de la ciudad de Guatemala.

Nació en los años 70 como una necesidad para brindar seguimiento a los pacientes del Departamento de Traumatología y Ortopedia con problemas infecciosos tales como: Osteomielitis aguda y crónica y Artritis séptica. Funcionó de esta manera hasta finales de la década de los 80, dando consulta una vez por semana. En agosto de 1989 sin una sede fija inicia el diagnóstico y seguimiento de personas infectadas con el VIH que se empezaban a detectar esporádicamente en los servicios de encamamiento general del Departamento de Medicina.

Funcionó de esta manera hasta finales del año 1992, cuando dado el crecimiento de la epidemia y de la demanda de atención, se inició un proyecto de Atención y tamizaje voluntario como un Programa conjunto.

A partir de 1996 la Clínica de Enfermedades Infecciosas con ayuda del Patronato de Asistencia Social del Hospital Roosevelt y el Programa Nacional de SIDA, inició su actividad de manera independiente en el espacio físico de la Consulta Externa II.

A partir del año 2000 con el apoyo de las autoridades hospitalarias y el Patronato de Asistencia Social se trasladó al área actual de Consulta externa No.1, en la Clínica Numero 17, en donde funcionó hasta el mes de octubre del año 2007 (Mejía C. y otros, 2008, 177).

Además de la Infección por VIH, la clínica atiende a personas con infecciones crónicas serias que requieren manejo más especializado, tales como: Osteomielitis agudas y crónicas, Artritis sépticas, Hepatitis virales, agudas y crónicas, Micosis sistémicas fuera del contexto de la Infección de VIH, Infecciones de Transmisión Sexual y Tuberculosis complicadas.

4. JUSTIFICACIÓN

La Atención Farmacéutica es una actividad propia del profesional químico farmacéutico en donde desarrolla acciones orientadas al paciente que se encuentra bajo tratamiento farmacológico y no farmacológico.

La Clínica de Enfermedades Infecciosas brinda atención a pacientes que viven con VIH, la mayoría de pacientes provienen del interior de la República de Guatemala 50%, son de escasos recursos económicos (desempleados 28.4%, ama de casa 14.6%) y con un bajo nivel educativo (ninguna escolaridad 15.8%, primaria incompleta 30.9%, básico incompleto 15.6%).

El paciente que está hospitalizado se enfrenta a muchas situaciones difíciles, al saber que tiene VIH; esto provoca un impacto muy grande, que bloquea sus pensamientos, lo que causa incompreensión, negación, depresión, aunado a esto la poca capacitación que brinda el personal de salud del encamamiento del Hospital. Al no comprender la magnitud de la infección, el paciente abandona su seguimiento médico, lo que provoca falta de adherencia y no se obtiene la máxima efectividad, incluso hay pacientes que abandonan el tratamiento o rehúsan a recibirlo desde un inicio. Estos problemas pueden repercutir en el desarrollo de fallos terapéuticos llegando así a complicaciones más difíciles para resolver, como el desarrollo de mutaciones que originan resistencia del virus a los tratamientos proporcionados induciendo a un fallo virológico.

Por ello es importante, la educación sanitaria a los pacientes de recién diagnóstico, utilizando material de apoyo visual, para que conozcan y comprendan la trascendencia de la enfermedad, formas de transmisión, tratamiento terapéutico y profiláctico, medidas de prevención y protección; así también hacerles conciencia de la importancia de que regresen a la clínica para tener un adecuado seguimiento de su caso por medio del equipo multidisciplinario.

5. OBJETIVOS

5.1 General:

Desarrollar un programa de educación sanitaria dirigido a pacientes adultas VIH positivas emocionalmente estables de reciente diagnóstico en el encamamiento del Hospital Roosevelt y verificar su retorno a la consulta externa de la Clínica de Enfermedades Infecciosas.

5.2 Específicos:

5.2.1 Evaluar si hay una diferencia antes y después de recibir la educación sanitaria, por medio de la puntuación asignada a cada paciente.

5.2.2 Concienciar a la paciente de la importancia de su retorno a la Clínica de Enfermedades Infecciosas para el seguimiento de la enfermedad por parte del equipo multidisciplinario.

6. MATERIALES Y MÉTODOS

6.1 Universo y Muestra de Trabajo

A. Universo: Mujeres adultas VIH positivas

B. Muestra: Mujeres adultas de reciente diagnóstico de VIH en un período de tres meses, ingresadas en el encamamiento del Hospital Roosevelt.

6.2 Materiales

A. Recursos Humanos:

- ❖ Autora: Karla María Montenegro Franco
- ❖ Asesora: Licda. Claudia Rodríguez García
- ❖ Revisora: Licda. Raquel Pérez

B. Recursos Materiales:

- ❖ Historia Clínica del Paciente
- ❖ Libros de consulta
- ❖ Internet
- ❖ Computadora
- ❖ Impresora
- ❖ Tinta para impresora
- ❖ Hojas de papel bond tamaño carta y otros útiles de oficina.
- ❖ Libros de control de citas de los pacientes

6.2.1 Diseño de la Investigación:

Es un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo.

6.2.2 Diseño de Muestreo:

Por conveniencia (no aleatorio)

Se tomaron a todas las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y que fueron hospitalizadas durante los tres meses que duró el estudio. El estudio consistió en dos entrevistas; en la primera entrevista se evaluó el conocimiento acerca del VIH luego se brindó educación sanitaria apoyado de material informativo, y al día siguiente se le realizó una segunda entrevista, para ver si existía diferencia estadísticamente significativa con relación al puntaje asignado a cada paciente, y luego se verificó el retorno a la Clínica de Enfermedades Infecciosas.

6.2.3 Criterios de Inclusión:

Pacientes con nuevo diagnóstico VIH positivo que se encontraron emocionalmente estables en el servicio de encamamiento del Hospital Roosevelt.

6.2.4 Criterios de Exclusión:

- ❖ Pacientes que no estaban conscientes.
- ❖ Pacientes con traslado a otros hospitales para su seguimiento.

6.2.5 Diseño de Análisis e Interpretación de Resultados

Las variables estudiadas fueron organizadas, resumidas y representadas en tablas de frecuencia y gráficas.

Para establecer si hubo diferencia estadísticamente significativa sobre los puntajes a las entrevistas antes y después de la educación sanitaria, se realizó una prueba de T de muestras emparejadas.

Se calculó la tasa de retorno en pacientes seleccionadas para el estudio de la siguiente manera:

$$\text{Tasa de retorno} = \frac{\text{No. de pacientes que retornaron a la consulta externa}}{\text{No. de Pacientes que recibieron educación sanitaria}} \times 100$$

6.2.6 Consideraciones Bioéticas

No hay implicaciones bioéticas más que mantener la confidencialidad de los datos de los pacientes.

6.3 Metodología:

6.3.1 Procedimiento:

- a) Se realizó una revisión bibliográfica previo al trabajo de campo.
- b) Se determinó la información que se debía incluir dentro de la guía por medio de entrevistas a dos profesionales de cada disciplina (medicina, química farmacéutica, enfermería, trabajo social y psicología) siendo en total 10 personas, para luego elaborar el material educativo.
- c) Las 10 entrevistas se realizaron con un enfoque diferente y en dirección de la profesión de la persona entrevistada, sin embargo las preguntas fueron equivalentes, para una mejor tabulación de datos.
- d) Recopilación de la información de las entrevistas emitidas, para luego elaborar el material educativo.
- e) Se evaluó el material educativo y se emitió su aprobación por parte de los profesionales de cada disciplina.
- f) Se validó el material educativo por medio de una encuesta realizada a cinco pacientes femeninas dentro de la consulta externa de la Clínica de Enfermedades Infecciosas y cinco pacientes masculinos que se encontraban hospitalizados en la Medicina C del Hospital Roosevelt.

- g) Se aprobó por parte de psicología abordar a las pacientes, indicando si se encontraban emocionalmente estables.
- h) Previo a la entrevista se brindó una carta de consentimiento informado a las pacientes que formaban parte del estudio.
- i) Entrevistó a las pacientes para evaluar el nivel educativo que tienen acerca del VIH.
- j) Se ofertó el servicio de Educación Sanitaria, el cual se realizó apoyada con material educativo.
- k) Al siguiente día se les realizó una post-entrevista con la cual se determinó si comprendieron la información.
- l) Se comparó los resultados por medio de una prueba t, $\alpha = 0.05$ de muestras emparejadas.
- m) Al final se verificó si las pacientes retornaron a su primera cita en la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt, con lo cuál se calculó la tasa de retorno.
- n) Se discutió los resultados y se obtuvieron conclusiones.

7. RESULTADOS

El presente estudio se dividió en tres fases: la primera fase consistió en la elaboración y validación del material educativo; en la segunda fase se comparó el conocimiento de las pacientes por medio de una prueba T de muestras emparejadas y la tercera fase consistió en el cálculo de la tasa de retorno a la primera cita a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt.

7.1 Resultados de la primera fase de la investigación

7.1.1 Entrevista a profesionales acerca de la información que debe incluir un material educativo.

Tabla No.1

Respuestas de la pregunta No.1, se determinó, ¿Qué factores afectan la comprensión de las pacientes de reciente diagnóstico que se encuentran hospitalizadas? Expresada en frecuencia y porcentaje.

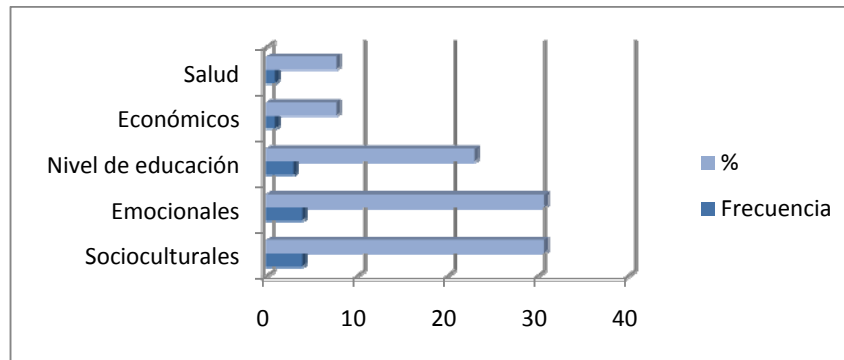
Factores	Descripción	Frecuencia	%
Socioculturales	<ul style="list-style-type: none"> Falta de apoyo de la familia Empatía del profesional de salud Idioma Analfabetismo 	4	30.77
Emocionales	<ul style="list-style-type: none"> Pérdida de autonomía Autoestima Sentimiento de culpa, reacciones de ira, cólera y negación Estado emocional 	4	30.77
Nivel de educación	<ul style="list-style-type: none"> Explicación con lenguaje apropiado por el profesional de salud 	3	23.08
Económicos	<ul style="list-style-type: none"> Bajos recursos económicos 	1	7.69
Salud	<ul style="list-style-type: none"> Estado de Salud 	1	7.69
Total		13	100%

Fuente: Base de datos del estudio

*Nota: La entrevista se realizó a 10 profesionales pero la frecuencia de respuesta fue 13.

Gráfica No.1

Respuestas de la pregunta No.1, ¿Qué factores afectan la comprensión de las pacientes de reciente diagnóstico que se encuentran hospitalizadas?



