



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**EPIDEMIOLOGIA DEL PACIENTE CON VIH/SIDA DEL PROGRAMA TARGA
DEL HOSPITAL "SAN JUAN DE DIOS "DE PISCO ENERO 2015**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERIA

PRESENTADO POR LA BACHILLER

SONIA PERALTA FLORES

ASESORA:

MG. JOSEFA CASTAÑEDA RIVERO

PISCO – PERU

2015

DEDICATORIA

A mi Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento. A mi familia quienes por ellos soy lo que soy.

A mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mis hermanos por estar siempre presentes, acompañándome para poderme realizar. A mi sobrino Saith quien ha sido y es una mi motivación, inspiración y felicidad.

AGRADECIMIENTO

A Dios que en su infinita misericordia permitió que logre este trabajo. Él me da la inteligencia, la sabiduría y todo el conocimiento, gracias Padre Celestial.

INDICE

| | |
|---------------------|------|
| CARATULA..... | i |
| DEDICATORIA..... | ii |
| AGRADECIMIENTO..... | iii |
| INDICE..... | iv |
| RESUMEN..... | vi |
| ABSTRACT..... | vii |
| INTRODUCCION..... | viii |

| | Página |
|---|--------|
| CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION | |
| 1.1 Planteamiento del problema | 10 |
| 1.2 Formulación del Problema | 12 |
| 1.2.1 Problema Principal | 12 |
| 1.2.2 Problema Secundarios | 12 |
| 1.3 Objetivos de la Investigación | 12 |
| 1.3.1 Objetivo General | 12 |
| 1.3.2 Objetivo Específicos | 12 |
| 1.4 Justificación del estudio | 13 |
| 1.5 limitación de la Investigación | 14 |
| CAPITULO II: MARCO TEÓRICO | |
| 2.1 Antecedentes del estudio | 15 |
| 2.2 Bases Teóricas | 18 |
| 2.3 Definición de términos Básicos | 46 |
| 2.4 Hipótesis de la Investigación | 47 |
| 2.5 Variables | |
| 2.5.1 Definición Conceptual de la Variable | 47 |
| 2.5.2 Definición Operacional de la Variable | 48 |
| 2.5.3 Operacionalización de la Variable | 49 |

CAPITULO III: METODOLOGÍA

| | | |
|-----|---|-----------|
| 3.1 | Tipo y Nivel de la Investigación | 51 |
| 3.2 | Descripción del ámbito de la Investigación | 52 |
| 3.3 | Población y Muestra de la Investigación | 52 |
| 3.4 | Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos | 53 |
| 3.5 | Validez y confiabilidad del Instrumento | 53 |
| 3.6 | Plan de recolección y procesamiento de datos | 54 |
| | CAPITULO IV: RESULTADOS | 56 |
| | CAPITULO V: DISCUSIÓN | 61 |
| | CONCLUSIONES | 63 |
| | RECOMENDACIONES | 64 |
| | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | |
| | ANEXOS (MATRIZ E INSTRUMENTO) | |

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de cada 100 adultos de edades comprendidas entre los 15 y los 40 años está infectado por el VIH, el virus que provoca SIDA. Solamente 1 de cada 10 personas infectadas sabe que lo está. Actualmente, existen 33.3 millones de personas que viven con el VIH en todo el mundo de las cuales en el Perú el número de personas que viven con VIH: 75 000, prevalencia de la infección en adultos entre 15 y 40 años: 0,4%.peronas adultas de al menos 15 años que viven con VIH: 73 000, mujeres de al menos 15 años que viven con el VIH: 18 000⁽²⁾

Desde el comienzo de la epidemia, aproximadamente 78 millones [71 millones–87 millones] de personas contrajeron la infección por el VIH y 39 millones [35 millones–43 millones] de personas han fallecido a causa de

enfermedades relacionadas con el VIH. El 90% de los niños han contraído el virus a través de sus madres seropositivas, antes o durante el parto o a través de la lactancia natural. Más de 8 millones de niños han perdido a su madre por causa del SIDA antes de cumplir los 15 años, y muchos de ellos también han perdido a su padre.

El SIDA se convirtió en la gran epidemia del siglo XX, y la proyección a futuro sobre la expansión de esta enfermedad se transforma en una considerable carga para los sobrecargados sistemas asistenciales de la mayoría de los países afectados. (3)

Muchos factores se encuentran afectados por el impacto del SIDA. Este impacto no se limita con exclusividad a las estadísticas sanitarias.

Plantea además, un grave problema económico dado el alto costo que implica la asistencia médica de los pacientes. A su vez, el SIDA tiene una repercusión social, y ha modificado conductas y hábitos.

Las malas condiciones de vida, las dificultades para lograr un acceso fluido a los sistemas de salud y las carencias educativas de gran parte de la población, favorecen el crecimiento incesante de la epidemia.

Desde un punto de vista científico debe reconocerse que se ha avanzado en el conocimiento de la fisiopatogenia de la infección, los mecanismos de daño inmunológico, sus formas clínicas, su evolución a través del tiempo y la prevención y el tratamiento de muchas infecciones oportunistas que son la habitual causa de muerte de los pacientes.(4)

La ciudad de Pisco es un distrito con alta prevalencia de drogadicción lo que aumenta el riesgo de contraer esta enfermedad por lo que es importante conocer el perfil epidemiológico de los pacientes con esta enfermedad tratadas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es el perfil epidemiológico del paciente con VIH/SIDA que se atiende en el programa targa del hospital “SAN JUAN DE DIOS “de pisco en el mes de Enero 2015

1.2.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS

- A.** ¿cuál es la frecuencia según genero de los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA?
- B.** ¿cuál es la frecuencia según opción sexual de los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA?
- C.** ¿cuál es la frecuencia según grupo etarios de los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA?
- D.** ¿cuál es la frecuencia según modo posible de contagio de los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1 OBJETIVO GENERAL:

Conocer el perfil epidemiológico del paciente con VIH/SIDA que se atiende en el programa TARGA del hospital “San Juan de Dios “Pisco Enero 2015.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- A.** precisar género de los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA
- B.** Precisar la opción sexual de los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA

C. determinar los grupos etareos de los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA

D. investigar el modo posible de contagio de los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA

1.4 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

La razón de llevar a cabo la siguiente investigación es porque me intereso el tema ya que en los últimos años se habla mucho del VIH/ SIDA es una enfermedad que actualmente ha estado provocando muchos decesos en el planeta ya que esta enfermedad provoca que las barreras inmunológicas del portador decaigan y esto trae como consecuencia que cualquier tipo de enfermedad pueda ser mortal al no tener defensas.

A pesar de que hoy en día en la humanidad se conoce demasiada información, como lo cual fue la invención del condón pero siguen habiendo muchos contagiados ya que primeramente hay personas que creen que tratar de estos temas son sinónimo de morbo y lo quieren evitar, y como consecuencias quedan mal informados y luego hay personas que al ser contagiados deciden vengarse por así decirlo contagiando a las demás personas y aunque hay personas que contagian a su familia ya que después de tener relaciones sexuales con alguien distinto a su pareja, el cual lo contagia.

Actualmente se sabe que el virus que produce esta enfermedad se denomina VIH. Sin embargo ¿de dónde viene esta enfermedad?, ¿Existe alguna cura?, ¿se podrá encontrar alguna cura?

En nuestros días se cree que este virus llego al hombre procedente del mono, pero a este último no le afecta ya que su sistema inmunológico es más resistente comparado con el nuestro.

Hoy por hoy no se conoce una cura y es muy difícil saber si se podrá llegar a tenerla algún día ya que este virus muta constantemente y así complica a los científicos su estudio

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

Que los pacientes; al ser entrevistados; manifiesten su desacuerdo; en colaborar para el desarrollo del instrumentos

Pacientes que se encuentren hospitalizados; que niegan su participación.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

Jorge Enrique MACHADO ALBA, efectividad del tratamiento antirretroviral en pacientes con diagnóstico de VIH/sida de dos ciudades de Colombia (2010)

Conclusión: La falta de adherencia al tratamiento sigue siendo uno de los problemas más importantes para garantizar la efectividad, por lo cual los programas de control del VIH/SIDA deben asegurarla. ⁽⁵⁾

Fernández, M.; Maldonado, L; Rodríguez, G. y Salinas, F. (2010) en su Trabajo de investigación que lleva por nombre "Manejo de las necesidades emocionales y espirituales de los pacientes hospitalizados" que se planteó como objetivo general el identificar el manejo de las necesidades emocionales y espirituales del paciente hospitalizado por parte de la enfermera en el Hospital Central de Maracay (6)

Carreño (2009) aborda una investigación que se titula "Educación para la salud que brinda el personal de enfermería a la mujer con cáncer de cuello uterino" donde dan como conclusión que "...la enfermera no cubre a cabalidad el rol educativo en beneficio de la seguridad emocional de las pacientes con cáncer de cuello uterino". (7)

ANTECEDENTES NACIONALES:

Eduardo Alexander Egúsquiza Valera; "nivel de autoestima en pacientes con vih/sida del programa de targa en el hospital nacional hipólito unanue, 2010 " :año 2010

Conclusiones: 1. En relación al nivel del autoestima en pacientes con VIH SIDA del Programa TARGA, la mayoría de pacientes tienen un nivel de autoestima medio, seguido de pacientes con un nivel alto y , y una minoría de pacientes presenta un nivel bajo de autoestima. Se requiere que se desarrollen actividades dirigidas a estos pacientes y sus familiares a fin de favorecer la constante mejora física y psico emocional, como también la participación activa de los familiares.

2. Según el nivel de autoestima en el área personal la mayor parte de los pacientes presentan un nivel alto de autoestima, y en segundo lugar los pacientes presentan un nivel medio de 69 autoestima, y una minoría presenta un nivel bajo de autoestima; relacionado a que el paciente se observa más recuperado tanto física como psico emocionalmente y con energías para continuar con su rutina diaria

3. Según el nivel de autoestima en la dimensión área social la mayoría de los pacientes presentan un nivel medio de autoestima, y en segundo lugar los pacientes que presentan un nivel bajo de autoestima, relacionado a que el paciente no se siente apoyado muchas veces por sus familiares y amigos más cercanos y al tratar de continuar con su rutina diaria se siente en la capacidad de relacionarse con nuevas personas sin temor a ser rechazado ni discriminado. (8)

Alejandra Melissa Bonilla-Ruiz(1) ; Pierina Vilcapoma-Balbín(2); características clínicas, epidemiológicas e inmuno serológicas de los pacientes en targa en un hospital peruano; **año 2013**

CONCLUSIONES: Existe un alto porcentaje de pacientes que inicia TARGA en estadio SIDA, el principal motivo de cambio de esquema fueron las reacciones adversas a medicamentos, siendo las náuseas y vómitos las más frecuentes. El uso de efaviren se ha asociado a un aumento de efectos adversos. Es frecuente la presentación de ITS en pacientes con VIH. (9)

Jorge Enrique Rivas Rivas; adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral altamente activo y soporte social en un grupo de pacientes con vih/sida; **año 2009**

CONCLUSION: La muestra presenta las mismas características sociodemográficas observadas en anteriores estudios epidemiológicos. En este sentido, la infección por VIH/SIDA se ha centrado en hombres entre 25 y 35 años (58%), siendo la sexual la principal vía de contagio.

Datos como el grado de instrucción y la orientación sexual desmitifican la infección por VIH/SIDA como una enfermedad que alcanza a Capítulo 4: Discusión 63 determinado grupo de personas. Todo lo contrario, resulta evidente que la infección no realiza distinción socioeconómica alguna.

En relación a la adherencia terapéutica, los resultados obtenidos también coinciden con los hallazgos de estudios realizados a nivel internacional.

Entre los principales factores asociados a la adhesión terapéutica los vinculados al tratamiento mismo tales como olvido de dosis y retrasos en Los horarios, son reportados con mayor frecuencia y podrían explicar el porqué de los bajos niveles observados. No obstante, dicha complejidad parece no ser percibida por los propios pacientes en la medida que reportan tantos niveles medios y bajos de dificultad para seguir el tratamiento como poca preocupación por dichas omisiones. (10)

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 HISTORIA

La era del sida empezó oficialmente el 5 de junio de 1981, cuando los CDC (Centers for Disease Control and Prevention (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades) de Estados Unidos convocaron una conferencia de prensa donde describieron cinco casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* en Los Ángeles. Al mes siguiente se constataron varios casos de sarcoma de Kaposi, un tipo de cáncer de piel. Las primeras constataciones de estos casos fueron realizadas por el Dr. Michael Gottlieb de San Francisco

Pese a que los médicos conocían tanto la neumonía por *Pneumocystis carinii* como el sarcoma de Kaposi, la aparición conjunta de ambos en varios pacientes les llamó la atención. La mayoría de estos pacientes eran hombres homosexuales sexualmente activos, muchos de los cuales también sufrían de otras enfermedades crónicas que más tarde se identificaron como infecciones oportunistas. Las pruebas sanguíneas que se les hicieron a estos pacientes mostraron que carecían del número adecuado de un tipo de células sanguíneas llamadas T CD4+. La mayoría de estos pacientes murieron en pocos meses.

