IMBIOMED
LATINDEX

ISSN: 2007 - 0950

WAXAPA

Año 10. Nùmero 18. Enero-Junio 2018

Revista del Área Académica de Ciencias de la Salud.
Universidad Autónoma de Nayarit.

WAXAPA

WAXAPA, Año 10, No. 18, Enero-Junio 2018, Publicación semestral editada por la Universidad Autónoma de Nayarit. Ciudad de la Cultura s/n, col. Centro Tepic, Nayarit, México. C.P. 63000. Correo electrónico: revistawaxapauan@uan.edu.mx, Director/Editor Dr. en C. Rogelio A Fernández Argüelles. Número de reserva de derechos al uso exclusivo 04-2011-103111253800-102 otorgada por el INADUTOR. ISSN 2007-0950. Impresa en el Taller de Artes Gráficas de la UAN. Ciudad de la Cultura C.P. 63190. Tepic, Nayarit, México.

Los contenidos firmados son responsabilidad de los autores. Se autoriza la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes, siempre y cuando se cite la fuente y no sea con fines de lucro.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT

Directorio Universitario

Jorge Ignacio Peña González
Rector

José Ángel González Rodríguez
Secretario de Rectoría

Magaly Sánchez Medina
Directora Editorial

Julio Cesar Rodríguez Arámbula
Coordinador del Área de Ciencias de la Salud

WAXAPA

Comité Editorial

María A. Arbesú (Cuba)

Núria Homedes (EEUU)

Álvaro Margolis (Uruguay)

María de J. Medina (México)

Julián Pérez Peña (Cuba)

Gabriela Ávila (México)

Claudia P. Calderón (Argentina)

Pamela A. Saavedra (Brasil)

Eugenio Ceccetto (Argentina)

Directorio Revista

Rogelio A. Fernández Argüelles
Director/Editor

Martha E. Cancino Marentes
Editora Ejecutiva

Edwin E. Contreras Rodríguez
Coeditor

Editores Asociados

Alfredo Díaz Alejandro
Historia y Filosofía de la Salud

Leopoldo Medina Carrillo
Clìnica Terapéutica y Farmacología

Saúl H. Aguilar Orozco
Salud Pública y Sistemas de Salud

Norberto Vibanco Pérez
Biomedicina

Jaime F. Gutiérrez Rojo
Educación en Salud

EDITORIAL

Se conoce como amapola o adormidera la planta *Papaver somniferum*, que desde hace milenios se ha usado como planta medicinal a partir de la obtención de su resina u opio con marcadas propiedades analgésicas, hipnóticas y alucinógenas; más tarde en el siglo XIX derivó en mayor proporción su explotacion como droga por la generacion de euforia, tranquilidad y alteraciones del anímo, gratificantes o de recompensa.

Desde hace más de un siglo se han identificado y aislado componentes naturales del opio conocidos como opiáceos; los más conocidos: codeína, morfina, papaverina y noscapina. Más tarde se obtuvieron por vía sintética y disminuyó la explotación del opio natural. Más tarde se usaron las estructuras de los opiáceos para obtener sustancias más potentes que se conocen como opioides semisintéticos como la heroína y la oxicodona.

Ya en el siglo XX se obtuvieron opioides sintéticos como petidina, metadona, fentanilo, más recientemente sufentanilo y otros ampliamente usados en clínica.

Todas las evidencias cientificas apuntan a que los derivados opiáceos y los opioides semisintéticos y sintiteticos superan las propiedades analgésicas y terapéuticas del opio obtenido de la adormidera, por lo que el argumento de legalizar su cultivo para promover acciones científicas, terapéuticas y paliativas no es válido pues estos derivados son más eficientes.

Las cantidades que pudieran utilizarse con fines científicos son mínimas y el cultivo sería sumamente limitado a pequeñísimas parcelas plenamente controladas en centros científicos.

El cultivo lícito de amapola se ha ido reduciendo en el mundo, pero se mantiene en cantidades apreciables como fuente de obtención de opiáceos naturales y opioides semisintéticos, pues el consumo de opio medicinal ha disminuido mucho en el mundo. La mayor parte del cultivo de la amapola en el mundo es ilícito.

Hoy dia se sabe que el cultivo ilícito de la amapola tiene como objetivo fundamental usarla como materia prima para producir heroína, droga ilegal de gran consumo en USA. La heroína es la droga más devastadora en la historia de la humanidad por la gran mortalidad ocasionada por depresión respiratoria y coma. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE, 2017) considera que "*entre las amenazas para America del Norte, en materia de drogas, las más importantes y las que están ganando más terreno siguen siendo la disponibilidad generalizada y cada vez mayor de heroína".*

Hay que recordar que el gobierno de Estados Unidos ha declarado una emergencia nacional por el abuso de los opioides entre ellos la heroína y otros de uso médico.

Legalizar el cultivo de la amapola en México generaría un aumento en la produccion de heroína. Quizás mueran menos personas por la lucha entre cárteles, pero seguro morirán más por sobredosis de opioides.

También se puede disminuir el indice de criminalidad por número de personas perseguidas o encarceladas por robar en bancos o en casas de habitación si se despenaliza el robo a los bancos y a las casas de habitación.

Dr. en C. Rogelio A. Fernández Argüelles
Director

CONTENIDO

Artículos de revisión

Revisión integrativa sobre la pertinencia de las vacunas VPH, influenza y dengue para la Salud Pública en México. 7
Hernández C, Fernández R, Aguiar E, Jalomo K

Artículos Originales

Influencia de factores comunitarios en la calidad de vida de personas que viven con VIH/sida. Percepción de líderes de opinión. 15
Aguirre P, Fernández R, Jalomo K

Factores condicionantes de la falta de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: caso Unidad de Medicina Familiar 33, Tabasco, México. 20
Perez A, Lopéz R, Garrido S, Casas D, Rodríguez A

Comunicación breve

Proceso de enfermería a paciente adolescente con tuberculosis pulmonar. 26
Ruiz M, Valle M, Benítez V, Valdivia L, Sandoval M, Vázquez I.

Factores de riesgo, comorbilidad y tratamiento de la psoriasis. 32
Goribar J, Goribar B, Trejo J,Goribar C, Flores L

Revisión Integrativa sobre la pertinencia de las vacunas VPH, influenza y dengue para la Salud Pública en México.

Integrative Review: Relevance of HPV, dengue and influenza vaccines for the Public Health of Mexico.

Hernández Cortés Carolina[1], Fernández Argüelles Rogelio A[2], Aguiar Fuentes Emma G[3], Jalomo Ortiz Martha K[4]

RESUMEN

Una de las estrategias más exitosas en Salud Pública ha sido la vacunación, ésta se realiza de acuerdo a una planeación estratégica, es decir, posee ciertos objetivos dirigidos a una población, grupo etario y área geográfica determinada, cuya finalidad es la de erradicar, prevenir o mitigar enfermedades cuya magnitud y trascendencia impactan en la salud de la población, así como en los presupuestos en salud. Actualmente, se han realizado numerosas evaluaciones sobre el costo-eficacia y costo-beneficio de la vacunacion por enfermedades infecciosas agudas (influenza), enfermedades infecciosas transmitidas por vectores (dengue) y enfermedades infecciosas no agudas (VPH). Si bien las metodologías y escenarios utilizados son dispares, en todos los estudios los resultados de costo-eficacia fueron muy dependientes del costo de la vacuna. Sin embargo, resulta pertinente disponer de información sobre los efectos a corto y largo plazo luego de la vacunación y más especificamente sobre la disminución de casos de cáncer cervicouterino (CaCU), así como la disminución del número de complicaciones graves y muertes evitadas por influenza y dengue.

Palabras Clave: virus del papiloma humano, virus del dengue, virus de influenza, vacuna.

ABSTRACT

Vaccination has been one of the most successful strategies in Public Health, this is done according to a strategic planning, that is, through certain objectives aimed at a population, age group and a specific geographic area, whose purpose is to eradicate, prevent or mitigate diseases whose magnitude and transcendence impact on the health of the population, as well as on health budgets. Nowadays, numerous evaluations have been carried out on the cost-effectiveness and cost-benefit of vaccination for acute infectious diseases (influenza), infectious diseases transmitted by vectors (dengue) and non-acute infectious diseases (HPV). Despite the methodologies and scenarios used are unequal, in all studies the cost-effectiveness results were very dependent on the cost of the vaccine. However, it is relevant to have information on short and long-term effects after vaccination and more specifically on the decrease of cervical cancer cases, as well as the decrease in the number of serious complications and deaths caused by influenza and dengue.

Keywords: human papilloma virus, dengue virus, influenza virus, vaccine.

1.Estudiante de la Maestría en Salud Pública, Universidad Autónoma de Nayarit.
2. Dr.en C. Coordinador de la Maestría en Salud Pública, Universidad Autónoma de Nayarit.
3. M.S.P. Docente de la Maestría en Salud Pública, Universidad Autónoma de Nayarit.
4. M. en C. Docente de la Unidad Académica de Medicina, Universidad Autónoma de Nayarit.

Fecha de recibido: 29 de mayo Fecha de aprobado: 27 de octubre de 2017

INTRODUCCIÓN

Después de la fundación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), los programas de vacunación se globalizaron. En 1974, la OMS lanzó el Programa de Inmunización Ampliada (EPI), con el objetivo de aumentar drásticamente las tasas de vacunación entre los niños en los países en desarrollo[1]. El éxito del programa EPI fue debido en parte a un sólido liderazgo de la OMS en muchos países en desarrollo, así como al apoyo financiero de comunidad internacional. El impacto de la vacunación no solo se ha limitado al mundo industrializado, se estima que alrededor de 103 millones de casos de enfermedades infecciosas seleccionadas se han evitado mediante la vacunación desde 1924[2].

Actualmente, con el objetivo de reducir la carga de enfermedades relacionadas con el VPH se han desarrollado e implementado vacunas compuestas por partículas similares a los virus de VPH 16, 18, 6 y 11 (tetravalente), de VPH 18 y 16 (bivalente) y más recientemente VPH 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 (nonavalente)[3,4]. El desarrollo de la próxima generación de vacunas será cada vez más desafiante, en tanto, debido a que los organismos a los que están dirigidos tienen estructuras y ciclos de vida más complejos, poseen mecanismos de evasión o no son muy efectivas para inducir la respuesta inmune humana a través de antígenos, como por ejemplo los virus de la influenza[5]. En el caso del desarrollo de vacunas contra otras enfermedades infecciosas como es el caso del dengue, debería ser en teoría más fácil utilizando tecnologías establecidas, sin embargo, la modesta eficacia probada recientemente, enfatiza los desafíos que representa su desarrollo y seguridad comprobada[6].

Vacunación contra el virus del papiloma humano

Los Virus del Papiloma Humano (VPH) son un grupo de virus de ADN de doble banda que pertenecen a la familia Papovaviridae, no poseen envoltura, y tienen un diámetro aproximado de 52-55 nm[7]. El 70% de cáncer cervicouterino (CaCU) y de las lesiones precancerosas de útero es causado por dos tipos de VPH,16 y 18. El CaCU es el segundo tipo de cáncer más frecuente en las mujeres de las regiones menos desarrolladas; se estima que en 2012 hubo unos 445 000 casos nuevos (84% de los casos nuevos mundiales). Ese mismo año aproximadamente 270 000 mujeres murieron de CaCU; más del 85% de esas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y medianos. El cáncer cervicouterino es común entre las edades de 30 y 45 años, por lo tanto, afecta mujeres con familias jóvenes[8,9].

En nuestro país, la prevalencia reportada por diferentes autores de infección por VPH fluctúa entre el 10 y el 12% y se presenta con mayor frecuencia en mujeres mayores de 25 años (54.9%) y disminuye sustancialmente en el grupo de 46 a 55 años (27.5%). De acuerdo con Globocan 2012, Brasil, México, India y China contribuyen con un 41% (216,998) del total de nuevos casos diagnosticados y con un 42% (110,186) de las muertes por cáncer cervicouterino invasivo. Los tipos de VPH más prevalentes en México en muestras obtenidas de lesiones del cuello uterino fueron el 16, 18, 58, 31 y 45, ante este panorama, la prevención primaria por medio de la vacunación se posiciona como la mejor alternativa, en donde el cáncer representa un problema de Salud Pública[10].

En México, se propuso la implementación de una política focalizada en los programas de vacunación contra VPH, dirigidos a mujeres de estratos socioeconómicos bajos en poblaciones rurales y urbanas, con dificultades en el acceso a servicios de salud y a la citología cérvico vaginal (CCV); garantizar la vacunación sin mejorar el acceso a la CCV periódica y sin intervenir en los determinantes sociales de la salud, sigue siendo una tarea incompleta. Tal es el caso de Oaxaca, donde a través de un estudio se identificó que en mujeres de entre 15 y 49 años, solo el 30% se había realizado el estudio diagnóstico[10,11].

La vacuna contra el VPH contra el VPH es una gran estrategia de la Salud Pública para prevenir el CCU, ya que reduce la frecuencia de la infección por VPH en la población mundial. Junto con la detección, representa una herramienta poderosa para reducir la carga de CCU a nivel mundial. La vacuna es altamente eficaz contra precursores de alto grado de cánceres vulvar, vaginal y anal en mujeres. Casi el 70-80% de los cánceres de cuello uterino se atribuyen al VPH 16 y 18 en diferentes regiones del mundo[11].

Actualmente, las tres vacunas contra el VPH dirigidas a prevenir las infecciones persistentes del tracto genital que existen son: una vacuna bivalente (Cervarix™) dirigida a los tipos de VPH 16 y 18, una vacuna tetravalente (Gardasil™) dirigida contra el VPH 16 y 18 y VPH 6 y 11 (que causan verrugas genitales) y una vacuna contra el VPH (Gardasil 9™) dirigida a los tipos del VPH 31, 33, 45, 52 y 58 además de los tipos de VPH 6, 11, 16 y 18. Estas vacunas fueron inicialmente evaluadas mediante ensayos clínicos aleatorizados en regímenes de tres dosis administradas durante un período de 6 meses[8]. En E.E.U.U., las vacunas (Gardasil® y Cervarix®) fueron aprobadas por la Food and Drug Administration en 2006 y 2009, respectivamente[4]. A fines de 2014, la vacuna contra el VPH de nueve componentes (Gardasil9) fue autorizada y en febrero de 2015 fue recomendada para su uso por el Comité Asesor sobre la Práctica de Inmunización. La vacuna se basa en el mismo sistema de producción que la tetravalente y de manera similar contiene cepas para los tipos VPH 6 / 11/16 y 18 (más adyuvante de aluminio) y también contiene los tipos de VPH 31,33,45,52 y 58, que son los siguientes cinco tipos más comúnmente detectados en CaCU. Esto significa que las mujeres vacunadas podrían ser potencialmente protegidas contra alrededor del 90% de los virus causantes de CaCU[8].

Los programas de inmunización de la vacuna contra

el VPH actualmente recomendados incluyen dos dosis durante 6-12 meses para personas menores de15 años y tres dosis para personas de 15 años o más o para aquellas mujeres inmunocomprometidas[9].

Durante el seguimiento de hasta 7 años de una cantidad sustancial de mujeres que recibieron una dosis única de vacuna tetravalente contra el VPH, Sankaranarayanan et al., sugieren que una sola dosis es inmunogénica y proporciona protección contra las infecciones provocadas por el VPH 16 y 18. No obstante, la aplicación de dos y tres dosis de las vacunas contra el VPH es considerada segura[8,12].

Los estudios de vigilancia posteriores a la vacunación muestran que ha disminuido la prevalencia de VPH presente en verrugas genitales y en neoplasias cervicales intraepiteliales en poblaciones vacunadas en Austria, Australia, EE. UU., Canadá, el Reino Unido, Dinamarca, Suecia, Alemania y Nueva Zelanda[13]. Se estima tambien que si se logrará alcanzar una cobertura de vacunación del 60% en niñas y 40% en niños, mediante la vacunación nonavalente contra el VPH, se reduciría la incidencia de CaCU en los próximos 100 años[14,15]. A pesar de sus altos índices de efectividad, las mujeres vacunadas pueden llegar a padecer cáncer cervicouterino por falla de la vacuna o porque éste es producido por un virus del papiloma humano de alto riesgo contra el que no se ofreció protección. Para que la vacunación antivirus del papiloma humano sea efectiva y alcance su objetivo de disminuir el número de casos de cáncer cervicouterino debe llegar, cuando menos, al 70% de la población femenina[12].

Antes de la obtención de la licencia de las vacunas contra el VPH en 2006, se anticipó que existían informes coincidentes de la vacunación contra el VPH y serias enfermedades asociadas en la adolescencia (como las condiciones autoinmunes o trastornos neurológicos). Esto efectivamente ocurrió y resultó en publicaciones e informes de casos sobre una posible reacción adversa a la vacuna contra el VPH. Sin embargo, después de 9 años transcurridos desde la obtención de la licencia, con una distribución de más de 230 millones de dosis de vacunas de VPH cuadrivalentes y bivalentes a nivel mundial y estudios analíticos de alta calidad han demostrado la seguridad de la vacuna contra el VPH, no existe asociación entre las vacunas contra el VPH y una gama de enfermedades graves, incluidas las neurológicas, enfermedades tromboembólicas y autoinmunes[13].