Fuente: Base de datos del estudio

Tabla No.2

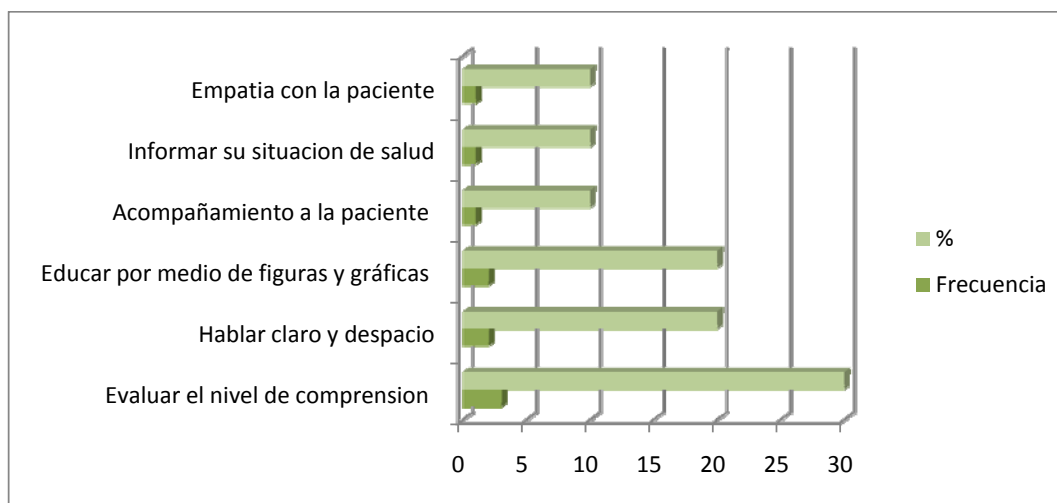
Respuesta de la pregunta No.2. Según su respuesta a la pregunta anterior, ¿cómo se pueden evitar o minimizar esos factores?, y asegurar su retorno a la primera consulta en la Clínica de Enfermedades Infecciosas. Expresada en frecuencia y porcentaje.

Respuestas	Frecuencia	%
Evaluar el nivel de comprensión	3	30
Hablar claro y despacio	2	20
Educar por medio de figuras y gráficas atractivas	2	20
Acompañamiento a la paciente después del diagnóstico	1	10
Informar con claridad su situación de salud actual	1	10
Empatía con la paciente	1	10
Total	10	100

Fuente: Base de datos del estudio

Gráfica No.2

Respuesta de la pregunta No.2. Según su respuesta a la pregunta anterior, ¿cómo se pueden evitar o minimizar esos factores?, y asegurar su retorno a la primera consulta en la Clínica de Enfermedades Infecciosas.



Fuente: Base de datos del estudio

Tabla No.3

Respuesta de la pregunta No.3. Dentro del material educativo dirigido a las pacientes adultas VIH positivas de reciente diagnóstico hospitalizadas, ¿Qué tipo de información según su experiencia y profesión tendría que tener dicho documento? Expresada en frecuencia y porcentaje

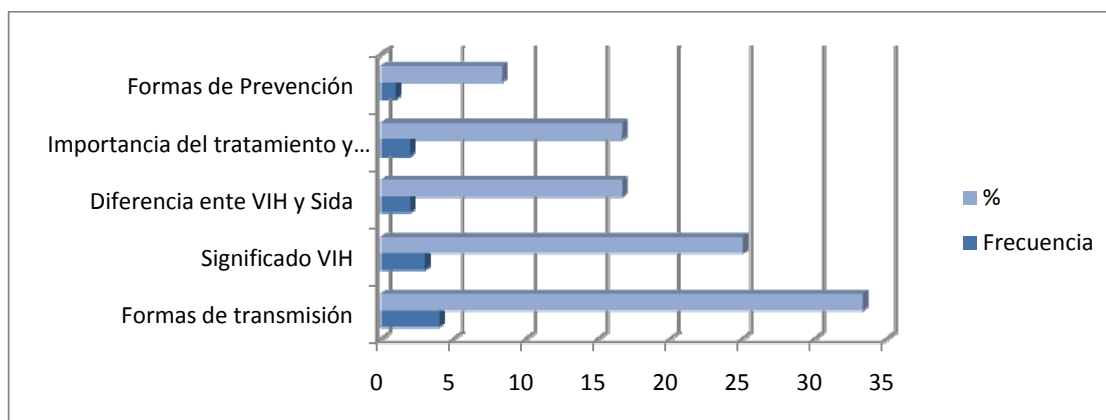
Respuesta	Frecuencia	%
Formas de transmisión	4	33.33
Significado VIH	3	25
Diferencia ente VIH y Sida	2	16.67
Importancia del tratamiento y seguimiento	2	16.67
Formas de Prevención	1	8.33
Total	12	100.00

Fuente: Base de datos del estudio

Nota: La entrevista se realizó a 10 profesionales pero la frecuencia de respuesta fue 13.

Gráfica No.3

Respuesta de la pregunta No.3. Dentro del material educativo dirigido a las pacientes adultas VIH positivas de reciente diagnóstico hospitalizadas, ¿Qué tipo de información según su experiencia y profesión tendría que tener dicho documento?



Fuente: Base de datos del estudio

Tabla No. 4

Respuesta No.4, ¿Qué características debe tener un material educativo para estas pacientes? Expresada en frecuencia y porcentaje.

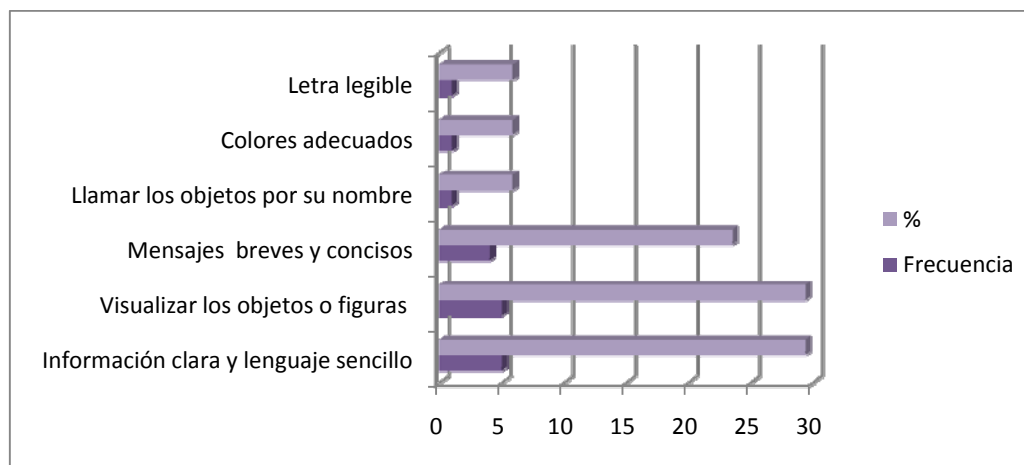
Respuesta	Frecuencia	%
Información clara y lenguaje sencillo	5	29.41
Visualizar los objetos o figuras	5	29.41
Mensajes breves y concisos	4	23.53
Llamar los objetos por su nombre	1	5.88
Colores adecuados	1	5.88
Letra legible	1	5.88
Total	17	100.00

Fuente: Base de datos del estudio

Nota: La entrevista se realizó a 10 profesionales pero la frecuencia de respuesta fue 13.

Gráfica No. 4

Respuesta No.4, ¿Qué características debe tener un material educativo para estas pacientes?



Fuente: Base de datos del estudio

7.1.2 Evaluación del material educativo por medio de una entrevista realizada a los profesionales de la Clínica de Enfermedades Infecciosas.

Tabla No.5

Respuesta pregunta no.1. ¿Considera necesario el desarrollo de un programa de educación sanitaria dirigida a pacientes adultas VIH positivas de reciente diagnóstico que se encuentren hospitalizadas? Expresada en frecuencia y porcentaje.

Factor	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	100%

Fuente: Base de datos del estudio

Tabla No.6

Respuesta pregunta no.2. ¿Considera adecuada la información brindada a las pacientes incluidas en el Programa de Educación Sanitaria? Expresada en frecuencia y porcentaje.

Factor	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	100%

Fuente: Base de datos del estudio

Tabla No.7

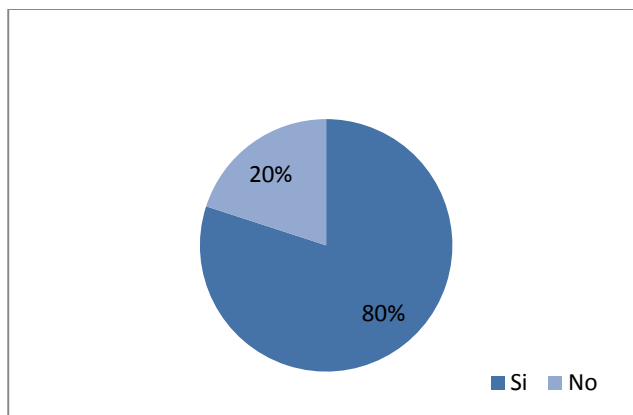
Respuesta pregunta no. 3. ¿Considera adecuado el nivel de complejidad de la información dirigida a las pacientes? Expresada en frecuencia y porcentaje.

Factor	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	80%
No	2	20%

Fuente: Base de datos del estudio

Gráfica No.5

Respuesta pregunta no. 3. ¿Considera adecuado el nivel de complejidad de la información dirigida a las pacientes? Expresada en porcentaje.



Fuente: Base de datos del estudio

Tabla No.8

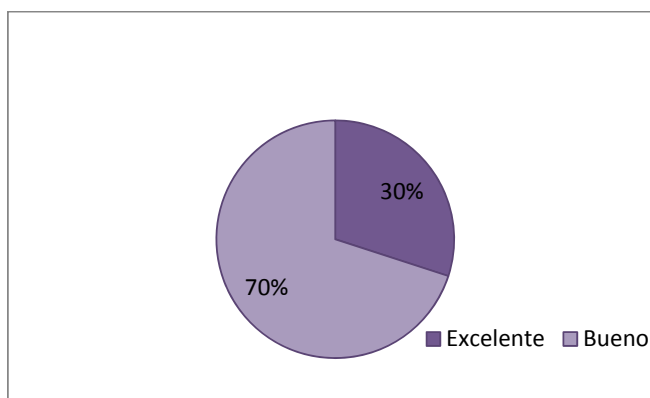
Respuesta pregunta no.4 ¿Cómo evalúa la calidad de la información brindada a través del material educativo? Expresada en frecuencia y porcentaje.

Factor	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	3	30%
Bueno	7	70%

Fuente: Base de datos del estudio

Gráfica No.6

Respuesta pregunta no.4 ¿Cómo evalúa la calidad de la información brindada a través del material educativo? Expresada en porcentaje.



Fuente: Base de datos del estudio

Tabla No.9

Respuesta pregunta no.5. ¿Cómo evalúa la ayuda visual utilizada en el material educativo? Expresada en frecuencia y porcentaje.

Factor	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	4	40%
Bueno	6	60%

Fuente: Base de datos del estudio

Gráfica No.7

Respuesta pregunta no.5. ¿Cómo evalúa la ayuda visual utilizada en el material educativo? Expresada porcentaje.

