



**ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE JESUS  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL DOMICILIARIA A  
PERSONAS AFECTADAS POR EL VIH/SIDA.

**T E S I S**  
PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
PRESENTA: ANGELICA RODRIGUEZ DE LA ROSA



ASESOR: LIC. ENF. Y OBST. VERONICA MENDOZA ARZATE  
C. J. MARTIN LUNA SAMANO

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

México D.F. a 12 de Junio del 2003

Escuela de Enfermería del Hospital de Jesús

Lic. Enf. Tomasa Juárez Caporal

Jefe del Departamento de Servicios Escolares

Me permito enviar a usted la Tesis profesional titulada: "PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA A PERSONAS AFECTADAS POR EL VIH/SIDA" elaborada por:

**Angélica Rodríguez de la Rosa.**

Cuyo contenido apruebo, para ser presentada y defendida en el examen profesional que sustenta para obtener el título de Lic. Enfermería y Obstetricia.

  
Asesor Lic. Enf. Verónica Mendoza Arzate.

Asesor a la Dirección General de Bibliotecas de la  
UNAM y difundo en formato electrónico e impreso el  
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Angélica Rodríguez de la Rosa

FECHA: 12/Febrero/04

FIRMA: 

## **AGRADECIMIENTOS**

**A MIS PADRES:** Que me brindaron su apoyo, consejos y en los momentos más difíciles me alentaron a seguir adelante anhelando que siempre me preparara para enfrentarme a la vida. Hoy se ven cumplidos nuestros sueños y esfuerzos. Iniciándose así, una nueva etapa en mi vida en la que siempre estarán conmigo. Gracias.

**A MIS PROFESORES:** Por haberme transmitido todos sus conocimientos y sobre todo que siempre estuvieron conmigo cuando los necesite. Dr. Efrén Méndez Monje (q.e.p.d.); Dr. Mario Alberto Cruz Ugalde; Dra. Virginia Lechuga; Lic. Enf. Ma. Eugenia Espinosa Chapa; Lic. Enf. Francisca García López; Lic. Enf. Guadalupe Sarmiento y la Lic. Enf. Verónica Mendoza Arzate.

**CAPPSIDA:** Gracias por ser una escuela más en mi vida ya que al estarme formando profesionalmente al mismo tiempo fui creciendo a tu lado y contigo; por transmitirme tus conocimientos, tu experiencia y sobre todo la excelencia en tu trabajo; por convivir con tu gente y sobre todo lo más importante tus pacientes que me han enseñado mucho. Gracias por dejarme ser parte de ti y haberme brindado la oportunidad de haber elaborado esta tesis.

**M.L.S.** Gracias por ser parte de esto ya que me ha ayudado en todo lo que se ha podido en la elaboración de esta tesis y alentarme al igual que mis padres cada vez que tiraba la toalla de brindarme su confianza, cariño y experiencia; por creer en mí y hacerme parte de una excelente organización como es CAPPSIDA pero sobre todo por darme esta gran experiencia de formar parte de un programa que hoy me está dando la oportunidad de haber elaborado esta tesis.

**DRA. MARTHA VALDEZ.** Por ayudarme en todo por ser una maestra para mí ya que al trabajar a su lado aprendí mucho al igual que CAPPSIDA fui creciendo y formándome a su lado por su confianza, amistad y sobre todo su creencia hacia mí y mi trabajo. Por su ayuda ante cualquier bache que se me atravesara y por su aliento a seguir creciendo.

# PROMESA

Prometo solemnemente delante de Dios y en la presencia de este  
llevar una vida pura y delicada, con toda fidelidad, a la práctica  
de mi profesión.

Abstenerme de cuanto sea dañoso o nocivo, y no suministrar  
nunca una medicina perjudicial,

Haré todo lo posible por dignificar mi profesión, guardando  
celosamente, así como los secretos familiares que llegaren a tu  
conocimiento por razones de mi oficio.

Me esforzare lealmente por ayudar al equipo multidisciplinario en  
el trabajo y consagrarme a procurar el bienestar de las personas  
encomendadas a mi cuidado.

FLORENCIA NAIGHTINGALE.

