



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“CALIDAD DE LA ATENCIÓN A PACIENTE CON VIH EN EL NIVEL
PRIMARIO DE SALUD”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico.

Autora: Morales Stacey, Evelin Tamara

Tutor: Dr. Esp. Mullo Guaminga, Guido Edgar

Ambato – Ecuador

Octubre, 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Análisis de Caso Clínico sobre el tema: **“CALIDAD DE LA ATENCIÓN A PACIENTE CON VIH EN EL NIVEL PRIMARIO DE SALUD”** de Evelin Tamara Morales Stacey, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la evaluación del Jurado Examinador, designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Septiembre del 2016

EL TUTOR

.....
Dr. Esp. Mullo Guaminga, Guido Edgar

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Análisis de Caso Clínico sobre: **“CALIDAD DE LA ATENCIÓN A PACIENTE CON VIH EN EL NIVEL PRIMARIO DE SALUD”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Septiembre del 2016

LA AUTORA

.....
Morales Stacey, Evelin Tamara

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte de él, un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de Investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo su reproducción dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Septiembre del 2016

LA AUTORA

.....
Morales Stacey, Evelin Tamara

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico, sobre el tema **“CALIDAD DE LA ATENCIÓN A PACIENTE CON VIH EN EL NIVEL PRIMARIO DE SALUD”** de Evelin Tamara Morales Stacey, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Octubre del 2016

Para constancia firma

.....
PRESIDENTE/A

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres Amparo Stacey y David Morales, porque ellos han dado razón a mi vida, por sus consejos, apoyo incondicional y su paciencia, todo lo que soy hoy es gracias a ellos.

A mis hermanos David y Bryan, que más que hermanos son mis verdaderos amigos.

A toda mi familia, que es lo mejor y más valioso que dios me ha dado.

Evelin Tamara Morales Stacey

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la fortaleza y la vida, a mi madre que con tu apoyo has logrado que llegue a esta meta, porque con amor me has mostrado la belleza de la vida, con tu ejemplo me has enseñado a vivir y a reír con el mundo, donde hemos compartido momentos felices, desvelos, ambiciones e inquietudes. Con paciencia has forjado en mis sueños, ilusiones y esperanzas, me has hecho crecer como persona, ayudándome a salir adelante en momentos difíciles para hacer de mi lo que hoy soy, porque eres y por siempre serás un ejemplo en mi vida. A mis hermanos por estar siempre a mi lado, ser un apoyo incondicional, y saberme dar un consejo cuando más lo necesite. A mi tío Ing. Carlos Stacey quien ha estado presente toda mi vida y aún más desde el inicio de mi carrera, apoyándome en todo momento y circunstancia, siendo un pilar fundamental para alcanzar mi sueño tan anhelado de ser médico. A mi abuelita Esmeralda Zavala quien durante todo mi trayecto estudiantil estuvo conmigo siempre, dándome los mejores consejos, su apoyo y cariño incondicional. A mis mejores amigas Gabriela Guevara y María Belén Guerrero por estar conmigo siempre, a quienes con su ayuda, apoyo y comprensión me alentaron a lograr esta hermosa realidad.

A mi linda Universidad Técnica de Ambato por acogerme, a los docentes quienes me han guiado con sus conocimientos sabios.

Al Hospital General Puyo, por haberme permitido poner en práctica mis conocimientos adquiridos.

A mi querido Tutor Dr. Esp. Guido Mullo que me ha orientado con su experiencia para realizar este trabajo con mucha responsabilidad.

Evelin Tamara Morales Stacey

ÍNDICE

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE	viii
RESUMEN.....	x
SUMMARY	xii
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	5
OBJETIVO GENERAL	5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
DESARROLLO	6
PRESENTACIÓN DEL CASO	6
DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS	10
ANÁLISIS DEL CASO	11
Datos de identificación del usuario y descripción del caso	11
Descripción de los factores de riesgo	23
Análisis de los factores relacionados con los servicios de salud teniendo en cuenta los siguientes elementos.....	24
IDENTIFICACION DE PUNTOS CRÍTICOS.....	26
CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	27
CONCLUSIONES	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
BIBLIOGRAFÍA.....	30
LINKOGRAFÍA.....	31

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS UTA	32
ANEXOS.....	35

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 1	17
CUADRO 2	19
CUADRO 3	20
CUADRO 4	21

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1	27
---------------	----

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

“CALIDAD DE LA ATENCIÓN A PACIENTE CON VIH EN EL NIVEL PRIMARIO
DE SALUD”

Autora: Morales Stacey, Evelin Tamara

Tutor: Dr. Esp. Mullo Guaminga, Guido Edgar

Fecha: Septiembre, 2016

RESUMEN

La infección por VIH/Sida es el conjunto de fenómenos inmunológicos y virológicos que se desarrollan desde el momento en que una persona se infecta hasta que la viremia y el recuento en sangre periférica de linfocitos T CD4 se estabilizan. El conjunto de signos y síntomas que pueden aparecer durante la primo infección (PI) se conoce como síndrome retroviral agudo (SRA), primo infección sintomática o infección aguda por el VIH/Sida. La primo infección se sigue de un período habitualmente de larga duración, clínicamente silente, conocido como fase asintomática. Los síntomas más frecuentes son fiebre, erupción maculopapular, úlceras bucales, adenopatías, artralgias, faringitis, malestar, anorexia, pérdida de peso, meningitis linfocitaria y mialgias. La mayor o menor gravedad de este proceso tiene implicaciones con pronóstico desfavorable, de modo que en los pacientes con cuadros clínicos más intensos y más prolongados la progresión de la infección por el VIH/Sida tiende a ser más rápida.

Paciente masculino de 32 años de edad, raza negra, ocupación guardia de seguridad, estado civil unión libre, nacido en Quito y residente en Puyo - Pastaza hace 10 años, acude al centro de salud hace un año y medio aproximadamente, presentando fiebre no cuantificada, tos con expectoración de color verdosa, acompañado de diarrea por varias ocasiones hace más o menos 8 días de evolución. Al examen físico: orofaringe: mucosas orales semihúmedas,

congestiva, purulenta, por lo que médico diagnostica como Faringoamigdalitis, prescribiendo antibioticoterapia y envía a realizar exámenes complementarios, dentro de ellos VDRL y VIH/Sida (prueba rápida). Posterior a esto paciente acude a centro de salud a los 3 días, donde reporta resultado de VDRL reactivo y VIH/Sida (prueba rápida) positivo, para lo cual médico indica que enviará referencia al Hospital General Puyo y que primero debe terminar con su tratamiento por diagnóstico de Faringoamigdalitis. Paciente acude a centro de salud a los 15 días, indicando que va por su referencia al hospital en mención, donde indican que el médico que lo atendió días atrás ya no trabaja en dicha unidad de salud, debido a que existió cambio de médico rural establecido por el Ministerio de Salud Pública, por lo que agendan turno con nuevo médico; paciente refiere en consulta que persiste con cuadro diarreico sin causa aparente más pérdida de peso y menciona que se le iba a realizar referencia al Hospital General Puyo por diagnóstico de VIH/Sida (prueba rápida), en esta área de salud es tratado con antibioticoterapia más antiparasitarios. Al examen físico: tensión arterial: 106/60 mm/Hg, frecuencia cardíaca: 70 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto, peso 63 Kg, talla: 1,63 metros, IMC: 23,7 kg/m², piel: normal, orofaringe: mucosas orales semihúmedas, no congestiva, corazón: rítmico, no soplos, pulmones: murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos, abdomen: suave, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, ganglios linfáticos: adenomegalias retroauriculares. Por lo que se realiza referencia por la clínica más el antecedente diagnóstico de VIH/Sida (prueba rápida) positivo al Hospital General Puyo; es consultado, en donde se hace una adecuada valoración de los antecedentes sobre todo de la vida sexual, encontrando factores de riesgo para Infecciones de transmisión Sexual, por lo que se realiza prueba rápida (cromatografía) por dos ocasiones para VIH/Sida con resultado positivo. Posterior a esto se solicita hacer examen confirmatorio (WESTERN BLOT), donde reporta positivo en la investigación de anticuerpos contra el VIH/Sida. Se inicia manejo para determinar tratamiento y al momento el paciente con tratamiento antirretroviral.