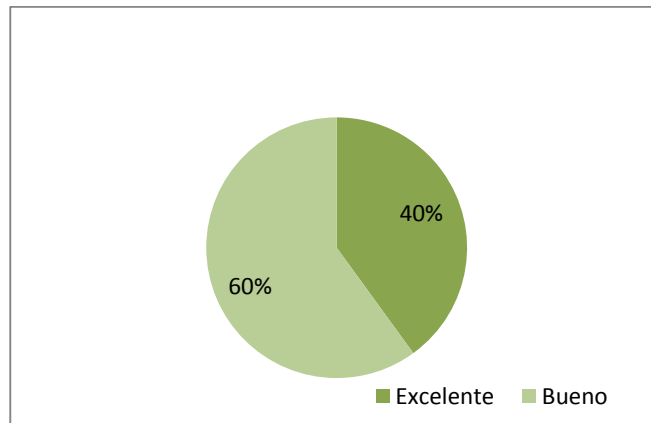


Tabla No. 10

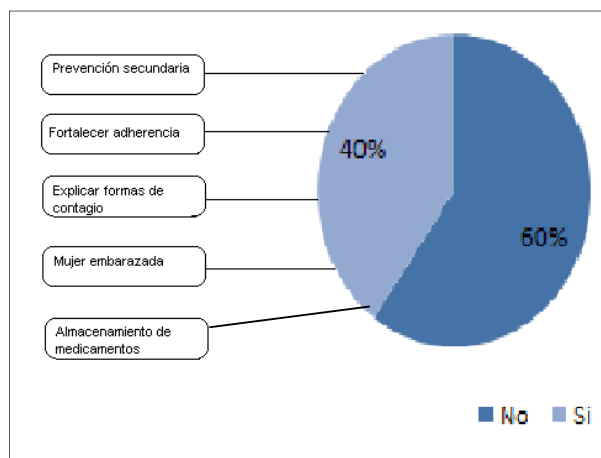
Respuesta a pregunta no.6. ¿Considera que hace falta incluir algunos aspectos en la metodología empleada en el Programa de Educación Sanitaria dirigida a pacientes adultas VIH positivas de reciente diagnóstico que se encuentran hospitalizadas? Expresada en frecuencia y porcentaje.

Factor	Frecuencia	Porcentaje
No	6	60%
Si	4	40%

Fuente: Base de datos del estudio

Gráfica No. 8

Respuesta a pregunta no.6. ¿Considera que hace falta incluir algunos aspectos en la metodología empleada en el Programa de Educación Sanitaria dirigida a pacientes adultas VIH positivas de reciente diagnóstico que se encuentran hospitalizadas? ¿Cuál? Expresada en porcentaje.



Fuente: Base de datos del estudio

7.1.3 Validación del material educativo por medio de una entrevista realizada a pacientes VIH positivos.

Tabla No.11

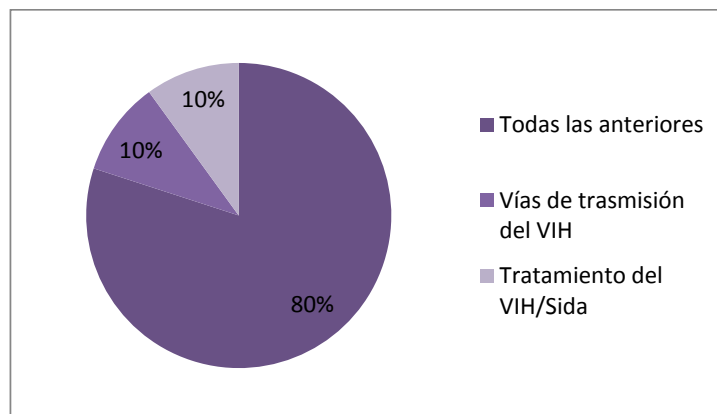
Respuesta de la pregunta no. 1. ¿Qué es lo que ha aprendido a través del material educativo explicado por el Químico Farmacéutico? Expresada en frecuencia y porcentaje.

Factor	Frecuencia	Porcentaje
Todas las anteriores (Diferencia entre VIH y Sida, vías de transmisión, tratamiento y formas de prevención y protección del VIH).	8	80
Vías de trasmisión del VIH	1	10
Tratamiento del VIH/Sida	1	10
Total	10	100

Fuente: Base de datos del estudio

Gráfica No.9

Respuesta de la pregunta no. 1. ¿Qué es lo que ha aprendido a través del material educativo explicado por el Químico Farmacéutico? Expresada en porcentaje.



Fuente: Base de datos del estudio

Tabla No.12

Respuesta de la pregunta no.2. ¿Considera que los dibujos le han ayudado a entender la información proporcionada? Expresada en frecuencia y porcentaje.

Factor	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	100

Fuente: Base de datos del estudio

Tabla No.13

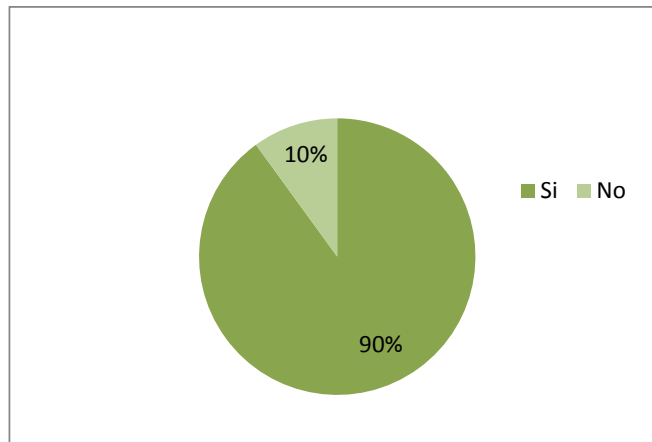
Respuesta de la pregunta no. 3. ¿Cree usted que el tamaño de la letra y dibujos es adecuado? Expresada en frecuencia y porcentaje.

Factor	Frecuencia	Porcentaje
Si	9	90
No	1	10

Fuente: Base de datos del estudio

Gráfica No.10

Respuesta de la pregunta no. 3. ¿Cree usted que el tamaño de la letra y dibujos es adecuado? Expresada en porcentaje.



Fuente: Base de datos del estudio

Tabla No.14

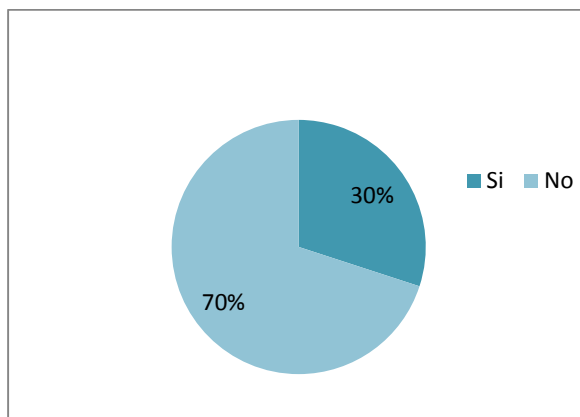
Respuesta de la pregunta no.4. ¿Considera necesario agregar más dibujos a la información recibida? Expresada en frecuencia y porcentaje.

Factor	Frecuencia	Porcentaje
No	7	70
Si	3	30

Fuente: Base de datos del estudio

Gráfica No.11

Respuesta de la pregunta no.4. ¿Considera necesario agregar más dibujos a la información recibida? Expresada en porcentaje.



Fuente: Base de datos del estudio

Tabla No.15

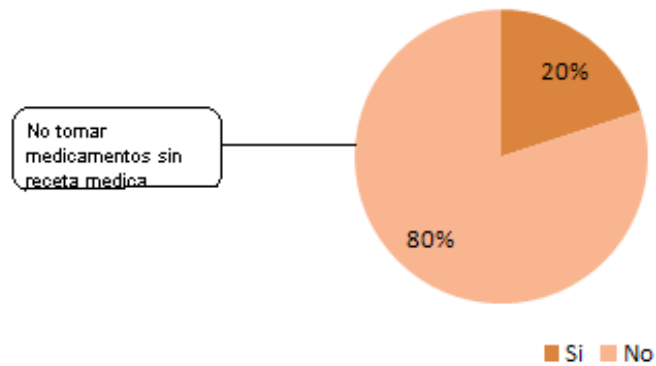
Respuesta de la pregunta no.5. ¿Necesita otra información que hasta el momento no haya recibido por el Químico Farmacéutico? Expresada en frecuencia y porcentaje.

Factor	Frecuencia	Porcentaje
No	8	80
Si	2	20

Fuente: Base de datos del estudio

Gráfica No. 12

Respuesta de la pregunta no.5. ¿Necesita otra información que hasta el momento no haya recibido por el Químico Farmacéutico? Expresada en porcentaje.



Fuente: Base de datos del estudio

7.2 Resultados de la segunda fase de la investigación

Tabla No. 16

Aprobación por parte de psicología para poder hacer la intervención farmacéutica.

Factor	Frecuencia	Porcentaje
Pacientes emocionalmente estables	18	100%

Fuente: Base de datos del estudio

Tabla No.17

Tabla de análisis de información de las pacientes

Edad			
Promedio	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
32.3888889	10.000817	16	58
Escolaridad		Porcentaje	
Ninguna		27.78	
Primaria completa		11.11	
Primaria incompleta		22.22	
Secundaria completa		22.22	
Secundaria incompleta		11.11	
Diversificado incompleto		5.56	
Factor económico		Porcentaje	
Empleada		16.67	
Desempleada		83.33	

Fuente: Base de datos del estudio

Tabla No.18

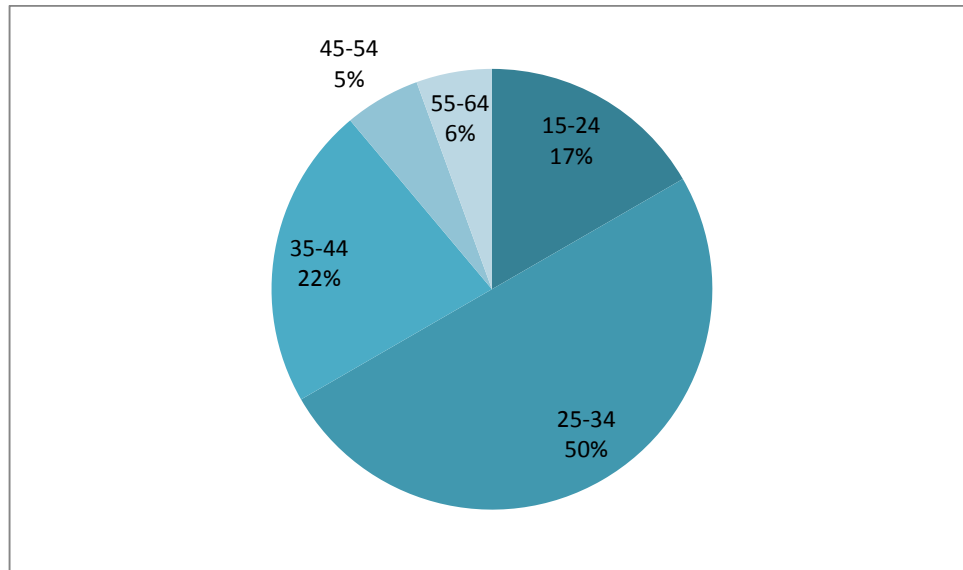
Edad de pacientes, expresado en frecuencia y porcentaje.

Rangos	Frecuencia	%
15-24	3	16.67
25-34	9	50.00
35-44	4	22.22
45-54	1	5.56
55-64	1	5.56
Total	18	100

Fuente: Base de datos del estudio

Gráfica No. 13

Edad de pacientes, expresado en frecuencia y porcentaje.



