

23.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN UN PACIENTE CON SIDA

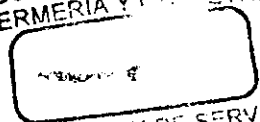
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA PRESENTA: MARIA DE LOURDES NERI MENDOZA



ASESOR ACADEMICO: LIC. MARTHA BEATRIZ MORALES RODRIGUEZ. U.N.A.M.

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

MEXICO, D. F.



JULIO 1998

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

266/42

COORDINACION DE SERVICIOS SOCIAL Y OPCIONES TERMINALES DE TITULACION



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

15

“ La vida es un proceso de construcción.

Las actividades que desarrollas hoy afectarán tu posición del mañana, de los esfuerzos que hagas hoy generan los resultados del mañana. Donde quiera que estés, es donde tienes que empezar.

La diferencia del mañana estriba en el esfuerzo de hoy.”

Canção popular

AGRADECIMIENTOS:

¡Agradezco infinitamente a la Luz Divina que guía mi vida!

A mi Madre

Por su ejemplo y apoyo incondicional durante las etapas de mi vida, por que me dio la vida y sobre todo porque luchó intensamente por sacarme adelante

¡Gracias!

LIC. Martha Beatriz Morales Rodríguez

Por su apoyo incondicional, entusiasmo y paciencia. Por su valiosa contribución en la elaboración de este documento.

A mi Tía Rosita

Por su dedicación, paciencia, cariño y ternura con que lleno los primeros años de mi vida

A Mi Hermana

Por su fraternidad, apoyo y comprensión de siempre y porque sin su valiosa ayuda para la captura de este documento hubiera sido más larga su conclusión

¡Gracias!

A Esther.

Con un profundo agradecimiento por su alegría, ternura, cariño, por su apoyo permanente y constante y sobre todo por ser tan importante en mi vida.

A Ricardo.

Porque llenaste mis espacios de ternura y cariño y por que eres alguien muy especial en mi vida.

A Luis Alberto.

Por tratar siempre de darme tu apoyo y sobre todo por los muchos momentos de paciencia, fortaleza y disposición para continuar por siempre juntos en esta vida.

¡Gracias Cariño!

A Laura y Diego.

A ustedes que son y serán por siempre mi mayor y más grande inspiración en la vida.

"mis hijos".

A Isaura.

para ti: por tu constante esfuerzo, por tu tenaz audacia para motivarme y enseñarme que en la vida se lucha por lo que se quiere y se sufre para lograrlo, por tu amistad y porque sin tu apoyo esto no sería una realidad.

¡Gracias!

A Nicolas Sarmiento Rosado +

Un amigo muy especial, único e incondicional que siempre vivirá en mi corazón

A Mis Amigas

Lic. María de Lourdes Torres Carrasco, Lic. Sor María Guadalupe Cedillo Martínez, Ma. Elena Olivares y a Sor Ligia Cámara por sus valiosas aportaciones para la elaboración de este documento

Y muy en especial a Alicia Castelar Hernández y al Ing. Marco Antonio Díaz Castelar por su afecto apoyo y cariño desinteresado con el que siempre he contado

A Carmelita y Joel encargados de la biblioteca de CONASIDA

Con una mención especial para Oscar y Miguel responsables del Centro de Referencia sobre Información Estadística en salud de la Dirección de Estadística, Informática y Evaluación de la SSA

A todas y cada una de las personas que contribuyeron para finalizar esta etapa de mi carrera

¡ GRACIAS !

INDICE

Pág.

INTRODUCCION	1
I. MARCO TEORICO	6
1.SIDA	6
1.1. Antecedentes Históricos	9
1.2. Situación Actual y Perspectivas en México	15
2. Sistema Inmunológico	15
2.1. Inmunidad Celular	16
2.1.1. Descripción y Origen	17
2.1.2. Características de los virus	18
2.2. Conceptos generales sobre el virus del SIDA	20
2.2.1. Estructura del virus del SIDA	22
2.2.2. Ciclo de vida del virus del SIDA	23
2.2.3. Anormalidades inmunológicas del SIDA	24
2.2.4. Mecanismos de defensa	27
2.3. Etiología del SIDA	27
2.4. Factores causales	28
2.4.1. Virus Hepatitis B	28
2.4.2. Citomegalovirus	29
2.4.3. Retrovirus	30
2.4.4. Virus Epstein Barr	31
2.4.5. Virus de Inmunodeficiencia Humana	33
2.5. Patrones de transmisión	33
2.5.1. Vía Sexual	36
2.5.2. Vía Sanguínea	37
2.5.3. Vía Perinatal	40
2.6. Grupos de Riesgo	41
2.6.1. Varones Homosexuales y Bisexuales	43
2.6.2. Toxicómanos que utilizan drogas intravenosa	43
2.6.3. Hemofílicos y otros receptores de productos hemáticos	43
2.6.4. Compañeros heterosexuales de pacientes con SIDA	44
2.7. Fases de la Infección por VIH y la Enfermedad de SIDA	46
2.7.1. Periodo de Ventana	47
2.7.2. Enfermedades Oportunistas, Signos y síntomas	48
2.7.3. Manifestaciones clínicas	49
2.8. Métodos de diagnóstico	49
2.8.1. Pruebas de laboratorio	49
2.8.2. Pruebas presuntivas o de tamizaje(ELISA)	49
2.8.3. Pruebas confirmatorias (WESTERN BLOT)	50

2.8.4. Pruebas especiales	51
2.9. Tratamiento y Atención	52
2.9.1. Médico (tratamiento específico)	52
2.9.2. Atención de enfermería en pacientes externos con SIDA	56
2.9.3. Precauciones Universales	60
2.9.4. Aspecto Psicológico de los pacientes con SIDA	66
2.9.5. Aspecto Social de las personas que viven con VIH/SIDA	72
2.9.6. Derechos Humanos de las personas que viven con VIH/SIDA	75
3. Historia Natural de la Infección por VIH / SIDA	84
II. Aplicación del P.A.E. en un caso clínico de SIDA	97
Historia clínica de Enfermería	
Diagnóstico de Enfermería	
Plan de Atención de Enfermería	
Evaluación	
CONCLUSIONES	131
BIBLIOGRAFIA	133
GLOSARIO DE TERMINOS	137
ANEXOS	146
• Plan de Atención de Enfermería (Esquema)	I
• Historia Natural de la Enfermedad (Esquema)	II
• Cuadros Estadísticos de Morbilidad del SIDA en México	III



INTRODUCCION

En la búsqueda constante del hombre por amar, ser amado y/o aceptado en muchas de las ocasiones encuentra que el amor no tiene sexo ni edad ni color y con el simple hecho de sentirse feliz y aceptado el individuo es capaz de involucrarse afectivamente y dar rienda suelta a sus sentimientos sin reparar ni un solo instante en el estado de salud de su pareja con la que convive actualmente, y mucho menos de la salud de los otros con los que su pareja cohabitaba anteriormente, no es sino hasta que se les presenta alguna alteración de salud es hasta entonces cuando se preguntan ¿que esta pasando? y es cuando ya existe la presencia de algún signo o sintoma de una enfermedad transmitida generalmente por contacto sexual. Los casos más preocupantes son los que se originaron al haber sufrido algún tipo de abuso sexual a edad temprana y que posteriormente halla ocasionado como preferencia sexual la homosexualidad.

El SIDA ha generado intensos conflictos sociales acerca del significado, la índole y los riesgos de la sexualidad; la naturaleza y el papel del Estado en la protección y el fomento de la salud pública; la importancia de los derechos individuales frente al bien común, y el carácter de la relación médico-paciente y enfermera-paciente además de la responsabilidad social. Esta enfermedad se acompaña de gran miedo al contagio, intensa preocupación de llegar ha infectase por otras vías, estigmatización de los enfermos y conflictos entre la salud pública y los derechos civiles.¹

El SIDA es un grave problema de salud pública, tanto por la rapidez de la diseminación del virus que lo causa, como porque hasta el momento actual es inevitablemente mortal, afecta de manera directa el sistema inmunológico deteriorando progresivamente e inexorablemente al sujeto y porque dentro de sus

¹ Boletín de la OPS Vol.104, No.3 pp.272-274

tres vías de transmisión, la más importante por el número de casos, es la del contacto sexual.

Así mismo requiere de medidas públicas de prevención, ya que no se prevé en lo inmediato, ni en el mediano plazo el descubrimiento de una droga efectiva o de una vacuna que pueda prevenirlo, ya que su combate requiere de cuantiosos recursos económicos.

Finalmente es un problema de salud prioritario, porque su ocurrencia en los individuos tiene serias repercusiones sociales de segregación, estigmatización que afectan la calidad de vida de los mismos, así como un deterioro físico, psíquico y económico tanto en el paciente como en sus familias.

El impacto del SIDA ha sido mayor entre los hombres de edad productiva incluso fue la tercera causa de muerte en 1992, desde que el padecimiento hizo su aparición en la década de los 80s y hasta el 1o de mayo de 1998 existía un total de caso acumulados de 35,375 de los cuales 29,868 son hombres 4,588 mujeres entre estos existen 916 niños (menores de 15 años), de acuerdo a las cifras reportadas por **CONASIDA**.²

Los equipos de investigadores de todo el mundo sostienen que antes del año 2000 el SIDA habrá sido controlado. Pero la desbordante extensión del mal ensombrece cualquier previsión optimista. Actualmente se sabe que el VIH sólo se transmite mediante relaciones sexuales en la que se produzcan intercambios de fluidos, jeringas y agujas compartidas, transmisión de sangre o sus derivados o por vía materno fetal o perinatal.

No es posible imaginar la catástrofe si tratándose de una enfermedad prácticamente nueva que evolucionó de forma silenciosa durante muchos años,

² Registro Nacional de casos de SIDA 1998 , SSA.

no hubiera contado con mecanismos de difusión tan claros y de fácil prevención. A pesar de lo mucho que se ha avanzado en el conocimiento de su detección y tratamiento la realidad es que el SIDA sigue presentando numerosas incógnitas y transmitiéndose vertiginosamente.

México preocupado por la salud de sus habitantes contemplo dentro del Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 objetivos específicos para reducir la morbilidad y la mortalidad del SIDA, a través de una difusión mayor de la información adecuada sobre la prevención, mecanismos de transmisión y reconocimiento temprano de síntomas, así mismo señala la importancia de mantener capacitado al personal médico, de enfermería y demás paramédicos con el propósito de realizar una detección temprana y tratamiento oportuno de los casos así como del seguimiento epidemiológico de los contactos.³

Por ello es tan importante que el personal de salud este suficientemente capacitado para poder ofrecer una atención de calidad y calidez a este tipo de paciente sin perder de vista que se puede ofrecer mucho para su prevención y así limitar la propagación de esta enfermedad.

Hoy en día es universalmente aceptado el concepto de que la atención temprana del enfermo infectado por el virus de Inmunodeficiencia humana (VIH) produce beneficios importantes al paciente y posiblemente altera en forma benéfica el curso natural de la enfermedad.

Es por ello una necesidad crítica el proveer de atención médica ambulatoria adecuada a un número cada vez mayor de individuos infectados por VIH. La atención al enfermo debe iniciarse desde el momento en que se diagnostica la infección de VIH.

³ Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000

Gran parte de las decisiones que se toman en cuanto al manejo del paciente infectado depende de la etapa en que se encuentre al momento de ser valorado, mismo que se determina mediante la historia clínica, el examen físico y de los exámenes de laboratorio, es importante conocer y determinar la etapa de la historia natural en que se encuentra el individuo para poderle otorgar una atención temprana, oportuna y bien planeada.

Para contribuir con esta compleja tarea se desarrolla el siguiente Proceso Atención de Enfermería, con el propósito fundamental de que el personal de enfermería disponga de un instrumento científico, que sirva para evaluar continuamente la calidad de la atención y que la mejore en este tipo de pacientes durante la etapa final de la infección por VIH, la enfermedad del SIDA y sea un apoyo técnico- científico, para mantener bien informada a este profesional del equipo de salud y le sirva de motivación así como de una herramienta elemental con el propósito de disminuir sus temores y actualizar sus conocimientos al tratar este tipo de pacientes y brindar apoyo a sus familiares, amigos y demás personal de salud .

METODOLOGIA:

La metodología utilizada para elaborar el Proceso Atención de Enfermería se organizo en dos etapas; una bibliográfica y otra de campo, la investigación fue de tipo bibliográfica, documental descriptiva con la que se estructuro el marco teórico y la etapa de campo se realizo con un paciente externo con diagnóstico médico de SIDA al cual se valorara integralmente a través de visitas domiciliarias, basándose en entrevistas, observación directa e indirecta para identificar y detectar los problemas y necesidades del paciente al momento de la valoración.

En la recolección de datos se tomo como instrumento la historia clínica de enfermería, en el diagnóstico de enfermería se jerarquizaron los problemas reales, el plan de atención fue de tipo analítico y prospectivo en el cual se integraron los problemas; la manifestación de los problemas; la fundamentación científica del

problema; las acciones de enfermería; la fundamentación científica de las acciones de enfermería y por último se realizó la evaluación para valorar los logros.

OBJETIVOS:

GENERAL :Elaborar un proceso de atención que sirva de desarrollo dentro del campo de la investigación de los problemas de salud.

ESPECIFICOS:

- Favorecer el conocimiento teórico -práctico para la atención óptima de enfermería en pacientes con SIDA.
- Brindar atención integral de calidad, con acciones de enfermería fundamentadas científicamente en sus aspectos Bio-Pico-Sociales y Espirituales del paciente
- Proporcionar un instrumento metodológico que sirva de herramienta en la atención de los pacientes con SIDA.

“ Conviviendo con el SIDA”, diseminamos un mensaje fundamental: Solo la solidaridad entre individuos comprometidos y bien informados nos permitirán ganar la batalla contra el SIDA. Es una lucha que tiene que librarse en todos los sectores de la sociedad ‘

⁴ Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana Vol. 110, No. 5 p.1



I. MARCO TEORICO

1. SIDA**1.1. Antecedentes Históricos**

EL Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) apareció como de la nada, al parecer se presentó, por primera vez en 1979 llamando la atención de la comunidad médica, su inició oficialmente data de junio de 1981. El primer informe de SIDA provino del Center for Disease Control en Atlanta Georgia E.U.A. (Un organismo de salud pública responsable de la investigación de epidemias e informes de enfermedades nuevas o raras) y describió los casos cuando se publicaron los primeros cinco casos de una enfermedad infecciosa poco común (neumonía con *Pneumocystis Carinii*) en hombres homosexuales previamente sanos, todos ellos habían iniciado su padecimiento a principios de 1980.

En 1982 se notificaron casos similares en drogadictos intravenosos, sugiriendo que ambos grupos padecían la misma enfermedad. El común denominador era que tenían afectado de manera importante el sistema inmunológico, en los dos años siguientes se notificaron otros afectados; hombres bisexuales y receptores de transfusiones sanguíneas, hemofílicos, parejas sexuales de los pacientes y algunos de sus hijos lo que hizo evidente tantos otros grupos afectados, así como otros mecanismos de transmisión. Finalmente en 1982 se acuñó con el término SIDA.⁵

Fue en 1983 cuando nos enteramos en México de la existencia de la nueva enfermedad. Los pocos casos que para ése tiempo habían aparecido, todos en personas cuyo contagio había ocurrido fuera del país, no podían anticipar las características de una epidemia de proporciones tan severas.

⁵ Daniel G. Víctor. SIDA 1993 pp: 1-12.

Para esas fechas poco era lo que se conocía de la enfermedad, por ejemplo, aún no se identificaba algún agente causal, a pesar de que ya se describía brotes de *Sarcoma de Kaposi* y neumonía por *Pneumocystis carinii* en hombres homosexuales y bisexuales con múltiples parejas. Otros estudios entre parejas de heterosexuales, en infantes, y casos comprobados en hemofílicos y receptores de múltiples transfusiones sanguíneas, dieron cuerpo a la hipótesis de transmisión sexual, sanguínea y perinatal del padecimiento. Estas formas de contagio documentadas a dos años de la descripción inicial de la enfermedad en los Estados Unidos en 1981, han sido los únicos mecanismos eficientes de transmisión del agente causal del SIDA que, hasta la fecha, se han comprobado que existen.

Fue también en 1983, cuando se efectuó la primera descripción del agente causal de este síndrome en una revista de prestigio internacional bajo el nombre de Virus Asociado a la Linfadenopatía (LAV); posteriormente fue documentado como Virus Linfotrópico Humano Tipo III de cédulas T(HLTV-III) y Virus Relacionado al SIDA (ARV). Finalmente, un comité de taxonómicos virólogos auspiciado por la OMS acordó aportar el nombre de Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Por cierto, en ese tiempo, adquirió notoriedad la controversia por adjudicar la primicia de la caracterización del VIH entre un laboratorio norteamericano (Instituto Nacional del Cáncer de los NIH) y un laboratorio francés (Instituto Pasteur).

En 1986, se describió otro tipo de este virus, con mínimas diferencias genéticas, que produce un cuadro clínico indiferenciable del SIDA producido por la variedad tipo 1. Sin embargo, se ha notado que la infección por el VIH-2 podría inhibir la infección por el VIH tipo 1, adicionalmente, se ha observado que la sobrevida es mayor entre los infectados por la variedad 2 que los infectados por la variedad 1. Lo que es notable, es que el estado tecnológico de cultivo viral enfocado al estudio de lentivirus, fundamentalmente en el área de oncovirus, permitió el

descubrimiento del VIH habiendo transcurrido tan poco tiempo desde su descripción en humanos.

El descubrimiento y la caracterización del VIH permitió, a su vez, el desarrollo de técnicas diagnósticas (ELISA) que estuvieron disponibles comercialmente desde 1985, y que utilizaban un algoritmo confirmatorio basado en Inmuno Electro Transferencia (Western Blot). Las aplicaciones de estas técnicas fueron inmediatas a nivel de diagnóstico individual, en bancos de sangre, y en encuestas epideminológicas.

El SIDA ya tiene un lugar en la historia de la humanidad por su gran impacto, al igual que la lepra, la peste o la viruela. Lo mismo que aquellas añejas enfermedades, el SIDA va acompañada de una serie de prejuicios, de actitudes sociales de estigmatización de los enfermos, de una visión cultural del mal, que dificultan su tratamiento y eventual cura; pero a diferencia de ellas, el SIDA aparece en un contexto en el que el conocimiento científico y la tecnología han alcanzado un alto grado de desarrollo. Esto necesariamente determina una distinta manera de enfrentar el problema sanitario. Las transiciones demográfica y epidemiológica habían hecho pensar a nuestra sociedad actual que los padecimientos infectocontagiosos ya no eran un problema de salud prioritario a nivel mundial. El SIDA, como ningún otro ejemplo, ha brindado una oportunidad para reflexionar con humildad sobre las limitaciones de la ciencia actual. No obstante, se ha afirmado, no sin razón fundada, que el advenimiento de la tecnología para identificar, aislar y caracterizar los retrovirus en la década de los setentas fue providencial para evitar que el impacto del SIDA, a principios de los ochentas, fuera devastador.

En el discurso inaugural del Primer Congreso Nacional sobre SIDA que se llevó a cabo en noviembre y diciembre de 1987, señalaba: "todavía se escuchan voces de incredulidad que niegan importancia al SIDA como problema de salud pública y aún otras que esperan que surgirá una mágica solución al mismo. Hoy, a más de diez años, esta aseveración, desafortunadamente, retiene su validez, a pesar

de los tres lustros transcurridos, desde su primera descripción. El SIDA se convirtió en epidemia y rápidamente en pandemia: ha sido un tema de investigación básica y de estudios clínicos y de salud pública a nivel mundial, no solo en los países industrializados, sino también en aquellos en proceso de desarrollo. Su naturaleza modificó por igual la conciencia de grupos progresistas y liberales, conservadores y religiosos. En éste mismo lapso, la búsqueda de la vacuna ó de la droga que lo cure, ha representado un importantísimo desafío para un gran número de centros de investigación científica. También en éstos últimos años las cifras de enfermos se han multiplicado con extrema rapidez; en un mundo donde la interdependencia y la comunicación son el signo de nuestro tiempo, se agudizó la conciencia, no solo de la magnitud del problema actual, sino fundamentalmente, de lo que pueda ocurrir a la vuelta de unos cuantos años.⁶

1.2. Situación Actual y Perspectivas en México

El crecimiento acelerado de la epidemia del SIDA en México ha implicado una carga a los sistemas de salud, las características de esta pandemia hacen necesario un enfoque regional para su efectiva prevención y control, mediante la cual se divulguen las principales lecciones aprendidas y se movilicen recursos intranacionales, tanto públicos como privados. Es por esta razón que fue creada la Iniciativa Regional para Prevención y Control del VIH/SIDA para América Latina y el Caribe denominada SIDALAC

El SIDA, desde un principio, ofreció nefastas perspectivas, pues el VIH afectaba de manera directa al aparato inmunológico, su incorporación al genoma de las células que invade y asegura su permanencia, el período de incubación de la enfermedad es muy largo (inicialmente estimado en alrededor de 5 años), su vía de transmisión sexual impide acciones preventivas de fácil aplicación, afecta de manera importante a la población en edad productiva. Por eso, se ha afirmado en distintas ocasiones que es problema grave de salud pública, además, por la

⁶ El SIDA en México y el Mundo Visión Integral, Gaceta Médica de México Vol. 132, Sup I. No. 1, 1996. pp: 7-9.

rapidez de diseminación del VIH; porque su combate requiere y requerirá de cuantiosos recursos económicos; porque su ocurrencia específica en personas tiene serias repercusiones sociales de segregación y estigmatización.

En México, las primeras medidas que se tomaron al inicio de la epidemia, fueron de descripción epidemiológica del padecimiento, mediante vigilancia epidemiológica, encuestas sero-epidemiológicas y encuestas de comportamiento. Pronto fue aparente que el patrón epidemiológico correspondía al llamado tipo 1, de predominio masculino por el peso específico de la transmisión homosexual en contraposición al tipo 2 observando en Africa con equilibrio entre hombres y mujeres por el predominio de la transmisión heterosexual.

En México, al igual que en otros países, se conjuntaron esfuerzos para contender contra este tremendo desafío. La necesidad de hacer participar a diversos actores llevó a la creación del **CONASIDA** en 1986.

No sólo se reforzó el quehacer clínico y se hizo una ampliación sustancial en el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubiran" para atender los casos presentados; se legisló lo necesario y se han puesto en práctica normas y criterios para la atención en situaciones de riesgo. Los grupos sociales también se han mantenido activos, tanto los que aprueban las medidas sanitarias aplicadas, como los que de alguna forma se han opuesto a ellas.

Las características de la pandemia determinaron, por parte de la Organización Mundial de la Salud, la creación del Programa Global del SIDA, planificado y dirigido durante varios años por el doctor Jonathan Mann y por su sugerencia, México formo parte del primer grupo que integró la Comisión Mundial del SIDA en 1989.

Los retos que se presentaban entonces, entre otros, eran la prevención de la transmisión sanguínea y sexual del VIH, la reducción del impacto que la infección por el VIH causa a nivel individual, de grupos y de sociedades, la atención a los

pacientes con SIDA, la estigmatización de los pacientes, el fenómeno de la complacencia, por supuesto, las campañas educativas.

Indudablemente que quince años después se ha ampliado el consenso general sobre la enorme importancia que tiene la educación en la lucha contra el SIDA y el mantenimiento de medidas sanitarias en bancos de sangre para la prevención de la infección por VIH. Hoy se estima que el periodo de incubación es más largo, hasta de 20 años, lo cual hace el problema más complicado.⁷

Morbilidad

El crecimiento acelerado de la epidemia del SIDA en México ha implicado una carga a los sistemas de salud del país. Por ejemplo, en 1983 se diagnosticó el primer caso de SIDA, para agosto de 1985 existían 68 casos registrados en los hospitales de la República Mexicana, para septiembre de 1987 había 577 casos acumulados notificados ante las autoridades sanitarias, para fines de 1988 esta cifra se había elevado a 1.837 pacientes en forma acumulada; para mayo de 1998 esta cifra se ha elevado a 35,373 casos. Las características de transmisión del VIH/SIDA hacen que pierda sentido la geografía, en términos de control epidemiológico, pues el virus trasciende las fronteras de cualquier país, mediante múltiples mecanismos, entre los más notorios se encuentran la migración interna e internacional y el turismo.

Es por esto que el enfoque regional debe ser privilegiado, no sólo en cuanto a los antecedentes de la enfermedad, sino principalmente, por los medios para su control, dadas las similitudes en áreas concretas.

Los casos acumulados hasta el primero de mayo de 1998 se han manifestado con diferente intensidad en las entidades federativas que componen el país. El Distrito Federal presenta el mayor número de casos (9,997) y la mayor incidencia (96 por 100 mil hab.). Otros estados con mayor número de casos son, en orden decreciente: Estado de México (4,517), Jalisco (4,029), Puebla (2,038) y Veracruz

⁷ Ibidem p. 10

(1,600). No obstante al revisar la incidencia por 100 mil habitantes hasta el primero de mayo de 1998 reporta que las entidades más afectadas son: Baja California (93.0), Jalisco (76.0) y Morelos (64.0).

Del total de casos reportados al Registro Nacional de Casos de SIDA, 86.02% (30,429) son hombres; 13.98% (4,945) son mujeres y del total 2.60% son casos pediátricos (916).⁸

En la actualidad el panorama de la epidemia en México y el Mundo, así como la respuesta social organizada para contener el padecimiento, se han mejorado las condiciones de atención a los pacientes en los Institutos Nacionales de Salud y en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Se ha fortalecido la planeación de los servicios de salud, el entorno de la reforma a los servicios de salud y la carga adicional que el SIDA plantea, así como las acciones que la Secretaría de Salud desarrolla en términos de modernización y de descentralización para poder contener en forma adecuada las necesidades de salud, dentro de las cuales, sin duda, el SIDA tiene que ser considerado por su alto impacto.

Al analizar la epidemia en el sexo masculino, se observa que el grupo de edad más afectado es el de veinticinco a cuarenta y cuatro años (20,568 casos) del total de los casos masculinos. En este grupo ha predominado la vía sexual como la categoría de riesgo más frecuente (13,693 casos, 45.0 % del total de casos en hombres).

En este mismo grupo de edad, la vía sanguínea representa 4.7% (1,228 del total de casos masculinos). Al estudiar los casos asociados a esta vía de transmisión se encuentra que a diferencia de los EUA, donde el porcentaje de drogadictos intravenosos infectados es 25% del total de los casos, en México los varones infectados por esta vía representan sólo 0.7% del total de casos. De igual forma y tomando como referencia a los EUA, donde los homosexuales usuarios de drogas

⁸ Tapia, Conyer, Roberto. Epidemiología del SIDA, 1983-1986 pp. 41-45; Separata de la Revista SIDA/ETS 1997: Vol. 3, núm.1; Registro Nacional de casos de SIDA de la SSA.

IV representan 6.5% de todos los casos, este grupo de riesgo representa en México 0.74% de todos los casos.

En las mujeres el grupo de edad más afectado es el de veinticinco a cuarenta y cuatro años (2,227 casos), a que representa 63.1% del total de los casos femeninos. Este grupo, la vía de transmisión más importante es la sexual, con 23.4% (819) de todos los casos femeninos. Los casos por vía sanguínea, actualmente representan el 22.1% (773) del total de los casos acumulados en mujeres. En 965 casos (27.6% de todos los casos reportados en mujeres) no se identificaron factores de riesgo.

En los pacientes pediátricos no se encontró predominio de alguno de los grupos de edad. Dentro de este conjunto de casos, la vía de transmisión más importante es la perinatal con 63.6 % (459) del total de los casos reportados en menores de quince años.

Al analizar cada uno de los grupos de edad de acuerdo a su categoría de transmisión se encuentra que en los menores de un año, la vía perinatal es la más importante con 30.4 % (279) de todos los casos pediátricos. También en el grupo de uno a cuatro años, esta vía es la más importante ya que concentra a 31.5 % (289) de todos los casos pediátricos.

En el grupo de cinco a catorce años la vía transfusión se asoció a 12% (86) de todos los casos pediátricos; la hemofilia representó la segunda categoría de transmisión con 10.6% (76) de todos los casos registrados en menores de quince años. Dadas las características hereditarias (recesivo ligado al sexo) del padecimiento, todos los casos agrupados en esta categoría fueron varones.

Al igual que en hombres y mujeres adultos, en un porcentaje nada despreciable de estos casos (19.7%) no se identificó algún factor de riesgo.

Mortalidad

En 1987 la mortalidad por VIH/SIDA tuvo una tasa de 3.6 por 100 mil, misma que se duplicó al año siguiente. En 1992 la tasa de mortalidad se había multiplicado ocho veces (29.4) con relación en la registrada en 1987. En ese mismo año, el SIDA apareció por primera vez dentro de las 20 primeras causas de mortalidad general y ocupó el 19 lugar.

En 1983, el SIDA se ubicó como la 17a. causa de mortalidad general (3,164 defunciones; tasa de 3.6). En el grupo de veinticinco a cuarenta y cuatro años, el padecimiento fue la sexta causa de muerte (2,196 defunciones; tasa de 9.0).

Al analizar el comportamiento de la enfermedad por sexo, se encontró que en los hombres el grupo de veinticinco a cuarenta y cuatro años fue el más afectado (1,923 defunciones; tasa de 15.8); en este grupo, la enfermedad fue la quinta causa de muerte.

En las mujeres, el grupo de edad más afectado fue el de veinticinco a cuarenta y cuatro años (273 defunciones; tasa de 2.2); la enfermedad representó la decimotercera causa de muerte.

En 1994 el SIDA volvió a ocupar el 17o. lugar (3,518 defunciones; tasa de 3.9) dentro de las primeras veinte causas de mortalidad general.

En el grupo de veinticinco a cuarenta y cuatro años, el padecimiento fue la sexta causa de muerte (2,450 defunciones; tasa de 10.2). En el grupo de veinticinco a cuarenta y cuatro años fue la 12a. causa de muerte (299 casos; tasa 1.5). En otros grupos de edad, el SIDA no se encuentra dentro de las primeras veinte causas de muerte; en el grupo de menores de un año se ubica en el 60o. sitio; en el grupo de uno a cuatro años ocupa el 25o. lugar; en el grupo de cinco a catorce años tiene la 24a. posición y en el de mayores de sesenta y cinco años se encuentra en el lugar 37. Para 1996 en la República Mexicana, el SIDA ocupó el

lugar número 15 con 4,369 defunciones y una tasa de 4.7 por 100 mil habitantes en la mortalidad general.⁹

2.- SISTEMA INMUNOLÓGICO

El Sistema Inmune o de defensa se encarga de proteger al cuerpo de cualquier ataque de dentro o de fuera. El Sistema Inmune hace que los microorganismos sean atrapados y destruidos por células que están en diferentes lugares de nuestro cuerpo. Los defensores son glóbulos blancos llamados linfocitos y otro tipo de células llamadas macrófagos. Además el sistema inmune fabrica anticuerpos para combatir los microorganismos, sin él nadie puede vivir.¹⁰

2.1. Inmunidad Celular

Linfocitos. Los linfocitos son glóbulos blancos que se originan en la médula ósea pero también se encuentran en el sistema linfático, que es una serie continua de conductos y ganglios (glándulas linfáticas) que se llevan linfa, muy similar al plasma sanguíneo. Dos subpoblaciones de linfocitos tienen un papel específico en el sistema inmune : células B y células T.

1.- Las células B (linfocitos B) se llaman así por la bursa, un órgano de las aves en el que se observaron por primera vez células con función similar. Las células B sintetizan anticuerpos en respuesta a un antígeno (una partícula extraña). El complejo antígeno-anticuerpo que se toma inactivo al antígeno y en esta forma puede ser eliminado por otras células llamadas fagocitos. Una vez que una célula B ha aprendido a sintetizar al anticuerpo, se divide y multiplica formando una clona de células capaces de producir el mismo anticuerpo. Si reaparece el mismo

⁹ Ibidem p.14 : Mortalidad 1996, Dirección General de Estadística e Informática, Secretaría de Salud

¹⁰ Daniel G. Víctor SIDA, p. 152.

antígeno en fechas posteriores, se dispone a una clona completa de células B para producir anticuerpos específicos contra este antígeno.

2.- Se piensa que las células T (linfocitos T) son procesadas por el timo, una glándula que se encuentra en la parte superior del tórax , abajo del cuello.

Hasta la fecha se han identificado unos ocho o nueve subgrupos de células T .Sin embargo , dos de ellos tienen particular importancia para el SIDA :

A) Células colaboradoras :Que ayudan a otras células de defensa inmunológica, como los linfocitos B productores de anticuerpos, a actuar contra invasores extraños.

B) Células supresoras, que disminuyen la actividad de las células de defensa inmunológica.

La relación normal entre células colaboradoras y supresoras es alrededor de 2.4:1, es decir, casi el doble de células colaboradoras que de supresoras. En pacientes con SIDA la relación puede estar invertida, se reduce notablemente el número de células T colaboradoras . Se piensa que ello puede atribuirse a un agotamiento de estas células, y es la característica principal del SIDA manifestado plenamente. HIV es " linfotrópico" para células T colaboradoras ;el virus se replica dentro de estas células y las destruye, dañando así el sistema inmunológico. ¹¹

2.1.1. Descripción y Origen

Todos los organismos vivos, desde los humanos hasta las bacterias, pasando por los animales, las plantas y los insectos, tienen sus propios virus, que generalmente afectan a una especie y tienden a respetar a las demás.

Existe un número considerable de familias de virus capaces de atacar al hombre y de provocarle múltiples enfermedades; las principales familias de virus son: **ADN VIRUS, ARN VIRUS y RETROVIRUS.** ¹²

¹¹ *Ibidem*, p. 17.

¹² El Médico frente al SIDA CONASIDA pp. 15-16.

