



Comportamiento clínico y epidemiológico del VIH y SIDA en mujeres indígenas del Hospital Nuevo Amanecer de Bilwi

HIV and AIDS clinical and epidemiological behavior in indigenous women at Nuevo Amanecer Hospital from Bilwi

Ana Edelma Cantón Herrera¹
Joice Nelly Dixon Córdoba²
Loyda Stamp Lackood³
Marilú Rodríguez⁴

Resumen

A fin de contribuir al fortalecimiento de la atención multidisciplinaria y mejorar el abordaje del VIH y Sida, se realiza en el municipio de Puerto Cabezas un estudio con mujeres indígenas que asistieron al programa de VIH y Sida, en el Hospital Nuevo Amanecer durante el 2010 al primer semestre del 2014.

A partir de los resultados, se logró identificar un total de 14 pacientes las cuales asisten de forma irregular al retiro de su tratamiento y revisiones mensuales. Por otro lado, se visibilizó la necesidad de incluir en el formato del expediente clínico las prácticas culturales y tradicionales de salud de los pacientes a como lo establece el MASIRAAN, a fin de favorecer una buena articulación con la medicina tradicional.

Actualmente el VIH y Sida ha afectado a las diversas poblaciones existentes en la región; sin embargo, la desagregación por pueblo no es consistente ni sistemática; siendo esto una desventaja para la toma de decisiones oportunas dirigidas a las poblaciones afectadas. Se considera que ante esta situación es necesario impulsar esfuerzos para que la inclusión de estos elementos sea a lo inmediato, lo que contribuiría a brindarles a las mujeres una atención integral y de calidad.

Palabras clave: VIH y SIDA, tratamiento, transmisión, medicina tradicional, prácticas culturales, población en riesgo.

Abstract

In order to contribute to the strengthening of multidisciplinary care and improve the HIV and AIDS approach, this study was carried out in Puerto Cabezas municipality with indigenous women who attended the HIV and AIDS program at Nuevo Amanecer Hospital from 2010 to the first semester of 2014.

¹ Doctora en Medicina General Intercultural y Cirugía. Médico General del Ministerio de Salud de la Región Autónoma de la Costa Caribe Norte de Nicaragua. Correo: analicius1@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0681-3830>

² Doctora en Medicina Intercultural y Cirugía. Médico Residente en la Especialidad de Pediatría del Hospital Escuela Oscar Camilo Rosales del Ministerio de Salud. Correo: joynelly1991@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7711-3674>

³ Master en Salud Intercultural. Coordinadora del Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario de la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense. Correo: loyda.stamp@uraccan.edu.ni; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0489-979X>

⁴ Máster en Salud Pública. Doctora en Medicina General y Cirujía del Ministerio de Salud de la Región Autónoma de la Costa Caribe Norte de Nicaragua. Correo: hecamar@yahoo.es

From the results, it was possible to identify a total of 14 patients who attend irregularly to the withdrawal of their treatment and monthly reviews. On the other hand, it was made visible the need to include in the clinical file format the cultural and traditional health patients' practices as established by MASIRAAN, in order to favor a good articulation with traditional and non-traditional medicine.

Currently, HIV and AIDS have affected the diverse populations in the region; however, disaggregation by town is neither consistent nor systematic; this being a disadvantage for making timely decisions directed to the affected populations. It is necessary to promote efforts so that the inclusion of these elements can be immediate, which would contribute to provide women with comprehensive and quality care.

Keywords: HIV and AIDS, treatment, transmission, traditional medicine, cultural practices, population at risk.

I. Introducción

Desde su identificación clínica en 1981, el VIH y SIDA es una de las principales epidemias de salud pública mundial que ha causado graves daños a la humanidad. Según el reporte consignado en la Declaración del 2012, Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH y SIDA, a finales del 2011, la cantidad de personas que vivían con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) alrededor del mundo era de 34 millones, aumentando 19% desde el 2001. En el 2011, murieron 1.7 millones de personas por causas relacionadas y se reportaron 2.5 millones de nuevas infecciones incluyendo 330.000 niños (OPS/OMS, 2005).

En 1987 en Nicaragua se detectaron 25 casos de VIH en mujeres usuarias de droga intravenosa. Poco tiempo después, durante el mismo año se logró detectar a un nicaragüense heterosexual de 30 años originario del suroeste del país, quien falleció un mes después de ser diagnosticado con VIH. A partir de esa fecha el número de personas que viven con esta enfermedad se ha ido incrementando, aunque, no de acuerdo al comportamiento que han tenido otros países.

La distribución geográfica de los casos de VIH durante el período 1987 a 2004 indicaron que la zona del Pacífico norte y central (Chinandega y Managua) fueron las zonas más afectadas durante el período 1987-2004. La tasa de prevalencia de Nicaragua en el 2010 fue de 67 x 100,000 habitantes. En la RACCN 59 x 100,000 habitantes en el mismo año, que la ubica en una tasa alta-baja con respecto a la media nacional. El número de nuevas infecciones por el VIH se redujo en más de un 20% desde 1997.

Según datos del Ministerio de Salud, entre enero y junio del 2011 hubo 713 nuevos casos de VIH, de los cuales 401 son hombres y 277 mujeres. Hasta esa fecha existían en el país alrededor de 6,500 personas con el virus⁵. En las mujeres, de forma general, durante el período 1987-2004, se registraron 2,79 casos de VIH en hombres por cada mujer. De acuerdo con el plan estratégico nacional de VIH y Sida 2005-2009, en la Región Autónoma del Atlántico Norte la prevalencia era de 25,8 por cada 100,000 habitantes durante el año 2004. En mujeres indígenas, no encontramos datos disponibles.

El informe del SILAIS RAAN⁶, muestra que desde 1988 hasta el 2014 se ha acumulado un total de 575 casos positivos para una prevalencia de 22.7 x 10,000 habitantes y una incidencia para este semestre de 1.9. En cuanto a las edades se observa mayor afectación en las edades sexual y económicamente activas siendo los hombres los más afectados con el 59% de los casos.