Fuente: Base de datos del estudio

Tabla No.19

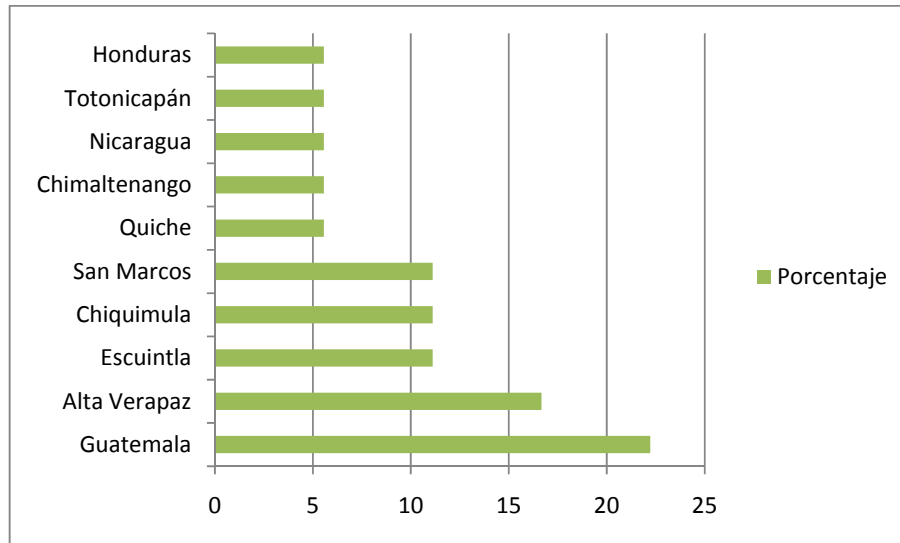
Procedencia de pacientes, expresado en frecuencia y porcentaje.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Guatemala	4	22.22
Alta Verapaz	3	16.67
Escuintla	2	11.11
Chiquimula	2	11.11
San Marcos	2	11.11
Quiche	1	5.56
Chimaltenango	1	5.56
Nicaragua	1	5.56
Totonicapán	1	5.56
Honduras	1	5.56
Total general	18	100

Fuente: Base de datos del estudio

Gráfica No.14

Procedencia de pacientes, expresado en frecuencia y porcentaje.



Fuente: Base de datos del estudio

Tabla No.20

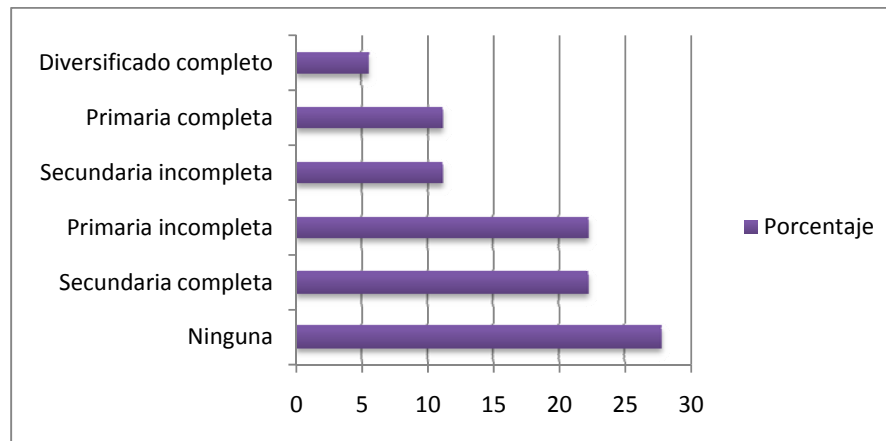
Procedencia de pacientes, expresado en frecuencia y porcentaje.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	5	27.78
Secundaria completa	4	22.22
Primaria incompleta	4	22.22
Secundaria incompleta	2	11.11
Primaria completa	2	11.11
Diversificado completo	1	5.56
Total general	18	100.00

Fuente: Base de datos del estudio

Gráfica No.15

Procedencia de pacientes, expresado en frecuencia y porcentaje.



Fuente: Base de datos del estudio

Tabla No.21

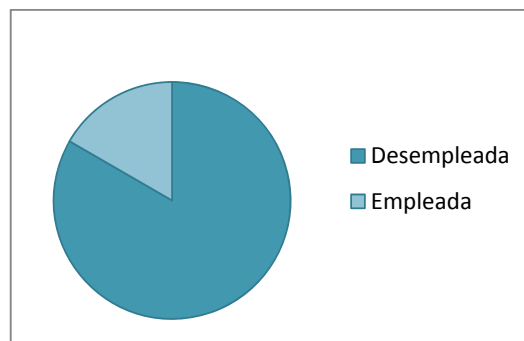
Factor económico de pacientes, expresado en frecuencia y porcentaje.

Factor económico	Frecuencia	Porcentaje
Desempleada	15	83.33
Desempleada	3	16.67
Total	18	100.00

Fuente: Base de datos del estudio

Gráfica No.16

Factor económico de pacientes, expresado en frecuencia y porcentaje.



Fuente: Base de datos del estudio

Tabla No.22

Datos estadísticos descriptivos de las puntuaciones inicial, final y diferencia.

Estadísticos	Prueba inicial	Prueba final	Diferencia
Media	26.11	73.11	47
Mediana	22.5	74	46.5
Desviación estándar	19.9	11.19	16.2
Rango	65	43	58
Mínimo	0	49	14
Máximo	65	92	72

Fuente: Base de datos del estudio

Tabla No.23

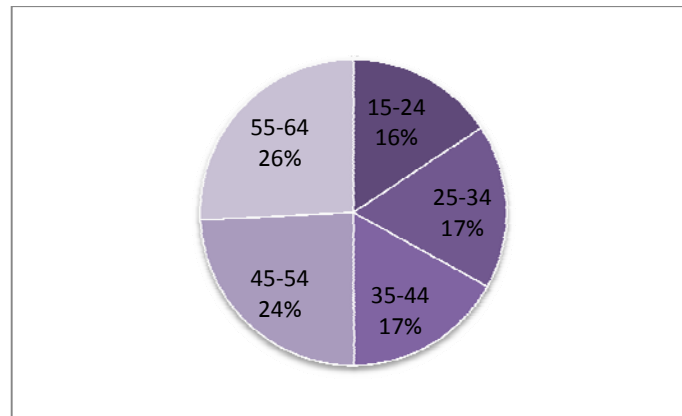
Promedio de porcentajes de las puntuaciones según la edad.

Rangos	Puntuación inicial	Puntuación final	Diferencia
15-24	28.33	69.67	41.33
25-34	26.11	71.89	45.78
35-44	33.75	78.25	44.5
45-54	10	74	64
55-64	5	73	68

Fuente: Base de datos del estudio

Gráfica No.17

Promedio de porcentajes de las puntuaciones según la edad.



Fuente: Base de datos del estudio

Tabla No.24

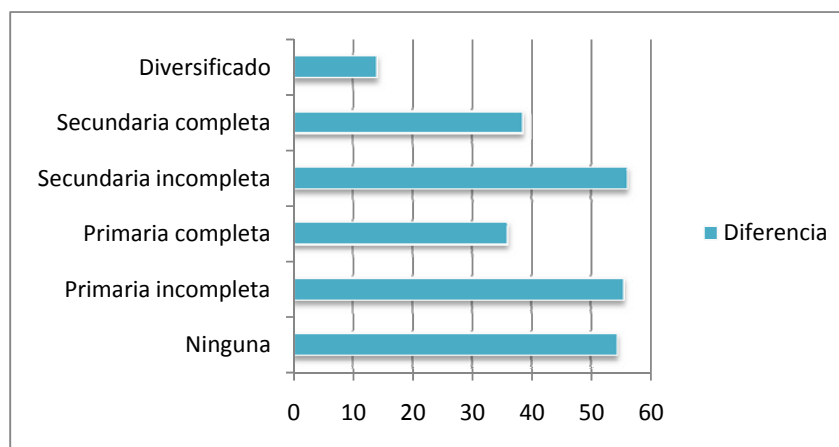
Promedio de porcentajes de puntuaciones según la escolaridad.

Escolaridad	Prueba Inicial	Prueba Final	Diferencia
Ninguna	8	62.4	54.4
Primaria incompleta	25	80.5	55.5
Primaria completa	42.5	78.5	36
Secundaria incompleta	17.5	73.5	56
Secundaria completa	37.5	76	38.5
Diversificado	60	74	14

Fuente: Base de datos del estudio

Gráfica No.18

Promedio de porcentajes de puntuaciones según la escolaridad.



Fuente: Base de datos del estudio

Tabla No. 25

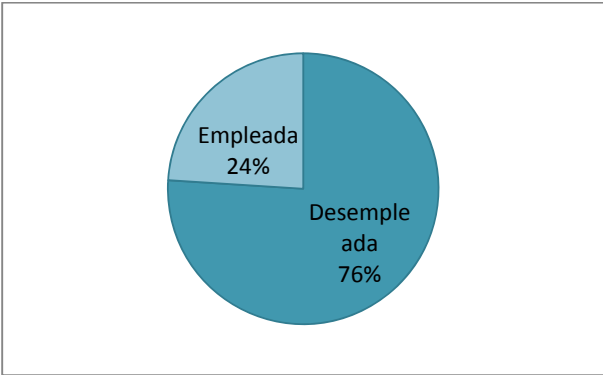
Promedio de porcentajes de puntuaciones según el factor económico.

Factor económico	Punteo inicial	Punteo final	Diferencia
Empleada	30	68.67	38.67
Desempleada	37.6	79.5	50

Fuente: Base de datos del estudio

Gráfica No.19

Promedio de porcentajes de puntuaciones según el factor económico y ocupacional.



Fuente: Base de datos del estudio

Tabla No.26

Prueba de t de muestras emparejadas, $\alpha = 0.05$ para evaluar una diferencia antes y después de la inducción en Minitab 14.

	N	Media	Desviación estándar	SE Media
Después	18	73.11	11.19	2.64
Antes	18	26.11	19.89	4.69
Diferencia	18	47.00	16.20	3.82

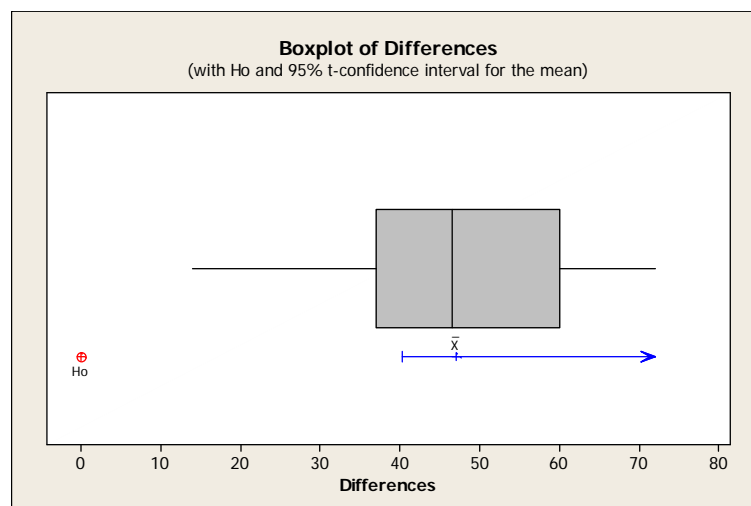
Fuente: Base de datos del estudio en Minitab 14

Nota:

- 95% límite inferior para la diferencia de medias: 40.3586
- Prueba-T de diferencias de medias= 0 (frente a $\mu > 0$): T-valor = 12.31 p-valor = 0.000

Gráfica No. 20

Prueba de t de muestras emparejadas, $\alpha = 0.05$ para evaluar una diferencia antes y después de la inducción en Minitab 14.



Fuente: Base de datos del estudio en Minitab 14

7.2 Resultados de la tercera fase de la investigación

Tabla No.27

Retorno de las pacientes a la consulta externa de la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt, expresado en frecuencia y porcentaje.

