



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

**Fortalecimiento de la prevención de la transmisión vertical del VIH
SIDA en usuarias que asisten al Subcentro de Salud La Piñonada y
San Alejo durante el período Abril-Octubre 2008.**

**PROYECTO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

PROPUESTO POR:

**Cabrera Gómez Verónica Belén
Cevallos García María Gabriela
Cevallos García Jéssica Patricia
Criollo Cedeño Miguel Ángel**

DIRECTOR:

Dra. Carmina Pinargote

Portoviejo, Octubre 2008

DEDICATORIA

A Dios que me ha dado la vida, fortaleza y serenidad para vencer los obstáculos y me ha ilustrado el camino correcto de la vida.

A quienes me enseñaron a nadar contra corriente mis amados padres, en especial a mi madre por su ayuda y constante cooperación, hemos logrado esto juntas, que a pesar de la distancia viviste conmigo, cada dificultad, alegría y triunfo, más que nadie te lo mereces porque sabes algo... Eres el más grande ejemplo de lucha que tengo...

A mi esposo Rodrigo y mi hijo Rodriguito, por ser la fuente de inspiración y motivación para superarme cada día más y así construir un futuro mejor.

A mis queridos padres de corazón Luis y Mariana por su constante apoyo, por creer y confiar siempre en mí y por darme esa mano amiga que necesite.

A mis hermanos Vicente y Yessenia, forjadores de lucha y sacrificio y por enseñarme que todo sueño se puede cumplir.

A mis pequeños sobrinos, Andrea y David por vivir y traer nuevas energías a nuestro hogar, dando alegría a mi corazón con sus tiernas palabras de estimulación.

A los que colaboraron de manera desinteresada a lo largo de mi carrera ayudando a mi superación, mil gracias a todos.

Cabrera Gómez Verónica

DEDICATORIA

Mi tesis la dedico con todo me amor y mi cariño:

A ti Dios, pilar fundamental en mi vida que me diste la oportunidad de vivir y de regalarme una familia maravillosa

Con mucho cariño a mis padres que me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento. Gracias infinitas por haberme dado una carrera para mi futuro y por creer en mí, por ser mi más grande ejemplo de superación y darme amor y apoyo incondicional.

A mis hermanas Paty, Ana y Jennifer que me han brindado cariño y comprensión y con quienes he compartido momentos importantes en mi vida.

A mis hermanitos de corazón Fernanda, Alejandro y Javier que por su amor y ternura han llenado mi vida de alegría.

A mis abuelitos, tíos y amigos que han compartido conmigo este largo camino de gran esfuerzo y sacrificio y enseñarme que la perseverancia es la clave del éxito.

Cevallos García Gabriela

DEDICATORIA

Al culminar una meta más de mi vida, y al haber cumplido mis aspiraciones y propósitos, dedico este esfuerzo intelectual a Dios por ser el Creador.

A los promotores de mi vida, mis padres, que con su amor, comprensión y sabios consejos supieron guiar mi existencia.

A mis hermanas Gaby, Ana y Jennifer, a mis primos Alejandro y Javier que sirva de ejemplo de esfuerzo y superación para alcanzar sus metas propuestas.

A mis tíos, abuelitos y amigos por comprensión e incondicional apoyo moral

Cevallos García Jéssica

DEDICATORIA

La vida se basa en etapas y la importante ha llegado a su fin.

Agradezco a Dios, por haberme permitido llegar a esta vida.

A mis padres Miguel y Ana por su apoyo incondicional, en todo sentido, en pos de cumplir mi sueño profesional.

A mis hermanas por haber sido mis confidentes de penas, alegrías y logros importantes.

A Trini, por ser novia, compañera y amiga incondicional.

A mis compañeras de tesis, quienes fueron parte importante de este proyecto.

A la licenciada Aracely Romero, por su confianza depositada en circunstancias difíciles de mi vida estudiantil.

Criollo Cedeño Miguel

AGRADECIMIENTO

Este trabajo de investigación, si bien ha requerido de esfuerzo y mucha dedicación por parte de los autores y su director de tesis, no hubiese sido posible su finalización sin la cooperación desinteresada de todas y cada una de las personas que a continuación citaremos:

Primero y antes que nada, damos gracias a Dios, por estar con nosotros en cada paso que damos, y por habernos puesto en el camino a aquellas personas que han sido nuestro soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A la Universidad Técnica de Manabí, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina, y al cuerpo de docentes que laboran en ella, que contribuyeron en nuestra formación profesional.

Al Tribunal de Revisión y Sustentación, en especial a la Dra. Carmina Pinargote por ser nuestra guía durante la elaboración de este macro-proyecto.

Al Área de Salud #1, especialmente a las licenciadas Norma Cedeño, Ida Cedeño y Lorena Mera, quienes nos brindaron, su ayuda incondicional durante la ejecución de nuestro proyecto.

Al personal de Salud de los SCS San Alejo y La Piñonada por su colaboración constate para la culminación de este trabajo.

Al Lic. Fabricio Castillo por colaborarnos, a través de su laboratorio, en la lectura e interpretación de las pruebas de tamizaje.

A todas las mujeres embarazadas y demás implicados que permitieron la realización de nuestro proyecto.

Agradecer hoy y siempre a nuestras familias, por apoyarnos en los momentos decisivos de nuestras vidas.

A todos los compañeros de estudio por las experiencias compartidas en el día a día en el aula de clases.

Los Autores.

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Dra. Carmina Pinargote, Catedrática de la Facultad Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina certifica que:

Que los Señores Egresados de Medicina: **Cabrera Gómez Verónica Belén, Cevallos García María Gabriela, Cevallos García Jessica Patricia, Criollo Cedeño Miguel Ángel**, han culminado su tesis de grado con el tema: **Fortalecimiento de la prevención de la transmisión vertical del VIH SIDA en usuarias que asisten al Subcentro de Salud San Alejo y la Piñonada durante el período Abril-October 2008**, bajo mi dirección y asesoramiento y de conformidad con las disposiciones establecidas para el efecto.

Razón por la cual los planteamientos y conceptos son responsabilidad de los autores.

Dra. Carmina Pinargote

DIRECTORA

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y SUSTENTACIÓN

TEMA: “Fortalecimiento de la prevención de la transmisión vertical del VIH SIDA en usuarias que asisten al Subcentro de Salud La Piñonada y San Alejo durante el período Abril-October 2008.”

TESIS DE GRADO

Sometida a consideraciones del Tribunal de Revisión y Sustentación y legalizado por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de:

MÉDICO CIRUJANO

APROBADA

Dr. Bosco Barberán

DECANO FCS

Lic. Elba Cerón

PRESIDENTE TRIBUNAL

Dra. Carmina Pinargote

DIRECTOR DE TESIS

Lic. Narcisa Villamarín

MIEMBRO DOCENTE

Dr. Fidel Mendoza

MIEMBRO DOCENTE

Dr. José García Jaramillo

MIEMBRO DOCENTE

Abg. Yandry Sabando

ASESOR JURÍDICO

DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DE AUTOR

Nosotros, **Cabrera Gómez Verónica Belén, Cevallos García María Gabriela, Cevallos García Jéssica Patricia, Criollo Cedeño Miguel Ángel** , egresados de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina de la Universidad Técnica de Manabí, declaramos que:

El presente trabajo de investigación titulado Fortalecimiento de la prevención de la transmisión vertical del VIH SIDA en usuarias que asisten al Subcentro de Salud San Alejo y la Piñonada durante el período Abril-Octubre 2008 es de nuestra autoría y ha sido realizado bajo nuestra absoluta responsabilidad, y con la supervisión de la Directora de Tesis Dra. Carmina Pinargote.

Los Autores

INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
- Resumen -----	17
- Summary -----	18
Capítulo 1: Localización física del proyecto -----	19
Capítulo 2: Fundamentación -----	21
Diagnóstico de la comunidad de La Piñonada-----	22
Diagnóstico de la comunidad de San Alejo-----	36
Capítulo 3: Justificación -----	58
Capítulo 4: Objetivos -----	61
Capítulo 5: Marco de referencia -----	63
Introducción -----	64
Etiología -----	65
Historia natural de la infección por el VIH -----	67
Formas de transmisión del VIH -----	67
Prevención de transmisión perinatal del VIH -----	71
Mecanismos de transmisión vertical -----	71
Tasas de transmisión vertical -----	72

Factores predisponentes -----	73
Consejería en VIH-SIDA -----	75
Infraestructura -----	81
Mobiliario -----	83
Equipos -----	83
Accesorios -----	83
Horarios -----	84
Mantenimiento -----	84
Temas a abordar en la consejería pre-prueba -----	85
Detección y diagnóstico de la infección por VIH -----	87
Algoritmo para el diagnóstico de VIH en embarazadas -----	88
Notificación de casos VIH -----	89
Definiciones de casos -----	89
Cuidado de mujeres infectadas con VIH -----	91
Recomendaciones para el uso de drogas ARV -----	91
Atención del parto -----	95
Terminación del embarazo en madre con VIH-SIDA -----	97
Seguimiento post-parto -----	99

Seguimiento del niño de madre infectada por el VIH -----	99
Capítulo 6: Beneficiarios -----	101
Capítulo 7: Metodología -----	103
Marco lógico -----	106
Árbol de problema -----	109
Árbol de objetivos -----	110
Árbol de soluciones de alternativas-----	111
Capítulo 8: Recursos utilizados -----	112
Capítulo 9: Presentación y análisis de los resultados obtenidos en la solución del problema -----	115
Capítulo 10: Conclusiones y recomendaciones -----	133
Capítulo 11: Sustentabilidad y sostenibilidad -----	139
Capítulo 12: Parte referencial -----	142
Presupuesto -----	143
Cronograma -----	144
Bibliografía -----	148
Anexos -----	149

INDICE DE CUADROS

Indicadores de monitoreo de la prevención de transmisión vertical -----	116
Gestantes tamizadas para VIH-SIDA por mes en el SCS La Piñonada-----	117
Grafitaba #1: Gestantes tamizadas para VIH-SIDA por edades -----	118
Grafitaba # 2: Resultados del tamizaje de VIH-SIDA en embarazadas -----	119
Tabla # 3: Procedencia de gestantes -----	120
Gráfico # 3: Procedencia de gestantes -----	121
Grafitaba #4: Pre y postconsejería tamizaje VIH-SIDA en embarazadas -----	122
Grafitaba # 5: Capacitación en prevención de la transmisión vertical en embarazadas -----	123
Grafitaba # 6: Pre y post test sobre la prevención de la transmisión vertical dirigido a embarazadas -----	124
Gestantes tamizadas para VIH-SIDA por mes en el SCS San Alejo-----	125
Grafitaba #7: Gestantes tamizadas para VIH-SIDA por edades -----	126
Grafitaba # 8: Resultados del tamizaje de VIH-SIDA en embarazadas -----	127
Grafitaba # 9: Procedencia de gestantes -----	128
Grafitaba #10: Pre y postconsejería tamizaje VIH-SIDA en embarazadas -----	129

Grafitabla # 11: Capacitación en prevención de la transmisión vertical en embarazadas -----	130
Grafitabla # 12: Pre y post test sobre la prevención de la transmisión vertical dirigido a embarazadas -----	131
Grafitabla # 13: Post test sobre la prevención de la transmisión vertical dirigido al personal de salud -----	132

INDICE DE FIGURAS

Figura #1 Mapa de Cdla. San Gregorio de la Piñonada-----	149
Figura #2 Mapa de la Cdla. San Alejo-----	150
Figura #3 Mapa del Cantón Portoviejo-----	151
Figura #4 SCS La Piñonada -----	152
Figura #5 Investigadores durante Diagnóstico de Comunidad SCS Piñonada-----	152
Figura #8 SCS San Alejo-----	154
Figura #9 Investigadores durante Diagnóstico de Comunidad SCS San Alejo-----	154
Figura #13 Charlas de Capacitación Cruz Roja-----	156
Figura #16 Capacitación al Personal SCS La Piñonada-----	158
Figura #17 Capacitación al Personal SCS San Alejo-----	158
Figura #19 Capacitación a las embarazadas en San Alejo-----	159
Figura # 23 Grupo de Investigadores durante ejecución del proyecto-----	161
Figura # 26 Embarazadas durante realización Pre y Post test-----	163
Figura # 26 Capacitación a embarazadas en La Piñonada-----	164
Figura # 29 Investigador durante la realización de prueba de tamizaje-----	164

ABREVIATURAS

3TC – Lamivudina

AINEs – Antiinflamatorios no esteroides

ADN – Ácido Desoxiribonucleico

ARN - Ácido Ribonucleico

ARV- Antirretrovirales

AZT – Zidovudina

CD4 – Cúmulo de diferenciación 4

CDC – Centro de control de enfermedades

CRS – Complejo relacionado con el SIDA

D4T – Estavudina

DDI – Didanosina

ELISA – Enzyme Linked immunosorbent Assay

FUM – Fecha Última Menstruación

IFI – Inmunofluorescencia indirecta

ITS – Infecciones de Transmisión Sexual

IV – Vía Intravenosa

MSP – Ministerio Salud Pública

OMS – Organización Mundial de la Salud

PCR – Reacción en cadena de polimerasa

PVVS – Personas Viviendo con VIH-SIDA

SIDA – Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SIV – Virus Inmunodeficiencia de Simios

TARMA - Tratamiento antirretroviral de máxima actividad

TARGA – Tratamiento antirretroviral de gran actividad

UO- Unidad Operativa

VIH – Virus de Inmunodeficiencia Humana

VO – Vía Oral

RESUMEN

Los servicios de salud reproductiva contribuyen a la prevención primaria de la infección, mediante la consejería y las pruebas voluntarias que posibilitan que la mujer embarazada conozca si está infectada, para aplicar un esquema que disminuya el riesgo de la transmisión materno infantil.

La infección por VIH tiene repercusiones a nivel personal, familiar, social, cultural y económico entre otros factores, por lo que se considera necesario abordar las ITS y VIH-SIDA de forma integral e integrada, donde las necesidades preventivas y curativas biopsicosociales de las personas se consideran de forma multidisciplinaria. En este abordaje, la consejería es considerada como una herramienta fundamental para brindar apoyo psicosocial, orientación e información adecuada a las personas que acuden a los diferentes servicios de atención, además de presentar un importante instrumento de prevención.

Por este motivo hemos centrado este trabajo en disminuir una de las vías de transmisión de esta enfermedad que día a día se convierte en un problema que afecta a toda nuestra comunidad.

Con el diagnóstico oportuno del VIH en mujeres embarazadas se espera disminuir la posible transmisión materno-fetal periparto, y así amenorar la población afectada que pueda seguir diseminando este fatal virus.

SUMMARY

The services of reproductive health contribute to the primary prevention of infection by means of the consejery, and the volunteers prove that they make possible that the pregnant woman know if the fact that he decrease the risk of maternal infantile transmission is infected, in order to apply a scheme.

The infection for HIV has consequences to personal level, familiar, social, cultural and economic among another factors, so that it considers himself necessary approaching the diseases of sexual transmission and HIV of integral form approaching the diseases of sexual transmission and VIH of integral form and integrated, where preventive needs and people's curative **bio-psysical-socials** consider themselves of multi-disciplinary form.

In this boarding, the consejery is considered like a fundamental tool to offer social support, orientation and information made suitable to the people that resort to the different services of attention, in addition to show an important spare instrument.

For this motive we have centered this work in decreasing an one belonging to the roads of transmission of this disease that day by day convert in to problem feign to everything our community.

With the oportune diagnosis of the HIV in pregnant women, it hopes to ease down on the possible maternal fetal peri split transmission, and thus decreasing the fond population that it may keep on disseminating this fatal virus.

CAPÍTULO 1

**LOCALIZACIÓN FÍSICA DEL
PROYECTO**

1.1 LOCALIZACIÓN FÍSICA DEL PROYECTO

1.1.1 MACRO - LOCALIZACIÓN FÍSICA DEL PROYECTO:

País: Ecuador

Región: Costa

Provincia: Manabí

Cantón: Portoviejo (Área de Salud # 1).

1.1.2 MICRO - LOCALIZACIÓN FÍSICA DEL PROYECTO:

1.1.2.1 Comunidad La Piñonada

La Ciudadela San Gregorio “Piñonada” se encuentra ubicada al Suroeste de la ciudad de Portoviejo, pertenece a la Parroquia Andrés de Vera en la cual se localiza el SCS. Doctor Manuel Palomeque Barreiro.

1.1.2.2 Comunidad San Alejo

La comunidad de San Alejo se encuentra ubicada al Suroeste de la ciudad de Portoviejo, pertenece a la parroquia Andrés de Vera en la cual se localiza el SCS San Alejo.

CAPÍTULO 2
FUNDAMENTACIÓN

2. FUNDAMENTACIÓN

2.1 DIAGNÓSTICO DE LA COMUNIDAD LA PIÑONADA

2.1.1 HISTORIA DE LA COMUNIDAD

Creación.- La Ciudadela San Gregorio Piñonada fue creada el 17 de abril de 1982, producto de invasión de terrenos, en una zona considerada industrial, con el paso del tiempo su población mayoritariamente campesina se ha organizado de tal manera que se constituye en una comunidad urbano - periférica de gran importancia socio-económica y política del cantón; dándole vida jurídica el entonces Presidente Ing. León Febres Cordero, el 18 de octubre de 1986.

2.1.2 DESCRIPCIÓN DE LA COMUNIDAD

La comunidad de San Gregorio “Piñonada” es una zona urbano- marginal que pertenece a la Parroquia Andrés de Vera, Cantón Portoviejo, Provincia de Manabí. Cuenta con una extensión territorial de 8 Km² y una población de 9.182 habitantes.

2.1.3 INFORMACIÓN GEOGRÁFICA

2.1.3.1 Situación

La ciudadela San Gregorio “Piñonada” se encuentra al Suroeste de Portoviejo, la Capital Provincial, aproximadamente a 7 Km² del centro comercial de la ciudad.

El S.C.S. Doctor Manuel Palomeque Barreiro está ubicado al norte de la ciudadela San Gregorio "Piñonada" en el sector 3 en la primera paralela y segunda transversal,

limita al norte con la calle Mario Loor (1° paralela), al sur con la casa comunal, al este con el colegio Dr. Camilo Gallegos, y al oeste con la 2° transversal.

2.1.3.2 Límites

Norte: Fábrica de tubos Guillén.

Sur: La ciudadela José Fernando.

Este: Propiedades de la familia Vélez Guillén

Oeste: La carretera vía a Manta.

2.1.3.3 Áreas De Afluencia:

El SCS cuenta con las siguientes áreas de afluencia:

- ❖ Río de Oro
- ❖ Sitio San Pedro
- ❖ Loma del Viento
- ❖ San Lorenzo
- ❖ Ciudadela José Fernando
- ❖ Colinas de los Ceibos
- ❖ Ciudadela San Jorge
- ❖ Ciudadela Colinas del Sol
- ❖ Ciudadela Comercio
- ❖ Cerro Guayabal
- ❖ El Porvenir

2.1.3.4 Topografía, Orografía e Hidrografía

El terreno es irregular, expansivo, está rodeado en la parte alta por colinas, por lo que tiene zonas de deslaves y quebradas que se presentan en la época invernal.

2.1.3.5 Información Climática

El clima es bastante equilibrado, con temperaturas promedio que alcanzan 21°C, aunque las máximas pueden llegar a 36°C. Existe una zona con clima tropical sabana hacia la costa y otra de tropical monzón, que ocupa el sector occidental.

Entre julio y octubre, el tiempo se caracteriza por un ciclo de llovizna de muy débiles intensidades (guadúa) sin impactos notables sobre la vegetación, a excepción de las colinas que con el fenómeno del niño se produce precipitaciones excepcionales provocando deslaves y agrietamientos de las mismas.

2.1.4 INFORMACIÓN DE LA POBLACIÓN

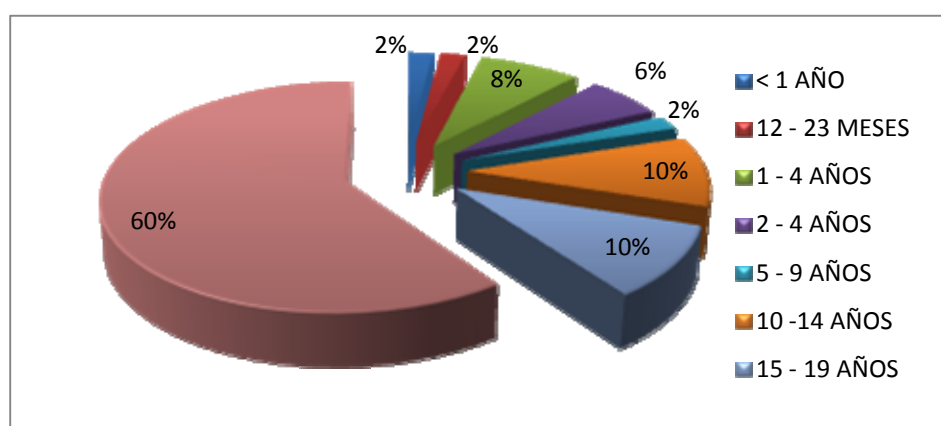
2.1.4.1 Características Demográficas

Esta comunidad tiene una población asignada de 9.182 habitantes

56,9% de mujeres; 43,1% de hombres, repartidos en los diferentes grupos étnicos.

PROYECCION DE LA POBLACION
LA PIÑONADA
POR GRUPOS DE EDAD 2008

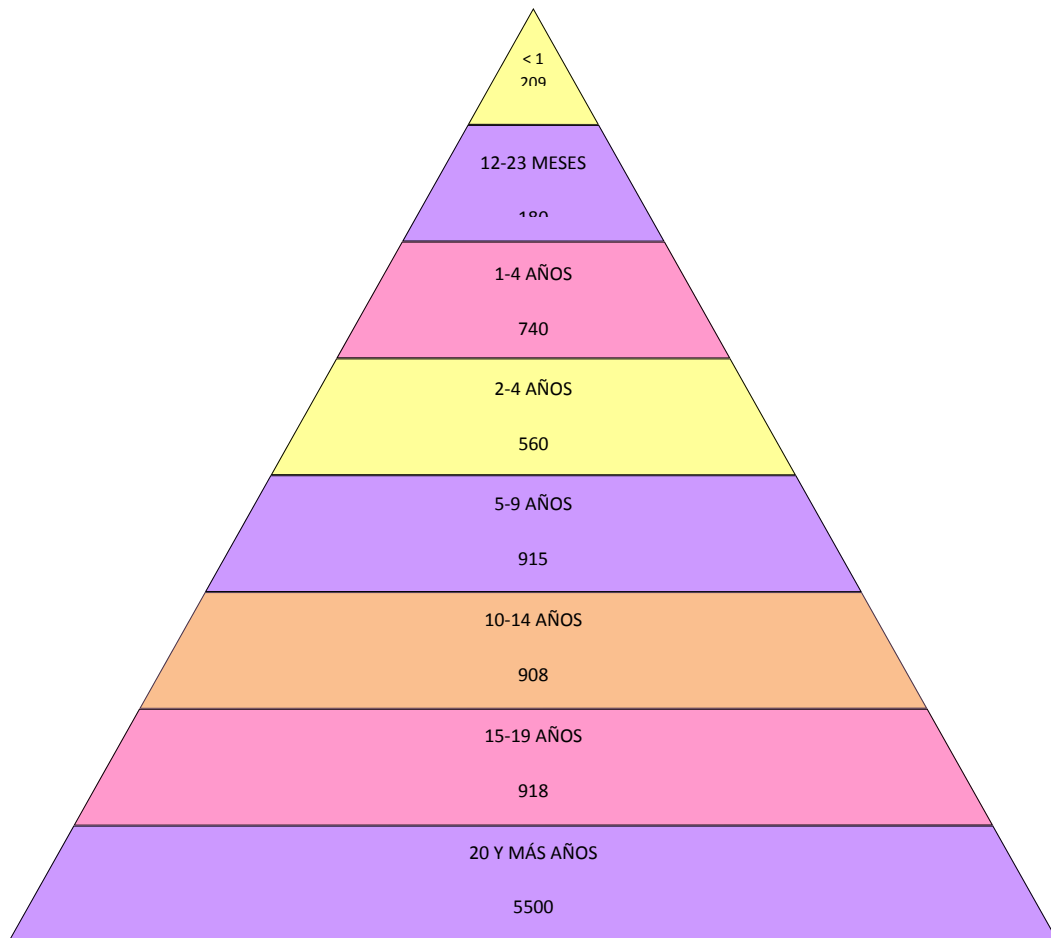
POBLACION	#	%
< 1 AÑO	201	2
12-23 MESES	180	2
1 - 4 AÑOS	740	8
2 – 4 AÑOS	560	6
5 A 9 AÑOS	915	2
10 A 14 AÑOS	908	10
15 – 19 AÑOS	918	10
DE 20 Y MAS AÑOS	5.500	60
TOTAL	9.182	100



FUENTE: INEC

Elaborado por: Investigadores.