Por la aparición de unas manchas de color rosáceo en el cuerpo del infectado, la prensa comenzó a llamar al sida, la «peste rosa», causando una confusión, atribuyéndola a los homosexuales, aunque pronto se hizo notar que también la padecían los inmigrantes haitianos en Estados Unidos, los usuarios de drogas

Inyectables y los receptores de transfusiones sanguíneas, lo que llevó a hablar de un club de las cuatro haches que incluía a todos estos grupos considerados de riesgo para adquirir la enfermedad. En 1982, la nueva enfermedad fue bautizada oficialmente con el nombre de Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), nombre que sustituyó a otros propuestos como Gay-related immune deficiency (GRID).

Hasta 1984 se sostuvieron distintas teorías sobre la posible causa del sida. La teoría con más apoyo planteaba que el sida era una enfermedad básicamente, epidemiológica. En 1983 un grupo de nueve hombres homosexuales con sida de Los Ángeles, que habían tenido parejas sexuales en común, incluyendo a otro hombre en Nueva York que mantuvo relaciones sexuales con tres de ellos, sirvieron como base para establecer un patrón de contagio típico de las enfermedades infecciosas.

Otras teorías sugieren que el sida surgió a causa del excesivo uso de drogas y de la alta actividad sexual con diferentes parejas. También se planteó que la inoculación de semen en el recto durante la práctica de sexo anal, combinado con el uso de inhalantes con nitrito llamados *poppers*, producía supresión del sistema inmune. Pocos especialistas tomaron en serio estas teorías, aunque algunas personas todavía las promueven y niegan que el sida sea producto de la infección del VIH.

La teoría más reconocida actualmente, sostiene que el VIH proviene de un virus llamado «virus de inmunodeficiencia en simios» (SIV, en inglés), el cual es idéntico al VIH y causa síntomas similares al sida en otros primates.

En 1984, dos científicos franceses, Françoise Barré_Sinoussi y Luc Montagnier del Instituto Pasteur, aislaron el virus de sida y lo purificaron. El Dr. Robert Gallo, estadounidense, pidió muestras al laboratorio francés, y adelantándose a los franceses lanzó la noticia de que había descubierto el virus y que había realizado la primera prueba de detección y los primeros anticuerpos para combatir a la enfermedad. Después de diversas controversias legales, se decidió compartir patentes, pero el descubrimiento se le atribuyó a los dos investigadores originales que aislaron el virus, y solo a ellos dos se les concedió el Premio Nobel conjunto, junto a otro investigador en el 2008, reconociéndolos como auténticos descubridores del virus, aceptándose que Robert Gallo se aprovechó del material de otros investigadores para realizar todas sus observaciones. En 1986 el virus fue denominado VIH (virus de inmunodeficiencia humana). El descubrimiento del virus permitió el desarrollo de un anticuerpo, el cual se comenzó a utilizar para identificar dentro de los grupos de riesgo a los infectados. También permitió empezar investigaciones sobre posibles tratamientos y una vacuna.

En esos tiempos las víctimas del sida eran aisladas por la comunidad, los amigos e incluso la familia. Los niños que tenían sida no eran aceptados por las escuelas debido a las protestas de los padres de otros niños; éste fue el caso del joven estado unidense Ryan White. La gente temía acercarse a los infectados ya que pensaban que el VIH podía contagiarse por un contacto casual como dar la mano, abrazar, besar o compartir utensilios con un infectado.

En un principio la comunidad homosexual fue culpada de la aparición y posterior expansión del sida en Occidente. Incluso algunos grupos religiosos llegaron a decir que el sida era un castigo de Dios a los homosexuales (esta creencia aún es popular entre ciertas minorías de creyentes cristianos y musulmanes). Otros señalan que el estilo de vida «depravado» de los homosexuales era responsable de la enfermedad. Aunque en un principio el sida se expandió más de prisa a través de las comunidades homosexuales, y que la mayoría de los que padecían la enfermedad en Occidente eran homosexuales, esto se debía, en parte, a que en esos tiempos no era común el uso del condón entre homosexuales, por considerarse que éste era sólo un método anticonceptivo. Por otro lado, la difusión del mismo en África fue principalmente por vía heterosexual.

El sida pudo expandirse rápidamente al concentrarse la atención sólo en los homosexuales, esto contribuyó a que la enfermedad se extendiera sin control entre heterosexuales, particularmente en África, el Caribe y luego en Asia.

Gracias a la disponibilidad de tratamiento antirretrovirales, las personas con VIH pueden llevar una vida normal, la correspondiente a una enfermedad crónica, sin las infecciones oportunistas características del sida no tratado. Los antirretrovirales están disponibles mayormente en los países desarrollados. Su disponibilidad en los países en desarrollo está creciendo, sobre todo en América Latina; pero en África, Asia y Europa Oriental muchas personas todavía no tienen acceso a esos medicamentos, por lo cual desarrollan las infecciones oportunistas y mueren algunos años después de la seroconversión.⁽¹¹⁾

2.2.2 EPIDEMIOLOGÍA

En la actualidad, la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y la enfermedad que produce, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es uno de los problemas principales de Salud Pública a nivel mundial. Se configura como una pandemia a finales del siglo XX, tanto a nivel de la propia infección por el VIH como del SIDA ya declarado.

El microorganismo causante es un virus de la familia de los retrovirus, el VIH, con 2 tipos causantes de SIDA, el VIH-1 y el VIH-2. Según todos los indicios, este virus llegó al ser humano procedente de los simios.

El cuadro clínico varía a lo largo de la evolución de la enfermedad. En un 50-70% de las infecciones se producen manifestaciones de primo infección, el denominado “Síndrome Agudo por VIH”, similar en sus síntomas a una mononucleosis infecciosa, que puede persistir de 1 a varias semanas.

Los síntomas son muy generales, como la fiebre, cefalea, artralgias, mialgias, anorexia y malestar general pudiendo existir un exantema macular rosáceo asociado y, a veces, aparecen diversos tipos de síntomas neurológicos (síntomas de meningitis, encefalitis o neuropatía periférica). La mayoría de los pacientes se recupera y aparece el periodo de latencia clínica, sin síntomas, de duración variable (con una media de 10 años). Tras este periodo aparecen las enfermedades relacionadas con la infección por VIH, debidas a la disminución en la función inmunitaria. Es el SIDA ya definido como tal. En las primeras fases, algunos de los cuadros clínicos más característicos son: candidiasis oral, angiomas bacilar, candidiasis vaginal persistente, fiebre >38,5 ° persistente, leucoplasia vellosa oral,

herpes zoster recurrente o amplio, listeriosis y púrpura trombocitopénica idiopática, entre otros. Ya en etapas más avanzadas aparecen las complicaciones infecciosas y tumorales, como neumonías recurrentes, TBC pulmonar y extrapulmonar, candidiasis esofágica, isosporiasis, ciclosporiasis, neumocistosis, histoplasmosis, infección herpética visceral, toxoplasmosis cerebral, síndrome de Kaposi, linfoma cerebral, encefalopatía por VIH, etc.

El **diagnóstico** suele hacerse en dos etapas, mediante la prueba de detección de anticuerpos específicos por técnica de ELISA, y si ésta es positiva se confirmará mediante una prueba de Western-Blot. Tras el diagnóstico se deben cuantificar los linfocitos CD4 y CD8 y la carga viral (por técnicas de PCR, habitualmente). Actualmente el reservorio único del VIH-1 y del VIH-2 es el ser humano infectado.⁽¹²⁾

La **transmisión está descrita de numerosas formas**. Puede ser horizontal y vertical. La **vertical** es la transmisión materno-infantil, durante el embarazo, el parto y la lactancia y representa un 1% de los casos en los países desarrollados y más de un 10% en Sudamérica y África. La **transmisión horizontal** incluye la *vía sexual* (heterosexual y homosexuales masculinos), la transmisión parenteral en usuarios de drogas por vía parenteral que comparten material de inyección, la transmisión parenteral por transfusión de sangre y hemoderivados, la transmisión en el trasplante de órganos sólidos y la transmisión por contactos accidentales con productos contaminados (sobre todo en profesionales sanitarios y de laboratorio). NO se ha documentado un solo caso de transmisión por artrópodos vectores o por contacto social/casual.

El **periodo de incubación**, entendido como el tiempo transcurrido desde la infección a los síntomas del Síndrome Agudo por el VIH es

de 3-6 semanas y la media de tiempo entre *la* infección inicial y la aparición del SIDA, sin tratamiento, es de unos 10 años, pero es un periodo muy variable.

La **transmisibilidad** se mantiene mientras persiste la infección en el individuo afecto, es decir, *toda su vida*. La capacidad de contagio depende de factores como la cuantía del virus en el inóculo (viremia alta) y la compartimentalización del virus en los distintos fluidos. En **viajeros el riesgo de infección por VIH** y otras enfermedades de transmisión sexual depende fundamentalmente del comportamiento y de la asunción de riesgos (relaciones sexuales sin protección) y la prevalencia de la infección en la población del país visitado. La asunción de riesgos está influenciada por muchos factores, incluyendo el cambio en el entorno social y el consumo de alcohol y otras sustancias

Estupefacientes, siendo, en general, los viajeros más jóvenes los que asumen más esta conducta de riesgo. También existen ciertos grupos de viajeros con un mayor riesgo conocido de infecciones de transmisión sexual/VIH: marinos, conductores de camión de larga distancia, viajeros de negocios, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores migrantes/expatriados expatriados, y, lógicamente, los viajeros conocidos como “turistas sexuales”, que buscan sexo con profesionales en países de alta prevalencia de infección. En cuanto a la susceptibilidad a la infección es *generalizada*, es decir, todos los seres humanos son susceptibles. Pero desde el principio de la epidemia se hizo evidente que existían *determinados individuos con aparente* resistencia a la infección, ya que realizaban prácticas de riesgo reiteradas sin protección y no se infectaban.

Su resistencia aún no está aclarada y probablemente se deba a múltiples factores virológicos, genéticos e inmunológicos. (13)

2.2.3 SITUACIÓN MUNDIAL

La infección por VIH y el SIDA se han configurado como una pandemia a lo largo de las 2 últimas décadas del siglo XX y los primeros años de este nuevo siglo. A finales de 1998 había en el mundo 33,4 millones de personas infectadas por el VIH y 13,9 millones de muertes registradas por su causa hasta ese momento. De ellas, 3,2 millones correspondían a menores de 15 años. En el año 2002 las estimaciones llegaron a más de 40 millones de infectados disminuyendo progresivamente en términos generales hasta las cifras actuales, unos 34 millones de infectados en 2011 a nivel mundial.

Pero, según datos de UNAIDS (ONUSIDA) **las nuevas infecciones por VIH están disminuyendo a nivel global**. En 2011, se estima hubo 2,5 millones de nuevos infectados por el VIH, cifra considerablemente menor que los 3,1-3,2 millones que se infectaron en 1999 y 1997, respectivamente. Así, en 33 países, la incidencia del VIH ha disminuido en más del 25% entre 2001 y 2009, destacando que 22 de estos países se encuentran en el África Subsahariana, a pesar de seguir siendo la región con mayor número de nuevas infecciones. El Caribe es la región con mayor disminución en el nº de infecciones nuevas desde 2001 (un 42% menos).

Los datos también destacan, *por el contrario*, que en los países de mayor desarrollo, la tendencia es más estable y no disminuye la incidencia en general, y que **existen zonas** del mundo en las que la tendencia es preocupante. Desde 2001, los casos de nuevos infectados en Oriente Medio y en el Norte de África se han incrementado en más del 35%. También está aumentado la incidencia de la enfermedad en Europa del Este y Asia Central, zonas en las que anteriormente estuvo estabilizada.

El **África Subsahariana**, la región más intensamente afectada, la mayoría de los casos provenientes de transmisión sexual heterosexual. En otras regiones, como el **Sudeste Asiático y la Europa del Este**, el VIH se introdujo algo más tarde pero se encuentra ahora en rápida expansión. En **los países más desarrollados** viven menos del 5% de las personas infectadas, la mayoría de las cuales contrajeron la infección por prácticas homosexuales entre varones o por compartir material de inyección de drogas y, en menor medida, por transmisión sexual heterosexual. En estos países los esfuerzos en materia de prevención y los avances en la terapia antirretroviral han permitido detener la progresión de la epidemia, pero estas medidas no han podido aplicarse y han tenido muy poco impacto en regiones con escasez de recursos económicos.