2.1.2. Características de los Virus

Los virus poseen una gran diversidad de dimensiones, formas y estructuras; miden entre 20 y 300 nanómetros de diámetro y su material hereditario consta de tres a varios cientos de genes constituidos por ácido desoxirribonucleico (ADN), similares a los existentes en las células de los organismos superiores, ya que el código genético es universal para todos los organismos vivos.

La información genética almacenada en los ADN VIRUS y en los ARN VIRUS pueden ser fácilmente leída por las células parasitadas y convertidas a productos con los cuales se sintetizan nuevos virus. La familia de retrovirus, en cambio, almacena su información genética en una forma especial de ARN no compatible con la estructura genética celular, por ello, debe transcribir dicha información a otra molécula capaz de ser leída por la célula parasitada y convertida a productos virales. Esto se logra gracias a una enzima viral de formato ARN a formato ADN; debido a que la enzima se conoce como transcriptasa reversa (por convertir el ARN en ADN), esta familia de virus recibe el nombre de retrovirus.

Los retrovirus se clasifican en tres subfamilias: ***oncovirus***, ***lentivirus*** y ***spumavirus***; sin embargo, es posible que en un futuro sean reclasificados con base en los nuevos conocimientos acumulados.

Los ***Oncovirus*** son capaces de inducir cáncer en las células que parasitan y de ahí su nombre (onco=tumor); a estas subfamilias de retrovirus pertenecen dos variedades capaces de producir leucemia y linfoma de células T en el humano.

Los ***Lentivirus*** se caracterizan por inducir infecciones con largos períodos de latencia sin dañar a las células sin provocar enfermedad, de ahí su nombre (lenti=lento);después de un tiempo, por la acción de algún factor capaz de provocar su estimulación (cofactor), se activan y proliferan, induciendo con ello destrucción celular, lo que conduce al desarrollo tardío de la enfermedad. A esta

subfamilia de retrovirus pertenecen las dos variedades que se conocen de VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) capaces de provocar SIDA en el humano.

Los *Spumavirus* inducen degeneración espumosa en el citoplasma de las células parasitadas y de ahí su nombre (spuma=espuma); no se ha descrito enfermedad alguna en animales o humanos atribuible a esta subfamilia de retrovirus.¹³

2.2. Conceptos generales sobre el virus del SIDA.

Inicialmente se pensó que el SIDA se debía al efecto de ciertos estimulantes (poppers) utilizados comúnmente por los homosexuales, o a la acción de algún factor presente en la esperma. Sin embargo en el otoño de 1983 el doctor Gallo, del Instituto Nacional del Cáncer (INC) de Estados Unidos, señaló que el SIDA podía deberse a un agente infeccioso viral relacionado con los HTLV descubiertos por él en 1980.

Pensó que esta enfermedad era infecciosa por ser transmisible por la sangre, sospechó que era de origen viral por el hecho de que podía transmitirse por filtrados de sangre (factor VIII empleado en el manejo de individuos hemofílicos) y sugirió que estaba emparentado con los HTLV dado que el agente causal del SIDA dañaba la misma población celular que los HTLV: los linfocitos T colaboradores o CD4, cuyo número se encontraba notablemente reducido en los pacientes con SIDA. Posteriormente, el grupo de investigadores franceses dirigidos por el doctor Luc Montagnier, del Instituto Pasteur de París, demostró que el agente causal del SIDA era efectivamente un virus pero que éste no pertenecía a los oncovirus, como los HTLV, sino a los lentivirus como los VISNA.

¹³ *Ibidem*, pp.19

En 1983 el doctor Montagnier y su grupo de colaboradores publicaron un informe en el cual señalaron haber identificado un retrovirus en el ganglio de un paciente con un cuadro clínico previo al SIDA, al cual denominaron LAV; sin embargo, no pudieron en esos momentos establecer su relación con el agente causal del SIDA. En 1984, el doctor Gallo y sus colaboradores publicaron diversos trabajos en los cuales afirmaron que el virus descubierto por ellos, al que denominaron HTLV-III, era el agente causal del SIDA. Esto lo lograron debido a que desarrollaron una línea de células que era capaz de ser infectada por el virus sin ser destruida y que permitía la replicación viral durante mucho tiempo. Este hallazgo ha permitido obtener grandes cantidades del virus para su estudio y para la fabricación de la prueba de laboratorio que permite detectar a los individuos infectados por el dicho virus.

En San Francisco, a fines de 1984, Levy y sus colaboradores aislaron el agente causal del SIDA, al cual denominaron virus asociado al SIDA (ARV).

En mayo de 1986 el Comité Internacional para la Taxonomía de los Virus recomendó que al agente causal del SIDA se lo denominara virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), señalando con ello la acción del virus y su huésped específico.¹⁴

Origen del VIH/SIDA

El tiempo "real" de evolución de un organismo vivo, como los virus, puede medirse con relativa exactitud calculando el índice de mutación genética en las diferentes especies.

En vista de que los retrovirus poseen un índice de evolución un millón de veces más rápido que los organismos constituidos por ADN, se ha calculado su tiempo real de evolución. Para ello se han analizado las mutaciones de los virus aislados a través del tiempo (el más antiguo que se conoce procede de Zaire y data de

¹⁴ Ibidem, p.19.

1959) en diversas regiones del mundo (Zaire, Estados Unidos, Francia, etcétera) y se han comparado con los obtenidos con el VIH-2 descubierto en 1986. Con base en esto es posible concluir que tanto el VIH-1 como el VIH-2 se originaron en el continente africano hace no menos de 40 años y no más de 100.¹⁵

2.2.1. Estructura del virus del SIDA.

Se tratan de un retrovirus, familia de virus que tienen entre 90 y 120 nanómetros ($1\text{nm}=10^{-6}\text{ mm}$) de diámetro, y cuyo genoma contiene copias duplicadas de cadenas simples de ARN. Comparte muchas características con miembros de la familia lentivirus, como son el virus de la anemia infecciosa de los caballos y el de la inmunodeficiencia de los gatos. En estos casos (incluyendo al SIDA), se desarrolla una enfermedad lenta, progresiva y mortal para la mayoría de los huéspedes. Estos virus codifican su información genética en ARN, utilizando una enzima llamada transcriptasa reversa para copiar su genoma en ADN, que se integra en el genoma de la célula huésped como un provirus. Se ha confirmado la existencia de dos virus de la familia VIH, el VIH-1 y el VIH-2. El primero es el de más amplia prevalencia.

El retrovirus que causa el SIDA está compuesto por una envoltura proteica en cuyo interior aparece una formación densa parecida a un núcleo, y que contiene el material genético constituido por ARN. El genoma proviral del VIH se conoce en detalle: es más complejo que el de cualquier otro retrovirus. En cada extremo del provirus, se encuentran secuencia de ADN llamadas redundancias terminales largas (*rtl*), que contienen segmentos reguladores de la replicación del virus. Entre ambas *rtl*, se encuentran nueve genes diferentes: tres de ellos codifican para componentes estructurales del virus: **gag** para las proteínas del nucleocápside, **env** para las proteínas de la cápsula, y **pol** para la retrotranscriptasa. Los otros seis genes tienen funciones reguladoras.

¹⁵ Ibidem p.19

El dato central en la inmunodeficiencia del SIDA es el déficit del grupo de linfocitos T con función de ayuda, que tienen en su membrana celular la molécula CD4 (célula T4), y que lleva a una inmunosupresión importante.

Dado que los genes reguladores determinan el efecto que el VIH tendrá en la célula parasitada (tiempo de latencia del provirus integrado e inicio del daño celular), es conveniente conocer su mecanismo de acción. Con ello se entenderá mejor la enfermedad y se podrá diseñar una estrategia para su curación y prevención por medio de una vacuna.

El gen *tat* es el responsable de activar a los genes estructurales y por ello es el que permite que se inicie la síntesis de los diversos componentes virales, lo que conduce a la multiplicación del virus y a la destrucción de la célula. El gen *rev* (antes conocido como *art/trs*) es el responsable de controlar la síntesis tanto de las proteínas reguladoras como la de los componentes estructurales del virus, por lo que se piensa que es el responsable de determinar el paso de infección latente a crecimiento viral activo.

Cuando el linfocito T es estimulado por un antígeno, se produce una proteína conocida como NF-KB, la cual activa un protooncogén celular específico, induciendo con ello la transcripción del genoma y la división celular. Cuando el linfocito T se encuentra infectado por el VIH y es estimulado por un antígeno, la proteína NF-KB favorece la división celular, y la multiplicación viral, ya que el inicio de ambas acciones responde a la misma proteína activadora. Resulta paradójico que la activación del sistema inmunológico conduzca a la vez a la estimulación del VIH lo que provoca a su paso de fase latente a crecimiento activo.

No todas las proteínas celulares con acción sobre el genoma del VIH tienen función activadora como la NF-KB; algunas parecen tener un efecto opuesto en la expresión de los genes virales. Debido a que toda esta amplia gama de factores celulares con acción sobre el genoma del VIH puede variar en relación con el estado y el tipo de célula, éstos puede explicar la razón por la cual una célula en reposo que carece de proteína activadora no induce la multiplicación del virus (por

ejemplo la NF-KB) permitiendo la permanencia del virus dentro de la célula sin que exista daño. Otras células pueden limitar el crecimiento viral por no contar con suficientes activadores o por poseer moléculas capaces de inhibir la transcripción del genoma viral a MARN. Por lo tanto la célula parasitada a través de una complicada red de factores transcripcionales, crea un medio ambiente molecular capaz de influir en el funcionamiento de los mecanismos reguladores del virus. Esto podría explicar la razón por la cual las células del simio, ratón o insecto infectadas en forma experimental no permiten la multiplicación del VIH, lo que sí acontece en los linfocitos T humanos estimulados por un antígeno.

Una vez que se han dado los mecanismos de activación viral y se ha iniciado la síntesis de una nueva generación de virus, entra en acción un último gen denominado *vif*, antes conocido como *orf*, este gen tiene por función regular la infectividad del VIH al favorecer su paso de una célula a otra y, más aún, al permitir que el virus libre pueda parasitar a las células.¹⁹

2.2.2. Ciclo de Vida del Virus DEL SIDA

Debido a que ambos VIH poseen un solo tipo de ácido nucleico (ARN), y carecen de citoplasma para producir su propia energía y elaborar sus propios componentes, únicamente pueden vivir multiplicarse en el interior de las células; por tal motivo son considerados como "parásitos intracelulares obligados".

Para que el VIH penetre a las células y se multiplique en su interior, debe llevar a cabo los pasos siguientes: 1) reconocimiento celular, 2) adhesión, 3) entrada, 4) formación de provirus, 5) integración del provirus al genoma celular, 6) biosíntesis de los componentes virales, 7) ensamblado, y 8) salida. Los primeros cinco pasos constituyen la primera mitad del ciclo de vida del VIH y conducen al

¹⁹ Ibidem p.19

establecimiento de la infección; los siguientes pasos representan la segunda mitad del ciclo de vida del virus y conducen a la enfermedad.

Factores relacionados con la Transmisión del VIH

El VIH puede vivir dentro de las células que parasita durante muchos años. Sin embargo, fuera de ellas su vida se reduce notablemente; por ello la sangre y los líquidos corporales que poseen linfocitos, tales como la esperma y las secreciones cervicales y vaginales, son excelentes vectores del VIH. En los líquidos corporales como lagrimas, saliva, sudor y orina el VIH se encuentra fundamentalmente en forma libre, siendo por ello poco infectante, además de que su concentración en estos sitios es muy baja; por tal razón, estos líquidos corporales no actúan como vectores del virus.

Inactivación del VIH

Por el hecho de que la envoltura del virus es sumamente rica en lípidos, puede fácilmente ser degradable por diversos procedimientos de limpieza utilizados en forma rutinaria como el agua y el jabón, los blanqueadores caseros (hipoclorito de sodio), el alcohol de 70°. y el calor, estos procedimientos son útiles cuando se aplican a superficies inertes, pero, desafortunadamente, esto no sucede cuando el virus se encuentra dentro del organismo.¹⁷

2.2.3. Anormalidades Inmunológicas del SIDA

Las anomalías inmunológicas del SIDA son considerables . El común denominador es un defecto cuantitativo y cualitativo de las células T colaboradoras, que conduce a una alteración intensa de la inmunidad mediada por células.

¹⁷ *Ibidem* , p.19

Las observaciones originales de los defectos inmunológicos del SIDA indicaron que sólo se encontraban a nivel de las células T de la respuesta . Sin embargo los pacientes con SIDA también muestran una anomalía de la función de las células B caracterizada por activación policlonal de células B con secreción espontánea de inmunoglobulina. Ello puede explicar la hipergammaglobulinemia que se observa constantemente en estos enfermos. En consecuencia, la presencia de hipergammaglobulinemia no indica un grupo de células B intactas, sino más bien un repertorio de células B hiperactivo. Pruebas recientes demuestran que VIH también puede infectar líneas de células B y algunos monocitos y ello tal vez explique las anomalías de las células B que se observan en el SIDA.

Los pacientes con SIDA también presentan defectos en la citotoxicidad mediada por células B y células asesinas naturales (KN). En el SIDA también es anormal la función de los monocitos. Se han señalado muchas otras anomalías inmunológicas en pacientes con SIDA por ejemplo, mayores concentraciones de interferón alfa ácido-lábil pero aún no se aclara su significado clínico. ¹⁸

2.2.4. Mecanismos de Defensa

Los mecanismos de defensa que el organismo utiliza contra los virus no sólo comprenden aquellos que habitualmente emplea contra otros agentes infecciosos, sino también incluyen procesos específicos dirigidos contra las componentes (antígenos) especiales del virus.

El sistema inmunológico brinda protección al organismo mediante dos mecanismos diferentes; un mecanismo innato o inespecífico, y otro adquirido, altamente específico.

Los mecanismos inespecíficos actúan como primera barrera de defensa contra los agentes agresores del medio ambiente, con lo que previenen el desarrollo de

¹⁸ Daniel G. Víctor. SIDA 1993, p p.154-155.

enfermedades infecciosas o tóxicas; cuando fallan, entran en acción los mecanismos específicos altamente selectivos para cada agente, al que recuerdan para que, ante una futura re-exposición a dicho agente, la respuesta sea más energética y eficiente.

Ambos mecanismos, inespecíficos y específicos, son esenciales para la supervivencia del individuo; sin ellos, pronto morirá de infección. Sus componentes celulares y moleculares mantienen una estrecha vigilancia, con el objeto de rechazar toda agresión externa o interna, y así conservar el estado de salud del organismo.

Mecanismos Inespecíficos

Los mecanismos de defensa de tipo inespecífico tienen gran importancia en la prevención de la infección viral. Se incluyen éstos: la integridad de la superficie corporal (piel y mucosas), sus secreciones (productos bioquímicos que alteran el pH local, así como la presencia de enzimas digestivas y otros compuestos con efecto antimicrobiano), y su flora bacteriana saprofita (microorganismos que viven en la superficie del cuerpo, donde se nutren sin producir daño, y brindan protección contra los organismos agresores por mecanismos de competencia).

El resultado final es impedir la entrada del virus al organismo, y evitar que produzca infección en las células permisibles, mediante la formación de compuestos capaces de combinar con los sitios de reconocimiento y la adhesión del virus. También participan algunos factores, tanto en el sitio de entrada del virus, como en otros lugares, capaces de detener la extensión de la afección durante la evolución de la enfermedad.

Los glóbulos blancos conocidos como macrófagos pueden eliminar a los virus transportados por la sangre a nivel del bazo, del hígado, de la médula ósea o de la

linfa -cuando ésta pasa por los ganglios linfáticos-; asimismo, pueden eliminar los del pulmón o del tejido de sostén del organismo (tejido conectivo).

Mecanismos Específicos

Los mecanismos específicos de defensa comprenden factores humorales (anticuerpos) y celulares (glóbulos blancos de la sangre). Los anticuerpos (inmunoglobulinas) tardan generalmente de cuatro a seis semanas en aparecer; y en el caso de los virus, su principal acción consiste en neutralizar la molécula viral que reconoce y se adhiere al receptor de membrana de la célula, evitando así que penetre en su interior. Estos anticuerpos neutralizadores constituyen un mecanismo importante para prevenir y modificar el curso de las infecciones recurrentes, especialmente las que son provocadas por los virus que pueden viajar libres por la sangre, para causar infección en otras células; éste es el caso de los enterovirus.

Sin embargo, dichos anticuerpos no son tan efectivos cuando la propagación del virus se realiza de célula a célula, como ocurre con el SIDA.

La principal defensa del organismo contra los virus es la inmunidad mediada por células como son: 1) Ciertos glóbulos blancos conocidos con el nombre de células "asesinas", que tienen la capacidad de reconocer y destruir a las células infectadas. 2) Determinado tipo de glóbulos blancos conocidos como linfocitos T citotóxicos o células CD8, los cuales son capaces de destruir selectivamente a las células malignas y a las células infectadas, bajo el estímulo de otro grupo de glóbulos blancos conocidos como linfocitos T colaboradores, o CD4.

Estudios recientes indican que el interferón actúa en forma directa, impidiendo que se multipliquen los virus dentro de las células, así como favoreciendo las defensas mediadas por las células asesinas.¹⁹

¹⁹ Sepulveda, A., J. et.al. SIDA, Ciencia y Sociedad en México pp. 46-49.

2.3. ETIOLOGÍA DEL SIDA

El agente responsable ha sido claramente definido y caracterizado como retrovirus de la familia de los lentivirus que ha recibido varios nombres :HTLV-III (human-T-lymphotropic virus type 111), LAV (linphadenopathy-associated virus) y ARV (AIDS -associated retrovirus) o bien, HIV (Human Inmunodeficiency virus), como internacionalmente se ha acordado nominarlo.

Es un microorganismo .que su única forma de sobrevivir es alojándose dentro de un organismo vivo (célula).Fuera de la célula vive pocas horas.

Solo afecta a humanos El VIH también es capaz de dañar en forma directa al sistema nervioso, al sistema neuroendócrino y a los vasos sanguíneos, provocando con ello manifestaciones diversas independientes del estado inmunológico del individuo.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es la consecuencia más grave de la infección del VIH Virus de Inmunodeficiencia Humana. Invariablemente mortal, se caracteriza por presentar deterioro grave del sistema Inmunológico y daño multisistémico atribuible a la acción directa del virus. El SIDA se presenta en la etapa final de la infección.

2.4. FACTORES CAUSALES

El agente del SIDA en sí puede corresponder a una de dos categorías

- 1.- Un agente realmente nuevo.
- 2.- Un agente familiar modificado por mutación o algún otro factor que permita una nueva forma de expresión letal.

Diversos virus se han considerado posibles agentes causales del SIDA:

- 1.- Virus de hepatitis B.
- 2.- Citomegalovirus (CMV).

- 3.- Virus Epstein-Barr (EB).
- 4.- Retrovirus -virus de leucemia de células T humanas (HTLV).

2.4.1. Virus de Hepatitis B.

Los diversos virus de la hepatitis (A, B, no A, no B) se llaman así porque primero causan una infección hepática que suele presentarse con ictericia y malestar general. La hepatitis A, o infecciosa, es causada por el virus de la hepatitis A. Suele observarse en epidemias y se transmite por las vías fecal-bucal. La enfermedad por lo general es leve y cura por sí sola.

La Hepatitis B, o sérica, es causada por el virus de hepatitis B. Suele transmitirse por inyección de sangre o derivados hematológicos infectados o por el uso de agujas, lancetas u otros instrumentos contaminados. Por lo general es más grave que la hepatitis infecciosa.

Como el SIDA apareció en receptores de sangre y productos hematológicos y en quienes utilizan drogas por vía intravenosa, se propuso que era causada por el virus de hepatitis B.

Las pruebas apoyan más que el virus de hepatitis B actúa como un pasajero en el SIDA más que como agente causal.

Se sabe que en países occidentales más del 50% de varones homosexuales adquieren hepatitis B en el transcurso de dos a tres años de practicar el coito anal. Por lo que, se acepta plenamente que en varones homosexuales la hepatitis B, se transmite por el contacto con sangre infectada durante la relación anal.

2.4.2. Citomegalovirus

Citomegalovirus (CMV) es un virus DNA grande, miembro de la familia de virus del herpes y endémico en todo el mundo. Aunque la infección por este virus con

frecuencia es asintomática o produce una enfermedad leve tipo fiebre glandular, puede causar infecciones oculares y hepatitis. En diversas etapas durante la infección, el virus puede presentarse en saliva, sangre, semen, secreciones cervicales, orina y linfocitos. Una vez que se adquiere, el virus permanece inactivo en forma indefinida en las células del cuerpo. Periódicamente resurge del estado de latencia. Se sabe que esta reactivación ocurre cuando el estado inmunológico de la persona afectada se deprime en forma crónica, por ejemplo, después del cáncer o la quimioterapia o en alteraciones inmunológicas.

2.4.3. Retrovirus.

Son virus RNA capaces de formar DNA que pueden introducirse entonces en el DNA de la célula huésped o en la maquinaria genética.

Los retrovirus, virus NRA de tumor, se consideran entre los candidatos más probables de agentes del SIDA porque:

- a. Algunos retrovirus tienen especificidad para linfocitos.
- b. Los virus son de origen sanguíneo.
- c. Algunos retrovirus pueden causar Inmunodeficiencia en animales: por ejemplo, el virus de la leucemia felina causa inmunosupresión en gatos (SIDA -felino). Un brote espontáneo de una enfermedad en monos (SIDA de simios o "SIDAS") que tuvo semejanza con el SIDA fue causada por un retrovirus.
- d. En el hombre, un grupo de retrovirus conocidos como virus de leucemia de células T humanas (HTLV) se ha relacionado con algunas afecciones malignas de linfocitos T y puede provocar sobreproducción de células T originando leucemia.

Los dos primeros virus de la leucemia de células T humanas que se caracterizaron fueron:

- a. **Virus-1** de leucemia de células T humanas (HTLV-I)

b. Virus-2 de leucemia de células T humanas (HTLV-II)

Se ha investigado una posible relación de ambos virus con el SIDA basándose en su afinidad por las células T colaboradoras y su frecuencia en Africa y Haití entre otras áreas.

Sin embargo, se encontró que las pruebas seguras de infección con HTLV-1 y HTLV-II se limitaba sólo a una pequeña proporción de pacientes con SIDA. Los virus de leucemia de células T humanas sólo se identificaron en 10% de los enfermos. Un 25% tenía anticuerpos contra HTLV. La mayoría de los investigadores concluyen que HTLV-1 y HTLV-II, si se presentan, son pasajeros en el SIDA y no el agente causal.

2.4.4. Virus de Epstein Barr

Igual que CMV , el virus Epstein-Barr (EBV) es un miembro de la familia de los virus del herpes y tiene afinidad por células linfoides. Es la causa más común de la fiebre glandular (mononucleosis infecciosa) en personas jóvenes, después de una infección el individuo suele alojar el virus en estado latente el resto de su vida.

Las razones para considerar al virus Epstein -Barr en la etiología del SIDA incluye

a) El virus se relaciona estrechamente con algunas afecciones malignas, en especial el linfoma de Burkitt que es uno de los cánceres que ocurren en el SIDA .En el linfoma Burkitt el virus Epstein Barr originan alteraciones malignas en los linfocitos B.

B) El virus Epstein- Barr tiene efectos inmunológicos conocidos ,durante ataques agudos se alteran las relaciones entre linfocitos T colaboradores y supresores.

La marcada preferencia del virus Epstein - Barr por el componente de células B (productoras de anticuerpos) del sistema Inmunológico sugiere que el virus no es el único responsable del defecto predominante de las células T en el SIDA al

parecer, EBV y CMV son patógenos oportunistas que se establecen una vez que ha ocurrido la inmunosupresión

2.4.5. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Antes llamado virus III lítotrópico de células T humanas (HTLV-III), virus relacionado con linfadenopatía (VRL).

En fecha reciente se descubrió un tercer miembro de la familia de virus de leucemia de células T humanas y se pensó que era el posible agente causal del SIDA y es denominado más adecuadamente virus de inmunodeficiencia humana (HIV). Las pruebas de ello se basan en las siguientes observaciones:

- 1.- Se ha aislado VIH de sangre, semen y saliva de pacientes con SIDA.
- 2- Se ha cultivado VIH en un porcentaje alto de:

- a.
 - * Casos de SIDA
 - * Casos de SIDA con Sarcoma de Kaposí.
 - * Pacientes de SIDA con infección oportunista.
 - * Niños con SIDA.
 - * Madres de estos niños.
 - * Donadores de sangre homosexuales clínicamente normales.
 - * Pacientes preSIDA.

El índice de detección de aislamiento de VIH es probablemente más bajo que la frecuencia real, ya que puede ser más difícil descubrir células T infectadas por virus en pacientes con SIDA avanzado porque en estos enfermos la población celular sensible está muy agotada.

- b Pacientes con pródromo de SIDA (se piensa que la linfadenopatía generalizada persiste -LGP-, la fiebre, el malestar y la pérdida de peso son signos de SIDA incipiente).
 - c Homosexuales sin síntomas.
Fuera de los grupos de alto riesgo, en ningún donador testigo normal hubo alguna prueba de VIH.
3. Se han descubierto anticuerpos a VIH en:
- * Pacientes con SIDA.
 - * Enfermos con Linfadenopatía generalizada (LGP).
 - * Homosexuales sintomáticos.
 - * Contactos de SIDA o pacientes con LGP.
 - * Homosexuales con riesgo.
 - * Hemofílicos que han recibido factor de coagulación de fondos comunes.
 - * Toxicómanos que utilizan drogas intravenosas.
- 4.- El excelente estudio que originó las cifras anteriores también se demostró la ausencia de anticuerpo en más de un millar de donadores testigo de sangres no seleccionados.
- 5.- VIH es tóxico **in vitro** para células T colaboradoras. Una característica del defecto inmunológico de pacientes con SIDA con las cifras bajas de células T colaboradoras.

En consecuencia, hoy en día se piensa que HTLV-III, VLR y VRS son el mismo virus y se ha nombrado ahora virus de inmunodeficiencia humana, VIH.

Pero la investigación en esta área se lleva a cabo con tanta rapidez que es posible que los tres virus, aunque comparten muchas similitudes, pertenezcan a diferentes grupos taxonómicos. Así mismo, en fecha reciente se comentó que ya

que HTLV-I y HTLV-II causan proliferación de células T y en consecuencia leucemia; VIH provoca la muerte de células T colaboradoras e Inmunodeficiencia²⁰

2.5. PATRONES DE TRANSMISION

Basándose en los grupos de riesgo en que se ha identificado el SIDA hay pruebas firmes que sugieren que el virus del SIDA se transmite: Durante el acto sexual, el hombre habitualmente transfiere líquidos corporales e intercambia numerosos microorganismos. Dependiendo del contacto sexual de que se trate, los líquidos corporales que transfiere son semen, secreciones vaginales y cervicales, saliva, moco rectal, sangre orina o heces fecales. Aun cuando el VIH ha sido aislado de todos estos líquidos, solamente se ha demostrado de manera incontrovertible que la sangre, el semen y las secreciones vaginales y cervicales son capaces de transmitir el virus.

Diversos estudios sobre la eficacia de la transmisión del VIH, según el tipo de práctica sexual empleada, revelan que aunque se ha demostrado transmisión del virus por contacto sexual de hombre a hombre, de hombre a mujer y de mujer a hombre, la eficacia no es similar en todos los casos, y por ello puede señalarse que existen prácticas con mayor riesgo que otras.

2.5.1. Vía sexual

Coito rectal

Las relaciones sexuales con mayor riesgo de transmisión del VIH son aquellas en las que el pene penetra en el recto del compañero o de la compañera. La razón de ello se encuentra en la estructura de la mucosa rectal; posee numerosos vasos, abundante tejido linfóide y epitelio formado por una sola capa de células

²⁰ Daniel G Victor. SIDA pp. 42-50.

cilíndricas entre las que se encuentran abundantes células de Langerhans que pertenecen al sistema fagocítico mononuclear.

La mucosa rectal lacerada (lo cual es sumamente frecuente en quienes practican este tipo de coito debido a lo delgado del epitelio de la mucosa) permite con facilidad el paso del VIH a los linfocitos presente en el tejido linfoide subyacente o a las células presentes en la reacción inflamatoria acompañante, de donde puede viajar por la circulación a diversos sitios del organismo. La mucosa rectal, aun cuando no se encuentre dañada, puede permitir la entrada del virus debido a que las células de Langerhans de su epitelio poseen receptores para el VIH por medio del cual pueden captarlos, almacenarlos y posteriormente liberarlos al interior del organismo.

Por otra parte, el penetrador puede tener lesiones, perceptibles o no, en el pene, que al ponerse en contacto con la sangre proveniente de la mucosa rectal pueden permitir la entrada del virus. Cualquier otro tipo de práctica que produzca daño de la mucosa rectal, como la aplicación de enemas pre o poscoito, la introducción de objetos o del puño, etcétera aumenta en forma importante el riesgo de transmisión

Coito vaginal

En esta práctica sexual la transmisión del VIH es menos efectiva que en la rectal. Esto se debe a que el epitelio de la mucosa vaginal se encuentra formado por varias capas de células escamosas (epitelio plano poliestratificado no queratinizado, similar al de la boca y del esófago), que lo hacen ideal para resistir la fricción mecánica durante el coito, además de que posee muy pocas células de Langerhans.

Las mujeres jóvenes tienen mayor riesgo de adquirir el VIH debido a que poseen una mucosa vaginal poco madura, y por lo tanto poco resistente al paso del virus. Cualquier mujer durante la menstruación tiene mayor riesgo de ser infectada por el VIH debido a los cambios que presenta la mucosa vaginal por la acción

hormonal, así como por la mayor vascularidad de la misma. Para el hombre también existe mayor riesgo de contagio durante la menstruación de la mujer por su exposición a la sangre.

Diversos estudios indican que existe mayor riesgo de transmisión de hombre a mujer que de mujer a hombre, posiblemente debido a que el semen es más rico en partículas virales que las secreciones vaginales y cervicales.

Sexo oral

Es posible que la participación de la boca en las relaciones sexuales permita la transmisión del VIH; sin embargo esto es extremadamente difícil de valorar, ya que habitualmente terminan en el coito vaginal o rectal, aun cuando existe un caso informado de transmisión por este mecanismo. La deglución del semen o de secreciones vaginales y cervicales no parecen tener riesgo alguno, ya que el virus, por tener una envoltura, es muy labil al ph gástrico y a la acción de las sales biliares.

La relación homosexual entre mujeres en las que el sexo oral suele ejercerse en forma exclusiva, no constituye una práctica sexual por medio de la cual se transmite el virus. Los pocos casos de infección por VIH reportados en lesbianas tienen el antecedente de drogadicción endovenosa, transfusión sanguínea o inseminación artificial.

Otras prácticas sexuales en las cuales no existe participación genital o en las que sólo se da manipulación manual o de objetos diversos con función sexual, no se consideran riesgosas.

La proporción más alta de casos en mujeres, atribuibles a transmisión sexual, se observan en las edades reproductivas. Esta situación es importante si consideramos que es precisamente en estas edades en las que un padecimiento como el SIDA provoca mayores estragos en una familia.

Es claro que por lo menos existen dos poblaciones particularmente expuestas: las trabajadoras sexuales -entre las cuales se observa una alta seroprevalencia - y las parejas de hombres bisexuales (Magis et al., 1990).

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) constituyen un factor de riesgo importante para la transmisión sexual de VIH, especialmente la sífilis y el chancroide, por su efecto ulcerante en los órganos genitales.

2.5.2. Vía sanguínea

Es un hecho bien demostrado que el VIH se transmite a través de la transfusión de sangre y derivados (glóbulos rojos, plaquetas, plasma y concentrado de factores de la coagulación). Sin embargo, la incidencia de infección por VIH postransfusional es muy baja, ya que es del orden de un caso por cada 200 mil transfundidos, lo que significa que el riesgo de adquirirlo es menor al de otras complicaciones transfusionales, tales como la hepatitis B.

El período de incubación, calculado como el intervalo entre la transfusión y el diagnóstico de SIDA, es en promedio de 31 meses en el adulto y de 14 meses en el niño.

Los hemofílicos poseen un mayor riesgo de adquirir el VIH ya que, en promedio, cada uno requiere entre 80 y 100 mil unidades de factor VIII al año, lo que significa una gran exposición a donadores. De 80 a 90% de estos pacientes se encuentra infectado por el VIH en algunas partes del mundo.

Las agujas contaminadas con sangre infectada constituyen un mecanismo de transmisión de la infección, esto tiene particular importancia para los drogadictos que comparten agujas contaminadas y para aquellos países que, por diversas razones, en vez de usar agujas y jeringas desechables, continúan utilizando su esterilización tanto para fines terapéuticos como no terapéuticos. Aun cuando de acuerdo con la literatura existen algunos casos de infección por VIH en personal de salud, debida al pinchazo accidental con agujas contaminadas con sangre de un paciente con SIDA, ninguno de ellos ha desarrollado la enfermedad. No existe

evidencia epidemiológica o biológica de que las vacunas, los sueros inmunes o los insectos hematófagos (por ejemplo, mosquitos y chinches), sean capaces de transmitir el VIH.

2.5.3. Vía perinatal

Un par de años después de haberse descubierto el SIDA en pacientes adultos, se describieron los primeros casos en lactantes y niños. a partir de ese momento el número de casos pediátricos ha aumentado en el mundo con la misma tasa que la de los adultos. Al igual que los adultos, los niños pueden contraer la infección por el VIH y el SIDA por transfusión de sangre o hemoderivados o por jeringas o agujas contaminadas, pero también por la transmisión vertical de una madre infectada al feto o al lactante.