PIRÁMIDE POBLACIONAL DE LA PIÑONADA DEL AÑO 2008



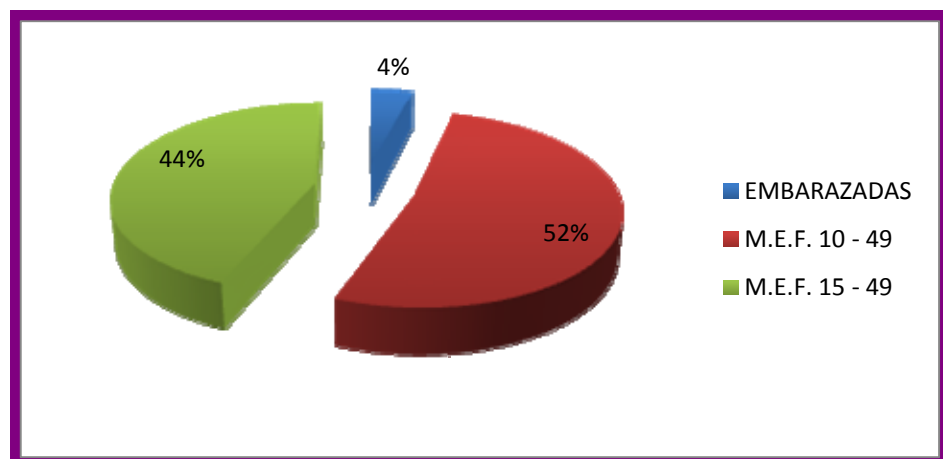
TOTAL = 9.182

Fuente: INEC

Elaborado por: Investigadores.

GRUPOS ETÁREOS DE MUJERES EN EDAD FERTIL Y DOC DEL CENTRO DE SALUD PIÑONADA

POBLACION	#	%
EMBARAZADAS	251	4
M.E.F. 10 - 49	3.075	52
M.E.F. 15 - 49	2.619	44
TOTAL	5.945	100



FUENTE: INEC

Elaborado por: Investigadores.

2.1.4.2 Vivienda

El tipo de vivienda que predomina en esta comunidad son casas de caña - madera con casi además construcciones mixtas de cemento y madera, sin planificación técnica habitada por familias múltiples observándose hacinamiento en numerosas casas.

2.1.4.3 Características del Vestuario

Los pobladores de esta zona usan ropa sencilla, los varones pantalones largos de tela ligera y camisas cortas o camisetas, zapatos casuales o zapatillas; los jóvenes jeans con camisetas o short con camiseta y zapatos deportivos o zapatillas.

Las mujeres añosas usan vestidos sencillos o faldas largas, mientras que las jóvenes visten a la moda con zapatos o zapatillas. Por la pobreza casi siempre son ropas desgastadas.

2.1.4.4 Alimentación y Nutrición

La situación alimenticia de nuestros pueblos es equivalente, los bajos recursos económicos no permiten una alimentación completa y balanceada. El 90 % de los habitantes consumen hidratos de carbono, grasas y colorantes.

Constituyéndose estos hábitos alimenticios en el causante del déficit de proteínas en el consumo diario que existe en esta comunidad.

2.1.4.2 Información de Orden Económico

2.1.4.2.1 Ocupación:

La mayoría de la población femenina se dedica a los quehaceres domésticos, al comercio informal y los varones a la agricultura, albañilería y empleo informal, el 90 % de la población económicamente activa se encuentra en el desempleo o en el subempleo, siendo por tanto sus ingresos económicos bajos lo que conlleva a que muchas familias estén en la indigencia.

2.1.5 VÍAS Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

2.1.5.1 Vías de Acceso

La población de La Piñonada cuenta con una vía de acceso de primer orden a través de la vía Manta.

2.1.5.2 Medios de Transporte

Los medios de transportes son Cooperativas de Transporte Urbano: Ciudad de Portoviejo (línea 3), Cooperativas de Transporte Intercantonales e Interprovinciales (Coactur, Reina del Camino, CTM, Cooperativa Jipijapa, Vuelta Larga, Ayacucho, entre otros), Cooperativas de taxi, vehículos privados, motos, bicicletas y burros.

2.1.5.3 Medios de Comunicación

Entre los medios de comunicación de esta comunidad tenemos la radio, la televisión, el periódico, revistas; las familias que gozan del servicio telefónico convencional, y algunas personas poseen teléfono celular.

2.1.6 DIAGNÓSTICO AMBIENTAL

2.1.6.1 Medio Ambiente

Características ecológicas.- Sólo en temporada invernal hay formación de pozos o aguas estancadas.

2.1.6.2 Flora y Fauna

Flora: La comunidad está rodeada de vegetación, no existiendo áreas verdes para la recreación.

Fauna: El 100 % de las familias tienen animales domésticos como-perros y gatos. El 10 % de las familias poseen aves de corral o cerdos. Vectores: En invierno hay proliferación de moscas y mosquitos.

2.1.7 ESTRUCTURA SANITARIA

- ❖ Agua intradomiciliaria
- ❖ Agua tratada
- ❖ Agua de tanqueros

2.1.7.1 Eliminaciones de excretas:

- ❖ Letrina
- ❖ Pozo ciego
- ❖ Poza séptica
- ❖ Campo abierto

2.1.7.2 Tratamientos de la basura

- ❖ Recolección pública
- ❖ Quema
- ❖ Superficie
- ❖ Quebrada o río
- ❖ Alcantarillado: no existe

2.1.7.3 Alumbrado público

2.1.7.4 Teléfono convencional

**RECURSOS DE SALUD CON LOS QUE CUENTA LA
COMUNIDAD LA PIÑONADA**

UNIDAD DE SALUD	NO.	INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE	PERSONAL QUE POSEE
Hospitales	0	-----	-----
Subcentro	1	MSP	2 Médicos Tratantes 1 Obstetrix 1 Odontólogo 1 Licenciada en Enfermería 1 Auxiliare de Enfermería 1 interno rotativo de medicina 2 internas rotativas de enfermería
Puestos de salud	1	MSP	1 Médico 1 interna de enfermería

2.1.8 DIAGNOSTICO DE ACTORES Y PODERES

2.1.8.1 Instituciones públicas y privadas con los que cuenta la comunidad La Piñonada

- ❖ ONG'S: Asociación Cristiana de Jóvenes (ACJ)
- ❖ Proyecto HOPPE Plan Internacional Salud: M.S.P.
- ❖ INNFA

2.1.8.2 Instituciones educativas con los que cuenta la Comunidad La Piñonada

- ❖ Colegio Dr. Camilo Gallegos
- ❖ Colegio Artesanal Nocturno
- ❖ Escuela Fiscal Soledad Rosero
- ❖ Escuela Fiscal San Gregorio
- ❖ Escuela Fiscal Manuel Emilio Delgado
- ❖ Escuela Fiscal San Jacinto
- ❖ Escuela Fiscal Otón Moreira
- ❖ Jardín Particular "Rayito de Luz"
- ❖ Jardín Particular "San Pedro"

2.1.8.3 Instituciones de ayuda social con los que cuenta la comunidad “La Piñonada”

- ❖ Club Santa Ritha
- ❖ Organización Comunitaria

- ❖ Club San Gregorio
- ❖ Club Nueva Unión
- ❖ Club 12 de Abril
- ❖ Grupo San Pedro
- ❖ Comité Buenos Amigos
- ❖ Brigada barrial
- ❖ Grupo primario popular
- ❖ Comité 24 de Enero
- ❖ Comité Caritas Alegres
- ❖ Comité San Gregorio
- ❖ Comité Damas Consolidarías

2.1.9 MAPA POLÍTICO DE LA COMUNIDAD

(Ver anexos - figura #1)

2.1.10 MAPA DEL ÁREA DE SALUD #1

(Ver anexos - figura #3)

2.1.11 INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

2.1.11.1 Accesibilidad Geográfica

La comunidad de San Gregorio “Piñonada” es una zona urbano- marginal que pertenece a la Parroquia Andrés de Vera, Cantón Portoviejo, Provincia de Manabí. Cuenta con una extensión territorial de 8 Km² y una población 9.182 habitantes.

El tiempo de recorrido desde el centro de la ciudad hasta llegar a la Cdla San Gregorio Piñonada en transportes de Cooperativas Urbanas es de aproximadamente 15-20 minutos y en carro particular unos 10 minutos; dependiendo de la hora del día y el tráfico.

2.1.11.2 Accesibilidad Económica

Gastos de transporte ida y vuelta \$0.50 si utiliza bus y \$4.00 en taxi. Atención gratuita en todas las áreas, aunque hay colaboración voluntaria de las pacientes desde 0.25 a 1 dólar según su disponibilidad.

Los medicamentos los entregan a todas las mujeres embarazadas y niños gratis y en caso de no haber el medicamento los pacientes gastan entre 5 y 10 dólares.

2.1.11.3 Accesibilidad Funcional

El tiempo promedio de espera en una consulta es de 10 a 15 minutos. La duración de una consulta pregineco-obstetra es aproximadamente de 10 minutos. No se rechazan pacientes, todos son atendidos.

2.2 DIAGNÓSTICO DE LA COMUNIDAD SAN ALEJO

2.2.1 ANTECEDENTES DEL SUBCENTRO DE SALUD

A mediados de Octubre de 1983 se realizó un asiento poblacional con condiciones de vida muy precarias para los habitantes quienes para mejorar su nivel de vida buscaron ayuda en Instituciones particulares como la Cámara Júnior de Portoviejo que brindo atención medica a la comunidad. En 1985 el Ing. Leonel Cedeño junto con el Ing. Simón Bustamante realizaron la donación de un terreno para la creación de la Casa Comunal.

Las personas eran atendidas en los patios de la casa comunal, brindando este servicio dos veces por semana. Esta labor fue desempeñada a partir de Julio de 1988, pero esta ayuda no abastecía a las necesidades de la comunidad, razón por la cual se solicito la colaboración de la Dirección Provincial de Salud. En el mes de Agosto llego a trabajar el Dr. David Alarcón Suárez el cual con la colaboración de los habitantes de la ciudadela poco a poco se fue mejorando el Subcentro. El Dr. Alarcón realizo un censo en la población desde San Antonio de Picoazá hasta la Ciudadela los Tamarindos, también daba charlas de primeros auxilios y de prevención de enfermedades infecciosas.

En 1992 SAFI (Salud Integral Familiar) realizo cambios de médicos llegando a la unidad de Salud el Dr. Víctor Hunco, Dra. Miriam Peñarrieta, la Lcda. Deccy

Santana y Ofelia Moreira. La D.J.C. (desarrollo Juvenil Comunitario) también prestaba ayuda a la comunidad de San Alejo capacitando promotores de salud.

En el año de 1995 el Programa "FASBASE" realiza ampliación y mejoras en la Unidad incrementando la bodega, sanitarios y puertas del Subcentro.

Posteriormente se realizan concursos de merecimiento y nombramientos llegando a trabajar la Dra. Carmen Pérez.

Actualmente el Director del Subcentro es el medico pediatra el Dr. Félix Mogro, además el Subcentro cuenta con una Obstetriz, un Odontólogo, dos licenciadas en Enfermería y una Auxiliar de Enfermería.

2.2.2 DESCRIPCIÓN DE LA COMUNIDAD

La comunidad de San Alejo se encuentra ubicada al Suroeste de la ciudad de Portoviejo, pertenece a la Provincia de Manabí, parroquia Andrés de Vera del Área de Salud numero 1.

2.2.3 INFORMACIÓN GEOGRÁFICA

2.2.3.1 Situación

La distancia desde el centro de Portoviejo hasta la Ciudadela San Alejo es de 3.8 km.

El Subcentro de San alejo esta ubicado en la Comunidad del mismo nombre.

Comprende:

Norte: Calle Eloy Alfaro

Sur: Calle Jacinto Kon

Este: Reten de Policía

Oeste: Jardín Rostros Felices

2.2.3.2 Limites

Norte: Con el margen sur del Río Portoviejo.

Sur: Ciudadela San Gregorio

Este: Ciudadela Los Olivos

Oeste: Autopista del Valle Manabí-Guillen

2.2.3.3 Área de Afluencia:

El SCS cuenta con las siguientes áreas de afluencia:

- ❖ Los Cerezos
- ❖ Las Orquídeas
- ❖ La Modelo
- ❖ Las Piedras

- ❖ Los Olivos
- ❖ Cdla. Fabián Palacios

2.2.3.4 Topografía, Orografía e Hidrografía

El terreno es irregular, expansivo, está rodeado en la parte alta por colinas, por lo que tiene zonas de deslaves y quebradas que se presentan en la época invernal.

2.2.4 INFORMACIÓN DE LA POBLACIÓN

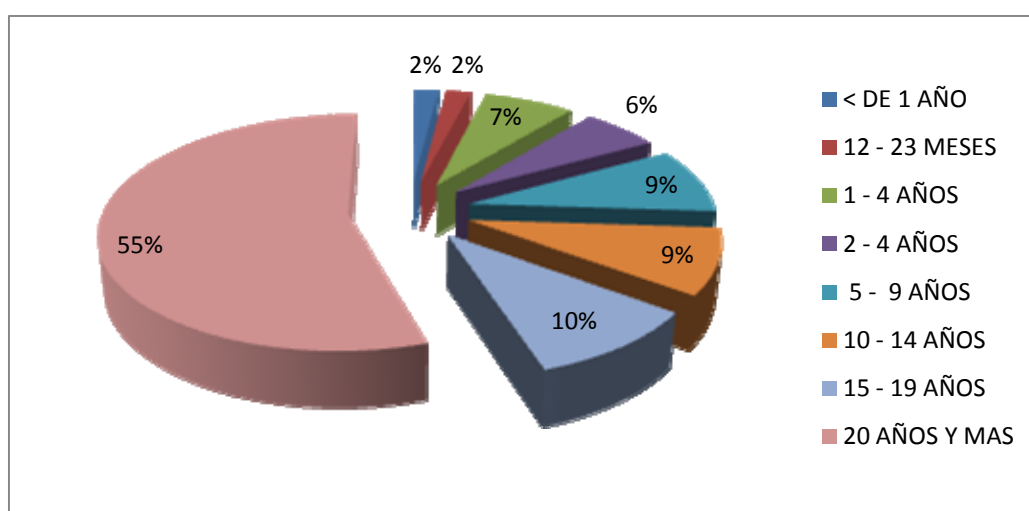
2.2.4.1 Características Demográficas

Esta comunidad tiene una población asignada de 13.001 habitantes

61.52% de mujeres 38,48% de hombres, repartidos en los diferentes grupos etáreos

**PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN
DE SAN ALEJO
POR GRUPOS DE EDAD 2008**

EDADES	#	%
< DE 1 AÑO	284	2
12 – 23 MESES	255	2
1 A 4 AÑOS	1.047	7
2 A 4 AÑOS	792	6
5 - 9AÑOS	1296	9
10 A 14 AÑOS	1286	9
15 - 19 AÑOS	1.300	10
20 AÑOS Y MAS	7.788	55
TOTAL	14048	100

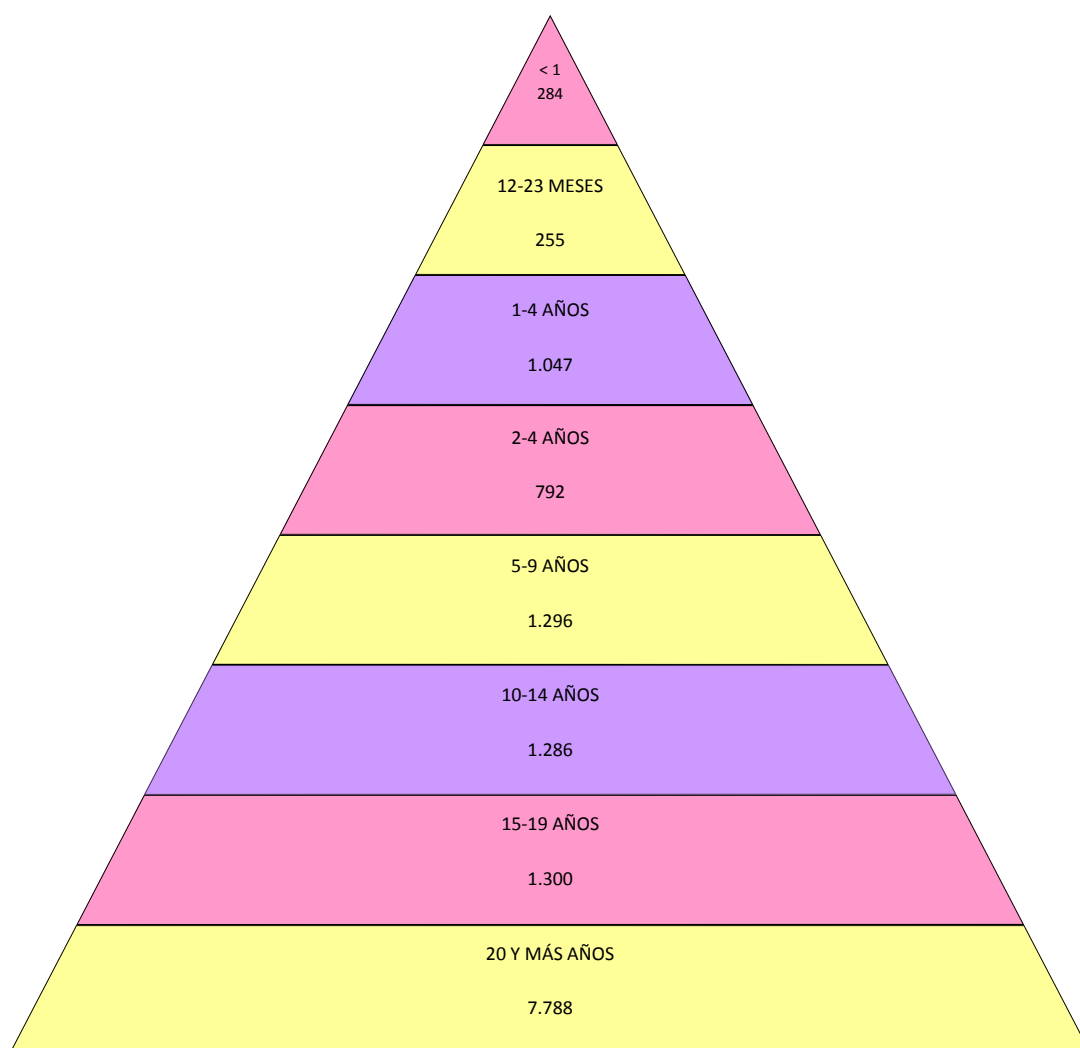


Fuente: Departamento de Estadística Área #1

Elaborado por: Investigadores.

PIRÁMIDE POBLACIONAL DE SAN ALEJO

DEL AÑO 2008



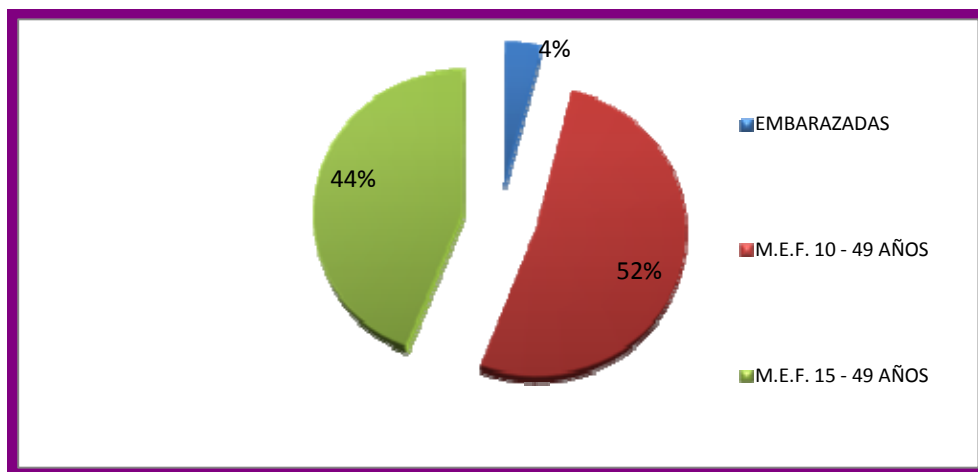
TOTAL = 14.048

Fuente: Departamento de Estadística Área #1

Elaborado por: Investigadores.

GRUPOS ETÁREOS DE MUJERES EN EDAD FERTIL Y DOC DEL CENTRO DE SAN ALEJO 2008

POBLACIÓN	#	%
EMBARAZADAS	355	4
M.E.F. 10 -49 AÑOS	4.354	52
M.E.F. 15 – 49 AÑOS	3.709	44
TOTAL	8.418	100



Fuente: Departamento de Estadística Área #1

Elaborado por: Investigadores.

2.2.4.2 Vivienda

Los materiales predominantes de las viviendas son hormigón armado en un 40%, caña guadúa 40% y de construcción mixta en un 20%.

2.2.4.3 Características del vestido

La mayoría de los habitantes utilizan ropa casual ligera como Jean y camiseta.

Utilizan zapatos deportivos en igual proporción hombres y mujeres, pocos habitantes se observan descalzos especialmente los niños.

2.2.4.4 Alimentación y nutrición

El régimen alimenticio de los habitantes se basa en consumo de arroz, granos, verduras, carne, pescado y frutas. Los menores de 2 años y niños de bajo peso consumen la papilla que subsidia el Ministerio de Salud.

En las guarderías proporcionan desayuno que se basa leche, pan o galletas. Las mujeres embarazadas consumen la Bebida que reciben cuando asisten a los controles prenatales en el Subcentro

2.2.4.5 Información de orden económico

2.2.4.5.1 Ocupación de la Población

La mayoría de la población son pequeños comerciantes, guardianes, albañiles, taxistas o empleados de la granja de la localidad. Las mujeres se desempeñan en oficios domésticos, un pequeño porcentaje de la población son empleados públicos.

2.2.5 VÍAS Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

2.2.5.1 Vías de Acceso

La población de San Alejo cuenta con una vía de acceso de primer orden a través de la Avenida del Ejército y la Autopista del Valle Manabí-Guillen

2.2.5.2 Medios de Transporte

La población cuenta con Transporte público como la cooperativa de buses Ciudad del valle Ruta 3, taxis, camionetas de alquiler. Gran parte de la población obrera se traslada en motos, triciclos y bicicletas.

2.2.5.3 Medios de Comunicación

La Ciudadela San Alejo cuenta en algunos sectores con Líneas telefónicas intradomiciliaria, existen Cabinas telefónicas y algunos habitantes poseen telefonía celular.

Entre otros medios de comunicación cuentan con televisión, radio y prensa escrita como El Diario Manabita y Extra.

2.2.6 DIAGNÓSTICO AMBIENTAL

3.2.6.1 Medio Ambiente

Características ecológicas.- Sólo en temporada invernal hay formación de pozos o aguas estancadas.

2.2.6.2 Flora y Fauna

Existe poca flora, se aprecian árboles de mango, tamarindo y algunos ornamentales.

La fauna está conformada en su mayoría por animales domésticos como cerdos, gallinas, gatos y perros.

2.2.7 ESTRUCTURA SANITARIA

2.2.7.1 Luz Eléctrica

San Alejo posee un sistema de alumbrado público con red intradomiciliaria de 110 a 220 voltios.

2.2.7.2 Agua Potable

Cuenta con un sistema de agua potable algo irregular por lo que algunos sectores se abastecen por medio de tanqueros o de pozos profundos, en el invierno utilizan el agua lluvia.

2.2.7.3 Alcantarillado

La ciudadela de San Alejo cuenta con un sistema de alcantarillado.

2.2.7.4 Recolección de basura

Este servicio es irregular por lo que la población deposita la basura en terrenos baldíos o es incinerada.

**RECURSOS DE SALUD CON LOS QUE CUENTA LA
COMUNIDAD ANDRÉS DE VERA**

UNIDAD DE SALUD	NO.	INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE	PERSONAL QUE POSEE
Hospitales	0	-----	-----
Subcentro	1	MSP	1 Médico pediatra 1 Médico rural 1 Obstetriz 1 Odontóloga 2 Lcda. de enfermería 1 Aux. enfermería Aux. estadística Aux. de servicios
Puesto de salud	1	MSP	1 Lcda. de enfermería 1 Interna de medicina

2.2.8 DIAGNOSTICO DE ACTORES Y PODERES

2.2.8.1 Instituciones públicas y privadas con los que cuenta la comunidad San Alejo

- ❖ Club Sandino
- ❖ Casa Comunal de los Cerezos
- ❖ ORI
- ❖ CRA
- ❖ PANNA

2.2.8.2 Instituciones educativas con los que cuenta la comunidad San Alejo

Guardería

- ❖ San Alejo
- ❖ El Encanto de los niños

Jardín

- ❖ Rostros Alegres
- ❖ Amiguitos a Aprender

Escuelas:

- ❖ Amiguitos a Aprender
- ❖ Teniente Hugo Ortiz
- ❖ Daniel Villacreses
- ❖ Cristóbal Colon
- ❖ 21 de Mayo

- ❖ Nuevo Ecuador
- ❖ San José
- ❖ Libertad
- ❖ Julio Monroy
- ❖ Paola de Hierro

Colegios

- Teniente Hugo Ortiz

2.2.9 MAPA POLÍTICO DE LA COMUNIDAD

(Ver anexos - figura #2)

2.2.10 MAPA DEL ÁREA DE SALUD #1.

(Ver anexos - figura #3)

2.2.11 INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

2.2.11.1 Accesibilidad Geográfica

La comunidad de San Alejo” es una zona urbano- marginal que pertenece a la Parroquia Andrés de Vera, Cantón Portoviejo, Provincia de Manabí.

El tiempo utilizado para llegar a la Ciudadela San Alejo en transporte público es de 15 minutos y en transporte privado es de 5 minutos.

2.2.11.2 Accesibilidad Económica

Gastos de transporte ida y vuelta \$0.50 si utiliza bus y \$2.00 en taxi. Atención gratuita en todas las áreas, aunque hay colaboración voluntaria de las pacientes de 0.25 ctvs. de autogestión

2.2.11.3 Accesibilidad Funcional

El tiempo de espera en una consulta general y pediátrica es de 10 a 15 minutos dependiendo del motivo de consulta.

El tiempo de espera en una consulta gineco-obstetra es de 10 minutos.