Nicaragua por su multietnicidad es común encontrar diferentes escenarios culturales en diversas zonas del país, principalmente en la Costa Caribe en donde se le suma el hecho de existir los municipios más pobres del país. Estas realidades hacen que exista los porcentajes más altos de habitantes iletrados, hay una considerable influencia de la religión en las relaciones de poder y equidad entre las parejas, en

⁵ <http://www.laprensa.com.ni/2011/12/01/portada/82481>

⁶ A partir del 2012 SILAIS Puerto Cabezas.

referencia con las prácticas sexuales, especialmente entre la población Miskita. Otra particularidad es el hábito migratorio de los pueblos indígenas, además de tener dentro del territorio un puerto marítimo, situación que aumenta la probabilidad de infección por VIH.

El presente estudio se realizó en el Hospital Nuevo Amanecer de Bilwi con el propósito de analizar el comportamiento clínico y epidemiológico de VIH de las mujeres que asisten al programa de ITS-VIH. Los principales resultados de la investigación muestran la necesidad de un abordaje del VIH desde un enfoque de derechos, identidad, pertinencia social, cultural y equidad de género. Por lo mismo se considera que el estudio aporta algunas pautas para la toma de decisiones que contribuyan brindar servicios de salud con calidad y humanismo.

Revisión de literatura

El VIH y Sida se ha convertido en una de las crisis de salud más importantes de la historia. Desde sus orígenes, más de 25 millones de personas han muerto, sólo en 2005, fallecieron 3 millones. A pesar de los esfuerzos, la epidemia continúa superando las estrategias mundiales por contenerla.

Según el MINSA (2011), la epidemia en Nicaragua muestra una franca tendencia a la feminización, representando las mujeres el 37% de los seropositivos y el 41% acumulado hasta septiembre del 2005. La transmisión vertical ha aumentado, incrementándose del 2.4% del total acumulado hasta el 2001 al 3% en septiembre de 2005. Entre 1987-2010 hubo 5,124 casos entre VIH, Sida y fallecidos. En el 2010 durante el primer semestre hubo 340 casos de personas viviendo con VIH, 23 casos de personas vi-viendo con Sida, 363 personas con VIH/Sida y 19 fallecidos.

A lo largo de estos años, las características del fenómeno fueron variando: las mujeres son más vulnerables al VIH tanto anatómica como socialmente. Por una parte, la transmisión de varón a mujer durante el acto sexual es dos veces más probable que a la inversa; además, las desigualdades de género provocan que muchas mujeres no puedan decidir cuándo, cómo y con quién tener sexo. Como consecuencia, la proporción de mujeres afectadas sigue en aumento (17.5 millones de mujeres vivían con VIH en 2005, un millón más que en 2003). Lo mismo ocurre con el número de jóvenes: cada día son más de 6.000 los chicos de entre 15 y 24 años que contraen el VIH y este grupo representa la mitad de los nuevos casos.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

De acuerdo a la OMS (2005), el VIH es la sigla correspondiente a “Virus de la Inmunodeficiencia Humana”. Es un retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario (principalmente las células T CD4 positivas y los macrófagos, componentes clave del sistema inmunitario celular) y destruye o daña su funcionamiento. La infección por este virus provoca un deterioro progresivo del sistema inmunitario, lo que deriva en “inmunodeficiencia”.

Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando no puede cumplir su función de combatir las infecciones y las enfermedades. Las personas inmunodeficientes son más vulnerables a diversas infecciones, la mayoría de las cuales es poco común entre personas sin inmunodeficiencia. Las infecciones asociadas con la inmunodeficiencia grave se conocen como “infecciones oportunistas”, ya que aprovechan la debilidad del sistema inmunitario. (OMS, 2005).

El VIH se divide en diferentes etapas establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en función de diversos indicios, síntomas, infecciones y cánceres. Según la OMS. (2005) las etapas clínicas del VIH se identifican:

Etapa clínica I: asintomática o inflamación general de los nódulos linfáticos.

Etapa clínica II: pequeñas pérdidas de peso, manifestaciones mucocutáneas leves e infecciones recurrentes de las vías respiratorias altas.

Etapa clínica III: diarrea crónica sin causa aparente, fiebre persistente, candidiasis o leucoplaquia oral, infecciones bacterianas graves, tuberculosis pulmonar e inflamación necrotizante aguda en la boca. Algunas personas tienen sida en esta etapa.

Etapa clínica IV: incluye 22 infecciones oportunistas o cánceres relacionados con el VIH. Todas las personas que se encuentran en esta etapa tienen SIDA. La mayoría de estas afecciones son infecciones oportunistas que se podrían tratar fácilmente en personas sin inmunodeficiencia.

Ciclo de replicación del VIH

Cuando el VIH ingresa al organismo por primera vez (momento de infección) se instala en los glóbulos blancos llamados linfocitos T (encargados de la defensa de nuestro organismo, inmediatamente son reproducidos por las mismas células, alterando y deteriorando el sistema inmunológico, que es el sistema más importante para la defensa de nuestro organismo ante las enfermedades. El VIH ingresa al organismo a través de la sangre, el semen y los fluidos vaginales y una vez incorporado ataca el sistema inmunológico. Este sistema está constituido por un conjunto de componentes que incluyen células, anticuerpos y sustancias circulantes que enfrentan a todo elemento que sea reconocido como ajeno o extraño. Esto sucede, especialmente con los agentes infecciosos como bacterias, hongos, virus y parásitos. (Ibíd., 2010).

Frente a la presencia de agentes infecciosos el sistema inmunológico moviliza para defenderse células llamadas linfocitos. Los linfocitos, al ser invadidos por el VIH pierden su capacidad para reconocer y enfrentar a los agentes extraños, los que aprovechan la oportunidad de esta caída de la vigilancia inmunológica para proliferar.