PALABRAS CLASES: ANTICUERPOS, PRIMO INFECCIÓN, VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), ANTIRRETROVIRALES.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
MEDICAL CAREER

“QUALITY OF CARE TO PATIENTS WITH HIV AT THE PRIMARY LEVEL
HEALTH”

Author: Morales Stacey, Evelin Tamara

Tutor: Dr. Esp. Mullo Guaminga, Guido Edgar

Date: September, 2016

SUMMARY

HIV / AIDS is the set of immunologic and virologic phenomena that develop from the time a person becomes infected until viremia and count in peripheral blood CD4 stabilize. The set of signs and symptoms that may occur during the primary infection (PI) is known as acute retroviral syndrome (SRA), cousin symptomatic infection or acute HIV infection / AIDS. The primary infection is followed by a long period usually clinically silent, known as asymptomatic phase. The most common symptoms are fever, maculopapular rash, mouth ulcers, lymphadenopathy, arthralgia, pharyngitis, malaise, anorexia, weight loss, and myalgias lymphocytic meningitis. The greater or lesser severity of this process has implications with unfavorable prognosis, so that patients with more intense and longer clinical symptoms progression of HIV / AIDS tends to be faster.

Male patient 32 years of age, black race, security guard occupation, marital status cohabiting, born in Quito and resident Puyo - Pastaza 10 years ago, go to the health center for a year and a half presenting unquantified fever, coughing color greenish diarrhea accompanied by several times about 8 days ago evolution. Physical examination: oral mucous oropharynx

semihumid, congestive, purulent, so Tonsillopharyngitis prescribing doctor diagnosed as antibiotic therapy and sends perform additional tests, among them VDRL and HIV / AIDS (rapid test). Following this patient comes to health center at 3 days, where reported results of reactive VDRL and HIV / AIDS (rapid test) positive, for which physician indicates that send reference to Hospital General Puyo and must first end their treatment for diagnostic Tonsillopharyngitis. Patient comes to health center within 15 days, indicating that goes by reference to the hospital in question, where they indicate that the attending physician days ago no longer works in that health unit, because there was change of rural doctor established by the Ministry Public Health, so agendan turn with new doctor; patient reports in consultation persisting with diarrheal symptoms without apparent cause more weight loss and mentioned that he was going to make reference to the Hospital General Puyo for diagnosis of HIV / AIDS (rapid test), this health area is treated with antibiotic therapy more antiparasitic. Physical examination: Blood pressure: 106/60 mm / Hg, heart rate: 70 beats per minute, Respiration Rate: 20 breaths per minute, Weight 63 kg Height: 1.63 meters, BMI 23.7 kg / m², skin: normal, oropharynx: no oral mucosal congestive semihumid, heart rhythm, no murmurs, lungs breath sounds preserved, not superadded noise, abdomen soft, depressible, painless to superficial or deep palpation, lymph nodes: BTE lymphadenopathy. Therefore reference is made by the clinic antecedent diagnosis of HIV / AIDS (rapid test) positive at the General Hospital Puyo; where it is consulted, adequate assessment of the background especially sex life finding risk factors is done to sexually transmitted infections, so rapid test is performed (chromatography) on two occasions for HIV / AIDS positive result. Following this request to the Confirmatory test (WESTERN BLOT), where positive research reports antibody against HIV / AIDS. Operation is initiated to determine treatment and when the treatment antirretroviral patient.

KEY WORDS: ANTIBODIES, PRIMARY INFECTION, IMMUNODEFICIENCY HUMAN VIRUS (IHV), ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME (AIDS), ANTIRETROVIRAL.

INTRODUCCIÓN

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida) han sido consideradas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud como una patología de alto costo, por generar un fuerte impacto económico sobre las finanzas de dicho sistema y por causar un dramático efecto sobre la calidad de vida del paciente y su familia, incluidas las repercusiones laborales. (10).

Durante las últimas tres décadas hemos vivido múltiples cambios en el conocimiento de la infección por el VIH/Sida y en el perfil epidemiológico de los pacientes. Gracias a la disponibilidad de fármacos altamente eficaces y al inicio precoz del tratamiento, la supervivencia de los pacientes ha aumentado de forma significativa. La nueva visión de la infección requiere un cambio en las políticas de prevención, diagnóstico, seguimiento y tratamiento. (14)

La Organización Mundial de la Salud manifiesta que gracias a los adelantos recientes en el acceso al tratamiento con antirretrovíricos, las personas seropositivas pueden ahora vivir más tiempo y en mejor estado de salud. Además, se ha confirmado que el tratamiento con antirretrovíricos evita la transmisión del VIH/Sida. A finales del 2014, 14,9 millones de personas estaban recibiendo terapia antirretrovírica en todo el mundo, lo que representa el 40% [37-45%] de los 36,9% [34,3-41,4%] millones de personas que viven con el VIH/Sida. (15)

Desde el inicio de la epidemia, aun antes de la identificación del virus, se planteó la estrategia preventiva como la mejor y prácticamente única medida, encaminada a romper la cadena epidemiológica y de esta forma conseguir que disminuyese su incidencia. Hay que recordar que la disminución de casos entre homosexuales se acompaña de un aumento de casos

transmitidos por vía heterosexual, con mayor incidencia en las mujeres, que podría interpretarse como la inadecuación de las campañas preventivas hacia la población general. (17)

En la próxima fase de la respuesta frente al VIH/Sida se deberá procurar; sobre todo, crear asociaciones amplias y vincular esta respuesta con otras que abarquen otros problemas de salud y desarrollo. Este proyecto de estrategia se corresponde plenamente con la agenda, las metas de salud y desarrollo para el período posterior a 2015. En ella se describe la contribución del sector de la salud a la respuesta amplia y multisectorial establecida en la estrategia del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) para el 2016-2021. También se corresponde con otras estrategias y planes mundiales sobre salud, entre ellos los referidos a las infecciones de transmisión sexual, la tuberculosis, la hepatitis vírica, la salud sexual y reproductiva, la salud materna e infantil, la seguridad de las transfusiones sanguíneas, la salud mental, las enfermedades no transmisibles y los servicios de salud integrados y centrados en las personas. Por otro lado, en la estrategia se han tenido en cuenta los extraordinarios esfuerzos desplegados a nivel nacional, en reconocimiento de que los países y las comunidades son actores esenciales en la respuesta frente al virus. Así mismo, se han considerado las estrategias sobre el VIH/Sida y las estrategias sobre salud en general de los principales asociados en el desarrollo, entre los que se cuenta el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis, la Malaria y el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el alivio del Sida. La aplicación plena de este proyecto de estrategia contribuirá al logro de otros objetivos de desarrollo sostenible, por lo que permitirá evitar y aliviar la pobreza, reducir las inequidades, promover la igualdad de género, mejorar la productividad y abordar la exclusión, la estigmatización y la discriminación. (16)

La calidad de la atención del paciente con VIH/Sida y/o Infecciones de Transmisión Sexual, no solo depende de la cantidad de recursos, sino de cómo se emplean éstos, de cómo se organiza y dirige el sistema sanitario, de cómo se forma a los profesionales y de la motivación y apoyo de los grupos sociales implicados. Se requiere una mayor coordinación entre el

ámbito sanitario y otros sectores de nuestra sociedad implicados en el bienestar del paciente. (16).

En el Ecuador, en el 2014 se reportan muertes por el VIH/Sida, llegando a un número de 828 personas, teniendo una mortalidad masculina de 626 y en mujeres 202 casos reportados, sobre todo en la provincia del Guayas en donde se registra la mayor incidencia, seguida por las provincias de Los Ríos, Manabí y Esmeraldas. En el caso de la región Sierra, la provincia de Pichincha tiene el mayor número de casos de toda la región. (11)

La epidemia en el Ecuador es de tipo conciso, en la cual la prevalencia en la población general es menor a 1% y en poblaciones más expuestas es mayor al 5%. El 83,15% de los casos del VIH, pertenece al grupo etario de 15-54 años y el 82,86% de los casos Sida está en el grupo de 20-49 años. (12)

La gravedad y complejidad de la epidemia de VIH/Sida demanda por tanto, de una respuesta transdisciplinaria y multisectorial, además de soluciones integrales y oportunas de prevención, tratamiento y apoyo a los pacientes. Se requiere una buena práctica profesional, pero también de la mejor relación del personal de salud con el paciente para mejorar la consejería y la adherencia al tratamiento. (12)

Uno de los momentos clave de la relación médico-paciente, es la realización del análisis frente al VIH/Sida. Hoy en día la mayoría de las personas que acuden a realizarse el test, lo hacen por haber tenido una relación sexual habitualmente heterosexual que consideran de riesgo. El análisis de estos casos muestra que todavía subyace en la población heterosexual el concepto de grupo de riesgo. El caso de los jóvenes y adolescentes es complejo, en primer lugar porque en ellos existen dificultades sobreañadidas; por ejemplo, el inicio de las

relaciones sexuales entre ellos por esporádicas o inesperadas, se produce en situaciones que favorecen poco la adopción de medidas preventivas. (12)