La OMS ha revisado la seguridad de las vacunas contra el VPH en múltiples ocasiones y las ha evaluado como seguras en cada ocasión, en su revisión más reciente señaló el gran potencial de daño si se retiran las vacunas debido al temor en la población sobre la seguridad de la vacuna. No se han observado patrones de anormalidad fetal en mujeres inadvertidamente vacunadas durante el embarazo. La vigilancia posvacunal de rutina en muchos países han identificado reacciones en el sitio de inyección y en menor frecuencia síntomas sistémicos. Luego de 9 años transcurridos desde la obtención de la licencia, con una distribución de más de 230 millones de dosis de vacunas de VPH cuadrivalentes y bivalentes a nivel mundial y estudios analíticos de alta calidad han demostrado la seguridad de la vacuna contra el VPH, no existe asociación entre las vacunas contra el VPH y una gama de enfermedades graves, incluidas las neurológicas, enfermedades tromboembólicas y autoinmunes[13]. Con respecto a la incidencia de efectos adversos (EA) se presentaron algún tipo de manifestaciones locales en el 76.52% de los vacunados. Los EA más comunes fueron reacciones en el sitio de inyección (dolor, induración y eritema) y reacciones alérgicas. Existen pocos casos reportados de mujeres con experiencia de aborto espontáneo que se cree que no están relacionados con la vacuna[16,17].

Vacunación contra el virus de la influenza

Existen tres tipos de virus de influenza, A, B y C, que pertenecen a la familia Orthomixoviridae y tienen un genoma de ARN. Los diferentes subtipos de virus de influenza se han generado por cambios en los antígenos proteicos de superficie, las proteínas hemaglutinina (HA) y neuraminidasa (NA11). Los virus tipo A se clasifican en subtipos en función de las diferentes combinaciones de las proteínas HA y NA. En la actualidad están circulando en los humanos virus de los subtipos A (H1N1) y A (H3N2). Los casos de influenza C son mucho menos frecuentes que los de influenza A o B, y es por ello que en las vacunas contra la gripe estacional solo se incluyen virus de los tipos A y B[18,19]

La influenza se transmite principalmente por gotitas infectadas y emitidas por la respiración; es decir, por aire, mediante tos y estornudos. Es importante señalar que algunas personas infectadas no presentarán ningún síntoma, pero pueden infectar a otros sin saberlo, incluso los pacientes que presentan síntomas de gripe pueden transmitir la infección desde un día antes de que se sientan enfermos y hasta una semana después luego de presentar los síntomas. Una nota importante sobre la capacidad que tiene la influenza para propagarse se relaciona con sus frecuentes cambios genéticos. A menudo aparecen nuevas cepas de influenza, y una infección previa con una cepa diferente no garantiza inmunidad contra una infección futura. Esta es una de las razones por la que cada año se crean nuevas versiones de la vacuna contra la influenza estacional, para así tratar de proteger contra cualquier cepa de gripe que circule durante la estación más reciente[5].

En todo el mundo, la influenza causa entre 3 y 5 millones de casos de enfermedad grave (neumonía) y entre 250,000-500,000 muertes cada año. La vacunación sigue siendo la medida más efectiva para prevenir la influenza y sus complicaciones[18,20].

La vacunación contra influenza en México inició en 2004 con la vacunación de niños de 6 a 23 meses de edad y adultos mayores de 65 años[21]. Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son la séptima causa de

mortalidad, y las enfermedades del sistema respiratorio son la cuarta causa de ingresos hospitalarios en los adultos mayores de 65 y más años de edad en México. Durante el año 2001, 200 personas de este grupo fallecieron de neumonía o sus complicaciones. En 2003, cerca de 66 000 individuos recibieron la vacunación contra influenza. Las políticas de vacunación se han elaborado en concordancia con la selección de los grupos prioritarios. El número de dosis que se compra se determina en función de la población objetivo y las recomendaciones internaciones. Los grupos se han expandido en los últimos años; de 4 millones de dosis en 2004 a aproximadamente 33 millones de dosis para la temporada 2015-2016[22].

Las vacunas actuales contra la influenza recomendadas por la OMS están disponibles como formulas trivalente o cuadrivalentes inactivadas administrada por vía intramuscular o como una mezcla viva atenuada de cepas de influenza, administradas por vía intranasal. Las diversas dosis y formulaciones pueden o no contener ovoalbúmina o mercurio, y la elegibilidad para algunas formulaciones tiene restricción de edad. Cada año, la OMS recomienda las cepas de virus que componen la futura vacuna estacional para los hemisferios norte y sur. Durante casi 60 años, esta decisión se tomó en cooperación con los Centros Colaboradores de la OMS; los Centros Nacionales de Influenza y las redes de influenza animal, que brindan información genética y antigénica y las redes de vigilancia en todo el mundo y agrupadas por región (Red Europea de Vigilancia de la Influenza y los CDC) también fueron parte importante como fuente de información[23].

Posteriormente, la OMS es responsable de seleccionar tres cepas con más posibilidades de semejarse genéticamente a las cepas que circularán durante la siguiente temporada de gripe invernal. Para el invierno en el hemisferio norte, esta decisión se toma el mes de febrero previo. En algunos casos, se puede elegir nuevamente una de las cepas utilizadas en la vacuna del año anterior, si esa cepa siguiera circulando. A partir de ahí, puede comenzar el desarrollo y producción de la vacuna[24].

La región de la OPS / OMS ha seguido progresando con la vacunación contra la influenza en los últimos años. A partir de 2015, el 89% de los países en las Américas tienen políticas establecidas para la vacunación contra la influenza estacional y el 64% de países dirigen la vacunación contra influenza a mujeres embarazadas, siendo éste el grupo de mayor prioridad según la OMS y la OPS en Enfermedades Prevenibles por Vacunación[25].

Los componentes de la vacuna ocasionalmente pueden causar reacciones alérgicas, también llamadas reacciones de hipersensibilidad inmediata y, por lo general, se producen entre minutos y horas después de la exposición. Los síntomas van desde la urticaria hasta el angioedema y la anafilaxia (1 caso en un millón de individuos vacunados)[20]. Los efectos secundarios más frecuentes son dolor, enrojecimiento e hinchazón en el sitio de la inyección (10-64%) con una duración de 1-2 días y efectos secundarios sistémicos como dolor de cabeza, fiebre, malestar general, y mialgia en aproximadamente 5% de los vacunados. Como las vacunas inactivadas no contienen virus vivos, no pueden causar influenza. Las vacunas de virus vivos atenuados, los efectos secundarios son raros, se presentan entre los síntomas más comunes; secreción nasal, congestión, dolor de garganta y dolor de cabeza[26]. El síndrome de Guillain-Barré se considera el efecto secundario más peligroso debido a la vacunación contra influenza. Sin embargo, es raro, la publicación anual la tasa de notificación disminuyó de un máximo de 0.17 por 100,000 vacunados en 1994 a 0.04 en 2003[19].

Existe incertidumbre en el porcentaje de muertes evitadas por vacunación contra influenza. Se estimaron simultáneamente dos escenarios (uno que asume 30% de muertes evitadas con la vacuna y otro que reduce este porcentaje a 20%)[21].

Vacunación contra el dengue.

Las enfermedades transmitidas por vectores (ETV) son provocadas por un grupo heterogéneo de agentes virales, bacterianos y parasitarios. A diferencia de muchas otras infecciones en las que se produce la transmisión directamente entre humanos, los ciclos de transmisión de ETV requieren la participación de diferentes artrópodos como mosquitos, garrapatas, pulgas y moscas que funcionan como vectores al llevar patógenos a humanos. En algunas ETV como malaria, zika o dengue, los artrópodos y los humanos son los únicos componentes de los ciclos.

El dengue es una de las enfermedades virales de más rápida dispersión en el mundo, es transmitida por mosquitos. El número de casos de dengue notificados anualmente a la OMS aumentó de 0.4 a 1.3 millones de 1996 a 2005 y alcanzó 2.2 millones y 3.2 millones en 2010 y 2015, respectivamente. La enfermedad es común en más de 110 países, principalmente en el sureste de Asia, América Latina, África, etc. La mayoría de las personas con dengue se recuperan sin ningún problema[27, 28].

En México se registraron 32,100 contagios por dengue en 2014 y el costo de su atención médica se estima en 3,200 millones de pesos, equivalente a 2.5% del presupuesto total del sector salud para el próximo año. Esta vacuna puede prevenir más de 8,000 hospitalizaciones, 104 muertes anuales y generar ahorros por 1,100 millones de pesos anuales por la reducción en costos asociados a la atención médica[29].

La evidencia epidemiológica existente muestra que las medidas existentes de vigilancia actual y el control preventivo, no son suficientes para revertir la carga y la tendencia creciente de la enfermedad causada por la infección por virus del dengue. La tasa de incidencia del dengue aumentó alrededor de 30 veces más de 1960 a 2010. El gasto en promedio por caso de dengue (ambulatorio y hospitalizados combinados)

tiene un costo alrededor de 828 dólares, por lo que en el control de la propagación de dengue representa una carga enorme y una amenaza directa para los sistemas de salud, sobre todo en países de bajos y medianos ingresos[27].

Algunas características del virus del dengue y la enfermedad constituyen un gran desafío para el desarrollo de una vacuna. En el caso de los flavivirus, la principal proteína inmunogénica se encuentra en la envoltura (proteína E) del virus y representa la base para el desarrollo de la mayoría de las propuestas de vacunas contra el dengue. Otro desafío importante radica en la fisiopatología del dengue hemorrágico, que está fuertemente asociado con la exposición previa al virus del dengue[6]. Una exposición secundaria es capaz de desencadenar una respuesta inmune exagerada caracterizada por la secreción de citocinas, que contribuyen al deterioro de la función endotelial y a la pérdida de plasma, esto como su característica patognomónica. Explicado esto, cualquier vacuna desarrollada contra el dengue necesita para lograr un equilibrio ser lo suficientemente protectora para prevenir la enfermedad y ser lo suficientemente segura para evitar una respuesta inmune patológica después de la dosis inicial[6,28,29].

Las vacunas inactivadas se producen al exponer un agente patógeno a productos químicos, calor o radiación en un proceso llamado inactivación. Estas vacunas son preferibles a las vacunas atenuadas in vivo debido a la ausencia de riesgos tales como la reversión de la virulencia o limitaciones en su uso en grupos de población seleccionados. Aunque en general son muy estables, a veces, el proceso de inactivación altera la estructura de los patógenos, y posiblemente la inmunogenicidad de las proteínas virales, disminuyendo su eficacia para provocar una respuesta inmune protectora. Dada la alteración causada por el proceso de la inactivación, los virus de estas vacunas no pueden replicarse, y, por lo tanto, las proteínas virales deben ser altamente inmunogénicas por sí mismas. De lo contrario, la formulación de la vacuna necesitará agregar un refuerzo o adyuvante para aumentar su inmunogenicidad. La forma inactivada de la vacuna contra el dengue es la TDENV-PIV (GlaxoSmithKline) pertenece a este grupo y se encuentra aún en desarrollo y mejoramiento[30].

Las vacunas recombinantes de vectores, también conocidas como vacunas quiméricas, se basan en virus o microbios atenuados para introducir ADN de un agente patógeno que imita una infección natural y estimula el sistema inmune. La vacuna CYD-TDV contra el dengue es un virus vivo atenuado. Es una vacuna tetravalente quimérica construida al clonar genes del DENV Pre-M y E en virus de fiebre amarilla cepa 17D Y pertenece a este grupo. Los ensayos clínicos de Fase III tienen demostrada la eficacia de la vacuna en la prevención de formas graves de dengue[28,31]. Hasta la fecha, esta es la única vacuna aprobada existente en el mundo. Primero se otorgó su licencia en México en diciembre de 2015, y para fines de 2016, 12 países adicionales de América Latina y el sudeste asiático también otorgaron la licencia a la vacuna CYD-TDV (Dengvaxia®)[32]. Se encontró que la vacuna fue efectiva para reducir el 60% del dengue, provee una eficacia entre el 65 -81% en la prevención del 80-90% de los casos de dengue hemorrágico en individuos de 9 a 45 años 6. El modelo dinámico de transmisión y los datos de ensayos clínicos han demostrado que la efectividad de Dengvaxia® depende principalmente del grupo de edad vacunado y la intensidad de transmisión local. Por lo tanto, la vacuna aún tiene algunas desventajas:

1) La tasa de reducción es baja: en ensayos clínicos, la vacuna solo redujo las posibilidades de desarrollar la enfermedad en aproximadamente un 60%.

2) No es efectiva para todas las edades: la vacuna solo está aprobada para su uso en personas de 9 a 45 años. De hecho, la vacuna parece ser menos efectiva en niños menores de 9 años que teóricamente necesitan más la inmunización.

3) Posiblemente se produzcan efectos secundarios: las personas vacunadas tienen potencialmente más probabilidades de padecer un dengue más agresivo si se ponen en contacto con algún tipo de virus del dengue más adelante en el transcurso de la vida.

Otro aspecto a considerar acerca de la eficacia de la vacuna, de acuerdo con la proporción de la población previamente infectada con dengue y el subtipo de dengue predominante, hace muy difícil la extrapolación directa de los resultados del ensayo a todas las áreas endémicas de dengue e impone la necesidad de estudios adicionales para esclarecer estas diferencias y dar recomendaciones basadas en evidencia científica más completa[33,34].

Poco se ha reportado sobre los riesgos potenciales de la exposición CYD-TDV durante el embarazo están aún por establecer. Si bien la influencia del estado serológico no había sido explorada, en un estudio reciente de caso-cohorte reevaluaron la eficacia y seguridad de CYD-TDV por el estado del virus dengue al inicio del estudio en tres de los ensayos de eficacia incluidos en el análisis (CYD14, CYD15 y CYD23 / 57). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, las recomendaciones e investigación a profundidad sobre la seguridad en mujeres embarazadas son una alta prioridad para poder justificar su uso[35,36].

Una vacuna similar a Dengvaxia® será un gran avance en el control del dengue a corto plazo, pero no será un tratamiento completo a largo plazo, incluso en los escenarios más optimistas. En el estudio realizado por Hadladish et al, en Yucatán, México, sugieren que la vacunación por sí sola no puede eliminar el dengue. Estrategias diferentes de mitigación del dengue están siendo desarrolladas activamente, y a largo plazo estas pueden complementar o reemplazar a Dengvaxia®[37].

Teniendo en cuenta estas perspectivas, la vacuna contra el dengue es más que nunca una verdadera

necesidad para mejorar la salud de los millones de individuos que habitan en las regiones endémicas del dengue. El desarrollo y la introducción de una vacuna contra el dengue son procesos desafiantes entre los gobiernos actuales y exigentes al mismo tiempo para los sistemas de salud pública que requieren la participación de todos los actores relevantes[28]. Como argumento teórico, es válido esperar que una vacuna sea completamente confiable, eficaz y segura, pero en la vida real, las vacunas generalmente se adoptan teniendo en cuenta un equilibrio entre los efectos positivos y los efectos adversos. Sin embargo, en referencia al desarrollo de esta nueva vacuna, los principales expertos en dengue señalan que: "La era en que la mayoría de las vacunas proporcionaban una eficacia mucho mayor del 90% ha terminado. Múltiples de las vacunas desarrolladas más recientemente solo proporcionan una eficacia parcial. Si bien las vacunas suelen estar autorizadas según la eficacia demostrada, el objetivo final de la vacunación va más allá de la eficacia".

Consideraciones para evaluar la pertinencia de las vacunas contra VPH, influenza y dengue

En Latinoamérica la incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino es entre 3 y 10 veces mayor que países industrializados y el PIB es un criterio recomendado por la OMS para implementar políticas de inmunización contra VPH; sin embargo, el PIB y el presupuesto en salud son considerablemente más bajos en Latinoamérica y no hay una justificación para implementar programas de vacunación poblacional contra VPH, ante el elevado costo. Un análisis de costo-efectividad de vacuna contra VPH en México determinó que las estrategias de prevención secundaria son más costo-efectivas para mujeres adultas, con la utilización del Papanicolaou. Para que la vacunación contra VPH sea costo-efectiva, deberá tener un costo no mayor de 18 USD por dosis[11].

Por otro lado, resulta pertinente disponer de información sobre efectos a largo plazo luego de la vacunación contra VPH y de la disminución de casos de CaCU, ya que las estimaciones del número de mujeres que es necesario vacunar para prevenir un caso de CaCU van de 324 a 9,080 según se suponga que la protección permanezca estable o mengüe en un 3% anual. No obstante, es preciso reconocer que los valores de anticuerpos protectores que logra la vacunación son muy elevados y que no hay pruebas de que se haya producido, durante los 5 años seguimiento, un descenso de los títulos de anticuerpos protectores que haga prever una paulatina pérdida de la efectividad a largo plazo[15].

La eficacia de la vacunación contra influenza está cuestionada en sí por múltiples variables, entre las principales causas encontramos: la rápida aparición de subtipos antigénicamente únicos, lo que continúa desafiando el ritmo actual de diagnóstico, selección de prototipos y distribución de vacunas, la eficacia de alrededor del 30-60%, la inmunidad preexistente determina el nivel de protección contra cepas novedosas y depende de la presencia de anticuerpos de reacción cruzada circulantes sin mencionar los efectos supuestamente atribuibles a esta vacuna[5].