II. Material y métodos

El enfoque de la presente investigación es mixto, ya que implica la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos. Hernández Sampieri y Mendoza (2008), describen que en este enfoque los datos cuantitativos y cualitativos, así como en su integración y discusión conjunta, se realizan inferencias, producto de toda la información recabada, conlleva a un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio.

El presente estudio es descriptivo con enfoque mixto, de corte transversal y retrospectivo que incluye el año 2010 al primer semestre del 2014. El universo está constituido por 14 mujeres místicas diagnosticadas con VIH en el programa ITS-VIH durante el 2010 al primer semestre del 2014. La muestra cuantitativa fue representada por las 14 mujeres. En el caso de la muestra cualitativa fueron 9 mujeres, las que nos dieron su consentimiento previo, libre e informado.

La recopilación de la información fue por medio de revisión de expedientes existentes en el programa de VIH, entrevistas dirigidas tanto a las pacientes como a la responsable del programa. Las fuentes de información fueron primarias y secundarias. Los resultados se obtuvieron a través de revisión de expediente clínicos de las mujeres con VIH que asisten al programa, entrevistas dirigidas a las pacientes y a la responsable del programa de ITS-VIH. Para establecer el contacto con las pacientes, nos auxiliamos de la responsable del programa de ITS-VIH, quien fue asignada para realizar las entrevistas; previamente se le capacitó para el manejo del instrumento.

Los datos obtenidos fueron agrupados por categorías según objetivos planteados, además nos auxiliamos de cuadros y gráficos para representar de manera más específica los resultados cuantitativos, las

entrevistas fueron transcritas y plasmadas en tablas matriciales para su discusión. Al final se hace una relación entre algunos resultados obtenidos de los expedientes y las entrevistas tanto con las pacientes como con la responsable del programa de ITS-VIH permitiendo esto un análisis más integral de la información.

III. Resultados y discusión

Características sociodemográficas de las mujeres con VIH

El VIH y Sida se ha convertido en una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo entero. En el programa de ITS-VIH del Hospital Nuevo Amanecer encontramos mujeres de distintas edades; sin embargo, el rango de edad más afectado corresponde de 25 a 29 años y en segundo lugar las de 30 a 44 años, como se puede observar todas en edad reproductiva, jóvenes y adultas. Esto coincide con el informe realizado por SILAIS RACCN (2014), en donde refleja que el 79% de las personas diagnosticadas tienen edades de 15-29 años que incluyen mujeres.

Tomando en cuenta que el período de ventana de esta enfermedad es hasta de 10 años, lo más probable es que la mayoría de las mujeres estudiadas se hayan infectado durante la adolescencia. En referencia al estado civil de las mujeres con VIH, las que tienen estatus de unión libre son las que tienen mayor porcentaje de afectación. Al sumar el dato de ese grupo con las que están casadas, implica contradictoriamente, que las mujeres que aparentemente tienen una vida estable son las que más reportan este problema de salud.

Esto se relaciona directamente con las relaciones inequitativas de género en donde algunas mujeres tanto por su condición de dependencia económica, creencias y pautas culturales, no tienen el poder de tomar decisiones con respecto a su cuerpo y mucho menos a exigir la utilización del preservativo al momento de una relación sexual.

Al respecto Garache et al. (2008:32), manifiesta que la mujer, al carecer de igualdad de oportunidades en comparación con el hombre, la hace particularmente vulnerable a la infección por el VIH, por las pocas oportunidades en materia de enseñanza e información sobre educación sexual que recibe, este aspecto le impide protegerse adecuadamente de la pandemia del VIH y Sida.

De acuerdo a la distribución por ocupación, las amas de casa son las que reportan mayor porcentaje con 42.8% (6) mujeres, estudiantes y domesticas se encuentran en segundo lugar con 14.3% (2) respectivamente. Este dato reafirma el hecho de que el VIH, no establece condición alguna para quien pueda padecerlo, ya que es evidente que la población sin considerar estatus social se ve inmersa y con riesgos de adquirir el virus.

Al indagar el nivel de escolaridad de las mujeres, se refleja que el 28.5% (4) son iletradas, un 14.3% (2) primaria, otro 14.3% (2) secundaria. Llama la atención que el mayor número de mujeres no tienen registrado en su expediente el nivel académico con un 42.9% (6). La predominancia del bajo nivel académico de estas mujeres se manifiesta en la suma de los porcentajes de tanto de iletradas como las que han accedido a la primaria. Esta condición implica evidentemente que poseen limitada capacidad para la toma de decisiones y poco conocimiento previo a su diagnóstico en relación al tema del VIH.

La educación es la base fundamental por medio de la cual la población tiene mayor conocimiento, por ende, una oportunidad para dejar atrás la ignorancia y el temor, y las actitudes y las prácticas que perpetúan la infección. Entre más informada esté una persona, mejores argumentos tendrá para prevenir la enfermedad.

Al respecto Bankole et al (2007), refiere que una educación de buena calidad que se centre en la potenciación de la autonomía en entornos seguros y protectores, que cree un círculo de apoyo dentro de la

comunidad puede contribuir de modo duradero a reducir la vulnerabilidad y los comportamientos que generan, aumentan o hacen perdurar el riesgo.

Montijo y Gottsbacher (2003) por su parte indican que las poblaciones indígenas al igual que la sociedad en general, enfrentan muchos obstáculos como económicos, barreras sociales y culturales particulares, pero que además suelen tener menos escolaridad y más analfabetismo siendo más grave la situación en las mujeres. Con respecto a la religión, la mayoría pertenece a la Morava con un 43%, si se considera que la población miskitu profesa casi de manera general esta religión, explica el porqué de estos resultados. En segundo lugar, encontramos que algunas son evangélicas y en menor proporción católicas.