Transmisión vertical

La transmisión vertical del VIH constituye el factor de riesgo más importante a que están expuestos los niños. Ocurre a través de la placenta durante el embarazo y probablemente durante el parto, como resultado del contacto con la sangre y los líquidos corporales contaminados. Además se ha demostrado que la transmisión puede ocurrir en el puerperio a través de la leche materna infectada.

Debido a que los mecanismos de transmisión perinatal no son aún muy claros, y los métodos de laboratorio comúnmente empleados para diagnosticar infección por VIH en lactantes no son confiables, es difícil precisar la tasa exacta de transmisión. Los estudios de laboratorio llevados a cabo en la sangre del cordón al momento del nacimiento no aclaran si el resultado positivo de ELISA se debe a los anticuerpos que la madre le pasó en forma pasiva a través de la placenta (inmunoglobulinas de clase IgG) o si dicho resultado es debido a una verdadera infección del producto.

Hasta el 25% de los lactantes será falso positivo hasta cumplir el año de edad debido a los anticuerpos maternos, y un porcentaje bastante similar de niños será falso negativo cuando se estudian sólo con la prueba habitual de laboratorio. El método de laboratorio más confiable para confirmar la infección del recién nacido es el cultivo del virus; esto explica las grandes variaciones en las tasas notificadas, cuyos valores en la literatura oscilan entre 0 y 70%. La tasa de transmisión correcta se encuentra probablemente entre 20 y 60%, según el estado de salud de la madre, siendo mayor en aquellas mujeres que se encuentran en una fase más avanzada de la enfermedad debido a que el número de virus activos es mayor.

Transmisión intrauterina

Diversos estudios apoyan la existencia de la transmisión intrauterina del VIH. Aún se desconoce el período exacto en que el virus infecta al feto; sin embargo, el VIH se ha detectado en tejidos fetales a las 15 y 20 semanas de gestación. Las mujeres infectadas por el VIH tienen el doble de abortos espontáneos que las mujeres no infectadas, y esto ocurre fundamentalmente en el primer trimestre del embarazo. Recientemente se ha descrito un síndrome dismórfico en los hijos de las madres infectadas por el VIH, aunque este no ha sido confirmado por otros estudios.

Transmisión durante el parto

Debido a que el VIH se ha aislado de las secreciones cervicales, se considera que éstas pueden ser una fuente de infección; esta vía de transmisión es común en otras enfermedades virales como el citomegalovirus y el virus del herpes simple. Para reducir este riesgo algunos recomiendan practicar cesárea a las mujeres infectadas por el VIH, aun cuando no existen pruebas suficientes de que esa práctica reduzca el riesgo de transmisión del VIH al recién nacido.

Transmisión por medio de la leche materna

El calostro y la leche materna contienen concentraciones elevadas de VIH, habiendo demostrado ya cinco casos de transmisión del virus por esta vía. además se ha notificado la transmisión por esta vía de otro retrovirus: el virus T linfotrópico humano tipo I (VTLH-1). En todos estos casos la madre había sido infectada en fecha reciente por una transfusión de sangre contaminada por el VIH. Un estudio reciente reveló que los lactantes menores de un año amamantados por madres infectadas por el VIH permanecieron libres de infección durante todo ese tiempo. En los países desarrollados tal vez convenga seguir las pautas de los Centros de Control de Enfermedades de Estados Unidos, en las que se recomienda que las mujeres infectadas dejen de amamantar a sus hijos. Sin embargo, en los países en desarrollo la principal causa de muerte directamente relacionada con la lactancia artificial es la diarrea, y no el SIDA, por lo que algunos investigadores sugieren que hasta que no se disponga de mayor información, sería conveniente que las mujeres infectadas que habitan en las regiones pobres del mundo continuaran amamantando a sus hijos.

Por lo que toca a la transmisión del VIH en niños en los últimos dos años la proporción de casos atribuibles a transmisión vertical, es decir, de niños cuyas madres están infectadas, se ha incrementado de 60% aproximadamente en 1992, a 81.2% en 1996.

Con la información anterior es posible asegurar que los efectos de este padecimiento no sólo trascienden la esfera individual, sino que se presentan como una seria amenaza para la estabilidad de las familias. El diagnóstico de seropositividad en algún miembro de la familia no sólo tiene consecuencias físicas y emocionales en el enfermo, sino también en las mujeres del hogar que cumplen los papeles de proveedoras de cuidados de salud. Adicionalmente, su presencia en la unidad doméstica suele significar un serio revés para la familia en su

conjunto, ya que cuando esto ocurre, el estrés, la angustia y la ansiedad se instalan en los espacios domésticos, violentando en muchas ocasiones el comportamiento psicológico de los miembros de la familia.²¹

Socialmente la percepción que se tenía del problema del SIDA -como problema exclusivo de los homosexuales - se ha ido modificando conforme se aprecia un aumento paulatino de infecciones entre la población heterosexual. Por ahora es claro que el volumen de mujeres infectadas por VIH va en constante aumento y que, si continúa la tendencia, es posible que en pocos años iguale y hasta supere al de los hombres, como de hecho ya está ocurriendo en Africa. El impacto que ha tenido en la población este incremento, ha permitido hacer visible ante la sociedad la vulnerabilidad de las mujeres, misma que se vincula estrechamente con su situación de género -determinada en gran medida por las formas de asumir y practicar su sexualidad-, a factores socioeconómicos y culturales y a su posición en la esfera familiar.

La prevalencia del SIDA en la población femenina es una amenaza a los progresos logrados hasta ahora en las condiciones de salud de las mujeres. El desafío es de enorme magnitud; enfrentarlo requerirá la colaboración social en su conjunto y especialmente de las mujeres, por su importante papel dentro de la familia²²

2.6. GRUPOS DE RIESGO

En un sentido estricto, casi cualquier persona puede desarrollar el SIDA si se expone a sangre infectada o productos hematológicos; sin embargo, la epidemia ha destacado a algunos individuos con mayor riesgo de adquirir la enfermedad:

²¹ El Médico frente al SIDA CONASIDA.. p p. 47-54.

²² Vandale Susan Mujeres y Vulnerabilidad para el VIH/SIDA. pp. 175-191.

- 1.- Varones homosexuales o bisexuales.
- 2.- Toxicómanos que utilizan drogas intravenosas y comparten agujas hipodérmicas.
- 3.- Hemofílicos que han recibido productos hematológicos infectados.
- 4.- Pacientes con transfusiones de productos hematológicos infectados.
- 5.- Compañeros heterosexuales de pacientes con SIDA o los infectados con virus de inmunodeficiencia humana (HIV).
- 6.- Lactantes de padres con SIDA.
- 7.- Casos relacionados con Africa Central.
- 8.- Haitianos

Probablemente, la razón por la que se han afectado estos grupos particulares refleja el modo de transmisión de la infección y proporciona algunos indicios sobre el o los agentes causales relacionados.

2.6.1. Varones Homosexuales o Bisexuales.

Se piensa que en homosexuales el riesgo de contraer SIDA se relaciona con la exposición a semen o sangre durante las relaciones sexuales anales y con múltiples compañeros casuales o anónimos (más de 50 por año). Fuera de Africa, 90 a 95% de los casos de SIDA ocurren varones y unos dos tercios de ellos han sido homo o bisexuales. Sin embargo es muy difícil hacer predicciones seguras ya que sólo vigilando los grupos de riesgo durante un tiempo considerable es posible obtener datos confiables.

Casi 90% de los varones homosexuales con SIDA han tenido entre 20 y 49 años al establecerse el diagnóstico y provienen de todos los principales grupos raciales.

En una encuesta de varones homosexuales con sarcoma de Kaposi en E.U.A., la mitad había tenido diez o más diferentes compañeros sexuales por mes, en comparación con un 17% de varones homosexuales sanos interrogados. El número de compañeros sexuales señalado por homosexuales varía de 1 a más de 1,000 por año.

La infección por el posible agente del SIDA dentro de la población homosexual indica que para su transmisión se requiere un contacto muy cercano, casi siempre la penetración en relaciones sexuales anales. También se relaciona con el uso de drogas ilícitas, mayores antecedentes de enfermedades de transmisión sexual y por lo general, aunque no siempre, con el estilo de vida de "disipaciones rápidas" de algunos homosexuales.

La Fundación Terrence Higgins es una institución de caridad establecida para informar, asesorar y ayudar sobre el SIDA, ofrece los siguientes consejos a homosexuales para reducir el peligro de contraerlo.

- a.- Tener relaciones sexuales con menos varones.
- b.- Evitar las relaciones anales, excepto quizá con los compañeros regulares.
- c.- Evitar el sexo con varones que han tenido relaciones sexuales en áreas de riesgo alto en los últimos tres años.
- d.- Tener relaciones sexuales con varones que tienen pocos compañeros sexuales.
- e.- Como el posible agente del SIDA se ha encontrado en la saliva, tal vez la única relación sexual segura es la masturbación mutua, el frotamiento corporal y el besuqueo
- f.- Los homosexuales no deben dar sangre ni llevar una tarjeta de donadores de órganos.

Las relaciones sexuales anales son, por supuesto, una actividad de alto riesgo y la organización aconseja utilizar condones con un lubricante hidrosoluble, como jalea KY o Duragel.

2.6.2. Toxicómanos que utilizan drogas intravenosas

Entre los varones o mujeres heterosexuales que utilizan drogas intravenosas generalmente comparten las agujas utilizadas para inyectar las drogas entre varios toxicómanos y quienes utilizan drogas intravenosas "rentan" en las llamadas "galerías de tiro" . " El barboteo" o extracción e inyección repetida de sangre dentro de la jeringa pueden aumentar el riesgo de transmisión del SIDA . Un agente infeccioso puede transmitirse con facilidad utilizando agujas contaminadas con sangre para inyectar drogas, en forma similar a la transmisión de la hepatitis B Se ha demostrado que las víctimas del SIDA en este grupo son de un estado socioeconómico muy bajo .

2.6.3. Hemofílicos y otros receptores de productos hemáticos

Los hemofílicos deben recibir transfusiones regulares de los factores de coagulación que le faltan. Con mayor frecuencia es el factor VIII, aunque en ocasiones se requiere el factor IX ,o incluso ambos.

El tratamiento tiene como fin restituir los factores de coagulación.

Se requiere muchísimas donaciones de plasma (varios miles) para manufacturarlos concentrados del factor VIII o IX .En consecuencia, una persona con hemofilia debe exponerse a decenas de millares de donadores cada año. Se ha establecido que el riesgo por transfusión sanguínea es al rededor de 1 a 100,000 , o sea un riesgo relativamente bajo pero que no obstante preocupa.

2.6.4. Compañeros heterosexuales de pacientes con SIDA

Diversos estudios sugieren que el SIDA puede transmitirse en forma heterosexual, en la mayor parte de las mujeres es porque han tenido relaciones sexuales con varones que tienen SIDA o que pertenecían a un grupo de riesgo. Algunos estudios han demostrado la transmisión del posible agente del SIDA entre hemofílicos y sus compañeros heterosexuales los casos de heterosexuales están

umentando ; la razón de masculinidad ha pasado de treinta hombres por mujer en 1986,ha seis hombres por mujer en 1996. Otra manera de transmisión heterosexual es la consecuencia de relaciones habituales con un compañero estable infectado, y por compartir agujas con otras personas adictas o por transfusión sanguínea.

También la prostitución tanto femenina como masculina, implica riesgos elevados de infección debido a la actividad sexual con múltiples parejas que tienen las personas que la practican . ²³

2.7. FASES DE LA INFECCION POR VIH Y LA ENFERMEDAD DE SIDA (Etapas)

Cuando el VIH entra al organismo, se dice que la persona está **infectada**, aunque se sienta completamente sana y no se le note nada. El sistema inmune o de defensa produce anticuerpos contra el **virus**, pero en el caso del VIH no son capaces de destruirlo. Estos anticuerpos pueden detectarse con un análisis de sangre para saber si existe la **infección**.

Si la prueba de laboratorio en el **SUERO** de la sangre resulta **POSITIVA**, porque si hay anticuerpos, se dice que la persona está infectada y se le llama **SEROPOSITIVA**.

ESTO NO DEBE CONFUNDIRSE CON EL TIPO DE SANGRE de cada persona, que se clasifica con algunas de las letras A, B, O y con uno de los signos Positivo o Negativo (por ejemplo: **A-**, **O+**, que se leen A Negativo y O Positivo).

Por lo general, las personas seropositivas o infectadas no tienen padecimientos ni molestias. Sin embargo, ya pueden contagiar a los demás, aunque no tengan síntomas. Por esto, el número de contagiados aumenta rápidamente, porque muchos de ellos no saben que están infectados por el VIH y

²³ Daniel G. Víctor, SIDA, pp. 16-39

lo transmiten sin darse cuenta, por las formas o vías que ya se mencionaron. La única forma segura de saber que una persona está infectada por el VIH o enferma de SIDA es a través del análisis de sangre y consultando a un médico.

El tiempo que transcurre entre la **infección** y la manifestación del SIDA puede ser muy largo y depende, en cada persona, de varios factores que tienen que ver con su salud física y mental, es decir, con:

- * La buena calidad y el orden de sus comidas
- * El suficiente descanso y sueño
- * La permanencia en su trabajo
- * No consumir tabaco, alcohol y otras drogas
- * La tranquilidad
- El afecto, apoyo y comprensión de quienes la rodean.

Tanto las personas infectadas sin síntomas como quienes ya están enfermas pueden contagiar a otras, si no toman las precauciones adecuadas.²⁴

²⁴ Ibidem, p.51.

FASES DE LA INFECCION (Etapas)

Fase	I	II	III	IV
Nombre	Infección aguda contagio	Infección asintomática portador asintomático	Linfadenopatía generalizada persistente	SIDA
Características	El virus entra al organismo	El virus se encuentra latente dentro de las células y sin causar daño.	Se activa el virus y las defensas comienzan a disminuir.	Las defensas bajan y el paciente es presa fácil de enfermedades oportunistas
Manifestaciones	Cuadro gripal. Estas manifestaciones varían de un paciente a otro. Pueden no presentarse.	No hay manifestaciones el paciente goza de una aparente buena salud.	se inflaman los ganglios de distintas partes del cuerpo.	Se presentan las manifestaciones específicas que se detallan en el siguiente cuadro.
Duración	Semanas	Años	Meses	Meses o años
Resultado del examen de detección del VIH.	- (*)	+	+	+ 0
	(*) En esta etapa se presenta el periodo de ventanas, que en promedio tiene una duración de 6-8 semanas en las cuales no se detectan todavía los anticuerpos contra el VIH.			

NOTA.- Clasificación de acuerdos CDC Atlanta.

2.7.1. Periodo de ventana

Este periodo se ubica dentro de la primera etapa de la infección y corresponde al tiempo que transcurre entre la infección y la existencia de anticuerpos en cantidad suficiente o no tienen anticuerpos aun como para ser detectable es variable entre un paciente y otro en promedio tiene una duración de 6-8 semanas pero puede llegar a ser varios meses e incluso más de un año.

2.7.2 Enfermedades Oportunistas, signos y síntomas

Agentes	Sitios de Infección	Manifestaciones clínicas más comunes en el SIDA
PROTOZOARIOS Pneumocystis Carinii Toxoplasma gondii Giardia lamblia Entamoeba histolytica Cryptosporidium enteritis	Pulmones Cerebro Ganglios linfáticos, sangre Intestino y vías biliares Intestino, hígado Intestino	Neumonía Abscesos Infecciones diseminadas * Diarreas Diarrea Diarrea
VIRUS Herpes simple Citomegalovirus Epstein-Barr	Boca, genitales, glúteos, manos. Pulmones Ganglios linfáticos, hígado, sangre Ojos Intestino Sangre, cerebro, hígado ganglios linfáticos.	Lesiones ulcerosas Infecciones diseminadas * Neumonía Infecciones diseminadas * Retinitis Colitis Infecciones diseminadas *
BACTERIAS Salmonella (varias) Shigella flexneri Mycobacterium tuberculosis Mycobacterium avium intracellulare HONGOS Cryptococcus neoformans Aspergilosis Histoplasmosis Candida albicans	Intestino Sangre Intestino Pulmón Hígado, ganglios linfáticos, bazo, médula ósea. Cerebro Pulmones Piel Pulmones, cerebro Pulmón, piel, ganglios linfáticos. Boca, garganta, esófago	Diarrea Septicemia Diarrea Tuberculosis Linfadenopatía e infecciones diseminadas * Meningitis Neumonía Infecciones diseminadas * Neumonía e infecciones diseminadas * Neumonía e infecciones diseminadas * Algodoncillo bucal y esofagitis.

* Las infecciones diseminadas indican afección de pulmones, múltiples ganglios linfáticos y otros órganos internos.²⁵

²⁵ Ibidem . p. 51

2.7.3. Manifestaciones clínicas del SIDA

El virus activado se está replicando, afectando a las células del sistema Inmunológico, por lo que bajan las defensas del organismo, haciendo que se presenten manifestaciones específicas como son:

a. Síndrome de desgaste (desgaste físico):

Pérdida de peso del 10 al 15% del peso total, en menos de un mes.

Fiebre, principalmente nocturna de más de 39°C. por más de un mes; diarreas con cinco o más evacuaciones líquidas semilíquidas al día; por más de un mes; debilidad y cansancio; ganglios linfáticos inflamados de 1cm. o mayores por lo menos durante tres meses; afecciones cutáneas (Sarcoma de kaposi) manchas nuevas de color rosa o violeta, planas o elevadas con un moretón o vejiga con sangre; tos no productiva de varias semanas de duración.

b. Infecciones oportunistas graves de difícil tratamiento o recurrente y en diferentes partes:

- ⇒ **En boca:** en enclías gingivitis), algodoncillo (candidiasis o úlceras).
- ⇒ **En piel:** infecciones por herpes o causadas por hongos (micosis).
- ⇒ **En vías respiratorias:** tuberculosis o neumonías, como la causada por el **Pneumocystis Carinii** (pulmonía).
- ⇒ **En vías digestivas:** cuadros diarreicos provocados por una gran cantidad de microorganismos.
- ⇒ **En ojos:** daño provocado por virus como el Citomegalovirus causante de ceguera irreversible.

c. Síndromes neurológicos, alteraciones físicas o cambios en el comportamiento del individuo:

- ⇒ **Físicos:** falta o aumento en la sensibilidad de alguna parte del cuerpo, movimientos involuntarios, convulsiones o incapacidad de movimiento.
- ⇒ **De conducta:** cambios repentinos de carácter sin razón aparente, pérdida de la memoria y finalmente pérdida de la razón.

⇒ **Neoplasias secundarias (cánceres):**

El paciente con SIDA puede presentar con cierta frecuencia uno de los dos tipos de cánceres: Sarcoma de Kaposi (cáncer en vasos sanguíneos), que afecta principalmente la piel y las mucosas como las de la boca, y el Linfoma, que es un cáncer del tejido linfático (ganglios o cadenas de ganglios, bazo, etcétera)

2.8. METODOS DE DIAGNOSTICO.

2.8.1. Pruebas de laboratorio.

Existen diferentes técnicas de laboratorio para detectar la presencia de infección por VIH en un individuo. La mayoría de ellas se agrupan en dos tipos básicos:

1) directo, el cual permite identificar al virus por sus antígenos, su material genético o su aislamiento y caracterización, y 2) indirecto, por la detección de anticuerpos anti-VIH en el suero, plasma o líquido cefalorraquídeo. Estos estudios determinan si la persona ha sido infectada por el VIH y no diagnostican el SIDA, cuyo diagnóstico se basa en la sintomatología del paciente.

2.8.2. Pruebas presuntivas o de tamizaje.- prueba de ELISA o EIA.

Existen distintas pruebas de laboratorio para detectar anticuerpos anti-VIH en la sangre del paciente. La mayoría de ellas se basa en un tipo de estudio denominado **ELISA o EIA**, que significa estudio inmunoenzimático. Las pruebas de ELISA consisten en una serie de reacciones entre el antígeno viral y el anticuerpo del paciente, cuyo producto final proporciona una reacción con color. Es positivo cuando se obtiene un nivel de color similar o mayor a uno preestablecido como positivo.

La técnica de ELISA es rápida (habitualmente los resultados se obtienen antes de tres horas), económica y permite estudiar un gran número de muestras. Se

requieren 3 ml de sangre sin anticoagulantes y no es necesario que el paciente esté en ayunas, pero debe abstenerse antes del estudio de ingerir una comida copiosa o que contenga grasa. El individuo que posee anticuerpos contra el VIH se denomina **“seropositivo”** y el que no los posee, **“seronegativo”**. El tiempo que toma para que un individuo se vuelva seropositivo a partir del contagio es de dos a doce semanas, pudiendo tardar hasta seis y doce meses. Este lapso se conoce como **“ventana”**, y su importancia radica en que el estudio practicado durante este momento resulta negativo, con las consecuencias consiguientes. El momento en que el individuo se vuelve seropositivo se conoce como **“seroconversión”**. Así como la técnica de ELISA puede dar falsos positivos (de 2 a 11%, según el fabricante), también puede dar resultados falsos negativos (de 0 a 15%, asimismo según el fabricante). Los falsos positivos pueden presentarse en pacientes con trastornos autoinmunes, mujeres con embarazos múltiples y otros. Los falsos negativos pueden deberse a que el estudio se practicó antes de que el individuo produzca anticuerpos (durante la etapa de la **“ventana”**), a defecto del reactivo o a error técnico.

2.8.3 Pruebas confirmatorias

El propósito de las pruebas confirmatorias es el diferenciar los falsos positivos de los verdaderamente infectados por el VIH. En el momento actual se cuenta con diversas pruebas confirmatorias: inmunofluorescencia indirecta (IFA), western-blot (WB), radioinmunoanálisis (RIA), radioinmunoprecipitación (RIPA), cultivo del VIH y otras. Las más ampliamente utilizadas son las dos primeras: IFA y WB.

A diferencia de la prueba de ELISA, que da resultados **“positivos”** o **“negativos”**, la prueba WB proporciona un perfil de anticuerpos presentes en la muestra de sangre estudiada. Por ello se la considera como el indicador más confiable. Esta prueba presenta problemas, tales como interpretación de resultados, diferencias de resultados entre diversos laboratorios, y resultados falsos.

Actualmente, con el objeto de estandarizar la interpretación, se aceptan los siguientes criterios:

1) **“Resultado positivo”**: presencia de bandas de anticuerpos contra las proteínas virales (antígenos) codificados por los tres genes principales (gag, pol y env.).

2) **“Resultado negativo”**: ausencia de bandas.

3) **“Resultado sospechoso”**: presencia de bandas de anticuerpos contra los genes principales o contra otros antígenos no virales. Con fines de diagnóstico, el resultado “sospechoso” deberá someterse a otra prueba confirmatoria, o se repetirá el estudio semanas más tarde.

La prueba de WB puede dar resultados falsos positivos por las mismas razones que la técnica de ELISA; es decir, por la presencia de anticuerpos contra proteínas con peso y carga similar a los de las proteínas virales (autoinmunidad, HILA, etcétera). Esto ocurre en uno a tres de cada 100 mil estudios. Los falsos negativos con la prueba de WB pueden deberse a títulos bajos de anticuerpos o a defecto en la calidad del reactivo.

Actualmente se recomienda rechazar las donaciones de sangres de individuos seropositivos con la técnica de ELISA, aun cuando la prueba de WB resulte negativa: muchos de estos serán positivos ²⁶

2.8.4. Pruebas especiales

Existen otras pruebas que se solicitan en casos particulares como son: la detección del virus, cultivo del HIV ,Prueba de Reacción en Cadena de la

²⁶ Ibidem, p.51

polimerasa (PCR), determinación de Ig A y conteo de linfocitos. Estas pruebas sólo serán solicitadas en caso necesario ²⁷

2.9. TRATAMIENTO Y ATENCION

2.9.1. Médico tratamiento específico de la infección por VIH-SIDA

Tratamiento Antirretroviral

El estadio clínico de la infección es un elemento muy importante para decidir iniciar tratamiento antirretroviral. Esto puede ser decidido midiendo los linfocitos CD4 o en presencia de una infección definitiva de SIDA.

Se recomienda que todo paciente tenga mediciones de linfocitos CD4 cada 6 meses. En algunos casos, especialmente cuando hay una rápida disminución del número de linfocitos, es recomendable practicarlos más frecuentemente.

Los antirretrovirales deben iniciarse en pacientes asintomáticos con linfocitos CD4 < 500/ul, y en aquellos pacientes sintomáticos, independientemente de la cifra de estos. El inicio de tratamiento en forma más temprana no ha mostrado, hasta ahora, disminuir la mortalidad; sin embargo, el desarrollo de nuevas técnicas para establecer el grado de replicación viral (carga viral) permitirán en el futuro decidir el momento más adecuado para iniciar el tratamiento. El número de moléculas de RNA en el plasma provee una medición directa de los títulos de viriones de VIH. En varios estudios se ha demostrado que el uso de retrovirales disminuye el número de viriones, y que el desarrollo de resistencia correlaciona con el aumento de los mismos. Por lo tanto, la terapia antiviral podría ser regulada dependiendo de la respuesta en términos de copias de RNA viral. No se recomienda hacer mediciones de RNA después de vacunación o en presencia de infecciones oportunistas, ya que estas producen elevaciones transitorias de las mismas.

²⁷ Guía para enfermeras en la atención del paciente con VIH/SIDA CONASIDA. p.6.

La decisión sobre el antiviral depende además de si el paciente ha utilizado o no antivirales previamente, y su historia de intolerancia y/o toxicidad. En pacientes con <500 linfocitos CD4/ul vírgenes a tratamiento, se recomienda iniciar ddI o zidovudina + ddI. Los estudios recientes confirman la superioridad del ddI solo, comparado con zidovudina, por lo que esta última no deberá utilizarse como monoterapia.

La intolerancia a alguno de los medicamentos es indicación para cambiar a otro de los antirretrovirales. Asimismo, la evidencia de progresión durante el tratamiento sugiere la necesidad de emplear combinaciones de ddI, ddC, ó alguno de los inhibidores de la proteasa con zidovudina.

Medicamentos Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa.

A este grupo pertenecen los primeros medicamentos que estuvieron disponibles para la infección por el VIH/SIDA. Inhiben a la enzima transcriptasa reversa, esencial para la replicación viral:

***Zidovudina o AZT (Retrovir).**

Fue el primer medicamento disponibles y demostró en estudios doble ciego, comparados contra placebo, aumentar la sobrevida y disminuir la frecuencia de complicaciones por microorganismos oportunistas. Las dosis recomendadas son de 500-600 mg/día (repartidos en 2 o 3 dosis al día). Los efectos tóxicos se relacionan con su capacidad de inhibir a otras DNA polimerasas, y se manifiestan por anemia y leucopenia. Además puede producir: cefalea (que mejora al cabo de unas semanas), dolores musculares, disminución del apetito y meteorismo.

Es necesario practicar biometrías hemáticas y pruebas de funcionamiento hepático periódicamente. Hoy en día su principal utilidad es en combinación con otros antivirales.

***Didanosina o ddl (Videx).**

En la actualidad es el único que se puede utilizar como monoterapia o en combinación con Zidovudina en pacientes vírgenes a tratamiento. La dosis recomendada es de 2 tabletas de 100mg c/12 hrs. Sus efectos tóxicos incluyen: pancreatitis, neuropatía, náusea, dolor abdominal, exantema, hiperglicemia, hiperuricemia, cefalea, insomnio, elevación de los niveles de triglicéridos y amilasa.

Zalcitabina o ddc (Hivid).

Antirretroviral con actividad similar a la de la zidovudina. Su principal indicación es, en combinación con zidovudina, en aquellos pacientes que tienen datos de progresión o toxicidad. La dosis recomendadas es de una tableta de 0.75 mg. tres veces al día. Los efectos tóxicos más comunes son neuropatía periférica y pancreatitis. Es importante estar alerta ante la presencia de dolor abdominal.

Otros efectos colaterales son: cansancio, cefalea, dolores musculares y articulares, úlceras orales, náusea y anorexia. En ocasiones aparecen lesiones en piel o comezón que desaparecen después de unas semanas de iniciado el tratamiento. Es necesario practicar biometría hemática, pruebas de funcionamiento hepático y determinación de amilasa cada dos a tres meses en pacientes estables.

Lamivudina o 3TC.

Pertenece al grupo de los inhibidores de la transcriptasa reversa. Nunca debe usarse como monoterapia. Los efectos colaterales incluyen cefalea, fatiga, insomnio, neuropatía periférica, dolores musculares, úlceras orales y exantema. La dosis recomendada es de 150 mg c/12 hrs. o 2 mg/Kg c/12 hrs en menores de 50 kg.

*** Stavudina o D4T (Zerit).**

Este inhibidor de la transcriptasa reversa es el que presenta menor toxicidad medular. Su actividad es antagonista *in vitro* de la zidovudina, por lo que no deben administrarse juntos. La dosis recomendada es de 40 mg c/12hrs. Sus efectos secundarios son la neuropatía (15%), náusea, vómitos, dolor abdominal, diarrea, pancreatitis (1%); puede producir alteraciones del sueño y elevación de las enzimas hepáticas.

Inhibidores de la proteasa:

Este grupo de fármacos interactúa con un gran número de medicamentos, entre ellos la rifampicina y la rifabutina, por lo que no deben administrarse simultáneamente

***Indinavir (Crixivan).**

Su principal indicación es en tratamiento combinado con zidovudina, o con zidovudina + ddl, ddC ó 3TC en pacientes con datos de toxicidad o progresión. La dosis recomendadas son 800 mg c/8 hrs., una hora antes o dos horas después de los alimentos. Sus efectos secundarios son: hiperbilirubinemia nefrolitiasis, elevación de las transaminasas, exantema y piel reseca. Debe incrementarse la ingesta de líquidos de 1 a 2 litros diarios.

*** Ritonavir (Norvir)**

Al igual que el anterior, su principal indicación es en combinación con inhibidores de la transcriptasa reversa en pacientes con toxicidad o progresión. Las dosis recomendadas son de 1,200 mg/día. Sus efectos colaterales son: náusea, vómito, debilidad, diarrea, transaminasemia, hiporcolesterolemia, hipertrigliceridemia y parestesias.

Saquinavir (Invirase).

Las dosis recomendadas son de 1,800 mg/día. Sus efectos colaterales son: náusea, vómito, y dolor abdominal. Debe utilizarse en forma combinada con antirretrovirales. El Ketoconazol aumenta sus niveles plasmáticos. Es el menos potente clínicamente pero también tiene menos efectos colaterales e interacciones medicamentosas.²⁸

2.9.2 Atención de Enfermería

Atención de Enfermería en pacientes externos con SIDA

Uno de los principios fundamentales de la Atención Primaria de Salud es el deber, por parte del personal de salud, de facilitar a la población información sobre los problemas de salud prevalentes y sobre todos los métodos para prevenirlos y combatirlos. Otro principio destaca que los individuos tienen la obligación de asumir la responsabilidad de los asuntos que atañen a su propia salud y sobre esta base, modificar su comportamiento tanto individual como colectivo. La observación de estos dos principios constituye un medio efectivo para frenar la propagación del HIV y otras enfermedades. Además de lo anterior, la enfermera debe seguir los principios que se derivan directamente de su trabajo y poseer una gran variedad de aptitudes y actitudes, incluyendo las de carácter pedagógico y de asesoría, para proporcionar una asistencia de calidad en donde sea necesaria, ya sea en el hospital o en el hogar del enfermo.

El individuo que adquiere la infección por VIH aparenta buen estado de salud durante varios años; al inicio de la infección las molestias son generales y no motivan la solicitud de atención en la mayoría de los casos. Durante esta fase se requiere de asesoría profesional para educar al individuo sobre las medidas que retrasan al máximo la aparición del SIDA y mejoran la calidad de vida.

²⁸ Guía para la atención Médica de Pacientes con infección por VIH/SIDA Sector Salud OPS/OMS . p.24

En la Consulta Externa la enfermera participa activamente con el equipo multidisciplinario de salud, siendo su participación de suma importancia. No todas las personas infectadas por HIV o con SIDA requieren de hospitalización; según su etapa de evolución existen tres alternativas de asistencia médica que son las siguientes:

- 1.- Si el paciente se encuentra asintomático o presenta molestias menores, se debe manejar a través de **Consulta Externa**.
- 2.- Si el paciente presenta síntomas que sean potencialmente graves, pero que no requieren de hospitalización (por ejemplo: esofagitis, diarrea aguda o crónica sin datos de deshidratación o desequilibrio hidroelectrolítico, déficit visual, Sarcoma de Kaposi y neuropatía periférica), se deberá manejar por médicos especialistas a nivel de **Consulta Externa**.
- 3.- Si el paciente muestra datos que obliguen a su hospitalización como cefalea intensa, fiebre intermitente o continua, con signos de desgaste, edema cerebral o cráneo hipertensivo, diarrea grave o complicada, desnutrición severa, dificultad respiratoria acompañada o no de neumonía, se debe **hospitalizar**.

Problemas Psicológicos en el adulto.