En **Europa (región OMS)**, en el año **2010**, había 2,3 millones de personas infectadas por VIH, de los que 1,5 millones vivían en Europa oriental y Asia central. En 2011 se notificaron 53.974 nuevos casos en 50 de los 53 países de esta región. Los perfiles de infección entre países son muy variables, mostrando ejemplos como que la tasa de nuevas infecciones variaba desde los 0,2 casos por 100.000 habitantes en Bosnia y Herzegovina y en la Antigua República Yugoslava de Macedonia, hasta los 36,4 y 44,1 casos/100.000 habitantes en Ucrania y la Federación Rusa, respectivamente. Las mayores tasas de nuevas infecciones en la **Unión Europea** de este año se encontraban en el Reino Unido (10,7 por 100.000), Bélgica (11,0) Letonia (12,2) y Estonia (27,8). **En 2011**, los países de la Región Europea de la OMS aprobaron el “Plan de Acción Europeo para el VIH / SIDA 2012-2015”, cuyo objetivo es conseguir cero nuevas infecciones por VIH,

cero discriminaciones y cero muertes relacionadas con el SIDA en la región.

En España, la infección *por* VIH se extendió con rapidez durante los años 80, fundamentalmente en el colectivo de los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), que representaban 2/3 de los casos. También se extendió, aunque menos abruptamente, entre *varones homosexuales*. El retraso en la puesta en marcha de los programas de reducción de daños asociados al consumo de drogas inyectadas situó a España a la cabeza de la Europa occidental en cuanto a nº de casos de SIDA.

A inicios de los 90, ante la vedad de la situación, se intensificaron a los programas de prevención comenzó a descender la transmisión del VIH en los grupos más susceptibles. Con la extensión de las *terapias* antirretrovirales de alta eficacia en 1997, mejoró considerablemente la situación inmunológica y el pronóstico y calidad de vida de los infectados por VIH. *Esto se tradujo en una rápida reducción de la incidencia de SIDA* (la bajada fue superior al 60% en los 4 años siguientes) y en una caída de la mortalidad de un 67% en sólo 2 años. En 2011 se notificaron 2.763 nuevos diagnósticos en nuestro país (84,1/millón de habitantes).

Actualmente se estima que en España hay entre 120.000 y 150.000 personas vivas que padecen la infección por VIH y más de una cuarta parte de ellos permanece sin diagnosticar. Las tasas son 3 veces mayores en hombres que en mujeres y 7 veces mayores en residentes en medio urbanos que en residentes rurales. Aproximadamente la mitad de los infectados vivos habrían contraído el VIH por compartir material de inyección, el 20-25% por prácticas homosexuales no protegidas y sobre un 30 % por prácticas heterosexuales de riesgo.

Pero, a pesar del evidente retroceso en la transmisión del VIH, **España todavía presenta cifras de incidencia anual elevadas comparadas con otros países de Europa.** Otra característica importante del SIDA en nuestro país es que el descenso de las infecciones nuevas en UDVP ha llevado a aumentar la importancia de la transmisión sexual. En varones homosexuales también ha disminuido la prevalencia de VIH pero de forma menos pronunciada. Las parejas sexuales de personas infectadas (fundamentalmente las parejas de UDPV) presentan unas altas tasas de infección.

En mujeres que ejercen la prostitución la prevalencia se mantiene relativamente baja, por debajo del 2%, siendo más elevada en los varones que la ejercen. También se ha reducido la incidencia en la transmisión vertical (madre-hijo), gracias a la recomendación de la prueba de VIH en todas las embarazadas, lo que ha aumentado el uso del tratamiento antirretroviral durante el embarazo de las infectadas. Destaca también, que en 2010, el 38,4% de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH se realizó en personas originarias de otros países (frente al 31% del año 2004).⁽¹⁴⁾

2.2.4 SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA EN EL PERÚ

Primeros casos de SIDA en el Perú

En el Perú el primer caso de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) fue identificado el año 1983, por el Dr. Raúl Patrucco quien en el año 1985 publica en la Revista Diagnóstico Volumen 16 Número 5, una serie de 9 casos de SIDA (8 homosexuales y un paciente hemofílico). El primero de ellos fue un paciente de 37 años residente en EEUU (New York), homosexual, usuario de drogas, con múltiples compañeros sexuales que manifiesta la enfermedad en enero del año 1982 en los EEUU y

regresa al Perú donde fue hospitalizado en mayo del año 1983. Entre los pacientes homosexuales 7 fueron peruanos, 4 de ellos residentes durante mucho tiempo en el extranjero y 3 que nunca salieron fuera del país, pero que tuvieron frecuentes contactos con homosexuales extranjeros. En estas circunstancias se confirmó la presencia de casos de SIDA en el país; sin embargo, hasta ese momento no se tenía evidencia de transmisión del VIH entre peruanos que no habían salido del país. Durante el año 1985 el Dr. Peralta T. y colaboradores, publican en la Revista de Gastroenterología del Perú, el reporte de un caso de un paciente de 41 años, soltero, de ocupación peluquero, de nacionalidad peruana, que vivió entre los años 1969 y 1981 en la ciudad de New York y que regresa al Perú en el año 1981 aparentemente sano. Este paciente tenía antecedentes de sífilis en el año 1972, consumo ocasional de marihuana y pasta básica de cocaína, no usuario de drogas endovenosas.

El cuadro clínico que presentó fue diarrea persistente, disfunción ponderal acentuada, luego candidiasis oral y fiebre 9 meses antes de su hospitalización. ⁽¹⁵⁾

2.2.5 SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Primeros casos de SIDA en el Mundo y Latinoamérica

Los primeros casos del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana en el mundo fueron reconocidos entre los años 1980 y 1981. En los Estados Unidos, los primeros casos reportados fueron 5 hombres jóvenes, homosexuales con diagnóstico de Neumonía por *Pneumocystis carinii* en tres hospitales de la ciudad de Los Ángeles California. Poco tiempo después la infección por VIH aparece en Latinoamérica y los países más afectados fueron inicialmente Brasil y

México. La prevalencia de VIH en América Latina y el Caribe ha evolucionado concentrándose más en los países de Centro América y el Caribe ha evolucionado paulatinamente. Los primeros casos de SIDA en Latinoamérica fueron diagnosticados en inmigrantes haitianos hasta 1985, los países del Caribe y Brasil reportaban el mayor número de casos procedentes de Latinoamérica.

Desde entonces la epidemia del VIH en América Latina y el Caribe ha progresado para el año 1988 sólo Guyana Francesa y Belice presentaban un patrón de epidemia generalizada.

Diez años después en 1998 los países del Caribe como República dominicana, Haití, Honduras y Jamaica llegaron a prevalencias que fluctuaron entre 1% y 12%. Hasta el año 2003 México, Panamá, Brasil, Perú, Colombia, Venezuela, Argentina, Uruguay mantenían todavía una prevalencia de VIH en adultos menor del 1% lo cual los clasificaba como países con nivel de epidemia concentrada. ONUSIDA considera que en América Latina hasta finales del 2005 se infectaron por VIH entre 100,000 y 420,000 personas, lo que eleva a 1.6 millones el número de personas que viven con el virus en esta región. Brasil alberga más de un tercio de las personas que viven con VIH en América Latina, sin embargo, la epidemia del VIH es más intensa países pequeños como Belice y Honduras donde el 1.5% de los adultos vivían con VIH en el 2005.

Argentina, Bolivia, Colombia, Uruguay, Ecuador y Perú registran prevalencia de VIH en varones que tienen sexo con varones entre 15% y 30%, según el país. Asimismo, la prevalencia en profesionales del sexo femeninas es más baja (0.1% y 5%) en comparación con los varones que tienen sexo con varones. En Brasil la respuesta contra el SIDA ha sido encomiable.

La prevalencia de VIH en adultos era de 0.5% (0.3%-1.6%) en el año 2005 y datos últimos registran que la transmisión de VIH por usuarios de drogas endovenosas está disminuyendo, sin embargo, los niveles máximos de infección por VIH corresponden a este grupo de alto riesgo. En Argentina la prevalencia nacional de VIH en adultos se mantuvo en 0.6% (0.3%-1%) en el 2005. Las personas privadas de la libertad en prisiones urbanas, los usuarios de drogas endovenosas y las relaciones sexuales no protegidas entre hombres que tienen sexo con otros hombres constituyen importantes potencializadores de la epidemia del VIH. En diversos países de América Latina se están detectando altos niveles de infección (entre 2% y 28%) en varones que tienen relaciones sexuales con varones.

Asimismo, la prevalencia de VIH en las profesionales del sexo femeninas y sus clientes es otro factor agregado, pero menos prominente. Conforme evoluciona la epidemia aumenta la proporción de mujeres infectadas y las que viven en condición de pobreza serían más vulnerables. La prevalencia del VIH en adultos en América Latina y el Caribe ha progresado de tal forma que durante el año 1988 sólo algunos países como Guyana Francesa y Belice presentaban un patrón de epidemia generalizada (Prevalencia de VIH entre 1% y 8%). En el año 1998 los países del Caribe como República Dominicana, Haití, Honduras y Jamaica mostraron un crecimiento progresivo y sus prevalencias fluctuaron entre 1% y 12%. Hasta el año 2003 México, Panamá, Brasil, Perú, Colombia, Venezuela, Argentina, Uruguay registraban todavía una prevalencia de VIH en adultos menor del 1% lo cual los clasificaba como países con nivel de epidemia concentrada.

En América Latina a finales del 2005 se infectaron por el virus del VIH 140,000 (100,00- 420,000) personas, lo que eleva a 1.6 millones

el número de personas que viven con el virus. Brasil alberga más de un tercio de las personas que viven con VIH en América Latina, sin embargo, la epidemia del VIH es más intensa en países pequeños como Belice y Honduras donde el 1.5% de los adultos vivían con VIH en el 2005. En diversos países de América Latina se están detectando altos niveles de infección (entre 2% y 28%) en varones que tienen relaciones sexuales con varones. Asimismo, la prevalencia de VIH en las profesionales del sexo femeninas y sus clientes es otro factor agregado, pero menos prominente. Conforme evoluciona la epidemia aumenta la proporción de mujeres infectadas y las que viven en condición de pobreza serían más vulnerables. La epidemia del VIH/SIDA en 25 años de evolución ha adquirido dimensiones catastróficas que podrían poner en riesgo la sobrevivencia de algunas poblaciones del continente africano que tienen una epidemia generalizada; es por ello, que no basta dar una sola mirada al tratamiento antirretroviral como la única solución, por el contrario, los niveles de prevalencia de VIH que se observan en la actual epidemia del VIH, exigen de manera urgente la consecución de diversos esfuerzos de manera sostenida, tanto en las estrategias de intervención en la parte de la prevención, tratamiento, atención integral de los pacientes y la disminución del impacto económico, social y cultural que lleva consigo la epidemia como en los determinantes de salud.⁽¹⁶⁾

2.2.6 FORMAS DE CONTAGIO DEL VIH

Saber **cómo se contagia el SIDA** es fundamental para poder evitar las conductas de riesgo. Para que pueda producirse la transmisión del VIH deben darse tres condiciones:

Evidentemente, es necesario que una de las personas presentes sea **portadora del VIH**. Ninguna conducta de riesgo (como por

ejemplo el sexo anal) supone un riesgo en sí misma si ninguna de las personas implicadas está infectada.

La **concentración de VIH** tiene que ser suficiente para que se pueda producir la transmisión. La sangre es el fluido corporal donde el virus está más concentrado. Por lo tanto, una pequeña cantidad de sangre bastaría para infectar a alguien. Sin embargo, con la misma cantidad de flujo vaginal no se produciría la transmisión porque el VIH está mucho menos concentrado en ese fluido.

Es necesario que el **VIH entre en la corriente sanguínea** para contraer el virus. La piel impide que el VIH se introduzca en el organismo, por lo tanto no basta con haber estado en contacto con un fluido contaminado, es necesaria una vía de entrada en forma de herida abierta, cortadura, fisura, desgarro, o a través del contacto con las membranas mucosas. Cuando una persona está infectada con VIH, puede transmitirlo a otras personas a través de los siguientes fluidos corporales:

- Sangre (las mayores concentraciones de VIH se encuentran en la sangre).
- Semen.
- Secreciones vaginales.
- Leche materna.
- Fluido pre-eyaculatorio. En este los niveles de concentración del VIH son muy bajos, pero existe riesgo.⁽¹⁷⁾

Contacto directo sangre-sangre: Es el caso de las transfusiones sanguíneas de pacientes infectados a sujetos sanos. Este tipo de contagio se produjo en la década de los 80 cuando todavía no se conocía bien la enfermedad y menos aún éramos capaces de detectar el virus en la sangre de los donantes. En la actualidad, toda la sangre que se usa en transfusiones y otros productos derivados, son

analizados sistemáticamente y es imposible que transmitan la infección por VIH. Esta vía sanguínea es la que también contagia el virus en el caso de los sujetos adictos a drogas por vía intravenosa que comparten jeringuillas para administrarse las drogas.

