



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES – IZTACALA.**

CARRERA DE ENFERMERÍA.

NIVEL TÉCNICO.

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA EN
EL ADULTO JOVEN.**

**TESINA:
PARA OBTENER EL TÍTULO DE ENFERMERO GENERAL**

PRESENTA:

ZEPEDA RODRÍGUEZ URIEL FERNANDO.

DIRECTORA:

MTRA. MA. GUADALUPE LÓPEZ SANDOVAL.

TLANEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO 2016.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	¡Error! Marcador no definido.
JUSTIFICACIÓN.....	¡Error! Marcador no definido.
OBJETIVOS GENERALES.....	¡Error! Marcador no definido.
METODOLOGÍA.....	¡Error! Marcador no definido.
CAPITULO I ANTECEDENTES HISTÓRICOS VIH.....	¡Error! Marcador no definido.
CAPITULO II TEORIAS DEL ORIGEN DEL VIH/SIDA.....	12
CAPITULO III PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.....	13
CAPITULO IV ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO.....	17
CAPITULO V FISIOPATOLOGÍA DEL VIH/SIDA.....	20
CAPITULO VI MODELO DE OREM.....	29
CAPÍTULO VII MEDIDAS PREVENTIVAS INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA.....	32
CAPÍTULO VIII ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES DE ENFERMERIA.....	34
CAPITULO IX ASPECTOS ETICOS LEGALES DEL PACIENTE CON VIH/SIDA.....	35
CONCLUSIONES.....	37
SUGERENCIAS.....	38
REFERENCIAS BIBLIOHEMEROGRAFICAS.....	38
ANEXOS.....	41
GLOSARIO.....	48

**“DEJA DE PENSAR EN LIMITACIONES Y EMPIEZA A BUSCAR
POSIBILIDADES”.**

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO.

Especialmente le dedico este trabajo a mi mama María Olivia Rodríguez Guerrero por ser mi precursor de vida ya que me ha enseñado que todo se puede en esta vida y que el único límite te lo pones tú, por estar siempre en los momentos mas importantes de mi vida por ser el ejemplo para salir adelante y por sus consejos que han sido de gran ayuda para mi vida ya que ha sido siempre una persona honesta entregada a tu trabajo y un gran líder pero mas que todo eso una gran persona que siempre ha podido salir adelante y ser triunfadora .

Gracias por confiar en mi y darme la oportunidad de culminar esta etapa de mi vida.

A mi familia por apoyarme en los momentos más difíciles que he tenido en todos los aspectos por ser una motivación para seguir de pie y en la lucha para ser un mejor ser humano y profesional.

De la misma forma le dedico este trabajo de tesina al equipo de salud conformado de enfermeras que me atendieron por meses y días ayudándome a sanar físicamente emocionalmente y espiritual.

A mis sinodales gracias por darme la oportunidad y el tiempo que han dedicado para este trabajo.

A mi directora de tesina la Lic. María Guadalupe Sandoval por la paciencia que tomo al orientarme, dirigirme en mi trabajo y a su experiencia he aprendido demasiado.

Gracias a dios que todo el esfuerzo se volviera realidad.
Dios en ti confió.

INTRODUCCIÓN

El VIH es uno de los problemas de salud pública a nivel mundial. México ocupa el lugar número 17 en la prevalencia de casos de sida, al tener 0.3 personas infectadas por cada 100 habitantes, de acuerdo con un panorama general sobre la situación de esta pandemia que presentó el INEGI y en América latina ocupa el 2 lugar. Después de haber cobrado más de 35 millones de vidas hasta ahora especialmente en los países de ingresos bajos o medios. El 17 de septiembre del 2015, el registro acumulado fue de 170 mil 963 personas que se han infectado por el VIH/SIDA o desarrollado el sida. Sin embargo, sólo 115 mil 862 personas se encontraban vivas, 42 mil 872 ya fallecieron y 12 mil 247 se desconoce que la tienen. Por otra parte en el mundo se redujo 33 por ciento el número de casos nuevos del padecimiento, pero en México y el resto de países de América Latina esa disminución es del 11 por ciento. Gracias a los adelantos recientes y el acceso al tratamiento con antirretrovirales, las personas VIH-positivas pueden ahora vivir más tiempo y con mejor calidad de vida. Además, se ha confirmado que el tratamiento con antirretrovirales evita la transmisión del VIH/SIDA de una persona infectada a su pareja sexual. Por lo tanto la participación del profesional de enfermería es muy importante en la prevención del VIH/SIDA utilizando las tecnologías de la información poniéndose a la vanguardia con los medios de comunicaciones que están a su alcance como son las redes sociales para la promoción de salud.

El presente trabajo está estructurado:

- ✂ En el capítulo I se plantean los antecedentes históricos del VIH /SIDA
- ✂ En el capítulo II se mencionan teorías del origen del VIH/SIDA.
- ✂ En el capítulo III se aborda aspectos. Epidemiológicos del VIH/SIDA.
- ✂ El capítulo IV Anatomía y fisiología del sistema inmunológico.
- ✂ El capítulo V enmarca aspectos de Fisiopatología del VIH/SIDA.
- ✂ En el capítulo VI Plantea el modelo educativo de Dorotea Orem.
- ✂ En el capítulo VII intervenciones de enfermería para prevenir el VIH / SIDA.
- ✂ El capítulo VIII aspectos éticos de Enfermería.
- ✂ En el capítulo IX aspectos éticos y legales del paciente con VIH/SIDA.
- ✂ Conclusiones y sugerencias.

JUSTIFICACIÓN

El VIH/SIDA es un problema de Salud Pública en México ya que afecta mayormente a los hombres. En efecto, los datos de CENSIDA indican que la prevalencia de la enfermedad es cinco veces mayor entre las personas del sexo masculino que en el femenino; y esta tendencia se acentúa sobre todo entre las personas jóvenes, de 20 a 24 años. En el 2013 se disminuyó el 11% en América con respecto al mundo un 33%.¹⁻² En el año 2015 el 80.2 % de los casos corresponden a hombres y el 19.8 % a mujeres. Por edades, el 2.1 % ocurrieron en menores de 15 años; el 33.5 % en jóvenes de 15-30 años; el 63.8 % en adultos de 30 años y más; y el 0.6 % se desconoce la edad.³

Con estos datos el Sector Salud es el responsable de establecer medidas preventivas que ayuden a detectar oportunamente el VIH/SIDA a través de las pruebas de Elisa y Western Blot de manera masivas y confidencial, que sirve para detectar oportunamente a las personas que son portadoras del virus y las infectadas por el mismo.

Como integrante del equipo de salud el profesional de enfermería realiza actividades de educación para la salud a través de consejería, proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla a través de La Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) haciéndola responsable de su sexualidad y así evitar la predisposición para adquirir VIH aplicando el modelo educativo de Orem (Apoyo/Educación) es el sistema de enfermería apropiado a personas sanas, capaces de realizar acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender adaptarse a las nuevas situaciones pero actualmente necesita ayuda de enfermería, ya que hay una deficiencia o negación educativa ante esta enfermedad infectocontagiosa.

Por lo anterior el interés de realizar esta tesina ya que el profesional de enfermería realiza actividades enfocadas a la educación para la salud interviniendo en la prevención de este problema de salud.

OBJETIVOS.

-  Ampliar la comprensión relacionada con el VIH.
-  Profundizar conocimientos relacionados con la detección oportuna del VIH.
-  Contribuir en la prevención y control de la propagación del VIH.

METODOLOGIA

El trabajo realizado estuvo enmarcado dentro de la modalidad descriptiva y documental.

La primera fase de la investigación comprendió la búsqueda de la información en diferentes bases de datos, se revisaron y recopilaron datos estadísticos de fuentes nacionales e internacionales, que abarco la revisión de libros, revistas y publicaciones. El objetivo fue compilar información relacionada con el VIH/SIDA.

Se inicia la construcción del marco teórico y se aborda el contenido temático en los capítulos de anatomía y fisiología del sistema afectado, datos epidemiológicos, morbilidad y mortalidad en el adulto joven, cuadro clínico y marco teórico sobre el VIH/SIDA, acceso a los servicios de salud; se presentan las sugerencias y conclusiones que permiten al profesional de enfermería mejorar la calidad de los servicios en la atención primaria, y así poder disminuir la morbilidad y mortalidad del VIH/SIDA.

CAPITULO I

ANTECEDENTES HISTORICOS DEL VIH/SIDA.

Aunque solemos asociar a los virus con enfermedades y epidemias, estas entidades microscópicas se han detectado en todos los grupos de organismos en donde se han buscado y, en la mayoría de los casos, coexisten con sus hospederos sin provocar daño alguno. Si bien es cierto que la biogeografía de los virus sigue siendo un problema abierto, es evidente que son especialmente abundantes en los trópicos, en donde la diversidad biológica alcanza niveles sorprendentes, y en donde el VIH, que pertenece a los llamados retrovirus, dio, un salto evolutivo y comenzó a infectar a las poblaciones humanas al brincar de una especie de chimpancé no muy distante de nosotros, conocida como *Pan troglodyte*.

En retrospectiva, esto no debería sorprendernos. La cercanía biológica que tenemos con otros primates y con los grandes simios permite que los patógenos celulares o virales puedan saltar barreras taxonómicas que, ahora sabemos, son más transparentes de lo que creíamos. Una de las mayores sorpresas que nos deparó el análisis del genoma humano fue el descubrimiento que cerca de 8% de nuestro ADN tuvo su origen en retrovirus que infectaron a nuestra especie (o, en algunos casos, a los ancestros que compartimos con otros primates) y que han permanecido con nosotros desde hace centenas de miles o millones de años sin causar daño alguno.

Este proceso sigue ocurriendo en nuestros días. El ancestro del VIH-2, un retrovirus menos agresivo que las variantes del VIH-1 que se encuentra sobre todo en África occidental, es un descendiente directo de un retrovirus llamado SIVsm que brincó a nuestra especie a partir del llamado mono verde o *Cercocebus atys* (conocido en inglés como *sooty mangabey*) sin provocar ninguna enfermedad, y que también pasó a otros simios e infectó a los macacos asiáticos.

Como lo demuestran los trabajos recientes de Nathan Wolfe, el tráfico viral continúa: se acaban de detectar en cazadores de Camerún tres tipos de retrovirus del tipo HTL-1, que se sabe están asociados a ciertos tipos de leucemia. Es muy probable que el contacto con sangre y otros tejidos infectados durante la cacería y comercialización de los chimpancés haya facilitado la transmisión del ancestro del VIH-1 a poblaciones humanas en épocas relativamente recientes. En 1997 se analizaron más de 1 200 muestras de plasma sanguíneo recolectadas en 1959 en lo que ahora es Zaire y que habían permanecidos casi olvidadas en un laboratorio

europeo, y se encontró que una de ellas, ahora conocida como ZR59, tenía fragmentos del genoma del VIH-1.⁴

Es decir, tenemos evidencia molecular de la presencia de VIH-1 en lo que ahora es Zaire, al menos desde 1959. Lo más probable es que, luego de haber brincado de los chimpancés a los humanos, la infección de VIH-1 se haya transmitido durante décadas en África central en forma esporádica pero creciente. ¿Por qué alcanzó las dimensiones abrumadoras que observamos en nuestros días? La evolución de toda epidemia es resultado de una mezcla compleja de factores biológicos y sociales. Como afirma E. Barnes (2005) en su libro *Diseases and Human Evolution*, la transición de sociedades agrarias a un mundo industrializado y globalizado ha modificado en forma radical e irreversible los patrones de las enfermedades infecciosas.⁵

Los conflictos asociados a la lucha anticolonialista en el antiguo Congo y otras regiones africanas, la movilidad de las zonas rurales a las ciudades, la migración laboral de trabajadores africanos a plantaciones de Haití, el desarrollo y abaratamiento del transporte aéreo (unido a la revolución sexual, que comenzó a fines de la década de 1970 y al turismo sexual), combinados con la ausencia de manifestaciones características reconocibles de la infección inicial y el largo periodo de latencia del virus en el organismo, fueron los ingredientes que permitieron que la epidemia de VIH/SIDA pudiera comenzar a crecer sin ser reconocida.

