



Original/Otros

Propuesta de protocolo de atención nutricional para pacientes viviendo con VIH sin terapia antirretroviral, atendidos en el centro de referencias diagnósticas del Hospital San Martín de Quillota

Madeleine Andrea Videla Muñoz, Tamara Denisse Leiva Martínez y Carina Valenzuela Avendaño.

Universidad de Valparaíso, Facultad de Farmacia, Escuela de Nutrición y Dietética. Chile.

Resumen

Introducción: La atención nutricional para pacientes con VIH en Chile constituye un desafío para la Salud Pública al no existir directrices ministeriales que garanticen una atención nutricional estandarizada y oportuna, que contribuya a mejorar la inmunidad y retardar la falla inmunológica desde un enfoque preventivo. **Objetivo:** Diseñar una propuesta de protocolo de atención nutricional para optimizar el manejo nutricional en un grupo de pacientes viviendo con VIH.

Metodología: El diseño contempló un diagnóstico inicial (caracterización de pacientes y de la consulta nutricional en un servicio público secundario de salud) para identificar las necesidades locales, lo que se complementó con antecedentes bibliográficos. Se validó el contenido del protocolo mediante opinión de expertos, utilizando un cuestionario likert que evaluaba tres variables: formato, plan del protocolo de atención nutricional y calidad de contenido.

Resultados: La propuesta de protocolo consta de flujogramas de atención, procedimientos de la atención nutricional y material educativo. En la validación participaron cinco expertos, según los cuales se debe asignar más tiempo para la atención de los pacientes, considerar la integración del equipo multidisciplinario en los flujogramas y a corto plazo se debe evaluar la confiabilidad y aplicabilidad del protocolo.

Discusión: Esta propuesta es el primer documento orientado al manejo nutricional ambulatorio de pacientes con VIH desde las primeras etapas de la enfermedad en Chile. Es necesario realizar estudios que midan el impacto de la intervención nutricional en pacientes con VIH sin terapia antirretroviral.

(Nutr Hosp. 2015;31:980-987)

DOI:10.3305/nh.2015.31.2.7888

Palabras Clave: VIH. Terapia nutricional. Protocolos clínicos. Prevención secundaria.

Correspondencia: Carina Valenzuela A.
Escuela Nutrición y Dietética.
Facultad de Farmacia, Universidad de Valparaíso.
Gran Bretaña 1193, Playa Ancha, Valparaíso, Chile.
Código postal 2360102.
Email: carina.valenzuela@uv.cl

Recibido: 4-VIII-2014.
Aceptado: 18-XI-2014.

NUTRITIONAL CARE PROTOCOL PROPOSAL FOR PATIENTS LIVING WITH HIV WITHOUT ANTIRETROVIRAL THERAPY, TREATED AT THE CENTER OF DIAGNOSTIC REFERENCES OF SAN MARTÍN DE QUILLOTA HOSPITAL, CHILE

Abstract

Background: The nutritional care for HIV patients in Chile is a challenge for public health due to the absence of ministerial guidelines to ensure standardized and timely nutritional care that helps to enhance immunity and delay immunological failure from a preventive approach. **Objective:** To design a proposal of protocol for nutritional care to optimize the nutritional management in a group of patients living with HIV.

Methodology: The design considered an initial diagnosis (patients and nutritional care characterization in a secondary public health service) to identify local needs, which was complemented with bibliographical precedents. Protocol content was validated by expert opinion, using a Likert questionnaire evaluating three variables: format, protocol's plan of nutritional care, and content quality. **Results:** The proposed protocol consists of flowcharts care, nutritional care procedures and educational material. The validation process involved five experts, according to whom more time for patient care should be assigned, integration of the multidisciplinary team should be consider in the flowcharts and in short term reliability and applicability of the protocol should be assessed.

Discussion: This proposal is the first document oriented to nutritional management of outpatient with HIV from the early stages of the disease in Chile. Studies are needed to measure the impact of nutritional intervention in patients with HIV without antiretroviral therapy.

(Nutr Hosp. 2015;31:980-987)

DOI:10.3305/nh.2015.31.2.7888

Keywords: HIV. Nutrition therapy. Clinical protocols. Secondary prevention.

Abreviaturas

VIH: Virus de inmunodeficiencia humana.
SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia humana.
OMS: Organización Mundial de la Salud.