Las guías sobre el manejo del VIH/Sida, son de aplicación obligatoria para la red pública y complementaria en la organización, gestión y control de procedimientos para el manejo de ésta enfermedad, en todos los niveles de gerencia y atención. En tanto instrumento técnico de consulta, contienen la normativa que debe ser aplicada por todos los involucrados en la atención integral y coordinada en los diferentes niveles, para alcanzar una atención humanizada y oportuna a los pacientes con VIH/Sida. (12)

En particular en la Provincia de Pastaza - Puyo, el centro de referencia donde existe clínica de VIH/Sida para manejo de estos pacientes es el Hospital General Puyo, por lo que actualmente en el hospital se maneja clínica del VIH/Sida a 56 pacientes adultos activos, de los cuales son 27 mujeres y 29 hombres que comprenden edades entre 17 años a 60 años. La mayor incidencia se concentra entre la tercera y cuarta década. Sin tomar en cuenta el subregistro, ya que por razones sociales los pacientes no reportan contacto y no acuden con su pareja para realizar la prueba y ver la incidencia real de casos en la provincia. (13)

En cuanto a la problemática social por los tabúes o discriminación q sufren estos pacientes, hay mucha migración de pacientes de otras provincias al hospital para el manejo fuera de su jurisdicción. (13)

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ✓ Evaluar la calidad de atención de un caso con infección por VIH en la atención primaria de salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Definir los factores que influyen en la mejora de la atención brindada a un paciente con VIH en el primer nivel de atención en salud.
- ✓ Identificar factores que influyen en el diagnóstico oportuno de un paciente con VIH en el primer nivel de atención en salud.

DESARROLLO

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 32 años de edad, raza negra, ocupación guardia de seguridad, instrucción secundaria completa, nacida en Quito y residente en Puyo - Pastaza hace 10 años, estado civil unión libre, diestro, católico, grupo sanguíneo ORh+.

Paciente vive en casa arrendada, la misma que cuenta con todos los servicios básicos, dos habitaciones, vive con su pareja, el soporte económico lo proporciona él pero es limitado, mantiene buenas relaciones intrafamiliares.

Dentro de los antecedentes patológicos familiares y personales: no refiere, clínicos: infecciones respiratorias a repetición desde hace 1 año, quirúrgicos: no refiere. Alergias: ninguna. Inicio de vida sexual activa: a los 17 años, frecuente burdeles y manifiesta tener relaciones sexuales con trabajadoras sexuales.

Paciente acude al centro de salud hace un año y medio aproximadamente, presentando fiebre no cuantificada, tos con expectoración de color verdosa, acompañado de diarrea por varias ocasiones hace más o menos 8 días de evolución. Al examen físico: orofaringe: mucosas orales semihúmedas, congestiva, purulenta, por lo que médico diagnostica como Faringoamigdalitis, prescribiendo antibioticoterapia y envía a realizar exámenes complementarios, dentro de ellos VDRL y VIH/Sida (prueba rápida). Posterior a esto paciente acude a centro de salud a los 3 días, donde reporta resultado de VDRL reactivo y VIH/Sida (prueba rápida) positivo, para lo cual médico indica que enviará referencia al Hospital General Puyo y que primero debe terminar con su tratamiento por diagnóstico de Faringoamigdalitis. Paciente acude a centro de salud a los 15 días, indicando que va por su

referencia al hospital en mención, donde indican que el médico que lo atendió días atrás ya no trabaja en dicha unidad de salud, debido a que existió cambio de médico rural establecido por el Ministerio de Salud Pública, por lo cual agendan turno con nuevo médico; paciente refiere en consulta que persiste con cuadro diarreico sin causa aparente más pérdida de peso y menciona que se le iba a realizar referencia al Hospital General Puyo por diagnóstico de VIH/Sida (prueba rápida), en esta área de salud es tratado con antibioticoterapia más antiparasitarios. Al examen físico: tensión arterial: 106/60 mm/Hg, frecuencia cardiaca: 70 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto, peso 63 Kg, talla: 1,63 metros, IMC: 23,7 kg/m², piel: normal, orofaringe: mucosas orales semihúmedas, no congestiva, corazón: rítmico, no soplos, pulmones: murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos, abdomen: suave, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, ganglios linfáticos: adenomegalias retroauriculares. Por lo que médico realiza referencia por la clínica más el antecedente diagnóstico de VIH/Sida (prueba rápida) positivo al Hospital General Puyo con diagnóstico de Diarrea crónica más VIH/Sida positivo.

Paciente es remitido al área de emergencia, donde es valorado y se interconsulta al área de Medicina Interna con diagnóstico de Gastroenteritis aguda, lo remiten a consulta externa del Hospital General Puyo, con cuadro de deshidratación grado II, diarreas por varias ocasiones. En los exámenes complementarios reporta: Biometría Hemática: leucocitos 7,640, neutrófilos 49,4%, linfocitos 43,6%, hemoglobina 12 g/dl, hematocrito 37,8%, plaquetas 349.000. Médico Internista realiza nuevamente interrogatorio a paciente, en donde manifiesta tener más de dos parejas sexuales, sin uso de método de protección por desconocimiento personal. En el examen físico: tensión arterial 100/60 mm/Hg, frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto, frecuencia cardiaca 73 latidos por minuto, peso 63 Kg, talla 1,63 metros, IMC 23,7 Kg/m², adenomegalias retroauriculares, bilaterales de 1 centímetro de diámetro, dolorosas a la palpación, móviles, sin signos de inflamación, región inguino-genital: sin estigma de enfermedades de transmisión sexual, región ano-perineal: normal. Por lo que médico solicita: Biometría Hemática, Química Sanguínea, Coproparasitario y tamizaje para enfermedades de transmisión sexual: VDRL, HEPATITIS B, HEPATITIS C, VIH/Sida e indica acudir en 2 días a consulta con resultados de exámenes.

Paciente acude a consulta a los dos días (28/05/2015) en donde indica resultados de exámenes complementarios, reportando: Serología: VDRL REACTIVO 1:2 SÍFILIS ULTRASENSIBLE, HEPATITIS B NEGATIVO, HEPATITIS C NEGATIVO, VIH/Sida POSITIVO (prueba rápida). Por lo que médico solicita nuevamente examen de VIH/Sida (prueba rápida) e indica acudir con resultado en 2 días.

Paciente acude a los 2 días a consulta externa, indicando resultado de examen mencionado donde reporta: VIH/Sida (prueba rápida) positivo, posterior a esto médico especialista solicita examen confirmatorio por la sospecha de una posible infección por VIH/Sida.

Paciente acude al mes a consulta (29/06/2015) con resultado de examen ya solicitado, en donde reporta: PRUEBA CONFIRMATORIA (WESTERN BLOT) POSITIVO, para lo cual se indica la realización de exámenes complementarios y así descartar infecciones oportunistas, conteos de linfocitos T CD4 y carga viral, llevando así a estadificar al paciente.

Paciente acude a los 7 días a consulta (6/07/2016) con resultado de Linfocitos T CD4: 374 células/UL, Carga Viral: 1951 copias/ml, TORCH: Toxoplasma >250 UL/ml. Por lo que médico clasifica a paciente en clase A2 según CDC y por la recomendación de la Guía del Ministerio de Salud Pública, con conteos de Linfocitos T CD4 menos de 500 células/UL, iniciar tratamiento con antirretrovirales: Tenofovir 300 miligramos, Emtricitabina 200 miligramos, Efavirenz 600 miligramos, un comprimido vía oral a las 10 de la noche y solicita acudir a control en 15 días.

Paciente acude a los 15 días a consulta, refiriendo leve mareo en las noches, por lo que médico decide realizar interconsulta a Psicología, comunica a Epidemiología para rastreo y decide continuar con tratamiento antirretroviral.

Posterior a esto, paciente acude a consulta de psicología, referida por médico internista en donde psicólogo reporta como diagnóstico, trastorno mixto de ansiedad y depresión, por lo que decide terapia explicativa.

A los 6 meses de ya iniciado el tratamiento, paciente acude a consulta asintomático y con buena adherencia al mismo, por lo que médico internista decide solicitar linfocitos T CD4 y carga viral para control.

Paciente acude a la semana con resultados, donde reporta: linfocitos T CD4: 501 células/UL y carga viral diana no detectable.

A partir de la última consulta el día 25/08/2016, realizada por el médico internista, él paciente se encuentra asintomático con interconsulta pendiente de odontología y buena adherencia al tratamiento antirretroviral, se continúa con indicaciones de antirretrovirales y controles periódicos mensuales por el resto del año.