El VIH/SIDA se hace visible Los primeros casos de pacientes con inmunosupresión grave manifestada por la ocurrencia de neumonía por *Pneumocystis carinii* (también *P. jiroveci*), un hongo microscópico apenas mencionado en los libros de medicina, fueron registrados en los EUA en 1981 y se reconoció como situación clínica insólita al presentarse en hombres jóvenes sin factores de riesgo evidentes para entonces.⁶ En ese mismo año, se informan casos de sarcoma de Kaposi también en hombres jóvenes, y se comenzó a reconocer un patrón de inmunosupresión en varones homosexuales jóvenes. El Centro de Control de Enfermedades de Atlanta, (CDC, por sus siglas en inglés) en los EUA detectó inicialmente un aumento importante en la demanda de pentamidina, el fármaco específico utilizado entonces para el tratamiento de *P. carinii*.

Gracias a los sistemas de vigilancia epidemiológica estadounidenses, los informes de nuevos casos crecieron con rapidez devastadora: para fines de 1981 se habían registrado más de 20 casos en los EUA, y un año más tarde ya eran 750. Para fines de 1983 se habían registrado casos en 44 estados de los EUA. En pocos meses les siguen informes en Europa, inicialmente en Dinamarca y posteriormente en Francia. En octubre de 1983 la OMS informa más de 250 casos de 15.

Evolución del SIDA: suma de epidemias

19 países de Europa. Al término de 1984 estaban registrados más de doce mil casos en el ámbito mundial y la epidemia seguía creciendo exponencialmente.⁷ Con la firme sospecha de que la etiología del problema tenía un origen infeccioso, diversos grupos de investigación se dieron a la tarea de identificarlo. La presencia de citomegalovirus en un número considerable de los afectados llevó a creer que éste pudiera ser el agente etiológico.

Sin embargo, en 1983 el grupo francés dirigido por Luc Montagnier pudo detectar en sobrenadantes de células de enfermos evidencias bioquímicas de la presencia de la transcriptasa reversa, una enzima que permite que los virus con genomas de ARN pasen de éste ácido nucleico al ADN y luego se puedan insertar en el material genético del núcleo de las células animales. Ello llevó al descubrimiento de un virus que primero denominaron LAV (por las iniciales en inglés de Lymphadenopathy Associated Virus).⁸

La descripción final del nuevo retrovirus requirió la colaboración del grupo de Robert Gallo, historia de engaños e intentos de usurpación que demostró la lamentable ausencia de asepsia intelectual que puede aquejar a la investigación biomédica, y que luego de negociaciones políticas aún no del todo conocidas tuvo un final civilizado.⁷ Se inició entonces la producción de reactivos para el diagnóstico y la epidemia entró en un nuevo escenario.

LA EPIDEMIA LLEGA A MÉXICO

Para 1984, el Centro de Control de enfermedades (CDC) había logrado establecer un patrón de transmisión por vía sexual, predominantemente entre homosexuales, y poco más tarde se reconocieron casos transmitidos por sangre. La similitud con los mecanismos de transmisión del virus de la hepatitis B, que para entonces ya eran bien conocidos, llevó a una serie de recomendaciones para prevenir el contagio enfatizando la posibilidad de transmisión “por sangre y líquidos corporales”. Ese mismo año se reconocieron los primeros casos en nuestro país.

Al igual que ocurrió en otras partes de Latinoamérica, el VIH llegó a México procedente no de África, sino de los EUA. Los primeros casos conocidos en nuestro país fueron de varones de elevado nivel profesional que habían residido en los EUA, pero sus cuadros clínicos difirieron en forma importante de lo que ocurría allá. La frecuencia de diarrea fue más notoria en México y un tanto menos la de neumonía por *P. carinii*.

Pobreza y subdesarrollo definen las características de las epidemias: la criptosporidiasis y la tuberculosis se presentaron con mayor frecuencia en los pacientes mexicanos que en los de países desarrollados.⁹

Hacia 1985 se hizo evidente en México el crecimiento de casos en pacientes femeninas con historias de transfusiones sanguíneas como único factor de riesgo. Se trataba de una epidemia secundaria, desencadenada por el uso de transfusiones cuando aún no existía la posibilidad de saber si la sangre estaba contaminada, que se presentó en mujeres en situaciones clínicas asociadas con partos. La industria de los hemoderivados, que hasta entonces se había desarrollado con muy bajos estándares de calidad y apelando a los llamados “donadores profesionales” sangrados periódicamente para obtener productos sanguíneos, facilitó la diseminación del virus a las mujeres transfundidas y a los hemofílicos que usaban crioprecipitados.

Como se describe en el capítulo de Soberón y Volkow, las políticas de uso de sangre y plasma fueron revisadas, y la firmeza mostrada por las autoridades de salud prohibió su comercialización, lo que jugó un papel esencial en la contención de la epidemia.¹⁰ El reconocimiento inicial de este problema y un abordaje frontal, con las modificaciones legales y regulatorias pertinentes, permitieron interrumpir esta fuente de infección que hoy no representa un riesgo significativo. Esto es, conviene subrayarlo, un logro extraordinario.

La infección se identificaba prácticamente en todo el mundo, pero en cada país la edad de la epidemia era diferente. A partir de 1985, la epidemia en México tuvo un desarrollo exponencial, guardando las proporciones que resultan de las diferencias demográficas y los métodos de vigilancia epidemiológica como un reflejo retrasado cinco años de lo que ocurría en EUA.

Desde 1986 hasta fines de los noventa la epidemia creció en número y se extendió a nuevas poblaciones.⁷⁻¹¹ Los migrantes mexicanos iniciaron lo que se denominó la ruralización de la epidemia, a través de la infección de la pareja o parejas a las que visitaban esporádicamente en las pocas oportunidades que tienen de volver por una breve temporada o a su retorno. Paralelamente, un cambio drástico en la comercialización de drogas fue causa de un creciente número de infecciones en adictos a drogas parenterales, debido al rápido crecimiento.

En el uso de estos productos, sobre todo en los estados del norte del país. La frontera que compartimos con los EUA resultó ser extraordinariamente permeable, no sólo al tráfico y consumo de drogas, sino también al VIH. Al mismo tiempo, se pudo detectar un número creciente de mujeres casadas cuyo único factor de riesgo era la vida sexual de su cónyuge. Mientras tanto, un creciente pero aún endeble sistema de atención clínica se desarrollaba y algunos grupos de atención médica se consolidaban.¹¹⁻¹²

CAPITULO II TEORIAS DEL ORIGEN DEL VIH/SIDA.

TEORIA DE LOS MONOS VERDES ASOCIADA A LA TEORIA DE LAS TRIBUS AFRICANAS.

Una de las teorías más discutidas plantea que el VIH proviene de monos cazados por los seres humanos y que se transmitió al hombre a principios del siglo pasado. La misma se basa en el emparentamiento de algunas cepas del virus de la inmunodeficiencia Simia (VIS) y el VIH. Las cepas del VIH-1 son muy parecidas a las del VIS_{cpz} del chimpancé, con una homología de secuencias de alrededor del 84 %; mientras que el VIH-2 está emparentado con el VIS_{sm} del Sooti mangabey y el VIS_{mac} del Macaco, con homologías del 82-89 % y 82-86 % respectivamente. Así, a través de la caza de monos como alimento y la inyección de su sangre al hombre en ciertas tribus, en busca de rejuvenecimiento, se pudo adquirir la enfermedad. Una vez infectado un hombre en alguna región del bosque africano, su paso al mundo urbano y su difusión se explicaría a través de los fenómenos demográficos y sociales que tuvieron lugar en ese continente.¹³

TEORÍA ARMA BIOLÓGICA

Otra teoría enuncia que el VIH fue desarrollado como parte de un programa de armas biológicas. Según los estudios del profesor *Jacob Segal*, antiguo director del Instituto Biológico de Berlín, el genoma del VIH es casi idéntico al del virus Maedi-Visna, que provoca una afección cerebral del ganado ovino y no se transmite al ser humano. El 3 % que difiere, corresponde con total exactitud a un fragmento del código genético del HTLV-I, que provoca una forma de leucemia que ataca las células T y raramente resulta fatal.

El doctor *Segal* plantea que la única explicación posible a este fenómeno sería la hibridación de estos 2 virus mediante ingeniería genética.

El potencial destructivo del VIH podría haber sido incluso previsto por sus creadores ya que su patología combina los efectos complementarios de ambas enfermedades. Los pacientes que no fallecen a causa de la deficiencia inmunológica, terminan presentando el mismo tipo de afección cerebral de las ovejas infectadas por el Maedi-Visna.

Un documento fechado el 9 de julio de 1969 transcribe la comparecencia del doctor *Donald Mc Arthur*, Director Adjunto de Investigaciones y Tecnología del Departamento de Defensa, ante el Subcomité de Dotaciones del Congreso de los Estados Unidos, órgano encargado de la asignación de presupuestos militares. Durante su intervención, el doctor *Mc Arthur* solicitó a la Cámara una partida

presupuestaria de 10 millones de dólares a fin de sufragar el desarrollo, en menos de 10 años, de una nueva arma biológica consistente en un microorganismo contagioso capaz de destruir el sistema inmunitario humano: «Un microorganismo infeccioso que diferirá en ciertos aspectos importantes de cualquier agente patógeno conocido. Lo más importante es que podrá ser refractario al sistema inmunológico y terapéutico del que dependemos para mantener una relativa inmunidad ante las enfermedades infecciosas...» «Un programa de investigación que explique la variabilidad de este planteamiento podría ser completado en aproximadamente 5 años, con un costo total de 10 millones de dólares...»

«Existe poca duda de que el enemigo pueda desarrollar un elemento similar, enfrentándonos ante una importante área de inferioridad potencial en una tecnología militar sobre la que no contamos con un programa de investigación adecuado...»

Las investigaciones del doctor *Segal* describen que existen pruebas, cuando menos circunstanciales, como para completar la pesadilla ideada por el doctor *Mc Arthur*. En el año 1975, la Sección de Virus del Centro de Investigación sobre Armamento Biológico de Fort Detrik, Maryland (EE.UU.) pasó a denominarse Centro Frederick de Investigación sobre el Cáncer, dependiente del Instituto Nacional del Cáncer, organismo que, junto al Centro de Control y Prevención de Enfermedades, tuvo un notable protagonismo en el desarrollo del arsenal biológico estadounidense.

Allí prestaba sus servicios por aquel entonces el doctor *Robert Gallo*, quien curiosamente descubrió en 1984 la existencia del VIH y anunció la teoría del origen africano de la enfermedad y su hipótesis de la semejanza entre el VIH y el STLV-III, un virus de los simios africanos que según él habría sido transmitido a los humanos a través de una mordedura; a partir de ahí, fundamentalmente por medio del sexo y las transfusiones de sangre, la enfermedad se habría ido extendiendo hasta alcanzar los niveles actuales.¹⁴

CAPITULO III PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.

El contexto mundial y Regional.

México ocupa el lugar número 17 en la prevalencia de casos de sida, al tener 0.3 personas infectadas por cada 100 habitantes, de acuerdo con un panorama general sobre la situación de esta pandemia que presentó el INEGI.

El informe de ONUSIDA revela que el 19 millones de 35 millones de personas que viven con VIH en la actualidad desconocen que son portadores 2014-2015 disminuyendo en este año un 33 %¹⁵

De acuerdo con el ONUSIDA, a nivel mundial, se estima que en 2013 las personas que vivían con el VIH eran 35(33,2-37,2) millones. Se notificaron 2,1

(1,9–2,4) millones de nuevas infecciones por el VIH a nivel mundial, lo que representa una disminución de 38% en comparación con 3,4 (3,3–3,6) millones en 2001. Al mismo tiempo, el número de muertes por sida también disminuyó a 1,5 (1,4–1,7) millones en 2013.

