



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNAN-MANAGUA
HOSPITAL MILITAR ESCUELA “DR. ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS”**

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MEDICINA INTERNA:

“CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES VIH POSITIVO PERTENECIENTES AL PROGRAMA DEL HOSPITAL MILITAR ESCUELA DR. ALEJANDRO DAVILA BOLAÑOS Y DEL HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE 2017”

Autor:

**Dra. Samantha Xilonem Mairena Flores
Médico Residente de Medicina Interna**

Tutor:

**Cap / Dr. Octavio Alfonso Caldera Real
Médico especialista en Medicina Interna/ Infectólogo**

Managua- Nicaragua 03 de Marzo del 2018

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a todos los pacientes que conviven a diario con el virus de VIH, librando esta dura batalla.

Al personal de salud que permite que la carga sea menos pesada para nuestros pacientes.

AGRADECIMIENTO

"No nos quedaremos al pie del monte, pudiendo ascender hasta la cumbre..."

Santa Teresa de Jesús

En este momento me encuentro en la tercera meta del camino que emprendí hace 22 años, sin llegar a saber que hoy llegaba el día en que sería especialista.

Gracias, primero a Dios por la vida, el don del conocimiento, y la perseverancia para llegar a este momento. A mis padres, mis fieles creyentes, por apoyarme, por creer en mí, y por ser los pilares de mi vida. Gracias a mis hermanos, a mi gorda linda por ser ese apoyo incondicional. A mi novio, compañero y amigo, porque estos tres años han sido más fácil con vos a mi lado, y porque siempre estuviste ahí con mis sagrados alimentos durante los turnos.

Al Hospital Militar y a cada uno de mis maestros que me han visto crecer, por enseñarme lo bonito de esta especialidad, el amor al paciente y por inculcarme la sed del conocimiento.

Al Hospital Antonio Lenin Fonseca, y en especial a la Dra. Hortencia Peralta por el apoyo para llevar acabo mi estudio en esa unidad de salud.

OPINIÓN DEL TUTOR

La calidad de vida en los pacientes con enfermedades crónicas ha sido un tópico pobremente evaluado a nivel general.

Los pacientes usualmente son estudiados para conocer comportamiento clínico, parámetros de laboratorio o efecto de algún fármaco, dejando por fuera la percepción de cómo vive el paciente su enfermedad.

En los últimos años, se ha venido despertando el interés por conocer como conviven los pacientes con sus patologías, que factores mejoran o empeoran la percepción que ellos tienen de su bienestar, englobando todo esto en el concepto “calidad de vida”.

Con las nuevas terapias para VIH que permiten prolongar la vida de los pacientes, dicha infección ha pasado de ser una enfermedad con evolución tórpida y de mal pronóstico, a ser una enfermedad crónica, tal como si se tratase de hipertensión o diabetes.

El trabajo de la Dra. Samantha Mairena Flores evalúa la calidad de vida de los pacientes en 2 centros asistenciales que contrastan en cuanto a condiciones y características de los atendidos, permitiendo medir con instrumentos estandarizados, como se ven los pacientes a sí mismos en cuanto a calidad de vida, incluyendo condición física y mental, que a la postre son elementos fundamentales y complementarios de bienestar.

La información aportada por el estudio de la Dra. Mairena permitirá enfocar directrices de trabajo con esta creciente población de pacientes a fin de mejorar su calidad de vida.

Felicito a la Dra. Mairena por sus resultados en este estudio, con la espera de que pueda heredarse a los futuros residentes de último año temas afines para enriquecer dicho estudio.

**Cap. Dr. Octavio Alfonso Caldera Real.
Especialista en Medicina Internan / Infectólogo.**

RESUMEN

El VIH es una enfermedad que gracias a los avances en el tratamiento se ha logrado prolongar la vida de los pacientes, es por eso que considero de importancia conocer la calidad de vida con la que consta esta población. Se realizó un estudio cualicuantitativo, descriptivo de corte transversal en pacientes de dos hospitales de referencia nacional para evaluar la calidad de vida en general en el periodo entre Enero y Diciembre del 2017.

Se estudiaron las características sociodemográficos, conductas de riesgo, infecciones oportunistas, y el tratamiento actual de los pacientes. Para la evaluación de la calidad de vida se utilizó un instrumento ya validado por la OMS donde se encontró que en ambos hospitales la calidad de vida en general es buena, siendo los aspectos de mayor puntaje los dominios del área psicológica y del entorno.



República de Nicaragua
Ejército de Nicaragua
Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”
Sub Dirección Docente. Cuerpo Médico Militar

TRIBUNAL EXAMINADOR

ACEPTADO POR EL MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA Y POR LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA – LEON

DRA. SAMANTHA XILONEM MAIRENA FLORES

No. cédula: 001-090589-0009V culminó la Especialidad de MEDICINA INTERNA

en el año Académico: 2015 - 2018

Realizó Defensa de Tesis: “Calidad de vida en los pacientes VIH positivo pertenecientes al programa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños y del Hospital Antonio Lenin Fonseca en el período comprendido entre 1 de Enero al 31 de Diciembre 2017”.

En la ciudad de Managua, sábado, 03 de marzo del año dos mil dieciocho.

My. Dr. Karil Salablanca Galeano

Nombre y apellidos

Firma del Presidente

Dr. Alejandro Camacho Delgado

Nombre y apellidos

Firma del Secretario

Tte. Pro. Dra. Fátima E. Gaitán Vallecillo

Nombre y apellidos

Firma del Vocal

Teniente Coronel
Dr. Enrique Esquivel López
Sub Director Docente Cuerpo Médico Militar

INDICE

I	INTRODUCCION	9
II	ANTECEDENTES	10
III	JUSTIFICACION	12
IV	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
V	OBJETIVOS	15
VI	MARCO TEORICO	16
VII	DISEÑO METODOLOGICO	38
VIII	RESULTADOS	43
IX	ANALISIS Y DISCUSION	50
X	CONCLUSIONES	57
XI	RECOMENDACIONES	58
XII	BIBLIOGRAFIA	59
XIII	ANEXOS	61

I. INTRODUCCION

El virus de inmunodeficiencia humana, es una de las infecciones emergentes más importantes en la población mundial, teniendo como estadio final el síndrome de inmunodeficiencia adquirida o SIDA. Nadie se imaginaria la importancia y la trascendencia que esta enfermedad adquiriría luego de ser publicada allá por el año de 1984 bajo el título *Morbidity and Mortality Weekly Report* “*Pneumocystis pneumonia* – Los Angeles”, ya hace más de 30 años ⁽¹⁾.

La infección por el VIH es contraída por más de 6800 personas y más de 5700 fallecen a causa del SIDA cada día, en la mayoría de los casos debido a un acceso inadecuado a los servicios de prevención y tratamiento, es por eso que desde el 2007 el Ministerio de Salud conformó la red de diagnóstico de VIH en todo el país, con el objetivo de permitir a todas las personas que tomen la decisión de realizarse la prueba de diagnóstico de VIH, la tengan disponible de forma eficiente, gratuita y oportuna, cerca de sus comunidades.

En Nicaragua el diagnóstico de VIH se ha realizado desde los años 90’s.. Actualmente las personas con VIH son monitoreadas por medio de técnicas de biología molecular (carga viral) y técnicas de citometría de flujo (CD3, CD4, CD8), influyendo esto de manera importante en la calidad de vida del paciente.

El Hospital Militar se suma a dichos esfuerzos brindando a sus pacientes en todas las modalidades el diagnóstico y recientemente el tratamiento que es totalmente gratuito puesto que hasta hace unos 2 años el tratamiento para el paciente con VIH era estrictamente controlado por el Ministerio de Salud de Nicaragua, ya que es una terapia de alto costo que es proporcionada de forma gratuita por la Organización Mundial de la Salud.

II. ANTECEDENTES

En estudios internacionales contamos con un sin número de estudios acerca de la calidad de vida de los pacientes portadores del virus del sida (PPVS), dentro de estos encontramos un estudio realizado en el sur de la India por Subramanian et al, realizado en el 2009 que examina el impacto psicosocial del VIH y la calidad de vida de 646 personas infectadas por el VIH de una importante clínica gubernamental de enfermedades de transmisión sexual (ETS). Los encuestados que informaron sobre el estigma (33%) tuvieron una calidad de vida significativamente buena en su aspecto físico (49%), aspecto psicológico (48%) y aspecto ambiental (44%). El análisis multivariante mostró que el género y el estado civil tenían una asociación significativa con la calidad de vida ⁽²⁾.

Igualmente en este mismo año se realizó un estudio longitudinal multicéntrico por Tsevat et al en 3 ciudades de los Estados Unidos de América: Ohio, Cincinnati y Washington el cual incluyó 347 pacientes el cual le daban seguimiento a la calidad de vida antes y luego posterior al diagnóstico de VIH.

Comparando la vida al tiempo 1 versus antes del diagnóstico, 109 (31%) pacientes dijeron que su vida era mejor en el momento 1, 98 (28%) dijeron que era peor, y el resto dijeron casi lo mismo o no lo sabía.

Para el tiempo 2, aproximadamente un quinto de los pacientes cambiaron sus respuestas para indicar una mejora en la vida y un sexto los cambió para indicar el deterioro de la vida. En el análisis multivariable, el cambio en la percepción para lo mejor tiempo 1 y el tiempo 2 (versus prediagnosis) se asoció positivamente con el tiempo con pensamientos religiosos positivo, mientras que el cambio en la percepción para peor se asoció con el sitio de estudio, orientación heterosexual, carga viral detectable, menor duración del VIH, puntajes de espiritualidad más bajos y puntajes de afrontamiento religioso positivos inferiores ⁽⁵⁾.

Concluimos que muchos pacientes con VIH sienten que su vida es mejor de lo que era antes de su diagnóstico, aunque los resultados de tales comparaciones a menudo cambian con el tiempo.

En el 2013 se realizó un estudio transversal en Sao Pablo Brazil por Rodriguez-Penney et al en donde el menor nivel de educación se asoció con una pobre calidad de vida en los dominios psicológico (p 0.020) y ambiental (p 0.047); el diagnóstico de infección por VIH en los últimos cinco años (p 0.029) se asoció con una pobre calidad de vida en el ámbito social y el aspecto de relaciones y creer que estaba enfermo estaba asociado a todos los dominios (físico: p 0.001; psicológico: p 0.022; nivel de independencia: p 0.009; relaciones sociales: p 0.009; ambiente: p 0.005; y espiritualidad / religión / personal)creencias: p 0.021) ⁽⁶⁾.

Se puede concluir que, en general, las PVVS tienen una buena calidad de vida.

Una mala calidad de vida se asoció principalmente con un nivel de educación más bajo y sobre todo cuando creen que está enfermo.

En nuestro país se han realizado estudios acerca de calidad de vida en otras instituciones tales como el Hospital Lenin Fonseca y el Hospital Roberto Calderón, sin embargo no logramos obtener acceso a estos estudios. Luego de hacer una revisión de bibliografía en el Hospital Militar Escuela Alejandro Dávila Bolaños encontramos que no existen antecedentes de investigaciones reciente sobre pacientes que conviven con sida o VIH, mucho menos estudios que aborden la calidad de vida de estos. Por esta razón pretendemos abrir una nueva puerta para las futuras generaciones y de esta manera comprender que esta es una entidad de importancia por la alta incidencia que representa en nuestras salas de hospitalización.

III. JUSTIFICACIÓN

La infección por el VIH es una pandemia en crecimiento a nivel mundial y se considera un problema de salud pública. Los avances en el tratamiento evidentemente han mejorado las tasas de supervivencia para individuos infectados con VIH, sin embargo, esto no siempre significa buena calidad de vida, es por eso que debemos mejorar el diagnóstico, abordaje y tratamiento del paciente que padece de esta enfermedad.

Nicaragua no es la excepción, en el 2016 se registraron 1,100 nuevos casos del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), una cantidad similar a los casos registrados en 2015 y a nivel general en el país existen 11,708 personas con VIH y SIDA. Es, de carácter obligatorio conocer la importancia y la magnitud de esta enfermedad puesto que en nuestro país se ha demostrado que los hombres entre los 20-39 años son los que se encuentran afectados principalmente, es decir jóvenes que se encuentran en la plenitud de su vida, cuando tienen mayor actividad económica y funcional.

Nuestro hospital forma parte del subsistema público del MINSA juntos con el INSS y los servicios médicos de la policía. A partir del año 2012 se inicia el programa continuo de VIH en donde hasta el momento se encuentran aproximadamente 80 pacientes en donde se les da seguimiento médico y se brinda su tratamiento completamente gratis, a como es mandado por la Ley No. 820 LEY DE PROMOCIÓN, PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS ANTE EL VIH y SIDA, PARA SU PREVENCIÓN Y ATENCIÓN en su primer artículo.

Pero en una enfermedad como esta, el medicamento no lo es todo, considerando la cronicidad de la patología, el estigma e ignorancia de la sociedad es una enfermedad que va más allá del aspecto de salud física por lo que es de vital importancia conocer la percepción de calidad de vida que tienen nuestros

pacientes. Cuando hablamos de tratamiento no se refiere únicamente a tabletas, sino que también a la calidad emocional que poseen estos pacientes a como lo establece la OMS en su significado de salud, ya que tener una enfermedad desgastante y socialmente reprochada conlleva más que tan solo la prescripción mensual de un conjunto de tabletas con nombres tan difíciles y complicados de aprender y recordar por sus consumidores, los pacientes con VIH.

No es un secreto ni es algo raro el hecho de que a diario aumenta las cifras de diagnóstico, según el Ministerio de Salud (MINSa) de cada 500 pruebas rápidas que se realizan en mujeres, una sale positiva, en cambio en los varones de cada 100 exámenes realizados una resulta positiva. En general en el recientemente publicado mapa de los padecimientos de salud de Nicaragua, registran que en el año 2016 se diagnosticaron 1,111 falleciendo 247, en cambio en el 2017 se diagnosticaron 959 nuevos casos, encontrando más de 700 caos ubicados en Managua, falleciendo 237. Esto conlleva a un cambio dramático en la vida de cada una de las personas recién diagnosticadas, desde el hecho de comenzar a tomar tabletas diarios para poder sobrevivir de manera adecuada, hasta la discriminación a la que se afrentan a diario ya sea en el trabajo, la escuela y hasta su propio hogar.

Después de haber revisado exhaustivamente un documento que tuviera los alcances u objetivos del nuestro, llegamos a la conclusión de no tener a mano una referencia local, por lo tanto nuestro estudio servirá de pauta para futuras investigaciones en nuestra institución, a sabiendas del problema que representa en la actualidad dicha patología.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Calidad de vida no es únicamente el bienestar físico sino que también esto abarca el estado social, psicológico y el entorno, siendo estas muchas veces vistas con menos importancia. En este estudio tratamos de evaluar la calidad de vida no únicamente de nuestro hospital, sino que también compararlo con otro centro de referencia nacional el cual tiene más tiempo de estar en contacto con estos pacientes, y tener así una mayor heterogeneidad de la población y abordar esta patología en todos los estratos sociales. Es por eso que nos planteamos el siguiente problema:

¿Qué nivel de calidad de vida tienen los pacientes pertenecientes al programa de VIH de dos hospitales de referencia nacional?

V. OBJETIVOS

Objetivo general:

Conocer la calidad de vida de los pacientes VIH positivos del programa de dos hospitales de referencia nacional.

Objetivos Específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.
2. Evaluar las conductas sexuales de riesgo de los pacientes estudiados.
3. Identificar el modo de transmisión de la población en estudio
4. Identificar las enfermedades oportunistas más comunes en los pacientes VIH positivos en dos hospitales de referencia de Managua.
5. Evaluar la percepción de los pacientes sobre su salud en general, el impacto emocional de la enfermedad, las relaciones sociales y el ambiente que los rodea.

VI. MARCO TEORICO

1. *El virus de inmunodeficiencia humana (VIH)*

El virus de inmunodeficiencia humana conocido por sus siglas VIH fue aislado por primera vez en 1983. Este es el agente causa del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que representa la expresión clínica final de la infección, y que en dependencia de la persona puede tardar 2-15 años en manifestarse.

Los estudios muestran que el VIH puede haber pasado de los simios a los seres humanos desde fines del siglo XIX. Durante décadas, el virus se propagó lentamente por el continente africano y luego llegó a otras partes del mundo. Sabemos que el virus existe en los Estados Unidos al menos desde mediados o fines de la década de los setenta. En 1981 Center for Disease Control and Prevention (CDC) emitía un comunicado describiendo 5 casos de personas afectadas por enfermedades poco frecuentes entre jóvenes- neumonía por *Pneumocystis carinii* y sarcoma de Kaposi, siendo estos poco frecuentes en el mundo Occidental⁽¹⁾.

Fueron los investigadores franceses Luc Montagnier y Françoise Barré-Sinoussi los descubridores del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Las investigaciones llevaron al descubrimiento del tercer retrovirus humano causante de la nueva epidemia que azotaría a la humanidad y matará a 40 millones de personas en los siguientes 20 años, el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 y posteriormente el tipo 2, que desarrolla la enfermedad del SIDA/ síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

A pesar que el virus actualmente se encuentra en su 4ta década desde su descubrimiento, este aún sigue sin ninguna disminución de su esparcimiento y propagación, causando así daño a través de la vida de los pacientes que lo padecen ⁽²⁾.

Desde el momento en el que el mundo científico ha hablado de VIH y SIDA, las respuestas sociales han sido muchas, y la mayoría no de buena manera, siendo estas, temor, negación, estigma y finalmente discriminación; es por eso que debemos tener claro que esta entidad tiene como componente importante el fenómeno social, no siendo menos que el fenómeno biológico que este conlleva.

Hoy en día el VIH SIDA es una emergencia sanitaria mundial, que afecta a todas las regiones del mundo y causa millones de defunciones, y sufrimiento a muchos millones de personas más. Pero las oportunidades de acceso a prevención y tratamiento eficaces varían enormemente.

Se han identificado dos tipos diferentes del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el VIH-1 y el VIH-2, los cuales comparten propiedades epidemiológicas, pero desde el punto de vista serológico y geográfico son relativamente diferentes. Al parecer la patogenicidad del VIH-2 es menor a la del VIH-1.

Una vez que el VIH ha logrado entrar al organismo, la proteína gp 120 de la envoltura viral se une a la molécula CD4 en la membrana de los linfocitos T CD4+, macrófagos, células dendríticas, monocitos y en general a cualquier célula que exprese en su superficie al receptor CD4 (serie linfocitaria). Posteriormente la envoltura viral se fusiona con la membrana celular permitiendo de esta manera la entrada de la cápside viral. Dentro de la célula las proteínas de la cápside permanecen asociadas al RNA viral (RNA_v) mientras se copia a una cadena de DNA por medio de la DNA polimerasa dependiente de RNA/DNA y de la transcriptasa reversa. Después el RNA es degradado por la ribonucleasa H y se sintetiza la cadena complementaria de DNA para generar DNA de doble cadena (provirus), el cual se integra al genoma celular mediante una serie compleja de reacciones que son catalizadas por la enzima integrasa. Eventualmente, las células infectadas se lisan y finalmente los nuevos viriones se liberan. ⁽¹⁾.