Es significativo mencionar que para un importante grupo no apareció reflejada su pertenencia religiosa en el expediente clínico. Esto es una desventaja ya que la pertenencia a determinada religión también es un factor que influye ya sea de manera directa o indirecta en el comportamiento que una persona pueda tener ante el VIH, principalmente, al estar relacionado a temas todavía tabú en la sociedad general, pero con más aplomo en la indígena quienes si bien aún conservan algunas prácticas ancestrales, la religión juega un rol importante en su forma de vida.

El grupo étnico más afectado de acuerdo a la revisión de los expedientes fue el miskitu con un el 57% (8); en el 43% (6) de los casos los expedientes no reflejaron la etnicidad de las pacientes, por lo que este dato se corroboró con la responsable del programa. El hecho de que la mayoría de las pacientes sean miskitus podría deberse por un lado a que este pueblo indígena es el predominante tanto en el municipio de Puerto Cabezas como en el área urbana de Bilwi. Por otro lado, existe una limitada demanda de la mujer afrodescendiente al sistema de salud público. En cuanto a las mayangnas son muy pocas las familias ubicadas en Bilwi, y las Mestizas, si bien acuden a las unidades de salud probablemente durante el período que corresponde al estudio no fueron reportados casos a esta población.

Pese a estos planteamientos, lo que resulta importante destacar es el hecho de que existen datos que se están omitiendo al no ser registrados en los expedientes de las pacientes, lo que conlleva a tener información escasa que limitaría la toma de decisiones oportunas. La distribución por ubicación geográfica indica que el 64.3% (9) que corresponde al sector urbano y 35.7%(5) que corresponden al sector rural de Puerto Cabezas. En entrevista realizada con la responsable del programa de VIH, se menciona que, de manera general en su mayoría, las mujeres proceden del casco urbano, y las pacientes de las comunidades se ubican en Sisin, Sangnilaya y Tuara

De manera general los informes del programa de VIH y las estadísticas del SILAIS reportan que los casos positivos corresponden al área urbana, sin embargo, también habrá que pensar en el sub-registro de casos existentes, pues dada la naturaleza del problema del VIH, no siempre la población y principalmente de las comunidades acude las unidades de salud para hacerse la prueba de manera voluntaria.

En esta actitud, incide mucho la practica cultural de acudir primero al médico tradicional para la respuesta a determinado problema de salud y también por considerar que el VIH está relacionado ya sea a hechizos o malos espíritus y no a lo que desde la biomedicina está establecido; pero, también al hecho de que aún no se ha logrado garantizar una comunicación lineal entre el sistema de salud oficial y la población que demanda los servicios.

El hecho de que las estadísticas reportan mayor afectación en el área urbana, induce a preguntarse qué está pasando con los programas de prevención y sensibilización que los distintos organismos e instituciones implementan en la región y el municipio.

Al estar la población en las áreas urbanas tienen mayor acceso a la información desde los distintos medios de comunicación existentes a diferencia de las zonas rurales, por lo que sería prudente revisar conjuntamente las estrategias implementadas hasta la actualidad y los principales retos existentes a fin de hacerle frente a esta problemática.

Formas de transmisión del VIH reportadas

Para las mujeres incluidas en el presente estudio, según su expediente clínico, las formas de transmisión del VIH, se encuentra distribuidas de la siguiente manera: Por transmisión sexual 85.7%(12) y el 14.3%(2) por transmisión vertical.

La primera representa la principal vía de infección en nuestro país y en el mundo. Consulta realizada con las mujeres demuestran que para ellas esta es la principal causa de transmisión del VIH. El MINSA (2009), afirma la existencia de determinados factores que contribuyen a la vulnerabilidad de la mujer ante el VIH ente ellos: biológicos, económicos y socioculturales.

Al analizar estos factores y compararlos con los resultados revelan una estrecha relación con estudios revisados en los cuales dejan ver que la forma de transmisión de mayor frecuencia es por vía sexual siendo la mujer más vulnerable tanto anatómica como socialmente, por una parte la transmisión de varón a mujer durante el acto sexual es dos veces más probable, a esto se le agrega la desigualdad de género existente que provoca que muchas mujeres no puedan decidir cuándo, cómo y con quien tener relaciones sexuales.

En el caso de mujeres indígenas, la situación no es distinta. Al respecto Cuningham, (2002), plantea que, en comunidades pobres e indígenas, la mujer aunque esté casada y sea ama de casa igual está en riesgo de adquirir el VIH. Garache et al. (2008). Afirma que muchas veces para la mujer le es imposible convencer a su pareja del uso del preservativo como medio de protección, ya que él puede tomarlo como una forma de infidelidad o como un gesto de descaro. Esto en el mejor de los casos, puede dar lugar a penosas discusiones y aún a la ruptura de la relación y en la peor de las situaciones, a que el hombre la golpee. Para el caso de las mujeres entrevistadas se reporta en algunos casos problemas de la negociación del uso del preservativo.

En el caso de la transmisión vertical, la infección por el VIH tiene una gran repercusión sobre la reproducción, desde el momento de la concepción por el riesgo de transmisión sexual, hasta el riesgo de transmisión vertical con la consecuente infección del niño. Una correcta identificación de la mujer infectada puede evitar la transmisión vertical.

La mayoría de los niños que viven con el VIH contrajeron la infección por transmisión vertical, lo que puede producirse durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto, o el período de lactancia materna. En lo concerniente a nuestro estudio al momento de la revisión de expedientes se detectó 2 casos de menores de edad (mujeres) en la que se determinó la transmisión vertical y que se encontraban bajo tratamiento profiláctico.

En los últimos años se han producido importantes avances en el conocimiento de los mecanismos que influyen en la transmisión vertical del VIH y se dispone de numerosos datos sobre la eficacia de distintas estrategias para evitar dicha transmisión. La transmisión vertical ha ido aumentando en 2.4% del total de acumulados en el 2001; sin embargo, la tasa de transmisión de la madre al feto es cerca de 1% en embarazadas que reciben tratamiento antirretroviral, dicho tratamiento combinado con la cesaría.