Factor	Frecuencia	Porcentaje
Si retornaron	13	72.22
No retornaron	1	5.56
Fallecieron	4	22.22
Total	18	100.00

Fuente: Base de datos del estudio

Tasa de Retorno

Tasa de retorno = $\frac{\text{No. de pacientes que retornan a la consulta externa}}{\text{No. de Pacientes que reciben educación sanitaria}} \times 100$

Tasa de retorno= $\frac{13}{18} \times 100 = 72.22\%$

8. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El VIH es una afección médica crónica que se puede tratar, si bien todavía no existe cura si no se trata puede causar graves complicaciones e incluso la muerte. En lo que respecta a esta enfermedad, uno de los factores más importantes es la educación ya que, cuando el paciente conoce la enfermedad, el tratamiento adecuado que debe seguir y los cuidados que debe tener, se disminuye el riesgo de morbilidad y mortalidad relacionada con el VIH y el contagio del mismo, así como una mejor calidad de vida.

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo desarrollar un programa de educación sanitaria para pacientes adultas con reciente diagnóstico VIH positivo, verificando su efectividad en el retorno de las pacientes a la primera cita en la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt. El estudio se llevó a cabo durante tres meses en los cuales se diagnosticó 22 pacientes. El porcentaje de inclusión fue de 82%, cuatro pacientes no fueron incluidas dentro de la investigación debido a que se trasladó su seguimiento a otros centros, por lo que no hubo oportunidad de verificar su retorno, únicamente se les brindó la educación sanitaria y se les entregó el material educativo.

Previo a iniciar con el programa de educación sanitaria se entrevistó a diez profesionales de la clínica con una serie de preguntas que ayudaron a la elaboración del material educativo (anexo I). En la primera pregunta se puede observar que los profesionales coinciden que para la comprensión de la información los factores socioculturales y emocionales tienen una mayor incidencia (30.7% para cada caso), otro factor que consideran importante es el nivel de educación (23%) Tabla no.1. Según los criterios profesionales individuales, gran parte de estos problemas se pueden resolver por medio de la evaluación del nivel de comprensión (30%), hablar claro, despacio y educar por medio de figuras gráficas y atractivas (20%) Tabla No.2. Como menciona Faus (2008) afirma: “la utilización de materiales y recursos didácticos elaborados y

validados para temas específicos constituye un elemento indispensable del proceso educativo” (p.210)

El tipo de información que debe incluir el material educativo según los diferentes puntos de vista de los profesionales es: formas de transmisión (33.3%), explicación del significado de VIH y su diferencia con Sida (3% y 2% respectivamente), importancia del tratamiento y seguimiento (2%) y formas de prevención (1%). (Tabla No.3) Por último sugirieron que un material educativo debe reflejar información clara y lenguaje sencillo, figuras y mensajes breves y concisos (tabla No.4).

Por lo tanto se concluyó que el material educativo debe reunir la información de mayor importancia para los profesionales y con las características que ellos indicaron.

El material educativo utilizado en la Educación Sanitaria (folleto y trifoliar) fue validado mediante entrevistas dirigidas a profesionales y a pacientes de la clínica. (Anexo III)

El material didáctico fue validado por profesionales a través de encuestas dirigidas a las áreas de farmacia, medicina, psicología, trabajo social y enfermería. El 100% de los profesionales concordó que el Programa de educación sanitaria en las pacientes de reciente diagnóstico hospitalizadas es necesario y que la información incluida dentro del material es adecuada. (Tabla No.5 y 6). El 80% indicó que la complejidad de información es adecuada.

Los profesionales también emitieron opiniones positivas con respecto a la calidad de información brindada y del material visual (tabla no. 8 y 9) el 100% los calificó como excelente o bueno.

Es importante conocer la perspectiva de otros profesionales de salud, ya que formando un equipo de trabajo, es como se brindará de forma eficiente una atención adecuada al paciente, y a través de esto, se alcanzarán los objetivos terapéuticos y se mejorará la calidad de vida del paciente.

Para el farmacéutico, el paciente constituye la principal fuente de actuación, es por ello que su opinión fue muy importante para la validación del material educativo. Para esto se entrevistó a diez pacientes de la clínica de infecciosas, cinco mujeres de la consulta externa y cinco hombres hospitalizados.

Según los resultados el 80% comprendió toda la información transmitida por el material educativo (tabla no.11). El 100% consideró que los dibujos sí les ayudó a entender la información proporcionada. En la tabla no.12 y 13 se puede observar que el 90% está conforme con el tamaño de la letra y dibujos, y solo el 30% consideró agregar más dibujos al material educativo

Con respecto a las sugerencias realizadas de los profesionales, están la inclusión de prevención secundaria, fortalecer adherencia, explicar normas de contagio, explicar los cuidados en una mujer embarazada y almacenamiento de medicina (grafica 8); por otra parte los pacientes hicieron la observación de no tomar medicamentos sin receta médica. Las sugerencias anteriormente descritas fueron de utilidad para modificaciones de este material (anexo 2) y servirá para la futura elaboración de otras guías u otro material dirigido a estos pacientes.

En esta fase de la investigación se puede concluir que las herramientas utilizadas en la Educación Sanitaria fueron eficientes y satisfactorias, tanto para los pacientes como para los profesionales.

Al contar con el material educativo validado, se procedió a realizar el programa de educación sanitaria, el cual consistió en brindar educación a las pacientes de reciente diagnóstico VIH positivo que estuvieron hospitalizadas. A quienes se les realizó una prueba antes y después de la intervención, comparándolas mediante una prueba t de muestras emparejadas, lo que permitió establecer una diferencia estadísticamente significativa.

En la tabla no.17 se puede observar que el promedio de edad de las pacientes fue de 32 años contando con un mínimo de edad de 16 años y un máximo de 58 años. Según el Centro Nacional de Epidemiología del Ministerio de salud pública y Asistencia social la edad predominante es de 15-29 años de mujeres VIH positivas con un 38%,^{37, 38} pero se puede observar que en el caso de las pacientes incluidas en el estudio el mayor rango de edad que predominó fue entre los 25-34 años con un 50% (tabla no.18)

Para los profesionales de salud el grado de escolaridad de las pacientes es importante para la comprensión de la educación sanitaria, por lo que se tomó en cuenta en la entrevista realizada a las pacientes. Donde se observó que el 27.78% de las pacientes no cuentan con algún grado de escolaridad, le sigue la primaria incompleta y secundaria completa (22.22% cada una). Se puede observar que solo una paciente cuenta con diversificado completo y ninguna con nivel universitario (tabla no.20). Por lo que se puede concluir que el promedio de escolaridad con el que cuentan las pacientes es bajo.

Otro factor que se tomó en cuenta fue el económico, ya que la falta de recursos puede afectar el cumplimiento de sus citas. En los resultados se puede observar que el 83.33% de las pacientes son desempleadas y solo un 16.67% son empleadas, por lo que se concluye que la mayoría de pacientes no producen ingresos económicos, lo cual podría ser una barrera para el cumplimiento del seguimiento por parte de la Clínica de Enfermedades Infecciosas (tabla no.21).

Los departamentos con mayor incidencia son: Guatemala (22.22%), Alta Verapaz (16.67%), Escuintla, Chiquimula y San Marcos (2% cada una) tabla no.19. Se puede corroborar que la mayoría de departamentos cumple con las estadísticas según el Centro Nacional de Epidemiología del Ministerio de salud pública y Asistencia social, donde menciona que los departamentos de mayor incidencia son Guatemala, Escuintla, San Marcos, Izabal, Quetzaltenango, respectivamente (García, 2010, p.7).

En los datos descriptivos de las puntuaciones se puede observar en la mediana que hubo un punteo mínimo de 22.5% y un máximo de 74% dando una diferencia de 46.5%, el cual es un porcentaje alto, con esto se puede comprobar que la educación sanitaria tuvo impacto positivo en el conocimiento de las pacientes (tabla no.22). La desviación estándar puede ser interpretada como una medida de incertidumbre, mostrando el grado de dispersión de los datos con respecto al valor promedio (Desviación estándar, 2011). En este caso la media de las medidas no está tan alejada de la predicción, (desviación de 16.2%) por lo que se concluye que las medidas corresponden con la teoría.

El promedio de porcentaje de la diferencia en las puntuaciones según los rangos de edad fue ascendente (tabla no.7). En los rangos mínimos 15-24 años hubo una diferencia de 41.33% y en el rango máximo 55-64 años una diferencia de 68%. Lo que se puede concluir que a mayor edad, mayor atención y comprensión de la educación sanitaria (gráfica No.17).

Como se mencionó anteriormente muchos profesionales coincidieron que para la comprensión de los pacientes un factor importante es el nivel de educación (23%) tabla no.1. Por lo que se analizó el promedio de porcentajes de la diferencia de puntuaciones según la escolaridad, en el cual se pudo observar que las pacientes con ninguna escolaridad y primaria incompleta obtuvieron mayor punteo de diferencia (54.4% y 55%, respectivamente). Por otra parte la paciente que tenía mayor escolaridad grado de diversificado completo obtuvo una diferencia mínima de 14% (grafica 18). Por lo que se puede concluir a menor escolaridad mayor necesidad de información existe, y si las pacientes tienen la disponibilidad de aprovechar la educación por parte del químico farmacéutico puede aumentar su conocimiento de manera significativa.

También se analizó los porcentajes promedio según el factor económico de las pacientes, ya que este factor también fue mencionado por los profesionales como un obstáculo para la comprensión de información. En la tabla de resultados no. 25 se puede observar que las diferencias de puntuaciones se obtuvieron en el siguiente orden: empleadas (24%) y desempleadas (76%). Por lo que se puede concluir que a menor factor económico es menor la información inicial con que cuentan, pero con una buena educación sanitaria pueden aumentar sus conocimientos.

Para poder establecer una diferencia estadísticamente significativa, se comparó los resultados con una prueba de t para muestras emparejadas mediante el programa estadístico Minitab 14. En dicha prueba se asignó una puntuación a cada pregunta para un total de 5 puntos (anexo no.4), luego se procedió a obtener la diferencia (prueba final- prueba inicial). En base al cálculo estadístico de esta prueba a partir de las $n= 18$ diferencias d_i , se calculó el valor t obteniendo un resultado de 12.31. La Hipótesis nula (H_0) se rechaza ya que 12.31 está en la región de rechazo, por lo que se puede concluir que el programa de educación sanitaria en pacientes VIH positivas de reciente diagnóstico es eficaz, con un IC del 95%. El valor P obtenido fue de 0.000, se puede considerar que hubo una probabilidad baja de equivocarse (tabla no.26 y gráfica no.20).

La importancia de la investigación radicó en facilitar información para concienciar a las pacientes acerca de su enfermedad y lograr su adhesión al seguimiento de su caso por medio de la Clínica de Enfermedades Infecciosas. Por lo que se verificó el retorno de las pacientes a su primera consulta (tabla no.27) en la cual se puede observar que el 72.22% de las pacientes retornó. Las pacientes que no retornaron (27.78%) fueron porque cuatro de ellas fallecieron, por lo que solo una no retornó. La paciente que no retornó, no se logró contactar, por lo que se desconoce el motivo de su ausencia.