Cabe recalcar y es importante en la historia, que se hace tamizaje a la pareja del paciente en donde reporta: VIH/Sida NO REACTIVO, por lo que al ser pareja discordante también es indicativo para tratamiento antirretroviral en el paciente VIH/Sida positivo.

DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS

- ✓ Historia clínica del paciente: la misma se solicitó en el departamento de estadística del Hospital General Puyo, en la que no se detallan todos los aspectos necesarios de la anamnesis, por lo que se recurre a otro medio de información.
- ✓ Entrevista al médico tratante: el médico especialista tenía muy clara toda la información sobre el paciente, por lo que fue muy útil las aclaraciones hechas por él.
- ✓ Entrevista con el paciente: al no contar con toda la información necesaria acerca del caso, se procede a una entrevista telefónica con el paciente, colabora de manera correcta y eficaz.

ANÁLISIS DEL CASO

Datos de identificación del usuario y descripción del caso

El presente caso, trata de un paciente masculino de 32 años de edad, raza negra, ocupación empleado privado, instrucción secundaria completa, nacida en Quito y residente en Puyo - Pastaza hace 10 años. Acude al centro de salud hace un año y medio aproximadamente, presentando fiebre no cuantificada, tos con expectoración de color verdosa, acompañado de diarrea por varias ocasiones hace más o menos 8 días de evolución. Al examen físico: orofaringe: mucosas orales semihúmedas, congestiva, purulenta, por lo que médico diagnostica como Faringoamigdalitis, prescribiendo antibioticoterapia y envía a realizar exámenes complementarios, dentro de ellos VDRL y VIH/Sida (prueba rápida). Posterior a esto paciente acude a centro de salud a los 3 días, donde reporta resultado de VDRL reactivo y VIH/Sida (prueba rápida) positivo, para lo cual médico indica que enviará referencia al Hospital General Puyo y que primero debe terminar con su tratamiento por diagnóstico de Faringoamigdalitis. Paciente acude a centro de salud a los 15 días, indicando que va por su referencia al hospital en mención, donde indican que el médico que lo atendió días atrás ya no trabaja en dicha unidad de salud, debido a que existió cambio de médico rural establecido por el Ministerio de Salud Pública, por lo cual agendan turno con nuevo médico; paciente refiere en consulta que persiste con cuadro diarreico sin causa aparente más pérdida de peso y menciona que se le iba a realizar referencia al Hospital General Puyo por diagnóstico de VIH/Sida (prueba rápida), en esta área de salud es tratado con antibioticoterapia más antiparasitarios. Al examen físico: tensión arterial: 106/60 mm/Hg, frecuencia cardiaca: 70 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto, peso 63 Kg, talla: 1,63 metros, IMC: 23,7 kg/m², piel: normal, orofaringe: mucosas orales semihúmedas, no congestiva, corazón: rítmico, no soplos, pulmones: murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos, abdomen: suave, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, ganglios linfáticos: adenomegalias retroauriculares. Por lo que médico realiza referencia por la clínica más el antecedente diagnóstico de VIH/Sida (prueba rápida) positivo al Hospital General Puyo con diagnóstico de Diarrea crónica más VIH/Sida positivo.

La literatura señala, que el VIH/Sida es considerado un problema de salud pública en el mundo; así también en el Ecuador, donde se ha observado una tendencia al incremento en el número de casos nuevos notificados de VIH y Sida, principalmente en los años 2008 y 2009. Por lo tanto, la atención primaria frente al paciente con VIH/Sida, no debe ni puede estar ajena, sino más bien creemos que debe jugar un rol protagónico en la acogida del paciente y su familia, en la atención de ellos, en los cuidados paliativos en la etapa final de la enfermedad, utilizando el enfoque familiar. (12)

La infección por VIH/Sida es un problema de salud pública, que atañe a todos los sectores ya sean públicos o privados, de gobierno o de oposición, de iglesia y laicos, sin embargo juega un rol fundamental y protagónico el nivel primario de atención en salud, tanto en la detección precoz de la enfermedad y más importante aún en la prevención de esta. (18)

Pero al ver en esta primera parte, que al paciente no se le realiza una correcta historia clínica, nos podemos dar cuenta el desconocimiento del tema, tanto en el área clínica como en la sicosocial y porque no decirlo también por falta de entrenamiento y prejuicios respecto a la misma enfermedad.

La primera consulta es un evento de fundamental importancia en la relación médico-paciente, ya que marcará las pautas de las consultas posteriores. En general, la primera consulta demanda más de una visita (habitualmente 2 o 3), ya que involucra distintos aspectos de la anamnesis, examen físico, medidas generales de prevención, introducción del tema de la medicación específica, derivación a las consultas rutinarias con especialistas y fundamentalmente, la respuesta a las interrogantes del paciente. La duración de la primera consulta debe ser como mínimo de 45 a 60 minutos, y las subsecuentes pueden requerir como mínimo aproximadamente 30 minutos. (12)

La atención primaria se ha visto involucrada en la prevención de la enfermedad, pero no como agente activo, ya que no ha tenido una participación social, constante y consecuente con la enfermedad, sino más bien como un ente aislado dentro de una sociedad que requiere de todos los actores posibles para lograr éxito en esta tarea, que es educar para prevenir y si esto ya no es posible, poder acoger, acompañar y cuidar al enfermo y su familia. (22)

Si bien todos los lineamientos deben ser adaptados a la realidad local, existe una necesidad de educar y capacitar al equipo de salud en la creación de modelos de prevención y en el manejo del paciente con VIH/Sida y su familia, así sería más factible y eficaz una intervención exitosa. (20)

Continuando con el caso, el paciente es remitido al área de emergencia, donde es valorado y se interconsulta al área de Medicina Interna con diagnóstico de Gastroenteritis aguda, lo remiten a consulta externa del Hospital General Puyo, con cuadro de deshidratación grado II, diarreas por varias ocasiones. Médico Internista realiza nuevamente interrogatorio a paciente, en donde manifiesta tener más de dos parejas sexuales, sin uso de método de protección por desconocimiento personal. En el examen físico: tensión arterial 100/60 mm/Hg, frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto, frecuencia cardiaca 73 latidos por minuto, peso 63 Kg, talla 1,63 metros, IMC 23,7 Kg/m², adenomegalias retroauriculares bilaterales de 1 centímetro de diámetro, dolorosas a la palpación, móviles, sin signos de inflamación, región inguino-genital: sin estigma de enfermedades de transmisión sexual, región ano-perineal: normal. Por lo que médico solicita: Biometría Hemática, Química Sanguínea, Coproparasitario y tamizaje para enfermedades de transmisión sexual: VDRL, HEPATITIS B, HEPATITIS C, VIH/Sida. Posterior a esto paciente acude con resultados de exámenes complementarios, reportando: Serología VDRL REACTIVO 1:2 SÍFILIS ULTRASENSIBLE, HEPATITIS B NEGATIVO, HEPATITIS C NEGATIVO, VIH/Sida (prueba rápida) POSITIVO. Por lo que médico solicita nuevamente examen de VIH/Sida (prueba rápida), en donde a los pocos días reporta nuevamente VIH/Sida (prueba rápida)

positivo. Indicando así que se realice examen confirmatorio (WESTERN BLOT), por la sospecha de posible infección por VIH/Sida.

Actualmente tenemos en nuestras manos recursos y capacidades que hace unos años se antojaban inalcanzables. Gestionar eficientemente los recursos disponibles, es un reto que se plantea hoy por hoy y que representa el trabajo conjunto de todos los actores implicados directa o indirectamente en la atención a las personas con infección por el VIH/Sida y/o con Infecciones de Transmisión Sexual, con el objetivo de reforzar el compromiso que siempre hemos tenido con los pacientes. (14)

Debemos mencionar, que debido a la complejidad de las combinaciones terapéuticas, la accesibilidad de las pruebas necesarias y en ocasiones por la desconfianza hacia los médicos de familia, estos enfermos han estado bastante ligados a las unidades de VIH/Sida hospitalarias, perdiendo prácticamente el contacto con sus médicos de familia. Por ello, una fluida coordinación asistencial debe convertirse en una prioridad absoluta para los próximos años. (17)

En cuanto a la elaboración correcta de la historia clínica en el paciente en el segundo nivel, se logra llegar más allá que a un solo diagnóstico. Pudiendo de esta manera realizar los exámenes pertinentes y lograr un manejo adecuado en el paciente.

