



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA

TÍTULO:

Valoración del Estado Nutricional en mujeres con VIH-NAIVE ingresadas en el Hospital del Infectología "Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña" de la ciudad de Guayaquil durante el periodo mayo- septiembre 2016.

AUTORAS:

Robalino Gaibor, Mayra Alejandra ; Ruiz Izurieta, Yael Mayumi

**Trabajo de Titulación previo a la Obtención del Título de:
LICENCIADA EN NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

TUTOR:

Andino Rodríguez, Francisco Xavier

Guayaquil, Ecuador

2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Robalino Gaibor, Mayra Alejandra y Ruiz Izurieta, Yael Mayumi** como requerimiento para la obtención del Título de **Licenciada en Nutrición, Dietética y Estética.**

TUTOR

f. _____
Andino Rodríguez, Francisco Xavier

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____
Celi Mero, Martha Victoria

Guayaquil, a los 13 días del mes de septiembre del año 2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Robalino Gaibor, Mayra Alejandra y Ruiz Izurieta, Yael Mayumi**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación **Valoración del estado nutricional en mujeres con VIH-NAIVE ingresadas en el Hospital del Infectología "Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña"** de la ciudad de Guayaquil durante el periodo **mayo- septiembre 2016** previo a la obtención del Título **de Licenciada en Nutrición, Dietética y Estética**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación, de tipo **Descriptivo** referido.

Guayaquil, a los 13 días del mes de septiembre del año 2016

LAS AUTORAS

f. _____
Robalino Gaibor, Mayra Alejandra

f. _____
Ruiz Izurieta, Yael Mayumi



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Robalino Gaibor, Mayra Alejandra y Ruiz Izurieta, Yael Mayumi**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación **Valoración del estado nutricional en mujeres con VIH-NAIVE ingresadas en el Hospital del Infectología "Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña"** de la ciudad de Guayaquil durante el periodo mayo- septiembre 2016, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 13 días del mes de septiembre del año 2016

LAS AUTORAS:

f. _____
Robalino Gaibor, Mayra Alejandra

f. _____
Ruiz Izurieta, Yael Mayumi

REPORTE URKUND

Documento: [2D BORRADOR FINAL.docx \(D21670111\)](#)

Presentado: 2016-09-08 23:02 (-05:00)

Recibido: ludwig.alvarez.ucsg@analysis.orkund.com

Mensaje: tesis Robalino Ruiz [Mostrar el mensaje completo](#)

5% de esta aprox. 39 páginas de documentos largos se componen de texto presente en 11 fuentes.

Lista de fuentes Bloques Ludwing Álvarez (ludwig_alvarez)

- <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/3828/1/UCSG-PRE-MED-NUTRI-104.pdf>
- <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/2256/1/UCSG-PRE-MED-NUTRI-63.pdf>
- <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/10399/TESIS%20DOCUMENTO%...>
- <http://www.coalicionecuatoriana.org/web/pdfs/guiaVIHadultos2012.pdf>
- http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/atencio...
- <http://www.coalicionecuatoriana.org/web/interna.php?c=1286>

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE NUTRICION, DIETETICA Y ESTETICA TÍTULO: Valoración del Estado Nutricional en mujeres con VIH-NAIVE ingresadas en el Hospital del Infectología " Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña " de la ciudad de Guayaquil durante el periodo Mayo- Septiembre 2016. AUTOR (A): Mayra Alejandra Robalino Gaibor Yael Mayumi Ruiz Izurieta

Trabajo de Titulación previo

a la Obtención del Título de: Licenciada en Nutrición, Dietética Y Estética

TUTOR: Dr. Francisco Xavier Andino Rodríguez

Guayaquil, Ecuador 2016 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE NUTRICION, DIETETICA Y ESTETICA

CERTIFICACIÓN Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por Mayra Alejandra Robalino Gaibor y Yael Mayumi Ruiz Izurieta como requerimiento para la obtención del Título de Licenciada

en Nutrición, Dietética y Estética TUTOR (

A) _____ Dr.

Francisco Xavier Andino Rodríguez COORDINADOR (A)

Dr. Ludwing Álvarez



AGRADECIMIENTO

De manera muy especial agradecemos a nuestro tutor de tesis Dr. Francisco Andino Rodríguez por ser nuestra guía, amigo y consejero, brindándonos su tiempo y compartiendo sus conocimientos y experiencias, impulsándonos a realizar un excelente trabajo.

A los directivos, médicos tratantes y personal administrativo del Hospital de Infectología ``Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña`` de la ciudad de Guayaquil por brindarnos el acceso absoluto en todas sus áreas.

**ROBALINO GAIBOR, MAYRA ALEJANDRA ; RUIZ IZURIETA, YAEL
MAYUMI**

DEDICATORIA

Uno de mis sueños se hace realidad, de tener mi título universitario. Doy Gracias en primer lugar a Dios y a mis padres quienes con su amor y abnegación me guiaron por el camino del bien hasta alcanzar la meta que tenía trazada.

A ellos quiero dedicarles esta tesis, por el apoyo la paciencia y el cariño que me brindaron durante toda mi vida universitaria. Los 2 son el puntal de mi vida sé que no los he defraudado y seguiré siempre así.

También a mis profesores que me transmitieron su saber y su responsabilidad en cada clase, muchas gracias de verdad.

ROBALINO GAIBOR, MAYRA ALEJANDRA

DEDICATORIA

Le dedico mi proyecto de tesis principalmente a Dios por iluminarme y dotarme de inteligencia, salud y honestidad.

A mí querido padre Lic. Jorge Ruiz Yépez, que desde el cielo ha sido mi fuente de inspiración para cumplir con todas mis metas propuestas.

A mi madre Lic. Ángela Izurieta Martínez por ser mi compañía, mi soporte, mi consejera, quien me motiva día a día sobre todo en aquellos momentos difíciles.

A mis hermanas por ser mi ejemplo y apoyo en todo momento.

A mis tíos y abuelos por ser parte de mi lucha durante mi vida universitaria.

A mi amor y amigos por alentarme y compartir mis logros como si fueran suyos.

RUIZ IZURIETA, YAEL MAYUMI



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____
ANDINO RODRÍGUEZ, FRANCISCO XAVIER
TUTOR

f. _____
CELI MERO, MARTHA VICTORIA
DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____
ÁLVAREZ CÓRDOVA, LUDWIG ROBERTO
COORDINADOR DEL ÁREA

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	VI
DEDICATORIA	VII
DEDICATORIA	VIII
RESUMEN.....	XVII
ABSTRACT	XVIII
INTRODUCCIÓN.....	19
1. Planteamiento del Problema	22
1.1 Formulación del Problema	24
2. Objetivos.....	25
2.1. Objetivo General.....	25
2.2. Objetivos Específicos.....	25
3. Justificación	26
4. Marco Teórico.....	29
4.1. VIH	29
4.1.1 Epidemiología	29
4.1.2 Transmisión	30
4.1.3. Replica Viral.....	31
4.2 Historia Natural de la Enfermedad	32
4.2.1 Fase Aguda	33
4.2.2. Fase de Latencia (inactividad o estado latente del VIH).....	34
4.2.3. Fase SIDA	34
4.3. Manifestaciones clínicas del SIDA	35
4.3.1. Síndrome de mala absorción	35
4.3.2. Síndrome de Wasting	36
4.3.3. Osteoporosis.....	36
4.4. Tratamiento Antirretroviral.....	38

4.4.1. Influencia de los TARGA a nivel nutricional	39
4.5. Malnutrición en VIH.....	40
4.5.1 Desnutrición.....	40
4.5.2. Tipos de Desnutrición	40
4.5.3. Criterios de diagnóstico	41
4.5.4. Sobrepeso y Obesidad	41
4.5.5. Criterios de diagnóstico	41
4.6. Valoración Nutricional	43
4.7 Alimentación Saludable en VIH.....	45
4.8. Marco Legal	49
4.8.1. De la Constitución Política de la República del Ecuador 2008	49
4.8.2. Régimen del buen vivir	50
4.8.3. Ley orgánica del régimen de la soberanía alimentaria	50
4.8.4. Ley de derechos y amparo del paciente.....	51
4.8.5. Ley especial del VIH/SIDA 2000-11 (vigente actualmente).	51
5. Formulación de la Hipótesis.....	53
6. Identificación y Clasificación de Variables	54
6.1 Operalización de variables.....	54
7. Metodología de la Investigación.....	59
7.1. Justificación de la Elección del Diseño	59
7.2. Población y Muestra	59
7.2.1.Criterios de Inclusión.....	59
7.2.2.Criterios de Exclusión	60
7.3. Técnicas e Instrumentos de Recogida de Datos	60
7.3.1. Instrumentos	60
7.3.2. Técnicas	61
8. Presentación de Resultados	63

8.1 Análisis e interpretación de resultados.....	63
9. Conclusiones	104
10. Recomendaciones	106
11. Presentación de la Propuesta	108
11.1 Título:	108
11.2 Descripción:	108
11.3 Justificación:	108
11.4 Objetivo General:	109
11.5 Objetivos Específicos:.....	109
11.5 Factibilidad:	109
Referencias Bibliográficas	110
Anexos	115

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Clasificación de la Infección por VIH.	35
Tabla 2: Manifestaciones clínicas según los estadios del VIH en adultos y adolescentes.	37
Tabla 3: Clasificación de los antirretrovirales existentes en Ecuador.	39
Tabla 4: Criterios de Diagnóstico del Sobrepeso y Obesidad.	41
Tabla 5: Criterios de Diagnóstico de Diabetes Mellitus 2	42
Tabla 6: Porciones recomendadas de grupos de alimentos al día	47
Tabla 7: Beneficios del consumo de vitaminas y minerales importantes para el equilibrio del organismo en personas con VIH.	48
Tabla 8: Distribución porcentual de mujeres con VIH-NAIVE según sus Antecedentes Patológicos Personales.	68
Tabla 9: Distribución porcentual de mujeres con VIH-NAIVE según la presencia de enfermedades oportunistas que han desarrollado al infectarse con el virus del VIH.	69
Tabla 10: Distribución porcentual de mujeres con VIH-NAIVE según el porcentaje de cambio de peso tomando los últimos 3 meses.	72
Tabla 11: Distribución porcentual de mujeres con VIH-NAIVE según el porcentaje de grasa corporal tomando en cuenta la sumatoria de dos pliegues: Tricipital y Sub-escapular en relación a la edad mediante la fórmula de FRISANCHO 1990.	73
Tabla 12: Distribución porcentual de la presencia de Colesterol en sangre.	76
Tabla 13: Distribución porcentual de la presencia de glucosa en sangre.	77
Tabla 14: Distribución porcentual de la presencia de hemoglobina.	78
Tabla 15: Distribución porcentual de la presencia de hematócrito.	79
Tabla 16: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Verduras.	94
Tabla 17: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Gaseosas.	97
Tabla 18: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Confitería.	98
Tabla 19: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Mayonesa.	99

Tabla 20: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Comidas Rápidas.	101
Tabla 21: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Embutidos.....	102

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribución porcentual de mujeres con VIH-NAIVE agrupada según la edad.	63
Gráfico 2: Distribución porcentual de mujeres con VIH-NAIVE según el Nivel de Educación.	64
Gráfico 3: Distribución porcentual de mujeres con VIH-NAIVE según su ocupación.	65
Gráfico 4: Distribución porcentual de mujeres con VIH-NAIVE según su estado civil.	66
Gráfico 5: Distribución porcentual de mujeres con VIH-NAIVE según sus hábitos.	67
Gráfico 6: Distribución porcentual de mujeres con VIH-NAIVE según el Índice de Masa Corporal (IMC).	70
Gráfico 7: Distribución porcentual de mujeres con VIH-NAIVE según el Índice Cintura-Cadera.	71
Gráfico 8: Distribución porcentual de mujeres con VIH-NAIVE según la implementación de Dinamometría en relación a la edad.	74
Gráfico 9: Distribución porcentual de la clasificación CDC-OMS.	75
Gráfico 10: Distribución porcentual de la frecuencia de consumo de Leche.	80
Gráfico 11: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Yogurt.	81
Gráfico 12: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de huevo.	82
Gráfico 13: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Mantequilla.	83
Gráfico 14: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Frutas.	84
Gráfico 15: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Queso.	85

Gráfico 16: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Cereales.	86
Gráfico 17: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Pastas.	87
Gráfico 18: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Pan.	88
Gráfico 19: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Carnes Rojas.	89
Gráfico 20: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Carnes Blancas.	90
Gráfico 21: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Mariscos.	91
Gráfico 22: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Leguminosas.	92
Gráfico 23: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Tubérculos.	93
Gráfico 24: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Vegetales.	95
Gráfico 25: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Arroz.	96
Gráfico 26: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Aceite.	100
Gráfico 27: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Azúcar Blanca.	103

RESUMEN

La presente valoración nutricional en mujeres con VIH-NAIVE se realizó en el Hospital de Infectología ``Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña`` de la ciudad de la Guayaquil en el periodo de mayo-septiembre del 2016, el propósito de dicha investigación consistió en la determinación del estado nutricional de las mujeres con VIH-NAIVE ingresadas en el Hospital de Infectología. Para ello fue necesario evaluar la antropometría mediante técnicas IMC, ICC y medición de pliegues, luego se midió la capacidad funcional mediante dinamometría para conocer la pérdida de fuerza, se conoció también la frecuencia del consumo de alimentos. Metodológicamente el trabajo se aborda desde la perspectiva de los tipos de investigación científica no experimental, transversal con un alcance de tipo descriptivo; el enfoque es cuali-cuantitativo. La muestra estuvo formada por 30 mujeres con VIH-NAIVE, mayores de 16 años que se encuentran ingresadas en el hospital de Infectología. La técnica de observación empleada fue: entrevista, ficha de recolección de datos, historias clínicas, báscula, cinta métrica, plicómetro, dinamómetro. El procesamiento de datos permitió demostrar el desorden alimenticio que poseen, el cual pueden llegar a generar enfermedades oportunistas y así empeorar su cuadro clínico.

Palabras Claves: VIH; NAIVE; IMC; ICC; DINAMOMETRIA; HSH; TARGA.

ABSTRACT

This nutritional assessment in women with HIV-NAIVE was held at the Infectious Diseases Hospital "Dr. Jose Daniel Rodriguez Maridueña" city of Guayaquil in the period from May to September 2016, the purpose of this investigation was to determine the nutritional status of women with HIV-NAIVE admitted to the Infectious Diseases Hospital. It was necessary to assess the anthropometry through technical BMI, WHR and measuring fold, then functional capacity was measured by dynamometry to know the loss of strength, frequency of food consumption also met. Methodologically work is approached from the perspective of the types of non-experimental, cross-scientific research with a range of descriptive; the approach is qualitative and quantitative. The sample consisted of 30 women with HIV-NAIVE, over 16 years who are admitted to the Infectious Diseases Hospital. The technique used was the record observation data collection, medical records, weighing scales, tape measure, caliper, dyno. Data processing allowed to demonstrate the eating disorder they have, which can generate opportunistic diseases and thus worsen the clinical condition.

Keywords :HIV; NAIVE; BMI; WHR; DYNAMOMETRY; MSM; TARG.

INTRODUCCIÓN

El Virus del VIH, a nivel mundial sigue siendo un problema importante de salud pública; según la ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA) más de 36 millones de vidas se han perdido desde el día en que se descubrió el VIH hasta la actualidad. Se estima que en el 2014 fallecieron 1,2 millones de personas en todo el mundo a causa del virus y hubo 2 millones de casos nuevos de VIH. (ONUSIDA, 2014).

Mediante exámenes de sangre se suele diagnosticar la infección provocada por el VIH, verificando si existe o no la presencia de anticuerpos contra el virus. El mismo día de la realización de las pruebas se arrojan los resultados, hecho importante para el diagnóstico, tratamiento y atención inmediata. Con el advenimiento de las pruebas de Elisa de cuarta generación que incluyen anticuerpos contra el VIH y antígeno P24 los diagnósticos precoces se pueden tener desde la 2 semana del contagio con alta fidelidad. (OMS, 2015).

Hasta el momento no existe la cura para el virus del VIH, pero los fármacos antirretrovirales pueden controlar la aparición de la sintomatología y complicaciones propias del SIDA, además es una alternativa para prevenir su transmisión y mejorar la calidad de vida de las personas infectadas. (OMS, 2015).

Una de las enfermedades oportunistas más frecuentes sigue siendo la tuberculosis la cual representa una de cada cinco muertes de quienes viven con el SIDA en el mundo entero, sin embargo, se disminuyó su contagio en un 33% debido al eficaz tratamiento con TARGA.

Aproximadamente el 75% de personas que padecen del virus accede al tratamiento, esto demuestra que la mayoría, una vez diagnosticada la infección proceden a buscar información la cual los lleva a estar dispuestos a tratarse y a obtener el acceso de la misma. (ONUSIDA, 2014).

En este caso se necesita ampliar las pruebas de VIH debido a que solo el 54% (19.8 millones) de los 36.9 millones de personas sabían que tenían la infección. (ONUSIDA, 2014).

En cuanto a las mujeres embarazadas que viven con VIH en todo el mundo, el 73% de ellas obtienen accesos a medicamentos antirretrovíricos para prevenir la transmisión de VIH y enfermedades asociadas a sus hijos; en el 2014 se redujo hasta un 58% los nuevos casos de VIH. (ONUSIDA, 2014).

A mediados del 2015; 15, 8 millones de personas con VIH recibían tratamiento con antirretrovirales en todo el mundo. (OMS, 2015).

Se han disminuido los nuevos casos de infectados con VIH en un 35% y se redujo en un 24% las muertes causadas por la enfermedad entre los años 2000 y 2015, esto significa que hubo un aproximado de 7.8 millones de vidas salvadas, cumpliendo con la meta mundial propuesta. (ONUSIDA, 2014).

En África 9.1 millones de hombres han optado por la circuncisión médica para prevenir la transmisión del virus. (ONUSIDA, 2014).

En América y Europa Occidental las nuevas infecciones de VIH están aumentando en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH), por lo tanto, los esfuerzos de la prevención del VIH deben adaptarse para brindar la ayuda necesaria ante esta situación actual. (ONUSIDA, 2014).

Según la ONUSIDA, Cuba se convierte en el primer país que ha validado la eliminación de las nuevas infecciones por el VIH en niños. (ONUSIDA, 2014).

El aumento de los métodos preventivos y el tratamiento con antirretrovirales, podría evitar la muerte de 21 millones de personas con sida en todo el mundo y una proyección de reducción de 28 millones de nuevas infecciones para el 2030. (OMS, 2015).

La ONUSIDA refiere que, a nivel mundial se ha propuesto la estrategia 90-90-90, esta estrategia comprende en aumentar al 90% la proporción de personas que viven con el virus del VIH diagnosticado, aumentar al 90% la proporción de personas que conocen su diagnóstico y que mantienen un tratamiento con antirretrovíricos y aumentar al 90% la proporción de personas en tratamiento con TARGA y que poseen un nivel de carga vírica indetectable, esto reduciría los diagnósticos tardíos con resultados positivos para el 2020. (ONUSIDA, 2014).

En el Ecuador, hasta el 2012 había 37.000 infectados con VIH, a finales del 2015, es decir hubo una reducción a 33.000 infectados. (ONUSIDA, 2014)

En Guayas el número de casos es de 5.000 personas infectadas de VIH y 7.000 con SIDA. “De enero a junio del 2014 se contabilizó el deceso de 205 personas con VIH y enfermedades asociadas. (Idacochea Julio, 2014).

La reducción de estimaciones pudo deberse a la falta de pruebas de tamizaje, que en ese periodo de tiempo no fueron adquiridos por problemas administrativos.

La cifra de nuevos casos de VIH en Guayaquil desde el 2013 al 2016 es de 5.451; 2.679 hombres, 2.763 mujeres y 9 intersexual. (Coordinación Zonal 8 Salud, 2016).

En el Hospital de Infectología “Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña” de la ciudad de Guayaquil, se han registrado aproximadamente 6.501 pacientes activos con VIH y enfermedades asociadas; se estima que hay un aproximado de 268 casos nuevos, de los cuales 196 son hombres y 72 son mujeres. (Departamento de Estadística del Hospital de Infectología “Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña”, 2016).

1. Planteamiento del Problema

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) infecta al sistema inmunitario disminuyendo su funcionalidad. Esta infección es progresiva provocando la inmunodeficiencia de la persona infectada.

Se trasmite por contacto sexual vía vaginal, anal u oral por medio de transfusiones sanguíneas o uso de jeringas, agujas u otros instrumentos punzantes contaminados, además puede transmitirse por vía vertical (madre al hijo durante el embarazo, parto y lactancia). (OMS, 2015).

Son múltiples las manifestaciones clínicas producidas por el virus del VIH, pueden ser sintomáticas o asintomáticas esto depende de la persona, la inmunodepresión en que se encuentra, su alimentación y las enfermedades asociadas que presente. Todos estos factores llevan a la descompensación del organismo con pérdidas graves de masa corporal, bajo peso o desnutrición convirtiéndose en un agravante para la calidad de vida del infectado por el VIH. (Villalobos et al., 2011).

El VIH condiciona totalmente el estado nutricional de las personas contagiadas, en ellas es muy frecuente el déficit de macro y micronutrientes acelerando la inmunodepresión, lo cual predispone a la aparición de enfermedades oportunistas. (Villalobos et al., 2011).

El Síndrome de Adelgazamiento o también conocido como ``Wasting Syndrome'' es una característica bastante frecuente en aquellas personas con VIH, es la pérdida involuntaria mayor del 10% del peso corporal total, acompañado de mala absorción de macro y micronutrientes, fiebre, diarrea crónica, falta de apetito, lo cual desencadena en un tipo de desnutrición marcada que empeora la situación actual del contagiado por VIH. (Freijo & Mengoni, 2010).

Es importante conocer en qué estado nutricional se encuentra la persona con VIH, mediante valoraciones constantes tomando en cuenta indicadores antropométricos, bioquímicos, clínicos y dietéticos, para poder otorgar un diagnóstico adecuado y

fundamentar objetivos que ayuden al mejoramiento del cuadro clínico. (Freijo & Mengoni, 2010).

Los últimos datos de la ONUSIDA, reflejan que existen 36 millones de infectados en todo el mundo. (ONUSIDA, 2014).

En el año 2010 la prevalencia del VIH en Ecuador fue del 0.4% y se estima que actualmente 37 mil personas viven con el VIH y sus enfermedades asociadas. La mayoría de los infectados corresponde a individuos mayores de 15 años y residentes en Guayaquil. (Fernández, Mario, 2012).

En Guayas el número de casos es de 5.000 personas infectadas de VIH y 7.000 con SIDA. “De enero a junio de 2014 se contabilizó el deceso de 205 personas con VIH y enfermedades asociadas”. (Idacochea Julio, 2014). La reducción de estimaciones pudo deberse a la falta de pruebas de tamizaje, que en ese periodo de tiempo no fueron adquiridos por problemas administrativos.

La cifra de nuevos casos en Guayaquil desde el 2013 al 2016 es de 5.451; 2.679 hombres, 2.763 mujeres y 9 intersexual. (Coordinación Zonal 8 Salud, 2016).

En el Hospital de Infectología “Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña” de la ciudad de Guayaquil, se han registrado aproximadamente 6.501 pacientes activos con VIH y enfermedades asociadas; se estima que hay un aproximado de 268 casos nuevos, 196 son hombres y 72 son mujeres; de las cuales se hospitaliza un promedio de 8 mujeres diarias que presentan recaídas debido al abandono de tratamiento o aparición de enfermedades oportunistas que deterioran su salud, esta unidad hospitalaria cuenta con 70 camas, el 20% corresponde a la sala de hospitalización de mujeres (18 camas por sala, 12 son solo para pacientes con VIH y enfermedades asociadas), el promedio de estada es de 8-10 días por paciente. (Departamento de Estadística del Hospital de Infectología “Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña”, 2016).

La mayoría de las mujeres con diagnóstico reciente VIH-NAIVE (Personas que no han iniciado tratamiento con antirretrovirales), ya sea de las áreas de hospitalización, consulta externa y emergencia presentan desórdenes en el patrón alimentario, lo cual

las predispone a padecer obesidad o desnutrición, aquello se ve reflejado por los signos y síntomas que presentan aquellas pacientes sumado a los malos hábitos, inadecuada valoración del estado nutricional y poca educación alimentaria, frecuentemente son susceptibles a contagiarse de cualquier enfermedad oportunista provocando complicaciones posteriores.

