

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO

OFICINA DE INVESTIGACION

CONCURSO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN 2015



INFORME FINAL

**“ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN NUTRICIONAL PARA
MEJORAR LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS EN PACIENTES
INFECTADOS CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA
(VIH) QUE RECIBEN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN
ACTIVIDAD (TARGA) EN EL HOSPITAL II - 2 TARAPOTO. JUNIO -
DICIEMBRE 2015”**

PRESENTADO POR EL EQUIPO DE INVESTIGACION:

Lic. Nut. Dra. MARIA ELENA FARRO ROQUE

Obsta. Dra. NELLY REÁTEGUI LOZANO

Obsta. Dra. GABRIELA DEL PILAR PALOMINO ALVARADO

Méd. TEOBALDO LÓPEZ CHUMBE

INVESTIGADOR COLABORADOR:

Méd. NIDIA CALDERON ROMERO

TARAPOTO - PERU

2015

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO
OFICINA DE INVESTIGACION
CONCURSO DE PROYECTOS DE INVESTIGACION 2015



INFORME FINAL

**“ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN NUTRICIONAL PARA
MEJORAR LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS EN PACIENTES
INFECTADOS CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA
(VIH) QUE RECIBEN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN
ACTIVIDAD (TARGA) EN EL HOSPITAL II – 2 TARAPOTO. JUNIO –
DICIEMBRE 2015”**

PRESENTADO POR EL EQUIPO DE INVESTIGACION:

Lic. Nut. Dra. MARIA ELENA FARRO ROQUE

Obsta. Dra. NELLY REÁTEGUI LOZANO

Obsta. Dra. GABRIELA DEL PILAR PALOMINO ALVARADO

Méd. TEOBALDO LÓPEZ CHUMBE

INVESTIGADOR COLABORADOR:

Méd. NIDIA CALDERON ROMERO

TARAPOTO - PERU
2015

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de San Martín por brindarnos la oportunidad de desarrollar investigación como una de las funciones que nos compete en nuestra condición de docentes universitarios.

También agradecemos a los funcionarios del Hospital II-2 MINSA Tarapoto, por otorgarnos las facilidades para el recojo de la información obteniendo valiosos aportes que hicieron posible la ejecución de la investigación.

ÍNDICE

	PAG.
CARATULA	i
RESUMEN	ii
SUMMARY	iii
AGRADECIMIENTO	iv
LISTA DE TABLAS Y FIGURAS	v
INDICE	vi
CAPÍTULO I:INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODOS	6
2.1. Tipo de estudio	6
2.2. Diseño de investigación	6
2.3. Población y Muestra	7
2.4. Métodos, Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos	7
2.5. Procedimientos	7
2.6. Análisis y Procesamiento de Datos	8
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	9
3.1. Resultados	9
3.2. Discusión	19
CAPITULO IV: CONCLUSIONES	23
CAPITULO V: RECOMENDACIONES	25
CAPITULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
CAPITULO VII: ANEXOS	30
Anexo 01: Ficha de Captación del paciente con VIH SIDA	30
Anexo 02: Ficha de Historia Nutricional	31
Anexo 03: Ficha Técnica de Recordatorio de 24 horas	33
Anexo 04: Ficha Formato de Evaluación Clínica	34
Anexo 05: Estrategia de Evaluación Nutricional	35
Anexo 06: Anexo de Tablas de Resultados	38

LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS:

VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida
TARGA	Tratamiento antirretroviral de gran actividad
PVV	Personas viviendo con Vih
MINSA	Ministerio de Salud
DN	Desnutrición
OMS	Organización Mundial de la Salud

LISTA DE TABLAS**PAG.****Tabla N° 01**

Características socio-demográficas de los pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el Hospital II – 2 Tarapoto. Junio – diciembre 2015.

09

LISTA DE GRAFICOS

		PAG.
Gráfico N° 01	Sexo de los pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el Hospital II – 2 Tarapoto. Junio – diciembre 2015.	10
Gráfico N° 02	Ocupación de los pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el Hospital II – 2 Tarapoto. Junio – diciembre 2015.	11
Gráfico N° 03	Estado Nutricional de los pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el Hospital II – 2 Tarapoto. Junio – diciembre 2015.	12
Gráfico N° 04	Hábitos y Costumbres alimentarias de los pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el Hospital II – 2 Tarapoto. Junio – diciembre 2015.	13
Gráfico N° 05	Hábitos nocivos para la salud en pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el Hospital II – 2 Tarapoto. Junio – diciembre 2015.	14

Gráfico N° 06	Reacción alimentaria en pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el Hospital II – 2 Tarapoto. Junio – diciembre 2015.	15
Gráfico N° 07	Frecuencia de consumo de alimentos en pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el Hospital II – 2 Tarapoto. Junio – diciembre 2015.	16
Gráfico N° 08	Evaluación clínica de los pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el Hospital II – 2 Tarapoto. Junio – diciembre 2015.	17
Gráfico N° 09	Valoración del estado nutricional antes y después de la estrategia de intervención en pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el Hospital II – 2 Tarapoto. Junio – diciembre 2015.	18

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó con el objetivo de Diseñar e implementar una Estrategia de Intervención Nutricional para mejorar los hábitos alimentarios de los pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) atendidos en el Hospital II – 2 Tarapoto. Junio – diciembre 2015. La población estuvo conformada por 390 pacientes infectados viviendo con VIH/Sida que acudieron al consultorio de Nutrición, durante el período de estudio. El tipo de investigación fue Cuantitativa, experimental, prospectiva, de corte transversal, sobre la base de una muestra de 144 casos. Se utilizó el diseño pre-experimental con un solo grupo con pre y post prueba, ya que la estrategia de intervención estuvo elaborada exclusivamente para la investigación.

Los resultados encontrados fueron: predominio de pacientes infectados entre 20 – 39 años de edad (81,2%), estado civil soltero (51,4%); nivel de educación secundaria (37,5%) y religión católica (71,5%). El 56,0% son de sexo masculino, ocupación ama de casa (33,3%) y estudiantes (25,0%). El 46,5% presentan un estado nutricional normal con tendencia a delgadez grado I (31,3%) y sobrepeso (13,2%). Los hábitos y costumbres alimentarias más frecuente fue la alimentación rica en carbohidratos + proteínas (31,3%), alimentación rica en proteínas (21,5%) y alimentación rica en vitaminas (20,8%). El 74,3% tienen como hábitos nocivos el consumo frecuente de bebidas estimulantes (té, café); el 26,4% presentan intolerancia a los alimentos; la frecuencia de consumo de alimentos es de 3 veces al día (88%). El 51,4% se ubican en un estado de nutrición normal según la evaluación clínica, con tendencia a adelgazado con Dx. de desnutrición (21,5%). La valoración del estado nutricional antes y después de la aplicación de la estrategia nutricional, reporta diferencias porcentuales. Se aplicó la prueba no paramétrica chi cuadrado leída con un nivel de significancia $< 0,05$, obteniendo un valor de $X^2 = 148,625$; $p = 0,00000$, aceptándose la hipótesis de investigación.

PALABRAS CLAVE: VIH, NUTRICION, TARGA

ABSTRACT

This research work in order to design and implement a strategy Nutritional Intervention to improve the eating habits of patients infected with human immunodeficiency virus (HIV) receiving antiretroviral therapy (HAART) treated at the Hospital II - 2 Tarapoto. June to December 2015. The population consisted of 390 patients infected with HIV / AIDS who attended the clinic Nutrition during the study period. The research was quantitative, experimental, prospective, cross-sectional, based on a sample of 144 cases. the pre-experimental design was used with one group pre and post test since the intervention strategy was developed exclusively for research.

The results were: prevalence of infected patients between 20 - 39 years old (81.2%), single marital status (51.4%); secondary level education (37.5%) and Catholic (71.5%) religion. 56.0% were male, occupation housewife (33.3%) and students (25.0%). 46.5% have a normal nutritional status prone to thinness grade I (31.3%) and overweight (13.2%). Habits and dietary habits was most common food rich in carbohydrates + protein (31.3%), food rich in protein (21.5%) and food rich in vitamins (20.8%). 74.3% have harmful habits like frequent consumption of stimulating beverages (tea, coffee); 26.4% have food intolerance; the frequency of food consumption is 3 times a day (88%). 51.4% are in a state of normal nutrition according to clinical evaluation, prone to lost weight with Dx. malnutrition (21.5%). The assessment of nutritional status before and after application of the nutritional strategy, reporting percentage differences. the chi-square test nonparametric read with a significance level of <0.05 was applied, obtaining a value $X^2 = 148.625$; $p = 0.00000$, accepting the hypothesis proposed investigation.

KEYWORDS: HIV, nutrition, TARGA

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

La infección por VIH/sida es considerada un problema de salud pública debido al número creciente de casos en el mundo. La humanidad se adentra en la tercera década de la epidemia del SIDA que ha cobrado más de 20 millones de vidas. Se estima que 5 millones de personas contrajeron el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) a lo largo de estos años, lo que eleva a 42 millones el número de personas que viven con el virus en todo el mundo. (1)

En el 2008, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reportado 33 millones 409 mil casos de niñas, niños y personas adultas que viven con VIH. Las cifras para Latinoamérica y el Caribe están cercanas a los 2 millones de personas. Allí donde se ha propagado de forma descontrolada, la epidemia está arrebatando a los países los recursos y las capacidades, de los que dependen la seguridad y el desarrollo humano. En algunas regiones, el VIH/SIDA, en combinación con otras crisis, está sumiendo en la miseria a sectores cada vez más amplios de la población. El mundo ha permanecido de brazos cruzados mientras la epidemia a sola estos países, en particular a los países más pobres del continente africano.