9. CONCLUSIONES

- 9.1 Se desarrolló un programa de educación sanitaria a pacientes de reciente diagnóstico VIH positivo hospitalizadas, en el cual se ayudó a que se comprometieran con su salud y retornaran a la primera cita en la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt.
- 9.2 Se logró incrementar el conocimiento de las pacientes incluidas en el estudio con una diferencia de punteo antes y después de la intervención farmacéutica de 46.5%. En la prueba de t de muestras emparejadas se encontró un valor $P= 0.000$, por lo que se puede considerar que hubo una probabilidad baja de equivocarse.
- 9.3 Se concientizó a la paciente sobre la importancia de su retorno a la Clínica de Enfermedades Infecciosas para el seguimiento de la enfermedad por parte del equipo multidisciplinario, ya que 72.22% de las pacientes retornó a su primera consulta.

10. RECOMENDACIONES

- 10.1 Se recomienda desarrollar este Programa educacional a las pacientes de recientes diagnóstico VIH hospitalizadas utilizando el material educativo como apoyo, así como entregarle un ejemplar del mismo a cada paciente. La implementación de educación sanitaria en pacientes hospitalizadas, es factible por medio del Farmacéutico encargado de los pacientes hospitalizados, ya que el tiempo requerido es aproximadamente de 20 minutos por paciente.
- 10.2 La educación sanitaria debe realizarse en un espacio físico adecuado de forma que se garantice la intimidad del paciente (Faus y otros, 2008, 210), por lo que se recomienda ubicar un espacio en las medicinas donde se pueda brindar la educación a los pacientes y así asegurar su intimidad y confidencialidad.
- 10.3 Si la paciente no se encuentra consciente, se recomienda brindar la educación sanitaria a los cuidadores o encargados de los mismos.
- 10.4 La educación sanitaria es bidireccional, por lo que se debe tener paciencia y escuchar a las pacientes, ya que enfermedad grave y la hospitalización son considerados estresores de alto impacto, por lo que pueden estar temerosos o con depresión (Koerting, 2009, p.28). Si la paciente no se encuentra estable emocionalmente referirla con psicología.
- 10.5 Se recomienda medir el impacto del programa de educación sanitaria en una población más grande, por medio de la medición de las tasas de abandono.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 11.1 AIDS Research Advisory Council (OARAC) (2009). Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1 Infected Adults and Adolescents. Eu.: Autor. Recuperado de:
<http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf>
- 11.2 AIDSMEDS (2008). Inhibidores no nucleosidos de la transcriptasa inversa. Consultado Mayo 24 2010. Recuperado de:
http://www.aidsmeds.com/archive/INNTR_1611.shtml
- 11.3 Anleu A. y Santizo H. (2007). *Importancia de la psicoterapia de apoyo en la aceptación del diagnostico y en la problemática emocional de personas portadores de VIH/SIDA*. (Tesis Licenciatura en Psicología). Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas. Guatemala.
- 11.4 Bravo, L. y Marhenda E. (2005). *Manual de Farmacoterapia*. España: Elsevier.
Cita en el texto (Bravo y Marhenda, 2005, 712p.)
- 11.5 Carta de consentimiento informado para la participación de un estudio médico (2007). México: Universidad Autónoma de México (UNAM). Recuperación de:
http://www.facmed.unam.mx/ci/pdfs/etica_consentimiento.pdf
- 11.6 Clínica de Enfermedades Infecciosas. Factores de Abandono en Pacientes VIH/Sida. Base de Datos Bibliográficas (CD-ROM) Guatemala: González, Aura.
- 11.7 Desviación estándar (2011) Consultada Abril 21, 2010. Recuperación de:
http://es.wikipedia.org/wiki/Desviaci%C3%B3n_est%C3%A1ndar

- 11.8 Duran Vásquez, G. (2007). *Guía educativa dirigida a cuidadores de pacientes pediátricos con VIH/SIDA, que asisten a la clínica de enfermedades infecciosas, del área de pediatría del Hospital Roosevelt.* (Tesis de Licenciatura) Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia, Escuela de Química Farmacéutica. Guatemala.
- 11.9 Faus, M., Amariles, P. y Martínez, F. (2008). *Atención Farmacéutica: conceptos, procesos y casos prácticos.* Madrid, España: Grupo de investigaciones en atención farmacéutica, Universidad de Granada y promoción & prevención farmacéutica Universidad de Antioquia.
Cita en el texto (Faus y otros, 2008, p.210.)
- 11.10 Gabastou, J. y Riego A (2008). *Guía práctica para la implementación de pruebas fiables y eficientes para el diagnóstico del VIH.* EU.: OPS.
Recuperado de:
http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/LAB_GUIDE_SPAN.PDF
- 11.11 García C. (2009). *Manual de inducción dirigido a los estudiantes que realizan su experiencia docente con la comunidad –EDC- hospitalario de la carrera de Química Farmacéutica en la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt.* Guatemala. (Tesis Licenciatura). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia. Guatemala.
- 11.12 García J. (2010). *Estadísticas de casos acumulados notificados VIH y Sida Enero 1984 – diciembre 2009.* Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Centro Nacional de Epidemiología, Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida. Guatemala.
Cita en el texto (García, 2010, p.7)

- 11.13 García J. 2010. *Estadísticas de casos acumulados VIH y Sida 2005 – 2009*. Guatemala: Ministerios de Salud Pública y Asistencia Social, Centro Nacional de Epidemiología, Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida.
Cita en el texto (García, 2010, p.7)
- 11.14 Glosario del VIH/Sida (2008). 6a ed. Consultado Julio 27, 2010, de http://www.aidsinfo.nih.gov/contentfiles/SpanishGlossary_sp.pdf
- 11.15 González, M. López W y Arango A. (2010). *Manual de terapéutica*. (14a ed.). Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas.
Cita en el texto (Gonzales, 2010, 632p.)
- 11.16 Herrera, J. (2003). *Manual de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica*. España: Elsevier.
Cita en el texto (Herrera, 2006, p.521)
- 11.17 Hoffman C., Rockstroh J. y Kamps B. (2005). *HIV Medicine. Trad. Reyes, G.* México: CIENI-INER.
Cita en el texto (Hoffman y otros, 2005, 831p.)
- 11.18 Infecciones de Transmisión Sexual ITS-VIH Sida (2010) Consultado Junio 18, 2010. Recuperado de:
<http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161706>
- 11.19 InfoSIDA (2005). Ciclo de vida del VIH. EU. Consultado Mayo 18, 2010. Recuperado de:
http://www.aidsinfo.nih.gov/contentfiles/CicloDdeVidaDelVIH_FS_sp.pdf
- 11.20 Inhibidores de la integrasa mecanismo de acción (s.f). Consultado Mayo 24, 2010. Recuperado de:
http://www.msd.com.mx/msdmexico/patients/sida/terapia/nuevo_mecanismo.html

- 11.21 KATZUN L. (2007). *Principios de Farmacología*. (10a ed.). México: Mcgraw-hill.
Cita en el texto (Katzun, 2007, 1182p.)
- 11.22 Koerting A. (2009). *Calidad de Vida*. (s.l): Esther.
Cita en el texto (Koerting, 2009, p.28)
- 11.23 La OMS y el VIH/SIDA. (s.f) Consultado Mayo 18, 2010. Recuperado de:
http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/index.html
- 11.24 López Ramirez, F. (2008). *Atención Farmacéutica dirigida a Pacientes con Diagnóstico de Retinoblastoma de la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica*. (Tesis de Licenciatura) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia. Guatemala.
- 11.25 Los Factores Políticos (2010). Consultado Junio 25, 2010. Recuperación de:
http://www.icaso.org/publications/gender_ESP_5.pdf
- 11.26 Manual Merck de Información médica para el Hogar (2005). Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Madrid: Autor. Recuperado de:
http://www.msd.com.mx/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_17/seccion_17_187.html
- 11.27 Maraviroc mecanismo de acción (s.f) Consultado Mayo 24, 2010. Recuperado de:
<http://www.youtube.com/watch?v=95J4dLHXEzM>
- 11.28 Mejía C., Villatoro G., Luarte M. (2008). Historia de Clínica de Enfermedades Infecciosas: Revista anual Clínica de Enfermedades Infecciosas. Guatemala: Patronato de Asistencia Social, Hospital Roosevelt.177p.

- 11.29 Ministerio de Salud Pública (2004). *Manual para la orientación y manejo de emociones en personas que viven con VIH/SIDA*. Guatemala: Autor.
Cita en el texto (Ministerio de Salud Pública, 2004, 64p.)
- 11.30 Moloney M. (2003). La integración de los programas de planificación familiar y prevención del VIH, guía técnica para los programas sobre el terreno que cuentan con el apoyo de USAID. EU.: Autor.
Recuperado de:
http://www.maqweb.org/maqtools/docs/usaid_fphiv_guide_sp.pdf
- 11.31 Monroy, B. (2008). *Factores que intervienen en la adherencia al tratamiento antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), en pacientes pediátricos con VIH/SIDA*. (Tesis Licenciatura) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala.
- 11.32 Musto A. (s.f) *Herramientas de laboratorio para el diagnóstico y seguimiento de la infección por VIH*. Argentina: PROECO y Fundación Bioquímica Argentina.
Cita en el texto (Musto, p.16)
- 11.33 Nassar, N. Keiser, P. y Gregg C. (2006). *Manual Parkland para el cuidado del paciente con VIH*. E.U: Centro de Educación y Entrenamiento en SIDA, Sistema Hospitalario y de Salud Parkland.
Cita en el texto (Nassar y otros, 2006, 221p.)
- 11.34 Oliveria, G., Nesbitt, G. y Murphy J. (2006). *Mayo Clinic Medical Manual*. E.U: Mayo Foundation for Medical Education and Research.
Cita en el texto (Oliveria y otros, 2006, p.1079)

- 11.35 ONUSIDA (s.f) Programa conjunto de las naciones unidas sobre el VIH/SIDA. Guatemala: Autor. Consultado Abril 30,2010. Recuperado de: <http://www.onusidaguatemala.org/default.asp>
- 11.36 ONUSIDA (2008). *Informe sobre la epidemia mundial de sida*. Ginebra, Suiza: ONUSIDA.
Cita en el texto (ONUSIDA, 2008, p.362)
- 11.37 ONUSIDA (2008). Resumen del Informe sobre la epidemia mundial de sida. Ginebra: Autor. Recuperado de: http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/JC1511_GR08_ExecutiveSummary_es.pdf
- 11.38 ONUSIDA y OMS (2007). Situación de la Epidemia de Sida. Ginebra: Autor. Recuperado de: http://www.onusida.org.co/2007_epiupdate_es.pdf
- 11.39 Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Tratamiento de las Enfermedades Infecciosas*. (3a ed.). E.U: Organización Panamericana de la Salud.
Cita en el texto (Organización Panamericana de la Salud, 2007, 310p.)
- 11.40 Prevención del VIH (s.f). Consultado Mayo 25, 2010, de <http://www.unaids.org/es/PolicyAndPractice/Prevention/default.asp>
- 11.41 Polo, R. (s.f.) Adherencia al tratamiento antirretroviral. (s.l): Esther.
Cita en el texto (Polo, p.27)
- 11.42 Raltegravir. (s.f) Consultado Mayo 24, 2010, de http://www.aidsinfo.nih.gov/DrugsNew/DrugDetailSP.aspx?int_id=420
- 11.43 Rodríguez, D y Terrón A (s.f). Diagnóstico de la Infección por el VIH. Consultado Mayo 25, 2010. Recuperado de: <http://saei.org/hemero/libros/c06.pdf>

11.44 Sandoval, C. (2006). *Guía para el manejo y seguimiento de la mujer embarazada positiva al VIH o con SIDA*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública, Programa Nacional de Prevención y control de ITS, VIH y SIDA.
Cita en el texto (Sandoval, 2006, 64p.)