Las pruebas de laboratorio utilizadas en la infección por VIH/Sida, se pueden clasificar en pruebas de tamizaje, confirmatorias, de seguimiento y monitoreo del tratamiento. Las dos primeras son usadas para el diagnóstico de infección por VIH/Sida y las restantes para monitorear al paciente y evaluar el tratamiento antirretroviral. Los métodos pueden ser directos e indirectos. Los métodos indirectos reconocen principalmente anticuerpos específicos producidos por el sistema inmune como respuesta a la presencia de virus o bien

detectan la respuesta inmune celular frente al VIH/Sida. Los métodos directos permiten detectar el propio virus o alguno de sus componentes, ya sean proteínas o ácidos nucleicos. (12)

Las pruebas de tamizaje son conocidas también como pruebas de screening, y tienen como objetivo principal, captar la mayor parte de muestras que reaccionen en el test, pero no dan un resultado definitivo. Por lo tanto, todo reporte de estas pruebas, debe ser notificado en términos de reactivo o no reactivo. Es importante señalar, que un resultado reactivo en pruebas de tamizaje no indica infección por VIH/Sida. Estas pruebas permiten detectar antígenos y/o anticuerpos contra el VIH/Sida y constituyen el primer paso para el diagnóstico de la infección. Las pruebas confirmatorias, por otro lado, son aquellas que permiten confirmar si la persona está infectada por VIH/Sida. Por esta razón, el resultado de estas pruebas se reporta como positivo o negativo. Un resultado positivo en test confirmatorio indica infección por VIH/Sida. (12)

Es por ello, q las guías sobre el manejo del VIH/Sida, son de aplicación obligatoria para la red pública y complementaria en la organización, gestión y control de procedimientos para el manejo ésta enfermedad, en todos los niveles de gerencia y atención. En tanto instrumento técnico de consulta, contienen la normativa que debe ser aplicada por todos los involucrados en la atención integral y coordinada en los diferentes niveles, para alcanzar una atención humanizada y oportuna a los pacientes con VIH/Sida. (12)

La atención primaria juega un rol extremadamente importante en la paralización de la extensión de ésta epidemia, ya que es a este nivel donde se aplica o se debería aplicar en mayor medida, el tema de la prevención destinada a la población en riesgo de infección, como a evitar la propagación de la infección por quienes padecen de la enfermedad, así como también la preocupación de los pacientes con VIH/Sida positivo en temas generales, tales como la prevención social, inmunizaciones, visitas y control domiciliario, entre otros. (23)

Puede parecer una autocrítica, no solo hacia la atención primaria, sino que a todos los que en cierta forma nos involucramos con individuos ya sean sanos o enfermos, en el hospital y consultorio y también a los otros sectores como educación, cuyo papel es tremendamente importante en ésta enfermedad, algo pasa, existe algo en ésta cadena que ha impedido reducir los casos de VIH/Sida positivo, es cierto que no podemos participar en decisiones tan íntimas como decidir tener relaciones sexuales con tal o cual persona, pero cuántos de ellos saben cómo protegerse, el CONASIDA tiene cifras impactantes del número de casos de SIDA que habrán en cinco o diez años más, esto se ha transformado en una necesidad social que nos obliga a crear armas contra la infección por VIH/Sida, así como también nos muestra la necesidad imperante de capacitación, tanto en la atención del paciente y su familia como en la propia enfermedad. (19)

Para la atención primaria, el abordaje de ésta situación debería ser hacia el individuo y su familia, a través de un equipo multidisciplinario en el que se pudiese contar con un médico de familia, enfermera(o), asistente social, psicólogo, nutricionista y técnico paramédico, pudiendo dar así una atención integral (bien sabemos que la realidad para muchos consultorios de atención primaria en el país es complicada, en cuanto a recurso humano se trata).

La complejidad del manejo y de la situación de la persona que vive con VIH/Sida, requiere de un enfoque integral, donde se garantice confidencialidad, cumplimiento y que además de las destrezas y experiencia clínica, el profesional de la salud tenga buena comunicación con el paciente y esté en capacidad de brindarle información adecuada y apoyo. Es necesario incluir en la valoración inicial de la persona que vive con VIH/Sida, el análisis de las conductas de riesgo, precisar el estadio de la enfermedad, la necesidad de tratamiento para prevenir y tratar las infecciones oportunistas y de terapia antirretroviral. (12)

La elaboración de la historia clínica debe contemplar una anamnesis completa y un examen físico detallado con énfasis en los siguientes aspectos:

CUADRO 1

Abordaje inicial y seguimiento del paciente con VIH/Sida

Actividad	Inicial	Mensual	Cada 3 meses	Cada 6 meses	Cada 12 meses
Anamnesis	X		X		
Examen físico	X		X		
Consulta salud mental*	X	Según plan de acción			
Orientación nutricional	X			X	
Atención de consejería	X		X		
Apoyo de trabajo social	X	Según necesidad			
Exámenes de laboratorio					
Biometría hemática completa	X			X	
Glucosa, creatinina, perfil lipídico, enzimas hepáticas	X			X	
VDRL	X				X
Serología para hepatitis B (HBs Ag) y C	X				
Elemental y microscópico de orina	X			X	
Coproparasitario	X			X	
CD4	X			X	
Carga viral	X			X	
Rayos X del tórax	X				X
Electrocardiograma	X				X
Interconsultas					
Ginecología: papanicolaou y colposcopia	X				X
Ginecología en fase sida				X	
Ginecología: test de embarazo	X				
Oftalmología (<100 CD4)				X	
Oftalmología (<50 CD4)			X		
Oftalmología (en caso de tener retinopatía por CMV)		X			
Odontología	X			X	

Fuente: Ministerio de Salud pública. Guía de atención integral para adultos y adolescentes con infección con VIH/Sida. 2012.

La situación clínica, el valor de linfocitos T CD4 y la Carga Viral, son los elementos más importantes para el inicio, el seguimiento y la toma de decisiones en general. Existe una

buena correlación entre las respuestas clínica, inmunológica y virológica. El número de linfocitos T CD4, es el principal marcador de riesgo de progresión de la infección por VIH/Sida y es el parámetro más importante para decidir el inicio del tratamiento; además, nos orienta sobre la necesidad o no de profilaxis de infecciones oportunistas. (12)

Al mes, paciente acude a consulta con resultado de examen ya solicitado, en donde reporta: PRUEBA CONFIRMATORIA (WESTERN BLOT) POSITIVO, para lo cual se indica la realización de exámenes complementarios y así descartar infecciones oportunistas y conteos de linfocitos T CD4 y carga viral, para la estadificación del paciente.

Las pruebas confirmatorias tienen alta especificidad, conservando una alta sensibilidad. El Western Blot, es la prueba confirmatoria usada actualmente en el Ecuador. Detecta anticuerpos contra diferentes proteínas específicas del virus, y se la utiliza para confirmar la infección por VIH/Sida. (12)

En el caso del paciente, una vez que ya fue confirmatoria su sospecha por infección con VIH/Sida, se procede a estadificarlo, para así iniciar tratamiento antirretroviral adecuado.

Para orientar el manejo clínico en VIH/Sida, existen dos clasificaciones ampliamente usadas internacionalmente: la del Centro de Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Cualquiera de las dos clasificaciones puede ser empleada por los profesionales, en el marco de aplicación de ésta Guía. La no disponibilidad de medición de niveles de linfocitos T CD4, no debe ser un impedimento para realizar una adecuada clasificación. (12)

CUADRO 2

Determinación del estadio clínico de la enfermedad del VIH/Sida en Adultos y Adolescentes (OPS)

Estadio	Condiciones clínicas
Estadio clínico I	<ul style="list-style-type: none"> • Asintomático • Linfadenopatía persistente generalizada.
Estadio clínico II	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso moderada sin explicación (menos del 10% del peso corporal) • Infecciones bacterianas recurrentes de las vías respiratorias superiores (evento actual + uno o más en los últimos 6 meses) • Herpes zóster • Queilitis angular • Úlceras orales recurrentes (dos o más episodios en los últimos 6 meses) • Erupción papular pruriginosa • Dermatitis seborreica • Infecciones fúngicas de las uñas
Estadio clínico III	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso grave sin causa conocida (más del 10% del peso corporal) • Diarrea crónica sin explicación durante más de 1 mes • Fiebre persistente sin explicación (intermitente o constante, y que dura más de 1 mes) • Candidiasis oral • Leucoplasia oral vellosa • Tuberculosis pulmonar (actual) • Infección bacteriana grave (neumonía, meningitis, empiema, piomiositis, osteomielitis, artritis, bacteriemia, enfermedad pélvica inflamatoria grave) • Gingivitis estomatitis o periodontitis ulcerativa necrotizante • Anemia sin explicación (menos de 8g/dl), neutropenia (menos de $0.5 \times 10^9/l$) y/o trombocitopenia (menos de $50 \times 10^9/l$) crónica (más de 1 mes)
Estadio clínico IV	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de consunción o desgaste por VIH • Neumonía por Pneumocystis • Neumonía bacteriana recurrente (episodio actual + uno o más episodios en los últimos 6 meses) • Infección crónica por el virus de herpes simple (VHS) (orolabial, genital o anorrectal durante más de 1 mes, o visceral de cualquier duración) • Candidiasis esofágica • Tuberculosis extrapulmonar • Sarcoma de Kaposi • Enfermedad por citomegalovirus (retinitis o cualquier órgano que no incluye ganglios, hígado o bazo)
	<ul style="list-style-type: none"> • Toxoplasmosis SNC • Encefalopatía asociada al VIH • Criptococosis extrapulmonar (incluida la meningitis) • Infección diseminada por micobacterias no tuberculosas • Leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP) • Criptosporidiasis (con diarrea que dura más de 1 mes) • Isosporiasis crónica • Micosis diseminada (coccidioidomicosis, histoplasmosis) • Bacteriemia recurrente por salmonela no tifoidea • Linfoma (cerebral o células B no Hodgkin) u otros tumores sólidos asociados al VIH • Carcinoma cervical invasivo • Leishmaniasis atípica diseminada • Nefropatía asociada al VIH • Miocardiopatía asociada al VIH