El ONUSIDA reportó que, en 2013, en América Latina vivían 1.6 personas con VIH (1.4 y 2.1) millones, de las cuales el 75% se concentran en cinco países de la región: Brasil, México Colombia, Venezuela y Argentina.

El 60% de las personas con VIH son hombres, incluidos heterosexuales, hombres que tienen sexo con hombres y hombres trabajadores sexuales. 2/11 en la región, aproximadamente 10 nuevas infecciones ocurren cada hora. Entre 2005 y 2013, el número de nuevas infecciones ha descendido en países como México en 39% y Perú en 26%; mientras que en Brasil se han incrementado en 11%. Durante los últimos diez años la prevalencia de infección por el VIH en adultos (de 20 a 40 años) en América Latina se ha mantenido estable (cerca de 0.4%). En países que tienen frontera con México, como Belice, la prevalencia reportada es de 1.5%.

El número de niños que nacen con VIH, en la región, ha disminuido en 24% de 2009 a 2013. La cobertura de terapia antirretroviral para la prevención de la transmisión vertical fue del 56%, sin embargo, existen grandes diferencias entre los países.

Latinoamérica continúa siendo la región con mayor cobertura de tratamiento antirretroviral. Aproximadamente el 45% de los 1.6 millones de personas con VIH tienen acceso a tratamiento, sin embargo, existen también diferencias entre los países. Por ejemplo, en Brasil, Chile, El Salvador, México, Perú y Venezuela, más del 40% de las personas con VIH tienen acceso a tratamiento, mientras que en Bolivia, la cobertura es menor al 20%. La epidemia del VIH a nivel global se concentra en contextos de epidemias generalizadas, como es el caso de la región del África Subsahariana. En Latinoamérica y el Caribe, la epidemia se concentra principalmente en el grupo de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), y en otros grupos como mujeres trans (MT), mujeres y hombres trabajadores sexuales (MTS y HTS) así como personas usuarias de drogas inyectadas (PUDI) en algunos países.¹⁵

La medición del continuo de la atención y el tratamiento, que comienza por el diagnóstico, seguida de la vinculación a la red de atención, la retención en atención y el tratamiento, hasta la supresión de la carga viral; ha sido adoptada por muchos países, entre ellos Brasil, México, Colombia y Nicaragua. De forma operativa, la cascada cuantifica el número de personas diagnosticadas, vinculadas, retenidas, en tratamiento y con carga viral suprimida, como proporción del número estimado de personas viviendo con VIH en el país (dato generado por modelos EPP/Spectrum o retrocálculo) en un determinado año de análisis. De las personas que se estima viven con el VIH en la región latinoamericana, 70% ha sido diagnosticado como VIH positivo y el 42% ha comenzado terapia

antirretroviral (tomando como base criterios de elegibilidad); de éstos, 66% tiene carga viral suprimida (28% de todas las personas que viven con el VIH en América Latina). Por lo menos en la mitad de los países, el 38% de las personas que viven con el VIH a las que se les hizo un CD4 por primera vez, se encontraban en un estadio de enfermedad avanzada (un recuento de CD4 <200 células/mm³).¹⁵

El inicio tardío de la terapia antirretroviral impacta en la salud. La región tiene una media de retención de 80% sobre el tratamiento a los 12 y 24 meses después del inicio del tratamiento. Muchos pacientes comienzan su régimen con un muy bajo recuento de CD4, y por lo tanto la mortalidad en los seis meses siguientes a la inicio del tratamiento es importante y se refleja en las cifras de retención. Aunque existen diferencias entre los países, no se perciben variaciones por sexo a los 12 meses de inicio de la terapia antirretroviral.

PANORAMA ACTUAL DEL VIH/SIDA

En 1983 se reportó el primer caso de sida en México. Desde esa fecha, y hasta el 17 de septiembre del 2015, existe un registro acumulado de de 170 mil 963 personas que se han infectado por el VIH/SIDA o desarrollado el sida.¹⁶ Sin embargo, sólo 115 mil 862 personas se encontraban vivas, 42 mil 872 ya fallecieron y 12 mil 247 se desconoce su status actual. El 80.2 % de los casos corresponden a hombres y el 19.8 % a mujeres, lo que significa una proporción de 4:1. Por edades, el 2.1 % ocurrieron en menores de 15 años de edad; el 33.5 % en jóvenes de 15-29 años; el 63.8 % en adultos de 30 años y más; y en el 0.6 % se desconoce la edad. El 95.1 de los casos de VIH son resultado de relaciones sexuales no protegidas; el 2.9 % se produjeron por vía sanguínea y el 2.0 % por transmisión perinatal.³

La tasa de incidencia nacional en el período 1983-2015 fue de 186.7 casos por cada 100 mil habitantes. Las cinco entidades con las tasas más elevadas fueron: Distrito Federal (414.7), Yucatán (294.5), Veracruz (280.1), Baja California (272.2) y Campeche (271.7).³

Las muertes por sida en México se mantienen prácticamente sin cambios: alrededor de 5 mil por año, a pesar de que desde 2004 está garantizado el acceso universal a medicamentos para el control de la enfermedad y de que, por esta misma razón, a escala mundial el indicador registra un descenso de 29 por ciento en la última década.

Algo similar ocurre con las nuevas infecciones. El informe 2013 del Programa de Sida de Naciones Unidas (ONUSIDA) indica que en el mundo se redujo 33 por ciento el número de casos nuevos del padecimiento, pero en México y el resto de países de América Latina esa disminución es de apenas 11 por ciento.

El próximo 1º de diciembre, cuando se celebra el día mundial de lucha contra el VIH/SIDA, en México se cumplen 35 años de que se reportó el primer caso. El Centro Nacional para la Prevención y Control del Sida (Censida) elaboró un reporte con algunos datos actualizados al 30 de septiembre de 2013, y otros

todavía de 2012. Señala que hasta ese mes se notificaron 109 mil 265 personas portadoras del virus, cifra en la que se incluyen alrededor de 85 mil que a causa de la evolución de la infección ya viven con sida.

Respecto a los fallecimientos, incluye la información preliminar de enero a junio de 2012, con 4 mil 737 decesos. El año anterior, el registro dio cuenta de 5 mil 43, cifra que se ha mantenido casi sin cambios durante la década pasada, y de acuerdo con especialistas no existen indicios de que la situación haya cambiado en este año. Comentaron que el número de decesos debió haber disminuido de manera sensible, como ha ocurrido en otras naciones. En México no ha sido así porque el acceso universal todavía no se complementa con el diagnóstico temprano de la infección y, sobre todo, con la prevención.

El reporte del ONU sida señala que a escala global más de 36 millones de personas han perdido la vida a causa del VIH/sida, problema de salud pública vigente. Enfatiza que debido al acceso a medicamentos la mortalidad bajó de 2.3 millones en 2005 a 1.6 millones en 2012.

Entre otros temas de la epidemia pendientes de resolver en el país está la falta de acciones para prevenir la transmisión del virus a las mujeres en general y a las más vulnerables, como son las parejas de los hombres que tienen sexo con otros hombres, las migrantes y las jóvenes, afirmó la organización civil Balance.

Comentó que existe el riesgo de que tal inacción se mantenga en 2014, porque en el rubro de igualdad entre hombres y mujeres, el presupuesto de la Federación prevé una asignación de 231.3 millones de pesos para el programa de VIH, lo que apenas representa un incremento de 2 millones de pesos en relación con este año.¹⁶

Y todavía falta conocer los detalles sobre la distribución de los recursos entre el Censida y algunos institutos nacionales de salud, indicó la agrupación. En este año, el programa contó con 229.4 millones de pesos, de los cuales 78.54 millones se asignaron a Censida.

Además de la falta de atención a la salud sexual y reproductiva de aquellas que ya viven con VIH, y que representan 22 por ciento del total de afectados, uno de los grandes rezagos es la prevención de la transmisión perinatal. El reporte de Censida señala que 76 por ciento de las embarazadas se realizan la prueba de detección del virus en clínicas y hospitales de la Secretaría de Salud, pero sólo 29 por ciento de las derechohabientes de la seguridad social.

De las mujeres que en 2012 resultaron positivas al VIH, apenas 56 por ciento (773) recibieron tratamiento antirretroviral para prevenir la transmisión del VIH al producto. El programa de Sida de Naciones Unidas asegura que los tratamientos clínicos reducen a menos de 5 por ciento el riesgo de la infección en los bebés, y que en algunos países esta cobertura es superior a 80 por ciento. El promedio mundial es de 62.23.¹⁷

CAPITULO IV. ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO.

SISTEMA INMUNE

El sistema inmune se encarga de proteger al organismo de agentes patógenos. La respuesta inmune se divide en innata, que es la primera en actuar, y no es específica y adquirida o específica, que como su nombre lo indica tiene una alta especificidad en contra de los patógenos.

TIPOS DE INMUNIDAD: INMUNIDAD INNATA.

La inmunidad innata es la primera línea de defensa contra los microorganismos o sustancias extrañas, comprende barreras físicas como la piel y las mucosas, y a las siguientes células y sus funciones:

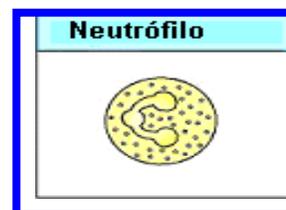
- **Monocitos:** Son los precursores de los macrófagos, se encuentran en la circulación sanguínea, atraviesan las paredes de los vasos sanguíneos hacia los tejidos donde se diferencian en macrófagos.



- **Macrófagos:** son células fagocíticas que se unen a los microorganismos, los ingieren y los destruyen, se encuentran distribuidas en todos los tejidos del cuerpo, son carentes de especificidad.



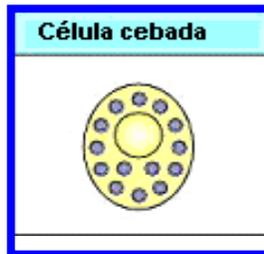
- **Neutrófilos:** (que junto con los Basófilos y Eosinófilos son llamados granulocitos polimorfonucleares, porque contienen abundantes gránulos citoplasmáticos y su núcleo tiene una forma irregular) también son células fagocíticas, constituyen el 95% de los granulocitos circulantes en la sangre, y en sus gránulos almacenan proteínas antibióticas.



- Eosinófilos: capaces de atacar a grandes parásitos extracelulares como los esquistosomas y otros parásitos grandes.



- Células cebadas: están repletas de gránulos que contienen, diversos mediadores que promueven la inflamación en los tejidos circundantes, son propiamente de tejidos. La inflamación, con todos los mecanismos que involucra (fiebre, fagocitosis por macrófagos y neutrófilos, liberación de mediadores, etc.), representa un mecanismo defensivo muy eficiente. Sin embargo, la alteración fisiológica que conlleva puede ser la causa de las manifestaciones clínicas, en ocasiones exagerada y deletérea.



- • Basófilos: Al igual que las células cebadas contienen numerosos gránulos citoplasmáticos, se encuentran en la circulación sanguínea, la liberación de los mediadores contenidos en sus gránulos, esta involucrada con procesos alérgicos.



- Las células dendríticas, son presentadoras de antígeno a los linfocitos en los nódulos linfáticos y en etapas inmaduras son fagocíticas. Se identifican por sus proyecciones membranas. Abundan en la piel, bazo, timo, ganglios linfáticos y mucosas. Son esenciales para la actividad de los linfocitos T.



- Células NK: Son una clase de linfocitos que participan en ambos tipos de respuestas inmunes, son grandes con numerosos gránulos citoplasmáticos capaces de lisar diferentes células tumorales e infectadas por virus, sin una estimulación antigénica clara.