Introducción

Según los últimos datos de la OMS, en el año 2010 se estimaba que alrededor de 34 millones de personas [31,6 millones-35,2 millones] vivían con el VIH en todo el mundo¹, existiendo una tendencia al aumento en el número de mujeres, personas heterosexuales e individuos de escasos recursos. En Chile, la incidencia de VIH ha ido en constante aumento, llegando a 27.740 el total de casos de VIH y de SIDA notificados en el año 2011. Cifras nacionales indican que el 46% de las personas evolucionan de VIH a SIDA durante los primeros 3 años desde su notificación, el 25% entre los 4 y 6 años post diagnóstico y sólo el 12% después de 10 años desde la notificación inicial. Es por esta tendencia a la pesquisa tardía que se deben mejorar los mecanismos de vigilancia epidemiológica y diseñar nuevas estrategias de salud pública orientadas a la prevención secundaria, que contribuyan a potenciar el sistema inmune de estos individuos a través de la nutrición². En el marco de la atención de salud para estos pacientes, no existen guías que estandaricen la atención del profesional nutricionista, que incluya criterios de priorización en el monitoreo de este grupo objetivo. Evidencia científica creciente indica la necesidad de que los pacientes con VIH tengan acceso a intervenciones nutricionales realizadas por nutricionistas expertos que incluyan evaluaciones precoces, periódicas e individualizadas según el estadio evolutivo de la enfermedad y que estén orientadas a disminuir la morbi-mortalidad y mejorar su calidad de vida^{3,4}.

La función del Nutricionista dentro de la atención integral de personas viviendo con VIH abarca tres aspectos fundamentales:

- 1) Evaluación integral: Evaluación nutricional, anamnesis clínica, social y alimentaria.
- 2) Tratamiento dietoterapéutico: Cálculo de requerimientos y prescripción dietoterapéutica.
- 3) Educación alimentaria respecto a:
 - a) Alimentación saludable que cubra los requerimientos nutricionales del paciente;
 - b) Higiene de los alimentos: sanitización e higiene personal;
 - c) Consejería sobre actividad física para mantener masa muscular, estimular el apetito, y aumentar el sentimiento de bienestar;
 - d) Manejo de problemas gastrointestinales, orales y otros síntomas relacionados que pueden afectar el consumo y utilización de la alimentación⁵⁻¹².

En el Centro de referencias diagnósticas (CRD) del Hospital San Martín de Quillota (HSMQ) se atiende a pacientes diagnosticados con VIH de la V región interior de Chile, se monitorean cada tres meses con nutricionista, psicóloga y médico. A pesar de la integración de la atención nutricional hace dos años, se presentan dificultades para tener un seguimiento adecuado en aquellos pacientes que necesitan un monitoreo más frecuente ya que no existe ninguna directriz o reglamento administrativo que permita citaciones según riesgo nutricional.

El objetivo de este trabajo fue diseñar una propuesta de protocolo de atención nutricional, para estandarizar y optimizar el manejo nutricional integral en un grupo de pacientes viviendo con VIH; guiando la labor del profesional nutricionista, bajo el marco de un flujograma de atención enfocado a los hitos que representen un riesgo para el estado nutricional e inmunológico del individuo, considerando la patología y las recomendaciones nutricionales. Y por último, someter dicha propuesta a una validación de contenido.

Metodología

Diagnóstico inicial

Se revisaron las fichas clínicas de pacientes entre 18-55 años sin terapia antirretroviral, con recuentos de linfocitos CD4+ <200 cel/m³, que no estuvieran privados de libertad y que se atendieran en el CRD del Hospital San Martín de Quillota, obteniéndose antecedentes mórbidos (síntomatología gastrointestinal, enfermedades oportunistas, parámetros bioquímicos) y antecedentes nutricionales (evaluación nutricional, composición corporal e ingesta de nutrientes). Adicionalmente, se construyó una matriz FODA respecto a las condiciones en las que se desarrolla la atención nutricional del PVVIH en el CRD a través de reuniones con el director del CRD, el nutricionista jefe del HSMQ y la nutricionista que actualmente los atiende ambulatoriamente.

Diseño del protocolo de atención nutricional

Para el diseño del protocolo se consideraron los datos del diagnóstico realizado y en base a antecedentes bibliográficos sobre nutrición y VIH, se desarrolló el contenido del protocolo. Se utilizó literatura publicada entre los años 2001- 2012 en las siguientes bases de datos: Medline, Scielo, EBSCO host, Science Direct, Lilacs, Cochrane Database of Systematic Reviews, Health Technology Assessment Database, Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness y Tripdatabase; y se seleccionaron publicaciones de revistas científicas, guías de práctica clínica, informes publicados por sociedades profesionales, agencias gubernamentales y otras entidades científicas.

El eje primordial del protocolo fue el flujograma de atención nutricional, el cual se diseñó a partir del flujograma general de la Guía clínica del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA del Ministerio de Salud de Chile, para garantizar fluidez y operatividad de los procesos incorporados al diseño¹³. Para la clasificación de frecuencia de las citaciones nutricionales, se adaptaron estratificaciones de niveles de riesgo nutricional de la Asociación Americana de Dietética (American Dietetic Association, ADA) y se consideraron sólo aquellos criterios que no tenían relación con efectos secundarios del uso de terapia antiretroviral¹⁴. Dentro de la propuesta se diseñó una ficha de atención nutricional que contribuyera en la estandarización y optimización de la recopilación de los datos en la consulta realizada por la nutricionista y que a su vez fuera clara para el equipo multidisciplinario involucrado en la atención de PVVIH.