1.1 Formulación del Problema

Ante la siguiente problemática nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:
¿Cuál es el estado nutricional de las mujeres con VIH-NAIVE ingresadas en el Hospital de Infectología "Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña" de la ciudad de Guayaquil en el periodo mayo- septiembre del 2016?

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Catalogar el estado nutricional de las mujeres con VIH-NAIVE ingresadas en el Hospital de Infectología ``Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña`` de la ciudad de Guayaquil; tomando en cuenta indicadores antropométricos, bioquímicos, clínicos y dietéticos.

2.2. Objetivos Específicos

- Evaluar la antropometría en pacientes con VIH-NAIVE por medio de: IMC, ICC y medición de pliegues.
- Medir la capacidad funcional en pacientes con VIH-NAIVE mediante dinamometría.
- Conocer la frecuencia del consumo de alimentos a través de recordatorios de 24 horas y encuestas dietéticas.

3. Justificación

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) ataca al sistema inmunitario alterando la función de los linfocitos, deprimiendo completamente al organismo volviéndolo susceptible a contraer enfermedades oportunistas que pueden ser mortales. Cuando el virus ha debilitado la mayor cantidad de las células es visible la presencia de varios signos y síntomas provocando el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Una vez que el virus ingresa en el organismo busca replicarse a través de células hospedadoras susceptibles como los linfocitos T CD4, adhiriéndose a su membrana para propagarse rápidamente, replicándose 10.000 mil billones de veces al día destruyendo la mayor parte de las células inmunitarias causando la progresión de la enfermedad, afectando varios órganos y volviendo al organismo más vulnerable ante la aparición de enfermedades oportunistas que empeoran el cuadro clínico normal.

En varias ocasiones no hay presencia de síntomas lo que provoca que el portador del virus no empiece un tratamiento oportuno.

Las comorbilidades como la Tuberculosis, ya sea pulmonar que es la más frecuente o extrapulmonar en donde la *Mycobacterium tuberculosis* invade a otros órganos del cuerpo, producen sintomatología que varía de acuerdo a la localización, esto potencia el deterioro del estado nutricional de la persona afectada. (Porth, 2006).

Según los datos oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la población masculina todavía son más frecuentes los casos de VIH y enfermedades asociadas, no obstante, la mujer de acuerdo a su condición biológica, cultural, social y económica sigue siendo la población más vulnerable para contagiarse con el virus.

Desde el punto de vista biológico, la mujer en su cavidad vaginal posee mayor superficie mucosa expuesta a las secreciones que segrega su pareja durante el acto sexual, por lo tanto en comparación con el hombre, tiene un riesgo de 2 a 4 veces mayor de contagiarse con el VIH, ya que el semen contiene más concentración de carga viral que los fluidos vaginales, manteniéndose por mayor tiempo de exposición en la vagina y en el recto, a diferencia de las secreciones vaginales en el prepucio y glande del pene. Además, cuando la mujer mantiene relaciones sexuales durante el

ciclo menstrual, el riesgo de infectarse aumenta hasta 10 veces más. (Herrera & Campero, 2002).

Teniendo en cuenta que la mayoría de las personas que padecen VIH y enfermedades asociadas, ya sea hombres o mujeres presentan desórdenes en el patrón alimentario, es decir, ingesta exagerada o déficit de macro y micronutrientes como consecuencia de la pérdida de apetito, mala absorción intestinal, entre otros, llevándolos al bajo peso y desnutrición. A diferencia de los pacientes tratados con TARGA (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad), en ellos se puede observar lipodistrofias que predisponen al sobrepeso y obesidad.

Uno de los síntomas más frecuentes y que muchas veces causa la muerte de los infectados con diagnóstico reciente, es el Síndrome de Wasting caracterizado por la pérdida del 10% del peso corporal basal acompañado de fiebre alta, debilidad, vómitos frecuentes, diarrea, provocando la pérdida considerable de masa magra que puede ser simétrica y progresiva. Esto dificulta considerablemente el tratamiento de la enfermedad, provocando complicaciones que muchas veces ocasionan la muerte de las personas con VIH y enfermedades asociadas. (Polo R et al., 2012).

Las manifestaciones gastrointestinales oportunistas son un problema frecuente en el individuo con VIH, esto es debido a la progresión más rápida de estos microorganismos por la inmunodeficiencia entre ellas están Esofagitis por Cándida, Hepatopatía, Enfermedad Biliar, Enterocolitis. Existen otras anomalías gastrointestinales de suma importancia en personas infectadas por VIH como la Gastropatía y la absorción deficiente (mala absorción). (Stephen J. MCPHEE, n.d.).

Se ha comprobado que ciertas personas infectadas por VIH no producen rangos normales de ácido clorhídrico en el estómago por lo tanto no pueden ingerir ciertos fármacos que necesitan este tipo de medio; tal disminución de la producción del ácido explica la susceptibilidad a *Campylobacter*, *Salmonella*, y *Shigella*, ya que estos microorganismos son sensibles a la concentración del ácido. (Stephen J. MCPHEE, n.d.).

Por lo general ocurre el síndrome de mala absorción en personas infectadas con VIH; esto es debido a la infección del intestino delgado por el complejo *M. avium*, *Cryptosporidium* o microsporidios. (Stephen J. MCPHEE, n.d.).

El síndrome plurimetabólico también es frecuente en los infectados por VIH que mantienen tratamiento con TARGA, se caracteriza por presentar hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, hiperglicemia, resistencia a la insulina y lipodistrofias. (Gómez Candela, C et al., 2002).

Existe también deficiencia de micronutrientes sobre todo vitamina D, cuando esta ha disminuido considerablemente aumenta el riesgo de padecer osteoporosis, sobre todo en mujeres donde existe un desequilibrio hormonal y pérdida de masa ósea. (Cruz Rodríguez Araceli, Castro D`Franchis Luis Javier, & Reyes Jiménez Abraham Emilio, 2014).

La mayoría de las mujeres con diagnóstico reciente VIH-NAIVE hospitalizadas, presentan signos de desnutrición debido a su enfermedad sumados los malos hábitos alimentarios.

Una adecuada valoración nutricional completa mediante: Antropometría, Bioquímica, Clínica y Dietoterapia, tiene un papel fundamental para el diagnóstico oportuno del estado nutricional en que se encuentra el paciente y como tratamiento coadyuvante para reducir el impacto que causan las enfermedades oportunistas que deterioran calidad de vida del inmunodeprimido. (Polo R et al., 2012).

4. Marco Teórico

4.1. VIH

El Virus de Inmunodeficiencia Humana, pertenece a la familia de los Retrovirus del genero Lentovirus, posee un diámetro de 80-120nm, tiene una cubierta lipídica doble rodeada por una cápside.

Ataca a las células inmunitarias del organismo especialmente a los linfocitos T CD4 debilitándolos hasta impedir su funcionabilidad. Esta infección progresiva se la conoce como inmunodeficiencia. (ONUSIDA, 2014).

Cuando el sistema inmune se debilita queda expuesto a contraer cualquier enfermedad oportunista e incluso desarrollar algún tipo de cáncer; esta inmunodepresión se mide mediante el conteo de linfocitos T CD4, denominándose Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA). (OMS, 2015).

4.1.1 Epidemiología

Se estima que el VIH a nivel mundial sigue siendo un problema de salud pública, así como también en el Ecuador que hubo un incremento del número de nuevos casos de VIH con una cifra de 2 millones en el 2014. (ONUSIDA, 2014).

Los casos de VIH continúan extendiéndose por todas las regiones del mundo en diferentes proporciones. Con respecto al virus VIH-1 corresponde a la mayoría de los infectados a nivel mundial, siendo su periodo de incubación de menor tiempo que el VIH-2. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011).

En el Ecuador existen 33.000 casos de VIH, considerándose que más del 50% de la población infectada se encuentran en la provincia del Guayas. "De enero a junio del 2014 se contabilizó el deceso de 205 personas con VIH/SIDA. (Idacochea Julio, 2014).

Se ha demostrado que la epidemia es concentrada debido a que no rebasa el 1% de infectados de la población. Una de las poblaciones más expuestas mayor al 5% son los hombres que tienen sexo con hombres (HSH). (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011).

Existe una relación 2 a 1 de infectados por el VIH entre hombres y mujeres, no obstante, la mujer sigue siendo más vulnerable ante el contagio. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011).

La cifra de nuevos casos de VIH en Guayaquil desde el 2013 al 2016 es de 5.451; 2.679 hombres, 2.763 mujeres y 9 intersexual. (Coordinación Zonal 8 Salud, 2016).

En el Hospital de Infectología “Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña” de la ciudad de Guayaquil, se han registrado aproximadamente 6.501 pacientes activos con VIH y enfermedades asociadas; se estima que hay un aproximado de 268 casos nuevos, de los cuales 196 son hombres y 72 son mujeres durante el transcurso del 2016. (Departamento de Estadística del Hospital de Infectología “Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña”, 2016).

4.1.2 Transmisión

El virus del VIH puede transmitirse de diferentes formas, entre ellas por contacto sexual, de forma perinatal o por contacto sanguíneo. La transmisión solo ocurre cuando existe contacto de la mucosa o el torrente sanguíneo con la sangre, los fluidos corporales como semen o secreciones vaginales, y la saliva siendo poco infectiva puesto que el virus del VIH de la persona infectada se encuentra en cantidades mínimas. (Porth, 2006).

Entre las formas más frecuentes para adquirir el virus del VIH está el contacto sexual entre el 75% y el 85% de la población mundial, en Ecuador más del 90% es por contacto sexual. (Porth, 2006).

Los estudios de transmisión sexual de la infección por VIH indican que la mayoría de las personas en riesgo de esta infección mantienen prácticas sexuales diversas, algunas veces con protección y otras sin protección con diferentes personas, de las cuales es difícil predecir cuáles estén realmente contagiadas por el virus del VIH, este caso es más común en hombres que tienen sexo con hombres. (HSH).

La transmisión parenteral se ocasiona cuando comparten jeringas, agujas y otros objetos contaminados con sangre infectada. Existen 3 momentos de transmisión de madre a hijo, entre ellas dentro del útero mediante propagación transplacentaria en este caso el riesgo de transmisibilidad aumenta en el último trimestre del embarazo; durante el parto a través del canal vaginal y después del nacimiento por ingestión de leche materna.

El 13% y 40% de los hijos de madres infectadas con VIH contrae la infección, el riesgo es mayor mediante el parto normal que con cesárea; se logra disminuir el riesgo cuando la madre mantiene un tratamiento con TARGA durante la gestación. (Stephen J. MCPHEE, n.d.).

4.1.3. Replicación Viral

Cuando el virus ingresa al cuerpo presenta tropismos a diferentes células, pero en el linfocito CD4 se produce un cambio que permite la fusión de la envuelta viral con la membrana celular. Este procedimiento de unión del virus a la membrana celular y entrada al citoplasma se conoce como "internalización".

Después de la introducción del virus, se crea la liberación del genoma viral y se promueve la transcripción. En este momento la transcriptasa inversa cataliza la formación de la primera cadena de ADN, a partir del ARN viral.

El complejo de pre-integración se da una vez sintetizado el ADN pro viral, ya que se acopló a distintos factores celulares y virales. Este complejo se dirige al núcleo para unirse en el genoma de la célula, con la ayuda de la integrasa.

Después de la integración, el VIH puede mantenerse latente, replicarse de forma controlada o sufrir una mayor replicación, esta función en la célula infectada tendrá un efecto citopático. El estado de latencia será agresivo y rápido debido a los factores celulares, ya que estos están presentes en el organismo de manera natural.

En la síntesis y proceso del ARN se comprometerán tanto proteínas celulares como proteínas reguladoras codificadas por el virus debido a su complejidad. Aquí van a intervenir 2 proteínas virales específicas, el Tat (activador potente de la transcripción), este hará que el ARN viral se sintetice por completo, mientras que el Rev (regulador de la expresión del virión) ayudará al transporte de los ARNm del núcleo hacia el retículo endoplasmático. (Stephen J. MCPHEE, n.d.).

Cuando finalmente los viriones se han madurado y se han acoplado a las proteínas virales, el nucleoide se traslada a la membrana celular, se reviste de la membrana lipídica y glicoproteínas de la superficie adheridas a ella y es libre por gemación, dando como resultado un nuevo virus. Este proceso se repite 10 billones de veces al día.

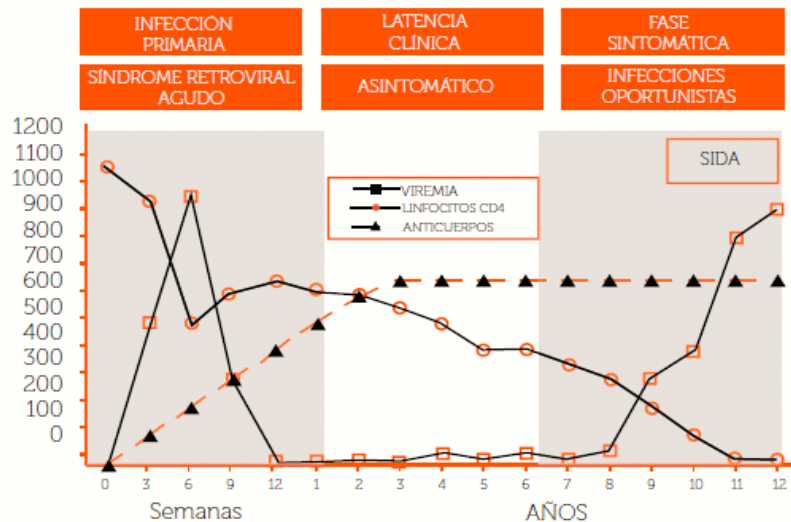
4.2 Historia Natural de la Enfermedad

La infección causada por el virus del VIH tiene 3 etapas, identificadas por la presencia o no de signos y síntomas dependiendo de la etapa donde se encuentre, sumado al conteo de linfocitos T CD4, el organismo reacciona ante el ataque producido por el virus y genera una respuesta que mantiene aparentemente la infección controlada por un periodo de tiempo determinado. Cuando pasan varios años el organismo ya no puede hacer frente a esta situación y la persona cero positiva queda expuesta a contraer enfermedades oportunistas, lo cual desencadena el desarrollo del Síndrome de Inmuno deficiencia Adquirida (SIDA). (Vargas, C & Boza, R, 2012).

Existe entre un 60% y 70% de personas infectadas con el virus del VIH que desarrollan SIDA después de 10 años del contagio, a este grupo de personas se los denomina progresores típicos. Otro 10% y 20% desarrollan la enfermedad después de 5 años del contagio conocidos como progresores rápidos. El 5% y 15% restante no presenta ningún síntoma hasta después de 15 años del contagio, denominado progresor lento,

de este grupo se desprende un subgrupo conocido como no progresor a largo plazo que equivale al 1% de personas que han contraído el virus alrededor de 8 años atrás, que no siguen tratamiento con antirretrovirales y que presentan recuentos de CD4 elevados y carga viral mínima. (Porth, 2006).

Figura 1. Historia natural de la infección por el VIH.



Fuente: Guía de atención Integral para adultos y adolescentes con VIH/SIDA. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011).

4.2.1 Fase Aguda

En esta etapa la mayoría de las personas portadoras del virus no refleja sintomatología relevante, sin embargo, del 40% al 90% presenta síntomas muy parecidos a los de la gripe como malestar, fiebre, dolores musculares, cefaleas, diaforesis nocturna, náuseas, vómitos e incluso inflamación en los ganglios, o también signos y síntomas que se presentan en la mononucleosis infecciosa. (Vargas, C & Boza, R, 2012).

Este cuadro clínico puede aparecer entre la semana 2 y 6 de la adquisición del virus del VIH y en algunos casos desaparecer días después. Para que una persona pueda diagnosticar si se encuentra en esta fase debe realizarse la prueba de anticuerpos de cuarta generación que tiene anticuerpos y antígenos p24, o una prueba de ácido nucleico (NAT). (Centers for Disease Control and Prevention, 2015).

4.2.2. Fase de Latencia (inactividad o estado latente del VIH)

También se la conoce como infección asintomática o infección crónica causada por el virus del VIH, en esta fase el virus sigue activo pero su replicación se realiza en periodos más bajos, lo que ocasiona que las personas infectadas no presenten síntomas. (Centers for Disease Control and Prevention, 2015).

El organismo de la persona contagiada con el virus del VIH en fase crónica, sigue produciendo replicas virales, pero al carecer de sintomatología podría aparentar que su organismo se está defendiendo ante el ataque continuo del virus, ocasionando el desgaste del sistema inmunológico con la aparición de adenopatías y disminución de las plaquetas sanguíneas llevándolo a la fase SIDA. (Secretaria General de Salud de México, 2012).

4.2.3. Fase SIDA

Las siglas SIDA significan Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, es la enfermedad causada por la infección del virus del VIH, caracterizada por la presencia de signos y síntomas que aparecen cuando el organismo se encuentra en una inmunodepresión marcada. (Porth, 2006).

El SIDA también conocida como fase de aceleración, es la etapa más avanzada de la infección causada por el virus del VIH, ocurre cuando el organismo se encuentra en un estado grave de inmunodepresión, donde existe la presencia de signos y síntomas que reflejan el estado actual del infectado. Pueden pasar meses o incluso años para que se produzcan algunas manifestaciones que indiquen el diagnóstico de la enfermedad, sin embargo, cuando aparecen puede poner en riesgo la salud de las personas infectadas volviéndolas vulnerables ante las enfermedades oportunistas e incluso llevarlas a la muerte. Una vez diagnosticado el SIDA, la persona infectada debe recibir tratamiento, caso contrario no sobreviviría. (Secretaria General de Salud de México, 2012).

Tabla 1: Clasificación de la Infección por VIH.

Categorías células CD4	Categorías Clínicas		
	(A)	(B)	(C)
	Asintomático, infección aguda VIH o LGP	Sintomáticos, sin cumplir condiciones (A) o (C)	Enfermedades indicadoras de SIDA
(1) > 500/uL	A1	B1	C1
(2) 200- 499/uL	A2	B2	C2
(3) < 200 uL	A3	B3	C3

Fuente: (Centers for Disease Control and Prevention, 2015)

4.3. Manifestaciones clínicas del SIDA

La aparición de las manifestaciones clínicas de la enfermedad, varía de acuerdo a cada persona, pero se estima que existe un periodo de 5 a 10 años para que presente la enfermedad, siempre y cuando no se haya detectado a tiempo y no se lleve un tratamiento adecuado. (OMS, 2015).

Las personas con VIH frecuentemente padecen de falta de apetito, náuseas, vómitos, acompañado también de diarreas prolongadas a causa de infecciones bacterianas o microorganismos patógenos, estos trastornos son los principales predisponentes a la mala absorción, pérdida de peso y disminución de la ingesta calórica. (Stephen J. MCPHEE, n.d.).

4.3.1. Síndrome de mala absorción

El síndrome de mala absorción se caracteriza por la presencia de un conjunto de signos y síntomas originados por déficits nutricionales causados por procesos fisiológicos llevados a cabo en el intestino delgado, parte del aparato digestivo importante para la digestión y absorción de nutrientes. (Herrera Ballester A et al., 2012).

La diarrea crónica es uno de los signos frecuentes en personas con VIH, este se acompaña por la disminución de D-Xilosa y disminución de la absorción de las grasas,

también por la inflamación crónica del intestino delgado y el aplanamiento de las vellosidades intestinales, siendo aquellos los factores condicionantes para presentar el síndrome de mala absorción. (Medina, B & Sandoval, C, 2016).

4.3.2. Síndrome de Wasting

También conocido como síndrome de desgaste, es una manifestación común producida cuando la infección que provoca el virus del VIH está en etapa avanzada, implica principalmente en la pérdida de masa magra y grasa del 5% cuando es leve, de 6-10% cuando es moderado y mayor del 10% del peso corporal total cuando es severo. (Bobadilla et al., 2005).

Su etiología es multifactorial entre ellas la disminución de la ingesta calórica por falta de apetito u otros, síndrome de mala absorción, alteración del metabolismo basal, trastornos endocrinológicos y efecto de las citoquinas, llevando al deterioro de la capacidad funcional y a la muerte. (Bobadilla et al., 2005).

4.3.3. Osteoporosis

Es una enfermedad silenciosa que provoca el deterioro del tejido óseo afectando a su estructura y funcionalidad con incremento al riesgo contraer fracturas, es una de las consecuencias de la infección causada por el virus del VIH además del déficit de las concentraciones de la vitamina D y la ingesta de tratamiento con TARGA; que por lo general se da en personas que han iniciado el tratamiento con antirretrovirales mayor a 2 años, con una pérdida ósea del 2% al 6%.

En los pacientes con VIH existe una disminución en la densidad mineral ósea, relacionados con la duración de la infección causada por el virus del VIH, conteo de linfocitos CD4, pérdida de peso, malos hábitos como tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, además de trastornos endocrinológicos relacionados a la disminución de estrógenos y testosterona, glucocorticoides, resistencia a la insulina. (Cruz, Araceli, Castro L, & Reyes, A, 2015).

Tabla 2: Manifestaciones clínicas según los estadios del VIH en adultos y adolescentes.

Estadio	Manifestaciones Clínicas
Estadio Clínico I	<ul style="list-style-type: none"> • Asintomático. • Linfadenopatía persistente generalizada.
Estadio Clínico II	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso moderada sin explicación (menos del 10% del peso corporal). • Infecciones bacterianas recurrentes de las vías respiratorias superiores. • Herpes Zóster. • Quelitis Angular. • Ulceras Orales. • Erupción Papular. • Dermatitis Seborreica. • Infecciones Fúngicas de las uñas.
Estadio Clínico III	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso grave sin causa conocida (más del 10% del peso corporal). • Diarrea Crónica durante más de 1 mes sin explicación. • Fiebre persistente intermitente y constante más de 1 mes sin explicación. • Candidiasis oral. • Leucoplasia oral vellosa. • Tuberculosis pulmonar. • Infección Bacteriana grave (neumonía, meningitis, osteomielitis, artritis, bacteriemia, enfermedad pélvica inflamatoria grave). • Gingivitis estomatitis o periodontitis ulcerativa necrotizante. • Anemia (menor de 80g/dl, neutropenia menos de $0.5 \times 10^9/L$ y trombocitopenia menos de $50 \times 10^9/L$) crónica sin explicación más de 1 mes.
Estadio Clínico IV	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de confusión y desgaste por VIH. • Neumonía bacteriana. • Candidiasis Esofágica. • Tuberculosis Extrapulmonar. • Sarcoma de Kaposi. • Enfermedad por citomagalovirus. • Toxoplasmosis SNC. • Encefalopatía asociada al VIH. • Linfoma No Hodgkin. • Carcinoma cervical invasivo. • Isosporiasis crónica. • Micosis diseminada. • Nefropatía asociada al VIH. • Miocardiopatía asociada al VIH.

Fuente: Guía de atención Integral para adultos y adolescentes con VIH/SIDA. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011).

4.4. Tratamiento Antirretroviral

El Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad conocido por sus siglas TARGA, es la combinación de tres o cuatros fármacos antirretrovirales que disminuyen la carga viral del VIH en el organismo evitando su deterioro. (Coalición Ecuatoriana P.V.V.S., 2012).

Su función es ingresar al torrente sanguíneo para que exista una correcta adherencia del fármaco en el organismo, con el fin de evitar la replicación del virus del VIH, para ello es importante que una vez iniciado el tratamiento no sea abandonado, ya que el TARGA podría volverse resistente, es de decir mutar para no ser afectado por la medicación.

Para que la persona pueda acceder a un tratamiento adecuado debe basarse en las manifestaciones clínicas que presenta, el conteo de los linfocitos CD4 y CD8 y las pruebas de diagnóstico de carga viral plasmática antes de iniciar el tratamiento, así se evitaría el fracaso del mismo y se podría llegar a la meta propuesta, prolongar la calidad de vida, restaurar el sistema inmunológico, disminuir complicaciones, reducir el impacto de las enfermedades oportunistas e incluso evitar la mortalidad de los infectados. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011).

En Ecuador existen varios medicamentos antirretrovirales, cuyo acceso es provisto por el estado de manera gratuita de acuerdo a la normativa constitucional y legal, así como la realización de exámenes de CD4 y carga viral. (Coalición Ecuatoriana P.V.V.S., 2012).

Tabla 3: Clasificación de los antirretrovirales existentes en Ecuador.