A nivel Nacional en el 2011 se presentaron más de 4500 casos registrados de Sida, la mayoría de casos de 25 a 29 años de edad, y en el sexo masculino; la vía de transmisión fue la sexual en un 97%. (2)

En ocasiones en nuestra práctica clínica diaria un paciente con infección por VIH está recibiendo un tratamiento medicamentoso correcto, sin prestar atención a su situación nutricional que condiciona sin duda la situación clínica y el pronóstico de morbi-mortalidad (3). Por tanto es necesario tener en cuenta que la valoración y el soporte nutricional debe ser uno de los primeros escalones en el tratamiento de este tipo de pacientes (4). Para valorar el estado nutricional disponemos de parámetros antropométricos y de parámetros bioquímicos, muchos de ellos al alcance de cualquier consulta y que nos permitirán clasificar a nuestros pacientes en función de su situación nutricional. (4)

Las personas con infección por VIH han sufrido durante un largo periodo de tiempo pérdidas de peso muy importantes, unas relacionadas con infecciones oportunistas, otras por problemas psicológicos y otras veces por causa desconocida. En la mayoría de los casos se ha invocado un origen multifactorial y su manifestación clínica usual es una delgadez extrema.

Poco a poco las cosas han ido cambiando y desde hace unos años, la aparición de la terapia de alta eficacia (TARGA) ha supuesto un giro en la situación general del paciente. Hemos asistido a un cambio en la terapia y a una mejora de la situación inmunológica y virológica de los enfermos. El estado nutricional de los pacientes ha mejorado de forma significativa, disminuyendo de manera drástica las infecciones oportunistas y comenzando un periodo de bienestar que se ha manifestado con un aumento muy notable de la calidad y cantidad de vida.

Sin embargo los efectos secundarios nos han obligado a suspender o sustituir algunos fármacos para conseguir estabilizar la situación clínica del paciente. El ejemplo más claro ha sido la lipodistrofia en sus diferentes manifestaciones clínicas que no solo ha influido en la actual tendencia a la demora en el inicio de tratamiento antirretroviral (TAR) sino que también ha reforzado la idea algo olvidada de que la nutrición es uno de los pilares fundamentales en el manejo terapéutico de la infección VIH, con el fin de intentar mejorar o retrasar la aparición de los cambios físicos. No obstante, todavía es necesario insistir en la necesidad de prevenir todos estos cuadros y hacer una intervención nutricional desde el diagnóstico de la infección.

En el momento actual y debido a la aparición de efectos secundarios relacionados con el TAR y con la propia infección VIH, es obligada la realización de valoraciones nutricionales, recomendaciones dietéticas y educación alimentaria. En las unidades de nutrición específicas para pacientes VIH, los dietistas, los especialistas en VIH y los nutricionistas han conseguido mejorar de forma espectacular la situación de los pacientes logrando un aumento de su calidad de vida. Podemos decir por tanto que la infección VIH es un claro ejemplo que hace que la nutrición, sea un pilar básico y forme parte integral del tratamiento.

A pesar que existen políticas claras de prevención y tratamiento para el VIH, éstas no proveen suficiente apoyo en el área de cuidados nutricionales como un componente clave de la atención integral. Toda acción que refuerce el sistema inmunológico es importante para una persona con VIH (PVV). (5)

La importancia de la educación para mantener un buen estado nutricional, permite que una persona tenga un peso corporal adecuado y por ende, un buen estado general de salud. La infección por VIH es un claro ejemplo en el que la nutrición debe formar parte integral de su tratamiento, demostrando ser un pilar básico en la respuesta a la enfermedad. (6)

La inmunosupresión progresiva y profunda generada por el VIH/SIDA hace que el organismo sea más vulnerable a las infecciones oportunistas, así como también a los episodios clínicos y complicaciones asociadas, que con frecuencia tienen un enorme efecto en el estado nutricional del individuo. (7).

A pesar de que una buena nutrición no tiene repercusión en la prevención del VIH ni en la curación del sida, sí puede ayudar a retrasar el proceso de desarrollo de la enfermedad, una nutrición equilibrada refuerza el sistema inmunitario y potencia los niveles de energía por lo que ayuda al organismo a resistir los efectos de la enfermedad. El mantenimiento de un buen estado nutricional contribuye no solamente a preservar el sistema inmune sino también a mejorar la terapia medicamentosa, y a mejorar la calidad de vida del paciente.

También en los pacientes infectados por el VIH que reciben tratamiento antirretroviral existe una relación crítica entre la nutrición y la adherencia al tratamiento, es por ello importante contar con una buena nutrición. (5) Además de realizarles una adecuada valoración nutricional, puesto que nos permitirá determinar su estado nutricional y clasificar sus hábitos alimentarios. (3)

Por lo antes mencionado podemos decir que la Nutrición como ciencia tiene por objeto el estudio de la relación existente entre los alimentos y los seres vivos, y al conocer el importante vínculo entre ésta y la infección por VIH/SIDA, es que nos vemos en la necesidad de mejorar los hábitos alimentarios en pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que

reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el Hospital II – 2 Tarapoto y acuden al consultorio nutricional Hospital – Tarapoto; con la finalidad de implementar una Estrategia de Intervención Nutricional para mejorar su calidad de vida. Además, una adecuada alimentación en estos pacientes contribuye al mantenimiento de un aporte adecuado de energía y nutrientes para prevenir la malnutrición, y una adecuada higiene de los alimentos permite evitar infecciones oportunistas. (3)

Alimentación y nutrición adecuadas, contribuyen a mantener o mejorar la salud y el bienestar de las personas viviendo con VIH o con Sida; ayudan disminuir los síntomas asociados con la enfermedad y demorar la aparición de enfermedades relacionadas con el Sida y a mitigar efectos adversos y el riesgo de toxicidad de los medicamentos antirretrovirales. Toda acción que refuerce el sistema inmunológico es importante para el tratamiento de la infección por VIH. Al mejorar el estado nutricional de las personas que viven con VIH/SIDA se deben lograr cambios sustanciales en la evolución de la enfermedad y producir cambios favorables que hagan reducir la morbilidad, mortalidad, discapacidad y aumentar la autoestima.

Los alimentos y los nutrientes no van a destruir el VIH, pero con hábitos saludables de alimentación, es posible que el sistema inmunológico se mantenga en buenas condiciones y evite, por un tiempo prolongado, que la infección se desarrolle. Por ello es importante conocer las características de la alimentación del paciente viviendo con VIH –sida para intervenir en acciones de alimentación y nutrición, tomando éstas un papel activo en una parte del tratamiento para lograr mejorar la calidad de vida.

Problema:

¿Se mejorará los Hábitos Alimentarios de los pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el Hospital II – 2 Tarapoto, durante los meses de Junio a Diciembre 2015, si se diseña e implementa una Estrategia de Intervención Nutricional basado en educación integral?

Objetivo General:

Diseñar e implementar una Estrategia de Intervención Nutricional para mejorar los hábitos alimentarios de los pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el Hospital II – 2 Tarapoto. Junio – diciembre 2015.

Hipótesis:

El Diseño e implementación de una Estrategia de Intervención en pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el Hospital II – 2 Tarapoto, durante el periodo junio – diciembre 2015, mejora significativamente los hábitos alimentarios de los mismos.

CAPITULO II: MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. Tipo de investigación

Cuantitativa, prospectiva, experimental, de corte Transversal.

2.2. Nivel de investigación

Básica y aplicada

2.3. Diseño de investigación

Se utilizó el Diseño pre-experimental con un solo grupo con pre y post prueba, ya que la estrategia de intervención estuvo diseñado exclusivamente para la investigación, según se detalla:

$$M = O_1 \xrightarrow{X} O_2$$

Donde:

M : Pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el Hospital II – 2 Tarapoto, durante el periodo junio – diciembre 2015

O₁ : Línea basal, es decir medición inicial de los indicadores al inicio de la intervención.

X : Es la aplicación de la estrategia de intervención nutricional.

O₂ : Línea de salida, es decir medición de los indicadores al final de la intervención.

2.4. Cobertura de investigación

La población sujeta a la presente investigación estuvo constituida por todas los pacientes infectados viviendo con VIH/Sida que acudieron al consultorio de Nutrición del Hospital II – 2 Tarapoto. Junio – Diciembre 2015, que son aprox. 390.

Para la realización de la presente investigación se realizó el Cálculo de la muestra, a través de la aplicación de la fórmula de proporción con población conocida:

$$n = \frac{N Z^2 P Q}{(N-1) E^2 + Z^2 P Q}$$

Donde:

- n = Tamaño de la muestra
 N = Población de pacientes (390 casos)
 Z = Nivel de confianza al 95% (Z = 1,96)
 p = Prevalencia (18,10% = 0,181)
 q = (1 - p = 81,90% = 0,819)
 e = Margen de error de la estimación de p (5% : 0,05)

$$n = \frac{(390) (3,8416) (0,181) (0,819)}{(389) (0,0025) + (3,842) (0,148239)}$$

$$n = \frac{(222,0952275)}{(0,9725) + (0,569474942)}$$

$$n = \frac{(222,0952275)}{(1,541974942)}$$

144 casos

2.5. Fuentes, técnicas e instrumentos de investigación

- Ficha de captación del paciente con VIH/Sida
- Ficha de historia nutricional
- Ficha técnica de recordatorio de 24 horas.
- Ficha formato de evaluación clínica.
- Test de Percepción del Usuario.

2.6. Procedimiento y presentación de datos

- Se solicitó autorización a la Dirección del Hospital II- 2 Tarapoto y a la Oficina de Epidemiología, a fin de que se nos brinde las facilidades para la recolección de la información.

- Se recogió la información de todos los pacientes de VIH/SIDA que acudieron al Consultorio de Nutrición del Hospital II – 2 Tarapoto durante el periodo de estudio.
- Se tomó la información de la historia nutricional recogiendo datos personales, antropométricos, bioquímicos, costumbres alimentarias, evaluación física.
- Se usó la técnica de recordatorio de 24 horas para obtener el consumo alimentario individual de los pacientes con VIH-sida
- Se utilizó el instrumento de Evaluación Física del Paciente, mediante la observación
- En forma general los datos obtenidos fueron puestos en tablas estadísticas y gráficos con la finalidad de aplicar la estadística descriptiva inferencial.