Finalmente, el continuo aumento de la morbilidad relacionada con el virus del dengue y la mortalidad asociada plantea una grave amenaza para la Salud Pública mundial y que ha ejercido presión sobre los presupuestos nacionales de salud especialmente donde el dengue es endémico. La eficacia de la vacuna es cuestionada, ya que existen cuatro tipos de dengue genéticamente distintos virus (DENV 1-4), todos causantes de infección severa por dengue[38,39]. Durham P. Et al, en su estudio de Fase II-b sobre la eficacia de la vacuna contra el dengue demostró que la vacuna no mostró evidencia de protección contra DENV-2[40].Por tanto es menester realizar estudios de seroprevalencia para conocer los tipos de virus del dengue de mayor prevalencia en cada región antes de realizar la vacunación contra el dengue.

REFERENCIAS

1. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia. Manual de vacunación [Internet]. Ciudad de México: Talleres Gráficos de México; 2017. 446 p. Disponible en: https://www.gob.mx/salud%7Ccensia/documentos/manual-de-vacunacion-edicion-2017

2. Greenwood B. The contribution of vaccination to global health: past, present and future. Philos Trans R Soc B Biol Sci. 2014;369(1645):1-9. Disponible en: http://rstb.royalsocietypublishing.org/cgi/doi/10.1098/rstb.2013.0433

3. Pichon-Riviere A, Alcaraz A, Caporale J, Bardach A, Rey-Ares L, Klein K, et al. Costo-efectividad de la vacuna tetravalente contra VPH en Argentina, a partir de un modelo dinámico de transmisión. Salud Publica Mex. 2015;576:504-13.

4. Sánchez L, Lechuga A LE. Beneficios y riesgos de la vacunación contra el virus del papiloma humano. Ginecol Obstet Mex. 2011;7912:803-7.

5. Wong T, Ross TM. Steps toward a Universal Influenza Vaccine: Research Models and Comparison of Current Approaches. En: Baddour MM, editor. Steps Forwards in Diagnosing and Controlling Influenza [Internet]. IntechOpen; 2016. p. 87-118. Disponible en: http://www.intechopen.com/books/steps-forwards-in-diagnosing-and-controlling-influenza/steps-toward-a-universal-influenza-vaccine-research-models-and-comparison-of-current-approaches

6. Betancourt-Cravioto M, Falcón-Lezama JA, Tapia-Conyer R. Roadmap for the Introduction of a New Dengue Vaccine. En: Marcia S, editor. Dengue - Immunopathology and Control Strategies. 2017. Disponible en: http://www.intechopen.com/books/dengue-immunopathology-and-control-strategies/roadmap-for-the-introduction-of-a-new-dengue-vaccine

7. Negrín. JGS. Virus del Papiloma humano. Rev

Ciencias Médicas. 2009;34:168-87. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000400019&lng=es.

8. Sankaranarayanan R, Joshi S, Muwonge R, Esmy PO, Basu P, Prabhu P, et al. Can a single dose of human papillomavirus (HPV) vaccine prevent cervical cancer? Early findings from an indian study. Vaccine. 2018;36(32):4783-91. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.02.087

9. LaMontagne DS, Bloem PJN, Brotherton JML, Gallagher KE, Badiane O, Ndiaye C. Progress in HPV vaccination in low- and lower-middle-income countries. Int J Gynecol Obstet. 2017;138:7-14.

10. Ochoa F. Mitos y realidades de la vacunación contra el virus del papiloma humano. Gac Mex Oncol. 2015;144:214-21.

11. Lazcano-Ponce E, Salmerón-Castro J, García-Carrancá A, Aranda-Flores C M-M V. Recomendaciones para la definición de la política de vacunación contra el virus del papiloma en México. Salud Publica Mex. 2009;514:336-41.

12. Schiller JT, Castellsagué X, Garland SM. A review of clinical trials of human papillomavirus. Prophylactic vaccines . Vaccine. 2012;305:F123-38.

13. Gattinara GC, Bellelli E, Angelone DF, Santilli V, Nicolosi L. Adverse Events Related to Vaccination (VAEs): How to Manage the Further Doses of Immunization and Parents ' Hesitancy. En: Afrin F, editor. Vaccines. 6th ed. InTechOpen; 2017. p. 167-81. Disponible en: https://www.intechopen.com/books/vaccines/adverse-events-related-to-vaccination-vaes-how-to-manage-the-further-doses-of-immunization-and-paren

14. Boiron L, Joura E, Largeron N, Prager B, Uhart M. Estimating the cost-effectiveness profile of a universal vaccination programme with a nine-valent HPV vaccine in Austria. BMC Infect Dis. 2016;161:1-15. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1186/s12879-016-1483-5

15. Meites E, Kempe A M LE. Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) of a 2-dose schedule for human papillomavirus (HPV) vaccination. MMWR Morb Mortal Wkly Rep [Internet]. 2016;1-13. Disponible en: https://www.cdc.gov/vaccines/acip/recs/grade/hpv-2-dose.pdf

16. Liu XC, Bell CA, Simmonds KA, Svenson LW, Russell ML. Adverse events following HPV vaccination, Alberta 2006-2014. Vaccine. 2016;3415:1800-5. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2016.02.040

17. Torrecilla A, Pedregal M, Ruíz J. Efectos adversos de la vacunación contra el virus del papiloma humano. Aten Primaria. 2011;431:5-9. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2010.05.007

18. Organizacion Panamericana de la Salud. Reporte técnico de la onsulta con la Secretaría de Salud de México sobre los elementos clave para la sostenibilidad para la producción de vacuna contra influenza en el país en el marco del Plan Mundial de preparación ante una pademia. Ciudad de México; 2014. Disponible en: https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=document&category_slug=ops-oms-mexico&alias=1126-reporte-tecnico-consulta-realizada-con-secretaria-salud-mexico-sobre-elementos-clave-sostenibilidad-produccion-vacuna-contra-influenza-pais-marco-pl

19. Jamotte A, Chong CF, Manton A, Macabeo B, Toumi M. Impact of quadrivalent influenza vaccine on public health and influenza-related costs in Australia. BMC Public Health. 2016;161:1-12. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1186/s12889-016-3297-1

20. Tsutsui Y, Benzion U, Shahrabani S, Din GY. A policy to promote influenza vaccination: A behavioral economic approach. Health Policy (New York). 2010;97(2-3):238-49. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.05.008

21. Gutierrez JP, Bertozzi SM. [Influenza vaccination in the elderly population in Mexico: economic considerations]. Salud Publica Mex. 2005;473:234-9. Disponible en: http://www.scielosp.org/pdf/spm/v47n3/a07v47n3.pdf

22. De-la-Hoz F, Guzman N, Gómez A, Ruiz C. Policies and processes for human papillomavirus vaccination in Latin America and the Caribbean. 2017;1-8.

23. Organización Panamericana de Salud. Plan de Acción Mundial sobre Vacunas 2011-2020. Organización Mundial de la Salud. 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85398/1/9789243504988_spa.pdf?ua=1%5Cnsitio web de la OMS (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).%5Cn-Las

24. Wang TT, Bournazos S, Ravetch J V. Immunological responses to influenza vaccination: lessons for improving vaccine efficacy. Curr Opin Immunol. 2018;53:124-9. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.coi.2018.04.026

25. Freed G, Andreae M, Cowan A, Katz S. Vaccine safety policy analysis in three European countries: the case of thimerosal. Health Policy. 2002;623:291-307. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12385852

26. Zhang X, Friedl MA, Schaaf CB. Avian Influenza [Internet]. Vol. 111, Journal of Geophysical Research. 2006. 225 p. Disponible en: http://www.influenzareport.com/influenzareport.pdf

27. World Health Organization. Dengue guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control. WHO Press, editor. Geneva, Switzerland; 2009. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31071

28. Chen Y, Cheng H, Yang Y, Yeh M. The Regulation Requirement of Dengue Vaccines. En: Speran MAS, editor. Dengue Inmmunopathology and Control

Strategies. IntechOpen; 2017. p. 109-23. Disponible en: www.intechopen.com/books/dengue-immunopathology-and-control-strategies/the-regulation-requirement-of-dengue-vaccines

29. Secretaria de Salud. México aprueba la primera vacuna contra el virus del dengue a nivel mundial. 2015;1-4. Disponible en: http://www.cofepris.gob.mx/Documents/NotasPrincipales/09122015.pdf

30. Yeh M-K. The Regulation Requirement of Dengue Vaccines. En: Chen Y-C, Sperança MA, editores. Dengue - Immunopathology and Control Strategies. Rijeka: InTech; 2017. p. Ch. 7. Disponible en: https://doi.org/10.5772/67744

31. Halstead SB. Safety issues from a Phase 3 clinical trial of a live-attenuated chimeric yellow fever tetravalent dengue vaccine. Hum Vaccin Immunother. 2018;5515:00-00. Disponible en: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21645515.2018.1445448

32. World Health Organization. Weekly epidemiological record Relevé épidémiologique hebdomadaire. Geneva, Switzerland; 2017. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255870/WER9228.pdf;jsessionid=017DF998800F1E19742FA4326E7E3FCC?sequence=1

33. Hernández-Ávila M, Lazcano-Ponce E, Hernández-Ávila JE, Alpuche-Aranda CM, Rodríguez-López MH, García-García L, et al. Análisis de la evidencia sobre eficacia y seguridad de la vacuna de dengue CYD-TDV y su potencial registro e implementación en el Programa de Vacunación Universal de México. Salud Publica Mex. 2016;581:71-83. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26879510

34. Aguiar M, Stollenwerk N, Halstead SB. The risks behind Dengvaxia recommendation. Lancet Infect Dis. 2016;168:882-3. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/S1473-30991630168-2

35. Skipetrova A, Wartel TA, Gailhardou S. Dengue vaccination during pregnancy - An overview of clinical trials data. Vaccine. 2018;3623:3345-50. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.04.050

36. Deen J. The Dengue Vaccine Dilemma: Balancing the Individual and Population Risks and Benefits. PLoS Med. 2016;1311:1-4.

37. Hladish TJ, Pearson CAB, Chao DL, Rojas DP, Recchia GL, Gómez-Dantés H, et al. Projected Impact of Dengue Vaccination in Yucatán, Mexico. PLoS Negl Trop Dis. 2016;105:1-19.

38. Malisheni M. Clinical efficacy , Safety , and immunogenicity of a Live Attenuated Tetravalent Dengue vaccine (CYD- TDv) in Children : A Systematic Review with Meta-analysis. Front Inmunol. 2017;8(August):1-10. v

39. Osorio JE, Partidos CD, Wallace D, Stinchcomb DT. Development of a recombinant, chimeric tetravalent dengue vaccine candidate. Vaccine [Internet]. 2015;33(50):7112-20. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.11.022

40. Durham DP, Ndeffo Mbah ML, Medlock J, Luz PM, Meyers LA, Paltiel AD, et al. Dengue dynamics and vaccine cost-effectiveness in Brazil. Vaccine. 2013;31(37):3957-61.

Influencia de factores comunitarios en la calidad de vida de personas que viven con VIH/sida. Percepción de líderes de opinión.

Community factors influence on quality of life of people living with HIV / sida. Perception of opinion leaders.

Aguirre Martinez Patricia A[1], Fernández Argüelles Rogelio A[2], Jalomo Ortiz Martha K[3]

RESUMEN

Objetivo: Analizar la percepción de los líderes de opinión respecto a la influencia de factores comunitarios en la calidad de vida de las personas que viven con Virus de Inmunodeficiencia Humana/ sida (VIH/sida). **Métodos:** Estudio cualitativo con entrevista semiestructurada a los líderes de opinión en VIH/sida. **Resultados:** En relación a la categoría atención médica institucional, se mostró la presencia de diversos obstáculos que impiden el acceso a la atención especializada. En la atención hospitalaria esta comunidad percibió una mala atención que está relacionada con una falta de capacitación y sensibilización por parte del personal. **Conclusiones:** La comunidad de personas que viven con virus de VIH/sida en el estado de Nayarit tiene problemas de acceso a la atención médica y al tratamiento antirretroviral de gran actividad, debido a la distancia, el tiempo y el costo en trasporte. El estigma social de la enfermedad y la discriminación siguen presentes en los hospitales y centros de salud, derivándose en una mala atención. La capacidad de agencia y el cuidado colectivo de las organizaciones de la sociedad civil en VIH/sida ofrecen una red de apoyo social y refuerzan la defensa de derechos humanos.

Palabras claves: sida, virus de inmunodeficiencia humana, organizaciones de la sociedad civil, discriminación.

ABSTRACT

Objective: To analyze the perception of opinion leaders regarding the influence of community factors on the quality of life of people living with HIV/AIDS. **Methodology:** Qualitative study with semistructured interviews to opinion leaders in HIV/AIDS. **Results:** Regarding the institutional care category we found the presence of various obstacles that prevent access to specialized care. Regarding the hospital care category we found that this community perceived poor care related to a lack of training and awareness on part of the staff. **Conclusions:** The community of people living with HIV/AIDS in the state of Nayarit has problems to get medical care and the highly active antiretroviral treatment they need, because of distance, time and cost in transportation. The social stigma and discrimination of the disease are still present in hospitals and health centers, deriving in poor medical care. Agency capacity and collective care of CSOs in HIV /AIDS is critical to this community because it offers a social support network and reinforces the defense of human rights.

Keyword: AIDS, human immunodeficiency virus, civil society organizations, discrimination.

1. Maestro en Salud Pública.
2. Dr.en C. Coordinador de la Maestría en Salud Pública, Universidad Autónoma de Nayarit.
3. M. en C. Docente de la Unidad Académica de Medicina, Universidad Autónoma de Nayarit.

Fecha de recibido: 23 de abril de 2017 Fecha de aceptado: 7 de agosto de 2017

INTRODUCCIÓN

Diferentes estudios realizados en todo el mundo y en México concluyen que las personas que viven con el virus del VIH/sida (PVVS) frecuentemente son víctimas del estigma social, la discriminación y de la violación de los derechos humanos. En muchos casos se viola su derecho de confidencialidad, en otras ocasiones la prueba diagnóstica se utiliza en los servicios de salud como un instrumento para ofrecer o negar la atención no salvaguardando la confidencialidad y la autonomía de la prueba; esto condiciona los derechos de las PVVS o los soslaya[1, 2].

En México la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) está disponible para todas las personas que padecen Virus de Inmunodeficiencia Humana/ sida (VIH/sida)[3], lo que ha llevado a una reducción de la morbilidad y mortalidad, prolongando la vida de estas personas y convirtiendo esta enfermedad en una enfermedad crónica tratable. Aunque estos fármacos antirretrovirales son otorgados de forma gratuita a las PVVS, existen problemas de accesibilidad al tratamiento integral, relacionados con el número de centros de atención, la distancia y el costo en trasporte. Esta investigación tiene como objetivo profundizar en las problemáticas y vivencias de las personas de esta comunidad en el medio laboral, ambiental, familiar y cultural y dentro de los servicios de salud; siendo todos estos determinantes claves para las PVVS.

México registra aproximadamente 170,963 casos de sida hasta el primer trimestre de 2014, tiene una prevalencia en población general (15-49 años) de 0.24. Nayarit cuenta con 2,175 casos notificados de sida desde 1983 hasta el 2013, de los cuales 1,780 son hombres y 395 mujeres[4].
Los Determinantes Sociales de la Salud abarca todo el conjunto de las condiciones sociales en que las personas viven, trabajan y mueren, que son las características sociales dentro de las cuales tienen lugar la vida. Éstos son definidos como: “Estructuras sociales y sistemas económicos, complejos, integrados e interrelacionados que incluyen el ambiente social, físico y los servicios de salud, factores estructurales y sociales que son responsables por la mayoría de las inequidades en salud[5],[6]. La calidad de vida en la comunidad de personas que viven con VIH/sida es afectada con el apoyo social y familiar, la falta de accesibilidad, la insuficiencia de recurso económico para el transporte, y así también, por diversos obstáculos sociales.

La pobreza y la vulnerabilidad están íntimamente relacionadas con el avance de la epidemia del VIH/sida, por lo que todas las acciones deberán estar vinculadas con el desarrollo social y económico del país; además, con el objeto de detener la epidemia para el año 2015, es necesaria la coordinación intersectorial y la participación social, así como involucrar a las personas afectadas por el VIH/sida en todas las acciones[7].

El VIH/sida no afecta de la misma manera a las personas de distinta condición socioeconómica. La pobreza, la privación relativa (trata de personas) y la exclusión social ejercen un gran impacto sobre la salud y provocan una muerte prematura[6]. Existe una marcada tendencia a “castigar” más a quienes se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad. Se produce, entonces, una especie de sobre-exclusión; es decir, la exclusión social de los ya excluidos por otras razones (homosexuales, drogadictos, prostitución, etc). Así también, la pobreza y el analfabetismo son dos factores que tienden a elevar el riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH/sida[8]. Las personas de bajos recursos no pueden costear los condones y el tratamiento de una ITS; las personas con bajos niveles educativos, no tienen acceso a la información preventiva o bien la misma no se realiza de forma que puedan comprenderla con facilidad. Hay otros factores de vulnerabilidad que enfatizan la doble exclusión que sufren las personas con VIH/sida, se trata de personas que por una u otra causa, sufren la violación de sus derechos humanos. La estigmatización social de la enfermedad amplifica las exclusiones en los espacios laborales, en los servicios de salud y hasta en el seno de las unidades familiares[1],[9].

Los medicamentos para combatir el VIH deben estar disponibles en un número suficiente de establecimientos, deben estar accesibles a todos sin discriminación (accesibles física y económicamente) y deben ser de buena calidad[10].