Validación de contenido

El proceso de validación de contenido del protocolo se realizó mediante la opinión de expertos, para lo cual fueron considerados profesionales nutricionistas de la V región de Chile que se desempeñen o hayan desempeñado atendiendo a pacientes viviendo con VIH a nivel secundario de atención de salud.

Para el diseño del cuestionario se utilizó un escalamiento tipo Likert, con cinco categorías: muy de acuerdo, de acuerdo, ni en acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo, muy en desacuerdo¹⁵. Las variables que se determinaron para validar el contenido del protocolo fueron: formato (hace referencia tanto al tamaño, la extensión y al conjunto de características técnicas de presentación de una publicación), plan de protocolo de atención nutricional (modelo sistémico que estructura al protocolo), calidad de la información (conjunto de propiedades de la información que permiten juzgar su valor)¹⁶. Para cada variable se determinaron diferentes indicadores a medir: en el formato se evaluó la claridad, en el plan de protocolo la coherencia, claridad, eficacia, suficiencia y pertinencia; y en la calidad de contenido se evaluó la claridad, pertinencia y suficiencia.

Para llevar a cabo la validación del protocolo se entregó personalmente a cada experto una carta de presentación, un consentimiento informado, y una copia del protocolo de atención nutricional para PVVIH, junto al material educativo. Posterior a una semana se aplicó el cuestionario en forma presencial.

Para la codificación del cuestionario, se asignó un valor numérico a los ítems (Muy de acuerdo: 5, de acuerdo: 4, Ni en acuerdo ni en desacuerdo: 3, en desacuerdo: 2, Muy en desacuerdo 1). El primer análisis evaluó la actitud general hacia el protocolo de los expertos en una escala del uno al cinco que va desde "Muy favorable" hasta "Muy desfavorable" calculando la razón entre el puntaje total obtenido por partici-

pante y el n° total de ítems contenidos en el cuestionario.

Resultados

Diagnóstico inicial

Se recolectaron los datos de 35 pacientes, de los cuales el 86% corresponde al sexo masculino y el 14% restante al femenino. Dentro del rango etario que se dispuso para el estudio, se observó que el 55 % de la muestra corresponde a individuos < 29 años, llegando a una máxima de 55 años (Tabla I).

Se obtuvo el promedio de los niveles de linfocitos CD4+ de los sujetos que poseían su último examen entre los meses de enero y agosto del año 2012, el cual fue 574,1 células/mm³ ± 411,2 células/mm³ de 18 sujetos del total de la muestra. Respecto de la sintomatología registrada, el 6% de ellos había presentado náuseas, un 3% diarrea, gastroenterocolitis y constipación. Del total de la muestra 15 individuos contaban al menos con

Tabla I
Datos de la muestra

<i>Género</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Masculino	32	91,5
Femenino	3	8,5
<i>Intervalos de edad</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
20-24 años	8	23
25-29 años	11	31
30-34 años	4	14
35-39 años	4	11
40-44 años	7	20
<i>Sintomatología y ECNT</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Náuseas	2	6
Diarrea	1	3
Gastroenterocolitis	1	3
Constipación	1	3
DM2	1	3
<i>Función Inmune</i>		
Promedio de niveles CD4+	574,1 células/mm ³ ± 411,2	
<i>Datos nutricionales</i>		
IMC	23,6 kg/m ² ± 4,9	
<i>Diagnóstico Nutricional (IMC)</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Normal	11	73
Sobrepeso	3	20
Obesidad I	0	0
Obesidad II	1	7

una atención nutricional, representando al 43% de la muestra; sólo 2 individuos no presentaban registro de anamnesis alimentaria. Todos los pacientes refirieron tomar desayuno y almorzar; sin embargo solo el 8% de los pacientes cenan. El 85% de los pacientes refiere consumir once y colaciones.

El estado nutricional según IMC muestra que el 73% de los pacientes con registro de atención nutricional tienen un estado nutricional normal. Solo el 7% de la muestra se clasifica en obesidad grado II, y un 20% está con sobrepeso. Cabe destacar que no existen individuos con malnutrición por déficit.

Análisis FODA

En la construcción del análisis FODA se pudo identificar como fortalezas el interés del CRD para optimizar y estandarizar la atención nutricional a PVVIH, el haber integrado el eje nutricional en el tratamiento del PVVIH hace dos años, el mayor tiempo destinado a la atención de PVVIH respecto a otras instituciones, y la existencia de espacios físicos para llevar a cabo las atenciones. Las oportunidades dicen relación con la posibilidad que otros establecimientos de características similares al CRD tengan interés de optimizar su atención nutricional y la posible coordinación de la atención nutricional entre los establecimientos más emblemáticos de la región. Las amenazas que presenta el CRD dicen relación con la ausencia de documentos ministeriales para el manejo nutricional de PVVIH y ser un centro no acreditado oficialmente para atender a estos pacientes, por no contar con infectólogo. Y por último, entre las debilidades detectadas se destacan la falta de priorización de las citaciones nutricionales, ausencia de flujograma de atención nutricional y la poca claridad de los datos nutricionales registrados en la ficha de pacientes. De lo anterior se obtuvo una matriz FODA mini maxi, en base a la cual se diseñaron las herramientas de optimización de la atención nutricional más importantes a desarrollar en el diseño del protocolo (flujograma de atención nutricional, estratificación según niveles de riesgo, ficha de atención nutricional, material educativo).

Diseño protocolo de atención nutricional

El diseño final del protocolo de atención nutricional incorpora los contenidos necesarios para la ejecución de una atención nutricional estandarizada (Tabla II). Para lograr lo anterior, se elaboró flujograma general de atención nutricional que describe cada uno de los procesos y define los profesionales responsables de cada uno (Fig. 1). A su vez, se determina la periodicidad de las citaciones nutricionales según los criterios de niveles de riesgo para un monitoreo adecuado (Fig. 2).

En el protocolo también se incorporó una ficha de atención nutricional tipo y material educativo acordes a las necesidades detectadas en el diagnóstico inicial.

Tabla II

Estructura del protocolo de atención nutricional para PVVIH

- 1) *Introducción*
- 2) *Objetivos*
- 3) *Flujograma general de atención nutricional*
- 4) *Estructura atención nutricional*
 - 4.1 Evaluación nutricional
 - 4.2 Anamnesis clínica
 - 4.3 Anamnesis social
 - 4.4 Anamnesis alimentaria
 - 4.5 Niveles de riesgo nutricional
 - 4.6 Recomendaciones nutricionales
 - Energía
 - Proteínas
 - Lípidos
 - Micronutrientes
 - Vitamina A
 - Vitaminas del complejo B, C y E
 - Zinc
 - Selenio
- 5) *Cálculo de requerimientos*
- 6) *Educación alimentaria*
- 7) *Actividad física*
- 8) *Seguridad alimentaria*
 - 8.1 Higiene personal
 - 8.2 Compra de alimentos
 - 8.3 Almacenamiento de alimentos
 - 8.4 Higiene de utensilios y superficies
 - 8.5 Cocinando
- 9) *Nutrición y sintomatología propia de VIH*
 - 9.1 Náuseas y vómitos
 - 9.2 Pérdida de peso y anorexia
 - 9.3 Constipación
 - 9.4 Diarrea
 - 9.5 Esteatosis hepática
- 10) *Bibliografía*

Anexo 1: Ficha de atención e instructivo

Anexo 2: Instructivo para completar ficha de atención nutricional

Anexo 3: Recomendaciones nutricionales según estado nutricional y enfermedades concomitantes

Anexo 4: Encuesta de frecuencia de consumo

Anexo 5: Sistema de clasificación de CDC para el VIH-adultos y adolescentes viviendo con VIH

Anexo 6: Fuentes alimentarias de vitaminas y minerales

Anexo 7: Niveles de actividad física

Validación de contenido

En el proceso de validación participaron 5 nutricionistas con experiencia en la atención de PVVIH en consultorios adosados de especialidades de los hospitales: San Martín de Quillota, Carlos Van Buren y Dr. Gustavo Fricke.