Inhibidores de Fusión	Maraviroc
Inhibidores de la transcriptasa reversa nucleósidos (ITRN)	Zidovudina (AZT), Lamivudina (3TC), Didanosina (ddI), Abacavir (ABC), Tenofovir (TDF), Emtricitabina (FTC)
Inhibidores de la transcriptasa reversa NO nucleósidos (ITRNN)	Efavirenz (EFV), Nevirapina (NVP), Etravirina (ETV)
Inhibidores de la integrasa (II)	Lopinavir + Ritonavir, Saquinavir (SQV), Atazanavir (ATZ), Darunavir (DRV)
Inhibidores de la proteasa (IP)	Raltegravir (RAL), Doltegravir (DOL)

Fuente: (Coalición Ecuatoriana P.V.V.S., 2012).

4.4.1. Influencia de los TARGA a nivel nutricional

Los TARGA ofrecen excelentes beneficios para reducir las comorbilidades y la mortalidad del infectado con VIH, pero cabe recalcar que este tratamiento es por tiempo indefinido y que provoca efectos adversos. (Sánchez & Guiteras, 2014).

Algunos antirretrovirales como Ritonavir, Nelfinavir y ciertos inhibidores de la proteasa (IP), causan cambios en el metabolismo de los lípidos y mala absorción de nutrientes. (Hadgu, Worku, Tetemke, & Berhe, 2013).

Las personas infectadas con VIH que mantienen un tratamiento con TARGA pueden presentar el síndrome de redistribución grasa: lipodistrofia o Lipoatrofias. (Knox et al., 2003). Este se encuentra asociado principalmente con la ingesta de antirretrovirales inhibidores de la proteasa, inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de los nucleósidos. (Sánchez & Guiteras, 2014).

El síndrome de lipodistrofia consiste en el desbalance del metabolismo corporal presentando redistribución inadecuada de la masa grasa, hiperlipidemias y resistencia a la insulina, mismo que aparece después de varios años de tratamiento con TARGA.

La mala distribución grasa consiste en Lipohipertrofias (almacenamiento en gran cantidad de la grasa localizada) presente en el abdomen, pecho y región dorso-cervical y Lipoatrofias (disminución de la grasa localizada) en cara, pecho, muslos, piernas y glúteos. (Sánchez & Guiteras, 2014).

4.5. Malnutrición en VIH

4.5.1 Desnutrición

Es el estado anormal del organismo provocado por el desequilibrio de la ingesta de nutrientes sumado al estado fisiológico, malos hábitos y manifestaciones clínicas. (OMS, 2015).

Este fenómeno es muy frecuente en personas infectadas con VIH, con déficit de ingesta de macro y micronutrientes expresado en el Síndrome de Wasting o de desgaste, empeorando la calidad de vida, tratamiento e incrementando el riesgo de muerte. (Freijo & Mengoni, 2010).

4.5.2. Tipos de Desnutrición

- Desnutrición calórica o marasmo: es déficit de consumo energético, caracterizada por la pérdida generalizada de la masa muscular y disminución de grasa subcutánea.
- Desnutrición proteica o kwashiorkor: pérdida de masa magra relacionada con la disminución de ingesta proteica, asociado por estados hipermetabólicos ya sea hormonales o inflamatorios.
- Trastornos mixtos (kwashiorkor marasmático) presentan ambos tipos de desnutrición calórica y proteica, se presentan con mayor frecuencia en personas con un grado de desnutrición previo sumado a algún proceso metabólico. (Medina Medina María Belen & Sandoval Cabrera Carla Paulina, 2016).

4.5.3. Criterios de diagnóstico

Existen varios parámetros para medir el tipo de desnutrición entre ellos están: IMC 18.50, medición de pliegues tricípital, bicipital y subescapular, circunferencia el brazo, porcentaje de pérdida de peso, valoración global subjetiva que clasifica a los pacientes infectados con VIH en A - Bien nutrido; B - Moderadamente desnutrido o con riesgo de desarrollar desnutrición; C - Severamente desnutrido, las categorías B o C fueron consideradas inadecuadas. (Freijo & Mengoni, 2010).

4.5.4. Sobrepeso y Obesidad

Es la acumulación excesiva de grasa anormal o excesiva que resulta perjudicial para la salud, siendo la causa principal es desbalance energético específicamente con el consumo excesivo de alimentos altamente calóricos, ricos en grasas y azúcares y pobres en vitaminas y minerales, además de la falta de actividad física y sedentarismo que ayudan a quemar las calorías consumidas en exceso. (OMS, 2015).

4.5.5. Criterios de diagnóstico

El Índice de Masa Corporal (IMC) es un fuerte predictor del sobrepeso y la obesidad en adultos de ambos sexos, se calcula dividiendo el peso en kilos sobre la talla en cm, (kg/m^2).

Tabla 4: Criterios de Diagnóstico del Sobrepeso y Obesidad.

Clasificación	IMC (kg/m^2).
Normal	18.50 - 24.99
Sobrepeso	25.00
Pre-Obeso	25.00 - 29.99
Obeso	30.00
Obesidad Tipo 1	30.00 - 34.50
Obesidad Tipo 2	35.00 - 39.99
Obesidad Tipo 3	40.00

Fuente: (OMS, 2015).

Tener un mal estado nutricional condiciona la calidad de vida de los pacientes con VIH, más aún cuando la infección se encuentra en etapa avanzada y sobre todo cuando presentan sobrepeso u obesidad, ya que es más difícil mantener un equilibrio en el metabolismo.

Con el paso de los años y el advenimiento del tratamiento con antirretrovirales inhibidores de la proteasa se logró prolongar la expectativa de vida de las personas con VIH, pero este tratamiento trajo consigo el síndrome plurimetabólico (hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia e hiperglucemia), además de lipodistrofias (obesidad central y pérdida de grasa periférica).

La Hiperglucemia está relacionada con la resistencia a la insulina detectada en un 13,6% hasta un 46% de los pacientes que están en tratamiento con TARGA, factor predisponente para adquirir Diabetes, que es clínicamente similar a la Diabetes Mellitus tipo 2 con insulinoresistencia y alteración de la tolerancia a la glucosa; del 2% al 7% de los pacientes ya padecen este trastorno.

La resistencia a la insulina es medida por la elevación de la concentración plasmática de insulina que existe, además de la concentración de la variable metabólica que depende de la concentración general de la glicemia. (Gómez Candela, C et al., 2002).

Tabla 5: Criterios de Diagnostico de Diabetes Mellitus 2

Prueba de la Glicemia	
Glicemia Basal	126 mg/dl
Glicemia al Azar	200 mg/dl + síntomas
Glicemia postprandial	200 mg/dl
Intolerancia a la glucosa	
Glicemia postprandial	entre 140-199 mg/dl
Glicemia basal	entre 110-125 mg7dl

Fuente: (OMS, 2015).

La hipertrigliceridemia y el aumento de la circunferencia de cintura aumentan el riesgo cardiovascular sobre todo de desarrollar aterosclerosis en las personas infectadas con el virus del VIH que reciben terapia con TARGA, reflejaban valores de cintura mayor a 90 cm y los triglicéridos 2,0 mmol/l (178 mg/dl) en varones y 85 cm de cintura y 1,5 mmol/l (133 mg/dl) en mujeres. (Bernal Enrique et al., 2012).

4.6. Valoración Nutricional

La valoración nutricional es la interpretación de ciertos parámetros relevantes basados en previos estudios que arrojan resultados importantes para el diagnóstico del estado nutricional actual del paciente.

La evaluación de varios parámetros nutricionales como porcentaje de pérdida de peso, índice de masa corporal, porcentaje de masa magra y grasa, datos bioquímicos y exámenes radiológicos entre otros, son estudios utilizados para identificar el estado nutricional actual de la persona infectada con el virus del VIH. (Freijo & Mengoni, 2010).

Las personas que viven con el VIH tienen mayor riesgo de malnutrición, en ellos es importante incrementar los requerimientos nutricionales durante las primeras etapas de la infección, incluso cuando no hay síntomas evidentes, es poco común mantener el balance adecuado debido que la infección por VIH provoca falta de apetito y reducción de la absorción de alimentos. (Hadgu, Worku, Tetemke, & Berhe, 2013).

La valoración nutricional inicial puede ser mediante "ABCD," que representa una evaluación de parámetros antropométricos, bioquímicos, clínicos y dietéticos.

La antropometría es un método no invasivo que consiste en la medición de dimensiones del cuerpo y grasa subcutánea empleado para caracterizar la composición corporal u otros cambios relacionados con el estado nutricional. (Knox et al., 2003).

Es importante tener en cuenta que existen parámetros que varían de acuerdo al sexo, la edad y la condición fisiológica de la persona infectada, si no se los emplea correctamente varía la predicción del estado nutricional de la persona con VIH.

El peso corporal y la talla son de suma importancia en la valoración del estado nutricional. Por lo general el peso es medido por una balanza, para evitar errores la persona evaluada debe tomar en cuenta que los estados de ingesta e hidratación podrían alterar el resultado obtenido, en caso de no poder mantenerse en pie hay que recurrir a medidas indirectas como la altura talón-rodilla en pacientes adultos. En cuanto a la talla es medida por el tallímetro en personas que pueden mantenerse de pie o usar como referencia la medida del antebrazo en caso no tener este implemento. (Polo R et al., 2012).

El índice de masa corporal es una técnica en la cual se toma el valor del peso en kilogramos sobre la talla en centímetros para dar una estimación entre la relación que existe entre el peso y la talla.

En la valoración antropométrica se incluye la estimación de la grasa corporal total porque a través de esta se puede evaluar el comportamiento graso mediante la sumatoria de los pliegues (tricipital, subescapular, bicipital y supra iliaco) utilizando un plicómetro. La grasa corporal aumenta en mujeres más del 30% y en hombres más del 25%. En cuanto a la estimación de masa magra se propone emplear la circunferencia muscular del brazo para calcular el comportamiento muscular esquelético.

La utilización de dinamometría de la mano es un método esencial que ayuda a precisar el nivel funcional y la pérdida de masa muscular. (Miranda, Manuel & Rodríguez, Luis, 2011).

Los valores de parámetros bioquímicos de suma importancia como hemoglobina, hematócrito, glicemia, triglicéridos, colesterol, creatinina, proteína C reactiva, linfocitos CD4 y CD8, carga del virus del VIH y enzimas hepáticas, son de utilidad máxima para el pronóstico de las personas con VIH/SIDA. En cuanto a la albumina, pre albumina,

hierro sérico y hierro vinculante total, no son marcadores específicos del estado nutricional sin embargo su valor disminuido indica el riesgo de mortalidad.

La evaluación clínica incluye: historia clínica y examen físico para identificar cuáles son los factores predisponentes que ocasionan el empeoramiento de la condición del afectado. La observación de la apariencia física, presencia de diarrea, síntomas de alteraciones gastrointestinales, angustia o mala absorción, aparición de infecciones oportunistas y las comorbilidades, además de ingesta de medicamentos o suplementación complementaria. (Knox et al., 2003).

La Dietética en el estado nutricional controla la situación del paciente para así, evitar el deterioro y disminuir los síntomas que se manifiestan a lo largo de la enfermedad.

Todas las personas adultas que viven con el VIH requieren del incremento del 10% más de energía en períodos asintomáticos y del 20-30% cuando son sintomáticos. (Hadgu et al., 2013).

En personas con VIH/SIDA es considerable estimar parámetros dietéticos relacionados con la ingesta de alimentos vía oral como un recordatorio 24hs, frecuencia de consumo de alimentos, registro de 48hs para determinar hábitos y localizar déficit o exceso de macro y micronutrientes.

4.7 Alimentación Saludable en VIH

La alimentación saludable tiene un rol importante en personas que viven con el VIH, es necesario incrementar el consumo de acuerdo a los requerimientos calóricos de cada persona tomando en cuenta si hay o no presencia de enfermedades asociadas, ya que al encontrarse en esta condición fisiológica los nutrientes presentes en los alimentos no son asimilados correctamente por el organismo.

Es preferible llevar una alimentación variada y enriquecida de manera natural, sin restricciones ni excesos, tomando en cuenta sobre todo los alimentos que brindan

mayor aporte calórico como: carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas, minerales, fibra y agua. (Programa Mundial de Naciones Unidas de Alimentos (PMA) & ONUSIDA, 2010).

Se necesita cumplir con el CESA, es decir que la alimentación que lleven estas personas sea: C completa, E equilibrada, S suficiente y A adecuada, consumiendo los siete principales grupos de alimentos:

1. Lácteos y derivados
2. Cárnicos (res, pollo, pescado, atún, cerdo sin grasa y huevo por su alto contenido de vitamina A y D.)
3. Cereales (arroz, maíz, trigo, cebada, avena) y derivados (pan, pastas).
4. Hortalizas (zanahorita, pepino, tomate, lechuga,) verduras (col, tomate, brócoli, apio, coliflor, acelga, remolacha), y leguminosas verdes (lenteja, fréjol, arvejas, habas).
5. Frutas se recomiendan todas, pero especialmente las que tiene alto contenido de vitamina C: kiwi, mandarina, naranja, frutillas, maracuyá, tomate de árbol, toronja).
6. Azúcares.
7. Grasas (preferiblemente aceite de oliva, maíz, canola, girasol).

Tabla 6: Porciones recomendadas de grupos de alimentos al día

Grupo de Alimentos	Porciones Recomendadas
Lácteos	2- 3 porciones al día
Cereales	2-3 porciones al día
Cárnicos	1- 2 porciones al día
Hortalizas, Verduras y Leguminosas	3- 4 porciones al día
Frutas	5 porciones al día
Azúcares	1- 2 porciones al día
Grasas	1- 2 porciones al día

Fuente: (Programa Mundial de Naciones Unidas de Alimentos (PMA) & ONUSIDA, 2010).

Las vitaminas y minerales también son indispensables en la dieta, debido a que la deficiencia de los mismos aumentaría el riesgo de depresión del sistema inmune, terminando en la inmunodepresión total sumado a los efectos propios de la enfermedad.

Tabla 7: Beneficios del consumo de vitaminas y minerales importantes para el equilibrio del organismo en personas con VIH.

Vitaminas	Beneficios
Vitamina C	<ul style="list-style-type: none"> • Potente antioxidante. • Interfiere en la absorción de hierro. • Previene la presencia de trastornos respiratorios. • Ayuda a la cicatrización de heridas. • Realza el sistema inmunitario.
Vitamina A	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda a la formación y mantenimiento de huesos blandos. • Mejora la visión. • Potente antioxidante.
Vitaminas del Complejo B	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora el metabolismo celular. • Disminuye los problemas relacionados con el sistema nervioso. • Favorece la absorción de macronutrientes.
Vitamina D	<ul style="list-style-type: none"> • Previene el raquitismo. • Regula el depósito de calcio en los huesos. • Mantiene los niveles de fósforo y calcio normal.
Vitamina E	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora la circulación. • Interfiere en el metabolismo de las grasas. • Disminuye trastornos neurológicos.
Vitamina K	<ul style="list-style-type: none"> • Participa en la coagulación de la sangre. • Ayuda a la formación de glóbulos rojos.
Hierro	<ul style="list-style-type: none"> • Indispensable en la formación de glóbulos rojos. • Previene la anemia. • Mejora el desempeño del sistema inmunológico.
Zinc	<ul style="list-style-type: none"> • Realza el sistema inmunológico. • Ayuda a la cicatrización de heridas. • Reduce las alteraciones en el apetito.
Selenio	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda al equilibrio del organismo. • Activa el sistema inmunológico.
Calcio	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda a la formación y mantenimiento de masa ósea. • Mejora la coagulación. • Previene la osteopenia y osteoporosis.

Elaborado por: Robalino Gaibor, Mayra Alejandra y Ruiz Izurieta, Yael Mayumi; a través de la información recopilada del Manual de Alimentación y Nutrición para el cuidado y apoyo de Personas Adultas Viviendo con VIH o SIDA. (Programa Mundial de Naciones Unidas de Alimentos (PMA) & ONUSIDA, 2010).

4.8. Marco Legal

En el Ecuador las organizaciones no gubernamentales de PVVS impulsaron la defensa de los derechos civiles amparado en los derechos humanos universales generándose un marco legal que protege a las personas infectadas con el virus del VIH, puesto que desde 1984 hasta a mediados de la década de los 90 no existió elementos de protección o leyes de protección para estos infectados, pudiendo obtenerse la primera norma jurídica denominándose Ley 2000-11, que engloba en gran parte las aspiraciones de las personas que viven con VIH/SIDA.

Estas organizaciones conjuntamente con entes gubernamentales liderados por el Ministerio de Salud Pública en forma participativa se construyeron el primer plan estratégico del VIH conformándose el Programa Nacional del SIDA (PNS) dentro de las estructuras orgánicas funcionales del ente rector de salud.

En la actualidad existen leyes, reglamentos, planes y normas que sirven para la promoción, asistencia y cuidado de este tipo de enfermos que se encuentran desde la norma jurídica macro.

4.8.1. De la Constitución Política de la República del Ecuador 2008

Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria.

Sección séptima

Personas con enfermedades catastróficas

Art. 50.- El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente.

Interpretación: Se refiere a normas constitucionales garantistas de los derechos de los ciudadanos ecuatorianos respecto a la protección del estado hacia las personas que sufren enfermedades catastróficas, o de alta complejidad, esta base jurídica protege a las personas que son vulnerables por la discriminación que sufren a nivel familiar, laboral, social o estigmatización de una sociedad, ordena a las autoridades

de la salud un trato preferencial y en su entorno. Toca concienciar a la población para que socialice estos temas y que las autoridades se empoderen y se construyan como políticas de estado.

4.8.2. Régimen del buen vivir

Capítulo primero: Inclusión y equidad

Art. 341.- El Estado generará las condiciones para la protección integral de sus habitantes a lo largo de sus vidas, que aseguren los derechos y principios reconocidos en la Constitución, en particular la igualdad en la diversidad y la no discriminación, y priorizará su acción hacia aquellos grupos que requieran consideración especial por la persistencia de desigualdades, exclusión, discriminación o violencia, o en virtud de su condición étnica, de salud o de discapacidad.

La protección integral funcionará a través de sistemas especializados, de acuerdo con la ley. Los sistemas especializados se guiarán por sus principios específicos y los del sistema nacional de inclusión y equidad social.

Interpretación: Se exige al estado como tal en forma integral la protección de los derechos fundamentales en forma igualitaria y diversa evitando la discriminación y el estigma y generando un sistema de protección e inclusión social a todas personas o grupo que se considere de esta norma.

4.8.3. Ley orgánica del régimen de la soberanía alimentaria

Art. 27.- Incentivo al consumo de alimentos nutritivos. - Con el fin de disminuir y erradicar la desnutrición y malnutrición, el Estado incentivará el consumo de alimentos nutritivos preferentemente de origen agroecológico y orgánico, mediante el apoyo a su comercialización, la realización de programas de promoción y educación nutricional para el consumo sano, la identificación y el etiquetado de los contenidos nutricionales de los alimentos, y la coordinación de las políticas públicas.

Interpretación: El estado debe promover la seguridad alimentaria desde la producción, comercialización y consumo de alimentos que deben estar en condiciones óptimas, además de la promoción con el fin de evitar desórdenes en el patrón alimentario y erradicar la desnutrición y malnutrición.

4.8.4. Ley de derechos y amparo del paciente

Art 4. - Derecho a la confidencialidad. - Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.

Interpretación: Los pacientes están amparados por el derecho de la confidencialidad, cualquier profesional o trabajador de la salud tiene prohibiciones tacitas de comentar o divulgar el diagnóstico, tratamiento, exámenes y la condición de salud en que se encuentra un paciente atendido dentro del sistema de salud.

4.8.5. Ley especial del VIH/SIDA 2000-11 (vigente actualmente).

Art 7.- Ninguna persona será discriminada a causa del estar afectada por el VIH/SIDA o fallecer por esta causa.

Interpretación: Según este artículo no debe existir rechazo hacia las personas afectadas por el VIH-SIDA ya que todos somos iguales y poseemos los mismos derechos, deberes y oportunidades ante la ley y esta sancionara toda forma de discriminación.

Art. 8.- Todo profesional de la salud está obligado a diagnosticar, atender o referir a otro nivel cuando no pueda resolver el problema de las personas afectadas por el VIH/SIDA que haya en demanda de sus servicios.

Interpretación: La ley en este artículo se asegura que todo profesional de la salud deberá atender en forma integral de acuerdo a su capacidad de resolución o referir a niveles de mayor complejidad a los pacientes VIH de acuerdo a su necesidad y en ningún caso dejará de atenderlo, así como también brindar información y tratamiento, respetando su intimidad y confidencialidad.

5. Formulación de la Hipótesis

Las mujeres con VIH-NAHIVE ingresadas en el Hospital de Infectología “Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña” de la ciudad de Guayaquil, mantienen desórdenes en el patrón alimentario, lo cual podría reflejarse en desnutrición u obesidad, provocando vulnerabilidad ante la presencia de enfermedades asociadas al SIDA.

6. Identificación y Clasificación de Variables

6.1 Operalización de variables

Para la toma de muestra se realizó una ficha de recolección de datos, tomando en cuenta las siguientes variables.

Cuadro 1. Determinantes Biológicas

Variable	Definición	Dimensión	Escala y Valores
Edad	Tiempo que transcurre desde que una persona nace.	Determina el impacto del grupo etario más vulnerable ante el contagio.	18-24 25-29 30-34 35-39 40-44 45-49 50-54 55-59

Cuadro 2. Determinantes Socioculturales y económicas.

Variable	Definición	Dimensión	Escala y Valores
Estado Civil	Condición particular de un compromiso legal que otorga el registro civil cuando una persona tiene pareja o no.	Mide las posibilidades y condiciones del contagio.	-Soltera -Casada -Viuda -Unión Libre
Nivel de Educación	Grado de instrucción académica que reciben las personas.	Mide el acceso del conocimiento humano ante el problema.	-Primaria -Secundaria -Superior
Ocupación	Tiempo que dispone una persona para realizar alguna actividad.	Determina su posible nivel de ingresos, la dependencia a la vida social, frecuencia del grupo humano donde aumenta el problema.	-Quehaceres domésticos -Comerciante -Otros.
Hábitos	Práctica frecuente que realiza una persona.	Mide los posibles daños orgánicos que puede tener una persona ante el VIH y sus adicciones.	-Alcohol social -Tabaco -Drogas -Ninguno.

Cuadro 3. Determinantes Clínicas

Variable	Definición	Dimensión	Escala y Valores
Antecedentes Patológicos Personales	Presencia de enfermedades pasadas o actuales que caracterizan y condicionan la calidad de vida de una persona.	Determina los factores agravantes que alteran el proceso nutricional.	-Gastritis -Hipertensión Hipercolesterolemia -Otros
Enfermedades Oportunistas	Presencia de una o más enfermedades como consecuencia de la inmunodepresión del organismo previo a un virus patógeno.	Mide los factores agregados que pueden alterar o perjudicar la condición de una persona inmunodeprimida.	-Enfermedades respiratorias -Herpes -Otros
IMC	Relación de la masa corporal que tiene una persona entre el peso y la estatura para diagnosticar si una persona se encuentra en infrapeso, normal, sobrepeso u obesidad.	Determina la predisposición de padecer enfermedades crónicas no transmisibles convirtiéndose en un agravante para la fisiopatología del VIH.	-Infrapeso -Normal -Sobrepeso -Obesidad
ICC	Relación que tiene una persona entre la circunferencia de cintura sobre la circunferencia de cadera para diagnosticar el tipo de distribución de grasa corporal.	Mide la forma en que el cuerpo almacena la grasa que no es eliminada, por lo tanto, su localización será un indicador de que órganos serán los posibles perjudicados.	-Androide -Ginecoide
Capacidad Funcional	Capacidad que tiene una persona para realizar una actividad.	Determina la influencia que tiene la mala condición física con la disminución de masa muscular,	-Débil -Normal -Fuerte

		masa ósea y desórdenes hormonales.	
Porcentaje de Grasa corporal	Es la proporción o cantidad de grasa que almacena una persona en todo su cuerpo.	Mide el porcentaje de grasa presente en el cuerpo en relación a la edad, como consecuencia del aumento de la malnutrición e interviniendo en el estado nutricional normal de una persona con VIH.	-Debajo del promedio -Promedio -Arriba del promedio -Exceso de grasa
Porcentaje de Cambio de peso	Modificación marcada de peso que manifiesta una persona tomando como referencia peso habitual y peso actual en un tiempo determinado.	Determina las variaciones en el peso según los últimos 3 meses como consecuencia del estado fisiológico en que se encuentra por el impacto y la presencia del virus del VIH en su cuerpo.	-No hubo cambio -Perdida grave -Aumento
Clasificación CDC	Criterios de clasificación en niños, adolescentes y adultos según la sintomatología y datos bioquímicos para identificar en qué etapa del VIH se encuentra una persona.	Permite identificar en que clasificación se encuentra una persona y como esta influye en la alteración del estado nutricional y sus complicaciones asociadas.	-A1, A2, A3 -B1, B2, B3 -C1, C2, C3
Exámenes Bioquímicos	Es un proceso clínico que se desarrolla para analizar ciertas muestras ya sean de sangre, orina, heces u otras sustancias	Determina un posible diagnóstico, comprueba si el desarrollo de la enfermedad ha ocasionado daños, permite	Glucosa: -Elevada -Normal; Colesterol: -Elevado -Normal; Hemoglobina:

	presentes en el cuerpo.	diagnosticar los posibles agravantes de la enfermedad además de ayudar a la planificación del tratamiento para reparar el daño causado.	-Baja -Normal -Elevada; Hematócrito: -Bajo -Normal -Elevado
Frecuencia de consumo de alimentos	Encuesta alimentaria que tiene como objetivo conocer con qué frecuencia es consumido un determinado alimento.	Mide el acceso a todos los grupos de alimentos para diagnosticar excesos o deficiencias que condicionan el estado nutricional de una persona.	-Diario -2-3 veces/semana -1 vez/mes -Nunca

7. Metodología de la Investigación

7.1. Justificación de la Elección del Diseño

El proyecto realizado se basa en un tipo de investigación científica, no experimental debido a que no se manipuló ninguna variable, es transversal ya que la información será recolectada en un solo momento.