Contacto de líquidos corporales con la sangre: Cuando durante las relaciones sexuales el semen o las secreciones vaginales entran en contacto con el torrente sanguíneo de un sujeto sano, se produce la infección. Este contacto tiene lugar a través de pequeñas erosiones o heridas, incluso las que son diminutas y no apreciables a simple vista, que podemos tener en nuestros órganos sexuales -pene, vagina, región anal y rectal o bien en la boca

Transmisión madre-hijo: También denominada transmisión vertical, porque se produce durante el embarazo o gestación. Durante este período, la sangre de la madre infectada puede llegar a contactar con la del feto y transmitir el virus. Sin embargo, en general, la placenta actúa como un filtro eficaz y la mayoría de los contagios de este tipo se producen justo en el momento del parto. Es precisamente durante la fase expulsiva del mismo, es decir, cuando el recién nacido sale al exterior, en el momento en que existe un mayor riesgo de contacto de líquidos corporales, incluida la sangre, entre madre e hijo. Aunque menor, también conlleva riesgo la lactancia natural por lo que ésta está contraindicada en las madres seropositivas.

Cómo no se contagia el sida

Para infectar el organismo el VIH necesita entrar en la corriente sanguínea (ver Prevención del sida), y para ello precisa una vía de entrada, bien a través de heridas recientes, o infectando directamente las membranas mucosas de vagina, ano o recto, pene, boca, nariz y ojos. De otra forma, no es posible contraer el virus, por lo tanto el sida no se transmite en los siguientes casos:

Compartiendo vajilla (vasos, tazas, platos, copas) utensilios de cocina y cubiertos, ropa, o comida. El VIH no se transmite a través de la saliva, ni a través del aire, por lo tanto no hay peligro cuando se convive con personas infectadas, ni siquiera en el caso de compartir objetos, ropa y comida con ellos. Tampoco se corre ningún peligro por abrazar y besar a un enfermo, ni permaneciendo cerca cuando este tose o estornuda.

A través de los animales domésticos. El VIH no se puede transmitir del ser humano a los animales, ni viceversa. Los animales pueden ser portadores de otros virus que afecten a su propia especie provocándoles también deficiencias inmunológicas, pero no son portadores del VIH y, por lo tanto, no hay riesgo de que el ser humano se contagie por convivir con estos.

Al tener contacto con saliva, sudor, heces, orina o lágrimas. •Por picaduras de insectos. El caso de los mosquitos, que chupan la sangre, puede crear confusión, pero el mosquito no inyecta la sangre de una persona (infectada por VIH o no) en su siguiente víctima. Además, el virus solo puede vivir en células humanas. Los parásitos de la malaria, que es una enfermedad que sí transmiten los mosquitos, se reproducen en el organismo del insecto, lo que no sucede con el VIH.

Donando sangre, semen u órganos. Las agujas y el material empleados durante cualquier donación están esterilizados, por lo tanto, no existe riesgo alguno para el donante. Podría ser un riesgo para el receptor en caso de que no se siguieran los análisis necesarios, que son obligatorios.

Acudiendo a piscinas, recintos deportivos, baños, centros comerciales, cines, restaurantes, o cualquier otro lugar público, frecuentado por personas infectadas. (18)

2.2.7 IMPACTO DEL PROBLEMA

El VIH/SIDA es la epidemia de mayor mortandad de nuestra época. Más de 22 millones de seres humanos ya han perdido la vida y más de 42 millones viven actualmente con el VIH/SIDA. Aun si se descubriera hoy una vacuna contra el VIH/SIDA, de todas formas morirían prematuramente, debido al SIDA, más de 40 millones de personas. En muchos países, particularmente en África y en los países más afectados, como Botswana, Swazilandia y Zimbabwe, la epidemia del SIDA se ha propagado rápidamente, dejando tras de sí una estela de enfermedad, muerte, pobreza y dolor. En otros países la enfermedad se encuentra aún en sus primeras etapas. Recientemente el VIH/SIDA ha ganado fuerza en los países de mayor población del mundo. El número de infectados con el VIH ha llegado a 1 millón en China y a 6 millones en la India. Ya comienzan a hacerse sentir en esos países los efectos destructivos de la epidemia.

La epidemia no sólo ha cobrado la vida de seres humanos, sino que, además, ha impuesto una pesada carga en las familias, las comunidades y las economías. El dolor y la devastación que ya ha causado el VIH/SIDA es enorme, pero lo más probable es que los efectos venideros sean aún mayores, al seguir aumentando la incidencia de la enfermedad en un número creciente de países. Es difícil predecir con certeza el curso futuro de la epidemia. Mucho depende de que:

Se eduque a la población acerca de los peligros del virus y se la persuada a modificar su conducta; Se encuentren formas efectivas de impedir que se siga propagando el virus Se descubran nuevos medicamentos y tratamientos; Se movilicen los recursos financieros y humanos necesarios para llevar a cabo estas tareas

Poco después de declararse la epidemia, la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales empezó a estudiar la demografía del VIH/SIDA e incorporó el impacto del VIH/SIDA en las revisiones bienales de las estimaciones y proyecciones oficiales de las Naciones Unidas relativas a la población mundial.

El presente informe abarca un campo mayor, pues en él se analiza el impacto, más amplio, del VIH/SIDA en el desarrollo. El informe es una contribución al 38° período de sesiones de la Comisión de Población y Desarrollo, que se celebrará en 2005, con el tema “La población, el desarrollo y el VIH/SIDA, con especial referencia a la pobreza”. En él se presenta, además un panorama general de toda la gama de consecuencias de la epidemia del SIDA, que servirá de base para la revisión que deberá hacer en 2005 la Asamblea General sobre la aplicación de la Declaración de compromiso de las Naciones Unidas en la lucha contra el VIH/SIDA, aprobada en 2001 (A/RES/S-26/2).

Además de analizar el impacto demográfico del VIH/SIDA, el estudio destaca también los efectos del VIH/SIDA en las familias y los hogares, en la sostenibilidad agrícola, la actividad económica, el sector de la salud, la educación y el crecimiento económico de los países. La epidemia del VIH/SIDA ha anulado decenios de progreso en la lucha contra la mortalidad y ha comprometido gravemente las condiciones de vida de las generaciones actuales y futuras. La enfermedad produce efectos de esa magnitud porque debilita y da muerte a muchos adultos jóvenes, es decir, cuando se encuentran en los años más productivos para generar ingresos y cuidar las familias. Al destruir las familias, elimina a toda una generación de importancia crítica para la supervivencia de los integrantes de la sociedad más jóvenes y de mayor edad.

El impacto demográfico del VIH/SIDA

El VIH/SIDA ha tenido ya un impacto demográfico devastador, sobre todo en el África al sur del Sáhara. Se ha traducido en terribles pérdidas de vida y población. Las proyecciones de población recientes de las Naciones Unidas se prevén pérdidas aún más drásticas para los decenios venideros.

En World Population Prospects: The 2002 Revision (Perspectivas de la población mundial: revisión de 2002), publicación en que se consignan las estimaciones y proyecciones oficiales de las Naciones Unidas respecto de la población mundial, se incorporaron los efectos del VIH/SIDA en los 53 países más afectados, que es donde se encuentra más del 90% de los adultos que vi-ven con VIH/SIDA. En esos 53 países, el número anual de defunciones adicionales había llegado a 1 millón de personas a principios del decenio de 1990, a 3 millones en 2000 y a más de 4 millones en 2003.

Treinta y ocho de los 53 países, es decir, tres de cada cuatro, se encuentran en el África al sur del Sáhara. Se prevé que en esos países africanos, hasta 2025, se producirán 100 millones de muertes adicionales a consecuencia de la epidemia de VIH. En 2025, esos países tendrán un 14% menos de habitantes que si no se hubiera producido la epidemia, Aunque los efectos demográficos del VIH/SIDA en los países fueran de África son relativamente moderados y las tasas de incidencia menores, la pérdida de vidas sigue siendo enorme. Se prevé que, hasta 2025, el SIDA causará otros 31 millones de muertes en la India y otros 18 millones en China.

La mortalidad ha aumentado considerablemente en los países con alta prevalencia de VIH; en un decenio ha llegado a niveles sin

precedentes desde el decenio de 1950 o el de 1960. En los 38 países africanos más afectados, en 2020-2025, se habrán perdido casi 10 años de esperanza de vida; en los siete países de mayor prevalencia, se habrán perdido casi 30 años de esperanza de vida. Fuera de África, entre los países que se prevé que sufrirán una reducción considerable de la esperanza de vida se cuentan las Bahamas, Camboya, Haití, Myanmar y la República Dominicana.

Actualmente Botswana tiene la más alta tasa de prevalencia de VIH del mundo: más de uno de cada tres adultos es seropositivo. La esperanza de vida había alcanzado los 65 años en 1990-1995, pero se redujo a 56 años en 1995-2000 y actualmente es de aproximadamente 40 años, como resultado de la mortalidad provocada por el SIDA. Dentro de pocos años probablemente también comenzará a disminuir la población.

Si bien aún no se hace sentir plenamente el impacto económico del VIH/SIDA, las proyecciones de población para Botswana indican que en 2025 habrá un grave déficit de habitantes en edad de trabajar.

El impacto del VIH/SIDA en las familias y los hogares

El impacto inmediato de la epidemia de VIH/SIDA se hace sentir en los hogares. De hecho, las familias y los hogares llevan la carga más onerosa por ser las unidades primarias que deben hacer frente a la enfermedad y sus consecuencias. Las familias en que la persona infectada es la fuente de ingresos sufren, desde el punto de vista financiero, tanto por la pérdida de ingresos como por el aumento de los gastos de atención médica. Los hogares se van empobreciendo durante los largos períodos de enfermedad, debido a la pérdida de ingresos y a los costos de atender al familiar afectado. Diversos

estudios atestiguan que baja el nivel de consumo de los hogares, incluso en concepto de alimentos, lo que desemboca en malnutrición. La epidemia de VIH/SIDA plantea problemas adicionales en los lugares en que la enfermedad va acompañada de un grave estigma social.

Como las infecciones con VIH/SIDA se producen principalmente entre los adultos jóvenes, se pierde una proporción importante de la generación de padres jóvenes, con lo que la composición de las familias se modifica rápidamente. En los países muy afectados, aumenta el porcentaje de hogares encabezados por mujeres y abuelos, así como por huérfanos jóvenes. Cuando muere un miembro de la familia, el hogar puede quedar totalmente desarticulado y los niños deben irse a vivir con parientes o bien quedan abandonados a su suerte.

La enfermedad o muerte de un cónyuge tiene efectos particularmente severos en las sociedades en que la división del trabajo obedece principalmente a consideraciones de género, ya que el cónyuge que sobrevive no puede asumir el trabajo ni las responsabilidades del cónyuge enfermo o que ha fallecido. Por ejemplo, en el distrito Rakai de Uganda, las muertes ocasionadas por el SIDA han causado escasez de mano de obra en las labores agrícolas y domésticas.

En 2001, 14 millones de niños menores de 15 años habían perdido a uno o ambos padres debido al VIH/SIDA. De esos niños, 11 millones viven en el África al sur del Sáhara. Es probable que las cifras se dupliquen en 2010. Es común que los familiares acojan a los huérfanos en sus hogares, sobre todo en las sociedades africanas, pero el rápido aumento del número de huérfanos no puede menos que rebasar el Sistema tradicional de apoyo de las familias extendidas.

Muchos de los hogares a que llegan los huérfanos ya son pobres, por lo que darles lugar representa una carga importante. (19)

El impacto del VIH/SIDA en las empresas

La enfermedad afecta a las empresas comerciales tanto de los sectores agrícolas como no agrícolas. En los estudios disponibles sobre el impacto del VIH/SIDA se destaca el observado en el tamaño y la calidad de la mano de obra y en el costo de ésta cuando los trabajadores más productivos están demasiado enfermos para trabajar bien o siquiera trabajar y, a la postre, mueren. La pérdida de trabajadores debido al SIDA y los costos de proporcionar prestaciones de atención de la salud y por defunción han repercutido considerablemente en los empleadores.