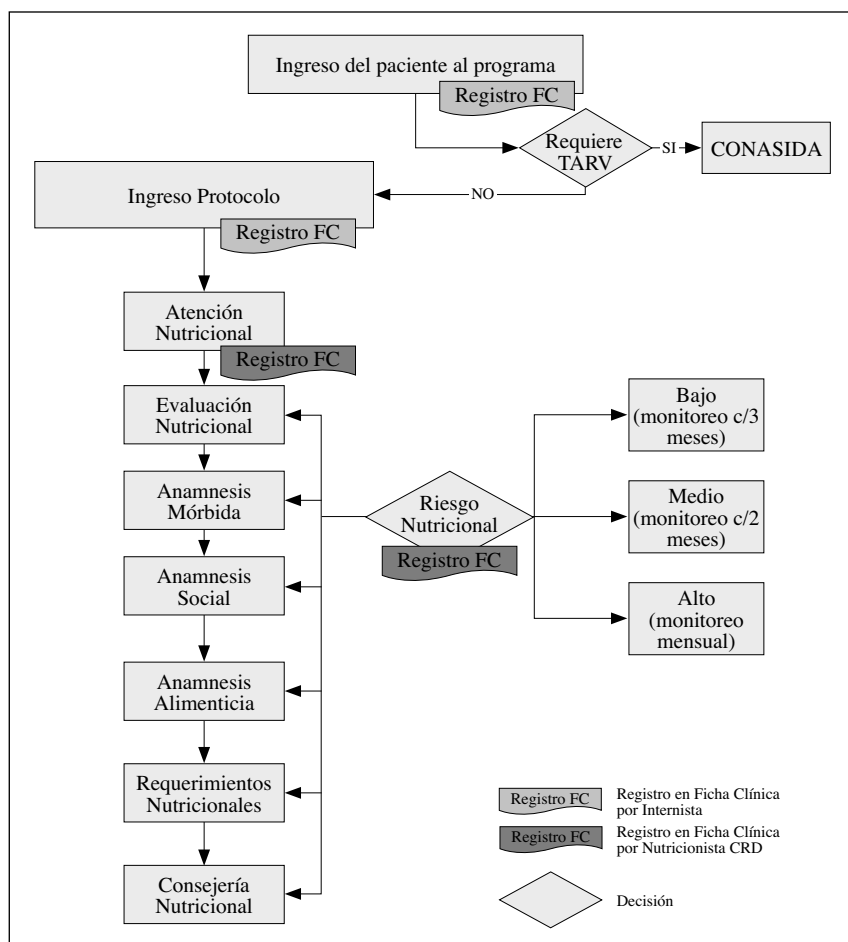


Fig. 1.—Flujograma general de atención nutricional.

Del total de variables se aceptaron en su totalidad la primera y la tercera, mientras que la segunda requirió modificaciones de 5 ítems. Se analizó la opinión general de los participantes según la escala establecida, el análisis de los datos arrojó que los participantes presentaron una actitud favorable hacia el protocolo propuesto. Cuatro de los sujetos ponderaron valores ≥ 4 , lo que determina una actitud muy favorable, a excepción de un sujeto que puntuó 3,93, el cual refiere que se deben mejorar aspectos de la variable plan de protocolo de atención nutricional.

Discusión

El objetivo de este trabajo fue diseñar una propuesta de protocolo de atención nutricional para PVVIH en el CRD del Hospital San Martín de Quillota, cuyo enfoque va orientado a disminuir los factores de riesgo asociados a la Nutrición que contribuyan al deterioro del sistema inmune. Su diseño se basó en una búsqueda bibliográfica y en el diagnóstico realizado en el CRD para caracterizar al grupo objetivo y evaluar las condiciones en las que se desarrollaba la atención nutricional.

La población viviendo con VIH del CRD del HSMQ se caracteriza por ser en su mayoría hombres jóvenes que no sobrepasan los 44 años de edad, lo cual se asemeja a la estadística tanto a nivel país como a nivel regional^{2,17}. Presentan una baja prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles; sin embargo, presentan sintomatología gastrointestinal (15%), la cual podría disminuir con una intervención nutricional adecuada y oportuna que les entregue herramientas de autocuidado^{18,19}. Respecto al recuento de los linfocitos CD4⁺, el grupo presenta un comportamiento heterogéneo el cual se ve reflejado en la magnitud de la desviación estándar de esa variable. Esta población cuenta también con un bajo porcentaje (43%) de atenciones nutricionales registradas en su ficha clínica. Esto se debe a que es habitual que los pacientes no asistan al control con nutricionista agendado por el médico. Existen muy pocos estudios que determinen la adherencia al tratamiento nutricional y la evidencia existente revela la dificultad que existe al diagnosticar certeramente las causas que influyen en la deserción del tratamiento nutricional²⁰. Los pacientes prefieren evitar lugares donde su privacidad se vea afectada, y generalmente asisten a los controles cuando presentan algún tipo de sintomatología. Además, se han descrito problemas de

BAJO	MEDIO	ALTO
1) Peso estable.	1) Sobrepeso y obesidad.	1) Diabetes mellitus descompensada.
2) Dieta adecuada y balanceada.	2) Niveles elevados de colesterol (<200 mg/dL) o Triglicéridos (>250 mg/dL) o Colesterol (<100 mg/dL).	2) Pérdida de peso no intencional >10% en 4-6 meses.
3) Niveles normales de colesterol, triglicéridos y glucosa.	3) Diabetes mellitus, controlado o ingreso.	3) Pérdida de peso no intencional >5% en 4 semanas o junto a: – Anorexia. – Náuseas crónicas o vómitos. – Diarrea crónica. – Enfermedad interrecurrente o enfermedad oportunista activa.
4) VIH estable (si infecciones interrecurrentes).	4) Hipertensión.	4) Anorexia severa.
5) Régimen regular de ejercicio.	5) Intolerancias y alergias alimentarias.	
6) Función hepática normal.	6) Náuseas crónicas o vómitos.	
	7) Diarrea crónica.	
	8) Trastorno de la conducta alimentaria.	
	9) Evidencia de estilo de vida sedentario o una excesiva rutina de ejercicio.	

Fig. 2.—Estratificación de niveles de riesgo nutricional.

comunicación deficiente entre el paciente y el profesional de la salud, lo que podría desencadenar una menor adherencia al tratamiento²¹.