2. Epidemiología

El VIH, que continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública mundial, cobrando más de 35 millones de vidas. En 2016, un millón de personas fallecieron en el mundo por causas relacionadas con este virus.

A finales de 2016 había aproximadamente 36,7 millones de personas infectadas por el VIH en el mundo, y en ese año se produjeron 1,8 millones de nuevas infecciones. El 54% de los adultos y el 43% de los niños infectados están en tratamiento antirretrovírico (TAR) de por vida.

La población de Nicaragua, según INIDE, para el año 2018 es de 6,460,414 habitantes, siendo mayoritariamente femenina (51%) y menor de 20 años (40.6%). En nuestro país el primer caso de VIH se registró en el año 1987. Desde entonces en el país se han registrado 11 mil 708 casos de personas con VIH ⁽³⁾.

Hay grupos poblacionales que merecen especial atención por correr un mayor riesgo de infección por el VIH, con independencia del tipo de epidemia y de la situación local:

1. Los hombres que tienen relaciones homosexuales,
2. Los consumidores de drogas inyectables,
3. Los presos y personas que están reclusas en otros entornos
4. Los trabajadores sexuales y sus clientes
5. Transexuales.

A menudo, los comportamientos de las personas que pertenecen a estos grupos de mayor riesgo les causan problemas sociales o jurídicos que aumentan su vulnerabilidad al VIH y reducen su acceso a los programas de diagnóstico y tratamiento. Se calcula que, en 2015, el 44% de las nuevas

infecciones afectaron a personas de estos grupos poblacionales y a sus parejas ⁽³⁾.

Por otro lado también, existen algunos comportamientos que podrían predisponer a contraer dicho virus, tal como:

- Tener relaciones sexuales anales o vaginales sin preservativo.
- Padecer otra infección de transmisión sexual como sífilis, herpes, clamidia, gonorrea o vaginosis bacteriana.
- Compartir agujas, jeringuillas, soluciones de droga u otro material infectivo contaminado para consumir drogas inyectables.
- Recibir inyecciones, transfusiones sanguíneas o trasplantes de tejidos sin garantías de seguridad o ser objeto de procedimientos médicos que entrañen cortes o perforaciones con instrumental no esterilizado.
- Pincharse accidentalmente con una aguja, lesión que afecta en particular al personal de salud.

El VIH se puede transmitir por tres mecanismos bien establecidos:

- Transmisión sexual. Exposición directa a secreciones de personas infectadas como semen y secreciones vaginales.
- Transmisión sanguínea. Exposición a sangre o sus derivados, ya sea por transfusiones y trasplantes o por vía parenteral debido al uso de agujas contaminadas.
- Transmisión perinatal. Transmisión de una madre infectada a su producto, esto se ha llamado transmisión vertical. La infección del producto se puede dar durante el embarazo, durante el parto o durante la lactancia ⁽¹⁾.

En algunos países de Latinoamérica y el Caribe la entrada del VIH se produjo entre finales de los setenta y principios de los ochenta. A finales de 2000 había 1,4

millones de personas infectadas en Latinoamérica y otras 390.000 en los países del Caribe. En México el VIH infecta principalmente a hombres homosexuales. Los países andinos son los menos afectados por la epidemia, pero presentan comportamientos de riesgo para la transmisión heterosexual y homosexual. En Brasil viven más de medio millón de infectados, y aunque predomina la transmisión heterosexual, también tiene importancia la transmisión entre usuarios de drogas inyectadas (UDI) y entre hombres homosexuales. En Argentina la epidemia se centra en UDI y en hombres con prácticas homosexuales.

En Centroamérica y el Caribe predomina la transmisión heterosexual del VIH. Algunos de los países del Caribe presentan prevalencias muy elevadas, sólo superadas por las de países de África. En Haití están infectados más del 5% de los adultos y en la República Dominicana cerca del 3%. En Honduras, Guatemala y Belice se ha extendido rápidamente la epidemia por transmisión heterosexual, alcanzándose tasas de prevalencia del 1% al 3% en adultos de población general. Según los datos por países en **Honduras** se registran 32 mil 573 casos, en **El Salvador** 33 mil 184 casos, en **Panamá** 14 mil 631 casos, y en **Guatemala** 34 mil 810 casos, siendo nuestro país el menos afectado de la región ⁽⁴⁾.

Los departamentos más afectados por esta enfermedad son **Managua** con 5 mil 932 casos, **Chinandega** con mil 514, **Bilwi** con 786; **León** con 758, **Masaya** con 521, **Chontales** con 332, **Granada** con 256, el **Caribe Sur** con 238, y **Jinotega** con 233.

Las edades más afectadas por el **virus** están entre los 20 y 39 años, con el 67% de los casos. En relación a los sexos, el 70% de los casos son en hombres y 30% en mujeres ⁽⁴⁾.

Entre 2000 y 2016, el número de nuevas infecciones por el VIH se redujo en un 39% y las defunciones asociadas al virus disminuyeron en una tercera parte. Ello significa que se salvaron 13,1 millones de vidas gracias al TAR en ese periodo ⁽³⁾.

No es de sorprender que el CDC de Atlanta que aproximadamente 30% de los PPVS sean mayores de 50 años, y que para la década entrante este número se duplicará; Por lo tanto, la rápida expansión y tamaño de este particularmente vulnerable y poco estudiado grupo de personas mayores, la OMS subraya la necesidad de identificar factores clínicos potencialmente modificables que influyen en la salud, resultados y calidad de vida en un esfuerzo por detener el invariable aumento en las demandas de recursos de atención médica en la próxima década⁽⁵⁾.

Es importante denotar que se ha demostrado que con la edad, el VIH se asocia con mayores tasas de comorbilidades como la coinfección de hepatitis C y el síndrome metabólico, el cual aumentan los riesgos para efectos adversos con respecto a lo cognitivo y aquellos relacionados con la salud (p. Ej., Progresión crónica de la enfermedad hepática). También, se vuelven más susceptibles para desarrollar enfermedades físicas y mentales asociadas con los llamados "normales" del envejecimiento. Por ejemplo, las personas mayores tienen mayor prevalencia de multimorbilidad, incluidas las complicaciones cardiovasculares tales como enfermedad arterial coronaria, hipertensión, hipercolesterolemia y diabetes, así como cáncer y enfermedades del hígado, riñón, hueso (por ejemplo, osteopenia) y sistema nervioso. Incluso las personas mayores también pueden adquirir estas comorbilidades más temprano en la vida en relación con los pacientes seronegativas. Se dice que un PPVS de 50 años es funcionalmente equivalente a un individuo seronegativo de 68 años de edad, es decir 18 años en desventaja ⁽⁶⁾.

3. Calidad de vida

Calidad de vida según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como “La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.”⁽⁷⁾

Los avances en la terapia farmacológica y el uso de TAR han ampliado drásticamente la esperanza de vida de los pacientes con infección por VIH; sin embargo, la adherencia a la terapia antirretroviral efectiva también es necesaria para retrasar la progresión de la enfermedad. La calidad de vida para pacientes que viven con la enfermedad del VIH se ha vuelto cada vez más importante, con los objetivos de la terapia ahora incluyendo la mejora de la calidad de vida además de la reducción de los síntomas, supresión del virus, y extensión de la supervivencia. Sin embargo, los efectos adversos de las terapias antirretrovirales potentes pueden empeorar la calidad de vida. Además, los síntomas asociados con la infección por VIH y los efectos secundarios de los medicamentos (náuseas, ansiedad, confusión, problemas de visión, disfunción sexual, anorexia, insomnio, perversión del gusto y distribución anormal de grasa / lipodistrofia) pueden disminuir la adherencia a la medicación, además de disminuir la funcionalidad del individuo ⁽⁸⁾.

Los problemas médicos asociados con la infección por VIH también afectan negativamente la calidad de vida. La malnutrición, que puede preceder a la deficiencia inmunológica, se correlaciona con una disminución del rendimiento funcional, con malnutrición progresiva fuertemente asociada con el riesgo de muerte. La diarrea crónica afecta hasta al 50% de las personas infectadas por el VIH y puede provocar un deterioro significativo de la actividad social, las actividades de la vida diaria, la energía y la salud en general. La anemia, que se produce en casi la mitad de los pacientes infectados por el VIH, es una causa común de fatiga. Previsiblemente, la anemia y la fatiga demuestran una fuerte

correlación negativa con la calidad de vida. Similar a la anemia y la fatiga, el dolor contribuye a una morbilidad significativa en el VIH / SIDA.

La lipodistrofia, la disfunción sexual y las alteraciones del sueño, como resultado de la enfermedad y el tratamiento, son comunes en los pacientes infectados por el VIH y pueden tener ramificaciones físicas y emocionales. El síndrome de lipodistrofia consiste en anomalías metabólicas y redistribución de la grasa corporal en pacientes infectados con VIH. Este último típicamente incluye la pérdida de tejido adiposo subcutáneo (lipoatrofia) y la acumulación de tejido adiposo visceral (lipohipertrofia), lo que resulta en una apariencia similar a la observada en un síndrome de desgaste. Esto puede limitar las actividades físicas y sociales, disminuir la autoestima y llevar a la depresión. Según los informes, la disfunción sexual afecta a más del 50% de los hombres homosexuales sintomáticos del VIH y, como es lógico, afecta negativamente a la calidad de vida. Curiosamente, la disfunción sexual puede tener una causa psicógena dos veces más frecuente que una causa orgánica en esta población. Los trastornos del sueño que se reportan con frecuencia en personas que viven con la infección por VIH incluyen dificultad para conciliar el sueño y permanecer dormidos, y pueden ser causados por factores psicológicos (ansiedad y depresión) y por síntomas físicos (dolor, diarrea, fiebre, sudores nocturnos y tos)⁽⁸⁾.

Además, los factores psicosociales, sociodemográficos y psicológicos pueden afectar la calidad de vida en pacientes infectados por el VIH. El diagnóstico de infección por VIH, en sí mismo, puede tener ramificaciones perjudiciales, que incluyen la interrupción del trabajo, limitaciones en la actividad social y dependencia de otros. El apoyo social limitado y las habilidades de afrontamiento pobres también pueden afectar negativamente la calidad de vida. Los factores sociodemográficos, como la edad avanzada, el sexo femenino, el desempleo y los bajos ingresos, se han asociado con una pobre calidad de vida. El apoyo social limitado, el desempleo, el bajo recuento de células CD4 + y los síntomas relacionados con el VIH están asociados a la depresión en personas que viven la infección. Curiosamente, el grado de limitaciones físicas parece predecir la

depresión mejor que la severidad de la enfermedad. Otros factores estresantes asociados con la infección por el VIH incluyen la revelación, la toma de decisiones con respecto a cuestiones de privacidad, las negociaciones de sexo más seguro y el temor a la violencia (real o percibida) como resultado de la revelación del estado serológico ⁽⁸⁾

Rechazo y el miedo a ser rechazados, estos son unos de los mayores temores por parte de las personas que padecen enfermedad. Comenzando con que por el simple hecho de ser mujeres con VIH pueden ser tachadas de prostitutas, drogadictas o bien promiscuas ⁽²⁾.

Se debe tomar en cuenta incluso la importancia del impacto económico que puede causar el VIH en las personas, puesto que en un estudio en India en el 2013 se miró que este afectaba principalmente a los pacientes que se encuentran entre el rango de edad con mayor impacto económico, o el periodo de mayor productividad, que va de los 19-39 años, alterando además el núcleo familiar, puesto que la mayoría de estas mujeres eran viudas, perdiendo esposos durante los primeros años del matrimonio por la misma causa, y a una edad temprana.

Por otro lado los niños que se encuentran en estos hogares alterados por encontrarse privados del cuidado parental se vuelven emocionalmente perturbado, así con en niños de madres infectadas por el VIH, las madres tuvieron puntuaciones significativamente más altas en comportamientos depresivos, y socialmente retraídos, disminuyendo de manera global su competencia social. Cabe mencionar además que las madres de estos niños refirieron sentirse incapaces de brindar el cuidado adecuado, afecto y cariño a estos niños por temor a contagiarlos.

Se ha demostrado que en los países en vías de desarrollo como el nuestro, las costumbres sociales, y los estigmas machistas de la sociedad aceptan los comportamientos sexuales riesgosos, tales como las múltiples parejas sexuales en los hombres, siendo esto un factor de riesgo para el contagio hacia las mujeres

por el miedo a poder negociar con sus parejas métodos de planificación familiar, o prácticas sexuales saludables.

Incluso los mismos pacientes ya sean hombres o mujeres poseen un estigma interno propio, puesto que poseen una imagen negativa de su propio ser. Es por eso que en búsqueda del bienestar personal aquellos mensajes basados en el miedo y las actitudes sociales sesgadas deberían ser confrontados.

En el 2009 se realizó un estudio con 347 pacientes el cual le daban seguimiento a la calidad de vida antes y después al diagnóstico de VIH. Asombrosamente, 1/3 de los pacientes presentaron mejor calidad de vida posterior al diagnóstico, pues refieren haber dejado de usar drogas intravenosas, encontrando así mayor sentido a la vida, y al ser ⁽⁹⁾.

Desde edades tempranas la calidad de vida del PPVS puede verse influida, puesto que los eventos estresantes de la vida se asociaron con adherencia deficiente en niños con infección por VIH. Uno o más eventos negativos de la vida se han asociado con disminución en la calidad de vida, especialmente en la percepción de la salud. ⁽¹⁰⁾.

El estrés generalizado se ha asociado con la progresión de la enfermedad, relacionándose además con otros resultados negativos en la salud.

Un estudio realizado en Canadá, Ontario, que involucro a más de 700 pacientes encontró que una gran proporción de los participantes informaron haber experimentado factores estresantes en sus vidas y que tener un mayor número de factores estresantes se asoció con menor calidad de vida relacionada con la salud física y mental.

Esto sugiere que los programas de consejería podrían tener un efecto positivo y significativo en la salud al reducir la dependencia de estrategias de afrontamiento

desadaptativas al tiempo que se promueve el uso de habilidades adaptativas de afrontamiento.

Si bien la edad se asoció negativamente con la salud física, se asoció positivamente con la salud mental. Investigaciones anteriores han demostrado que con el envejecimiento, las personas con VIH corren un mayor riesgo de sufrir diversos trastornos neurocognitivos, hormonales y metabólicos y experimentar una peor salud física que las personas más jóvenes.

Las personas mayores pueden haber tenido más tiempo para adaptarse a los desafíos del control del VIH. Pueden tener una percepción diferente de la enfermedad porque se encuentran en una etapa diferente de la vida o pueden haber tenido más tiempo para establecer redes de apoyo o bien búsqueda de programas de cuidado, todo lo cual puede ayudar a mejorar la salud mental.

Existen varios cuestionarios para lograr determinar la calidad de vida en los pacientes con VIH, sin embargo a continuación, realizaremos una descripción del utilizado en esta investigación.

EL WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) es una evaluación de la calidad de vida desarrollada por el Grupo WHOQOL con quince centros de campo internacionales, simultáneamente, en un intento de desarrollar una evaluación de la calidad de vida que se aplique de forma intercultural. En nuestro estudio, utilizamos la versión resumida de este, **EL WHOQOL-BREF**. Este cuestionario puede ser autoadministrado en aquellos pacientes que poseen capacidad suficiente de lectura, sin embargo en caso contrario esta puede ser asistida por el investigador, se encuentra disponible en 19 lenguajes Para lograr contestar este cuestionario se deben tomar en cuenta a las últimas 2 semanas vividas. El cuestionario nos ayuda a entender con mayor juicio las áreas que se encuentran principalmente afectadas en esta enfermedad, y así lograr tomar decisiones con respecto al tratamiento ⁽⁷⁾.

Este instrumento está conformado por 26 preguntas, agrupadas en 4 áreas principales de investigación: el dominio físico, el dominio psicológico, el dominio social, y el dominio del entorno, se realizara una descripción de cada uno de estos para lograr identificar los principales problemas en los cuales pretendemos incidir (7).

A. Dominio físico

- i. Dolor y discomfort
- ii. Energía y fatiga
- iii. Sueño y descanso

B. Psicológico

- i. *Pensamientos positivos*: Esta faceta examina cuánto una persona experimenta sentimientos positivos de satisfacción, equilibrio, paz, felicidad, esperanza, alegría y disfrute de las cosas buenas de la vida. La visión de una persona y sus sentimientos sobre el futuro se consideran una parte importante de esta faceta.
- ii. *Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración*: Esta faceta explora la visión que una persona tiene de su pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración y capacidad para tomar decisiones.
- iii. *Autoestima*: Esta faceta examina cómo las personas se sienten sobre sí mismas. Se explora el sentido de valía de uno mismo. También se incluye el aspecto del autoestima relacionado con el sentimiento de autoeficacia, la satisfacción con uno mismo y también se toma en cuenta el control.
- iv. *Imagen corporal y apariencia*: Esta faceta examina la visión de una persona de su cuerpo, es decir que se incluye si la percepción del cuerpo se ve de manera positiva o negativa. La forma en que los demás responden a la actitud de una persona probablemente afecte la imagen corporal de la persona de manera muy considerable. Por

otro lado, las preguntas están redactadas para poder incluir a una persona que está contenta con su aspecto y a una persona que está gravemente impedida físicamente.

- v. *Sentimientos negativos*: Esta faceta se refiere a cuánto una persona experimenta sentimientos negativos, incluyendo desaliento, culpa, tristeza, llanto, desesperación, nerviosismo, ansiedad y falta de placer en la vida. Las preguntas se enmarcan para incluir a personas con dificultades psicológicas bastante discapacitantes, como depresión severa, manía o ataques de pánico ⁽⁷⁾.

C. Relaciones Sociales:

- i. *Relaciones Personales*: Esta faceta exalta la medida en que las personas sienten la compañía, el amor y el apoyo que desean de las relaciones íntimas en sus vidas. Esta faceta también aborda el compromiso y la experiencia actual de cuidar y proporcionar a otras personas.

Esta faceta incluye la capacidad y la oportunidad de amar, ser amado e intimarse con los demás, tanto emocional como físicamente. Se aborda todos los tipos de relaciones amorosas, como amistades cercanas, matrimonio y relaciones tanto heterosexuales como homosexuales.

- ii. *Apoyo social*: Esta faceta examina cuánto siente una persona el compromiso, la aprobación y la disponibilidad de asistencia práctica de familiares y amigos. Se centra en cuánto siente la persona que tiene el apoyo de familiares y amigos, en particular en qué medida puede depender de este apoyo en caso de crisis.

El papel potencialmente negativo de la familia y los amigos en la vida de una persona se incluye en esta faceta y las preguntas se enmarcan para permitir que se registren los efectos negativos de familiares y amigos, como el abuso verbal y físico.

iii. Actividad sexual: esta faceta se relaciona con la necesidad y el deseo de una persona de tener relaciones sexuales, y la medida en que la persona puede expresar y disfrutar su deseo sexual de manera apropiada ⁽⁷⁾.