El impacto en las empresas depende primordialmente de cinco factores: el número de empleados infectados; la función de éstos en la empresa; la estructura del proceso de producción y la capacidad de ésta para hacer frente a la pérdida de empleados; las prestaciones de atención de la salud que proporciona la empresa; y los efectos del VIH/SIDA en el entorno comercial lo más corriente es que en la primera etapa de la enfermedad los trabajadores puedan seguir trabajando, pero tomando más días de licencia anual o por enfermedad. Puede suceder que las compañías que otorgan prestaciones de enfermedad a los trabajadores y sus familias no estén en condiciones de pagar los gastos de atención de la salud ni los caros medicamentos que se utilizan en el tratamiento del VIH/SIDA. Por ejemplo, en un estudio hecho en Malawi se determinó que, en un período de cinco años, el número de muertes en una empresa había aumentado más de un 40%, lo que se había traducido en un aumento considerable de los pagos de prestaciones por defunción.

Los que tienen más probabilidades de contraer el VIH son los adultos jóvenes en sus mejores años de trabajo; los trabajadores jóvenes representan un número desproporcionado de las muertes por SIDA. Según los puestos que ocupen los trabajadores infectados, los efectos se hacen sentir en la producción y en la administración de la empresa. Los trabajadores más difíciles de reemplazar son los más cualificados y con mayor experiencia. Puede suceder también que se reduzca la demanda de bienes y servicios debido a que las familias afectadas tienen menos ingresos y acusan niveles más bajos de consumo.⁽²⁰⁾

El impacto del VIH/SIDA en la agricultura

El VIH/SIDA tiene efectos devastadores en la producción agrícola y en la viabilidad económica de las explotaciones agrícolas pequeñas y las empresas agrícolas comerciales. La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) ha determinado que en los 10 países africanos más afectados por el VIH/SIDA, en 2020 la mano de obra agrícola se habrá reducido entre 10% y 26%. Se calcula que en Botswana, Mozambique, Namibia y Zimbabwe se perderá por lo menos la quinta parte de los trabajadores agrícolas.

Entre las consecuencias de la pérdida de trabajadores agrícolas se cuentan la reducción de la tierra labrantía en explotación, el paso a cultivos que exigen menos mano de obra, la reducción del rendimiento de las cosechas y una escasez de mano de obra en los períodos de mayor demanda de trabajadores. La epidemia también acarrea la pérdida de conocimientos de métodos agrícolas y una reducción del número de trabajadores cualificados y con experiencia. Una encuesta realizada en Zimbabwe determinó que en los hogares afectados por el SIDA la producción agrícola se había reducido en casi un 50%. Otro estudio, centrado en el sector agrícola comercial de Kenya, determinó

que la morbilidad y mortalidad causada por el SIDA ya había causado profundos costos financieros, económicos y sociales.

El impacto del VIH/SIDA en los sistemas de salud

En muchos de los países más afectados, los sistemas de salud eran insuficientes aun antes del arribo del VIH/SIDA. La epidemia ha impuesto enormes demandas adicionales a esos sistemas, presionando al máximo los presupuestos de salud y los planes de seguros médicos. Además, los propios trabajadores de la salud están cayendo enfermos o muriendo, presa de la epidemia. Por lo tanto, a la vez que aumenta la demanda, se está reduciendo la oferta de servicios de salud disponibles.

Han venido aumentado los gastos correspondientes al tratamiento del SIDA y de las infecciones oportunistas comunes en las personas cuyos sistemas de inmunidad se han visto comprometidos por el VIH/SIDA. La asignación de los escasos recursos disponibles al tratamiento del VIH/SIDA ha reducido la atención que se presta a otros problemas de salud. Como los gobiernos, ante la epidemia del SIDA, se ven cada vez más exigidos para prestar servicios de salud por conducto del sector público, los gastos pertinentes, cada vez en mayor medida, deben correr por cuenta del sector privado y de los propios hogares y los particulares.

El impacto del VIH/SIDA en la enseñanza

El VIH/SIDA está anulando los progresos que se habían alcanzado para lograr una enseñanza primaria universal. El SIDA debilita los sistemas de enseñanza y conspira contra la asistencia de los niños a las escuelas. Es posible que, a la larga, la epidemia del SIDA se

traduzca en una baja del nivel y la calidad de la enseñanza, lo que reduciría el capital humano y retrasaría el desarrollo económico y social.

Los estudios realizados han revelado la existencia de una alta tasa de infección por VIH entre los maestros y administradores escolares, lo que afecta tanto a la calidad como a la cantidad de los recursos educativos. Es difícil re-emplazar a los maestros con experiencia. Según un estudio del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el número de defunciones de maestros ocurridas en Zambia en 1998 equivalió a perder aproximadamente dos terceras partes de los maestros que se capacitan anualmente. Por fuerza, los maestros con experiencia son reemplazados por maestros de menos experiencia y, por ende, baja la calidad de la educación. La calidad también se ve comprometida cuando el ausentismo de los maestros incide negativamente en el proceso de aprendizaje de sus alumnos.

Por otra parte, diversos estudios indican que los niños de las familias en que hay una persona infectada tienen menos probabilidades que los demás de seguir asistiendo a la escuela. Se les necesita para que ayuden en el hogar o salgan a trabajar. Las familias con menos medios no pueden pagar los gastos escolares. Según un estudio realizado en un distrito de Uganda con una alta tasa de infección, la matrícula total de tres escuelas primarias había experimentado una baja de un 60% entre 1989 y 1993. De la misma forma, los huérfanos de padre y madre tienen muchas menos probabilidades de seguir asistiendo a la escuela que otros niños. Una encuesta por hogares realizada en Kampala (Uganda) determinó que, en 1990, el 47% de los hogares en que había huérfanos no tenían suficiente dinero para enviar los niños a la escuela, en comparación con el 10% de los demás hogares (.21)

El impacto del VIH/SIDA en el crecimiento económico

La epidemia de VIH/SIDA representa una carga para la economía de cualquier país. Ello se aplica, en especial, a las economías débiles características de los países con altos niveles de prevalencia de VIH. En muchos de los países más afectados se han realizado estudios para preparar modelos sobre el impacto del VIH/SIDA en el crecimiento económico. En algunos casos, las estimaciones del impacto económico del VIH/SIDA han sido “bajas”; en otros, se han determinado reducciones anuales entre 2% y 4% del producto interno bruto anual, respecto de una situación hipotética en que no hay SIDA.

Más allá de esos efectos en el producto interno bruto, lo más probable es que la epidemia del VIH/SIDA exacerbe la desigualdad de ingresos y haga aumentar la pobreza.

Evidentemente, los efectos a largo plazo del VIH/SIDA en el bienestar y el desarrollo son más graves de lo que indican los análisis económicos. Por lo general, en las estimaciones de los efectos del SIDA en la actividad económica no se tienen en cuenta la pérdida de “capital social” ni los daños a largo plazo que sufre el capital humano, ya que el VIH/SIDA afecta directa e indirectamente a la educación, la nutrición y la salud de los niños. Las consecuencias de que se reduzca la inversión en el capital humano de las generaciones más jóvenes se harán sentir en el rendimiento económico durante decenios, y rebasarán mucho el período que abarca la mayoría de los análisis económicos.

2.3 DEFINICION DE TÉRMINOS

VIRUS DEL VIH/SIDA : El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un lentivirus (de la familia Retroviridae), causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). Fue descubierto y considerado como el agente de la naciente epidemia de sida por el equipo de Luc Montagnier en Francia en 1983. (22)

HOMOSEXUALIDAD: La homosexualidad es una orientación sexual que se define como la interacción o atracción afectiva, emocional, sentimental y sexual hacia individuos del mismo sexo. Etimológicamente, la palabra homosexual es un híbrido del griego homós (que en realidad significa «igual» y no, como podría creerse, derivado del sustantivo latino homo, «hombre») y del adjetivo latino *sexualis*, lo que sugiere una relación sentimental y sexual entre personas del mismo sexo.(23)

HETEROSEXUALIDAD: es una orientación sexual predominante (y en muchos países también obligatoria) caracterizada por el deseo y la atracción hacia personas del sexo opuesto. Un hombre heterosexual se siente atraído por las mujeres, mientras que una mujer heterosexual siente atracción por los hombres.(24)

BISEXUALIDAD es una orientación sexual que se caracteriza por la atracción sexual, afectiva y emocional hacia individuos de ambos sexos.

Dentro de la tradición occidental, los primeros registros de naturaleza bisexual se remontan a la antigua Grecia pues, según dichos testimonios, este tipo de relación se practicó incluyendo a la alta sociedad, como reyes o gobernadores de Grecia.(25)

GENERO: del inglés gender es un término técnico específico en ciencias sociales que alude al «conjunto de características diferenciadas que cada sociedad *asigna* a hombres y mujeres». Entonces, al hablar de género se está remitiendo a una categoría relacional y no a una simple clasificación de los sujetos en grupos identitarios; según la Organización Mundial de la Salud, éste se refiere a «los roles socialmente contruidos, Comportamientos, actividades y atributos que una sociedad considera como apropiados para hombres y mujeres”, así, en términos generales guarda relación con las diferencias sociales.(26)

FORMA DE CONTAGIO: El VIH se contagia a través del semen, la sangre, las secreciones vaginales y la leche materna. Estos son los fluidos corporales que presentan una concentración del virus suficiente como para infectar a una persona.

2.4 HIPOTESIS

2.4.1 HIPÓTESIS GENERAL

La hipótesis no aplica

2.5. VARIABLES

2.5.1 DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE:

Pacientes con VIH.SIDA: La infección por el VIH es una enfermedad que puede destruir gradualmente el sistema inmunitario, lo cual hace que para el cuerpo sea más difícil combatir infecciones. Cuando esto sucede, la persona tiene el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida).

Genero: del inglés *gender* es un término técnico específico en ciencias sociales que alude al «conjunto de características diferenciadas que cada sociedad *asigna* a hombres y mujeres».

Opción sexual: La orientación sexual, tendencia sexual o inclinación sexual refiere a un patrón de atracción sexual, erótica, emocional o amorosa a determinado grupo de personas definidas por su sexo. La orientación sexual y su estudio, pueden ser divididos en tres principales partes, siendo la heterosexualidad ; homosexualidad; bisexualidad

Grupo etario: La palabra etario proviene en su etimología del latín “aetas” cuyo significado es “edad”, siendo un neologismo

Posibles contagios: El VIH se contagia a través del semen, la sangre, las secreciones vaginales y la leche materna.

2.5.2 DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE

Variable independiente

Paciente con VIH/SIDA

Variable dependiente

Genero

Opción sexual

Grupo etario

Posibles contagios

2.5.3 OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

| Variable | Definición Conceptual | Tipo | Naturaleza | Escala | Indicador | Instrumento | Fuente |
|-----------------------|--|---------------|-------------|---------|--|--------------|-----------------------|
| PACIENTE CON VIH/SIDA | La infección por el VIH es una enfermedad que puede destruir gradualmente el sistema inmunitario, lo cual hace que para el cuerpo sea más difícil combatir infecciones. Cuando esto sucede, la persona tiene el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) | Independiente | Cualitativa | Nominal | Positivo | CUESTIONARIO | PACIENTE CON VIH/SIDA |
| GENERO | Genero del inglés <i>gender</i> es un término técnico específico en ciencias sociales que alude al «conjunto de características diferenciadas que cada sociedad <i>asigna</i> a hombres y mujeres». | Dependiente | Cualitativa | Nominal | Masculino Femenino | CUESTIONARIO | PACIENTE |
| OPCION SEXUAL | La orientación sexual, tendencia sexual o inclinación sexual refiere a un patrón de atracción sexual, erótica, emocional o amorosa a determinado grupo de personas definidas por su sexo. La orientación sexual y su estudio, pueden ser divididos en tres principales partes, siendo la heterosexualidad ; homosexualidad; bisexualidad | Dependiente | Cualitativa | Nominal | Heterosexual HOMOSEXUAL BISEXUAL | CUESTIOMARIO | PACIENTE |

| | | | | | | | |
|------------------|--|-------------|--------------|------------|--------------------------|--------------|----------|
| GRUPO ETARIO | La palabra etario proviene en su etimología del latín "aetas" cuyo significado es "edad", siendo un neologismo | Dependiente | Cuantitativa | Continua | 18-25 26-33 34 a + | CUESTIONARIO | PACIENTE |
| POSIBLE CONTAGIO | El VIH se contagia a través del semen, la sangre, las secreciones vaginales y la leche materna | Dependiente | Cualitativa | Dicotómica | Directa Indirecta | CUESTIONARIO | PACIENTE |

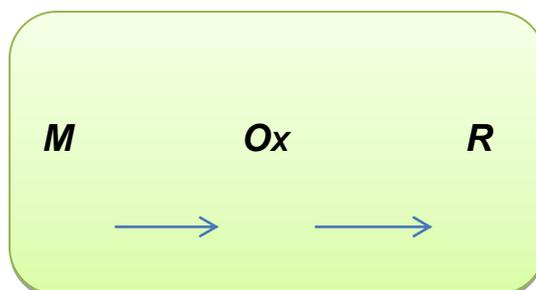
CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Tipo : no experimental pues no se modificaran las variables descriptivas pues tiene 1 variable ,transversal debido a que la variable se medirá en una sola vez , prospectiva pues la medición de las variables son planificadas

Nivel: descriptiva, pues el objetivo es determinar el perfil epidemiológico del paciente con VIH/SIDA que pertenece al programa targa del hospital “san juan de dios “de pisco

Diseño: el siguiente esquema corresponde a este tipo de diseño



Dónde:

M=muestra de historias clínicas

OX= observación

R=resultado

3.2 DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se desarrollara en la población atendida por el personal profesional de Enfermería en el Hospital “**SAN JUAN DE DIOS** “de la Provincia de Pisco, en el periodo comprendido del Mes de Enero 2015; específicamente en los pacientes del PROGRAMA DE TARGA

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: la población está constituida todos los pacientes que pertenecen al programa targa del hospital “san juan de dios “de pisco en el mes de Enero del 2015 que es de 250 pacientes

MUESTRA

$$N = \frac{n(z)^2pq}{d^2(n-1) + (z)^2pq}$$

DONDE:

N=TOTAL DE POBLACION

Z=1.96(CON SEGURIDAD DEL 95%)

P= PROPORCION ESPERADA (EN ESTE CASO 50%=0.5)

P=1-P (EN ESTE CASO 1-0.5=0.5)

D=PRECISION (5%)

$$N = \frac{250(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2(250-1)+(1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

N=150

CRITERIO DE INCLUSION: pacientes con la enfermedad y que colabore con el interrogatorio

CRITERIO DE EXCLUSION: paciente que no se encuentren diagnosticados positivamente con la enfermedad; o aquellos que no presenten su disponibilidad para la aplicación del instrumento.