Su alcance es de tipo descriptivo porque se recolectó datos y características que presentan las mujeres con VIH-NAIVE que acuden al Hospital de Infectología "José Daniel Rodríguez Maridueña", sin alterar ninguna información.

Tiene un enfoque cuali-cuantitativo ya que se recopiló y analizó datos numéricos sobre variables de la información obtenida por medio de la valoración nutricional, exámenes de laboratorio, historias clínicas y exámenes radiológicos, además de la entrevista directa con el paciente para poder obtener información subjetiva que no puede ser observada dentro del marco de estudio.

7.2. Población y Muestra

Se utilizó el 100% de la población para la muestra conformada por 30 mujeres con VIH-NAIVE, mayores de 16 años que se encuentren ingresadas en las salas de consulta externa, emergencia y hospitalización del Hospital de Infectología "Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña" de la ciudad de Guayaquil durante el periodo mayo-septiembre del 2016.

7.2.1. Criterios de Inclusión

Pacientes de sexo femenino con VIH-NAIVE que acuden regularmente al Hospital de Infectología "José Daniel Rodríguez Maridueña" de la ciudad de Guayaquil, mayores de 16 años, que sean de reciente diagnóstico y que no hayan iniciado tratamiento con TARGA.

7.2.2 Criterios de Exclusión

- Pacientes de sexo femenino menores de 16 años.
- Pacientes que no tengan VIH.
- Pacientes que sean experimentadas con TARGA.
- Pacientes que no quieran participar en el proyecto.

7.3. Técnicas e Instrumentos de Recogida de Datos

7.3.1. Instrumentos

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

- **Ficha de recolección de datos:** permitió recolectar la mayor información nutricional necesaria para diagnosticar el estado nutricional de la muestra estudiada.
- **Historias clínicas:** por medio de ellas, pudimos tomar los resultados de exámenes de laboratorio.
- **Báscula:** Instrumento marca Camry graduada en Kilogramos, cuyo objetivo es conocer el peso actual de un individuo.
- **Cinta Métrica:** Instrumento marca Camry graduado en cm, que sirve para medir longitudes.
- **Plicómetro:** Instrumento manual, marca Camry graduado en milímetros, el cual mide los pliegues cutáneos, de acuerdo al sitio tomado se puede calcular el porcentaje de grasa corporal.
- **Dinamómetro:** Instrumento digital, marca Camry que sirve para medir la capacidad funcional del individuo en relación a la edad, arrojando tres categorías como normal, débil y fuerte.

7.3.2. Técnicas

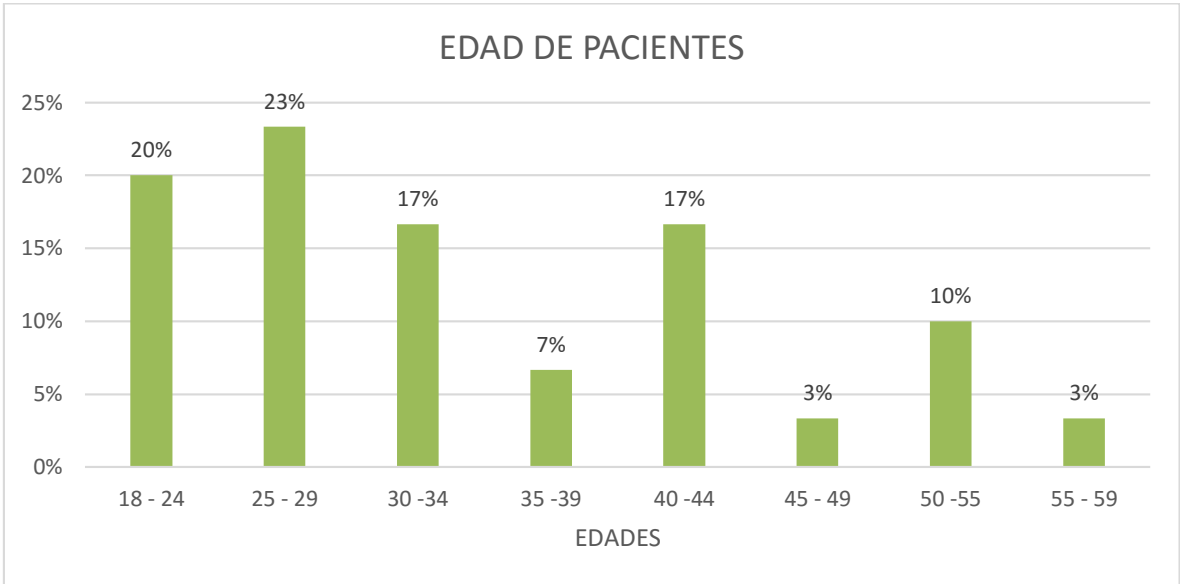
- Debido al enfoque del trabajo se permitió crear una hoja de recolección de datos en Microsoft Excel 2010, en donde se tomó en cuenta la valoración antropométrica (peso, talla, IMC, ICC, circunferencia de cintura, circunferencia de cadera, circunferencia media del brazo, pliegue Tricipital, pliegue sub-escapular, dinamometría y revisión de datos bioquímicos por medio de la historia clínica; además de la observación y entrevista directa con el paciente.
- El peso fue tomado en una báscula medida en kilogramos, de pie, sin zapatos, ni prendas pesadas que interfieran en el resultado del peso.
- La talla fue tomada mediante un tallímetro, medida en metros, de pie, sin zapatos, talones pegados al tablero, de preferencia cabello suelto para que no interfiera en la toma de talla.
- El IMC fue diagnosticado tomando en cuenta el peso en kilogramos sobre la talla en cm y mm.
- Para diagnosticar el Índice Cintura cadera, se utilizó: la circunferencia de la cintura sobre la circunferencia de la cadera medida por una cinta métrica graduada en cm.
- Para medir el pliegue tricipital se utilizó el plicómetro graduado en milímetros, se puso al paciente recto con el brazo relajado hacia abajo, posteriormente se tomó con el plicómetro el exceso de grasa de la parte posterior del brazo.
- Para medir el pliegue sub-escapular se tomó como referencia la parte posterior de la escapula, en personas donde el pliegue era muy grueso y no se notaba visible se les pedía que muevan el brazo hacia atrás y se tomaba el exceso de grasa con el plicómetro.

- Para realizar el diagnóstico se tomó en cuenta la fórmula de Frisancho, 1990¹⁶ tomada del Manual de Formulas y Tablas para la Intervención Nutricional. (Palafox López, María Elena, n.d.).
- Para medir la capacidad funcional se utilizó un aparato digital llamado dinamómetro, se tomaba el manubrio del instrumento con la mano derecha y sin moverse se trataba de llevar hacia abajo por medio de la utilización de su fuerza.
- Mediante la hoja de colección de datos pudimos obtener resultados sobre cómo es su estilo de vida, alimentos que consumen frecuentemente, factores que predisponen a desarrollar enfermedades oportunistas propias del virus y sobre todo cual es el motivo principal del acceso al tratamiento con TARGA una vez diagnosticado el VIH.
- La entrevista personal con cada una de las mujeres de la muestra seleccionada nos brinda un aporte importante y necesario para la conclusión final, del cual obtuvimos información confidencial, entre las preguntas que les hicimos fueron: ¿cómo se contagiaron con el virus del VIH?, ¿su pareja también es reactiva?, ¿actualmente sigue con su pareja?, ¿cómo fue su método de diagnóstico?, ¿quién las aconsejó a acudir al hospital para control de su estado actual de su enfermedad?, entre otras.

8. Presentación de Resultados

8.1 Análisis e interpretación de resultados

Gráfico 1: Distribución porcentual de mujeres con VIH-NAIVE agrupada según la edad.



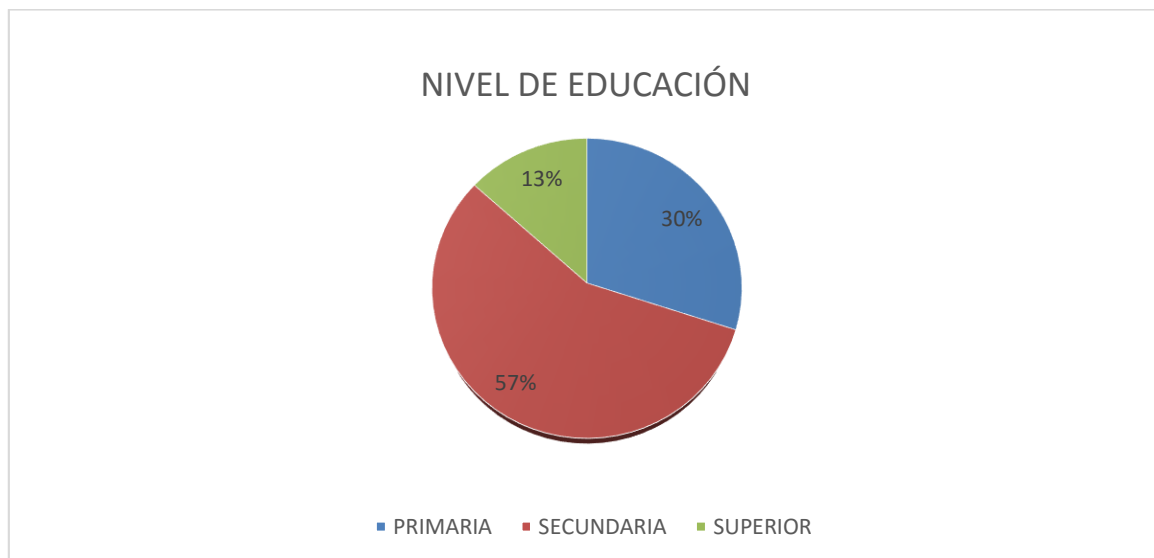
Fuente: Registro de datos de mayo- septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos a través de la Hoja de recolección de datos.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

En el gráfico 1, se observa que las mujeres de 25 a 29 años representan el 23% de la muestra total de mujeres con VIH-NAIVE siendo este el más alto mientras que el 3% se encontraba en mujeres de 45 a 49 y de 55 a 59 años de edad.

Gráfico 2: Distribución porcentual de mujeres con VIH-NAIVE según el Nivel de Educación.



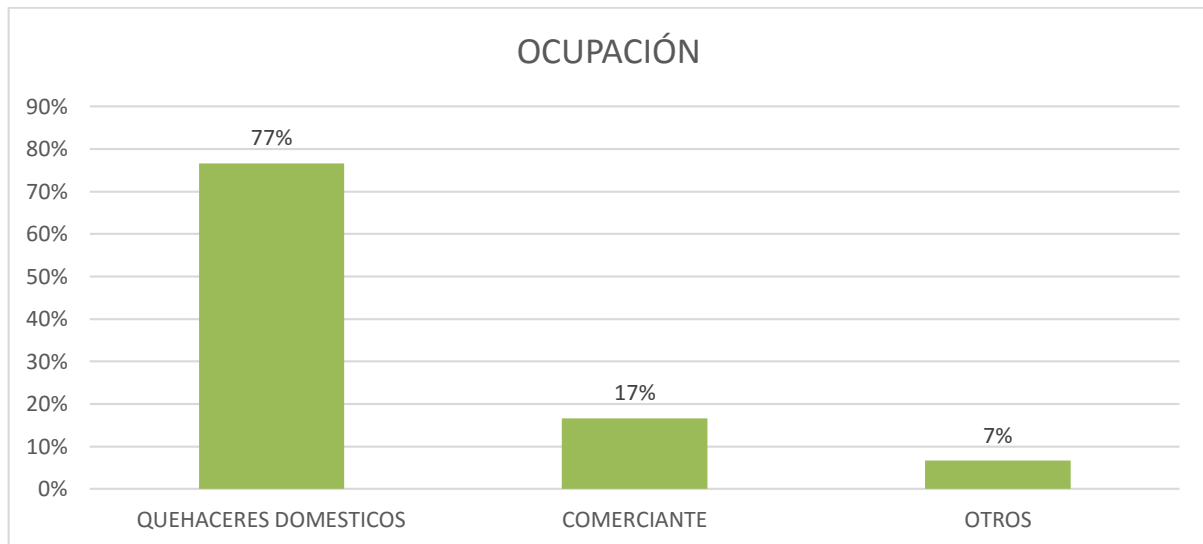
Fuente: Registro de datos de mayo- septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos a través de la Hoja de recolección de datos.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

En el gráfico 2, podemos observar que el porcentaje de la muestra de las mujeres con VIH-NAIVE según el nivel de educación fue: 30% educación primaria, 57% educación secundaria y 13% educación superior.

Gráfico 3: Distribución porcentual de mujeres con VIH-NAIVE según su ocupación.



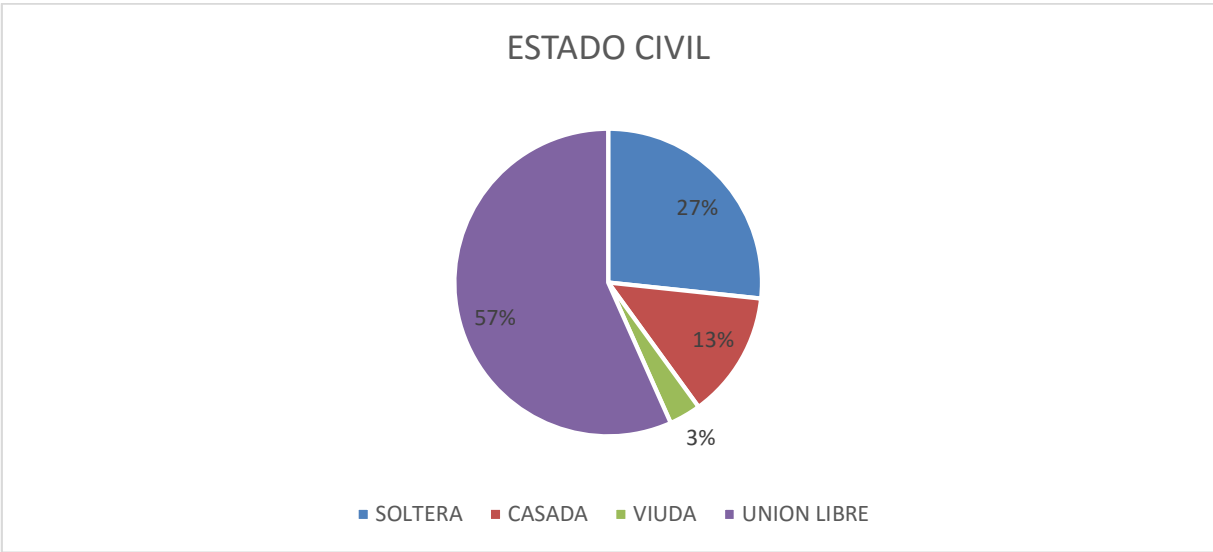
Fuente: Registro de datos de mayo- septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos a través de la Hoja de recolección de datos.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

En el gráfico 3, se puede observar que el 77% de la muestra de las mujeres con VIH-NAIVE se dedican a los quehaceres domésticos, el 17% son comerciantes mientras que, el 7% se dedican a otras labores.

Gráfico 4: Distribución porcentual de mujeres con VIH-NAIVE según su estado civil.



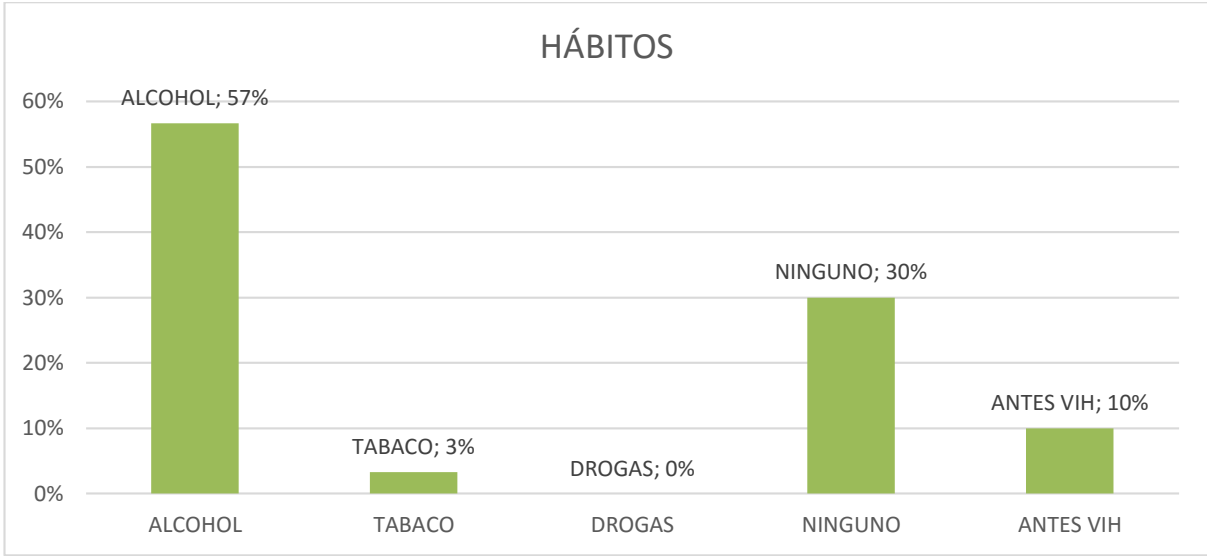
Fuente: Registro de datos de mayo- septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos a través de la Hoja de recolección de datos.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

En el gráfico 4, se observa que el estado civil unión libre predomina en el 57% de las mujeres con VIH-NAIVE de la muestra seleccionada, mientras que el 3% corresponde solo a una mujer viuda, misma que manifestó que su pareja falleció a causa de las complicaciones propias del VIH.

Gráfico 5: Distribución porcentual de mujeres con VIH-NAIVE según sus hábitos.



Fuente: Registro de datos de mayo-septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos a través de la Hoja de recolección de datos.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

En el gráfico 5, podemos observar que la muestra de mujeres con VIH-NAIVE ingieren bebidas alcohólicas en eventos sociales correspondientes al 57%, el 30% no tiene ningún hábito, el 10% manifestó que ingería bebidas alcohólicas y tabaco antes de conocer su diagnóstico y ninguna de ellas consume drogas.

Tabla 8: Distribución porcentual de mujeres con VIH-NAIVE según sus Antecedentes Patológicos Personales.

APP	Número de personas	Porcentaje
gastritis	4	13%
hipercolesterolemia	2	7%
hipertensión	3	10%
otros	10	33%
ninguno	11	37%
total	30	100%

Fuente: Registro de datos de mayo-septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos a través de la Hoja de recolección de datos.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

En la tabla 8 se observa que el mayor porcentaje de la muestra de mujeres con VIH-NAIVE refleja que el 37% no presenta ningún antecedente patológico personal, el 33% presentan otros antecedentes como: litiasis renal, hepatitis, convulsiones, migrañas. El porcentaje restante manifiesta que el 13% presenta gastritis, 10% hipertensión y el 7% hipercolesterolemia, lo cual se convierte en un agravante para mantener un buen estado nutricional.

Tabla 9: Distribución porcentual de mujeres infectadas con VIH-NAIVE según la presencia de enfermedades oportunistas que han desarrollado al contagiarse con el virus del VIH.

Enf. oportunistas	Número de personas	Porcentaje
herpes	2	7%
enfermedades respiratorias	4	13%
ninguno	24	80%
total	30	100%

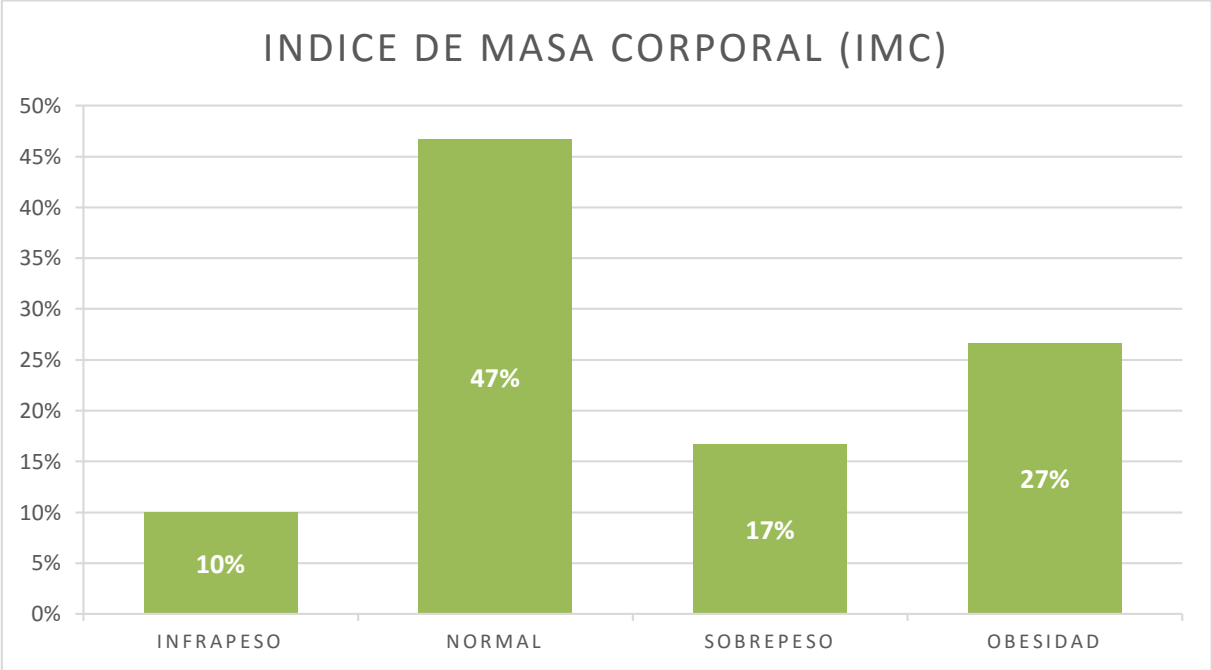
Fuente: Registro de datos de mayo-septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos a través de la Hoja de recolección de datos.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

En la tabla 9 se observa que el 80% de la muestra de mujeres infectadas con VIH-NAIVE no padece enfermedades oportunistas, el 13% adquirió enfermedades respiratorias como tos, gripe y neumonía, mientras que el 7% presentan herpes.

Gráfico 6: Distribución porcentual de mujeres con VIH-NAIVE según el Índice de Masa Corporal (IMC).