11.45 Simón, V., Ho D. y Abdoal Q. (2006). *HIV/AIDS epidemiology, pathogenesis, prevention, treatment*. E.U: HIV-review.
Cita en el texto (Simón y otros, 2006, p.16)

11.46 Singuantay, A. (2009). *Atención Farmacéutica dirigida a pacientes con diagnóstico de linfoma de Hodkin de la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica*. (Tesis de Licenciatura) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia. Guatemala.

11.47 Silva L. (2004). *Enfermeros Del Consorcio Sanitario de Tenerife*. Madrid: MAD. Recuperado de:
http://books.google.com.gt/books?id=vGx76TwVTSoC&pg=PA337&dq=educacion+sanitaria+pacientes+VIH&hl=es&ei=fuXcS6O0LYH-8Aad55nfBw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CDMQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

11.48 Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (2003). *Educación Sanitaria*. Madrid: Autor. Recuperado de:
www.sefap.org/webs/educacion.pdf

- 11.49 Tecnun (s.f). Guía de Minitab 14. España: Universidad de Navarra. Consultado Abril 21, 2011. Recuperación de:
http://www.tecnun.es/asignaturas/Estad_ii/Archivos/Practica/ManualdeMinitab.pdf
- 11.50 Villatoro G. (2010). *Consolidado Mensual de PVVS con diagnóstico básico y monitoreo en la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt*. Guatemala: Hospital Roosevelt.

12. ANEXOS

ANEXO I: Entrevistas realizadas a profesionales de la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt para elaborar el material educativo.

Personal Médico

Respetable médico la presente entrevista tiene carácter confidencial científico, por lo cual le ruego que conteste con seguridad y confiabilidad para que el estudio tenga mayor validez. Sus respuestas a esta entrevista aportará sus conocimientos sobre el tema VIH/Sida desde su punto de vista, los cuales se podrán incluir dentro del material educativo dirigido a las pacientes adultas VIH positivas de reciente diagnóstico en encamamiento del Hospital Roosevelt, la cual se elaborará con el fin de contribuir a la educación de dichas personas.

1. ¿Qué problemas observa en cuanto a la comprensión de la información sobre la infección en sí, diagnóstico, tratamiento, etc. por parte de las pacientes de reciente diagnóstico que se encuentran en el encamamiento del Hospital Roosevelt?
2. ¿Cómo podrían mejorarse los problemas en cuanto a la comprensión de la información sobre la infección por VIH/Sida, etc.?
3. Dentro del material educativo dirigido a las pacientes adultas VIH positivas de reciente diagnóstico hospitalizadas, ¿qué tipo de información según su experiencia y profesión tendría que tener dicho documento?
4. Según el punto de vista médico ¿Qué características debe tener un material educativo para estas pacientes?

Personal Químico Farmacéutico

Respetable química farmacéutica, la presente entrevista tiene carácter confidencial científico, por lo cual le ruego que conteste con seguridad y confiabilidad para que el estudio tenga mayor validez. Sus respuestas a esta entrevista aportará sus conocimientos sobre el tema VIH/Sida desde su punto de vista, los cuales se podrán incluir dentro del material educativo a las pacientes adultas VIH positivas de reciente diagnóstico en encamamiento del Hospital Roosevelt, la cual se elaborará con el fin de contribuir a la educación de dichas personas.

1. ¿Qué problemas observa en cuanto a la comprensión de la información sobre la infección en sí, terapia antirretroviral y tratamiento profiláctico por parte de las pacientes de reciente diagnóstico que se encuentran en el encamamiento del Hospital Roosevelt?
2. Indique como se podrían mejorar los problemas de comprensión sobre la información sobre la infección VIH/Sida, y asegurar su retorno a la primera consulta en la Clínica de Enfermedades Infecciosas.
3. Dentro del material educativo dirigido a las pacientes adultas VIH positivas de reciente diagnóstico hospitalizadas, ¿qué tipo de información según su experiencia y profesión tendría que tener dicho documento?
4. ¿Qué características debe tener un material educativo para estas pacientes?

Personal de Trabajo Social

Respetable trabajadora social, la presente entrevista tiene carácter confidencial científico, por lo cual le ruego que conteste con seguridad y confiabilidad para que el estudio tenga mayor validez. Sus respuestas a esta entrevista aportará sus conocimientos sobre el tema VIH/Sida desde su punto de vista, los cuales se podrán incluir dentro del material educativo dirigido a las pacientes adultas VIH positivas de reciente diagnóstico en encamamiento del Hospital Roosevelt, la cual se elaborará con el fin de contribuir a la educación de dichas personas.

1. ¿Qué factores afectan la comprensión de las pacientes de reciente diagnóstico que se encuentran hospitalizadas?

2. Según su respuesta a la pregunta anterior ¿cómo se pueden evitar o minimizar esos factores?, y asegurar su retorno a la primera consulta en la Clínica de Enfermedades Infecciosas.

3. Dentro del material educativo dirigido a las pacientes adultas VIH positivas de reciente diagnóstico hospitalizadas, ¿qué tipo de información según su experiencia y profesión tendría que tener dicho documento?

4. ¿Qué características debe tener un material educativo para estas pacientes?

Personal de Psicología

Respetable trabajadora social, la presente entrevista tiene carácter confidencial científico, por lo cual le ruego que conteste con seguridad y confiabilidad para que el estudio tenga mayor validez. Sus respuestas a esta entrevista aportará sus conocimientos sobre el tema VIH/Sida desde su punto de vista, los cuales se podrán incluir dentro del material educativo dirigido a las pacientes adultas VIH positivas de reciente diagnóstico en encamamiento del Hospital Roosevelt, la cual se elaborará con el fin de contribuir a la educación de dichas personas.

1. La infección por VIH/Sida afecta no solo el cuerpo como tal si no que también afecta el estado emocional de las personas, ¿Qué factores emocionales se ven afectados por las pacientes de reciente diagnóstico que se encuentran hospitalizadas?

2. Según su respuesta a la pregunta anterior ¿cómo se pueden evitar o minimizar esos factores según su criterio profesional?, y asegurar su retorno a la primera consulta en la Clínica de Enfermedades Infecciosas.

3. Dentro del material educativo dirigido a las pacientes adultas VIH positivas de reciente diagnóstico hospitalizadas, ¿qué tipo de información según su experiencia y profesión tendría que tener dicho documento?

4. ¿Qué características debe tener un material educativo para estas pacientes?

Personal de Enfermería

Respetable enfermero, la presente entrevista tiene carácter confidencial científico, por lo cual le ruego que conteste con seguridad y confiabilidad para que el estudio tenga mayor validez. Su respuesta a esta entrevista aportará sus conocimientos sobre el tema VIH/Sida desde su punto de vista, los cuales se podrán incluir dentro del material educativo dirigido a las pacientes adultas VIH positivas de reciente diagnóstico en encamamiento del Hospital Roosevelt, la cual se elaborará con el fin de contribuir a la educación de dichas personas.

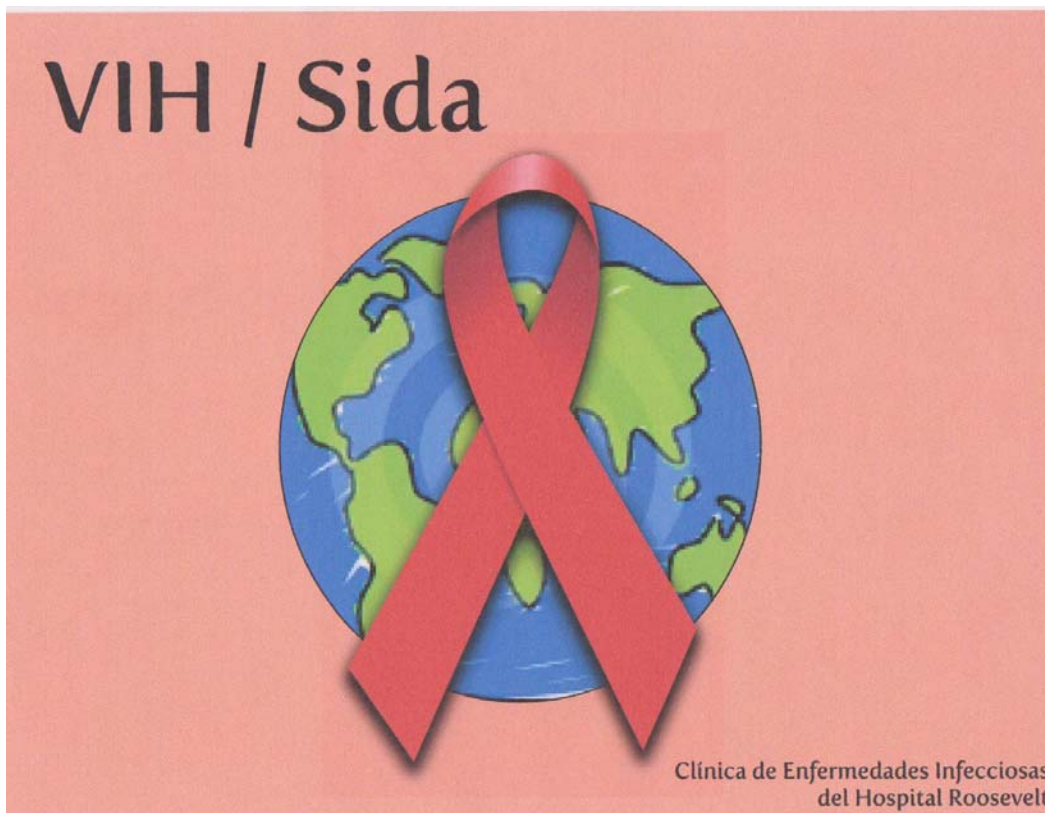
1. ¿Qué factores afectan la comprensión de las pacientes de reciente diagnóstico que se encuentran hospitalizadas?

2. Según su respuesta a la pregunta anterior ¿cómo se pueden evitar o minimizar esos factores?, y asegurar su retorno a la primera consulta en la Clínica de Enfermedades Infecciosas.


3. Dentro del material educativo dirigido a las pacientes adultas VIH positivas de reciente diagnóstico hospitalizadas, ¿qué tipo de información según su experiencia y profesión tendría que tener dicho documento?

4. ¿Qué características debe tener un material educativo para estas pacientes?

ANEXO II: Material educativo de apoyo para la Educación Sanitaria y trifoliar brindado a las pacientes.




¿Qué es el VIH?



El VIH (virus de inmunodeficiencia humana) es el virus que produce el SIDA. Cuando una persona tiene VIH significa que el virus del VIH está en su cuerpo.

Cuando una persona tiene SIDA, quiere decir que el VIH se ha activado, de forma que el cuerpo no puede atacar las infecciones porque sus defensas están muy bajas.



Hay personas que tardan de 5 a 10 años en desarrollar el SIDA aunque sean VIH positivo.

¿Cómo se transmite?

El VIH puede transmitirse solamente por tres vías, las cuales son:

- **Sanguínea:** A través de intercambio de jeringas contaminadas con VIH o transfusiones de sangre.



- **Sexual:** Relaciones sexuales desprotegidas (sin condón).



- **Transmisión vertical:** De la madre VIH positiva al niño durante el embarazo, el parto y la lactancia materna.



El VIH no se transmite a través de la saliva, el sudor, flema, las lágrimas el aire o los insectos.

¿Qué es y como funciona el tratamiento antirretroviral?

Este es el principal tratamiento para el VIH/SIDA. No es una cura, pero permite que las personas tarden en desarrollar la enfermedad. Se compone de 3 o más medicamentos que atacan al virus. Con ello se consigue subir las defensas (CD4) y bajar la cantidad de virus (carga viral).