Fuente: Ministerio de Salud pública. Guía de atención integral para adultos y adolescentes con infección con VIH/Sida. 2012.

CUADRO 3

Clasificación del CDC (Centro de Control de Enfermedades)

Categorías según CD4	Categorías clínicas		
	A	B	C
	Asintomático, linfadenopatía persistente generalizada o infección aguda por VIH	Sintomático (No A ni C)	Evento definidor de sida
1 > 500 cél./mm ³	A1	B1	C1
2 200-499 cél./mm ³	A2	B2	C2
3 ⁴ < 200 cél./mm ³	A3	B3	C3

Fuente: Ministerio de Salud pública. Guía de atención integral para adultos y adolescentes con infección con VIH/Sida. 2012.

Posterior a esto, la consejería es un elemento central en la primera atención del paciente y deben contemplar los siguientes aspectos:

- ✓ Informar clara y objetivamente sobre los aspectos concernientes a la infección por VIH/Sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual.
- ✓ Motivar al paciente para que modifique las conductas que lo ponen en riesgo de adquirir o transmitir la infección por VIH/Sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual, a través del uso correcto y consistente del preservativo.
- ✓ Ayudar al paciente a que comprenda qué significa ser portador del VIH/Sida y las posibilidades de manejo terapéutico de la infección.
- ✓ Sugerir y motivar al paciente para que siga las pautas de autocuidado.
- ✓ Evaluar el grado de exposición al virus y a otras enfermedades.
- ✓ Promover elementos que mejoren el bienestar físico, psicológico y social del paciente.
- ✓ Informar e interpretar las pruebas de laboratorio, con entrenamiento previo.
- ✓ Reforzar los elementos positivos de la persona, como la autoestima.
- ✓ Motivar para que la persona cree o se integre a grupos de apoyo.
- ✓ Sensibilizar en la necesidad de atender a sus parejas sexuales o contactos.
- ✓ Ofrecer consejería a familiares. (12)

Inmunización en el paciente con VIH/Sida

CUADRO 4

Vacunas recomendadas para personas que viven con VIH/Sida

Vacunas	Observaciones	Dosis
Generales		
Neumococo	Recomendada en pacientes con CD4 mayor de 200 cél./mm ³ . Considerar en pacientes con CD4 menores de 200 cél./mm ³ y en aquellos que hayan recibido vacunas en un lapso mayor de 5 años.	1 dosis
Influenza estacional	Recomendada. La respuesta es reducida en pacientes con CD4 menor a 200 cél./mm ³ .	Revacunación anual
Hepatitis B	Recomendada en pacientes con antígeno de superficie negativos.	3 dosis 0, 1 y 6 meses en pacientes con CD4 mayor a 200 cél./mm ³ . Se recomienda administrar una 4 o 5 dosis si no hay una respuesta adecuada.
Tétanos	Recomendada en todos los pacientes, de acuerdo con la recomendación de adultos.	Se utiliza el mismo esquema que para los adultos y niños sin infección con VIH más el refuerzo cada 10 años.
Específicas		
Hepatitis A	En el caso enfermedad hepática crónica, hepatitis crónica por virus B o C, usuarios de drogas IV, HSH y hemofílicos.	3 dosis cuando los CD4 son mayores a 300 cél./mm ³
Fiebre Amarilla	Recomendada en el caso de viajes a zonas endémicas. No vacunar con valores menores de 200 CD4.	Cada 10 años
Rabia	Administrar en todos los pacientes expuestos. Se recomienda la vacuna de virus inactivado en células diploides humanas. Asociarla a inmunoglobulinas si el paciente no fue vacunado previamente.	5 dosis: los días 0, 7, 14, 21 y 28
Meningococo	En pacientes que tengan asplenia anatómica o funcional, viajeros a áreas endémicas, personas en contacto cercano con caso.	Tetravalente conjugada 1 sola dosis 0,5 ml
HPV	De acuerdo con las indicaciones del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)	

Fuente: Ministerio de Salud pública. Guía de atención integral para adultos y adolescentes con infección con VIH/Sida. 2012.

A partir de que el paciente fue estadificado e inicia tratamiento antirretroviral, acude a los 6 meses a consulta, asintomático y con buena adherencia al tratamiento, logrando objetivo antirretroviral inicial, obteniendo carga viral en 0 y conteos de CD4 ascendentes, donde ha sido manejado hasta la fecha actual, siendo un caso que al momento se encuentra controlado por el médico internista, psicólogo. Se continúa con indicaciones de antirretrovirales y controles periódicos mensuales por el resto del año.

El diagnóstico temprano y el inicio oportuno del tratamiento ARV, constituyen el elemento central en la atención integral y una intervención fundamental en prevención primaria y secundaria. Las personas que viven con el VIH/Sida, deben participar activamente en el proceso de atención y estar informadas de las posibilidades de tratamiento ARV existentes, así como del tratamiento para las enfermedades oportunistas. El principal reto al elegir las intervenciones, consiste en reducir la morbilidad y mortalidad de las personas afectadas, mejorar su calidad de vida y reducir el riesgo de transmisión del VIH/Sida. (12)

Antes de iniciar la terapia antirretroviral, el paciente debe compartir y comprender los objetivos del tratamiento y la necesidad de una adecuada adherencia. (12)

Los objetivos del tratamiento ARV son:

- ✓ Reducir la morbilidad y prolongar la supervivencia
- ✓ Mejorar la calidad de vida
- ✓ Restaurar y preservar la función inmunológica
- ✓ Suprimir al máximo y por el mayor tiempo posible la reproducción viral. (12)

Descripción de los factores de riesgo

Paciente con múltiples parejas sexuales; siendo ésta, una causa para contagiarse con VIH/Sida.

Paciente de 32 años, es un factor de riesgo muy importante, ya que se estima que entre edades de 18 a 30 años son donde más prevalencia tiene para contraer el VIH/Sida, y la mayoría de los casos vendría hacer el conocimiento insuficiente sobre este tema, producido muchas veces por su entorno social, cultural.

Vida sexual sin protección, siendo ésta la principal vía de contagio, ya que el paciente menciona que ha mantenido relaciones sexuales sin utilizar protección, debido a desconocimiento o porque no contaba con los recursos económicos para optar por métodos de protección.

Frecuentar burdeles, por el alto contacto sexual que tienen las trabajadoras sexuales con distintas personas y así llegar a contraer VIH/Sida y enfermedades de transmisión sexual.

Inicio temprano de la vida sexual del paciente, la falta de conocimiento acerca de las conductas sexuales que se consideran responsables y la falta de información sobre una correcta vida sexual.