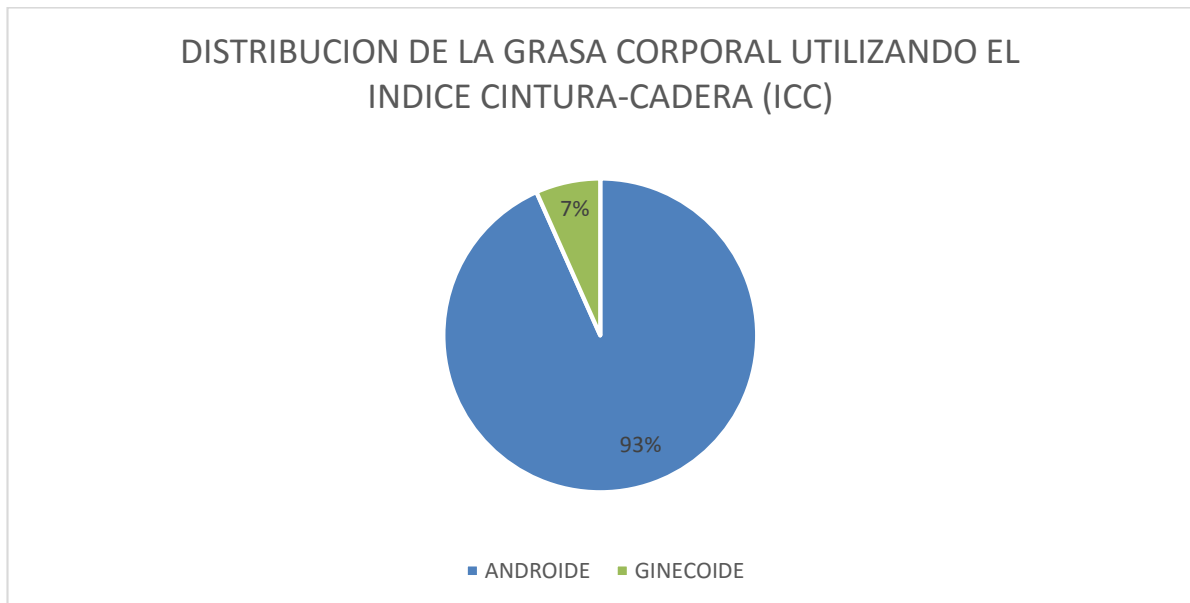
Fuente: Registro de datos de mayo-septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos del análisis antropométrico.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

En el gráfico 6 podemos observar que el 47% de la muestra de mujeres con VIH-NAIVE mantienen un IMC normal; el 27% tienen obesidad de tipo I, II y III; el 17% están en sobrepeso, mientras que el 10% correspondiente a 3 se encuentran en infrapeso de tipo severo y moderado.

Gráfico 7: Distribución porcentual de mujeres con VIH-NAIVE según el Índice Cintura-Cadera.



Fuente: Registro de datos de mayo-septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos a través del análisis antropométrico.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

En el gráfico 7 se observa que el 93% de la muestra de mujeres con VIH-NAIVE presentan distribución de la masa grasa tipo androide, lo cual incrementa el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, síndromes plurimetabólicos, entre otros; mientras que el 7% presenta distribución de masa grasa corporal tipo ginecoide misma que predispone a desarrollar varices, alteraciones en el aparato reproductor, problemas de circulación, entre otras.

Tabla 10: Distribución porcentual de mujeres con VIH-NAIVE según el porcentaje de cambio de peso tomando los últimos 3 meses.

% cambio de peso	Número de personas	Porcentaje
no hubo cambio	21	70%
perdida grave	4	13%
aumento	5	17%
total	30	100%

Fuente: Registro de datos de mayo-septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos a través del análisis antropométrico.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

En la tabla 10 se observa que el 70% de la muestra de mujeres con VIH-NAIVE no manifestó alteraciones en el peso en los últimos 3 meses, el 17% aumentó como consecuencia de una inapropiada alimentación, mientras que el 13% tuvo pérdidas graves en su peso debido al impacto del diagnóstico por la presencia del virus.

Tabla 11: Distribución porcentual de mujeres con VIH-NAIVE según el porcentaje de grasa corporal tomando en cuenta la sumatoria de dos pliegues: Tricipital y Sub-escapular en relación a la edad mediante la fórmula de FRISANCHO 1990.

Sumatoria de pliegues Tricipital + subescapular	Número de personas	Porcentaje
debajo del promedio	5	17%
promedio	19	63%
arriba del promedio	3	10%
exceso de grasa	3	10%
total	30	100%

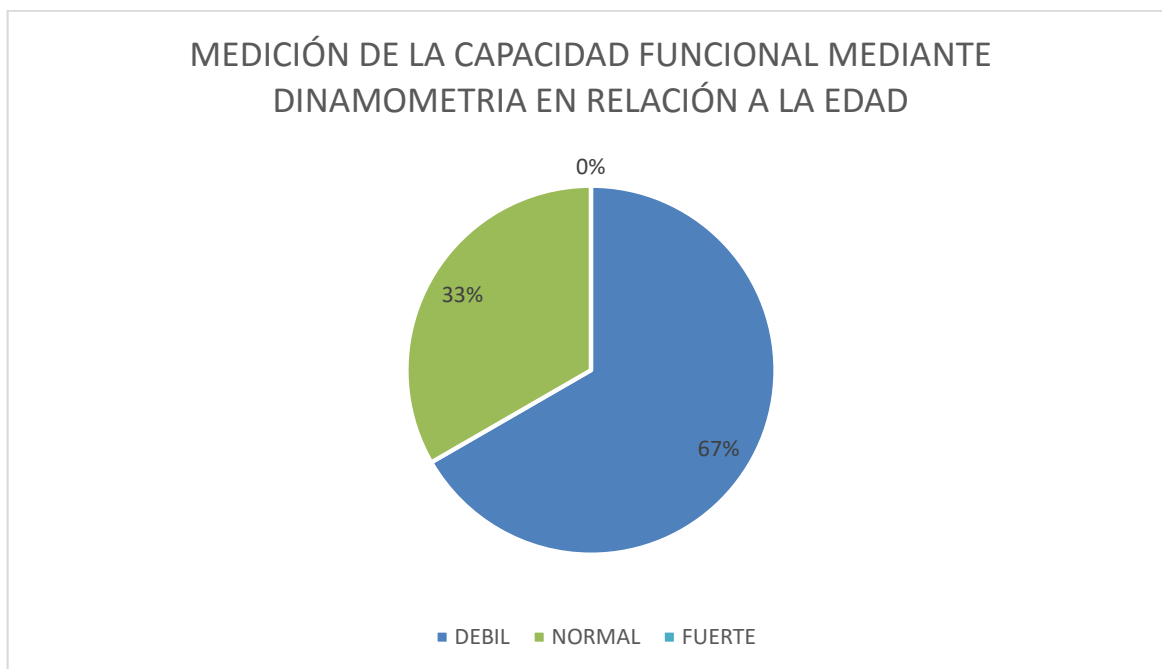
Fuente: Registro de datos de mayo-septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos a través del análisis antropométrico.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

En la tabla 11 podemos observar que el 63% de la muestra total de las mujeres con VIH-NAIVE tienen el porcentaje de grasa corporal total dentro del promedio, el 17% se encuentra debajo del promedio, el 10% arriba del promedio, mientras que el 10% restante se encuentra con exceso de distribución de grasa lo cual, predispone al incremento de complicaciones cuando inicien el tratamiento con TARGA.

Gráfico 8: Distribución porcentual de mujeres con VIH-NAIVE según la implementación de Dinamometría en relación a la edad.



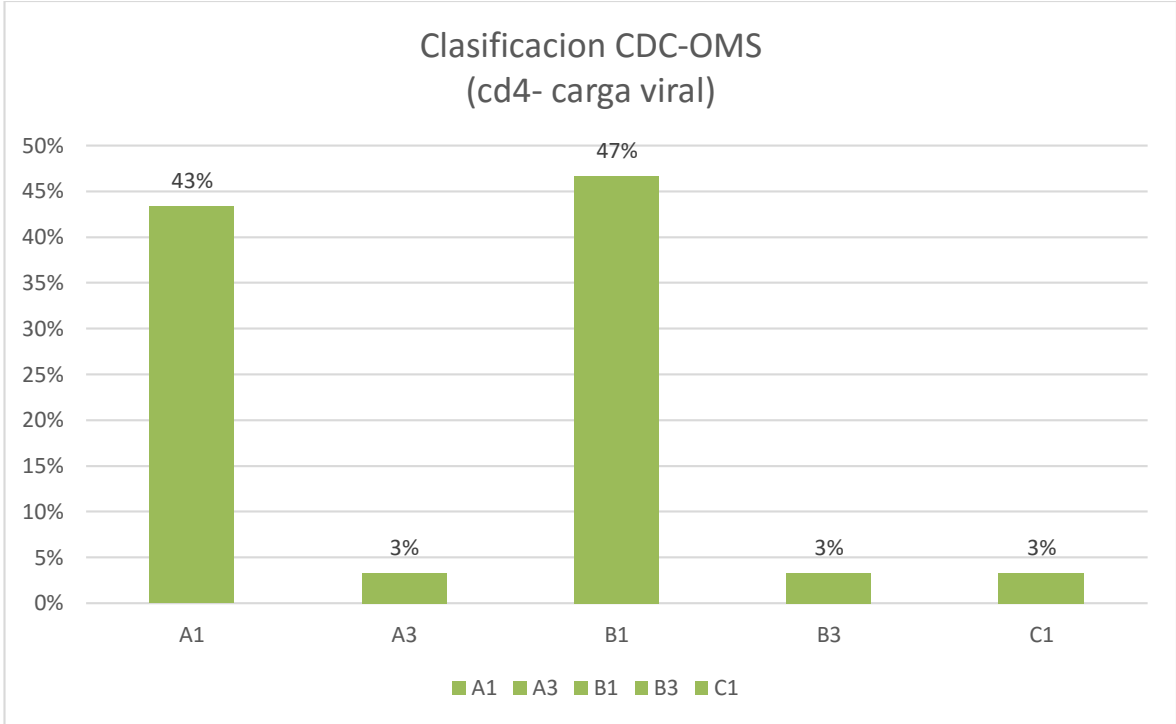
Fuente: Registro de datos de mayo-septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos a través del análisis antropométrico.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

En el gráfico 8 podemos observar que el 67% de la muestra total de las mujeres con VIH-NAIVE se encuentran con capacidad funcional débil, mientras que el 33% presentó capacidad funcional normal.

Gráfico 9: Distribución porcentual de la clasificación CDC-OMS



Fuente: Registro de datos de mayo-septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos a través del análisis de exámenes bioquímicos.

Interpretación:

En el gráfico 9 se observa que el 47% de la muestra total de mujeres con VIH-NAIVE se encuentran en la categoría B1, lo cual significa que presentan sintomatología asociada al VIH, pero no marcadora de SIDA, mientras que el 3% se encuentra en categoría C1, es decir que incluye la presencia de enfermedades oportunistas que determinan la fase SIDA.

Tabla 12: Distribución porcentual de la presencia de Colesterol en sangre.

Colesterol	Número de personas	Porcentaje
elevado	4	13%
normal	26	87%
total	30	100%

Fuente: Registro de datos de mayo-septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos a través del análisis de datos bioquímicos.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

En la tabla 12 podemos observar que el 87% de la muestra total de mujeres con VIH-NAIVE se encuentra normal, mientras que el 13% que equivale a 4 se encuentran con el colesterol elevado.

Tabla 13: Distribución porcentual de la presencia de glucosa en sangre.

Glucosa	Número de personas	Porcentaje
elevada	5	17%
normal	25	83%
total	30	100%

Fuente: Registro de datos de mayo-septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos a través del análisis de datos bioquímicos.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

En la tabla 13 podemos observar que el 83% de la muestra total de las mujeres con VIH-NAIVE tiene niveles normales de glucosa en sangre, mientras que el 17% presenta niveles de glucosa elevada.

Tabla 14: Distribución porcentual de la presencia de hemoglobina.

Hemoglobina	Número de personas	Porcentaje
elevado	5	17%
bajo	12	40%
normal	13	43%
total	30	100%

Fuente: Registro de datos de mayo-septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos a través del análisis de datos bioquímicos.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

En la tabla 14 se observa que el 43% de mujeres con VIH-NAIVE presentan la hemoglobina normal correspondiente al mayor porcentaje de la muestra, el 40% tiene niveles bajos, mientras que el 17% muestra niveles elevados.

Tabla 15: Distribución porcentual de la presencia de hematócrito.

Hematocrito	Número de personas	Porcentaje
elevado	6	20%
normal	14	47%
bajo	10	33%
total	30	100%

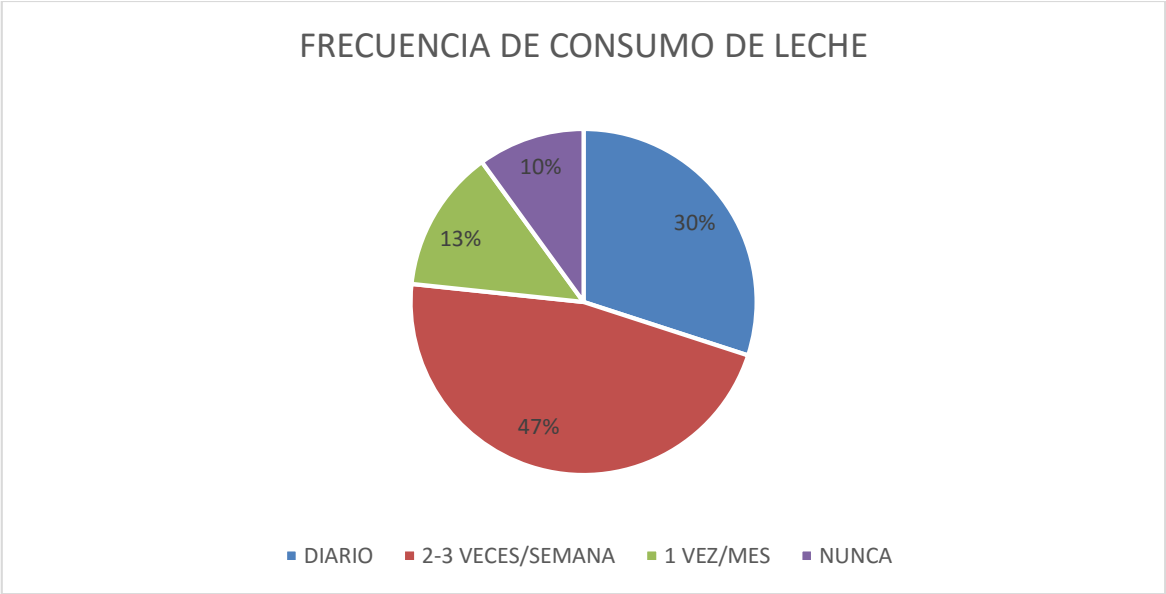
Fuente: Registro de datos de mayo-septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos a través del análisis de datos bioquímicos.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

En la tabla 15 se puede observar que el 47% de las mujeres con VIH-NAIVE presentan niveles normales de hematócrito, el 33% tienen niveles bajos, mientras que el 20% correspondiente a 6 personas tienen niveles elevados de hematócrito.

Gráfico 10: Distribución porcentual de la frecuencia de consumo de Leche.



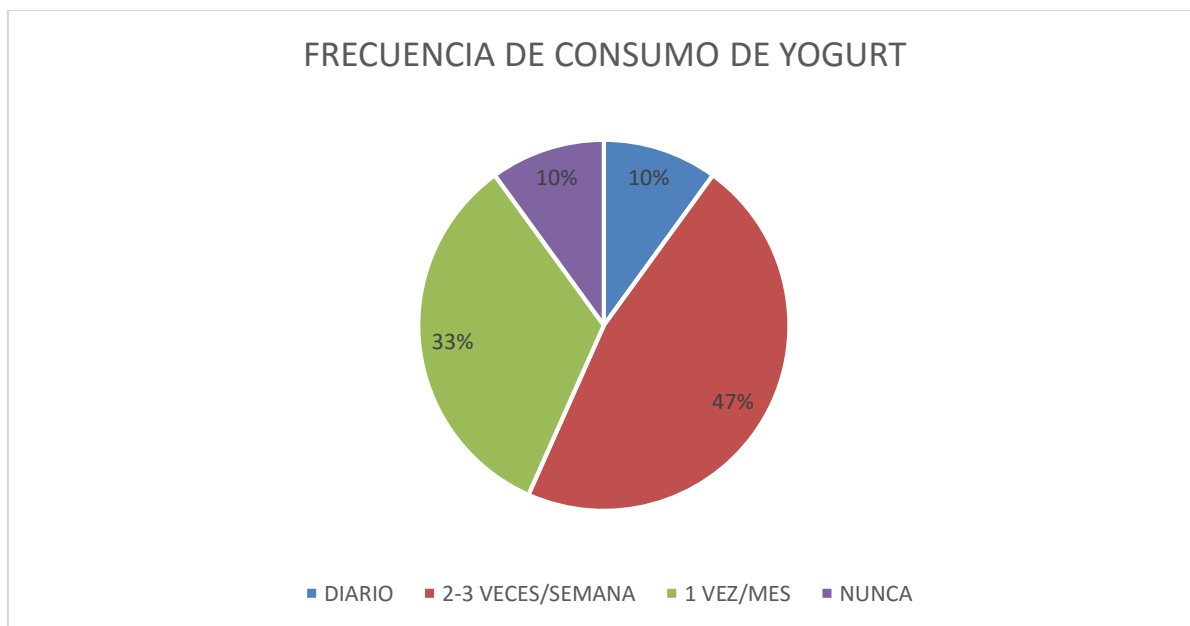
Fuente: Registro de datos de mayo-septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos en la encuesta de frecuencia de consumo de alimentos a través de la hoja de recolección de datos.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

En el gráfico 10 se observa que 47% consume leche de 2-3 veces por semana, lo cual representa el mayor porcentaje de la muestra total de mujeres con VIH-NAIVE, el 30% ingiere diariamente, el 13% lo hace una vez al mes mientras que el 10% no consume debido a la intolerancia a la lactosa y alteraciones gastrointestinales.

Gráfico 11: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Yogurt.



Fuente: Registro de datos de mayo-septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos en la encuesta de frecuencia de consumo de alimentos a través de la hoja de recolección de datos.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

En el gráfico 11 se puede observar que el 47% de la muestra total de mujeres con VIH-NAIVE consumen yogurt de 2- 3 veces por semana, el 33% una vez al mes, 10% ingieren yogurt diariamente, mientras que el 10% restante nunca.

Gráfico 12: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de huevo.



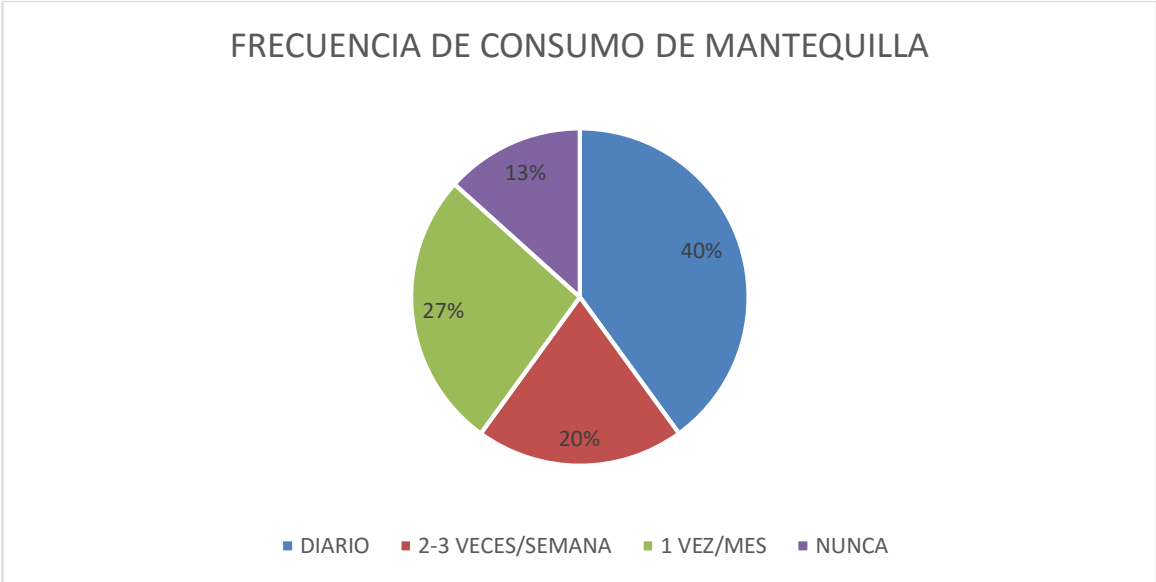
Fuente: Registro de datos de mayo-septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos en la encuesta de frecuencia de consumo de alimentos a través de la hoja de recolección de datos.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

En el gráfico 12 podemos observar que el 74% de la muestra total de mujeres con VIH-NAIVE ingieren huevo de 2-3 veces por semana, en sus diferentes métodos de cocción, un 13% diariamente y el otro 13% lo consume una vez por mes en sus diferentes métodos de cocción.

Gráfico 13: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Mantequilla



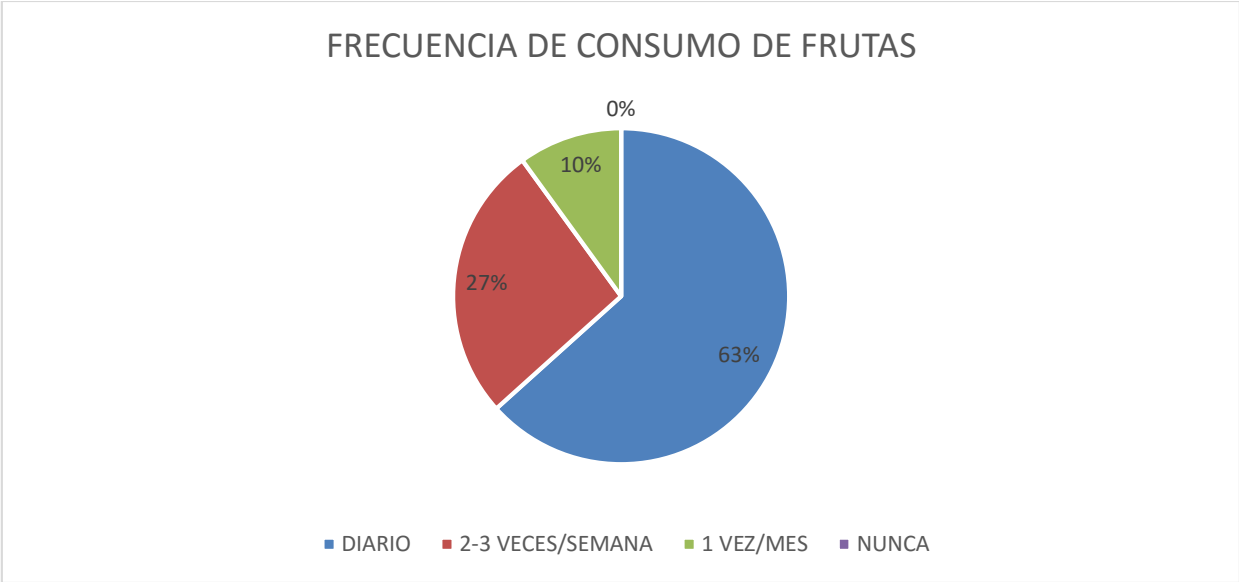
Fuente: Registro de datos de mayo-septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos en la encuesta de frecuencia de consumo de alimentos a través de la hoja de recolección de datos.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

En el gráfico 13 se pudo observar que el 40% de la muestra total de mujeres VIH-NAIVE consume mantequilla diariamente mientras que el 13% correspondiente a 4 personas no lo ingieren.

Gráfico 14: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Frutas.



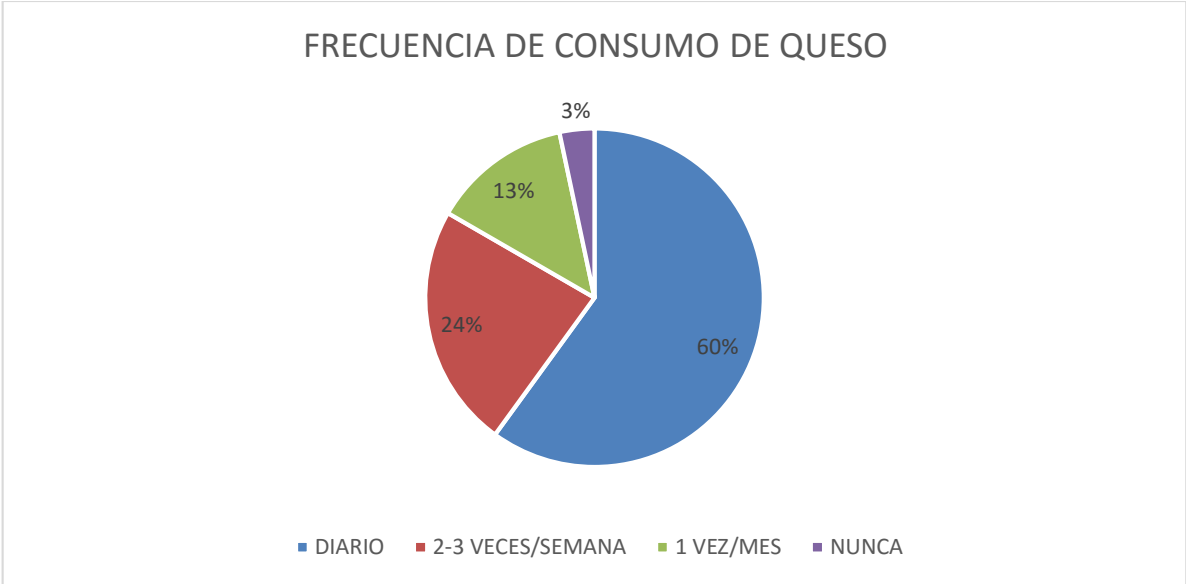
Fuente: Registro de datos de mayo-septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos en la encuesta de frecuencia de consumo de alimentos a través de la hoja de recolección de datos.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

El en gráfico 14 se observa que el 63% representa al mayor porcentaje de la muestra total de mujeres VIH-NAIVE que consume frutas diariamente, mientras que 10% las ingiere una vez al mes.