2.7. Análisis e interpretación de datos

Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21 y Excel para el procesamiento y análisis de los datos: datos antropométricos media aritmética y desviación estándar del índice de masa corporal (IMC). Los resultados son presentados en tablas simples y de doble entrada.

El análisis de los datos se realizó a través de la estadística descriptiva como: media aritmética, porcentaje y frecuencia.

CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSION

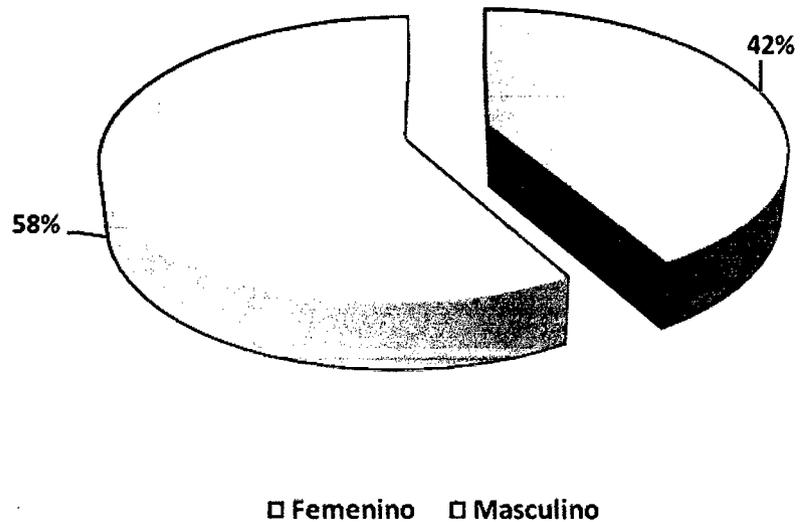
3.1. RESULTADOS:

Tabla N° 01: Características socio-demográficas de los pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el Hospital II – 2 Tarapoto. Junio – diciembre 2015.

Características		fi (n = 144)	%
Edad	≤ 19 años	5	3,5%
	20 - 29 años	70	48,6%
	30 - 39 años	47	32,6%
	40 - 49 años	17	11,8%
	≥ 50 años	5	3,5%
Estado Civil	Soltera/o	74	51,4%
	Casada/o	5	3,5%
	Conviviente	60	41,7%
	Viuda/o	5	3,5%
Grado Instrucción	lletrada	5	3,5%
	Primaria	50	34,7%
	Secundaria	54	37,5%
	Superior universitaria	20	13,9%
	Superior no universitaria	15	10,4%
Religión	Católica	103	71,5%
	Evangélica	23	16%
	Adventista	5	3,5%
	Mormón	5	3,5%
	Otro	8	5,6%

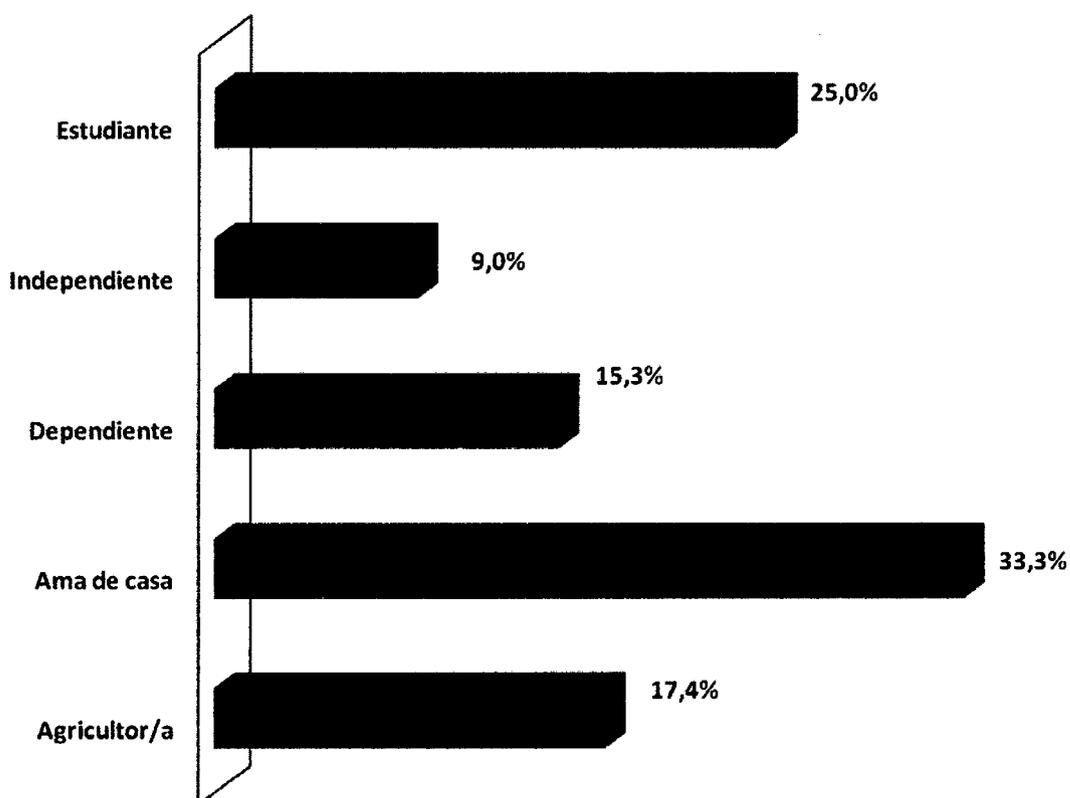
Se aplicó la estadística descriptiva para identificar las características socio demográficas de la población en estudio. Se observa que los pacientes infectados con el Vih que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) oscilan predominantemente entre las edades de 20 – 39 años (81,2%), con un alto porcentaje de estado civil soltero (51,4%); nivel de educación secundaria (37,5%) y primaria (34,7%); religión católica (71,5%).

Gráfico N° 01: Sexo de los pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el Hospital II – 2 Tarapoto. Junio – diciembre 2015.



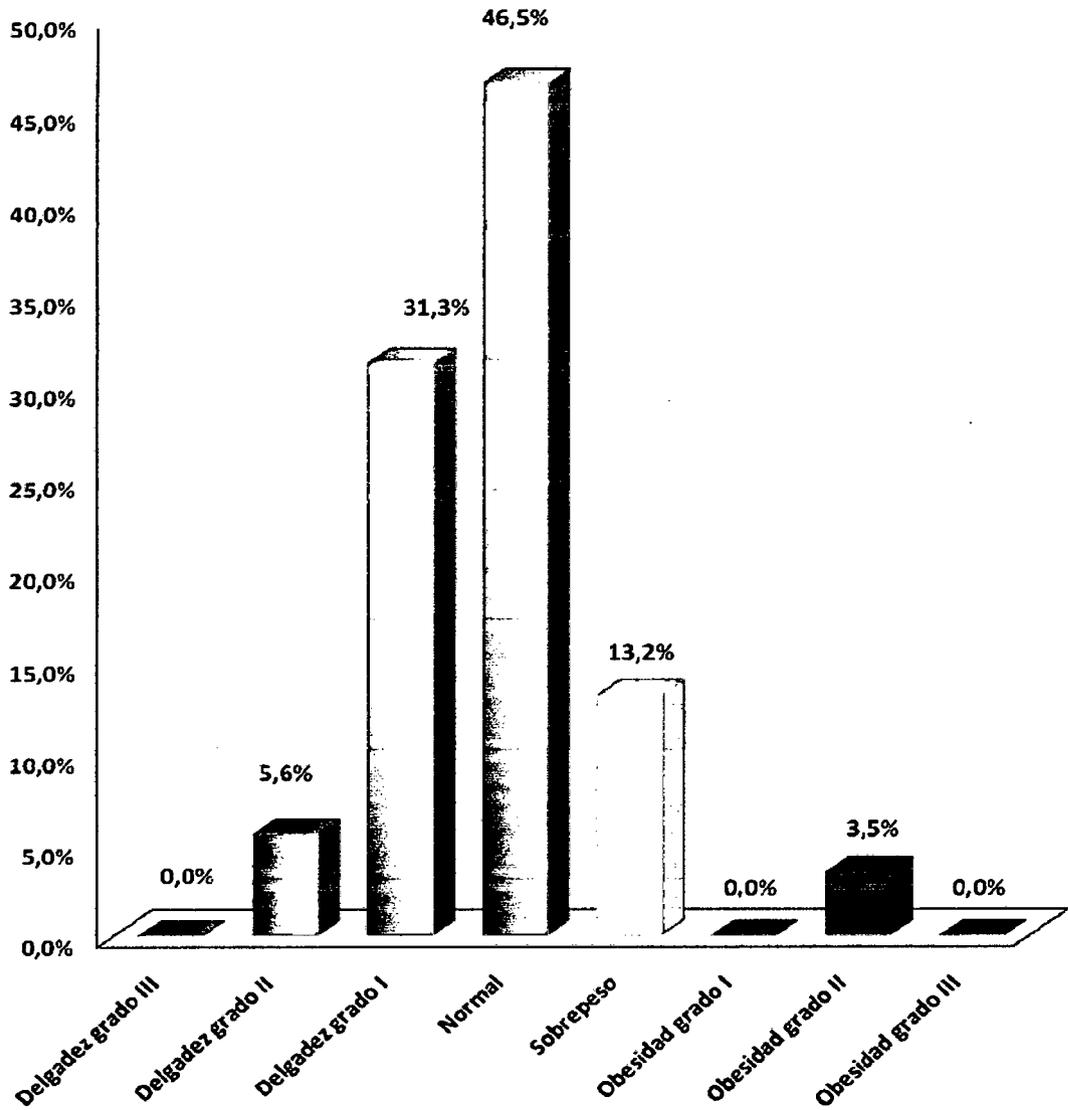
En el gráfico 01 se observa que hay un predominio de pacientes de sexo masculino infectados con el VIH/Sida que reciben tratamiento antirretroviral (56,0%), la población femenina muestra porcentajes muy cercanos (42,0%).