Control de Enfermería

- Presentación del paciente con el equipo de salud
- Actitud de aceptación
- Dar a conocer alternativas de tratamiento
- Apoyo psicológico permanente para disminuir angustia y depresión y favorecer la adaptación.
- Dar apoyo con tecnología médica avanzada
- Atención integral a la familia
- Respecto a los derechos del paciente

- Terapias de grupo (intra y extrahospitalaria) mediante el método Balint.
- Respetar la confidencialidad del diagnóstico
- Fomentar la cohesión familiar
- Mantener la esperanza
- Reeducar al paciente par cumplir metas diarias
- Permitir el apoyo espiritual (religión)

Atención a los problemas: Digestivos, Síndrome de desgaste, déficit nutricional, por diarrea, náuseas, vómitos y anorexia

NO	Deshidratación	SI
Actividades		Actividades
Monitoreo de signos vitales		Monitoreo de signos vitales.
Reponer por vía oral las pérdidas de heces y vómitos con suero vida oral		Mantener hidratación con suero vida oral.
Proporcionar dieta sin irritantes con alto contenido de potasio y escasos residuos (disminuyendo cantidades y aumentando la frecuencia de la ingesta)		Si hay desequilibrio hídrico, hidratar por vía parenteral Balance de líquidos
Administrar medicamentos indicados		
Colectar muestra para coproparasitoscópico y cultivo de heces		
Colaborar con la endoscopia rectal		

Atención a los problemas Respiratorios ²⁹

Manifestaciones	Actividades
Tos	Terapia respiratoria
Sibilancias	Masaje percutorio y vibraciones
Disnea de mediano esfuerzo.	Presión positiva intermitente (si está indicada Humidificación)
Palidez	Drenaje postural
Cianosis	Oxigenación con puntas nasales o tienda facial
Sesiones de tos	Colectar esputo para análisis
Ansiedad	
Taquicardia	Administrar medicamentos indicados
Bradycardia	
	Colaborar en estudios gasometrías, broncoscopias y biopsias.
	Oxigenación al 100%
	antes, durante y después del procedimiento de aspiración de secreciones.
Evaluación periódica y registro en formatos	Si hay insuficiencias respiratoria aguda y grave evaluar en forma interdisciplinaria la asistencia ventilatoria
	Orientar al paciente y a la familia sobre signos y síntomas respiratorios de alarma
	Tomar en cuenta el último aspecto en el Plan de Alta.

²⁹ Guía para Enfermeras en la atención del paciente con HIV-SIDA, Hospital infantil de México. pp 65

2.9.3. Precauciones Universales o Precaución Estandar

Precauciones Universales para la prevención del VIH/SIDA.

En la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y control de Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (NOM-001-10-SSA2-1993), se utiliza el término "Precauciones Universales" para referirse a las normas que deben de seguirse en la atención de pacientes dentro de hospitales y clínicas. Recientemente esta terminología ha sido modificada y en la actualidad se habla de "Precauciones Estándar".

El concepto fundamental de las Precauciones Estándar es que todos los pacientes deben ser considerados como potencialmente infecciosos, por lo que en el manejo de sangre y líquidos corporales, éstos deberán considerarse como infectantes.

Los líquidos considerados de alto riesgo para transmisión de VIH, hepatitis B, Hepatitis C y otros son:

- * Sangre
- * Líquido amniótico
- * Líquido pericárdico
- * Líquido peritoneal
- * Líquido pleural
- * Líquido sinovial
- * semen
- * secreciones vaginales
- * Leche materna
- *Líquido cefaloraquídeo

La saliva, sudor, lágrimas, orina, vómito heces y secreciones bronquiales no se consideran de alto riesgo (para la transmisión de VIH), a menos que esté contaminados con sangre. Sin embargo, todos los líquidos orgánicos deberán manejarse de la misma manera.

Las recomendaciones de las **precauciones estándar** son:

Lavado de manos

Siempre lavarse las manos antes y después de tener contacto con pacientes.

Guantes

Usar guantes siempre que exista la posibilidad de tener contacto con líquidos y secreciones corporales, mucosas o piel no intacta. Las intervenciones quirúrgicas deberán realizarse con doble guante.

Batas

Deberá usar bata, delantal o ropa impermeable cuando exista la posibilidad de salpicaduras o contaminación de la piel con líquidos de alto riesgo, por ejemplo en cirugía.

Máscaras o lentes

Deberían utilizarse cuando se anticipe la realización de procedimientos que puedan producir salpicaduras como endoscopías, cirugía, procedimientos dentales, etc.

Prevención de heridas con material punzocortante

Las agujas y materiales punzocortantes deberán ser desechados en contenedores rígidos no perforables. Dichos contenedores deben estar disponibles en todas las áreas del hospital o consultorios. Los contenedores deberán ser manejados después, de acuerdo a las instrucciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-1995.

Nunca se deben reencapuchar las agujas, pero si es indispensable hacerlos entonces se deberá colocar la tapa de la aguja en una superficie sólida (ej.: mesa) y la tapa se deberá colocar con una sola mano.

Esterilización.

Todos los instrumentos contaminados con sangre o material biológico deberán ser tratados inicialmente con solución de hipoclorito de sodio (blanqueador casero), diluido 1:10 para posteriormente ser utilizados. Debe vigilarse periódicamente la calidad de la esterilización.

Contaminación ambiental.

Las superficies contaminadas deben ser limpiadas con agua y jabón y posteriormente desinfectadas con solución de hipoclorito de sodio (blanqueador casero) en dilución de 1:10 a 1:100, dependiendo de la cantidad y características de la contaminación. Con alcohol 70% o con agua oxigenada.

Manejo de ropa

En general el VIH es poco transmisible. Diversos estudios calculan el riesgo de transmisión en trabajadores de la salud en 0.3%, luego de punción accidental con una aguja contaminada. En comparación, el riesgo de transmisión del virus de la hepatitis B por el mismo accidente puede ser superior al 5%. es por ello que el paciente no requiere de aislamiento o manejo en un cuarto especial por el solo hecho de tener infección por VIH, sino que habrá que seguir únicamente los lineamientos de "precaución estándar" de rutina en el manejo de cualquier paciente hospitalizado.

Sin embargo, los pacientes con VIH pueden requerir hospitalización por alguna infección oportunista que si es transmisible, como es el caso de la tuberculosis, por lo que deberán seguirse las precauciones adicionales ante infecciones concurrentes con riesgo transmisión hospitalaria. Es importante mencionar que la

toxoplasmosis, la infección por CMV o EBV, la criptococosis y muchas otras infecciones oportunistas en el paciente con VIH/SIDA no requieren de medidas de aislamiento adicionales.

Finalmente, todo paciente con síntomas respiratorios requiere de una placa de tórax y aislamiento respiratorio hasta que no se haya descartado la posibilidad de infección por micobacterias mediante 3 baciloscopias.

Accidentes en Personal de Salud.

Todo hospital debe contar con una oficina para el manejo de exposición de trabajadores de la salud a infecciones contagiosas. Una de sus actividades incluirá el aconsejar y manejar la exposición a sangre de pacientes portadores del VIH. Aunque es bajo, el riesgo de adquisición de infección por VIH después de una exposición ocupacional por instrumentos punzocortantes se ha estimado que es de 0.3%. Se calcula que en nuestro país ocurren alrededor de 20 casos de infección ocupacional por año.

Si ha ocurrido exposición a sangre o líquidos sanguinolentos se deberán seguir las siguientes medidas:

- 1.- Suspender inmediatamente toda actividad
- 2.- Exprimir la herida para que sangre.
- 3.- Lavar con agua y jabón abundantemente
- 4.- Acudir al servicio responsable del hospital
- 5.- Tomar muestras Basal para detección de VIH y hepatitis B y C en el trabajador.
- 6.- Evaluar la necesidad de profilaxis
- 7.- Dar apoyo psicológico
- 8.- Constatar por escrito el incidente

9.- Recomendar que se eviten las Relaciones sexuales sin la protección de condón.

De acuerdo al grado de exposición las lesiones se clasifican en alto, mediano, y bajo riesgo.

Se consideran lesiones de **alto riesgo** aquellas con agujas huecas contaminadas con sangre proveniente de pacientes con infección por VIH terminales (donde la carga viral en sangre es alta) y que hayan ocasionado una herida profunda en la piel.

Se consideran de **mediano riesgo** si la punción se produjo con agujas de sutura u otras que produzcan lesiones no profundas.

Se considera de **bajo riesgo** el contacto de sangre o secreciones con piel y mucosas íntegras.

Para los accidentes de alto riesgo se recomienda el uso de Zidovodina 200mg. c/4 hrs, por 72 hrs y posteriormente 100-200 mg en cinco tomas al día por 25 días.

Es importante que dicho tratamiento se inicie dentro de las primeras dos horas o antes de las primeras 72 hrs. de ocurrido el accidente, ya que su eficacia posterior no está determinada. En el caso de lesiones de mediano riesgo se sugiere ofrecer el medicamento y discutir con el paciente los posibles beneficios del tratamiento. En lesiones de bajo riesgo no se recomienda tomar medicamentos. Además, en las dos primeras categorías se sugiere no donar sangre u órganos, o tener contacto sexual sin condón en los siguientes 6 meses.

Recientemente se ha sugerido, por la alta probabilidad de resistencia y la elevada eficacia del uso de medicamentos en forma combinada, el uso de terapia combinada en el caso de exposición de alto riesgo, sugiriéndose utilizar Zidovudina, etc e Indinavir por 4 semanas. La eficacia de dicho esquema no ha sido probada y no puede recomendarse aún en nuestro país.

En todo accidente ocupacional se deben tomar muestras basales (al momento del accidente) para VIH, hepatitis B y C. Posteriormente habrá que obtener controles a los 3, 6 y 12 meses.

Por último, el momento del accidente es un buen momento para recordar al trabajador de la salud las medidas que deberá seguir en el futuro para disminuir el riesgo de nuevos accidentes así como para asegurarse que el trabajador de la salud se encuentra al corriente en su vacunación para hepatitis B.³⁰

PRECAUCIONES ADICIONALES

Tipo de aislamiento	Padecimiento
AEREO: * Cuarto privado * uso de cubrebocas • transportar al paciente fuera del cuarto con cubrebocas	Tuberculosis Sarampión Varicela (H. zoster)
GOTAS: * cuarto privado * uso de cubrebocas	Tos ferina Meningitis por N. meningitidis plaga, neumonía
CONTACTO: * cuarto privado si hay incontinencia	Salmonella Cryptosporidium Clostridium Botulini

³⁰ Norma Oficial Mexicana, Sobre la prevención y el control del VIH/SIDA, México, 1995, pp. 10

2.9.4. Aspectos psicológicos de los pacientes con SIDA

Reacciones psicológicas en pacientes seropositivos

Las reacciones psicológicas de los pacientes seropositivos varían de acuerdo a su historia y patología predominante antes de saberse infectados; sin embargo, existen rasgos de personalidad observables en la mayoría de ellos, como pueden ser los depresivos y de ansiedad que aparecen asociados a las fases que Kubler Ross describe como propias del proceso que se presenta en pacientes con enfermedades terminales. K. Ross señala un proceso presente en la mayoría de pacientes cuando son informados de padecer una enfermedad incurable y mortal. Estas fases también son perceptibles en pacientes infectados por VIH, aunque con algunos cambios; no hay que olvidar su calidad de asintomáticos, y por el momento, se desconoce si se convertirán en casos de SIDA.

La primera fase se conoce como **negación**; en ella el paciente trata de evitar el dolor psíquico de saberse infectado; mantiene sus actividades y conductas previas a los resultados, lo que implica que continúe con actividades de alto riesgo, dando por descontado que puede presentar síntomas físicos y/o psicológicos, por lo que trata de evitar el contacto con cualquier especialista. Cuando el paciente ha elaborado el impacto inicial, empieza a hacer preguntas, las cuales deben ser contestadas de manera adecuada, es decir, informando sobre su real situación física, y evitando dar falsas esperanzas. Pasada la fase de negación, se vuelve irascible y difícil, desplaza su angustia, envidia y agresión a las personas que lo rodean; esta agresión puede ir dirigida hacia individuos en particular, o hacia la población en general, culpándolos de ser responsable de su enfermedad, cuestionándose constantemente “¿Por qué yo?”, lo que se conoce como la fase de **cólera**. Estas dos etapas son de singular importancia en el caso de pacientes diagnosticados como seropositivos, porque es precisamente en este período donde pueden infectar a otros.

La tercera fase es la de **pacto**; el paciente generalmente pacta con alguna forma sobrenatural de existencia o fuera de su realidad inmediata, maneja conscientemente parte de su conflictiva interna y pide un tiempo para intentar hacer cambios en su vida.

Cuando esta fase termina, el individuo entra en franca **depresión**, analizando sus pérdidas. La fórmula subjetiva es: "Lo he perdido todo, ahora el mundo no tiene sentido, estoy infectado". En este punto, la pérdida se debe a falta de suministros externos. En estos pacientes observamos que lo esencial es la carencia de suministros internos, y la fórmula es: "Lo he perdido todo porque no soy merecedor de nada, ni siquiera de vivir". Cuando los pacientes obtienen un resultado positivo, tratan de influir sobre las personas de su entorno para que les devuelvan la autoestima perdida, demostrando su desdicha y forzando su afecto. Así, existe una permanente necesidad de suministros afectivos que puedan elevar su autoestima, caracterizándose por su dependencia y su tipo narcisista en la elección de una pareja, teniendo a cambiar de compañía con frecuencia - de ahí que muchos pacientes desconozcan quién pudo haberlos infectados, cuando el medio de transmisión fue por vía sexual - Se empeñan en tener un "buen entendimiento", siendo incapaces de contribuir a ello, argumentando que "no son entendidos", se sienten desvalidos, sin esperanzas para un futuro próximo, sensación que suele ir en aumento cuando han tomado la decisión de no integrarse a ningún proceso terapéutico, junto a la posibilidad - en algunos casos no alejada de la realidad - de perder su trabajo, casa, amigos, familia, pareja, etcétera. La mayoría de las veces son pérdidas que ellos han provocado por el monto de angustia y/o culpa que sienten respecto a la infección. Este aislamiento social aparece por periodos que varían desde un par de semanas después de saberse infectados, hasta meses o incluso años; el aislamiento social está íntimamente ligado con las relaciones de tipo afectivo que el paciente haya podido desarrollar y mantener a lo largo de su vida; se caracteriza por miedo injustificado

de infectar a otros, lo que ocasiona que se alejen, evitando así cualquier tipo de contacto social normal.

A las pérdidas mencionadas se agrega la fantasía de los cambios que sufrirá su imagen corporal; dejarán de ser individuos sanos, atractivos, disminuirá su actividad sexual, habrán perdido la posibilidad de concebir un hijo y muy probablemente tendrán que enfrentarse o ya se enfrentaron a la pérdida de amigos que murieron o están próximos a morir por SIDA.

Aparece en algunos casos la homofobia como resultado de la culpa que sienten por haber infectado a otros, conociendo su condición de seropositivos. Algunos pacientes presentan ideas suicidas; éstas no surgen en el momento de conocer su resultado positivo, sino que aparecen en el transcurso del tratamiento, cuando empiezan a morir por SIDA amigos o personas que creen haber infectado, o bien al percatarse de que son excluidos de la sociedad.

Finalmente, surge la fase de **aceptación**; el paciente empieza a elaborar el duelo o la relación entre su realidad presente como enfermo y las pérdidas sufridas. Podrá nuevamente, dependiendo de su historia personal y patología predominante, hacer cambios estructurales en su aparato mental que le permitan incorporarse a la vida diaria con nuevos hábitos de conducta, enfrentando de una nueva manera los desafíos del mundo externo.

La angustia se encuentra presente en todas las fases descritas, se puede manifestar de diversas maneras, siendo las más frecuentes las quejas y las preocupaciones exageradas sobre su estado de salud, su futuro en la sociedad, con su pareja, y la irremediable incertidumbre de si desarrollarán síntomas y, por ende, serán desahuciados. Estas preocupaciones están acompañadas de ataques de pánico ante la falta de certeza del futuro próximo, presentando cuadros psicossomáticos importantes. Aquí es necesario un diagnóstico diferencial para descartar el desarrollo de síntomas propios de SIDA de aquellos secundarios

al estado emocional del paciente. Muchos de ellos corroboran su estado de salud, constantemente realizan pruebas de detección del virus en diversos laboratorios, para confirmar su diagnóstico, con la fantasía siempre presente de que: "Alguien se equivocó" y de que, por lo tanto, su resultado será negativo. Al confirmar o reconfirmar su condición de seropositivos, el estado de ansiedad aumenta, lo que los convierte en pacientes sumamente demandantes de los servicios tanto médicos como psicológicos.

Cuando la angustia va más allá de las capacidades yóicas del sujeto para manejarla, es recomendable la intervención de un especialista para un tratamiento farmacológico. Los períodos de impotencia sexual o de algún tipo de inhibición se atribuyen a la ansiedad del paciente; generalmente se debe a que necesitan reevaluar su actividad sexual en el pasado y considerar cómo será en el futuro, y qué medidas preventivas les son afines, ya que algunos llegan a vivir su sexualidad como una arma mortal.

En términos generales, los pacientes infectados por el VIH pasarán por estas fases. Cabe señalar que no todos los pacientes siguen este orden riguroso descrito por Kubler Ross; pueden tener regresiones importantes a fases anteriores.³¹

Tratamiento

Desde el punto de vista institucional, las psicoterapias individuales y de grupo han sido hasta el momento las más socorridas; esto se debe en gran medida no sólo a las posibilidades y limitaciones reales de las instituciones, sino también a las demandas planteadas por los pacientes y a las características propias de cada tratamiento.

³¹ Sepulveda, Amor, Jaime et al. SIDA, Ciencia y Sociedad en México pp. 209-201.

- 1) Intercambiar información sobre la infección por VIH, síntomas de SIDA, pruebas de detección de anticuerpos y medios de transmisión.
- 2) Dar oportunidad para que el paciente exprese su miedo, enojo y agresión, en un medio ambiente seguro, es decir, la institución misma.
- 3) Ser sensibles al dolor y entender las pérdidas del paciente, tanto internas como externas.
- 4) Investigar posibles sentimientos de culpa.
- 5) Descartar o confirmar la presencia de ideas suicidas.
- 6) Asistir e informar, a través de métodos que permitan reducir la angustia.
- 7) Investigar la presencia de mecanismos que permitan continuar con conductas de riesgo.
- 8) Estimular al paciente para que mantenga una buena calidad de vida.

La psicoterapia individual breve - de corto tiempo -, con pacientes infectados, favorece el uso de: 1) Técnicas diseñadas para disminuir ansiedad, culpa, tensión, etcétera. 2) Procedimientos de influencia directa para promover cambios específicos en la conducta del paciente. 3) Reflexión sobre las personas y las situaciones involucradas en la crisis. 4) Compresión dinámica. 5) Fortalecimiento yoico. Asimismo, se recomienda que por las limitaciones de una psicoterapia breve institucional, el terapeuta procure tener un plan de trabajo que contemple los siguientes puntos:

- 1.- Ayuda al paciente a comprender, en su totalidad, el significado de la prueba de detección de anticuerpos.
- 2.- Identificar la conductas de riesgo que el paciente tiene o tuvo en el pasado.
- 3.- Dar fuerza al paciente para descubrir sus miedos, fantasías y discutir su situación con otros pacientes.
- 4.- Ayudar al individuo a distinguir prioridades y a mantener así un buen equilibrio emocional.
- 5.- Informar sobre las consecuencias que acarrea evitar los servicios médicos y hacerlo consciente de que pueden aparecer síntomas en el futuro, así como la posibilidad de infección a otras personas.

- 6.- Explorar las relaciones tanto de pareja como familiares.
- 7.- Investigar características de su vida sexual actual.
- 8.- Promover el uso de medidas preventivas para evitar el contagio.
- 9.- Investigar la vida social, laboral y situación económica.
- 10.- Favorecer la relación transferencial para el éxito del tratamiento terapéutico.

La psicoterapia grupal favorece:

- 1) El sentimiento de que los componente del grupo no están solos y de que no son los únicos con problemas.
- 2) El altruismo, o sensación de que uno se ayuda a sí mismo ayudando a otros.
- 3) La identificación, es decir, se cambian conductas con el ejemplo exitoso de algún otro miembro.
- 4) La cohesividad, o sensación de aceptación incondicional y de pertenencia, la cual disminuye la soledad que los pacientes experimentan.
- 5) El proceso estimula el desarrollo de la alianza de trabajo entre los miembros para que acepten la ayuda.
- 6) El grupo **per** se estimula la discusión e incrementa la fuerza yoica del paciente mediante la aceptación de otros miembros o la identificación de los problemas. Lo anterior se basa en que nadie comprende lo que es estar infectado por el virus de Inmunodeficiencia humana, excepto otro paciente infectado.

En todo tipo de participación activa, las personas establecen dinámicas específicas. Es inevitable que ahí donde hay acción en grupo haya también interacción entre sus miembros. La interacción en estos grupos, debe tener límites. En ciertos periodos debe surgir un propósito común o un acuerdo (código del grupo), que subordine al grupo a un propósito tácitamente aceptado o codificado. Si las tensiones que se dan en su seno impiden el movimiento que

lleva hacia el objetivo grupal, pueden encontrarse siempre medidas que permitan resolver esas tensiones. Es frecuente que en un grupo se encuentren pacientes en distintas fases de elaboración; así el paciente en fase de cólera ayudará a romper la negociación de otro miembro, y aquel que ha alcanzado la fase de pacto se solidarizará con el terapeuta para ayudar a sus compañeros a avanzar hacia la inevitable depresión, que suele ser el prelude de la aceptación.

La motivación principal en cualquier tipo de tratamiento será la búsqueda de aceptación de la infección, así como el diálogo constante acerca de cómo manejar la sexualidad de cada integrante, a fin de poder obtener satisfacción sin que ello implique propagar el contagio.

Es indiscutible que la psicoterapia en cualquiera de sus modalidades forma una parte medular del tratamiento con pacientes infectados, para tratar de recuperar el equilibrio perdido al que todo ser humano aspira para promover su crecimiento, desarrollo y supervivencia en general.³²

2.9.5. Aspecto Social de las personas que viven con VIH/SIDA.

El SIDA ha suscitado apasionadas polémicas entre diversos grupos de la sociedad, y los argumentos a favor en contra de las medidas sanitarias adoptadas se han convertido en tema de discusión, en el que intervienen desde los grupos progresistas hasta los núcleos más conservadores de la sociedad mexicana.

En nuestro país el informe, descripción y análisis de esta singular enfermedad, ha sido objeto de múltiples actividades, tema permanente de actualización de las autoridades sanitarias y epidemiológicas del país, y ha estado bajo la supervisión constante por parte del sistema nacional de vigilancia epidemiológica. El SIDA es, sin duda, la enfermedad que ha ocupado mayor espacio en la prensa, y ha sido tema de numerosos programas radiofónicos y televisivos.

³² Ibidem p.69

La epidemia ha provocado, pues, una respuesta social intensa. Esta respuesta ha ido evolucionando lentamente desde la modalidad violenta y persecutoria hacia los grupos que se consideraban al inicio de la epidemia como los únicos responsables, a una algo más comprensiva y ecuaníme. Sin embargo, todavía siguen existiendo grupos, organizaciones sociales e individuos que consideran que el SIDA es una enfermedad denigrante, producto de un comportamiento inmoral y que, en consecuencia, los afectados "merecen" su suerte. Esta actitud, que ha provocado violaciones a los Derechos Humanos de los afectados e incluso de sus familiares, no sólo es injustificada, puesto que no existe riesgo de transmisión en la convivencia cotidiana, sino negativa desde la perspectiva y el control, dado que la información y las medidas preventivas que tenemos al alcance difícilmente se tomarán efectivas mientras esta actitud persista. Conviene insistir en que el SIDA es un problema de salud pública y no un problema moral.

La otra respuesta social.

El conocimiento de la enfermedad y el contacto con los que viven con el VIH o tienen SIDA, con sus familiares, amigos y conocidos, genera reacciones y posturas que, en forma creciente, involucran a más y más instituciones y personas en el problema.

Algunas instituciones tanto públicas como privadas se han visto necesidad de responder al problema y lo han hecho, en ocasiones, adoptando medidas coercitivas, desatendiendo las recomendaciones dictadas por CONASIDA y la Organización Mundial de la Salud. La realización de pruebas obligatorias, despidos, rechazo de solicitudes de empleo de ingreso a las mismas, ejemplifican este comportamiento.

También existen instituciones de educación de todos los niveles, tanto públicas como privadas, grupos de intelectuales, sindicatos, etc., que han respondido con

interés, sensibilidad y organización, y han expresado su apoyo y reconocimiento a las medidas y recomendaciones señaladas.

Es importante mencionar la diversa y variada respuesta individual que ha generado esta epidemia. En este sentido, existen numerosas personas que están actuando por su cuenta, y de manera espontánea, contribuyendo positivamente a la lucha, como voluntarios que trabajan en TELSIDA y en el Centro de Capacitación de CONASIDA creado por decreto presidencial en 1988, o con las ONGs; como son las: GOHL, Organización SIDA Tijuana, GIS-SIDA. la Fundación, Mexicana de la Lucha contra el SIDA, el Colectivo Sol, Ave de México, Compañeros de Ciudad Juárez, la Asociación Regional del Sureste, el Comité de Madres, Amigos y Familiares de Personas con SIDA en Guadalajara, Entre Amigos, Voz Humana, Proyecto Azomalli, entre otros.

La existencia de confederaciones de grupos como Mexicanos contra el SIDA, Conferencia de Organismos No Gubernamentales y la Red Nacional de Comunicaciones y Solidaridad Contra el SIDA, han logrado consolidarse y son una buena promesa de trabajo organizado a futuro.

Otras instituciones que han realizado diversos trabajos y han contribuido a la lucha contra el SIDA son: MEXFARM (Fundación Mexicana para la Planificación Familiar); IMIFAP (Instituto Mexicano de Investigación sobre Familia y Población); CORA (Centro de Orientación para Adolescentes); AMES, (Asociación Mexicana de Educación Sexual); FEMAP (Federación Mexicana de Asociaciones Privadas); COVAC (Centro de Apoyo a Mujeres Violadas); IMESEX (Instituto Mexicano de Sexología); entre otras.

Uno de los retos fundamentales que deben enfrentar quienes trabajan en la lucha contra el SIDA, dentro del gobierno o desde la sociedad civil, consiste precisamente en generar una respuesta mucho más intensa frente al problema.

Es necesario superar la paradoja que atinadamente señalara Jonathan Mann en la Conferencia Internacional sobre SIDA realizada en San Francisco en junio de 1990; "Para que el problema se convierta verdaderamente en un asunto general, debe llegar a ser también extremadamente personal".³³

2.9.6. Derechos Humanos de las personas que viven con VIH/SIDA

En los principios de la epidemia del SIDA predominó una avidez casi excluyente por descubrir al agente etiológicos, desarrollar los medios diagnósticos y terapéuticos más eficaces, seguidos por la elaboración de estrategias preventivas que incidieran sobre la transmisión de la infección. En dicho proceder, la discusión sobre los Derechos Humanos de los enfermos o infectados se mantuvo postergada debido, en gran medida, a que se desconocían las repercusiones de la enfermedad y la respuesta de la sociedad ante un problema de salud que amenazaba los espacios más protegidos de la intimidad: la sexualidad. En la actualidad, el punto central de la discusión gira en torno a los Derechos Humanos y los aspectos éticos de la identificación, el tratamiento y manejo de los enfermos de SIDA. Dicha discusión rebasa las áreas de la práctica médica y se inserta en la definición de sus repercusiones sociales, familiares y laborales. El interés por dicha área se agudiza por el surgimiento de actitudes discriminatorias en contra de los individuos infectados o los erróneamente clasificados como grupos de alto riesgo, que ven atacados sus derechos a la salud, a la libertad de trabajo, a la información, a la libertad de tránsito, a la seguridad jurídica, a la igualdad y a la libertad misma.

Estas reacciones descargan sobre los pacientes y sus familiares problemas ilegítimos que los llevan a la marginación, al ocultamiento y a la autodiscriminación, cuando la respuesta de la sociedad debería conducirlos hacia

³³ Sepulveda, Amor, Jaime. et al. SIDA y Derechos Humanos. pp. 8-12.

su reconocimiento como otro problema más de salud que requiere de atención médica, apoyo psicológico, asistencia social, jurídica y educativa. El permitir que continúen perpetrándose actos discriminatorios contra los infectados y enfermos de SIDA no sólo es lamentable en si mismo, sino que, además vuelve más complejo su abordaje como problema de salud pública y la instrumentación de programas preventivos y de atención eficaces.

Un principio básico para emprender las acciones específicas de prevención y control en cualquier enfermedad transmisible es la identificación de las personas infectadas y/o en riesgo de infectarse. En el caso del SIDA, el diagnóstico tiene implicaciones serias sobre el derecho a la confidencialidad del resultado: los individuos que aceptan realizarse la prueba necesitan estar convencidos de que el resultado no los pondrá en un riesgo adicional frente a la sociedad. Por otro lado, nadie puede ser obligado a realizarse la prueba sin su consentimiento. La fidelidad a esta concepción ha permitido establecer el control de los bancos de sangre y limitar la transmisión por vía sanguínea.

Esta breve enumeración de algunos problemas de orden general de la relación entre el SIDA y los Derechos Humanos tiene la pretensión de brindar un marco para la descripción y el análisis de la situación específica de nuestro país. ³⁴

La Situación en México

Existen en nuestro país numerosas denuncias de violaciones a los Derechos Humanos de quienes han sido directa o indirectamente afectados por la epidemia. Entre ellas podemos mencionar, según señala Moctezuma Barragán, presidente del Comité de Aspectos Jurídicos de CONASIDA **"La negativa de otorgarles educación, vivienda, servicios funerarios, etc.; la realización de exámenes**

³⁴ Barragán, G. Moctezuma. El SIDA y los Derechos Humanos. pp. 13-15.

de detección, sin contar con el consentimiento del interesado; la pretensión de aislarlos en albergues especiales; la prohibición de viajar a determinados países o, al menos, el impedimento de que obtengan la calidad de inmigrantes o residentes; el despido de los trabajadores infectados, así como el rechazo de sus solicitudes de empleo; la mala atención por parte de algunos profesionales de salud y, en ocasiones, la negativa de éstos a atender el enfermo; la divulgación indiscriminada de los resultados positivos de la prueba de detección del VIH, llegándose a extremos como la extorsión de la persona afectada, bajo la amenaza de hacer público su estado de salud, entre otras formas de discriminación”.

Las demandas de apoyo social que se reciben actualmente en CONASIDA, han obligado al consejo a generar repuestas que involucran a otros sectores y han planteado una revisión a fondo para poderlas satisfacer, toda vez que se prevé un futuro, seguramente, más complejo. Actualmente CONASIDA cuenta con un oficina de Orientación Social y Derechos Humanos a la que son canalizadas las personas que, a través de TELSIDA o de los Centros de Información, recurren a solicitar ayuda.

La negativa, de algunos servicios del Sistema Nacional de Salud a brindar atención o a internar a los pacientes, aún en caos graves; el maltrato a los mismos; la negativa a proporcionarles medicamentos, a alimentarlos cuando están incapacitados para hacerlo solos, a intervenirlos quirúrgicamente, a proporcionar a sus familiares información sobre el estado de salud del enfermo, entre otras muchas, son algunas de las razones por las que acuden a CONASIDA para solicitar su intervención.³⁵

³⁵ Ibidem , p. 77.

Ordenamientos Jurídicos

En relación a los ordenamientos jurídicos vigentes y los que deberán implementarse o modificarse en el futuro, existen dos corrientes de opinión, opuestas entre sí, según plantea Moctezuma Barragán. La primera pretende legislar para salvaguardar los derechos de la sociedad ante el infectado y sus posibles conductas ilícitas por encima de los Derechos Humanos de este último. La segunda, que es la que comparte CONASIDA y recomienda la OMS, considera que no sólo es posible enfrentar el SIDA respetando los Derechos Humanos de las personas involucradas, sino que es una exigencia de cuyo cumplimiento depende el éxito de la lucha contra la epidemia.

En la jurisdicción constitucional, el juicio de amparo resulta procedente para combatir algunos de los actos violatorios de los Derechos Humanos. El derecho penal establece dos tipos delictivos que pueden utilizarse, y que están contenidos en los artículos 363 y 350 del Código Penal, los cuales sancionan al que "...de alguna manera viole, con perjuicio de otro, los derechos establecidos por la Constitución General de la República en favor de las personas", y el que sanciona "la comunicación que se hace a otra persona, de un hecho cierto o falso, determinado o indeterminado, que pueda causarle deshonra, descrédito, perjuicio o exponerlo al desprecio de alguien".

Otro procedimiento ordinario se desprende del contenido del artículo 1916 del Código Civil que establece la figura jurídica del "daño moral".

En el caso del derecho laboral, la estabilidad en el empleo de las personas infectadas con VIH, y que no han desarrollado el SIDA, se encuentra protegida tanto por la Ley Federal del Trabajo como por la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.

La Ley Federal de Protección al Consumidor es también una herramienta eficaz ante violaciones a los Derechos Humanos de las personas con VIH, así como los

de sus familiares o amigos; por ejemplo en los casos en que se niega, por parte de funerarias, la prestación del servicio.

Los artículos en los que se sustentan los Derechos Humanos de los infectados por el VIH y enfermos de SIDA - que han servido de base para la elaboración de la **Cartilla de Derechos de las Personas que Viven con el VIH SIDA**, elaborada por la CNDH, CONASIDA y algunas ONGs, como GIS-SIDA, Mexicanos Contra el SIDA y Fondo para la Salud Comunitaria- son los siguientes:³⁶

Artículos Constitucionales

Artículo 1o. "En los Estados Unidos Mexicanos todo individuo gozará de las garantías que otorga esta Constitución, las cuales no podrán restringirse ni suspenderse, sino en los casos y con las condiciones que ella misma establece".

Artículo 3o. "La educación que imparta el Estado -Federación, Estados, Municipios -Tenderá a desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano y fomentará en él a la vez, el amor a la patria y la conciencia de la solidaridad internacional en la independencia y en la justicia".

Artículo 4o. "El varón y la mujer son iguales ante la Ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de Salubridad General, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.."

³⁶ Ibidem, p. 77.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Artículo 5o. " A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le encomienda, siendo lícitos. El ejercicio de esta libertad sólo podrá vedarse por determinación judicial, cuando se ataquen los derechos de tercero, o por resolución gubernamental, dictada en los términos que marque la Ley, cuando se ofendan los derechos de la sociedad..."

Artículo 6o. La manifestación de las ideas no será objeto de ninguna inquisición judicial o administrativa, sino en el caso de que ataque a la moral, los derechos de tercero, provoque algún delito o perturbe el orden público; el derecho a la información será garantizado por el Estado.."

Artículo 9o. " No se podrá coartar el derecho de asociarse o reunirse pacíficamente con cualquier objeto lícito. Pero solamente los ciudadanos de la República podrán hacerlo para tomar parte en los asuntos políticos del país. Ninguna reunión armada tiene derecho a deliberar.."

Artículo 11. "Todo hombre tiene derecho a entrar en la República, salir de ella, viajar por su territorio y mudar de residencia, sin necesidad de carta de seguridad, pasaporte, salvoconducto u otros requisitos semejantes. El ejercicio de este derecho estará subordinado a las facultades de la autoridad judicial, en los casos de responsabilidad criminal o civil, y a las de la autoridad administrativa, por lo que toca a las limitaciones que impongan las leyes sobre emigración, inmigración y salubridad general de la República, o sobre extranjeros perniciosos residentes en el país."

Artículo 14. "Nadie podrá ser privado de la vida, de la libertad o de sus propiedades, posesiones o derechos, sino mediante juicio seguido ante los tribunales previamente establecidos, en el que se cumplan las formalidades esenciales del procedimiento conforme a las leyes expedidas con anterioridad al derecho.."

Artículo 16 "Nadie podrá ser molestado en su persona, familia, domicilio, papeles y posesiones, sino en virtud de mandamiento escrito de la autoridad competente, que funde y motive la causa legal del procedimiento. No podrá liberarse ninguna orden de aprehensión o detección, sino por la autoridad judicial sin que preceda

denuncia, acusación o querrela de un hecho determinado que la Ley castigue con pena corporal ³⁷

Ley General de Salud.

Artículo 51. Los usuarios tendrán derecho a:

- a) Obtener prestación de salud oportuna y de la calidad idónea.
- b) Recibir atención profesional y éticamente responsable.
- c) Recibir un trato digno por parte de los trabajadores de salud.
- d) Manifestar sus inconformidades con respecto a la prestación de los servicios de salud.

La Secretaría de Salud, a través de CONASIDA, ha enarbolado la bandera de la defensa de los Derechos Humanos desde que se empezaron a conocer los primeros casos en que estaban siendo violados. Desde que CONASIDA se constituyó formalmente, en agosto de 1988, ha utilizado a los medios de comunicación para hacer pronunciamientos públicos en contra de violaciones.

En México empezaron a publicarse noticias de actos de violencia en contra de personas infectadas o enfermas, protagonizados por caseros que corrían a sus inquilinos, patrones que despedían a sus trabajadores y vecinos que incendiaban casas o, literalmente, linchaban a los de al lado. A nivel institucional, se han dado casos de aislamientos en los reclusorios y despidos laborales.

CONASIDA convocó a un Encuentro Nacional sobre SIDA y Participación Social en mayo de 1989, en el que se manifestó públicamente un decidido repudio a la violación de los Derechos Humanos, y esta postura ha sido llevada al ámbito internacional y hecha pública en diversos foros, como el Congreso Panamericano

³⁷ Ibidem, p.77.

de Derecho Sanitario, para compartirla y promoverla en países en los que la lucha contra el SIDA es todavía incipiente.

Además de estas declaraciones públicas, se han adoptado medidas concretas para la defensa de los afectados. En julio de 1990, se creó el Comité de Aspectos Jurídicos de CONASIDA, cuya responsabilidad consiste en analizar, conforme a la ley, las instancias que permitan hacer efectiva la defensa de los derechos de las personas que viven con el VIH o padecen SIDA.

En octubre de 1991 se firmó un convenio entre la Secretaría de Salud y la Comisión Nacional de Derechos Humanos que permitirá, entre otras cosas, atender de manera eficiente las quejas y denuncias de discriminación que presenten los infectados o enfermos de SIDA; proporcionar información impresa sobre los derechos de las personas infectadas; impartir conferencias de actualización técnica y capacitación al personal que atiende asuntos relacionados con estos problemas y hacer sugerencias para la actualización continua de las normas jurídicas relacionadas con el padecimiento.

La iniciativa del Ejecutivo, de elevar a rango constitucional la existencia de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, para garantizar que se respeten los derechos elementales del hombre en nuestro país, lo que imprimirá, sin duda, fuerza, permanencia y apoyo a los logros que se obtengan gracias a la firma de este Convenio.

Los derechos que serán defendidos a través de este instrumento y que resumen y concretan la postura del gobierno en relación al binomio Derechos Humanos y SIDA, están basados en las siguientes premisas:

- 1.- La ley protege a todos los individuos por igual; en consecuencia, nadie debe sufrir discriminación de algún tipo.

- 2.- Ningún individuo está obligado a someterse a la prueba de detección de anticuerpos del VIH ni a declarar que vive con VIH o que se ha desarrollado SIDA.
Si de manera voluntaria una persona decide someterse a la prueba de detección de anticuerpos VIH , tiene derecho a que ésta sea realizada en forma anónima y que los resultados de la misma sean conservados en absoluta discreción.
- 3.- En ningún caso puede ser objeto de detención forzosa, aislamiento, segregación social o familiar una persona por vivir con VIH o por haber desarrollado el SIDA.
- 4.- No podrá restringirse el libre tránsito dentro del territorio nacional a las personas infectadas con 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 un impedimento par el ejercicio de la sexualidad.
- 7.- Cuando un individuo solicite empleo, no podrá ser obligado a someterse a ninguna prueba de detección del VIH. El hecho de vivir con VIH o haber desarrollado SIDA, no podrá ser motivo para que suspenda o despida a nadie de su empleo.
- 8.- Los infectados o enfermos tienen todo el derecho a superarse mediante la educación formal o informal que se imparta en instituciones educativas o privadas.
- 9.- Se respetará el derecho a asociarse libremente con otras personas o afiliarse a instituciones que tengan como finalidad la protección de los intereses de quienes viven con VIH o han desarrollado SIDA.
- 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.- Quien viva con VIH o haya desarrollado SIDA, tiene derecho a recibir información sobre el padecimiento, sus consecuencias y los tratamientos a los que puede someterse.
- 12.- Quien viva con VIH o haya desarrollado SIDA, tiene derecho a los servicios de asistencia médica y social que tengan como objetivo mejorar su calidad y tiempo de vida.
- 13.- Quien viva con VIH o haya desarrollado SIDA, tiene derecho a una atención médica digna, y su historial médico deberá manejarse en forma confidencial.
- 14.- Quien viva con VIH o haya desarrollado SIDA, tiene derecho a una muerte y servicios funerarios dignos.³⁸

3. HISTORIA NATURAL DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA

El SIDA es un grave problema de salud pública, tanto por la rapidez de la diseminación del virus que lo causa, como porque hasta el momento actual es inevitablemente mortal, así mismo requiere de medidas públicas de prevención, ya que no se prevé en lo inmediato, ni en el mediano plazo el descubrimiento de una droga efectiva o de una vacuna que pueda prevenirlo, gran parte de las decisiones que se toman en cuanto al manejo del paciente infectado depende de la etapa en que se encuentre al momento de ser valorado por lo que es importante conocer y determinar la etapa de la historia natural de la enfermedad en que se encuentra el individuo para poderle otorgar una atención temprana, oportuna y bien planeada, además de proteger a sus familiares y prevenir a su comunidad de una posible infección.

³⁸ SSA, Ley General de Salud.

Concepto

El SIDA es un padecimiento de distribución cosmopolita causado por el virus de Inmunodeficiencia humana (VIH). El deterioro progresivo del paciente hace que, en un promedio de dos años de iniciadas las manifestaciones clínicas, sobrevenga la muerte.

PERIODO PREPATOGENICO

Agente

Esta deficiencia inmunológica se debe a la presencia de un retrovirus, denominado virus asociado a linfadenopatía (LAV) y posteriormente identificado como virus linfotrópico T humano de tipo III (HTLV-III). A partir de mayo de 1986, se les conoce como virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH o HIV). por el Comité Internacional para la Taxonomía Viral y del cual se han identificado 2 tipos, VIH1 y VIH2.

Esta partícula viral es un lentivirus con una gran variedad de subtipos heterogéneos, el cual tiene un diámetro aproximado entre 80 y 120 nanómetros, una cubierta de glucoproteínas y un núcleo proteico que contiene ARN y la enzima transcriptasa inversa.

Los mecanismos de infección para adquirir esta enfermedad conocidos hasta la fecha son: sexual, recepción de sangre o hemoderivados provenientes de individuos infectados, el uso de agujas o instrumentos punzocortantes o quirúrgicos contaminados y la transmisión perinatal, ya sea a través del desarrollo gestacional, maniobras durante el parto, y durante la lactación.

Huesped

No se conocen hasta la fecha factores predisponentes de origen genético, aunque se ha observado una mayor casuística en personas poseedoras del antígeno de histocompatibilidad (HLA) DR5 que presentan sarcoma de Kaposi; respecto al

HLA DR4 se pensó en algún tiempo que estaba asociado al SIDA, lo que en realidad se ha podido determinar es que las células que lo presentan dan reacciones cruzadas en algunas pruebas de laboratorio como ELISA.

Se sabe también que, en individuos inmunodeficientes por diversas causas, el período patogénico es más acelerado y rápidamente se produce la muerte. Este virus tiene predilección por las células que tienen el receptor CD4 en su membrana como los linfocitos T cooperadores.

Con respecto a los grupos étnicos no existen hasta este momento diferencias concluyentes del riesgo de infección, aunque en la población africana y norteamericana la raza negra tenga la mayor incidencia, que probablemente se deba a la promiscuidad sexual y uso de drogas intravenosas entre ellas. En los homosexuales y bisexuales un 85%; personas que han recibido transfusiones y sus derivados contaminados, en el 4% heterosexuales, 5% drogadictos y otros 2%.

Ambiente

No existen factores físicos y biológicos predisponentes demostrados hasta la fecha, pero se han observado más casos en las clases socioeconómicas media y alta con grados de escolaridad superiores a la educación media básica, o en grupos marginados, o educativamente bajos.

Habría que tomar en cuenta también el grado de educación sexual, el cual influye de manera determinante en el comportamiento, tanto en lo que se refiere a sus conductas de higiene, como sexuales, lo que generalmente se asocia a promiscuidad sexual, uso de drogas y por lo tanto a un incremento en la frecuencia de este síndrome.

PREVENCION PRIMARIA

Promoción de la salud

- ◊ Impartir cursos sobre medidas de prevención del VIH/SIDA a maestros y profesionales de la salud.
- ◊ Enfatizar el uso exclusivo de objetos personales, punzocortantes como las agujas, navajas de rasurar y cepillos de dientes.
- ◊ Incluir en los planes de estudio a todos los niveles académicos, programas de educación sexual y prevención de las enfermedades infecciosas de transmisión sexual
- ◊ Incorporar en las áreas de trabajo de todos los sectores, cursos y platicas permanentes, continuas y actualizadas sobre la protección específica y las medidas de prevención contra el SIDA
- ◊ Solicitar dentro de los exámenes prenupciales, la prueba de Elisa
- ◊ Incluir dentro de los exámenes prenatales, la prueba de Elisa
- ◊ Fomentar programas preventivos sobre la violencia intrafamiliar y el abuso sexual en menores de edad

Protección específica

- ◊ Tomar medidas para el seguimiento y control epidemiológico de las personas infectadas, tanto donadores de sangre profesionales, homosexuales, bisexuales, receptores de hemoderivados; como los hemofílicos y drogadictos.

- ◊ Se deberá enseñar y exigir al personal de salud, la utilización correcta de las técnicas de asepsia y antisepsia pertinentes para su protección, según los lineamientos de Normas Universales de protección .
- ◊ El material contaminado se deberá desechar previa desinfección, esterilización o de preferencia incinerarse, sobre todo si es material desechable.
- ◊ Se desinfectara durante un mínimo de una hora con algunos germicidas, tales como: agua oxigenada al 0.3%, alcohol isopropilico al 35% paraformaldehido al 0.5% hipoclorito de sodio al 0.1%.
- ◊ Para eliminar secreciones o excretas orgánicas contaminadas con sangres, se sugiere el uso de blanqueadores caseros en una dilución 1:10, cloruro de benzolconio, y yodopolividona; para manejar el material contaminado se requiere del uso de dobles guantes de hule látex, cubrebocas, gafas y bata, cuidados que también son necesarios cuando se está en contacto con mucosas o líquidos corporales de personas infectadas.

PERIODO PATOGENICO

Etapa Subclínica.

De acuerdo a estudios previos, sólo se han encontrado tres vías de entrada del virus, que son la hematógena, sexual, y de madre a hijo durante el embarazo, parto y la lactancia, sin que existan evidencias de que el contacto casual como hablar, tocar, comer y convivir con una persona infectada o bien cualquier otro agente o vector influyan en su adquisición; además se desconocen los factores que inducen el desarrollo de las manifestaciones clínicas en el huésped infectado.

Existen personas infectadas con el virus VIH, aparentemente sanas, pero que pueden transmitir la enfermedad por las vías antes mencionadas, y posteriormente desarrollar la enfermedad, sin que haya algún signo o síntoma para identificarlas.

Se ha reportado aun en ausencia de sintomatología la formación de anticuerpos anti-VIH entre los 15 y 90 días posteriores a la exposición del virus; lo anterior explica el porqué epidemiológicamente a todos los individuos positivos se les debe considerar infectados o infectantes mientras no se demuestre lo contrario.

En el caso de los RN de madres seropositivas es muy importante la evaluación inmunológica a partir de anticuerpos circulantes específicos contra el VIH del tipo IgG, IgM, e IgA, mismos que vienen a diferenciar cuando el RN es portador de inmunoglobulinas maternas, o cuando está infectado. Si las IgG disminuyen entre los 7 y 12 meses posteriores al nacimiento y existe ausencia de manifestaciones clínicas, lo más probable es que se pueda descartar la infección activa y únicamente se esté detectando inmunoglobulinas que atravesaron la placenta; cuando esto sucede no está por demás descartar la presencia de antígenos virales en el suero o; si es posible el cultivo viral, el cual siendo negativo excluiría definitivamente la infección por VIH; por lo contrario, si hay positividad para la IgM o IgA específicas para VIH, independiente de los valores de la IgG, indica infección activa.

Cambios Fisiológicos:

Linfadenopatía generalizada, hiperplasia linfoide que afecta folículos, paracorteza e histiocitos sinusoidales disminución notoria de células linfoide en ganglios linfáticos, bazo y timo.

Debido a la inmunosupresión profunda, respuesta inflamatoria a infecciones en órganos (por ejemplo, pulmones, intestino, etc.) que puede ser pareo o atípica. Cambios en el sistema nervioso central, dependientes quizá de efectos citopáticos y efectos del HTLV/LAV. Esos incluyen encefalitis subaguda, atrofia cerebral y cambios degenerativos en la médula espinal.

Cambios Bioquímicos

Las alteraciones bioquímicas en el sistema inmunitario debidas a linfopenia por un defecto selectivo en el subgrupo de linfocitos T auxiliares/inductores (OKT4, LEU-3), inversión de la protección T4 y T8 en sangre periférica. La relación T4 /T8 normal es de alrededor de 2, en tanto que en SIDA, es frecuentemente una relación de 0.5. La pérdida de células T4 repercute sobre la función de otras células T4 son frecuentemente de LINFOCINA como IL-2 y IFN, factor quimio-táctico para macrófagos y factor de crecimiento de células B. Las células se activan en forma policlonal, lo que da por resultado Hipergammaglobulinemia, no puede mandar una respuesta de anticuerpos normal ante un nuevo antígeno. Así también hay deterioro en la inmunidad humoral.

Etapas Clínicas.

Signos y síntomas.

Se caracteriza generalmente por pérdida mayor al 10% de peso corporal total sin causa aparente y en un periodo de uno o dos meses, temperatura cercana a 38 C por varias semanas, de predominio vespertino, linfadenopatía persistente por lo menos en dos regiones extrainguinales, fatiga, sudoraciones nocturnas, diarrea crónica por más de un mes, entre las más frecuentes; se puede acompañar con procesos infecciosos no comunes y habituales en pacientes

inmunocomprometidos producidos por: *Candida albicans*, *Pneumocystis carinii*, *Cryptococcus neoformans*, *Cryptosporidium*, *Nocardia*, *Mycobacteria*, Citomegalovirus, herpes simple y Zoster entre otros, así como la aparición del sarcoma de Kaposi con tendencia letal y aparición topográfica diversa, sarcoma inmunoblástico, carcinoma de células escamosas de la orofaringe, entre otras neoplasias, mismas que pueden llevar aceleradamente al fallecimiento del paciente.

Exantema (una reacción de la piel con la formación de manchas y ronchas semejantes a urticaria), pérdida del estado de alerta, desorientación, incapacidad para concentrarse y desarrollar normalmente tareas intelectuales, dolores de cabeza intensos y dificultad para movilizar el cuello (producto de la inflamación de las capas del tejido que protegen el cerebro), cuadro que se conoce como Meningitis. Problemas Psicológicos, Ansiedad y Stress, Depresión, Negación y Frustración entre otros

Complicaciones

- ◊ **SÍNDROME DE DESGASTE:** Pérdida de peso, fiebre, diarrea, debilidad y cansancio.
- ◊ **INFECCIONES OPORTUNISTAS:** SON graves y de difícil tratamiento o recurrentes y en diferentes partes: Boca; encías (gingivitis), alodoncillo (candidiasis o úlceras).
- ◊ **EN LA PIEL:** infecciones por herpes o por hongos.
- ◊ **EN VÍAS RESPIRATORIAS:** tuberculosis o neumonías, causada por *Pneumocistis Carinii* (Pulmonía), neumonitis intersticial linfocitaria, etc.
- ◊ **EN VÍAS DIGESTIVAS:** Cuadros diarreicos provocados por microorganismos, candidiasis, infestaciones por *cryptosporidium* entre otras.
- ◊ **EN OJOS:** provocado por virus como Citomegalovirus causante de ceguera irreversible.

- ◊ **SÍNDROME NEUROLÓGICO:** Alteraciones físicas o cambios en el comportamiento del individuo.
- ◊ **NEOPLASIAS SECUNDARIAS:** Sarcoma de kaposi (cáncer de vasos sanguíneos), que afectan principalmente la piel y las mucosas.
- ◊ **LINFOMA:** Es un cáncer del tejido linfático (ganglio o cadena de ganglios, bazo, etc.)

Incapacidad Biopsicosocial

La incapacidad Biopsicosocial de los pacientes con SIDA, desde que se saben infectados, inician con la negación del porque "a mi " y posteriormente se manifiestan rangos de personalidad asociados a las fase de Kubler Ross que menciona el proceso y la reacción de la sociedad descarga sobre los pacientes y sus familiares problemas que los llevan a la marginación, al ocultamiento, a la estigmatización y a la autodiscriminación, ante este problema se les niega frecuentemente la atención médica, vivienda, empleo, existe además rechazo y maltrato en muchas de las ocasiones por los mismos familiares, todo esto es debido al desconocimiento y al miedo de enfrentarse a esta enfermedad y a la poca información que se tiene sobre ella.

Estado crónico

Los pacientes con SIDA presentan una serie de complicaciones ocasionadas por las enfermedades oportunistas, estas hacen que día a día mine más su salud, debido a la Inmunodeficiencia es difícil controlar las complicaciones si el paciente recibe antiretrovirales, la expectativa de vida es muy limitada y los efectos secundarios son graves por lo que surge complicación tras complicación y el paciente empeora, causando un estado crónico del padecimiento.

Muerte

El deterioro progresivo del paciente hace que, en un promedio de dos años de iniciadas las manifestaciones clínicas, sobrevenga la muerte.

El indicador clínico más importante del avance de la enfermedad y sus complicaciones en los pacientes con SIDA es su capacidad funcional, cuando el paciente esta en fase terminal, presenta fatiga grave y la respuesta al tratamiento de las complicaciones agregadas es pobre, aparecen nuevos problemas, incapacidad para deglutir, Neuropatía, falla renal, así como alergias múltiples a medicamentos, en estas condiciones, en cuestión de días o pocas semanas puede sobrevenir la muerte.

PREVENCION SECUNDARIA

Diagnóstico precoz (Temprano)

- ◊ La enfermera debe conocer las diferentes pruebas de laboratorio para diagnosticar y confirmar la enfermedad para orientar al paciente y familia en las condiciones en que debe presentarse para la toma de estas.
- ◊ Es necesario que el profesional de enfermería identifique signos y síntomas de la enfermedad para reportarlos con oportunidad y contribuir al diagnóstico
- ◊ Orientar al paciente y a la familia sobre la importancia de la alimentación, el ejercicio moderado de acuerdo a su estado de salud y medidas higienicas generales

Tratamiento oportuno.

- ◊ Orientar al paciente y a la familia sobre la importancia de llevar el tratamiento se acuerdo a las indicaciones médicas y de que no debe suspenderlo con el tratamiento, se controlarán las diversas infecciones que se presenten con los antimicrobianos específicos y en los casos que las condiciones del paciente lo permitan se establecerán esquemas con antivirales como la Ribavirina, Aciclovir, Azidotimidina, Ganciclovir, y 2, 3-de Deoxiacidotimidina, entre otros, los tres últimos con una actividad contra la transcriptasa inversa, mismos que han tenido mayor éxito que otros antivirales, aunque es muy importante tomar en cuenta los efectos citotóxicos de estos medicamentos. Las sustancias antiviricas interfieren en su multiplicación y retardan la aparición de síntomas y signos del SIDA. Ministrar si se requiere medicamentos anticancerigenos.

- ◊ El profesional de enfermería debe conocer y saber los efectos colaterales de los medicamentas prescritos, para prevenirlos y en otros casos reducirlos.

Limitación del daño.

Orientar al paciente para que realice lo siguiente:

- ◊ Evitar relaciones sexuales con pacientes infectados con VIH .
- ◊ Incrementar el aporte proteico.
- ◊ Propiciarle un ambiente tranquilo, sin preocupaciones y sin stress en la medida de lo posible.
- ◊ Hábitos de higiene extremos: en casa, personales y de alimentos.
- ◊ Efectuar trabajos donde el desgaste físico sea menor.
- ◊ Evitar la asistencia a lugares públicos, donde la proliferación de microorganismos sea apropiada.
- ◊ Evitar contacto con pacientes infecto contagiosos.

- ◊ Evitar el contacto y convivencia con animales.

PREVENCION TERCIARIA

Rehabilitación.

No existe la rehabilitación en este tipo de enfermedad, sin embargo se pudieran realizar algunas acción que en que de acuerdo al avance de la enfermedad se pretenda dar rehabilitación .

- ◊ Proporcionar apoyo psicológico y, si es necesario, terapia psiquiátrica a los pacientes positivos por infección por VIH, así como proporcionar suficiente información sobre el síndrome, cuidados generales, riesgos, educación sexual, entre otros temas, tanto a los enfermos como a sus familiares y allegados.
- ◊ Con respecto al tratamiento, se recomienda sea ambulatorio si no existen complicaciones graves que interfieran en sus actividades productivas y de preferencia evitar el aislamiento, a excepción de que tengan padecimientos infecto-contagiosos agregados que puedan diseminar, o bien que exista riesgo de ser infectado por otras personas debido a su Inmunodeficiencia.³⁹

³⁹ Martínez, Martínez, Roberto et al. "El Niño y el Adolescente". pp. 1013-1023.

**PROCESO ATENCION DE
ENFERMERIA EN UN PACIENTE
CON SIDA**

**II. APLICACION DEL P.A.E.
EN UN CASO CLINICO DE
SIDA**

VALORACION**HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA****Datos de Identificación****NOMBRE : J J .P .M.****RELIGION : Católica****EDAD : 37 años****EDO. CIVIL : Soltero****SEXO : Masculino****FECHA DE INICIO: 01-IX-1994****NACIONALIDAD : Mexicana****PADECIMIENTO : SIDA****LUGAR DE RESIDENCIA : Netzahualcóyotl, Estado de México.****ESCOLARIDAD: 6o. año de primaria****OCUPACION : Lubricador de automóviles y/o comerciante****Nivel y condiciones de vida****Ambiente Físico****Características Físicas de la vivienda :**

La casa se encuentra en deficientes condiciones de higiene y ventilación, es una casa propia que consta de dos cuartos amplios, uno es la cocina y el comedor ,el otro es la recámara, consta de una puerta y dos ventanas una para cada habitación con techo de lámina de asbesto y suelo de tierra. El paciente con ayuda de las hijas de la caridad (Orden Religiosa) le proporcionaron un cuarto preconstruido, el cual tiene buena ventilación e iluminación, suelo de cemento, tiene una puerta que comunica con el patio de la casa que es de tierra. y una ventana por la cual entra el sol, existe problema cuando llueve, ya que como no está bien colocado el techo tiene separaciones por las que entra el polvo la lluvia e incluso el aire, están cubiertas por cartón pero no es lo adecuado y no funciona.

Servicios sanitarios :

Agua.

Tienen toma intradomiciliaria la cual es escasa, por la zona en que habitan

Control de basura :

Pasa una carretilla diariamente y se le tienen que pagar por llevársela .

Drenaje

La vivienda cuenta con drenaje, tiene una taza hecha de cemento que no tiene agua corriente, y lo utilizan como w.c.

Iluminación :

Deficiente y escasa por la noches , sobre todo en la calle.

Pavimentación:

Solo en las avenidas principales existe pavimentación y en las calles no, tampoco cuentan con banquetas.

Vías de comunicación :

Teléfono: contaba en el domicilio con este servicio propio, pero por ahora no funciona, existe en la calle algunos teléfonos públicos que por lo general están descompuestos o les falta la bocina.

Medio de transporte:

Metro, camiones urbanos y semi- urbano. Microbús.

Recursos para la salud :

Cuenta con una unidad hospitalaria del IMSS , otra del ISSSTE y la SSA, así como otras asociaciones civiles.

Hábitos de higiene:

Baño: cada tercer día con cambio de ropa cada cuatro días.

Alimentación:

Come de todo pero, consume más alimentos líquidos; toma licuados por la mañana de frutas con el complemento alimenticio y menos sólidos; carne dos veces al mes, el huevo no lo consume, y al medio día verduras; brocoli, coliflor, papa, zanahoria, lechuga.

Eliminación: Vesical: Aproximadamente va 8 veces al día.

Intestinal: Dos veces al día con rasgos de sangre ocasionalmente.

Descanso: Por las tarde después de su trabajo descansa en su sillón a ver T.V.

Sueño: Dos veces por semana presenta insomnio, los demás días duerme bien.

Diversión : Sale a visitar a sus hermanos, ve televisión y elabora llaveros de madera.

Composición familiar:

Parentesco	Edad	Ocupación	Participación económica mensual
Madre	67	Hogar	\$600.00
Paciente	37	Comerciante	Ocasional y escasa
Hermano	22	Lubricador de auto.	\$ 400.00
Sobrina	4	ninguna	ninguna.

Dinámica familiar:

Se observa que el mayor aporte económico proviene de la pensión que recibe la madre mensualmente, ya que tanto el hermano como el paciente, su aportación es irregular y varía de acuerdo al trabajo que realicen en la semana. La madre es la que administra los recursos existentes. La relación intrafamiliar, señala el paciente es muy cordial y positiva a pesar de las adversidades. Sin embargo, al entrevistar a una cuñada refiere que el paciente es muy intransigente y demandante con su madre incluso, en altas horas de la madrugada con sus sobrinos es muy gritón los corre de su habitación constantemente.

Dinámica Social:

Existe una buena comunicación con sus vecinos, a pesar de que el sabe que lo rechazan.

Comportamiento:

El paciente refiere que es muy positivo comunicativo cooperador y sociable , abierto para dar testimonio de su padecimiento, convive y apoya a sus compañeros cuando entran en etapa depresiva y no desean comunicarse con nadie el logra sacarlos adelante, sin embargo con su madre y sobrinos es muy grosero, el refiere que es cuando se siente mal físicamente.

Rutina cotidiana:

Diariamente se levanta a las 9.00 a.m., se asolea por espacio de una hora en el patio de su casa, se baña cada tercer día, se desayuna (tomando un licuado únicamente) prepara su mercancía para vender, se va ha trabajar, cuando llega descansa por espacio de una hora y después camina un rato, come a las 16.00 hrs. Hace sus trabajos manuales, (llaveros de madera y bolsitas de dulces para vender) camina, ve la televisión y se duerme entre 11 ó 12 de la noche.

Padecimiento Actual

Inicio su padecimiento el 1o. de Septiembre de 1994 con fiebre nocturna de hasta 38.5 °C. sudoración excesiva y cuadros diarreicos muy prolongados, asistió al Hospital. Gustavo Baz de la S.S.A. para que le atendieran se le realizaron pruebas de laboratorio (ELISA) y el resultado fue VIH Positivo. El paciente sabía desde hace tres años, que era VIH positivo pero no había presentado ningún síntoma, incluso él se vino de Puebla, que era el lugar en donde residía con su pareja, la cual falleció por SIDA.

Actualmente refiere haber bajado de peso 8 kilos, se observa adelgazado, presenta llanto espontáneo ante situaciones adversa y a la vez muy irritable, presenta descamación de toda la piel desde el cuero cabelludo hasta los pies, dolores de cabeza muy frecuentes, también presenta dolor tipo cólico abdominal

desde hace una semana, presenta esporádicamente evacuaciones diarreaicas en número de dos. refiere sentirse cansado aunque realice algo sencillo y al caminar

Antecedentes No Patológicos

Aseo personal cada tercer día, con cambio de ropa dos veces por semana, no se realiza aseo bucal, vive con su madre un hermano y una sobrina, el duerme en una habitación independiente convive con un perro cuenta con todos los servicios, pero fuera de la habitación y con limitaciones.

Antecedentes patológicos

Solo presentaba cuadros gripales de pequeño, tabaquismo positivo desde los 17 años, consumiendo entre 10 y 12 cigarrillos al día, Alcoholismo ocasional, niega otros antecedentes. Cabe señalar que a los 8 años fue violado en múltiples ocasiones por un familiar varón mayor que él. Sabe que es VIH positivo desde 1990, preferencia sexual, Homosexual.

Antecedentes Heredofamiliares

Padre muerto a los 33 años por probable Cirrosis hepática post-etilica, niega otros antecedentes.

Comprensión y/o comentarios acerca del problema o padecimiento :

El paciente opina que no le importa aparentemente su problema de salud ya que por ser feliz se debe pagar un precio muy alto y él ha sido muy feliz.

Participación del paciente y de la familia en el diagnóstico y tratamiento.

La madre se encuentra muy preocupada por el estado de salud de su hijo, pero más porque tal vez muera muy pronto, ella al igual que sus familiares cercanos le apoyan emocional y moralmente en todo. El paciente asiste a todas sus consultas y está muy pendiente de tomar todos sus medicamentos a la hora y sobre todo de los cambios que se presenten en su organismo, asiste a sus terapias de apoyo al centro " Los Cerezos" que es una institución civil y es donde ha recibido toda la atención, ya que en todas las instituciones del sector salud le han negado el servicio, cuando en ocasiones no puede asistir a la consulta el personal de la unidad lo visita, le proporciona una despensa y en muchas ocasiones el tratamiento, el cual él no puede comprarse porque es muy costoso.

Exploración Física:

Inspección:

Paciente masculino de edad aparente a la cronológica, adelgazado con buena colaboración de tegumentos y bien hidratado, cabeza con cráneo normocefálico, pupilas isocóricas, normorreflexicas, oídos y narinas permeables, boca con múltiples caries dental, lengua y faringe normales, cuello con ganglios inflamados, tórax sin alteración, abdomen plano depresible con crecimiento de la zona hepática, refiere presentar dolor tipo cólico abdominal, desde hace una semana presenta manchas violáceas en miembros inferiores, presenta resequedad de la piel, seborrea en cabeza y cara principalmente, descamación en la mayor parte del cuerpo.

Aspecto emocional

Irritable, sensible se deprime con facilidad porque no puede dar mayor aporte económico y por su padecimiento en sí.

Exploración general

Talla 1.56 cm.	Peso actual 55,200 Kg.	Temperatura 37oC.
T.A.100/60	Pulso 70 x Min.	Respiración 28x Min.

Inspección general

Paciente adulto, del sexo masculino, adelgazado (ha bajado de peso aproximadamente 8 kg.), extremidades hipotroficas, con piel seca y descamada, mucosas orales bien hidratadas, con discreta palidez de tegumentos y mal estado general, deambula libre pero despacio, presenta manchas violáceas en miembros inferiores.

CABEZA

Cráneo normocefalo, abundante seborrea en cuero cabelludo.

OJOS

Hundidos conjuntivas pálidas, pupilas isocóricas, normorrefléxicas.

Oídos

Pabellones auriculares que presentan resequedad, conductos auditivos permeables, refiere que se le ha agudizado mucho la audición.

NARIZ

Narinas permeables sin problemas.

BOCA

Mucosa oral bien hidratado, con múltiples caries.

FARINGE

Refiere un poco de irritación se observa hiperémica.

CUELLO

Doloroso con masas musculares paravertebrales y ganglios inflamados

TÓRAX

Adelgazado, normal.

PULMONES

Limpios y bien ventilados.

ABDÓMEN

Blando depresible con crecimiento de bazo y zona hepática, peristalsis normal.

A. RESPIRATORIO : Sin problemas.

A. CIRCULATORIO : Sin problemas.

A. URINARIO : Refiere orina ligeramente oscura.

A GENITAL: Del sexo masculino, normal sin presentar problema.

A. NERVIOSO: Irritable y con facilidad al llanto cuando conversa de sus problemas, por las tardes se siente muy deprimido.

ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Sin problema aparente, solo refiere que ha aumentado su audición:

SÍNTOMAS GENERALES

Hiporexia, irritabilidad, mal estado general y síndrome de desgaste, debilidad y cansancio, dolor de cabeza a nivel occipital y nuca, deprimido, con ansiedad

marcada, resequedad en la piel y descamación seborrea en cuero cabelludo y cara principalmente.

Datos complementarios:

Exámenes de Laboratorio.

Determinación de Anticuerpos Anti-VIH

Resultado : **POSITIVO**

Se realizo en laboratorio particular, Prueba de Tamizaje (ELISA) para la determinación de anticuerpos Anti-VIH, se realizó con equipo Inmuno Comb Tm HIV-1. Se sugiere Western Blot. Sin embargo no se realizó

Detección de problemas

1. Pérdida de peso
2. Anorexia.
3. Debilidad
4. Cansancio
5. Diarrea Crónica
6. Dolor abdominal tipo cólico
7. Fiebre de 39°C
8. Manchas irregulares violáceas en Miembros inferiores
9. Cefalea
10. Resequedad de la piel
11. Descamación
12. Disnea de mediano esfuerzo, tos productiva, estertores audibles (sibilancias), ansiedad .
13. Negación
14. Frustración
15. Agresividad
16. Irritabilidad

17. Depresión
18. Insomnio
19. Ansiedad
20. Stress

Diagnóstico de Enfermería

Se trata de un adulto joven de 37 años de edad, con diagnóstico médico de **SIDA**, este padecimiento esta relacionado con su homosexualidad que se inicio desde su niñez, al haber sido violado a los 8 años de edad, su pareja falleció de **SIDA**; durante las visitas domiciliarias, el paciente manifestó principalmente baja de peso progresivo, Síndrome de desgaste, se observa adelgazado, decaído, con fatiga de pequeños esfuerzos, además tiene pequeñas manchas violáceas en miembros inferiores las cuales refiere tener desde hace algún tiempo y duelen, por el momento no se han modificado . Sus familiares refieren que presenta fiebres nocturnas de 39 °C, acompañada de sudoraciones difusas, estas se presentan cada tercer día, tiene también evacuaciones diarreicas periódicas con dolor abdominal tipo cólico; durante la entrevista, se desplaza con dificultad ya que refiere sentirse muy débil porque casi no come por que no tiene hambre, ingiere más líquidos y su aporte alimenticio es deficiente. Pertenece a un nivel socioeconómico muy bajo y el apoyo económico que él da le mantiene angustiado, irritable y agresivo ya que es muy escaso e irregular, sus hábitos higiénicos son inadecuados debido a la escasez de agua y el sitio en que vive es muy polvoso.

Las relaciones familiares son desarmonicas por el estado de inestabilidad en que se encuentra el paciente.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Ficha de Identificación

Nombre del Paciente: J.J.P.M.

Edad: 37 años

Sexo: Masculino

Diagnóstico Médico: SIDA.

OBJETIVOS:

- Realizar acciones de enfermería paleativas de acuerdo a las manifestaciones clínicas de la enfermedad y /o necesidades básicas actuales.
- Proporcionar asistencia de enfermería de calidad y calidez al enfermo y a sus familiares.
- Realizar visitas domiciliarias periódicas, para observar su evolución y proporcionarle la atención necesaria.
- Participar con el equipo de salud, orientando al paciente y su familia sobre la evolución y manifestaciones de la enfermedad.
- Realizar acciones de promoción y prevención con los otros miembros de la familia.
- Preparar psicológica- moral y espiritualmente al paciente y su familia para el desenlace fatal de su padecimiento.

PROBLEMA

Perdida involuntaria de peso corporal de más de 8 Kg., Debilidad, Cansancio y Anorexia

Manifestación del problema

Ha bajado de peso, esta delgado, se desplaza con dificultad de un lado a otro y se fatiga, refiere no tener apetito y sentirse muy débil.

Fundamentación Científica del Problema

Las manifestaciones que más frecuentemente se presentan en los pacientes con SIDA son las relacionadas al llamado Síndrome de Desgaste el cual tiene una etiología multifactorial. En las principales causas pueden incluirse en las siguientes categorías: Alteraciones del metabolismo, hipermetabolismo, intolerancia a la vía oral, mala absorción intestinal, efectos de las citocinas, replicación viral, alteraciones en la función endocrina y enfermedad primaria muscular . El Síndrome de desgaste inicia desde que el paciente se infecta con el VIH y corresponde al grupo IV.

subgrupo A y se define como Pérdida de peso mayor del 10%, diarrea cónica (por lo menos dos evacuaciones diarreicas al día), por más de 30 días , intermitente o constante, debilidad y cansancio de más de 30 días.

El Síndrome de desgaste es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en los pacientes con SIDA

Acción de Enfermería.

- Orientar al paciente para que ingiera una dieta rica en carbohidratos, grasas, proteínas, minerales y vitaminas.
- Indicarle que debe tomar su dieta en quintos y en pequeñas cantidades.
- Orientar a la familia sobre los alimentos que puede consumir el paciente y que además sean de bajo costo.
- Sugerirle y enseñarle al paciente a que realice sus actividades en varias etapas para evitar la debilidad y el cansancio.
- Indicarle al paciente que como tener en reposo relativo.
- Sugerirle algún estilo para preparar los alimentos y que indique que le gustaría comer hoy.

Fundamentación Científica de las acciones de Enfermería

- Todas las células del organismo necesitan una cantidad esencial de nutrientes para poder vivir y funcionar adecuadamente.
- En la dieta se necesitan suficientes cantidades de carbohidratos, grasa, proteínas, minerales y vitaminas porque son nutrientes esenciales.
- Las proteínas se necesitan para la síntesis de muchos componentes esenciales, como las enzimas, las nucleoproteínas, los anticuerpos, las hormonas y la hemoglobina.
- Relajarse y evitar tensiones emocionales antes, durante y después de los alimentos es importante para aprovechar todos los nutrientes

- Al tener mayor aporte alimenticio el organismo se va recuperando y realiza mejor sus actividades presentando un mínimo de cansancio.
- El reposo permite al organismo recuperar su energía y disminuye anquilosamiento sobre todo en miembros inferiores.
- Proporcionarle al paciente una dieta a complacencia estimulará su apetito

Evaluación

A pesar de la insistencia y los cambios en la dieta el paciente ha disminuido la ingesta de los alimentos sólidos, pero ha distribuido su dieta en 5 tomas al día y ha incorporado complementos dietéticos.

Se han enseñado algunos ejercicios fáciles para mejorar en algo la tonicidad de los músculos y ahora realiza sus actividades en varios períodos, logrando así reducir un poco la fatiga. Se estableció un horario para su reposo .

PROBLEMA

Diarrea Crónica, Dolor abdominal tipo cólico y Fiebre de 39° C.

Manifestación del Problema

Presenta fiebres nocturnas de 39 °C, sudoraciones profusas, acompañada de calofríos, refiere tener de manera ocasional evacuaciones líquidas con dolor abdominal tipo cólico.

Fundamentación Científica del Problema

Las infecciones a nivel intestinal se manifiestan por diarrea. En las personas infectadas por el virus de VIH/SIDA, se caracteriza por su dificultad para resolverla y por su persistencia, la diarrea siempre se acompaña de dolor tipo cólico, pérdida de peso y fiebre. El cuadro clínico y los agentes etiológicos varían de acuerdo al grado de inmunosupresión, clínicamente pueden distinguirse entre

diarrea aguda, intermitente y crónica, esta última es la más frecuente en pacientes con enfermedad avanzada, tienden a presentar síntomas graves que incluyen además de la diarrea, fiebre alta y dolor tipo cólico abdominal intenso. Este conjunto de características clínicas se han denominado Complejo relacionado con el SIDA (CRS).

Acción de Enfermería

- Recomendar al paciente que incluya en su dieta abundantes líquidos y alimentos astringentes con alto contenido en potasio y escasos residuos.
- Enseñarle al paciente como detectar los signos de deshidratación
- Mostrar a sus familiares como preparar los sobre de suero oral.
- Indicar al paciente y sus familiares, los alimentos que debe consumir para elevar y mantener el aporte calórico y proteico adecuado.
- Señalar los medicamentos que debe tomar para que disminuya la motilidad intestinal: Inmodium 2 mg. 1 tableta. C/hrs. Vigilar efectos adversos Buscapina 1 gragea C/6 hrs.
- Informarle sobre los efectos secundarios que puede presentar.
- Indicarle como colectar sus muestras seriadas de heces fecales para estudios de laboratorio de control.
- Enseñar al paciente y sus familiares como cuantificar, vigilar y controlar la temperatura ya sea por medios físicos o a través de la aplicación de compresas húmedo frías y administrarle antipiréticos indicados: Acetaminofén 500 mg. 1 tableta c/6 hrs.

Fundamentación Científica de la acciones de Enfermería

- La ingestión de una dieta balanceada ayuda a evitar un desgaste secundario
- Conservar el equilibrio hidroelectrolítico del organismo es esencial sobre todo manteniendo los volúmenes suficientes de agua.
- Medicamento que inhibe la actividad peristáltica.

- Potente relajante del músculo liso con efectos inhibidores del peristaltismo.

Efectos secundarios

- Puede presentar somnolencia, fatiga, mareo, distensión abdominal.
- Boca seca, dificultad para la micción estreñimiento, menos frecuente hipotensión postural.
- Existe una fluctuación precisa de la temperatura corporal, dentro de las células funcionan eficazmente y la actividad enzimática es adecuada.

Evaluación

Los cuadros diarreicos han disminuido su frecuencia, continúa incluyendo en su dieta alimentos astringentes y se le están ministrando los medicamentos indicados para el dolor abdominal el cual ha desaparecido, se le hicieron sus exámenes de laboratorio y se le continúa haciendo periódicamente. La fiebre ha desaparecido por el momento y cuando ocasionalmente se presenta se le aplican compresas húmedas frías y los antipiréticos (en caso de que no ceda la fiebre).

PROBLEMA

Manchas irregulares violáceas en miembros inferiores

Manifestación del Problema

Se observan lesiones cutáneas en miembros inferiores, manchas de color violáceo circulares que han ido creciendo, son dolorosas y pierde la sensibilidad en la zona de las manchas.

Fundamentación Científica del Problema

El curso de esta enfermedad está ligado íntimamente al Sistema Inmune y hoy en día empieza a considerarse como una respuesta a factores angiogénicos

circulantes más que una verdadera neoplasia. Es un tumor vascular. Se identificó el virus Herpes 8 como agente causal del Sarcoma de Kaposi.

Suele comenzar en la piel, pero a diferencia del tipo clásico es posible que comience en cualquier parte de la superficie cutánea. En etapas iniciales se ve como una placa pequeña de color rosa o violáceas a menudo de unos cuantos milímetros de diámetro. Es común que haya una coloración pardo amarillenta tipo mallugón alrededor de las lesiones pueden aumentar y dimensionarse a órganos internos.

Las lesiones pueden ser únicas o múltiples que afectan la piel extendiéndose en ocasiones a ganglios y a todos los órganos internos. En ocasiones, Sk. se inicia en otros órganos como ganglios linfáticos, otras veces tal vez comience en el Aparato digestivo en cuyo caso la primera lesión puede observarse en el paladar. Las hemorragias y en consecuencia pueden causar anemia. Es posible que se diseminen a cualquier órgano del cuerpo, y la invasión de cerebro o pulmones es particularmente grave.

En ocasiones, Sarcoma de kaposi puede obstruir el drenaje de líquido de algunas áreas del cuerpo, como los pies, originando edema.

El curso clínico puede dividirse de acuerdo a si se trata de una manifestación inicial, o surge como diagnóstico tardío en un paciente con historia de infecciones oportunistas previas y del número y tamaño de las lesiones y del compromiso o no de mucosas y órganos y de la rapidez de aparición de las lesiones y de la asociación o no de fiebre y diaforesis.

El Sarcoma se origina en las células endoteliales que son las que forman el recubrimiento interno de las venas y arterias la extensión de la enfermedad se relaciona con el grado de severidad de la inmunodeficiencia.

Acción de Enfermería

- Enseñar al paciente como será la evolución de la lesiones de la piel
- Indicarle al paciente que vigile la aparición de lesiones en boca.

- Indicarle al paciente que observe la aparición de sangre en heces.
- Reforzar al paciente la importancia de la ministración de medicamentos: El tratamiento inicial del Sarcoma de kaposi es con antirretrovirales. AZT (Zidovudina) 200 mg. C/4hrs; Ciclofosfamida 10 mg. cada c/ 24 has.
- Enseñar al paciente y sus familiares como observar la aparición de síntomas y signos neurológicos.
- Decirle al paciente que debe solicitar a su médico se le realicen exámenes de laboratorio frecuentes en busca de signos de Anemia

Fundamentación Científica de la acciones de Enfermería

- Las lesiones cutáneas en las etapas iniciales se ve como una placa pequeña de color rosa o violáceo a menudo de unos cuantos milímetros de diámetro.
 - Cuando afecta el aparato digestivo la primera lesión puede observarse en el paladar.
 - Se debe evaluar la eliminación de heces en relación con lo siguiente:
 - A. El patrón usual del individuo para evacuar su intestino
 - B. la cantidad y el tipo de dieta.
 - C. Las condiciones de equilibrio hídrico.
 - D. Los padecimientos que presenta son indicios de posible constipación.
 - Este medicamento se trata de un análogo de la timina capaz de inhibir la actividad de la transcriptasa reversa y de inducir la terminación de la cadena. Atraviesa la barrera hemato-encefálica y tiene efectos favorables tanto en el cuadro clínico como en la respuesta inmune, estos medicamentos destruyen células y puede causar así la regresión de las lesiones del Sk, es considerado de alta toxicidad hematológica, particularmente causa anemia macrocítica y agranulocitosis.
- Fármaco citotóxico que produce desequilibrio en el crecimiento dentro de la célula provocando la muerte celular. Tiene actividad inmunosupresora importe.

- La información sensitiva que llega de todas las porciones del organismo se integran en todos los niveles del sistema nervioso para que se efectúen respuestas motoras específicas, Por ejemplo, los reflejos simples se llevan cabo a nivel de a médula espinal, mientras que las respuestas motoras muy complejas se efectúan a nivel de la corteza cerebral.
- Pueden formarse estructuras patológicas como tumores o pólipos dentro del aparato respiratorio o dentro de la cavidad torácica. La localización, número y tamaño de éstos determinará el grado de complicación respiratoria que producirán.
- Mientras más rápidamente se desarrolle la anemia, más grave serán los síntomas. Estos incluyen palidez, frecuencia respiratoria y cardíaca aumentadas, disnea, fatiga y debilidad muscular y puede haber también alteraciones de las funciones mentales.
- En la anemia perniciosa generalmente existen síntomas gastrointestinales (como anorexia, indigestión, diarrea o constipación) y síntomas neurológicos progresivos (como acúfenos, adormecimiento de las extremidades, pérdida del sentido de la posición irritabilidad, amnesia y depresión.

Evaluación

En este momento las lesiones no se han presentado en alguna otra parte del cuerpo, se han mantenido estables las manchas que tiene y el paciente continua su tratamiento indicado por ahora.

PROBLEMA

Cefalea

Manifestación del Problema

Presenta dolor de cabeza punzante, intermitente, localizado a nivel occipital y nuca.

Fundamentación Científica del Problema

El SIDA tiene una importante afinidad por el Sistema nervioso central (que incluye el cerebro y la médula espinal), o periférico(todos los nervios periféricos), produciendo daño de intensidad variable a esos niveles lo cual depende del grado de inmunodeficiencia. La sensación de dolor indica lesión o peligro al organismo. La mayoría de los pacientes con SIDA presentaran en algún momento de su evolución, manifestaciones neurológicas que se deben a infecciones secundarias o a efectos directos del virus. Algunos pacientes con infección por VIH desarrollan Meningitis aséptica desde sus inicios y otros en la fase final de la infección (SIDA) y se manifiesta con dolor de cabeza persistente.

Acción de Enfermería

- Enseñarle al paciente a identificar cuando se inicie la cefalea y evitar que aumente aplicando compresa húmedo-frías
- Propiciarle un ambiente tranquilo y sin perturbadores o ruidos intensos
- Indicarle que se quede en reposo en su habitación a oscura
- Enseñar al paciente y su familiares que tome los medicamentos indicados para disminuirle el dolor de cabeza: Acetaminofén 1 tab. de 500 mg. cada 6 hr.
- Indicarle los efectos secundarios o adversos que puedan presentarse

Fundamentación Científica de la acciones de Enfermería

- La sensación de dolor indica lesión o peligro para el organismo
- El dolor, la congestión y el edema pueden reducirse mediante la aplicación de compresas húmedo- frías
- Reducir los estímulos ambientales perturbadores, pueden ser útiles para disminuir el dolor agudo
- Los analgésicos son medicamentos específicos para aliviar el dolor y disminuir la temperatura, son antipirético que actúa sobre el centro termorregulador a nivel del hipotálamo

- Estos medicamentos puede ocasionar erupción cutánea, neutropenia

Evaluación

El paciente ha logrado identificar cuando inicia su cefalea y disminuir el dolor en algunas ocasiones a través de la aplicación de compresas húmedo-frías y en otras se ha recurrido al uso de analgésicos y medicamento prescritos.

PROBLEMA

Resequedad de la piel y descamación

Manifestación del problema

Lesiones en la piel por reseca excesiva, presenta descamación y seborrea en el cuero cabelludo y cara, así como en la mayor parte del cuerpo

Fundamentación Científica del Problema

Debido al grado de inmunodeficiencia que presentan los pacientes con SIDA, las infecciones de la piel son frecuentes, ya que la piel es la primera línea de defensa. El 90 % de los pacientes presenta alguna manifestación dermatológica durante la evolución de la enfermedad. Las alteraciones más frecuentes son: la dermatitis Seborreica, descamación, resequedad de la piel reacciones medicamentosas.

La dermatitis seborreica es la más común, esta infección produce lesiones en el cuero cabelludo, cara, tórax, espalda, ingles y miembros inferiores, las lesiones son placas eritematosas con descamación de la piel blanco amarillentas.

Acción de Enfermería

- Informar al paciente para que realice su baño más frecuente y mantenga su piel lubricada con aceite mineral o de almendras dulces.

- Enseñar al paciente como aplicar sus medicamentos indicados; pomadas de Hidrocortizona o Ketoconazol 3 veces al día.
- Notificar al paciente que puede presentar ardor, prurito o irritación en la zona de aplicación de los medicamentos y deberá suspenderlos
- Indicar al paciente que puede aplicarse shampoo que contenga zinc, ácido salicídico +sulfuro y que lo solicite al médico.
- Informarle al paciente que en la medida de lo posible se mantenga fuera del polvo y tierra que existe en su localidad y de ser posible se bañe dos veces al día cuando este en contacto con el polvo.

Fundamentación Científica de la acciones de Enfermería

- La piel y las mucosas sanas e integra son la principal línea de defensa en contra de agentes nocivos.
- La piel sana e intacta, es impermeable a la mayor parte de microorganismos
- El aseo constante de la piel estimula la circulación, favorece la respiración de la piel y la mantiene sana.
- La lubricación de la piel después del aseo favorece su elasticidad, tratando de mantenerla sana.
- Medicamento que se difunde a través de la membrana celular y forma complejos con receptores citoplasmáticos específicos.

Evaluación

A pesar del aseo, lubricación y la aplicación de medicamentos indicados no se ha logrado erradicar el problema, debido principalmente a que en la localidad en donde vive es una zona sumamente polvosa y el agua es muy escasa por lo que el baño y cambio de ropa es de 2 veces por semana.

PROBLEMA

Disnea de medianos esfuerzos, tos con flemas, productiva, estertores audibles

Manifestación del Problema

Dificultad para respirar al realizar medianos esfuerzos, palidez, ansiedad, tos con flemas blanquecinas, silbidos a la inspiración.

Fundamentación Científica del Problema

Los pulmones son un sitio de afección frecuente por la enfermedad del SIDA .

La infección oportunista más común es la Neumonía por Pneumocystis Carinii que afecta al 75 % de los pacientes .Puede ser difícil diagnosticarla, por que los síntomas, fiebre, tos, disnea de mediano esfuerzo, palidez, cianosis, ansiedad, taquicardia la gravedad varia, de fiebre y ausencia de síntomas respiratorios a tos o disnea leve hasta franca Insuficiencia Respiratoria .

La infección transmitida por el aire al principio comprende focos en placas al azar de los pulmones, pero en huéspedes muy vulnerables puede diseminarse ampliamente en los pulmones. Las infecciones Neumocísticas siempre son mortales.

El diagnostico definitivo puede establecerse por frotis de esputo. Otras causas infecciosas de afección pulmonar en pacientes con SIDA, incluyen Neumonías Bacterianas, Micobacterianas y Virales, se observa una mayor frecuencia de Neumonía Neumococcica con sépticemia y neumonía por Haemophilus Influenzae, se piensa que el Micobacterium Tuberculosis depende de la reactivación de una infección previa.

Acción de Enfermería

- Orientar al paciente y sus familiares los signos y sintomas de la presencia de manifestaciones de insuficiencia respiratoria.

- Indicarle que debe mantener una postura adecuada, preferentemente semisentado.
- Enseñar y Ayudar a el paciente y a sus familiares a realizar terapia respiratoria y masajes percutorios.
- Recordarle que debe asistir a su consulta para control radiográfico y toma de muestras de esputo periódicamente de acuerdo a indicación médicas.
- Orientar al paciente y sus familiares como deben administrar los medicamentos indicados: Trimetoprima c/ Sulfametoxazol tab. 80 mgs / 400 mg. 1 tab. c/ 12 hrs. por 14 días.
- Pentamidina (4mgs./kg/d) 1 ampolleta intramuscular c/24 hrs. Por 14 días
- Informar al paciente sobre los posibles efectos adversos de los medicamentos para que avisen al médico tratante.
- Informar y orientar al paciente y familiares sobre signos y síntomas respiratorios de alarma para que asistan a la unidad de salud más cercana.

Fundamentación Científica de las acciones de Enfermería

- Las afecciones en los pulmones generalmente se manifiestan con fiebre, tos, disnea de mediano esfuerzo, palidez, cianosis, ansiedad, taquicardia, bradicardia tos, cuando el suministro de O₂ es insuficiente el paciente presenta ansiedad
- El centro respiratorio esta situado en el tallo cerebral, ajusta la frecuencia y la profundidad de la ventilación para satisfacer las necesidades del organismo
- La posición del paciente debe permitir una expansión pulmonar optima
- La terapia respiratoria restablece en gran medida la función pulmonar y por ende disminuye la insuficiencia respiratoria.
- El conocer los signos de alarma permitirá reducir la angustia en el paciente y sus familiares podrán canalizarlo si es necesario a una unidad médica para su atención y control.

- Los medicamentos mejoran la respiración y actúan directamente en vías respiratorias.
- Antibiótico que interfiere con la síntesis bacteriana de Acido tetrafólico y de ácidos nucleicos.
- Las reacciones que puede presentarse son: agranulocitosis, anemia aplástica, cefalalgia nauseas y vomito.
- Este medicamento es una diamina aromática con efectos antiprotozoales que tienen actividad contra Pneumocystis Carinii.
- Las reacciones que puede presentarse son: hipotensión, hipoglucemia, Insuficiencia renal aguda, hipocalcemia arritmias severas, etc.
- Apoyar al enfermo en condiciones críticas en el mantenimiento de las funciones vitales básicas de respiración

Evaluación

El paciente continua con el tratamiento médico indicado pero en ocasiones y sobre todo por la noche manifiesta "falta de aire" lo cual le produce angustia , se le sugirió que compre un aparato portátil de oxigeno y que duerma en posición sédente.

PROBLEMA

Negación

Manifestación del Problema

Presenta temor e incertidumbre al saber que posiblemente morirá pronto, sin embargo afirma que esto a él "nunca le sucederá", rechazo frecuente a los medicamentos y a la atención médica oportuna.

Fundamentación Científica del Problema

Las reacciones psicológicas de los pacientes con SIDA varían de acuerdo a su historia y patología predominante antes de saberse infectado.

El paciente trata de evitar el dolor psíquico de haberse infectado, mantiene sus actividades y conductas previas a los resultados de laboratorio, lo que implica que continúe con actividades de alto riesgo, dando por descontado que puede presentar síntomas físicos y/o psicológicas, por lo que trata de evitar el contacto con cualquier especialista.

Tal vez es importante darse cuenta que todos viven con cierta incertidumbre sobre su vida (y muerte). No obstante, quizá sea cierto decir que las personas suelen dar por supuesta la vida hasta que la muerte llega a familiares o amigos cercanos, -"nunca me sucederá" es una frase que se repite con frecuencia, entre los individuos que tienen más de una pareja para realizar el acto sexual.

Acción de Enfermería

- Confronta al paciente con su realidad a través de: Comunicación del padecimiento: con folletos, libros.
- Proporcionarle información sobre otras instituciones de salud ya sea públicas o privadas para que acuda en compañía de algún familiar y disipar sus dudas sobre el padecimiento para su control.
- Orientarlo y canalizarlo para que reciba apoyo psicológico.

Fundamentación Científica de las acciones de Enfermería

- El paciente tiene derecho a saber lo que le depara su futuro con respecto a la atención y opciones terapéuticas de tal forma que debe averiguarlo. Ello se aplica por igual a los pacientes y a quienes lo cuidan.
- El temor puede crear tanto miseria y sufrimiento psicológico como la infección en sí, en particular si saben que sus patrones, compañeros, amigos o amante son negativos en sus conceptos sobre él.

- Debe hablar con sus familiares sobre el SIDA y VIH, hasta agotar el tema y seguir documentándose para debilitar su incertidumbre.
- La confianza es un elemento crucial para aprender a dominar las circunstancias incluyendo la confianza en los amigos y los familiares. El hablarle con regularidad es una forma de demostrar afecto y dar seguridad.

Evaluación

Ha manifestado interés por conocer el padecimiento, a través de bibliografía que se le a proporcionado y por iniciativa propia ha buscado folletos para conocer más para poder informar a sus familiares.

Ha participado en proporcionar su testimonio a diferentes grupos sociales, sobre todo a jóvenes, para que se cuiden y no se infecten.

PROBLEMA

Frustración, Agresividad e Irritabilidad

Manifestación del Problema

Molesto, grosero, presenta enojo frecuente ante cualquier pregunta, poco comunicativo, desmotivado por su situación económico.

Fundamentación Científica del Problema

La frustración es una consecuencia de interrumpir la conducta motivada, pero sólo cuanto tal conducta es importante, a su vez, la importancia, queda determinada por la centralización de la privación (o la privación creada, es decir, el funcionamiento de la privación), implica que no se ha llegado a su meta o a su conclusión en una línea de acción, o que no se ha alcanzado un estado final de algún tipo, o que no se ha logrado materializar una solución o consecuencia esperada.

"Las crisis de desarrollo, la frustración, la agresividad y la irritabilidad son parte de la "situación humana" que han creado varias situaciones de crisis que pueden ser como instigadoras de la misma frustración. Symonds da la lista de una serie de contingencias del ciclo de vida normal que casi de necesidad provocan la frustración. Dichas contingencias incluyen restringir la actividad infantil, impedir la expresión autocrática, la pérdida de la atención y cuando, las experiencias insatisfechas durante la crianza, el destete, la enseñanza de hábitos higiénicos, la pérdida del amor o de la seguridad y el apoyo, una independencia forzada durante la adolescencia, dificultades económicas en la vida adulta y otras pérdidas, incluyendo pérdidas debidas a la muerte de sus seres queridos o la anticipación de la propia muerte, como ocurrirá con él.

La mayoría de estas situaciones, sino es que todas, contienen una supuesta necesidad anterior fundamental, y una pérdida real o imaginada (o una amenaza de satisfacción). En cada ejemplo dado se elimina en medio de satisfacción y se hace efectiva una forma previamente adecuada de enfrentarse a la privación o a la amenaza de privación.

Acción de Enfermería

- Orientar al paciente a canalizar su agresión e irritabilidad a través de pláticas, ejercicios y transformar sus actividades en forma más creativa.
- Ayudar al paciente a conseguir madera necesaria para sus trabajos manuales.
- Descubrir conjuntamente con el paciente alguna otra actividad que le reditúe económicamente.
- Prepararlo a él y a su familia para la etapa final de su enfermedad, confrontándolo con el tabú de la muerte, el acercamiento con Dios o con la imagen que tenga de Él, y que es el momento de encontrarse bien con sigo mismo y con todos los demás, incluso motivarlo a hablar de como quisiera que fuera su funeral.

Fundamentación Científica de las acciones de Enfermería

- El trabajo es la auto expresión del hombre, una expresión de sus facultades físicas y mentales e individuales. En este proceso de actividad genuina, el hombre se desarrolla, se vuelve él mismo, el trabajo no es sólo un medio para lograr un fin ***el producto*** sino un fin en si, la expresión significativa de la energía humana, por eso el trabajo es susceptible de ser gozado.
- Distinguir entre neurosis y cultura adoptando como criterio la integración de la actividad en el proceso de trabajo social, es adaptar el punto de vista de la terapia individual.
- Un papel útil en la sociedad, y la función de la terapia individual es restituir el individuo a la sociedad, la individualidad deber servir a la civilización, y su móvil debe ser la adaptación.
- De todas las cosas que mueven al hombre, una de las principales es el terror a la muerte. El problema de la muerte como problema evolutivo es uno de los principales problemas psicológicos del hombre.
- Quienes tiene mayor capacidad para vivir y disfrutar del presente suelen ser los que han aceptado su enfermedad y la posibilidad de muerte.

Evaluación

El paciente se ha incorporado de manera gradual a diversas actividades, logrando aportar económicamente en poca cantidad contribuyendo "con algo" a los gastos familiares. Con lo cual despierta en consecuencia, de que lo que aportó es insuficiente, esto ha servido de motivación para buscar otras fuentes de ingresos. Continua siendo agresivo y se han espaciado los momentos de irritabilidad ya que se mantiene más ocupado.

Con respecto a el termino fatal de su enfermedad, en el lugar en donde asiste para su terapias de apoyo ha recibido platicar de las hermanas religiosas de como debe confrontarse a la muerte y que no debe ser tan agresivo con quienes en este momento y hasta el final de su vida le atenderán, repentinamente logra

cambiar pero en otras ocasiones se comporta nuevamente igual, se continuará insistiendo para lograr gradualmente algún cambio positivo a través de la psicoterapias.

PROBLEMA

Depresión e Insomnio

Manifestación del Problema

Aislamiento, dificultad para conciliar el sueño durante las noches, rehusa comer, pesimista ante cualquier cambio o indiferencia total, habla y contesta con monosílabos, desaliñado en diferentes momentos del día,

Fundamentación Científica del Problema

La depresión es una de las reacciones psicológicas más comunes en los pacientes con SIDA, debido a las limitaciones de la enfermedad que causan en el estilo de vida de la persona, por la disminución del funcionamiento físico, por la menor aceptabilidad social, restricciones profesionales y las limitaciones que la enfermedad coloca en la expresión sexual. La falta de curación origina un sentimiento de desesperanza e impotencia sobre todo por la declinación física y en sí por la evolución fatal de la enfermedad.

Las personas deprimidas sufren de los siguientes tipos de alteración; pérdida de la energía, pérdida del apetito y del peso, trastornos del sueño (insomnio), pérdida del impulso sexual también sufren de cefalea frecuentemente, dolor de espalda. Cabe mencionar que si ya sufren de algún dolor físico la depresión puede alterarlo y hacerlo intolerable.

Acción de Enfermería

- Orientar al paciente acerca de la ayuda psicológica que tiene derecho a recibir .

- Canalizar a el paciente a una terapia de apoyo
- Impulsar a el paciente a descubrir sus miedos y fantasías
- Ayudar al paciente a distinguir prioridades y favorecer así a mantener su equilibrio emocional.
- Indicarle al paciente como relajarse para favorecer el sueño y el reposo
- La relajación es una condición preliminar para conciliar el sueño da tranquilidad disminuye la tensión y la ansiedad.

Fundamentación Científica de las acciones de Enfermería

- La psicoterapia en cualquiera de sus modalidades forma parte medular del tratamiento para recuperar el equilibrio perdido.
- La motivación principal del tratamiento será que el paciente acepte la enfermedad, así como el diálogo constante sobre su enfermedad y de como manejarla
- La tensión y la ansiedad comúnmente asociadas a la enfermedad, perturban la calidad del sueño

Evaluación

El paciente ha asistido regularmente a su terapia solo falta cuando se siente muy cansado, a través de la terapia a conocido a otros compañeros a los cuales a orientado sobre la evolución de la enfermedad esto le ha permitido espaciar sus periodos de depresión ya que se mantiene ocupado asistiendo a visitar a sus compañeros que están en etapa más avanzada de la enfermedad y que ya no pueden salir y se encuentran postrados en su cama.

PROBLEMA

Ansiedad y Stress

Manifestación del Problema

Agitación y nerviosismo, preocupación extrema, inquietud y tensión muscular.

Fundamentación Científica del Problema

Con tantas preocupaciones que surgen por el diagnóstico o un resultado de anticuerpos positivos, no sorprende que en ocasiones haya reacciones físicas y emocionales abrumadoras. El hecho importante sobre las reacciones de ansiedad es que puede ser que quienes las piensan erróneamente que están empeorando mucho más físicamente por la infección, cuando en realidad es la ansiedad la que origina las complicaciones.

Es útil en el primer caso considerar los síntomas que acompañan con frecuencia a la ansiedad aguda.

En un estado de ansiedad la conducta normal se altera en una o más de las siguientes formas:

- 1.- Agitación y nerviosismo: Sentirse "tieso", irritable e inquieto.
- 2.- Gran preocupación: algunas veces enfocada en acontecimientos y problemas precisos, en ocasiones con ansiedades vagas, cambiantes, que es difícil restringir.
- 3.- Síntomas Físicos: Tensión muscular, que origina dolores en tórax, cuello y espalda, cefaleas, agitación intestinal y vesical, que provoca viajes esporádicos o frecuentes al baño. Náuseas, y en ocasiones vómitos, y dificultad para digerir la comida, que a veces causa cierta pérdida de peso.

Aumento de la sudación. Palpitaciones y "golpes" violentos del corazón.

Vértigos, atollondramiento y posiblemente hormigueo en manos y pies.

Cierta visión borrosa o "embotada". Mayor sensibilidad al ruido, la temperatura, el tacto y luces brillantes. Rubores, manchas exantemas, o ambos, sensación de falta de aliento, boca seca, ganglios linfáticos crecidos (en la ansiedad crónica).

4.- Dificultad en el sueño: Problemas para dormirse, despertar temprano y un sueño más alterado (tal vez incluyendo pesadillas).

5.- Fatiga Física: Pérdida del vigor y letargo frecuente, en ocasiones con largas períodos de falta de energía.

6.- Dificultades Cognoscitivas: Problemas para concentrarse, recordar y obtener información; distracción y confusión con facilidad incluso con labores en apariencias sencillas.

7.- Cambios del Animo: Cambios rápidos o repentinos del ánimo, en ocasiones de un extremo a otro, por ejemplo de la risa al llanto. Algunas personas se toman extrañamente irritables y es difícil comunicarse con ellas, tal vez tornándose enérgicas y en caso especial exigentes con quienes aman.

8.- Pérdida del Impulso Sexual: Una pérdida temporal del deseo o la función sexual.

Con frecuencia empeoran más los síntomas de ansiedad, contribuyendo a confirmar sus preocupaciones. Este ciclo se ha denominado en alguna otra parte como "Siendo SIDA". Se ve más comúnmente en él "preocupado sano" y ha llevado en algunos casos a una desesperación suicida.

Acción de Enfermería

- Enseñar al paciente las diferentes técnicas de relajación para disminuir en forma global la ansiedad.
- Sugerir al paciente el empleo de baños fríos y tibios antes de acostarse de preferencia, para obtener una mejor relajación.
- Orientar al paciente sobre la utilización de los tés combinados: el uso de la valeriana, tila, limón y azar que ayudarán a reducir su nerviosismo.
- Sugerir al paciente cambios en su rutina diaria, emplear la lectura.
- Motivar al paciente para que hable sobre su padecimiento con personas de confianza aún cuando crea que lo ha repetido.

- Ayudar al paciente a buscar el apoyo espiritual de su sacerdote, siempre y cuando el paciente lo acepte.
- Motivar al paciente a atraer a su mente solo pensamientos positivos.

Fundamentación Científica de las acciones de Enfermería

- La tensión y la ansiedad comúnmente asociadas a la enfermedad, perturban la calidad del sueño.
- La relajación ayuda a disminuir el grado general de stress y tensión aguda y hace que la persona sea más resistente al impacto de futuros stress, pero sólo si se practica con regularidad la técnica.
- El empleo de baños fríos o tibios, permite un proceso de relajación y contracción muscular aumentando con este una mayor circulación, produciendo en el paciente un estado de relajación y reposo .
- Esta comprobado que los tés de tila, valeriana, limón y azar calman la ansiedad, estos pueden ser ingeridos combinados o uno solo
- Toda cambio produce nuevas perspectivas o el olvido momentáneo de la causa de ansiedad
- El paciente debe darse tiempo para una larga y buena plática con un amigo cercano de confianza, o un asesor para comentar sus preocupaciones, ansiedades o temores .
- El principal aspecto es experimentar el alivio de saber que alguien más conoce y comprende sus problemas y esta preparado para ayudar a resolverlos.
- La aceptación de la muerte (en contra de la negación) parece ser mayor entre las personas que tienen convicción religiosa.
- Las autorreflexiones no deben ser exclusivamente negativa, hay que hacer sitios para lo positivo, cuando exista un pensamiento negativo en seguida reforzar con un positivo "Soy una persona maravillosa", son un medio importante para resaltar que la persona tiene vida propia que es tan valiosa y significativa, como la de cualquier otra.

Evaluación

Al paciente se le esta enseñando técnicas de relajación , aunque todavía no se ven resultados, al principio se observó con incredulidad y desconfianza ante estas técnicas. Se dialogo con él sobre la importancia del tratamiento y de las ventajas y los beneficios que para él representaría y que obtendrá sin embargo sólo acepto algunas de las técnicas, por lo que se ha logrado muy poco reducirle la ansiedad y el stress.

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN UN PACIENTE CON SIDA

CONCLUSIONES

1. El interés por el desarrollo de este PAE fue porque día con día va en aumento este mortal padecimiento (**SIDA**) y el personal de enfermería debemos tener los conocimientos necesarios acerca de este nuevo padecimiento por lo que fue muy importante una investigación documental profunda e incluso extensa del padecimiento, para poder entender comprender y atender el comportamiento y las necesidades de los pacientes y su entorno.

2. El PAE aplicado a este paciente con SIDA, presentó varios tropiezos para su estructuración, sin embargo permitió identificar sus principales problemas, jerarquizar sus necesidades planear las acciones a desarrollar para otorgarle una atención oportuna a través de las visitas en su domicilio y evaluar, si las acciones planeadas mejoraban o disminuían su problemas, la mayoría de las acciones planeadas ayudaron a disminuir las molestias ocasionadas por la misma enfermedad, tanto las físicas como las psicológicas y además las espirituales, ya que se tuvo la oportunidad de apoyarlo en algunas de las decisiones que él tomo como fue el iniciar un trabajo y apoyar a su madre en algunos gastos.

3. Aproveche la oportunidad para orientarlo a él y a su familia para que pudieran detectar algunos signos de alarma, atenderlo y en dado caso canalizarlo a una unidad de salud, fue tan estrecha la comunicación y la aceptación en este núcleo familiar que tuve la oportunidad de realizar actividades de promoción y prevención de la enfermedad, principalmente en los jóvenes de la familia.

4. Debido a la alta incidencia del padecimiento y a su rápida propagación es muy importante hacer énfasis para que todo el profesional de la salud conozca y utilice las medidas de prevención, a través de las normas universales de atención al enfermo con VIH/SIDA .
5. Se utilizo el esquema de la Historia Natural de la enfermedad como un instrumento de apoyo para fortalecer las acciones de promoción y prevención de la enfermedad en todos sus estadios.
6. Es muy importante mencionar que durante la formación del personal de enfermería se debe concientizar a este para que se responsabilice de su salud así como la de su familia y la de su comunidad a través de su crecimiento sobretodo en el ámbito de la salud pública y obtenga un mejor desempeño durante su desarrollo profesional.

**PROCESO ATENCION DE
ENFERMERIA EN UN PACIENTE
CON SIDA**

BIBLIOGRAFIA

B I B L I O G R A F I A

ALFARO, ROSALINDA. Aplicación del Proceso de Enfermería. Ed. Dyma. Barcelona, 1988, pp.225

ARJONILLA, ELIA, ACEVEDO, MA. DEL PILAR. Crecer en tiempos de SIDA Revista CONASIDA, México, SSA y UNICEF 1994, pp. 28

BAHENA, PAZ, GUILLERMINA. Instrumento de Investigación. Ed. Mexicanos Unidos, 12ª ed.1984, pp.125

BRONFMAN, A. "Tens of thousands, price out of american health care go to México for affordable care", November, 1992 pp. 65

BRONFMAN, A. Migración y SIDA en México XV Reunión de Latin American Studies Association, Miami, December de 1990, pp. 21

CARPENITO, JULIA, LINDA. Manual de Diagnóstico de Enfermería. Ed. Interamericana, 4a.ed. Madrid 1992, pp. 430

CARPENITO, JULIA, LINDA. Planes de Cuidados y Documentación de Enfermería. Ed. Interamericana. España 1994, pp. 325

COHEN,R. Atención Emocional del Paciente. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México.1984, pp. 245

COMISIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS ,Gaceta 41México, 1993, pp. 25

COMISION NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS Derechos Humanos de las personas que viven con VIH Folleto, 1992, pp. 28

COMISION NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS EI SIDA como problema de salud. Revista,1992, pp. 45

CONASIDA Guía para la Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/SIDA en Consulta Externa y Hospitales 3ª ed. México 1997, pp.112

DANIEL, G, VICTOR. SIDA. Ed. Manual Moderno 2a ed. México. 1993, pp. 181

DEL RÍO, CHIRIBOGA, CARLOS, AGUILAR, ELOY MARGARITA .Guía para Enfermeras en la Atención del Paciente con HIV-SIDA Hospital Infantil de México Fedérico Gómez , CONASIDA, México. Noviembre ,1993, pp. 65

DERECHOS HUMANOS SIDA-VIH. Folleto 1992, pp.27

DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos, Secretaría de Salud, 1996, pp. 80

DOENGES, E. MARILYN. MOORHOUSE, MARY, F. Guía de Bolsillo de Diagnóstico y Actuaciones de Enfermería. Ed. Doyma, 3a. ed. Barcelona 1992, pp. 950

DU, GAS, DYMOND. Tratado de Enfermería Práctica. Ed. Interamericana, 4a.ed. México 1986, pp. 649

GALLO, ROBERT, MONTAGNIER, LUC. El SIDA Libro de Investigación y Ciencia Scientific American. Ed. Prensa Científica. Calabria Barcelona 1989, pp.207

GARCIA, M.L. et al., Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA Clínica Laboratorio, Psicología y Sociología, Secretaría de Salud, México 1993, pp.56

GONZALEZ, SALDAÑA, NAPOLEON, et al. Infectología Clínica Pediátrica. Ed. Trillas, México, Enero, 1994, 1a reimpresión , pp.1035

HARRISON. Medicina Interna. Ed. La Prensa Médica Mexicana, México, 1993, pp.1530

INSTITUTO DE SALUD PUBLICA A 11 años del Descubrimiento del VIH-SIDA Revista de Salud Pública volumen 37, No 6 Nov.-Dic. 1995, pp 200

INSTITUTO NACIONAL DE DIAGNOSTICO Y REFERENCIA EPIDEMIOLOGICOS. Boletín Mensual de SIDA/ETS, INDRE ,1994-1996, pp.25

LAWRENCE, M. TIERNEY, Jr. et al. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. Ed. Manual Moderno, México, 1994, pp. 1123

MARTINEZ, MARTINEZ, ROBERTO, et. al. La Salud del Niño y del Adolescente. Ed. Salvat Mexicana. México, 1993, pp. 683

MILLER ,WEBER, GREEN Atención de pacientes de SIDA. Ed. Manual Moderno, 1990, México, 1993, p.p.330

MILLER, DAVID, WEBER, JONATHAN, Y GREEN, JOHN. Atención de Pacientes de SIDA. 1992, pp.150

MILLER, DAVID. Viviendo con SIDA y VIH. Impreso. CONASIDA 1992, pp. 35

MURRAY, ATKINSON. Proceso Atención de Enfermería. Ed. McGraw -Hill Interamericana 5ª ed.. México. 1996, pp. 225

NICHOLS, A. W. El SIDA a lo largo de la Frontera de México, Estados Unidos con énfasis en México, Salud Fronteriza, edición especial, México. Agosto de 1989, pp.45

NORDMARK, MADELIN, ROHWEDER, W, ANNE. Bases Científicas de la Enfermería. Ed. La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V. México, 8a reimpresión 1993, pp. 712

NORMA OFICIAL MEXICANA, Sobre la Prevención y el Control del VIH. México. Enero, 1995, pp. 10

ORTIZ, VICTOR. Reflexiones en Torno a la Homosexualidad y el SIDA. Manuscrito, México 1990, pp. 30

PAMPLONA, F. "El SIDA en las Relaciones México- Estados Unidos: un problema comunitario de política bilateral en primera conferencia binacional sobre Inmunodeficiencia Adquirida. Sta Mónica, California 31 de Mayo al 3 de Junio 1990, pp.1-7

Pautas para la Atención Clínica de la persona adulta infectada por el VIH Programa Regional de SIDA y ETS, OPS, 1994, pp.48

RICHARDSON, DIANE. La Mujer y el SIDA. Impreso. CONASIDA 1992, pp.58

SECRETARIA DE SALUD Mortalidad. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, México1989-1993, pp. 150

SECRETARIA DE SALUD. Anuario Estadístico. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación. México.1993-1996, pp. 250

Situación Actual y Perspectivas del SIDA en México . Manuscrito Mexico.1994, pp. 45

STANLEY, L. ROBBINS. ,VINAY, KUMAR. Patología Humana. Ed. Interamericana Mc. Graw Hill , 4a ed., México, 1993, pp. 2450

TEPTICH, IYER., Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. Ed. Interamericana. Mc. Grew-Hill. México. 1990, pp 235

**PROCESO ATENCION-DE
ENFERMERIA EN UN PACIENTE
CON SIDA**

**GLOSARIO DE
TERMINOS**

ACIDO DESOXIRRIBONUCLEICO (ADN). Polinucleótido en el que el residuo de azúcar es desoxirribosa; es el material genético primario de todas las células.

ACIDO RIBONUCLEICO. Polinucleótido en el que el residuo de azúcar es ribosa y que además contiene uracilo en lugar de la timina presente en el ADN. De acuerdo a su estructura y función puede ser de tres grandes tipos: ribosomal (tam), mensajero (mam) y de transferencia (tam).

ANTICUERPO Proteína producida por los linfocitos B como resultado de la exposición a algún antígeno y que tiene la especificidad para combinarse con el antígeno que estimuló su producción.

ANTIGENO. Molécula extraña al organismo capaz de inducir una respuesta de rechazo inmunológico mediante la producción de anticuerpos (inmunidad humoral) y de linfocitos T (inmunidad celular).

ANTISEPTICO. Sustancia empleada para destruir microorganismos en los tejidos vivos.

ANTIVIRAL. Sustancia capaz de destruir o inhibir la multiplicación viral

BISEXUAL. Individuo que tiene actividad sexual tanto con personas del sexo opuesto como con personas de su mismo sexo.

CAPSIDE. Capa proteica que rodea los ácidos nucleicos de los virus. Está formado por un número determinado de subunidades denominadas **capsómeras** cuyo número es constante para cada familia de virus. El conjunto de ácidos nucleicos virales y cápside se conoce como nucleocápside.

EPIDEMIOLOGIA. Rama de la medicina que estudia la distribución y causalidad del proceso salud-enfermedad en la población.

ESTERILIZACION. Procedimiento mediante el cual se inactivan virus, bacterias, hongos y esporas.

FALSO NEGATIVO. Resultado de un examen de laboratorio que en forma equivocada no detecta algo que si existe.

FALSO POSITIVO Resultado de un examen de laboratorio que en forma equivocada detecta algo que no existe.

GENOMA. Contenido genético de una célula o de un microorganismo.

GRUPOS CON PRACTICAS DE ALTO RIESGO. Se considera como grupos de alto riesgo aquellos que han demostrado, a través de estudios epidemiológicos, poseer mayor riesgo de adquirir infección por VIH y SIDA que el resto de la población. Pertenecen a estos grupos los varones homosexuales y bisexuales, los individuos heterosexuales (hombres y mujeres) con múltiples parejas sexuales, los adictos a drogas intravenosas, los hemofílicos y politransfundidos así como las parejas sexuales y los hijos de cualquiera de estos grupos. Debido a la extensión del problema, hoy es preferible hablar de individuos con prácticas de alto riesgo y no de grupos.

HETEROSEXUAL.- Individuo que posee relaciones sexuales con personas del sexo opuesto.

INCIDENCIA. Frecuencia con que ocurre una enfermedad, por ejemplo, número de casos de SIDA entre la población en un lapso y un lugar determinados.

INFECCION OPORTUNISTA. Es aquella que generalmente resulta de una reinfección a partir de un microorganismo previamente adquirido por el individuo durante su vida, pero que no había tenido la oportunidad de proliferar debido a un buen estado inmunológico y que ahora por una inmunodeficiencia encuentra el terreno propicio. El tipo de infección que presentan los pacientes con inmunodeficiencia depende de la variedad de gérmenes que sean más comunes en el área geográfica donde viva o a donde haya viajado. Estas infecciones tienden a ser múltiples, generalizadas, mortales y rara vez curables.

INMUNIDAD CELULAR. Respuesta del sistema inmunológico que depende de la actividad de los linfocitos T para brindar protección contra antígenos proteicos intracelulares (por ejemplo, células infectadas por virus, chlamydias, rickettsias, micobacterias, treponemas, salmonellas, brucellas, hongos, protozoarios, etcetera, así como células tumorales o transplantadas).

INMUNODEFICIENCIA. Padecimiento de origen primario (hereditario) o secundario (adquirido), en el cual el sistema inmunológico es incapaz de actuar adecuadamente ante estímulos antígenos adecuados.

INTERFERON Grupo heterogéneo de proteínas de bajo peso molecular elaborado por células infectadas que protegen a las células no infectadas por virus.

LATENCIA. Periodo durante el cual un germen se encuentra dentro del organismo en forma inactiva, sin producir enfermedad. El tiempo de latencia del VIH fluctúa entre 6 meses y 11 años.

MACROFAGO Célula del SFM derivada de los monocitos de la médula ósea la cual desempeña un papel accesorio en la respuesta inmune: 1) capta, procesa y presenta a los antígenos a los linfocitos T y B, y 2) actúa conjuntamente con los

linfocitos T citotóxicos contra antígenos intracelulares (células infectadas, células tumorales y células transplantadas).

MORBILIDAD. Número de enfermos de un padecimiento dado, entre la población expuesta al riesgo de adquirirlo, multiplicado por una constante (generalmente cien mil).

MORTALIDAD. Número de defunciones en una población dada, en un lapso y un lugar específicos.

NUCLEOCAPSIDE. Parte central del VIH constituido por los ácidos nucleicos y el cápside. Porción del virus que penetra a la célula que será parasitada, mientras que la envoltura permanece fuera adherida a la membrana celular.

PERINATAL. Periodo alrededor del parto que comprende desde un tiempo antes del nacimiento hasta el momento posterior al parto.

PERIODO DE INCUBACION. Tiempo que transcurre entre la entrada al organismo de un germen, y la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad. En el caso del SIDA este periodo es sumamente variable y fluctúa desde seis meses, hasta 11 años.

PORTADOR ASINTOMÁTICO. Persona poseedora de un trastorno o un microorganismo, sin presentar síntomas o manifestaciones clínicas de enfermedad. En el caso de la infección por VIH es un individuo infectado por el virus, sin evidencia de enfermedad, capaz de transmitir la infección a terceras personas. Solo puede ser detectado por pruebas de laboratorio, como la prueba de ELISA.

PREVALENCIA. Número de personas enfermas en una población y en un momento dado; generalmente se expresa como porcentaje.

PRUEBA DE WESTERN-BLOT. Prueba de laboratorio para confirmar el resultado de una prueba de ELISA. Las proteínas virales, separadas en bandas por medio de electroforesis, se transfieren a papel de nitrocelulosa y se realiza una reacción inmunoenzimática al poner en contacto dichas proteínas con los anticuerpos presentes en el suero problema, utilizando para ello las proteínas virales como antígenos. La reacción se pone en evidencia por medio de una antiglobulina y un sustrato. Se considera positiva la prueba cuando existen bandas contra antígenos codificados por los genes "env", "pol", y "gag", se considera negativa la prueba ante la ausencia de bandas.

RECEPTOR. CD₄. Molécula presente en la superficie de los linfocitos T colaboradores, así como en la de las células del sistema fagocito mononuclear y de un 10% de los linfocitos B. Molécula reconocida y atacada por la glucoproteína externa del VIH (gp 120 para el VIH-1 y gp 140 para el VIH-2)

RESERVORIO. Organismo que por alojar en su interior a un germen, mantiene la infección en la naturaleza. La transmisión del reservorio a un huésped susceptible se da a través de un vector. En el caso de la infección por el VIH y el SIDA, el único reservorio que se conoce es el propio humano, y su transmisión se da en forma directa por contacto sexual, exposición a sangre o hemoderivados y perinatal.

RETROVIRUS. Constituyen una subclase de ARN-VIRUS cuya característica fundamental es convertir su ARN en ADN, lo que se conoce como transcripción reversa, de donde les viene el nombre de retrovirus. El ARN de este virus posee toda la información genética necesaria para la síntesis de los diversos componentes virales; sin embargo, para lograrlo deben primero transcribir dicha información ácido desoxirribonucleico, a fin de integrarla al núcleo de la célula parasitada, desde donde dirige la formación de nuevos virus, utilizando para ello los componentes del citoplasma de la célula. La síntesis de la enzima

responsable de la transcripción reversa (transcriptasa reversa) está codificada por el gen "pol" del VIH. Los retrovirus se clasifican en tres subfamilias: oncovirus, lentivirus y spumavirus; el VIH pertenece a los lentivirus.

SARCOMA DE KAPOSI. Descrito por primera vez hace un siglo por M Kaposi, se clasifica actualmente en: clásico y epidémico. La forma clásica se presenta en hombres de edad avanzada, descendientes de judíos Ashkenazi o de habitantes del Mediterráneo; la forma epidémica se asocia a infección por el VIH y sigue una evolución rápida con elevada mortalidad a corto plazo.

SERONEGATIVO. Ausencia de anticuerpos circulantes contra un microorganismo dado.

SEROPOSITIVO. Presencia de anticuerpos circulantes contra un microorganismo dado.

SEXO SEGURO. Término empleado para describir prácticas sexuales adecuadas para evitar el contagio del SIDA. Proporciona alternativas para realizar el acto sexual entre homosexuales o heterosexuales, sin exponer a la pareja al contagio. Recomienda practicar el sexo "sobre el compañero", en vez de "dentro del compañero".

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA). Enfermedad infecto-contagiosa, debida a un retrovirus conocido como virus de la inmunodeficiencia humana el cual ataca y destruye diversas células provocando con ello una amplia gama de problemas clínicos que van desde una infección asintomática hasta el SIDA mismo. A diferencia de la mayoría de las enfermedades infecciosas, en las cuales la enfermedad aparece días o semanas después del contagio, el SIDA puede presentarse años y probablemente decenios después de la infección inicial por el VIH. La enfermedad presenta una amplia

gama de manifestaciones clínicas, lo que permite su clasificación en: 1) enfermedad constitucional, 2) encefalopatía por VIH, 3) infecciones secundarias u oportunistas, y 4) tumores asociados a la infección por el VIH.

TRANSCRIPTASA REVERSA. Enzima presente en los retrovirus que les permite convertir el ARN en ADN viral (provirus), a fin de integrarlo al genoma de la célula parasitada.

TRANSMISION. Mecanismo mediante el cual un microorganismo pasa de un individuo a otro contagiándolo. En el caso de la infección por el VIH y el SIDA se aceptan actualmente tres mecanismos de transmisión: sexual, sanguíneo y perinatal.

TRANSMISION VERTICAL. Término propuesto para sustituir al de transmisión perinatal (intruterina, durante el parto y por medio de la leche materna).

VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA. Nombre propuesto por el Comité Internacional para la Taxonomía de los Virus para denominar al agente responsable del SIDA, abandonándose con ello los otros nombres (LAV., HTLV-III, ARV). En el momento actual se conocen dos variedades del VIH, VIH-1 y VIH-2 siendo ambos retrovirus de la familia de los lentivirus, los cuales miden 90 a 120 nanómetros de diámetro, son esféricos y constan de una envoltura externa, una capa proteica interna y un nucleocápside. Su contenido proteico, representado por ARN, está formado por dos cadenas idénticas las cuales poseen nueve genes conocidos, tres estructurales (gag, pol, env) y seis genes reguladores (tar, rev, vif, nef, vpr y vpu para el VIH-1 y vpx para el VIH-2).

VIF. GEN antes conocido como "orf", cuya función es la de regular la infectividad del VIH al favorecer su paso de una célula a otra y, más aún, de permitir que el virus libre pueda parasitar células.

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN UN PACIENTE CON SIDA

ANEXOS

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

					ANEXO--I
Problema	Manifestación del Problema	Fundamentación Científica del Problema	Acción de Enfermería	Fundamentación Científica de las acciones de Enfermería	Evaluación
<p>Perdida de peso corporal de más de 8 Kgs.</p> <p>Debilidad y cansancio</p> <p>Anorexia</p>	<p>Ha bajado de peso, esta delgado.</p> <p>Se desplaza con dificultad de un lado a otro, se fatiga, se siente muy débil y refiere no tener apetito.</p>	<p>Las manifestaciones que más frecuentemente se presentan en los pacientes con SIDA son las relacionadas al llamado Síndrome de Desgaste el cual tiene una etiología multifactorial. En las principales causas pueden incluirse las siguientes categorías.</p> <p>Alteraciones del metabolismo, hipermetabolismo, intolerancia a la vía oral, mala absorción intestinal, efectos de las citocinas, replicación viral, alteraciones en la función endocrina y enfermedad primaria muscular. El Síndrome de desgaste inicia desde que el paciente se infecta con el VIH y corresponde al grupo IV, subgrupo A y se define como Pérdida de peso mayor del 10%, diarrea crónica (por lo menos dos evacuaciones diarreicas al día) por más de 30 días, intermitente constante, debilidad y cansancio de más de 30 días, fiebre (documentada por más de 30 días continua o intermitente) y anorexia.</p> <p>La pérdida de peso en pacientes con SIDA puede ser secundaria a muchas causas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al paciente para que ingiera una dieta rica en carbohidratos, grasas, proteínas, minerales y vitaminas. • Indicarle que debe tomar su dieta en quintos y en pequeñas cantidades. • Orientar a la familia sobre los alimentos que puede consumir el paciente y que además sean de bajo costo. • Sugerirle y enseñarle al paciente a que realice sus actividades en varias etapas para evitar la debilidad y el cansancio. <ul style="list-style-type: none"> • Indicarle al paciente como estar en reposo relativo • Sugerirle algún estilo para preparar los alimentos y que indique que le gustaría comer hoy 	<p>Todas las células del organismo necesitan una cantidad esencial de nutrientes para poder vivir y funcionar adecuadamente. En la dieta se necesitan suficientes cantidades de carbohidratos, grasa, proteínas, minerales y vitaminas por ser nutrientes esenciales. Las proteínas se necesitan para la síntesis de muchos componentes esenciales, como las enzimas, las nucleoproteínas, los anticuerpos, las hormonas y la hemoglobina.</p> <p>La Anorexia interfiere en la ingestión de alimentos.</p> <p>Relajarse y evitar tensiones emocionales antes, durante y después de los alimentos es importante para aprovechar todos los nutrientes.</p> <p>Al tener mayor aporte alimenticio el organismo se va recuperando y realiza mejor sus actividades presentando un mínimo de cansancio</p> <p>El reposo permite al organismo recuperar su energía y disminuye el anquilosamiento sobre todo de miembros inferiores</p> <p>Proporcionarle al paciente una dieta a complacencia estimulará su apetito</p>	<p>El paciente a pesar de la insistencia y de proporcionarle los alimentos a libre demanda continúa comiendo poco por lo que se opto por espaciar su horario y distribuir los alimentos en cinco tomas al día, además más de incorporar a la dieta suplementos y complementos alimenticios</p> <p>Se le han enseñado algunos ejercicios fáciles para mejorar en algo la tonicidad de sus músculos.</p> <p>Se le enseñó que debe hacer sus actividades en varios movimientos con el propósito de evitarle al máximo la fatiga.</p> <p>Se estableció un horario para su descanso.</p>

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

Problema	Manifestación del Problema	Fundamentación Científica del Problema	Acción de Enfermería	Fundamentación Científica de las acciones de Enfermería	Evaluación
<p>Diarrea Crónica</p> <p>Dolor abdominal tipo cólico</p> <p>Fiebre de 39°C</p>	<p>Refiere tener de manera ocasional evacuaciones líquidas con dolor abdominal tipo cólico.</p> <p>Presenta fiebres nocturnas de 39 °C, sudoraciones profusas, acompañada de calofríos</p>	<p>Las infecciones a nivel intestinal se manifiestan por diarrea. En las personas infectadas por el virus de VIH/SIDA, se caracteriza por su dificultad para resolverla y por su persistencia, la diarrea siempre se acompaña de dolor tipo cólico pérdida de peso y fiebre.</p> <p>El cuadro clínico y los agentes etiológicos varían de acuerdo al grado de inmunosupresión, clínicamente pueden distinguirse entre diarrea aguda, intermitente y crónica, esta última es la más frecuente en pacientes con enfermedad avanzada, tienden a presentar síntomas graves que incluyen además de la diarrea, fiebre alta y dolor tipo cólico abdominal intenso.</p> <p>Este conjunto de características clínicas se han denominado Complejo relacionado con el SIDA (CRS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar al paciente que incluya en su dieta abundantes líquidos y alimentos astringentes con alto contenido en potasio y en casos residuos. • Enseñarle al paciente como detectar los signos de deshidratación • Mostrar a sus familiares como preparar los sobre de suero oral. • Indicar al paciente y sus familiares, los alimentos que debe consumir para elevar y mantener el aporte calórico y proteico adecuado. • Señalar los medicamentos que debe tomar para que disminuya la motilidad intestinal y el dolor abdominal Inmodium 2 mg, 1 tab. C/ 6 hrs. Buscapina 1 gragea C/6hrs. • Informarle sobre los efectos secundarios que puede presentar. • Indicarle como colectar sus muestras seriadas de heces fecales para estudios de laboratorio de control. • Enseñar al paciente y sus familiares como cuantificar, vigilar y controlar la temperatura ya sea por medios físicos o a través de la aplicación de compresas húmedas frías y administrarle antipiréticos: Acetaminofén 500 mg. 1 tab. c/6 hrs. 	<p>Conservar el equilibrio hidroelectrolítico del organismo es esencial sobre todo manteniendo los volúmenes suficientes de agua.</p> <p>La ingestión de una dieta balanceada ayuda a evitar un desgaste secundario</p> <p>medicamento que inhibe la actividad peristáltica, puede presentar somnolencia, fatiga, mareo, distensión abdominal. Potente relajante del músculo liso con efectos inhibidores del peristaltismo. Boca seca, dificultad para la micción estreñimiento, menos frecuente hipotensión postural</p> <p>Existe una fluctuación precisa de la temperatura corporal, dentro de las células funcionan eficazmente y la actividad enzimática es adecuada.</p>	<p>Los cuadros diarreicos han disminuido su frecuencia, continua incluyendo en su dieta alimentos astringentes y se le están ministrando los medicamentos indicados para el dolor el cual ha desaparecido, se le harán sus exámenes de laboratorio periódicamente.</p> <p>La fiebre ha logrado por el momento desaparecer y cuando ocasionalmente se presenta se le aplican compresas húmedas frías y sus antipirético en caso de que no se da la fiebre.</p>

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

Problema	Manifestación del Problema	Fundamentación Científica del Problema	Acción de Enfermería	Fundamentación Científica de las acciones de Enfermería	Evaluación
Manchas irregulares violáceas en miembros inferiores	Se observan lesiones cutáneas en miembros inferiores, manchas de color violáceo circulares que han ido creciendo, son dolorosas y pierde sensibilidad en la zona de las manchas.	El curso de esta enfermedad esta ligado íntimamente al Sistema Inmune y hoy en día empieza a considerarse como una respuesta a factores angiogénicos circulantes más que una verdadera neoplasia. es un tumor vascular, se identificó al virus Herpes 8 como agente causal del Sarcoma de Kaposi. Suele comenzar en la piel, pero a diferencia del tipo clásico es posible que comience en cualquier parte de la superficie cutánea. En etapas iniciales se ve como una placa pequeña de color rosa o violáceas a menudo de unos cuantos milímetros de diámetro. Es común que haya una coloración pardo amarillenta tipo malugón alrededor de las lesiones pueden aumentar y dimensionarse a órganos internos. Las lesiones son únicas o múltiples que afectan la piel extendiéndose en ocasiones a ganglios y a todos los órganos internos. En ocasiones, Sk. se inicia en otros órganos como ganglios linfáticos, otras veces tal vez comience en el aparato digestivo en cuyo caso la primera lesión puede observarse en el paladar. Las hemorragias y en consecuencia pueden causar anemia. Es posible que se diseminen a cualquier órgano del cuerpo, y la	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al paciente como será la evolución de las lesiones de la piel. • Indicarle al paciente que vigile la aparición de lesiones en boca. • Indicarle al paciente que observe la aparición de sangre en heces. <p>Reforzar al paciente la importancia de la ministración de medicamentos: El tratamiento inicial del Sarcoma de kaposi es con antirretrovirales. AZT (Zidovudina) 200 mg. C/4hrs; Ciclofosfamida 10 mg. cada c/ 24 hs.</p>	<p>Las lesiones cutáneas en las etapas iniciales se ve como una placa pequeña de color rosa o violáceo a menudo de unos cuantos milímetros de diámetro.</p> <p>Cuando afecta el aparato digestivo la primera lesión puede observarse en el paladar.</p> <p>Se debe evaluar la eliminación de heces en relación con lo siguiente:</p> <p>A. El patrón usual del individuo para evacuar su intestino B. la cantidad y el tipo de dieta. C. Las condiciones de equilibrio hídrico. D. Los padecimientos que presenta son indicios de posible constipación.</p> <p>Se trata de un análogo de la timina capaz de inhibir la actividad de la transcriptasa reversa y de inducir la terminación de la cadena. Atraviesa la barrera hemato-encefálica y tiene efectos favorables tanto en el cuadro clínico como en la respuesta inmune, estos medicamentos destruyen células y puede causar así la regresión de las lesiones del Sk, es considerado de alta toxicidad hematológica, particularmente causa anemia macrocítica y agranulocitosis Fármaco citotóxico que produce desequilibrio en el crecimiento dentro de la célula provocando la muerte celular. Tiene activi-</p>	En este momento las lesiones no se han presentado en alguna otra parte del cuerpo, se han mantenido estables las manchas que tiene y el paciente continua su tratamiento indicado por ahora.