Está comprobado que el apoyo social y las buenas relaciones sociales contribuyen de manera importante a la buena salud[6, 11].Las organizaciones de la sociedad civil son un instrumento social por medio del cual las personas que viven con VIH/sida reciben apoyo, pueden apoderarse de su salud y sobre todo por el reconocimiento de la capacidad de “agencia” de estos actores sociales facilitando la movilización y conformación de redes de autoayuda[12].

MÉTODOS

Esta investigación presenta un enfoque metodológico cualitativo, que busca la comprensión de los fenómenos sociales desde las experiencias y puntos de vista de los actores sociales. Se utilizó la entrevista a profundidad semiestructurada diseñada con base en las categorías de análisis construidas a partir de un marco teórico de los determinantes sociales de la salud (ver cuadro I).

Estableciendo contacto con la Responsable Estatal del Programa para la Prevención y el Control del VIH/ SIDA e ITS en el estado de Nayarit, se identificó a los líderes de opinión en VIH/sida los cuales son dirigentes de la organizacion de la sociedad civil (OSC) en respuesta al VIH/sida como: El Amor Cura, Ser Libre, CODISE y Fuerza Unida Gay. Dándoles toda la información necesaria y solicitándoles su consentimiento bajo información, se aplicó la entrevista a profundidad, utilizando un instrumento semiestructurado, con

duración aproximada de una hora. Los participantes fueron abordados en dos ocasiones.

Cada entrevista pasó por un proceso de audio grabación que posteriormente se transcribió a texto por medio de un procesador de palabras, estas a su vez fueron depuradas para construir un documento base, que fue cargado en un software de análisis cualitativo. Se realizó el trabajo de codificación selectiva basada en las categorías y subcategorías de análisis. Algunas categorías fueron establecidas al principio, pero algunas surgieron después, lo que nos permitió interpretar la realidad, a través de las categorías que se extraen de meta texto, a fin de estructurar un modelo.

Las categorías y subcategorías fueron las siguientes: Atención médica en el CAPASITS conformada por accesibilidad, atención integral, prevención y usuarios. Atención médica hospitalaria conformada por calidad de la atención y discriminación. Organizaciones de la sociedad civil conformada por cuidado colectivo, recurso financiero, prevención de OSC, derechos humanos y diversidad sexual. Relación con la familia conformada por educación sexual, rechazo y apoyo familiar. Relación con su lugar y compañeros de trabajo conformada por ambiente laboral, violación de los derechos humanos, permisos laborales y legalidad. Relación con la comunidad conformada por lectura del mundo de la comunidad donde se vive y conocimiento del tema de esa sociedad donde interactúa y por último la categoría Relación con otros protagonistas sociales, conformada por interacción de los diferentes activistas, relación OSC-SSA.

Los códigos vivos que surgieron a partir de estas categorías y subcategorías fueron 150, por medio de esta codificación se efectuó el análisis del estudio, lo cual dio forma a la interpretación efectuada a partir del contenido semántico. El software de análisis cualitativo nos arrojo redes semánticas que nos mostraban la fuerza o debilidad de cada código a través de las recurrencias, las interrelaciones entre sí, y la clasificación como códigos positivos o negativos. El análisis textual implico un ir y venir entre los datos vertidos por los informantes, lo que permitió la realización de memos teóricos y de comentarios que apoyaron en la interpretación.

Cuadro I. Categorías y subcategorías de análisis

Categorías	Subcategorías
Atención médica institucional	Accesibilidad, Prevención, Atención integral, Barreras culturales
Atención médica hospitalaria	Calidad de la atención, Discriminación
Organizaciones de la sociedad civil	Cuidado colectivo Defensa de los derechos humanos
Relación con la familia	Rechazo, Apoyo familiar
Relación con su lugar y compañeros de trabajo	Ambiente Laboral, Violación de los derechos humanos, Legalidad
Relación con la comunidad	Lectura del mundo de la comunidad donde se vive Conocimiento del tema de esa sociedad donde interactúa
Relación con otros protagonistas sociales	Interacción de los diferentes activistas, Interacción entre OSC e institución de salud.

RESULTADOS

En cuanto a la atención médica institucional a través de los Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y haciendo referencia a la accesibilidad el análisis de los datos mostró la presencia de diferentes obstáculos que minimizan la accesibilidad de los usuarios al centro; estos se dividen en 3: 1) Obstáculos sociales: “temor al conocimiento de la enfermedad por parte de terceros”, y “miedo a saberse VIH positivo”. 2) Obstáculos económicos: “entonces el bajo recurso económico es una barrera que no les permite llegar a acceder a este centro”; gasto en trasporte. 3) Obstáculos geográficos: Limitado número de centros de atención y ubicación.

En la atención integral, se muestra un factor positivo y recurrente que es la capacitación del personal médico, esta comunidad considera que están siendo atendidos por personal capacitado.

En cuanto a la prevención que se realiza por medio de los CAPASITS se señala la falta de campañas de prevención focalizadas a grupos de riesgo y a población abierta. Se muestra un factor débil en cuanto a la relación entre la prevención que realiza este centro especializado y la prevención que realizan las OSC, este análisis muestra que esta relación está debilitada y las dos partes realizan prevención, pero por separado.

En la atención médica hospitalaria y refiriéndose a la calidad de la atención se vieron reflejados diversos factores negativos, siendo estos: la violación de derechos, las demandas por pruebas de detección de VIH sin consentimiento, el maltrato o negación de servicios. Otro de los problemas detectados fue la falta de suministro de medicamentos para tratar las infecciones oportunistas.

Aunque el personal de salud se encuentra mejor capacitado en la temática del VIH/sida, todavía falta sensibilización de este personal hacia los pacientes seropositivos. El estigma social de la enfermedad y la discriminación siguen presentes en los hospitales y centros de salud, derivándose en una mala atención, que es sin duda un factor muy recurrente en esta categoría, debido al miedo de contagio, los señalamientos sociales y la ignorancia sobre el VIH/sida.

Dentro de las OSC, en el cuidado colectivo se muestran recurrentes algunos factores positivos como el grupo de autoayuda que es una fuente de apoyo emocional y social dentro de esta comunidad; algunos otros son el monitoreo de la calidad de la atención, la ayuda mutua y la capacidad de agencia. Este último es bastante significativo, reflejada en la organización y defensa de los derechos humanos; algunos otros factores de igual importancia pero más débiles fueron las reuniones afines, promoción de la responsabilidad en el tratamiento, concientización con los familiares y la accesibilidad a medidas preventivas.

En los que respecta al recurso financiero de las OSC, se muestra debilitado, ya que se requiere de una Clave Única de Inscripción al Registro (CLUNI), para bajar recurso financiero de la federación. Solamente una OSC tiene acceso a CLUNI ya que está vinculada a una OSC nacional. La mayoría de estas organizaciones refiere no tener recurso financiero, limitando así sus acciones de prevención y la ayuda económica para transporte o medicamentos de estos pacientes.

Dentro de estas organizaciones, la prevención se realiza con el reparto de volantes, pláticas, promoción del uso sistemático del condón y campañas focalizadas. El único factor negativo es el desabasto de condones "hay desabasto y no hay suficientes preservativos".

Un factor muy recurrente fue la defensa de los derechos humanos, sin duda estas organizaciones de la sociedad civil ayudan a las personas, otorgan información sobre sus derechos coadyuvando en el empoderamiento de sus miembros. Todas estas OSC tienen como propósito eliminar la discriminación en las PVVS y en los transgénero, transexuales, travesti y toda población vulnerable y sobre excluida. Se hace hincapié en que el VIH es igual a una enfermedad como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, debiendo parar el estigma hacia esta enfermedad, por lo que una persona que tenga VIH puede desempeñar cualquier trabajo para el cual esté capacitado.

En relación con la familia y en la subcategoría rechazo, el rechazo de los familiares hacia el enfermo todavía ocurre, pero esta investigación revela que ha venido disminuyendo cuando se otorga más información a las familias sobre la enfermedad.

El apoyo familiar se muestra debilitado, reflejando escasa ayuda económica para el transporte; el factor "comparten su estado serológico" revela que las personas buscan a sus amigos más íntimos o familiares para compartir sobre su enfermedad. En cuanto a la integración familiar se refleja la complejidad de enfrentar una enfermedad catastrófica como lo es el VIH. El rechazo social es evidente en nuestra comunidad y está fuertemente relacionado con la falta de conocimiento sobre el VIH y el sida, este rechazo social está asociado a prostitución-VIH y a homosexualismo-VIH.

En el ambiente laboral la violación de derechos humanos se mostró muy recurrente; esta violación se observa con los despidos injustificados, la prueba de VIH obligatoria y la sobre-exclusión que se ve relacionada con el trabajo sexual.

En cuanto al factor apertura de la sociedad este análisis refleja una asociación entre la apertura y la gente joven, ya que desde temprana edad se les habla de este problema de salud. Se muestra también, una asociación entre los factores conocimiento del VIH, aceptación y apertura; a mayor conocimiento sobre VIH, más prevención y sensibilización en la comunidad.

Los resultados mostraron que los grupos que reúnen a la comunidad de personas que viven con VIH, generan una capacidad de agencia que beneficia a esta población, al generar una red que ofrece apoyo social y psicológico a sus miembros; comparten información práctica y ayudan a las familias a afrontar la enfermedad; ofrecen a sus miembros oportunidades de hallar formas innovadoras de abordar la prevención, la protección, la atención y el apoyo respecto del VIH; así como el apoderamiento de los derechos humanos y la movilización de recursos.

DISCUSIÓN

En cuanto al estigma y discriminación existente para las PVVS dentro del ámbito hospitalario y que se percibe de los mismos prestadores de servicios de salud en México concluyendo que el efecto negativo del estigma y la discriminación de las PVVS se refleja en los obstáculos para la utilización de los servicios de salud, para el acceso a tratamientos de enfermedades oportunistas y terapéuticas antirretrovirales, así como el acceso a información para la prevención; esta investigación arrojo resultados similares en cuanto a la atención médica hospitalaria relacionada al estigma ocasionado por miedo al contagio, la existencia todavía de señalamientos como etiquetas de "pacientes con VIH", violación de la confidencialidad, y la falta de sensibilización del personal entre otros.

Los resultados sobre la existencia de discriminación y la sobre-exclusión a grupos de gays, lesbianas, travestis, transexuales, transgénero, bisexuales e intersexuales en esta investigación coinciden con los resultados obtenidos por Lafaurie M en 2011[13]; donde la discriminación a estos grupos incide en cuanto a morbilidad y mortalidad de VIH, también la vulnerabilidad de este grupo a la infección se liga a la pobreza y a la frecuente inmersión en la prostitución; es por eso de la importancia de las organizaciones de la sociedad civil en respuesta al VIH/sida y de representación, esta investigación refleja que el apoyo social dado por estas redes de ayuda impacta positivamente en la vida de estas personas, ya que se incrementa el acceso a información veraz y a mecanismos de prevención; además se promueve la defensa de los derechos humanos a través de la capacidad de agencia de estas organizaciones.

La comunidad de personas que viven con VIH/sida en el estado de Nayarit tienen problemas de accesibilidad a su atención médica y hacia su tratamiento antirretroviral de gran actividad, debido a la distancia, el tiempo y el costo de transporte para acceder a esta atención especializada. Esta investigación reflejo la necesidad imperante de la habilitación de otro CAPASITS en el Norte del estado, con el fin de facilitar el acceso a la población que habita en esta zona.

Esta investigación reflejó una relación debilitada entre las diferentes OSC y la Secretaría de Salud en respuesta al VIH/sida. Considero necesario fortalecer la interacción y la respuesta a niveles colectivos de parte de las diferentes OSC y hacia la Secretaría de Salud, con el fin de transformar y desarrollar nuevos

modos de vivir y nuevas formas de luchar contra la exclusión social desde el ámbito comunitario.

REFERENCIAS

1. Infante C, Zarco A, Cuadra SM, et al. El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. Salud Pública de México 2006;48:141-50.

2. DOF. Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. En: NOM-010-SSA2-2010. Diario Oficial de la Federación: Diario Oficial de la Federación; 2010:26.

3. CENSIDA. Manual de organización específico del centro ambulatorio para la prevención y atención del sida e infecciones de transmisión sexual (CAPASITS). En: SALUD, ed.: CENSIDA; 2006:52.

4. CENSIDA. Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México; Registro Nacional de Casos de Sida Actualización al 30 de juniode 2014. En; 2014.

5. OMS. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Report from the Commission on Social Determinants of Health. En: Comisión sobre los determinantes sociales de la salud; 2008:256.

6. OMS. Los determinantes sociales de la Salud: Los hechos probados. En: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003:33.

7. Secretaría de Salud. Programa de Acción:VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). En. México, D.F: Secretaría de Salud; 2006:58.

8. Gala Á, Berdasquera D, Pérez J, et al. Dinámica de adquisición del VIH en su dimensión social, ambiental y cultural. Revista Cubana de Medicina Tropical 2007;59:0-.

9. OMS. Protección de los derechos humanos en el contexto del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA). En: OMS; 2010:1-23.

10. ONU. Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales. En; 1976:14.

11. Louro I. Modelo de salud del grupo familiar. Rev Cubana Salud Pública 2005;31:10.

12. Long N. Sociología del desarrollo: una perspectiva centrada en el actor. México, D.F.: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social: El Colegio de San Luis.; 2007.

13. Lafaurie MM, Forrero AE, RJ. M. Narrativas de travestis sobre su vivencia con el VIH/Sida. Invest Educ Enferm 2011:9.

Factores condicionantes de la falta de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: caso Unidad de Medicina Familiar 33, Tabasco México.

Factors that determine the lack of therapeutic adherence in patients with diabetes mellitus type 2: Case Family Medicine Unit 33, Tabasco, Mexico.

Pérez Pavón Abel[1], López Espinosa Raul A[2], Garrido Pérez Silvia M G[1], Casas Patiño Donovan[3, 4], Rodríguez Torres Alejandra[3, 4, 5]

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores que condicionan la falta de adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la UMF No. 33 de Emiliano Zapata Tabasco. **Métodos:** Estudio transversal, analítico, en el que se incluyeron 129 pacientes de la Consulta externa de Medicina Familiar, con edad promedio 57.76 años, se evaluaron las condicionantes de falta de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2**,** se obtuvieron variables sociodemográficas, nivel de conocimiento, acceso a servicios de salud, satisfacción del usuario, calidad de vida y aspectos farmacológicos, la recolección de datos se realizó a través de una encuesta previamente validada, el análisis de variables se realizó con estadística descriptiva, Chi cuadrada y formula no paramétrica de Kruskall Wallis. **Resultados:** El comparativo mediante Chi cuadrada de Pearson ***de adherencia*** terapéutica y satisfacción usuaria reportó: (X^2= 0.032 GL; 2 p=0.98. efecto adverso (X^2= 13.012 GL 2 p; 0.001) y ANOVA de un factor de adherencia terapéutica y las siguientes variables, nivel socioeconómico (F= 23.833 GL 2 p; 0.005), evolución de diabetes (F= 4.169 GL 2 p; 0.018). **Conclusiones:** Existe un alto grado de adherencia en los fármacos hipoglucemiantes y tratamiento con insulina, pero no en la dieta y el ejercicio. El género femenino, el estado civil casado, el medio de procedencia urbano, la escolaridad con grado de nivel primario, fueron los hallazgos sociodemográficos de mayor frecuencia, de los anteriores el nivel socioeconómico IV (Obrero) influye en la adherencia terapéutica.

Palabras clave: Adherencia terapéutica, Diabetes mellitus.

ABSTRACT

Objective: To determine the factors that condition the lack of therapeutic adherence in patients with Type 2 Diabetes Mellitus of UMF No. 33 of Emiliano Zapata Tabasco. **Material and methods:** Cross-sectional, analytical, which included 129 patients from the Family Medicine outpatient clinic, with an average age of 57.76 years. The conditioning factors of lack of therapeutic adherence were evaluated in patients with type 2 diabetes mellitus. Sociodemographic variables were obtained. level of knowledge, access to health services, user satisfaction, quality of life and pharmacological aspects, data collection was performed through a previously validated survey, variable analysis was performed with descriptive statistics, Chi square and formula no parametric of Kruskall Wallis through the statistical package SPSS for Windows**. Results:** Pearson's Chi square comparison of therapeutic adherence and user satisfaction reported: (X2 = 0.032 GL; 2 P = 0.98) adverse effect (X2 = 13,012 GL 2 p; 0.001) and ANOVA of a therapeutic adherence factor and the following variables, socioeconomic level (F = 23,833 GL 2 p; 0.005), evolution of diabetes (F = 4.169 GL 2 p, 0.018). **Conclusions:** There is a high degree of adherence in hypoglycemic drugs and treatment with insulin but not in diet and exercise. Female gender, married marital status, means of urban origin, schooling with primary level, were the most frequent sociodemographic findings, of the previous socioeconomic level IV (Worker) influences the therapeutic adherence.

Key words: Therapeutic adherence, Diabetes mellitus.

1. Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar 43, Tabasco México.
2. Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Sub Zona No. 4, Tabasco México.
3. Universidad Autónoma del Estado de México.
4. Universidad Intercultural del Estado de México.
5. Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar 73, Amecameca Estado de México

Fecha de recibido: 23 de abril de 2017 Fecha de aceptado: 7 de agosto de 2017

INTRODUCCIÓN

El control de la diabetes depende de la adherencia terapéutica que se conceptualiza como el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación con los medicamentos que ingiere, seguimiento de una dieta o cambios en su estilo de vida[1-3]. La falta de adherencia es una de las principales causas de fracaso terapéutico, es tema prioritario en salud pública que tiene repercusiones en diversos ámbitos; las perspectivas actuales sobre la atención del paciente con DM otorgan una función central al autocuidado[4].