Los casos rechazados son de 0 por día.

2.2.12 INDICADORES DE DISPONIBILIDAD

El Subcentro de Salud San Alejo cuenta con el siguiente personal:

Medico Pediatra

Dr. Félix Mogro

Médico Rural

Dra. Gabriela Farfán

Odontóloga	Dra. Carolina Rivadeneira
Obtetriz	Obst. Aracelly Zambrano
Jefa de Enfermería	Leda. Amparo Moreira
Enfermera	Leda. Asunción Tayedo
Auxiliar de Enfermería	Sra. Yolanda Alcívar
Dep. de Estadísticas	Sra. Magdalena Molina
Auxiliar de Servicio	Sr. Bolívar Menéndez

2.2.12 INDICADORES DE COBERTURA Y CONCENTRACIÓN

2.2.12.1 Indicadores del primer semestre de 2007 de San Alejo

INDICADORES DEL PRIMER SEMSTRE DEL 2007	RESULTADOS
COBERTURA DE ATENCION PRENATAL	33%
CONCENTRACION DE CONSULTA PRENATAL	3
COBERTURA DE FOMENTO Y PROT EN MENORES DE 1 AÑO	41%
CONCENTRACION DE FOMENTO Y PROT EN < DE 1 AÑO	2
COBERTURA DEL DOC	4%
PORCENTAJE DE PLANIFICACION FAMILIAR	31%
COBERTURA DE BCG	33%
COBERTURA DE DPT	44%
COBERTURA DE SRP	44%

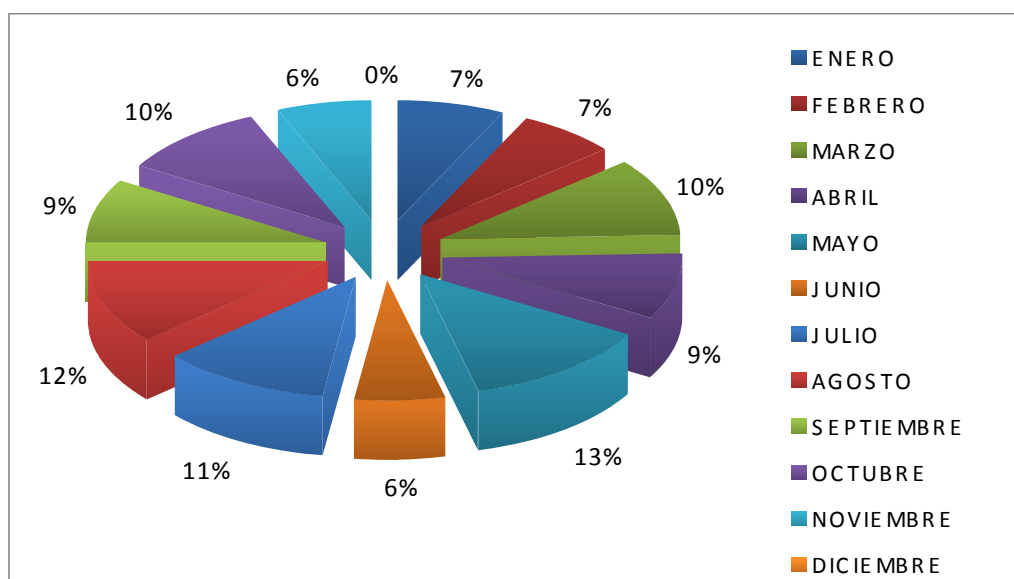
Fuente: Departamento de Estadística Área #1

Elaborado por: Investigadores.

2.1.13 COBERTURA DE VIH

2.1.14.1 Cobertura de la prevención de la transmisión vertical del VIH-2007

TAMIZAJE EN EMBARAZADAS AÑO 2007	
ENERO	103
FEBRERO	99
MARZO	150
ABRIL	128
MAYO	186
JUNIO	87
JULIO	164
AGOSTO	167
SEPTIEMBRE	124
OCTUBRE	143
NOVIEMBRE	93
DICIEMBRE	0
TOTAL	1444



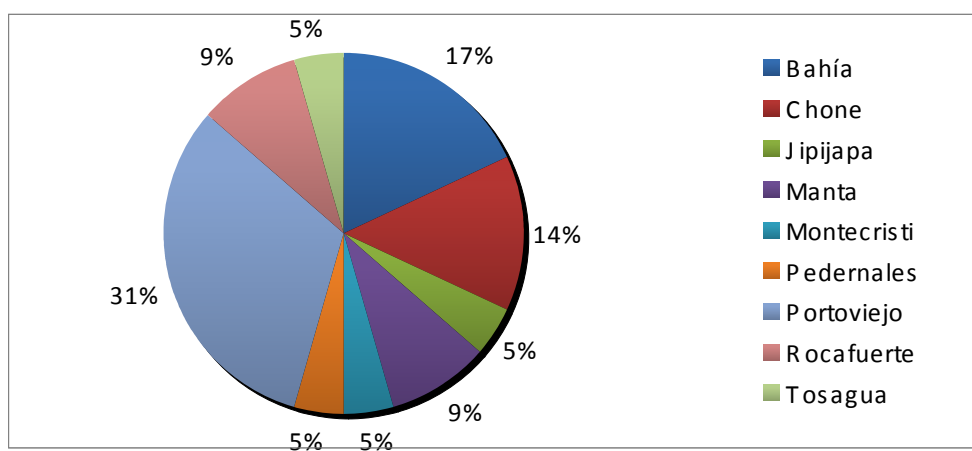
Fuente: Departamento de Trabajo Social Centro de Salud Andrés de Vera

Elaborado por: Investigadores.

2.2.14. Gestantes con pruebas de tamizaje reactivo en el Hospital Verdi Cevallos

Balda Enero - Septiembre 2008.

TAMIZAJE MUJERES EMBARAZADAS HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA 2007	
CANTÓN	# DE CASOS
Bahía	4
Chone	3
Jipijapa	1
Manta	2
Montecristi	1
Pedernales	1
Portoviejo	7
Rocafuerte	2
Tosagua	1
TOTAL	22

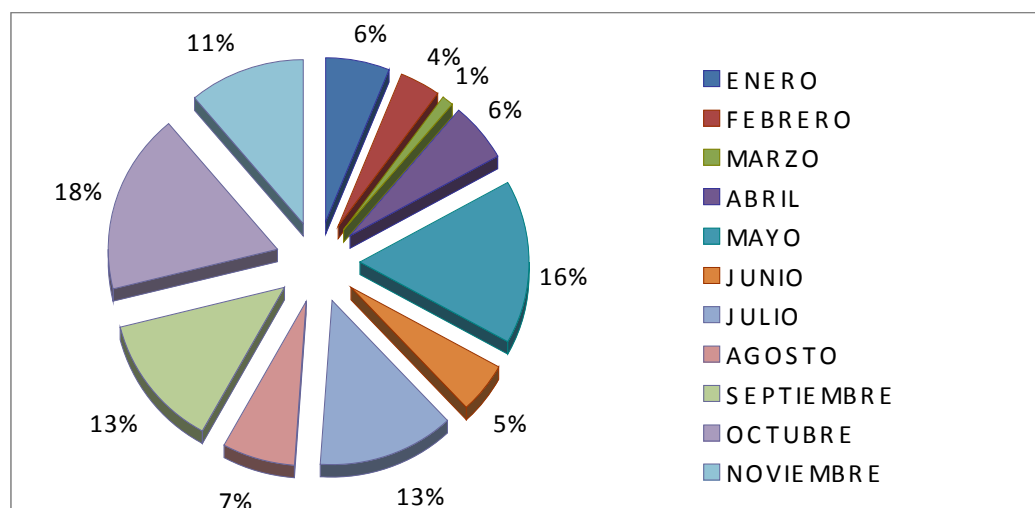


Fuente: Departamento de Trabajo Social Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda.

Elaborado por: Investigadores.

2.2.16 Cobertura de ITS – 2007 del SCS “La Piñonada”

MES	# Diagnosticado con secreción uretral		# Diagnosticado con flujo vaginal		# Diagnosticado con dolor abdominal bajo por ITS		#	%
	DX	TTO	DX	TTO	DX	TTO		
Enero	-	-	4	4	4	4	8	6
Febrero	-	-	2	2	3	3	5	4
Marzo	-	-	-	-	1	1	1	1
Abril	-	-	5	5	3	3	8	6
Mayo	-	-	12	12	10	10	22	16
Junio	1	1	4	4	1	1	6	5
Julio	-	-	10	10	8	8	18	13
Agosto	-	-	5	5	4	4	9	7
Septiembre	-	-	9	9	9	9	18	13
Octubre	2	2	12	12	10	10	24	18
Noviembre	1	1	7	7	7	7	15	11
Total	4		70		60		134	100%

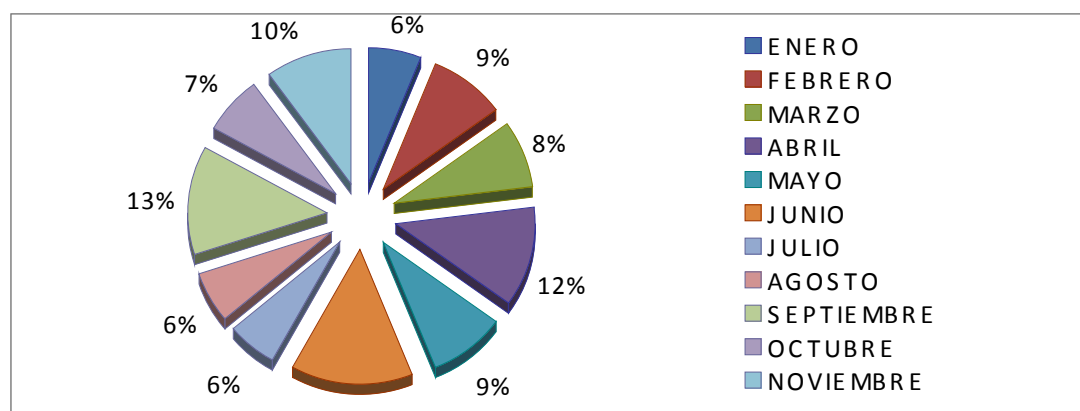


Fuente: Departamento de Trabajo Social Centro de Salud Andrés de Vera

Elaborado por: Investigadores.

2.2.16 Cobertura de ITS – 2007 del SCS “San Alejo”

MES	# Diagnosticado con secreción uretral		# Diagnosticado con flujo vaginal		# Diagnosticado con dolor abdominal bajo por ITS		#	%
	DX	TTO	DX	TTO	DX	TTO		
Enero			15		12		27	6
Febrero	4		23		16		43	9
Marzo			5		32		37	8
Abril	1		28		22		51	12
Mayo			32		10		42	9
Junio	4		42		12		58	14
Julio			9		19		28	6
Agosto	2		14		11		27	6
Septiembre			32		22		54	13
Octubre	2		12		19		33	7
Noviembre			17		32		49	10
Total	13		229		207		449	100%



Fuente: Departamento de Trabajo Social Centro de Salud Andrés de Vera

Elaborado por: Investigadores.

2.3 IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DEL PROBLEMA DE LOS SCS DE LA PIÑONADA Y SAN ALEJO

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA Y PRIORIZACIÓN									
PROBLEMA	MAGNITUD				IMPACTO				TOTAL
	1	2	3	4	1	2	3	4	
Bajas coberturas de control prenatal			x				x		6
Fomento de atención y protección < 1 año				x			x		7
Bajas coberturas de prevención de transmisión vertical de VIH				x				x	8

CAPÍTULO 3
JUSTIFICACIÓN

3. JUSTIFICACIÓN

El VIH-SIDA representa en el mundo, un serio problema tanto en términos de salud como también psicológicos, económicos y sociales. Su control es decisivo para mejorar la salud de toda la población y representa uno de los grandes desafíos de la salud pública contemporánea.

La OMS ha estimado que el VIH- SIDA constituye a escala mundial la causa de enfermedades más importantes entre hombres de 15 a 44 años y la segunda causa más importante después de las causas maternas en mujeres jóvenes en países en vías de desarrollo

Con este trabajo investigativo se pretende disminuir el riesgo de transmisión vertical del VIH-SIDA y a su vez mejorar la calidad de vida de aquellas madres portadoras de virus diagnosticadas oportunamente, así mismo se brindará información y educación básica de la enfermedad a las usuarias embarazadas de tal manera que a través del conocimiento se pueda disminuir la estigmatización y la discriminación común hacia esta pandemia.

Las beneficiarias de este proyecto serán las embarazadas del Cantón Portoviejo, generando salud, disminuyendo la carga social, realizando un diagnóstico oportuno, y tratamiento. Se evitará en un 98% la infección en el recién nacido, si la gestante

posteriormente accede a realizarse una cesárea, recibe el tratamiento antirretroviral y no da lactancia materna.

La comunidad en general y los trabajadores de salud se beneficiaran con la información, comunicación y educación a través de las charlas educativas y prácticas en servicio. De esta manera los proveedores de salud en los diferentes centros de atención tendrán un mayor conocimiento de la patología, se fortalecerán en consejería y podrán brindar una atención con calidad.

La Universidad Técnica de Manabí como centro de formación impulsa la investigación científica con intervención comunitaria, es por ello que como futuros médicos del país se pretende analizar esta problemática que en los actuales momentos tiene interés mundial y a su vez poner en practicas los conocimientos adquiridos durante la formación pre-profesional de tal forma que se retroalimente a los/as usuarios y se logre una concienciación sobre el impacto del VIH/SIDA en cada individuo, en su familias y en la comunidad.

Para ejecutar el presente trabajo se cuenta con los recursos logísticos, humanos, económicos suficientes y preparación en consejería lo que permitirá cumplir con los objetivos propuestos.

CAPÍTULO 4
OBJETIVOS

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL:

Disminuir la mortalidad materno-infantil y/o mejorar la calidad de vida de las embarazadas.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICAS:

- ❖ Disminuir la incidencia VIH-SIDA en niños.
- ❖ Aumentar las coberturas en la prevención de la transmisión vertical del VIH-SIDA en las embarazadas.
- ❖ Fortalecer el conocimiento sobre VIH-SIDA en mujeres embarazadas y personal que labora en las unidades de salud.
- ❖ Implementación de un centro de consejería en VIH-SIDA ubicado en el Área de Salud #1 de Portoviejo.

CAPÍTULO 5

MARCO DE REFERENCIA

5. MARCO DE REFERENCIA

5.1 INTRODUCCIÓN

Los dos primeros retrovirus humanos son virus oncogénicos identificados en 1980 y 1982, respectivamente. Ambos pueden ser responsables de enfermedades linfoproliferativas malignas de las células T y de trastornos neurológicos.*

En 1981 se detectó en Nueva York y San Francisco un brote epidémico de una nueva infección producida por un virus desconocido hasta 1983, año en que se logró su aislamiento. Se trata de un nuevo retrovirus humano denominado virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (HIV-1), no oncogénico, que se ha diseminado rápidamente por todo el mundo durante los últimos años, dando lugar a una pandemia de consecuencias imprevisibles.

La historia natural de la enfermedad consiste en una primoinfección, asintomática en más de la mitad de los casos, seguida de un período de latencia clínica de varios años de duración en el que el virus sigue replicándose de forma activa y a gran velocidad.

La mayoría de los pacientes desarrolla luego infecciones oportunistas o determinados tipos de neoplasias (sarcomas de Kaposi o linfomas de alto grado de malignidad) como consecuencia de una profunda inmunodepresión (predominantemente de la inmunidad celular).

A esta fase final de la infección por el HIV-1 se la denomina síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). La introducción de tratamientos

* Manual de procedimientos de pruebas rápidas para diagnóstico de infección por VIH y Sífilis nivel

antirretrovíricos muy potentes a partir de 1996 ha conseguido restaurar parcialmente la inmunidad celular en los pacientes con sida, retrasar considerablemente la progresión clínica y reducir la mortalidad.

5.2 ETIOLOGÍA

En 1983 y 1984 investigadores del Instituto Pasteur, del Instituto Nacional del Cáncer de EE.UU. y de la Universidad de California aislaron varias cepas de retrovirus en pacientes con sida y las denominaron LAV, HTLV-III y ARV, respectivamente. †

Posteriormente un Comité Internacional de Taxonomía acuñó la denominación virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (HIV-1). El HIV-1 es un virus RNA perteneciente a la familia Retroviridae subfamilia Lentiviridae que gracias a la codificación de una transcriptasa inversa es capaz de integrarse en el genoma de la célula huésped, fase necesaria para su posterior transcripción y formación de los nuevos viriones. A diferencia del resto de retrovirus humanos (virus oncógenos), el HIV-1 posee un marcado poder citolítico.

El HIV-1 tiene tres genes estructurales, denominados gag, pol y env, que codifican, respectivamente, las proteínas del core (p17, p24 y p15), la transcriptasa reversa y

† Medicina Interna Farreras Rossman 13 Edición

otras endonucleasas y la glucoproteína de la membrana (gp 120 y gp 41) y, al menos, seis genes más, algunos de los cuales tienen funciones reguladoras.[‡]

El HIV-1 infecta preferentemente a la subpoblación de células CD4+ tras unirse a los propios receptores CD4 y a un correceptor (el CXCR4 en los linfocitos o el CCR5 en los monocitos/macrófagos), y produce en ellas un efecto citopático. Aunque con menor afinidad, puede infectar otras células como los macrófagos o las células gliales del SNC.

Es posible que el HIV-1 se haya diseminado a partir de alguna región del África central, donde la infección es endémica y cuya prevalencia en la población general, sobre todo en algunas áreas urbanas, es muy alta. Un nuevo retrovirus animal, denominado virus de la inmunodeficiencia de los simios (SIV), cuya homología genética con el HIV-1 es del 20-60%, se ha identificado en primates en cautiverio en EE.UU. y en primates salvajes en el África ecuatorial. Finalmente, el último retrovirus humano identificado se ha denominado HIV-2, es endémico en algunos países del África occidental y guarda un parecido mayor con el SIV que con el HIV-1. Es también capaz de producir en el hombre un cuadro clínico similar al del sida, pero es menos agresivo que el HIV-1.

[‡] Medicina Interna Farreras Rossman 13 Edición

5.3 HISTORIA NATURAL DE LA INFECCIÓN POR EL HIV-1

5.3.1 MECANISMOS DE TRANSMISIÓN E INMUNOPATOLOGÍA.

Datos recientes apoyan la hipótesis de que el HIV-1 prolifera en forma continua desde el momento en que infecta a un paciente, aunque a velocidades diferentes según el estadio evolutivo de la infección. Cabe distinguir: §

- a) una fase precoz o aguda de varias semanas de duración
- b) una fase intermedia o crónica, con replicación vírica activa y latencia clínica, de varios años de duración
- c) una fase final o de crisis que clínicamente correspondería a lo que se denomina complejo relacionado con el sida (CRS) y sida.

Desde el punto de vista virológico, nunca se entra en una verdadera fase de latencia a nivel global del organismo humano, pero sí que se han identificado virus viables integrados en el DNA de células humanas (latencia a nivel celular).

5.4 FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH

Antes de hablar de las formas de transmisión del VIH, es importante aclarar cuáles son los fluidos capaces de transmitir el virus.

§ Manual de procedimientos de pruebas rápidas para diagnóstico de infección por VIH y Sífilis nivel primario. MSP 2005

Una vez que la persona adquiere el VIH, TODOS sus fluidos contienen éste virus. Sin embargo, los únicos fluidos capaces de transmitir el virus son:

- La sangre
- El semen (incluyendo el líquido pre-seminal)
- Las secreciones vaginales
- La leche materna

Esto ocurre porque los mismos poseen la calidad necesaria para que el virus pueda sobrevivir y que además esté en concentraciones adecuadas para que ocurra la infección. La transmisión del VIH ocurre cuando cualquiera de estos fluidos infectados entra al torrente sanguíneo de otra persona. Estos fluidos pueden llegar al organismo a través de vías o conductas específicas y muy bien definidas, a saber:

5.4.1 POR VIA SANGUINEA

5.4.1.1 Al compartir agujas

La ingestión de drogas lícitas o ilícitas inyectadas es una actividad de alto riesgo por la posibilidad de intercambio de sangre infectada al compartir inyectoras no esterilizadas previamente por cada persona que se inyecte. También corren riesgo

quienes comparten agujas no esterilizadas al inyectarse esteroides y vitaminas o al tatuarse o colocarse piercings. **

5.4.1.2 Transfusiones sanguíneas

Actualmente todos los bancos de sangre deben realizar la prueba de anticuerpos a las muestras. Sin embargo, aunque es cada vez menos factible, aún existe el riesgo de transmisión por esta vía.

5.4.1.3 Accidentes Laborales

Personas que laboran en el área de la salud, médicos y enfermeras, han contraído el VIH accidentalmente al manipular agujas que contienen sangre infectada o cuando el virus ha entrado a su torrente sanguíneo a través de una cortada o de una membrana o mucosa como los ojos.

5.4.2 CONTACTO SEXUAL SIN PROTECCION

Toda práctica sexual oral, vaginal o anal- sin uso correcto de protección, que implique el intercambio de sangre, semen -incluyendo el líquido pre-seminal- y fluidos vaginales, con una persona que tenga el VIH, representa un riesgo de

** Manual de procedimientos de pruebas rápidas para diagnóstico de infección por VIH y Sífilis nivel primario. MSP 2005

infección, La infección ocurre cuando el VIH contenido en cualquiera de estos fluidos entra al torrente sanguíneo de la otra persona. El virus puede entrar al torrente sanguíneo a través de rupturas de la mucosa en la boca, la vagina o el recto. ††

La mayoría de las infecciones ocurren a través de relaciones sexuales: la relación anal es la más riesgosa, seguida por la relación vaginal y el sexo oral. Toda relación sexual debe ser considerada como un riesgo de infección por VIH, en términos de los fluidos con los que se entra en contacto y la posible entrada del virus al torrente sanguíneo: rupturas en la mucosa bucal o rectal, encías sangrantes, entre otras.

No existen casos documentados de transmisión del VIH por besos profundos, pero hay un cierto riesgo potencial en el caso, por ejemplo, de que las dos personas que se besan tengan encías sangrantes y una de ellas viva con el VIH.

5.4.3 DE UNA MUJER EMBARAZADA VIH POSITIVA A SU BEBE LLAMADA TAMBIÉN “TRANSMISIÓN VERTICAL”:

Implica la transmisión del VIH de una madre embarazada que vive con el VIH, a su bebé, durante el embarazo, el parto, o a través de la leche materna durante la lactancia (El CDC informó que 273.300 bebés contraen anualmente el VIH por esta vía Revista Beta, Mayo 99). Sin tratamiento preventivo, la transmisión vertical ocurre en el 30% de los casos. ††

†† Manual de procedimientos de pruebas rápidas para diagnóstico de infección por VIH y Sífilis nivel primario. MSP 2005

†† Normas del sistema de vigilancia epidemiológica de VIH-SIDA e ITS MSP 2008

Todo bebé nacido de una madre que vive con el VIH nace con los anticuerpos de la madre; por lo tanto, se obtendrá un resultado positivo en las pruebas ELISA y WESTERN BLOT. Sólo después de 12 a 18 meses desarrollará su propio sistema inmunológico y perderá los anticuerpos de su madre. Si no contrajo el virus, su prueba resultará “no reactiva” a partir de este momento, es decir, habrá ocurrido una “sero reversión”. Si se aplica un PCR después de nacido, también podrá determinarse la condición del bebé.

5.5 PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN PERINATAL DEL VIH

La posibilidad de transmisión del VIH de la mujer embarazada a su hijo varía del 24 al 40% si no se realiza ninguna intervención. Este riesgo aumenta en relación a: enfermedad avanzada de la madre, niveles altos de carga viral, CD4 bajo, infección primaria, otras infecciones de transmisión sexual, deficiencia de vitamina A, entre otras.

Esta elevada tasa de transmisión vertical se puede disminuir al 2% con la aplicación de estrategias de prevención de la transmisión vertical.

- ❖ Control Prenatal adecuado
- ❖ Administración de ARV
- ❖ Cesárea electiva
- ❖ No lactancia materna ^{§§}

Toda mujer en edad de procreación debe tener la oportunidad de recibir apoyo social, orientación y consejería, con relación al VIH como componente del cuidado médico primario de rutina, previo al embarazo.

^{§§} Normas del sistema de vigilancia epidemiológica de VIH-SIDA e ITS MSP 2008

La transmisión vertical es la vía de adquisición del VIH para más del 90% de niños infectados del mundo y del 100% en países desarrollados.

Más del 50% de personas infectadas en el mundo, son mujeres y la mayoría en etapa reproductiva.

5.6 MECANISMOS DE TRANSMISIÓN VERTICAL

- ❖ El VIH puede transmitirse durante el embarazo (transmisión prenatal).
- ❖ En el momento del parto (transmisión intraparto), que es el de mayor riesgo.
- ❖ Posterior al parto, a través de la lactancia materna (transmisión postnatal)

5.7 TASAS DE TRANSMISIÓN VERTICAL

En poblaciones donde se **contraíndica la lactancia materna** oscila entre 15% y el 25%

Entre un 35% - 45% de los niños que se infectan lo hacen antes de nacer (infección intrauterina)

Mientras que el 65%-85% de los niños se infectan durante el parto (infección intraparto)

En las poblaciones donde las mujeres infectadas **amamantan a sus hijos**, las tasas de transmisión del VIH son más elevadas oscilan entre 35% -45%. ***

*** Normas del sistema de vigilancia epidemiológica de VIH-SIDA e ITS MSP 2008

5.8 FACTORES PREDISPONENTES

5.8.1 FACTORES MATERNOS

Gestantes en fases avanzadas de enfermedad o con criterios de SIDA y aquellas con recuentos de linfocitos CD4 inferiores a 500/ mm³, tienen mayor riesgo de infectar a su descendencia.