Gráfico 15: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Queso.



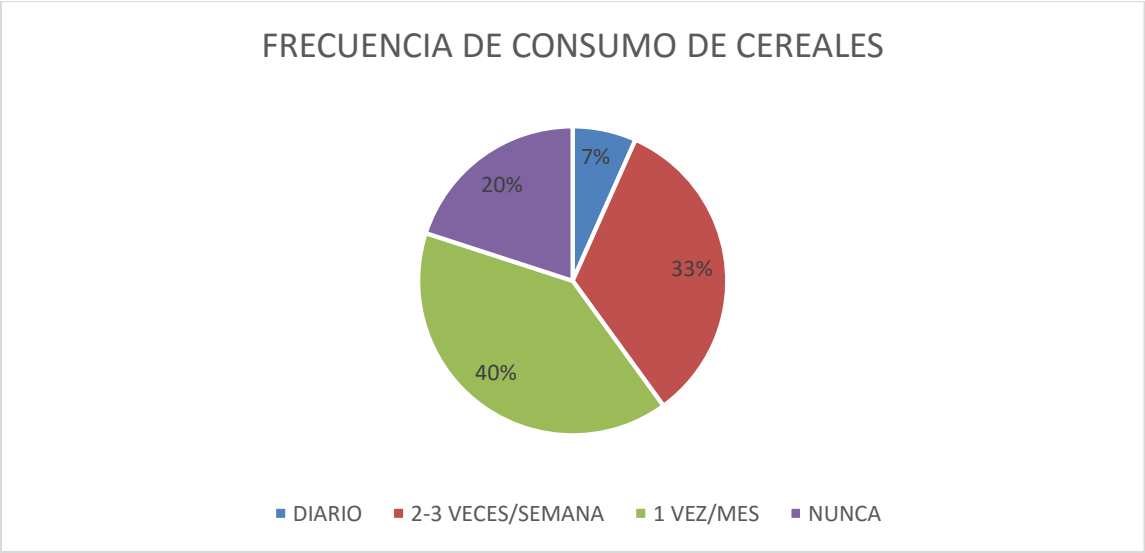
Fuente: Registro de datos de mayo-septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos en la encuesta de frecuencia de consumo de alimentos a través de la hoja de recolección de datos.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

En el gráfico 15 se observa que el 60% de la muestra total de mujeres con VIH-NAIVE ingiere queso diariamente, mientras que el 3% no consume.

Gráfico 16: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Cereales.



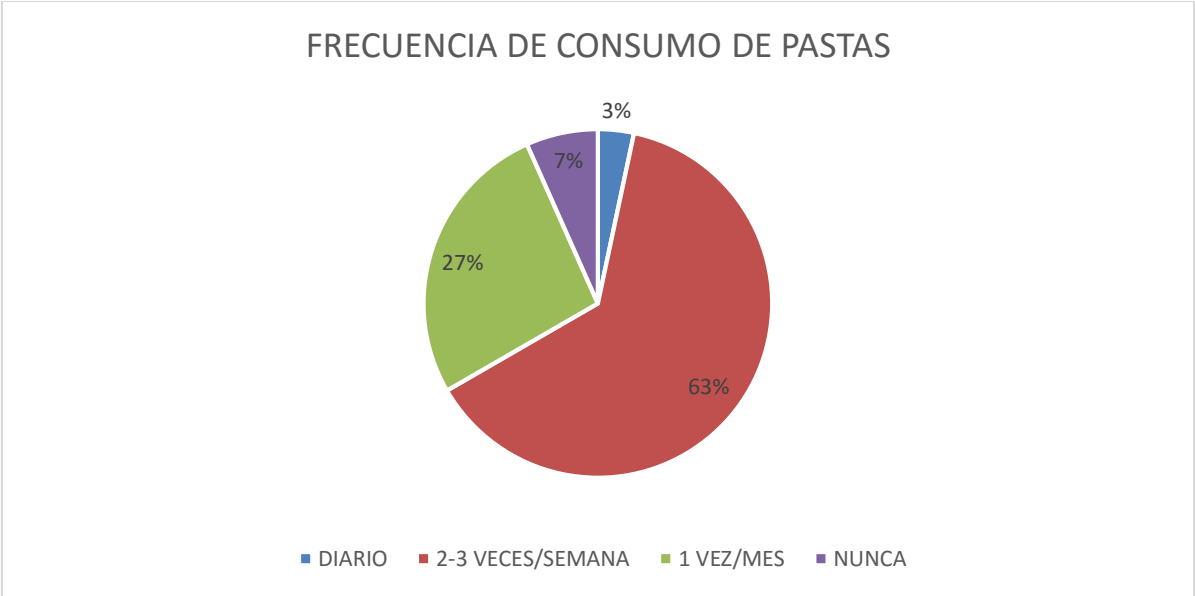
Fuente: Registro de datos de mayo-septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos en la encuesta de frecuencia de consumo de alimentos a través de la hoja de recolección de datos.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

En el gráfico 16 se observó el 40% de la muestra total de mujeres VIH-NAIVE consume cereales una vez al mes, mientras que el 7% correspondiente a 2 personas ingiere cereales diariamente.

Gráfico 17: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Pastas.



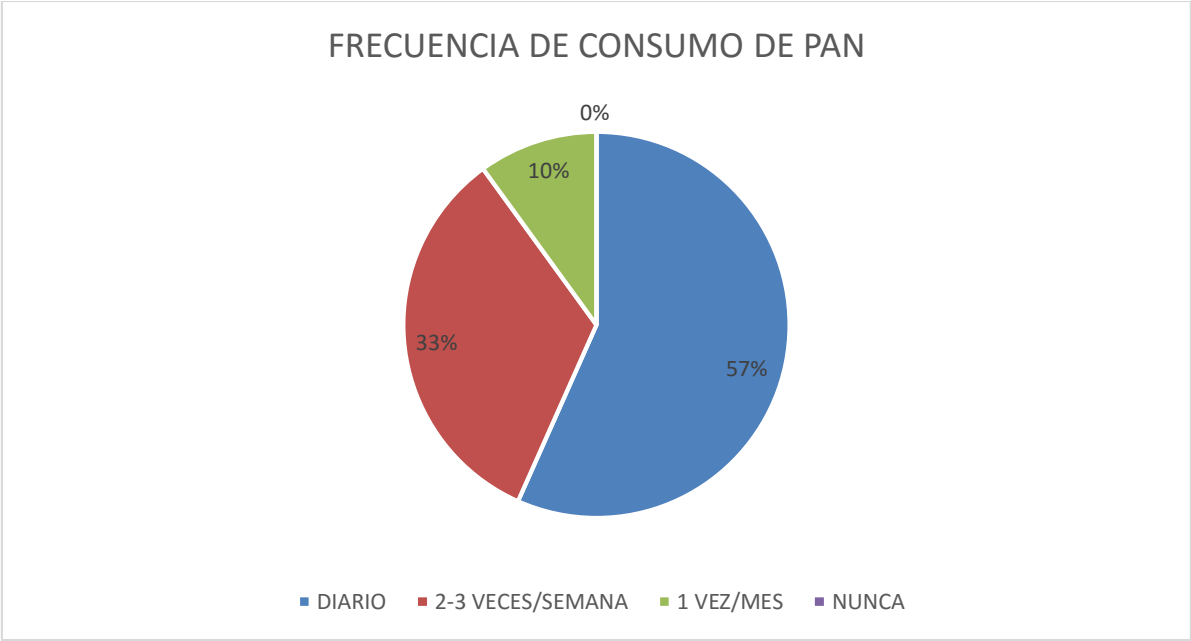
Fuente: Registro de datos de mayo-septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos en la encuesta de frecuencia de consumo de alimentos a través de la hoja de recolección de datos.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

En el gráfico 17 se observa que el 63% tiene un consumo de pastas de 2 a 3 veces por semana, mientras que el 3% lo ingiere diariamente.

Gráfico 18: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Pan.



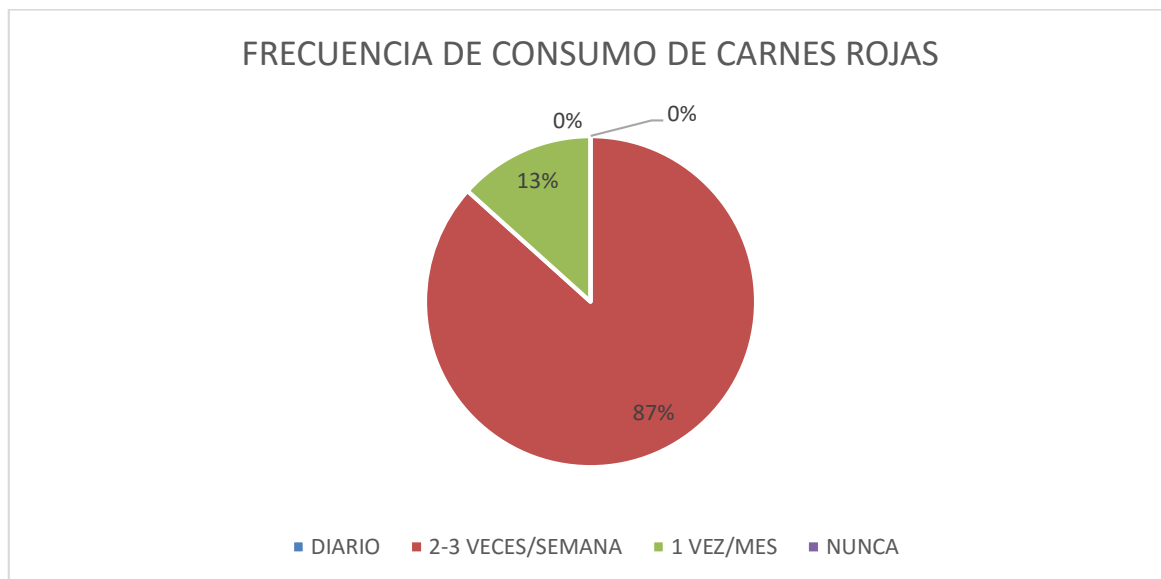
Fuente: Registro de datos de mayo-septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos en la encuesta de frecuencia de consumo de alimentos a través de la hoja de recolección de datos.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

En el gráfico 18 se observa que el 57% de la muestra total de mujeres con VIH-NAIVE consume pan diariamente por lo general en el desayuno, mientras que un 10% nos demuestra que consumen pan una vez al mes.

Gráfico 19: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Carnes Rojas.



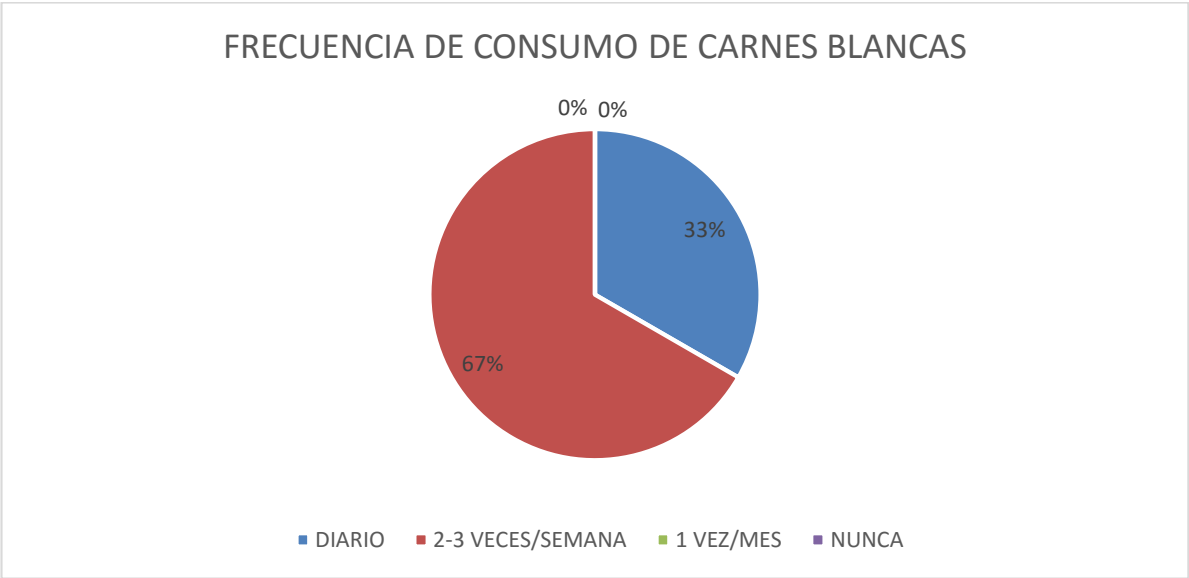
Fuente: Registro de datos de mayo-septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos en la encuesta de frecuencia de consumo de alimentos a través de la hoja de recolección de datos.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

En el gráfico 19 se observa que un 87% de la muestra total de mujeres con VIH-NAIVE consume carnes rojas de 2 a 3 veces por semana, mientras que el 13% las ingiere una vez al mes.

Gráfico 20: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Carnes Blancas.



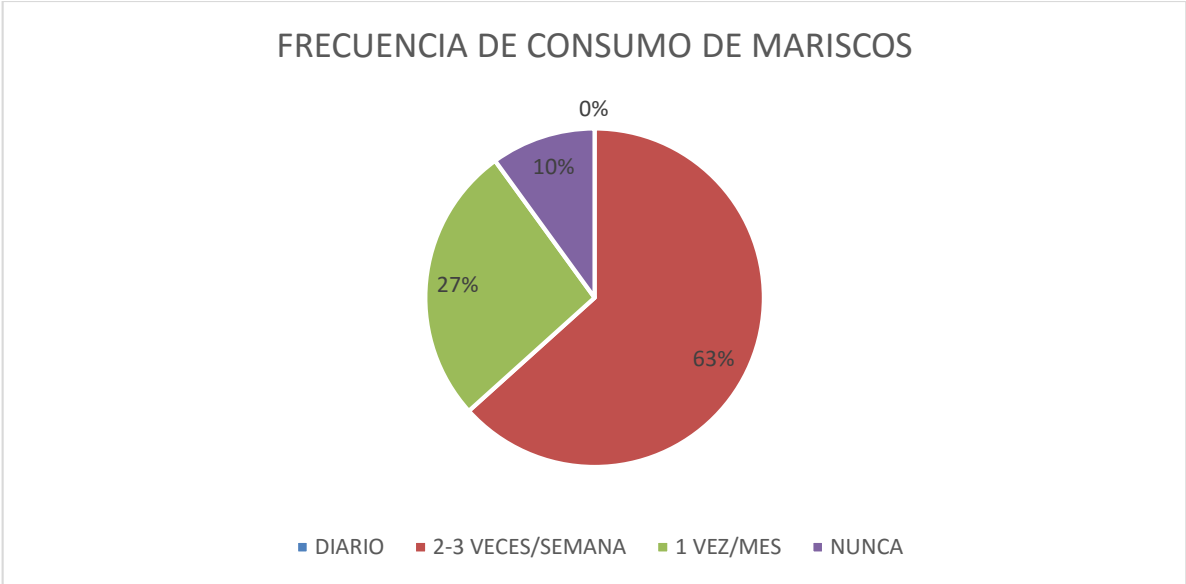
Fuente: Registro de datos de mayo-septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos en la encuesta de frecuencia de consumo de alimentos a través de la hoja de recolección de datos.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

En el gráfico 20 se puede observar que el 67% de la muestra total de mujeres con VIH-NAIVE consumen carnes blancas de 2 a 3 veces por semana, mientras que el 33% lo hacen diariamente.

Gráfico 21: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Mariscos.



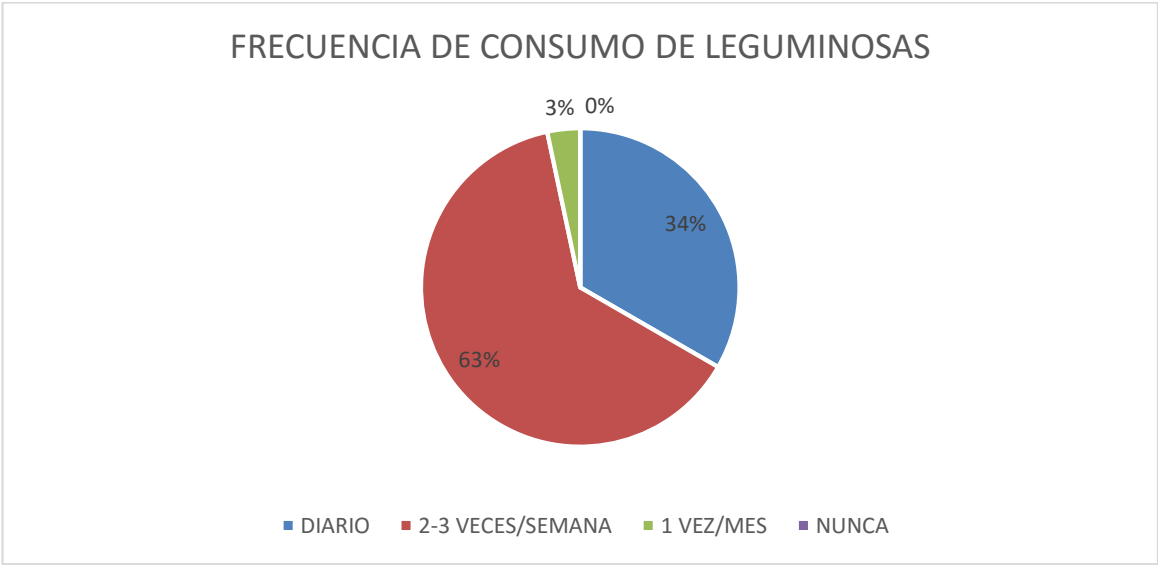
Fuente: Registro de datos de mayo-septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos en la encuesta de frecuencia de consumo de alimentos a través de la hoja de recolección de datos.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

En gráfico 21 podemos observar que el 63% de la muestra total de mujeres con VIH-NAIVE consumen mariscos de 2 a 3 veces por semana entre los más frecuentes fueron pescado y camarón, mientras que el 10% correspondiente a 3 personas no los ingieren por alergias.

Gráfico 22: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Leguminosas.



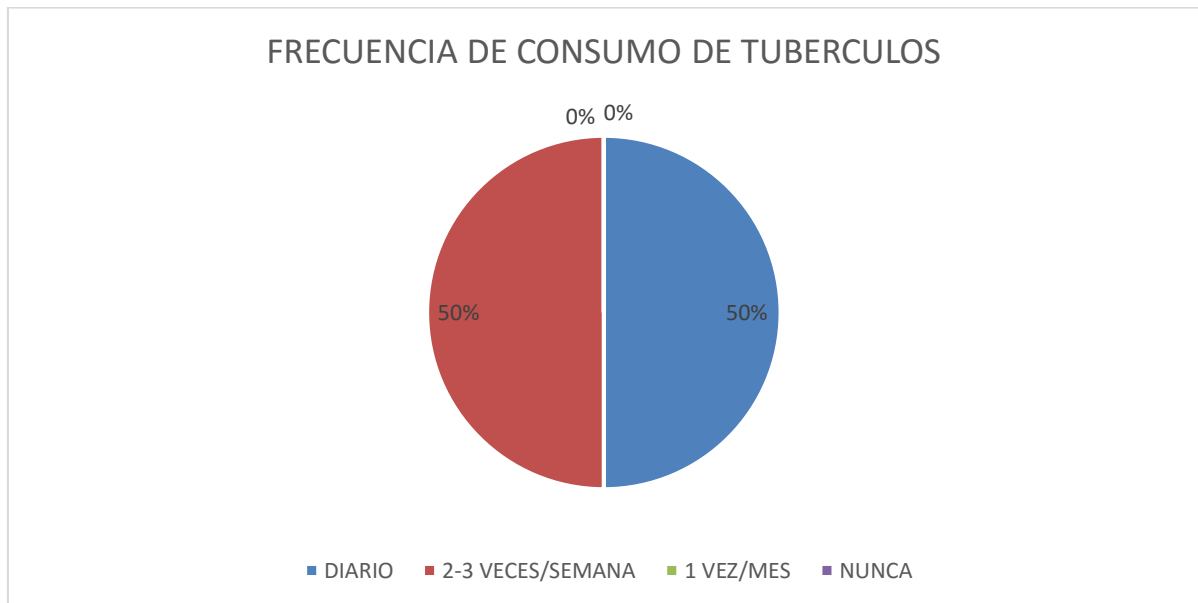
Fuente: Registro de datos de mayo-septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos en la encuesta de frecuencia de consumo de alimentos a través de la hoja de recolección de datos.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

En el gráfico 22 se observa que el 63% de la muestra total de mujeres con VIH-NAIVE consumen leguminosas de 2 a 3 veces por semana, mientras que el 3% las ingieren 1 vez al mes.

Gráfico 23: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Tubérculos.



Fuente: Registro de datos de mayo-septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos en la encuesta de frecuencia de consumo de alimentos a través de la hoja de recolección de datos.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

En el gráfico 23 se puede observar que el 50% de la muestra total de mujeres con VIH-NAIVE ingieren tubérculos diariamente, mientras que el otro 50% consumen de 2-3 veces por semana.

Tabla 16: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Verduras.

Verduras	Número de personas	Porcentaje
diario	11	37%
2-3 veces/semana	16	53%
1 vez/mes	3	10%
nunca	0	0%
total	30	100%

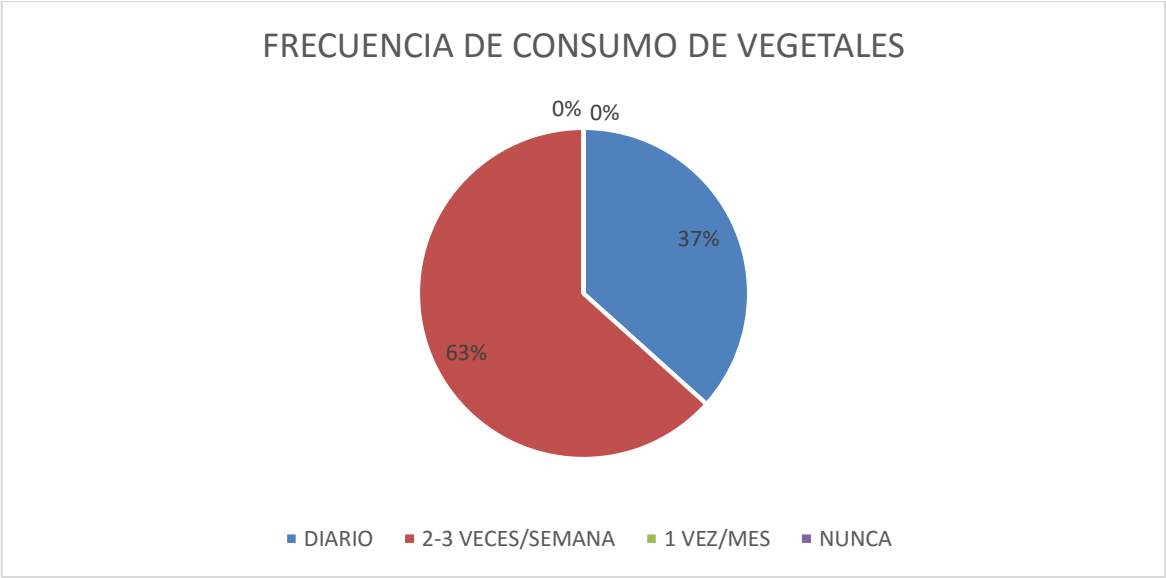
Fuente: Registro de datos de mayo-septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos en la encuesta de frecuencia de consumo de alimentos a través de la hoja de recolección de datos.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

En la tabla 16 se observa que el 53% de la muestra total de mujeres con VIH-NAIVE ingieren Verduras de 2 a 3 veces por semana, mientras que el 10% ingiere verduras 1 vez al mes.