Análisis de los factores relacionados con los servicios de salud teniendo en cuenta los siguientes elementos

a) Oportunidad en la solicitud de la consulta:

El paciente desde que acudió a la unidad de salud y solicitó una consulta, no hubo una mayor agilidad en realizar la historia clínica completa, un correcto seguimiento y manejo de la patología inicial, posterior a esto y gracias a la referencia enviada del centro de salud, el paciente es atendido en la emergencia del Hospital General Puyo, para posteriormente conllevar el manejo de su patología en consulta externa del mismo hospital.

b) Acceso a la atención médica:

La ubicación geográfica en donde reside el paciente corresponde a una zona rural, la misma que cuenta con un acceso a la unidad de salud de primer nivel.

c) Oportunidades en la atención:

El paciente acudió por varias ocasiones al primer nivel de salud, con un tiempo aproximado de 2 semanas entre consulta y consulta, posteriormente es derivado a un hospital de segundo nivel, en el cual es atendido por el médico internista, psicólogo, llevando al momento un tratamiento con buena adherencia y sin complicaciones por la enfermedad.

d) Características de la atención:

En el presente caso existieron inconvenientes en el diagnóstico oportuno de la enfermedad, el paciente desde un inicio manifestó presentar deposiciones diarreicas por más de 3 meses

y a pesar de este dato tan importante fue manejado únicamente como una enfermedad diarreica aguda, posterior al tratamiento administrado en aquella unidad, el paciente no mostro mejoría alguna, indicando que el malestar general y las diarreas persisten. De igual manera existieron retrasos en la realización de los exámenes de laboratorio. A pesar de lo mencionado anteriormente, el paciente al momento se encuentra estable, asintomático y con buena adherencia al tratamiento. En lo que respecta a los controles periódicos, al inicio del diagnóstico acudía con normalidad a las consultas, pero con el pasar del tiempo y la mejoría de su estado general, el paciente no acude a varias citas con médico especialista, para lo cual se coordina con trabajo social para citas subsecuentes.

e) Oportunidades en la remisión:

Se considera que el paciente fue remitido inoportunamente, ya que a su patología se la manejó como aguda, cuando en realidad era crónica y generaba sospechas de ser una enfermedad con compromiso inmunológico. La remisión no fue la correcta, debido al diagnóstico inicial equívoco y el tiempo inadecuado para valoración y realización de exámenes complementarios de la patología en el segundo nivel de atención en salud.

f) Trámites administrativos:

El paciente no tuvo inconvenientes para la realización de los exámenes solicitados en el segundo nivel de atención en salud.

IDENTIFICACION DE PUNTOS CRÍTICOS

- ✓ En el primer nivel de salud, no se prestó la adecuada atención ni tampoco fue referido de forma oportuna al segundo nivel de atención en salud.
- ✓ El desconocimiento del manejo adecuado sobre el VIH/Sida por el personal de salud.
- ✓ En la hoja de referencia para la institución no se describe de forma detallada la anamnesis del paciente, por lo que se requirió la entrevista con el paciente y médico tratante para obtener una historia clínica completa.
- ✓ El paciente, considerando que es joven y el tratamiento ha sido instaurado rápidamente con una buena respuesta a los antirretrovirales, tiene poca responsabilidad con la seriedad de su enfermedad y su alto riesgo de mortalidad, al momento inclusive se ausenta a ciertos controles periódicos con el médico especialista.
- ✓ No hubo compromiso directo en el nivel primario de atención, debido a que existió una falta de importancia ante el diagnóstico del paciente y posterior a esto, el cambio de médico que existió en esta unidad de salud, ya que esto produjo que el paciente sea derivado semanas después de su diagnóstico inicial.

CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

TABLA 1

Oportunidad de mejora	Acciones de mejora	Fecha de cumplimiento	Responsable	Forma de acompañamiento
Educación sobre VIH/Sida e importancia de controles periódicos	Planificar controles periódicos por parte del médico para las personas que presenten posibles ITS	A mediano plazo	- Médico Especialista y Médico general en APS - Personal de Enfermería	Hospital General Puyo Ministerio de Salud Pública
Correcta elaboración de historias clínicas	Realizar un control estricto de la información que se detalla en la historia clínica por el departamento de control de calidad	Inmediata	- Personal de estadística. - Director y personal médico de centro de salud - Departamento de control de calidad	Hospital General Puyo
Disponer de la medicación adecuada para tratamiento de ésta patología	Realizar los trámites pertinentes para disponer de la medicación necesaria en farmacia piloto	Mediano plazo	- Personal encargado de la clínica de VIH/Sida en Hospital General Puyo - Trabajo social	Hospital General Puyo

<p>Apego a las normas y protocolos establecidos por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador</p>	<p>Difusión de los protocolos y normas establecidos por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador</p>	<p>Corto plazo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Director del centro de salud - Personal de Enfermería 	<p>Hospital General Puyo Ministerio de Salud Pública</p>
--	--	--------------------	--	--

CONCLUSIONES

- ✓ Se evaluó la calidad de atención en el primer nivel de salud, en donde hubo una falta de conocimiento y de responsabilidad del personal de la unidad, bajo los lineamientos de la Guía de atención integral para Adultos y Adolescentes con Infección por VIH/Sida, que debe ser manejada de forma estricta y llevada a la práctica sin omisión, por el personal de salud.

- ✓ Se definió que los factores que influyen en la calidad de atención brindada a un paciente con VIH/Sida, es el trabajo multidisciplinario que engloba a la atención médica integral, brindada por: médico, enfermera, psicólogo(a), trabajo social, nutrición y odontología. Otro factor importante es el trabajo extramural, el cual conlleva a que exista un amplio conocimiento y manejo de la población asignada a la unidad de salud, mismos que no se cumplieron en este presente caso.

- ✓ Se identificó que el principal factor que incide en el diagnóstico oportuno, es el adecuado manejo de la historia clínica con una correcta anamnesis, en la cual se debe preguntar las molestias del paciente desde el inicio de la enfermedad hasta ese instante; las cuales son: fecha aparente de comienzo, fecha real de comienzo, intensidad, causa aparente, sitio del dolor, irradiación, tipo de dolor, síntomas acompañantes, relación con el tipo de alimentos, horario, periodicidad, relación con el vómito, relación con la orina, relación con la deposición, relación con las actitudes o decúbitos, relación con los medicamentos, evolución, estado actual; la destreza suficiente para realizar un examen físico óptimo, exhaustivo o adecuado y el pedido de exámenes complementarios, para así poder llegar a un diagnóstico oportuno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

1. Adeline Bernier, María Elena Acosta, Daniela Rojas Castro, Cesar Bonifaz, Santiago Jaramillo, Emilie Henry, Joanne Otis, Marie Préau et le groupe Partages. Factores asociados a establecer contacto con asociaciones de lucha contra el VIH/sida en Ecuador: resultados de un estudio comunitario. *Revista Panam Salud Publica*. 2015;38(3):209–16.
2. España GeSIDA. Plan nacional sobre el SIDA respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de inmunodeficiencia humana. Guía de práctica clínica. 2016
3. Fiona Mapp, Jane Hutchinson and Claudia Estcourt. A systematic review of contemporary models of shared HIV care and HIV in primary care in high-income settings. *Revista Internacional de ETS y Sida*. 19 de Febrero del 2015.
4. Huldrych F. Gunthard, MD; Michael S. Saag, MD; Constance A. Benson, MD; Carlos del Rio, MD; Joseph J. Eron, MD; Joel E. Gallant, MD, MPH; Jennifer F. Hoy, MBBS, FRACP; Michael J. Mugavero, MD, MHSc; Paul E. Sax, MD; Melanie A. Thompson, MD; Rajesh T. Gandhi, MD; Raphael J. Landovitz, MD; Davey M. Smith, MD; Donna M. Jacobsen, BS; Paul A. Volberding, MD. Antiretroviral Drugs for Treatment and Prevention of HIV Infection in Adults. *Clinical Review & Education*. July 12, 2016 Volume 316, Number 2.
5. Ivia Maksud, Nilo Martinez Fernandes, Sandra Lucia Filgueiras. Technologies for HIV prevention and care: challenges for health services. *Revista Brasileira de Epidemiología para prevención del VIH*. Septiembre del 2015; 18 SUPPL 1: 104-119 2015.
6. J. M. Ventura Cerdá, M. T. Martín Conde, R. Morillo Verdugo, M. Yébenes Cortés y M. A. Casado Gómez. Adherencia, satisfacción y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH con tratamiento antirretroviral en España.

- Estudio ARPAS. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Farm Hosp. 2014;38(4):291-299.
7. Mercedes Díez, Jesús Oliva, Fernando Sánchez, Nuria Vivesb, Carlos Cevallosd y Ana Izquierdo, por el Grupo SINIVIH. Incidencia de nuevos diagnósticos de VIH en España, 2004-2009. Elsevier España. 2011.
 8. Souhail Malavé Rivera, B.A, Nelson Varas Díaz, Ph.D. Regulando la Enfermedad a través de la Definición y la Restricción: Profesionales de la Salud Hablan sobre el VIH/SIDA. Departamento de psicología y Escuela graduada de trabajo social de la Universidad de Puerto Rico. 22 de Octubre del 2011.
 9. Steven Ndugwa Kabwama. Gabriele Berg-Beckhoff. The association between HIV/AIDS-related knowledge and perception of risk for infection: a systematic review. Clinical Review. Month 2015 Vol 20 No 11.