Gráfico N° 02: Ocupación de los pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el Hospital II – 2 Tarapoto. Junio – diciembre 2015.



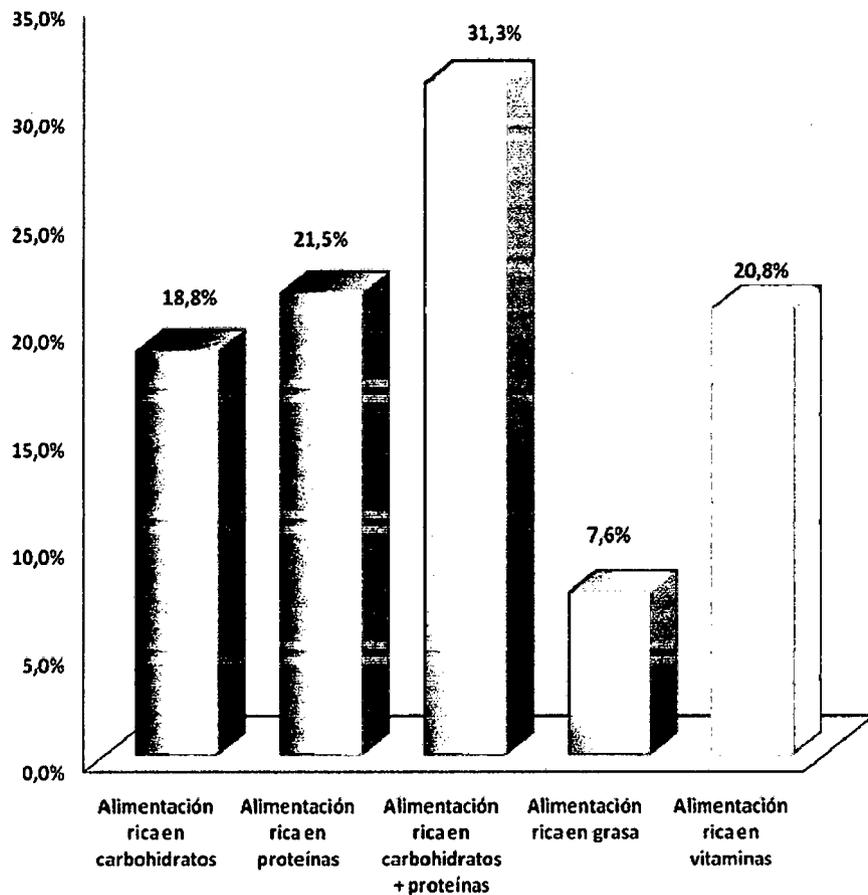
El gráfico 02 representa la ocupación de los pacientes infectados con el Vih/Sida, observándose que los más altos porcentajes se presentan como: ama de casa (33,3%), estudiantes (25,0%) y agricultores (17,4%).

Grafico N° 03: Estado Nutricional de los pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el Hospital II – 2 Tarapoto. Junio – diciembre 2015.



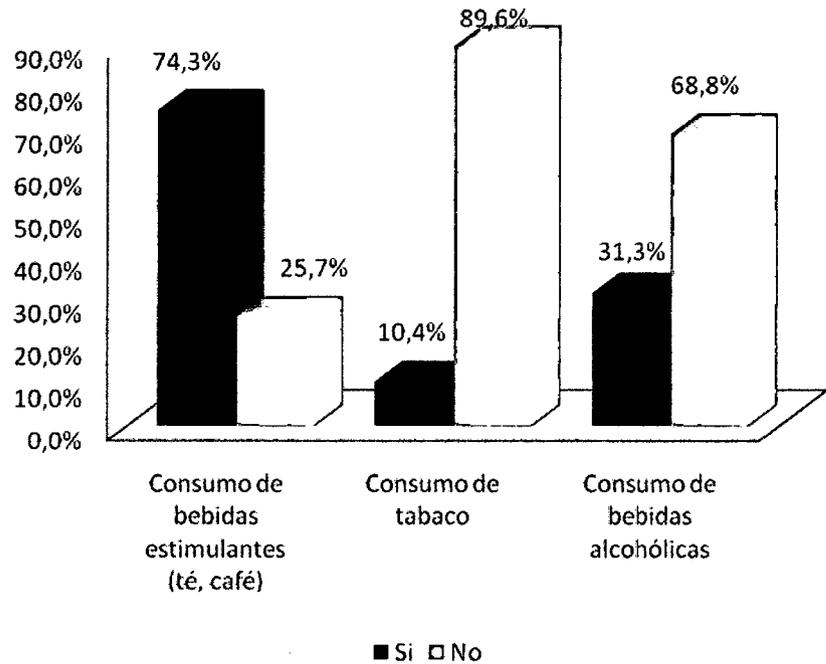
Al evaluar a los pacientes infectados con el Vih/Sida que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el Hospital II – 2 Tarapoto, encontramos que el 46,5% presentan un estado nutricional normal con tendencia a delgadez grado I (31,3%) y sobrepeso (13,2%).

Grafico N° 04: Hábitos y Costumbres alimentarias de los pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el Hospital II – 2 Tarapoto. Junio – diciembre 2015.



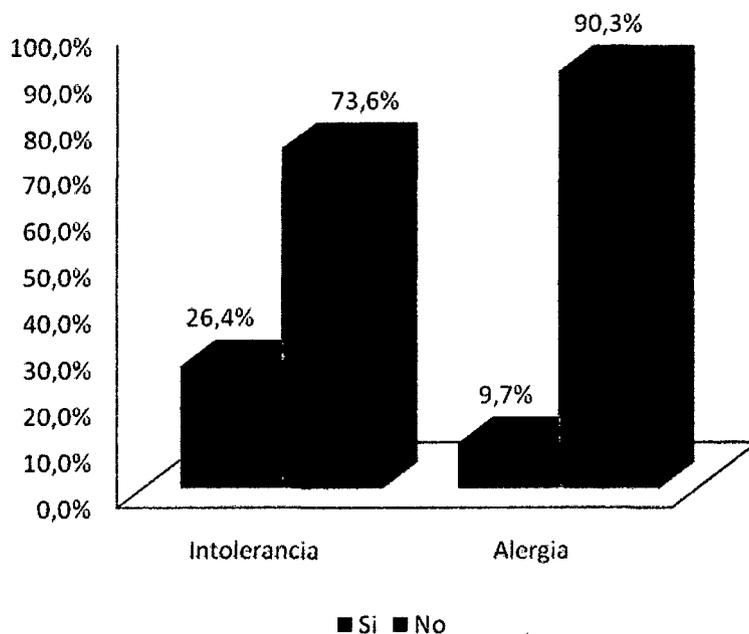
Los hábitos y costumbres alimentarias más frecuentes fueron: alimentación rica en carbohidratos + proteínas (31,3%), alimentación rica en proteínas (21,5%) y alimentación rica en vitaminas (20,8%).

Grafico N° 05: Hábitos nocivos para la salud en pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el Hospital II – 2 Tarapoto. Junio – diciembre 2015.



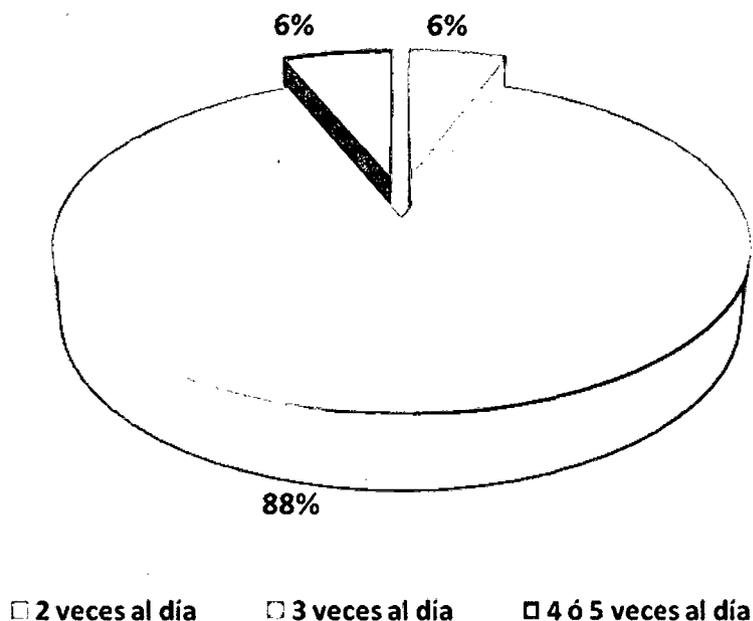
Entre los hábitos nocivos para la salud encontramos el consumo frecuente de bebidas estimulantes (te, café) con un 74,3%.

Gráfico N° 06: Reacción alimentaria en pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el Hospital II – 2 Tarapoto. Junio – diciembre 2015.