3.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

La técnica a ser utilizada será de la Encuesta; cuyo instrumento constara de un cuestionario; el mismo que será aplicado con la confidencialidad requerida.

3.5 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para el proceso de recolección el instrumento a utilizar es el cuestionario, el cual nos permitirá el recojo de la información; es importante indicar:

El cuestionario se iniciara con un breve texto que explique el objetivo o propósito del estudio, a la vez se hará alusión a lo inestimable de la colaboración y se les agradecerá por haberse tomado el tiempo de responder el cuestionario.

Así mismo se garantizara el anonimato y la confidencialidad de las respuestas, esto ayudara a ganar la confianza del encuestado y a facilitar que responda con más libertad. Las preguntas a realizar son cerradas y/o dicotómicas y excluyentes, cerradas con varias alternativas de respuesta y excluyente.

El cuestionario estuvo conformado por: Presentación, instrucciones, datos generales y datos específicos en relación a los Percepción de la Satisfacción de la atención brindada por el Personal de Enfermería en el programa targa

del hospital “san juan de dios “de pisco Constó de 06 Ítems., a lo que además se aplicara una lista de Cotejo para 04 aspectos importantes con indicadores de valoración y determinar la calidad de atención del personal de enfermería.

En cuanto a la autorización para la recolección de datos se realizó los trámites administrativos respectivos con el área de capacitación, luego que se obtuvo la autorización y se coordinó con la Jefatura de Enfermería, Asimismo se estableció la debida coordinación con la enfermera responsable del programa targa, para la realización del estudio y aplicación del instrumento.

En cuanto al proceso el cuestionario fue reproducido tomando en cuenta el número de la muestra, así como la prueba de Validez y Confiabilidad los datos fueron recolectados en el programa targa del hospital “san juan de dios “de pisco; informando y orientando a la enfermera responsable del programa acerca del instrumento previa aplicación, ésta se realizó durante el mes de Enero 2015; con una duración de 10 min, por cada cuestionario., 10 minutos para la aplicación de la lista de cotejo.

En cuanto a la Fuente, está constituida por los pacientes que serán entrevistados en el programa targa del hospital “san juan de dios Pisco; con todos los paciente hospitalizados en el periodo de aplicación de la presente investigación.; y la observación de los desempeños de los profesionales de enfermería en relación directa a indicadores de importancia

3.6 PLAN DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Para el proceso de recolección de datos se establecerá un plan previo el mismo que se dará inicio una vez aprobado el proyecto para su ejecución ; para su procesamiento se aplicara el software SPSS.V22; de donde se obtendrán las tablas que se procesaran en el programa Excel y que posteriormente se obtendrán los gráficos correspondientes

**CAPITULO IV:
RESULTADOS**

Tabla N° 01

Según género

| GÉNERO | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------|-------------------|-------------------|
| MASCULINO | 92 | 61.3 |
| FEMENINO | 58 | 38.7 |
| Total | 150 | 100.0 |

Fuente: Hospital San Juan de Dios de Pisco

La tabla muestra que el sexo masculino sigue siendo el más afectado por esta enfermedad con 61.3%.

Gráfico N° 01



Fuente: Hospital San Juan de Dios de Pisco

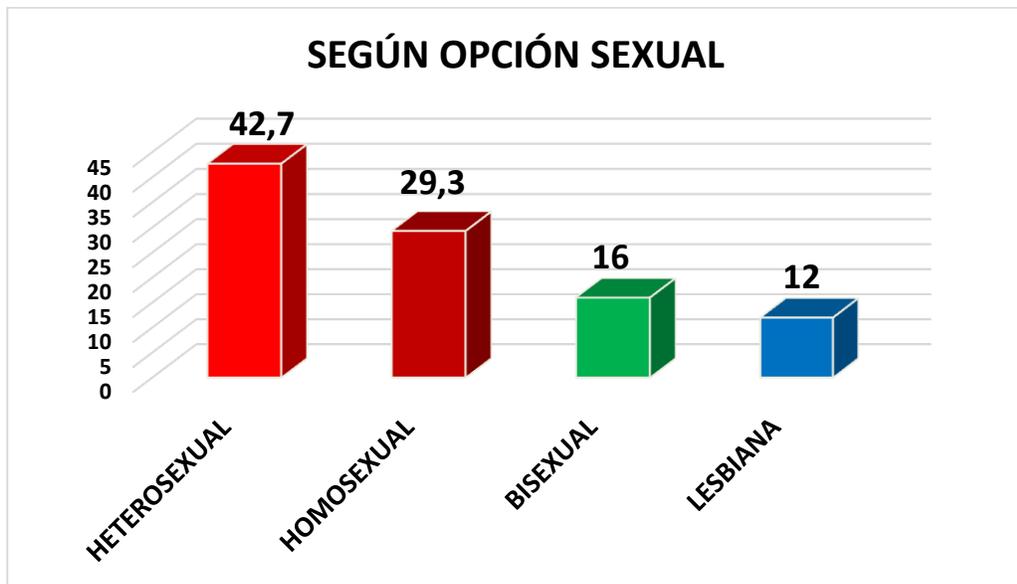
Tabla N° 02
Según opción sexual

| OPCIÓN SEXUAL | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| HETEROSEXUAL | 64 | 42.7 |
| HOMOSEXUAL | 44 | 29.3 |
| BISEXUAL | 24 | 16.0 |
| LESBIANA | 18 | 12.0 |
| Total | 150 | 100.0 |

Fuente: Hospital San Juan de Dios de Pisco

La tabla muestra que el 42.7% de los pacientes son heterosexuales entre hombres y mujeres, mientras que el 29.3% de los hombres son homosexuales, el 16% manifiesta ser bisexual, y el 12% de mujeres lesbiana.

Gráfico N° 02



Fuente: Hospital San Juan de Dios de Pisco

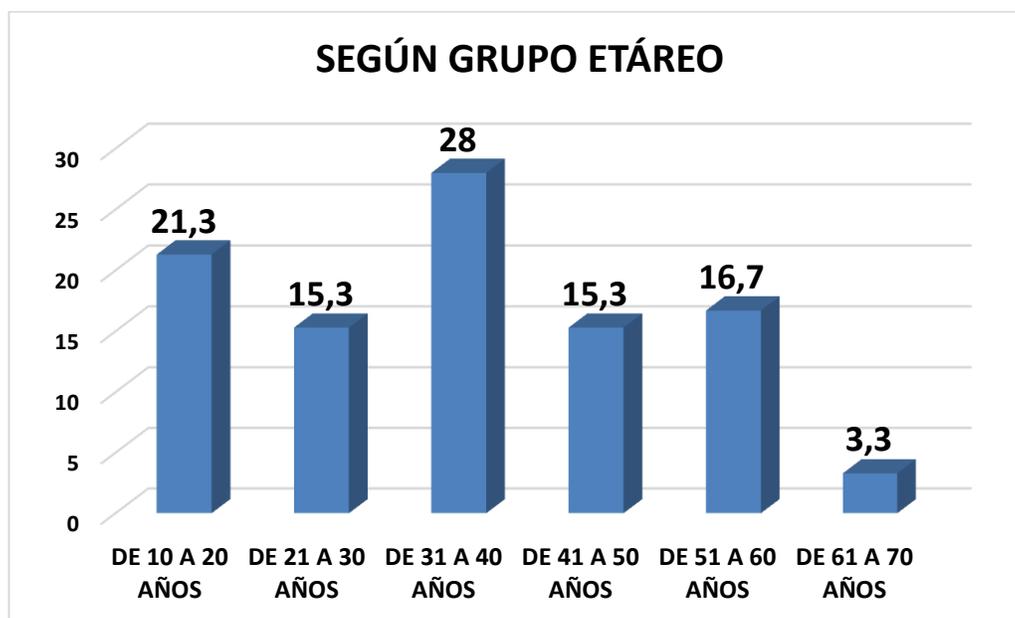
Tabla N° 03
Según grupos etáreos

| GRUPO ETÁREO | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|-------------------|-------------------|
| DE 10 A 20 AÑOS | 32 | 21.3 |
| DE 21 A 30 AÑOS | 23 | 15.3 |
| DE 31 A 40 AÑOS | 42 | 28.0 |
| DE 41 A 50 AÑOS | 23 | 15.3 |
| DE 51 A 60 AÑOS | 25 | 16.7 |
| DE 61 A 70 AÑOS | 5 | 3.3 |
| Total | 150 | 100.0 |

Fuente: Hospital San Juan de Dios de Pisco

La tabla muestra que los grupos etáreos menores de 40 hacen la mayoría 64.7% debido a que este grupo sería más promiscuo que los mayores.

Gráfico N° 03



Fuente: Hospital San Juan de Dios de Pisco

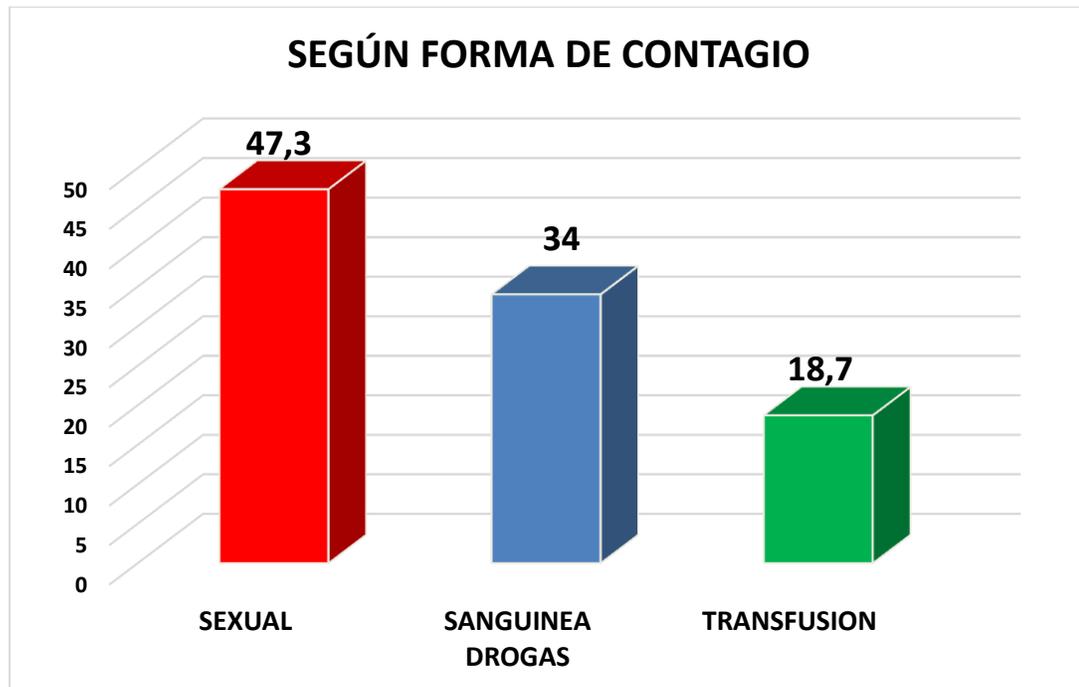
Tabla N° 04
Según forma de contagio

| FORMA DE CONTAGIO | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------|------------|------------|
| SEXUAL | 71 | 47.3 |
| SANGUINEA DROGAS | 51 | 34.0 |
| TRANSFUSION | 28 | 18.7 |
| Total | 150 | 100.0 |