5.8.2 FACTORES VÍRICOS

Gestantes que presentan cepas virales de crecimiento y replicación altas, presentan un mayor riesgo de infectar a sus hijos.

5.8.3 FACTORES PLACENTARIOS

A medida que avanza la gestación, la capa más interna del citotrofoflasto placentario se va haciendo más fina, aumentando la susceptibilidad a la infección intraútero.

5.8.4 FACTORES FETALES Y NEONATALES^{†††}

La edad gestacional en el momento de la exposición es un factor importante en la transmisión. La prematuridad, integridad de la piel y el peso del recién nacido, están relacionados con la transmisión vertical. Los recién nacidos de bajo peso y prematuros tienen un mayor riesgo de infección por el VIH.

^{†††} Normas del sistema de vigilancia epidemiológica de VIH-SIDA e ITS MSP 2008

5.8.5 FACTORES OBSTÉTRICOS

La amniocentesis, cordocentesis, monitorización fetal invasiva, biopsia de vellosidades coriales representan un mayor riesgo de infección para el feto, por lo que están **contraindicados**.

La ruptura prematura de membranas, por facilitar el contacto del feto con sangre y secreciones cervicovaginales, según varias investigaciones, se asocia a un riesgo de mayor infección.

5.8.6 FACTORES ASOCIADOS A LA LACTANCIA MATERNA

El riesgo de infección por esta vía se incrementa con el tiempo de duración del amamantamiento:

- 3-5% a los 6 meses,
- 7% a los 12 meses
- 10.3% a los 24 meses.

La lactancia mixta no reduce el riesgo de infección.

La presencia de mastitis incrementa el riesgo de infección.

En un estudio reciente en poblaciones en que no se contraindica la lactancia, se observó que un 40% de las infecciones se adquiere por esta vía, siendo el riesgo más elevado en los primeros meses. ^{†††}

^{†††} Manual de procedimientos de pruebas rápidas para diagnóstico de infección por VIH y Sífilis nivel primario. MSP 2005

5.9 CONSEJERÍA EN VIH-SIDA

5.9.1 ¿QUE ES CONSEJERÍA?

La Consejería es una relación dinámica entre el/la consejero/a y el Usuario/a mediante el cual el usuario/a pueda explorar sus sentimientos, expresar sus inquietudes y además ampliar sus conocimientos sobre lo que le pasa y que situaciones deberá superar; para lo cual, recibirá información correcta y clara de manera que sea él/ella quien escoja las posibles soluciones relacionadas con su comportamiento. ^{§§§}

- ❖ La consejería es una estrategia preventiva.
- ❖ La consejería es una actividad interactiva que induce al usuario/a a tomar decisiones acertadas
- ❖ La consejería es una actividad informativa y orientadora
- ❖ La consejería busca apoyar a las personas con temor a estar infectadas y/o afectadas, y a las PVVS en su entorno.
- ❖ Busca mejorar la auto confianza, la vida emocional, sexual y afectiva de las PVVS; así como su bienestar y mejorar su calidad de vida.

^{§§§} Manual de procedimientos de pruebas rápidas para diagnóstico de infección por VIH y Sífilis nivel primario. MSP 2005

- ❖ Motiva la referencia a grupos terapéuticos y de auto apoyo, refiere a los diferentes servicios que lo necesite. ****

En el contexto de VIH-SIDA, la consejería es un diálogo confidencial entre un usuario y un consejero/a cuyo objetivo es habilitar al usuario para enfrentar el estrés y personalmente tomar decisiones relacionadas con el VIH/SIDA (OMS 1994).

La consejería se inserta en un sistema multidisciplinario de atención donde es posible realizar referencias/contrarreferencias a las instituciones formales e informales existentes.

- ❖ Trabajo social es el nexo con el sistema de referencia y contrarreferencia de la sociedad civil.

5.9.2 PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA CONSEJERÍA:

- ❖ Acceso a la consejería como derecho universal de la población.
- ❖ Enfoque humanista centrado en la persona con sus características psicosociales y de género.
- ❖ Proceso horizontal de acompañamiento que no sea directivo ni dirigido sino de orientación, facilitación, presentación de estrategias y oportunidades.

**** Manual de procedimientos de pruebas rápidas para diagnóstico de infección por VIH y Sífilis nivel primario. MSP 2005

- ❖ Enfoque integral de atención a la persona con ITS y VIH-SIDA.
- ❖ Respeto a la confidencialidad frente a los datos e información obtenida del usuario/a en todos los ámbitos de atención. ^{††††}
- ❖ Enfoque positivo frente a la infección con VIH orientado a ofrecer una imagen realista pero dinámica y positiva de la condición de PVVS.

5.9.3 CONSEJERÍA NO ES:

La principal diferencia entre consejería y otro tipo de ayuda es la forma en la que el usuario y el consejero/a se comunican y relacionan entre sí.

- ❖ Consejería no es dar consejo. Consejo es generalmente de una vía, consejería es un proceso de interacción, es decir de dos vías.
- ❖ Consejería no es guiar. El consejero/a evita decir al usuario/a como resolver los problemas o que decisiones o acciones tomar.
- ❖ Consejería no es educación para la salud: aunque la educación puede ser una parte importante de la consejería, la información que el consejero/a provee es adaptada a las necesidades individuales de un usuario/a.
- ❖ Consejería no es una terapia continua: La intervención del consejero/a se enfoca en problemas inmediatos. ^{††††}

^{††††} Manual de procedimientos de pruebas rápidas para diagnóstico de infección por VIH y Sífilis nivel primario. MSP 2005

- ❖ Consejería no es una conversación: No se trata solo de dos personas intercambiando información y opiniones.
- ❖ Consejería no es interrogar al usuario/a. El usuario/a no es interrogado para descubrir la verdad.
- ❖ Consejería no es dar un sermón; no debería convertirse en un foro para promover las opiniones del consejero/a.
- ❖ Consejería no es una confesión; el usuario/a no necesita de perdón o absolución.
- ❖ Consejería no se trata solo de dar información; el usuario/a no va al consejero/a por información únicamente, aunque algunas veces sí se dé información. Hay una necesidad de apoyo psico-social.

5.9.4 USUARIO/A ES...

La persona que nos viene consultar, que establece una relación con nuestro servicio de consejería. Dentro del encuadre práctico y conceptual de la consejería se utiliza el término usuario/a basado en la filosofía de que el usuario/a es todo usuario/a de un

††† Manual de procedimientos de pruebas rápidas para diagnóstico de infección por VIH y Sífilis nivel primario. MSP 2005

servicio ofrecido con iguales derechos, entre los que esta manifestar su incomodidad sobre aspectos relacionados con la calidad del servicio. §§§§

En nuestra región en ocasiones tiene connotaciones muy comerciales, sin embargo es un término que se utiliza entre consejeros y supervisores y se considera más adecuado que el término médico “paciente”. El consejero/a debe referirse a los usuarios frente a otros usuarios exclusivamente como personas, no utilizando ni paciente, ni usuario/a.

5.9.5 CARACTERÍSTICAS DEL CONSEJERO/A

- ❖ Calidez, empatía y sensibilidad.
- ❖ Capacidad de escuchar y comprender.
- ❖ Capacidad de transmitir la información de forma clara y adecuada a las necesidades y características del usuario/a.
- ❖ Actitud positiva y de respeto frente a la diversidad que garantice el respeto y la dignidad del usuario/a.
- ❖ Respeto al derecho a la confidencialidad y la privacidad.
- ❖ Prudencia para no emitir juicios de valor.
- ❖ Habilidad de reconocer y contener las emociones propias y del usuario/a.

§§§§ Manual de procedimientos de pruebas rápidas para diagnóstico de infección por VIH y Sífilis nivel primario. MSP 2005

- ❖ Capacidad de orientar y acompañar en la toma de decisiones.
- ❖ Honestidad en reconocer sus limitaciones dentro del proceso de consejería y realizar una referencia del caso.
- ❖ Capacidad para confrontar sus propias actitudes frente a la sexualidad y la muerte.
- ❖ Vocación de servicio.
- ❖ Capacidad para ponerse en la situación del usuario/a.

5.9.6 PERFIL TÉCNICO Y HUMANO DEL CONSEJERO/A

- ❖ Título Superior o bachiller (copia), y ser mayor de edad.
- ❖ Certificado de haber realizado un proceso formativo en consejería en Pre y Post Prueba (manejo de PVVS) de 36 horas mínimo, otorgado por el Programa Nacional SIDA del Ministerio de Salud Público.
- ❖ Poseer habilidades de comunicación y técnicas de entrevista (saber, escuchar, comprender y transmitir la información. *****
- ❖ Habilidad para manejar las crisis y el estrés.
- ❖ Conocimiento sobre las redes de apoyo existentes y el sistema de referencia y contrarreferencia.

***** Manual de procedimientos de pruebas rápidas para diagnóstico de infección por VIH y Sífilis nivel primario. MSP 2005

- ❖ Evaluación de conocimientos.
- ❖ Poseer capacidad de empatía, calidez y sensibilidad.
- ❖ Conocimiento, Comportamiento y actitudes positivas frente al tema del VIH.
- ❖ Buena presencia.
- ❖ Vocación de servicio y voluntad de acción.
- ❖ Manejo adecuado del código de ética.
- ❖ Actitud positiva y de respeto frente a la diversidad, que garantice el derecho a la confidencialidad y la privacidad.
- ❖ Poseer habilidades de orientar y acompañar en la toma de decisiones.
- ❖ Contar con un alto nivel de autoconciencia, capaz de reconocer sus limitaciones dentro del proceso de consejería.
- ❖ Estar accesible y disponible para los usuarios y ser capaz de manejar sus reacciones (paciencia, tolerancia). †††††

5.9.7 INFRAESTRUCTURA

El espacio físico debe de observar mínimos indispensables que permitan desarrollar un trabajo más eficiente brindando un servicio de calidad a los usuarios/as que se benefician de esta prestación.

††††† Manual de procedimientos de pruebas rápidas para diagnóstico de infección por VIH y Sífilis nivel primario. MSP 2005

Las características que debe cumplir son:

- ❖ **Espacio físico:** el centro de consejería/asesoría deberá contar con una habitación exclusiva para la prestación de este servicio, esta habitación debe tener una dimensión mínima de 3m² x 2m².
- ❖ Para la iluminación se debe utilizar luz natural si se tiene acceso a ella o lámparas de luz natural.
- ❖ Ventilación suficiente para que no se acumulen olores propios del quehacer de las personas tampoco deberá estar junto a otras dependencias que emitan olores que se conviertan en estímulos parásitos de la actividad propia de consejería.
- ❖ Colores cálidos en tono pastel; se sugiere utilizar celeste, melón, verde o rosa.
- ❖ Fácil acceso a la sala de consejería.
- ❖ Privacidad, la o las salas de consejería deben estar ubicadas de manera estratégica^{****}
- ❖ Baño, si es posible la sala de consejería deberá disponer de un baño privado para uso exclusivo de los usuarios/as.
- ❖ En las ventanas se deben colocar persianas.
- ❖ Los Centros de Consejería deberán contar con una sala de espera.

^{****} Normas del sistema de vigilancia epidemiológica de VIH-SIDA e ITS MSP 2008

5.9.8 MOBILIARIO

- ❖ Cada sala de consejería contara con tres asientos.
- ❖ Se contará con una mesa auxiliar o una estantería pequeña en donde se colocará material de apoyo para los usuarios/as.
- ❖ Las salas contarán con un archivador.

5.9.9 EQUIPOS

Los Centros de Consejería contarán con:

- ❖ Un televisor que permita al consejero/a reforzar la información brindada en el proceso de consejería.
- ❖ Un DVD player.
- ❖ Un VHS.
- ❖ Una computadora. §§§§§

5.9.10 ACCESORIOS

- ❖ En lo posible se dispondrá de material de apoyo que el consejero/a entregará al usuario/a durante la consejería o al finalizar ésta.
- ❖ Se colocarán afiches con mensajes que refuercen la información en las paredes de la sala de consejería.
- ❖ Se debe procurar tener un dispensador de agua.

§§§§§ Normas del sistema de vigilancia epidemiológica de VIH-SIDA e ITS MSP 2008

- ❖ Pañuelos desechables que se puedan entregar a los usuarios/as en caso de que los necesiten.
- ❖ Condones y lubricantes, para las practicas del uso correcto de los mismos y para ser entregados a los usuarios/as que acudan al servicio.
- ❖ Dildos que permita al consejero/a entrenar a los usuarios el uso adecuado del condón y lubricante.
- ❖ Hojas en blanco para hacer anotaciones para el usuario/a.
- ❖ Lápices/esferográficos.
- ❖ La rotulación que identifique a las salas de consejería deben estar elaborados solo con la palabra CONSEJERIA.
- ❖ Cada Centro de Consejería debe exhibir las horas y los días de atención del servicio de forma clara.
- ❖ Recipiente para la basura *****

5.9.11 HORARIOS

- ❖ Ocho horas de atención.
- ❖ Los Centros deben promocionar y publicar los días de atención del servicio en lugares de acceso para los usuarios/as.

5.9.12 MANTENIMIENTO

Las salas de consejería y las demás dependencias que estén involucradas en la

***** Normas del sistema de vigilancia epidemiológica de VIH-SIDA e ITS MSP 2008

prestación del servicio deben estar siempre en óptimas condiciones cuidando el aseo y el buen ambiente del mismo.

5.9.13 TEMAS A ABORDAR EN LA CONSEJERÍA PRE-PRUEBA

- ❖ Información sobre la transmisión sexual del VIH y su prevención
- ❖ Riesgos de transmisión maternoinfantil del VIH y sus posibles intervenciones.
- ❖ Información sobre el proceso de las pruebas del VIH
- ❖ Garantía y discusión de la confidencialidad compartida y asesoramiento de pareja.
- ❖ Asesoramiento para la evaluación de riesgos.

5.9.14 TEMAS A ABORDAR EN LA CONSEJERÍA POSTERIOR A UNA PRUEBA NEGATIVA

- ❖ Información para prevenir futuras infecciones.
- ❖ Alto riesgo de infección por VIH al recién nacido si la madre contrae la infección durante el embarazo o amamantamiento.
- ❖ Importancia de una lactancia materna sostenida y exclusiva para la salud del recién nacido. †††††

††††† Guía Nacional para atención Integral de PVVS

5.9.15 TEMAS A ABORDAR EN LA CONSEJERÍA POSTERIOR

A UNA PRUEBA POSITIVA

- ❖ Información sobre las opciones terapéuticas.
- ❖ Asesoramiento sobre la mejor alternativa para el parto.
- ❖ Las opciones de alimentación, incluidos los beneficios y riesgos para la salud.
- ❖ Los costos de la alimentación artificial
- ❖ La exposición a estigmas y discriminación.
- ❖ Alternativas de anticoncepción futura.
- ❖ Prácticas sexuales de alto riesgo .
- ❖ Información y asesoramiento sobre futuros embarazos y riesgos potenciales.
- ❖ Formas de alimentación y suplementación con micronutrientes.
- ❖ Información sobre como se puede evitar la transmisión del VIH a parejas sexuales.
- ❖ Asesoramiento sobre la confidencialidad compartida
- ❖ Asesoramiento para la convivencia familiar. †††††
- ❖ Información y referencia a centros de apoyo, servicios y otros programas de estímulo de una vida positiva.

Luego de detectada la prueba positiva deberá remitirse la paciente a un Servicio Clínico especializado en atención a personas viviendo con VIH.

††††† Guía de prevención y control de la transmisión vertical el VIH y el manejo de niños/as expuestos perinatales y viviendo con el VIH/SIDA 2008

5.10 DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR VIH

5.10.1 LA DETECCIÓN

La detección del estado de infección de la mujer embarazada es el paso más importante en la prevención de la transmisión vertical, esta se realiza a través de las pruebas de tamizaje con:

- ❖ Pruebas rápidas
- ❖ ELISA para VIH

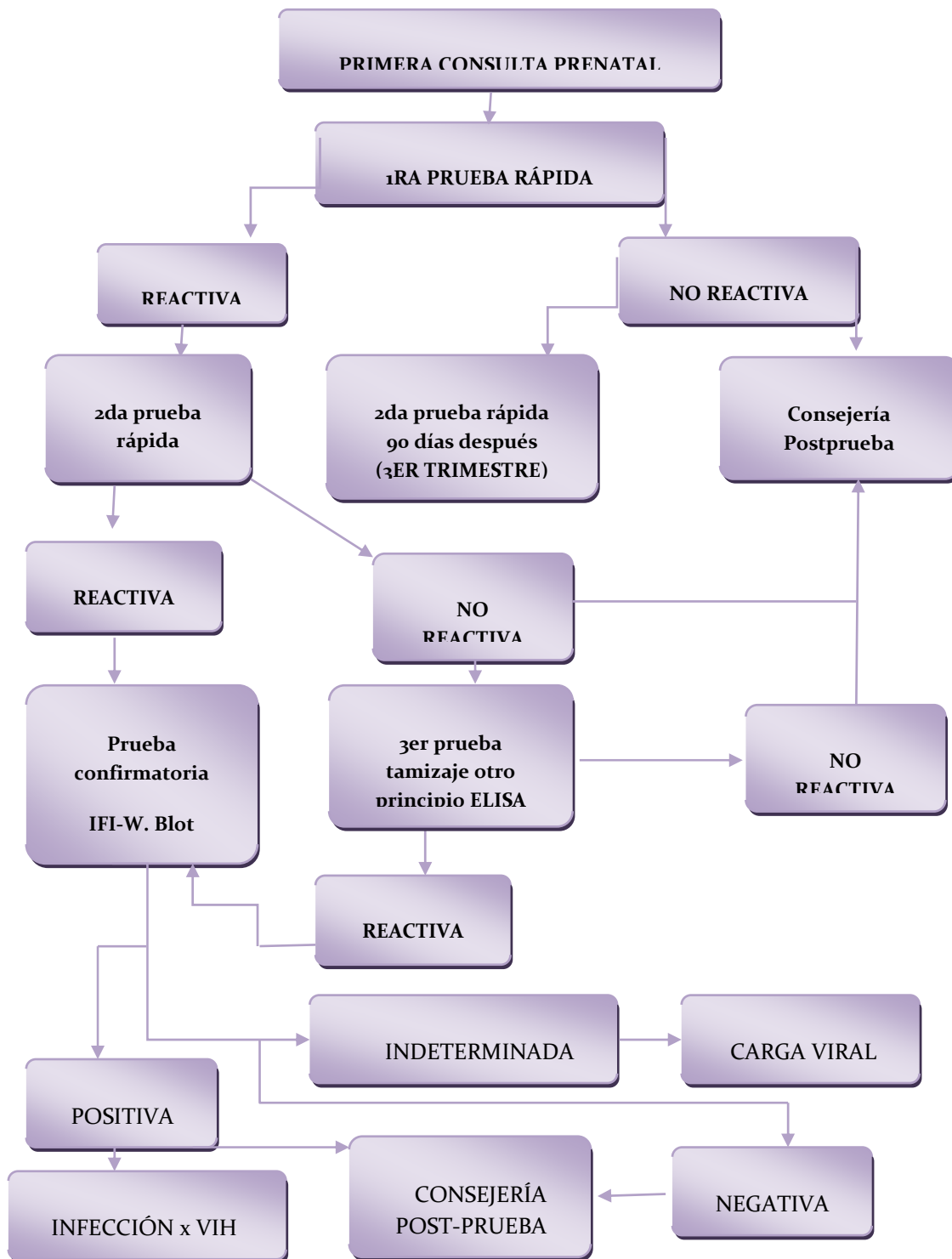
5.10.2 EL DIAGNÓSTICO

Una vez realizado el tamizaje con dos pruebas reactivas, para establecer el diagnóstico definitivo se debe realizar una de las siguientes pruebas confirmatorias:

- ❖ Inmunofluorescencia (IFI-VIH)
- ❖ Western Blot §§§§§§

§§§§§ Guía de prevención y control de la transmisión vertical el VIH y el manejo de niños/as expuestos perinatales y viviendo con el VIH/SIDA 2008

ALGORRITMO PARA EL DIAGNÓSTICO DE VIH EN EMBARAZADAS*



Guía de prevención y control de la transmisión vertical del VIH y el manejo de niños/as expuestos perinatales y viviendo con el VIH/SIDA 2008

5.10.3 NOTIFICACIÓN DE CASOS VIH

Se refiere a la notificación obligatoria y regular del número de los casos de VIH detectados en los laboratorios y unidades operativas del país. Describe la tendencia y distribución de la infección a lo largo del tiempo; sus resultados serán utilizados para generar estimaciones de nuevas infecciones, además de que permitirá evaluar el impacto de las estrategias de prevención en VIH.

5.10.4 DEFINICIONES DE CASOS

INFECTADO POR VIH (mayores de 18 meses)

Existencia de dos pruebas de tamizaje reactivas y una confirmatoria para la detección de anticuerpos anti —VIH-1 (IFI o WESTERN BLOT).

5.10.5.1 Infectados por VIH (menores de 18 meses)

Todo niño expuesto perinatal al VIH menor de 18 meses con dos pruebas positivas en dos determinaciones separadas para PCR de DNA o RNA.

5.10.5.2 Niño expuesto perinatal

Niño menor de 18 meses que cumpla con una de las siguientes condiciones:

- ❖ Hijo de madre VIH positiva y/o

- ❖ Reactivo para pruebas de tamizaje.

5.10.5.3 Niño expuesto perinatal negativo para VIH

Niño menor de 18 meses que cumpla con las siguientes condiciones:

- ❖ Hijo de madre VIH positiva y/o reactivo para pruebas de tamizaje
- ❖ Negativo en dos pruebas PCR RNA o DNA

5.10.5.4 Niño serorevertor *****

Niño de 18 meses o más hijo de madre VIH positiva que cumpla las siguientes condiciones:

- ❖ Con prueba de tamizaje reactiva al nacimiento y prueba de ELISA no reactiva a los 18 meses o más
- ❖ Negativo en dos pruebas de PCR DNA o RNA
- ❖ Sin ninguna condición definidoras de SIDA

***** Guía de prevención y control de la transmisión vertical el VIH y el manejo de niños/as expuestos perinatales y viviendo con el VIH/SIDA 2008

5.11 CUIDADO DE MUJERES INFECTADAS CON VIH

5.11.1 CUIDADO PRECONCEPCIONAL

El cuidado para mujeres con infección por VIH, debe incluir:

- ❖ El seguimiento clínico.
- ❖ Prueba de Papanicolaou cada 6 meses.
- ❖ Colposcopia cada año.
- ❖ CD4 y carga viral.
- ❖ Régimen terapéutico apropiado.
- ❖ Consejería en: ††††††††
 - Riesgos de transmisión perinatal.
 - Estrategias de prevención de la transmisión vertical.
 - Expectativas por el futuro del niño en caso de embarazo.
 - Contracepción efectiva y apropiada.
 - Promoción del uso de preservativos.

5.11.2 RECOMENDACIONES PARA EL USO DE DROGAS ARV

5.11.2.1 Situación # 1: Mujeres embarazadas infectadas por VIH que no han recibido terapia ARV previa

Los pacientes deben recibir evaluación clínica, inmunológica y virológica, y considerarse la aplicación de TARMA.

†††††††† Guía Nacional para atención Integral de PVVS

5.11.2.2 Situación # 1A: No necesita TARMA

El esquema recomendado es:

- ❖ **Zidovudina (AZT)** 300mg cada 12 horas,** durante el embarazo, desde la semana 28 de gestación hasta 12 horas antes de la cesárea programada +
- ❖ **AZT** 300 mg c/3 horas **12 horas antes de la cesárea programada +
- ❖ **Nevirapina** 200 mg dosis única por vía oral, 4-6 horas antes de la cesárea programada.
- ❖ Para el recién nacido: 2 mg/kg/dosis de AZT c/6 horas por 6 semanas, iniciar dentro de las 6 primeras horas.

5.11.2.3 Situación # 1B: Si necesita TARMA25

Se considerará TARMA en todas las embarazadas con SIDA, o con menos de 350 CD4 y/o con carga viral mayor a 1000 copias. ++++++

- ❖ **Durante el embarazo**, a partir de la 14ª semana y hasta la finalización de la gestación, se utilizará el siguiente esquema:
 - AZT 300 mg c/12 horas + Lamivudina (3TC) 150 mg c/12 horas + Nelfinavir 750 mg c/8horas. **Ó**
 - AZT 300mg c/12 horas + Lamivudina 150 mg c/12 horas + Neviparina 200 mg diarios por 2 semanas y luego 250 mg c/12 horas.
- ❖ **Durante el parto:** 300 mg de AZT c/3 horas durante las 24 horas antes de la cesárea.
- ❖ Para el recién nacido: 2 mg/kg/dosis de AZT c/6 horas por 6 semanas.

+++++ Guía Nacional para atención Integral de PVVS

5.11.2.4 Situación # 2: Mujeres infectadas por VIH recibieron terapia antiretroviral durante el embarazo actual §§§§§§§§

Para las mujeres que recibieron terapia antiretroviral identifican su embarazo durante el primer trimestre, se les informa respecto a los beneficios y los riesgos potenciales de la administración de las drogas durante este período. Se debe considerar además si continúa la terapia o no. Si se discontinúa la terapia durante el primer trimestre, todas las drogas deben suspenderse y reintroducirse simultáneamente para evitar el desarrollo de resistencia a drogas y reiniciar a la semana 14.