La falta de adherencia al tratamiento o incumplimiento terapéutico es un problema relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas. Se estima que, en general, un 20-50% de los pacientes no toma sus medicamentos como están prescritos[5].

En estudios de Oceanía con 501 pacientes, encontraron que la falta de apego a las guías de tratamiento fue de 16.8% IC: (14.7-18.8), falta de adherencia 10.2% IC: (0-23.2%), efectos adversos;10.7% IC: (0-23.7%); Los pacientes relacionaron la falta de apego a tratamiento por efectos adversos en 5.4% IC:(0-18.7%) de casos y 20%IC:(7.8-32.2%) consideraron no necesario algún medicamento del tratamiento establecido[6-8]. En un meta-análisis del 2007 se encontró asociación significativa entre depresión y falta de apego a tratamiento médico en pacientes con diabetes y se consideró relación importante entre depresión y eventos clínicos de empeoramiento en pacientes con diabetes[9].

The American Journal of Managed Care menciona que los índices de adherencia terapéutica en diabetes no son óptimos y las consecuencias del pobre apego repercuten en las expectativas de los pacientes e incrementa el costo en los tratamientos[10]. En un ensayo clínico controlado aleatorizado en EEUU realizado durante el 2009 con 214 pacientes, encontraron que ajustes frecuentes de farmacoterapia, produce una mejora en el control de los niveles de glicemia (p <.001); sin embargo, esta intervención médica no provoca cambios en índices de apego a tratamiento médico ([RR] = 2.97)[11]. En un estudio descriptivo en Tanzania con 272 pacientes con diabetes en encontraron que 77 (28.3%) se reportaron no adherente. Destacaron alcoholismo, efectos adversos de medicamentos y distancia a su centro de salud como factores de falta de apego a tratamiento[12-14].

En Chile en un estudio transversal con 96 pacientes con DM2, encontraron que la proporción global de pacientes que resultó adherente al tratamiento farmacológico fue del 62.5%, similar en ambos sexos. El control metabólico estuvo presente en 28% de los pacientes, pero no guardó relación con la adherencia auto-reportada (p=0,052) [14]. En ese mismo país, encontraron que pacientes con DM2 con satisfacción adecuada del servicio recibido, presentaron adhesividad al tratamiento y controles de salud en un 20 a 23% más que aquellos con menor satisfacción[15]. En un estudio realizado en cuba por Ramos y morejón durante el 2017 demostró que en 63 % de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 no cumple con las recomendaciones terapéuticas y que son las representantes del sexo femenino las mayores cumplidoras del tratamiento (73 %), predominó como rango de edad de 51-60 años (82 %); se destacó el sexo masculino como el más incumplidor en rangos de edad de 30- 40 y 51-60 años[16]. En México en Aguascalientes en un estudio descriptivo con 238 pacientes con DM2; se encontró que la prevalencia de adherencia al tratamiento fue de 27.0%; situación que indica que un porcentaje mayor al 70% no tiene apego a tratamiento[17]. Mientras que en Guerrero México, Meneses R y Cols. y entre otros autores, reportaron que el gasto en tratamiento es el factor institucional con confianza estadística asociado a la falta de apego al tratamiento, siendo otro segundo factor de importancia el olvido de la cita médica de control[18-23].

MÉTODOS

Estudio de investigación en el que se utilizó un diseño transversal analítico y retrospectivo en pacientes de la UMF No. 33, de Emiliano Zapata Tabasco, con el propósito de identificar factores de riesgo que condicionan falta de apego a tratamiento en los pacientes con diabetes Mellitus tipo 2, el cálculo muestra se realizó mediante la fórmula de N para poblaciones infinitas(n=129), con un intervalo de confianza del 95%, el muestreo se realizó por aleatorización simple, se incluyeron a los pacientes que reunieron los criterios de selección, a todos los pacientes se les aplicaron 8 instrumentos previamente validados durante un periodo de 4 meses, se aplicaron 2 cuestionarios mensuales por cada cita, con apoyo de personal capacitado previamente. El análisis de variables se realizó a través de estadística descriptiva y formula no paramétrica de Kruzkall Walis a través del paquete estadístico SPSS versión 21.

RESULTADOS

Se incluyeron 129 pacientes de la UMF No. 33 de Emiliano Zapata, Tabasco, México que reunieron los criterios de selección, se aplicaron 8 instrumentos. El análisis descriptivo de los grupos etaréos reporta lo siguiente: 26-30; 1(0.78%), de 31-35; 4(3.1%), 36-40; 7(5.43%), 41-45; 12(9.3%), 46-50; 15(11.63%), 51-55; 14(10.85%), 56-60; 22(17.05%), 61-65; 18 (13.95%), 66-70; 13(10.08%), 71-75; 10(7.75%), 76-80; 9 (6.98%), 81-85; 3(2.33%), 86-90; 1(0.78%). Con una edad promedio de 57.76 años. El grado de adherencia se reportó de la siguiente manera: alta; 125 (96.9%), media3 (2.3%) baja; 1(0.8), las condicionantes de falta de adherencia terapéutica, se describen en el cuadro I.

Cuadro. I Muestra las características sociales y demográficas de los pacientes con diabetes Mellitus 2 sometidos al estudio.

Características	(n=129)	%	X2/Anova GL:2	P
Genero				
Masculino	48	37.2	1.716	0.42
Femenino	81	62.8		
Procedencia				
Urbano	115	89.1	0.503	0.78
Rural	14	10.9		
Estado civil				
Soltero	2	1.6		
Casado	101	78.3		
Divorciado	2	1.6		
Viudo	21	16.3	1.953	0.15
Unión libre	2	1.6		
separado	1	0.8		
Escolaridad				
Analfabeta	8	6.2		
Primaria	83	64.3		
Secundaria	25	19.4	1.34	0.4
Bachiller	8	6.2		
Licenciatura	5	3.9		
Nivel socioeconómico				
I. alto	4	3.1		
II. medio alto	5	3.9		
III. medio bajo	25	19.4	23.83	0.01
IV.. obrero	90	69.8		
V.. Marginal	5	3.9		
Accesibilidad				
Accesible	115	89.1	0.503	0.78
No accesible	14	10.9		
Transporte				
Autobús	1	3.1		
Colectivo/8 pasajeros	34	26.4		
A pie	7	5.4		
Taxi	51	39.5	1.839	0.16
Bicicleta	1	0.8		
Automóvil propio	34	24		
Otro	1	0.8		

Fuente: elaboración propia

Cuadro II. Características relacionadas con el paciente, la enfermedad y condiciones externas analizadas en el estudio.

Comorbilidad				
Hipertensión arterial	50	38.8		0.43
Osteoartrosis	4	3.1		
Dislipidemia	3	2.3		0.43
Gastritis	1	0.8		
Ninguna	69	53.5		
Otra	2	1.6		
Tiempo de evolución de la Diabetes Mellitus				
1-5 años	34	26.4		
6-10 años	51	39.5	4.16	0.02
Más 10 años	44	34.1		
Grado de adherencia al Tratamiento				
Alta	125	96.9		
Media	3	2.3	NA	NA
Baja	1	0.8		
Funcionalidad Familiar				
Funcional	11	8.5		
Moderadamente funcional	91	70.5	0.064	0.11
disfuncional	27	20.9		
Apoyo social				
Normal	53	41.1	0.786	0.68
Percibido Bajo	76	58.9		
Apoyo en la toma de medicamentos				
Si	6	4.7		0.9
No	123	95.3		
Grado nutricional				
Desnutrición	1	0.8		
Normal	13	10.1		
Sobrepeso	39	30.2		
Obesidad Grado 1	52	40.3	2.526	0.08
Obesidad Grado 2	15	11.6		
Obesidad grado 3	9	7		
Efecto adverso del tratamiento medico				
Con efecto adverso	3	2.3	13.012	0
Sin efecto adverso	126	97.7		
Dispensación				
Completo	8	6.2	3.94	0.14
incompleto	121	93.8		
Tipo de tratamiento				
Oral	119	92.2		
Insulina	7	5.4	0.25	0.9
combinado	3	2.3		
Causa de no dispensación				
No hay medicamento	120	99.2	0.013	0.99
Olvido surtir receta	1	0.8		

Cuadro III. Muestra las características (Sociales) relacionadas con el conocimiento, percepción y actividades de los pacientes sometidos al estudio.

Asistir al servicio de nutrición				
Si	2	1.6	0.065	0.97
No	127	98.4		
Conocimiento de diabetes				
Aceptable	3	2.3		
No aceptable	126	97.7		
Conocimiento sobre dieta				
Si	2	1.6	0.065	0.97
No	127	98.4		
Grado de satisfacción del servicio de salud				
satisfecho	128	99.2	0.032	0.98
No satisfecho	1	0.8		
Calidad de vida				
Mala	7	5.3	0.237	0.89
Buena	122	92.4		
Ejercicio				
Si	10	7.8	0.347	0.84
no	119	92.2		
Nivel de actividad				
Sedentario	25	20.9		
Irregularmente activo	58	45		
Regularmente activo	44	32.6	1.873	0.16
Activo	2	1.6		
Conducta al no tener el fármaco				
Lo compra	111	91.7		
Lo presta	6	5	NA	NA
No lo toma	4	3.3		
n=129 GL=2				

Fuente: elaboración propia

DISCUSIÓN

La Diabetes Mellitus es un problema de salud pública, cuya incidencia es cada vez mayor en países de diferentes condiciones económicas, y la falta de adherencia terapéutica es un problema común. Sin embargo, la presente investigación, reporta una inclinación hacia un grado de adherencia alta (96.9%) con respecto al fármaco, lo que difiere con Fürthauer J y Cols[7] donde encontraron que la falta de apego a las guías de tratamiento fue de 16.8% (Cuadro 2), es indudable que se suman diferentes factores estrechamente relacionados como educación, socioeconómicos, Atención Médica y Psicológica, que interactúan en el comportamiento del paciente.

Las características sociales y demográficas consideradas de mayor relevancia implican mayor proporción en el género femenino; pero sin significancia estadística en el contraste de la variable adherencia, lo que concuerda con Cabrera de León, Gigoux y Cols [3-8] y discrepa con Zuart-Alvarado y Cols[24], Ramos y Morejón [16] encontraron que la población femenina es más adherente que el sexo masculino, esto podria ser consecuencia de una mayor concientización hacia el cuidado personal, lo que involucra desde el conocimiento de la enfermedad hasta los cuidados primarios de que repercuten en la enfermedad.

El contraste de variables de adherencia terapéutica y efectos relacionados con el fármaco, reporto que la ausencia de efectos adversos del medicamento son una variable con estadística significativa para el grado de apego, es importante considerar que los efectos adversos en el estudio de Fedrick y Cols.[12] se reportan como factores que contribuyentes a la falta de apego a tratamiento, por lo que al ser muy bajo los efectos no deseados favoreció el apego en la presente investigación. Asimismo, al contrastar los diferentes estados nutricionales y adherencia terapéutica no reportó significancia, aunque el 40.3% reporto obesidad Grado I (Cuadro 2), lo cual es similar a lo encontrado en la ENSANUT 2016 medio-camino. Por otro lado, el nivel socioeconómico presenta significancia estadística, por lo que los pacientes con obesidad y de estatus socioeconómico bajo pueden considerarse como factores que presentaron mayor frecuencia en este estudio, coincidiendo con los trabajos realizados en Colombia por Hoyos y Cols [13].

El tiempo de evolución de padecer la diabetes se encontró significancia estadística por lo que presentaron mejor control en el grupo de 6 a 10 años lo que discrepa con Pech y Cols [25] quienes encontraron un resultado equiparable, pero en un promedio de evolución de la enfermedad de 20 a 30 años. Las variables apoyo en la oma de medicamentos resultó con una p -0.05 por lo que es importante involucrar a los familiares en el seguimiento de los tratamientos, de acuerdo a Rodríguez y Cols [26] el apoyo familiar es la pieza fundamental para el apego a tratamiento médico y dietético de los pacientes diabéticos.

La variable satisfacción en la atención de servicios de salud, no muestra significancia estadística (Cuadro 3), en contraste con Tobar y Cols.[15] Donde encontraron que los pacientes con DM2 con satisfacción adecuada del servicio recibido, presentaron adhesividad al tratamiento y controles de salud en un 20 a 23% más que aquellos con menor satisfacción. En el análisis sobre Calidad de vida (Cuadro 3) se demostró que no existe relación entre apego al tratamiento y esta variable coincidiendo con los resultados de México reportados por Martínez y Cols [22].El análisis de las variables; Funcionalidad familiar, Escolaridad, Conocimiento de la dieta y Conocimiento sobre la diabetes (C uadro 3) no tuvo significancia estadística lo que contrasta con los resultados de un estudio de investigación realizado en una Unidad de Medicina Familiar de México por Pech y Cols[25]

CONCLUSIONES

El estudio concluye, que la adherencia al tratamiento está influida por los factores: accesibilidad al servicio de salud [atención médica, nutricional, trabajo social, entre otros], satisfacción del servicio médico [calidad percibida como buena], comorbilidades agregadas a la diabetes [hipertensión arterial, obesidad grado I, entre otros], nivel de conocimientos de la enfermedad, nula práctica de la actividad física [activación física de cualquier índole], rechazo a la dieta [por condición económica, por condición laboral o por desconocimiento básico de los alimentos, entre otros], tiempo de padecer la enfermedad [entre más años de curar la enfermedad mejor adherencia terapéutica], es así, que de acuerdo a estos factores enunciados podemos crear herramientas y estrategias educativas en salud, que pueden dar mayores resultados a la adherencia terapéutica del paciente que cursa con diabetes mellitus, pero cabe mencionar que muchos de los factores son de competencia estructural, ósea de índole Estatal, donde el Sistema en Salud deberá replantear el abordaje de sus políticas públicas en salud, desde la prevención, promoción y educación para la salud, en la búsqueda de estilos de vida saludable.

REFERENCIAS

1. Emerging Risk Factors Collaboration, Sarwar N, Gao P, Seshasai SR, Gobin R, Kaptoge S. Diabetes mellitus. Fasting blood glucose concentration and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. Lancet. 2010 Jun 26;375(9733):2215-22.

2. Cowie CC, Rust KF, Byrd-Holt DD, *Prevalence of diabetes and high risk for diabetes using A1C criteria in the U.S. population in 1988-2006. Diabetes Care. 2010; 33(1):562–568.*

3. Gigoux-López J, Moya-Rivera P, Silva-Rojas Adherencia al tratamiento farmacológico y relación con el control metabólico en pacientes con DM2. Rev Chil Salud Pública. 2010; 14 (2-3):238-270.

4. Ibarra Barrueta O, Morillo Verdugo R, Rudi Sola N, Ventura Cerdá JM, Navarro Aznárez H. Adherencia en pacientes en tratamiento crónico: resultados del día de la Adherencia del 2013, Farm Hosp. 2015;39(2):109-113.

5. Frei A, Herzog S, Woitzek K, Held U, Senn O, Rosemann T, Chmiel C. Characteristics of poorly controlled Type 2 diabetes patients in Swiss primary care: Cardiovascular Diabetology. 2012; 1(1):11-70.

6. Fürthauer J, Flamm M, Sönnichsen A. Patient and physician related factors of adherence to evidence based guidelines in diabetes mellitus type 2, cardiovascular disease and prevention: a cross sectional study BMC Family Practice. 2013; 2(1): 14-47.

6. Yoel U, Abu-Hammad T, Cohem A, Aizenberg A, Vardy D, Shvartzman P. Behind the Scenes of Adherence in a Minority Population. 2013; 15(1): 17-22.

7. Cabrera de León A, Rodríguez JC, Domínguez Coello S, Rodríguez Pérez MC, Brito Díaz B, Borges Álamo C, Carrillo Fernández L, Almeida González D, Alemán Sánchez JJ, González Hernández A, Aguirre Jaime A. Estilo de vida y adherencia al tratamiento de la población canaria con diabetes mellitus tipo 2, Rev Esp Salud Pública. 2009; 83(1): 567-575.

8. Gonzalez J, Peyrot M, McCarl LA, Collins M, Serpa L, Mimiaga MJ, Safren SA. Depression and Diabetes Treatment Non adherence: A Meta-Analysis Diabetes Care. 2008; 31(12): 2398-2403.

9. Wild H. The Economic Rationale for Adherence in the Treatment of Type 2 Diabetes Mellitus. 2012; 45(3):3-15.

10. Lin E, Von-Korff M, Ciechanowski P, Peterson D, Ludman EJ, Rutter CM, Oliver M, Young BA, Gensichen J, McGregor M, McCulloch DK, Wagner EH, Katon WJ. Treatment Adjustment and Medication Adherence for Complex Patients With Diabetes, Heart Disease, and Depression: A Randomized Controlled Trial. Ann Fam Med. 2012; 10(1):6-14.

11. Fedrick F, Justin Temu M. Factors contributing to non-adherence to diabetes treatment among diabetic patients attending clinic in Mwanza city, East Afr J Public Health. 2012;9(3):90-5.

12. Hoyos TN, Arteaga MV, Muñoz M. Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar. Invest Educ Enferm. 2011; 29(2):194-203.