Pese a que de manera conjunta las mujeres respondieron cuales son las formas de transmisión del VIH e identifican apropiadamente mecanismos establecidos para su prevención como uso de preservativos, abstinencia y fidelidad, aún encontramos elementos socioculturales arraigados asociados a la forma de percibir el VIH y esto se refleja cuando ellas mencionan que la causa de su problema de salud es por Castigo de Dios o *Spirit Saura*.

Estas aseveraciones están estrechamente vinculadas, por un lado, al tabú existente al relacionar el VIH con el sexo, principalmente fuera del matrimonio, mismo que es condenado por la iglesia. Por otro lado, la influencia de las creencias culturales en la que en este caso las poblaciones miskitu consideran que muchos males provienen tanto de los espíritus *Spirit Saura*, pero también del mal provocado por otro.

Esto coincide con lo planteado por Pérez y Chiriboga (2002:159), quien afirma que en la cultura mística tradicional la mayoría de las enfermedades no son un fenómeno natural, sino que son provocadas u originadas entre otras causas I) el ser humano, II) los espíritus de la naturaleza. El ser humano tiene la capacidad de provocarle daño o enfermedad al cuerpo de una persona a través de enviarle o hacerle un mal trick.

Enfermedades oportunistas presentadas por las mujeres

Es sabido que las enfermedades oportunistas afectan a las personas que carecen de un sistema inmune sano. En el caso de las mujeres el 64.3% (9) al momento de su diagnóstico presentaron alguna enfermedad oportunista de las que sobresalen la neumonía adquirida en la comunidad (NAC), tuberculosis, infección por virus del herpes zoster, infección por virus del papiloma humano, síndrome diarreico crónico, candidiasis oral.

Es importante hacer mención que las pacientes al momento del diagnóstico no sólo presentaron una enfermedad oportunista, en algunos casos se reportó más de una. Estos resultados se relacionan con la revisión de la literatura en la que se afirma que la enfermedad pulmonar es una de las complicaciones más habituales de la infección por el VIH. Su manifestación más frecuente es la neumonía, observándose cada vez con más asiduidad en los pacientes con infección por el VIH.

En segundo lugar, se presenta la tuberculosis y el herpes zoster que al igual que la mencionada con anterioridad, la tuberculosis aparece como una de las principales complicaciones respiratorias en donde los pacientes VIH positivos tienen 50% de riesgo de evolucionar hacia la tuberculosis mientras vivan (Lamotte, 2004).

Rodríguez y Terrón (2003), plantean que tanto la neumonía como la tuberculosis están relacionadas a síntomas de complicaciones graves o crónicas, que implica que el sistema inmunitario se ha deteriorado mucho y que suelen ser la causa de muchos de los fallecimientos de los pacientes. En cambio, el herpes zoster los mismos autores lo clasifican entre los síntomas de complicaciones leves, los que empiezan a aparecer cuando el paciente tiene un deterioro del sistema inmune.

Durante la permanencia en el programa de VIH, y de acuerdo a la responsable del mismo, estas mujeres, además de las enfermedades oportunistas presentadas al momento del diagnóstico se les suma problemas dermatológicos, candidiasis orofaríngeas, diarreas. Estas enfermedades también se relacionan directamente con personas que viven con VIH.

Tratamiento que reciben las pacientes y adherencia al mismo

Según la revisión de expedientes, el 14.3%(2 mujeres) corresponde a las pacientes que están con tratamiento profiláctico, 14.3%(2) se encuentran sin terapia antirretroviral; cabe señalar que a pesar de que estas se encuentran en fase Sida en la revisión del expediente clínico no se encontró justificación alguna de la condición terapéutica de dichas pacientes y 71.4%(10) se encuentran con tratamiento antirretroviral con drogas de primera línea.

De conformidad con la *Guía de terapia antirretroviral* (2010) del Ministerio de Salud. El inicio temprano del tratamiento solo puede lograrse si se cuenta con las pruebas necesarias que son carga viral y CD4, sin embargo, en ocasiones al no disponer de Linfocitos CD4 la OMS en sus directrices terapéutica recomienda ofrecer tratamiento en sus estadios III y IV de la enfermedad.

En pacientes asintomáticos se inicia tratamiento cuando el conteo de linfocitos CD4 sea menor de 350 CD4, independientemente. En pacientes asintomáticos con CD4 mayores de 350 células por milímetro

cúbico con cargas virales mayores de 100.000 podrá considerarse el inicio del tratamiento común acuerdo con el paciente.

Como pacientes del programa de VIH, las mujeres tienen acceso gratuito a sus tratamientos el cual se les garantiza mensualmente, éstas personalmente deben ir a buscarlo. La responsable del programa refiere que entre los factores que limitan la garantía del mismo a las pacientes están: acceso geográfico, incumplimiento de las fechas establecidas para la cita, principalmente con las del sector rural en donde los costos por transporte y estadía en Bilwi no siempre están al alcance de ellas.

Si bien la responsable del programa aduce la carencia de un médico y medio de transporte asignado al programa que permita la movilidad y búsqueda activa de las pacientes; esta acción le corresponde al Policlínico Ernesto Hodgson, al ser este la unidad de atención primaria y no al Hospital Nuevo Amanecer.

En la narrativa de las mujeres que viven con VIH, hay total afirmación de que mensualmente tienen garantizado sus medicamentos, sin embargo, admiten también que no siempre cumplen con las citas asignadas, siendo las razones las mismas planteadas por la responsable del programa.