D. Ambiente

- i. *Seguridad física:* Esta faceta examina la sensación de seguridad y protección de la persona frente a daños físicos. Las preguntas incluyen un sentido de cuánto piensa la persona que hay recursos que protegen o pueden proteger su sentido de la seguridad. Las preguntas se centran en la sensación de seguridad / inseguridad de una persona, y en la medida que afectan la calidad de vida.
- ii. *Ambiente en el hogar:* Esta faceta examina principalmente el lugar donde vive la persona, y la forma en que esto impacta en la vida de la persona. La calidad del hogar se evaluaría sobre la base de ser cómodo, así como brindar a la persona un lugar seguro para residir.
- iii. *Recursos financieros:* La faceta explora la visión de la persona sobre cómo sus recursos financieros y la medida en que estos recursos satisfacen las necesidades o un estilo de vida saludable y cómodo. La atención se centra en lo que la persona puede o no puede permitirse, lo que podría afectar la calidad de vida. Las preguntas incluyen un sentido de la dependencia / independencia dado por los recursos financieros de la persona, y la sensación de tener suficiente.
- iv. *Salud y asistencia social: disponibilidad y calidad:* La faceta examina la visión de la persona de la salud y la asistencia social en las cercanías. cerca se refiere el tiempo que toma obtener ayuda. Las preguntas incluyen cómo la persona ve la disponibilidad de los servicios sociales y de salud, así como la calidad y la integridad de la atención que recibe o espera recibir en caso de que se requieran estos servicios. Las preguntas incluyen qué

tan fácil / difícil es llegar a los servicios locales de salud y sociales, y traer amigos y familiares a estas instalaciones.

- v. *Oportunidades para adquirir nuevas habilidades de información:* Esta faceta examina la oportunidad de una persona y el deseo de aprender nuevas habilidades de adquirir nuevos conocimientos y sentirse en contacto con lo que está sucediendo. Incluye estar en contacto y tener noticias de lo que está sucediendo, lo que para algunos es amplio, y para otros es más limitado ⁽⁷⁾.

La atención se centra en las posibilidades de una persona de satisfacer la necesidad de información y conocimiento, ya sea que se refiera al conocimiento en el sentido educativo o a noticias locales, nacionales o internacionales que tengan alguna relevancia para la calidad de vida de la persona. Se supone que las preguntas serán interpretadas por los encuestados de manera que sean significativas y relevantes para su posición en la vida ⁽⁷⁾.

- vi. *Transporte:* Esta faceta examina la opinión de las personas sobre cuán disponible o fácil es encontrar y usar los servicios de transporte para moverse. La atención se centra en cómo el transporte disponible permite a la persona realizar las tareas necesarias de la vida diaria, así como la libertad de realizar las actividades elegidas ⁽⁷⁾.

4. Tratamiento

Como ya lo hemos dicho El tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) ha prolongado la supervivencia y ha inducido grandes efectos en los pacientes con infección por el VIH, observándose en los últimos años un cambio en el espectro de sus manifestaciones. Es decir hasta qué punto buscamos el tratamiento ideal? Pues debemos tomar en cuenta que si bien esta terapia ha permitido prolongar la esperanza de vida en los PPVS también estos conllevan a un sin número de

reacciones adversas. A partir del espectro de enfermedades que ocasionan los ingresos se puede deducir la tendencia de la historia natural de la infección. A continuación haremos una pequeña descripción de la terapia utilizada en nuestro centro y las reacciones adversas más comunes.

- **Lamivudina** (3TC) Pertenece a una clase llamados inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de los nucleósidos [ITIN].

Al comenzar a tomar TAR, puede padecer efectos secundarios por un tiempo, como por ejemplo dolores de cabeza, alta presión, o una sensación de malestar general. Estos efectos secundarios generalmente mejoran o desaparecen con el tiempo. Los efectos secundarios más comunes de lamivudina son náuseas, vómitos, fatiga y dolores de cabeza. A algunas personas les produce insomnio. En raras ocasiones puede provocar pérdida del cabello. Dentro de los efectos más importantes se encuentran acidosis láctica, trastornos hepáticos graves y pancreatitis.

La dosis normal de lamivudina es de 300 mg, ya sea una tableta diaria de 300 mg ó 2 tabletas de 150 mg (1 tableta dos veces por día). Las personas que pesan menos de 50 kilogramos (110 libras) deben reducir la dosis.

Tambien puede presentarse el síndrome inflamatorio de reconstitución inmunitaria (SIRI), una afección que ocurre a veces cuando el sistema inmunitario comienza a recuperarse después del tratamiento con un medicamento contra el VIH.

- **Tenofovir:** (TDF) También pertenece al grupo de los ITIN. Puede conllevar a insuficiencia renal aguda, o empeoramiento de los existentes. Osteopenia que hasta puede ocasionar fracturas, razón por la cual se deben dar suplementos de calcio. También alteración en la distribución grasa y SIRI.

Se han reportado trastornos autoinmunes (tales como la enfermedad de Graves, la polimiositis, y el síndrome de Guillain-Barré). se encuentra

además acidosis láctica, trastornos hepáticos graves y pancreatitis. La dosis normal de tenofovir es de 300mg 1 vez al día.

- **Emtricitabina:** (FTC) pertenece a los ITIN. Al comenzar a tomar ARVs, puede padecer efectos secundarios por un tiempo, como por ejemplo dolor de cabeza, hipertensión arterial, o una sensación de malestar general. Los efectos secundarios más comunes de emtricitabina son dolor de cabeza, diarrea, náuseas y erupciones en la piel. Los niveles de ácido láctico en la sangre aumentan en las personas que toman nucleósidos análogos. También puede provocar problemas hepáticos como esteatosis hepática. En raras ocasiones, se han observado cambios limitados en la coloración de la piel. La dosis normal es de 200mg po diario.

Se han notificado casos de osteonecrosis, especialmente en pacientes con infección avanzada por VIH y/o exposición prolongada al tratamiento antirretroviral combinado, aunque se considera que la etiología es multifactorial (incluyendo uso de corticosteroides, consumo de alcohol, inmunodepresión grave, índice de masa corporal elevado).

- **Efavirenz:** inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo a los nucleósidos (ITRNN). el efavirenz se suele emplear como una de las primeras opciones para el tratamiento con antirretrovirales, con preferencia sobre los inhibidores de proteasa. La dosis habitual para adultos es de 600 mg, se recomienda que antes de ir a dormir, debido a que el medicamento puede causar mareos y provocar la pérdida de concentración. Dicho medicamento tiene capacidad de penetrar en el SNC razón por la cual las RAM más frecuentes son dificultad para la concentración, disforia, sueños vívidos o inquietantes e insomnio. Los efectos colaterales suelen aminorar en la medida que el organismo se adapte al medicamento.

La falta de adherencia al TARAA representa un riesgo de falla virológica 5 veces mayor en relación a los que son adherentes. La principal causa de falla virológica y de resistencia es la falta de adherencia al tratamiento.

5. **Enfermedades Oportunistas**

- **Enfermedades del Aparato Respiratorio:**

La enfermedad pulmonar es una de las complicaciones más habituales de la infección por el VIH, su manifestación más frecuente es la neumonía. Las dos causas más comunes de la neumonía son las infecciones bacterianas y las infecciones por hongo.

La neumonía se observa cada vez más en los pacientes con VIH, los cuales parecen especialmente sensibles a las infecciones por microorganismos encapsulados: *S.pneumoniae* y *H. Influenzae* principalmente de causas bacterianas. Esto puede ser secundario a la alteración de la función de las células B, de un defecto en la función de los neutrófilos o de ambos ⁽¹¹⁾.

La infección por *s. pneumonia* puede ser una de las infecciones graves más precoces, y presentarse en forma de neumonía, sinusitis, bacteriemia o combinación de las anteriores. Los pacientes que conviven con VIH tiene una incidencia de neumonía 6 veces superior y una incidencia de bacteriemia por neumococos 100 veces superior que a las personas por lo demás sanas. La enfermedad pneumococica puede observarse en pacientes con sistemas inmunitarios relativamente intactos. En un estudio se demostró que al momento del primer episodio de la infección con neumonía era aproximadamente de 400 /mcrL. Merece la pena destacar que la respuesta inflamatoria a la infección por neumococo parece proporcional al recuento de LT CD4 ⁽¹¹⁾.

La incidencia de neumonía por *Pneumocystis* antiguamente el sello del SIDA, ha disminuido de forma espectacular gracias al desarrollo de profilaxis y a la extensa utilización de los tratamientos antiretrovíricos combinados; sin embargo se puede relacionar en un 25% como el agente con mayor probabilidad de ser el causante de neumonía en pacientes con VIH, presentándose comúnmente en aquellos pacientes con un bajo recuento de CD4, normalmente por debajo de 200 mcL, es la razón por la cual a partir de 200mcL se deben tomar profilaxis (trimetoprim/sulfametoxazol- TMP SML). El hallazgo clásico en la radiografía de tórax es una placa normal, si la enfermedad se ha sospechado precozmente o un infiltrado intersticial bilateral tenue. El signo clásico del infiltrado perihiliar denso es infrecuente en los pacientes con SIDA ⁽¹¹⁾.

La co-infección TB/VIH manifestada ya sea como infección latente o enfermedad es un problema de salud pública a nivel mundial. La tuberculosis es la causa de muerte más frecuente entre las personas con VIH, una de cada tres personas con VIH avanzado en el mundo fallecen por esta causa.

El impacto de la co-infección VIH y tuberculosis es bidireccional. La tuberculosis al aumentar la carga viral acelera la progresión de la infección por VIH. Igualmente, la infección por VIH al conducir a la declinación de linfocitos CD4, que son de crucial importancia en iniciar y mantener la respuesta inmune, afecta la presentación clínica y evolución de la tuberculosis.

En el 2013 se realizó un estudio de la situación inmunológica y virológica de los pacientes con VIH/SIDA en terapia antirretroviral altamente activa en el hospital “Antonio Lenin Fonseca” de enero 2009 a enero 2014. Siendo el fracaso virológico la incapacidad de lograr o mantener la supresión de la replicación viral a un nivel de ARN del VIH < 200 copias /mL a las 24 semanas de inicio de TARA. Se estudiaron 120 pacientes, obteniendo 76 pacientes valorables en los cuales la falla

virológica se encontró en 31.6% de los pacientes, y el control virológico en 68.4%. La reconstitución Inmune se encontró en un 67.6% ⁽¹⁴⁾.

Las personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) tiene 29 veces (26-31) más probabilidades de enfermar de tuberculosis (TB). De los 9,4 millones de casos incidentes de TB en 2009, la Organización Mundial de la Salud estimó que cerca de 1,0 a 1,2 millones (11 a 13%) estaban infectados por el VIH, con un aproximado real de 1,1 millones (12%). También, se reportaron 1,3 millones de muertes entre los casos nuevos de TB negativos para VIH y 0,4 millones entre los infectados por VIH. Según datos de la OMS, el 9% de los nuevos diagnósticos de TB se producen en personas con infección por el VIH ⁽¹²⁾.

La infección por VIH al conducir a la declinación de linfocitos CD4, que son de crucial importancia en iniciar y mantener la respuesta inmune, afecta la presentación clínica y evolución de la tuberculosis, de tal forma que:

- Promueve la progresión a enfermedad de personas infectadas con TB. El riesgo de progresión de infección por TB a enfermedad es de 5% en personas sin VIH, en los primeros 2 años y de menos de 5% en el resto de la vida. En personas con VIH el riesgo es de 3 a 13% por año, incrementándose por encima el 30% para el resto de la vida.
- Aumenta la tasa de recurrencia por TB.
- Al haber más casos TB/VIH aumenta el riesgo de transmisión de TB en la comunidad.
- Aumenta la mortalidad.
- Incrementa las demandas al sistema de salud.

- Favorece formas de TB extrapulmonar y falsas BK negativa.

La TB también condiciona alteraciones inmunológicas debilitando la respuesta del organismo al VIH, desarrollándose un sinergismo fatal. La TB aumenta la replicación del VIH por un factor de 160, aumentando la carga viral (0,2 logaritmos) y disminuye el recuento de LT CD4, lo que condiciona el aumento de la velocidad a la progresión de SIDA. El tratamiento de la TB se acompaña de incremento de los LT CD4, que se relaciona al síndrome de reconstitución inmune que se ve en pacientes con y sin VIH. En general, la localización pulmonar es más frecuente en los pacientes con cifras elevadas de LT CD4 y se aprecia un mayor número de localizaciones extra-pulmonares y de tuberculosis diseminadas en los casos con cifras menores LT CD4 ⁽¹²⁾.

El compromiso pulmonar en personas con LT CD4 mayores de 200 son similares a los pacientes VIH negativos, encontrándose infiltrados en los lóbulos superiores y cavernas; en cambio en los pacientes con bajo recuento de LT CD4, es frecuente encontrar placas de rayos x sin lesiones aparentes, con adenomegalias mediastinales (mediastino ancho) y compromiso intersticial que puede asemejar PCP. La tuberculosis ganglionar es la segunda localización más frecuente después de la pulmonar. Los ganglios más afectados son los latero cervicales axilares y mediastínicos. Las adenopatías accesibles son inicialmente duras y dolorosas y posteriormente sufren un reblandecimiento y fistulización (escrófula).

Con lo que respecta al diagnóstico, en los pacientes con VIH/Sida el cultivo del esputo se recomienda de rutina porque aumenta el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar particularmente en los pacientes con enfermedad avanzada puesto que a como sabemos estos pacientes suelen ser poco bacilíferos. En países industrializados se ha aprobado los IGRAs solo para detectar TB latente en población adulta inmuno-competente y no para pacientes con VIH y niños.

La mortalidad entre los pacientes de TB que son VIH-positivos es considerablemente más elevada que entre los pacientes de TB que son VIH negativos. El riesgo de muerte es más alto si la TB asociada al VIH se detecta tarde o si el tratamiento se retrasa ⁽¹²⁾.

La OMS recomienda la administración temprana del TAR, esto es, cuando el recuento de CD4 sea inferior a 500 por milímetro cúbico en adultos y adolescentes, ya que de esta forma se reduce el riesgo de TB incidente en personas con VIH. También se recomienda administrar TAR a todos los pacientes tuberculosos VIH-positivos, independientemente de los niveles de CD4.

- ***Toxoplasmosis:***

Esta ha sido una de las causas más frecuentes de infecciones secundarias de SNC en los pacientes con SIDA. La toxoplasmosis suele ser una complicación tardía de las infecciones por el VIH y aparece en aquellos pacientes que tienen recuento de linfocitos T CD4 inferior a 200 mcL. Se cree que la toxoplasmosis cerebral representa un síndrome de reactivación. La presentación clínica más frecuente en los pacientes con infección de VIH consiste fiebre, cefalea y defectos neurológicos focales, dichos defectos pueden ser convulsiones, hemiparesia o afasia. Sin embargo, en algunas otras ocasiones puede presentar un cuadro más florido secundario al edema cerebral que esto puede causar, caracterizándose por confusión, cefalea, demencia y letargo que puede progresar al coma ⁽¹¹⁾.

En este tipo de pacientes son comunes las recaídas, y se recomienda que las pacientes con antecedentes de encefalitis toxoplásmica reciban tratamiento de sostén, en tanto sus recuentos de células T CD4 se encuentran por debajo de 200 células/mcL. Los enfermos con recuentos de células T CD4 inferiores a 100 mcL y anticuerpos IgG contra toxoplasmosis deben recibir una profilaxis primaria contra toxoplasmosis. Afortunadamente el mismo régimen de TMP-SML con un comprimido diario de doble potencia se utiliza para la profilaxis primaria contra la toxoplasmosis ⁽¹¹⁾.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

1. **Tipo de estudio:** Cualicuantitativo, descriptivo, de corto transversal.
2. **Población de estudio:** Representado por los pacientes pertenecientes al programa de VIH del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños y del Hospital Antonio Lenin Fonseca en Managua, entre 1 de Enero al 31 de Diciembre del 2017.
3. **Universo del estudio:** 500 pacientes del programa del Hospital Lenin Fonseca, se estudió 15% (27 pacientes) y 80 pacientes del programa del Hospital Militar, se estudió al 15% (24).
4. **Muestra:** 24 pacientes que pertenecen al programa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños y 27 pacientes pertenecientes al programa de VIH del Hospital Antonio Lenin Fonseca.
5. **Área del estudio:**
 - Área de medicina preventiva y consulta externa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños.
 - Área de consulta externa de Infectología del Hospital Antonio Lenin Fonseca.

6. Criterios de inclusión.

- a) Pacientes que pertenecen al programa de VIH
- b) Pacientes que aceptaron la realización de entrevista a través de la firma del consentimiento informado.
- c) Pacientes que aceptaron la realización de cuestionario WHOQOL

7. Criterios de no inclusión.

- a) Pacientes menores de 18 años.
- b) Pacientes que no completaron su cuestionario o que no logren la comprensión de los ítems.
- c) Pacientes fallecidos durante el periodo en estudio.
- d) Pacientes inasistentes del programa.

8. Técnica de obtención de la información. Se obtuvo mediante la revisión de los expedientes clínicos, sistema de vigilancia epidemiológica nacional, y sistema Fleming del Hospital Militar y del Hospital Antonio Lenin Fonseca de los pacientes que cumplían los criterios para este estudio.

9. Fuente de información.

Primaria: Se realizó entrevista para la recolección de características sociodemográficas y patológicos.

Secundaria: Se hizo uso de los expedientes disponibles en el área de vigilancia epidemiológica del hospital, de esta manera se obtuvo información acerca de la adherencia al tratamiento y el último control de exámenes de laboratorio.

10. Unidad de análisis. Se utilizaron los expedientes clínicos del departamento de archivo y estadística de ambos centros hospitalarios.

11. Variables del estudio.

- a) Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.
 - Edad
 - Sexo
 - Ocupación
 - Estado Civil
 - Religión

- b) Evaluar las conductas sexuales de riesgo de la población en estudio.
 - Inicio de la vida sexual activa (IVSA)
 - Número de parejas sexuales
 - Uso de condón en los últimos dos encuentros sexuales

- c) Identificar el modo de transmisión del VIH de la población en estudio.
 - Modo de transmisión

- d) Describir las principales comorbilidades en los pacientes VIH del estudio
 - Comorbilidades

- e) Evaluar la percepción de los pacientes sobre la salud física, emocional, social, y el entorno.
 - Cuestionario WHOQOL-BREF
 - Calidad de vida en general.
 - ¿Cuán satisfecho está con su salud?

Ver Anexo No1. (pg 62) Para Operacionalización de variables

12. Instrumentos de la obtención de la información.

Se realizó un estudio piloto los 2 primeros meses del estudio con los pacientes del Hospital Militar, el cual nos permitió adjuntarle al cuestionario de la OMS información necesaria para completar el estudio tales como hospitalizaciones, infecciones oportunistas que presentaban con mayor frecuencia, el tipo de fármaco con el que son tratados y si se han realizado evaluaciones por las otras especialidades, tales como nutrición o psicología.

Se realizó una entrevista en donde se tomaron en cuenta los siguientes datos:

- Edad
- Ocupación
- Religión
- Estado Civil
- Número de parejas sexuales
- Edad de inicio de la vida sexual
- Preferencias sexuales

Se utilizó el cuestionario WHOQOL-BREF previamente validado por la OMS en el cual se abordan 4 dominios principales:

- Dominio Físico
- Dominio Psicológico
- Dominio Social
- Dominio del Entorno

Cabe mencionar que mientras más alto sea el puntaje que obtienen, mejor será la calidad de vida en cada dominio teniendo puntuaciones desde 20-100.