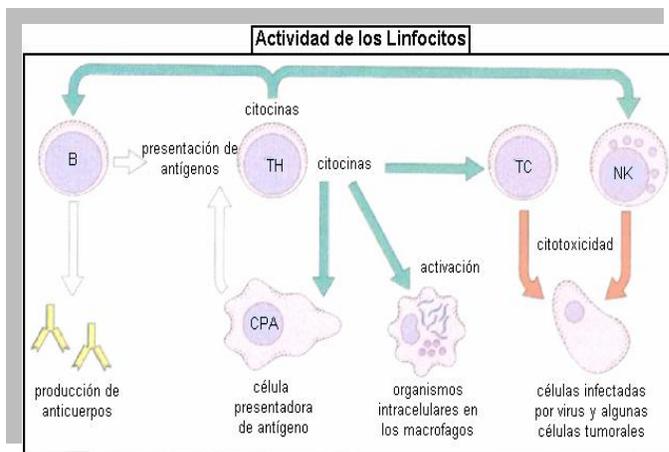
INMUNIDAD ESPECÍFICA,

En la inmunidad específica participan principalmente los linfocitos, que reconocen de forma específica a los patógenos. Esta, amplifica los mecanismos protectores de la inmunidad innata, por su alta especificidad. Se divide a su vez en inmunidad específica mediada por células, en la que participan principalmente los linfocitos T e inmunidad específica mediada por anticuerpos de la cual son responsables los linfocitos B.

Los linfocitos se producen a diario en los órganos linfoides primarios (timo y médula ósea). Algunas de estas células migran hacia los órganos linfoides secundarios (bazo, ganglios linfáticos, amígdalas y tejido linfoide asociado a mucosas).

Los linfocitos T se dividen en cooperadores y cito tóxicos. Los cooperadores interactúan con otros tipos celulares del sistema inmune, induciendo la proliferación, diferenciación y secreción de factores de crecimiento, por medio de sustancias proteicas llamadas cito cinas. Los cito tóxicos, destruyen células infectadas por virus o patógenos; ambos reconocen sólo antígenos peptídicos unidos a un ensamble de proteínas en la superficie celular componentes del Complejo Principal de Histo compatibilidad (MHC), Dichos antígenos son presentados a los linfocitos por las células dendríticas y fagocitos en los nódulos linfáticos.

Hay dos tipos de MHC, el MHC I y el MHCII. Las moléculas de MHC I colectan péptidos derivados de proteínas fragmentadas en el citosol, como fragmentos de proteínas virales y son reconocidas por los linfocitos T cito tóxicos o CD8. Las moléculas del MHC II unen péptidos derivados de proteínas en vesículas intracelulares, como patógenos viviendo en vesículas de macrófagos o internalizados por células fago citicas o linfocitos B, y son reconocidas por los linfocitos T cooperadores.



Los linfocitos cooperadores se han clasificado según el tipo de respuesta inducida: Th1, si es predominantemente defensiva, por la producción de IL 2 e interferón gama, llevan a cabo funciones relacionadas con la citotoxicidad y reacciones inflamatorias locales; y Th2, o inflamatoria, por producción de IL 4, IL5 e IL 13 que inducen síntesis de IgE, maduración, migración y de granulación de eosinófilos, fenómenos típicos de la respuesta alérgica, además estimulan a los linfocitos B para que produzcan anticuerpos.

Los linfocitos B se caracterizan por tener inmunoglobulinas (anticuerpos) de superficie, que funcionan como receptores específicos de antígenos.

Cuando los linfocitos B, reconocen a su antígeno específico, se multiplican y diferencian dando lugar a las células plasmáticas, que a su vez son secretoras de anticuerpos. Esta forma soluble de inmunoglobulinas reconoce antígenos en el suero y en los líquidos tisulares.¹⁸⁻¹⁹⁻²⁰

CAPITULO V FISIOPATOLOGÍA DEL VIH/SIDA

VIH

El VIH ataca y destruye nuestras defensas.

Es el virus causal de la enfermedad del sida. La palabra -VIH- es una sigla que significa "Virus de Inmunodeficiencia Humana" la definición de cada una de estas palabras es:

Virus: Agente etiológico causante de la infección.

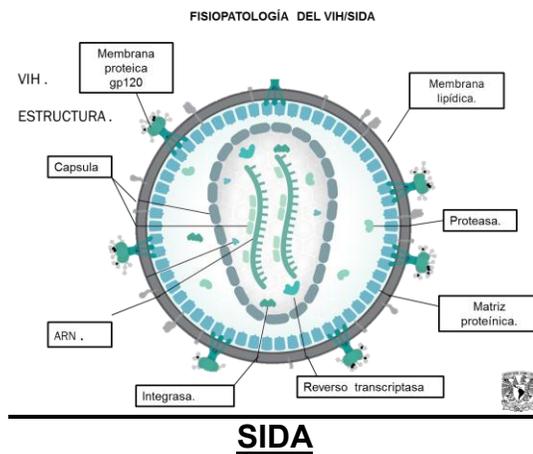
Inmunodeficiencia: Este virus ataca el sistema inmunológico o de defensa, es decir el sistema que defiende al cuerpo de la acción de agentes dañinos como virus, bacterias, hongos, protozoarios, etc.

Humana: Este virus únicamente ataca a los seres humanos, no se ha reportado su acción en ningún animal.

Todos los seres humanos somos susceptibles a contraer el VIH, por esta razón se habla de vulnerabilidad universal, ya que este virus se puede transmitir sin distinción de raza, sexo, opción sexual o condición económica.

ESTRUCTURA DEL VIH

- ✘ El material genético del VIH contiene moléculas idénticas de ARN (ácido ribonucleico):
- ✘ Capas de proteína, donde hay dos capas: una capa interna en forma de almendra llamada capsula que rodea el material genético y una externa llamada matriz;
- ✘ Una cobertura, hecha de lípidos y proteína que rodea el virus; y Enzimas que ayudan al virus a infectar la célula y construir nuevos virus.²¹



Sida es la enfermedad que puede causar el VIH cuando no se toma ningún tratamiento. La palabra sida es una sigla que significa “Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida”. La definición de cada una de estas palabras es: Síndrome: Conjunto de síntomas que unidos componen todo un cuadro clínico complejo. En el caso del sida es difícil identificar con certeza cuál es la enfermedad real que tiene una persona, pues los síntomas son parecidos a los de otras enfermedades; A pesar de esta situación, se han determinado algunas manifestaciones que pueden estar relacionadas con esta fase de la enfermedad, tales como sudoración nocturna excesiva, fiebres recurrentes, pérdida de más del 30% del peso corporal en menos de un mes, diarrea e inflamación de ganglios. Es muy importante enfatizar que estos síntomas son comunes en casi todos los tipos de infecciones y que cuando son característicos de infección por VIH se deben presentar mínimo dos de ellos por un período de dos o tres meses consecutivos.

De Inmunodeficiencia: Porque la acción de este virus tiene lugar directamente

sobre el sistema inmunológico o de defensa, destruyendo la cantidad de defensas que necesita el cuerpo para hacer frente a los agentes que le pueden hacer daño.

Adquirida: Porque este síndrome y el virus como tal, no está en las personas sino que se adquiere de alguien

Factores de riesgo para adquirir VIH/SIDA:

Riesgos por prácticas sexuales: muchos jóvenes inician sus relaciones sexuales a temprana edad, lo que hace que se expongan a infecciones como el VIH/SIDA debido a la falta de protección en las relaciones sexuales.

Riesgos por uso de alcohol y drogas: los efectos de estas sustancias generan un nivel de desequilibrio en las personas, que los exponen a conductas de alto riesgo, siendo incapaces de razonar y de poner en práctica la prevención para no infectarse.

Riesgo por falta de información: una gran proporción de jóvenes no les preocupa la posibilidad de infectarse debido a que en muchos casos no cuentan con la información necesaria, que les indique la gravedad de la enfermedad.

Riesgo por condición social y económica: la pobreza es una condición de vulnerabilidad frente al VIH, prueba de ello es que el 95% de los casos en VIH se presenta en países en desarrollo.

Riesgo por condición de género: las mujeres están expuestas al virus por 2 razones. Las mujeres son más vulnerables a la infección por la zona de exposición del virus durante la relación sexual y en el caso de las adolescentes parece ser más susceptible debido al epitelio del fondo de saco vaginal.

Riesgo por transfusiones de sangre o de sus derivados estos casos son pocos en el país debido a los controles establecidos para evitar el riesgo de infección por esta vía.

Riesgo de infección de madres embarazadas a sus hijos e hijas.

En cuanto a la diferencia de género en los factores biológicos y sociales que influyen en la vulnerabilidad para contraer la infección se expresa en las relaciones de poder desiguales entre el hombre y la mujer, donde las mujeres son educadas para cuidar y no protegerse. Así mismo existen casos de abuso sexual contra la niñez, adolescencia y mujeres, dichas violaciones son cometidas en muchos casos por miembros del círculo familiar y no siempre son denunciadas.

La expansión de la epidemia ha producido un giro hacia la transmisión heterosexual y las tasas de infección en las mujeres. Pero más allá de las estadísticas disponibles, hay profundas diferencias entre hombres y mujeres en las causas subyacentes de la infección por el VIH/SIDA y sus consecuencias, que reflejan las diferencias biológicas, de comportamiento sexual, de actitudes y presión social, y de poder económico que influyen en la vulnerabilidad a la infección.

TRANSMISIÓN DEL VIH –SIDA

El Virus se transmite por: sangre, semen, secreciones vaginales y leche materna.
Las vías de contagio son:

Vía Sexual: ya sea por contacto genital, por contacto anal o por contacto oral. En cuanto a ésta vía de contagio la mujer tiene más predisposición a contraer la infección (la causa de esto es desconocida). En el contacto anal el receptor está más expuesto y las relaciones orales parecen tener menor incidencia de contagio.

Vía Sanguínea: por uso de drogas intravenosas sin utilización de agujas y jeringas estériles, cualquier práctica que sea realizada sin la adecuada esterilización de los materiales utilizados (prácticas odontológicas, tatuajes, diálisis, cirugías, inseminación artificial, etc.) Transfusiones de sangre sin el testeo correspondiente para detectar el virus (actualmente esta posibilidad es prácticamente remota dado que en los países desarrollados se realizan los controles indicados para evitar esta posibilidad). Donación de órganos (igual que las transfusiones es prácticamente imposible dado que se realizan los controles previos a dicha cirugía). Si estos controles no fueran realizados adecuadamente, el riesgo NO sería para el donante sino para el receptor.

Vía vertical: producida por la transmisión de la infección de una mujer embarazada al feto, de no mediar un tratamiento adecuado.

La mujer embarazada que presente infección por HIV, debe ser tratada para disminuir las probabilidades de contagio al feto y además tiene indicación de cesárea y NO PUEDE AMAMANTAR AL BEBÉ, dado que el virus se transmite por la leche materna.

El HIV-1 también fue aislado en otros lugares como: tejido nervioso, piel, pulmones, bazo, hígado, médula ósea, ganglios linfáticos, líquido cefalorraquídeo, lágrimas. (NO SON VÍAS DE CONTAGIO).

¿Qué diferencia existe entre ser portador y enfermo?

PORTADOR: El individuo está infectado pero NO presenta síntomas y CONTAGIA.

ENFERMO: El individuo presenta síntomas y CONTAGIA.

En la propagación de la infección por HIV-1 el rol del PORTADOR es altamente preocupante dado que al desconocer su condición, si no práctica las medidas de profilaxis, extiende la cadena epidemiológica en forma alarmante.

SÍNTOMAS DEL SIDA

Generalmente tiene un comienzo agudo a asintomático y luego tiene una evolución crónica, la cual se ha logrado gracias a la cantidad de drogas antivirales existentes, que han permitido que en muchos casos se transforme en una enfermedad crónica que muchas veces permite que el paciente viva muchos años posteriores al diagnóstico. Lamentablemente esta expectativa se presenta en los Países Desarrollados, lo cual no sucede en otros Países donde no hay infraestructura sanitaria, no hay medicamentos al alcance de la población, no hay

suficientes o idóneas campañas de prevención (África, Asia, China, algunos países de América Latina, etc.

Por supuesto los mejores logros terapéuticos se producen en Países como EE.UU. La edad más frecuente en que se contrae la infección es desde los 15 a los 45 años, con mayor incidencia en la población más joven (15-25 años). Por más que algunos dicen que predomina en las clases de bajo nivel socio-económico (debido a la falta de protección en las relaciones sexuales, prostitución), también se observa en otras clases sociales debido al consumo de drogas intravenosas.

En definitiva, la infección por HIV-1, actualmente afecta tanto a homosexuales como a heterosexuales, de distintas clases sociales, sino toman las medidas de prevención para evitar dicho contagio. Nadie está exento de contraer la infección.

En cuanto a la evolución de la infección por HIV-1 se podría hablar de tres Etapas:

- 1) Etapa Aguda
- 2) Etapa intermedia
- 3) Etapa final (SIDA)

Un hecho particular a tener en cuenta es el denominado PERÍODO VENTANA (es un lapso de tiempo que transcurre desde que se contrae la infección hasta que las pruebas de laboratorio comienzan a dar resultados positivos por la aparición de anticuerpos contra el virus). Dura aproximadamente 3 meses y el riesgo del mismo es que la persona infectada desconoce su condición y si no practica sexo seguro o las demás medidas de prevención antes mencionadas, contagia. Por lo tanto ante un resultado seronegativo, siempre debe realizarse una segunda prueba de laboratorio para confirmar el diagnóstico inicial.

En este período se puede realizar el diagnóstico demostrando la presencia del antígeno p24, PCR (reacción en cadena de la polimerasa, o medir la carga viral).

Período de Incubación: pueden transcurrir desde semanas a años después de contraída la infección. Una vez infectado, el individuo ya contagia.

ETAPA AGUDA

Una vez producida la infección, el virus se extiende y multiplica, particularmente en los ganglios linfáticos (Linfocitos T CD4, Linfocitos T CD8, macrófagos, monocitos, etc.), invadiendo y multiplicándose por todo el organismo, y comienza a destruir el Sistema Inmunológico (dicho Sistema permite a las personas defenderse frente a los distintos microorganismos existentes en el medio ambiente, como virus, bacterias, hongos, etc.) lo cual lleva a padecer, con el transcurso del tiempo las denominadas Enfermedades Oportunistas o Enfermedades Malignas.

Existe un pequeño porcentaje de pacientes que no presenta ningún tipo de síntomas desde que se infecta, hasta que desarrolla la Etapa Final (SIDA), se piensa que esto se debería a alguna causa de origen genético.

El paciente puede estar sin síntomas (30%-40%) o puede presentar síntomas parecidos a la Mononucleosis Infecciosa (60%-70%) o de tipo gripal.

En este último caso puede tener fiebre, ganglios generalizados, erupciones en piel, enrojecimiento de las fauces, etc.

El laboratorio presenta:

Disminución de las plaquetas, altos niveles de carga viral, se pueden detectar antígenos de la proteína P24 (es una proteína que posee el virus), notable disminución de linfocitos T CD-4).

Luego de un tiempo de aparecidos los primeros síntomas (aproximadamente 1 a 3 meses), el organismo “intenta defenderse” con la aparición de anticuerpos contra el virus (ELISA) al comienzo son de tipo IG M y luego de tipo IG G, lo que lleva a una disminución de la carga viral, desaparece el antígeno P24, y comienzan a elevarse los linfocitos T CD-4

ETAPA INTERMEDIA

Generalmente dura muchos años, por eso se podría decir que tiene una Evolución Crónica. En esta Etapa continúa la destrucción del Sistema Inmunológico.

Los síntomas clínicos son poco frecuentes. A veces se presentan ganglios periféricos o algunos desordenes de origen neurológico o psiquiátrico, que son difíciles de detectar. La carga viral continúa, por lo cual podría decirse que se trata de un Período de Latencia con un Cuadro Clínico escaso o nulo (generalmente asintomático), pero si el enfermo no conoce su condición y no practica las medidas de prevención, contagia y se extiende la Cadena Epidemiológica, aumentando aún más el número de infectados.

ETAPA FINAL (SIDA)

Se produce debido a la destrucción masiva del sistema inmune. El Período que transcurre entre que se contrae la infección y la aparición del SIDA, es muy variable y depende de cada individuo e influye también el tratamiento precoz con las drogas antivirales.

Pueden transcurrir hasta 10años o más, para que aparezcan los primeros síntomas.

Se podría clasificar en

- ✿ SIDA con recuento de Linfocitos T CD4 alrededor de 400 a 500 por milímetro cúbico Clínicamente suelen presentarse ganglios en todo el organismo y lesiones en la piel (sarna, psoriasis, seborrea, molusco contagioso, etc.).También se observan lesiones en la lengua (Leucoplasia) producida por el Virus de Epstein Barr , lesiones en la boca (aftas, úlceras), lesiones en los labios (Producidas por el Virus Herpes).
- ✿ SIDA con recuento de linfocitos T CD4 alrededor de 200 a 400 por milímetro cúbico Clínicamente se presentan más síntomas como por ejemplo: diarrea frecuente, febrícula, adelgazamiento, dolores articulares o musculares, cansancio continuo, lesiones en piel, como las descritas en la etapa anterior), hongos (como Candidiásis).Se observan más infecciones producidas por Bacterias que producen neumonías, bronquitis, sinusitis, etc.

- ✿ SIDA con recuento de linfocitos T CD4 alrededor de 50 a 200 por milímetro cúbico a todos los síntomas enumerados anteriormente, se le agregan otros de mayor gravedad. Son las denominadas Infecciones

Oportunistas. Por ejemplo: neumonía por *Pneumocystis Carinii*, Toxoplasmosis (que puede producir encefalitis), retinopatía por HIV-1, afecciones por distintos tipos de Hongos o Micosis (*Cándida albicans* que además de afectar la mucosa vaginal u oral, puede afectar el esófago (es muy dolorosa y se denomina esofagitis candidiásica), Criptococosis: es una infección producida por un Hongo que afecta el Sistema Nervioso Central llevando a una meningoencefalitis y también puede afectar: ojos, intestinos provocando diarreas profusas, piel, articulaciones, hígado etc.), Tuberculosis Generalizada (afectando pulmón, miocardio, intestino, etc.).

- ✿ Sarcoma de Kaposi: cáncer de piel producido por el Herpes Virus tipo 8 que se localiza generalmente en nariz, detrás de las orejas, pies, aunque suele comenzar en las mucosas (oral, glándula, conjuntivas) y a veces invade tubo digestivo, ganglios y pulmón.

Se observan también afecciones neurológicas (parálisis de pares craneales, neuropatías) y de las glándulas endocrinas (trastornos menstruales, hipotiroidismo, insuficiencia suprarrenal). También puede afectar e Aparato Urinario y llevar a una Insuficiencia Renal.

En sangre todas las series están bajas: hay anemia, disminución de los leucocitos, disminución de los neutrófilos, disminución de las plaquetas. Aparecen cánceres asociados como el cáncer de cuello uterino o el de recto.

SIDA con recuento de LINFOCITOS T CD4 inferior a 50 por milímetro cúbico

Lo más característico de esta fase es la imposibilidad del paciente de defenderse frente a cualquier tipo de germen, debido a la destrucción total de su Sistema Inmune.

Se diseminan las Enfermedades Oportunistas y los tumores malignos (linfomas no Hodgkin, linfomas del Sistema Nervioso Central, Sarcoma de Kaposi) y aparecen nuevas patologías como: la Histoplasmosis, la leucoencefalopatía Multifocal Progresiva (producida por el Virus JC), infecciones por Citomegalovirus (que generalmente afecta ojos o intestino), infecciones por Mico bacterias Atípicas, en resumen, todo el organismo se halla comprometido. Si predominan los síntomas neurológicos: encontraremos alteración de las funciones cognitivas y motrices.

DIAGNÓSTICO DE VIH- SIDA

CLÍNICO LABORATORIO:

La prueba de serología más utilizada es la denominada ELISA la cuál detecta anticuerpos anti-HIV-1 de tipo inmunoglobulina G. Si da positiva hay que repetirla dado que puede dar falsos negativos (por ejemplo al comienzo de la infección o en las etapas terminales de la enfermedad) o falsos positivos.

Ante dos ELISA positivas, se debe confirmar el resultado de la prueba anterior, y se utiliza la PRUEBA DE WESTERN-BLOT (la más utilizada). Esta prueba detecta anticuerpos específicos contra determinadas proteínas que posee el virus y tiene aproximadamente un 100% de certeza. Ante dos ELISA positivas y una WESTERN BLOT también positiva el diagnóstico está confirmado.

Otras pruebas utilizadas son la INMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA (mide anticuerpos contra el virus HIV-1).

También se utilizan pruebas que determinan la CARGA VIRAL en el organismo. Dichas pruebas sirven para determinar la evolución de la infección o enfermedad, ya que a mayor carga viral el pronóstico es más desfavorable y por lo contrario a menor carga viral es más favorable. También se utilizan para modificar los esquemas terapéuticos cuando dicha carga viral es elevada.

Hay que recordar el PERÍODO VENTANA mencionado anteriormente, que puede durar aproximadamente hasta 3 meses, donde las pruebas de laboratorio dan negativas a pesar de que el individuo está infectado.. En estos casos se puede realizar una prueba para detectar el Antígeno Viral p24 (es una proteína que se encuentra en el núcleo del virus). Esta prueba también se utiliza en el neonato y personas expuestas accidentalmente al virus (por ejemplo: violaciones, accidentes laborales, exposición a secreciones contaminadas, etc.).

TRATAMIENTO DEL SIDA

El SIDA, por el momento no tiene cura y desgraciadamente aún no se ha podido encontrar una vacuna contra el virus. La lucha contra esta infección se ha logrado a través de numerosos fármacos anti-retrovirales, que se utilizan en forma combinada y que por distintos mecanismos, intentan evitar la multiplicación del virus en el organismo. A esto se lo denomina Terapia Antiretroviral Altamente Activa.

Una vez diagnosticada la infección, la finalidad de la terapia farmacológica es DISMINUIR LA CARGA VIRAL en el organismo y mantener los niveles más altos que sean posibles de LINFOCITOS T CD4. Si esto se logra, el progreso de la infección se retarda y además el individuo mejora enormemente su calidad de vida, llegando a convertirse en una enfermedad de evolución crónica.

Dentro de los fármacos utilizados se encuentran: Zidovudina o AZT (fue la primera droga que se encontró para el tratamiento contra el virus), Didanosina, Zalcitabina, Estavudina, Lamivudina, Abacavir, Nevirapina, Delavirdina, etc. Dichas drogas se combinan en la forma más adecuada para cada caso, evaluando también los efectos colaterales que presentan cada una de ellas.

El paciente debe realizar un seguimiento clínico y serológico en forma periódica y una buena respuesta terapéutica estaría determinada si se logra alcanzar que la CARGA VIRAL sea prácticamente indetectable, y que los LINFOCITOS T CD4 alcancen valores lo más cercano a los normales.

PREVENCIÓN DEL SIDA

Como ya dijimos al explicar las vías de contagio, se deduce que la prevención radica en la práctica de SEXO SEGURO (uso de condones de látex tanto femeninos como masculinos, evitar prácticas de riesgo, practicar la monogamia,

evitar la promiscuidad, verificar que no se padecen otras enfermedades de transmisión sexual de otro tipo como Hepatitis B o C, Sífilis, Gonorrea, etc.

No consumir drogas IV Evitar el contacto con sangre de otra persona.

Si la persona está infectada por HIV-DEBE informárselo a sus parejas sexuales, NO debe donar sangre, NO debe donar órganos NO debe donar semen ni plasma, No amamantar al bebé.

Existen dos situaciones donde se debe realizar profilaxis con drogas;

1) EMBARAZO: (transmisión vertical)

Se utiliza Zidovudina después de la semana 14 hasta el parto. Luego se le administra al recién nacido durante 6 semanas. No puede amamantarlo.

2) EXPOSICIÓN ACCIDENTAL: (profilaxis post-exposición)

Hay estudios que avalan que el tratamiento precoz (dentro de las primeras horas) con drogas antivirales disminuye la posibilidad de infectarse por el HIV-1.

Ejemplos de estas situaciones son: violaciones, pinchazos, salpicaduras con sangre u otros fluidos que contengan virus, accidentes laborales de profesionales de la salud, etc.

PRONÓSTICO

A diferencia de lo que sucedía en décadas anteriores, la sobrevivencia de los pacientes afectados ha mejorado notablemente. Algunos han mencionado que algunos pacientes se han curado del sida al disminuir su carga viral significativa y duraderamente...

Si bien, por el momento, no existe cura ni vacunas disponibles, la aparición de los medicamentos antiretrovirales elaborados por la industria farmacéutica, permiten mejorar la expectativa y la calidad de vida de los pacientes tratados, convirtiéndose en una enfermedad crónica. Sin embargo, el pronóstico es totalmente distinto en los países no desarrollados, donde existen epidemias, y se carece por completo de medios disponibles para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y por lo tanto evolucionan rápidamente hacia la mortalidad.²²⁻²³⁻²⁴

ENFERMERÍA Y LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO

En la publicación de la OMS del año 2004 "Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción, se amalgaman las definiciones de Haynes y Rand entendiéndolo como adherencia:

"El grado en que el comportamiento de una persona se ajusta a tomar los medicamentos, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de

asistencia sanitaria.” Se trata de un constructo teórico amplio que no solo contempla la toma de medicamentos.”

Acciones de enfermería en la adherencia al tratamiento antirretroviral:

Los profesionales de enfermería desarrollan un papel activo y primordial en el sistema sanitario y sus campos de actuación se van ampliando progresivamente. En el caso que nos ocupa, entre las diferentes funciones o actividades que el personal de enfermería puede desarrollar en la atención a los pacientes en tratamiento antirretroviral (TARV) destacamos:

- 📌 La preparación de la primera consulta.
- 📌 Entrevistas motivacionales.
- 📌 La educación para la salud.
- 📌 La consulta de adherencia.
- 📌 Consultas urgentes o de asesoramiento en materia de TARV.

No se debe de olvidar que el personal de enfermería es en muchas ocasiones:

- 📌 Un referente más cercano para el paciente.
- 📌 El puente o enlace entre el paciente y el resto del equipo sanitario.

El papel de la enfermería en el proceso de atención al paciente en TARV permite mejorar los resultados de la terapia, y es plenamente complementario al papel desarrollado por los facultativos y por el resto del equipo sanitario.²²

CAPITULO VI MODELO DE OREM

Para aplicar el Modelo de Orem es necesario conocer cómo este define los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería, entorno y salud.

Dorothea Orem concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante; los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, capacidad para simbolizar lo que experimentan y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros, define los cuidados de enfermería como el ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de auto cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta. El entorno es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la

persona, finalmente el concepto de salud es definido como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona.

Para aplicar el Modelo de Orem a través de proceso de enfermería, es necesario también definir los conceptos manejados en esta teoría, para asegurar así su comprensión y correcta utilización, conceptos como el de autocuidado, requisitos de autocuidado, demanda terapéutica de autocuidado, agencia de autocuidado, déficit de autocuidado, agencia de enfermería y sistemas de enfermería,

- Autocuidado: Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo.

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez.

- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

- Requisitos de Autocuidado: Son reflexiones formuladas y expresadas sobre acciones que se sabe que son necesarias o que se supone que tienen validez en la regulación de aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, son expresiones de los objetivos a lograr al ocuparse intencionalmente del autocuidado. Se identificaron tres tipos de requisitos de autocuidado: universales, del desarrollo, y de desviación de la salud.

- Demanda terapéutica de autocuidado: Es una entidad construida por las personas. Representa la suma de actividades de autocuidado requeridas por los individuos, en un lugar y en un momento determinado y durante un cierto tiempo, para cubrir los requisitos de autocuidado especificados por los individuos en relación con sus condiciones y circunstancias.

- Agencia de autocuidado: Es la compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con

respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y finalmente para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo .

La agencia de cuidado dependiente es la compleja capacidad desarrollada por los adultos responsables de hacer todo lo anteriormente señalado por las personas que de ellos dependen, principalmente infantes y adultos y adultos mayores dependientes.

- **Déficit de autocuidado:** Se produce cuando las habilidades del individuo para ejercer el autocuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de autocuidado conocida.
- **Agencia de enfermería:** Es una compleja propiedad y atributo de las personas educadas y entrenadas como enfermeras, tiene que ver con las capacidades para conocer y ayudar a otros a conocer sus demandas de autocuidado terapéutico, para cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros o ayudarles a cubrirlas por si mismos, y para ayudar a otros a regular el ejercicio o desarrollo de su agencia de autocuidado o su agencia de cuidados dependientes.

Sistema de enfermería: La teoría de los sistemas de enfermería articula las teorías porque señala la manera como la enfermería contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado. El profesional de enfermería, al activar alguno de estos sistemas, considera los componentes de poder que la persona, comunidad o grupo posee. Los componentes de poder están constituidos por la capacidad para mantener la atención; para razonar; para tomar decisiones; para adquirir conocimiento y hacerlo operativo; para ordenar acciones de autocuidado tendientes a conseguir objetivos; para realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria; para utilizar habilidades en las actividades de la vida diaria y el nivel de motivación. **Sistemas de enfermería totalmente compensadores:** La enfermera suple al individuo en sus actividades de autocuidado. Los sistemas de enfermería que se proponen son:

- ✂ **Sistemas de enfermería totalmente compensadores:** La enfermera suple al individuo.
- ✂ **Sistemas de enfermería parcialmente compensadores:** El personal de enfermería proporciona aquellas actividades de autocuidado que el paciente no puede realizar, por limitaciones del estado de salud u otras causas y la persona realizan las actividades de autocuidado que están al alcance de sus capacidades.
- ✂ **Sistemas de enfermería de apoyo-educación:** la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado.

Para Orem el objetivo de la enfermería radica en: “Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”. Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda, actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.²³

CAPÍTULO VII MEDIDAS PREVENTIVAS INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA

Las acciones de enfermería están fundamentadas con base al modelo de sistemas de Dorotea Orem . basándose en el sistema de apoyo/educativo el profesional enfermería toma importancia en la ayuda para compensar el déficit de conocimientos con la acción de guiar ,enseñar ,apoyar y dar como alternativa para el desarrollo de la población, adecuado en su salud y conducta proporcionando cambios en los hábitos de vida que puedan favorecer o retrasar o aun eliminar los riesgos de enfermedad (VIH/SIDA).²⁴

Para la prevención del VIH el profesional de enfermería aplicará las intervenciones utilizando el sistema de apoyo/educativo de Orem.

En materia de educación, las acciones fundamentales para la prevención de la transmisión de la infección entre la población estarán encaminadas a:

- 1) Educar y canalizar a los pacientes al sitio adecuado.
- 2) Informar sobre aquellas formas en las que se puede transmitir el VIH enfocadas esta población.
- 3) Promover continuamente como medida preventiva, el uso correcto de los condones de látex o de poliuretano en prácticas sexuales.
- 4)Desarrollar estrategias educativas que respondan a las necesidades de los grupos más afectados por la epidemia del VIH/SIDA y a las poblaciones en situación de vulnerabilidad a fin de que cuenten con una percepción del riesgo de acuerdo a sus condiciones y adopten conductas preventivas para disminuir el riesgo a la transmisión del VIH. por medio de: consejería y usando alternativas tecnológicas como las aplicaciones en teléfonos y páginas de internet poniendo al profesional de enfermería en la vanguardia.
- 5) Sensibilizarse ante las necesidades del paciente: temor, desconcierto, ansiedad, estrés.
- 6) Comunicar a los adultos jóvenes sobre la importancia de hábitos saludables sexuales y evitar situaciones que predispongan al VIH / SIDA.

Las intervenciones de enfermería en los tres niveles de atención son :

Durante la atención primaria la relevancia de las medidas preventivas permite que los profesionales de enfermería realicen funciones relevantes como:

- a) Proporcionar educación para la salud a la persona que vive con VIH, familiares y amigos.
- b) Detección oportuna. Informar sobre prácticas de riesgo a población vulnerable.
- c) Promoción. Proporcionar información a la persona que vive con VIH para mejorar su calidad de vida, así como medidas preventivas de acuerdo con el estilo de vida dentro de un marco de respeto a la diversidad sexual. Asimismo, informar y sensibilizar sobre la importancia de comenzar un tratamiento antirretroviral y mantener la adherencia.
- d) Referir para atención especializada. Orientar y asesorar a la persona para que se integre a centros de información, atención y apoyo.
- e) Seguimiento. Reforzar la cultura del autocuidado y atención ambulatoria.

En la atención secundaria de personas con VIH es necesario que el personal de Enfermería esté alerta ante la presencia de enfermedades oportunistas, desarrollar un Proceso de Atención de Enfermería (PAE) de acuerdo con las necesidades de la persona, así como que verifique el cumplimiento del tratamiento médico. Respecto a esto último, para el diagnóstico temprano la prueba de detección debe realizarse siempre previo consentimiento informado y los profesionales de la salud garantizarán la confidencialidad de los resultados. Además es necesario un tratamiento oportuno donde el personal de salud debe considerar la importancia de la adherencia a éste con la finalidad de disminuir las infecciones oportunistas.

Algunas recomendaciones son:

- a) Alternativas para apego real al tratamiento.
- b) Disponibilidad de medicamentos.
- c) Horarios para la toma de medicamentos.
- d) Indicaciones en el contenido de la dieta: tipo de alimentos y líquidos.
- e) Alternativas para el cuidado domiciliario.

Para limitar el daño, el personal de enfermería debe tener conocimiento de los internamientos y de las infecciones oportunistas en cada uno de ellos, para tomar las medidas necesarias en cuanto a la educación para la salud; esto permitirá realizar el plan estratégico para cuidados en casa y la aplicación del PAE (Proceso Atención de Enfermería).

Además, es primordial que se cuente con la colaboración de la familia para que se lleven a cabo los cuidados específicos y la persona cumpla con su recuperación.

La participación de la familia ha demostrado ser eficaz en la evolución favorable y adherencia al tratamiento.

Ya en la atención terciaria o rehabilitación la terapia física, ocupacional y psicológica favorece que la persona se adapte a su situación actual y pueda valerse por sí misma.²⁵

CAPÍTULO VIII ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES DE ENFERMERIA

La actitud del profesional de enfermería ante un enfermo infectado que presenta serología positiva para el VIH, debe ser la misma ante cualquier enfermo que presente cualquier otro tipo de patología.

Como primera reacción ante un caso diagnosticado de VIH, suele ser de rechazo y actitud negativa al tener que realizar cuidados de enfermería y llevar a cabo el tratamiento como a los demás pacientes, posteriormente y por la responsabilidad profesional que nos corresponde asumir los cuidados y el tratamiento al paciente, extremando las medidas preventivas y de autoprotección cubriendo así las necesidades que el paciente no pueda cubrir por sí sólo, prestándole el soporte psíquico, físico y emocional que necesite, evitando posturas de rechazo o de sobreprotección hacia estos enfermos, se debe buscar una aproximación al paciente, una aproximación a la familia y un intento por establecer una relación con el paciente, como uno de los objetivos a establecer podría ser el intento de ayudar a asumir la muerte que se acerca.