❖ **Durante el embarazo:**

- Si TARMA incluye AZT, debería continuarse con el esquema.
- Si TARMA no incluye AZT, incluirlo.

❖ **Durante el parto:** AZT 300 mg c/3 horas durante las 12 horas antes de la cesárea.

❖ Para el recién nacido: 2mg/kg/dosis de AZT c/6 horas por 6 semanas valorar añadir 3TC 2 mg/kg/dosis cada 12 horas por una semana.

Las drogas antirretrovirales contraindicadas durante el embarazo son:

- ❖ Efavirenz, Zalcitabina, Hidroxiurea (Riesgo Teratogénico)
- ❖ Abacavir, Amprenavir, Lopinavir (Riesgo poco conocido)
- ❖ Indinavir (Riesgo elevado de toxicidad sobre el feto)
- ❖ Asociación zidovudina (AZT) + estavudina (D4T)
- ❖ Asociación didanosina (DDI) + estavudina (D4T)

5.11.2.5 Situación # 3: Mujeres infectadas por VIH en trabajo de parto que no han tenido terapia previa

La transmisión del VIH madre – hijo puede ocurrir entre el 65 al 80% durante el trabajo de parto, por lo que se deben considerar las siguientes opciones, que serán apoyadas por el Programa Nacional del SIDA:

- ❖ Durante el inicio del parto (labor), 4 – 6 horas antes: una dosis única de 200 mg de Nevirapina V.O. a la madre y al recién nacido una dosis única de 2 mg/kg de peso de Nevirapina a las 48 horas de vida. Si la dosis de Nevirapina en la madre fue administrada en un tiempo menor de una hora previo al parto, el recién nacido deberá recibir 2 dosis: la primera dosis de Nevirapina 2mg/kg tan pronto como sea posible y la segunda dosis igual que la primera entre las 48 y 72 horas de vida.
- ❖ AZT + 3TC (Zidovudina + Lamivudina) administrada VO a la madre durante el parto y al recién nacido durante una semana: 2mg/kg de peso de AZT c/6 horas + 2 mg/kg de Lamivudina c/12 horas.
- ❖ AZT IV seguido de 6 semanas de AZT VO para el recién nacido.

Este régimen es el que puede disminuir en mayor porcentaje la transmisión vertical. *****

Si la dilatación cervical es mínima y se prevea un período largo de trabajo de parto se pudiera decidir iniciar AZT IV y proceder con la cesárea para minimizar la duración de la ruptura de las membranas y evitar parto vaginal. Si se dispone de

***** Guía Nacional para atención Integral de PVVS

AZT IV en lo posible debe iniciarse 3 horas previas a la cirugía, en infusión continua a 2 mg x kg de peso de la gestante durante la primera hora y luego 1 mg/kg/hora hasta el clampeamiento del cordón umbilical. La concentración del AZT IV es 10 mg/ml (vial 20 ml). Debe ser diluido previo a la administración con Dextrosa al 5% hasta llegar a una concentración no mayor de 4 mg/ml. Estable al ambiente por 24 horas, en refrigeración por 48 horas. Si no estuviese disponible el AZT IV, utilizar el mismo régimen de AZT 300mg c/3 horas VO, desde el inicio del trabajo de parto hasta el clampeamiento del cordón umbilical.

❖ El último régimen a considerar es la combinación de AZT IV ya mencionado más la Nevirapina referido inicialmente.

5.11.2.6 Situación # 4: Neonatos que nacen de madres infectadas que no han recibido terapia ARV previa ni durante el trabajo de parto.

El beneficio con ARV se produce sólo si son administrados entre de las 48 primeras horas de vida.

El tto debe ser iniciado dentro de las 6 horas del nacimiento con: AZT 2mg/kg/dosis c/6 horas por 6 semanas. Se puede considerar el uso de otros antirretrovirales adicionales: ++++++

- ❖ Nevirapina 2mg/kg/dosis tan pronto se conozca su status, en lo posible dentro de las 24 hasta las 36 horas de vida extrauterina, en dosis única, ó
- ❖ 3TC 2 mg/kg cada 12 horas por una semana

+++++ Guía Nacional para atención Integral de PVVS

5.12 ATENCIÓN DEL PARTO

Además de la disminución de transmisión vertical del VIH con ARV, se ha demostrado el beneficio de la cesárea 15,16 para disminuir aún el riesgo de transmisión perinatal.

Se ha establecido realizar la cesárea a partir de que el embarazo esté a término. Debe evaluarse parámetros clínicos y obstétricos (por FUM, altura de fondo uterino) y confirmado pro ecosonografía, realizado idealmente antes de la semana 20. Debe evitarse el monitoreo invasivo y técnicas de amniocentesis y amnioscopia. Para la cesárea se recomienda incisión inframedia umbilical y buena técnica quirúrgica con equipo médico entrenado.

La decisión de realizar la cesárea a las 38 semanas se justifica por el riesgo potencial de aumentar la transmisión vertical del VIH si ocurre ruptura prematura de membranas o el inicio del trabajo de parto. *****

La ruptura de membranas mayor de 4 horas aumenta el riesgo de transmisión a un 2% por cada hora hasta las 24 horas, por lo cual se debe evitar esta situación al igual que el trabajo de parto prolongado. Si existe ruptura de membranas durante el trabajo de parto, debe realizarse esfuerzos para disminuir el tiempo de exposición del niño a los fluidos vaginales y a la sangre materna. La ligadura del cordón umbilical debe ser realizada inmediatamente después de la expulsión del recién nacido.

***** Guía Nacional para atención Integral de PVVS

Debe considerarse la posibilidad de que el recién nacido desarrolle el Síndrome de Distres Respiratorio, por lo cual el facultativo debe asegurar la madurez fetal y ofrecer a éste el ambiente adecuado, el equipo necesario y el personal capacitado para el control de este posible evento.

Debe considerarse además que por la cesárea aumenta la morbilidad postquirúrgica 5 a 7 veces más que en el parto.

La profilaxis antibiótica durante la cesárea debe ser con cefalotina o cefazolina 2 g administrada en dosis única inmediatamente después del clampeamiento del cordón umbilical. Como analgésico no usar AINES.

No hay necesidad de aislar a la paciente portadora del VIH.

5.13 TERMINACIÓN DEL EMBARAZO EN MADRE CON VIH-SIDA

A toda mujer infectada con VIH-SIDA se le debe ofrecer la oportunidad de una cesárea electiva [programada antes del inicio de labor de parto] a las 37-38 semanas de gestación. En un metaanálisis de 15 estudios con 8533 parejas madre- hijo, concluyó que la cesárea programada reducía la transmisión vertical del VIH en un 50%. §§§§§§§§

§§§§§§§§ Guía Nacional para atención Integral de PVVS

No se ha demostrado una reducción en la transmisión perinatal, si la cesárea se efectúa después de haberse iniciado el trabajo de parto o de la ruptura de membranas. Todas las mujeres en las que se realice la cesárea deben recibir AZT por vía intravenosa tres horas antes de efectuarse este procedimiento, a dosis recomendada. Para la cesárea se recomienda incisión infraumbilical media de preferencia, con una adecuada técnica quirúrgica y con equipo médico entrenado. Manteniendo normas de bioseguridad.

Como analgésico no usar antiinflamatorios no esteroideos, preferible usar derivados morfínicos.

La cesárea electiva debe ser siempre planificada y ejecutada en condiciones adecuadas para reducir todo riesgo, para la madre, recién nacido y personal de salud. Por ello, el equipo responsable y las unidades de salud deberán establecer el día y la hora para la admisión de la embarazada con VIH-SIDA.

Cabe anotar que está plenamente establecido que la ruptura de membranas mayor a cuatro horas aumenta el riesgo de transmisión fetal, por lo cual se debe evitar esta situación al igual que el trabajo de parto. *****

La tasa de transmisión aumenta progresivamente después de las 4 horas de las membranas rotas, cerca del 2% por cada hora hasta las 24 horas, por lo que el uso de oxitócicos pudiera ser indicado para conducir el trabajo de parto, respetando las

***** Guía Nacional para atención Integral de PVVS

contraindicaciones. Si existe ruptura de membranas durante el trabajo de parto, debe realizarse esfuerzos para disminuir el tiempo de exposición del niño a los fluidos vaginales y sangre materna.

Se establece realizar la cesárea a partir de un embarazo a término. La confirmación de la edad gestacional será cuidadosamente establecida, para evitar prematuridad iatrogénica. Debe evaluarse parámetros clínicos y obstétricos [por FUM, altura de fondo uterino] y confirmado por ecografía, realizado preferentemente antes de la semana 20 [primera mitad de la gestación]. No se debe realizar monitoreo invasivo, amniocentesis y amnioscopia ya que están contraindicados en la embarazada con VIH-SIDA. No es necesario aislar a la paciente portadora del VIH.

5.14 SEGUIMIENTO POST-PARTO

Se requiere cuidado multidisciplinario y servicios de apoyo para mujeres infectadas por VIH y sus familias. Los componentes de estos cuidados son:

- ❖ Educación/consejería/apoyo social
- ❖ Planificación familiar
- ❖ Cuidados: obstétrico y de especialidad en VIH
- ❖ Servicio de salud mental (apoyo psicológico) ††††††††††
- ❖ Valorar la necesidad de terapia ARV a la mujer que haya recibido AZT como monoterapia
- ❖ Seguimiento a las mujeres en la post-cesárea especialmente a las que reciben TARMA, hasta el puerperio tardío y luego referirla a las clínicas de VIH.

†††††††††† Guía Nacional para atención Integral de PVVS

5.15 SEGUIMIENTO DEL NIÑO DE MADRE INFECTADA POR VIH

El hijo de madre infectada por el VIH, haya o no recibido profilaxis ARV para la prevención de la transmisión vertical del virus, debe ser considerado como paciente de alto riesgo y por tal motivo debe ser evaluado por un médico pediatra capacitado en el manejo de niños infectados por el VIH o derivado al hospital de referencia correspondiente para su seguimiento.

Toda madre infectada por VIH, debe recibir consejería referente a la importancia del tipo de alimentación de su hijo. Esta consejera debe ser reforzada en cada control mensual, ya que la lactancia materna no puede ser proporcionada el bebé debe recibir fórmula láctea gratuita durante los 18 meses que requiere seguimiento hasta tener el ELISA para VIH no reactivo en caso de no haberse infectado. En los establecimientos de salud, la leche maternizada será entregada a la madre o tutor del niño en forma quincenal. La monitorización de esta actividad será de responsabilidad conjunta con el médico del paciente. *****



CAPÍTULO 6
BENEFICIARIOS

6. BENEFICIARIOS

6.1 DIRECTOS	355 mujeres embarazadas de la comunidad de San Alejo y 251 mujeres embarazadas de la Piñonada
6.2 INDIRECTOS	Mujeres en edad fértil y parejas de las embarazadas que residen en la Piñonada y San Alejo



CAPÍTULO 7
METODOLOGÍA

7. METODOLOGÍA

7.1. METODOLOGÍA UTILIZADA EN EL PROYECTO:

1. Información documentada:

- ❖ Partes diarios y perinatales.
- ❖ Estadística del Centro de Salud Andrés de Vera.
- ❖ Estadísticas de los Subcentros de Salud La Piñonada y San Alejo
- ❖ Estadísticas del departamento de Trabajo Social Área #1.

2. Observación de campo.

3. Marco Lógico.

4. Árboles de problemas, objetivos y resultados.

5. Capacitación a investigadores para realizar consejería y educación en VIH-SIDA.

Ver Anexos

6. Entrevistas para elaborar el diagnóstico:

- Informantes claves: 3 en San Alejo y 2 en la Piñonada
- Grupos focales: 6 en San Alejo y 4 en la Piñonada

7. Capacitación a las embarazadas para la ejecución del proyecto:

- 106 embarazadas en San Alejo
- 54 embarazadas en la Piñonada

8. Capacitación al personal de las unidades operativas

- 9 personas en San Alejo
- 7 personas en la Piñonada

9. Consejería pre y post test a las embarazadas. Ver Anexos.

10. Toma de muestras para VIH.

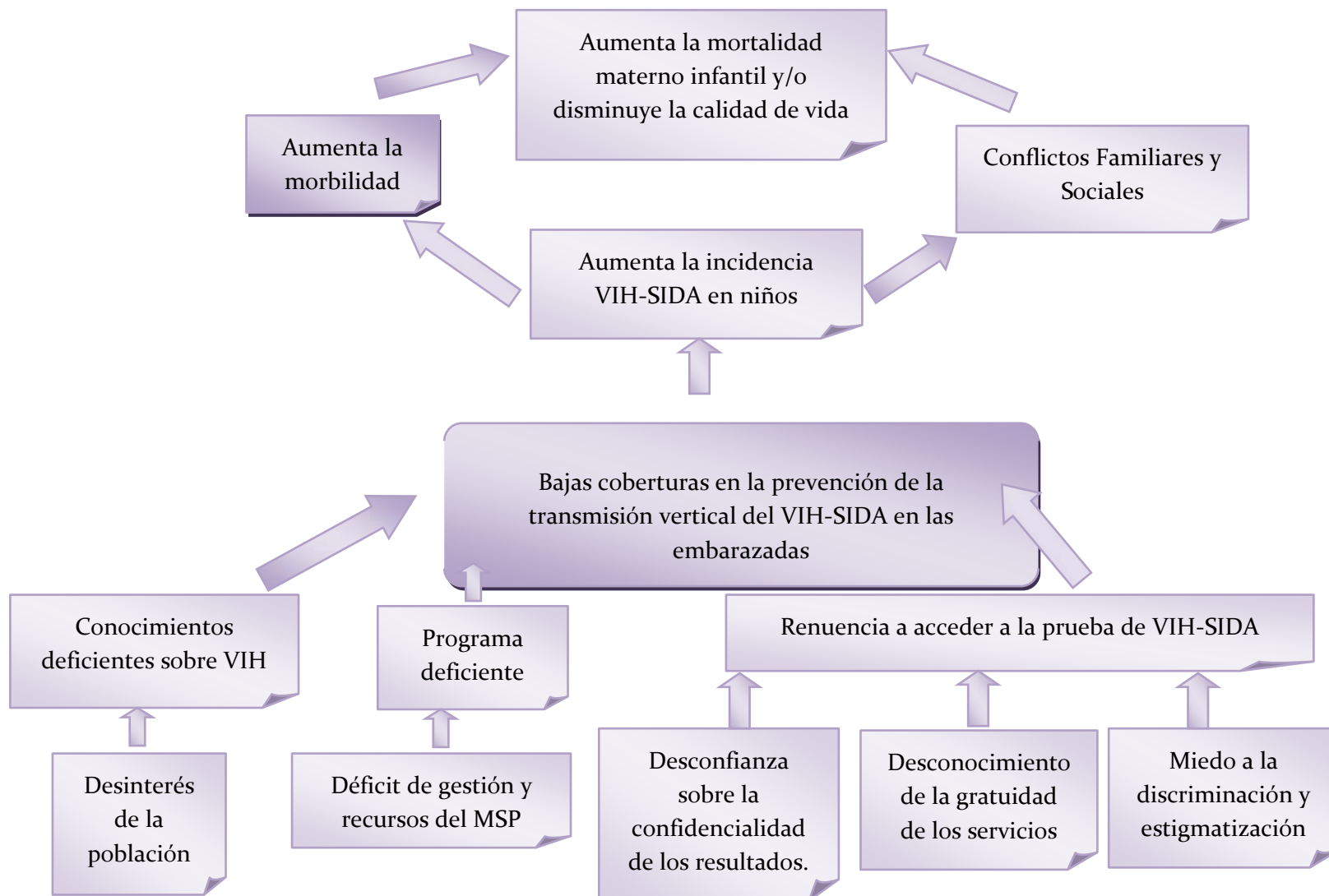
7.2 MARCO LÓGICO

OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN			
Contribuir con la disminución de la mortalidad por VIH-SIDA y mejorar la calidad de vida en niños/as y embarazadas.	Para el año 2012 se habrá disminuido la mortalidad del VIH-SIDA en un 10% Para finales del año 2008 los niños/as VIH (+) habrán mejorado su calidad de vida en un 30%.	Registro de defunciones. Tasa de mortalidad y tasa de morbilidad. Registro del manejo del paciente en clínica de VIH-SIDA.	Políticas de salud que se aplican y convenios internacionales que se cumplen. (ODM) Gestión del MSP.
PROPÓSITO			
Disminución de la incidencia de la transmisión vertical del VIH-SIDA.	Para el año 2008 se habrá disminuido la incidencia de la transmisión vertical en un 5%.	Reportes mensuales de la dirección provincial de salud y del área de salud.	Clínica del VIH-SIDA y área de salud cuenta con suficientes recursos económicos, físicos y humanos.
RESULTADOS			
1.- Aumentar las coberturas de acceso a la prueba voluntaria de VIH-SIDA.	1.1. Para el año 2008 se habrá logrado un acceso a la prueba voluntaria de VIH-SIDA en las embarazadas en un 60%	1.1. Reportes mensuales de ITS/VIH de las unidades de salud y áreas de salud.	1.1. Predisposición de las embarazadas a realizarse la prueba de VIH 1.2. Existencia de suficientes materiales. 1.3. Confidencialidad garantizada del manejo de los resultados de la prueba. 1.4. Consejería pre prueba aclara dudas y disminuye temores.
2. Fortalecer el conocimiento sobre VIH-SIDA en mujeres embarazadas.	2.1. Hasta octubre del 2008 se habrá fortalecido los conocimientos en mujeres embarazadas en un 30%.	2.1. Pre y Post test	2.1. Interés de la embarazada por capacitarse. 2.2. Disponibilidad de tiempo para acceder a la capacitación.
3. Construcción de un centro de consejería para VIH-SIDA.	3.1. Para octubre del 2008 estará construido y funcionando el centro de consejería para personas infectadas con VIH-SIDA.	3.1. Fotos, Videos.	3.1. Recursos económicos disponibles y ejecución de alianzas estratégicas.
ACTIVIDADES		INSUMOS Y COSTOS	
1.1. Identificar las mujeres embarazadas en la comunidad.			1.1. Disponibilidad de tiempo de los involucrados en la realización del proyecto.

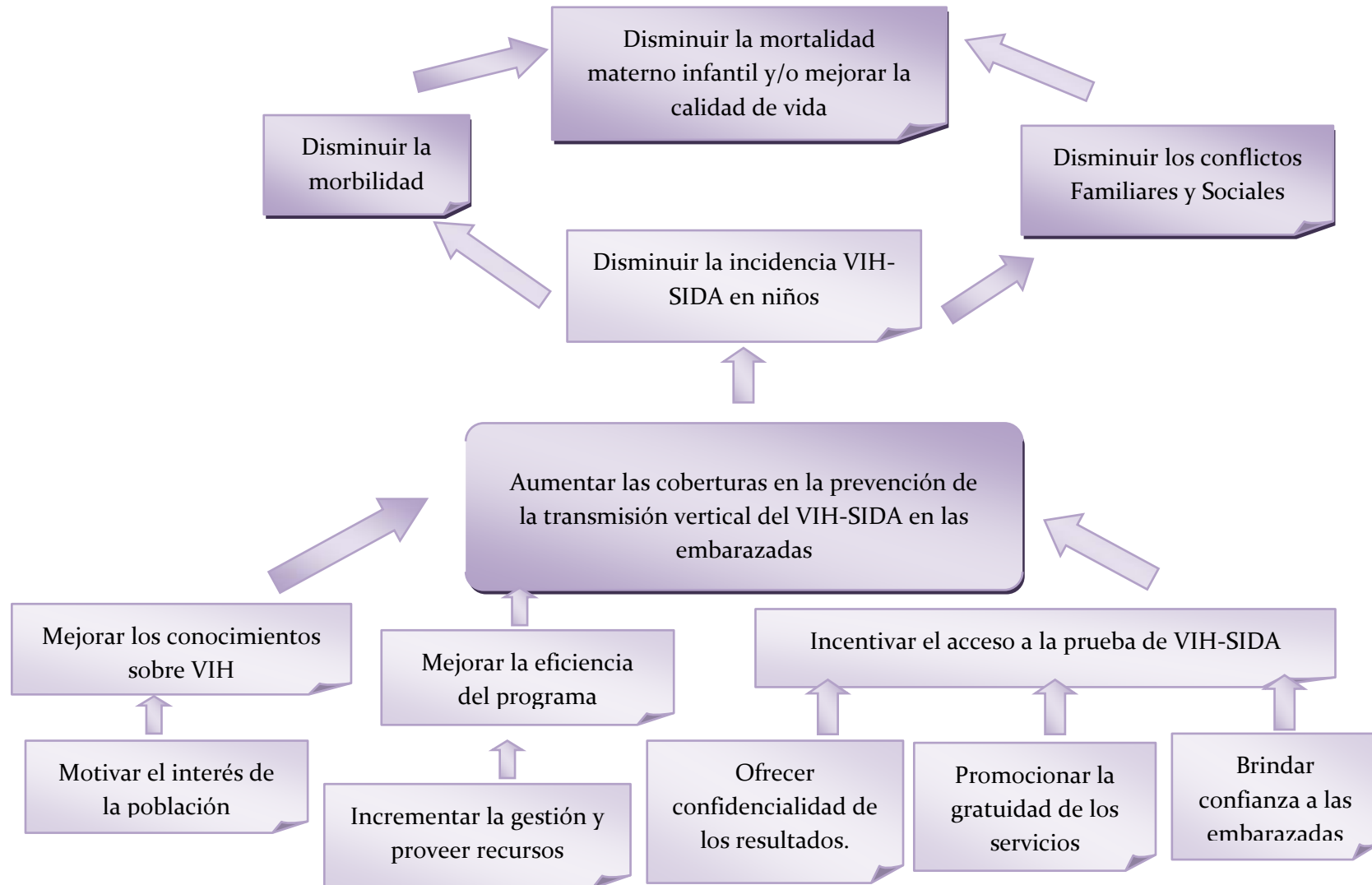
<p>1.2. Realizar visitas domiciliarias a mujeres embarazadas para informar sobre la existencia gratuita de la prueba del VIH.</p> <p>1.3. Realizar consejería pre test a las mujeres embarazadas</p> <p>1.4. Toma de muestras sanguíneas a las mujeres embarazadas para realizar la prueba del VIH.</p> <p>1.5. Realizar consejería pos test a las mujeres embarazadas</p>	<p>1.1. Movilización: \$30.00</p> <p>1.2. Movilización y Logístico: \$30.00</p> <p>1.3. Movilización: \$30.00</p> <p>1.4. Logístico: \$1500.00</p> <p>1.5. Logístico: \$30.00</p>	<p>1.1. Fotos</p> <p>1.2. Fotos y Videos.</p> <p>1.3. Fotos y resultados de las muestras.</p> <p>1.4. Fotos</p> <p>1.5. Fotos</p>	<p>1.2. Disponibilidad de tiempo de las mujeres embarazadas y demás involucrados en la realización del proyecto.</p> <p>1.3. Disponibilidad de tiempo de las mujeres embarazadas y demás involucrados en la realización del proyecto.</p> <p>1.4. Disponibilidad de materiales y personal para la realización de la toma de muestras.</p> <p>1.5. Disponibilidad de tiempo.</p>
<p>2.1. Capacitar sobre VIH-SIDA a las personas involucradas en la realización del proyecto.</p> <p>2.2. Capacitar a mujeres embarazadas sobre VIH-SIDA.</p> <p>2.3. Capacitar al personal de Salud.</p> <p>2.4. Diseñar y repartir trípticos educativos.</p> <p>2.5. Reproducir y realizar materiales audiovisuales educativos.</p>	<p>2.1. Logístico: \$ 52.50</p> <p>2.2. Logístico: \$ 468.00 # talleres: 12 de 30 pers. %.</p> <p>2.3 Logístico: \$ 30.00</p> <p>2.4 Logístico: \$300.00</p> <p>2.5. Logístico: \$ 3.90</p>	<p>2.1. Fotos</p> <p>2.2. Fotos</p> <p>2.3. Fotos</p> <p>2.4. Fotos y materiales entregados.</p> <p>2.5. Existencia de los materiales audiovisuales.</p>	<p>2.1. Predisposición y disponibilidad de tiempo.</p> <p>2.2. Interés de las mujeres embarazadas.</p> <p>2.3. Recursos económicos para la elaboración del material.</p> <p>2.4. Recursos económicos para la elaboración del material.</p> <p>2.5. Recursos económicos para la elaboración del material.</p>
<p>3.1. Realizar el anteproyecto para la</p>	<p>3.1. \$00,00</p>	<p>3. Planos. Facturas e informes financieros y contables</p>	<p>3. Disponibilidad de tiempo, recursos económicos y humanos para la</p>

construcción del proyecto. 3.2. Construcción del centro de consejería. 3.3 Adecuación del centro de consejería.	3.2. Costo total del centro: \$6.000,00 3.3 \$250,00	del proyecto.	realización del proyecto.
--	---	---------------	---------------------------

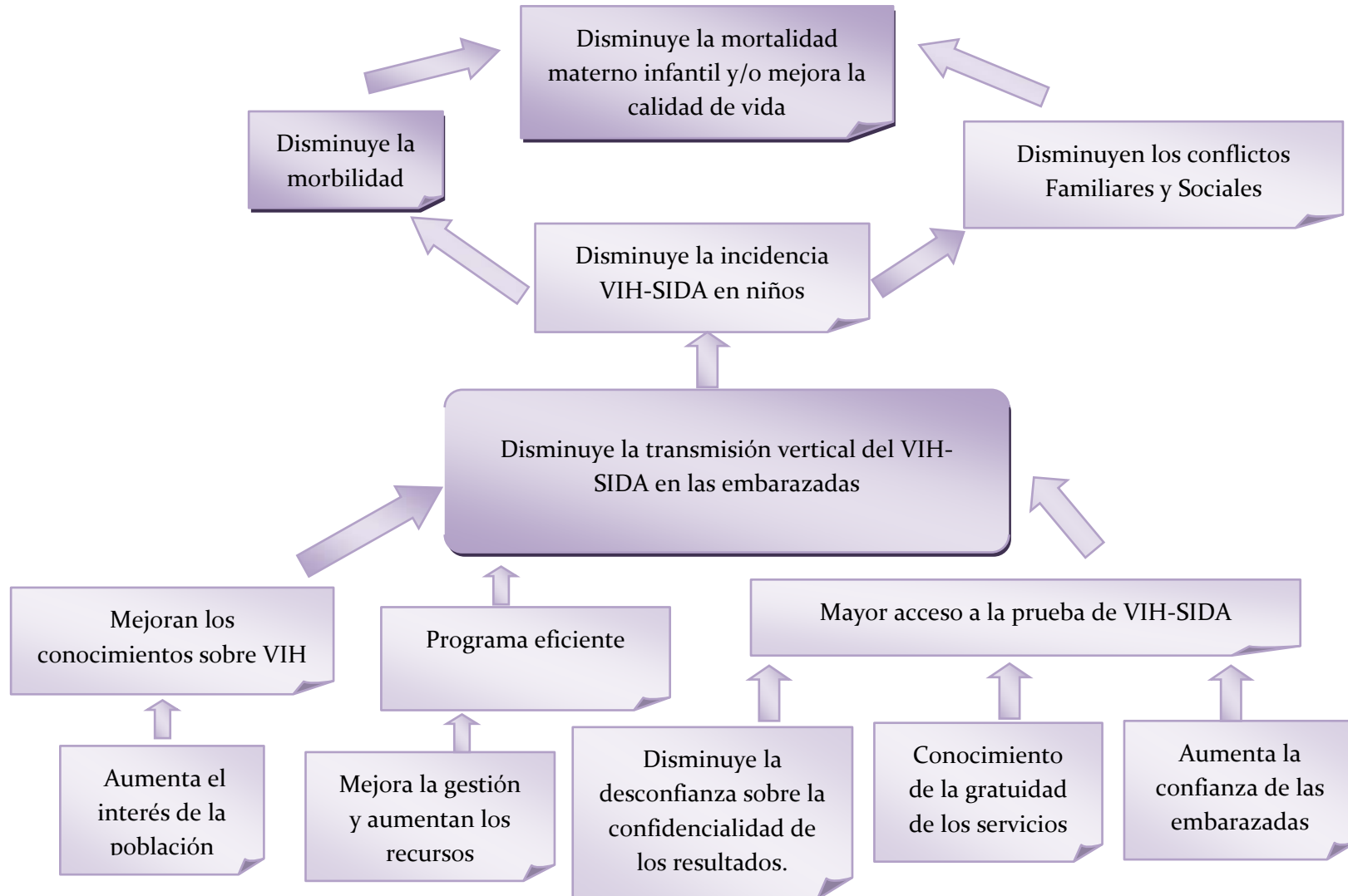
7.3 ÁRBOL DE PROBLEMAS



7.4. ÁRBOL DE OBJETIVOS



7.5. ÁRBOL DE SOLUCIONES Y ALTERNATIVAS



CAPÍTULO 8

RECURSOS UTILIZADOS

8. RECURSOS UTILIZADOS

8.1 HUMANOS:

- ✦ Investigadores 4
- ✦ Director de tesis y asesores 4
- ✦ Embarazadas
- ✦ Personal de Salud 16
- ✦ Facilitadores: 1
- ✦ Cruz Roja 4
- ✦ Clínica de VIH 1
- ✦ Líderes de la comunidad: 4
- ✦ Profesionales tecnólogos en laboratorio clínico.