13. Procesamiento y Análisis.

La información fue procesada electrónicamente en el programa Word del paquete Office 2010, redactado en letra Arial tamaño 12, con un espacio interlineado de 1.5, con un formato de página tipo carta con márgenes superior 3 cm, inferior de 2.5cm, derecho 2.5 cm e izquierdo 3.5 cm y se realizará un análisis descriptivo de todas las variables. Los resultados son expresados en tablas, y también hicimos uso de porcentajes. De las 13 variables se usaron tablas de Word y gráficos realizados en Excel. Nuestra tabulación de datos se hará en el programa estadístico SPSS Statistics, versión 23.0.

14. Aspectos Éticos

- El autor de este trabajo no divulgará la información obtenida de este estudio, sin el consentimiento de los participantes de ambos hospitales, por disposición de la Ley No.820 en su tercer artículo, inciso e.
- Ni el autor ni el tutor de este documento divulgará información sin mutuo acuerdo.

VIII. RESULTADOS

En cuanto a la edad de los pacientes incluidos en este estudio se dividió la muestra en 5 grupos etáreos, en ambos grupos de estudio no se encontró ningún paciente en el rango de 14-20. En el Hospital Militar en el rango 21-26 4 pacientes correspondientes al (16.7%), En cambio en el Hospital Lenin Fonseca también se encontraron 4 pacientes que corresponden al 14.8%. En el Hospital Militar en el rango de 27-35 años 8 pacientes (33.3%), en cambio en el Hospital Lenin Fonseca se encontraron 7 pacientes correspondientes al 25.9%. En el Hospital Militar en el rango de 36-45 años 6 pacientes (25%), en cambio en el Hospital Lenin Fonseca se encontraron 8 pacientes, correspondientes al 29.6%. En el rango mayor de 45 años de edad, correspondientes al Hospital Militar encontramos 6 pacientes (25%), en cambio en el Hospital Lenin Fonseca 8 pacientes que corresponden al 29.6% (**Ver Anexo 5 y 15 - Grafico 1**)

En cuanto al sexo de los pacientes incluidos en el estudio tenemos dos categorías masculino y femenino, en donde encontramos que en el grupo del Hospital Militar habían 17 pacientes que corresponden al sexo masculino correspondiendo al 70.8%, en cambio en el Hospital Lenin Fonseca habían 15 pacientes que corresponden al 55.6%. Con lo que respecta a sexo femenino encontramos 7 pacientes en el grupo del Hospital Militar que corresponde al 29.2%, en cambio en el Hospital Lenin Fonseca eran 12 pacientes correspondientes al 44.4%. (**Ver Anexo 5 y 15 – Grafico 2**)

En cuanto al estado civil de los pacientes incluidos en el estudio se dividió la muestra en 4 categorías. Con lo que respecta a los pacientes encontrados en el grupo del Hospital Militar se encontraron 12 pacientes en la categoría de soltero que corresponde al 50%, en cambio en el Hospital Lenin Fonseca eran 15 pacientes que corresponden al 55.6%. En la categoría de casado habían 5 pacientes en el grupo del Hospital Militar que corresponden al 20.8%, en cambio en el Hospital Lenin Fonseca habían 2 pacientes que corresponde al 7.4%. En la categoría de

unión de hecho estable encontramos 7 pacientes incluidos en el grupo del Hospital Militar que corresponden al 29.2%, en cambio en el Hospital Lenin Fonseca eran 8 pacientes que corresponden al 29.6%. En la categoría de viudo no se encontró ningún paciente en el grupo del Hospital Militar, sin embargo en el Hospital Lenin Fonseca habían 2 pacientes que corresponden al 7.4%. **(Ver Anexo 5 y 15 – Grafico 3)**

En cuanto a la ocupación dividimos a la población de estudio en 6 categorías. No logramos incluir ningún pacientes del Hospital Militar en la categoría de profesional, sin embargo, en el grupo del Hospital Lenin Fonseca habían 2 pacientes que corresponden al 7.4%. En la categoría de profesional En la categoría de ama de casa encontramos a 4 pacientes en el grupo del Hospital Militar que corresponde al 16.7%, en cambio en el Hospital Lenin Fonseca eran 5 pacientes que corresponden al 18.5%. En la categoría de obrero habían 8 pacientes en el Hospital Militar que corresponden al 33.3%, en cambio en el Hospital Lenin Fonseca eran 16 pacientes que corresponden al 59.3%. En la categoría de estudiante habían 5 pacientes en el grupo del Hospital Militar que corresponden al 20.8%, en cambio no se encontró algún pacientes del Hospital Lenin Fonseca en esta categoría. Con lo que respecta a la categoría de desempleado se encontró 1 pacientes en el grupo del Hospital Militar, en cambio en el Hospital Lenin Fonseca habían 2 pacientes que correspondían al 7.4%. En la categoría de pensionado encontramos a 2 pacientes en el grupo del Hospital Militar que corresponden al 8.3%, en cambio en el Hospital Lenin Fonseca hay 2 pacientes que corresponden al 7.4%. En la categoría de militares hay 4 pacientes en el Hospital Militar que corresponden al 16.7%, en cambio no había ningún paciente en esta categoría en el Hospital Lenin Fonseca. **(Ver Anexo 5 y 15 – Grafico 4)**

En cuanto a la religión dividimos a la población en estudio en 4 categorías. En la categoría de católico en el grupo del Hospital Militar encontramos a 7 pacientes que corresponden al 29.2%, en cambio en el Hospital Lenin Fonseca hay 8 pacientes que corresponden al 29.6%. En la categoría de cristiano hay 12

pacientes en el grupo del Hospital Militar, que corresponden al 50%, en el grupo del Hospital Lenin Fonseca también eran 12 pacientes correspondiendo al 44.4%. En la categoría de moraba habían 2 pacientes en el Hospital Militar correspondientes al 4.2%, en el Hospital Lenin Fonseca no encontramos ningún paciente en esta categoría. En la categoría de ninguna encontramos 4 pacientes en el grupo del Hospital Militar, que corresponde al 16.7%, en cambio en el Hospital Lenin Fonseca se incluyeron 7 pacientes que corresponde al 25.9%. **(Ver Anexo 5 y 16 – Grafico 5)**

En cuanto a las preferencias sexuales dividimos a la población en 3 categorías. En la categoría de Heterosexual encontramos a 17 pacientes en el Hospital Militar que corresponde al 70.8%, en cambio en el Hospital Lenin Fonseca se incluyeron 21 pacientes que corresponden al 77.8%. En la categoría de homosexual en el Hospital Militar se incluyeron 3 pacientes que corresponden al 12.5%, en cambio en el Hospital Lenin Fonseca eran 4 pacientes que corresponden al 14.8%. En la categoría de bisexual en el Hospital Militar encontramos 4 pacientes que corresponden al 16.7%, en cambio en el Hospital Lenin Fonseca habían 2 pacientes que corresponden al 7.4%. **(Ver Anexo 6 – Tabla 2 y Anexo 16 – Grafico 6)**

En cuanto al inicio de la vida sexual activa dividimos a la población en 5 grupos etéreos. Menor de 10, ningún paciente en el Hospital Militar, en cambio en el Hospital Lenin Fonseca se incluyó 1 paciente que corresponde al 3.7%. 10-14, 4 pacientes del Hospital Militar que corresponden al 16.7%, en cambio en el Hospital Lenin Fonseca 10 pacientes que corresponde al 37%. En el grupo de 15-19 eran 14 pacientes en el Hospital Militar que corresponden al 58.3%, en cambio en el hospital Lenin Fonseca 12 pacientes que corresponden al 44.4%. En el grupo de 20-15, 5 pacientes del Hospital Militar que corresponden al 20.8%, en cambio en el Hospital Lenin Fonseca 4 pacientes que corresponden al 14.8%. En el Hospital Militar en la categoría de no iniciada incluimos a 1 paciente que corresponde a 4.2%, mientras que en el Hospital Lenin Fonseca no había ningún paciente en esta categoría. **(Ver Anexo 6 – Tabla 3 y Anexo 17 – Grafico 7)**

En cuanto al uso de condón en los últimos 2 encuentros sexuales dividimos a la población en 2 grupos. En el Hospital Militar 20 pacientes si utilizaron condón, el cual corresponde al 83.3%, por otro lado, en el Hospital Lenin Fonseca 14 pacientes dijeron que si correspondiendo al 51.9%. En el Hospital Militar 4 pacientes no utilizaron condón el cual corresponde al 16.7%, en cambio en el Hospital Lenin Fonseca 13 pacientes que corresponde al 48.1%. **(Ver Anexo 7 – Tabla 4 y Anexo 17 – Grafico 8)**

En cuanto al número de parejas sexuales dividimos a la población en 5 grupos que poseen rangos de personales. El primer rango es de 0-5 parejas sexuales, en donde en el Hospital Militar se encontraron 9 pacientes (37.5%), en cambio en el Hospital Lenin Fonseca 16 pacientes que corresponde al 59.3%. En el Hospital Militar en el rango de 6-10 parejas sexuales, 5 (20.8%) en cambio en el Hospital Lenin Fonseca 5(18.5%). En el rango de 15-20 parejas sexuales 2 (8,3%), en el Hospital Lenin Fonseca 2 (7,4%). En el rango de más de 20 parejas sexuales 8 pacientes (33.3%), en cambio en el Hospital Lenin Fonseca 4 (14.8%). **(Ver Anexo 7 – Tabla 5 y Anexo 18 – Grafico 9)**

En cuanto al modo de transmisión de la enfermedad se dividió a la población en 4 grupos. En el primer grupo sexual se incluyeron 21 pacientes del Hospital Militar (87.5%), en el Hospital Lenin Fonseca los 27 pacientes que incluye el 100% de esta población. En el grupo de transfusiones 1 paciente que corresponde al 4,2%, en el grupo de desconocido 1 paciente el cual corresponde al 4,2. En el grupo de tatuajes 1 paciente que corresponde al 4,2%. **(Ver Anexo 8 – Tabla 6 y Anexo 18 - Grafico 10)**

En cuanto a las infecciones oportunistas se dividió a la población según las 3 patologías más comunes, encontrando que en el Hospital Militar 3 de los 24 pacientes presentaron neumonía, en cambio en el Hospital Lenin Fonseca fueron únicamente 2 pacientes. Con lo que respecta a TB 2 pacientes del Hospital Militar y 1 paciente del Hospital Lenin Fonseca. Toxoplasmosis, 2 pacientes Hospital

Militar y 2 pacientes del Hospital Lenin Fonseca, centrándose la gran mayoría sin infecciones oportunistas, 17 pacientes en el Hospital Militar, y 22 pacientes en el Hospital Lenin Fonseca. **(Ver Anexo 8 – Tabla 7 y Anexo 10 – Grafico 11).**

En cuanto al tratamiento Actual se dividió a la población según el tratamiento actual con el que se encontraban, esto incluye 8 categorías. En la primera categoría Tenofovir/ Efavirenz/Emtricitabina 1 tableta diario 17 pacientes (70.8%) en el Hospital Militar, en cambio en el Hospital Militar 20 pacientes (74.1%). Emtricitabina/ Tenofovir 1 tableta diario, 2 pacientes en el Hospital Militar (8.3%) y 0 en el Hospital Lenin Fonseca. Tenofovir/ Efavirenz 1 paciente en el Hospital Militar (4.2%) y 1 paciente en el Hospital Lenin Fonseca (3.7%). Atazonovir/ Emtricitabina 0 paciente en el Hospital Militar y 1 paciente en el Hospital Lenin Fonseca (3.7%). Lopinavir/Ritonavir 1 paciente en el Hospital Militar (4.2%), en el Hospital Lenin Fonseca 1 paciente (3.7%). Lamivudina/ Zidovudina , Atazonovir Hospital Militar 0 pacientes, y 1 paciente en el Hospital Lenin Fonseca (3.7%). Zidovudina 1 paciente en el Hospital Militar (4.2%) y 0 pacientes en el Hospital Lenin Fonseca. Efavirenz 0 pacientes en el Hospital Militar, y 1 paciente en el Hospital Lenin Fonseca (3.7%). Lamivudina/Zidovudina 0 pacientes en el Hospital Militar y 1 paciente en el Hospital Lenin Fonseca (3.7%). Habían pacientes sin ningún tratamiento, 2 pacientes en el Hospital Militar (8.3%) y 1 paciente en el Hospital Lenin Fonseca (3.7%) **(Ver Anexo 9 y 20)**

De manera general se utilizó el cuestionario para calidad de vida WHOQOL-BREF dividiendo los resultados por dominios, encontrando así además 2 preguntas independientes que califican a la calidad de vida.

En cuanto a la calidad de vida se dividieron las respuestas en 5 grupos, en donde la categoría de muy mala en el Hospital Militar 0 pacientes, en el Hospital Lenin Fonseca 1 pacientes (3.7%). En la categoría de un poco mala 3 pacientes del Hospital Militar (12.5%), en cambio en el Hospital Lenin Fonseca 5 pacientes (18.5%). En la categoría bastante bien en el Hospital Militar 7 pacientes que

corresponde 29.2%, en cambio en el Hospital Militar 5 pacientes que corresponde al 18.5%. En la categoría de muy bien en el Hospital Militar son 8 pacientes (33.3%) y del Hospital Lenin Fonseca 3 pacientes que corresponde al 11.1%. **(Ver Anexo 10,21 y 22)**

En cuanto a la pregunta ¿cuán satisfecho está con su salud? Se dividieron las respuestas en 5 categorías. En el Hospital Militar encontramos en la categoría de muy insatisfecho a 2 pacientes (8.3%) en cambio en el Hospital Lenin Fonseca 1 paciente (3.7%). En la categoría de insatisfecho se encontraron 0 pacientes en el Hospital Militar, en cambio en el Hospital Lenin Fonseca 5 pacientes (18.5%). En la categoría de normal 7 pacientes pertenecientes al Hospital Militar (29.2%), en el Hospital Lenin Fonseca 10 pacientes que corresponde a 37%. En la categoría de bastante satisfecho 9 pacientes en el Hospital Militar (37.5%), en cambio en el Hospital Lenin Fonseca 6 pacientes que corresponde al 22.2%. En la categoría de muy satisfecho 6 pacientes en el Hospital Militar que corresponde al 25% y 5 pacientes del Hospital Lenin Fonseca que corresponde al 18.5%. **(Ver Anexo 10 – Tabla 11 y Anexo 23 – Grafico 14)**

En cuanto al Dominio Físico se divide a la respuesta de la población según los puntos dados en el cuestionario en este dominio, dividiéndose en 5 categorías. En el rango de 1-20 puntos en el Hospital Militar y el Hospital Lenin Fonseca 0 pacientes. En el rango de 21-40 puntos 0 pacientes en ambos hospitales. En el rango de 41-60 puntos en el Hospital Militar (4.2%), en el Hospital Lenin Fonseca 2 pacientes (7.4%). En el rango de 61-80 puntos en el Hospital Militar 1 paciente que corresponde al 4.2% y en el Hospital Lenin Fonseca 1 paciente (3.7%). En el rango de 81-100 puntos 22 pacientes del Hospital Militar (91.7%) y 24 pacientes (88.9%). **(Ver Anexo 11 – Tabla 11 y Ver Anexo 23 – Grafico 15)**

En cuanto al dominio Psicológico se divide el puntaje en 5 rangos, en donde en el Hospital Militar y Hospital Lenin Fonseca en el rango 1-20 ningún paciente. En el rango 21-40 puntos ningún paciente en ambos hospitales. En el Hospital Militar en

el rango de 41-60 puntos 1 paciente (4.2%) y en el Hospital Lenin Fonseca 2 pacientes (7.4%). En el rango de 61-80 puntos 1 paciente del Hospital Militar (4.2%), en cambio en el Hospital Militar 1 paciente (3.7%). En el rango del 81-100 puntos se encontraban 22 pacientes pertenecientes al Hospital Militar (91.7%), en cambio en el Hospital Lenin Fonseca 24 pacientes (88.9%). **(Ver Anexo 12 – Tabla 12 y Anexo 24 – Grafico 16)**

En cuanto al dominio de las relaciones sociales las repuestas se dividieron según su puntaje dentro de 5 rangos. En el rango de 1-21 puntos del Hospital Militar 1 paciente (4.2%), en cambio en el Hospital Lenin Fonseca 1 paciente (3.7%). En el rango de 21-40 puntos 11 pacientes (45.8%), en cambio en el Hospital Lenin Fonseca 14 pacientes (51.9%). En el rango de 41-60 puntos 11 pacientes en el Hospital Militar (45.8%), en cambio en el Hospital Lenin Fonseca 12 pacientes (44.4%). En el rango de 61-80 puntos 1 paciente en el Hospital Militar (4.2%), en cambio en el Hospital Lenin Fonseca 0 pacientes. **(Ver Anexo 12 – Tabla 13 y Anexo 24 – Grafico 17)**

En cuanto al dominio que incluye el entorno se dividieron las respuestas por puntaje dentro de 5 rangos. En el rango de 1-20 puntos 0 pacientes en ambos hospitales. En la categoría de 21-40 puntos 0 pacientes en ambos hospitales. En la categoría de 41-60 puntos 0 pacientes en el Hospital Militar, y 1 (7.4%) paciente en el Hospital Lenin Fonseca. En el rango de 61-80 puntos 1 paciente en el Hospital Militar (4.2%), en cambio en el Hospital Lenin Fonseca 3 pacientes (11.1%). En el rango de 81-100 puntos 23 pacientes en el Hospital Militar (95.8%), en cambio en el Hospital Lenin Fonseca 22 pacientes (81.5%). **(Ver Anexo 13 y 24)**

IX. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El VIH es una enfermedad que afecta a todo tipo de persona sin lograr discriminar, sexo razón, estrato social, religión. En este estudio pretendemos comparar dos grupos poblacionales de 2 hospitales de referencia nacional.

En lo que respecta a la edad pudimos observar que en el grupo del Hospital Militar la población se encontró en un rango de edad menor (8 pacientes en el rango de 27-35 años) al del Hospital Lenin Fonseca (8 pacientes en el rango de 36-45 y 8 pacientes en el rango de mayor de 45 años), coincidiendo así con lo descrito en la literatura, puesto que nuestros nuevos grupos poblacionales son ya de una mayor edad por el advenimiento del TAR, permitiendo así una mejor esperanza de vida.

Refiriéndonos al sexo y coincidiendo con lo descrito a nivel internacional, esta es una enfermedad que afecta principalmente al sexo masculino, puesto que en el Hospital Militar de los 24 pacientes 17 eran masculinos, y de los 27 pacientes del Hospital Lenin Fonseca 15 eran varones. Sin embargo, es importante recalcar que el sexo femenino en este último grupo de estudio no se encontraba muy alejado puesto que el resto (12 pacientes) eran del sexo opuesto.