El tratamiento antirretroviral hay que tomarlo toda la vida, para que funcione depende en gran parte del paciente (buena adherencia).

Adherencia quiere decir tomar todos los medicamentos, todos los días a la hora y en la forma como lo indicó el médico o químico farmacéutico. Esta es la base para tener éxito con el tratamiento.



Otros Medicamentos

Hasta que suban las defensas se tiene que seguir tomando la Profilaxis (medicamento que evitan infecciones oportunistas).

Solo el profesional de salud sabe qué medicamento necesita por lo que NO debe automedicarse.



Prevención y Protección

El sistema ABC (por sus siglas en inglés) es fundamental para la prevención del VIH. Este consta en la abstinencia, fidelidad y el uso constante del condón.

Siempre hay que usar condón en las relaciones sexuales, porque siempre hay riesgo de transmitir el VIH.



Si tu pareja es positiva puede ser que el virus que tiene sea distinto al tuyo, entonces hay que usar condón para evitar otra infección (transmitir virus distintos a los que se tienen).

Otros Medicamentos

Hasta que suban las defensas se tiene que seguir tomando la Profilaxis (medicamento que evitan infecciones oportunistas). Solo el profesional de salud sabe qué medicamento necesita por lo que NO debe automedicarse.



Prevención y Protección

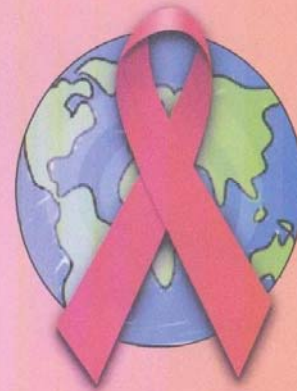
El sistema ABC (por sus siglas en inglés) es fundamental para la prevención del VIH. Este consta en la abstinencia, fidelidad y el uso constante del condón.

Siempre hay que usar condón en las relaciones sexuales, porque siempre hay riesgo de transmitir el VIH.



Si tu pareja es positiva puede ser que el virus que tiene sea distinto al tuyo, entonces hay que usar condón para evitar otra infección (transmitir virus distintos a los que se tienen).

VIH / Sida



Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt

¿Qué es el VIH?

El VIH (virus de inmunodeficiencia humana) es el virus que produce el SIDA. Cuando una persona tiene VIH significa que el virus del VIH está en su cuerpo.



Cuando una persona tiene SIDA, quiere decir que el VIH se ha activado, de forma que el cuerpo no puede atacar las infecciones porque sus defensas están muy bajas.



Hay personas que tardan de 5 a 10 años en desarrollar el SIDA aunque sean VIH positivo.

¿Cómo se transmite?

El VIH puede transmitirse solamente por tres vías, las cuales son:

Sanguínea: A través de intercambio de jeringas contaminadas con VIH o transfusiones de sangre.



Sexual: Relaciones sexuales desprotegidas (sin condón).



Transmisión vertical: De la madre VIH positiva al niño durante el embarazo, el parto y la lactancia materna.



El VIH no se transmite a través de la saliva, el sudor, flema, las lágrimas el aire o los insectos.

¿Qué es y como funciona el tratamiento antirretroviral?

Este es el principal tratamiento para el VIH/SIDA. No es una cura, pero permite que las personas tarden en desarrollar la enfermedad. Se compone de 3 o más medicamentos que atacan al virus. Con ello se consigue subir las defensas (CD4) y bajar la cantidad de virus (carga viral).

El tratamiento antirretroviral hay que tomarlo toda la vida, para que funcione depende en gran parte del paciente (buena adherencia).

Adherencia quiere decir tomar todos los medicamentos, todos los días a la hora y en la forma como lo indicó el médico o químico farmacéutico. Esta es la base para tener éxito con el tratamiento.



ANEXO III: Encuestas realizadas a profesionales de La Clínica de Enfermedades Infecciosas para la Validación de la metodología.

Encuesta para la Validación de la Metodología

Departamento: _____

1. ¿Considera necesario el desarrollo de un programa de educación sanitaria dirigida a pacientes adultas VIH positivas de reciente diagnóstico que se encuentren hospitalizadas?

SI _____ No _____

2. ¿Considera adecuada la información brindada a las pacientes incluidas en el Programa de Educación Sanitaria?

SI _____ No _____

3. ¿Considera adecuado el nivel de complejidad de la información dirigida a las pacientes?

SI _____ No _____

4. ¿Cómo evalúa la calidad de la información brindada a través del material educativo?

Excelente___ Bueno___ Malo___ Deficiente___

5. ¿Cómo evalúa la ayuda visual utilizada en el material educativo?

Excelente___ Bueno___ Malo___ Deficiente___

6. ¿Considera que hace falta incluir algunos aspectos en la metodología empleada en el Programa de Educación Sanitaria dirigida a pacientes adultas VIH positivas de reciente diagnóstico que se encuentren hospitalizadas?

SI _____ No _____

¿Cuáles?

ANEXO IV: Encuestas realizadas a pacientes de La Clínica de Enfermedades Infecciosas para la Validación del Material Educativo.

1. ¿Qué es lo que ha aprendido a través del material educativo explicado por el Químico Farmacéutico?

- Diferencia entre VIH y Sida
- Vías de transmisión del VIH
- Tratamiento del VIH/Sida
- Forma de Prevención y Protección del VIH
- Todas las anteriores
- Ninguna de las anteriores

2. ¿Considera que los dibujos le han ayudado a entender la información Proporcionada?

- Si
- No

3. ¿Cree usted que el tamaño de la letra y dibujos es adecuado?

- Si
- No

4. ¿Considera necesario agregar más dibujos a la información recibida?

- Si
- No

5. ¿Necesita otra información que hasta el momento no haya recibido por el Químico farmacéutico?

- Si

¿Cual?: _____

- No

ANEXO V: Carta de consentimiento Informado para participar en el estudio de tesis.

Titulo del Protocolo: “Verificación del retorno de pacientes adultas VIH positivas de reciente diagnóstico en el encamamiento del Hospital Roosevelt a la consulta externa de la Clínica de Enfermedades Infecciosas por medio de la educación sanitaria”.

Investigadora: Karla María Montenegro Franco

Sede donde se realizará el estudio: Hospital Roosevelt

Nombre de la paciente: _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación de tesis para optar por el título de Química Farmacéutica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

Uno de los objetivos principales de este estudio es desarrollar un programa de educación sanitaria en el que se facilite la información para concienciar a las pacientes acerca de su enfermedad y se adhieran al seguimiento de su caso por parte de la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt.

En los estudios realizados anteriormente por otros investigadores se ha observado que mediante la Educación Sanitaria el paciente asume mayor responsabilidad respecto a su propia salud y con ello, contribuye a la consecución de los mejores objetivos terapéuticos posibles. Este estudio permitirá que en un futuro otros pacientes puedan beneficiarse del conocimiento obtenido en este estudio.

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, su procedencia, escolaridad y su conocimiento acerca del VIH mediante dos entrevistas (una antes y una después de la educación sanitaria).

Aclaraciones:

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en el caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

Si considera que no hay dudas o preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

Carta de Consentimiento Informado

Yo, he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante

Fecha

He explicado a la Sra. _____
la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha

ANEXO VI: Entrevista realizada a pacientes que cumplieron los criterios de inclusión.

Datos Personales

Edad: _____

Procedencia: _____

Escolaridad:

- Ninguna
- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Diversificado incompleto
- Diversificado completo
- Universitaria

Factor Económico:

- Empleado
- Desempleado

1. ¿Qué sabe usted acerca del VIH?

- El VIH es el virus que produce el SIDA.
- Otros:
- No Sabe

2. ¿Hay alguna diferencia entre el VIH y SIDA?

- Si
- No
- No Sabe

3. ¿Puede especificar las formas de transmisión del VIH?

- Compartir jeringas usadas/ no esterilizadas
- Tener relaciones sexuales sin usar condón
- Recibir una transfusión de sangre
- De madre a hijo durante el embarazo, parto y lactancia.
- Otra:
- No sabe

4. ¿Piensa que el VIH/Sida tiene cura?

- Si
- No
- No Sabe

¿Qué conocimiento tiene acerca del tratamiento del VIH/SIDA?

- Hay que tomarlo toda la vida.
- No cura, pero ayuda a que los pacientes tarden en desarrollar la enfermedad.
- No Sabe

5. ¿De qué manera una persona puede prevenir y protegerse del VIH?

- No tener relaciones sexuales/abstinencia
- Utilizar preservativo
- Tener una sola pareja/fidelidad
- No usar jeringas usadas/ no esterilizadas
- No aceptar transfusiones de sangre previamente tamizadas
- Otro:
- No sabe

ANEXO VII: Clave de la entrevista realizada a pacientes que cumplieron los criterios de inclusión.

1. ¿Qué sabe usted acerca del VIH?

- El VIH es el virus que produce el SIDA. (1pt)
- Otros (0.5 pts.)
- No Sabe (0 pts.)

2. ¿Hay alguna diferencia entre el VIH y SIDA?

- Si (1pt)
- No (0 pts.)
- No Sabe (0 pts.)

3. ¿Puede especificar las formas de transmisión del VIH?

- Compartir jeringas usadas/ no esterilizadas (0.25 pts.)
- Tener relaciones sexuales sin usar condón (0.25 pts.)
- Recibir una transfusión de sangre (0.25 pts.)
- De madre a hijo durante el embarazo, parto y lactancia. (0.25 pts.)
- No sabe

4. ¿Piensa que el VIH/Sida tiene cura?

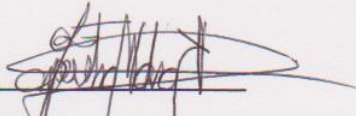
- Si (0 pts.)
- No (0.5 pt)
- No Sabe (0 pts.)

¿Qué conocimiento tiene acerca del tratamiento del VIH/SIDA?

- Hay que tomarlo toda la vida. (0.25 pts.)
- No cura, pero ayuda a que los pacientes tarden en desarrollar la enfermedad. (0.25 pts.)
- No Sabe

5. ¿De qué manera una persona puede prevenir y protegerse del VIH?

- No tener relaciones sexuales/abstinencia (0.20 pts.)
- Utilizar preservativo (0.20 pts.)
- Tener una sola pareja/fidelidad (0.20 pts.)
- No usar jeringas usadas/ no esterilizadas (0.20 pts.)
- No aceptar transfusiones de sangre previamente tamizadas (0.20pts.)
- No sabe



Br. Karla María Montenegro Franco

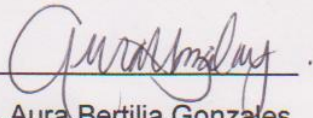
Químico Farmacéutico

Autor



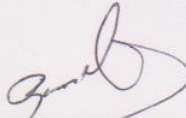
Licda. Claudia Rodríguez García

Asesora



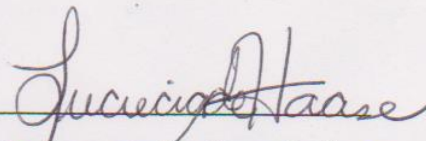
Licda. Aura Bertilia Gonzales

Coasesora



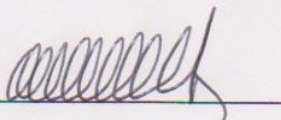
Licda. Raquel Pérez Obregón

Revisora



Licda. Lucrecia Martínez de Haase

Directora de Escuela de Química Farmacéutica



Óscar Manuel Cobar Pinto, Ph. D.

Decano de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia