



Secretaría de salud
Hospital Juárez de México

Escuela de enfermería

Con estudios incorporados a la UNAM

“Conocimiento teórico que tiene la enfermera
sobre el VIH-SIDA en el servicio de medicina
interna en un hospital de tercer nivel “

TESIS

Que para obtener el título de:

Lic. En Enfermería y Obstetricia

PRESENTA:

PINEDA VÁZQUEZ NANCY LUZ

Asesora:

Lic. En Enfermería: Pascuala Olguin Tavera



Marzo 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

A mi Familia

Hemos llegado al final de este camino; quedando en mi huellas profundas de este, no todo ha sido bueno ni tampoco malo solo se que Dios así lo ha decidido.

Gracias por mi existencia, por la confianza que en mí depositaron por todo lo posible para mi formación profesional por que sin esfuerzo alguno, han sacrificado gran parte de su vida para formarme

Gracias por lo que soy y por todo el tiempo que les robe pensando en mí.

Para ti, aunque hoy no estas aquí
Porque fuiste y serás
Un aliciente para encontrarme
Hoy en uno de mis más grandes
Anhelos.

Para ti mi traviesa en casa, que ríe , que canta, que baila, que llena los huecos vacíos con el sabor de sus travesuras y alegrías .Y que en las noches al cerrar sus ojos parece una estrella dormida ,a ti mi pequeño tesoro
Gracias por existir.

En los momentos
más difíciles
solo me resta una
palabra, para una persona tan especial
como tú.....! GRACIAS¡
HERMANOS

AGRADECIMIENTOS

De una manera muy especial a la Lic. En Enfermería Carmen Velásquez Nuñez
Y a la Jefa de Enfermeras Alejandra Pérez Pérez porque son y serán una
parte

Importante en esta gran meta, gracias por estar ahí cuando más lo necesite
porque

De no haber sido por su gran apoyo y colaboración no me encontraría aquí en
Uno de mis más grandes sueños.

A todos aquellos pacientes que saben y sufren esta enorme enfermedad
Gracias por compartir tus experiencias e inquietudes
Gracias por permitirme la realización de este trabajo.

A ti que brindas una sonrisa a ese paciente que tiene una enfermedad
especial, gracias por tu comprensión y a tu inquietud por la enfermedad, por la
actualización constante para brindar una mejor atención de calidad.

A ti compañera enfermera GRACIAS.

CARTA DE UN PACIENTE

*Hay tantas cosas que podría escribir sobre lo que me está pasando.
Pero son tantas que prefiero recopilarlas en los siguientes sentimientos:*

Miedo: ... a lo que vendrá: al rechazo, a la humillación, a no poder hacer frente a los gastos, al no poder comprar los medicamentos, a no tener qué comer, no poder valerme por mí mismo, al dolor, al sufrimiento, a la muerte, a lo que vendrá después de la muerte.

Frustración... por no poder realizar mis metas, mis sueños, mis anhelos, mis objetivos . A no poder alcanzar mi realización personal, profesional Por no poder recompensar a mis padres por lo que me dieron e hicieron por mí. Por no poder ser lo que siempre quise ser.

Coraje... de que me pasara a mí, de que me traten como a una persona desahuciada, como un leproso o un apestado. De que me echen en cara que fue por mi culpa.

Culpa...Porque aun cuando pude evitarlo, no lo hice o no quise hacerlo.

Tristeza...porque no salieron las cosas como yo las esperaba, porque voy a sufrir y a hacer sufrir a los demás. Porque voy a morir antes de lo esperado y en una forma que no me agrada . Porque mi apariencia se va a deteriorar y voy a terminar dándome lástima a mí mismo y a los demás. Porque voy a dejar de existir.

Incertidumbre.. por lo que podrá venir hoy, mañana, pasado mañana o en el futuro, por no saber cuándo voy a empezar a desarrollar mi enfermedad, cuándo empezaré con síntomas mortales o hasta cuándo voy a poder aguantar. Por todo lo que vendrá por no saber cuándo voy a morir.

Nostalgia... por no poder hacer lo que antes hacía; por tener la necesidad de cambiar mis hábitos de vida.

Envidia... de las personas que no están infectadas,De los viejos porque llegaron a esa edad a la que probablemente yo no llegaré.

Resignación.... porque no me queda otra, porque el hecho es real y porque tengo que aprender a vivir con ella.

Alegría.... porque no voy a llegar a ser un viejo solo, triste , desamparado o abandonado. Porque a lo mejor Dios me da esta oportunidad para arrepentirme a tiempo y poder morir en paz. Porque voy a morir cuando aun soy útil y le hago falta a alguien, y no cuando ya estorbe.

Y por último.....

Esperanza... de que se retrase el proceso, de que se descubra una medicina, de que no me rechacen, de que me traten bien, de que me entiendan , de que no me abandonen, de que no tenga que morir..

INDICE

<i>CONTENIDO</i>	<i>PAGINA</i>
Glosario_____	7
Resumen_____	8
Introducción _____	9
CAPITULO I RESEÑA HISTORICA DEL VIH-SIDA	
1.1Historia de VIH-SIDA_____	12
1.2Epidemiologia_____	14
CAPITULO II FISIOPATOLOGIA DE LA ENFERMEDAD	
2.1Concepto VIH_____	18
2.2Concepto SIDA_____	18
2.3Factores de riesgo_____	18
2.4Fisiopatologia_____	19
2.5Diagnostico_____	23
2.6Fases de la enfermedad_____	25
2.7Cuadro clínico_____	27
2.7.1Signos_____	27
2.7.2Sintomas_____	28
2.7.3Infecciones oportunistas y Tratamiento_____	32
2.8Tratamiento retroviral _____	38
CAPITULO III CARACTERÍSTICAS Y NECESIDADES DEL PACIENTE CON VIH - SIDA	
3.1Físicas _____	43
3.2Psicológicas_____	43
3.3 Necesidades del Enfermo con VIH-SIDA_____	44
3.3.1Físicas_____	44
3.3.2Psicológicas_____	45
3.3.3Socioculturales_____	45

CAPITULO IV ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON VIH – SIDA

4.1Relaciones Enfermera – Paciente_____	46
4.2Relación Enfermera – Familia_____	46
4.3Relación Paciente – Familia –Enfermera_____	47
4.4Atención Tanatológica_____	47
4.5Manejo del Paciente con VIH – SIDA en etapa terminal_____	48
4.6Actitud de la enfermera ante el Paciente con VIH- SIDA _____	49
4.7Atención a la familia_____	50

CAPITULO V VIH – SIDA Y SUS DERECHOS

5.1 Derechos del paciente con VIH-SIDA_____	52
5.2 Obligaciones de los Trabajadores de la Salud en la Atención del Paciente con VIH-SIDA_____	53
Hipótesis _____	54
Variables_____	54
Material y método_____	55
Análisis de Resultados_____	59
Conclusiones_____	64
Recomendaciones _____	65
Anexos_____	67
Nº 1Conceptualización y operacionalización _____	68
Nº 2Cuestionario prueba piloto_____	75
Nº3 Cuestionario Definitivo_____	78
Bibliografía _____	82

GLOSARIO

VIH Infección viral crónica por VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) que destruye gradualmente el sistema inmune y es el agente causal de la enfermedad llamada SIDA. La infección por el virus VIH no significa padecer SIDA, el periodo transitorio entre la infección y la enfermedad puede durar muchos años sin notar síntomas. Esta situación de infección sin enfermedad es a lo que se denomina personas seropositivas, ya que pueden contagiarlo a otras personas.

SIDA Etapa tardía o avanzada de la infección con el VIH. Es una condición en la cual el sistema inmunológico se describe como deteriorado, comprometido o disfuncional debido a infecciones oportunistas por un virus llamado VIH.

FACTORES DE RIESGO Un factor de riesgo se considera como la probabilidad de padecer un daño, no se conoce el número de partículas virales necesarias para que comience la infección, el mecanismo por el que se transmiten, la relación de cofactores y los posibles puertos de entradas.

EXPOSICIÓN O INFECCIÓN Cuando se desempeña un comportamiento que envuelve riesgo a ser expuesto a ciertas situaciones que pueden llevarle a infectarse con el virus, (entrada del virus al flujo sanguíneo).

PERIODO DE INCUBACIÓN Periodo de tiempo que ocurre desde que la persona se infecta de VIH hasta que desarrolla la enfermedad.

SÍNDROME RETROVIRAL AGUDO Disminución gradual de células.

PERIODO DE VENTANA Tiempo que ocurre desde que la persona se infecta con el VIH hasta que se producen los anticuerpos.

SEROCONVERSIÓN Proceso de desarrollar anticuerpos contra VIH

SIGNOS Se consideran como manifestaciones Objetivas que el diagnosticador puede observar.

SINTOMAS Se consideran como manifestaciones Subjetivas de una alteración, siendo estas referidas por el paciente.

RESUMEN

El VIH –SIDA se considera como una de las enfermedades de gran importancia en todo el mundo por su acelerada propagación e impacto social, es por eso que la siguiente investigación tiene como objetivo saber el grado de conocimiento teórico que tiene la enfermera sobre el VIH-SIDA, así como dar a conocer los cuidados, necesidades y Derechos de estos pacientes, ya que durante la estancia en el Hospital Juárez de México durante el Servicio Social se percibe que la enfermera desconoce la Literatura sobre el VIH-SIDA, proporcionando cuidados generales.

La población de estudio lo conforman 34 enfermeras del Hospital Juárez de México del Servicio de Medicina Interna Norte en los 4 turnos, el tipo de estudio fue transversal, prospectivo, descriptivo, observacional en el cual se elabora un instrumento de medición que consistió en un cuestionario que consta de 41 reactivos teniendo como variables de medición conocimiento de Definiciones, Fases, Factores de riesgo, signos, síntomas y diagnósticos de la enfermedad del VIH-SIDA.

Los resultados obtenidos en la investigación son satisfactorios, en los cuales se comprueba la Hipótesis que la enfermera si posee conocimientos Generales sobre la enfermedad del VIH- SIDA, se observa que en un 73.5% de las enfermeras encuestadas responden correctamente a la Definición sobre VIH, mientras que el 26.3 no conoce la respuesta en lo que respecta a la definición de SIDA el personal en un 79.4% responde correctamente, mientras que en un 20.6% lo desconoce. Para diagnosticar el VIH la enfermera responde correctamente en un 73.3%, pero se observa casi de manera igualitaria que la enfermera desconoce en un 44.1% como se diagnóstica el SIDA, de igual manera para diferenciar los signos y síntomas del VIH del SIDA, la enfermera conoce de manera correcta en un 52.6% las fases de VIH-SIDA sin olvidar que son diferentes etapas. Para el tratamiento retroviral la enfermera conoce de una manera correcta en un 64.7%, para factores de riesgo la enfermera responde en un 80% correctamente y en medidas de prevención la enfermera responde correctamente en un 94.1%.

PALABRAS CLAVE: VIH- SIDA, CONOCIMIENTO DE LA ENFERMERA.

INTRODUCCIÓN

El SIDA se ha convertido en un problema de salud muy complejo, con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas que rebasan el ámbito de la salud, por esa razón es necesaria la participación del personal de enfermería para conocer todo lo relacionado con la enfermedad del VIH – SIDA y así proporcionar una atención integral a este tipo de pacientes promoviendo y fomentando medidas para otorgar una atención de calidad y calidez , logrando que el personal se sensibilice por la atención, conocimiento e interés de la enfermedad , llevándonos a una mejor aceptación por el paciente sin inclinarnos a caer en una actitud no profesional “El rechazo “.

El VIH-SIDA es una enfermedad que adquiere gran importancia en todo el mundo por su acelerada propagación e impacto social que se coloca dentro de las primeras 10 causas de muerte en el mundo, en la actualidad se reportan 53 millones de enfermos con VIH- SIDA a nivel mundial encontrándose la mayor parte en el África Subhariana con 23.3 millones de casos, seguidos por la zona del sureste Asiático y del Pacífico donde hay 5.8 millones de casos.

En América del Norte se han registrado 45.000 nuevos casos. Y en Europa Occidental la cifra acumulada es de 54.000, manteniéndose relativamente constantes gracias a los programas de prevención entre la población Homosexual.

Con respecto a Europa y Asia Central a finales del año 2003 se registraron 700.00, en el Caribe 390.00 y en Austria 15.000 enfermos con VIH positivo. Solo en dos naciones Latinoamericanas (Brasil y Republica Dominicana) el éxito de las campañas anticipadas ha reducido las cifras en determinados grupos, sin embargo se alerta de focos rojos en Argentina y Uruguay por el intercambio de jeringas y se resalta que en Belice y Honduras tiene prevaecía el VIH- SIDA en mujeres embarazadas.

En México de acuerdo a las estadísticas de CONASIDA, México se clasifica como un país con un epidemia de SIDA concentrada, la cuál se caracteriza por una prevalencia

de infección que se ha difundido rápidamente en un subgrupo de la población, pero aun no se establece en la población en general. Desde el inicio de la epidemia hasta el 1ero. De Noviembre del 2005 en México se registraron 71,526 casos de SIDA y se estimó que el 40% lo constituyen personas entre 15 y 49 años¹.

Según factor de riesgo en el último trimestre del año 2005 se dijo que el 84% de los casos corresponden a hombres, mientras las mujeres tienen un 15%.

Por transmisión Sexual ha sido la causante del 86.4% de los casos de los cuáles el 32.7% corresponde a Homosexuales y el 49.6% a Heterosexuales.

Por transmisión sanguínea hay una notable reducción del 30 % desde el inicio del programa "Sangre segura en México"., encontrando un 0.4% de personas Hemofílicas, 0.1% de personas con uso de drogas intravenosas.

Por trasmisión perinatal se constituye la principal vía de contagio del VIH- SIDA en menores de 15 años prevaleciendo las mujeres embarazadas en un 0.08%.Y existe un 16.4% de forma desconocida concentrándose en la SSA el 51.3% para su Atención. ²

En el Hospital Juárez de México se han registrado en los últimos 2 años hasta el mes de Noviembre 89 casos hospitalizados en el servicio de Medicina Interna Norte de los cuáles el 64.2% han muerto, el 20.2% se ha dado de alta por mejoría, el 6.67% se ha dado de alta por curación y el 2.24% se desconoce su egreso.³

En el último informe dio a conocer ONUSIDA que la situación empeorará en la próxima década y estas naciones se enfrentarán ante un momento crítico por la falta de recursos económicos, carencias y el no tener acceso a medicamentos ni tratamientos retrovirales.⁴

Es por eso que en la siguiente investigación se desea evaluar el conocimiento teórico del personal de enfermería sobre el VIH- SIDA en el servicio de Medicina Interna Norte en un hospital de tercer nivel, la Hipótesis elaborada para esta investigación es: Conocimiento Teórico que tiene la enfermera sobre el VIH- SIDA en el Servicio de Medicina Interna en un hospital de Tercer Nivel es suficiente.

¹ CONASIDA 2004

² CONASIDA 2004

³ Servicio de Estadística del Hospital Juárez de México 2004

⁴ ONUSIDA 2000- 2004

Para la elaboración de la investigación se realiza un estudio de tipo transversal, prospectivo, descriptivo, observacional. con una población de 34 enfermeras de base que laboran un hospital de tercer nivel, en el servicio Medicina interna norte, que laboran en los 4 turnos, matutino, vespertino y 2 turnos nocturnos, los criterios de selección que se tomaron en cuenta son: de inclusión Personal de enfermería que tienen contacto directo con pacientes con VIH-SIDA y personal de Enfermería que da atención a pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA, como criterios de exclusión Jefa del Servicio, personal de suplencia en el servicio, como criterios de eliminación Personal que el día de la aplicación del instrumento metodológico no se presente a laborar por: vacaciones, día económico, incapacidad y Aquellas enfermeras que no deseen colaborar con la investigación.

Para obtener la información se diseña un instrumento tipo cuestionario titulado “Nivel de conocimiento Teórico que tiene la enfermera sobre el VIH-SIDA” con 45 reactivos relacionados con el conocimiento sobre VIH-SIDA, utilizado como prueba piloto, que se aplica con previa autorización al personal de enfermería, una vez aplicada la prueba se realizan cambios en la primera parte del cuestionario, para la etapa de aplicación se realiza en el servicio de medicina interna y se aplican 34 instrumentos al personal de enfermería de los diferentes turnos, posteriormente para el vaciamiento de la información se utiliza un paquete de computo SPSS. Los resultados obtenidos en la Investigación demuestran la comprobación de la Hipótesis formulada, es decir que la enfermera si tiene conocimiento teórico sobre VIH-SIDA ya que en las preguntas formuladas sobre conceptos, fisiopatología, diagnóstico, tratamiento y medidas de prevención el personal responde correctamente, sin olvidar que existen deficiencias que se pueden ayudar a través de la capacitación constante, actualizando sus conocimientos sobre la patología con el fin de proporcionar una aceptable calidad de atención.

CAPITULO I RESEÑA HISTORICA DEL VIH-SIDA

1.1 HISTORIA DEL VIH- SIDA

Los primeros casos del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) fueron descritos en Junio de 1981 en el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta, EE.UU. comunicando la aparición de casos esporádicos de una rara enfermedad, pero todos ellos con un denominador común: infección por *Cándida albicans* en boca y esófago, acompañada de erupciones cutáneas en distintas partes del cuerpo que correspondían a una forma agresiva de sarcoma de Kaposi, un tipo poco frecuente de cáncer y menos aun en jóvenes; neumonía causada por *Pneumocistis carinni*, linfadenopatía crónica y linfoma no hodgkiniano. Además, todos los casos descritos presentaban una característica común: un importante deterioro del sistema inmunitario.⁵ Casi al mismo tiempo, algunos médicos en Bélgica y Francia notaron un desconcertante incremento de pacientes del Zaire, Rwanda y otros países africanos sub-saharianos, que tenían infecciones inusuales.

El HIV 1 se aisló por primera vez en 1983, pero fue hasta 1984 en que se le relacionó con el SIDA denominándose "Virus de Inmunodeficiencia Humana Adquirida" (HIV) como se lo conoce en la actualidad, siendo el receptor del virus una molécula CD4.

Posteriormente se identificó una segunda cepa del virus el HIV 2 a esta cepa se le atribuye un menor efecto virulento y presenta ciertas diferencias en la respuesta a algunos antivirales (inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa).

Al principio esta enfermedad afectaba a los varones homosexuales, y por las características todo hacía pensar que se trataba de una enfermedad de transmisión sexual, dentro de lo que la comunidad denomina " grupos marginales". El tiempo fue transcurriendo y la enfermedad comenzó a manifestarse en otros sectores de la población que nada tenían que ver con los homosexuales y los drogadictos. Comenzó la notificación de nuevos casos de infectados con el HIV en hombres con conducta heterosexual, que nunca habían usado drogas y en grupos de hemofílicos.

Esta enfermedad que hace 21 años comenzó con unos pocos casos, se ha transformado en una verdadera pandemia (epidemia mundial). Para ese entonces la

⁵ CONASIDA 2004

sociedad empezó a estar alerta ante una situación de la que no había precedentes: "Una nueva enfermedad" que estaba afectando a los seres humanos sin distinción de clases sociales ni de conductas sexuales. Fue en ese momento que la comunidad empezó a tomar conciencia real del problema. El mundo se encontraba frente a una enfermedad nueva, desconocida e ignorada hasta el momento, pero que se estaba extendiendo a toda la población en mujeres y niños.⁶

A Finales de 1990 Comienza a utilizarse el AZT. Este medicamento no previene la infección, ni cura la enfermedad, pero prolonga la vida de los infectados. Si además se logra sumar una mejor calidad de vida, la consecuencia es el retardo de la aparición del SIDA como enfermedad.

Eran los años 70 cuando aparecen los primeros casos del SIDA esto se debe a que en esa Época se inicia la liberación sexual por la comunidad gay donde además de copas y música se consumía sexo sin restricciones. Proliferando entonces las enfermedades de transmisión sexual Sin embargo, no fue suficiente para modificar los hábitos sexuales de la época.

En junio de 1981 se comunica, en una revista científica, el primer caso de neumonía por *Pneumocystis carinii* en un paciente homosexual. Este germen era hasta entonces muy poco frecuente salvo en sujetos con las defensas bajas. Casi simultáneamente se publicaron varios casos de sarcoma de Kaposi en pacientes jóvenes y los acontecimientos se sucedieron vertiginosamente. Ambas eran enfermedades raras que aparecían sólo en sujetos inmunodeprimidos.⁷

Los primeros análisis del material genético del VIH mostraron que tenía una similitud con el virus de la inmunodeficiencia del simio (SIV) una familia de virus que afectaban a monos del centro de África y gracias a estudios genéticos que han comparado el material de ambas familias de virus – humano y del mono, está aceptado por la comunidad científica que el VIH es un descendiente del agente viral que afecta a los monos.

Tanto el VIH-1 como el VIH-2, los dos tipos de VIH tienen grandes similitudes con el virus del chimpancé y del mono verde. Esta búsqueda del origen del VIH se ha prolongado durante más de 10 años y ha sido precisamente en el 2003 cuando se han publicado los resultados que parecen ser definitivos.

⁶ J. Prieto Prieto "SIDA Crónica y Protagonistas"

⁷ Barta Raquel y Javier Marco "SIDA Historia de una nueva Enfermedad"

El SIV es frecuente entre los monos de África Central, de hecho han sido aislados en más de 30 especies, aunque en ellos estos virus no son mortales. Al parecer los chimpancés en estado salvaje fueron infectados de forma casi simultánea por dos tipos de SIV. El primero de ellos afectaba al mono verde que habita en los bosques de Sierra Leona y Ghana y el segundo a una segunda especie de mono (*Cercopithecus nictitans*) que habita en los bosques de Costa de Marfil, Liberia, Níger y Congo. Posiblemente se infectaran con estos dos virus al cazar y comer. El intercambio genético de estos dos virus en los chimpancés, dio lugar a un nuevo tipo de virus de inmunodeficiencia que sí es capaz de ser transmitido al ser humano y provocarle una enfermedad mortal. Después de la identificación de los primeros casos de SIDA, esta epidemia se ha extendido a pasos agigantados, considerándose una enfermedad que afecta a todo el mundo, sin importar edad, sexo y raza. El VIH-SIDA se encuentra en una de las principales causas de muerte entre Jóvenes de 15 a 45 años.

1.2 EPIDEMIOLOGIA

A nivel mundial el SIDA, notifica el Organismo Centers for Disease Control que hasta Junio del 2004 se estima que en el mundo existen 42 millones de personas viviendo con el VIH-SIDA siendo el responsable del 5.2% de las muertes que ocurren en todo el mundo, constituyéndose la cuarta causa de defunción. Estos se han notificado en 120 países. Destacando principalmente en el África Sub-sahariana con 25.3 millones de casos, seguido por la zona del caribe: Haití (6.1%), Bahamas (3.5%), Republica Dominicana (2.5%) y en menor magnitud con cifras del 1% Países de América central (Belice, Honduras, Guatemala y Panamá).⁸

México se clasifica como un país con una Epidemia de SIDA concentrada, la cual se caracteriza por una prevalencia de infección por VIH que se ha difundido rápidamente en subgrupo de la población, pero que aún no se establece en la población en general.

⁸ Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEGI) “MORTALIDAD 2000-2004 EN PACIENTES CON VIH-SIDA”

Las estadísticas reportan que en México los Factores de Riesgo pueden ser los siguientes :

- Transmisión Sexual Es la causante del 90 % de los casos acumulados, concentrándose en grupos de hombres que tienen sexo con hombres.
- Transmisión Homosexual y Bisexual: Es la causante del 82.3% de los casos de los cuáles el 32.7% corresponde a Homosexuales y el 49.6% a Heterosexuales.
- Transmisión Sanguínea: La mayoría de los casos acumulados corresponden por transfusión sanguínea asociados en un 0.1% en personas con consumo de drogas intravenosas y en un 0.0% por exposición ocupacional. Estas cifras han reducido en un 30 % gracias que a partir de 1986 se pone en Funcionamiento el programa “Sangre segura en México”.
- Transmisión Perinatal: Causa de infección de VIH- SIDA en menores de 15 años aunque no se conoce la vía de transmisión en una quinta parte del total de los casos. Actualmente en México se cuenta con una política nacional de otorgan en un 100% tratamiento gratuito a mujeres embarazadas y menores de 18 años.

Categoría	Año 2003
Sexual	82.3
Homo y bisexual	32.7
Heterosexual	49.6
Drogas intravenosas	0.1
Exp. Ocupacional	0.0
Perinatal	0.8
Desconocido	16.4
Total	100.0

- Edad y Sexo

La población más afectada por la Epidemia del VIH son los Jóvenes entre 25 y 44 años de edad, prevaleciendo los Hombres en un 80.6% y las Mujeres en un 80.2%, encontrándose en la 7ma. causa de muerte en hombres y 4ta causa de muerte en mujeres ocasionando graves repercusiones en personas menores de 15 años.⁹

GRUPO DE EDADES	En el año 2003		
	Masculino	Femenino	Total
Menor 15 años	0.9	2.3	1.1
De 25 a 45 años	80.6	80.2	80.6
De 46 y más años	18.5	17.5	18.3
Edad ignorada	0.0	0.0	0.0
Total	100.0	100.0	100.0

- Entidad Federativa

Las entidades federativas con mayores tasas acumuladas de casos de VIH- SIDA, según el registro Nacional de CONASIDA en el año 2005, contemplándose en primer lugar al Distrito Federal, seguido de Jalisco y en último lugar a México.

Entidad Federativa	Año 2003	Acumulados
Baja California	67	94
Distrito Federal	104	104
Jalisco	87	90
México	38	62
Oaxaca	75	151
Puebla	57	119
Tlaxcala	63	154
Total*	835	1567

⁹ MAGIS Hernández ,Carlos Bravo ,Enrique García “Situación de SIDA en México a finales de 2000” México Diciembre 2000

- Año de Notificación

En el año 2000 se notificarón 4372 casos de 6998 casos diagnosticados, mientras que en el año 2003 se diagnosticarón 68145 casos.

México se ha comprometido en detener la epidemia para el año 2015 como firmante de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, Y para poder alcanzar esta meta se requiere que los diversos sectores e instituciones del sector de salud, bajo el liderazgo de la SSA y los grupos de la sociedad civil organizadora realicen una lucha común contra el VIH- SIDA.¹⁰

Año	Notificados en el año 2003	Diagnósticos en el año 2003
2000	4372	6998
2001	4855	5650
2002	4297	3015
2003	16231	1574
1999-2003	68145	68145

¹⁰ Dirección general de Epidemiología (DGE) “REGISTRO GENERAL DE CASOS DE VIH-SIDA 2000” SSA.

CAPITULO II FISIOPATOLOGIA DE LA ENFERMEDAD

2.1 CONCEPTO VIH

Infección viral crónica por VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) que destruye gradualmente el sistema inmune y es el agente causal de la enfermedad llamada SIDA. La infección por el virus VIH no significa padecer SIDA, el periodo transitorio entre la infección y la enfermedad puede durar muchos años sin notar síntomas. Esta situación de infección sin enfermedad es a lo que se denomina personas seropositivas, ya que pueden contagiarlo a otras personas.

2.2 CONCEPTO SIDA

Etapa tardía o avanzada de la infección con el VIH. Es una condición en la cual el sistema inmunológico se describe como deteriorado, comprometido o disfuncional debido a infecciones oportunistas por un virus llamado VIH.

2.3 FACTORES DE RIESGO

- 2.3.1 VIH

En relación a los factores de riesgo podemos comentar que la Probabilidad de padecer un daño, no se conoce el número de partículas virales necesarias para que comience la infección, el mecanismo por el que se transmiten, la relación de cofactores y los posibles puertos de entradas.

- 1) Sexual
 - a) Contacto Sexual con personas infectadas
 - b) Múltiples parejas Sexuales

- 2) Sangre
 - a) Uso de Drogas por vía intravenosa
 - b) Compartimiento de agujas
 - c) Exposición con material infectado
 - d) Transfusión de sangre o plasmas contaminados

- 3) Perinatal
 - a) Parto
 - b) Lactancia

- 4) Exposición
 - a) Líquidos Corporales
 - Sangre
 - Semen
 - Secreciones Vaginales
 - b) Salpicaduras de Sangre
 - Piel
 - Boca y mucosas

- 2.3.2 FACTORES DE RIESGO PARA SIDA

- | | | |
|----------------|--|---|
| 1) Sexual | <ul style="list-style-type: none"> a) Actividad Sexual b) Actividad Bisexual c) Actividad Heterosexual | <ul style="list-style-type: none"> Coito anal Coito oral-genital Coito vaginal |
| 2) Sangre | <ul style="list-style-type: none"> a) Transfusión con sangre contaminada b) Transfusión con derivados c) Concentrados de Factores VIII o IX | |
| 3) Perinatales | <ul style="list-style-type: none"> a) In Utero b) Parto c) Posnatal¹¹ | |

2.4 FISIOPATOLOGÍA

Se entiende por fisiopatología al desarrollo de la enfermedad a través del organismo, fases por las que pasa el virus del VIH antes de convertirse en la enfermedad llamada SIDA.

- *VIH*

El VIH es un virus que pertenece a la familia de los retrovirus. Los virus son organismos microscópicos formados de una tira que puede ser de ácido desoxirribonucleico (ADN) o de ácido ribonucleico (ARN), y tienen una cubierta que funciona para fines prácticos como un medio de transporte para el virus mientras éste circula en la sangre y los fluidos del cuerpo.

El VIH está formado por una tira doble de ARN y su cubierta la conforman elementos denominados glucoproteínas que por su forma; tienen gran afinidad por una estructura de la cubierta de los linfocitos CD4, llamada receptor. Existen varias glucoproteínas en la cubierta del VIH, las más importantes son la glucoproteína 120, la 160 y la 41; la glucoproteína que se pega al receptor de los linfocitos CD4 es la 120. Los linfocitos son un grupo de glóbulos blancos que se encargan de la defensa del organismo contra algunos gérmenes como los denominados "oportunistas".

Una vez adherido, el VIH se deshace de la cubierta para poder ingresar al linfocito; una vez en el interior, aunque sin entrar todavía al núcleo, el ARN se transcribe a ADN en

¹¹Harvey Johns, OWENS Ross "TRATADO DE MEDICINA INTERNA" VOL. III 22º Edición Editorial Interamericana, México 1998 Pag.814-827

un primer paso que se llama transcripción inversa; este paso se realiza por la acción de una enzima llamada justamente transcriptasa inversa la cual actúa como una especie de decodificador. El ADN viral está entonces listo para entrar al núcleo de la célula donde se combina con el ADN de la célula que ha invadido; a partir de este momento la célula abandona sus funciones habituales para dedicarse a la producción de partículas virales. El ADN combinado ya con información del virus se transcribe nuevamente a ARN dentro del núcleo y la información sale al resto de la célula donde se inicia la fabricación de partículas virales, incluyendo tanto ARN nuevo como partículas de la cubierta que posteriormente se ensamblan en esta microfábrica.

Al salir del núcleo las tiras de ARN que se forman son muy largas y no funcionan bien, por lo que deben ser cortadas en tiras más pequeñas antes de ensamblarse; este corte lo efectúa una enzima llamada proteasa del VIH. El virus completo se ensambla aún dentro de la célula y cuando es liberado ocasiona la ruptura de la superficie de la célula que finalmente producirá la muerte del linfocito. Fuera del linfocito, el VIH aún debe madurar antes de infectar nuevos linfocitos.

El tiempo aproximado que tarda un VIH desde que se introduce al linfocito hasta que se reproduce, madura e infecta a un nuevo linfocito, es de 2.6 días.

De tres a seis semanas después de que ocurrió la infección inicial, el virus aumenta dramáticamente en la circulación sanguínea para luego disminuir y permanecer más o menos constante en cantidad durante un periodo que se llama de "latencia clínica". En este momento el paciente puede infectar a otras personas pero no tienen síntomas debido a que la destrucción del sistema inmune por el VIH es constante pero lenta. Esta etapa puede durar dos a diez años en promedio y es aquí donde se conoce al paciente como seropositivo. Esta es una fase engañosa de la infección por el VIH, pues mientras en apariencia no hay avance de la enfermedad, internamente el virus va deteriorando cada vez más el sistema inmune hasta llegar al grado que el paciente presenta síntomas o disminuyen sus linfocitos CD4, que son los glóbulos blancos que ataca selectivamente el VIH. En este momento el paciente entra en la etapa llamada "clínicamente aparente" en la que puede permanecer por un tiempo promedio de dos a cuatro años aunque la supervivencia con los nuevos medicamentos es cada vez mayor. Los criterios definitivos de la etapa clínicamente aparente son: una cantidad de menos de 500 linfocitos CD4 con o sin síntomas, o que se presenten las llamadas enfermedades oportunistas

Cuando se habla de etapas avanzadas, nos referimos a pacientes en fase clínicamente aparente; cada paciente evoluciona en forma distinta y a distinta velocidad. Existen varios factores que influyen para que un sujeto llegue en determinado tiempo a una etapa clínicamente aparente, entre los que figuran la carga viral (cantidad de virus en el organismo), el número de linfocitos CD4, el número de linfocitos CD8, la producción de algunas sustancias llamadas citocinas y, además, el equilibrio o desequilibrio en que estén todos estos factores, sin contar con los que aún no conocemos. Finalmente, es importante mencionar que se prefiere el término etapa avanzada al de terminal, ya que este último remite únicamente al paciente agónico y es muchas veces un término mal empleado.¹²

- *SIDA*

La fisiopatología del SIDA es un proceso muy complejo, ya que se caracteriza por la frecuencia inusual de infecciones oportunistas o cánceres que ponen en riesgo la vida, en personas con depresión grave de la inmunidad mediada por células, esta inmunosupresión puede resultar de la pérdida de los linfocitos T auxiliares que coordinan las actividades celulares de la inmunidad mediada por células.

El SIDA constituye la expresión clínica final de la infección por el VIH, el cual llega a destruir el sistema inmune, especialmente los linfocitos CD4 y a su vez pueden originar diversas complicaciones neurológicas y tumorales.

Las interacciones "virus-célula", con complicados mecanismos de adaptación, y entre "población viral-sistema inmune" son dos entornos implicados en el proceso de la enfermedad.¹³

El VIH es un lentivirus con capacidad de infectar los macrófagos y los linfocitos CD4 predominantemente, y ello conduce a un profundo trastorno inmunológico. Aunque los linfocitos CD4+ de sangre periférica se encuentran infectados en una mínima proporción, la carga viral en diversos órganos linfoides es enorme. Sólo una pequeña proporción de los linfocitos infectados replican activamente el VIH en determinado momento, permaneciendo latente en la inmensa mayoría de los mismos.

¹² ALSPACH Joan "CUIDADOS INTENSIVOS EN EL ADULTO" 4ta. Edición Editorial Interamericana México 1993.

¹³ BRUMER Shoitis Lillian "Manual de la Enfermera" 4ta. Edición Editorial Interamericana México 1996 Tomo 4 pp1018-1023.

La población macrofágica es la otra diana importante de la infección por el VIH, que puede tener especial importancia en las complicaciones neurológicas, en ciertas etapas críticas del ciclo biológico viral, en la transmisión sexual y en la infección de nuevos linfocitos. Los macrófagos tisulares probablemente representan un reservorio de replicación con cinética lenta, pero que a largo plazo estén implicados en la perpetuación de la infección y desarrollo de resistencias a fármacos antivirales.

Esta infección lenta de los macrófagos origina alteraciones en la síntesis de factores de crecimiento, citoquinas y quimioquinas, así como en determinadas funciones del sistema nervioso central.

La respuesta inmune frente al VIH se produce en la vertiente humoral (con una intensa producción de anticuerpos contra proteínas reguladoras y estructurales, así como producción de complemento e interferones) y celular (activación de poblaciones linfocitarias T colaboradores).

Se produce una intensa expansión clonal de linfocitos CD8+ con actividad citotóxica, dirigida frente a diversas proteínas del VIH y que originan una cierta supresión de la replicación del VIH. Tras el contacto con el VIH se produce un "período ventana" inicial, durante el cual no es posible detectar anticuerpos específicos frente al VIH a pesar de existir altos niveles de viremia. Poco después existe una importante caída de la carga viral que coincide con la referida aparición de los linfocitos citotóxicos, y que todavía precede la aparición de anticuerpos.

Tanto la respuesta humoral como celular son importantes en el control de la replicación vírica, que a la postre representa el equilibrio entre la virulencia de la cepa infectante y el grado de respuesta del huésped. La resultante de ambos factores se refleja en el nivel de carga viral de cada individuo, que tiene gran importancia en el pronóstico y evolución de la infección. De todas formas, esta potente respuesta antiviral llega a contener la replicación vírica, aunque es incapaz de erradicarlo del organismo.

En la fase crónica de la infección estas respuestas se mantienen. Existe una persistente activación inmunológica por parte del virus y un control parcial de la masiva replicación viral por parte del sistema inmune durante largos períodos de tiempo.

En los estadios finales de la enfermedad se produce un daño en el control inmunológico, con caída de linfocitos CD4+ y elevación de la carga viral, así como disminución de anticuerpos frente a diversas estructuras virales. La destrucción de los

CD4+, que ocupan un lugar preeminente en la organización y activación del sistema inmune, origina un deterioro funcional de otras poblaciones celulares.¹⁴

- *2.5 DIAGNOSTICO*

El diagnostico para el VIH comprende las siguientes partes:

Como primer punto es importante conocer la Historia clínica del paciente , esto quiere decir que se hará un interrogatorio sobre antecedentes personales y no personales a lo largo de su vida, conocer e identificar aquellos aspectos importantes que tengan relación con el diagnostico como son:

- *VIH*
 - Relaciones Homosexuales o bisexuales
 - Múltiples parejas sexuales
 - Transfusión de sangre o derivados
 - Uso de drogas intravenosas

Si el paciente tiene uno o mas de estos antecedentes se deberá investigar la posibilidad de infección realizando un tets que consiste en buscar anticuerpos frente al VIH en una muestra de sangre, o en el momento en que ocurre alguna infección oportunista, con frecuencia varios años después de haber ocurrido la seroconversión, existen varios criterios para la elección de un diagnóstico eficaz entre ellos los siguientes;

- Hacer un diagnóstico temprano de la infección antes de que aparezcan infecciones oportunistas o haya colapso del sistema inmunitario.
- Reconocer la infección primaria da la oportunidad de iniciar de manera temprana el tratamiento retroviral más eficaz.
- Criterio Clínico: aparición de linfadenopatía generalizada persistente como Fiebre, diarrea, diaforesis, pérdida de peso, procesos infecciosos, tumorales, neurológicos y psiquiátricos.
- Criterios Microbiológicos: Cultivos positivos para gérmenes.

¹⁴ Boletín Salud “Fisiopatología de la Infección del VIH-SIDA”1999 VOL. 4

- Criterios Histopatológicos: aparición de cambios histopatológicos ganglionares, Sarcoma de Kaposi, linfoma primario del cerebro, así como lesiones que permitan sospechar o identificar etiologías, infecciones o parasitarios.
- Criterios inmunológicos: Leucopenia, relación inversa de poblaciones subcelulares T4 y T8, aumento de inmunoglobulinas.
- Criterios serológicos: prueba positiva de anticuerpos VIH (Elisa)
- Criterios epidemiológicos: todos los criterios anteriores mas pertenecer a un grupo de riesgo.¹⁵

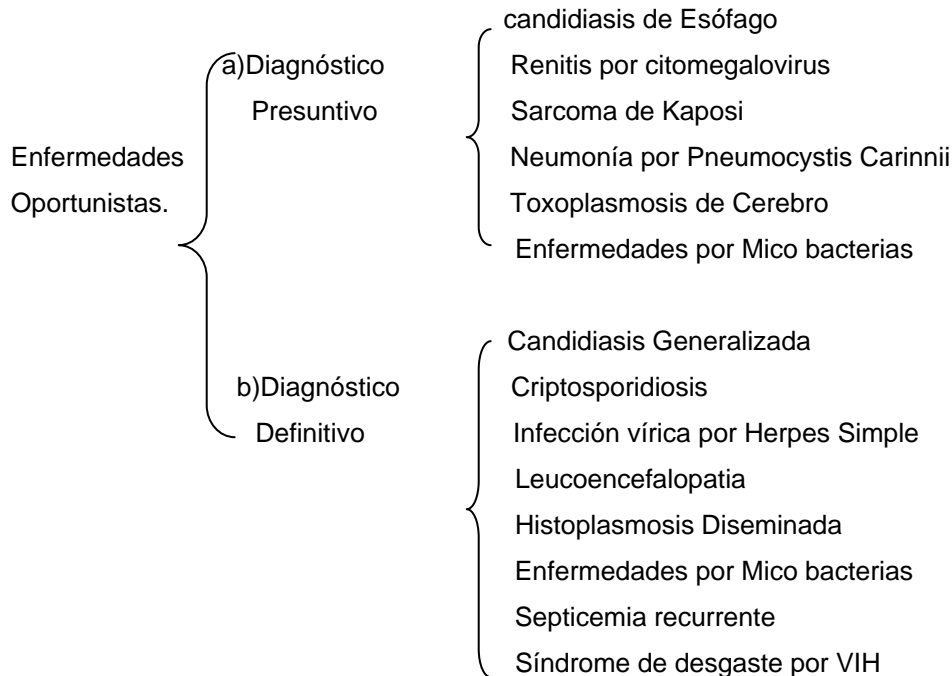
- *SIDA*

Después de tener un diagnóstico Positivo de VIH el paciente puede vivir varios años sin presentar signos o desarrollar la enfermedad del SIDA, para realizar un diagnóstico Definitivo y decir que el Paciente tiene SIDA es necesario realizar las siguientes pruebas o ser positivos en los siguientes criterios.

- Realizar nuevamente la prueba de Serologia (Elisa) que consiste en la detección primaria de Anticuerpos contra el VIH, si esta resulta positiva realizar .
- Inmunotransferencia o Wester Blot: que consiste en la separación de bandas de proteínas virales por electroforesis en gel de poliacrilamida, según su peso molecular.Las proteínas virales separadas se transfieren a una hoja de nitracelulosa mediante electrotransferencia, que detecta la presencia de anticuerpos Anti VIH .
- Carga Viral : ser menos de 500 linfocitos CD4
- Detección de la Proteína Antígeno P24
- Todos los criterios anteriores más la aparición de enfermedades oportunistas como son.¹⁶

¹⁵ ESCAMILLA García David “Avances en Diagnóstico y Tratamiento del VIH-SIDA”

¹⁶ ZUBIRAN Salvador “Manual de Terapéutica Médica” Editorial Interamericana 2da.Edición México 2000 pp406-420.



- **2.6 FASES DE LA ENFERMEDAD**

Son las etapas en que se desarrolla una enfermedad.

- **VIH**

- Exposición o Infección: esto representa tener algún Riesgo a ciertas situaciones que pueden llevarle a infectarse con el virus, (entrada del virus al flujo sanguíneo).
- Periodo de incubación: es el Tiempo que ocurre desde que la persona se infecta de VIH hasta que desarrolla la enfermedad.
- Síndrome retroviral Agudo; Disminución gradual de células.
- Periodo de ventana :Tiempo que ocurre desde que la persona se infecta con el VIH+ hasta que se producen los anticuerpos.
- Seroconversión: Proceso de desarrollar anticuerpos contra VIH.

A su vez estas Fases se subdividen en :

- **Etapa Asintomática o Fase Inicial:** El VIH se disemina e invade muchos tejidos, especialmente el tejido linfoide y los ganglios linfáticos. El paciente infectado puede o no presentar sintomatología; por lo general existe un cuadro de

síndrome mononucleósico al que no se le suele prestar demasiada atención. A las 2-6 semanas del contagio se detecta antígeno del VIH (antígeno p24), el cultivo viral se positiviza y existen muchos linfocitos CD4 infectados; progresivamente van apareciendo los anticuerpos circulantes (4-12 semanas) y la inmunidad celular y el antígeno p24 desaparece y descienden las células infectadas. En este período puede existir una inmunodepresión pasajera que puede facilitar la aparición o reactivación de algunas infecciones oportunistas.

- Fase crónica : Esta fase tiene una duración variable estimada en varios años y en ella persiste la reducción gradual de células estimándose que 1 de cada 10000 linfocitos CD4 circulantes estarán infectados. Los pacientes suelen estar asintomáticos, con o sin adenopatías, defectos en piel y mucosas, infecciones fungicas o virales ,cifra baja de plaquetas, carga viral alta y trastornos neurológicos.
- Fase final: Se caracteriza por un aumento de la replicación del VIH, disminución de células T, alteración del estado general del paciente (síndrome de desgaste), aparición de graves infecciones oportunistas, ciertas neoplasias y alteraciones neurológicas, de modo que se dice que el infectado por el VIH tiene SIDA

- *SIDA*

En el SIDA es diferente la forma en que se presenta la enfermedad

- a)Infección Primaria :Reacciones de activación del Sistema inmunológico
- b)Periodo Asintomático: No hay síntomas de la enfermedad, pero el virus continua duplicándose en los ganglios Linfáticos
- c)Periodo Sintomático: Aparición de Síntomas intermitentes e infecciones
- d)Enfermedad Avanzada: Destrucción rápida y progresiva de Linfocitos CD4, aumento de la viremia, Aparición de infecciones oportunistas y Neoplasias.¹⁷

¹⁷ Harrison “Principios de Medicina Interna” 2da Edición Edit. Iberoamericana Vol. II pp. 810-817 México 1998

- **2.7 CUADRO CLINICO**

El cuadro clínico comprende en identificar los signos y síntomas que presenta el paciente en el momento de ser explorado, cada uno tiene diferentes manifestaciones es de suma importancia conocer e identificar entre signo y síntoma ;dando como concepto de **signos** a las manifestaciones Objetivas que el diagnosticador puede observar. Y como **síntomas** a aquellas alteraciones subjetivas, referidas por el paciente.¹⁸

- **2.7.1 SIGNOS**

- **VIH**

Las manifestaciones Clínicas de la infección por VIH son diversas y van desde la infección asintomática hasta la enfermedad, los signos clínicos dependen de la etapa en la que se encuentra la enfermedad. Inicia principalmente con un cuadro caracterizado por fatiga progresiva, anorexia y fiebre inexplicable la cuál no se le toma mucha atención ya que a las pocas semanas desaparece, y unas semanas después la infección reincide con la aparición de nuevos signos como:

- **ENCEFALOPATÍA:** consiste en la existencia de degeneración del tejido cerebral.
- **LINFADENOPATÍA:** Es el Proceso patológico, que se caracteriza por el aumento de volumen de los ganglios inflamados.
- **NEOPLASIAS:** en esta parte ya existe el Crecimiento de un tejido nuevo que puede resultar un tumor benigno o maligno. Un tipo de cáncer más común en VIH son los linfomas.
- **LINFOMA:** Es la presencia de un tumor canceroso , principalmente en el tejido linfoide y linfático.

- **SIDA**

Las manifestaciones clínicas cuando se ha diagnosticado o desarrollado el SIDA se ve afectado todo el organismo en General, los principales signos son: atrofia muscular, demencia, disminución de la función intelectual, artralgia, letargia inquietud, stress¹⁹

¹⁸ Bennett “Tratado de Medicina Interna” 3era Edición Edit. Interamericana Vol. III pp.2019-2023 México 2002

¹⁹ HARRISON “Principios de Medicina interna” Editorial Interamericana 4ta Edición México 1990 Tomo IV pp. 1023-1028

- 2.7.2 SÍNTOMAS

- VIH

La infección por VIH se considera asintomática pero en realidad hay aparición de síntomas considerándose como una etapa asintomática entre ellos destacan.

A) Etapa Asintomática: Presenta molestias menores que se pueden manejar por consulta externa.

B) Etapa Sintomática: Existen Síntomas graves que no requieren Hospitalización ya que estas pueden ser tratadas en casa sin mayor problema.

ENFERMEDAD	MANIFESTACIONES
Esofagitis	Inflamación del esófago Dolor al deglutir
Diarrea aguda con o sin deshidratación	3 o 4 evacuaciones ocasionales o continuas.
Tos crónica y disnea progresiva	Comienzo insidioso de neumonía por enfermedades oportunistas.
Déficit visual	Alteraciones visuales
Sarcoma de kaposi	Lesiones rojo violáceas que no causan dolor y que al parecer se reproducen como consecuencia de la aparición del SIDA
Neuropatía periférica	Pérdida de sensibilidad, Entumecimiento Adormecimiento Dolor en las extremidades Superiores e inferiores.
Ulceraciones: Boca Esófago Genitales	Ampollas Blanquecinas Dolor al Deglutir Flujo blanquecino

Síntomas graves que requieren hospitalización, estos son casos de alarma que requieren de la participación de personal capacitado.

SÍNTOMA	MANIFESTACIONES
Cefalea	Dolor intenso de Cabeza
Fiebre	Temperatura mayor de 38°
Edema	Aumento de volumen de piel, tejidos o vísceras por acumulación de líquidos.
Diarrea	Más de 4 evacuaciones al día de consistencia pastosa o líquidas, explosivas o no, con sangre o sin ella.
Destrucción Severa	Disminución Ponderal mayor de 4 Kg. durante el último mes.
Neumonía	Fiebre, estertores, cefalea, disnea.

Cuando el paciente ha desarrollado el SIDA se encuentran alteraciones Subjetivas en todo el organismo Y se consideran desde generales hasta muy específicas En las Generales podemos mencionar lo siguiente:

SÍNTOMAS	MANIFESTACIONES
Disminución Ponderal	Pérdida de peso de más de 4 kg. al mes
Fiebre	Elevación de la Temperatura corporal mayor de 38°
Fatiga	Dolor de articulaciones.
Escalofrío	Estremecimiento general del cuerpo con sensación de frío y calor.
Desnutrición	Falta de ingesta de algunos nutrientes

- OFTÁLMICAS

SÍNTOMAS	MANIFESTACIONES
Desprendimiento de la retina	Separación de una parte de la retina de la parte interna del ojo, causado por citomegalovirus (CMV)
Miopatía	Trastorno del músculo del ojo caracterizado por dificultad para ver objetos de lejos.
Diplopía	Visión doble de un objeto Indica alteración del cerebro o nervios del ojo Manchas negras en la visión

- BOCA

SÍNTOMAS	MANIFESTACIONES
Úlceras Orales	Vesículas Peri bucales dolorosas
Candidiasis	Algodoncillo en la lengua, carrillos , paladar y garganta.
Esófago	Dificultad para tragar.
Uñas	Onicomycosis.
Pulmón	Broncocandidiasis, Fiebre, Expectoración
Piel	Manchas rojizas , violáceas ,escamosas con comenazón
Disfagia	Dificultad para deglutir los alimentos

- CARDIO-PULMONAR

SÍNTOMAS	MANIFESTACIONES
Tos	Espiración brusca y compulsiva de aire contenida en los pulmones Irritación de la mucosa de la garganta y bronquios
Hipoxia	Disminución de oxígeno en la sangre
Sibilancias	Respiración anhelosa o sibilante por obstrucción de las vías respiratorias
Taquipnea	Frecuencia respiratoria elevada Respiración elevada y superficial
Neumonía	Fiebre, Estertores, Disnea.
Estertores	Ruido producido por el paso de aire a través de las mucosidades acumuladas en los bronquios, tráquea, faringe o alvéolos pulmonares.

- GASTROINTESTINAL

SÍNTOMAS	MANIFESTACIONES
Hipersensibilidad Abdominal	Dolor abdominal, Sensación de Pesadez
Diarrea Crónica	Aumento del volumen, fluidez o frecuencia de las deposiciones en relación con el hábito intestinal. Persiste durante más de tres semanas.
Hemorragia Gastrointestinal	Sangrado del tubo digestivo secundario a enfermedades ácido péptica, neoplasias o por Candida.
Acitís	
Ictericia	Coloración amarilla de ojos y piel. Aumento de la bilirrubina en sangre Daño de Hígado Obstrucción de vías Biliares

Dispepsia	Digestión difícil y dolorosa Flatulencia Acidez Náusea y vómito
-----------	--

▪ LESIONES EN LA PIEL

SÍNTOMAS	MANIFESTACIONES
Dermatitis Ampollosa	Enrojecimiento de la piel Ampollas de contenido líquido Ampulas
Seborreica	Placas eritematosas Placas descamativas Prurito
Úlceras por Decúbito	Escaras o ámpulas que se manifiestan en puntos de apoyo (codos, talones, glúteos, hombros, rodillas etc) donde la presión priva de sangre y oxígeno lo que ocasiona que puede llegar a la necrosis.
Herpes	Lesiones mucocutáneas

▪ NEUROLÓGICO

SÍNTOMAS	MANIFESTACIONES
Cefalea	Dolor intenso de cabeza
Caquexia	Alteración del cuerpo caracterizada por adelgazamiento y debilitamiento
Convulsiones	Contracciones violentas e involuntarias de los músculos.
Parálisis Facial	Trastorno de los Músculos Faciales ,Dificultad para el movimiento
Depresión	Estado melancólico , Sensación de Fatiga Pérdida de la voluntad
Demencia	Pérdida de habilidades intelectuales Falla de la memoria Alteraciones en el lenguaje Disfunciones intelectuales
Hemiparesia	Parálisis ligera o incompleta de la mitad de la cara. ²⁰

²⁰ RIVERO Serrano Octavio “Tratado de Medicina Interna” 5ta. Edición Editorial Interamericana México 1993 Vol. II pp.405-408 1996

- UROLOGICO

SÍNTOMAS	MANIFESTACIONES
Falla renal	Alteraciones del Sistema Urinario
Disuria	Dificultad al orinar Dolor al orinar Proceso infeccioso
Incontinencia	Emisión involuntaria de la orina o materia fecal
Prostatitis	Inflamación de la Próstata Dificultad para orinar
Hematuria	Presencia de sangre en la orina
Oliguria	Cantidad pequeña de orina ²¹

- 2.7.3 INFECCIONES OPORTUNISTAS Y TRATAMIENTO.

Las infecciones oportunistas son aquellas que se irán presentando a lo largo de la enfermedad, estas son clasificadas por los diferentes agentes infecciosos y estos a su vez requieren de tratamiento específico sin olvidar el tratamiento retroviral.

- INFECCIONES POR PROTOZOARIOS

PARASITO	ENFERMEDAD	MANIFESTACIONES	TRATAMIENTO
Entamoeba Histolytica	Abscesos: Hígado Pericardio Cerebro		
Giardia Lambia	Diarrea Gastroenteritis	Evacuaciones Líquidas Dolor abdominal Náuseas Flatulencia Diarrea	Hidratación Nutrición Loperamida Difenoxilato con Atropina

²¹ BERGGREN Ruth “Infecciones oportunistas en personas con VIH-SIDA” 2000

Tricomonas	Vaginitis Uretritis	Inflamación vaginal Inflamación Uretral Flujo	Vagitol
Plasmodium	Hepatoesplenomegalias	Dolor en el Hígado	Antipiréticos
Cryptosporidium	Diarrea Acuosa	Evacuaciones Líquidas Dolor abdominal Pérdida de Peso Deshidratación	Indometacina Azitromicina
Pneumocystis Carinii	Neumonía	Fiebre, disnea, tos productiva	Trimetoprim- Sulfametoxazol.
Toxoplasma Gondii	Encefalitis	Convulsiones, cefalea Confusiones.	Espiramicina Clindamicina

- INFECCIONES POR HONGOS

HONGO	ENFERMEDAD	MANIFESTACIONES	TRATAMIENTO
Criptococosis	Infecciones Mucosa Esofagitis Vaginitis Candidiasis: Oral Cutánea Perianal	Placas blanquecinas Alteración del sabor Disfagia, náuseas. Flujo vaginal, Eritema Úlceras Dolorosas Eritema Fisuras Supuración Ampollas Engrosamiento de la Piel.	Nistatina Anfotericina B Ketoconazol Nistatina Clotrimazol

	Onicomycosis Diseminada: SNC Cardiaca Urinaria Respiratoria Ocular	Afectación de órganos	Antimicóticos
Cryptococosis Neoformans	Meningitis Cryptococcica	Cefalea, demencia Afectación de los pares craneales, rigidez de la nuca.	Anfotericina Fluconazol
	Pulmonar	Expectoración sanguinolenta Dolor precordial	Ketoconazol
Histoplasmosis	Linfadenopatias Pancitopenia	Fiebre, Disfunción Hepática	Itraconazol
Histoplasma Duboisii	Lesiones en piel	Lesiones necrosantes de piel y huesos.	Ketoconazol Anfotericina B
Dermatofitosis	Tiñas	Erupción en zona de pliegues	Crema Tópica

▪ INFECCIONES POR BACTERIAS

BACTERIA	ENFERMEDAD	MANIFESTACIONES	TRATAMIENTO
Mycobacterium Tuberculosis	Tuberculosis	Expectoración mucopurulenta Hemoptisis Inflamación de la pleura Parietal	Isoniazida Vit. B6
Streptococcus Neumococo HaemophilusInfluenzae	Neumonia Bronquitis	Fiebre Expectoración Dificultad respiratoria Tos crónica	Penicilina Cefotaxima Ceftriaxona Doxiciclina Vancomicina
Salmonella Shigelia Campylobacter	Enterocolitis Gastroenteritis	Diarrea Fiebre Cólicos Abdominales Distensión Abdominal Pérdida de Peso	Ciprofloxacina Amoxicilina Cefalosporinas Claritromicina Etambutol Cotrimoxazol
Mycobacterium Avium-intracellulare	Enteritis	Fiebre Pérdida de peso Diarrea	Antibióticos Antipiréticos

Staphylococcus Aureus	Infecciones Mucocutáneas: Foliculitis Angiomatosis	Pápulas difusas Fiebre Ulceras Tórpidas Absceso Sudoración nocturna Pérdida de peso Anemia	Antisépticos Antibacterianos Doxiciclina Eritromicina
Haemophilum	Abscesos Subcútaneos Artritis Tenosinovitis	Inflamación Dolor Articular Inflamación de la membrana sinovial que rodea el Tendón	Indometacina Ibuprofeno Paracetamol

• INFECCIONES POR VIRUS

VIRUS	ENFERMEDAD	MANIFESTACIONES	TRATAMIENTO
Citomegalovirus	Retinocoroiditis	Desprendimiento de Retina.	Ganciclovir Cidofovir Foscarnet
	Neumonía	Cifras CD4 menor de 100 células/mm ³ Déficit visual Cefalea Debilidad extrema	
	Leucoencefalopatía		
	Lesiones Gastrointestinales: Colitis Esofagitis Hemorragia	Diarrea Explosiva Úlceras Hemorragia Intestinal Perforación	Trimetoprim Ranitidina Sucralfato
VHS-1	Herpes Simple: Gingivostomatitis Faringitis Conjuntivitis	Vesículas Dolorosas Fiebre	Aciclovir Famciclovir
VHS-2	Varón: Lesiones en el glande y cuerpo de pene. Mujer: Lesiones en vulva, periné, nalgas, vagina y cuello uterino.	Fiebre Adenomegalias Tenesmo Rectal Retención Urinaria Parestecias	
	Varicela Zoster	Erupción Exantemática	Loratadina
	Herpes Zoster	Erupción vesicular Unilateral de tipo dorsal y lumbar.	Loratadina
	Proctitis Hérpética	Dificultad Urinaria Impotencia Vesículas rectales Diarrea Persistentes	Antibióticos

Papilomavirus	Condilomas	Verrugas Lesiones en zona genital y perianal. Carcinoma de cuello utero y anorectal	Tópicos
---------------	------------	---	---------

• INFECCIONES NEOPLASICAS

AGENTE	ENFERMEDAD	MANIFESTACIONES	TRATAMIENTO
Sarcoma de Kaposi	Lesiones orales Lesiones Viscerales Lesiones en Piel	Ulceración Disfagia Hemorragias Afectación de órganos: Hígado, Pulmón, Cerebro, Corazón Eritema Nódulos violáceos Edema	Radioterapia Quimioterapia Vinblastina
	Linfomas: Hodgkin No Hodgkin	Adenopatías Masas Tumorales Transtornos: Conducta Neurológicos Letargía Confusión	Ciclofosfamida Adriamicina Vincristina Bleomicina Metotrexate

2.8 TRATAMIENTO

El tratamiento para el VIH consisten en medicamentos retrovirales que no van a evitar el contagio del VIH- SIDA pero si van a disminuir que la enfermedad se desarrolle de una manera acelerada ayudando así a que el paciente encuentre una prolongación de la vida.

1) INHIBIDORES DE LA TRANSAMINASA INVERSA

a) Análogos de los nucleósidos.

NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL	INDICACIONES	DOSIFICACIÓN	REACCIONES ADVERSAS
Zidovudina (AZT)	Retrovir	<ul style="list-style-type: none"> • CD4 menor de 500/mm³ 	<ul style="list-style-type: none"> • 600 mg. Bid* 	Supresión de la médula ósea, molestias gastrointestinales.
Lamivudina	Convivir	<ul style="list-style-type: none"> • Infección crónica por el virus de la hepatitis B. 	<ul style="list-style-type: none"> • 150mg Bid* 	<ul style="list-style-type: none"> • Anemia megaloblástica, macrocítica, normocítica . • Molestias gastrointestinales
Didanosina (ddL)	Videx	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia de combinación con otros agentes . 	<ul style="list-style-type: none"> • 200 mg Bid*. • 125 mg <60 kg. 	<ul style="list-style-type: none"> • Neuropatía periférica dolorosa, Pancreatitis, Aumentos en los niveles de amilasa sérica y lipasa.
Zalcitabina (ddC)	Hivid	<ul style="list-style-type: none"> • infección VIH avanzada • intolerancia al AZT 	<ul style="list-style-type: none"> • 0,75 mg. Tid* 	<ul style="list-style-type: none"> • Neuropatía periférica, pancreatitis. Úlceras orales ,Mialgias, artralgias,

Estavudina (d4T)	Zerit	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de pacientes afectados por el VIH en los que la zidovudina no es apropiada 	<ul style="list-style-type: none"> • 40mg Bid* • 30mgBid* <60 kg. 	<ul style="list-style-type: none"> • Neuropatía periférica, Trombocitopenia.,Aumento de transaminasas y lipasa.,Artralgias
Abacavir	Ziagen	<ul style="list-style-type: none"> • Actividad frente al virus B de la hepatitis y frente al Cytomegalovirus pero no frente a otros virus del grupo herpes. 	<ul style="list-style-type: none"> • 300 mg.Bid* 	<ul style="list-style-type: none"> • Acidosis láctica Estenosis hepática con hepatomegalia severa. ²²

b) Inhibidores No –nucleósidos de la transcriptasa inversa

Estos son la nueva clase de agentes antirretrovirales que detienen la producción del VIH amarrando la transcriptasa inversa y previniendo la conversión del ARN en ADN.

NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL	INDICACIONES	DOSIFICACIÓN	REACCIONES ADVERSAS
Nevirapina	Viramune	<ul style="list-style-type: none"> • Asociado con otros antirretrovirales. 	200 mgBid*	<ul style="list-style-type: none"> • Rash: erupción cutánea maculopapular y eritematosa, Síndrome de Stevens-Johnson Eritema multiforme
Delavirdine	Rescriptor	<ul style="list-style-type: none"> • Asociado con otros antirretrovirales. 	<ul style="list-style-type: none"> • 400mgTid* 	<ul style="list-style-type: none"> • Erupción cutánea • Ulceración, descamación.

22 RODRIGUEZ Carranza Rodolfo “Valdemecum académico de medicamentos” 3era Edición Editorial Interamericana México 1998.

23 WALTER David “El tratamiento del VIH-SIDA puede salvar vidas” 19-03-04 WWW.Who/features 2004.

Efavirenz	SUSTIVA	<ul style="list-style-type: none"> Asociación con otros agentes antirretrovirales . 	<ul style="list-style-type: none"> 600 mg/día 	<ul style="list-style-type: none"> Cuadros depresivos agudos con ideas o intento de suicidio
-----------	---------	--	--	---

2) INHIBIDORES DE LA PROTEASA

NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL	INDICACIONES	DOSIFICACIÓN	REACCIONES ADVERSAS
Saquinavir	Invirase	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento de pacientes con un inmunodeficiencia progresiva o avanzada. 	<ul style="list-style-type: none"> 600 mg tid* 	<ul style="list-style-type: none"> Erupción cutánea Neuropatía periférica Molestias abdominales

Ritonavir		<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento de pacientes con un inmunodeficiencia progresiva o avanzada. 	<ul style="list-style-type: none"> 600 mg. Bid* 	<ul style="list-style-type: none"> Alteraciones y Perdida del gusto Dispepsia Parestesia perioral y periférica Erupciones Faringitis
-----------	--	--	--	---

Indinavir	Crixivan	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de pacientes con un inmunodeficiencia progresiva o avanzada. 	<ul style="list-style-type: none"> • 800 mg tid* 	<ul style="list-style-type: none"> • Exantema • Alteraciones del gusto • Sequedad de piel • Nefrolitiasis • Hiperglucemia
-----------	----------	--	---	--

<ul style="list-style-type: none"> • Nelfinavir 	<ul style="list-style-type: none"> • Viracept 	<ul style="list-style-type: none"> • Descenso significativo de la carga viral y el aumento de CD4 	<ul style="list-style-type: none"> • 750 mg. Tid* 	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes o hiperglicemia. • Alteración de los enzimas hepáticas
--	--	--	--	--

Amprenavir	Agenerase		<ul style="list-style-type: none"> • 800mg. Tid* 	<ul style="list-style-type: none"> • Salpullido cutáneo . • Parestesias periorales • Lipodistrofia ²³
------------	-----------	--	---	---

*Bid: 2 veces al día.

*Tid: 3 veces al día.

CAPITULO III

CARACTERÍSTICAS Y NECESIDADES DEL PACIENTE CON VIH-SIDA.

El paciente con VIH-SIDA tiene ciertas características donde se encuentra comprometido su estado emocional, su condición personal ,su estilo de vida y la relación con su entorno por el diagnostico, la gravedad de la sintomatología, la personalidad del enfermo, la calidad de los servicios de salud que recibe y el apoyo familiar con que se cuenta.

Se debe ayudar al paciente a que estas características no le afecten , entender que el paciente se encuentra en declive y percibe el fin de su enfermedad.²⁴

3.1 Físicas

- Deterioro de las funciones corporales
- Perdida de los mecanismos de homeostasis
- Disminución del tono muscular
- Lentitud en la circulación sanguínea
- Dificultad para respirar
- Pérdida de peso
- Incapacidad para deglutir
- Moniliasis bucal recurrente
- Manchas azules o pardas en la piel (Sarcoma de Kaposi)

3.2 Psicológicas

- Depresión
- Aislamiento
- Confusión
- Miedo

24 ROMO García Javier “Manejo del Paciente con VIH-SIDA”

- Alteración por el estilo de vida
- Ansiedad
- Enojo
- Sentimientos de culpabilidad
- Indiferencia
- Rechazo
- Ideas suicidas
- Apatía e irritabilidad.

3.3 Necesidades del enfermo con VIH-SIDA

El paciente con VIH-SIDA tiene ciertas necesidades donde el objetivo principal es lograr su bienestar viéndolo o ayudándolo a sentirse como una persona con valores y dignidad.

3.3.1 Físicas

Satisfacer las necesidades elementales , comprendiendo sus necesidades humanas hasta el momento de extender el certificado de defunción.

- Necesidades Básicas (agua, Oxígeno, Eliminación, sueño, Temperatura, abrigo etc.)
- Aliviar el dolor
- Evitar la Sensibilidad a la infección
- Proporcionar aislamiento protector
- Cuidados de la boca, piel, ano
- Precauciones entéricas (confort hospitalario, iluminación etc)
- Llevar un Control estricto de líquidos
- Valorar hidratación, turgencia de la piel y mucosas.
- Ministración de medicamentos para aminorar náuseas, vómito y Diarrea.
- Valorar necesidad respiratoria
- Evitar alteraciones de la piel
- Ayudar a disminuir el dolor Físico, mental, emocional y espiritual.

3.3.2Psicológicas

Satisfacer las necesidades que perturben el Estado Mental del paciente.

- Establecer una relación de confianza.
- Obtener información que le quite el temor de hablar.
- Ayudarlo a reducir el miedo (expresar sentimientos y emociones).
- Ayudarlo a no sentirse minusválido
- Evitar el aislamiento
- Ayudarlo a su estado de animo, realizando actividades placenteras.
- Escucharlo; permitirle que exprese su enojo, ser respetuoso y no juzgar.
- Tocarlo constituye una forma de comunicación que le manifiesta interés por él, lo hace sentirse amado, respetado dándole seguridad.
- Acompañarlo, consolarlo.
- Planear actividades para que familiares y amigos alienten al paciente.
- Dar confianza al paciente para que acepte la ayuda y apoyo continuo.
- Ofrecer consulta con un terapeuta para aliviar el trastorno emocional, aislamiento social y ansiedad
- Dejar que manifieste sus dolencias, sufrimiento y dolor.

3.3.3Socioculturales

- Establecer una relación con la familia, con sus seres amados, y con su medio laboral.
- Dejar que el enfermo siga participando en los asuntos familiares , fortificara su sentimiento de importancia dentro del grupo.
- Brindarle una Seguridad económica
- Animarlo a que participe en Recreaciones
- Alentarlo para que no decline en sus Creencias y valores.
- Fomentar en lo posible el contacto con amigos , familiares y pareja.
- Ayudarlo a obtener una Muerte tranquila y digna, en su domicilio con familiares y amigos cercanos

CAPITULO IV

ATENCIÓN DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON VIH- SIDA

Un aspecto importante en la atención de enfermería a el paciente con VIH-SIDA es mantener una Relación Enfermera- paciente esto es realizar aquellas intervenciones especificas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados, para ello se deben elaborar acciones focalizadas que ayuden a eliminar los factores que contribuyen al problema.

- *4.1 Relación Enfermera- paciente*
 - Establecer una comunicación interhumana
 - Mostrarle una actitud amorosa y alegre al otorgarle los cuidados
 - Llevar a cabo los principios éticos: beneficencia , privacidad y autonomía.
 - Adquirir una actitud donde se le brinde al paciente tranquilidad y confianza.
 - Dar una función de compañía ante la soledad (social, familiares y amigos)
 - Mantenerlo Informado completamente de lo relacionado con su enfermedad, realización de exámenes, intervenciones, exploraciones y tratamientos evitando confusión y duda.
 - Acérquese a él no construir una barrera innecesaria, que solo incrementara la sensación de aislamiento y rechazo.
 - Hable siempre de manera positiva y optimista.

- *4.2 Relación Enfermera –Familia*

Son aquellas intervenciones que van dirigidas a la familia ya que es muy importante su cooperación y ser participativos para entender las prescripciones y recomendaciones médicas.

- Brindarle confianza para establecer una comunicación
- Valorar el nivel de conocimiento del Familiar.

- Informarle al familiar lo relacionado con la enfermedad de su paciente con un lenguaje fáctible donde el pueda entender y se le aclaren dudas.
- Pedir su consentimiento para la realización de procedimientos, Tratamientos y participación en Investigaciones

- *4.3 Relación Paciente - Familia – Enfermera*

El paciente y el familiar deben participar siempre que sea posible en las decisiones para otorgar una mejor atención de calidad y calidez al paciente.

- Establecer una comunicación enfermera- paciente- familia.
- Hacerle saber que lo comprende (llore con él, ría con él, opine solo cuando el lo pida)
- Explicar los Procedimientos al Paciente y Familiar.
- Empatizar con la Familia, aclarándole dudas y aceptar comentarios.²⁵

- *4.4 Atención Tanatológica*

La tanatología se entiende por el Estudio interdisciplinario del moribundo, de la muerte y el morir, estudia el proceso de la muerte, de cómo es percibida de manera popular e individualmente, de las reacciones y actitudes de los moribundos frente a la cercanía de la muerte. Dentro de la definición etimológica el nombre de esta disciplina proviene de thanatos, el Dios griego de la noche y Hipnos, de lagos que significa tratado.

La ansiedad ante la muerte, los miedos al proceso de morir, la tristeza, la culpa, la dificultad para afrontar una pérdida, entre otras, son características relacionadas con la atención Tanatológica.

Nada más se piensa en morir ,en ese ultimo paso “La muerte”, surge esa palabra miedo, se desea evitan esas conversaciones, se tiene horror a la muerte porque se sabe que es inevitable ,Y no se teme a la muerte sino al proceso que conduce a ella, a la agonía lenta, al dolor y a la perdida de las facultades.

²⁵ Guía Para la Atención domiciliaria de Personas que viven con VIH-SIDA 2da Edición CONASIDA 1998

Pero todo esto es por la falta de difusión y personal capacitado en esta área, se debe conocer como ayudar al enfermo terminal ya que en nuestro círculo profesional, donde esta nos visita a diario, porque del horror que produce la muerte no estamos exentos.

Elizabeth kübler-Ross pionera de la tanatología menciona que el paciente moribundo pasa por las siguientes etapas.

1.-Negación y Aislamiento El paciente no puede aceptar su enfermedad y mucho menos el saber que morira entonces existe una negación y aislamiento de la sociedad.

2.-Rabia al conocer todo lo que implica su enfermedad, rabia con el y con gran parte de la sociedad.

3.-Regateo el paciente trata de negociar su enfermedad, pide mas tiempo para hacer las cosas que no hizo etc.,

4.-Depresión el paciente entra en una etapa depresiva sin querer oír ni ver a nadie.

5.-Aceptación el paciente termina por aceptar su enfermedad y las consecuencias que lo atrae.²⁶

- *4.5 Manejo del paciente con VIH-SIDA en etapa terminal*

El indicador clínico más importante del avance de la enfermedad y sus complicaciones en los pacientes con SIDA es su capacidad funcional. El paciente con enfermedad terminal puede definirse como aquel que tiene fatiga grave, debilitamiento progresivo, demencia grave y la respuesta al tratamiento de las complicaciones agregadas es pobre, los procesos infecciosos oportunistas empeoran o ya son constantes, aparecen nuevos problemas como enfermedades gastrointestinales con diarrea, dolor abdominal intolerable, náuseas, vómito, incapacidad para deglutir y alimentarse , neuropatías, fallas renales y alergias a

²⁶KUBLER Ross Elizabeth “Sobre la muerte y los moribundos” Edit. Grijalbo. Barcelona 1993

múltiples medicamentos que van limitando progresivamente las opciones del tratamiento.

El manejo del paciente en Hospitalización puede ser :

- Mantener al paciente confortable otorgándole toda aquella comodidad que requiera.
- Llamarle por su nombre
- Dejar que exprese Dudas y temores resolver dudas sobre su enfermedad y explicarle las alternativas de su tratamiento en un lenguaje claro y conciso.
- Escucharlo dejarle hablar sobre todos sus temores e inquietudes.
- Decidir el tipo de medicamentos ministrados informarle al paciente sobre los tratamientos , pero a su vez explicar las reacciones adversas de estos.
- Controlar los síntomas incapacitantes (Dolor) ayudarlo a no sufrir esto puede ser a través de un sedante.
- Apoyar en la estructura Familiar las condiciones para una muerte tranquila y digna posible. comentar con los familiares la situación de su paciente sin dar falsas esperanzas.

- *4.6 Actitud de la Enfermera ante el paciente terminal con VIH- SIDA*

Se darán a conocer aquellas intervenciones específicas que van dirigidas al paciente, estas pueden ser de manera independiente o con apoyo del personal multidisciplinario.

1º NECESIDAD INSTITUCIONAL. Se espera de la institución hospitalaria y se exige que asegure un morir bien asiéndose responsable de la calidad de la muerte.

2º LA FORMACIÓN. Si morir bien depende del dominio profesional, es preciso tener en cuenta en la practica los cuidados y formarse para ello.

3º HUMANIZAR LA MUERTE. No abandonar al hombre en este último tramo de su vida, que se hable y se debata sobre este tema, no considerándolo tabú que acepte la muerte como un proceso natural.

4º CUIDAR Y SEGUIR CUIDANDO: Quizás algunos puedan pensar que hay que mantener la distancia profesional para evitar sufrimientos e incluso remordimientos, los que han sabido entregarse y ayudar al paciente y a la familia en esos difíciles momentos han salido enriquecidos de esta experiencia. Una profesión que ha elegido el cuidado de la vida no puede dar la espalda al cuidado del último episodio de esta.

- *4.7 Atención a la Familia*

Perder al ser querido siempre es doloroso y causa tristeza y aislamiento, sin embargo llega el momento en que lo superamos y nos damos cuenta de que la vida sigue y se recuerdan los momentos felices y agradables de la vida de quien queremos que hoy ya no está entre nosotros. La Enfermera ante estos momentos realiza ciertas intervenciones que a continuación se describen²⁷.

- 1º. Estar presentes.-Ante la noticia del fallecimiento, responder a sus preguntas.
- 2º. Escuchar, A la familia sus reacciones y creencias, proporcionando consuelo y apoyo directo.
- 3º. Comunicación no verbal.-El contacto físico puede utilizarse como medio de expresión emocional.
- 4º. Empatizar.- Pensar que estamos en el lugar de quien está sufriendo quizás esto nos sirva de ayuda y aumente nuestra receptividad.
- 5º. Ayudar.- Pueden necesitar ayuda para entender la información que se les está dando, tratarlo con un lenguaje factible.
- 6º. Facilitar el tiempo para que puedan permanecer a solas con el difunto. mostrando su interés y preocupación.
- 7º. Facilitarse un lugar tranquilo y Privado, donde expresar su duelo y ordenar sus pensamientos.

²⁷ REYES Subiría Luis Alfonso “Acercamientos Tanatológicos al enfermo Terminal y a su Familia” Edit. Interamericana México 1996 pp. 155

8º Aceptar reacciones iguales, la expresión del duelo es individual evitemos prejuicios, criticas o desaprobaciones

9º. Amabilidad final.- Brindarle atención o preguntarle si necesita algo.

10º. Mostrar los sentimientos.-Y no existe ninguna razón que nos impida mostrar los sentimientos por la perdida de un paciente, no es algo que debemos ocultar ni avergonzarse, no existe mejor forma de expresar y reconfortar a la familia lo mucho que sentimos la perdida de su ser querido²⁸

²⁸ PANGRAZZI Arnaldo “La Perdida de un ser Querido”

CAPITULO V

VIH-SIDA DERECHOS Y OBLIGACIONES

5.1 Derechos del paciente con VIH-SIDA

- 1.-La ley protege a todos los individuos por igual, en consecuencia nadie debe sufrir discriminación de ningún tipo.
- 2.-Ningún individuo está obligado a someterse a la prueba de detección de anticuerpos del VIH ni a declarar que vive o que ha desarrollado el SIDA.
- 3.-En ningún caso debe ser objeto de detección forzosa, aislamiento, segregación social o familiar una persona por vivir con VIH o haber desarrollado el SIDA.
- 4.-No podrá restringirse el libre tránsito dentro del territorio nacional a las personas infectadas por VIH.
- 5.- Quien desee contraer matrimonio no podrá ser obligado a someterse a ninguna de las pruebas de detección de anticuerpos del VIH.
- 6.-Vivir con VIH o SIDA no es impedimento para el ejercicio de la sexualidad, siempre y cuando se tomen las precauciones necesarias.
- 7.-Cuando un individuo solicite empleo, no podrá ser obligado a someterse a ninguna de las pruebas de detección del VIH.
- 8.- Los infectados o enfermos tienen todo el derecho de superarse mediante la educación formal o informal que se imparta en instituciones educativas públicas o privadas.
- 9.-Se respetará el derecho a asociarse libremente con otras personas o afiliarse a instituciones que tengan como finalidad la protección del VIH y las formas de prevención.
- 10.-Se respetará el derecho a buscar, recibir y difundir información precisa y documentada sobre los medios de propagación del VIH y las formas de prevención.

11.-Quién viva con el VIH o halla desarrollado el SIDA tiene derecho a recibir información sobre el padecimiento, sus consecuencias y los tratamientos a los que pueda someterse.

12.-Quién viva con VIH o halla desarrollado el SIDA , tiene derecho a los servicios de asistencia médica y social que tengan como objetivo mejorar su calidad y tiempo de vida.

13.-Quién viva con VIH o halla desarrollado el SIDA, tiene derecho a una atención médica digna , y su historial médico deberá manejarse en forma confidencial.

14.-Quién viva con VIH o halla desarrollado el SIDA , tiene derecho a una muerte y servicios funerarios dignos.²⁹

- *5.2 Obligaciones del Personal de Salud en la Atención al Paciente con VIH- SIDA*³⁰

1.-Prestar atención medica decorosa y oportuna :Es decir Atención de calidad, trato digno por todos los empleados de la Salud

2.-Notificación de los casos a la autoridad sanitaria correspondiente. Contendida en la Ley General de Salud artículos 136, 137 y 138.

3.-Respetar la confidencialidad del paciente.

4.-Informar al paciente sobre su infección, mecanismos de transmisión, tratamiento .

5.-Educar y Dar Orientación.

6.-Apoyo Psicológico.

7.- Evitar conductas de señalamiento o discriminatorias contra cualquier paciente confirmado o posiblemente confirmado.

8.- Acatar las normas para evitar accidentes de Trabajo.³¹

²⁹ Comisión Nacional de Derechos Humanos “La discriminación ante el SIDA” México 1998

³⁰ Ley General Sobre el VIH-SIDA

³¹ ELOY Aguilar Margarita “Guía para enfermeras en la Atención del paciente con VIH- SIDA. CONASIDA 1998

- *HIPÓTESIS*

H1 El Conocimiento Teórico que tiene la Enfermera sobre el VIH- SIDA en el Servicio de Medicina interna en un Hospital de tercer nivel es suficiente.

Hipótesis Nula

H0 El Conocimiento Teórico que tiene la Enfermera sobre el VIH- SIDA en el Servicio de Medicina Interna en un Hospital de tercer nivel es insuficiente.

- *CONCEPTUALIZACION*

CONCEPTUALIZACION

Conocimiento de la Enfermera sobre el VIH-SIDA

- *Conceptualización Teórica*

Idea o noción que tiene la enfermera de todo lo relacionado con el VIH-SIDA

- *Conceptualización Operativa*

Es la información que tiene la Enfermera acerca del concepto, Etiología, Factores de riesgo, Fisiopatología, Diagnóstico, Fases de la Enfermedad, Tratamiento y Prevención del VIH- SIDA.

MATERIAL Y METODO

➤ POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

Personal de enfermería del Hospital Juárez de México que atiende a pacientes con VIH-SIDA en el tercer piso de medicina interna .

➤ UNIVERSO DE ESTUDIO

Enfermeras que laboran en el Hospital Juárez de México.

➤ MUESTRA DE ESTUDIO

Muestra a conveniencia de 34 enfermeras que laboraron y tuvieron contacto directo con pacientes con VIH-SIDA , en el 3er.piso de Medicina Interna , turno Matutino, Vespertino y Nocturno velada A y B, en el periodo comprendido mayo a junio del 2004

➤ CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Personal de enfermería que tienen contacto directo con pacientes con VIH-SIDA (Licenciadas en enfermería, enfermeras generales, auxiliares)
- Personal de Enfermería que da atención a pacientes con diagnostico de VIH-SIDA en el servicio de medicina interna .

➤ CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Jefe de servicio
- Personal que tiene suplencia en el servicio de medicina interna norte

➤ CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Personal que el día de la aplicación del instrumento metodológico no se presente a laborar en el Hospital por vacaciones, día económico, incapacidad etc.
- Aquellas enfermeras que no deseen colaborar con la investigación.

TIPO DE ESTUDIO

- Transversal. Porque las variables Se medirán en una sola ocasión a través de un cuestionario.
- Prospectivo. Por que la recolección de la información fue posterior a la planeación de la investigación.
- Descriptivo. Por que solo se describió el comportamiento de las variables y no se compararon con otra población
- Observacional. Porque las variables no se modificaron con ninguno de los factores que intervienen en el proceso.

PROCEDIMEINTO

1°. Etapa Diseño del instrumento

Para realizar esta etapa se tomo en cuenta la búsqueda de información, se estructura un cuestionario titulado “ conocimiento Teórico que tiene la enfermera sobre el VIH-SIDA” (ANEXO N° 2) contemplando los aspectos de Definiciones, factores de riesgo , fases , diagnostico , formas de prevención de la enfermedad del VIH- SIDA

.El diseño del instrumento consto de 45 reactivos relacionados con el conocimiento sobre VIH-SIDA, comprendiendo varias etapas en las cuales, la primera parte son datos generales como: turno, antigüedad laboral, grado de estudio, una segunda parte que comprende 10 reactivos parta contestar de forma libre lo que se pide, posteriormente una tercera parte que comprenden 15 reactivos para relacionar columnas , 10 reactivos para subrayar la respuesta correcta y por ultimo 10 reactivos con una serie de palabras para complementar frases correctas posteriormente se realiza la segunda parte de la investigación.

2° Etapa Prueba Piloto

Se busca la población en estudio que consta de 30 enfermeras para la ayuda de la aplicación de la prueba piloto

Se solicito el permiso para la aplicación del instrumento a la Jefe de Servicio, posteriormente se realiza la aplicación de 30 Cuestionarios de prueba a piloto en los servicios de Ginecología turno Matutino y Vespertino, Urgencias Pediatría turno Matutino La aplicación del instrumento de medición lo llevo a cabo en 13 días, posteriormente se lleva acabo una Confiabilidad del cuestionario utilizando un paquete estadístico SPSS dando como alpha conbach's 57.07 donde se decide hacer observaciones al instrumento ya que la primera parte donde el personal debe contestar de manera libre lo que se indica existe una baja confiabilidad por no unificar una sola respuesta y se rediseña el nuevo cuestionario, cambiando esta parte por falso y verdadero (ANEXO N^a 3).

3°. Etapa Aplicación del Cuestionario

Posterior al Rediseño del instrumento se realizo una Solicitud para la aplicación del instrumento de investigación a la Jefe de Servicio de Medicina Interna, la Aplicación se llevó a cabo en el mes de Julio del 2004 y se aplicaron 34 instrumentos al personal de enfermería, para llevar a cabo la aplicación primero se explica a la enfermera el objetivo de la investigación y posteriormente solicitarle que conteste el instrumento de manera breve dando un tiempo estimado de 30 minutos solo se le proporciona ayuda si existe una duda de ortografía o redacción.

4°. Etapa análisis estadísticos de datos

Posterior a la aplicación se codificó el instrumento de la siguiente manera : se dan palabras claves a cada una de las preguntas se les codifica en una paquete estadístico llamado SPSS donde se captura la información en una computadora personalizada a través de tablas y frecuencias. Se eligieron las variables mas representativas que expresamente reflejan el conocimiento Teórico de la enfermera sobre VIH-SIDA

Resultados

Para llevar a cabo esta investigación se diseñó un instrumento de tipo cuestionario con 45 ítems, se aplicaron 34 cuestionarios, al personal de enfermería que otorga atención directa a paciente de VIH-SIDA, de los turnos matutino, vespertino y nocturno, obteniendo los siguientes resultados:

CUADRO N° 1

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMERA SOBRE LA DEFINICIÓN DE VIH

TOTAL DE ENFERMERAS	RESPUESTAS CORRECTAS	RESPUESTAS INCORRECTAS	PORCENTAJE
34	73.5%	26.3%	100%

Fuente: cuestionario sobre “conocimiento Teórico que tiene la enfermera sobre el VIH-SIDA

En la tabla de frecuencia N° 1 se puede observar que la enfermera tiene conocimiento de la definición de VIH en un 73.5% mientras que el 26.3% no conoce la definición correcta.

CUADRO N° 2

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMERA SOBRE LA DEFINICIÓN DE SIDA

TOTAL DE ENFERMERAS	RESPUESTAS CORRECTAS	RESPUESTAS INCORRECTAS	PORCENTAJE
34	79.4%	20.6%	100%

Fuente: cuestionario sobre “conocimiento Teórico que tiene la enfermera sobre el VIH-SIDA

En la tabla de frecuencia N° 2 se puede observar que la enfermera tiene conocimiento de la definición de SIDA en un 79.4 %, mientras que el 20.6 % no lo conoce la definición correcta.

CUADRO N° 3

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMERA DE SOBRE EL DIAGNOSTICO DEL VIH

TOTAL DE ENFERMERAS	RESPUESTAS CORRECTAS	RESPUESTAS INCORRECTAS	PORCENTAJE
34	73.5%	26.5%	100%

Fuente: cuestionario sobre " conocimiento Teórico que tiene la enfermera sobre el VIH-SIDA

En la tabla de frecuencia N°3 se puede observar que de 34 enfermeras encuestadas el 73.5% tiene conocimiento de como se lleva a cabo el diagnostico en laboratorio del VIH mientras que el 26.5% desconoce como se lleva a cabo

CUADRO N°4

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMERA SOBRE EL DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD DEL SIDA

TOTAL DE ENFERMERAS	RESPUESTAS CORRECTAS	RESPUESTAS INCORRECTAS	TOTAL
34	55.9%	44.1%	100%

Fuente: cuestionario sobre " conocimiento Teórico que tiene la enfermera sobre el VIH-SIDA

En la tabla de frecuencia N°4 se puede observar que el personal de enfermería tiene conocimiento sobre el diagnostico de la enfermedad del SIDA en un 55.9 %, mientras que el 44.1% no conoce el procedimiento a seguir.

CUADRO N° 5

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMERA SOBRE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE SE PRESENTAN EN LA ENFERMEDAD DEL VIH- SIDA

TOTAL DE ENFERMERAS	RESPUESTAS CORRECTAS	RESPUESTAS INCORRECTAS	TOTAL
34	55.9%	44.1%	100%

Fuente: cuestionario sobre “ conocimiento Teórico que tiene la enfermera sobre el VIH-SIDA

En la tabla de frecuencia N° 5 podemos observar que el personal de enfermería, tiene conocimiento sobre el los signos y síntomas que se presentan en las diferentes etapas del proceso de la enfermedad del VIH- SIDA 55. 9%,mientras, que en un 44.1% no los conoce, llama la atención que es mínimo el porcentaje después del 50% .

CUADRO N° 6

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMERA SOBRE LAS FASES DE LA ENFERMEDAD DEL VIH-SIDA

TOTAL DE ENFERMERAS	RESPUESTAS CORRECTAS	RESPUESTAS INCORRECTAS	TOTAL
34	52.9%	47.1%	100%

Fuente: cuestionario sobre “ conocimiento Teórico que tiene la enfermera sobre el VIH-SIDA

En la tabla de frecuencia N°6 se puede observar que el personal de enfermería tiene conocimiento sobre las fases de la enfermedad del VIH- SIDA en un 52.9%, mientras que en un 47.1% no conoce las fases de la enfermedad, llama la atención que es el 50% de la población

CUADRO N°7

CONOCIMIENTO LA ENFERMERA CONOCE EL TRATAMIENTO MEDICO DEL PACIENTE CON VIH- SIDA

TOTAL DE ENFERMERAS	RESPUESTA CORRECTAS	RESPUESTAS INCORRECTAS	TOTAL
34	64.7%	35.3%	100%

Fuente: cuestionario sobre “ conocimiento Teórico que tiene la enfermera sobre el VIH-SIDA

En la tabla de frecuencia N°7 se puede observar que el personal de enfermería tiene conocimiento sobre el tratamiento medico adecuado para el paciente con enfermedad de VIH.- SIDA en un 64.7%, mientras que el 35.3% no conoce el tratamiento.

CUADRO N°8

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMERA SOBE LOS FACTORES DE RIESGO DE LA ENFERMEDAD DEL VIH- SIDA

TOTAL DE ENFERMERAS	RESPUESTA CORRECTAS	REPUESTA INCORRECTAS	TOTAL
34	80%	20%	100%

Fuente: cuestionario sobre “ conocimiento Teórico que tiene la enfermera sobre el VIH-SIDA

En la tabla de frecuencia N°8 se puede observar que el personal de enfermería tiene conocimiento sobre los factores de riesgo de la enfermedad del VIH- SIDA en un 80 %, mientras que el 20% desconoce los factores de riesgo de la enfermedad.

CUADRO N°9

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMERA SOBRE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DEL VIH- SIDA

TOTAL DE ENFERMERAS	RESPUESTAS CORRECTAS	RESPUIESTAS INCORRECTAS	TOTAL
34	94.1%	5.9%	100%

Fuente: cuestionario sobre “conocimiento Teórico que tiene la enfermera sobre el VIH-SIDA

En la tabla de frecuencia N°9 se puede observar que el personal de enfermería tiene conocimiento sobre las medidas de prevención en un 94.1% las medidas de prevención de la enfermedad VIH-SIDA, mientras que el 5.9% no conoce todas las medidas de prevención de la enfermedad.

CONCLUSIONES

A través de esta investigación se concluye que la enfermedad del VIH-SIDA aumenta a pasos agigantados y esto es gracias a la falta de difusión de los medios de comunicación sobre las formas de contagio, medidas preventivas y centros de apoyo a pacientes con esta enfermedad. En tanto al personal de enfermería se concluye que el personal posee los conocimientos sobre la teoría de la enfermedad pero desconoce lo relacionado con cuidados específicos, tratamiento y derechos de estos pacientes.

Conviene insistir que el SIDA es un problema de salud pública y no un problema moral, ya que muchos lo ven desde varias expectativas.

El conocimiento de la enfermedad y el contacto con los que tienen VIH o tienen SIDA con sus familiares, amigos y conocidos genera reacciones en forma creciente el difícil control del contagio y la imposibilidad inmediata de extinguirlo, el miedo la incertidumbre y la ansiedad han puesto en marcha viejos mecanismos irracionales, por medio de los cuales se canaliza la inseguridad social hacia la búsqueda de culpables involucrando a más instituciones y personal al problema.

Aun cuando en los últimos años se han escrito varios trabajos que indican el bajo riesgo de transmisión del SIDA al personal de salud, muestran su temor de contraer la enfermedad a través de los cuidados que proporcionan a los pacientes con SIDA, estos temores son identificados relacionados con la falta de conocimientos respecto a la fisiopatología, mecanismos de transmisión y medidas preventivas y no obstante la carga de trabajo por encontrarse en un área de medicina interna.

El conocimiento de la enfermera sobre el VIH-SIDA ha mejorado sin embargo la actitud y temor hacia este no se ha modificado de acuerdo al nivel de los conocimientos adquiridos después de programas de educación continua

Sin embargo no se debe de olvidar que la práctica de la enfermera no es siempre segura.

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones no solo van dirigidas al personal de enfermería sino a todo aquel personal responsable de la atención de calidad que se les debe de brindar a este tipo de pacientes, como equipo multidisciplinario se esta obligado a conocer información veraz y certera de la infección por VIH-SIDA.

Posteriormente Identificar el factor epidemiológico de cada país para detectar a las poblaciones de mayor riesgo, así como Identificar grupos y organizaciones que trabajen con esta población para Promover y fortalecer a tales organizaciones para que lleven a cabo intervenciones específicas de prevención y atención respetando sexo y cultura.

La actualización no es solo el curso que se ha tomado es poner, en práctica aquellas actividades que se aprendieron durante este y explicar los procedimientos adquiridos, intercambiar a través de lluvia de ideas sobre información bibliográfica consultada. Se puede observar a través del trabajo realizado que el personal de enfermería conoce en general sobre la teoría de la enfermedad del VIH-SIDA gracias a la demanda de pacientes la enfermera se ve obligada a la actualización constante de la enfermedad.

*No tengas temor de ese sitio a donde iras
Debes imaginar que emprenderás un largo viaje en el cual solamente
tu lo puedes emprender
Y al final de él, llegarás a un lugar donde estará Jesús esperándote,
así como tus seres queridos que te han precedido
Quiero decirte que no te vayas sintiéndote culpable y enojado por tu
enfermedad, ni pienses que ha sido un castigo de Dios.
Pues debes saber que él no castiga solo te pone pruebas para valorar
tu fe y fortaleza.
Comprende que solo es un cambio de presencia, y tu permanecerás en
la mente de las personas que te aman.
Sé que me estas escuchando por eso te pido lo siguiente:*

*Aunque no hables, quiero que le pidas perdón a todas aquellas
personas con las que tuviste algún problema , a las que les hallas
causado daño.
Ahora te pediré para que te vayas tranquilo "Que te perdones a tí
mismo " por ser diferente a los demás
No temas Dios te ha perdonado por que el es amor y bondad
No temas por tu familia ella estará bien sabiendo que tu estarás
cerca de Dios y que los cuidará desde donde te encuentres.*

Anexos

ANEXO N. 1

CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .

CONCEPTO:

- VIH Infección viral crónica que destruye gradualmente el sistema inmunológico, y es el agente causal de la enfermedad conocida como SIDA.
- SIDA Condición en el que el sistema inmunológico se describe como deteriorado, comprometido o disfuncional debido al desarrollo de infecciones oportunistas por un virus llamado VIH.

FACTORES DE RIESGO:

- VIH
 - 1) Sexual
 - a) Contacto Sexual con personas infectadas
 - b) Múltiples parejas Sexuales
 - 2) Sangre
 - a) Uso de Drogas por vía intravenosa
 - b) Compartimiento de agujas
 - c) Exposición con material infectado
 - d) Transfusión de sangre o plasmas contaminados
 - 3) Perinatal
 - a) Parto
 - b) Lactancia
 - 4) Exposición
 - a) Líquidos corporales
 - semen
 - secreciones vaginales
 - b) Salpicaduras de sangre
 - sangre
 - piel
 - mucosas

- SIDA

- 1) Sexual
 - a) Actividad Sexual
 - Coito anal
 - Coito oral-genital
 - b) Actividad bisexual
 - b) Actividad heterosexual
 - coito vaginal
- 2) Sangre
 - a) Transfusión con sangre infectada
 - b) Transfusión con derivados contaminados
 - c) Concentrados de factores VIII o IX
- 3) Perinatales
 - a) in utero
 - b) parto
 - c) postn- natal

FISIOPATOLOGIA:

- VIH

Es un retrovirus de Células T que ataca preferentemente al Sistema de Defensa del organismo. El retrovirus es un fragmento de RNA que invade a las células T4, el retrovirus usa el DNA de las células T4 para reproducirse así mismo y de ese modo contribuye con el tiempo a la destrucción del sistema inmunitario en especial a los llamados Linfocitos T4.

Como los demás virus, el V.I.H. no puede sobrevivir de modo independiente, sólo puede vivir en el interior de las células. Este virus tiene de particular el que prefiere atacar a los linfocitos T4, que son los encargados de nuestras defensas. Por eso es temible, porque invade el mismo centro de mando del sistema inmunitario, paralizando las defensas incluso antes de que éstas se organicen para combatirlo. Una vez que el virus entra en la circulación sanguínea se introduce en el sistema inmunitario. La infección que provoca el virus es de desarrollo lento, pueden pasar años, tiempo en el cual se mantiene una dura lucha. Durante este período no hay síntomas que nos indiquen la presencia del virus en el organismo, pero sin embargo, la persona ya es portadora del virus o seropositiva, y por ello es capaz de transmitirlo. Con el tiempo, al haberse debilitado el sistema inmunológico, la persona infectada empieza a sufrir una serie de trastornos y enfermedades conocidas en su conjunto como SIDA.

- SIDA

Se considera como la fase grave de la infección por VIH, donde el sistema inmunitario está muy debilitado dejándolo expuesto a la agresión de numerosas infecciones graves producidas por microorganismos oportunistas o asociados con cáncer.

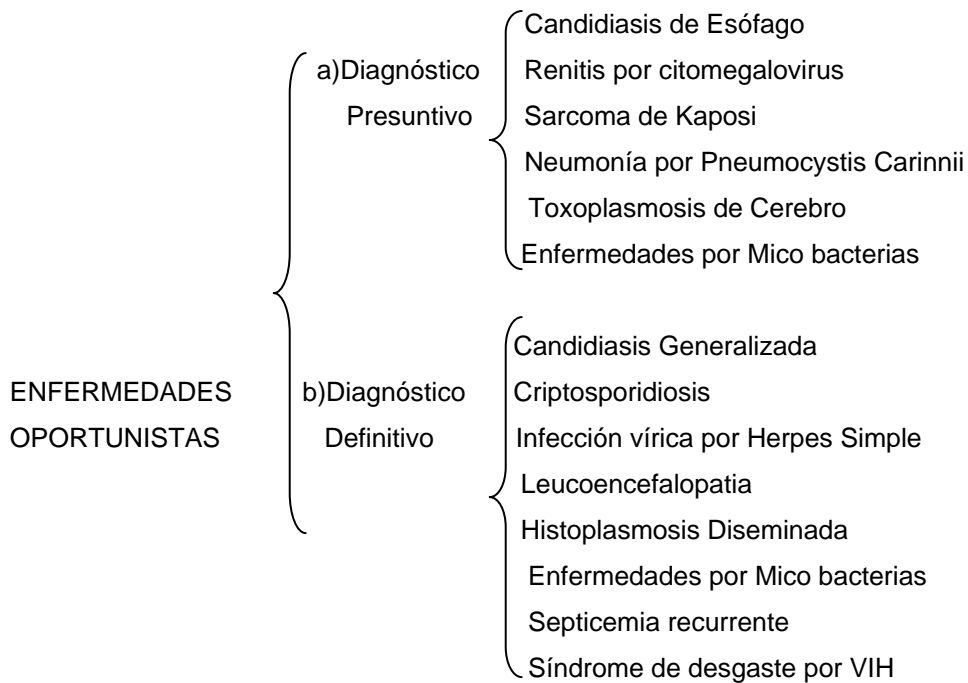
El SIDA es la consecuencia a largo plazo del trabajo silencioso de destrucción de las defensas que durante años ha realizado el VIH.

DIAGNOSTICO:

- VIH
 - 1) Hematología
 - a) Leucopenia
 - b) Elevación de la Sedimentación Globular
 - 2) Serología
 - a) Seroconversión de Anticuerpos Anti-VIH (Elisa)
 - b) Confirmatorio por inmunotransferencia (Western-blot)
 - 3) Cultivo Viral
 - a) Aislamiento del VIH en sangre

▪ SIDA

- 1) Serología
 - a) VIH (+)



- 3) Carga Viral

- 4) Detección de la Proteína antígeno P24

FASES DE LA ENFERMEDAD:

▪ VIH

- a)Exposición o Infección
- b)Periodo de incubación
- c)Síndrome retroviral Agudo
- d)Seroconversión
- e)Periodo de ventana:

- Etapa Asintomática
 - a) Cultivo Viral positivo
 - b) Disminución de células T
 - c) Tratamiento encaminado a evitar infecciones
 - d) Detección de Antígeno P24

- Etapa Sintomática
 - a) Reducción gradual de células T
 - b) Adenopatías
 - c)Defectos inmunológicos en Piel y mucosas
 - d)Infecciones Fúngicas o virales
 - e)Plaquetas bajas
 - f)Carga Viral alta
 - g)Trastornos Neurológicos

- Etapa Avanzada
 - a)Aumento de la replicación del VIH
 - b)Disminución de células T
 - c) Alteración del Estado General del Paciente
 - d)No responde al Tratamiento médico
 - e)Infecciones Oportunistas
 - f)Alteraciones Neurológicas

• SIDA

- a)Infección Primaria
- b)Periodo Asintomático
- c)Periodo Sintomático
- d)Enfermedad Avanzada

CUADRO CLINICO:

1) SIGNOS

- VIH

- a)Encefalopatías
- b)Infecciones Oportunistas
- c)Cánceres
- d)Linfadenopatias

- SIDA

- a)Atrofia muscular
- b)Demencia
- c)Disminución de la Función intelectual
- d)Edema General
- e)Artralgia
- f)Letárgica
- g)Inquietud
- h)Estrés
- i)Dolor somático o Visceral

2)SINTOMAS

- VIH

1)Etapa asintomatica

2)Etapa Sintomática

- a)Inflamación de las glándulas Linfáticas
- b)Desórdenes de la piel
- c)Meningitis Séptica
- d)Esofagitis
- e)Diarrea aguda
- f)Desequilibrio hidroelectrolitico
- g)Tos crónica

▪ SIDA

- | | | | |
|---|---|---|--|
| 1)Generales | <ul style="list-style-type: none"> a)Disminución Ponderal b)Fiebre c)Fatiga d)Escalofríos e)Desequilibrio hidroelectrolítico f)Desnutrición Severa | | |
| 2)Visual | <ul style="list-style-type: none"> a)Desprendimiento de la retina b)Miopatía c)Diplopía d)Manchas negras en la visión | | |
| 3)Boca | <ul style="list-style-type: none"> a)Candidiasis b)Ulceras Orales c)Disfagia d)Adinofagia e)Placas esofágicas causadas por Cándida f)Herpes Simple | | |
| 4)Cardio-Pulmonar | <ul style="list-style-type: none"> a) Tos b)Hipoxia c)Estertores d)Sibilancias e)Taquipnea f)Tuberculosis g)Neumonía con insuficiencia respiratorio | | |
| 5)Gastrointestinales | <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> a) Hipersensibilidad abdominal b)Diarrea crónica c)Hemorragia gastrointestinal d)Ascitis </td> <td style="vertical-align: middle; padding-left: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> dolor náuseas vómito </td> </tr> </table> | <ul style="list-style-type: none"> a) Hipersensibilidad abdominal b)Diarrea crónica c)Hemorragia gastrointestinal d)Ascitis | <ul style="list-style-type: none"> dolor náuseas vómito |
| <ul style="list-style-type: none"> a) Hipersensibilidad abdominal b)Diarrea crónica c)Hemorragia gastrointestinal d)Ascitis | <ul style="list-style-type: none"> dolor náuseas vómito | | |
| 6)Lesiones en la piel | <ul style="list-style-type: none"> a)Ictericia b)Ulceras por Decúbito c)Dermatitis | | |
| 7)Neurológico | <ul style="list-style-type: none"> a)Cefalea b)Caquexia c)Convulsiones d)Parálisis Facial | | |

- 8)Urológico
- a)Falla Renal
 - b)Disuria
 - c)Incontinencia
 - d)Disfunción Sexual
 - e)Prostatitis
 - f)Hematuria
 - g)Oliguria

- 9)Infecciones Oportunistas
- a)Pulmonares
 - b)Cáncer

TRATAMIENTO:

1)MÉDICO

- VIH

1)Análogos de Nucleósidos

- A)Inhibidores de Transaminasa Inversa
- a)Zidovudina
 - b)Convivir
 - c)Estavudina
 - d)Didanosina
 - e)Zalcitabina
 - f)Lamivudina
 - g)Abacavir

- 2)No análogos de Nucleósidos
- a)Nevirapina
 - b)Efavirenz
 - c)Delavirdina

- b)Inhibidores de la Proteasa
- a)Ritonavir
 - b)Indinavir
 - c>Saquinavir
 - d>Nelfinavir
 - e>Amprenavir

II.-Lea cuidadosamente , y relacione ambas columnas.

- | | |
|--|---------------------------------|
| 1)Etapa Temprana de la infección del SIDA. | () Asintomática. |
| 2)Signos para diagnóstico de SIDA. | () Concentrados de factor VIII |
| 3)Factor de riesgo Sexual para VIH. | () SIDA. |
| 4)El VIH no es hereditario, ni provocado entonces es. | () Múltiples parejas Sexuales. |
| 5)Medicamentos utilizados como Ansiolíticos. | () Uso de drogas Intravenosas |
| 6)Dato de Laboratorio para Diagnóstico de VIH. | () Fiebre,Candidiasis,Cefalea. |
| 7)Síntomas para Diagnóstico de SIDA. | () Aument de Sedim. Globular |
| 8)Medicamentos utilizados para aumento de Peso.
Letárgica, edema cerebral. | () Demencia, Dolor somático, |
| 9)Factor de riesgo Perinatal para VIH. | () Tioridazina, Haldol. |
| 10)Consecuencia a largo plazo del trabajo silencioso
que durante años ha realizado el VIH | () Detec. Prot. Antíg P24 |
| 11)Factor de riesgo Sexual para SIDA | () VIH |
| 12)El VIH se considera como una enfermedad | () Lactancia materna |
| 13)Dato de Laboratorio para diagnóstico de SIDA
crecimiento recombinante | () Testosterona, Hormona de |
| 14)Factor de riesgo por sangre para VIH
vaginal | () Actividad sexual por coito |
| 15)Factor de riesgo por sangre para SIDA | () Adquirida |

III.- Lea Usted cuidadosamente y elija la respuesta correcta.

- 1)Se considera Etiología para SIDA.
 - a) Actividad sexual entre homosexuales
 - b) Enfermedades oportunistas
 - c) VIH
- 2)En la etapa o fase avanzada de la infección por VIH las células T se encuentran.
 - a) Disminuidas
 - b) Aumentadas
 - c) Concentradas
- 3)Factor de riesgo Perinatal para VIH.
 - a)Lactancia Materna
 - b)Contacto afectivo entre madre e hijo
 - c)Fase activa del trabajo de parto
- 4)También se le conoce con el nombre de: a la prueba Western- Blot.
 - a)Prueba confirmatoria
 - b)Prueba de inmunoelectrotransferencia
 - c)Prueba positiva de VIH
- 5)Al recibir una transfusión de sangre sin previa revisión se considera un factor de riesgo por.
 - a)Exposición
 - b)Sangre
 - c)Perinatal
- 6)Tiempo que ocurre desde que la persona se infecta hasta que se producen anticuerpos.
 - a)Periodo de ventana
 - b)Etapa asintomática
 - c)Periodo de incubación
- 7)Para Diagnóstico de SIDA se realiza una prueba llamada Cultivo viral que consiste en.
 - a)Aislamiento de VIH en sangre
 - b)Cultivo de células CD4
 - c)Cultivo de sangre

8) Fases del VIH.

- a) Asintomática, Sintomática, Final
- b) I, II, III
- c) Inicial, Intermedia, Final

9) Se llama infección o exposición cuando el virus entra al.

- a) Organismo
- b) Sistema de Defensa
- c) Flujo Sanguíneo

10) Para diagnosticar VIH se realiza una Biometría Hemática, donde se ve el recuento de.

- a) Leucocitos
- b) Células CD4
- c) Células T

IV.- Lea con mucha atención, y complete lo que se le pide.

Uso correcto del condón	CD4	SIDA	Elevación	Sucralfacto
Silencio Clínico	Cisaprida	Multiplicación	Signos	
Definitivo	Síntomas	Infecciones oportunistas		
VIH	Presuntivo	Cáncer	Abstinencia Sexual	

1) En el VIH hay una destrucción de células _____ que atacan al Sistema de Defensa.

2) Medidas de Prevención para VIH _____ y _____.

3) El _____ es una fase grave de una infección por _____.

4) En la Etapa Sintomática del VIH existe una _____ gradual de células T y una _____ en la carga viral.

5) Se diagnostica VIH positivo cuando las células se _____ y hay una aparición de _____ y _____.

6) Candidiasis, Sarcoma de Kapósi, Neumonía, Enfermedades por Mycobacterias son enfermedades para hacer un diagnóstico _____ de SIDA.

7) En el cuadro Clínico del VIH es muy común la aparición de _____ y _____.

8) Son utilizados como medicamentos Antiácidos _____ y _____.

9) Infecciones por Hérpes simple, Leucoencefalopatías, Síndrome de desgaste por VIH, Criptosporidiosis con Diarrea son enfermedades para hacer un diagnóstico _____ de SIDA.

10) Periodo Asintomático, donde no hay síntomas de la enfermedad, pero el virus continúa duplicándose _____.

ANEXO N. 3

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
COORDINACION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
“CUESTIONARIO”
CONOCIMIENTO TEORICO QUE TIENE LA ENFERMERA SOBRE EL VIH-
SIDA

Turno: Antigüedad Laboral: Grado de Estudios:

Folio:

I.-Lea con mucha atención y escriba una V si la respuesta es verdadera y una F si la respuesta es Falsa.

- 1.-Se define al VIH a la infección viral crónica que destruye gradualmente el Sistema Inmunológico y es el agente causal de la enfermedad conocida como SIDA. ()
- 2.-Se define como SIDA, consecuencia del trabajo silencioso que durante años realizó el VIH. ()
- 3.-Metoclopramida, Haldol, AZT son Utilizados como medicamentos para el tratamiento del VIH-SIDA. ()
- 4.-Las siglas VIH significan: Virus Inmunodeficiencia Humana ()
- 5.-Se entiende por Síndrome: Al conjunto de manifestaciones que caracterizan una enfermedad ()
- 6.-Las fases de la infección por VIH son: Etapa Asintomatica o Fase Inicial, Etapa Asintomatica o Fase Crónica Etapa Avanzada o Fase Final. ()
- 7.-Un factor de riesgo es estar expuesto a agentes para padecer un daño. ()
- 8.-Las siglas SIDA significan: Síndrome, Inmunológico, Deficiente, Actual. ()
- 9.-Llamamos Seroconversión al proceso que con lleva al desarrollar anticuerpos contra el VIH. ()

II.-Lea con mucha atención, y relacione ambas columnas.

- | | |
|---|--|
| 1)Etapa Temprana de la infección del SIDA. | () Asintomatica |
| 2)Signos para hacer un diagnóstico de SIDA | () Concentrados de Factor VIII |
| 3)Se considera Factor de riesgo Sexual para VIH. | () SIDA. |
| 4)El VIH no es hereditario, ni provocado es: | () Múltiples parejas Sexuales |
| 5)Dato de Laboratorio para Diagnosticar VIH. | () Uso de drogas Intravenosas |
| 6)Síntomas para hacer un Diagnóstico Positivo SIDA. | () Candidiasis , Infecciones
Opotunistas , Caquexia. |

- 7) Son medicamentos utilizados para el aumento de Peso. () Testosterona, Oxondrolona
- 8) Se considera Factor de riesgo Postnatal para VIH. () Aumento de Sedimentación Globular
- 9) Es la Consecuencia a largo plazo del trabajo silencioso que durante años ha realizado el VIH. () Demencia, Dolor somático cerebral Letárgica, edema cerebral
- 10) Factor de riesgo Sexual para SIDA () Detección de la proteína antígeno P24
- 11) El VIH se considera como una enfermedad () VIH
- 12) Dato de Laboratorio para diagnosticar SIDA () Lactancia materna
- 13) Se considera como Factor de riesgo por sangre para VIH vaginal () Actividad sexual por coito vaginal
- 14) Se considera como Factor de riesgo por sangre para SIDA () Adquirida

III.- Lea Usted cuidadosamente y subraye la respuesta correcta.

- 1) Se considera Etiología para SIDA.
- a) actividad sexual entre homosexuales
 - b) Enfermedades oportunistas
 - c) VIH
- 2) En la etapa o fase avanzada de la infección por VIH las células T se encuentran.
- a) Disminuidas
 - b) Aumentadas
 - c) Concentradas
- 3) Factor de riesgo por Exposición para VIH.
- a) Actividad Sexual
 - b) Salpicaduras de sangre, secreciones vaginales, semen
 - c) Fase activa del trabajo de parto
- 4) A la prueba Western- Blot, también se le conoce con el nombre de
- a) Prueba Serológica
 - b) Prueba confirmatoria por inmunoelectrotransferencia
 - c) Prueba positiva de VIH
- 5) Al recibir una transfusión de sangre sin previa revisión se considera un factor de riesgo por.
- a) Exposición
 - b) Sangre
 - c) Perinatal

6)Tiempo que ocurre desde que la persona se infecta hasta que se producen anticuerpos.

- a)Periodo de ventana
- b)Etapa asintomatica
- c)Periodo de incubación

7)Para Diagnóstico de SIDA se realiza una prueba llamada Cultivo viral que consiste en.

- a)Aislamiento de VIH en sangre
- b)Cultivo de células CD4
- c)Cultivo de sangre

8)Se llama infección o exposición cuándo el virus entra al.

- a)Organismo
- b)Sistema de Defensa
- c)Flujo Sanguíneo

IV.-Lea con mucha atención , y elija el numero que crea correcto para completar la oración.

1.-Uso correcto del condón	2.- CD4	3.-SIDA	4.- Elevación	5.-	
Sucralfacto					
6.-Silencio Clínico	7.-Cisaprida	8.-Multiplicación	9.-Signos	10.-Definitivo	11.-
Disminución					
12.-Síntomas	13.-Infecciones oportunistas	14.-VIH	15.-Presuntivo	16.-Cáncer	17.-
Abstinencia Sexual					

1)En el VIH hay una destrucción de células que _____ atacan al Sistema de Defensa.

2)Medidas de Prevención para VIH _____ y _____.

3)El _____ es una fase grave de una infección por _____.

4)En la Etapa Sintomatica del VIH existe una _____ gradual de células T y una _____ en la carga viral.

5)Se diagnostica VIH positivo cuándo las células _____ y hay una aparición de _____ y _____.

6) Candidiasis, Sarcoma de Kaposi, Neumonía, Enfer. por Mycobacterias son enfermedades para hacer un diagnóstico ____ de SIDA.

7) En el cuadro Clínico del VIH es muy común la aparición de _____ y _____.

8) Son utilizados como medicamentos Antiácidos _____ y _____.

9) Infecciones por Hérpes simple, Leucoencefalopatías, Síndrome de desgaste por VIH, Criptosporidiosis con Diarrea son enfermedades para hacer un diagnóstico _____ de SIDA.

10) Período asintomático, donde no hay síntomas de la enfermedad, pero el virus continúa duplicándose _____.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- CONASIDA 2004
- 2.-SERVICIO DE ESTADISTICA DEL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO 2001-2004
- 3.-ONUSIDA 2000- 2004
- 4.- J. Prieto Prieto "SIDA Crónica y Protagonistas"
- 5.- BARTA Raquel y Javier Marco "SIDA Historia de una nueva Enfermedad"
- 6.-GRMEK Miriko "Historia del SIDA" 1992
- 7.-MAGIS Hernández ,Carlos bravo y col. "Situación de SIDA en México a finales de 2000" México Diciembre 2000.
- 8.-MAGIS Hernández ,Carlos bravo y col. SIDA En México en el año 2000" 1ERA. Edición México Diciembre 2000.
- 9.-Dirección general de Epidemiología (DGE) "REGISTRO GENERAL DE CASOS DE VIH-SIDA 2000" SSA.
- 10.-Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEGI) "MORTALIDAD 2000-2004 EN PACIENTES CON VIH-SIDA"
- 11.-HARVEY Johns, OWENS Ross "TRATADO DE MEDICINA INTERNA" VOL. III 22º Edición Editorial Interamericana, México 1998 Pag.814-827.
- 12.- Bertha Sola Valdez "SIDA como reducir sus riesgos " 12 Mayo 2004 WWW. Tusalud. Com . mx/120005 htm.
- 13.-ALSPACH Joan "CUIDADOS INTENSIVOS EN EL ADULTO" 4ta. Edición Editorial Interamericana México 1993.
- 14.-TREVIÑO S. C. "Fisiopatología de la infección del VIH"
- 15.-BRUMER Shoitis Lillian "Manual de la Enfermera" 4ta.Edición Editorial Interamericana México 1996 Tomo 4 pp1018-1023.
- 16.-Boletín Salud "Fisiopatología de la Infección del VIH-SIDA"
- 17.-ESCAMILLA García David "Avances en Diagnóstico y Tratamiento del VIH-SIDA"
- 18.-ZUBIRAN Salvador "Manual de Terapéutica Médica" Editorial Interamericana 2da.Edición México 2000 pp406-420.
- 19.-HARRISON "Principios de Medicina Interna" 2da Edición Edit. Iberoamericana México 1998 Vol. II pp. 810-817

- 20.-BENNETT "Tratado de Medicina Interna" 3era Edición Edit. Interamericana México 2002 Vol. III pp.2019-2023
- 21.-HARRISON "Principios de Medicina interna" Editorial Interamericana 4ta Edición México 1990 Tomo IV pp. 1023-1028
- 22.-RIVERO Serrano Octavio "Tratado de Medicina Interna" 5ta. Edición Editorial Interamericana México 1993 Vol. II pp.405-408
- 23.-BERGGREN Ruth "Infecciones oportunistas en personas con VIH-SIDA"
- 24.-RODRIGUEZ Carranza Rodolfo "Valdemecum académico de medicamentos" 3era Edición Editorial Interamericana México 1998.
- 25.-WALTER David "El tratamiento del VIH-SIDA puede salvar vidas" 19-03-04 WWW.Who/features 2004.
- 26.-ROMO García Javier "Manejo del Paciente con VIH-SIDA"
- 27.-Guía Para la Atención domiciliaria de Personas que viven con VIH-SIDA 2da Edición CONASIDA 1998
- 28.-KUBLER Ross Elizabeth "Sobre la muerte y los moribundos" Edit. Grijalbo. Barcelona 1993
- REYES Subiría Luis Alfonso "Acercamientos Tanatológicos al enfermo Terminal y a su Familia" Edit.Interamericana México 1996 pp. 155
- 29.-PANGRAZZI Arnaldo "La Perdida de un ser Querido"
- 30.-Comisión Nacional de Derechos Humanos "La discriminación ante el SIDA" México 1998
- 31.-Ley General Sobre el VIH-SIDA
- 32.-ELOY Aguilar Margarita "Guía para enfermeras en la Atención del paciente con VIH- SIDA. CONASIDA 1998