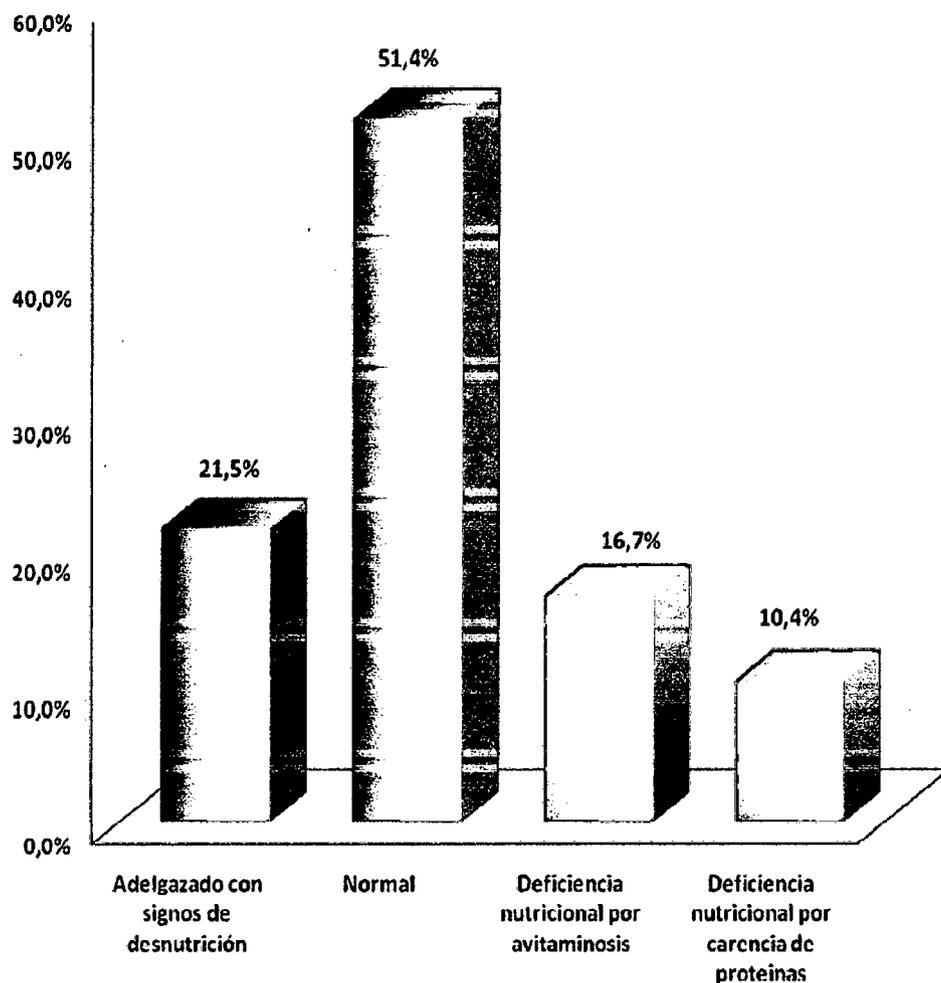
La intolerancia a los alimentos es la reacción alimentaria mas frecuente en los pacientes infectados con el Vih/Sida (26,4%).

Gráfico N° 07: Frecuencia de consumo de alimentos en pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el Hospital II – 2 Tarapoto. Junio – diciembre 2015.



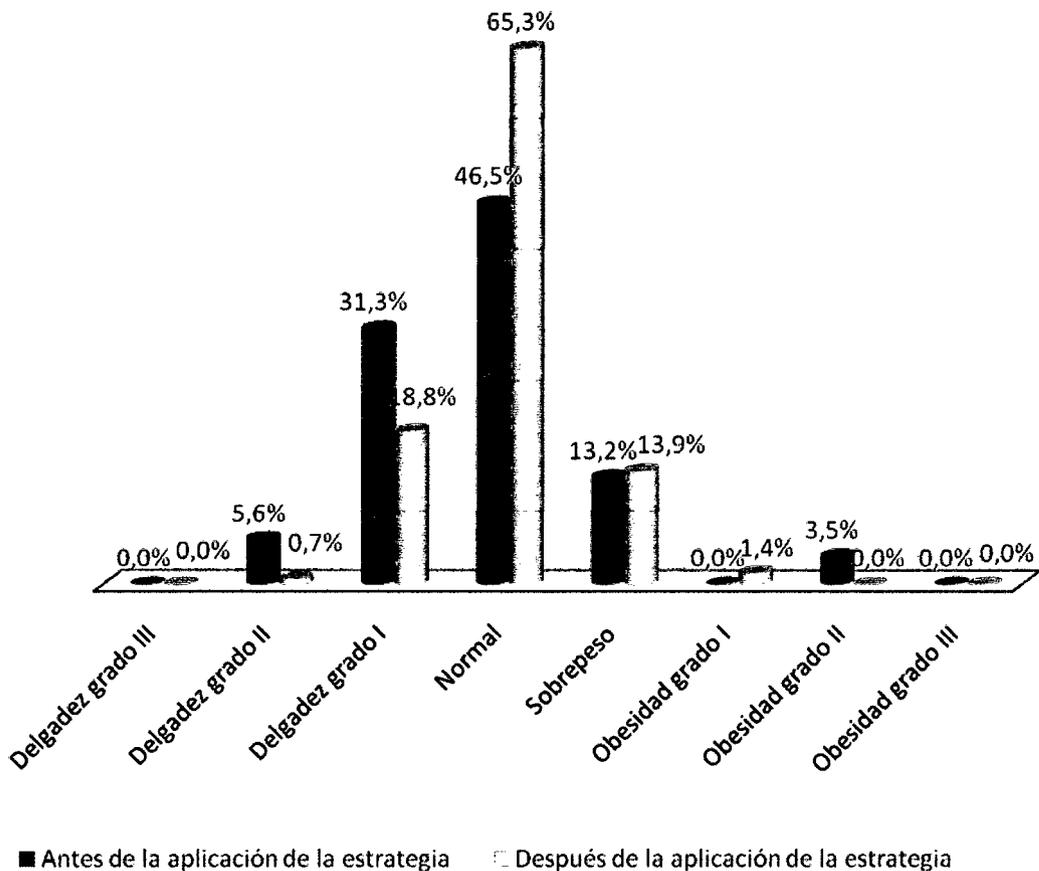
La frecuencia de consumo de alimentos en pacientes infectados con el Vih/Sida es de 3 veces al día en un 88%, siendo recomendable 3 comidas principales y una adicional.

Gráfico N° 08: Evaluación clínica de los pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el Hospital II – 2 Tarapoto. Junio – diciembre 2015.



Se observa que el 51,4% de los pacientes infectados con el Vih/Sida según la evaluación clínica se ubican en un estado normal, con tendencia a adelgazado con signos de desnutrición en un 21,5%.

Gráfico N° 09: Valoración del estado nutricional antes y después de la estrategia de intervención en pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el Hospital II – 2 Tarapoto. Junio – diciembre 2015.



$$X^2 = 148,625$$

$$gl = 12$$

$$p = 0,000000$$

Al realizar la valoración del estado nutricional antes y después de la estrategia de intervención en pacientes infectados con Vih/Sida que reciben tratamiento antirretroviral se observa diferencias porcentuales entre antes y después de la aplicación de la estrategia de intervención nutricional. Se aplicó la prueba no paramétrica chi cuadrado leída con un nivel de significancia $< 0,05$, obteniendo un valor de $X^2 = 148,625$; $p = 0,00000$, aceptando la hipótesis de investigación planteada.

3.2. DISCUSIÓN:

El paciente que contrae el virus de VIH/SIDA lleva consigo, además del deterioro inmunológico, un importante compromiso nutricional. Es posible que se enfrenten a una serie de circunstancias sociales y económicas que pueden disminuir los ingresos familiares debido a la pérdida del trabajo o imposibilidad de conseguirlo, discriminación del empleador, ausencia laboral, permisos laborales e incapacidades por enfermedades asociadas y por consiguiente, la menor capacidad de adquirir alimentos, lo cual crea una situación de inseguridad alimentaria y nutricional. (8) La malnutrición, aunque no es un patrón definitivo, es muy frecuente en la población de infectados por el VIH y engloba un amplio espectro de alteraciones. Generalmente, el diagnóstico nutricional se basa en una serie de marcadores, datos de la historia clínica, pruebas de laboratorio, test de Screening de estado nutricional y análisis de la composición corporal que añaden cada vez más precisión y que aportan valor pronóstico al diagnóstico nutricional. (9,10) Además debe incluir un análisis de aspectos como estado mental (depresión, deterioro cognitivo, afrontamiento frente a la enfermedad, situación social y económica etc.), así como historia de alcoholismo y/o drogadicción. (8,9)

En un paciente que presenta infección por VIH, el tratamiento nutricional es un pilar básico y forma parte integral del manejo debido a la aparición de efectos secundarios relacionados con el tratamiento anti - retroviral y con la propia infección VIH. La realización de valoraciones nutricionales, recomendaciones dietéticas y educación alimentaria son las estrategias que se deben seguir para mejorar la situación de los pacientes consiguiendo un aumento de su calidad de vida. (10)

En el presente estudio, respecto, se aplicó la estadística descriptiva para identificar las características socio demográficas de la población en estudio, observándose que los pacientes infectados con el VIH que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) oscilan predominantemente entre las edades de 20 – 39 años (81,2%), con un alto porcentaje de estado civil soltero (51,4%); nivel de educación secundaria (37,5%) y primaria (34,7%); religión católica (71,5%). Se observa que hay un predominio de pacientes de sexo masculino infectados con el Vih/Sida que reciben tratamiento antirretroviral

(56,0%), la población femenina muestra porcentajes muy cercanos (42,0%). Dichos datos coinciden con lo encontrado por Barrera Lozano FA en la Ciudad de Bogotá., 2010, cuando realizó un estudio con el objetivo de describir las características nutricionales, médicas, farmacológicas y psicosociales de una población adulta asistente al Programa de Manejo Integral: Pacientes Viviendo con el Virus del Sida (PVVS) de una institución pública de salud; en donde encontró que en la población evaluada (n=233) el 84.13% (n=196) de los pacientes corresponden al género masculino y el 15.88% (n=37) al género femenino. Se encontró una relación hombre: mujer de 5:1. (8)

Según organismos internacionales la situación con respecto al SIDA en el ámbito mundial muestra para el año 2009 un reporte de 4.664 nuevos casos de hombres [68.8%] y 2.116 de mujeres [31.2%].en una relación 2.2:1. (5). Podemos decir entonces, que el hallazgo en este estudio coincide con la epidemiología mundial y colombiana donde existe una mayor prevalencia de hombres, pero con un creciente incremento en el número de mujeres contagiadas. El mayor número de pacientes, independientemente del género, ingresa al programa en el rango de edad de 21 a 59 años. Este hallazgo concuerda con el reporte del sistema de vigilancia epidemiológica SIVIGILA 2009, donde el grupo poblacional más afectado es el agrupado por rangos quinquenales de 15 a 49 años de edad con el 87.9%. (8)

En este hallazgo es importante recalcar que el rango de edad, se considera población económicamente activa. Según un estudio reportado por la Universidad Nacional de Colombia 2009 los grupos más afectados por el VIH en la actualidad corresponden a los adultos en edad productiva y reproductiva, entre los 14 y 49 años, quienes constituyen además la fuerza laboral de la sociedad (8). La enfermedad y muerte de las personas productivas, y en especial los proveedores principales con personas a cargo, puede producir desequilibrios financieros en el interior de las familias limitando las posibilidades presentes y futuras, generando un impacto social.