De acuerdo al MINSA (2010), el objetivo del tratamiento, es reducir la carga viral, mantenerla en niveles no detectables y conservar recuentos altos del CD4. Por otro lado, para frenar la replicación del VIH y mantenerla suprimida exitosamente es necesario que los niveles de los medicamentos en sangre se mantengan en niveles suficientemente altos las 24 horas del día, si los niveles disminuyen todo el día el VIH puede iniciar a replicarse, por ello que la disponibilidad de fármacos que en combinación suprimen la multiplicación del VIH ha tenido un impacto intenso en la historia natural de la infección por el virus.

En relación al cumplimiento de las orientaciones que reciben en sus citas, los resultados indican que varía entre una minoría que sí cumplen con todas las especificaciones que les da, otras que lo hacen cuando se sienten mal y otro grupo que a veces lo hace. Las razones de no cumplimiento se deben según ellas se debe a que no toleran los efectos adversos provocados entre los que se destacan: náuseas, vómitos, mareos, debilidad, pesadez en la cabeza, diarreas, pesadillas y dolor abdominal.

La forma de reaccionar de estas mujeres nos indica que a pesar de que han recibido orientaciones sobre la importancia de cumplir estrictamente con las indicaciones que se les da, aún existe reserva para el cumplimiento de las mismas, lo que se traduce en un efecto negativo para su calidad de vida.

Está comprobado que los medicamentos antirretrovirales marcan la diferencia entre la vida y la muerte, por lo tanto, motivar a las personas incluidas en el régimen de tratamiento antirretroviral a adherirse y cumplir su terapia, se ha convertido en una prioridad dentro de la salud pública.

Reynolds (1998), menciona que el tratamiento antirretroviral paulatinamente se convierte en el epicentro de la vida del paciente con VIH/sida en tanto la posibilidad de seguir viviendo están directamente relacionados con la forma de asumir el tratamiento.

Cada vez que el paciente pierde o retrasa una dosis, el virus tiene la oportunidad de reproducirse más rápidamente, incrementando las posibilidades de mutación y resistencia al tratamiento. Esta relación entre el seguimiento estricto al tratamiento y el desarrollo de virus resistentes han hecho que la adherencia se convierta en un asunto de significativa importancia dentro del manejo de pacientes con VIH/sida.

Se identificó que algunas mujeres en algún momento posterior a su diagnóstico abandonaron el tratamiento porque ya se sentían bien, no aceptar con seriedad la enfermedad, o porque decidieron otra alternativa de curación usando medicina tradicional indicada por mi sukia. Tras un tiempo y al recaer nuevamente retomaron las indicaciones del programa.

Al indagar con ellas los cuidados implementados por ellas, además del tratamiento se reportan evitar las relaciones sexuales sin protección, abstinencia, comer bien y ocultar la enfermedad a la sociedad.

Algunas aseveraciones se evidencian de la siguiente manera:

Trato de mantener en secreto mi condición, pues conozco mujeres en mi comunidad las cuales son aisladas y maltratadas por su enfermedad, la verdad ni su familia las quieren.

Otra de ellas argumenta:

Solo mi familia sabe y me apoyan, pero tratamos de hacer que quede entre nosotros, pues en mi comunidad esta enfermedad es mal vista.

Estos últimos testimonios indican claramente que reservar su diagnóstico a un plano personal y familiar además de un derecho a como lo establece la ley 820, también es un medio de protección por el miedo al estigma y discriminación aún existente hacia las personas que viven con VIH.

Prácticas tradicionales de salud en respuesta al VIH Sida

Moraga (1989; 1990) refleja que la población indígena, ante un problema de salud, la tendencia es la de buscar atención primero con su médico tradicional y en segundo lugar la medicina occidental en los casos en que no se resuelven los problemas. Esto se evidencia en el hecho de que la mayoría de las mujeres que viven con VIH han recurrido a solucionar su problema de salud desde el punto de vista tradicional a pesar de que tienen el conocimiento desde el enfoque de la biomedicina de que el VIH no tiene cura.

Para ello hacen uso de plantas medicinales, las que han sido recetadas por el médico tradicional o Sukia⁷, éste es quien realiza los preparados por lo que ellas desconocen las plantas utilizadas ya que se limitan a cumplir con las dosis que se les recomienda.

La búsqueda de solución a su problema de salud desde el punto de vista tradicional de la población miskita está relacionado directamente con su cosmovisión y como se da para ellos el proceso salud enfermedad, por lo que es importante conocerla para poder entender su comportamiento. Sobre este punto, García (1995) reafirma que para los miskitus la existencia de enfermedades es originada por posesión espiritual, por contactos con los espíritus de los muertos o por brujería.

La medicina miskitu es ejercida como lo dice Cunningham y Cunningham (1994) por una serie de médicos tradicionales conocidos como sukias, curanderos, parteras, profetas, sika uplika nani, spirit uplika nani. Pérez, Chiriboga por su parte (2002:159) menciona que estos personajes aplican la terapia apropiada para cada dolencia, elimina los malos espíritus o los aparta predicen los peligros, tienen poder para muchas cosas que pueden estar ocurriendo a la población.

En este sistema hay una activa dinámica relación entre médicos tradicionales y pacientes, a través de la cual se establece una confianza plena del paciente hacia el médico tradicional y de éste a la terapia aplicada.

Por otro lado, otro grupo argumenta la práctica de realizar rezos y ayunos, lo que considera que hasta ahora los resultados evidenciados para ellas es que les da paz espiritual. Sobre este aspecto, hay que recordar que la población Miskita es muy religiosa, por consiguiente, la religión tiene mucha influencia sobre ellos, por lo que es lógico que desde este punto de vista también se recurra a solucionar el problema, más si se piensa que tienen el VIH porque han "pecado", lo más obvio es que buscarán la manera de revertir esa falta a través de este mecanismo.

⁷ Término utilizado por las entrevistadas.

Otras mujeres en cambio mencionan no utilizar ninguna práctica alternativa para mantener su salud, la justificación está basada en que están conscientes de cuál es su problema de salud y que por tanto con cumplir con las indicaciones que el MINSA les da contribuye a mantener su salud estable.