El rol de la enfermera consiste, como acompañar al paciente durante todo el proceso que dure la enfermedad, se debe realizar en conjunto con el paciente con paciencia, amor y profesionalismo entregando un ambiente seguro y guardar el secreto del diagnóstico siendo fundamental entre la enfermera y paciente, se debe educar al paciente a afrontar su enfermedad e informar a su pareja sexual para que tome prevención del contagio. Si el paciente se niega a comunicar su condición a su pareja, el equipo de salud, debe romper el secreto si la condición lo amerita evitando un contagio su pareja como al gestarse un bebé. Por lo tanto el secreto profesional no es un valor absoluto por lo que hay ciertas condiciones para que puede ser revelado.

El ejercicio profesional de enfermería conlleva el riesgo de incurrir en conductas que constituyen infracciones a la normatividad jurídica. Este tipo de faltas en su mayoría, están establecidas en el Código Penal Federal y en las leyes reglamentarias, relativas al ejercicio de las profesiones, y en un momento dado, aunque no haya una legislación específica, pueden aplicarse a la enfermería.

Debido a la naturaleza propia de la práctica de enfermería, los casos legales en los que con mayor frecuencia puede involucrarse el profesional de enfermería son:

Revelación de secretos: Se trata de una falta grave y se refiere a la revelación de información de tipo confidencial, confiada a la enfermera (o), por parte del paciente (Título Noveno)

Esta divulgación se puede efectuar sin el consentimiento del interesado, y en el caso de que esta situación llegue a una instancia judicial concreta se eximirá y/o atenuará la responsabilidad penal a la persona que efectuó tal denuncia. O sea que la ley también protege al personal de salud y es importante conocer esto.

Finalmente, la mejor opción ante esta situación es convencer a la persona que este cometiendo este acto para que deje de hacerlo, porque es un delito que está cometiendo y puede ser denunciado, por ello.²⁶

CAPITULO IX ASPECTOS ETICOS LEGALES DEL PACIENTE CON VIH/SIDA.

De acuerdo con la carta de derechos del paciente elaborada por la secretaria de salud

El paciente tiene derecho * recibir una atención adecuada, Recibir trato digno y respetuoso,

Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, Decidir libremente sobre su atención ,Otorgar o no su consentimiento válidamente informado, Ser tratado con confidencialidad, Contar con facilidades para obtener una segunda opinión, Recibir atención médica en caso de urgencia, Contar con un expediente clínico, Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida

Asimismo tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.²⁷

“Derecho, desde el punto de vista individual, es la facultad y ejercicio de hacer o exigir todo aquello que la ley o la autoridad establezca a nuestro favor”

El Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) se encuentra regido, en términos generales, NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Además, en el ámbito internacional, por la Declaración Internacional de Derechos

¿Por qué es importante que existan leyes para el tema del SIDA? ¿Cómo se vulneran los Derechos Humanos de las Personas Viviendo con VIH/SIDA (PVVS)?

La importancia de este tema es precisamente que en nuestro país existen, y son aceptadas consciente o inconscientemente por todos, muchas formas de discriminación hacia las personas que viven con VIH/SIDA. Y esto se da incluso con la promulgación de leyes discriminatorias, situación que hace mas grave el abuso de derechos por parte de algunas autoridades (el ejemplo más crítico es el de la obligatoriedad de las pruebas de diagnóstico). Y esto es peor si se toma en cuenta que las personas que padecen de VIH/SIDA están en una posición desventajosa debido a desinformación o información mal dada, pobreza, entre otros aspectos. No es raro por ejemplo que se den despidos arbitrarios de estas de sus centros de trabajo.

¿Cuáles son los principales derechos que debemos tener en cuenta para que las personas que viven con VIH/SIDA no los pierdan?

Las personas viviendo con VIH/SIDA tienen derecho a:

-  La **autonomía**, es decir: nadie puede ser sometido y obligado a hacerse la prueba sin su consentimiento, y quien desee hacerse la prueba firmará una autorización escrita.
-  Tienen derecho a la **confidencialidad**: Esto quiere decir que los resultados de sus pruebas de VIH no pueden ser dados a conocer a ninguna persona sin su autorización y **el personal de salud debe respetar el carácter confidencial** de la información e historia clínica. Esto además esta normado por el **secreto profesional**, que es la no divulgación o la reserva de información conocida u obtenida en razón de la relación de servicios prestados, tanto a niveles profesionales como asistenciales. La violación del secreto profesional constituye un delito contra la libertad.
-  Tienen derecho al **trabajo**, siendo nulo el despido cuando la causa es la discriminación por ser portador del VIH/SIDA. **Nadie puede despedir a una Persona que vive con VIH/SIDA por su diagnostico.**
-  Tienen derecho a la **atención de salud**, estando obligado todo establecimiento de salud a **atender de manera digna, respetuosa y sin discriminación a la Persona que viven con VIH/SIDA** y los

resultados de la prueba de VIH no deben ser solicitados como condición para su atención.

Sin embargo, los aspectos legales de este ejercicio están contemplados, de manera implícita, en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que es el cuerpo normativo de más alto rango, nuestra “Carta Magna” o “Ley de Leyes”. En su artículo 4, la Constitución establece que: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”. De este artículo se deriva la Ley General de Salud, que es el ordenamiento jurídico donde se consagra el Derecho a la Salud. Esta ley establece los mecanismos, condiciones, modalidades en que se realizarán y desempeñarán los servicios de salud. Esta ley, como cualquier otra, cuenta con reglamentos para operarla, y en ellos queda incluida la prestación de los servicios de enfermería. Sin embargo, la práctica de enfermería, en el sentido amplio de la palabra, tiene que ver con todo el resto de las materias legales.³⁰

Esto es muy importante, los médicos, enfermeras, psicólogos, asistentes sociales, nutricionistas, o cualquier otro profesional de salud, estamos obligados a atender a las PVVS con el mismo cuidado y profesionalismo que a cualquier otra persona. Ese es el compromiso que hemos jurado y no hacerlo es, no solamente una falta por la que podemos ser procesados, sino una obligación moral con la humanidad y con nosotros mismos.

CONCLUSIONES.

Esta investigación documental que realice fue de gran importancia ya que actualice conocimientos relacionados con el VIH/SIDA y las formas con las que se puede prevenir, aplicando un buen programa de salud pública enfocado especialmente a la población adulto joven.

Para la prevención de esta enfermedad infectocontagiosa como profesionales de enfermería debemos hacer hincapié en la educación para la salud, además de que adquirimos conocimientos de prevención, detección y manejo específico para este tipo de pacientes a si mismo proporcionamos una atención de calidad para evitar la diseminación de este problema de salud.

SUGERENCIAS.

Ante la incidencia del VIH/SIDA en la población adulto joven el profesional de enfermería debe realizar acciones de promoción a la salud a través de consejería para disminuir enfermedades de transmisión sexual haciendo uso continuo de las aplicaciones de internet ya sea por computadora o teléfono poniendo en la vanguardia al profesional de enfermería . promoviendo relaciones sexuales con tu pareja y el uso continuo de condones, realizar pruebas de VIH/SIDA, y hacer énfasis en la efectividad de la detección oportuna, el diagnóstico y el tratamiento, considerando la particularidad de cada caso, si existe una responsabilidad y participación activa compartida del adulto joven con el profesional de enfermería y equipo de salud, el éxito será disminuir la presencia de este problema de salud.

REFERENCIAS BIBLIOHEMEROGRAFICAS.

1. (SS/CENSIDA). Dirección de Investigación Operativa, con base en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH y sida (SS/DGE/SUIVE). . (2014 Citado 20 de abril 2015).
2. Zhu T, Korber BT, Nahmias AJ, Hooper E, Sharp PM, Ho DD. An African HIV-1 sequence from 1959 and implications for the origin of the epidemic. *Nature* 1998 ;391(6667):531- 532.
3. Barnes E. *Diseases and Human Evolution*. Alburquerque, NM: University of New Mexico Press, 2005. Capítulo 1.
4. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. Los Angeles. *Pneumocystis pneumonia*. *Morb Mortal Wkly Rep*.1981;30:250-252.
5. Grmek M. *Historia del SIDA*. México, DF: Siglo XXI,1992.
6. Montagnier L. A History of HIV discovery. *Science* 2002; 298:1727-1728.
7. Ponce de León S, Macías AE, Cruz MA, Calva J, Tinoco JC, *et al*. Los primeros cinco años de la epidemia del SIDA en México. *Salud Pública Mex* 1998;30:544-554.
8. Sepúlveda JA, García L, Domínguez-Torix JL, Valdespino JL. Prevention od HIV transmisión through blood and blood products: experience in Mexico. *Bull Pan Am Health Org* 1989;23:108-114.

9. Alarcón D, Ponce de León S. El SIDA en México, veinte años de la epidemia. México, DF: El Colegio Nacional, 2003.
10. Ponce de León S, Rangel S. SIDA, aspectos clínicos y terapéuticos. México, DF: McGraw-Hill Interamericana, 2000.
11. Sida historia de una nueva enfermedad.

Disponible: www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/2004/01/sida.../mon.o.html 11 de mayo 7:45.

12. El origen del SIDA. La página de la vida. Proyectopv.org [Citada: 22 de enero de 2004].

Disponible : <http://www.proyectopv.org/1-verdad/origensida.htm> .

13. Andaló P. La nueva ola del SIDA. El difícil camino hacia una vacuna. Revista Perspectivas de Salud (Organización Panamericana de la Salud). 2003;8(1).
14. ONUSIDA. Together we will end AIDS. "UNAIDS / JC2296E". WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. (2012) (pp 24, 36-40).
15. La jornada Ángeles C.M .No se refleja en México la baja mundial de muertes por sida. viernes 29 de noviembre del 2013 p 41.citado .14 enero 2014.
16. Excélsior. Mario A.C VIH SIDA 30 años de retos.17 de septiembre .p

Citado: 17 de febrero de 2016 . EPIDEMIOLOGIA

Disponible: www.censida.salud.gob.mx/descargas/SIDA -

17. Abbas A. *Inmunología Celular y Molecular*. McGraw Hill. 3° Ed. Madrid, España .2001.
18. Alberts B. *Biología Molecular de la Célula*. Ed. Omega . 3°. Barcelona, España. 1996.
19. Roiitt, I. *Inmunología*. 5ed. Hartcourt. Madrid, España.1998.

20. ¿Tres años para curar el SIDA? Estructura del virus del SIDA e historia. Salud y Medicina. El-mundo.es 8 de mayo de 1997 [Citada: 10 de noviembre de 2003.

Disponible:<http://www.elmundo.es/salud/Snumeros/97/S246/S246sida3.html>. Mayo 10 del 2014

21. Bolívar A. Nivel de información sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). [Internet]. MARCO TEORICO

Disponible: <http://www.monografias.com/trabajos16/nivel-informacion-sida/nivel-informacion-sida.shtml>. Consultado: Mayo 12 de 2014.

22. Gobierno de el estado de México .educación para la salud. secretaria de salud , febrero 2014. Citado: 24 de febrero 2015.

Disponible : [portal2.edomex.gob.mx/dae/educación salud](http://portal2.edomex.gob.mx/dae/educación%20salud)

23. TEORIAS DE OREM.

Disponible:[www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/.../Fundamentacion teorica.doc](http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/.../Fundamentacion%20teorica.doc).

24. Recomendaciones para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1999.citada :14.de enero de 2014.

Disponible: www.neumosurenfermeria.org/AAA/.../ adherencia al tratamiento.