Respecto al estado nutricional, al evaluar a los pacientes infectados con el VIH/Sida que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el

Hospital II-2 Tarapoto, encontramos que el 46,5% presentan un estado nutricional normal con tendencia a delgadez grado I (31,3%) y sobrepeso (13,2%).(grafico 04). Dicha información concuerda con lo encontrado por De Luis D.A., Bachiller, O., Izaola, J. y Eiros R., en la ciudad de España, en el año 2011, quienes encontraron que el estado nutricional de los pacientes con VIH es bueno.(4).

Sin embargo, Sánchez, J., Díaz, D., Verga, B., Sánchez, L. y Hernández, P. en la ciudad de Venezuela en su estudio realizado en pacientes VIH/SIDA del municipio San Cristóbal, diagnosticaron que el 68,1% de los pacientes clasificaron como bajo peso, con predominio masculino (80%), seguido de los normopeso (22,7%). Se encontró que 17 pacientes padecieron alguna enfermedad oportunista. El 54,5% de estas enfermedades fueron reportadas en el grupo bajo peso, siendo la neumonía la que con mayor frecuencia los afectó (58,3%). La terapia nutricional de apoyo disminuyó sensiblemente los bajo peso (de 68,1% a 27,2%). El 100% de los pacientes clasificados como bajo peso finalizado el estudio recibía tratamiento antirretroviral. (11). Se puede deducir entonces que la terapia nutricional de apoyo influye positivamente en la modificación del estado nutricional. Las enfermedades oportunistas predominaron en los pacientes con bajo peso y la terapia antirretroviral contribuye al bajo peso durante los primeros meses de tratamiento.

Dicha información coincide con lo encontrado en el presente estudio, ya que podemos afirmar que los resultados muestran que a pesar de ser la infección por VIH una enfermedad asociada a malnutrición los diagnósticos en estadios tempranos hacen que el número de pacientes desnutridos no sean el grupo mayoritario; por el contrario se refleja que el exceso de peso es un problema importante en la población adulta y se debe tener en cuenta para definir intervenciones en salud pública.

Por su parte, Benavente B, refrenda dicha información ya que en su investigación realizada para evaluar el estado nutricional y hábitos alimentarios de los pacientes con VIH en la ciudad de Lima, encontró una población de 32.5% de desnutrición (12.5% marasmo, 12.5% kwashiorkor y 7.5% mixta) 35% normal y

32.5% de sobrepeso/obesidad. Se observa proporciones casi uniformes de desnutrición, normalidad y sobrepeso/obesidad (3).

Respecto a los hábitos y costumbres alimentarias más frecuentes en nuestro estudio, encontramos que los pacientes infectados con VIH/Sida tienen una alimentación rica en carbohidratos + proteínas (31,3%), alimentación rica en proteínas (21,5%) y alimentación rica en vitaminas (20,8%). Esto se puede corroborar con lo encontrado por Benavente B, quien refiere que los hábitos alimentarios en la población de estudio fueron Adecuados en un 5%, Regulares 40%, Inadecuados 55%. (3).

Los datos encontrados en el presente estudio se relacionan con los encontrados por Monsalve, M. en adolescentes portadores del virus del VIH-SIDA en el Hogar San Camilo de Lima, Perú en el año 2009, quien reportó que, el 87.5% de los adolescentes tienen medidas adecuadas y un porcentaje poco significativo de 12.5% inadecuadas. Concluye que la mayoría de los adolescentes portadores del virus del VIH-SIDA tienen medidas de autocuidado adecuadas en cuanto a la alimentación, higiene corporal, descanso y sueño, actividad, interacción social, autoestima, control y tratamiento de la enfermedad. También refiere que el 70% recibe una dieta balanceada, el 80% come tres veces al día, un 85% termina todos sus alimentos y el 60% ingiere algún tipo de suplemento vitamínico (12)

Podemos afirmar entonces que el aumento de las necesidades calóricas y de nutrientes por la enfermedad o una ingesta insuficiente de alimentos naturales puede ser complementado con la utilización de productos nutricionales nutracéuticos donde su formulación depende de las necesidades nutricionales individuales, la edad y el estado de salud. Un complemento nutricional debe tener proteínas, grasas y carbohidratos en una proporción adecuada con vitaminas, minerales y algunos otros nutrientes importantes y esenciales para la enfermedad. Así mismo, el ejercicio es importante para mantener la masa muscular, disminuye los niveles de lípidos y azúcar en la sangre, mejora la función cardiopulmonar y mejora la sensación de bien estar.

CAPITULO IV: CONCLUSIONES

1. Los pacientes infectados con (VIH) que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el Hospital II-2 Tarapoto, oscilan predominantemente entre las edades de 20 – 39 años (81,2%), con un alto porcentaje de estado civil soltero (51,4%); nivel de educación secundaria (37,5%) y primaria (34,7%); religión católica (71,5%).
2. Existe un predominio de pacientes de sexo masculino infectados con el Vih/Sida que reciben tratamiento antirretroviral (56,0%), la población femenina muestra porcentajes muy cercanos (42,0%). La ocupación de los pacientes infectados con el Vih/Sida, observándose que los más altos porcentajes se presentan como: ama de casa (33,3%), estudiantes (25,0%) y agricultores (17,4%)
3. El 46,5% de los pacientes infectados con el VIH/Sida que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) presentan un estado nutricional normal con tendencia a delgadez grado I (31,3%) y sobrepeso (13,2%).
4. Los hábitos y costumbres alimentarias más frecuentes fueron: alimentación rica en carbohidratos + proteínas (31,3%), alimentación rica en proteínas (21,5%) y alimentación rica en vitaminas (20,8%).
5. Entre los hábitos nocivos para la salud encontramos el consumo frecuente de bebidas estimulantes (té, café) con un 74,3%. La intolerancia a los alimentos es la reacción alimentaria más frecuente en los pacientes infectados con el Vih/Sida (26,4%).
6. La frecuencia de consumo de alimentos en pacientes infectados con el Vih/Sida es de 3 veces al día en un 88%, siendo recomendable 3 comidas principales y una adicional.

7. El 51,4% de los pacientes infectados con el VIH/Sida según la evaluación clínica se ubican en un estado normal, con tendencia a adelgazado con signos de desnutrición en un 21,5%.

8. Al realizar la valoración del estado nutricional antes y después de la estrategia de intervención nutricional en pacientes infectados con Vih/Sida que reciben tratamiento antirretroviral se observa diferencias porcentuales.

CAPITULO V: RECOMENDACIONES

- 1. Sensibilizar a los establecimientos de salud de I nivel sobre el proceso de atención a pacientes infectados con Vih, que reciben tratamiento antirretroviral.**
- 2. Los establecimientos de salud deben contar con un equipo multidisciplinario para garantizar una atención integral y de calidad.**
- 3. La aplicación de la estrategia debe ser aplicada a todos los pacientes infectados con Vih/Sida, previa valoración de los patrones alimentarios como línea base, para evaluar los cambios del de los estilos de vida del usuario/a.**

CAPITULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA “Manual para la atención alimentaria y nutricional en personas viviendo con Vih/sida” La Habana- Cuba 2004.
2. MINISTERIO DE SALUD. DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD. EPIDEMIOLOGÍA - PERU. Guía de alimentación y nutrición en la atención de personas con VIH y Sida. 2011.
3. BENAVENTE GRÁNDEZ B. “Estado nutricional y hábitos alimentarios de pacientes con VIH”- Revista Peruana de Epidemiología” Vol.15 N°1 Abril 2011.- N°2 Agosto 2011. Lima- Perú.
4. DE LUIS D. A., BACHILLER, O. IZAOLA, J., EIROS BOUZA, R. “Estado nutricional de pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)” An.med. interna (Madrid) vol. 18, N.º 12, pp. 619-623, 2001.
5. PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS OFICINA REGIONAL PARA LATINOAMERICA Y EL CARIBE “Guía de Nutrición como parte de la Atención Integral para Personas con VIH” elaborada con el apoyo del Fondo Internacional para el Desarrollo de la OPEP. Panamá, Abril, 2010.
6. CASTELLANOS GALVÁN, O. “Importancia de la Nutrición en el paciente con VIH/SIDA” Monografía. Universidad Veracruzana – Facultad de Nutrición México 2011.
7. VILLALOBOS D., MAURY-SINTJAGO E., RÍOS P., FERNÁNDEZ C., GARCÍA D., BRAVO A. “Evaluación del estado nutricional en pacientes pediátricos institucionalizados con VIH/SIDA. Pediatr. (Asunción), Vol. 38; N° 1; Abril 2011. pág. 31-39 31.
8. BARRERA LOZANO F.A. “Descripción de Características Nutricionales, Médicas, Farmacológicas y Psicosociales de la Población adulta Asistente al Programa de Manejo Integral: Pacientes Viviendo con el Virus del Sida