8.2 ECONÓMICOS:

Ver cronograma valorado.

8.3 TÉCNICOS:

✦ Informática

✦ Video cámara

8.4 LOGÍSTICOS:

- ✦ Materiales educativos
- ✦ Movilización
- ✦ Reactivos para pruebas

CAPÍTULO 9

**PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS
OBTENIDOS EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA**

**INDICADORES DE MONITOREO DE LA PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN VERTICAL
EN LOS SCS LA PIÑONADA Y SAN ALEJO
ABRIL-SEPTIEMBRE 2008**

INDICADOR	FORMULA	PORCENTAJE	REFERENCIA
# Unidades que ofertan pruebas voluntarias y tamizaje a embarazadas.	$\frac{\# \text{ de UO que ofertan}}{\text{UO Área}} = \frac{3}{36}$	8%	90%
Prevalencia de VIH en embarazadas Piñonada	$\frac{\# \text{ embarazadas diagnosticadas VIH +}}{\# \text{ embarazadas tamizadas en el periodo}} = \frac{0}{151}$	0%	< 1%
Prevalencia de VIH en embarazadas San Alejo	$= \frac{1}{213}$	0.5%	< 1%
Recursos Humanos de la UO Piñonada capacitados en la prevención de transmisión vertical	$\frac{\# \text{ personas capacitadas en PTV en la UO}}{\text{total del personal}} = \frac{7}{7}$	100%	100%
Recursos Humanos de la UO San Alejo capacitados en la prevención de transmisión vertical	$\frac{\# \text{ personas capacitadas en PTV en la UO}}{\text{total del personal}} = \frac{9}{11}$	81%	100%

GESTANTES TAMIZADAS PARA VIH-SIDA POR MES

SCS LA PIÑONADA ENERO-SEPTIEMBRE 2008

MES	TAMIZADAS POR INVESTIGADORES	TAMIZADAS PARTICULAR	TAMIZADAS EN UO	TOTAL
ENERO	0	0	7	7
FEBRERO	0	0	8	8
MARZO	0	0	10	10
ABRIL	0	0	6	6
MAYO	0	0	0	0
JUNIO	0	0	2	2
JULIO	109	1	7	117
AGOSTO	23	6	2	31
SEPTIEMBRE	0	0	2	2
TOTAL	132	7	44	183

*Cobertura Total: 73%

FUENTE DE INFORMACIÓN: Departamento de Trabajo Social Área #1. Formulario PNS 001-B y PNS 004-B.

ELABORADO POR: Investigadores.

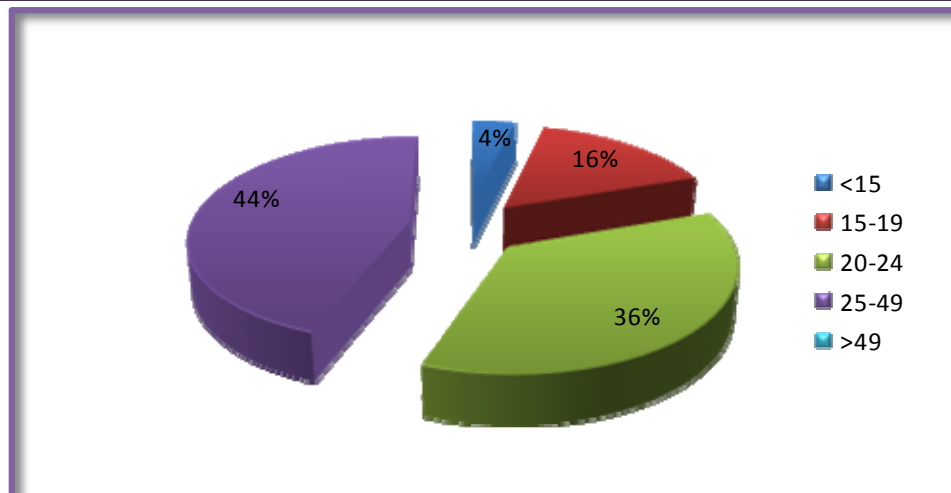
GRAFITABLA # 1

GESTANTES TAMIZADAS PARA VIH-SIDA POR EDADES

SCS LA PIÑONADA

ABRIL-SEPTIEMBRE 2008

EDADES	MESES							TOTAL	%
	04	05	06	07	08	09			
< 15	5	0	0	0	0	1	6	4	
15-19	1	0	0	8	16	0	25	16	
20-24	0	0	1	13	42	1	57	36	
25-49	0	0	1	10	59	0	70	44	
>49	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL	6	0	2	31	117	2	158	100%	



FUENTE DE INFORMACIÓN: Departamento de Trabajo Social Área #1. Formulario PNS 001-B y PNS 004-B.

ELABORADO POR: Investigadores.

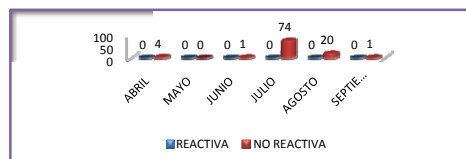
GRAFITABLA # 2

RESULTADOS DEL TAMIZAJE DE VIH-SIDA EN EMBARAZADAS

SCS LA PIÑONADA

ABRIL-SEPTIEMBRE 2008

MES	RESULTADOS			
	REACTIVA		NO REACTIVA	
	Fr	%	Fr	%
ABRIL	0	0	6	4
MAYO	0	0	0	0
JUNIO	0	0	2	1
JULIO	0	0	117	74
AGOSTO	0	0	31	20
SEPTIEMBRE	0	0	2	1
TOTAL	0	0	158	100



FUENTE DE INFORMACIÓN: Departamento de Trabajo Social Área #1. Formulario PNS 001-B y PNS 004-B.

ELABORADO POR: Investigadores.

GRAFICO # 3

PROCEDENCIA DE GESTANTES TAMIZAJE VIH-SIDA EN

SCS LA PIÑONADA

ABRIL-SEPTIEMBRE 2008

PROCEDENCIA	#	%
San Gregorio	91	49
Rio de Oro	48	27
San Pedro	23	12.5
Loma del Vientos	3	1.5
San Lorenzo	0	0
Ciudadela San Jorge	0	0
Ciudadela Colinas del Sol	0	0
Cerro Guayabal	1	0.5
Cdla. Colina de los Ceibos	5	3
Cdla. Comercio	0	0
Cdla. José Fernando	11	6
El Porvenir	1	0.5
TOTAL	183	100%

FUENTE DE INFORMACIÓN: Departamento de Trabajo Social Área #1. Formulario PNS 001-B y PNS 004-B.

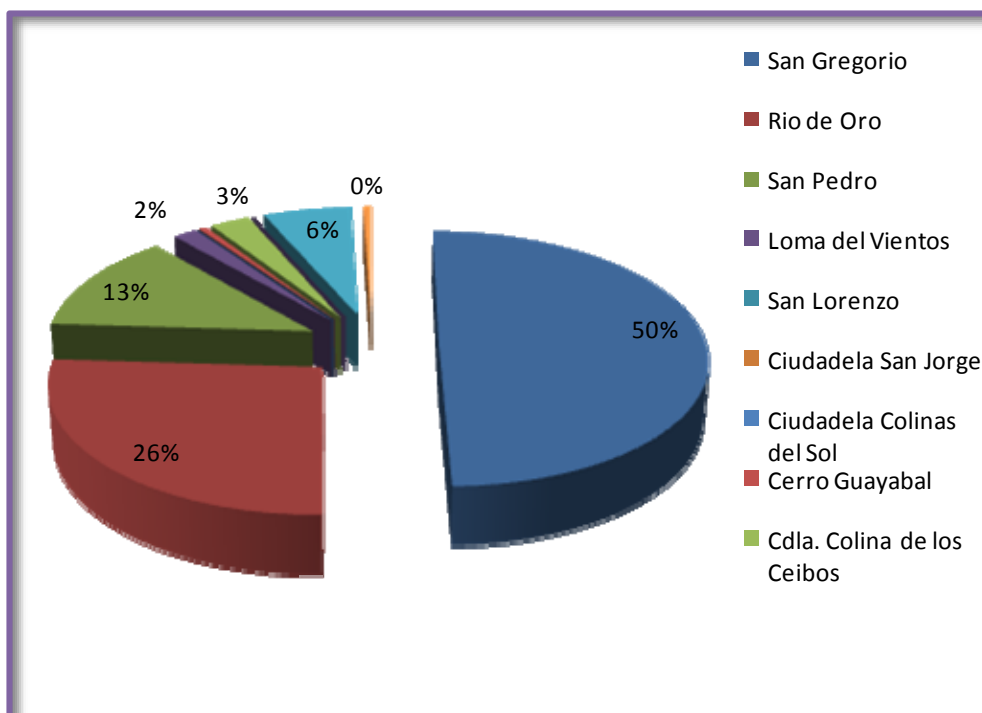
ELABORADO POR: Investigadores.

GRAFICO # 3

PROCEDENCIA DE GESTANTES TAMIZAJE VIH-SIDA EN

SCS LA PIÑONADA

ABRIL-SEPTIEMBRE 2008



FUENTE DE INFORMACIÓN: Departamento de Trabajo Social Área #1. Formulario PNS 001-B y PNS 004-B.

ELABORADO POR: Investigadores

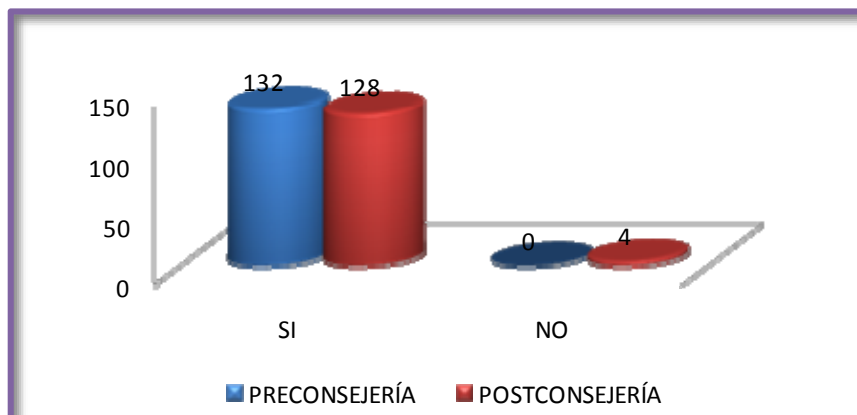
GRAFITABLA # 4

PRE Y POST CONSEJERÍA PARA TAMIZAJE VIH-SIDA EN EMBARAZADAS

SCS LA PIÑONADA

ABRIL-SEPTIEMBRE 2008

CONSEJERÍA	PRECONSEJERÍA		POSTCONSEJERÍA	
	Fr	%	Fr	%
SI	132	100	128	97
NO	0	0	4	3
TOTAL	132	100	132	100



FUENTE DE INFORMACIÓN: Departamento de Trabajo Social Área #1. Formulario PNS 001-B y PNS 004-B.

ELABORADO POR: Investigadores

GRAFITABLA # 5

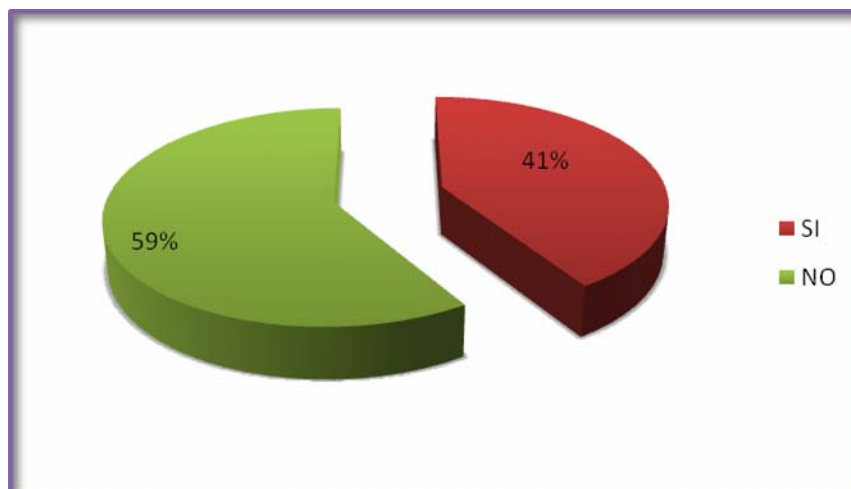
**CAPACITACIÓN EN PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN
VERTICAL EN EMBARAZADAS**

SCS LA PIÑONADA

ABRIL-SEPTIEMBRE 2008

EMBARAZADAS CAPACITADAS	Fr	%
SI	54	41%
NO	78	59%
TOTAL	132	100%

Debía capacitarse 30% (marco de referencia)



FUENTE DE INFORMACIÓN: Lista de asistentes a la capacitación

ELABORADO POR: Investigadores.

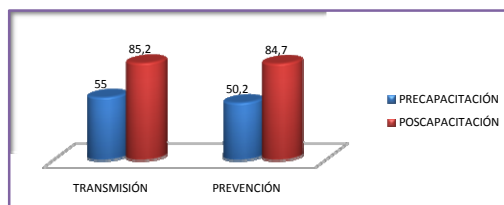
GRAFITABLA # 6

PRE Y POST CAPACITACIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DIRIGIDO A EMBARAZADAS

SCS LA PIÑONADA

ABRIL-SEPTIEMBRE 2008

CONOCIMIENTO	PRECAPACITACIÓN		POSCAPACITACIÓN	
	Fr	%	Fr	%
Prevención	27	50.25	46	84.7
Mecanismo de transmisión	30	55	46	85.2



FUENTE DE INFORMACIÓN: Encuestas de pre y pos test.

ELABORADO POR: Investigadores.

GESTANTES TAMIZADAS PARA VIH-SIDA POR MES

SCS SAN ALEJO ENERO-SEPTIEMBRE 2008

MES	TAMIZADAS POR INVESTIGADORES	TAMIZADAS PARTICULAR	TAMIZADAS EN UO	TOTAL
ENERO	0	0	13	13
FEBRERO	0	0	4	4
MARZO	0	0	1	1
ABRIL	0	0	5	5
MAYO	30	0	2	32
JUNIO	0	0	4	4
JULIO	126	0	11	137
AGOSTO	46	4	2	52
SEPTIEMBRE	0	0	4	4
TOTAL	202	4	46	252

*Cobertura total: 71%

FUENTE DE INFORMACIÓN: Departamento de Trabajo Social Área #1. Formulario PNS 001-B y PNS 004-B.

ELABORADO POR: Investigadores.

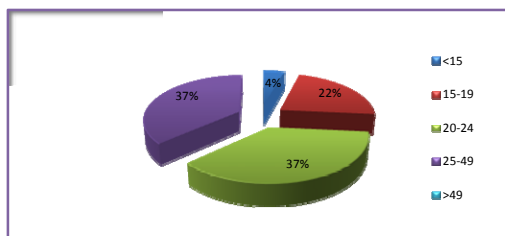
GRAFITABLA # 7

GESTANTES TAMIZADAS PARA VIH-SIDA POR EDADES

SCS SAN ALEJO

ABRIL-SEPTIEMBRE 2008

EDADES	MESES							TOTAL	%
	04	05	06	07	08	09			
< 15	0	0	3	3	4	0	10	4	
15-19	2	8	10	19	13	0	52	22	
20-24	2	11	24	26	21	2	86	37	
25-49	1	13	15	41	14	2	86	37	
>49	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL	5	32	52	89	52	4	234	100%	



FUENTE DE INFORMACIÓN: Departamento de Trabajo Social Área #1. Formulario PNS 001-B y PNS 004-B.

ELABORADO POR: Investigadores.

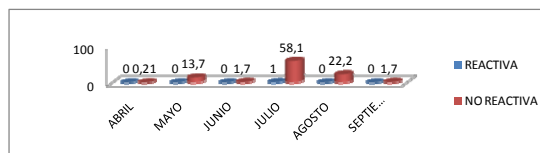
GRAFITABLA # 8

RESULTADOS DEL TAMIZAJE DE VIH-SIDA EN EMBARAZADAS

SCS SAN ALEJO

ABRIL-SEPTIEMBRE 2008

MES	RESULTADOS			
	REACTIVA		NO REACTIVA	
	Fr	%	Fr	%
ABRIL	0	0	5	2.1
MAYO	0	0	32	13.7
JUNIO	0	0	4	1.7
JULIO	1	0.5	136	58.1
AGOSTO	0	0	52	22.2
SEPTIEMBRE	0	0	4	1.7
TOTAL	1	0.5	233	99.5



FUENTE DE INFORMACIÓN: Departamento de Trabajo Social Área #1. Formulario PNS 001-B y PNS 004-B.

ELABORADO POR: Investigadores.

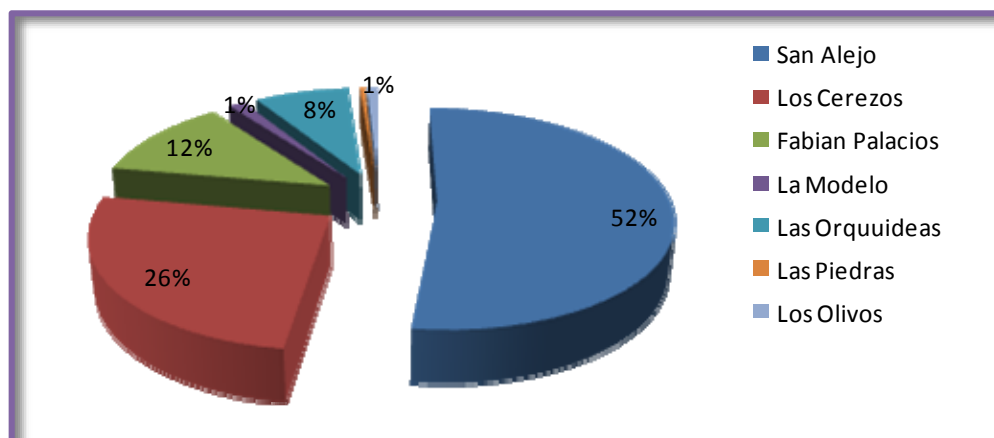
GRAFITABLA # 9

PROCEDENCIA DE GESTANTES TAMIZAJE VIH-SIDA EN

SCS SAN ALEJO

ABRIL-SEPTIEMBRE 2008

PROCEDENCIA	#	%
San Alejo	122	52
Los Cerezos 1, 2, 3	60	26
Fabián Palacios 1, 2, 3	28	12
La Modelo	3	1
Las Orquídeas	18	8
Las Piedras	1	0.4
Los Olivos	2	0.8
TOTAL	234	100%



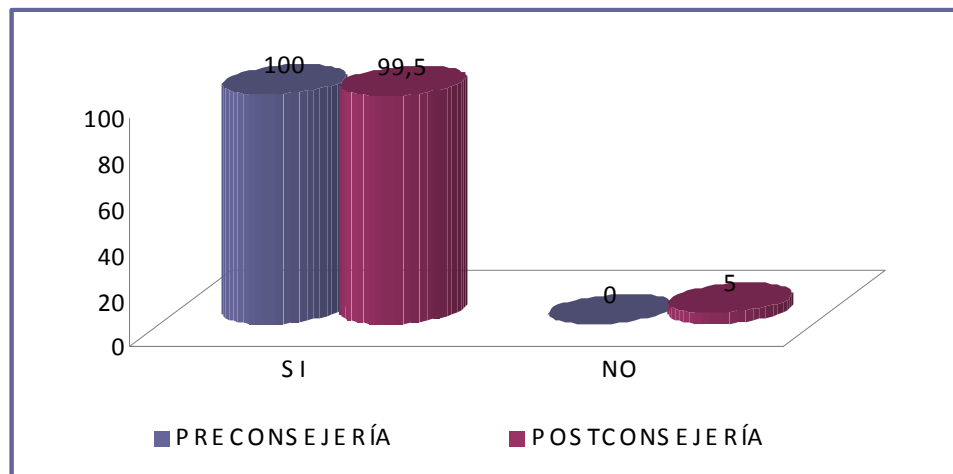
FUENTE DE INFORMACIÓN: Departamento de Trabajo Social Área #1. Formulario PNS 001-B y PNS 004-B.

ELABORADO POR: Investigadores.

GRAFITABLA # 10

PRE Y POST CONSEJERÍA PARA TAMIZAJE VIH-SIDA EN EMBARAZADAS SCS SAN ALEJO ABRIL-SEPTIEMBRE 2008

CONSEJERÍA	Pre consejería		Pos consejería	
	Fr	%	Fr	%
SI	202	100	201	99.5
NO	0	0	1	0.5
TOTAL	202	100	202	100



FUENTE DE INFORMACIÓN: Departamento de Trabajo Social Área #1. Formulario PNS 001-B y PNS 004-B.

ELABORADO POR: Investigadores.

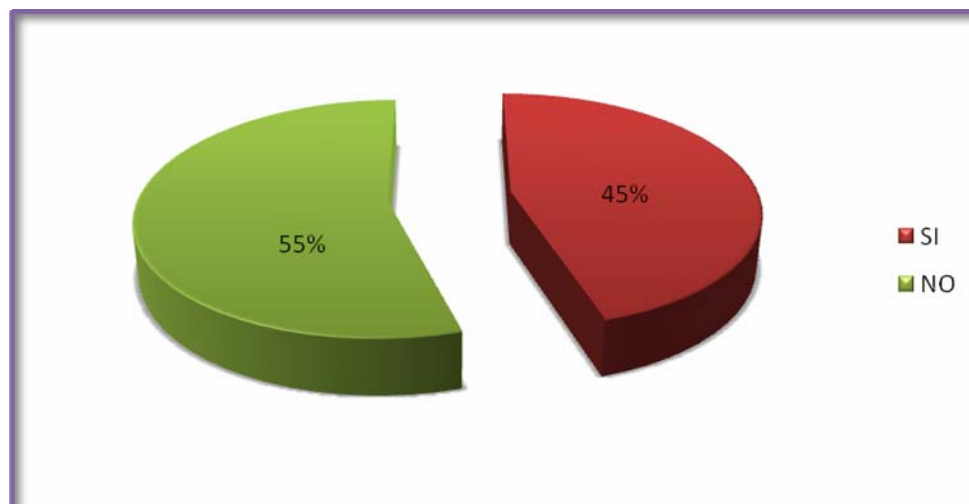
GRAFITABLA # 11

CAPACITACIÓN EN PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL A EMBARAZADAS

SCS SAN ALEJO

ABRIL-SEPTIEMBRE 2008

EMBARAZADAS CAPACITADAS	Fr	%
SI	106	45%
NO	128	55%
TOTAL	234	100%



FUENTE DE INFORMACIÓN: Lista de asistencia a las capacitaciones.