El estado nutricional que presenta la muestra se obtuvo a través del IMC, el cual se ha descrito como un indicador de progresión de la enfermedad, de fácil aplicación e independiente del recuento de linfocitos T CD4⁺^{22,23}. Denys Malvin y colaboradores asociaron valores de IMC <18,5 con mayor incidencia de sintomatología asociada al SIDA en población francesa, donde encontraron que su relación era inversamente proporcional. Sin embargo, entre los datos de este estudio no existen individuos con malnutrición por déficit, pero existe un porcentaje de ellos con valores de IMC cercanos a 20,3; valor que fue propuesto por Castetbon y colaboradores como un punto de corte que aumenta el riesgo de mortalidad 2,6 veces en población africana^{22,23}. Estos antecedentes refuerzan la importancia del monitoreo sistemático del estado nutricional en el transcurso de la enfermedad.

En el registro de anamnesis alimentaria se presentó una limitante respecto al método utilizado por la nutricionista, pues no permite evaluar la calidad y suficiencia de la alimentación de los pacientes, por lo que los datos que se extrajeron no pudieron ser analizados. En la actualidad no existe un método de valoración de ingesta nutricional gold standard, sin embargo, en pacientes viviendo con VIH es común el uso del recordatorio de 24 horas, encuesta de frecuencia de consumo y recordatorio de 3 días^{24,25}. La literatura señala que todos estos métodos presentan diferentes limitantes para cuantificar la ingesta, como sesgos de memoria y/o errores en la conceptualización de las porciones por parte de los pacientes. Sin embargo, en diversos estudios se señala que son buenas herramientas para determinar ingesta dietaria²⁴⁻²⁶. Por otro lado, las personas viviendo con VIH pueden tener una variabilidad significativa en la ingesta de nutrientes asociado a diarrea, náuseas, heridas bucales y depresión²⁷. Por esta razón, en la presente propuesta se recomienda utilizar la en-

cuesta de frecuencia de consumo junto al recordatorio de 24 horas al ingreso del paciente, siendo ésta última aplicada también en los controles. Onyango y colaboradores valoraron la ingesta de pacientes atendidos ambulatoriamente mediante la aplicación de encuesta de frecuencia de consumo y posterior monitoreo con recordatorios de 24 horas. Dentro de sus conclusiones, señalan que el uso de encuestas estandarizadas puede contribuir a mejorar tanto la sobrevivencia como la calidad de vida de los PVVIH si son utilizadas desde etapas tempranas de la enfermedad²⁸.

Las diversas guías internacionales dirigidas al PVVIH tienen como objetivo tratar diversos aspectos de la patología y la nutrición, la guía elaborada por la Organización mundial de la salud (OMS) “Aprende a vivir con VIH” aborda temáticas de higiene de alimentos, la importancia de la alimentación saludable, consejos para contrarrestar los efectos secundarios asociados a la terapia anti-retroviral y material educativo para pacientes y cuidadores⁸. A nivel latinoamericano existe el “Manual de alimentación y nutrición para el cuidado y apoyo de personas adultas viviendo con VIH/SIDA” que aborda temáticas similares²⁹. Por otro lado, existen documentos técnicos que ofrecen orientación al equipo de salud, como las guías elaboradas por la Asistencia Técnica de Alimentos y Nutrición (Food and Nutrition Technical Assistance, FANTA), Asociación Americana de Dietética (American Dietetic Association, ADA) y Organización mundial de la salud (OMS); estos organismos reúnen los avances científicos en el tratamiento nutricional del PVVIH. Nuestra propuesta entrega orientación técnica especializada para la nutricionista en el abordaje ambulatorio nutricional, enfocado en dar respuesta a las necesidades de los pacientes y a las condiciones de la atención del centro de referencias diagnósticas, mediante la estandarización de los procesos involucrados en la atención nutricional.

La mayor diferencia que existe entre nuestra propuesta de protocolo y las guías internacionales actuales es que está centrada en la prevención secundaria, enfo-

cada en aquellos factores nutricionales que favorezcan el funcionamiento del sistema inmune y contribuyan a retardar la falla inmunológica. Los mecanismos de pesquisa en Chile no logran identificar al paciente en una etapa temprana de la enfermedad, por lo que el tiempo de transición desde el diagnóstico de VIH al estadio SIDA es breve. Además, una de las metas sanitarias chilenas impuestas para el año 2020 es reducir la tasa de mortalidad por VIH/SIDA de 2,0 a 1,2 por cada 100.000 habitantes. Considerando lo anterior, los temas abordados en el presente protocolo tienen exclusiva relación con el período en que el paciente aún no comienza con su tratamiento antirretroviral, excluyendo los efectos secundarios y el manejo de esta terapia a través de la alimentación. Otra diferencia de nuestra propuesta frente a guías internacionales dice relación con los criterios de caracterización del nivel de riesgo nutricional para dirigir el monitoreo correspondiente. Los criterios presentados según la ADA contemplan indicadores de deterioro asociado a los efectos secundarios del uso de terapia antirretroviral, sin embargo, para el diseño del presente protocolo sólo se incluyeron aquellos criterios que tuvieran una relación directa con el grupo objetivo y el propósito de la propuesta. Por otro lado, las citaciones a Nutricionista según el riesgo nutricional se modificaron según el funcionamiento y recursos del establecimiento.