De acuerdo a la responsable del programa, las afirmaciones presentadas por las mujeres realmente suceden, puesto que se ha monitoreado una experiencia en que la paciente estuvo tomando remedios caseros por tres meses, sin embargo, no hubo mejoría en su salud por lo que recurrió nuevamente a los antirretrovirales.

IV. Conclusiones

Los resultados demuestran que el mayor número de mujeres que viven con VIH y que asisten al programa ITS- VIH, corresponden a amas de casa y con bajo nivel académico, siendo el grupo más afectado por edad de 25-29.

Se evidencia que el grupo de edad más afectado por VIH, corresponde a la edad económicamente productiva y reproductiva. En su mayoría las mujeres tienen un nivel académico bajo, esto incide directamente en el comportamiento que puedan tener para protegerse de la infección.

La forma de transmisión sexual del VIH es la que predominó. Por otro lado, la neumonía figura entre las infecciones oportunistas que más se presentó entre las pacientes. Pese a que los tratamientos otorgados son gratuitos, no existe una práctica responsable por parte de las pacientes vinculadas a cumplir con las indicaciones dadas en el programa de VIH.

El bajo nivel educacional, desconocimiento de formas correctas de protección ante infecciones de transmisión sexual, inequidad de género son factores de riesgo para que estas mujeres se hayan infectado. La educación permite transformar las condiciones sociales, culturales y económicas que contribuyen a una vulnerabilidad, así mismo puede modificar los comportamientos que genera, aumenta o perpetúan el riesgo de contraer el VIH. Una educación relativa al VIH bien planificada e impartida puede redundar en un comienzo más tardío la vida sexual activa, en menor número de parejas sexuales y un uso más amplio y sistemático del preservativo.

Pese a que las mujeres que viven con VIH, tienen un diagnóstico de su condición desde la biomedicina, aún existe en algunas la percepción de que su problema de salud está ligado a creencias y prácticas culturales como religiosas, estos elementos inciden de manera directa en la adherencia a los TAR.

La combinación de tratamientos desde la biomedicina y tradicional ancestral se reporta en algunas mujeres, esto indica que aún persisten elementos culturales ligados al proceso salud enfermedad, que hacen que la población sea fiel a sus prácticas de salud tradicional para la búsqueda de sanación.

A pesar del mandato existente para la implementación de un modelo de atención en salud intercultural, no existen en el formato de registro la incorporación del componente étnico, y prácticas tradicionales de salud lo que limita identificar cuáles son los grupos étnicos de la región más afectados, esto permitiría tomar decisiones oportunas en torno a la respuesta al VIH que se debe dar en las unidades de salud.

No hay estudios en mujeres indígenas ni afrodescendiente que pueda revelar la dimensión de la afectación que produce esta pandemia en la población femenina de la región.

V. Lista de referencias

- Bankole, A. et al., "Knowledge of Correct Condom Use among Adolescents in sub-Saharan Africa", *African Journal of Reproductive Health*, 2007, Vol. 11, N° 3, pags. 197-220.
- Cunningham y Cunningham (1994). *Medicina Tradicional en Comunidades Mískitas del Río Coco*. Fundación Wangki Luhpia. Waspam Río Coco.
- Cuninngham Mirna. 2002. *Etnia cultura y salud*.
- Diessen Ingrid y Lampson Kerry (2007), *Incidencia de la cultura en la adherencia al tratamiento antirretroviral y la afectación psicosocial en las personas conviviendo con el VIH SIDA atendidas en el centro Clínico Bilwi, Durante el año 2007, Puerto Cabezas. RAAN*). Monografía.
- Garache, Marín, Cecilia, Marcela Martínez Paisano, Gilma Méndez Gómez (2008), *Guía Metodológica para la Educación en Salud Sexual y Reproductiva, dirigida a docentes de la Costa Caribe de Nicaragua – Managua: URACCAN*.
- Hernández Sampieri y Mendoza, (2008). *Metodología de la investigación. 5ta. Edición*. Mc. Graw Hill. México.
- J.A Lamotte C. (2004). *Infección-enfermedad por VIH y Sida*. Centro de personas viviendo con VIH. Encontrado en http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san06404.htm
- Montijo J., & Gottsbacher M. (2003). *Acercamiento cultural para la prevención y atención del vih/sida en centroamérica. Documento base para la preparación del Taller Subregional en Centroamérica sobre "Información, Comunicación y Educación Culturalmente Apropiaada para el Cambio de Conductas*. México.
- Ministerio de Salud, (2000). *Gobierno de Nicaragua. Plan Estratégico Nacional de Lucha Contra Las ITS/VIH/ Sida*. Managua, Nicaragua. Sn. 2000-2004, 81p.
- MINSAs, (2009). *Situación de la transmisión vertical VIH en 11 hospitales seleccionados de Nicaragua. 2006 - 2007*. Managua.
- MINSAs, (2010). *Guía de terapia antirretroviral en adulto con VIH, Managua Nicaragua*.
- OMS (2005). *Etapas clínicas provisionales del VIH y el sida y definiciones de caso para la vigilancia*. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/clinicalstaging.pdf>.
- OPS/OMS (2005). *Protocolo integrado de VIH e ITS en atención primaria*. Colombia.
- Pérez, Chiriboga Isabel M; (2002), *Cosmovisión, Comportamiento y Sida; Un Estudio de Antropología Médica entre los Mískitu*. Honduras.
- Rodríguez-Iglesias, M. & Terrón-Pernía, A. (2003). *Diagnóstico de la infección por el VIH*. En sociedad Andaluza de enfermedades infecciosa.