En relación al estado civil de las personas participantes la gran mayoría se encontraban solteras en ambos grupos, correspondiendo a 12 (50%) en el Hospital Militar y 15 (55.6%) en el Hospital Lenin Fonseca. Durante el proceso de entrevista se evidencio que la principal causa era el temor a perpetuar la transmisión del virus, siendo esto una elección del paciente mismo. Por otro lado 5 pacientes casados en el Hospital Militar y 2 en el Hospital Lenin Fonseca, dicho hallazgo podría darse por el nivel educativo de la población, la sensación de responsabilidad y conocimientos que esto conlleva, puesto que en el grupo de unión de hecho estable se encontraron 8 pacientes en el Hospital Lenin Fonseca y 7 en el Hospital Militar. En el grupo de viudos encontramos 2 pacientes en el Hospital Lenin Fonseca y ninguno en el Hospital Militar, cabe recalcar que en estos 2 casos la causa de fallecimiento de la pareja fue por VIH, afectando al

núcleo familiar siendo esto una problemática a nivel social a como se describió previamente.

Puede que la religión juegue un papel importante para el bienestar del paciente en el sentido de encontrar un significado positivo a la vida o una razón para continuar en la vida, pues así, tratándose de un país principalmente creyente encontramos que la mayoría de nuestra población posee afinidad por una religión. En ambos grupos predomina la religión cristiana, 12 pacientes en el Hospital Militar y 12 pacientes en el Hospital Lenin Fonseca. Llama la atención puesto que se supone que nuestra población es principalmente católica, siendo este el 2do grupo en prevalencia. Siete pacientes en el Hospital Militar y 8 pacientes en el Hospital Lenin Fonseca. Por otro lado encontramos a 2 pacientes provenientes de la costa caribe siendo pues estos profesantes de la religión Moraba, asistentes del Hospital Militar. Pero también se deberá tomar en cuenta aquellos pacientes que no profesan ninguna religión, encontrando 4 pacientes en el Hospital Militar y 7 en el Hospital Lenin Fonseca.

Con lo que respecta a la ocupación debemos recordar que juega un rol importante y determinante para calidad de vida, por múltiples factores: económicos principalmente, pero también depende de esto podría depender el acceso a salud, pues nuestro hospital brinda atención únicamente a población militar privada y asegurada, en cambio en el Hospital Lenin Fonseca se atiende a una gran parte de la población Nicaragüense, incluyendo también población asegurada, puesto que no se brinda dar en todas las empresas previsionales del Instituto de Seguridad Social Nicaragüense (INSS), es así pues que en el Hospital Militar (8 pacientes), así como en el Hospital Lenin Fonseca (16 pacientes) se encuentran en el grupo de obreros, 2 profesionales en el Hospital Lenin Fonseca y ninguno en el Hospital Militar. 5 estudiantes en el Hospital Militar y ninguno en el Hospital Lenin Fonseca. 4 amas de casa en el Hospital Militar y 5 en el Hospital Lenin Fonseca, bastante similares. 1 desempleado en el Hospital Militar y 2 pacientes en el Hospital Lenin Fonseca. Pero también se debe tomar en cuenta un grupo importante, los pensionados, encontrando 2 en el Hospital Lenin Fonseca y

también 2 en el Hospital Militar. De los 24 pacientes del Hospital Militar se captaron 2 pacientes.

Hablando acerca de los hábitos sexuales, estos son muy importantes porque de esa manera nos damos cuenta del impacto social que esto tiene, por ejemplo con lo que respecta al IVSA llama la atención que 1 paciente en el Hospital Lenin Fonseca inicio a la edad de 7 años siendo el único paciente transexual en esta muestra, tratándose muy probablemente de una violación sexual. La mayoría de los pacientes en ambos grupos estudiados IVSA en el grupo etéreo de 15-19 en el Hospital Militar 14 pacientes y en el Hospital Lenin Fonseca 12 pacientes. Pero además en el grupo etéreo de 10-14 4 pacientes en el Hospital Militar y 10 pacientes en el Hospital Lenin Fonseca. En el grupo de 20-15 años 5 pacientes en el Hospital Militar y 4 pacientes en el Hospital Lenin Fonseca. Más llamativo aun el hecho que en el Hospital Militar encontramos 1 pacientes que nunca inicio su vida sexual activa. Este dato es importante ya que en la mayoría de los casos a nivel mundial las principales vía de transmisión es sexual.

El condón además de ser un método de planificación familiar, también es un método para evitar la transmisión de infecciones, entre ellas por supuesto el VIH. Pero qué pasa con estas parejas que tienen compañeros Zero discordantes o con las parejas en la cual ambos son portadores del virus, es aquí entonces donde no tendrían que utilizar condón? El condón permite tener una vida sexual plena y segura, puesto que si bien en parejas zero discordantes se evita la transmisión, en aquellas parejas en donde ambos son portadores del virus aseguramos la disminución de la carga viral entre ambos, por lo tanto las expectativas de la pregunta ¿Ha utilizado condón en sus últimas 2 relaciones sexuales? Debería ser si en un 100%, no obstante encontramos que de los 24 pacientes del Hospital Militar 4 dijeron que no (16.7%) y el resto, la gran mayoría, dijeron que si (20 pacientes, 83.3%) en cambio en el Hospital Lenin Fonseca una gran parte de los 27 pacientes en total dijeron que no (13 pacientes, 48.1%), así también 14 dijeron que si (51.9%).

Ha quedado atrás el mito que el VIH es una enfermedad predominantemente de homosexuales, es por eso que consideramos importante determinar la preferencia sexual de nuestros participantes. Encontramos que en ambos grupos la mayoría se encuentran en el grupo de heterosexuales, 21 pacientes del Hospital Lenin Fonseca (77.8%) y 17 del Hospital Militar (70.8%). En el grupo de Homosexuales encontramos 3 pacientes en el Hospital Militar y 4 pacientes en el Hospital Lenin Fonseca. Bisexuales, 4 pacientes en el Hospital Militar y 2 pacientes en el Hospital Lenin Fonseca.

Además del uso del condón otro método de evitar la transmisión del virus es la abstinencia, o al menos no fomentar la promiscuidad, es por eso que en este estudio consideramos importante valorar el comportamiento sexual en cuanto a la cantidad de parejas sexuales que han tenido nuestros participantes. Es así entonces que dividimos a la población en grupos, según la cantidad de parejas sexuales. En el grupo 0-5 se encontraron la mayoría, 9 pacientes del Hospital Militar (37.5%) y 16 en el Hospital Lenin Fonseca (59.3%) Otro grupo de Importancia es en el que tomábamos en cuenta más de 20 parejas sexuales aumento así el riesgo de transmisión, encontrando 8 pacientes en el Hospital Militar y 4 pacientes en el Hospital Lenin Fonseca, cabe mencionar que dentro de estos 4 pacientes hubo 2 participantes que aseguran incluso haber tenido más de 150 parejas sexuales.

Con respecto al modo de transmisión a como mencionábamos previamente en esta sección, la gran mayoría es de manera sexual, y nuestro estudio no es la excepción encontrando en el Hospital Lenin Fonseca el 100% de la población, en cambio en el Hospital Militar de los 24 pacientes, 21 fueron a través de esta forma (87.5%), los otros 3 participantes fueron 1, por transfusiones que es el único paciente q no ha tenido vida sexual activa, 1 pacientes a través de uso de agujas contaminadas por un tatuaje, y 1 pacientes que asegura no conocer su modo de transmisión.

A como refiere la literatura a nivel mundial si los pacientes se encuentran con tratamiento las metas serán carga viral indetectable, con la mayor cantidad de CD4 y sin infecciones oportunistas, puesto que es de esperar que estos pacientes se encuentran en gran riesgo para contraer cualquier enfermedad siendo muchas de ellas mortales, es por eso que en nuestro estudio tomamos en cuenta las principales infecciones oportunistas que pueden presentarse en los pacientes VIH, puesto que esto implica la disminución de la calidad de vida de la población, no únicamente por el desgaste físico que cada una de ellas conlleva, sino también por los días de hospitalización que esto trae consigo, por lo tanto, días de ausencia laboral, menos ingresos familiares, y finalmente también discriminación social, por el aspecto físico (delgadez extrema en muchas ocasiones, dependiendo de la severidad de la infección) o bien por tratarse de alguna otra enfermedad infectocontagiosa, por ejemplo tuberculosis. Encontramos entonces, que 2 pacientes del Hospital Militar presentaron TB, así como 2 pacientes Toxoplasmosis, y 17 pacientes ningún tipo de infección. Por otro lado en el Hospital Lenin Fonseca 2 pacientes neumonía, 2 pacientes TB 2 pacientes toxoplasmosis, y nuevamente la gran mayoría (22 pacientes) ningún tipo de infección.

Nuestro hospital es el único hospital con acceso a TAR que atiende a población asegurada, sabemos que en todos los casos el mejor medicamento es el que se indica con la menor frecuencia, en la menor cantidad, con el menor costo y buena eficacia. A continuación describiremos los hallazgos asociados al tratamiento actual de nuestros pacientes, encontrando más de 6 combinaciones entre ellos. Cabe mencionar que algunos son tabletas de diferentes fármacos que tienen que administrarse por separado, significando que el paciente puede llegar a tomar hasta 4 tabletas cada 8 horas, o sea un total de 6 tabletas diario, conllevando muchas veces a abandono del tratamiento, o falta de apego, y esto permite un aumento en los niveles de carga viral, menos CD4 y por lo tanto la probabilidad de adquirir más infecciones oportunistas. Encontramos que ambos centros la mayoría de la población se encuentra bajo el esquema de Tripla, 3 fármacos

(Tenofovir/Efavirenz/Emtricitabina) combinados en 1 misma tableta, administrada 1 vez al día, 20 pacientes en el Hospital Lenin Fonseca (74.1%) y 17 en el Hospital Militar (70.8%).

Centrándonos en el motivo de este estudio, iniciaremos con el cuestionario utilizado el WHOQOL-BREF, si bien este estudio consta de 26 preguntas, las primeras dos abordan específicamente de manera subjetiva la calidad de vida del paciente, y la satisfacción con respecto a la salud en general.

Con lo que respecta a la calidad de vida se dividieron los puntajes en 4 respuestas, en donde 8 pacientes de los 24 del Hospital Militar consideran su calidad de vida como muy buena, en cambio en el Hospital Lenin Fonseca esto cambia puesto que 13, es decir la mayoría de los 27 la consideran como normal, es acá entonces donde se deben de tomar en cuenta las diferencias de la población y cuáles son los determinantes de calidad de vida, ¿económicos? ¿Sociales? ¿Psicológicos? Siete pacientes se encontraron en la opción de bastante bien en el Hospital Militar en cambio en el Hospital Lenin Fonseca se encontraron 5 pacientes en cada una de las categorías de un poco mal y bastante bien.

Hablando de la satisfacción de la salud en general se dividió la respuesta de los participantes en 5 probables respuestas, en donde en el grupo del Hospital Militar la mayoría de los pacientes (9, 37.5%) se encuentran bastante satisfechos. En lo que corresponde al Hospital Lenin Fonseca nuevamente la mayoría de la población (10, 37%) considera su salud como normal.

Como ya hemos mencionado a lo largo de este estudio, calidad de vida no es únicamente el bienestar físico, es por eso que a continuación discutiremos los resultados encontrados en los 4 dominios que aborda el cuestionario:

Dominio Físico: se utilizaron preguntas para determinar la calidad de vida física y se dividieron las respuestas por puntajes, cabe recalcar que no existen rangos para decir en qué momento está bien o mal, sino que mientras mayor puntaje se

obtenga en cada dominio, significa que hay mejor calidad de vida. Es así que en el Hospital Militar 22 de los 24 pacientes obtuvieron puntajes entre 81-100. De igual manera, en el Hospital Lenin Fonseca 24 de los 27 pacientes se encuentran en este rango, sin embargo llama la atención entonces el hecho que la mayoría considere su satisfacción con respecto a la salud como "normal".

Con lo que respecta a la salud psicológica de igual manera se obtuvieron puntajes desde 5-100, en donde en el Hospital Militar encontramos a 19 de los 24 pacientes en el rango de 81-100 puntos, por otro lado en el Hospital Lenin Fonseca se encontraron 15 pacientes de los 27 pacientes, seguido de también un número importante de pacientes (9) en el rango de 61-80 puntos.

Con lo que respecta al dominio social, es importante denotar que en ambos grupos esta fue el área de menor puntaje. En el grupo del Hospital Militar se encontraron 11 pacientes en 2 rangos de puntuaciones de 21-40 pacientes, y de 41-60 puntos, indicando que es de suma importancia el aspecto social en nuestros pacientes, hablamos entonces de ¿discriminación? ¿Aceptación? La percepción de sí mismo en nuestra sociedad. Además que muchas veces este tipo de pacientes viven sus problemas en la soledad,, puesto que logramos evidencia durante el periodo de entrevista, que gran parte de los participantes mantienen su diagnóstico en secreto, incluso de sus propios familiares. Con lo que respecta al hospital Lenin Fonseca la mayoría de los pacientes se encontraron en el rango de 21-40 puntos.

Acerca del entorno 23 pacientes del Hospital Militar se encontraban en el rango de los 81-100 puntos, así como 22 pacientes en el Hospital Lenin Fonseca, sin embargo en este grupo de pacientes se encontraron además 2 pacientes en el rango de 41-60 puntos, encontrando 0 en el Hospital Militar en este rango de puntos.

X. CONCLUSIONES

1. Los pacientes del programa de VIH en ambos hospital varían según su edad, encontrando en el hospital militar pacientes más jóvenes entre los 27-35 años, sin embargo en el Hospital Lenin Fonseca se trata de un grupo de población con mayor edad que en general son mayores de 36 años. En ambos hospitales encontramos que el sexo mayormente afectado son los hombres, solteros, cristianos, y que son obreros.
2. Acerca del comportamiento sexual en ambos grupos concluimos que los participantes son heterosexuales, que iniciaron su vida sexual activa entre 15-19 años, que si han utilizado condón en sus últimos dos encuentros sexuales, y que han tenido entre 0-5 parejas sexuales.
3. El modo de transmisión prevalente en ambos grupos fue sexual.
4. La mayoría de la población en ambos grupos no han sufrido de infecciones oportunistas desde el momento de su ingreso.
5. La calidad de vida de los pacientes en general según el cuestionario WHOQOL-BREF fue considerado “Muy Buena” en el Hospital Militar, pero como “Normal” en el Hospital Lenin Fonseca. Con lo que respecta a la salud incluyendo el tratamiento que mantienen los pacientes en su gran mayoría es la tripla (Tenofovir/Efavirenz/Emtricitabina). Considerando el grado de satisfacción de su salud los pacientes del Hospital Militar se encuentran “Bastantes satisfechos” y “Normal” en el Hospital Lenin Fonseca. Acerca del aspecto físico y psicologico se encontraron las máximas puntuaciones en ambos grupos entre 81-100 pts. En el aspecto social 21-60 puntos en ambos grupos. Finalmente con lo que respecta al aspecto del entorno ambos grupos obtuvieron entre 81-100 pts.

XI. RECOMENDACIONES

1. Al Hospital Militar:

Crear un grupo de apoyo conformado por los doctores (Infectólogos, Internistas, Psicólogos, Nutriólogos), enfermeros y pacientes pertenecientes al programa de VIH de nuestro centro para lograr mejorar la calidad de vida del paciente VIH.

Difundir a los pacientes de esta institución el conocimiento sobre la existencia de dicho programa, a través de la página web o durante las consultas con el servicio de Infectología.

Al Área de Vigilancia Epidemiológica:

2. Dar seguimiento a los pacientes que se encuentran inasistentes en el programa, para lograr obtener una mayor cobertura, y lograr mejorar la calidad de vida de los pacientes, ya sea en nuestra institución o bien en hospitales del MINSA.
3. Valoración por el área de psicología de manera periódica (al menos semestral) para lograr evidenciar puntos de fragilidad del paciente ya sea en el aspecto familiar, personal, psicológico o físico que puedan influir en la calidad de vida del paciente.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Vázquez Campuzano Roberto. Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Universidad Nacional Autónoma de México. (online) actualizada el 21 de Septiembre del 2016. Acceso 17 de Noviembre 2016. Disponible en <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/virologia/sida-vih.html>.
2. Thilakavathi Subramanian , M.D. Gupte , V.S. Dorairaj ,et al (2009) Psycho-social impact and quality of life of people living with HIV/AIDS in South India, AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV, 21:4, 473-481,
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH, 2016-2021. 2016.
4. Prado R. Yader MINSA informa situación epidemiológica de Nicaragua sobre VIH. 2016. (online) Disponible en www.el19digital.com
5. S.M. Skevington (2012) Is quality of life poorer for older adults with HIV/AIDS? International evidence using the WHOQOL-HIV, AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV, 24:10, 1219-1225.
6. Rodriguez-Penney et al., Co-Morbidities in Persons Infected with HIV: Increased Burden with Older Age and Negative Effects on Health-Related Quality of Life. AIDS Patient Care and STDs.2013;27(1) 5-16.
7. OMS. WHOQOL-BREF. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment 1996.
8. Howard A. Grossman et al., Quality of Life and HIV: Current Assessment Tools and Future Directions for Clinical Practice. AIDS Read. 2003; 13 (12) 20-30.
9. Tsevat et al., Change in Quality of Life After Being Diagnosed With Hiv. Value in Health. 2009; 12 (7) A519.
10. Bunupuradah et al., Impact of Antiretroviral Therapy on Quality of Life in HIV-Infected Southeast Asian Children in the PREDICT Study. 2013; 27 (11) 593-603.

11. Anthony S. Fauci. Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana: SIDA y procesos relaciones. En: Harrison Principio de Medicina Interna. 17va edición. p 1137-1183.
12. Postosme Rosales J. (2016) Coinfección por Virus de Inmunodeficiencia Humana/Tuberculosis en pacientes del Hospital Antonio Lenin Fonseca 2014 - 2015. (Tesis para obtener el título de especialidad de Medicina Interna). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Managua, Nicaragua.
13. Padilla Ortega A. (2016) Coinfección de tuberculosis y VIH/SIDA en dependencia del grado de inmunosupresión y terapia antirretroviral. Hospital "Dr. Roberto Calderón Gutiérrez". Enero 2009 – diciembre 2010. (Tesis para obtener el título de especialidad de Medicina Interna). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Managua, Nicaragua.
14. Tercero Peralta M. (2016) Situación virológica - inmunológica y causas de falla virológica en pacientes con VIH/SIDA en TARA en el hospital "Antonio Lenin Fonseca" de enero 2009 a noviembre 2014. (tesis para obtener el título de especialidad de Medicina Interna). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Managua, Nicaragua.
15. Piura J.. Metodología de la investigación científica 7ma edición. Managua, Nicaragua. 2012.