Fuente: Hospital San Juan de Dios de Pisco

La tabla muestra que la forma de contagio más frecuente es la sexual con 47.3%, mientras que la sanguínea producto de inyección de drogas 34% y por transfusión el 18.7%

Gráfico N° 04



Fuente: Hospital San Juan de Dios de Pisco

Tabla N° 05

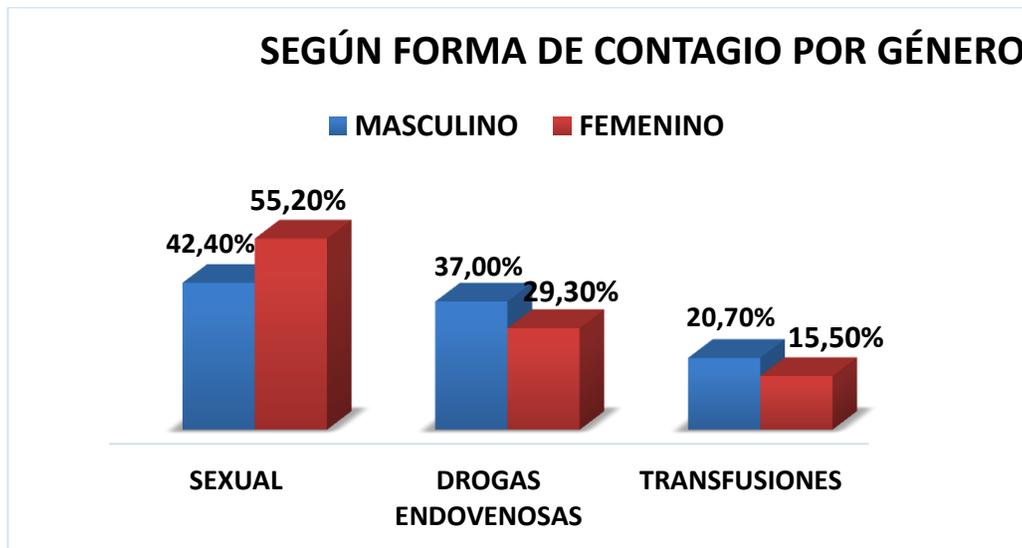
Según forma de transmisión por género

| | MASCULINO | FEMENINO | TOTAL |
|-------------------|-----------|----------|--------|
| SEXUAL | 39 | 32 | 71 |
| | 42,4% | 55,2% | 47,3% |
| DROGAS ENDOVENOSO | 34 | 17 | 51 |
| | 37,0% | 29,3% | 34,0% |
| TRANSFUSION | 19 | 9 | 28 |
| | 20,7% | 15,5% | 18,7% |
| Total | 92 | 58 | 150 |
| | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Fuente: Hospital San Juan de Dios de Pisco

La tabla muestra que la transmisión sexual es más frecuente el sexo femenino, mientras que las drogas endovenosas son la fuente de contagio más frecuente el sexo masculino, y la transfusión sanguínea tiene ligera predominancia en el sexo masculino.

Gráfico N° 05



Fuente: Hospital San Juan de Dios de Pisco

CAPITULO V:

DISCUSION

En la investigación se encontró una mayor prevalencia de esta enfermedad en el sexo masculino, ello probablemente a la mayor incidencia de promiscuidad y actitudes de riesgo que se observa en este grupo de pacientes, son ellos los que presentan actitudes de riesgo mayor que la femenina pues presentan relaciones sexuales homosexuales o bisexuales, así como la incidencia de drogadicción es mayor en el género masculino, que en algunas ocasiones se convierte en actitud de riesgo al tener relaciones sexuales irresponsables.

Mientras que al analizar la muestra según su opción sexual se encuentra una alta prevalencia de homosexuales en esta patología 29.3% lo que le convierte a este grupo de personas en un estado de vulnerabilidad para esta enfermedad pues la prevalencia de homosexuales a nivel de toda la población es mucho menor, también se observa una alta prevalencia de bisexualismo es decir personas que tienen relaciones sexuales con ambos géneros. Ello no manifiesta que son los únicos grupos en riesgo, tenemos un 42.7% de contagiados en personas heterosexuales ya sea masculinos o femeninos lo

que demuestra que la enfermedad ya se encuentra diseminada en todos los grupos de opciones sexuales.

También se analizó la prevalencia de del VIH/SIDA según grupos etarios siendo más frecuentes en los menores de 40 años que es la edad de mayor promiscuidad en relación a los mayores de 40 años, lo que demuestra que las actitudes de riesgo para tener esta enfermedad se encuentra en mayor proporción en los menores de 40 años, por lo que se debe tener mayor monitoreo o mayores intervenciones en este grupo de pacientes a fin de disminuir la prevalencia de la enfermedad.

Al examinar las probables fuentes de contagio se encontró que la sexual es la más frecuente con 47.3%, mientras que la sanguínea producto de inyección de drogas es de 34% y por transfusión sanguínea es el 18.7%, lo que demuestra que la actitud sexual es un factor importante en la forma de contagio de esta enfermedad lo que pone en evidencia que se debe intervenir en estas actitudes de riesgo si deseamos disminuir la prevalencia de esta enfermedad.

Finalmente al comparar género y forma de contagio se observa una mayor prevalencia de contagio sexual en el sexo femenino 55,2% en el femenino en comparación con el 42.4% en el masculino, también se demostró que la forma de contagio por jeringas contaminadas entre pacientes drogadictos es más frecuente en el sexo masculino lo que es de prever pues es en este grupo que la prevalencia de uso de drogas endovenosas es más recuente. Mientras que las transfusiones sanguíneas por cualquier motivo tienen una ligera mayor prevalencia en el sexo masculino

CONCLUSIONES

1. **El 42.7% de los pacientes** son heterosexuales entre hombres y mujeres, mientras que el 29.3% de los hombres son homosexuales, el 16% es bisexual, y el 12% de mujeres son lesbiana.
2. **Los grupos etáreos** menores de 40 tienen mayor prevalencia de VIH/SIDA con 64.7% en comparación con los mayores de 40 años.
3. **La forma de contagio** más frecuente es la sexual con 47.3%, mientras que la sanguínea producto de inyección de drogas 34% y por transfusión el 18.7%.
4. **La transmisión sexual** es más frecuente el sexo femenino 52.2% en comparación con el 42.4% en los masculinos. Las drogas endovenosas son la fuente de contagio más frecuente el sexo masculino 37% comparando con el sexo femenino que presenta un 29.3%.
5. **La transfusión sanguínea** tiene ligera predominancia en el sexo masculino 20.7% en comparación con el 15.5% en el sexo femenino.

RECOMENDACIONES

1. **Insistir en una mejor** educación sexual tanto por parte del ministerio de salud como por los padres a fin de evitar compañías riesgosas que favorezcan opciones sexuales que finalmente presentan muchas mayores prácticas de riesgo para contagiarse de VIH/SIDA.
2. **Realizar mayor control** por parte de las autoridades en el control de la drogadicción pues los menores de 40 años son los más vulnerables, inculcando además mayor educación en este grupo etéreo, pues un paciente educado disminuye su riesgo para contraer esta enfermedad.
3. **Promover una** mayor educación sexual a todo nivel tanto educación, población, universidades, institutos o en cualquier lugar donde se pueda educar para prevenir esta enfermedad.
4. **Controlar el expendio** de estupefacientes que puedan ser utilizadas provocando actitudes y prácticas de riesgo en los que lo consumen. Promover actitudes y prácticas sexuales saludables.
5. **Promover uso** del condón como medio eficiente de controlar esta enfermedad

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Ministerio de salud del Perú, análisis de la situación epidemiológica del VIH/sida en el Perú, 2013 disponible en <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/ASISVIH2013.pdf>
2. Cifras estadísticas sobre el VIH/sida en el Perú, américa latina y el mundo disponible en <http://www.inppares.org/previniendoestadisticasitsvihsida>
3. La epidemia mundial de sida - datos clave mundiales año(2014) disponible en <http://www.unaids.org/es/resources/campaigns/2014/2014gapreport/factsheet>
4. Sida disponible en <http://www.monografias.com/trabajos5/sida/sida.shtml>
5. Jorge Enrique MACHADO ALBA,(2010), efectividad del tratamiento antirretroviral en pacientes con diagnóstico de vih/sida de dos ciudades de Colombia disponible en https://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2011/hdl_2072_116886/TR_MachadoAlba.pdf
6. FERNANDEZ, M., MALDONADO, L., RODRIGUEZ, G., y SALINAS, F. (2010): Manejo de las necesidades emocionales y espirituales de los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina del Hospital Central de Maracay por parte de la enfermera. Trabajo Especial de Grado para optar al título de Licenciado en Enfermería de la Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos. San Juan de Los Morros, Estado Guarico. Disponible en <http://tesisdeinvestigadores.blogspot.pe/2011/05/participacion-del-profesional-de.html>
7. CARREÑO J. (2011): Educación para la salud que brinda el personal de Enfermería y el apoyo psicosocial a la mujer con cáncer uterino, Atendidas en la consulta de oncología del Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, Cumaná, Estado Sucre. Disponible en

<http://tesisdeinvestigadores.blogspot.pe/2011/05/participacion-del-profesional-de.html>

8. **EDUARDO ALEXANDER** Egúsquiza Valera; “nivel de autoestima en pacientes con vih/sida del programa de targa en el hospital nacional hipólito unanue, 2010 “: año 2010 disponible en [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibVirtualData/Tesis%20para%20marcaci%C3%B3n%20\(para%20Inform%C3%A1tica\)/2010/egusquiza_ve/eguzquiza_ve.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibVirtualData/Tesis%20para%20marcaci%C3%B3n%20(para%20Inform%C3%A1tica)/2010/egusquiza_ve/eguzquiza_ve.pdf)

9. **ALEJANDRA MELISSA BONILLA-RUIZ, PIERINA VILCAPOMA-BALBÍN;**(2012); características clínicas, epidemiológicas e inmunoserológicas de los pacientes en targa en un hospital disponible en [Peruanohttp://www.revpanacea.pe/index.php/RMP/article/viewFile/51/50](http://www.revpanacea.pe/index.php/RMP/article/viewFile/51/50)

10. **JORGE ENRIQUE RIVAS RIVAS;** adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral altamente activo y soporte social en un grupo de pacientes con vih/sida; año 2009 disponible en <http://blog.pucp.edu.pe/blog/psclinicadelasalud/2009/07/20/investigacion-de-interes-adherencia-terapeutica-al-tratamiento-antiretroviral-en-un-grupo-de-pacientes-con-vih-sida/>

11. VIH/SIDA año (2016), Disponible en <https://es.wikipedia.org/wiki/VIH/sida>

12. VIH - Epidemiología y situación mundial año (2013) disponible en http://www.amse.es/index.php?option=com_content&view=article&id=183:vih-epidemiologia-y-situacion-mundial&catid=42:inf-epidemiologica&Itemid=50

13. SITUACIÓN MUNDIAL DEL VIH/SIDA año (2006) disponible en http://www.cinu.org.mx/temas/vih_sida/situacion.htm

14. **DRA. MÓNICA PUN CHINARRO DR. LUÍS SUÁREZ OGNIO AÑO (2006)** análisis de la situación epidemiológica del vih/sida en el Perú - bases epidemiológicas para la prevención y control año disponible en http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis19.pdf

15 SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE disponible en http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bmn/epidemiologia_del_sida_vih_en_america_latina_y_el_caribe.pdf

16 CÓMO SE CONTAGIA EL SIDA disponible en <https://www.inspiration.org/salud/sida/como-se-contagia-el-sida>

17 FORMAS DE CONTAGIO DEL VIH/SIDA disponible en <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2004/11/22/hsdudasypreguntas/1101133869.html>

18 IMPACTO DEL PROBLEMA disponible en http://www.un.org/esa/population/publications/aidsimpact/25_exec_summary_spanish.pdf

19 EL IMPACTO DEMOGRÁFICO DEL VIH/SIDA disponible en <http://www.prb.org/pdf06/howhivaidsaffectpop-sp.pdf>

20 El impacto del VIH/SIDA en las empresas disponible en <http://www.corplitoral.com/web/temas-de-actualidad/75-impacto-del-vihsida-en-las-empresas>

21 El impacto del VIH/SIDA en la enseñanza disponible en <http://unchronicle.un.org/es/article/impacto-del-vihsida-en-la-educacion-y-la-pobreza/>

22. DR .TANGO, INC.(2015), El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es el virus que causa el SIDA. Cuando una persona se infecta con VIH, el virus ataca y debilita al sistema..., biblioteca nacional de medicina de los EE.UU. Disponible en <http://www.infosida.es/que-es-el-vih>.