25. Guía de enfermería para la atención de las personas con VIH/SIDA.

Disponible:[www.censida.salud.gob.mx/descargas/normatividad/guia enf_09.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/normatividad/guia_enf_09.pdf) f 23 de junio 2015 4:50

26. ASPECTOS ETICOS Y LEGALES DEL VIH SIDA AUTOR: Abg. Jhon Gutiérrez G, G. *Odalie A.* Licenciada en Enfermería. Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt Universidad Peruana Cayetano Heredia. PERU. Pág. 8-11. citado .14-enero 2015. ETICOS Y LEGALES .

Disponible: [www.upch.edu.pe/tropicales/telemedicinatarga/.../ASPECTO SLEG ALES](http://www.upch.edu.pe/tropicales/telemedicinatarga/.../ASPECTO_SLEG_ALES).

27. *Carta de Derechos Del Paciente Gobierno del estado de mexico, comisión de conciliación y arbitraje, secretaria de salud 2014.*

Disponible: salud.edomex.gob.mx/ccamem/cartapacientes.htm. 26 de abril 2014 3:34.

28. Declaración Universal de los derechos humanos Disponible. www.un.org/es/documents/udhr/ 26 de mayo 2014 4: 27 pm

29. Pacto de San José de Costa Rica
Disponible: [www1.hcdn.gov.ar/folio-cgi-bin/om isapi.dll?...on...constra](http://www1.hcdn.gov.ar/folio-cgi-bin/om_isapi.dll?...on...constra). 26 de mayo 2014 4: 27 pm.

30. Legislación Federal (Vigente al 9 de diciembre, Constitución al 27 de diciembre de 2014).

ANEXOS

DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE MÉXICO

La observancia del código de Ética, para el personal de enfermería los compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos de los humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.

3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto como las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo con su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-010-SSA2-2010, PARA LA PREVENCION Y EL CONTROL DE LA INFECCION POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Que el 21 de junio del año 2000, se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana y entró en vigor al día siguiente de su publicación.

Que la infección producida en los seres humanos por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) continúa presentado estadísticas en aumento en todo el mundo, fenómeno del que México no es una excepción y por tanto, es un problema de salud pública a nivel mundial.

En sus inicios la infección fue considerada como exclusiva a un sector determinado por sus preferencias sexuales, sin embargo, se ha demostrado que las vías de transmisión son más amplias, por lo que están en riesgo todos los sectores sociales independientemente de su edad, posición económica, ideológica, educativa o sexual.

Los principales mecanismos para limitar la extensión de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana están en las acciones preventivas, en las cuales, la aportación de la investigación en las Ciencias Médicas ha sido fundamental para

el establecimiento de nuevos métodos de tamizaje, diagnóstico oportuno y tratamientos más eficaces para quienes ya lo padecen, especialmente porque mejoran su calidad de vida y retardan los efectos de la enfermedad.

En México, como en la mayoría de los países en desarrollo, la distribución desigual de ingresos, la migración de hombres y mujeres, la falta de empleo y de oportunidades de vida, el estigma, la discriminación, la homofobia, la inequidad de género y la falta de educación sexual, entre otros factores, aumentan la vulnerabilidad de la población para contraer el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y desarrollar el Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida (SIDA).

México es uno de los países que presenta una epidemia concentrada que requiere estrategias para evitar que se generalice.

Por ello es urgente fortalecer la prevención, atención y control del Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida a través de la promoción de la salud mediante acciones tendientes a desarrollar actitudes favorables para la salud, generar entornos propicios, reforzar la acción comunitaria, reorientar los servicios de salud e impulsar políticas públicas en la materia; así como brindar un servicio de atención integral de las personas con VIH/SIDA, con énfasis en el nivel local que comprenda:

- Prestar servicios de atención integral de calidad
- Manejo de riesgos personales;
- Desarrollo de capacidad y competencia en salud;
- Participación social para la acción comunitaria;
- Desarrollo de acciones que combatan el estigma y la discriminación relacionada al VIH/SIDA;
- Abogacía intra e intersectorial, y
- Mercadotecnia social en salud

En el caso de la detección en las mujeres embarazadas y en la aplicación del tratamiento de Profilaxis Post Exposición en Víctimas de Violencia Sexual, existe el imperativo ético de poder evitar una infección.

Lo anterior hace indispensable unificar y establecer criterios de atención integral del Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida que involucren la prevención, la promoción de la salud y la atención médica, así como combatir los obstáculos que se enfrentan en la lucha contra la pandemia.

El Sistema Nacional de Salud, conforme a las garantías individuales consagradas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, está obligado a proporcionar protección a la salud en materia de la infección por el

Virus de Inmunodeficiencia Humana. Desde el punto de vista epidemiológico y con base en los consensos internacionales, la prevención debe focalizarse, de manera específica, al segmento poblacional en mayor riesgo y vulnerabilidad por sus prácticas y/o contextos como son los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH); trabajadoras y trabajadores del sexo comercial (TSC); usuarios de drogas inyectables (UDI's); personas privadas de su libertad, niñas y niños en situación de calle, lo cual no obsta para garantizar el acceso a pruebas de detección y garantizar la calidad de la educación sexual basada en evidencia, realizando acciones de prevención en el resto de la población, como jóvenes, hombres y mujeres, asegurar el acceso a medidas de prevención para estas poblaciones (condones masculinos y femeninos).

Esta norma atiende los lineamientos y directrices internacionales emitidos por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre SIDA (ONUSIDA), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Centros de Control de Enfermedades de los Estados Unidos de América (CDC) y la Declaración de Compromiso de Alto Nivel de la Asamblea General de Naciones Unidas en sesión especial sobre SIDA (UNGASS).

1. Objetivo y campo de aplicación

1.1 Esta norma tiene por objeto establecer y actualizar los métodos, principios y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud, respecto de las actividades relacionadas con la prevención y control, que abarcan la detección, el diagnóstico oportuno, la atención y tratamiento médico de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), ya que constituye, por su magnitud y trascendencia, un grave problema de salud pública en México.

1.2 Las disposiciones de esta norma son de orden público e interés social y por tanto de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para todas las instituciones y personal del Sistema Nacional de Salud involucrado en la atención a las personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida, incluyendo al personal que realice acciones de promoción y prevención de la salud, protección específica, tratamiento, atención primaria y control epidemiológico, así como para el personal que labore en unidades de salud que incluye a quienes laboren en laboratorios públicos y privados.

Declaración universal de los derechos humanos. Artículo 2

1. Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

Artículo 3

Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Artículo 7

Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.

Artículo 23

1. Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo.

2. Toda persona tiene derecho, sin discriminación alguna, a igual salario por trabajo igual

Artículo 25

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

PACTO DE SAN JOSE DE COSTA RICA.

Los Estados Americanos signatarios de la presente Convención,

Reafirmando su propósito de consolidar en este Continente, dentro del cuadro de las instituciones democráticas, un régimen de libertad personal y de justicia social, fundado en el respeto de los derechos esenciales del hombre;

Reconociendo que los derechos esenciales del hombre no nacen del hecho de ser nacional de determinado Estado, sino que tienen como fundamento los atributos de la persona humana, razón por la cual justifican una protección internacional de naturaleza convencional coadyuvante o complementaria de la que ofrece el derecho interno de los Estados americanos;

Considerando que estos principios han sido consagrados en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y en la Declaración Universal de los Derechos Humanos que han sido reafirmados y desarrollados en otros instrumentos internacionales, tanto de ámbito universal como regional;

Reiterando que, con arreglo a la Declaración Universal de los Derechos Humanos, sólo puede realizarse el ideal del ser humano libre, exento del temor y

de la miseria, si se crean condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos, sociales y culturales, tanto como de sus derechos civiles y políticos.

Considerando que la Tercera Conferencia Interamericana Extraordinaria (Buenos Aires, 1967) aprobó la incorporación a la propia Carta de la Organización de normas más amplias sobre derechos económicos, sociales y educacionales y resolvió que una convención interamericana sobre derechos humanos determinara la estructura, competencia y procedimiento de los órganos encargados de esa materia.

Carta de Derechos de los Pacientes

1 Recibir atención médica adecuada

El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.

2 Recibir trato digno y respetuoso

El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinde atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

3 Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz

El paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.

4 Decidir libremente sobre su atención

El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

5 Otorgar o no su consentimiento válidamente informado

El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en que consisten los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico. Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.

6 Ser tratado con confidencialidad

El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

7 Contar con facilidades para obtener una segunda opinión

El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

8 Recibir atención médica en caso de urgencia

Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

9 Contar con un expediente clínico

El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido.

10 Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida

El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados.

Asimismo tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.

GLOSARIO.

Autor replicarse: es cualquier proceso por el cual una cosa puede hacer una copia de sí misma. Las células, en ambientes adecuados, se reproducen por división celular. Durante la división celular, el ADN se replica y puede transmitirse a la descendencia durante la reproducción.

Derecho: proviene del término latino *directum*, que significa “**lo que está conforme a la regla**”.

Discriminar: es separar, diferenciar o excluir a alguna persona, o tratarla como un ser inferior, o privarle de derechos, por ciertas características físicas, por sus ideas, por su religión, por su cultura, por su orientación sexual, por su posición económica.

Directriz: es una **norma** o una **instrucción** que se tiene en cuenta para realizar una cosa. También se trata de aquello que fija cómo se producirá algo. Las directrices, por lo tanto, sientan las bases para el desarrollo de una **actividad** o de un proyecto.

Ética: se relaciona con el **estudio de la moral** y de la acción humana. El concepto proviene del término griego *ethikos*, que significa “**carácter**”. Una **sentencia ética** es una declaración moral que elabora afirmaciones y define lo que es bueno, malo, obligatorio, permitido, etc.

Estrategia: deriva del latín *gĭ*, que a su vez procede de dos términos griegos: *stratos* (“**ejército**”) y *agein* (“**conductor**”, “**guía**”). Por lo tanto, el significado primario de estrategia es el **arte de dirigir las operaciones militares**

Enfermedad: proceso y a la fase que atraviesan los seres vivos cuando padecen una **afección** que atenta contra su bienestar al **modificar su condición ontológica** de salud.

Epidemia: es una **enfermedad** que se propaga durante un cierto periodo de **tiempo** en una zona geográfica determinada y que afecta simultáneamente a muchas personas. Se trata de una noción utilizada por la salud comunitaria para hacer referencia al hecho de que la enfermedad llega a una **cantidad de gente superior a la esperada**.

Incidencia: Frecuencia de la presentación de los casos nuevos de una enfermedad o daño en una población, lugar y tiempo determinados.

Sida: es una **enfermedad** viral caracterizada por la **ausencia de respuesta inmunitaria**. El término es el acrónimo de **Síndrome de Inmune-Deficiencia Adquirida**.

Morbilidad: es un término de uso médico y científico y sirve para señalar la cantidad de personas o individuos considerados enfermos o víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinados. La morbilidad es, entonces, un

dato estadístico de altísima importancia para poder comprender la evolución y avance o retroceso de una enfermedad, así también como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.

Mortalidad: nos indica el número de fallecimientos de una población en concreto por cada 1000 habitantes, durante un período de tiempo determinado, este puede ser durante un año.

Pandemia: proviene de un vocablo griego que significa “**reunión del pueblo**” y cuya significación ha sido extendida como “**enfermedad de todo el pueblo**”. Se trata de una **enfermedad epidémica** que afecta a diversos **países** y que ataca a casi todas las **personas** de una región geográfica.

Prevalencia es un término que puede vincularse a dos verbos: **prevaler** y **prevalecer**. Estos conceptos refieren a aprovechar algo para obtener una **ventaja**, a la posibilidad de mantenerse o la condición de aquel o aquello que se impone.

Prevención: Medida o disposición que se toma de manera anticipada para evitar que una cosa mala suceda.

VIH :(**Virus de Inmunodeficiencia Humana**) es el **virus** que causa la enfermedad conocida como SIDA.

Virus: es una palabra de origen latino, cuyo significado es **veneno** o **toxina**. Se trata de una entidad biológica que cuenta con la capacidad de **autor replicarse** al utilizar la maquinaria celular.