INDICE

I.	INTRODUCCION.....	9
II.	ANTECEDENTES	10
III.	JUSTIFICACIÓN	12
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
V.	OBJETIVOS	15
VI.	MARCO TEORICO	16
1.	<i>El virus de inmunodeficiencia humana (VIH)</i>	16
3.	<i>Calidad de vida</i>	22
4.	<i>Tratamiento</i>	30
VII.	DISEÑO METODOLÓGICO	38
VIII.	RESULTADOS	43
IX.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	50
X.	CONCLUSIONES.....	57
XI.	RECOMENDACIONES	58
XII.	BIBLIOGRAFIA.....	59

XII. ANEXOS

Anexo 1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Concepto	Indicador	Valor	Escala
Edad	<i>Años de vida hasta el momento actual</i>	<i>Información obtenida a partir de entrevista al paciente.</i>	Años	14-20 21-26 27-35 36-45 > de 45
Sexo	<i>Diferencia fenotípica y constitutiva entre el hombre y la mujer</i>	<i>Información obtenida a partir de entrevista al paciente</i>	Femenino Masculino	
Ocupación	<i>Actividad productiva por la cual recibe remuneración económica</i>	<i>Información obtenida a partir de entrevista realizada al paciente</i>	Profesional Ama de casa Obrero Estudiante Desempleado Militar Pensionado	
Estado Civil	<i>Situación civil del paciente al momento de realizar la encuesta</i>	<i>Información obtenida a partir de entrevista al paciente</i>	Soltero Casado Unión de Hecho estable Viudo	
Religión	<i>Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad.</i>	<i>Información obtenida a partir de entrevista al paciente</i>	Católico Cristiano Moraba Ninguna	
Número de parejas sexuales	<i>Cantidad de parejas sexuales que ha tenido el paciente durante su vida sexual activa.</i>	<i>Información obtenida a partir de entrevista al paciente</i>	Personas	1-5 6-10 11-14 15-20 Más de 20
Edad de Inicio de vida sexual activa	<i>Edad a la que el paciente inicio su vida sexual activa</i>	<i>Información obtenida a partir de entrevista al paciente</i>	Años	<10 10-14 15-19 20-25
	<i>Son infecciones que ocurren</i>		Tuberculosis	

Enfermedades Oportunistas	<i>con más frecuencia o son más graves en personas con debilidad del sistema inmunitario en comparación con quienes tienen un sistema inmunitario sano.</i>	<i>Información obtenida a partir de los expedientes.</i>	Neumonía Toxoplasmosis Neuronfección Ninguno	
Uso de condón en los últimos 2 encuentros sexuales	<i>Uso de condón durante sus últimos 2 encuentros sexuales</i>	<i>Información obtenida a partir de entrevista al paciente</i>	Si no	
Modo de Transmisión	<i>Es el mecanismo por el que una enfermedad transmisible pasa de un hospedero a otro</i>	<i>Información obtenida a partir de entrevista al paciente</i>	Sexual Desconocido Transfusiones Tatuajes	
Percepción de Calidad de Vida	<i>La percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones</i>	<i>Información obtenida a partir de entrevista al paciente</i>	Muy mal Un poco mal Normal Bastante bien Muy bien	
Satisfacción con la salud	<i>El grado de gusto del paciente con respecto a su salud en general</i>	<i>Información obtenida a partir de entrevista</i>	Muy Insatisfecho Insatisfecho Normal Bastante Satisfecho Muy Satisfecho	
WHOQOL-BREF	<i>Cuestionario que ofrece un perfil de calidad de vida, siendo cada dominio puntuado de forma independiente. Cuanto mayor sea es la puntuación en cada dominio, mejor es el perfil de calidad de vida de la persona evaluada.</i>	<i>Información obtenida a través de entrevista</i>	Dominio Físico(P3,4,10,15,16,17,18) Dominio Psicológico(P5,6,7,11,19,26) Dominio Social(P20,21,22) Dominio del Entorno(P8,9,12,13,14,23,24,25)	1-20 21-40 41-60 61-80 81-100

Anexo 2 Consentimiento informado para participar en el estudio.

Consentimiento Informado

Managua, Nicaragua

Título del protocolo: Calidad de vida en PPVS pertenecientes al programa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños y del Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido entre Enero y Diciembre del año 2017.

Investigador Principal: Dra. Samantha Mairena Flores.

Localidad:

Nombre de Paciente:

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no debe estar claro de todos los aspectos que este comprende, por lo cual, siéntase en la absoluta libertad de para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas.

Aspectos:

1. Salud Física.
2. Psicología.
3. Relaciones Sociales.
4. Ambiente que le rodea.

Objetivo del estudio: Conocer la calidad de vida de los pacientes VIH positivos pertenecientes al programa del hospital militar escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños.

Beneficios:

- Lograr identificar en que área el paciente presenta mayor afectación por la enfermedad.
- Tomar decisiones con respecto al tratamiento.
- Mejorar la calidad de vida del paciente.
- Mejorar la asistencia de los pacientes en el centro hospitalario.

Procedimiento del estudio:

En caso de aceptar participar en el estudio, se realizaran algunas preguntas en formato de cuestionario sobre usted, sus hábitos y sus antecedentes médicos.

ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable en caso que usted se niegue a participar
- No recibirá pago por su participación
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

Si usted considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar lo siguiente:

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

Firma del participante o Tutor

Fecha

Esta parte será llenada solo por el investigador

He explicado al Sr (a). _____ la naturaleza y los
propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los beneficios que implica su participación.
He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda.
Acepto que he leído y conozco las normativas correspondientes para realizar investigación con seres
humanos y me apego a ella.

Firma del Investigador

Fecha

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del protocolo: Calidad de vida en PPVS pertenecientes al programa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños y del Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido entre Enero y Diciembre del año 2017.

Investigador Principal: Dra. Samantha Mairena Flores.

Sede donde se realiza el estudio: Hospital Militar.

Nombre del participante:

Por esta forma deseo informar mi decisión de retirarme de este protocolo de investigación por las siguientes razones:

Firma del Participante

Fecha

Anexo 3 Hoja no.1 de cuestionario, aspectos generales sobre el paciente.

ACERCA DE USTED

ID

--	--	--

Antes de comenzar nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre usted.

Género:

Edad:

¿Cuáles son sus preferencias sexuales?

¿A qué edad inicio a tener relaciones sexuales?

¿Ha utilizado condón durante sus últimos 2 encuentros sexuales?

Estado Civil:

¿Practica alguna religión?

Ocupación:

Padece de alguna otra enfermedad

¿Hace cuanto fue el diagnostico de VIH?

¿Actualmente está bajo tratamiento?

Modo de transmisión:

¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?

¿Ha estado hospitalizado alguna vez desde el momento del diagnóstico? Si la respuesta es sí, especifique la causa y su fecha de última hospitalización.

Anexo 4 Versión en español del WHOQOL-BREF

Instrucciones

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud, y otras áreas de su vida. **Por favor conteste a todas las preguntas.** Si no está seguro(a) sobre qué respuesta dará a una pregunta, **escoja la que le parezca más apropiada.**

A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Haga un círculo en el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otros en las dos últimas semanas. Usted hará un círculo en el número 4 si obtuvo bastante apoyo de otros, como sigue:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Haría un círculo en el 1 si no obtuvo el apoyo que necesitaba de otros en las dos últimas semanas. Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos, y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

Gracias por su ayuda

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cuán satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuánto** ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿ En qué medida piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5

8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuán totalmente** usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuán **satisfecho(a) o bien** se ha sentido en varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas.

		Muy Insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cuán satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho/a está con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la **frecuencia** con que usted ha sentido o experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Mediana mente	Frecuente mente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

GRACIAS POR SU AYUDA

Anexo 5

Tabla 1 Características sociodemográficas de la población del estudio “Calidad de vida en los pacientes VIH positivo pertenecientes al programa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños y Hospital Antonio Lenin Fonseca, en el período comprendido de 1ro. de Enero al 31 de Diciembre 2017”

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS					
Variable	Hospital Militar		Lenin Fonseca		
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Edad	14-20	0	0	0	0
	21-26	4	16.7	4	14.8
	27-35	8	33.3	7	25.9
	36-45	6	25	8	29.6
	>45	6	25	8	29.6
Sexo	Masculino	17	70.8	15	55.6
	Femenino	7	29.2	12	44.4
Estado Civil	Soltero	12	50	15	55.6
	Casado	5	20.8	2	7.4
	Unión de hecho estable	7	29.2	8	29.6
	Viudo	0	0	2	7.4
Ocupación	Profesional	0	0	2	7.4
	Ama de casa	4	16.7	5	18.5
	Obrero	8	33.3	16	59.3
	Estudiante	5	20.8	0	0
	Militar	4	16.7	0	0
	Pensionado	2	8.3	2	7.4
	Desempleado	1	4.2	2	7.4
Religión	Católico	7	29.2	8	29.6
	Cristiano	12	50	12	44.4
	Moraba	1	4.2	0	0
	Ninguna	4	16.7	7	25.9

Fuente: Instrumento de Recolección

Anexo 6

Tabla 2 Preferencias sexuales de los pacientes en el estudio “Calidad de vida en los pacientes VIH positivo pertenecientes al programa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños y Hospital Antonio Lenin Fonseca, en el período comprendido de 1ro. de Enero al 31 de Diciembre 2017”

PREFERENCIAS SEXUALES

Variable Preferencia Sexual	Hospital Militar		Hospital Lenin Fonseca	
	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
Heterosexual	17	70,8	21	77.8
Homosexual	3	12,5	4	14.8
Bisexual	4	16,7	2	7.4
Total	24	100	27	100

Fuente: Instrumento de Recolección

Tabla 3 Edad de inicio vida sexual activa de los paciente del estudio “Calidad de vida en los pacientes VIH positivo pertenecientes al programa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños y Hospital Antonio Lenin Fonseca, en el período comprendido de 1ro. de Enero al 31 de Diciembre 2017”

INICIO DE LA VIDA SEXUAL ACTIVA

Edad en años	Hospital Militar		Hospital Lenin Fonseca	
	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
<10	0	0	1	3,7
10-14	4	16,7	10	37
15-19	14	58,3	12	44,4
20-25	5	20,8	4	14,8
No iniciada	1	4,2	0	0
Total	24	100	27	100

Fuente: Instrumento de Recolección

Anexo 7

Tabla 4 Uso de condón en las últimas dos relaciones sexuales de los pacientes en el estudio “Calidad de vida en los pacientes VIH positivo pertenecientes al programa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños y Hospital Antonio Lenin Fonseca, en el período comprendido de 1ro. de Enero al 31 de Diciembre 2017”

USO DE CONDON

	Hospital Militar		Hospital Lenin Fonseca	
	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
Si	20	83,3	14	51,9
No	4	16,7	13	48,1
Total	24	100	27	100

Fuente: Instrumento de Recolección

Tabla 5 Número de parejas sexuales de los pacientes en el estudio “Calidad de vida en los pacientes VIH positivo pertenecientes al programa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños y Hospital Antonio Lenin Fonseca, en el período comprendido de 1ro. de Enero al 31 de Diciembre 2017”

DE PAREJAS SEXUALES

Personas	Hospital Militar		Hospital Lenin Fonseca	
	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
0-5	9	37,5	16	59,3
6-10	5	20,8	5	18,5
15-20	2	8,3	2	7,4
>20	8	33,3	4	14,8
Total	24	100	27	100

Fuente: Instrumento de Recolección

Anexo 8

Tabla 6 Modo de Transmisión del VIH de los sujetos estudiados en el estudio “Calidad de vida en los pacientes VIH positivo pertenecientes al programa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños y Hospital Antonio Lenin Fonseca, en el período comprendido de 1ro. de Enero al 31 de Diciembre 2017”

Modo de Transmisión	MODO DE TRANSMISION			
	Hospital Militar		Hospital Lenin Fonseca	
	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
Sexual	21	87,5	27	100
Transfusiones	1	4,2	0	0
Desconocido	1	4,2	0	0
Tatuajes	1	4,2	0	0
Total	24	100	27	100

Fuente: Instrumento de Recolección

Tabla 7 Infecciones oportunistas presentadas desde el momento del diagnóstico a los pacientes del estudio “Calidad de vida en los pacientes VIH positivo pertenecientes al programa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños y Hospital Antonio Lenin Fonseca, en el período comprendido de 1ro. de Enero al 31 de Diciembre 2017”

Fuente:

Infección	INFECCIONES OPORTUNISTAS			
	Hospital Militar		Hospital Lenin Fonseca	
	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
Tuberculosis	2	8,3	1	3,7
Neumonía	3	12,5	2	7,4
Toxoplasmosis	2	8,3	2	7,4
Ninguna	17	70,8	22	81,5
Total	24	100	27	100

Fuente: Instrumento de Recolección

Anexo 9

Tabla 8 Tratamiento más frecuentes en los dos grupos incluidos en el estudio “Calidad de vida en los pacientes VIH positivo pertenecientes al programa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños y Hospital Antonio Lenin Fonseca, en el período comprendido de 1ro. de Enero al 31 de Diciembre 2017”

TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES

Fármaco	Hospital Militar		Hospital Lenin Fonseca	
	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
Tenofovir /Efavirenz/ Emtricitabina	17	70,8	20	74,1
Emtricitabina/Tenofovir	2	8,3	0	
Tenofovir/Efavirenz	1	4,2	1	3,7
Lopinavir/ Ritonavir	1	4,2	0	
Zidovudina	1	4,2	0	
Atazonovir/Emtricitabina	0	0	1	3,7
Atazonovir, Lamivudina/Zidovudina	0	0	1	3,7
Lopinavir/ Ritonavir	0	0	1	3,7
Efavirenz	0	0	1	3,7
Lamivudina/Zidovunida	0	0	1	3,7
Ninguno	2	8,3	1	3,7
Total	24	100	27	100

Fuente: Instrumento de Recolección

Anexo 10

Tabla 9 Calidad de vida en los pacientes incluidos en el estudio “Calidad de vida en los pacientes VIH positivo pertenecientes al programa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños y Hospital Antonio Lenin Fonseca, en el período comprendido de 1ro. de Enero al 31 de Diciembre 2017”

Grado de Satisfacción	Hospital Militar		Hospital Lenin Fonseca	
	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
Muy mal	0	0	1	3,7
Un poco mal	3	12,5	5	18,5
Normal	6	25	13	48,1
Bastante bien	7	29,2	5	18,5
Muy bien	8	33,3	3	11,1
Total	24	100	27	100

Fuente: Instrumento de Recolección

Anexo 11

Tabla 10 Satisfacción con respecto a la salud de los pacientes del estudio “Calidad de vida en los pacientes VIH positivo pertenecientes al programa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños y Hospital Antonio Lenin Fonseca, en el período comprendido de 1ro. de Enero al 31 de Diciembre 2017”

¿CUÁN SATISFECHO ESTA CON SU SALUD?

Grado de Satisfacción	Hospital Militar		Hospital Lenin Fonseca	
	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
Muy Insatisfecho	2	8,3	1	3,7
Insatisfecho	0	0	5	18,5
Normal	7	29,2	10	37
Bastante Satisfecho	9	37,5	6	22,2
Muy Satisfecho	6	25	5	10,5
Total	24	100	27	100

Fuente: Instrumento de Recolección

Tabla 11 Cuestionario WHOQOL-BREF, dominio físico de los participantes del estudio “Calidad de vida en los pacientes VIH positivo pertenecientes al programa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños y Hospital Antonio Lenin Fonseca, en el período comprendido de 1ro. de Enero al 31 de Diciembre 2017”

WHOQOL-BREF Dominio Físico

Puntos	Hospital Militar		Hospital Lenin Fonseca	
	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
41-60	1	4,2	2	7,4
61-80	1	4,2	1	3,7
81-100	22	91,7	24	88,9
Total	24	100	27	100

Fuente: Instrumento de Recolección

Anexo 12

Tabla 12 Cuestionario WHOQOL-BREF, dominio psicológico de los pacientes del estudio “Calidad de vida en los pacientes VIH positivo pertenecientes al programa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños y Hospital Antonio Lenin Fonseca, en el período comprendido de 1ro. de Enero al 31 de Diciembre 2017”

WHOQOL-BREF Dominio Psicológico

Puntos	Hospital Militar		Hospital Lenin Fonseca	
	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
21-40	0	0	1	3,7
41-60	1	4,2	2	7,4
61-80	4	16,7	9	33,3
81-100	19	79,2	15	55,6
Total	24	100	27	100

Fuente: Instrumento de Recolección

Tabla 13 WHOQOL-BREF, dominio social de los pacientes del estudio “Calidad de vida en los pacientes VIH positivo pertenecientes al programa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños y Hospital Antonio Lenin Fonseca, en el período comprendido de 1ro. de Enero al 31 de Diciembre 2017”

WHOQOL-BREF Dominio Social

Puntos	Hospital Militar		Hospital Lenin Fonseca	
	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
1-20	1	4,2	0	0
21-40	11	45,8	2	7,4
41-60	11	45,8	3	11,1
61-80	1	4,2	22	81,5
Total	24	100	27	100

Fuente: Instrumento de Recolección

Anexo 13

Tabla 14 WHOQOL-BREF, dominio del entorno de los pacientes del estudio “Calidad de vida en los pacientes VIH positivo pertenecientes al programa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños y Hospital Antonio Lenin Fonseca, en el período comprendido de 1ro. de Enero al 31 de Diciembre 2017”

WHOQOL-BREF Dominio del Entorno

Puntos	Hospital Militar		Hospital Lenin Fonseca	
	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
41-60	0	0	2	7,4
61-80	1	4,2	3	11,1
81-100	23	95,8	22	81,5
Total	24	100	27	100

Fuente: Instrumento de Recolección

Anexo 14

Grafico 1 Edad de los pacientes participantes del estudio “Calidad de vida en los pacientes VIH positivo pertenecientes al programa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños y Hospital Antonio Lenin Fonseca, en el período comprendido de 1ro. de Enero al 31 de Diciembre 2017”

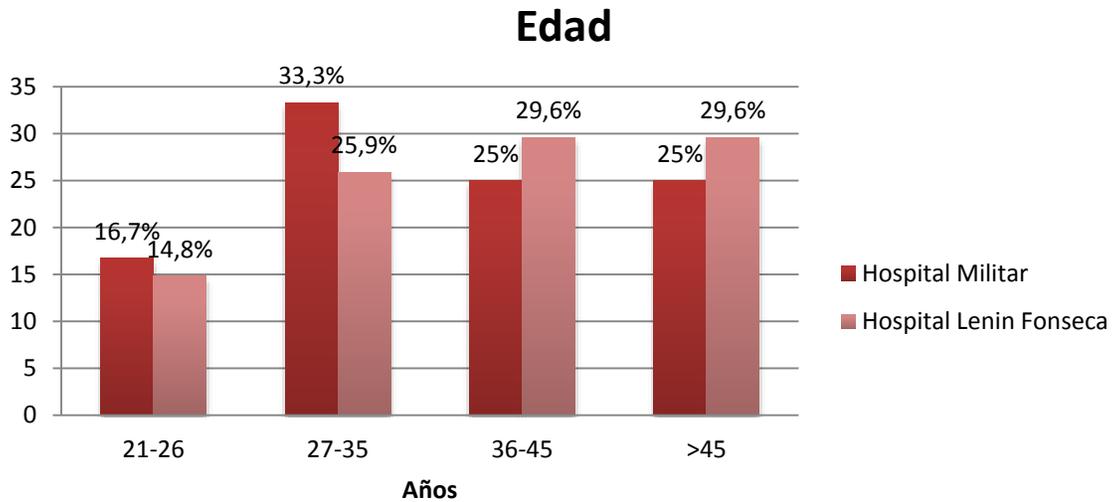
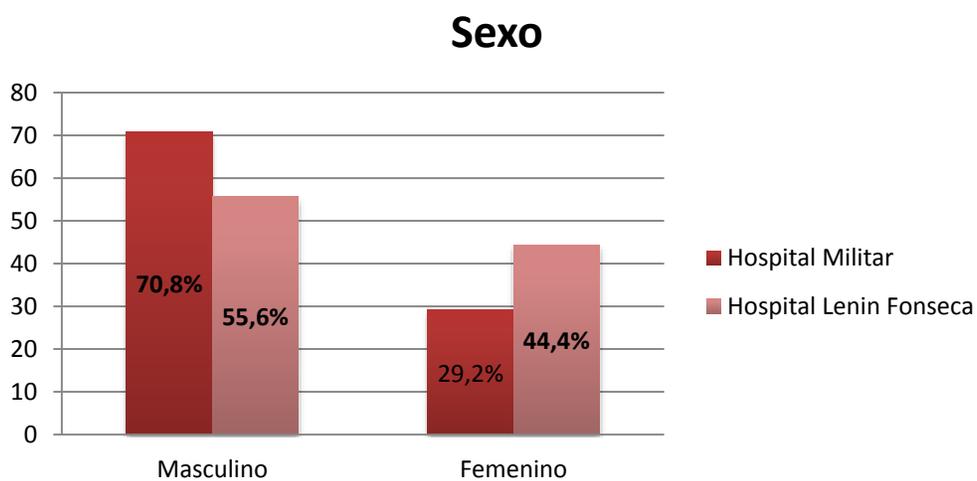