Gráfico 24: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Vegetales.



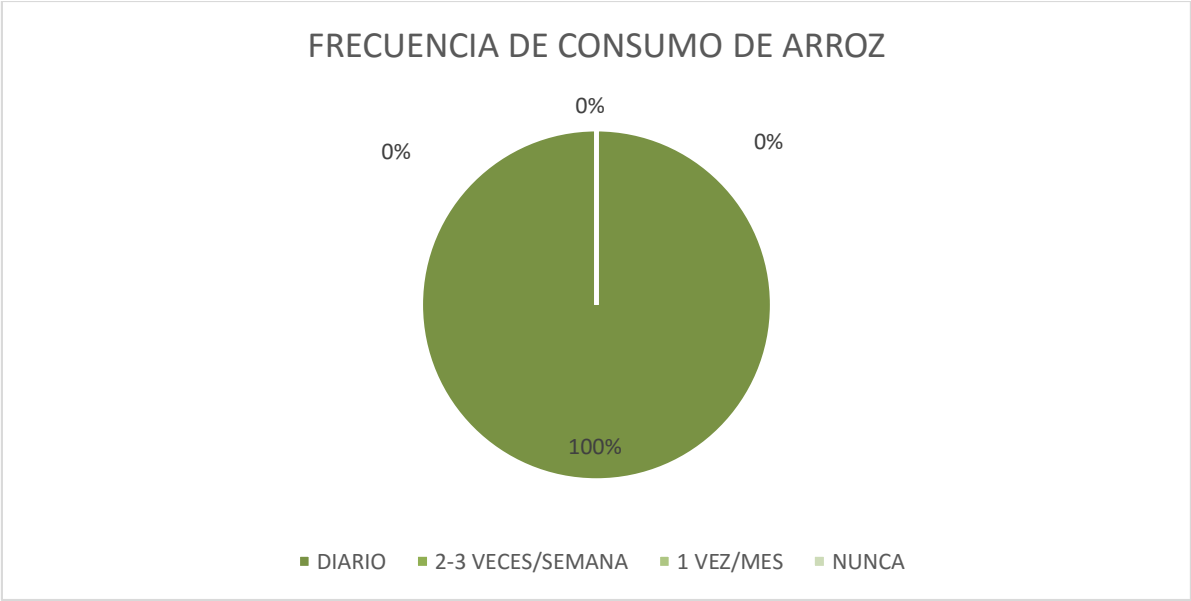
Fuente: Registro de datos de mayo-septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos en la encuesta de frecuencia de consumo de alimentos a través de la hoja de recolección de datos.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

En el gráfico 24 se observa que el 63% de la muestra total de mujeres con VIH-NAIVE consumen vegetales de 2 a 3 veces por semana, mientras que el 37% consumen vegetales diariamente.

Gráfico 25: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Arroz.



Fuente: Registro de datos de mayo-septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos en la encuesta de frecuencia de consumo de alimentos a través de la hoja de recolección de datos.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

En el gráfico 25 se puede observar que el 100% de la muestra total de mujeres con el VIH-NAIVE consumen arroz diariamente, más de 2 veces al día.

Tabla 17: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Gaseosas.

Gaseosas	Número de personas	Porcentaje
diario	4	13%
2-3 veces/semana	13	43%
1 vez/mes	11	37%
nunca	2	7%
total	30	100%

Fuente: Registro de datos de mayo-septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos en la encuesta de frecuencia de consumo de alimentos a través de la hoja de recolección de datos.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

En la tabla 17 se observa que el 43% de la muestra total de las mujeres VIH-NAIVE consume gaseosas 2 a 3 veces por semana, mientras que un 7% correspondiente a 2 personas no la ingiere.

Tabla 18: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Confitería

Confitería	Número de personas	Porcentaje
diario	6	20%
2-3 veces/semana	9	30%
1 vez/mes	14	47%
nunca	1	3%
total	30	100%

Fuente: Registro de datos de mayo-septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos en la encuesta de frecuencia de consumo de alimentos a través de la hoja de recolección de datos.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

En la tabla 18 se observa que un 47% de la muestra total de las mujeres VIH-NAIVE ingiere confitería una vez al mes, mientras que el 3% señaló que no consumen confitería.

Tabla 19: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Mayonesa

Mayonesa	Número de personas	Porcentaje
diario	0	0%
2-3 veces/semana	5	17%
1 vez/mes	14	47%
nunca	11	37%
total	30	100%

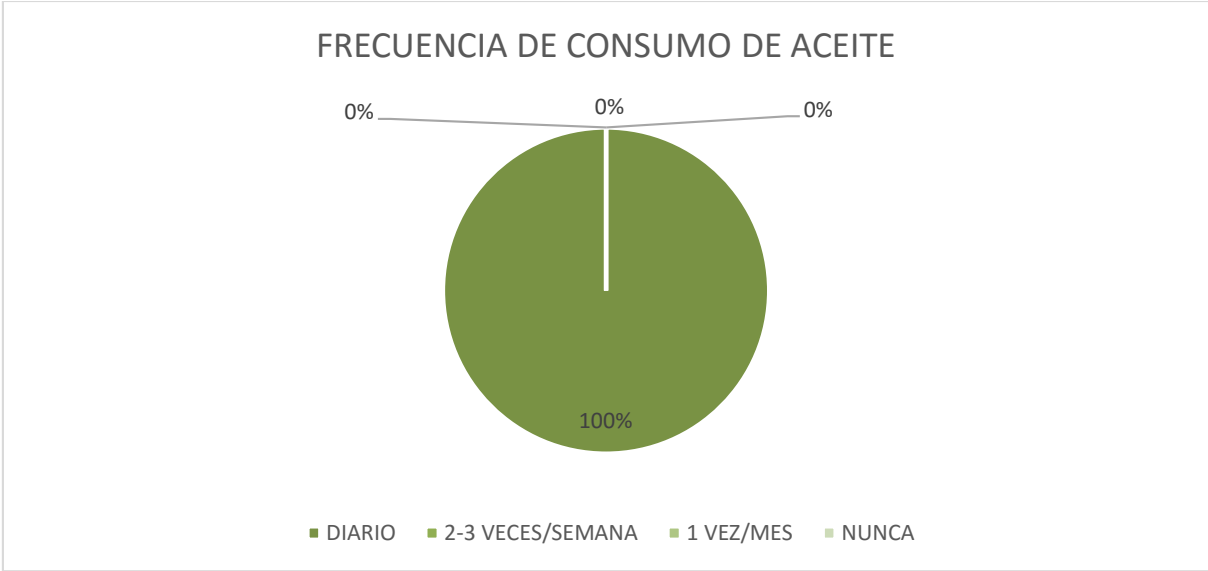
Fuente: Registro de datos de mayo-septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos en la encuesta de frecuencia de consumo de alimentos a través de la hoja de recolección de datos.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

En la tabla 19 se observa que el 47% de la población total de las mujeres con VIH-NAIVE consume mayonesa una vez por mes, mientras que un 37% señaló que no ingiere mayonesa.

Gráfico 26: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Aceite.



Fuente: Registro de datos de mayo-septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos en la encuesta de frecuencia de consumo de alimentos a través de la hoja de recolección de datos.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

En el gráfico 26 se observa que el 100% de la muestra total de las mujeres con VIH-NAIVE cocina con aceite todos los días.

Tabla 20: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Comidas Rápidas.

Comidas rápidas	Número de personas	Porcentaje
diario	0	0%
2-3 veces/semana	6	20%
1 vez/mes	18	60%
nunca	6	20%
total	30	100%

Fuente: Registro de datos de mayo-septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos en la encuesta de frecuencia de consumo de alimentos a través de la hoja de recolección de datos.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

En tabla 20 se observa que el 60% de la muestra total de las mujeres con VIH-NAIVE tiene un consumo de una vez al mes de comidas rápidas, mientras que un 20% señaló que lo consume de 2 a 3 veces por semana y el otro 20% indicó que no lo ingiere nunca.

Tabla 21: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Embutidos

Embutidos	Número de personas	Porcentaje
diario	0	0%
2-3 veces/semana	11	37%
1 vez/mes	14	47%
nunca	5	17%
total	30	100%

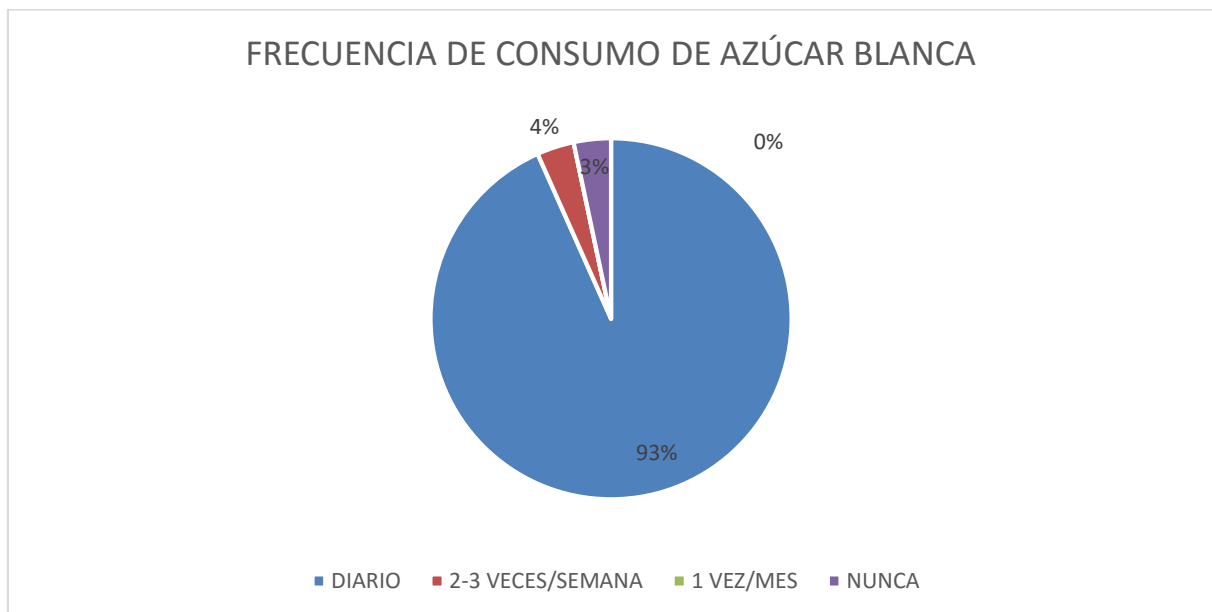
Fuente: Registro de datos de mayo-septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos en la encuesta de frecuencia de consumo de alimentos a través de la hoja de recolección de datos.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz

Interpretación:

En la tabla 21 se observa que el 47% de la muestra total de las mujeres con VIH-NAIVE consume embutidos una vez por mes, mientras que el 37% indicó que consume embutidos 2 a 3 veces por semana.

Gráfico 27: Distribución porcentual de la Frecuencia de Consumo de Azúcar Blanca.



Fuente: Registro de datos de mayo-septiembre del 2016 en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de la ciudad de Guayaquil, obtenidos en la encuesta de frecuencia de consumo de alimentos a través de la hoja de recolección de datos.

Elaborado por: Robalino M. y Ruiz M.

Interpretación:

En el gráfico 27 se observa que el 93% de la muestra total de mujeres con VIH-NAIVE ingiere azúcar blanca en sus comidas, mientras que un 3% indicó que no lo utilizan en sus alimentos.

9. Conclusiones

Podemos concluir nuestro trabajo tomando como referencia el marco teórico versus los resultados obtenidos mediante la valoración del estado nutricional en mujeres con VIH-NAIVE tomando en cuenta indicadores antropométricos, bioquímicos, clínicos y dietéticos, obteniendo lo siguiente:

- En la población conformada por 30 personas de sexo femenino sin rangos de edades específicos, se encontró el mayor porcentaje de prevalencia de la enfermedad en mujeres de 25 a 29 años, madres de más de 2 hijos, de estado civil unión libre, dedicadas a los quehaceres domésticos, de ingresos económicos bajos, sin síntomas marcadores de SIDA pero muy parecidos a procesos virales como: dolores musculares, gripe, tos, malestar, cansancio, entre otros; presentando antecedentes patológicos personales relacionados con el estado nutricional como: Hipertensión arterial, Litiasis renal, Gastritis, Hipercolesterolemias; enfermedades asociadas que podrían ser un agravante para la calidad de vida de las pacientes que se encuentran próximas al tratamiento con TARGA, clasificándolas según CDC-OMS en fase B1 tomando como referencia sintomatología y carga viral.
- Dentro de la valoración antropométrica pudimos encontrar que el mayor porcentaje de las pacientes se encontraba con IMC normal, sin embargo el resto presentaba mal estado nutricional específicamente problemas de sobrepeso y obesidad tipo I, II y III con distribución de grasa corporal ANDROIDE predisponiéndolas al desarrollo de ECNT (Enfermedades Crónicas No Transmisibles), mientras que solo 2 mujeres se encontraban en desnutrición de tipo severa y aguda con presencia de herpes genital (enfermedad marcadora de SIDA), sin embargo no presentaron cambios significativos en el peso durante los 3 últimos meses.
- El 67% de las mujeres tenían la capacidad funcional débil, podríamos inferir que este resultado es un efecto del proceso fisiológico, cambios orgánicos,

hormonales y emocionales por los que atraviesan actualmente las pacientes debido al impacto de su reciente diagnóstico.

- Dentro de los exámenes bioquímicos de: colesterol, glucosa, hematocrito y hemoglobina realizados a las pacientes encontramos valores normales lo que indica que no existe la presencia de enfermedades asociadas marcadoras de SIDA.
- Por medio de la encuesta de frecuencia de consumo de alimentos pudimos determinar que los resultados antropométricos tenían relación con la ingesta desordenada y excesiva en ciertos grupos de alimentos sobre todo en el mal uso de aceite en las comidas y métodos de cocción inadecuados, ingesta frecuente de bebidas gaseosas, mayonesa, confitería, arroz y abuso de carnes rojas, lo cual si no es modificado influirá en el mantenimiento del peso saludable, proceso fisiopatológico de la enfermedad y efectos secundarios de los medicamentos que serán ingeridos una vez iniciado el tratamiento.
- En la entrevista realizada a cada una de las pacientes de manera confidencial pudimos destacar datos importantes que podrían haber sido el motivo de los resultados obtenidos, muchas de estas mujeres fueron contagiadas por sus parejas VIH reactivas, algunas de ellas decidieron terminar con esa relación, mientras que otras siguieron por el bienestar del hogar, sus hijos son sanos, algunas de ellas fueron detectadas a tiempo, cuya principal decisión fue acceder al sistema de salud para mejorar su condición actual. A varias de ellas se las observa depresivas y otras optimistas con ganas de cambiar sus hábitos e iniciar el tratamiento con TARGA lo más pronto posible para mantener una vida normal sin complicaciones posteriores.

10. Recomendaciones

- Una vez prescrito por el médico tratante iniciar el tratamiento con TARGA es imprescindible que las mujeres con VIH-NAIVE realicen cambios en su estilo de vida, evitando en lo posible el consumo de bebidas alcohólicas que alteran la fisiología del tratamiento.
- En aquellas mujeres con sobrepeso u obesidad es necesario que disminuyan el consumo de calorías hasta un 20%, evitando la ingesta de carbohidratos simples, bebidas azucaradas, frituras, exceso de carnes rojas.
- La actividad física mejora la circulación y digestión del paciente por lo tanto es recomendable realizar ejercicio físico como caminatas o marchas progresivas mínimo 30 min al día durante 3 o 4 veces por semana.
- En el caso de las mujeres que se encuentran en infrapeso y desnutrición es importante incrementar en un 15% los requerimientos nutricionales normales para llegar al normopeso, una vez logrado este objetivo se recomienda mantener el peso saludable mediante la alimentación variada y equilibrada con alimentos ricos en hierro y calcio.
- El consumo de proteínas animal y vegetal ayuda regenerar tejidos, aumenta las defensas, previene la pérdida de masa muscular debido que mantiene la musculatura en buen estado, lo recomendable es ingerirlas de manera frecuente sin métodos de cocción que alteren el valor nutricional de las mismas, como: a la plancha, al vapor, a la parrilla, cocinado etc. Entre las proteínas mejor absorbidas por el cuerpo se encuentra la ovoalbúmina y las proteínas presentes en las carnes de res, pollo y pescado magras.

- Para la mejor absorción del hierro se deben realizar combinaciones con alimentos ricos en vitamina C; no es recomendable juntar lácteos con cítricos ya que esto dificultaría la absorción del calcio.

- Es importante que las personas mantengan disciplina en todos sus hábitos, evitar bebidas alcohólicas, tabaco, uso de drogas o cualquier estupefaciente que deteriore el organismo y haga interacción con los fármacos que posteriormente serán ingeridos en el tratamiento con TARGA, dormir 8 horas diarias y vivir en un ambiente sin conflictos ya que salud es el completo bienestar físico, emocional, psíquico y social.

11. Presentación de la Propuesta

11.1 Título:

Programa Nutricional Educativo para todos los pacientes con VIH ingresados en el Hospital de Infectología ``Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña`` de la ciudad de Guayaquil.

11.2 Descripción:

Promoción de un programa nutricional educativo para aquellos pacientes con VIH-NAIVE o que se encuentren en Fase SIDA, con el objetivo de proporcionar conocimientos adecuados para promover el estilo de vida saludable y reducir el impacto de las enfermedades asociadas.

11.3 Justificación:

Debido a las deficiencias encontradas en la muestra de nuestro estudio y al poco conocimiento de temas de nutrición en PVVS (Personas que Viven con VIH-SIDA) dentro del Hospital de Infectología ``Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña`` de la ciudad de Guayaquil hemos decidido proponer dentro del mismo, la implementación de un Servicio de Nutrición mediante la promoción de estilos de vida saludables de forma didáctica y comprensiva, utilizando diversos recursos como: charlas educativas, sketches, talleres dinámicos, propuesta audiovisual con información nutricional repetida varias veces al día por todos los televisores del Hospital, manejo de redes sociales, entrega de trípticos y afiches en todo el hospital con el slogan ``**ALIMENTARSE BIEN, ES VIVIR MEJOR**`` ; de tal manera que las personas cambien su cultura alimentaria sobre todo aquellos pacientes que aún no han iniciado el tratamiento con TARGA, puesto que en ellos el sistema inmunológico se encuentra inmunodeprimido y expuesto ante el contagio de enfermedades oportunistas que deterioran el estado fisiológico, en donde la alimentación y los cambios de hábitos son fundamentales para el equilibrio del organismo, por lo tanto al obtener información nutricional correcta se podría disminuir el impacto de las complicaciones propias del virus y su tratamiento,

fomentando la nutrición saludable sin restricciones en todos los pacientes para que a su vez sean ellos voceros de esta información en sus hogares.

11.4 Objetivo General:

- Fomentar la importancia del cambio de hábitos y la alimentación saludable en todos los pacientes con VIH y enfermedades asociadas ingresados en el Hospital de Infectología ``Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña`` de la ciudad de Guayaquil.

11.5 Objetivos Específicos:

- Educar a los pacientes con VIH y enfermedades asociadas mediante charlas educativas, talleres dinámicos y sketches.
- Grabar videos con información nutricional para que sean reproducidos varias veces al día en todo el Hospital de Infectología ``Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña`` de la ciudad de Guayaquil.
- Brindar información continua y actualizada mediante las redes sociales.

11.5 Factibilidad:

Es totalmente factible debido a que no es necesario un presupuesto económico alto, contamos con material didáctico apropiado para proporcionar la educación necesaria y cumplir con los objetivos propuestos, ya que sabemos que la promoción de los estilos de vida saludables es la mejor forma de prevenir complicaciones y enfermedades a futuro.

Referencias Bibliográficas

1. Bernal Enrique, Marín Irene, Muñoz Ángeles, Saban José, Sarabia Francisco, Garcia Ana, Cano Alfredo. (2012). El fenotipo «hipertrigliceridemia-cintura abdominal aumentada» es un factor de riesgo de aterosclerosis subclínica en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *ELSEVIER DOYMA*, 139(13), 561–565.
2. Bobadilla Godoy Valeria Norali, Chamorro Noelia Soledad, Bobadilla Godoy Fanny Evelina, & Bobadilla Godoy Eduardo Andrés. (2005). SINDROME DE WASTING. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*. Retrieved from http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista142/3_142.htm
3. Centers for Disease Control and Prevention. (2015). VIH/SIDA. Division of HIV/AIDS Prevention, National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, Sexual Transmitted Diseases and Tuberculosis Prevention, Centers for Disease Control and Prevention.
4. Coalición Ecuatoriana P.V.V.S. (2012). Atención y medicamentos antirretrovirales. Retrieved from <http://www.coalicionecuatoriana.org/web/interna.php?c=1286>
5. Coordinación Zonal 8 Salud. (2016). Casos nuevos de VIH 2013-2016.
6. Cruz Rodríguez Araceli, Castro D`Franchis Luis Javier, & Reyes Jiménez Abraham Emilio. (2014, January 14). Tenofovir y su relación con osteoporosis en pacientes con VIH. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2015/mim152e.pdf>
7. Departamento de Estadística del Hospital de Infectología “Dr. Jose Daniel Rodríguez Maridueña”. (2016). Cifra de pacientes infectados por VIH del Hospital de Infectología-Guayaquil.

8. Fernández, Mario. (2012). Relación entre el conocimiento de los mecanismos de transmisión del VIH y la percepción del riesgo de infección en Guayaquil, Ecuador. *107-114*, 17.
9. Freijo, S., & Mengoni, A. (2010). Estado nutricional al ingreso de los pacientes internados con VIH. *Diaeta*, 28(130), 37–44.
10. Gómez Candela, C, Cos Blanco, A, Mateo, R, Castro, E, Lorenzo, A, & Polo, R. (2002). Alteraciones del metabolismo hidrocarbonado en el paciente VIH/SIDA. *NUTRICIÓN HOSPITALARIA*, 3, 147–153.
11. Hadgu, T., Worku, W., Tetemke, D., & Berhe, H. (2013). Undernutrition among HIV positive women in Humera hospital, Tigray, Ethiopia, 2013: antiretroviral therapy alone is not enough, cross sectional study. *BMC Public Health*, 13(1), 943. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-13-943>
12. Herrera, C., & Campero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud Pública de México*, 44(6), 554–564.
13. Herrera Ballester A, Baixauli Rubio A, Herrera de Pablo P, Calvo Catalá J, Ruiz Sastre A, García Vicete S, & Climent Díaz B. (2012). Manifestaciones sistémicas de la malabsorción intestinal. *ELSEVIER*, 21(1). Retrieved from http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13032131&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=160&ty=50&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=160v21n1a13032131pdf001.pdf
14. Idacochea Julio. (2014). Las estadísticas de VIH/sida se mantienen estables en Guayas.

15. Knox, T. A., Zafonte-Sanders, M., Fields-Gardner, C., Moen, K., Johansen, D., & Paton, N. (2003). Assessment of nutritional status, body composition, and human immunodeficiency virus-associated morphologic changes. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 36(Suppl 2), S63-68. <http://doi.org/10.1086/367560>
16. Medina Medina María Belen, & Sandoval Cabrera Carla Paulina. (2016). “VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL PACIENTE VIVIENDO CON VIH/SIDA (PVVS). CORRELACIÓN CLÍNICO – ANALÍTICA DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN DE PVVS DEL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉSQUITO, EN EL PERÍODO JUNIO A OCTUBRE DE 2015 Y PROPUESTA DE UN PLAN NUTRICIONAL PARA LOS MISMOS.” PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR, Quito. Retrieved from <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/10399/TESIS%20DOCUMENTO%20FINAL-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2011). *Guía de Atención Integral para Adultos y Adolescentes con infección por VIH/SIDA*. Ecuador. Retrieved from <http://www.coalicionecuatoriana.org/web/pdfs/guiaVIHadultos2012.pdf>
18. Miranda, Manuel, & Rodríguez, Luis. (2011). *Análisis dinamométrico de la mano valores normativos en la población española*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones. Retrieved from <http://site.ebrary.com/id/10479358>
19. OMS. (2015). VIH/SIDA.
20. ONUSIDA. (2014). Cifras de VIH/SIDA.