23. Julián Pérez Porto y Ana Gardey. Año:2014. Definiciones: Definición de homosexualidad disponible en (<http://definicion.de/homosexualidad/>)

24. Julián Pérez Porto y Ana Gardey. Publicado: 2009. Actualizado: 2009: Definición de heterosexual disponible en (<http://definicion.de/heterosexual/>).

25. bisexualidad disponible en: <http://conceptodefinicion.de/bisexualidad/>

26. Laura Palazzani, año: (2012) es un término técnico específico en ciencias sociales que alude al «conjunto de características diferenciadas que cada sociedad. Disponible en:

[https://es.wikipedia.org/wiki/G%C3%A9nero_\(ciencias_sociales\)](https://es.wikipedia.org/wiki/G%C3%A9nero_(ciencias_sociales))

ANEXOS

TÍTULO: EPIDEMIOLOGÍA DEL PACIENTE CON VIH/SIDA DEL PROGRAMA TARGA DEL HOSPITAL “SAN JUAN DE DIOS” DE PISCO ENERO 2015

| PROBLEMA | OBJETIVOS | HIPÓTESIS | VARIABLES | INDICADORES | FUENTE |
|---|---|--|---|--|---|
| <p>problema principal: ¿Cuál es el perfil epidemiológico del paciente con VIH/SIDA que se atiende en el programa TARGA del Hospital “San Juan de Dios” de Pisco en el 2015?</p> <p>Problema específico :</p> <p>A. ¿Cuál es la frecuencia según género de los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA? B. ¿Cuál es la frecuencia según opción sexual de los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA? C. ¿Cuál es la frecuencia según grupos etarios de los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA? D. ¿Cuál es la frecuencia según modo posible de contagio de los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA?</p> | <p>objetivo general: Conocer el perfil epidemiológico del paciente con VIH/SIDA que se atiende en el programa TARGA del Hospital “San Juan de Dios” de Pisco en el 2015</p> <p>objetivo específicos:</p> <p>A. Precisar género de los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA B. Precisar la opción sexual de los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA C. Determinar los grupos etarios de los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA D. Investigar el modo posible de contagio de los pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA</p> | <p>El estudio la hipótesis no aplica</p> | <p>VARIABLES DEPENDIENTE</p> <p>Paciente con VIH/SIDA</p> <p>VARIABLE INDEPENDIENTES</p> <p>Género</p> <p>Opción sexual</p> <p>Grupo etario</p> <p>Posible contagio</p> | <p>Paciente</p> <p>Masculino Femenino</p> <p>Heterosexual Homosexual Bisexual</p> <p>Intervalos</p> <p>Forma de contagio</p> | <p>Paciente con VIH/SIDA</p> <p>Paciente con VIH/SIDA</p> |

| TIPO Y DISEÑO | POBLACIÓN Y MUESTRA | TÉCNICAS E INSTRUMENTOS | MÉTODO DE ANÁLISIS DE DATOS | PROPUESTA DE MARCO TEÓRICO |
|--|---|---|--|---|
| <p>Tipo: No experimental pues no se modificarán las variables Descriptiva pues tiene 1 variables, transversal debido a que la variable se medirá en una sola vez, prospectiva pues la medición de las variables son planificadas.</p> <p>Nivel: Descriptiva, pues el objetivo es determinar el perfil epidemiológico del paciente con VIH/SIDA que pertenece al programa TARGA del Hospital "San Juan de Dios" de Pisco</p> <p>Diseño: El siguiente esquema corresponde a este tipo de diseño:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>M → Ox → R</p> </div> <p>Dónde: M = Muestra de Historias clínicas O_x = Observación R = Resultado</p> | <p>Población: La población está constituida todos los pacientes que pertenecen al programa TARGA del Hospital "San Juan de Dios" de Pisco en el mes de setiembre del 2015 que es de 250 pacientes</p> <p>Muestra:</p> $n = \frac{N(Z)^2 pq}{d^2(N-1)+(Z)^2 pq}$ <p>Dónde: N= total de población Z=1.96 (con seguridad del 95%) P=proporción esperada (en este caso 50% = 0.5) q=1-p (en este caso 1- 0.5 = 0.5) d= precisión (5 %)</p> $n = \frac{250(1.96)^2(0.5)(0.5)}{0.05^2(250-1)+(1.96)^2(0.5)(0.5)}$ <p>n= 150</p> <p>Criterio de inclusión: Paciente que colabore con el interrogatorio</p> <p>Criterio de exclusión: Paciente que no desee ingresar al estudio</p> | <p>1. Se empleará la técnica de entrevista pues se tomará el tiempo necesario para entrevistar al paciente con VIH/SIDA en un momento adecuado que valore privacidad y tiempo para contestar las preguntas.</p> <p>2.- Instrumento: Se utilizará un cuestionario estructurado</p> | <p>Los resultados serán tabulados en el programa estadístico SPSS22 de donde se obtendrán las tablas para su análisis las que serán visualizadas a través de gráficos elaborados en el programa Excel.</p> | <p>3.1 Antecedentes -Internacionales -Nacionales -Regionales</p> <p>3.2 Bases teóricas Historia Epidemiología mundial Epidemiología latinoamericana Epidemiología nacional Epidemiología regional Formas de contagio Impacto del problema Medidas profilaxticas</p> <p>3.3 Términos básicos. a. Paciente con VIH/SIDA b. Virus del VIH/SIDA c. Homosexual d. Heterosexual e. Bisexual f. Género g. Forma de contagio</p> |



La técnica a ser utilizada será de la Encuesta; cuyo instrumento constara de un cuestionario; el mismo que será aplicado con la confidencialidad requerida.

CUESTIONARIO

1: EDAD DEL PACIENTE

18 _ 25.....

26 _ 33.....

34 A MAS.....

2: CUANTAS PAREJAS SEXUALES HA TENIDO:

1.....

1 A MAS.....

3: CUAL ES SU OBSION SEXUAL

HETEROSEXUAL.....

HOMOSEXUAL.....

BISEXUAL.....

LESBIANA.....

4: A LOS CUANTOS AÑOS LE DETECTARON LA ENFERMEDAD

.....

.....

5: QUE METODOS ANTICOPCEPTIVOS UTILIZA:

.....

.....

6: FORMA DE CONTAGIO

- A)** Contacto directo de sangre _sangre (transfusión sanguínea
- B)** Contacto de líquidos corporales con sangre (relaciones sexuales)
- C)** Transmisión de madre _ hijo

RESUMEN

EPIDEMIOLOGIA DEL PACIENTE CON VIH/SIDA DEL PROGRAMA TARGA DEL HOSPITAL “SAN JUAN DE DIOS “DE PISCO ENERO 2015

AUTORA: BAC. SONIA PERALTA FLORES

Objetivos: Conocer el perfil epidemiológico del paciente con VIH/SIDA que se atiende en el programa TARGA del hospital “San Juan de Dios “Pisco Enero 2015.

Material y métodos: Se realizó una investigación observacional, descriptiva, transversal, prospectiva a fin de conocer el perfil epidemiológico de los pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, que por su alto índice de delincuencia se prevé que la prevalencia de esta patología sea más frecuente en grupos de riesgo; para lo cual se entrevistó a 150 pacientes que tienen el diagnóstico de VIH/SIDA, encontrándose lo siguiente: La prevalencia de VIH/SIDA en los pacientes con esta enfermedad es de 61.35% en el sexo masculino, y 38.7% en las femeninas. El 42.7% de los pacientes son heterosexuales entre hombres y mujeres, mientras que el 29.3% de los hombres son homosexuales, el 16% es bisexual, y el 12% de mujeres son lesbiana. Los grupos atareos menores de 40 tienen mayor prevalencia de VIH/SIDA con 64.7% en comparación con los mayores de 40 años. La forma de contagio más frecuente es la sexual con 47.3%, mientras que la sanguínea producto de inyección de drogas 34% y por transfusión el 18.7%. La transmisión sexual es más frecuente en el sexo femenino 52.2% en comparación con el 42.4% en los masculinos. Las drogas endovenosas son la fuente de contagio más frecuente el sexo masculino 37% comparando con el sexo femenino que presenta un 29.3%. La transfusión sanguínea tiene ligera predominancia en el sexo masculino 20.7% en comparación con el 15.5% en el sexo femenino.

PALABRAS CLAVES: EPIDEMIOLOGIA PACIENTES VIH/SIDA

ABSTRACT

EPIDEMIOLOGY OF THE PATIENT ON HIV / AIDS OF THE PROGRAM TARGA OF THE HOSPITAL "SAN JUAN DE DIOS" DE PISCO IN JANUARY, 2015

AUTHOR: BACH. SONIA PERALTA FLORES

Objective: To know the epidemiological profile of the patient with HIV / AIDS that one attends in the program TARGA of the hospital "San Juan of Dios" de Pisco in January, 2015.

Material and methods: an investigation was realized observational, descriptive, transverse, market in order the epidemiological profile of the patients knew with HIV / AIDS attended in the Hospital San Juan of Dios of Pisco, which for his high index of delinquency foresees that the prevalencia of this pathology is more frequent in groups at risk; for which one interviewed 150 patients who have the diagnosis of HIV / AIDS, being the following thing: The prevalencia of HIV / AIDS in the patients with this disease is 61.35 % in the masculine sex, and 38.7 % in the feminine ones. 42.7 % of the patients is heterosexual man-to-man and women, whereas 29.3 % of the men is homosexual, 16 % is bisexual, and 12 % of women is lesbian. The groups etáreos minor of 40 have major prevalencia of HIV / AIDS with 64.7 % in comparison with the major ones of 40 years. The form of the most frequent contagion is the sexual one with 47.3 %, whereas blood product of injection of drugs 34 % and for transfusion 18.7 %. The sexual transmission is more frequent the feminine sex 52.2 % in comparison with 42.4 % in the masculine ones. The drugs endovenosas are the source of the most frequent contagion the masculine sex 37 % comparing with the feminine sex that 29.3 % presents. The blood transfusion has light predominance in the masculine sex 20.7 % in comparison with 15.5 % in the feminine sex.

KEY WORDS: EPIDEMIOLOGY PATIENT HIV / AIDS

INTRODUCCION

Habiendo transcurrido 30 años desde que se identificó la introducción de la epidemia de VIH/sida en el país, esta continúa siendo un problema de salud pública de difícil abordaje.

Durante la primera década de la epidemia de VIH/sida en el Perú, en los años noventa, el ministerio de salud empezó a identificar los casos de sida por medio de una definición de caso que permitía identificar los casos de infección en estado avanzado, ya que no se tenía disponibilidad de pruebas de laboratorio. a partir del año 1996, en que se crea por decreto la ley n° 26626 (“ley contra sida”), se creó e implementó el programa nacional de prevención de ets y VIH-SIDA proctess y se desarrollaron intervenciones sanitarias basadas en el control de la transmisión del VIH (sexual, vertical y parenteral) como: el tamizaje de los hemoderivados en los bancos de sangre, el tamizaje de VIH a las gestantes, atención médica periódica a los grupos de elevada prevalencia de ETS e intervenciones para cambio de comportamiento a través de la estrategia de pares. La vigilancia epidemiológica realizada en esos años, permitió determinar que la epidemia en Perú era de nivel concentrada en hombres que tienen sexo con hombres, que parte de ellos con comportamiento bisexual estaban transmitiendo el VIH a las mujeres y ellas al salir embarazadas a sus hijos.

A nueve años del inicio del targa en el país, consideramos importante analizar de manera retrospectiva, la magnitud y tendencia de la morbilidad y mortalidad por VIH/sida en el contexto de los determinantes relacionados a la epidemia, los grupos poblacionales más afectados a nivel nacional y regional y la respuesta a la epidemia que se ha dado en el país. Asimismo, describir los avances y las brechas que observamos en un escenario de “epidemia concentrada” y de una intervención targa que ha tenido algunos problemas operativos, que se agravan

en el contexto del estigma y discriminación que sufren las poblaciones clave y que limitan un acceso óptimo a los servicios de salud. (1)

El propósito de este trabajo, es dar a conocer los resultados obtenidos de la investigación respectiva en un periodo de 18 meses donde se realizaron valoraciones diagnósticas, planeación del paciente con VIH /sida .Se desconoce hasta el momento cuales son las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes fallecidos con VIH/Sida en nuestra localidad. Esto me motivo a realizar la investigación con la finalidad de obtener datos que nos permitan describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con VIH/SIDA, lo cual facilitaría el mejor manejo clínico y terapéutico en estos pacientes.

LA AUTORA