Grafico 2 Sexo de los pacientes de ambos grupos en el estudio “Calidad de vida en los pacientes VIH positivo pertenecientes al programa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños y Hospital Antonio Lenin Fonseca, en el período comprendido de 1ro. de Enero al 31 de Diciembre 2017”



Anexo 15

Grafico 3 Estado Civil de los pacientes en el estudio “Calidad de vida en los pacientes VIH positivo pertenecientes al programa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños y Hospital Antonio Lenin Fonseca, en el período comprendido de 1ro. de Enero al 31 de Diciembre 2017”

Estado Civil

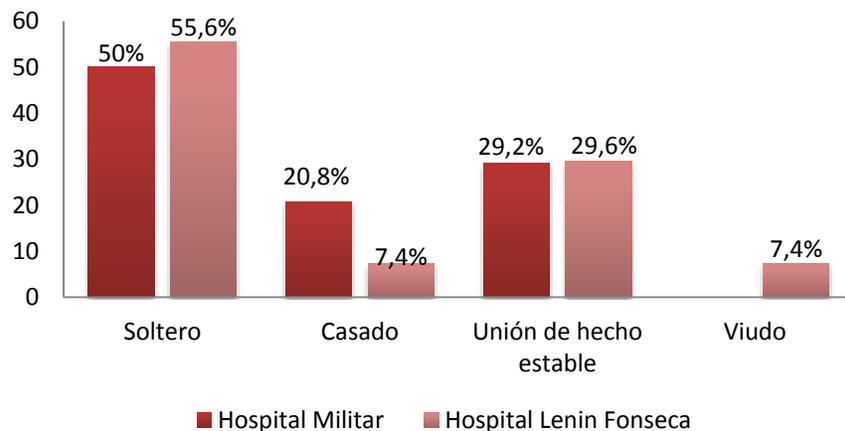
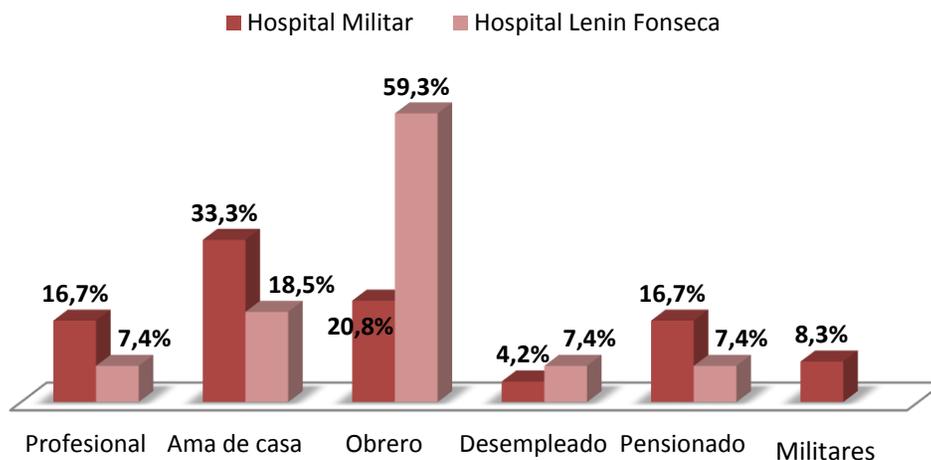


Grafico 4 Ocupación de los pacientes incluidos en el estudio “Calidad de vida en los pacientes VIH positivo pertenecientes al programa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños y Hospital Antonio Lenin Fonseca, en el período comprendido de 1ro. de Enero al 31 de Diciembre 2017”

Ocupacion



Anexo 16

Grafico 5 Religión de los pacientes incluidos en el estudio “Calidad de vida en los pacientes VIH positivo pertenecientes al programa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños y Hospital Antonio Lenin Fonseca, en el período comprendido de 1ro. de Enero al 31 de Diciembre 2017”

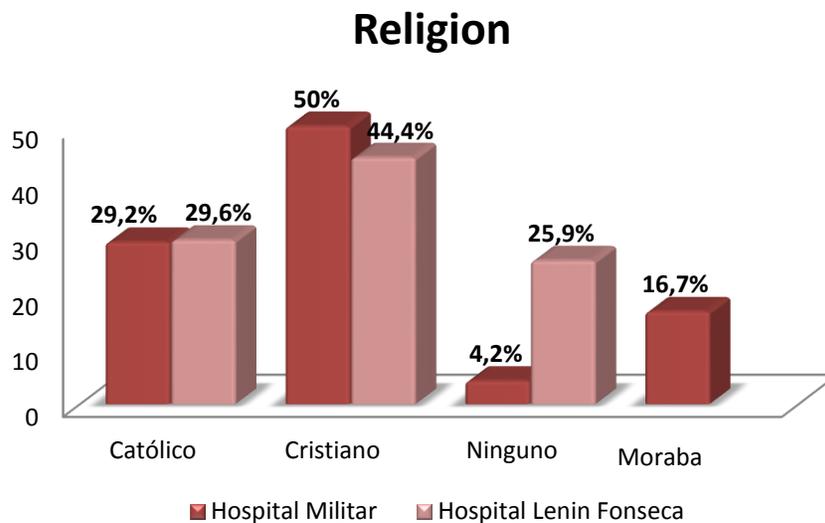
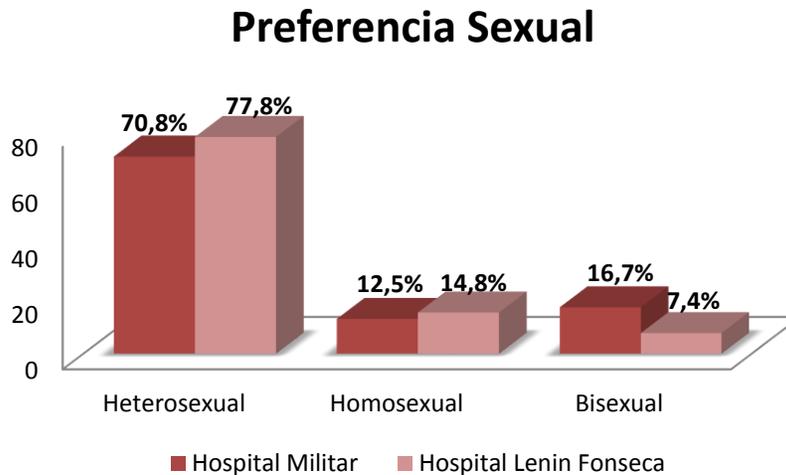


Grafico 6 Preferencias sexuales de los pacientes incluidos en el estudio “Calidad de vida en los pacientes VIH positivo pertenecientes al programa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños y Hospital Antonio Lenin Fonseca, en el período comprendido de 1ro. de Enero al 31 de Diciembre 2017”



Anexo 17

Grafico 7 Inicio de la vida sexual activa de los pacientes del estudio “Calidad de vida en los pacientes VIH positivo pertenecientes al programa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños y Hospital Antonio Lenin Fonseca, en el período comprendido de 1ro. de Enero al 31 de Diciembre 2017.

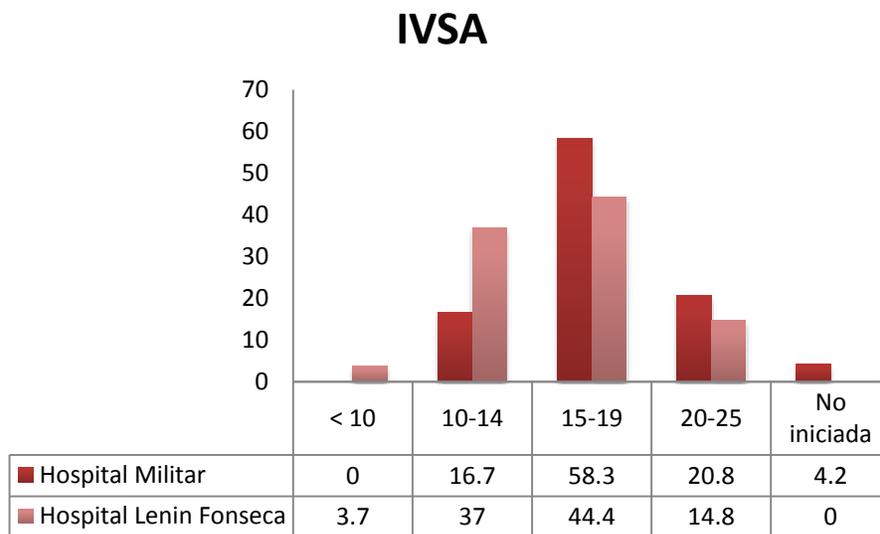
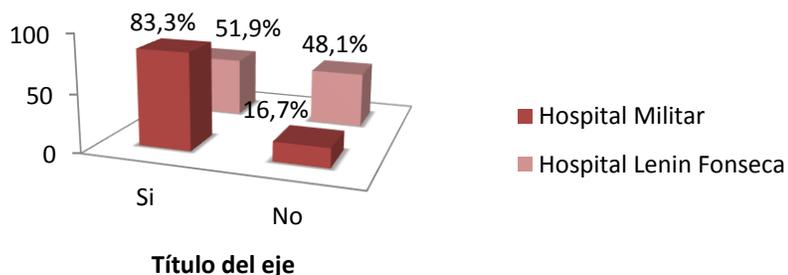


Grafico 8 Uso de condón durante las últimas dos relaciones sexuales en los pacientes participantes del estudio “Calidad de vida en los pacientes VIH positivo pertenecientes al programa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños y Hospital Antonio Lenin Fonseca, en el período comprendido de 1ro. de Enero al 31 de Diciembre 2017”

Uso de condon en los ultimos 2 encuentros sexuales



Anexo 18

Grafico 9 Número de parejas sexuales de los pacientes del estudio “Calidad de vida en los pacientes VIH positivo pertenecientes al programa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños y Hospital Antonio Lenin Fonseca, en el período comprendido de 1ro. de Enero al 31 de Diciembre 2017”

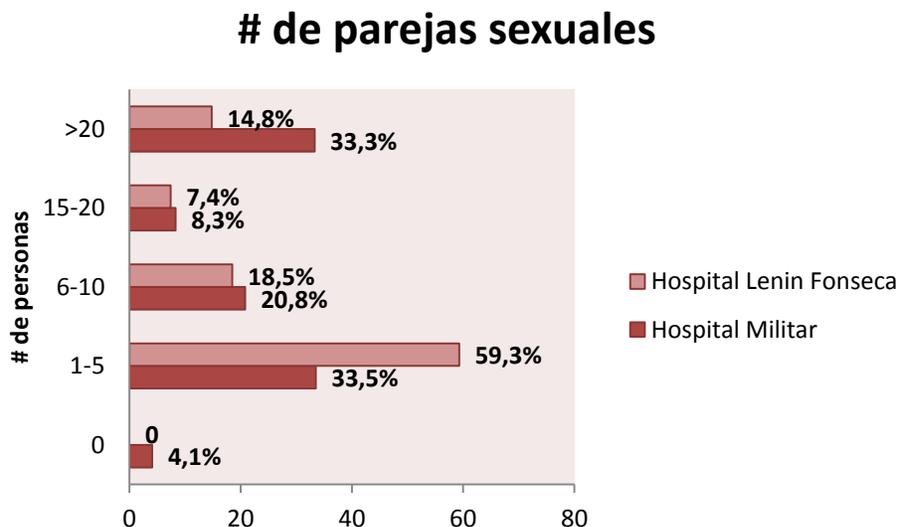
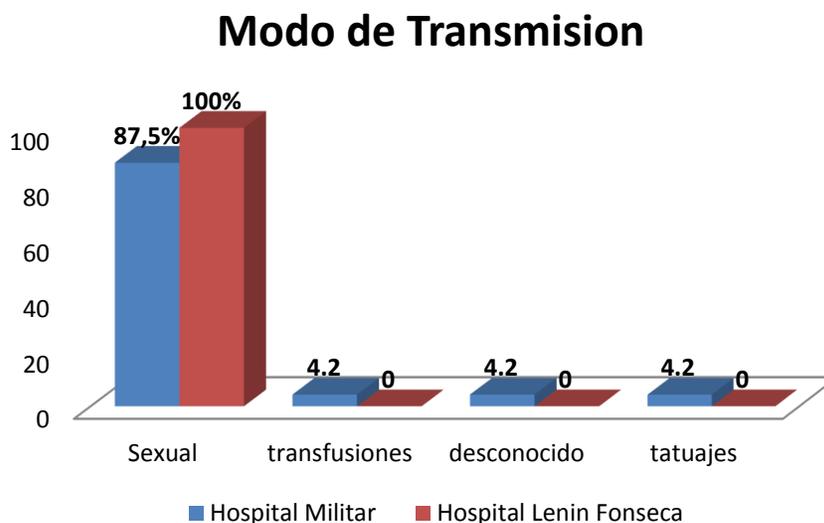


Grafico 10 Modo de transmisión del virus del VIH de los pacientes del estudio “Calidad de vida en los pacientes VIH positivo pertenecientes al programa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños y Hospital Antonio Lenin Fonseca, en el período comprendido de 1ro. de Enero al 31 de Diciembre 2017”

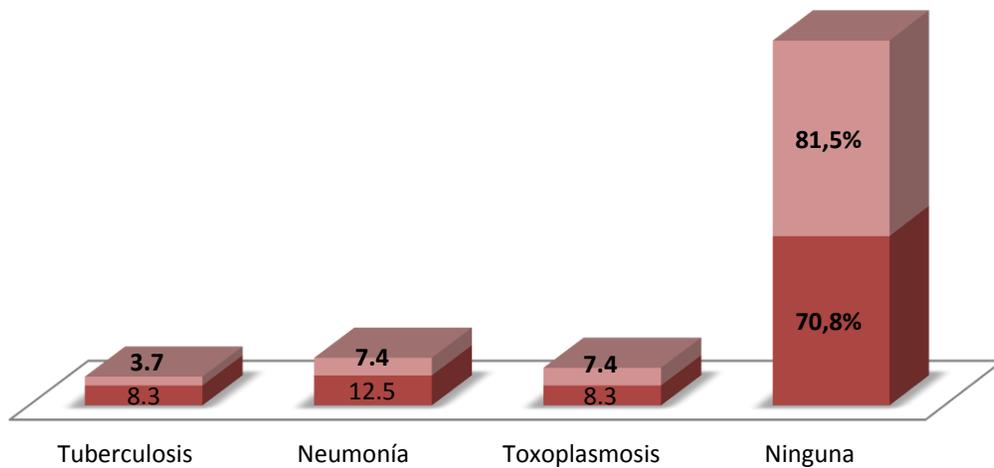


Anexo 19

Grafico 11 Infecciones Oportunistas presentadas en la población del estudio “Calidad de vida en los pacientes VIH positivo pertenecientes al programa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños y Hospital Antonio Lenin Fonseca, en el período comprendido de 1ro. de Enero al 31 de Diciembre 2017”

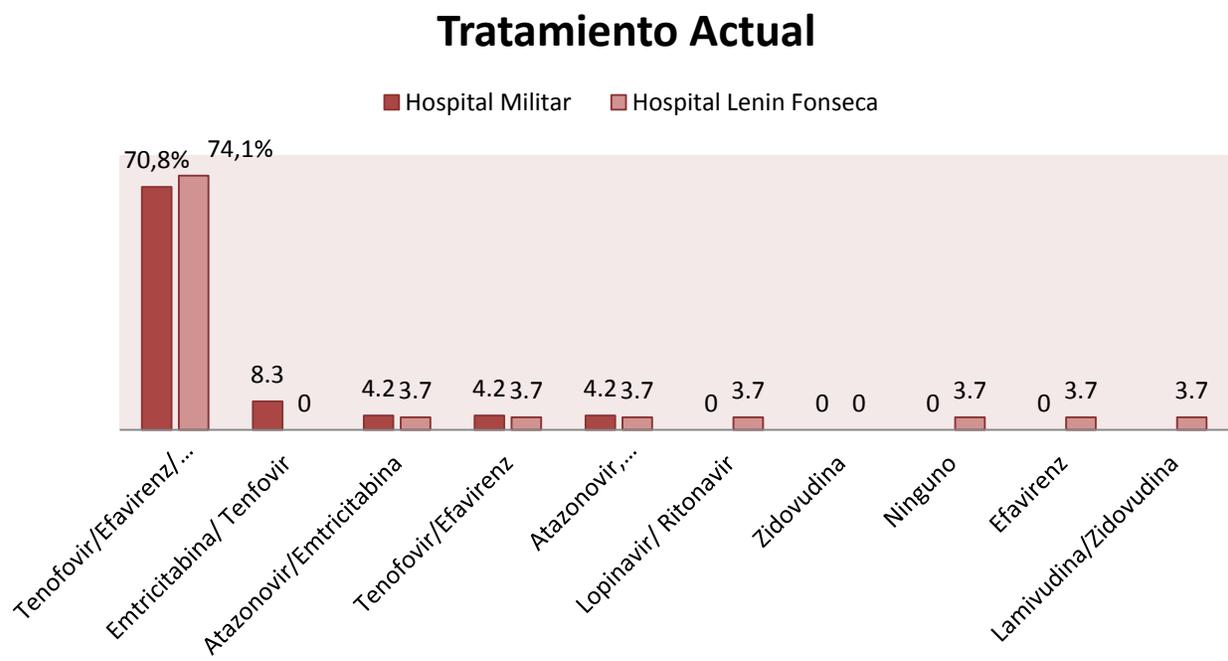
Infecciones Oportunistas

■ Hospital Militar ■ Hospital Lenin Fonseca



Anexo 20

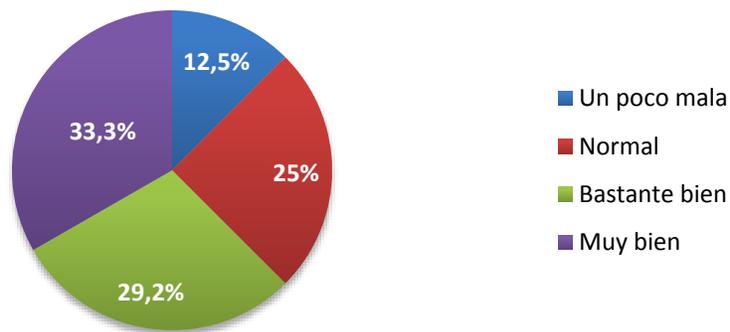
Grafico 12 Tratamiento actual de los dos grupos incluidos en el estudio “Calidad de vida en los pacientes VIH positivo pertenecientes al programa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños y Hospital Antonio Lenin Fonseca, en el período comprendido de 1ro. de Enero al 31 de Diciembre 2017”