21. Palafox López, María Elena. (n.d.). *Manual de Fórmulas y Tablas para la Intervención Nutriológica* (Segunda Edición).
22. Polo R, Gómez C, Miralles C, Locutura J, Alvarez J, Barreiro F, ... Garcia T. (2012). Recomendaciones de SPNS/GEAM/SENPE/AEDN/SEDCA/GESIDA sobre nutrición en el paciente con infección por VIH. Ministerio de Sanidad y Consumo de Madrid-España.
23. Porth, C. (2006). *Fisiopatología: salud-enfermedad: un enfoque conceptual*. Buenos Aires; Madrid [etc.: Editorial Médica Panamericana.
24. Programa Mundial de Naciones Unidas de Alimentos(PMA), & ONUSIDA. (2010). Manual de Alimentación y Nutrición para el Cuidado y Apoyo de Personas Adultas Viviendo con Vih o con Sida. Retrieved from https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/atencion_integral/a.adultos/Manual%20VIH%20Nutricion%20ADULTOS.pdf
25. Sánchez, M. D. G., & Guiteras, A. F. (2014). Evaluación de la calidad de vida en personas VIH positivas con lipodistrofía. *Psicología y Salud*, 14(1), 5–11.
26. Secretaria General de Salud de México. (2012). Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA. Dirección General de Epidemiología.
27. Stephen J. MCPHEE. (n.d.). *FISIOPATOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD* (6TA ed.). LANGE.
28. Vargas, C, & Boza, R. (2012). Condición inmunológica de los pacientes portadores de VIH/Sida en el momento de su diagnóstico en el Hospital San Juan de Dios, 54, 159–164.
29. Villalobos, D., Maury-Santiago, E., Ríos, P., Fernández, C., García, D., & Bravo, A. (2011). Evaluación del estado nutricional en pacientes pediátricos

institucionalizados con VIH/SIDA: Assessment of Nutritional Status in Institutionalized Pediatric Patients with HIV/AIDS. *Pediatría (Asunción)*, 38(1), 31–39.

Anexos



Fecha: 14/07/16
 Responsable: MARCELA Debalino - Maximina Pozo

DATOS GENERALES

Fecha de ingreso: _____ #Cama: HC. 176660
 Fecha de Nacimiento: 15 dic 1980 Edad: 35
 Dirección Domiciliaria: GERAL GOMEZ Y TULCAN 0992 351875
0979003677
 Nivel de Educación:

Primaria	<input checked="" type="checkbox"/>	Secundaria	<input type="checkbox"/>	Superior	<input checked="" type="checkbox"/>
----------	-------------------------------------	------------	--------------------------	----------	-------------------------------------

Ocupación: Q-D
 APP: herpes genital
 E. Oportunistas: neumonía hace 2 meses
 Medicación actual: _____

Signos: _____
 Síntomas: _____

mareos - frío

APF:

Madre	<input type="checkbox"/>	Padre	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	-------	--------------------------

Estado Civil:

Soltera	<input type="checkbox"/>	Casada	<input type="checkbox"/>	Viuda	<input type="checkbox"/>	UL	<input checked="" type="checkbox"/>
---------	--------------------------	--------	--------------------------	-------	--------------------------	----	-------------------------------------

Embarazos

# Hijos	<u>3</u>	# Partos		# Abortos	<u>1</u>
---------	----------	----------	--	-----------	----------

Hábitos:

Alcohol	<input checked="" type="checkbox"/>	Tabaco	<input checked="" type="checkbox"/>	Drogas	<input checked="" type="checkbox"/>
---------	-------------------------------------	--------	-------------------------------------	--------	-------------------------------------

Frecuencia: _____

Alergias Alimentarias: _____

colegio 8950

Clasificación CDC-OMS:

	A	B	C
>500 cel.	A1	B1	C1
200-499	A2	B2	C2
<200	A3	B3	C3

TOTAL:

DATOS ANTROPOMETRICOS

Peso Actual:

Kg 40.8 Lb.

Peso hace 3 meses:

Kg 50.7 Lb.

Porcentaje de pérdida de peso:

Talla m.:

1.60
2-56

IMC:

15.93

Diagnostico:

Delgado Severa

Cintura:

67

Cadera:

83

ICC:

0.80

Androide

Circunferencia media del brazo:

Pliegue Tricipital:

10

Pliegue Sub-escapular:

8

10 + 8 = 18

35 años = P. 25 Debajo del promedio

Capacidad Funcional:

12.7 *de 11*

Densitometría Ósea:

DATOS BIOQUÍMICOS

Linfocitos

CD4 *carga viral* 905 CD8 665.283

Albumina	Pre Albumina	Transferrina
----------	--------------	--------------

Urea 36 mg/dL	Creatinina 0.88 mg/dL
---------------	-----------------------

Glucosa 102 mg/dL	Triglicéridos 148 mg/dL
-------------------	-------------------------

Colesterol:

rango hasta 170
LDL 169 mg/dL HDL ~~###~~

Hemoglobina 9.8	Hematocrito 37.2
-----------------	------------------

Enzimas Hepáticas:

negativo

DATOS CLINICOS

Paciente de 35 años VIH (+) que tiene control
se realizó ligadura de trompas, posterior-
mente se realizó colonoscopia y se observó
vesícula

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL

Paciente de sexo femenino presenta
IMC 15.93 delgadez severa
con distribución de grasa
androide

DATOS DIETETICOS

Recordatorio de 24 horas.

Desayuno	1 taza de café en agua 1 huevo duro 2 panes con queso
Almuerzo	arroz con menestra de frijol pollo al vino agua
Merienda	arroz con menestra de frijol pollo al vino agua
Colaciones	1 vaso de leche con nutriscalin

Preferencias Alimentarias

pescado pollo carne

Frecuencia de Consumo de Alimentos

Alimentos	Diario	Semanal	1/Mes	Nunca
Leche	✓			
Yogurt		✓		
Huevo		✓		
Mantequilla	✓			
Frutas		✓		
Queso		✓		
Cereal		✓		
Pastas		✓		
Pan	✓			
Carnes Rojas		✓		
Carnes blancas	✓			
Mariscos			✓	
Leguminosas		✓		
Tubérculos		✓		
Verduras		✓		
Vegetales		✓		
Arroz	✓			✓
Bebidas Gaseosas				
Confitería	✓			
Mayonesa				✓
Aceite	✓			
Comidas rápidas				✓
Embutidos		✓		
Azúcar Blanca	✓			

Cedula:
0921872396
cell# 0987106604

2

Fecha: 06-Dic-2016
Responsable: Mayra Ruiz - Mayra Pobalino

ID. ALORQUEI.

HC. 17212

DATOS GENERALES

Fecha de ingreso: 06-Dic-2016 #Cama: C. Ext.
Fecha de Nacimiento: 03-11-89 Edad: 26
Dirección Domiciliaria: El Empal me. (loc. 2 de Mayo - El Empalme)

NAIVE

Nivel de Educación:

Primaria	Secundaria	<input checked="" type="checkbox"/> Superior
----------	------------	--

Ocupación: Queacores domesticos

APP: Cedente elevado.

E. Oportunistas: -

Medicación actual: ninguna.

Signos:

hiperpigmentaciones (manchas en rostro).

Síntomas:

-

APF:

Madre	<u>-</u>	Padre	<u>-</u>
-------	----------	-------	----------

Estado Civil:

Soltera	Casada	Viuda	UL	<input checked="" type="checkbox"/>
---------	--------	-------	----	-------------------------------------

Embarazos 3 # Hijos 3 # Partos 3 # Abortos 2

cesareas: →

Hábitos:

Alcohol	<input checked="" type="checkbox"/>	Tabaco	Drogas
---------	-------------------------------------	--------	--------

Frecuencia: En fiesta rara vez.

Alergias Alimentarias: Ninguna

9045

Clasificación CDC-OMS:

	A	B	C
>500 cel.	A1	B1	C1
200-499	A2	B2	C2
<200	A3	B3	C3

TOTAL:

DATOS ANTROPOMETRICOS

Peso Actual:

Kg 72,9 Lb. 160,38.

Peso hace 3 meses:

Kg 72,4. Lb. 158,16.

Porcentaje de pérdida de peso:

Talla m.:

1,55 m. 79.
2,40

IMC:

30,3 Diagnostico: Obesidad 1.

Cintura:

101 cm. Cadera: 108 cm.

ICC:

0,93. Androide

Circunferencia media del brazo:

30 cm.

P. < 50 < 75. Promedio

Pliegue Tricipital:

17 cm

Pliegue Sub-escapular:

23 cm

26 años.

$17 + 23 = 40 = P. > 50 < 75$ Grasa promedio

Capacidad Funcional:

16.7 debil

Densitometría Ósea:

DATOS BIOQUÍMICOS

Linfocitos

CD4	536 cel/ul.	CD8	6.558
-----	-------------	-----	-------

Albumina	Pre Albumina	Transferrina
----------	--------------	--------------

Urea	27	Creatinina	0.6
------	----	------------	-----

Glucosa	86 mg/dl. ^R	Triglicéridos	111 mg/dl.
---------	------------------------	---------------	------------

Colesterol: 190 ^N

LDL	HDL
-----	-----

^N ^N

Hemoglobina	13.6	Hematocrito	39.3
-------------	------	-------------	------

Enzimas Hepáticas:

DATOS CLINICOS

Pct. Femenino de 26 años con HIV en control.
Presenta Síndrome de Consumo.

Tratamiento propuesto: TARESA.

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL

Paciente femenino de 26 años
Presenta imc de 30.3 obesidad I
con deficiencia de glicoproteína sérica

DATOS DIETETICOS

Recordatorio de 24 horas.

Desayuno	leche con chocolate a torca
Almuerzo	menestra de papa pollo al jugo sopa de maní
Merienda	carne con queso, uñete asado cola
Colaciones	yogurt solo

Preferencias Alimentarias

yogurt arroz con menestra y carne papas, dulces

Frecuencia de Consumo de Alimentos

Alimentos	Diario	Semanal	1/Mes	Nunca
Leche	✓			
Yogurt		✓2		
Huevo		✓2		
Mantequilla				✓
Frutas		✓3		
Queso			✓	
Cereal				✓
Pastas			✓	
Pan		✓2		
Carnes Rojas		✓2		
Carnes blancas	✓			
Mariscos		✓2		
Leguminosas	✓			
Tubérculos	✓			
Verduras			✓2	
Vegetales		✓3		
Arroz	✓			
Bebidas Gaseosas		✓3		
Confitería		✓2		
Mayonesa				✓
Aceite	✓			
Comidas rápidas			✓2	
Embutidos		✓3		
Azúcar Blanca	✓			

0980970863
 cédula: 0928510726



HOSPITAL DE INFECTOLOGÍA
"DR. JOSÉ DANIEL RODRIGUEZ MARIDUEÑA"



PROGRAMA NUTRICIONAL EDUCATIVO

"ALIMENTARSE BIEN ES VIVIR MEJOR"

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) infecta al sistema inmunitario **atacando principalmente** a los linfocitos CD4 disminuyendo su funcionalidad, replicándose 10.000 billones de veces al día, es por eso que esta infección es progresiva y acelerada.

A nivel nutricional
provoca pérdida de apetito

mal sabor en las comidas
y pérdidas de peso

aumentando el riesgo de desnutrición
y síndrome de mala absorción

Obesidad, Diabetes Mellitus,
Hipertensión, entre otras.

Que causan bajo valor nutricional
predisponiendo al organismo a
desarrollar enfermedades crónicas:

mientras que en otras ocasiones
puede provocar ingestas excesivas
de alimentos altamente calóricos

**"¡SITE ALIMENTAS BIEN
VIVIRAS BIEN!"**



RECOMENDACIONES

- La actividad física mejora la circulación y digestión del paciente por lo tanto es recomendable realizar ejercicio físico como caminatas o marchas progresivas mínimo 30 min al día durante 3 o 4 veces por semana.
- En aquellas personas con sobrepeso u obesidad es necesario que disminuyan el consumo de calorías hasta un 20%, evitando la ingesta de carbohidratos simples, bebidas azucaradas, frituras y exceso de carnes rojas.
- Para la mejor absorción del hierro se deben realizar combinaciones con alimentos ricos en vitamina C para evitar Anemias; no es recomendable juntar lácteos con cítricos ya que esto dificultaría la absorción del Calcio.

RECUERDA:



ENCARGADAS:

Mayra Alejandra Robalino Gabor
Mayrarobalino.93@gmail.com
0993095044

Yael Mayumi Ruiz Izuieta
ymri-03@hotmail.com
0994093802

PROGRAMA NUTRICIONAL EDUCATIVO



Con la finalidad de promocionar estilos de vida saludables para prevenir enfermedades que condicionan la calidad de vida de las personas que viven con el VIH y sus enfermedades asociadas.

“ALIMENTARSE BIEN, ES VIVIR MEJOR”

Diseñado especialmente para todos los pacientes ingresados en el Hospital de Infectología “Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña” de la ciudad de Guayaquil.



ALIMENTACION SALUDABLE EN PERSONAS CON VIH Y ENFERMEDADES ASOCIADAS.

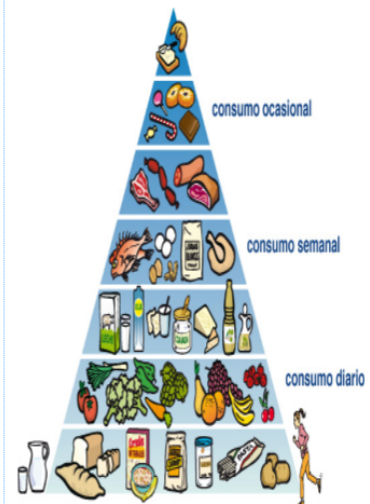
La alimentación saludable tiene un rol importante en personas que viven con el VIH, es necesario incrementar el consumo de acuerdo a los requerimientos calóricos de cada persona tomando en cuenta si hay o no presencia de enfermedades asociadas, ya que al encontrarse en esta condición fisiológica los nutrientes presentes en los alimentos no son asimilados correctamente por el organismo.

Es preferible llevar una alimentación variada y enriquecida de manera natural, sin restricciones ni excesos, tomando en cuenta sobre todo los alimentos que brindan mayor aporte calórico como: carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas, minerales, fibra y agua.

PORCIONES RECOMENDADAS:

Grupo de Alimentos	Porciones/día
Lácteos	2- 3 porciones/día
Cereales	2-3 porciones/día
Cárnicos	1- 2 porciones/día
Hortalizas, Verduras y Leguminosas	3- 4 porciones/día
Frutas	5 porciones/día
Azucares	1- 2 porciones/día
Grasas	1- 2 porciones/día

PIRAMIDE NUTRICIONAL



Sigue estas instrucciones y te sentirás mejor!!!.

Menú Saludable de 1500 kcal de 5 días para personas con obesidad.

Kcal			1500
Molécula Calórica	%	Kcal	Gr
Carbohidratos	50%	750	187,5
Proteínas	30%	450	112,5
Grasas	20%	300	33

Día 1

Desayuno	<ul style="list-style-type: none"> • 1 tz. de leche • 2 rebanas de pan integral • 1 rodaja de queso • 1 porción de papaya picada • 1 tz. de agua aromática
Media mañana	<ul style="list-style-type: none"> • 1 yogurt de frutilla • 1 pera
Almuerzo	<ul style="list-style-type: none"> • Crema de lenteja (papa, lenteja, zanahoria, leche y queso) • Puré de papas • Carne guisada • Ensalada de tomate
Media tarde	<ul style="list-style-type: none"> • 1 granadilla
Merienda	<ul style="list-style-type: none"> • Sudado de pescado • Verde asado • Ensalada de vegetales (zanahoria, pepino y cebolla)

Día 2

Desayuno	<ul style="list-style-type: none">• Tortilla de verde cocinado con queso• 1 rodaja de jamón• 1 vaso de zumo de naranja con espinaca• 1 tz. de agua aromática
Media mañana	<ul style="list-style-type: none">• 1 manzana
Almuerzo	<ul style="list-style-type: none">• Sopa de pollo• Ensalada de pollo (arvejas, zanahoria, lechuga, cebolla, pollo, papa)• Porción de arroz blanco
Media tarde	<ul style="list-style-type: none">• 5 galletas de sal• 1 cucharadita de mermelada
Merienda	<ul style="list-style-type: none">• Carne a la plancha• Ensalada de col con zanahoria• Piña picada

Día 3

Desayuno	<ul style="list-style-type: none">• 1 tz. de leche con chocolate• 1 pan briollo pequeño integral• 1 rodaja de queso• 5 frutillas
Media mañana	<ul style="list-style-type: none">• Yogurt de vainilla• 2 cucharadas de granola
Almuerzo	<ul style="list-style-type: none">• Crema de habas (papa, zanahoria, habas, leche)• Porción de arroz• Zanahorias al vapor• Pescado a la plancha• Zumo de sandía
Media tarde	<ul style="list-style-type: none">• 1 mandarina
Merienda	<ul style="list-style-type: none">• Ensalada de vegetales (lechuga, tomate, pepino)• Carne mechada• Vainitas al vapor

Día 4

Desayuno	<ul style="list-style-type: none">• Zumo détox (manzana, espinaca, apio y limón).• 4 tostada grille• 1 huevo cocinado• 1 tz. de agua aromática
Media mañana	<ul style="list-style-type: none">• 1 porción de piña picada
Almuerzo	<ul style="list-style-type: none">• Sopa de carne sin grasa (fideo, carne, col, zanahoria).• Ensalada de zanahoria y veteraba (lechuga, zanahoria, papa, veteraba)• Pollo al vapor
Media tarde	<ul style="list-style-type: none">• 1 guineo
Merienda	<ul style="list-style-type: none">• Moros de lenteja• Carne a la plancha• Pepinos curtidos• Zumo de limón

Día 5

Desayuno	<ul style="list-style-type: none">• 1 tz. de yogurt de vainilla• Tortilla de yuca cocinada con queso• 5 uvas
Media mañana	<ul style="list-style-type: none">• 1 porción de sandía
Almuerzo	<ul style="list-style-type: none">• Caldo de frejol con albahaca• Brócoli al vapor• pescado al vapor• porción de arroz
Media tarde	<ul style="list-style-type: none">• 1 tz. de avena con leche
Merienda	<ul style="list-style-type: none">• Ensalada de atún• 1 rodaja de piña

Menú Saludable de 2200 kcal de 5 días para personas con desnutrición.

Kcal		2200	
Molécula Calórica	%	Kcal	Gr
Carbohidratos	60%	1320	330
Proteínas	25%	550	137.5
Grasas	15%	330	37

Día 1

Desayuno	<ul style="list-style-type: none"> • 1 tz. de leche o avena casera (canela, maicena) • 1 huevo cocido • 1 Porción de queso • 2 rodajas de pan • Mantequilla al gusto • Porción de jamón ahumado de pavo • 1 mandarina
Media mañana	<ul style="list-style-type: none"> • Porción de frutos secos • 1 vaso de yogurt
Almuerzo	<ul style="list-style-type: none"> • Sopa de legumbres (lentejas, garbanzos, arvejas) • Arroz con pollo • Jugo de tomate
Media tarde	<ul style="list-style-type: none"> • Cereal con leche • Galletas con manjar • 1 pera
Merienda	<ul style="list-style-type: none"> • Sanduche de atún (agregar poca mayonesa) con lechuga

Día 2

Desayuno	<ul style="list-style-type: none">• 1 tz. de leche entera con chocolate• 1 tostada caliente• 2 rodajas de queso• 1 rodaja de jamón de espalda• 1 guineo
Media mañana	<ul style="list-style-type: none">• Galletas con mermelada• 1 kiwi
Almuerzo	<ul style="list-style-type: none">• Crema de habas (queso)• 1 tz. arroz• Estofado de carne (zanahoria, papa)• Ensalada fría (tomate cebolla agregar aceite de oliva)
Media tarde	<ul style="list-style-type: none">• 1 pera• Galletas de sal• Jugo de naranja• Frutos secos
Merienda	<ul style="list-style-type: none">• Sanduche de pollo• Jugo de piña

Día 3

Desayuno	<ul style="list-style-type: none">• 1 tz de colada de manzana• Sanduche de queso• 2 Huevos revueltos• 1 granadilla
Media mañana	<ul style="list-style-type: none">• 2 cucharadas de granola• Mix de frutas picadas (frutilla, guineo y papaya)
Almuerzo	<ul style="list-style-type: none">• Sopa de pollo• 1 porción de tallarín• 1 porción de pollo al vapor• 1 porción de arroz
Media tarde	<ul style="list-style-type: none">• Cereal con leche• Galletas con queso crema• 6 Uvas
Merienda	<ul style="list-style-type: none">• Ensalada de atún (pepino, tomate, cebolla, lechuga, atún, papa, agregar aceite de oliva)• 2 rodajas de pan

Día 4

Desayuno	<ul style="list-style-type: none">• 1 tz. de leche entera con cocóa• Bolón de verde cocinado
Media mañana	<ul style="list-style-type: none">• 1 guineo• Granola• Yogurt
Almuerzo	<ul style="list-style-type: none">• Caldo de bolas• 1 tz de puré de zanahoria• Pescado cocinado• Jugo de pera
Media tarde	<ul style="list-style-type: none">• 1 manzana• Galletas con mermelada
Merienda	<ul style="list-style-type: none">• Porción de arroz• Pollo al vapor• Jugo de guanaba

Día 5

Desayuno	<ul style="list-style-type: none">• 1 tz de avena casera• Sanduche frio• 1 rodaje de queso• 2 Huevos cocidos
Media mañana	<ul style="list-style-type: none">• Papaya picada
Almuerzo	<ul style="list-style-type: none">• Crema de zapallo (papa, queso, zapallo y leche)• 1 tz de arroz• 5 camarones apanados• Ensalada fría
Media tarde	<ul style="list-style-type: none">• Piña en trozos• Galletas con queso y manjar
Merienda	<ul style="list-style-type: none">• 1 porción de carne guisada• 1 tz de arroz• Jugo

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Robalino Gaibor, Mayra Alejandra** con C.C # **0925650947** ; **Ruiz Izurieta, Yael Mayumi** con C.C # **1207069863** autoras del trabajo de titulación: previo a la obtención del título de **Valoración del Estado Nutricional en mujeres con VIH-NAIVE ingresadas en el Hospital del Infectología "Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña"** de la ciudad de **Guayaquil** durante el periodo **mayo- septiembre 2016** previo a la obtención del título de **Licenciada en Nutrición, Dietética Y Estética** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **13 de septiembre del 2016**

f. _____

Robalino Gaibor, Mayra Alejandra

C.C: **0925650947**

f. _____

Ruiz Izurieta Yael Mayumi

C.C: **1207069863**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Valoración del Estado Nutricional en mujeres con VIH-NAIVE ingresadas en el Hospital del Infectología "Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña" de la ciudad de Guayaquil durante el período mayo- septiembre 2016		
AUTOR(ES)	Robalino Gaibor, Mayra Alejandra ; Ruiz Izurieta, Yael Mayumi		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Andino Rodríguez, Francisco Xavier		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Nutrición, Dietética y Estética		
TITULO OBTENIDO:	Licenciada en Nutrición, Dietética y Estética		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	(día) de (mes) de (año)	No. DE PÁGINAS:	134
ÁREAS TEMÁTICAS:	Valoración nutricional, VIH/SIDA, Capacitación nutricional		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	VIH; NAIVE; IMC; ICC; DINAMOMETRIA; HSH; TARGA		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	<p>La presente valoración nutricional en mujeres con VIH-NAIVE se realizó en el hospital de Infectología "Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña" de la ciudad de la Guayaquil en el periodo de mayo-septiembre del 2016, el propósito de dicha investigación consistió en la determinación del estado nutricional de las mujeres con VIH-NAIVE ingresadas en el hospital de Infectología. Para ello fue necesario evaluar la antropometría mediante técnicas IMC, ICC y medición de pliegues, luego se midió la capacidad funcional mediante dinamometría para conocer la pérdida de fuerza, se conoció también la frecuencia del consumo de alimentos. Metodológicamente el trabajo se aborda desde la perspectiva de los tipos de investigación científica no experimental, transversal con un alcance de tipo descriptivo, el enfoque es cuali-cuantitativo. La muestra estuvo formada por 30 mujeres con VIH-NAIVE, mayores de 16 años que se encuentran ingresadas en el hospital de Infectología. La técnica de observación empleada fue: entrevista, ficha de recolección de datos, historias clínicas, báscula, cinta métrica, plicómetro, dinamómetro. El procesamiento de datos permitió demostrar el desorden alimenticio que poseen, el cual pueden llegar a generar enfermedades oportunistas y así empeorar su cuadro clínico.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-93095044 +593-94093802	E-mail: mayrarobalino.93@gmail.com ymri-03@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Álvarez Córdova, Ludwig Roberto		
	Teléfono: +593-99963278		
	E-mail: drludwigalvarez@gmail.com		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			