ELABORADO POR: Investigadores.

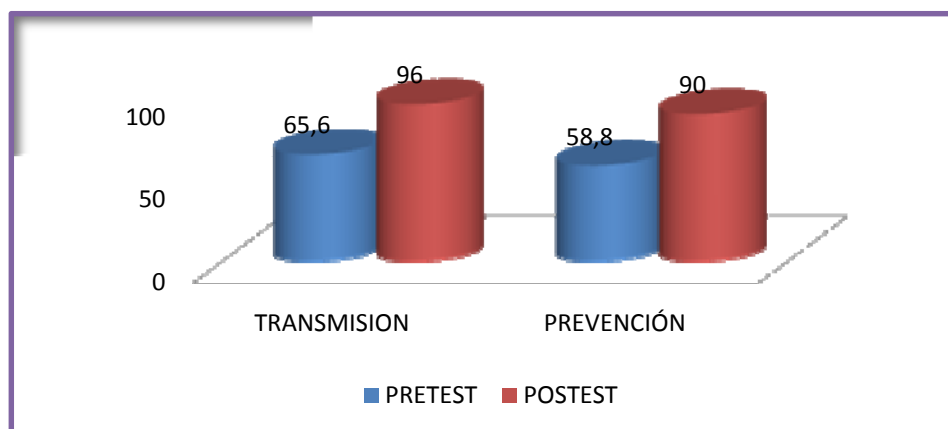
GRAFITABLA #12

PRE Y POST TEST SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DIRIGIDO A EMBARAZADAS

SCS SAN ALEJO

ABRIL-SEPTIEMBRE 2008

CONOCIMIENTO	PRETEST		POSTEST	
	Fr	%	Fr	%
Prevención	62	58.8	95.4	90
Mecanismo de transmisión	70	65.6	101	96



FUENTE DE INFORMACIÓN: Encuestas de pre y pos test.

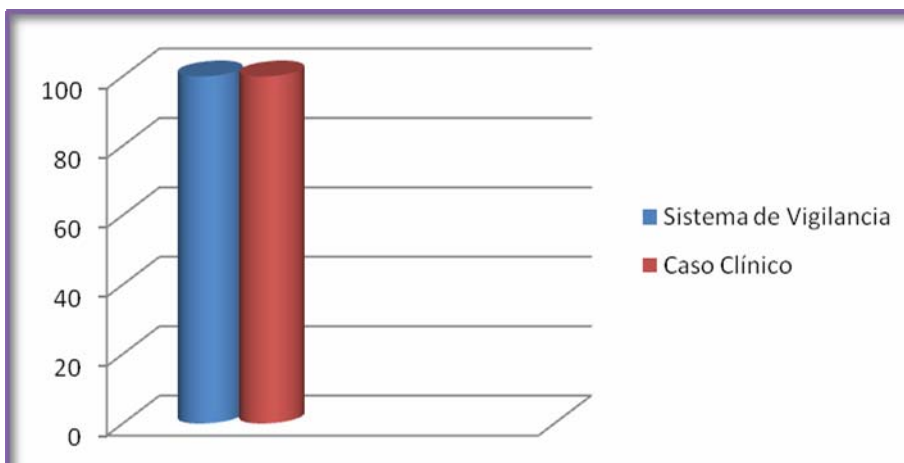
ELABORADO POR: Investigadores.

GRAFITABLA # 13

POST TEST SOBRE EL CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH-SIDA, DIRIGIDO AL PERSONAL DEL SCS SAN ALEJO

ABRIL-SEPTIEMBRE 2008

CONOCIMIENTO	%
Sistema de Vigilancia Epidemiológico	100%
Caso Clínico	100%



FUENTE DE INFORMACIÓN: Encuestas de pos test.

ELABORADO POR: Investigadores.

CAPÍTULO 10

**CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES**

10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

10.1 CONCLUSIONES

❖ De las 36 unidades operativas que corresponden al Área de Salud #1, 8 de éstas ofertan la prueba de tamizaje para VIH: Portoviejo, Andrés de Vera, Piñonada, San Pablo, Fátima, Picoazá, Colón y Calderón, y 3 las realizan: Portoviejo, Andrés de Vera y Calderón, por lo cual no se cumple con lo estipulado por el MSP, el mismo que solicita como referencia que el 90% de las unidades operativas oferten las pruebas. En el caso del Área #1 se obtiene un porcentaje del 8,3%.

❖ En el SCS La Piñonada los indicadores de mujeres embarazadas infectadas atendidas por cesárea y de prevalencia de VIH en embarazadas es de 0%, ya que desde enero hasta mediados de septiembre no se reportó ningún caso con prueba de tamizaje reactivo.

En el SCS San Alejo los indicadores de mujeres embarazadas infectadas atendidas por cesárea y de prevalencia de VIH en embarazadas es del 0.5 %, ya que desde enero hasta mediados de septiembre solo se reportó un caso con prueba de tamizaje reactivo.

❖ El personal del SCS La Piñonada fue capacitado en un 100% y la capacitación fué dirigida por parte de un delegado del MSP.

El personal del SCS San Alejo fue capacitado en un 81% y la capacitación fue dirigida por parte de un delegado del MSP.

- ❖ La cobertura total de tamizaje en gestantes del SCS La Piñonada hasta el mes de septiembre es del 73% .Se muestran datos desde enero para demostrar el trabajo realizado por la UO, y el impacto que tuvo el proyecto aumentando la cobertura de tamizaje en VIH-SIDA.

La cobertura total de tamizaje en gestantes del SCS San Alejo hasta el mes de septiembre es del 71%. Se muestran datos desde enero para demostrar el trabajo realizado por la UO, y el impacto que tuvo el proyecto aumentando la cobertura de tamizaje en VIH-SIDA.

- ❖ **Grafitabla #1:** El grupo etario en el SCS La Piñonada tamizado en mayor porcentaje fue de 25-49 años con el 44% y en menor porcentaje fue de <15 años con el 4%. Probablemente en este grupo de edad se le da más importancia a la prevención y la sensibilización tiene mayor impacto.
- ❖ **Grafitabla #2:** Mujeres embarazadas tamizadas en el SCS La Piñonada tuvieron un resultado no reactivo en un 100 %. Lo que podría interpretarse como un riesgo bajo para la transmisión del VIH en las mujeres de esta comunidad.
- ❖ **Grafitabla #3:** La procedencia de las embarazadas tamizadas en el SCS La Piñonada con mayor porcentaje fueron de la Cdla San Gregorio en un 68% y con menor porcentaje fueron Cdla San Jorge, San Lorenzo, Colinas del Sol y Cdla El Comercio con un 0%. Posiblemente quienes habitan en el último sector antes citado por su condición socioeconómica hayan tenido menor predisposición para realizarse esta prueba.
- ❖ **Grafitabla #4:** De las gestantes tamizadas en el SCS La Piñonada se les realizó preconsejería a un 100% y postconsejería a un 97%. Estos resultados se pueden

interpretar como un efecto positivo de la preconsejería para la prueba de VIH lo que a su vez conlleva a que todas las embarazadas se realicen la postconsejería para receptor su resultado de laboratorio.

- ❖ **Grafitabla #5:** De la población de tamizada en el SCS la Piñonada se realizó capacitación en VIH-SIDA al 41% de la misma. De esta manera se logró mejorar los conocimientos que cada una de ellas tenían sobre el tema, logrando que se difunda positivamente la información.
- ❖ **Grafitabla #6:** Al valorar el conocimiento de las embarazadas de La Piñonada sobre los mecanismos de transmisión del VIH/SIDA en el pre test de capacitación fue del 65% y mejoró en el pos test 85.2% y en prevención fue en el pre test capacitación 50.25% y en el post test 84.7%. Esto concluye que existe una relación directa entre la capacitación y el mejoramiento del nivel de conocimiento posterior a la misma.
- ❖ **Grafitabla #7:** El grupo etario en el SCS San Alejo tamizado en mayor porcentaje fue de 20-24 y de 25-49 años con el 37 % cada una y en menor porcentaje fue de <15 años con el 4%. Probablemente en este grupo de edad se le da más importancia a la prevención y la sensibilización tiene mayor impacto.
- ❖ **Grafitabla #8:** Mujeres embarazadas tamizadas en el SCS San Alejo tuvieron un resultado no reactivo en un 95.5% y reactivo un 0.5%. Lo que podría interpretarse como un riesgo bajo para la transmisión del VIH en las mujeres de esta comunidad.
- ❖ **Grafitabla #9:** La procedencia de las embarazadas tamizadas con mayor porcentaje de la Cdla San Alejo en un 52% y con menor porcentaje fue de la

Cdla. Las Piedras con un 0.4% y. Posiblemente quienes habitan en el último sector antes citado por su condición socioeconómica hayan tenido menor predisposición para realizarse esta prueba.

- ❖ **Grafitabla #10:** De las gestantes tamizadas en el SCS San Alejo se les realizó preconsejería a un 100% y postconsejería a un 99,5%. Estos resultados se pueden interpretar como un efecto positivo de la preconsejería para la prueba de VIH lo que a su vez conlleva a que todas las embarazadas se realicen la postconsejería para receptor su resultado de laboratorio.
- ❖ **Grafitabla #11:** De la población de tamizada en el SCS San Alejo se realizó capacitación en VIH-SIDA al 45% de la misma. De esta manera se logró mejorar los conocimientos que cada una de ellas tenían sobre el tema, logrando que se difunda positivamente la información.
- ❖ **Grafitabla #12:** Al valorar el conocimiento de las embarazadas de San Alejo sobre los mecanismos de transmisión del VIH/SIDA en el pre test de capacitación fue del 65.6% y mejoró en el pos test de capacitación a 96% y en prevención fue en el pre test 58.8% y en el post test 90%. Esto concluye que existe una relación directa entre la capacitación y el mejoramiento del nivel de conocimiento posterior a la misma.
- ❖ **Grafitabla #13** Al valorar el conocimiento sobre transmisión vertical al personal del SCS San Alejo, se encontró que tenían 100% de conocimiento tanto en el sistema de vigilancia epidemiológica, como en el manejo del paciente con VIH/SIDA.

No se pudo valorar el conocimiento sobre transmisión vertical al personal del SCS La Piñonada por falta de colaboración de los mismos.

10.2 RECOMENDACIONES

- ❖ Cada unidad operativa deberá ofertar y realizar las pruebas de tamizaje para VIH y así mejorar la cobertura para el 2009.
- ❖ El SCS San Alejo y La Piñonada debe de buscar las estrategias necesarias para garantizar que las embarazadas de la comunidad acudan al centro de salud de su parroquia para beneficiarse de todos los programas.
- ❖ El trabajo en equipo debe fortalecerse en el SCS San Alejo y La Piñonada, para juntos ser partícipes del logro de las metas propuestas por el MSP y así contribuir de una manera positiva con el programa de prevención de la transmisión vertical del VIH/SIDA
- ❖ Las normas deben ser socializadas frecuentemente al usuario interno y darle seguimiento al cumplimiento de las mismas.
- ❖ Brindar confianza a las usuarias, para poder realizar el seguimiento de los casos que lo ameriten hasta la culminación del embarazo.

CAPÍTULO 11

SUSTENTABILIDAD Y SOSTENIBILIDAD

11. SUSTENTABILIDAD Y SOSTENIBILIDAD

11.1 SUSTENTABILIDAD

Este proyecto es sustentable porque se brindó charlas de capacitación a las embarazadas y mujeres en edad fértil, al personal de salud que labora en las diferentes unidades operativas que pertenecen al área de salud #1 y sus respectivos directores.

La comunidad se capacitó sobre VIH-SIDA y sus formas de transmisión, se les instruyó que normas seguir en caso de encontrarse frente a un caso VIH positivo.

Las usuarias embarazadas tendrán a disposición un Equipo de Salud que ofertan pruebas gratuitas de tamizaje para VIH en cada unidad operativa.

Además contarán con un centro de consejería donde se les brindará orientación pertinente, se aclararan dudas sobre las ITS y VIH/SIDA, y se les dará apoyo psico-social según requerimiento.

11.2 SOSTENIBILIDAD

El desarrollo del proyecto está garantizado por cuando se cuenta con el compromiso Gerencial y Técnico del Área de Salud #1, así como del director del CMI 24 horas Andrés de Vera y de los directores de los SCS La Piñonada y San Alejo.

El Equipo de Salud fue capacitado, dándoles a conocer en forma amplia los actuales conocimientos sobre esta epidemia y retroalimentando sobre las normas de ITS y VIH/SIDA además de consejería.

Se implementó un centro de consejería en VIH-SIDA, con materiales y equipos según lo establece la norma.

El Área de Salud N^o 1 a través del subproceso de Epidemiología adquiere de manera continua las pruebas para tamizaje de VIH/SIDA de tal manera que el diagnóstico no se interrumpa.

El acompañamiento a los/las pacientes reactivas, VIH positivas y casos SIDA se da de parte de las Trabajadoras Sociales con las que cuenta el Área de Salud y de una Dra. en Psicología lo que constituye una fortaleza.

CAPÍTULO 12

PARTE REFERENCIAL

12.1 PRESUPUESTO

RUBRO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Pruebas rápidas *	334	1,50	\$501
Procesamiento de las pruebas	334	0,50	\$167
Copias	2000	0,03	\$60
Alquiler del proyector	6	10	\$60
Refrigerios	8	20	\$160
Implementos para centro de consejería	4	40	\$160
Transporte	-	-	\$30
Trípticos	400	1,00	\$400
Jeringuillas	334	0,30	\$100
Guantes	350	0,50	\$175
Resma de hojas	2	4.50	\$9
Cartucho de tinta	3	25	\$75
Invitaciones	300	0.25	\$75
TOTAL	-	-	\$ 1.972

* Donadas por el MSP

12.2 CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	2008												RECURSOS		COSTOS
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	HUMANOS	MATERIALES	
Presentación del proyecto de tesis				X									* Involucrados en el proyecto	* Papelería * Impresiones	\$42.80
Reunión con director de tesis				X	x	X	x	x	x	x			* Investigadores * Director de tesis	* Movilización	\$12.00
Identificar y realizar visitas domiciliarias a mujeres embarazadas para informar sobre la existencia gratuita de la prueba del VIH.					x	X	x	x	x				* Investigadores * Embarazadas	* Movilización * Folletos * Hojas de encuestas	\$60,00
Material educativos					x	X							* Miembros de Cruz Roja y APV *Involucrados en el proyecto	* Materiales de oficina. * Impresora. * Cd's	\$473.90
Capacitación para los investigadores sobre VIH-SIDA	X	x	X										* Miembros de Cruz Roja y APV *Investigadores	* Proyector * Sala de conferencias * Refrigerios	\$52.50
Realizar consejería pre					x	X	X	x	x					* Hojas de registro	\$30.00

													* Embarazadas	educativos * Aperitivos	
Taller de capacitaciones III para embarazadas sobre VIH-SIDA						X							* Investigadores * Embarazadas	* Sala de conferencia * Proyector digital * Materiales educativos * Aperitivos	\$39.00
Taller de capacitaciones IV para embarazadas sobre VIH-SIDA							x						* Investigadores * Embarazadas	* Sala de conferencia * Proyector digital * Materiales educativos * Aperitivos	\$39.00
Taller de capacitaciones V para embarazadas sobre VIH-SIDA								x					* Investigadores * Embarazadas	* Sala de conferencia * Proyector digital * Materiales educativos * Aperitivos	\$39.00
Capacitación en servicio más consejería sobre VIH-SIDA al personal del Centro Salud Andrés de Vera					x								* Equipo de Epidemiología del Área de Salud * Investigadores	* Sala de conferencia * Proyector digital * Materiales educativos	\$29.00

Capacitación en servicio más consejería sobre VIH-SIDA al personal de la maternidad Andrés de Vera					x									* Personal involucrados en el proyecto	* Sala de conferencia * Proyector digital * Materiales educativos	\$29.00
Retroalimentación del proyecto a beneficiarios										x				* Personal involucrados en el proyecto * Director del proyecto	* Equipo multimedia	\$25.00
Adecuación del centro de consejería										x				* Compañeros de Ingeniería Civil	* Materiales de construcción	\$250.00
Elaboración del informe final										x				* Investigadores	* Papelería * Cd's * Impresiones * Empastado	\$.70,81
TOTAL													\$ 1465,01			

* Incluye \$1500 que es el valor de las pruebas de VIH que serán proporcionadas por el Área de salud #1

12.3 BIBLIOGRAFÍA

- ✦ **MSP**; NORMAS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE VIH/SIDA E ITS. 2008
- ✦ **MSP**; Manual de Procedimientos de pruebas rápidas para diagnóstico de infección por VIH y Sífilis nivel primario. 2005
- ✦ **Chinen J**, Shearer WT. Molecular virology and immunology of HIV infection. *J Allergy Immunol.* 2002; 110:189-98.
- ✦ **JE**, Dolin R. Principles and Practice of Infectious Diseases. New York: Churchill Livingstone; 2000. p. 1874-87.
- ✦ **Klenerman P**, Wu Y, Phillips R. HIV: current opinion in escapology. *Curr Opin Microbiol.* 2002; 5:408-13.
- ✦ **MSP**, guía nacional para atención integral de **PVVS**, 2006
- ✦ **MSP**, Consejo nacional de salud, guías para la atención a personas viviendo con VIH sida y la profilaxis de la infección por VIH en unidades de salud, 2004
- ✦ **Streicher HZ**, Reitz MS Jr, Gallo RC. Human Immunodeficiency viruses. In: Mandell GL, Bennett. 2002
- ✦ **UTM**, Módulo para estudiantes, desarrollo comunitario, 2005

14. ANEXOS

Mapa de la ciudadela San Gregorio de “LA PIÑONADA”

Figura #1

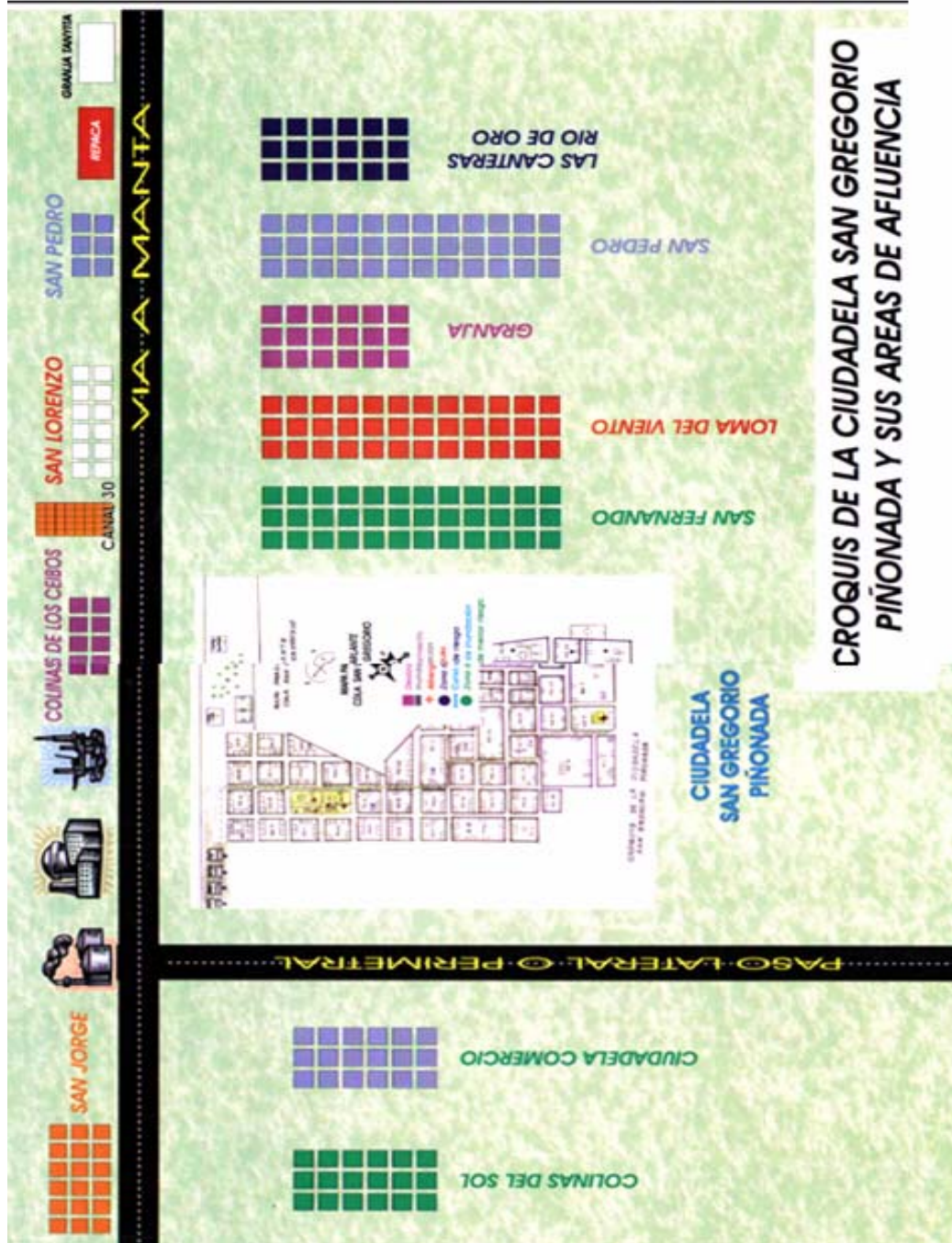


Figura #2

Mapa de ciudadela SAN ALEJO

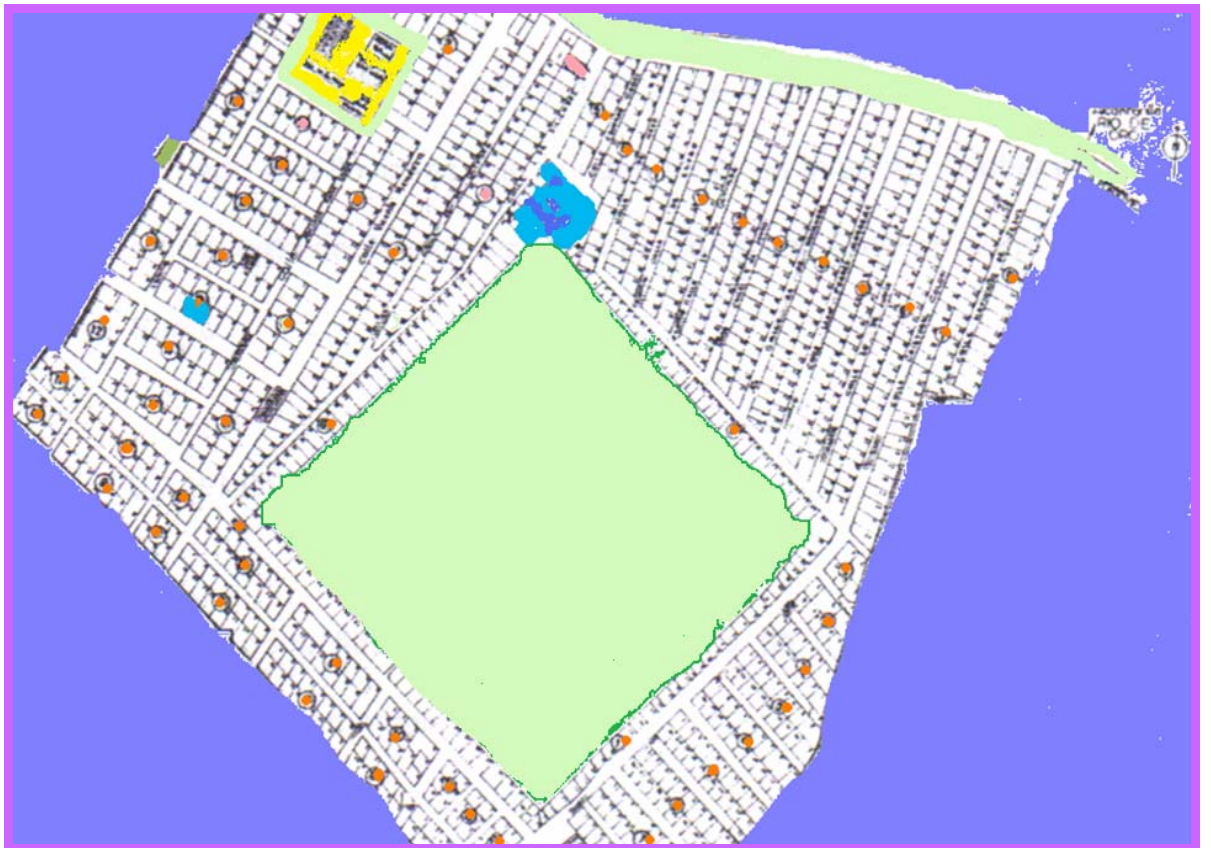


Figura #3

Mapa del cantón Portoviejo



Figura # 4 Subcentro de salud de la Piñonada “Dr. Manuel Palomeque”



Figura# 5 Investigadores durante la realización del diagnóstico de la comunidad en el SCS de la Piñonada.