LINKOGRAFÍA

10. Carlos A. DíazGranados. Líder elaboración Carlos Álvarez. Acin Guillermo Prada. Acin. Fedesalud Félix León Martínez. Fedesalud Carlos Arturo Sarmiento. Fedesalud. Guía para el manejo del VIH/SIDA basado en la evidencia Colombia. 2008. [citado el 12 de Agosto del 2016]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20PARA%20EL%20MANEJO%20DE%20VIH%20SIDA.pdf>
11. INEC. Ecuador en cifras. 2014. [citado el 15 de Septiembre del 2016]. Disponible en: www.ecuadorencifras.gob.ec
12. Ministerio de salud pública del ecuador. Guía de atención integral para adultos y adolescentes con infección por VIH/sida. 2012. [citado el 4 de agosto del 2016]. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/guias/guia_vih_adultos.pdf
13. Ministerio de salud pública del ecuador, Sistema de información para la estimación de necesidades pacientes VIH/Sida, COHAN 2013. [Citado el 17 de Agosto del 2016]. Disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=34362&lang=es

14. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2016. Marzo 2015. [citado el 15 de Agosto del 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PlanEstrategico2013_2016.pdf
15. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre el VIH/SIDA. Julio del 2015. [citado 10 de Agosto del 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/>
16. Organización Mundial de la Salud. Proyectos de estrategias mundiales del sector de la salud VIH, 2016-2021. 22 de abril de 2016. [citado el 2 de Agosto del 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_31-sp.pdf?ua=1&ua=1
17. V. Thomas Mulet, C. Aguado Taberna, S. Fidalgo González, L. Fransi Galiana, M. Gutiérrez Jodra, J. Mascort Roca, J. Zarco Montejo, Grupo Infección VIH/sida de la semFYC. La infección por el VIH/sida y atención primaria. Vol. 33. Núm. 1. Enero 2004. [citado el 15 de Agosto del 2016]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-infeccion-por-el-vih-sida-13056498>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS UTA

18. PROQUEST: Carolyn Chu and Peter A. Selwyn. An Epidemic in Evolution: The Need for New Models of HIV Care in the Chronic Disease Era. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2011. Citado el 13 de Agosto del 2016. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/874199392/fulltextPDF/AD4227D1600540D5PQ/3?accountid=36765>
19. PROQUEST: Claire E Kendall, Monica Taljaard, Jaime Younger, William Hogg, Richard H Glazier, Douglas G Manuel. A population-based study comparing patterns

- of care delivery on the quality of care for persons living with HIV in Ontario. Realizado por Dr Claire E Kendall. 20 de Abril del 2015. Citado el 13 de Agosto del 2016. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1785333046/fulltextPDF/AD4227D1600540D5PQ/57?accountid=36765>
20. PROQUEST: Meyerson, Beth E;Klinkenberg, W Dean;Perkins, Donna R;Laffoon, Benjamin T. Who's In and Who's Out: Use of Primary Medical Care Among People Living With HIV. *American Journal of Public Health*. Apr 2007. Citado el 13 de Agosto del 2016. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/215083866/fulltextPDF/AD4227D1600540D5PQ/1?accountid=36765>
21. PROQUEST: Michael Ohl, MD, MSPH, Dena Dillon, PharmD, Jane Moeckli, PhD, Sarah Ono, PhD, Nancee Waterbury, PharmD, Jo Sissel, RN, Jun Yin, MS, Brian Neil, MD, Bonnie Wakefield, RN, PhD, and Peter Kaboli, MD, MS. Mixed-Methods Evaluation of a Telehealth Collaborative Care Program for Persons with HIV Infection in a Rural Setting. Department of Veterans Affairs, Veterans Health Administration, Office of Rural Health, Veterans Rural Health Resource Center Central Region. 2013. Citado el 13 de Agosto del 2016. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1423212205/fulltextPDF/AD4227D1600540D5PQ/17?accountid=36765>
22. SPRINGER: Martin Holt, Dean Murphy, Denton Callander, Jeanne Ellard, Marsha Rosengarten, Susan Kippax, John de Wit. HIV-Negative and HIV-Positive Gay Men's Attitudes to Medicines, HIV Treatments and Antiretroviral-based Prevention. National Centre in HIV Social Research, The University of New South Wales, Sydney, NSW 2052, Australia. *AIDS Behav* (2013). Citado el 13 de Agosto del 2016. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1364684138/fulltextPDF/661EC5EE85A4F37PQ/3?accountid=36765>
23. SPRINGER: María Luisa Zúñiga, Jesse Brennan, Rosana Scolari, Steffanie A. Strathdee. Barriers to HIV Care in the Context of Cross-Border Health CareUtilization among HIV-Positive Persons Living in the California/Baja California

US-Mexico Border Region. Department of Family and Preventive Medicine, UCSD School of Medicine – 0622, 9500 Gilman Drive, La Jolla, CA 92093-0622, USA. 2008. Citado el 13 de Agosto del 2016. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/199570603/fulltextPDF/661EC5EE85A4F37PQ/18?accountid=36765>

ANEXOS

SEROLOGÍA 5/05/2015

VDRL: Reactivo
VIH/Sida: (prueba rápida) Positivo

BIOMETRÍA HEMÁTICA 26/05/2015

Leucocitos: $7.64 \times 10^3/uL$
Neutrófilos: 49.4%
Linfocitos: 43.6%
Monocitos: 4.9%
Eosinófilos: 1.9%
Basófilos: 0.2%
Hemoglobina: 12.0 g/Dl
Hematocrito: 37.8%
Plaquetas: $349 \times 10^3/uL$

COPROPARASITARIO 27/05/2015

Color: café
Consistencia: blanda
Restos vegetales: (+)

Levaduras: escasas
Endolimax nana (Quistes): (+)
Flora bacteriana: normal

BIOMETRÍA HEMÁTICA 27/05/2015

Leucocitos: $6.89 \times 10^3/uL$
Neutrófilos: 34.9%
Linfocitos: 53.9%
Monocitos: 5.7%
Eosinófilos: 5.2%
Basófilos: 0.3%
Hemoglobina: 13.3 g/dL
Hematocrito: 39.8%
Plaquetas: $318 \times 10^3/uL$

QUÍMICA SANGUÍNEA 27/05/2015

Colesterol total: 90.8 mg/dl
Creatinina: 1.0 mg/dl
Glucosa basal: 88.1 mg/dl
HDL Colesterol: 47.9 mg/dl

LDL Colesterol: 32.6 mg/dl
Triglicéridos 51.4 mg/dl
Urea en suero: 10 mg/dl
Bilirrubina directa: 0.2 mg/dl
Bilirrubina indirecta: 0.3 mg/dl
Bilirrubina total: 0.5 mg/dl
Ácido úrico en suero: 8 mg/dl
Albumina: 45 g/dl
Proteínas totales: 1.1.6 g/dl
TGO: 48.3 U/L
TGP: 29.4 U/L
Fosfatasa alcalina: 89.4 U/L

SEROLOGÍA 27/05/2015

VDRL: Reactivo 1:2 SIFILIS ULTRASENSIBLE
Hepatitis B: Negativo
Hepatitis C: Negativo
VIH/Sida: (prueba rápida) positivo

SEROLOGÍA 29/05/2015

VIH/Sida: (prueba rápida) positivo

PRUEBA CONFIRMATORIA 22/06/2015

WESTERN BLOT: Positivo

HORMONAS 04/07/2015

Herpes IGG: 50.6 UL/ml

Rubeola IGM: 0.314 UL/ml

Toxoplasma IGG: > 250 UL/ml

04/07/2015

Linfocitos T CD4: 374 células / UL

Carga viral: 1951 (copias/mL)

09/11/2015

Linfocitos T CD4: 484 células / UL

Carga viral: DND (Diana no detectable)

BIOMETRÍA HEMÁTICA 25/07/2016

Leucocitos: $5.85 \times 10^3/\mu\text{L}$
Neutrófilos: 30.6%
Linfocitos: 58.6%
Monocitos: 5%
Eosinófilos: 2.4%
Basófilos: 0.4%
Hemoglobina: 13 g/dL
Hematocrito: 41.6%
Plaquetas: $202 \times 10^3/\mu\text{L}$

QUÍMICA SANGUÍNEA 25/07/2016

Colesterol total: 106.3 mg/dl
Creatinina: 1.2 mg/dl
Glucosa basal: 85 mg/dl
HDL Colesterol: 41.9 mg/dl
LDL Colesterol: 35.1 mg/dl
Triglicéridos 146.7 mg/dl
Urea en suero: 14.6 mg/dl
TGO: 77.9 U/L

TGP: 87.2 U/L

Fosfatasa alcalina: 159.3 U/L