Factores de riesgos en mujeres diagnosticadas con lesiones pre-malignas de cáncer cérvicouterino

Risk factors in women diagnosed with pre-malignant lesions of cervical cancer

Karelia Gallardo Mendoza¹
Wilfred Cunningham Kain²

Resumen

Este estudio descriptivo cuali-cuantitativo de corte transversal, se realizó en la unidad de atención primaria en salud, Policlínico “Ernesto Hodgson” del municipio de Puerto Cabezas. El universo corresponde a 38 pacientes, se desarrollaron entrevistas dirigidas a las mujeres, también se consideraron los datos estadísticos y expedientes de la unidad.

Entre los resultados es que la principal lesión pre maligna de cáncer cervicouterino son las neoplasias leves, es decir NIC I con un 63%, seguido de los NIC II con un 21%, y atipias escamosas en las que se incluyen las infecciones por VPH con un 13%. A pesar de los diferentes factores de riesgo se han logrado captar en lesiones tempranas, por lo que para lesiones severas NIC III se encontró un 3%.

La mayoría de las pacientes eran del área urbana y de la etnia miskitu, ya que es el pueblo de predominio en la región. En relación a su estado civil, el 42% de las pacientes tenían parejas sexuales con relación estable. Se concluyó que las mujeres en estudio presentan múltiples factores de riesgo para desarrollar lesiones pre malignas de cáncer cervicouterino, básicamente están los antecedentes sexuales, inicio de vida sexual activa a temprana edad, múltiples compañeros sexuales y el número de hijos.

Palabras clave: cáncer cérvicouterino; factores de riesgos; diagnóstico.

Abstract

This descriptive qualitative-quantitative cross-sectional study was carried out in the primary health care unit, “Ernesto Hodgson” Polyclinic in the Puerto Cabezas municipality. The universe corresponds to 38 patients, interviews were conducted to women, the statistical data and files of the unit were also considered.

Among the results is that the main pre malignant lesion of cervical cancer are mild neoplasms, i.e. CIN I with 63%, followed by CIN II with 21%, and squamous atypia in which HPV infections are included. 13% although different risk factors have been achieved in early lesions, so for severe CIN III lesions 3% was found.

The majority of the patients were from the urban area and from the Miskitu ethnic group, since it is the predominant town in the region. Regarding their marital status, 42% of the patients had sexual partners with a stable relationship. It was concluded that the women under study present multiple risk factors to develop pre malignant lesions of cervical cancer, basically there are the sexual background, the beginning of an active sexual life at an early age, multiple sexual partners and the number of children.

¹ Doctora en Medicina Intercultural y Cirugía. Doctora de Medicina General y Cirugía del Ministerio de Salud de la Región Autónoma de la Costa Caribe Norte de Nicaragua. Correo: angel10051@hotmail.com

² Especialista en Ginecología. Doctor de Medicina General y Cirugía del Ministerio de Salud de la Región Autónoma de la Costa Caribe Norte de Nicaragua. Correo: wilfredck@hotmail.com

Keywords: cervical cancer; risk factors; diagnosis

I. Introducción

El cáncer es una enfermedad totalmente prevenible y curable, a bajo costo y con un bajo riesgo, cuando se cuenta con métodos para tamizaje en mujeres asintomáticas por lesiones pre-malignas, junto con un diagnóstico, tratamiento y seguimiento apropiados.

Los informes emitidos por la Organización Mundial de la Salud, refieren que el cáncer presenta una tendencia creciente dado que anualmente se producen alrededor de 10 millones de casos nuevos y se espera cerca de 15 millones para el año 2020 (OMS, 2011). El término se atribuye a un crecimiento anormal de células. Por consiguiente, las lesiones pre malignas de cáncer cérvico uterino son lesiones precursoras poco invasivas inicialmente que provocan modificaciones al tejido paulatinamente, las cuales suelen ser asintomáticas y silenciosas durante su desarrollo sin sintomatología aparente.

A nivel mundial el cáncer de cuello uterino es la segunda causa de morbilidad y mortalidad por cáncer en la mujer y representa el 15% de todos los tipos de cáncer, el 80% se diagnostica en países en desarrollo. En América Latina y el Caribe sigue siendo un problema importante de salud pública entre las mujeres y aunque esta puede evitarse en gran medida, los esfuerzos colectivos para prevenirla no han logrado disminuir su carga en la región de las Américas.

En Nicaragua a través del Ministerio de la Salud y en coordinación con la sociedad civil organizada, se pretende sensibilizar al personal de salud, a la red comunitaria y a los actores sociales, acerca de la importancia de promover el auto-cuidado de la salud por medio de la toma del Papanicolaou (PAP) y la realización del examen clínico oportuno y periódicamente, para diagnosticar a tiempo cáncer y lesiones precursoras de este a tiempo.

Los principales factores de riesgos presentes en las mujeres de este municipio son de comportamiento sexual y falta de asistencia a atención ginecológica, en algunos casos por falta de prácticas de chequeos médicos o por la lejanía geográfica. Además, en la región la cosmovisión y cultura de las mujeres influye mucho en la atención a la cual acudirán para manejo de las patologías relacionadas al órgano reproductor femenino, por lo que en algunos casos tiende a predisponerlas.

I. Revisión de literatura

El útero

Según Schwartz (2008:03), el útero es un órgano muscular hueco, que tiene forma de una pera achatada de pared fibromuscular situada entre la vejiga y el recto. El tamaño del útero varía dependiendo de la edad y el número de embarazos de cada mujer. En la edad de reproducción pesa unos 50g y mide aproximadamente 8.0 x 6.0x 3.0cm.

Cuello uterino

El cuello uterino constituye el tercio inferior del útero y está compuesto de un tejido fibromuscular denso recubierto por dos tipos de epitelio mide unos 3 cm de longitud por 2.5 cm de diámetro. La parte inferior del cuello uterino (cuello uterino externo o exocervix se encuentra en el interior de la vagina y es visible con espejito; los dos tercios superiores (cuello uterino interno o endocervix) se encuentra por encima de la vagina.