Figura # 6



Figura # 7



Figura # 8 Subcentro de salud de “SAN ALEJO”



Figura # 9 Investigadores durante la realización del diagnóstico de la comunidad en el SCS de San Alejo



Figura # 10



Figura # 11 Recolección de datos en el SCS San Alejo



Figura # 12



Figura # 13 Intervención de la Dra. Marcia Hinojoza durante las Charlas de Capacitación en la Cruz Roja



Figura # 14 Investigadores durante capacitación sobre el VIH/SIDA en la Cruz Roja



Figura # 15



Figura # 16 Capacitación al personal de Salud del SCS La Piñonada por la Lic. Lorena Mera.



Figura # 17 Capacitación a del personal de salud que labora en el SCS de San Alejo por la Lic. Norma Cedeño



Figura # 18 Investigadores impartiendo Charlas de Capacitación a embarazadas en San Alejo



Figura # 19



Figura # 20



Figura # 21



Figura # 22 Investigadoras junto a la Lic. Ida Cedeño durante charlas de capacitación en San Alejo



Figura # 23 Grupo de investigadoras durante la ejecución del proyecto



Figura # 24 Embarazada recibiendo coffee break posterior a la capacitación



Figura # 25



Figura # 26 Embarazada durante la realización de pre y post test



Figura # 27 Investigadores impartiendo Charlas de Capacitación a embarazadas en la Piñonada



Figura # 29 Usuarías del SCS de la Piñonada durante las capacitaciones



Figura # 30 Investigador durante la realización del tamizaje



INVITACIONES ENTREGADAS PARA LA CAPACITACIÓN A LAS EMBARAZADAS

**"SER MADRE ES EL DON MARAVILLOSO QUE
DIOS LE CONCEDIO A LA MUJER"**

Ven, te invitamos a conocer más sobre el
VIH/SIDA
Acude y dale tú primera muestra de afecto

Lugar:
Fecha :
Hora:

ITE ESPERAMOS! INO FALTÉS!

*Apradice, e suprestitua l'arquem em esse anno feliz
e a sua obsequiosidade em de espere. Maria Tereza*

A painting of two cherubs, one slightly behind the other, both looking towards the viewer. They have soft, rosy cheeks and are wearing white, winged garments. The background is a light, hazy blue.

ENTREVISTA PRE Y POST TEST



A EMBARAZADAS

Código: _____

Fecha: _____

#	PREGUNTA	SI	NO	NO SE
1	Se puede contraer VIH compartiendo agujas sin esterilizar para drogas, tatuajes y perforar las orejas o nariz?			
2	El VIH se puede contagiar por beber del mismo vaso que usó una persona con sida?			
3	Se puede contagiar el VIH al comer alimentos preparados por alguien que tiene sida?			
4	La píldora anticonceptiva protege contra el VIH y las otras Infecciones de transmisión sexual?			
5	Toda persona se puede infectar de VIH por tener una relación sexual sin condón aunque sea una sola vez?			
6	El mejor método para protegerse contra el VIH y las otras Infecciones de transmisión sexual es abstenerse de tener relaciones sexuales?			
7	USTED puede reconocer a una persona infectada con VIH o Infecciones de transmisión sexual por su apariencia?			
8	Se puede contraer VIH donando sangre?			
9	Cuanto mas parejas sexuales tiene una persona, mayor será la probabilidad de infectarse con el VIH o Infecciones de transmisión sexual?			
10	La persona que elige solo parejas que parecen sanas no se infecta de VIH?			
11	Una persona puede dar negativo en la prueba de VIH aún estando infectada?			
12	Hay la posibilidad que si su pareja sea VIH positivo usted no se infecte?			
13	Existe posibilidad que su hijo nazca con VIH si usted está infectada?			
14	Si usted se ha infectado con otras Infecciones de transmisión sexual tiene riesgo de infectarse de VIH?			



POST TEST

DIRIGIDO AL PERSONAL DE LAS UO

Fecha: _____

MARQUE LA ALTERNATIVA CORRECTA:

1.- La existencia de 2 pruebas de tamizaje reactivas y uno confirmatorio para la detección de anticuerpos anti-VIH (IFI-WESTERN BLOT) que caso nos indica:

- a) Infectado por VIH < 18 meses
- b) Niño expuesto perinatal
- c) Infectado por VIH >18 meses

2.- Con respecto al niño serorrevector:

a) Niño de 18 meses o más hijo de madre VIH positivo que cumpla con las siguientes condiciones: Prueba de ELISA no reactiva a los 18 meses o más, y positivo en 2 pruebas de PCR, DNA o RNA y condición definidora de SIDA.

b) Niño de 18 meses o más hijo de madre VIH positivo que cumpla con las siguientes condiciones: Prueba de tamizaje reactiva al nacimiento, y prueba de ELISA no reactiva a los 18 meses o más y negativa en 2 pruebas de PCR, DNA o RNA y sin ninguna condición definidora de SIDA.

3.- Con respecto al niño expuesto perinatal:

a) Niño >18 meses con una de las siguientes condiciones: hijo de madre VIH positivo, y/o negativo en 2 pruebas de PCR, DNA o RNA.

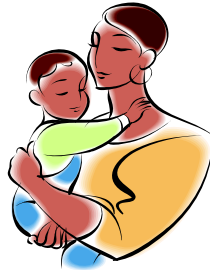
b) Niño >18 meses con una de las siguientes condiciones: hijo de madre VIH positivo, y/o reactiva para pruebas de tamizaje.

4.- En el caso de usted tener una madre cuyo bebé tiene 2 meses de nacido se le realiza en el primer trimestre del embarazo prueba de tamizaje la cual es no reactiva, luego no se le realiza ninguna otra prueba más, es sometida a cesárea en clínica particular, luego se le realiza una prueba de tamizaje en el puerperio inmediato resultando reactiva: Que actitud tomaría con respecto a esta paciente, que formulario se llenará en caso de que la paciente se le confirmara caso VIH y en el caso del niño que conducta asumiría e igual que formulario sería el indicado para el flujo de información.



HAZTE LA PRUEBA DURANTE EL EMBARAZO!

ES LA PRIMER PRUEBA DE TU AMOR AL BEBÉ!



TE PODRÁ FALTAR MI SOMBRA PERO NO HEREDARÁS MI DOLOR!



USO DEL CONDÓN

Es la protección más segura contra el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.



● El preservativo debe colocarse antes de cualquier inicio de penetración (vaginal, anal, oral), y cuando el pene está en erección.

● Se abre el envase por un lateral, utilizando los dedos, no los dientes, tijeras o similares.



● Se coge el preservativo por el depósito y se sujeta con los dedos pulgar e índice. Así se evita que quede aire en el interior del depósito.



EL VIH-SIDA PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN VERTICAL DURANTE EL EMBARAZO

2008





VIH



El virus de Inmunodeficiencia humana -**VIH**-

No es una enfermedad, es un virus que ataca al sistema inmunológico de las personas que sirve para defendernos de las enfermedades.

El Sida es un conjunto de síntomas y síndromes de **“enfermedades conocidas como “oportunistas”**, que afectan a las PVVS por tener bajas defensas por la presencia del VIH en su organismo.

COMO SE TRANSMITE?



Se transmite solo cuando la sangre, el semen, los fluidos vaginales o la leche materna de una persona infectada entre en el cuerpo de otra persona.

VIAS DE TRANSMISIÓN

- Relaciones sexuales penetrativas anales, vaginales y/o orales sin protección
- Contacto de sangre infectada con la corriente sanguínea de otra persona

- De madre a hijo durante el embarazo, parto o lactancia

NO SE TRANSMITE POR:

- Dar besos
- Abrazos
- Masturbarse
- Por picaduras de insectos
- Por compartir la vajilla o usar el mismo baño de una persona infectada.



QUE HACER SI ERES UNA PERSONA QUE VIVE CON VIH?

- Lo primero que debes hacer es tranquilizarte e informarte bien sobre el tema.
- Es importante aceptar de condición de ser VIH positivo y **aprender a vivir con el virus**

Debes consultar a un médico especialista y seguir sus instrucciones, existen varios medicamentos y tratamientos que no eliminan el VIH, pero si permiten a la PVVS prolongar y mejorar su calidad de vida.

SI AMAS TU VIDA Y LA DE LOS QUE TE RODEAN....

PROTÉGETE!!!!TRANSMISIÓN VERTICAL

La transmisión vertical es la vía de adquisición del VIH para más del 90% de niños infectados del mundo y del 100% en países desarrollados.

Más del 50% de personas infectadas en el mundo, son mujeres y la mayoría en etapa reproductiva.

2.4 millones de mujeres infectadas paren cada año, ocasionando unas 600 mil nuevas infecciones en niños (1.600 cada día.)

VIAS DE TRANSMISIÓN VERTICAL

- El VIH puede transmitirse durante el embarazo (transmisión prenatal).
- En el momento del parto (transmisión intraparto)
- Posterior al parto, a través de la lactancia materna (transmisión ostnatal)

DERECHOS HUMANOS Y VIH-SIDA

DERECHOS HUMANOS Aquellas exigencias que brotan de la propia condición natural de la persona humana, y que por ende, reclaman su reconocimiento;- u respeto e incluso su tutela y promoción por parte de todos; pero especialmente de quienes estén constituidos en autoridad”. Salvador Vargas Ramírez. *

En la Segunda Consulta Internacional sobre VIH-SIDA y los Derechos Humanos, celebrada en Ginebra del 23 al 25 de septiembre de 1996, para ayudar a los Estados a dar una respuesta mas positiva de índole jurídica que contribuya a disminuir la transmisión y efectos de la epidemia, respete los derechos humanos y las libertades fundamentales. Varios años de lucha contra la epidemia han confirmado que la promoción y protección de los derechos humanos es un factor esencial para prevenir la transmisión y disminuir sus efectos, por un lado para proteger la dignidad de las PWS, y en salud publica disminuir la vulnerabilidad a la infección.

En general los derechos humanos y la salud pública comparten el objetivo de promover y proteger los derechos y bienestar de todos los individuos. Desde la perspectiva de los derechos humanos, la menor manera de lograrlo es promoviendo y protegiendo los derechos la dignidad de cada uno, sobre todo de los discriminados, de los vulnerables o de los que ven sus derechos menoscabados de otra forma. Un aspecto de la interdependencia de los derechos humanos y la salud pública la prueban los estudios que demuestran que los programas de prevención y atención médica del VIH de carácter

* Guía Nacional para atención Integral de PVVS

coactivo o punitivo suscitan un a menor participación y una mayor alineación de los amenazados de infección. En particular, las personas no solicitan consultas, pruebas, tratamiento y apoyo respecto al VIH si ello conlleva discriminación, falta de confidencialidad, imposición y otras consecuencias negativas. Por tanto es evidente que las medidas sanitarias coactivas disuaden a las personas que mas las necesitan y no dejan conseguir el objetivo de la salud pública que es la prevención mediante el cambio de las conductas, la atención médica y el apoyo sanitario.[†]

Otros aspectos que denotan la relación de los derechos humanos y el VIH-SIDA la releva el hecho de que los casos de VIH-SIDA o su difusión son mas frecuentes en algunos sectores de la población. Según la naturaleza de la epidemia y la situación jurídica, social y económica de cada país, los grupos que pueden verse excesivamente afectados son: las mujeres, los niños, los pobres, las minorías, los indígenas, los emigrantes, los refugiados, las personas interiormente desplazadas, los discapacitados, los privados de libertad, los trabajadores sexuales, los hombres que tienen sexo con hombres, los que se inyectan drogas, los grupos que ya sufren de falta de protección de los derechos humanos y discriminación o de marginación por su situación jurídica, o ambas cosas.

Para la aplicación, protección y promoción de los derechos humanos los Estados deben considerar:

[†] Guía Nacional para atención Integral de PVVS

RECONOCIMIENTO

Significa aceptar la obligatoriedad de los **derechos** humanos, no sólo teóricamente sino en la práctica. Es de carácter universal (para todas las personas).

RESPETO

Permite concretar el reconocimiento de los derechos humanos. Permite La realización de los mismos. †

TUTELA

Protección y exigencia de los derechos humanos a nivel nacional e internacional

PROMOCIÓN

Representa la plena exigencia de los derechos humanos.

La declaración de los derechos humanos de la “Carta de las Naciones Unidas” considera:

La protección y promoción es prioritaria de la comunidad internacional y de los mecanismos de protección que son observados de forma justa y equilibrada.

Se reconoce y se afirma que los derechos humanos tienen un origen en la dignidad y el valor de la persona humana y que ésta es el sujeto central de los derechos humanos y de las libertades fundamentales, y debe participar activamente en su realización.

† Guía Nacional para atención Integral de PVVS

La responsabilidad de todos los estados, es fomentar y propiciar el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción alguna.[§]

Considerando que las aspiraciones de todos los pueblos es promover y fomentar los derechos humanos y las libertades fundamentales de todos y el respeto del principio de la igualdad de derecho y de la libre determinación de los pueblos en condiciones de paz, democracia, justicia, igualdad, imperio de la ley, pluralismo, desarrollo, niveles de vida más elevados y solidarios.

Entre los derechos humanos relevantes para el VIH/SIDA figuran:

El derecho a la no discriminación, a la protección igual y ante la ley.

El derecho a la vida.

El derecho al más alto nivel posible de salud física y mental.

El derecho a la Libertad y la seguridad de la persona

El derecho a la libertad de circulación

El derecho a pedir asilo y gozar de él

El derecho a la intimidad

El derecho a la libertad de opinión y expresión, recibir y difundir información

El derecho a la libertad de asociación

El derecho al trabajo

El derecho a contraer matrimonio y fundar una familia

El derecho a la igualdad de acceso a la educación

El derecho a un nivel de vida digno

[§] Guía Nacional para atención Integral de PVVS

El derecho a la seguridad, la asistencia y el bienestar social. **

El derecho a disfrutar de los adelantos científicos y sus beneficios

El derecho a participar de la vida pública y cultural

El derecho a no ser sometido a torturas, tratos o penas, inhumanos o degradantes

Los derechos de las mujeres y los niños.

La Declaración Universal de los Derechos de las Personas con VIH SIDA se apoya en las recomendaciones realizadas por la OMS, UE, UNESCO, OTI y DICE:

Acciones que vulneren los derechos de las personas con VIH.

La discriminación en el trabajo debe negarse si se da por la infección del VIH.

Tanto alumnos y profesores deben negarse al derecho de no asistir a clases a causa del Sida.

El Negar el derecho a la vivienda y al hospedaje va contra los derechos fundamentales de la Constitución.

Las personas con VIH, tienen derecho a una atención digna que al resto de ciudadanos.

El defender los derechos de las personas con VIH, también supone concienciar y responsabilizarnos de nuestros derechos y de los demás ciudadanos.

Derecho a la confidencialidad y a la intimidad de las personas afectadas por VIH-SIDA.

Todos los ciudadanos tanto afectados como no afectados deben responsabilizarse de la prevención del virus y de la puesta en práctica de los medios preventivos.

** Guía Nacional para atención Integral de PVVS

En los derechos del niño se debe dar una categoría de discapacidad, para afianzar la protección de las personas afectas por VIH. ††

Los niños deben gozar de una vida digna y adecuada.

Los niños deben recibir información y asesoramiento sobre el VIH.

Los niños no deben recibir discriminación a causa de su condición con respecto al VIH.

Los niños deben reconocer el derecho a la confidencialidad e intimidad con respecto a su condición.

TENER VIH-SIDA NO ES UN DELITO

La Constitución Política del Ecuador, las leyes y los tratados internacionales han sido creadas para que los gobiernos y sus instancias los cumplan y para proteger de acciones y discriminaciones que vayan en contra de los derechos humanos de todas las personas por igual.

El VIH/SIDA no discrimina a nadie por su edad, color de piel, religión, sexo, condición social o económica, ni respeta fronteras, cualquier persona puede transmitirlo a otra sin saberlo y todos y todas podemos contraerlo si no nos protegemos adecuadamente. Vivir con VIH o con SIDA no es un castigo de Dios, es un estado de salud, no un delito o una falta sancionable.

DERECHOS DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH-SIDA

1- IGUALDAD ANTE LA LEY

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (Art 2) y la Constitución del Ecuador (Art. 23 numeral 3), amparan todos los derechos y protegen a las personas por

†† Guía Nacional para atención Integral de PVVS

su estado de salud. Es decir, quienes viven con VIH-SIDA son ciudadanas y ciudadanos.

‡‡

En otras palabras, es ilegal que alguna persona, aunque fuera extranjera, sea discriminada, aislada o rechazado por tener VIH-SIDA

2.- LA PERSONA DECIDE QUIEN DEBE SABERLO

“Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación”. (Declaración Universal de los Derechos Humanos, Art. 12).

Todos y todas tenemos derecho a guardar reserva sobre nuestro estado de salud. Nadie puede obligarnos a declarar sobre eso ni utilizar la información personal - otras personas, “salvo para casos donde haya que satisfacer necesidades de atención médica” (Constitución Ecuatoriana, Art 23 numeral 21).

Ten presente que lo anterior significa que nadie puede hacer, sin tu consentimiento, una prueba de detección del VIH., ni obligarte a realizarla, ni revelar su resultado a terceras personas, salvo caso que ello impida que te brinden la atención médica que necesites.

Tampoco pueden exigirte la prueba de VIH como requisito para conseguir trabajo, matrícula en un establecimiento educativo, acceder a un cargo público o de elección popular.

Ni siquiera una médica o un médico te pueden obligar a realizar la prueba, solo deberá recomendarte hacértela. §§

3.- EL DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD

‡‡ Guía Nacional para atención Integral de PVVS

§§ Guía Nacional para atención Integral de PVVS

Está garantizado por la Ley de Derechos y Amparo al Paciente y se extiende a la “consulta, examen, diagnóstico, discusión y tratamiento” (Art. 4 de esa ley). Por lo tanto, ni el Estado ni las instituciones de salud privadas pueden revelar información alguna relacionada con tu salud.

4.- POR UNA CALIDAD DE VIDA DIGNA

Todas y todos tenemos “derecho a una calidad de vida que asegure la salud, alimentación, nutrición, educación, trabajo, empleo, recreación, vivienda, vestido y otros servicios sociales necesarios” (Constitución Ecuatoriana, Art. 23, numeral 20).

En consecuencia, para que se cumpla la igualdad ante la Ley, las personas que viven con VIH/SIDA “tienen derecho a la asistencia y al tratamiento dados sin restricción alguna de modo que GARANTICEN SU MEJOR CALIDAD DE VIDA” (Declaración de Montreal).

5.- LA SALUD ES UN DERECHO DE TODOS Y TODAS PERO.

“Las personas viviendo con VIH deberán informar dicha situación a su médico tratando o al equipo de salud ante el cual soliciten algún servicio asistencial”. (Declaración de Montreal). ***

Mujeres y hombres tenemos igual derecho a la asistencia médica y hospitalaria oportuna con un TRATO DIGNO. RESPETUOSO, CON ESFUERZO Y CORTESIA, (Ley de Derechos y Amparo al Paciente, Art. 2). La Constitución dice que los servicios públicos de atención médica son para todas las personas que los necesiten, “por ningún motivo se

*** Guía Nacional para atención Integral de PVVS

negará atención médica de emergencia” en los establecimientos públicos y privados (Art. 43).

La ley de Derechos y Amparo al Paciente es más directa, al indicar que la atención de emergencia es obligatoria sin necesidad de pago previo. (Art. 43). Si algún centro de salud, público o privado, se hubiera negado a atenderte cuando tu estado de salud era grave, sería responsable por tu salud y tendría que asumir el pago de una indemnización por los daños y perjuicios que su negativa te hubiera causado (ley de Derechos y Amparo al Paciente, Art. 12).

TRATO digno, respetuoso, con esmero y cortesía.

6.- ATENCIÓN INTEGRAL

El Estado debe garantizar el acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de igualdad, generalidad, solidaridad, calidad y eficiencia. (Constitución Ecuatoriana Art. 42)

El derecho a los beneficios que resultan del progreso científico también es fundamental (Declaración Universal de Derechos Humanos. Art. 27)

Todo establecimiento de salud debe brindarte **ATENCIÓN INTEGRAL DE MANERA EFICIENTE, RESPETUOSA Y SIN DISCRIMINACIÓN.**^{†††}

En muchos países desarrollados y algunos de Latinoamérica, como Brasil, México¹ Costa Rica la Ley garantiza que las personas que viven con VIH reciban una atención médica integral, de acuerdo a los más avanzados tratamientos que ofrece la medicina, y

^{†††} Guía Nacional para atención Integral de PVVS

en el caso de las personas con SIDA, sin diferencia alguna por el grado de avance de su enfermedad.

El Congreso Nacional del Ecuador, el 14 de abril del 2000 aprobó la “Ley para la prevención y Asistencia Integral del VIH/SIDA.

7.- INFORMACIÓN PARA TOMAR SUS PROPIAS DEDICIONES

Toda persona que vive con VIH tiene derecho a recibir del personal de salud responsable información sobre el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y alternativas existentes para su cuidado, en un LENGUAJE COMPRENSIBLE que le posibilite tomar las decisiones que le convienen (Ley de Derechos y Amparo al Paciente Art. 5)

8.- EDUCACIÓN SIN DISCRIMINACIÓN

Según la Constitución, no puede existir ningún tipo de discriminación en materia educativa. (Art. 67).

Ningún centro educativo, sea público o privado, puede expulsarte, sancionarte o impedir tu acceso a causa de tu condición de salud. Tampoco es legal que te exijan la prueba de VIH para aceptarte en una de esas instituciones. Como toda persona TIENE DERECHO A LA EDUCACION. ^{†††}

9.- EL TRABAJO ES VITAL

Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo” (Declaración de Derechos humanos, Art. 23).

^{†††} Guía Nacional para atención Integral de PVVS

Tienes derecho a seguir trabajando. No puedes permitir ningún tipo de discriminación. EN TU TRABAJO NADIE TE PUEDE HACER RENUNCIAR A TUS DERECHOS POR QUE ES ILEGAL. Y sería nulo por un juez o jueza de trabajo (Constitución ecuatoriana Arts. 35.38).

Si el problema son tus ausencias por motivo de enfermedades oportunistas. considera que si estas no te permiten trabajar por un tiempo que no llegue máximo a un año, la empleadora o el empleador no podrá desahuciarte o despedirte, a no ser que el tipo de contrato que tengas no contemple estabilidad mínima de un año (Código del Trabajo Art. 174 numeral 1 y Art. 14 y 175).

Si requieres un permiso laboral, en la solicitud no es necesario que conste el VIWSIDA solo tienes que indicar la enfermedad concreta que tengas en ese momento como fiebre, diarrea o herpes. Sin embargo, si tienes afiliación al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) para justificar tu inasistencia,. El Código **del Trabajo** establece **las formas de calcular la indemnización que te corresponde en casos de desahucio o despido intempestivo en los siguientes artículos: 42, numeral 19, 175, 179, 181, 185,188y 189.** ^{§§§}

10.- CUANDO SE DEBE RECLAMAR JUSTICIA

Todas y todos tienen derecho a exigir, a través de los tribunales competentes, JUSTICIA PRONTA Y EFECTIVA para que los actos que violan nuestros derechos fundamentales no queden en la impunidad (Constitución Ecuatoriana, Art. 23 numeral 26y Art. 24, numeral 17).

^{§§§} Guía Nacional para atención Integral de PVVS

Específicamente, el Código Penal establece fuertes sanciones para quien ocasione la muerte de alguien por imprudencia, impericia, negligencia o inobservancia de disposiciones.

11.- ALOJAMIENTO SEGURO

Toda acción que tienda a negar a los portadores del virus empleo, alojamiento asistencia o que tienda a privarles de los mismos debe ser considerada discriminatoria y penada por la Ley” (Declaración de Montreal).

Recuerda que VIVIR CON VIH NO PUEDE SER UNA CAUSA para que den por terminado tu contrato de arrendamiento porque la Ley de Inquilinato no establece ninguna causal referente al estado de salud del inquilino.

12.- NO A LA DISCRIMINACIÓN

Cualquier acción que promocióne la discriminación es contraria a las normas constitucionales. “El derecho a disponer de bienes y servicios públicos y privados a elegirlos con libertad, esta garantizado en la Constitución, Art. 23 numeral 7. ****

Por más importantes que sean las dueñas o los dueños de locales privados, como clubes¹ discotecas¹ bares o restaurantes NO PUEDEN IMPEDIR LA ENTRADA a los PVVS. Tampoco en las empresas, supermercados, cines, teatros, etc. Pueden incluir entre sus normas, procedimientos o requisitos que promociones algún discrimen.

**** Guía Nacional para atención Integral de PVVS

13.- DERECHO A TENER A SUS HIJAS E HIJOS

El Código Civil señala que la “suspensión de la patria potestad deberá ser decretada por el Juez, con conocimiento de causa, y después de que el Ministerio Público y Juez de Menores hayan conocido al respecto” Art. 322. El derecho sobre las hijas e hijos, NO SE REDUCE por el hecho de ser una persona que vive con VIH.

14.- VIDA SEXUAL RESPONSABLE

La Constitución Ecuatoriana consagra para todos y todas “el derecho a tomar decisiones libre y responsables sobre su vida sexual” (Art. 23 numeral 25). Esto significa que, como el VIH también se transmite por vía sexual, DEBES TOMAR DECISIONES RESPONSABLES SOBRE TU VIDA SEXUAL que no pongan en peligro las parejas sexuales. ††††

†††† Guía Nacional para atención Integral de PVVS