(PVVS) de una IPS en la Ciudad de Bogotá. Tesis- Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Ciencias Carrera de Nutrición y Dietética Bogotá, 2010

9. DÍAZ CASTELLÓN, M.Á. Evaluación del estado nutricional en personas que conviven con el VIH/SIDA en el Policlínico "Héroes de Girón". 2004- 2005. La Habana, Cuba (consultado el 14 noviembre 2015; disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/10095/Evaluacion-estado-nutricional-personas-conviven-SIDA.html>)
10. AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. Position of the American Dietetic Association and Canadian Dietetic Association: nutrition intervention in the care of persons with human immunodeficiency virus infection. J Am Diet assoc 2000; 100:708 – 717. The American Dietetic Association. HIV/AIDS Medical nutrition Therapy Protocol. 1996.
11. SÁNCHEZ PORTELA, J.R., DÍAZ RODRÍGUEZ, D.R, VERGA TIRADO ,B., SÁNCHEZ CÁMARA, L., ALFONSO HERNÁNDEZ, P.R. Evaluación del estado nutricional en pacientes VIH/SIDA del municipio San Cristóbal. Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2009 Jun [citado 2014 Mar 26] ; 13(2): 113-122. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000200013&lng=es.
12. MONSALVE DÁVILA, M.A. "Medidas de autocuidado que tienen los adolescentes portadores del virus del VIH-SIDA en el Hogar San Camilo 2009"- tesis UNMSM Lima – Perú 2009.
13. POLO RODRÍGUEZ, R. Manual de Nutrición y SIDA. Consejos dietéticos, suplementos nutricionales orales y vitamínicos en pacientes con infección por VIH. 3 Edición. Fundación Wellcome. España. 2002.
14. SUVERZA FERNANDEZ A.y HAUJA NAVARRO K. El ABC del estado de evaluación del estado nutrición. 1ra edición, editorial MCgraw-HILL Interamericana Editores, S.A. de c.v. 2010 MEXICO. Pag.30, 55.

15. SANTANA S; BARRETO J; MARTÍNEZ, C.; ESPINOZA, A.; MORALES, L. Evaluación Nutricional. Acta Médica, 2003; 11(1): 26, 37.
16. LINARES GUERRA E.M., SANTANA PORBÉN S.O, CARRILLO FORNÉS O. y "etal". "Estado nutricional de las personas con VIH/Sida; su relación con el conteo de las células T CD4+"Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Pinar del Río. Cuba. Nutr Hosp. 2013;28(6):2197-2207 ISSN 0212-1611 .S.V.R. 318. (disponible en: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/6894.pdf>)
17. JIMENEZ EXPÓSITO M.J. "Malnutrición e Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana". Tesis: Universidad Rovira i Virgili (España) 2005.
18. TERÁN RINCÓN, G.; SOLANO, L.; PORTILLO, Z.. Indicadores nutricionales en pacientes infectados con virus de inmunodeficiencia humana / Nutritional indicators in HIV infected patients. Venezuela 2001. (consultado el 15 de noviembre 2015; disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=309058&indexSearch=ID>)
19. REPULLO PICASSO "Nutrición Humana y Dietética" 2da. Edición MARBÁN S.L. Madrid – España 2004.
20. MINISTERIO DE SALUD "Guía Técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica de la Persona Adulta" Instituto Nacional de Salud . Lima – Perú 2012.
21. DICCIONARIO MEDICO VOX, disponible en: <http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/talla.html>
22. CRUZ GALLO, R. Guía diagnóstica y de tratamiento. Nutriopatía Clínica Aplicada. Instituto de investigación para el desarrollo de la nutriología.1ra Edición. LIMA 2009.

23. GÓMEZ-CANDELA, C. MIRALLES R. POLO, ÁLVAREZ, F. BARREIRO, D. Recomendaciones de SPNS/ GEAM/ SENPE/ AEDN/ SEDCA/ GESIDA sobre nutrición en el paciente con infección por VIH. España.
24. PROYECTO FONDO GLOBAL. PROGRAMA” FORTALECIMIENTO DE LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA Y LA TUBERCULOSIS EN EL PERÚ”- Guía TARGA. Tu Nueva Oportunidad. Edición: Lima 2007. FIMART S.A.C.
25. MINISTERIO DE SALUD. DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD. Managua. Nicaragua. Guía de alimentación y nutrición en la atención de personas con Vih y Sida. 2008.
26. Scientific Psychic, expand ourmind, improve your body, have fun. (disponible en: <http://www.scientificpsychic.com/health/nutricion-optima.html>)

ANEXOS

Anexo 01

FICHA DE CAPTACIÓN DEL PACIENTE CON VIH/Sida

N°	Relación de pacientes viviendo con VIH/ SIDA	EDAD	SEXO	HC.
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				

Anexo 02
FICHA DE HISTORIA NUTRICIONAL

Fecha:

I.- FILIACIÓN:

Apellidos y Nombres:
 Fecha y Lugar de Nacimiento:
 Edad:.....Sexo:.....Estado Civil:
 Grado de Instrucción:
 Ocupación:.....
 Religión:
 Domicilio:
 Diagnóstico

Clínico:.....

CAPACIDAD FUNCIONAL

Sin disfunción.....Disfunción..... Duración:

Tipo de disfunción

Trabajo incompleto.....Ambulatorio sin trabajar.....En cama.....

II.- DATOS ANTROPOMÉTRICOS:

Peso actual: _____ Talla: _____ Peso teórico _____

Peso habitual: _____

IMC: _____ Dx.: _____

III.- FUNCIONES BIOLÓGICAS:

Estado fisiológico : _____

Apetito: _____ Sed: _____

Orina: _____ Heces: _____ Sueño: _____

Náuseas: _____

Vómitos: _____ Otros: _____

Lactancia Materna (para niños) : _____

Tiempo: _____

Presión Arterial: _____ Temperatura: _____

Respiración: _____ Otros: _____

IV.- EXAMEN CLÍNICO:

1. CAMBIO DE PESO

Pérdida en los últimos seis meses

2. CAMBIO EN INGESTA. RELACIONADO CON INGESTA USUAL

Sin cambio Cambio

Tipo de cambio

Sólidos incompletos..... Líquidos hipocalóricos.....Ayuno.....

Cabello.....Ojos.....Boca.....

Dientes.....Lengua.....Piel.....

Edema.....Manos.....Uñas.....
 V.- EXÁMENES AUXILIARES:
 Hemoglobina: _____ Hematocrito: _____
 Glucosa _____ Colesterol: _____ HDL: _____
 LDL: _____ Triglicéridos: _____
 Proteínas totales y fraccionadas: _____ Urea: _____
 Creatinina: _____

VI.- ANTECEDENTES:

- Inicio de la Enfermedad:
- Antecedentes familiares de la enfermedad:
- Qué medicina consume al momento del interrogatorio.....
- Dietas realizadas:.....
- Realiza ejercicios físicos.....
- Recibió consejería nutricional anteriormente.....

VII.- HÁBITOS Y COSTUMBRES ALIMENTARIAS:

Utiliza:

- Sedantes para dormir:
- Reguladores del apetito:.....
- Suplementos nutricionales:.....

Generalmente:

- Acostumbra: consumo de té, café, cigarro, alcohol:.....
- Preferencias alimentarias:
- No le gusta:
- Intolerancias:
- Alergias:
- Flatulencias:
- Número de comidas al día:

Observaciones: _____

VIII.- DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL:

IX.- INDICACIONES:

Anexo 03

FICHA TÉCNICA DE RECORDATORIO DE 24 HORAS

HORA	COMIDAS	INGREDIENTES	CANT.	TIPO DE PREPARACIÓN	KCAL.	C	P	L
	Desayuno.							
	Media mañana							
	Almuerzo							
	Media tarde							
	Cena							
	Antes de acostarse.							

Observaciones:.....

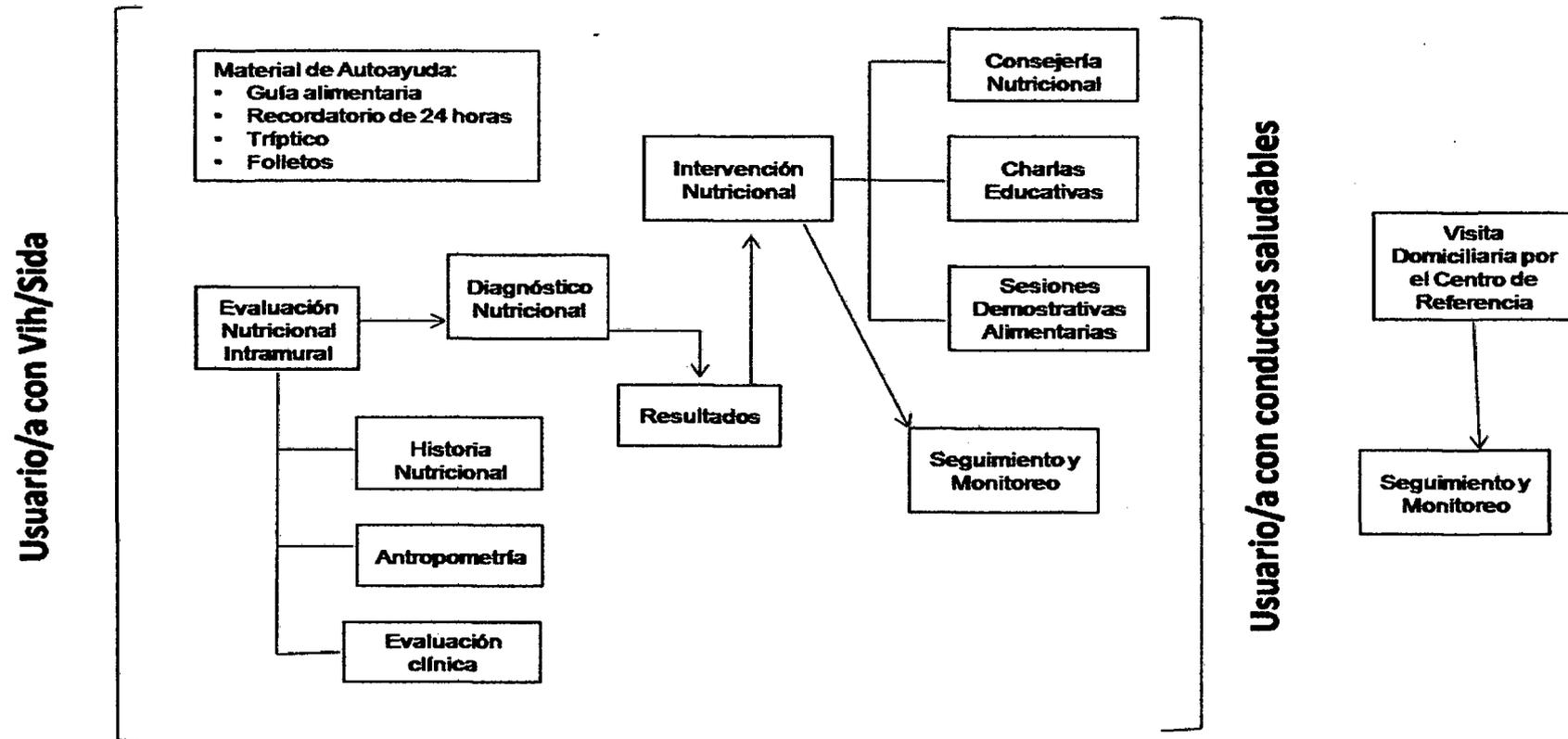
Anexo 04**FICHA FORMATO DE EVALUACIÓN CLINICA**