13. Gigoux-López J, Moya-Rivera P, Silva-Rojas J. Adherencia al tratamiento farmacológico y relación con el control metabólico en pacientes con DM2, Rev Chil Salud Pública. 2010; Vol.14 (2-3):238-270.

14. Tobar M, Acuña O, Relación entre satisfacción usuaria y adhesividad al tratamiento y control de salud en usuarios diabéticos tipo 2 Rev Chil Salud Pública 2012; Vol. 16 (2):131-136.

15. Ramos A, Morejón R, Col. Adherencia Terapéutica en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2, Rev, Enf no transmisibles, Finlay 2017; Vol.7(2):2-8.

16. D'Anello-Koch S, Barreat Y, Escalante G, D'Orazio AK, Benítez A. La relación médico-paciente y su influencia en la adherencia al tratamiento médico, MedULA. 2009; 29(1):2-17.

17. Prado- Aguilar CA, Martinez-YV, Segovia-Bernal Y, Reyes-Martinez R, Arias-Ulloa R. Performance of two questionnaires to measure treatment adherence in patients with Type-2 Diabetes, BMC Public Health. 2009; 9(38):40-4.

18. Meneses-Rentería A, Ignacio-López D, Mendoza-Gatica F, Moctezuma Miranda-ML, Reyes de Jesús L. Factores que influyen en el abandono del tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2 en los usuarios del centro de salud de Tlacoachistlahuaca, Gro. Segundo congreso internacional pre-ALASRU. 2012; 1(1).1-8.

19. Pérez-Cuevas R, Reyes-Morales H, Doubova SV, Zepeda-Arias M, Díaz-Rodríguez G, Peña-Valdovinos A. Atención integral de pacientes diabéticos e hipertensos con participación de enfermeras en medicina familiar. Rev Panam Salud Pública. 2009; 26(6):511–7.

20. Fabián-San Miguel MG, García-Sancho MC, Cobo-Abreu C. Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la diabetes y comorbilidades, Med Int Mex. 2010; 26(2):100-108.

21. Martínez YV, Prado-Aguilar CA, Rascón-Pacheco RA, Valdivia-Martínez JJ. Quality of life associated with treatment adherence in patients with type 2 diabetes: a cross-sectional study, BMC Health Services Research. 2008; 8(164):27-34.

22. Vermeire EIJJ, Wens J, Van-Royen P, Biot Y, Hearnshaw H, Lindenmeyer A. Interventions for improving adherence to treatment recommendations in people with type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2005; 2(1):2-16.

23. Zuart Alvarado R, Ruiz Morales HJ, Vázquez-Castellanos JL, Martínez Torres J, Linaldi Yépez F. Adherencia a hipoglucemiantes en diabéticos de una unidad de medicina Familiar del Estado de Chiapas Revista de salud pública y nutrición. 2010;11(4):2-16

24. Pech Estrella SW, Baeza-Baeza JE, Ravell Pren MJ. Factores que inciden en el fracaso del tratamiento del paciente diabético en Tekax, Yucatán, México. Rev Esp Med Quir 2010; 15 (4):211-215.

25. Rodríguez A, Camacho E, Escoto L, Contreras G, Casas D. Social representation of family support for diabetic patients in users of a family medicine unit in Chalco, State of Mexico. Medwave 2014 Aug 27; 14(7):e6011. doi: 10.5867/medwave.2014.07.6011link: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25333285

Proceso de enfermería a paciente adolescente con tuberculosis pulmonar.

Nursing process to adolescent patient with pulmonary tuberculosis.

Ruiz García Martha[1], Valle Solís Martha O[1], Benítez Guerrero Verónica[1], Valdivia Luis G[1], Sandoval Jiménez Maria M[1], Vázquez Arambula Imelda J[1]

La ciencia de enfermería es un sistema amplio de teorías. El proceso es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o sistema familiar[1].

El proceso de enfermería es un método racional y sistemático de planificación y proporción de asistencia de enfermería. Su propósito es identificar el estado de salud del paciente y sus problemas de salud reales y potenciales para establecer planes que aborden las necesidades identificadas y aplicar intervenciones de enfermería específicas que cubran tales necesidades. Es cíclico, es decir, sus componentes siguen una secuencia lógica, pero que pueden intervenir más de un componente a la vez. Consta de las siguientes fases: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Evaluación y Ejecución.

El interés de integrar los cuidados de enfermería es con la finalidad de brindar una atención con calidad individualizada y holística dirigido al individuo, la familia y la comunidad, es el principal elemento que define el papel de la enfermera de Atención Primaria.

Actualmente el estado de Nayarit ocupa el séptimo lugar a nivel nacional en la incidencia de casos de Tuberculosis, enfermedad que ha sido estigmatizada por la sociedad por falta de información y antiguos prejuicios. El personal del salud trabaja en el primer nivel de acuerdo en la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, para la prevención y control de la tuberculosis; esta Norma tiene por objeto establecer y uniformar los criterios, procedimientos y lineamientos para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y atención integral de la tuberculosis, así como las medidas de control necesarias en materia de salud pública, que deben realizarse en todos los establecimientos de prestación de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

Se decidió realizar el presente proceso de enfermería a un paciente con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar (TBP), donde se identificaron las necesidades reales y potenciales y se establecieron planes de cuidados para actuar y orientar al paciente en todas sus dimensiones, el cual se tomó como referencia los 11 patrones funcionales de Marjori Gordon. Dicha valoración tiene como objetivo determinar el perfil funcional del individuo, buscando si existe alteración o riesgo de alteración, para posteriormente determinar un diagnóstico de enfermería que describa esas situaciones, que ayude a eliminar o disminuir la disfuncionalidad.

El Proceso de Enfermería nace de la necesidad de organizar la práctica del cuidado de una forma sistemática y científica, de manera que se logre satisfacer las necesidades de cuidado de los pacientes en todos los ámbitos del ejercicio profesional de la disciplina, de forma oportuna, dinámica y medible. Se define como el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud. Se fundamenta en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnostica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica (que hace las veces de marco teórico), se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación (marco de diseño) y ejecución de acciones y toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados y finalmente se registran. Igualmente, se obtienen datos a través de la observación y la valoración de manera sistemática, se organizan de forma lógica y congruente para analizar la información relevante y se contrastan con la ciencia, planteando un problema o necesidad de cuidado, realizando un diagnóstico de Enfermería basado en una taxonomía básica creada y validada por enfermeras para guiar las intervencio-

1. Profesor de tiempo completo en la Unidad Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nayarit

Fecha de recibido: 23 de abril de 2017 Fecha de aceptado: 7 de agosto de 2017

nes de cuidado de Enfermería[1].

El Proceso de Enfermería está constituido por una serie de etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

Valoración

Para la etapa de valoración de utilizan los patrones funcionales de Marjory Gordon creados en el año 1973; son once, los cuales se describen a continuación:[2]

Patrón 1. Percepción-Manejo de la salud

Patrón 2. Nutricional–Metabólico

Patrón 3. Eliminación

Patrón 4. Actividad–Ejercicio

Patrón 5. Sueño-Descanso

Patrón 6. Cognitivo–Perceptual

Patrón 7. Autopercepción-Autoconcepto

Patrón 8. Rol – Relaciones

Patrón 9. Sexualidad–Reproducción

Patrón 10. Adaptación -Tolerancia Al Estrés

Patrón 11. Valores – Creencias[3]

Diagnóstico

Consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería[4].

Es un juicio clínico sobre un individuo, familia o grupo de la comunidad, que se deriva de la recolección análisis y síntesis de datos obtenidos en la valoración. Los diagnósticos de enfermería son reales, de riesgo, de salud o bienestar.

Diagnóstico de enfermería real, Diagnóstico de enfermería de riesgo y Diagnóstico de enfermería de salud o bienestar[5].

El diagnóstico se estructura en dos apartados:

-Problema (etiqueta diagnóstica) y Factores relacionados (etiología).

-Características definitorias (datos objetivos y subjetivos): se expresan las distintas manifestaciones que aparecen en la persona como consecuencia de la etiqueta diagnóstica causada por la etiología identificada[6.]

Planeación

Se define como la determinación de lo que debe hacerse para prevenir, reducir o eliminar problemas, identificados en el paciente. Se establecen los objetivos y las prioridades, identificadas en concordancia con el paciente y se planea las actividades del cuidado de enfermería de acuerdo con la situación de salud de la persona atendida, además de socializar el plan de cuidados a los miembros del equipo de salud, encargados de la ejecución. Realiza propuestas de tratamiento, integrando los conocimientos teóricos que sustentan el cuidado. Determina los resultados esperados y hace modificaciones inmediatas de acuerdo con la situación de salud de la persona atendida.

Ejecución.

Son las intervenciones que desarrolla enfermería, con y para el paciente, con el fin de lograr los resultados. Se valora nuevamente al paciente, estableciendo prioridades en la ejecución de su cuidado, se verifica la necesidad de intervención de enfermería y brinda el cuidado de enfermería planeado, informa qué intervenciones se han realizado y cuáles están pendientes por ejecutar, registra los cuidados realizados y las respuestas del paciente a éstos y valora nuevamente al paciente, estableciendo prioridades en la ejecución de su cuidado y cerciora la necesidad de intervención de enfermería.

Evaluación

La evaluación es una actividad planificada y continuada, en la cual se determina la evolución del paciente en relación con los resultados y la eficacia del plan de cuidados. Brinda el cuidado de enfermería planeado, Informa qué intervenciones se han realizado y cuáles están pendientes por ejecutar. Registra los cuidados realizados y las respuestas del paciente a éstos, determina si se han logrado los objetivos establecidos en cada una de las etapas del proceso de enfermería, se evalúa con la persona atendida los resultados del cuidado y determina con el personal de enfermería y otros profesionales las intervenciones de enfermería, con los logros y resultados de la persona atendida, revisa, modifica o finaliza el plan de cuidados según la situación de salud de la persona, registra los resultados obtenidos y las modificaciones del plan de cuidados[7].

Taxonomía NANDA

En la Conferencia de la ANA de 1994, al intentar clasificar en la Taxonomía I Revisada los nuevos diagnósticos admitidos, el comité para la Taxonomía tuvo muchas dificultades, decidiendo desarrollar una nueva estructura taxonómica. Tras pedir permiso a Gordon para alterar ligeramente sus 11 patrones funcionales, que aumentaron a 13 (Dominios) para la NANDA se creó una nueva Taxonomía, la Taxonomía II. Estos 13 dominios, se dividen en clases y las clases contienen diagnósticos.

La Taxonomía II tiene tres niveles: dominios, clases y diagnósticos enfermeros:

-Un dominio: es “una esfera de actividad, estudio o interés”.

-Una clase: es “una subdivisión de un grupo mayor; una división de las personas o cosas por su calidad, rango o grado”.

-Un diagnóstico enfermero: es “un juicio clínico sobre

la respuesta de una persona, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales, o a procesos vitales, que proporciona la base para la terapia definitiva para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable".

Los diagnósticos, a su vez, se componen de 7 ejes. Un eje se define como la dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico.

EJE 1: Concepto diagnóstico.

EJE 2: Sujeto del diagnóstico.

EJE 3: Juicio es un descriptor o modificador, que limita o específica el significado del núcleo diagnóstico.

EJE 4: Localización; ésta describe las partes o regiones corporales o las funciones relacionadas (todos los tejidos, órganos, regiones o estructuras anatómicas)

EJE 5: Edad; se refiere a la edad de la persona sujeto del diagnóstico.

EJE 6: Tiempo; describe la duración del núcleo diagnóstico y los valores son agudo < 6 meses, crónico >6 meses, intermitente y continuo.

EJE 7: Estado del diagnóstico se refiere a la existencia o potencialidad del problema/ síndrome o a la categorización de diagnóstico como un diagnóstico de promoción de la salud[8].

Clasificación De Intervenciones De Enfermería (NIC): Estructura Taxonómica.

La NIC es una clasificación de las intervenciones de enfermería y se define como cualquier tratamiento basado en juicios clínicos y conocimientos específicos, que la enfermera realiza para que el paciente consiga los resultados, aumentando su estado de salud. Una intervención de enfermería incluye: cuidados directos (tratamientos realizados interaccionando con el paciente), cuidados indirectos (tratamientos realizados lejos del paciente pero para su beneficio), tratamientos puestos en marcha por personal enfermero (intervenciones iniciadas en respuesta a un diagnóstico de enfermería) y tratamientos puestos en marcha por personal médico (intervenciones iniciadas por respuesta a un diagnóstico médico)

La taxonomía NOC

La clasificación de resultados de enfermería es una clasificación estandarizada de los resultados que el paciente alcanza después de las intervenciones de enfermería. La estandarización de resultados es necesaria para la documentación clínica, para el desarrollo del conocimiento enfermero y la formación profesional de las enfermeras.Al igual que se hace con el NIC y las intervenciones, los resultados también se agrupan en una taxonomía codificada con base en un marco conceptual que facilita la localización del resultado. Los resultados están agrupados en clases y dominios para facilitar su uso. Cada resultado tiene un código numérico que facilita su utilización en registros informatizados. La clasificación es actualizada continuamente para incluir nuevos resultados y revisar los resultados más antiguos basándose en nuevos estudios de investigación o usando el método de realimentación.

Las interrelaciones entre los diagnósticos NANDA y los resultados NOC indican las asociaciones entre el problema o estado actual del paciente y los aspectos del problema o estado que se espera resolver o mejorar mediante una intervención. Las interrelaciones entre los diagnósticos NANDA y las intervenciones NIC indican la relación entre el problema del paciente y las acciones enfermeras que resolverán o disminuirán el problema[8].

La ciencia de enfermería se encarga de los cuidados en todas las etapas de la vida, en este caso en la etapa adolescente en la cual sufren varios cambios, físicos y emocionales por la transición entre niñez a adultez.

Adolescencia

El término adolescencia deriva del latín «adolescere» que significa «crecer hacia la adultez». La adolescencia es aquella etapa del desarrollo ubicada entre la infancia y la adultez, en la que ocurre un proceso creciente de maduración física, psicológica y social que lleva al ser humano a transformarse en un adulto. En este período, en el que ocurren cambios rápidos y de gran magnitud, la persona se hace tanto biológica, como psicológica y socialmente madura, y capaz de vivir en forma independiente (o más bien en camino hacia ello en la actualidad, aunque depende de las circunstancias). Las características del desarrollo psicosocial normal en la adolescencia son el resultado de la interacción entre el desarrollo alcanzado en las etapas previas del ciclo vital, factores biológicos inherentes a esta etapa (el desarrollo puberal y el desarrollo cerebral propio de este período, fenómeno a la vez relacionado en parte con los cambios hormonales de la pubertad) y la influencia de múltiples determinantes sociales y culturales[9].

Tuberculosis Pulmonar

Fisiopatología

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa transmisible causada por las especies del complejo Mycobacterium tuberculosis, de evolución crónica y caracterizada por la formación de granulomas. Su localización preferente es el pulmón, aunque puede afectar a cualquier órgano.

El contagio se produce habitualmente por vía aerógena a partir de pacientes bacilíferos con lesiones pulmonares «abiertas», es decir, conectadas con el exterior por un bronquio de drenaje. Al toser se generan aerosoles de pequeñas partículas líquidas (gotas de Flügge), en cuyo interior se encierran uno o dos bacilos. Al evaporarse queda tan sólo el núcleo de bacilos que permanece flotando en el medio ambiente y se desplaza con las corrientes de aire, pudiendo ser aspirado por otras personas. Las partículas de tama-

ño superior a 10 µm quedan retenidas en la barrera mucosa de las vías respiratorias superiores y son eliminadas por el sistema defensivo mucociliar, pero las de menor tamaño (entre 1 y 5 µm) tienen la capacidad de llegar hasta los alvéolos y desencadenan la primoinfección.

El contagio con bacilos farmacorresistentes produce una tuberculosis resistente que sólo se diagnostica cuando, después de 3-5 meses de tratamiento, se comprueba que éste no ha sido efectivo[5].

Los síntomas más frecuentes son, tos con expectoración de más de 15 días, pérdida de peso, sudoración nocturna, febrícula o hipertermia, astenia, anorexia y hemoptisis. Para diagnóstico se realiza un examen físico, el cual puede mostrar Dedos hipocráticos en manos y pies (en personas con enfermedad avanzada), Inflamación o sensibilidad de los ganglios linfáticos en el cuello u otras áreas, derrame pleural y crepitaciones; así mismo una serie de exámenes dentro de los cuales, en México, la baciloscopía es el principal (La baciloscopía se cuantifica en cruces luego de la lectura de por lo menos 100 campos microscópicos: +++: más de 10 baar x campo; ++: 1-10 baar x campo; +: 1-10 baar x 10 campos. Número de baar en 100 campos (1-10). Se considera positiva la baciloscopía con más de 5 bacilos por 100 campos); también se realizan radiografía de tórax, broncoscopía, hemograma, la prueba tuberculina o PPD, entre otros.

El tratamiento para TB es una combinación de diferentes antibióticos y dependiendo el nivel de tratamiento en que se encuentre se suministran. Los síntomas a menudo mejoran en 2 a 3 semanas después de comenzar el tratamiento. Una radiografía de tórax no mostrará este mejoramiento hasta semanas o meses más tarde. El pronóstico es excelente si la tuberculosis pulmonar se diagnostica a tiempo y el tratamiento eficaz se inicia rápidamente[6].