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

Problema	Manifestación del Problema	Fundamentación Científica del Problema	Acción de Enfermería	Fundamentación Científica de las acciones de Enfermería	Evaluación.
<p>Manchas irregulares violáceas en miembros inferiores</p>		<p>invasión de cerebro o pulmones es particularmente grave.</p> <p>En ocasiones, Sk. puede obstruir el drenaje de líquido de algunas áreas del cuerpo, como los pies, originando edema.</p> <p>El curso clínico puede dividirse de acuerdo a si se trata de una manifestación inicial, o surge como diagnóstico tardío en un paciente con historia de infecciones oportunistas previas y del número y tamaño de las lesiones y del compromiso o no de mucosas y órganos y de la rapidez de aparición de las lesiones y de la asociación o no de fiebre y diaforesis.</p> <p>El Sarcoma se origina en las células endoteliales que son las que forman el recubrimiento interno de las venas y arterias la extensión de la enfermedad se relaciona con el grado de severidad de la inmunodeficiencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al paciente y sus familiares como observar la aparición de síntomas y signos neurológicos. • Decirle al paciente que debe solicitar a su médico que le realicen exámenes de laboratorio frecuentes en busca de signos de Anemia 	<p>dad inmunosupresora importe. La información sensitiva que llega de todas las porciones del organismo se integran en todos los niveles del sistema nervioso para que se efectúen respuestas motoras específicas. Por ejemplo, los reflejos simples se llevan cabo a nivel de a médula espinal mientras que las respuestas motoras muy complejas se efectúan a nivel de la corteza cerebral. Pueden formarse estructuras patológicas como tumores o pólipos dentro del aparato respiratorio dentro de la cavidad torácica. La localización, número y tamaño de éstos determinará el grado de complicación respiratoria que producirán.</p> <p>Mientras más rápidamente se desarrolle la anemia, más grave serán los síntomas. Estos incluyen palidez, frecuencia respiratoria y cardíaca aumentadas, disnea, fatiga y debilidad muscular y puede haber también alteraciones de las funciones mentales. En la anemia perniciosa generalmente existen síntomas gastrointestinales (como anorexia, indigestión, diarrea o constipación) y síntomas neurológicos progresivos (como acúfenos, adormecimiento de las extremidades, pérdida del sentido de la posición, irritabilidad, amnesia y depresión</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

Problema	Manifestación del Problema	Fundamentación Científica del Problema	Acción de Enfermería	Fundamentación Científica de las acciones de Enfermería	Evaluación
Cefalea	Presenta dolor de cabeza punzante, intermitente, localizado a nivel occipital y nuca.	El SIDA tiene una importante afinidad por el Sistema nervioso central (que incluye el cerebro y la médula espinal), o periférico (todos los nervios periféricos), produciendo daño de intensidad variable a esos niveles lo cual depende del grado de avance de la enfermedad. La sensación de dolor indica lesión o peligro al organismo. La mayoría de los pacientes con SIDA presentarán en algún momento de su evolución manifestaciones neurológicas que se deben a infecciones secundarias o a efectos directos del virus. Algunos pacientes con infección por VIH desarrollan Meningitis aséptica desde sus inicios y otros en la fase final de la Infección (SIDA) y se manifiesta con dolor de cabeza persistente	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñarle al paciente a identificar cuando se inicie la cefalea y evitar que aumente aplicando compresas húmedo-frías • Propiciarle un ambiente tranquilo y sin perturbadores o ruidos intensos • Indicarle que se quede en reposo en su habitación a oscura • Enseñar al paciente y su familiares que tome los medicamentos indicados para disminuirle el dolor de cabeza: Acetaminofén 1 tab. de 500 mg. cada 6 hr. • Indicarle los efectos secundarios o adversos que puedan presentarse 	<p>La sensación de dolor indica lesión o peligro para el organismo</p> <p>Reducir los estímulos ambientales perturbadores, pueden ser útiles para disminuir el dolor agudo</p> <p>Los analgésicos son medicamentos específicos para aliviar el dolor</p> <p>analgésico antipirético que actúa sobre el centro termorregulador en el hipotálamo</p> <p>Puede presentar erupción cutánea, neutropenia</p>	El paciente ha logrado identificar cuando inicia su cefalea y disminuir el dolor en algunas ocasiones a través de la aplicación de compresas húmedo-frías y en otras se ha recurrido al uso de analgésicos y medicamentos prescritos
Resequedad de la piel y Descamación	Lesiones en la piel por resequedad excesiva, presenta descamación y seborrea en el cuero cabelludo y cara, así como en la mayor parte del cuerpo	Debido al grado de inmunodeficiencia que presentan los pacientes con SIDA, las infecciones de la piel son frecuentes, ya que la piel es la primera línea de defensa. El 90% de los pacientes presenta alguna manifestación dermatológica durante la evolución de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente para que realice su baño más frecuente y mantenga su piel lubricada con aceite mineral o de almendras dulces. 	<p>La piel y las mucosas sanas e íntegras son la principal línea de defensa en contra de agentes nocivos.</p> <p>La piel sana e íntacta, es impermeable a la mayor parte de microorganismos.</p> <p>El aseo constante de la piel estimula la circulación, favorece la respiración de la piel y la mantiene</p>	A pesar del aseo, lubricación y la aplicación de medicamentos indicados no se ha logrado erradicar el problema, debido principalmente a que en la localidad en donde vive es una zona sumamente polvosa y el agua es muy escasa por lo que

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

Problema	Manifestación del Problema	Fundamentación Científica del Problema	Acción de Enfermería	Fundamentación Científica de las acciones de Enfermería	Evaluación
Resequedad de la piel y Descamación		<p>Las alteraciones más frecuentes son: la dermatitis Seborreica, descamación, resequedad de la piel reacciones medicamentosas.</p> <p>La dermatitis seborreica es la más común, esta infección produce lesiones en el cuero cabelludo, cara, tórax, espalda inferior y miembros inferiores, las lesiones son placas eritematosas con descamación de la piel blanco amarillentas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al paciente como aplicar sus medicamentos indicados; pomadas de Hidrocortisona o Ketoconazol 3 veces al día. • Notificar al paciente que puede presentar ardor, prurito o irritación en la zona de aplicación de los medicamentos y deberá suspenderlos • Indicar al paciente que puede aplicarse shampoo que contenga zinc, ácido salicílico +sulfuro y que lo solicite a su médico. <p>•informarle al paciente que en la medida de lo posible se mantenga fuera del polvo y tierra que existe en su localidad y de ser posible se bañe dos veces al día cuando este en contacto con el polvo.</p>	<p>ne sana. Medicamento que se difunde a través de la membrana celular y forma complejos con receptores citoplasmáticos específicos</p> <p>Algunos medicamentos tópicos debido a la sensibilidad de la piel pueden ocasionar reacciones secundarias</p> <p>El aseo y la lubricación de la piel favorece su elasticidad, tratando de mantenerla sana y evitarle otras posibles infecciones en la piel.</p>	<p>el baño y cambio de ropas de 2 veces por semana.</p>
Disnea de mediano esfuerzo, tos con flemas, productiva, estertores audibles	Dificultad para respirar al realizar mediano esfuerzos, palidez, ansiedad, tos con flemas blanquecinas, silbidos a la inspiración	<p>Los pulmones son un sitio de afección frecuente por la enfermedad del SIDA .</p> <p>La infección oportunista más común es la Neumonía por Pneumocystis Carinii que afecta al 75 % de los pacientes</p> <p>Puede ser difícil diagnosticarla, por que los síntomas, fiebre, tos, disnea de mediano esfuerzo, palidez, cianosis, ansiedad, taquicardia la gravedad varía, de fiebre y ausencia de sínto-</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al paciente y sus familiares los signos y síntomas de la insuficiencia respiratoria. • Indicarle que debe mantener una postura adecuada, preferentemente semisentado. 	<p>Las afecciones en los pulmones generalmente se manifiestan con fiebre, tos, disnea de mediano esfuerzo, palidez, cianosis, ansiedad, taquicardia, bradicardia tos, cuando el suministro de O₂ es insuficiente el paciente presenta ansiedad</p> <p>El centro respiratorio esta situado en el tallo cerebral, ajusta la frecuencia y la profundidad de la ventilación para satisfacer las necesi-</p>	<p>El paciente continua con el tratamiento médico indicado pero en ocasiones y sobre todo por la noche manifiesta "falta de aire" lo cual le produce angustia , se le sugirió que compre un aparato portátil de oxígeno y que duerma en posición sédente.</p>

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

Problema	Manifestación del Problema	Fundamentación Científica del Problema	Acción de Enfermería	Fundamentación Científica de las acciones de Enfermería	Evaluación
<p>Disnea de mediana esfuerzos, tos con flemas, productiva, estertores audibles</p>		<p>mas respiratorios a tos o disnea leve hasta franca insuficiencia Respiratoria . La infección transmitida por el aire al principio comprende focos en placas al azar de los pulmones, pero en huéspedes muy vulnerables puede diseminarse ampliamente en los pulmones. Las infecciones Neumocísticas siempre son mortales.</p> <p>El diagnostico definitivo puede establecerse por frotis de esputo .Otras causas infecciosas de afección pulmonar en pacientes con SIDA, incluyen Neumonías Bacterianas , Micg bacterianas y Virales, se observa una mayor frecuencia de Neumonía Neumococcica con sépticemia y neumonía por Haemophilus Influenzae, se piensa que el Micobacteriu Tuberculosis depende de la reactivación de una infección previa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar y Ayudar a el paciente y a sus familiares a realizar terapia respiratoria y masajes percutorios. • Informar y orientar al paciente y familiares sobre signos y síntomas respiratorios de alarma para que asistan a la unidad de salud más cercana. • Recordarle que debe asistir a su consulta para control radiográfico y toma de muestras de esputo periódicamente de acuerdo a indicación médicas. • Orientar al paciente y sus familiares como deben administrar los medicamentos indicados: Trimetoprima c/ Sulfametoxazol tab. 80 mgs/400 mg. 1 tab. c/ 12 hrs. por 14 días. • Pentamidin(4mgs./kg/ 1 ampolleta intramuscular c/24 hrs. Por 14 días • Informar al paciente sobre los posibles efectos adversos de los medicamentos para que avisen al médico tratante. 	<p>dades del organismo La posición del paciente debe permitir una expansión pulmonar óptima. La terapia respiratoria restablece en gran medida la función pulmonar y por ende disminuye la insuficiencia respiratoria.</p> <p>El conocer los signos de alarma permitirá reducir la angustia en el paciente y sus familiares podrán canalizarlo si es necesario a una unidad médica para su atención y control.</p> <p>Apoyar al enfermo en condiciones críticas en el mantenimiento de las funciones vitales básicas de respiración</p> <p>Los medicamentos mejoran la respiración y actúan directamente en vías respiratorias. Antibiótico que interfiere con la síntesis bacteriana de Acido tetraélico y de ácidos nucleicos Puede presentarse agranulocitosis, anemia aplástica, cefalalgia, náuseas y vómito. Este medicamento es una diamina aromática con efectos anti-protozoales que tienen actividad contra Pneumocystis Carinii. Hipotensión, hipoglucemia, insuficiencia renal aguda, hipocalcemia, arritmias severas, etc.</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

Problema	Manifestación del Problema	Fundamentación Científica del Problema	Acción de Enfermería	Fundamentación Científica de las acciones de Enfermería	Evaluación
<p>Negación</p>	<p>Presenta temor e incertidumbre al saber que posiblemente morirá pronto, sin embargo afirma que esto a él "nunca le sucederá" y ha rechazado frecuente a los medicamentos y a la atención médica oportuna.</p>	<p>Las reacciones psicológicas de los pacientes seropositivos varían de acuerdo a su historia y patología predominante antes de saberse infectado. El paciente trata de evitar el dolor psíquico de haberse infectado, mantiene sus actividades y conductas previas a los resultados, lo que implica que continúe con actividades de alto riesgo, dando por descontado que puede presentar síntomas físicos y/o psicológicas, por lo que trata de evitar el contacto con cualquier especialista.</p> <p>Tal vez es importante darse cuenta que todos viven con cierta incertidumbre sobre su vida (y muerte). No obstante, quizá sea cierto decir que las personas suelen dar por supuestas la vida hasta que la muerte llega a familiares o amigos -cercaños - "nunca me sucederá" - es una frase que se repite con frecuencia, entre los individuos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Confronta al paciente con su realidad a través de: información del padecimiento: con folletos, libros. • Proporcionar información sobre otras instituciones de salud ya sea públicas o privadas para que acuda en compañía de algún familiar y disipar sus dudas sobre el padecimiento para su control. • Orientarlo y canalizarlo para que reciba apoyo psicológico 	<p>El paciente tiene derecho a saber lo que le depara su futuro con respecto a la atención y opciones terapéuticas de tal forma que debe averiguarlo. Ello se aplica por igual a los pacientes y a quienes lo cuidan.</p> <p>El temor puede crear tanto miseria y sufrimiento psicológico como la infección en sí, en particular si saben que sus patrones, compañeros, amigos son negativos en sus conceptos sobre él.</p> <p>La confianza es un elemento crucial para aprender a dominar las circunstancias incluyendo la confianza en los amigos y los familiares. El hablar con regularidad es una forma de demostrar y dar seguridad.</p>	<p>Ha manifestado interés por conocer el padecimiento, a través de bibliografía que se le ha proporcionado y por iniciativa propia ha buscado folletos para conocer más y poder informar a su familia.</p> <p>Ha participado en proporcionar su testimonio a diferentes grupos sociales, sobre todo a jóvenes, para que se cuiden y no se infecten.</p>

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

Problema	Manifestación del Problema	Fundamentación Científica del Problema	Acción de Enfermería	Fundamentación Científica de las acciones de Enfermería	Evaluación
Frustración Agresividad Irritabilidad	Molesto, grosero, presenta enojo frecuente ante cualquier pregunta, poco comunicativo, desmotivado por su situación económica.	La frustración es una consecuencia de interrumpir la conducta motivada, pero sólo cuando tal conducta es importante. A su vez, la importancia queda determinada por la centralización de la privación (o la privación creada, es decir, el funcionamiento de la privación). Implica que no se ha llegado a su meta o a su conclusión en una línea de acción, o que no se ha alcanzado un estado final de algún tipo, o que no se ha logrado materializar una solución o consecuencia esperada. "Las crisis de desarrollo, la frustración, la agresividad y la irritabilidad son parte de la "situación humana" ha creado varias situaciones de crisis que pueden ser como instigadores de la frustración. Symonds da la lista de una serie de contingencias del ciclo de vida normal que casi de necesidad provocan la frustración. Dichas contingencias incluyen restringir la actividad infantil, impedir la expresión autocrática, la pérdida de la atención y cuando, las experiencias insatisfechas durante la crianza, el destete, la enseñanza de hábitos higiénicos, la pérdida del amor, problemas para dormirse, despertar temprano y un sueño más altera-	<ul style="list-style-type: none"> Orientar al paciente a canalizar su agresión e irritabilidad a través de plática, ejercicios y transformar sus actividades en forma más creativa. Proporcionarle al paciente madera necesaria para sus trabajos manuales. Descubrir conjuntamente con el paciente alguna otra actividad que le reditúe económicamente. Prepararlo para la etapa final, confrontarlo con el tabú de la muerte, en acercamiento con Dios o con la imagen que tenga de El, y hacerle ver que la vida se vive en el presente y no en el pasado, ni esperando el futuro y que es el momento para estar bien con sí mismo y con todos los demás, incluso hablar de como quisiera que fuera su funeral. 	<p>El trabajo es la autoexpresión del hombre, una expresión de sus facultades físicas y mentales e individuales.</p> <p>En este proceso de actividad genuina, el hombre se desarrolla, se vuelve el mismo, el trabajo no es sólo un medio para lograr un fin "el producto" sino un fin en sí, la expresión significativa de la energía humana, por eso el trabajo es susceptible de ser gozado.</p> <p>La terapia individual tiene como función restituir al individuo a la sociedad la individualidad debe servir a la civilización y su móvil debe ser la adaptación.</p> <p>De todas las cosas que mueven al hombre, una de las principales es el terror a la muerte.</p> <p>Después de Darwin, el problema de la muerte como problema evolutivo llegó a ser muy importante y muchos pensadores pronto advirtieron que era uno de los principales problemas psicológicos del hombre.</p> <p>Quienes tiene mayor capacidad para vivir y disfrutar del presente suelen ser los que han aceptado su enfermedad y la posibilidad de muerte.</p>	El paciente se ha incorporado de manera gradual a diversas actividades, logrando aportar económicamente en poca cantidad contribuyendo "con algo" a los gastos familiares. Con lo cual despierta en consecuencia, de que lo que aportó es insuficiente, esto ha servido de motivación para buscar otras fuentes de ingresos. Con respecto a su término fatal en el lugar en donde asiste para su terapia pasiva de apoyo ha recibido pláticas de las hermanas religiosas de como debe confrontarse a la muerte y que no debe ser tan agresivo con quienes en este momento y hasta el final de su vida le atenderán, repentinamente logra cambiar pero en otras ocasiones se comporta nuevamente igual, se continuará insistiendo para lograr gradualmente algún cambio positivo.

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

Problema	Manifestación del Problema	Fundamentación Científica del Problema	Acción de Enfermería	Fundamentación Científica de las acciones de Enfermería	Evaluación
Frustración Agresividad Irritabilidad		do (tal vez incluyendo pesadillas). 5.- Fatiga Física: Pérdida del vigor y letargo frecuente, en seguridad y el apoyo, una independencia forzada durante la adolescencia, dificultades económicas en la vida adulta y otras pérdidas, incluyendo pérdidas debidas a la muerte de sus seres queridos o la anticipación de la propia muerte. La mayoría de estas situaciones, sino es que todas, contienen una supuesta necesidad anterior fundamental, y una pérdida real o imaginada (o una amenaza de satisfacción). En cada ejemplo dado se elimina en medio de satisfacción y se hace efectiva una forma previamente adecuada de enfrentarse a la privación o a la amenaza de privación.			
Depresión Insomnio	Aislamiento, dificultad para conciliar el sueño durante las noches, rehusa comer, es pesimista ante cualquier cambio o indiferencia total, habla y contesta con monosílabos, desaliñado en diferentes momentos del día.	La depresión es una de las reacciones psicológicas más comunes en los pacientes con SIDA, debido a las limitaciones de la enfermedad que causan en el estilo de vida de la persona, por la disminución del funcionamiento físico, por la menor aceptabilidad social.	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al paciente acerca de la ayuda psicológica que tiene derecho a recibir. • Canalizar a el paciente a una terapia de apoyo • Impulsar a el paciente a descubrir sus miedos y fantasías • Ayudar al paciente a distinguir prioridades y favorecer así a mantener su equilibrio emocional. 	<p>La psicoterapia en cualquiera de sus modalidades forma parte mgdular del tratamiento para recuperar el equilibrio perdido.</p> <p>La motivación principal del tratamiento será que el paciente acepte la enfermedad, así como el diálogo constante sobre su enfermedad y de como manejarla</p>	El paciente ha asistido regularmente a su terapia solo falta cuando se siente muy cansado, a través de la terapia a conocido a otros compañeros a los cuales a orientado sobre la evolución de la enfermedad esto le ha permitido

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

Problema	Manifestación del Problema	Fundamentación Científica del Problema	Acción de Enfermería	Fundamentación Científica de las acciones de Enfermería	Evaluación
Depresión Insomnio		restricciones profesionales y las limitaciones que la enfermedad coloca en la expresión sexual. La falta de curación origina un sentimiento de desesperanza e impotencia sobre todo por la declinación física y en sí por la evolución fatal de la enfermedad. Las personas deprimidas sufren de los siguientes tipos de alteración; pérdida de la energía, pérdida del apetito y del peso, trastornos del sueño (insomnio), pérdida del impulso sexual también sufren de cefalea frecuentemente, dolor de espalda. Cabe mencionar que si ya sufren de algún dolor físico la depresión puede alterarlo y hacerlo intolerable.	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar a la relajación para favorecer el sueño y el reposo 	La relajación es una condición preliminar para conciliar el sueño da tranquilidad, disminuye la tensión y la ansiedad.	espaciar sus periodos de depresión
Ansiedad y Stress	Agitación y nerviosismo, preocupación extrema, inquietud y tensión muscular.	Con tantas preocupaciones que surgen por el diagnóstico o un resultado de anticuerpos positivos, no sorprende que en ocasiones haya reacciones físicas y emocionales abrumadoras. El hecho importante sobre las reacciones de ansiedad es que puede ser que quienes las piensan erróneamente que están empeorando mucho más físicamente por la infección, cuando en realidad es la ansiedad la que origina las complicaciones. Es útil en el primer caso considerar los síntomas que acompañan con frecuencia a	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al paciente una técnica de relajación para disminuir en forma global la ansiedad. • El empleo de baños fríos y tibios. • Utilizar la Medicina Alternativa a través de tés combinados: el uso de la valeriana, tila, limón y azar. • Sugerir al paciente cam- 	<p>La relajación ayuda a disminuir el grado general de stress y tensión aguda y hace que la persona sea más resistente al impacto de futuros stress, pero sólo si se práctica con regularidad la técnica</p> <p>El empleo de baños fríos o tibios permite un proceso de relajación y contracción muscular, aumenta la circulación, produciendo en el paciente un estado de relajación y reposo</p> <p>Esta comprobado que los tés de tila, valeriana, limón y azar calman la ansiedad, estos pueden ser ingeridos combinados o uno solo.</p> <p>Toda cambio produce nuevas</p>	Al paciente se le esta enseñando técnicas de relajación aunque todavía no se ven resultados, al principio se observo con incredulidad y desconfianza ante estas técnicas. Se dialogó con él sobre la importancia del tratamiento y de las ventajas que para él representaría y los beneficios que obtendrá sin embargo sólo acepto algunas de las técnicas y se ha logrado reducir muy poco su ansiedad y grado de stress

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

Problema	Manifestación del Problema	Fundamentación Científica del Problema	Acción de Enfermería	Fundamentación Científica de las acciones de Enfermería	Evaluación
<p>Ansiedad y Strees</p>		<p>la ansiedad aguda. En un estado de ansiedad la conducta normal se altera en una o más de las siguientes formas: 1.- Agitación y nerviosismo: Sentirse "tieso", imitable e inquieto. 2.- Gran preocupación: algunas veces enfocada en acontecimientos y problemas precisos, en ocasiones con ansiedades vagas, cambiantes, que es difícil restringir. 3.- Síntomas Físicos: Tensión muscular, que origina dolores en tórax, cuello y espalda, cefaleas, agitación intestinal y vesical, que provoca viajes esporádicos o frecuentes al baño. *Nauseas, y en ocasiones, vómitos, y dificultad para digerir la comida, que a veces causa cierta pérdida de peso. * Aumento de la sudación Palpitaciones y "golpes" violentos del corazón * Vértigos, atolondramiento y hormigueo en manos y pies. * Cierta visión borrosa o "embotada" * Mayor sensibilidad al ruido, la temperatura, el tacto y luces brillantes. *Rubores, manchas, exantema</p>	<p>bio en su rutina esto es: visitar museos, ir a parques, leer algunos libros de su agrado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dialogar sobre su padecimiento con personas de confianza aun cuando crea que lo a repetido. • Ayudar al paciente a buscar el apoyo espiritual de su sacerdote. • Enseñar al paciente a traer a su mente solo pensamientos positivos (no relacionados con el padecimiento) buscar pensamientos que en otra ocasión fueron felices y agradables. 	<p>perspectivas o el olvido momentaneo de la causa de ansiedad La tensión y la ansiedad comúnmente asociadas a la enfermedad , perturban la calidad del sueño</p> <p>El paciente debe darse tiempo para una larga y buena plática con un amigo cercano de confianza, o un asesor para comentar sus preocupaciones, ansiedades o temores . El principal aspecto es experimentar el alivio de saber que alguien más conoce y comprende sus problemas y esta preparado para ayudar a resolverlos. La aceptación de la muerte (en contra de la negación) parece ser mayor entre las personas que tienen convicción religiosa</p> <p>Las autorreflexiones no deben ser exclusivamente negativa, hay que hacer sitios para lo positivo, cuando exista un pensamiento negativo en seguida reforzar con un positivo "Soy una persona maravillosa", son un medio importante para resaltar que la persona tiene vida propia que es tan valiosa y significativa como la de cualquier otra.</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

Problema	Manifestación del Problema	Fundamentación Científica del Problema	Acción de Enfermería	Fundamentación Científica de las acciones de Enfermería	Evaluación
<p>Ansiedad y Strees</p>		<p>ambos, sensación de falta de aliento, boca seca, ganglios linfáticos crecidos en la ansiedad crónico.</p> <p>4.- Dificultad en el sueño: ocasiones con largos periodos de falta de energía.</p> <p>6.- Dificultades Cognoscitivas: Problemas para concentrarse, recordar y obtener información; distracción y confusión con facilidad incluso con labores en apariencias sencillas.</p> <p>7.- Cambios del Animo: Cambios rápidos o repentinos del ánimo, en ocasiones de un extremo a otro, por ejemplo de la risa al llanto. Algunas personas se tornan extrañamente irritables y es difícil comunicarse con ellas, tal vez tornándose enérgicas y en caso especial exigentes con quienes aman</p> <p>8.- Pérdida del Impulso sexual: Una pérdida temporal del deseo o la función sexual. Con frecuencia empeoran más los síntomas de ansiedad, contribuyendo a confirmar sus preocupaciones. Este ciclo se ha denominado en alguna otra parte como "Siendo SIDA". Se ve más comúnmente en el "preocupado sano" y ha llevado en algunos casos a una desesperación suicida</p>			

CONCEPTO: El SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA tipos VIH-1 y VIH-2. Aunque esta enfermedad puede ser prevenible no se puede limitar su daño y no existe un tratamiento.

PERÍODO PREPATÓGENO			
<p>AGENTE Esta deficiencia inmunológica se debe a la retrovirus, denominado virus asociado a linfoma posteriormente identificado como linfotrófico tipo 111 (HTLV -111) a partir 1986 se le reconoce la Inmunodeficiencia Humana o VIH, se conocen en el momento dos variedades : VIH-1 Y VIH-2. Las células que infectan (al paciente) y que permanecen en estado de latencia o activan únicamente aquellas células que poseen receptores específicos para el virus. Los mecanismos por los que se adquiere la enfermedad son: sexual, receptores hemoderivados provenientes de individuos infectados.</p> <p>HUESPED No se conoce hasta la fecha factores predilectos genéticos, se ha observado mayor prevalencia en poseedoras del antígeno de histocompatibilidad que presentan Sarcoma de Kaposi, también inmunodeficientes por diversas causas el proceso es más acelerado y rápidamente se produce. Este virus tiene predilección por las células receptor CD4 en su membrana como los linfocitos cooperadores. Con respecto a los grupos de riesgo las diferencias concluyentes del riesgo de infección en la raza negra se tenga la mayor incidencia probablemente se deba a la promiscuidad de droga intravenosa entre ellas, la distribución según hábitos y costumbres sociales: el 84% homosexuales y bisexuales; personas con sangre contaminada y hemoderivados contaminados: heterosexuales 5%, drogadictos 4% y otros.</p> <p>AMBIENTE No existen factores físicos y biológicos probados hasta la fecha, se han observado en las clases socioeconómicas media y alta de escolaridad superiores a la educación primaria en grupos marginados o educativamente retrasados promiscuidad sexual, el uso de drogas, así como deficientes conductas higiénicas, aumento de este síndrome. Es un virus sumamente resistente a las condiciones del medio ambiente, para que sea más eficiente, el virus debe encontrarse en células vivas y estas deben pasar directamente de una persona a otra, estas con las células inmunes del sistema fagocítico, son capaces de sobrevivir a temperaturas de 56°C, humedad, pH, la acción del uso común del hipoclorito de sodio el alcohol y las espermatocidas como el nonoxynol 9.</p>	<p>INCAPACIDAD BIOPICOSOCIAL La incapacidad Biopsicosocial de los pacientes con SIDA, desde que se saben infectados, inician con la negación del porque "a mí no me va a pasar" y posteriormente se manifiestan rangos de personalidad asociados a las fases de Kubler Ross que menciona el proceso y la reacción de la sociedad descarga sobre los pacientes y sus familiares problemas que los llevan a la marginación, al ocultamiento o a la estigmatización y a la autodiscriminación, ante este problema se les niega frecuentemente la atención médica, vivienda, empleo, existe además rechazo y maltrato en muchas de las ocasiones por los mismos familiares, todo esto es debido al desconocimiento de la enfermedad y a la poca información que se tiene sobre ella.</p>	<p>ESTADO CRÓNICO Los pacientes con SIDA presentan una serie de complicaciones por las enfermedades oportunistas, estas hacen que día a día disminuya más su salud, debido a la inmunodeficiencia es difícil controlar las complicaciones si el paciente recibe antiretrovirales, la expectativa de vida es muy limitada y los efectos secundarios son graves por lo que surge complicación tras complicación y el paciente empeora, causando un estado crónico del padecimiento.</p>	<p>MUERTE El deterioro progresivo del paciente hace que, en un promedio de dos años de iniciadas las manifestaciones clínicas, sobrevenga la muerte. El indicador clínico más importante del avance de la enfermedad y sus complicaciones en los pacientes con SIDA es su capacidad funcional, cuando el paciente está en fase terminal, presenta fatiga grave y la respuesta al tratamiento de las complicaciones agregadas es pobre, aparecen nuevos problemas, incapacidad para deglutir, Neuropatía, falla renal, así como alergias múltiples a medicamentos, en estas condiciones, en cuestión de días o pocas semanas puede sobrevenir la muerte.</p>
PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN TERCIARIA	

PROMOCIÓN DE LA SALUD	REHABILITACIÓN
<p>*Impartir cursos sobre medidas de prevención del VIH/SIDA a profesionales de la salud y maestros.</p> <p>*Enfatizar el uso exclusivo de objetos personales, punzocortantes como las agujas, navajas de rasurar y cepillos de dientes</p> <p>*Incluir en los planes de estudio a todos los niveles académicos, programas de educación sexual y prevención de las enfermedades infecciosas de transmisión sexual</p> <p>*Incorporar en las áreas de trabajo de todos los sectores, cursos y pláticas permanentes, continuas y actualizadas sobre la protección específica y las medidas de prevención contra el SIDA</p> <p>*Solicitar dentro de los exámenes prenupciales, la prueba de Elisa.</p> <p>*Incluir dentro de los exámenes prenatales, la prueba de Elisa.</p> <p>*Fomentar programas preventivos sobre la violencia intrafamiliar y el abuso sexual en menores de edad.</p>	<p>ión en este tipo de enfermedad, sin embargo se pudieran realizar algunas acción que en que de enfermedad se pretenda dar rehabilitación .</p> <p>lar el apoyo psicológico y, si es necesario, terapia psiquiátrica a los pacientes positivos para sí como proporcionar suficiente información sobre el síndrome, cuidados generales, riesgos, otros temas, tanto a los enfermos como a sus familiares y allegados.</p> <p>niento médico específico, se recomienda sea ambulatorio si no existen complicaciones graves que lades productivas y de preferencia evitar el aislamiento a excepción de que tengan padecimientos agados que puedan diseminar, o bien que exista riesgo de ser infectado por otras personas debido</p>
PRIMER NIVEL	QUINTO NIVEL

**CUADROS ESTADÍSTICOS DE MORBILIDAD DEL SIDA EN MÉXICO
POR GRUPO DE EDAD Y SEXO**

Anexo—III

**Cuadro I
Casos de VIH/SIDA en Hombres
México, 1998***

Grupo de edad	Número de casos	Porcentaje del total de casos
15-24	3,422	11.4
25-44	20,568	68.9
45-64	4,894	16.4
65 y más	434	1.4
No Documentados	550	1.8
TOTAL	29,868	84.5

Fuente: Registro Nacional de casos de SIDA, cifras hasta 1° de mayo, 1998*

**Cuadro II
Casos de VIH/SIDA en Mujeres
México, 1998***

Grupo de edad	Número de casos	Porcentaje del total de casos
15-24	718	15.6
25-44	2,887	63.0
45-64	811	17.7
65 y más	84	1.8
No documentados	88	1.9
TOTAL	4,588	12.9

Fuente: Fuente: Registro Nacional de casos de SIDA, cifras hasta 1° de mayo, 1998*

**CUADROS ESTADÍSTICOS DE MORBILIDAD DEL SIDA EN MÉXICO
POR GRUPO DE EDAD Y DE RIESGO**

**Cuadro III
Casos Pediátricos de VIH/SIDA
México, 1998***

Grupo de Edad	Número de casos	Porcentaje del total de casos
< 1 AÑO	243	0.8
1-4	252	0.8
5-14	322	1.0
TOTAL	817	2.6

Fuente: Fuente: Registro Nacional de casos de SIDA, cifras hasta 1° de mayo ,1998*

**Cuadro IV
Casos de VIH/SIDA de acuerdo a categoría
de riesgo, México, 1998***

Riesgo	Casos	Porcentaje
Vía Sexual	21,319	60.3
Homosexuales	8,290	23.4
Bisexuales	5,611	15.9
Heterosexuales	7,416	21.0
Vía sanguínea	3,250	9.1
Transfusión	2,381	6.7
Hemofilia	262	0.7
Usuariodrogas intravenosas	232	0.9
Donador remunerado	367	1.0
Exposición ocupacional	8	0.0
Vía Perinatal	459	1.3
Riesgo no documentado	10,143	28.7
Desconocidos	204	0.6
TOTAL	35,375	100.00

Fuente: Fuente: Registro Nacional de casos de SIDA, cifras hasta 1° de mayo ,1998*