INDICADOR CLÍNICO – NUTRICIONAL					
ÁREA DE EXAMEN	SIGNOS RELACIONADOS CON ALTERACIONES NUTRICIONALES	POSIBLE TRASTORNO O CARENCIA DE NUTRIENTES	SI	NO	OBSERVACIONES
CABELLO	Pérdida del brillo natural, opaco, seco, quebradizo.	Kwashiorkor y con menor frecuencia en el marasmo.			
CARA	Palidez Fascies Lunar	Hierro Kwashiorkor			
OJOS	Conjuntivas pálidas	Anemia (deficiencia de hierro)			
BOCA	Estomatitis angular (lesiones de color rosa o blanco en los ángulos de la boca)	Riboflavina			
LENGUA	Lengua Magenta (violácea) Lengua escarlata o inflamada Atrofia e hipertrofia de las papilas filiformes	Riboflavina Ácido nicotínico Ácido fólico			
DIENTES	Esmalte moteado Dientes faltante Caries	Fluorosis Exceso de azúcar			
ENCÍAS	Esponjosas, sangrantes, receso gingival	Vitamina C			
GLÁNDULAS	Crecimiento de la tiroides Crecimiento de la parótida	Yodo Inanición			
PIEL	Piel seca y escamosa	Zinc			
UÑAS	Coiloniquia, quebradizas rugosas Leuconiquia	Hierro Proteínas, falta de síntesis de proteínas.			
TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	Edema Grasa: por encima de lo normal	Kwashiorkor Sobrepeso u obesidad			
ESQUELÉTICO	Tumefacción Dolorosa alrededor del extremo de los huesos largos. Ejemplo: muñecas y rodillas.	Vitamina D Osteoporosis, Calcio			
CARDIOVASCULAR	Arritmia cardiaca Hipotensión postural	Potasio Sodio			
GASTROINTESTINAL	Hepatoesplenomegalia				
NERVIOSO	Debilidad motora	Tiamina			

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL

ANEXO Nº 05

ESTRATEGIA DE EVALUACION NUTRICIONAL PARA MEJORAR LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS DE LOS PACIENTES INFECTADOS CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) QUE RECIBEN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD (TARGA) ATENDIDOS EN EL HOSPITAL II – 2 TARAPOTO. JUNIO – DICIEMBRE 2015



EVALUACION NUTRICIONAL:

Es una serie ordenada y sistemática de apruebas y mediciones aplicadas al paciente con el fin de determinar su estado de nutrición. Representa la interpretación de la información obtenida de estudios clínicos, dietéticos, bioquímicos y antropométricos. (14)

La evaluación del estado nutricional del paciente es parte esencial de los programas de intervención alimentaria, nutrimental y metabólica. La desnutrición hospitalaria es un hallazgo frecuente, y la causa de costos incrementados de asistencia médica, alargamiento de la estadía hospitalaria, y aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad.

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL:

El diagnóstico permite contar con elementos necesarios para definir la intervención nutricional idónea según las características del paciente. Representa un juicio de valor establecido por el especialista, que implica hacer uso del pensamiento crítico basado en evidencias y cuya determinación es parte del proceso de atención nutricional. (14)

El fin último de la evaluación nutricional es conocer a nivel orgánico (al menos) el estado de la composición corporal del paciente.

Comoquiera que la desnutrición afecta diferenciadamente los compartimientos corporales del sujeto, es necesario entonces: 1) conocer el estado actual de preservación de los compartimientos corporales de mayor interés: graso, muscular, visceral; 2) establecer el grado de afectación de los compartimientos, y 3) establecer el grado y tipo de desnutrición. (15)

INTERVENCION NUTRICIONAL:**MONITOREO NUTRICIONAL:**

Consiste en el seguimiento que se debe hacer al cumplimiento de las indicaciones hechas durante la consulta. (14)

El monitoreo nutricional debe servir de mecanismo de retroalimentación para la introducción de cambios en el esquema de apoyo nutricional si se comprobara falla del sujeto en responder de la forma esperada.(15)

ANEXO 06

Tabla del Gráfico N° 01: Sexo de los pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el Hospital II – 2 Tarapoto. Junio – diciembre 2015.

Sexo	fi	%
Femenino	60	41,7%
Masculino	84	58,3%
Total	144	100,0%

Tabla del Gráfico N° 02: Ocupación de los pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el Hospital II – 2 Tarapoto. Junio – diciembre 2015.

Ocupación	fi	%
Agricultor/a	25	17,4%
Ama de casa	48	33,3%
Dependiente	22	15,3%
Independiente	13	9,0%
Estudiante	36	25,0%
Total	144	100,0%

Tabla del Grafico N° 03: Estado Nutricional de los pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el Hospital II – 2 Tarapoto. Junio – diciembre 2015.

Estado Nutricional	Antes de la aplicación de la estrategia		Después de la aplicación de la estrategia	
	fi	%	fi	%
Delgadez grado III	0	0,0%	0	0,0%
Delgadez grado II	8	5,6%	1	0,0%
Delgadez grado I	45	31,3%	28	%
Normal	67	46,5%		
Sobrepeso	19	13,2%		
Obesidad grado I	0	0,0%		
Obesidad grado II	5	3,5%		
Obesidad grado III	0	0,0%		
Total	144	100,0%		

Tabla del Grafico N° 04: Hábitos y Costumbres alimentarias de los pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el Hospital II – 2 Tarapoto. Junio – diciembre 2015.

Preferencias Alimentarias	fi	%
Alimentación rica en carbohidratos	27	18,8%
Alimentación rica en proteínas	31	21,5%
Alimentación rica en carbohidratos + proteínas	45	31,3%
Alimentación rica en grasa	11	7,6%
Alimentación rica en vitaminas	30	20,8%
Total	144	100,0

Tabla del grafico N° 05: Hábitos nocivos para la salud en pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el Hospital II – 2 Tarapoto. Junio – diciembre 2015.

Hábitos nocivos	Si		No		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Consumo de bebidas estimulantes (té, café)	107	74,3%	37	25,7%	144	100,0%
Consumo de tabaco	15	10,4%	129	89,6%	144	100,0%
Consumo de bebidas alcohólicas	45	31,3%	99	68,8%	144	100,0%

Tabla del Gráfico N° 06: Reacción alimentaria en pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el Hospital II – 2 Tarapoto. Junio – diciembre 2015.

Reacción	Si		No		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Intolerancia	38	26,4%	106	73,6%	144	100,0%
Alergia	14	9,7%	130	90,3%	144	100,0%

Tabla del Gráfico N° 07: Frecuencia de consumo de alimentos en pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el Hospital II – 2 Tarapoto. Junio – diciembre 2015.

Frecuencia de alimentos	fi	%
2 veces al día	8	5,6%
3 veces al día	127	88,2%
4 ó 5 veces al día	9	6,3%
Total	144	100,0%

Tabla del Gráfico N° 08: Evaluación clínica de los pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el Hospital II – 2 Tarapoto. Junio – diciembre 2015.

Evaluación clínica	n°fi	%
Adelgazado con signos de desnutrición	13	9,0%
Palidez marcada con signos de desnutrición	18	12,5%
Normal	74	51,4%
Deficiencia nutricional por avitaminosis	24	16,7%
Deficiencia nutricional por carencia de proteínas	15	10,4%
Total	144	100,00%

Tabla del Gráfico N° 09: Valoración del estado nutricional antes y después de la estrategia de intervención en pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el Hospital II – 2 Tarapoto. Junio – diciembre 2015.

Estado Nutricional	Antes		Después	
	fi	%	fi	%
Delgadez grado III	0	0,0%	0	0,0%
Delgadez grado II	8	5,6%	1	0,7%
Delgadez grado I	45	31,3%	27	18,8%
Normal	67	46,5%	94	65,3%
Sobrepeso	19	13,2%	20	13,9%
Obesidad grado I	0	0,0%	2	1,4%
Obesidad grado II	5	3,5%	0	0,0%
Obesidad grado III	0	0,0%	0	0,0%
Total	144	100,0%	144	100,0%

$X^2 = 148,625$

gl = 12

p = 0,0000000