Proceso De Enfermería

Resumen de Valoración

Resumen de guía de valoración por patrones funcionales de salud del usuario adulto de 18 a 59 años. El día 09/02/18 se realizó la guía de valoración al paciente masculino; de 17 años de edad, de estado civil soltero, con nivel de escolaridad secundaria completa, originario de San Blas, Nayarit. Su ocupación actual es obrero, no profesa ningún tipo de religión, el ingreso económico mensual es variable, ya que el trabajo suele ser temporal y es aproximadamente de $2200 pesos. Actualmente se encuentra bajo tratamiento TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado) primario, fase intensiva con DOTBAL tres tabletas diarias de lunes a sábado; complejo B, una tableta cada 12 horas de lunes a domingo. Ingresa el 21 de enero a CSCH (Centro de Salud Con Hospitalización) por presentar hemoptisis, menciona haber tenido una pelea la noche anterior, presentando epistaxis y traumatismos leves en tórax y rostro; es referido al Hospital Civil de Tepic debido a falta de equipo para diagnóstico médico; en el Hospital Civil se le realizan diversas pruebas diagnósticas y se confirma diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar (TBP). Ingresa nuevamente al CSCH San Blas con Dx de TBP adscrito al programa de oportunidades el 07-02-18, con tratamiento a TAES (durante su hospitalización se inició tratamiento; actualmente se da seguimiento a TAES). Durante el presente año fue hospitalizado por intoxicación alimentaria por Clembuterol. Antecedentes: La madre del usuario padeció TB Pulmonar aproximadamente hace 8 años, actualmente se encuentra en remisión. Esquema de vacunación completo.

Razonamiento Diagnóstico (Cuadro I)

Cuadro I. Razonamiento diagnóstico

Agrupación de datos significativos	Identificación de etiquetas diagnosticas
• Peso 48.500kg • IMC 17.83 • Desnutrición grado I, Diagnóstico de • Pérdida de peso Enfermería (6 kilos) • Hiporexia.	• Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C factores biológicos.
• Mucosa oral seca • Legua seca • Piel seca Diagnóstico de • Faringe seca Enfermería • Orina turbia	Déficit de volumen de líquidos r/c pérdida importante de volumen de liquido

Fuente: Guía de valoración

Listado y priorización de diagnóstico de enfermería.

Tuberculosis Pulmonar secundaria a convivencia con familiar con patología pulmonar.

Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C factores biológicos, M/P falta de interés en el alimento, bajo tono muscular, expresa realizar ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas.

Déficit de volumen de líquidos R/C pérdida importante de volumen liquido M/P sequedad de lengua, mucosas y piel.

Intolerancia a la actividad R/C desequilibrio entre aporte y demanda de oxigeno M/P disnea de esfuerzo, expresa fatiga y expresa debilidad.

Fatiga R/C estado de enfermedad y malnutrición M/P aumento de quejas físicas, expresa cansancio y expresa capacidad para restablecer energía incluso después del sueño.

Riesgo de infección R/C Múltiples parejas sexuales.

Ansiedad R/C cambios en el estado de salud M/P conciencia de los síntomas fisiológicos, fatiga y preocupación.

Disposición para mejorar la gestión de la propia salud R/C manifestó deseo de manejar la enfermedad (tratamiento), expresa tener mínimas dificultades con los tratamientos descritos.

Procesos familiares disfuncionales R/C habilidades de afrontamiento inadecuados M/P relaciones familiares disfuncionales, aislamiento social y abandono.

Riesgo de baja autoestima situacional R/C deterioro

funcional y rechazos.

Control de impulsos ineficaz R/C Irritabilidad y violencia M/P promiscuidad sexual, violencia.

Deterioro de la religiosidad R/C apoyo ineficaz M/P expresar necesidad de volver a entrar en contacto con patrones anteriores de creencias y expresa necesidad de volver a estar en contacto con costumbres anteriores.

Planes de cuidado (Cuadro II)

Cuadro II. Planes de cuidado

Diagnósticos De Enfermaría: NANDA
Dominio: II Nutrición Clase: I Ingestión Código:00002 Página: 175 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C factores biológicos, M/P falta de interés en el alimento, bajo tono muscular, expresa realizar ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas.
Definición
Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

Diagnósticos De Enfermaría: NANDA
Dominio: II Nutrición Clase: I Ingestión Código:00027 Página: 186 Déficit de volumen de líquidos R/C pérdida importante de volumen liquido M/P sequedad de lengua, mucosas y piel.
Definición
Disminución de líquido intravascular, interstical y/o intracelular. Se refiere a la deshidratación o perdida solo de agua, sin cambio en el nivel de sodio.

Fuente: Guía de valoración, NIC. NOC.

Ejecución.

La ejecución del plan de cuidados fue fundamentada por la taxonomía NIC Y NOC, las intervenciones de enfermería realizadas en el paciente fueron adaptadas según sus necesidades, de tal manera que el paciente se sintiera cómodo en cuanto a tiempos, lugar y sobre todo con las intervenciones, con el fin de que participara en ellas, al principio se mostró tímido, pero con el paso de los días comenzó ser más participativo y consiente, se aumentó la puntuación diana en todos los diagnósticos, sin embargo, no todos se lograron exitosamente.

Durante la realización del proceso el paciente, evolucionó favorablemente a pesar de que tuvo lento desarrollo.

El paciente actualmente terminó tratamiento, trabaja en construcción, menciona haber encontrado a dios, sigue en contacto con sus padres, sin embargo, aún mantiene múltiples parejas sexuales, aunque refiere usar preservativo como protección. Ha mejorado su estado de salud, mantiene un estilo de vida saludable y acude a sus citas de consulta externa con regularidad ya que se encuentra adscrito al programa prospera.

REFERENCIAS

1. Reina G., Carolina N. EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO Umbral Científico, núm. 17, diciembre, 2010, pp. 18-23 Universidad Manuela Beltrán Bogotá, Colombia. [consultado el 20/07/2014] Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf

2. González P, Chaves A. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DESDE LA PERSPECTIVA DOCENTE. Bogotá (Colombia), 11 (2): 47-76, julio-diciembre de 2009 [consultado agosto 2015]

3. Departamento de metodología e innovación del cuidado (FUDEN). Diagnósticos estandarizados de enfermería, clasificación de los factores etiológicos. 2da edición. Madrid 2011. [consultado agosto 2015]

4. Diagnósticos enfermeros definición y clasificación NANDA 2012-2014. T. Heather Herdman. Ed.Elsevier. [consultado agosto 2015]

5. Gonsalez I, Origueira Y, Prieto P, Sánchez I. Taxonomía NANDA, NIC, NOC. Curso académico 2014-2015. [Consultado agosto 2015]

6. Gaete V. DESARROLLO PSICOSOCIAL DEL ADOLESCENTE. Rev Chil Pediatr. 2015. http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005 [consultado agosto 2015]

7.Lozano J. Patogenia, diagnóstico y tratamiento VOL 21 NÚM 8 SEPTIEMBRE 2002 Offarm. ELSEVIER. [consultado el 20/07/2014] Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-tuberculosis-patogenia-diagnostico-tratamiento-13035870

8. Secretaría de Salud (eds.) Manual de Procedimientos en Tuberculosis para Personal de Enfermería [consultado el 21/07/2014] Disponible en: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/micobacteriosis/descargas/pdf/manual_procedimientos_enf_tb.pdf

Factores de riesgo, comorbilidad y tratamiento de la psoriasis.

Risk factors, comorbidity and treatment of psoriasis.

Goribar Escamilla Jose[1,2], Goribar Tenopala B[3], Trejo Franco J[1,3]
Goribar Tenopala C[3], Flores Padilla Luis[1,3]

La psoriasis ha sido descrita desde los tiempos bíblicos, la primera descripción clínica está referida en el Viejo Testamento, en el tercer libro de Moisés. Este padecimiento fue confundido con la lepra por cientos de años y por lo tanto los pacientes condenados a vivir por separado con las limitaciones de un segregado social. Hasta el siglo XIX el médico inglés Robert Willan, fue el primero en diferenciar la psoriasis de la lepra. La psoriasis es un padecimiento inflamatorio de origen desconocido, con influencias múltiples como la genética, la alimentación, el medio ambiente y el sistema inmunológico, de pronóstico impredecible, que afecta del 2 al 3% de la población general a nivel mundial. La padece del 2.2 al 3.15% de la población de los Estados Unidos de América con una incidencia anual de 150 000 casos nuevos. Esta enfermedad la padecen del 1.5 al 3% de la población de Finlandia[1,2].

Mientras que en México se calcula que dos y medio millones de mexicanos la padecen.[3] En el Hospital General de Zona número 6 Benito Juárez de Ciudad Juárez, Chihuahua, México, dependiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), durante el año 2012 se atendieron en el servicio de Dermatología un total de 425 consultas de pacientes con diagnóstico de psoriasis[4].

La psoriasis se define como una enfermedad de origen desconocido, impredecible, multifactorial, de naturaleza inflamatoria, con afectación inmunológica y períodos de exacerbaciones y curaciones, de pronóstico incierto que afecta la piel, la mucosa, la lámina ungueal y las articulaciones. Hasta un 50% de los pacientes que padecen esta enfermedad presentan cambios en las láminas ungueales, siendo el punteado, el cambio de color, la separación y la hiperqueratosis los más frecuentes [5].

Desde el punto de vista genético, la probabilidad de que la descendencia padezca psoriasis con un padre afectado es del 14% y con los dos padres es mayor del 40%; sin embargo no se puede dar un consejo genético adecuado1. También el 30% de los pacientes presenta alteraciones genéticas en los loci Psors 1 al Psors 9 en el cromosoma 6 (6p21)[5, 6].

La presentación clínica de la psoriasis comprende las siguientes variedades: la vulgar, la pustulosa, la invertida, la artropatía psoriásica, la eritrodermia psoriásica, a continuación se describen brevemente:

a) Psoriasis vulgar: Es la presentación clínica más frecuente caracterizada por placas de eritema con descamación en las zonas de salientes óseas y en cabeza con dos signos clínicos cardinales llamados Bujía (abundante descamación al raspado de las placas) y Auspitz (presencia de puntos sangrantes al final de la descamación), también forma parte de estos signos importantes el fenómeno de Koebner o isomórfico cuando resulta una nueva lesión después del trauma de la piel.

b) Psoriasis pustulosa: Se caracteriza por pústulas con ausencia de bacterias en su interior, algunas confluentes, que producen despegamiento de la epidermis, la región más frecuentemente afectada es la palma de la mano y la planta del pie.

c) Psoriasis invertida:Se caracteriza por la presencia de placas de eritema con descamación en los pliegues y axilas.

d) Artropatía psoriásica: Es la afección de las articulaciones con proceso inflamatorio y dolor, debe diferenciarse de la artritis reumatoide.

e) Eritrodermia psoriásica: Es el daño epitelial generalizado, con ataque severo al estado general, con presencia de eritema, edema y pérdida de líquidos así como proteínas en forma aguda que puede llevar a la hipotermia debido al desequilibrio de la regulación térmica de la piel, alteraciones del gasto cardiaco, infecciones, cambios metabólicos, hipoalbuminemia y anemia[2].

Mención especial merece la psoriasis gutata (placas de eritema redondeadas pequeñas, más o menos uniforme de 1 a 2 cm de diámetro de predominio en

1.- UIESS, Instituto Mexicano del Seguro Social en Ciudad Juárez Chihuahua
2.- El Colegio de Chihuahua
3.- Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Fecha de recibido: 23 de abril de 2017 Fecha de aceptado: 7 de agosto de 2017

tronco y las extremidades) que se da en los niños y se asocia a enfermedades infecciosas del tracto respiratorio por el estreptococo beta hemolítico o una infección viral o después de un evento estresante en la vida de los pacientes. Es limitada por sí misma y se resuelve en un periodo de 3 a 4 meses.

Formas clínicas de la psoriasis:

Psoriasis tipo I: Comienza en los pacientes antes de los 40 años, la incidencia familiar es frecuente, existe una fuerte asociación con los antígenos de histocompatibilidad HLA Cw602 es más rebelde al manejo.

Psoriasis tipo II: Comienza en los pacientes después de los cuarenta años de edad, es de menor prevalencia familiar y menor correlación con los antígenos de histocompatibilidad Cw602[7].

Los datos demográficos de la población que padece esta enfermedad arrojan una igualdad de frecuencia en ambos sexos, los mestizos latinoamericanos padecen una menor incidencia, mencionándose como principales factores: Mayor cantidad de luz ultravioleta y la dieta abundante de maíz que proporciona ácido linoleico involucrado en la síntesis de interleucina IL2, que inhibe a las citosinas pro inflamatorias[8].

Comorbilidades y factores que influyen en la presentación.

Los pacientes con psoriasis presentan una mayor frecuencia de cáncer como el linfoma, el cáncer de piel, el cáncer de colon. Además de algunas enfermedades inmunológicas como la artritis psoriásica, la enfermedad inflamatoria intestinal, la enfermedad de Crohn, la esclerosis múltiple, la uveítis y la epiescleritis.

Por otro lado se incluyen alteraciones vasculares como la ateroesclerosis, el infarto agudo al miocardio, accidente cerebrovascular, asimismo se correlaciona con la obesidad ya que cuando mejora ésta, también se controla el síndrome metabólico y la resistencia a la insulina periférica.

Es más frecuente la enfermedad obstructiva crónica pulmonar, la hiperhomocistinuria, el hígado graso, las infecciones bacterianas, las micóticas, las virales y la ingesta de medicamentos como los corticoides, la cloroquina, el carbonato de calcio, la terbinafina, el beta bloqueadores, los hormonales, los antihipertensivos y varios más [1].

Para la evaluación de la gravedad de la psoriasis se usa el PASI como el estándar de oro. Las placas son estadificadas con base a tres criterios: eritema (R), grosor (T) y escama (S). La gravedad se cuantifica para cada índice en una escama de 0 a 4 (0 sin compromiso y 4 para compromiso extremo) y el cuerpo se divide en cuatro regiones: Cabeza, extremidades superiores, extremidades inferiores y tronco. En cada una de ellas la superficie lastimada se califica con una escala del 0 al 6 (0 = sin compromiso y 6 = 90% comprometido).

Otros índices de medición de gravedad son: La superficie corporal comprometida correspondiente al porcentaje real estimado por el médico, de la superficie corporal afectada por el padecimiento entre 0 y 100%.

Otra escala de medición es: La valoración médica global (Physician Global Assessment o PGA), en la que se usan escalas estáticas y dinámicas de 0 a 7 puntos correspondiendo 0 a piel sana y 6 a muy afectado.

Aunque el DLQI no es exclusivo de psoriasis es útil para medir el impacto de la psoriasis en el paciente. Consta de diez puntos que evalúan diversos aspectos de la última semana de vida de los pacientes, correspondiendo los puntos 1 y 2 a las actividades diarias, el 3 y 4 a la recreación, el 5 y 6 a el trabajo y el estudio, el punto 7 a las relaciones personales, el punto 8 y 9 por último el tratamiento al 10. Cada tema es calificado del 1 al 3 de menor a mayor afectación.

En general es aceptado que una psoriasis moderada sea a partir de un PASI 7 o en su defecto un BSA entre 3 a 10% y para la clasificación de psoriasis grave el PASI será de 10 o mayor y el DLQI de 10 (regla de los 10) y la afectación del cuerpo del BSA mayor del 10%[9].

Se han utilizado muchos tratamientos a lo largo del tiempo, en los primeros años del siglo pasado se usaron emolientes y terapias oclusivas con cremas diversas, incluyendo la urea y el ácido salicílico.

En 1925 se inició el uso del alquitrán de hulla con el método de Goekerman y el ditranol con el régimen de Ingram a concentraciones de 0.01 al 10%, más aplicación de la luz ultravioleta, logrando mejorías de la salud de los pacientes con este padecimiento de un 80 al 100% de aclaramiento de la piel en un lapso de 18 a 21 días de tratamiento[10, 11].

Un gran avance se logró con la aplicación de los esteroides hacia el siglo XX y la utilización de la luz ultravioleta en comunión con los psoralenos, el llamado método de PUVA. En estos mismos años se inició el uso de metotrexato con mejorías en los pacientes más graves, este medicamento sigue considerándose como guía para evaluar la efectividad en nuevos tratamientos[11].

La modificación de la terapéutica llamada PUVA terapia con un espectro de banda estrecha de luz (308-315 nm) [12,13], es uno de los tratamientos más efectivos en la actualidad [14, 15], mejorando cuando si es aplicando tres veces por semana, teniendo como riesgo a largo plazo la posibilidad de desarrollar foto envejecimiento y carcinomas por la radiación de las lámparas de luz ultravioleta.

El láser eximer es otra opción de tratamiento que menciona las altas dosis de luz enfocada en un área en particular para provocar mejoría[1]. Asimismo, se han usado los retinoides tópicos y orales, los análogos de la vitamina D, solos o combinados con esteroides de alta potencia, tratamiento recomendado en las guías de la Academia Americana de Dermatología[16, 17].

Los inhibidores de la calcineurina, como por ejemplo

la ciclosporina, son altamente efectivos en el tratamiento de la psoriasis moderada a severa a dosis de 2.5 a 3 mg por kg por día, no se aconseja el uso de este tipo de medicamentos por más de 2 años por la probabilidad de desarrollar daño renal[18] y por último el micofenolato de mofetilo que es un modulador de la respuesta celular también se le considera una droga de segunda línea para tratar la psoriasis [1].