En relación a la validación del protocolo, la variable *Plan de protocolo de atención nutricional* fue la que presentó el 100% ítems a mejorar. Los indicadores involucrados correspondieron a: coherencia, eficacia, suficiencia y claridad. Los expertos consideraron que debe existir una mayor integración del equipo multidisciplinario en las diferentes etapas del flujograma general. Asimismo, se plantea la necesidad de realizar reuniones clínicas del equipo multidisciplinario con el fin de generar mayor coordinación y optimización de la atención entregada según la condición de salud específica de los pacientes. Lori Van Manen y colaboradores señalan que la naturaleza de la enfermedad necesita un abordaje multidisciplinario por la variedad de necesidades que presentan estos pacientes (físicas, psicosociales y emocionales). Debe existir un ambiente de integración y colaboración entre los miembros del equipo; éste método ofrece las mayores probabilidades de lograr resultados positivos en el tratamiento³⁰.

La propuesta de "Protocolo de atención nutricional para PVVIH atendidos en el CRD del Hospital San Martín de Quillota" es el primer documento chileno cuyo objetivo es optimizar el manejo nutricional en base a las necesidades de estos pacientes desde las primeras etapas de la enfermedad. Fue considerada por los expertos como una herramienta necesaria y práctica para la atención de pacientes viviendo con VIH. Sin embargo, es necesario mejorar aspectos de la consulta nutricional y de integración del equipo multidisciplinario de salud en la asignación de responsabilidades y diseño del protocolo. Es necesario evaluar en el futuro la confiabilidad y aplicabilidad de la propuesta de pro-

toloco para su perfeccionamiento, integrando la visión de todos los profesionales de la salud involucrados en la atención del PVVIH. Se proyecta la posibilidad de generar una mesa de trabajo que incluya profesionales nutricionistas relacionados con la atención de pacientes VIH de los centros asistenciales del Hospital San Martín de Quillota, Hospital Carlos Van Buren y Hospital Gustavo Fricke en la construcción de un protocolo que integre a los pacientes en etapa SIDA y todo los aspectos nutricionales que involucra la inclusión de este grupo de pacientes. Es un esfuerzo por estandarizar los procesos de atención nutricional a los PVVIH y establecer una red asistencial que sea equitativa y coordinada para garantizar una mejor atención nutricional del paciente VIH.

Referencias

1. Informe del ONUSIDA para el día internacional del SIDA. 2011.
2. Ministerio de Salud, División de planificación sanitaria, Departamento de epidemiología. Informe nacional "Evolución VIH/SIDA, Chile 1984-2011". Agosto, 2012.
3. Herrera M, Guelar A, Johnston S. Manual de Nutrición y HIV, 1° Edición. Barcelona. 2004.
4. Faintuch J, Soeters PB, Osmo HG. Nutritional and metabolic abnormalities in pre-AIDS HIV infection. *Nutrition* 2006 Jun;22(6):683-90.
5. Mahan K, Escott-Stump S. Nutrición y Dietoterapia de Krause. s.l.:Mc Graw Hill. 2008. pp 991-1018. ISBN: 9788445819104
6. Castleman, Tony, Megan Deitchler and Alison Tumilowicz, A Guide to Monitoring and Evaluation of Nutrition Assessment, Education and Counseling of People Living with HIV, Food and Nutrition Technical Assistance Project, Academy for Educational Development, USAID - United States Agency for International Development, Washington, DC, June 2008, 55 pp.
7. Polo R, Gómez-Candela C, Miralles C, Locutura J, Alvarez J, Barreiro F, Bellido D, Cáncer E, Cánoves D, Domingo P, Estrada V, Fumaz CR, Galindo MJ, García-Benayas T, Iglesias C, Irlés JA, Jiménez-Nacher I, Lozano F, Marqués I, Martínez-Alvarez JR, Mellado MJ, Miján A, Ramos JT, Riobo P; SPNS/GEAM/SENBA/SENPE/AEDN/SEDCA/GESIDA. Recommendations from SPNS/GEAM/SENBA/SENPE/AEDN/SEDCA/GESIDA on nutrition in the HIV-infected patient. *Nutr Hosp* 2007 Mar-Apr;22(2):229-43.
8. FAO, OMS. Aprender a vivir con el VIH/SIDA: Manual sobre cuidados y apoyo nutricional a enfermos de VIH/SIDA. Roma; 2003. (<http://www.fao.org/docrep/006/y4168s/y4168s00.htm>).
9. Fields-Gardner C, MS, RD, LD, CD. Compendio de conocimientos sobre la Infección por el VIH y Temas relacionados con Nutrición. WISHH. 2010. (http://www.wishh.org/nutrition/papers-publications/wishh_hiv-aids_nutrition_compendium-en_espanol.pdf).
10. WHO, UNAIDS, UNHCR, WFP, USAIDS, AED, FANTA, IYCN, PATH, IFPRI. HIV/AIDS, nutrition, and food security: what we can do. A Synthesis of international guidance. Washington DC, EEUU. 2007. (<http://siteresources.worldbank.org/NUTRITION/Resources/281846-1100008431337/HIVAIDS-NutritionFoodSecuritylowres.pdf>).
11. Bonnard P, Castleman T, Cogill B, Elder L, Remancus S, Tanner C. Of the Food and Nutrition Technical Assistance (FANTA) Project: Nutrition and HIV/AIDS: Evidence, gaps, and priority actions. EEUU, April 2004. (http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnacy055.pdf).
12. Fields-Gardner C, Fergusson P; American Dietetic Association; Dietitians of Canada. Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada: nutrition intervention in