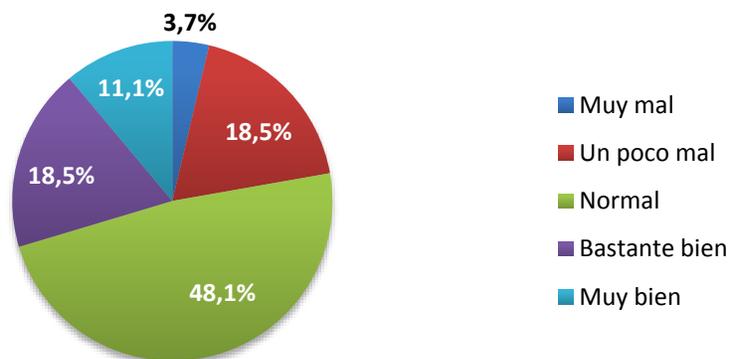
Anexo 21

Grafico 13 WHOQOL-BREF Calidad de vida en los pacientes del estudio “Calidad de vida en los pacientes VIH positivo pertenecientes al programa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños y Hospital Antonio Lenin Fonseca, en el período comprendido de 1ro. de Enero al 31 de Diciembre 2017”

Calidad de Vida Pacientes Hospital Militar

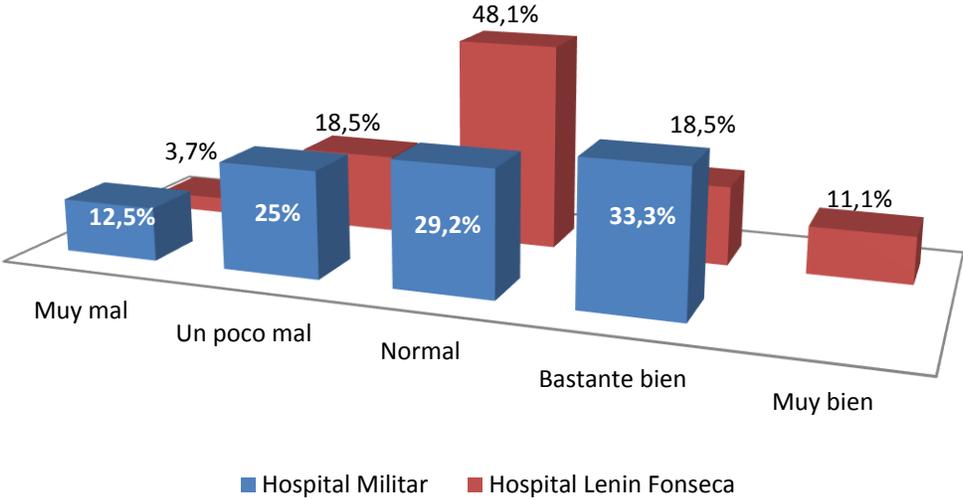


Calidad de Vida Pacientes Hospital Lenin Fonseca



Anexo 22

Percepcion de Calidad de Vida



Anexo 23

Grafico 14 WHOQOL-BREF Grado de satisfacción con respecto a la salud de los pacientes del estudio “Calidad de vida en los pacientes VIH positivo pertenecientes al programa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños y Hospital Antonio Lenin Fonseca, en el período comprendido de 1ro. de Enero al 31 de Diciembre 2017”

¿Cuan satisfecho esta con su salud? WHOQOL-BREF

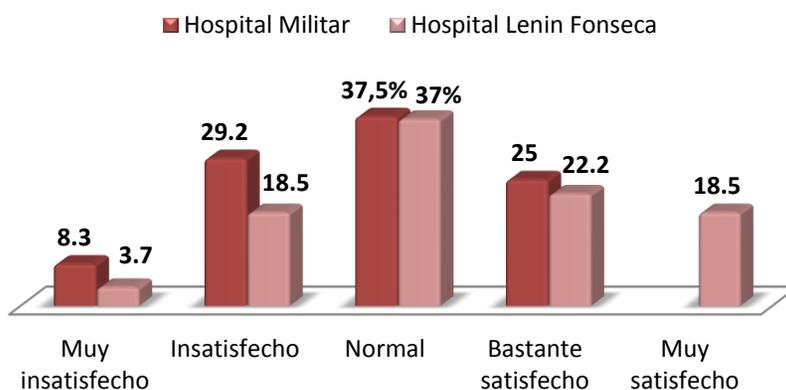
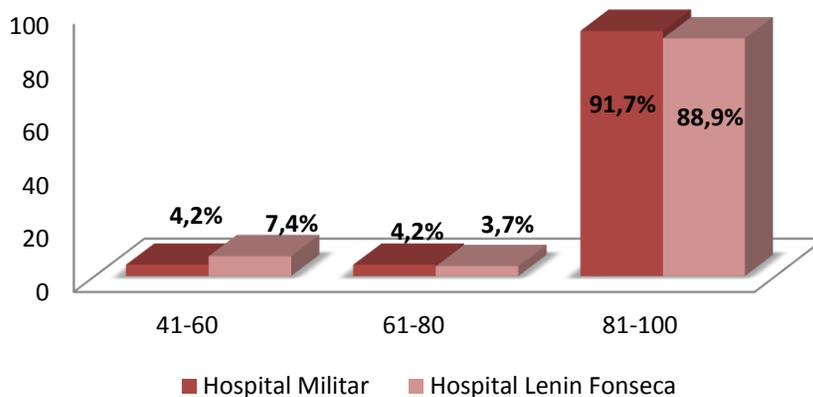


Grafico 15 WHOQOL-BREF Dominio Físico pacientes participantes del estudio “Calidad de vida en los pacientes VIH positivo pertenecientes al programa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños y Hospital Antonio Lenin Fonseca, en el período comprendido de 1ro. de Enero al 31 de Diciembre 2017”

WHOQOL-BREF Dominio Físico



Anexo 24

Grafico 16 WHOQOL-BREF Dominio Psicológico de los pacientes del estudio “Calidad de vida en los pacientes VIH positivo pertenecientes al programa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños y Hospital Antonio Lenin Fonseca, en el período comprendido de 1ro. de Enero al 31 de Diciembre 2017”

WHOQOL-BREF Dominio Psicologico

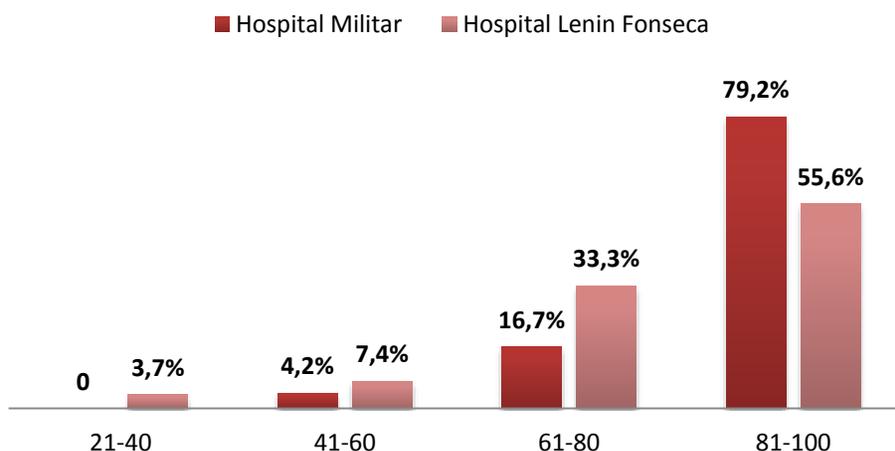
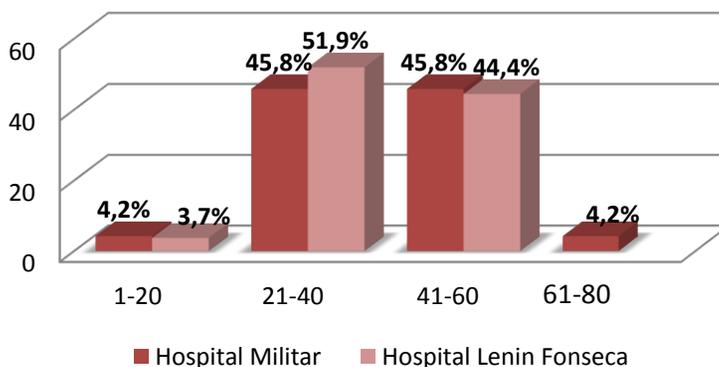


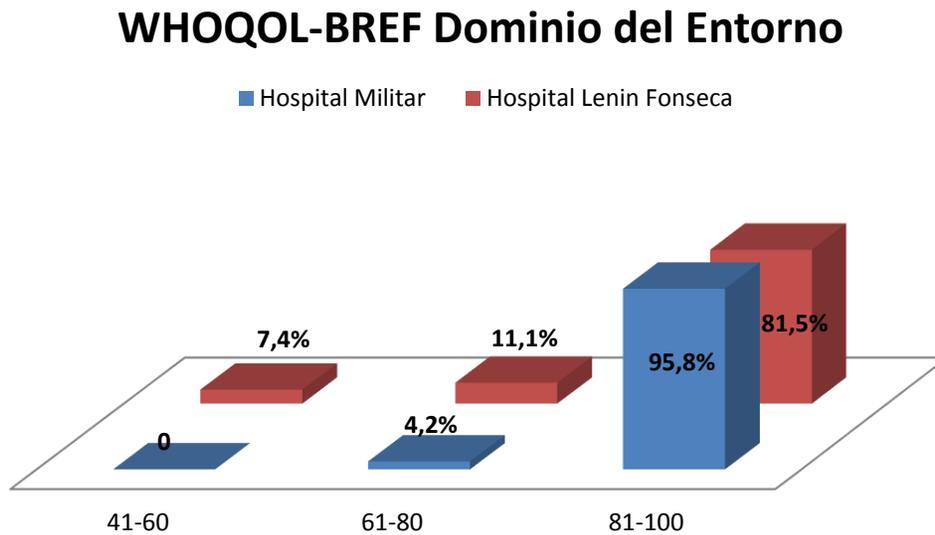
Grafico 17 WHOQOL-BREF Dominio Social de los participantes del estudio “Calidad de vida en los pacientes VIH positivo pertenecientes al programa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños y Hospital Antonio Lenin Fonseca, en el período comprendido de 1ro. de Enero al 31 de Diciembre 2017”

WHOQOL-BREF Dominio Social



Anexo 25

Grafico 18 WHOQOL-BREF Dominio del Entorno de los dos grupos en el estudio “Calidad de vida en los pacientes VIH positivo pertenecientes al programa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños y Hospital Antonio Lenin Fonseca, en el período comprendido de 1ro. de Enero al 31 de Diciembre 2017”



Anexo 26

Tabla 14 Entrecruzamiento de variables calidad de vida y edad de ambos hospitales.

Edad	Hospital		Calidad de Vida					Total
			muy mal	un poco mal	normal	bastante bien	muy bien	
21-26	HOSPITAL LENIN FONSECA	Recuento	0	0	2	0	2	4
		% del total	0,0%	0,0%	7,4%	0,0%	7,4%	14,8%
	HOSPITAL MILITAR	Recuento	0	1	1	0	2	4
		% del total	0	4,2	4,20%	0	8,30%	16,70%
27-35	HOSPITAL LENIN FONSECA	Recuento	0	1	4	2	0	7
		% del total	0,0%	3,7%	14,8%	7,4%	0,0%	25,9%
	HOSPITAL MILITAR	Recuento	0	1	2	2	3	8
		% total	0	4,20%	8,30%	8,30%	12,5%	33,30%
36-45	HOSPITAL LENIN FONSECA	Recuento	1	3	2	1	1	8
		% del total	3,7%	11,1%	7,4%	3,7%	3,7%	29,6%
	HOSPITAL MILITAR	Recuento	0	0	2	2	2	6
		% total	0	0	8,30%	8,30%	8,30%	25%
>de 45	HOSPITAL LENIN FONSECA	Recuento	0	1	5	2	0	8
		% dentro de Edad	0,0%	3,7%	18,5%	7,4%	0,0%	29,6%
	HOSPITAL MILITAR	Recuento	0	1	1	3	1	6
		% del total	0%	4,20%	4,20%	12,50%	4,20%	25%
TOTAL	Recuento		1	5	13	5	3	27
	% dentro de Edad		3,7%	18,5%	48,1%	18,5%	11,1%	100,0%
	Recuento		0	3	6	7	8	24
	% del total		3,7%	18,5%	48,1%	18,5%	11,1%	100,0%

ANEXO 27

Gráfico 19 Entrecruzamiento calidad de vida y edad - Hospital Militar

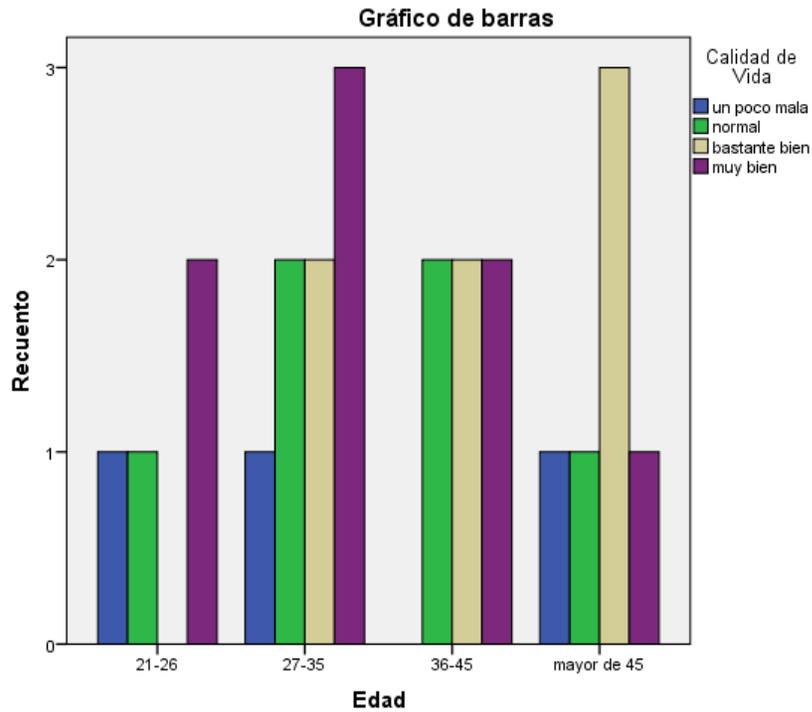
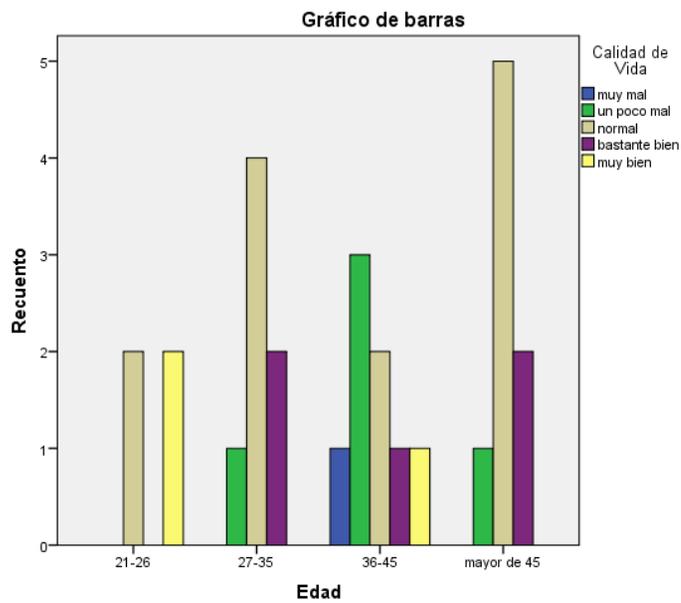


Gráfico 20 Entrecruzamiento calidad de vida y edad – Hospital Lenin Fonseca



Anexo 27

Tabla 15 Entrecruzamiento de variables sexo y calidad de vida ambos hospitales.

		Calidad de Vida					Total	
		muy mal	un poco mal	normal	bastante bien	muy bien		
HOSPITAL LENIN	Masculino	Recuento	0	1	8	4	2	15
		% del Total	0,0%	3,7%	29,6%	14,8%	7,4%	55,6%
HOSPITAL MILITAR	Masculino	Recuento	0	1	5	5	6	17
		% del total	0%	4,20%	20,8%	20,80%	25%	70,8%
HOSPITAL LENIN	Femenino	Recuento	1	4	5	1	1	12
		% del Total	3,7%	14,8%	18,5%	3,7%	3,7%	44,4%
HOSPITAL MILITAR	Femenino	Recuento	0	2	1	2	2	7
		% del total	0	8,30%	4,30%	8,30%	8,30%	29,2%
Total		Recuento	1	5	13	5	3	27
		% del total	3,7%	18,5%	48,1%	18,5%	11,1%	100,0%
			3	6	7	8	24	
			12,50%	25%	29,20%	33,30%	100%	

Anexo 28

Grafico 21 Grafico entrecruzamiento sexo- calidad de vida Hospital Militar

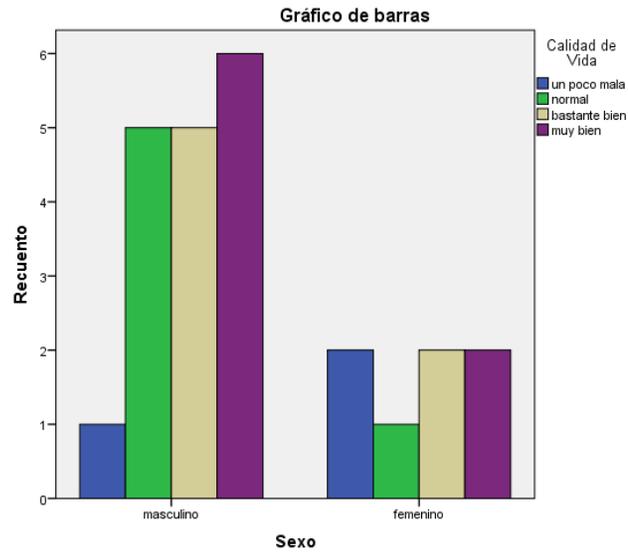


Grafico 22 Grafico entrecruzamiento sexo - calidad de vida Hospital Lenin Fonseca