Los factores de crecimiento celular son señales que actúan en el proceso de inducción, estimulando la actividad biológica asociada a la reparación, la migración, la diferenciación y la división celular. Estos medicamentos llamados agentes biológicos están disponibles a partir del 2007 en México y se han consolidado como de primera elección para el tratamiento de los pacientes con psoriasis considerados de grado moderado a severo. El costo de los medicamentos biológicos por año es diferente según el país, por ejemplo, Estados Unidos de América de 25 a 53 mil dólares, Alemania 21 mil doscientos dólares, España de 15 a 18 mil dólares y Canadá de 14 a 29 mil dólares agregándoseles los costos de internamientos hospitalarios [10] . Sin embargo en México no se cuenta con registro confiable. Además se refiere en la literatura médica mayor cantidad de complicaciones con el uso de biológicos como por ejemplo: más incidencia de tuberculosis y tumores malignos esto debido a que limitan la respuesta inmunológica del organismo al que se le administran estos medicamentos.

Tratamiento propuesto por el Consenso Mexicano para el Manejo de la psoriasis:

Psoriasis leve: Emolientes, ácido salicílico, derivados de la vitamina D3 y sus análogos, alquitrán de hulla (solos o combinados entre sí), glucocorticoides y antralina.

Psoriasis moderada: Tratamiento tópico, fototerapia o foto quimioterapia con UVB de banda angosta, UVB de banda ancha, PUVA (solos o combinados entre sí).

Tratamiento sistémico: Metotrexate, ciclosporina, retinoides orales, mofetil micofenolato, glucocorticoides sistémicos, leflunomida; se recomiendan en rotaciones.

Psoriasis severa: Fototerapia o fotoquimioterapia, tratamiento sistémico, terapias biológicas, efalizumab, etanercept, infliximab, alefacept, hu max–CD4 adalumimab estas terapias se recomienda se administren solas.

Desde 1948 Rita Levi Montalcini descubrió el primer factor de crecimiento celular (NGF), el segundo fue el Factor de Crecimiento endotelial (EGF) descubierto por Stanley Cohen recibiendo ambos el Premio Nobel por sus investigaciones.

El Consenso Latinoamericano de Dermatología recomienda a los agentes biológicos anti TNF: Etanercept, infliximab, adalimumab y a los agentes biológicos que actúan en las interleucinas IL12/23 por ejemplo ustekinumab.

Cabe mencionar que se pueden hacer combinaciones de metotrexato con biológicos, esta combinación da mayor resultado terapéutico en los pacientes con psoriasis y artropatía. Asimismo, se recomienda utilizar la combinación de biológicos para el tratamiento de psoriasis eritrodermica.

Los biológicos actúan de las siguientes maneras.

Alefacept es una proteína de fusión recombinante que bloquea la interacción LFA-3/CD2 (Lymphocyte function associated antigen-3/ Cluster of differentiation 2) competitivamente induciendo apoptosis y depleción de las células T de memoria.

Efalizumab: anticuerpo monoclonal IgG1 humanizado dirigido contra CD1 1ª del LFA1 que perturba la presentación antigénica, la activación y proliferación celular. HuMax CD4 anticuerpo humano contra la molécula CD4 de los LT (linfocitos T) bloquea la interacción con el MCHII (antígeno de histocompatibilidad mayor tipo II). Los biológicos se basan en la ingeniería regenerativa y la ingeniería de tejidos que desarrolla tres conceptos básicos: génesis, conducción e inducción.

Los factores de crecimiento son señales que actúan en el proceso de inducción, mejorando el proceso biológico asociado a la reparación, estimulando la migración, la diferenciación y la división celular, además de la síntesis de matriz extracelular.

Etanercept: Proteína recombinante que inhibe el TNF alfa (Factor de necrosis tumoral alfa), disminuyendo las acciones pro-inflamatorias.

Infliximab: Anticuerpo monoclonal quimérico que inhibe la actividad del TNF alfa, al unirse de forma soluble o a la membrana celular activando una vía de señalización que induce la apoptosis.

Adalimumab: Anticuerpo monoclonal de tipo IgG1 humano dirigido contra el TNFalfa bloqueando su interacción con los receptores de la superficie celular p55 y p75, inhibiendo sus funciones biológicas[21-27].

El futuro de los medicamentos biológicos se concentra en la producción de cinco grupos de agentes tópicos:

1. Inhibidores de la Janu-Kinasa (JAK).
2. Inhibidores de la Fosfodiesterasa (PDE-4).
3. Nuevos análogos de la vitamina D combinados.
4. Inhibidores de la cisteín- proteasa.
5. Inhibidores de la migración de los linfocitos.
6. Antagonistas del grupo de alta movilidad (HMGB 1) [28].

CONCLUSIÓN

La psoriasis es una enfermedad de difícil manejo, en donde se debe tener conocimiento amplio de las necesidades del paciente, una buena clasificación del padecimiento, disposición para con el paciente y mucha comprensión.

Los estudios nos señalan que el paciente con psoriasis es un paciente con la autoestima baja que necesita una explicación convincente, sencilla y objetiva del padecimiento que sufre. El médico debe aprender el manejo de las diversas alternativas de tratamiento, que nos ofrece la industria farmacéutica, considerando la efectividad, el costo-beneficio, la disponibilidad y facilidad de los diversos medicamentos para el paciente.

Aún falta mucho por definir de la psoriasis, sobre todo en la etiología y en el tratamiento de la enfermedad se esperan avances en los medicamentos llamados biológicos nuevos de menor costo, mayor seguridad y aplicación tópica, extendiendo su uso a la psoriasis de menor gravedad.

Es necesario conocer, actualizarse y apegarse a las guías de tratamiento que nos dan los consensos como el Mexicano[29] y el más nuevo, que es el Latinoamericano de tratamiento para la psoriasis [1].

Se espera en los próximos años la utilización de los medicamentos llamados biológicos en diversas patologías inmunológicas como el lupus, la alopecia universal y la alopecia areata.

REFERENCIAS

1. Sociedad Latinoamericana. Consenso Latinoamericano de Psoriasis–Guías de Tratamiento. Actualización.2009:10-33.

2. Coimbra, Susana, et al. Psoriasis: Epidemiology, Clinical and Histological Features, Triggering Factors, Assessment of Severity and Psychosocial Aspects. En Psoriasis-A Systemic Disease. INTECH Open Access Publisher.2012.

3. Guerra, M.A, et al. Consenso mexicano para el manejo de terapia biológica en psoriasis. Rev Cent Dermatol Pascua.2004: 172-84.

4. Instituto Mexicano del Seguro Social, H. C. Analisis estadistico del año 2012 de los padecimientos dermatologicos.2013:L-30 y L70.

5. Campalani E., and Barker, J.N.W.N The clinical genetics of psoriasis. Current Genomics.2005;6.1:51-60.

6. Chouela, E.N. Epidemiología y genética de la psoriasis. Dermatol Argent.2011:17.3;236-239.

7. Henseler, T. and Christophers, E. Psoriasis of early and late onset: Characterization of two types of psoriasis vulgaris. J Am Acad Dermatol.1985:13.3;450-456.

8. González, Cesar, et al. Caracterización epidemiológica de la psoriasis en el Hospital Militar Central. Rev Asoc Col Dermatol.2008: 17;11-7.

9. Arango, FA. Franco, MF. and Hoyos, AM. Psoriasis: conceptos actuales en el tratamiento sistémico. Parte 2. Medicamentos biológicos y no tradicionales. Rev Asoc Colomb Dermatol. 2011:45-54.

10. Murphy, G., and K. Reich. In touch with psoriasis: topical treatments and current guidelines. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2011;25.s4:3-8.

11. Grau Serrano, P. and Mascaró Galy, JM. Metotrexato: actualización en el tratamiento de la psoriasis. Piel. 2006;21.7:358-363.

12. Ryan, C., et al. Clinical and genetic predictors of response to narrowband ultraviolet B for the treatment of chronic plaque psoriasis. British Journal of Dermatology. 2010;163.5:1056-1063.

13. Amir-Houshang, E. et al. Comparison of topical 8-methoxypsoralen and narrowband ultraviolet B with narrowband ultraviolet B alone in treatment-resistant sites in plaque-type psoriasis: a placebo-controlled study. Photodermatology, photoimmunology & photomedicine. 2011; 27.6: 294-296.

14. Emerit, I. et al. Clastogenic Plasma Factors in Psoriasis—Comparison of Phototherapy and Anti–TNF-α Treatments. Photochemistry and photobiology. 2011; 87.6:1427-1432.

15. Kleinpenning, M. M., et al. Efficacy of blue light vs. red light in the treatment of psoriasis: a double-blind, randomized comparative study. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2012;26.2:219-225.

16. Feldman, S. et al. Efficacy and Safety of Calcipotriene 0.005% Foam for the Treatment of Plaque-Type Psoriasis. American journal of clinical dermatology. 2012;13.4:261-271.

17. Queille-Roussel, C. et al. Comparison of the antipsoriatic effect and tolerability of calcipotriol-containing products in the treatment of psoriasis vulgaris using a modified psoriasis plaque test. Clinical drug investigation. 2012:32.9:613-619.

18. Maza, A. et al. Oral cyclosporin in psoriasis: a systematic review on treatment modalities, risk of kidney toxicity and evidence for use in non-plaque psoriasis. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2011; 25.s2:19-27.

19. Sánchez, Mikel. El plasma rico en plaquetas: ¿Una moda o una realidad? Archivos de medicina del deporte. 2010:252-254.

20. Santa Coloma, E. Rolon, A. and Khoury, A. La actualidad del plasma rico en plaquetas en traumatología del deporte. Rev. Asoc. Argent. Traumatol. Deporte. 2011:18.1;30-43.

21. Schön MP. Boehncke WH. Psoriasis. N Engl J Med. 2005:352:1899-1912.

22. Kormeili, T., N. J. Lowe, and P. S. Yamauchi. Psoriasis: immunopathogenesis and evolving immunomodulators and systemic therapies; US experiences. British Journal of Dermatology. 2004:151.1;3-15

23. Joshi, Rajiv. Immunopathogenesis of psoriasis. Indian Journal of Dermatology, Venereology, and Leprology. 2004:70.1;10.

24. Winterfield, L. S., et al. Psoriasis treatment: current and emerging directed therapies. Annals of the rheumatic diseases. 2005:64.2;87-90.

25. Weinberg, Jeffrey M., et al. Biologic therapy for psoriasis: an update on the tumor necrosis factor inhibitors infliximab, etanercept, and adalimumab, and the T-cell-targeted therapies efalizumab and alefacept. Journal of drugs in dermatology. 2004: 4.5;544-555.

26. Ellis, Charles N., and Gerald G. Krueger. Treatment of chronic plaque psoriasis by selective targeting of memory effector T lymphocytes. New England Journal of Medicine. 2001:345.4;248-255.

26. Dogra, Alka, and Silonie Sachdeva. Biologic therapy in psoriasis. Indian Journal of Dermatology, Venereology, and Leprology. 2006: 72.4;256-265.

27. Menter, Alan, and Christopher EM Griffiths. Current and future management of psoriasis. The Lancet. 2007:370.9583;272-284.

28. Tang, Min Moon, et al. Quality of life and cost of illness in patients with psoriasis in Malaysia: a multicenter study. International journal of dermatology. 2013: 52.3;314-322.

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

La revista Waxapa es un órgano de divulgación científica del área de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Nayarit, de periodicidad semestral indexada en IMBIOMED y LATINDEX que publica colaboraciones originales e inéditas de autores mexicanos y extranjeros. Se consideran de interés los temas de salud, agrupados en las siguientes áreas: Historia y Filosofía de la Salud, Educación en Salud, Clínica, Terapéutica y Farmacología, Salud Pública y Sistemas de Salud y Biomedicina.

Los manuscritos deberán acompañarse de una carta firmada por todos los autores que expresen la conformidad con su contenido y su intención de ceder a la revista los derechos de autor; se podrán entregar en la Unidad Académica de Medicina de la UAN o enviarse por correo electrónico a revistawaxapauan@uan.edu.mx.Solo deben constar como autores quienes hayan participado directamente en la investigación o en la elaboración del manuscrito y puedan hacerse públicamente responsables de su contenido. La inclusión de otras personas como autores, por amistad, reconocimiento u otras bases no científicas, constituye una falta de ética.

Waxapa, en lo general, se apega a los Requisitos Uniformes para las Publicaciones Enviadas a Revistas Biomédicas (ICMJE Recommendations, que aparecen en http:// www.icmje.org) y a las guías y directrices internacionales para la presentación y evaluación de informes de investigaciones en salud reunidas en Equator Network (en http:// www.espanol.equator-network.org/ home/).

Las contribuciones quedarán dentro de las categorías siguientes: Cartas al editor, artículo orignal, artículo de revisión, comunicación breve y editorial por invitación. Los artículos originales se enviarán en formato “IMRYD”: introducción, métodos, resultados y discusión.

Los autores deberán preparar sus textos en Microsoft Word y usar programas como Excel o Power Point para crear las figuras y cuadros. Tipo de letra: Arial o Times New Roman 12, a dos espacios. Todos los márgenes serán de una pulgada (2.4 cm). El manuscrito quedará separado de la siguiente manera: Título, autores y su afiliación en una cuartilla, resumen es-

Extensión máxima de los diferentes tipos de manuscritos que recibe Waxapa:

	Palabras sin incluír resumen, tablas, figuras, ni referencias	Referencias	Cuadros y Figuras
Artículo de Revisión	4000	50	5
Artículo Original	3500	35	5
Comunicación Breve	1500	40	2
Cartas al Editor	800	5	ninguna
Editoriales (por invitación del director)	800	5	ninguna

-tructurado en otra, cuerpo del artículo, referencias bibliográficas y cuadros y figuras uno en cada cuartilla.

Los cuadros y figuras serán tratados en archivos independientes (por separado) al documento de Word, tratados como imágenes de un tamaño no mayor a 9 cm de ancho y 15 cm de alto, con una resolución mínima de 600 puntos por pulgada, y entregarse en formato .JPG o .PNG.

Las figuras: deberán contar con el título de “figura” en la parte inferior de la imagen, con letra arial, “negrita” no. 8, su numeración será arábiga, seguida por su debido pie de imagen con la descripción en letra arial, no.8.

Los cuadros: deberán contar con el título además de la palabra “cuadro” en la parte superior de la imagen, su numeración será arábiga, seguida por su debido título, utilizando letra arial, “negrita”, no. 8; la numeración será correspondiente al orden de los cuadros en el documento.

El resumen estructurado no excederá una cuartilla e incluirá: objetivos, métodos, resultados y conclusiones. A continuación de cada resumen se anotarán de 3 a 5 palabras o frases cortas-clave, que ayuden a clasificar el artículo.

Se solicita a los autores que proporcionen la información completa acerca de cualquier beca o subvención recibida de una entidad comercial u otro grupo con intereses privados, para costear el trabajo en que se basa el artículo. Se debe dejar explícita cualquier situación que genere posible conflicto de intereses.

LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT
Y LA COORDINACIÓN DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Convoca a profesionales interesados en cursar la

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Convocatoria 2019

Áreas de especialización:

Odontología Preventiva - Salud del Adulto Mayor - Salud Comunitaria - Gerencia de Servicios de Salud

Reconocida en el **PNPC** de **CONACYT**

becas a estudiantes de dedicación exclusiva

Objetivo del Programa

Desarrollar competencias profesionalizantes y de investigación para el desempeño de excelencia como gerentes, promotores y ejecutores en diferentes áreas de la salud pública.

Líneas de Investigación del Programa

Diagnóstico, prevención y riesgos para la salud de la población - Gestión y calidad de los servicios de salud - Salud del adulto mayor

Perfil y requisitos de ingreso

-Aprobar el examen de ingreso, EXANI III, con el puntaje mínimo requerido.
-Aprobar los exámenes de inglés, gestión de la información y estadística básica.
-Realizar entrevista con la Comisión de Selección.
-Demostrar dedicación exclusiva al programa.
-Pertinencia del pregrado estudiado con la Maestría.
-Motivación para el posgrado en salud pública.
-Aprovechamiento mínimo de 80% en el pregrado.

Documentación para aspirantes nacionales

(2 copias de cada documento)

-Título universitario de licenciatura.
-Cédula profesional federal.
-Acta de nacimiento.
-CURP (Clave Única de Registro de Población).
-Credencial de elector (IFE).
-Certificado de calificaciones con promedio general de licenciatura mínimo de 8 u 80 (especificado en el documento).
-Carta de exposición de motivos para cursar la Maestría.
-Currículum Vitae Único en formato CONACYT.
-2 fotografías tamaño infantil blanco y negro.

Documentación requerida para aspirantes extranjeros

-Acta de nacimiento*.
-Título o diploma universitario de grado*.
-Certificado de calificaciones de los estudios de grado*.
-Dictamen de revalidación de estudios y promedio tramitado en SEP.
-Forma migratoria expedida por el Instituto Nacional de Migración de la Secretaría de Gobernación, con permiso expreso para realizar estudios de posgrado.
-Visa residente temporal de estudiante (expedida en el país de origen).
*Apostillados o legalizados para tramites internacionales.

Información y trámites:
Maestría en Salud Pública, UA de Medicina, telefono: (311) 211 88 00 ext. 8771
Email: posgrado_medicina@hotmail.com www.mspuan.net
Coordinador: Dr. en C. Rogelio A. Fernández Argüelles

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE NAYARIT