- the care of persons with human immunodeficiency virus infection. *J Am Diet Assoc* 2004 Sep;104(9):1425-41.
13. MINSAL. Guía clínica del Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Santiago, Chile; 2013. (<http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/GPCVIH.pdf>).
 14. Nerad J, Romeyn M, Silverman E, Allen-Reid J, Dieterich D, Merchant J, A Pelletier V, Tinnerello D, Fenton M. General nutrition management in patients infected with human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis* 2003 Apr 1;36(Suppl 2):S52-62.
 15. Sampieri H, Fernández C, Baptista L. Metodología de la investigación. Editorial McGraw Hill, 4ª Edición; 2006. Pp 523-719. ISBN: 970-10-5753- 8.
 16. Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (22.a ed.). Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>. Febrero, 2013.
 17. Ministerio de Salud. Departamento de epidemiología. Evolución del SIDA/VIH V región de Valparaíso 1986-2005. Chile; 2006. (<http://epi.minsal.cl/epi/html/bolets/reportes/VIH-SIDA/V%20region%2086-05%20VIH-SIDA.pdf>).
 18. Wantland DJ, Holzemer W, Moezzi S, Willard S, Arudo J, Kirkey K, et al. A Randomized Controlled Trial Testing the Efficacy of an HIV/AIDS Symptom Management Manual. *Journal of Pain and Symptom Management* 2008 Sept; 36(3): 235-246.
 19. Anastasi J, Capili B, Kim G, McMahon D, Heitkemper M. Symptom Management of HIV-Related Diarrhea by Using Normal Foods: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Journal of the association of nurses in AIDS care* 2006 March; 17 (2): 47-57.
 20. Laschinger SJ, Van Manen L, Stevenson T, Fothergill-Bourbonnais F. Health Care Providers' and Patients' Perspectives on Care in HIV Ambulatory Clinics Across Ontario. *Journal of the association of nurses in aids care* 2005 January; 16 (1): 37-48.
 21. Fajardo-Rodríguez A, Lara delRivero-Vera. Intervención Nutricional en VIH/SIDA: Una guía práctica para su implementación y seguimiento. *Gaceta médica de México* 2001; 137 (5): 489-500.
 22. Langford S, Ananworanich J, Cooper D. Predictors of disease progression in HIV infection: a review. *Aids research and therapy* 2007; 4-11.
 23. Malvy D, Thiebaut R, Marimoutou C, Dabis F, the Groupe de Epidemiologie Clinique du Sida en Aquitaine. Weight loss and body mass index as predictors of HIV disease progression to AIDS in adults. Aquitaine Cohort, France, 1985-1997. *Journal of the American College of Nutrition* 2001; 20 (6): 609-615.
 24. Jyotirmoy P, Ankit S, Kolkata. Nutrition and outcome in HIV. *Medicine Update* 2012; 22: 97-101.
 25. Hendricks K, Tang A, Spiegelman D, Skinner S, Woods M. Dietary intake in human immune deficiency virus-infected adults: A comparison of dietary assessment Methods. *Journal of the American dietetic association* 2005; 105(4): 532-540.
 26. McCabe-Sellers B. Advancing the art and science of dietary assessment through technology. *Journal of the American dietetic association* 2010 January; 110 (1): 52-54.
 27. Hendricks K, Tang A, Spiegelman D, Skinner S, Woods M. Dietary intake in human immune deficiency virus-infected adults: A comparison of dietary assessment methods. *Journal of the American dietetic association* 2005.
 28. Onyango A, Khakoni Walingo M, Mbagaya G, Kakai R. Review: Assessing nutrient intake and nutrient status of HIV seropositive patients attending clinic at Chulaimboub-district Hospital, Kenya. *Journal of nutrition and metabolism* 2012 August: 1-6.
 29. Ministerio de la protección social de la República de Colombia, Programa mundial de los alimentos, ONUSIDA. Manual de Alimentación y Nutrición para el cuidado y apoyo de personas adultas viviendo con VIH o con SIDA. Bogotá Junio 2010. (<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/cpicm-cmw/doc9.pdf>).
 30. Van Manen L, Laschinger SJ, Stevenson T, Fothergill-Bourbonnais F. The Nature of Multidisciplinary HIV Care in the Ambulatory Setting: A Synthesis of the Literature. *Journal of the association of nurses in AIDS care* 2005 September; 16 (5): 49-57.