## CONTENIDO

|   |    |
|---|----|
| <b>INTRODUCCIÓN</b> .....   | 2  |
| <b>JUSTIFICACIÓN</b> .....  | 4  |
| <b>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</b> .....  | 5  |
| <b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....   | 6  |
| <b>MARCO TEORICO</b>  |    |
| <u>CAPITULO I</u>   |    |
| ORIGEN Y EVOLUCION DEL VIH/SIDA .....   | 7  |
| <u>CAPITULO II</u>  |    |
| EPIDEMIOLOGIA MUNDIAL Y NACIONAL DEL VIH/SIDA .....   | 15 |
| <u>CAPITULO III</u>   |    |
| PATOGÉNESIS E HISTORIA NATURAL DE LA INFECCION .....  | 41 |
| <u>CAPITULO IV</u>  |    |
| PRINCIPALES INFECCIONES OPORTUNISTAS Y MANIFESTACIONES CLINICAS QUE SE<br>ENCONTRARON EN ATENCIÓN DOMICILIARIA..... | 54 |
| <u>CAPITULO V</u>   |    |
| ATENCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES AFECTADOS POR EL VIH/SIDA EN<br>ATENCIÓN DOMICILIARIA.....           | 71 |
| <u>CAPITULO IV</u>  |    |
| PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA .....  | 97 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>MARCO CONCEPTUAL</b> .....                          | 99  |
| <b>OBJETIVOS</b> .....                                 | 107 |
| <b>HIPÓTESIS</b> .....                                 | 108 |
| <b>METODOLOGÍA</b> .....                               | 109 |
| <b>VARIABLES</b> .....                                 | 111 |
| <b>TIPOS DE INVESTIGACIÓN</b> .....                    | 112 |
| <b>PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS</b> ..... | 113 |
| <b>REQUERIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....         | 122 |
| <b>PRESENTACIÓN DE RESULTADOS</b> .....                | 123 |
| <b>CONCLUSIONES</b> .....                              | 124 |
| <b>ANEXOS</b> .....                                    | 125 |
| <b>BIBLIOGRAFÍAS</b> .....                             | 127 |

## INTRODUCCIÓN

En el año de 1981 aparece un nuevo problema de salud pública a nivel mundial, llegando a nuestro país en el año de 1983 el llamado VIH/SIDA haciendo acto de presencia, principalmente, por la falta de información por parte de los servicios de atención médica, repercutiendo de manera considerable en todas aquellas personas que se encuentran en las condiciones más deplorables y haciendo acto de presencia en todo ser humano sin tomar en cuenta raza, religión, estatus social, cultura, género, edad entre otras.

Es decir, el VIH/SIDA no solo afecta a un grupo especial de personas, este puede afectar a adultos, niños, ancianos, mujeres, jóvenes, ricos, pobres, famosos, famosas, deportistas etc., el SIDA puede entrar a cualquier nivel y no solo afectar a un integrante de la familia, sino también afecta de manera importante al núcleo familiar.

El proceso de la enfermedad no tiene un límite de tiempo, por lo cual la incógnita de cuanto resta de vida resulta difícil tanto para la familia como para la persona afectada.

Para la familia es difícil proporcionar una atención y cuidados al paciente que se encuentra con un estado físico deteriorado, incluyendo también un desajuste emocional el cuál genera el deseo de ya no continuar y hasta el dejarse morir.

En el caso de la familia, en esta se generan dudas, miedos, confusión, depresión, coraje, rabia, culpa e impotencia por no saber cómo darle la ayuda desde varios puntos de vista sea moral, espiritual, social y económica, el cómo ayudarlo, tratarlo, y de cómo aprender a vivir con una persona afectada por esta enfermedad.

El estado físico de la persona afectada es muy importante ya que el simple hecho de no poder moverse, ni valerse por sí mismo le causa angustia, miedo, lastima por sí mismo, autocompasión, terror a quedarse solo, y un completo desequilibrio emocional, por lo que a través del Programa de Atención Integral Domiciliaria se pretende mejorar la calidad de atención y brindar una cobertura total de las diversas necesidades tanto de la persona afectada que vive con VIH/SIDA como la familia, abordando desde el aspecto físico del paciente, como la carga emocional de este mismo y la familia.

El papel de enfermería y equipo multidisciplinario es el que informa, educa y capacita a la persona afectada y familia con la finalidad de mejorar la atención y calidad de vida y a la vez ayudar a alcanzar una muerte digna en caso de que se presente otra situación, como es la agonía y muerte.

Por tal motivo el apoyo que proporciona la familia al paciente es de suma importancia ya que ayuda a la persona afectada para que esta se sienta segura, protegida y sobretodo apoyada, por lo que es importante que la familia como el paciente estén bien informados y capacitados para enfrentar juntos la afección por el VIH/SIDA.

## **JUSTIFICACIÓN**

El Programa de Atención Integral Domiciliaria tiene como finalidad el proporcionar con calidad; servicios y cuidados a todas aquellas necesidades fisiológicas y psicopatológicas de las personas que son afectadas por el VIH/SIDA; al mismo tiempo orientar a la familia ya que también son impactadas por este problema de salud tanto física, social y mentalmente.

Este programa de salud esta dirigido principalmente a la población en general en la que prevalecen factores como: marginación social, educación, estatus económico, cultura, política y religión sin importar la edad, ni el género.

Sin embargo tomando en cuenta el incremento del índice porcentual en mujeres, se pretende hacer una mayor conciencia y la aplicación más minuciosa de este programa de salud para disminuir o mantener estas cifras.

Muchas de nuestras mujeres se encuentran en edad reproductiva y al fallecer dejan a sus hijos sin protección y muchos de ellos terminan viviendo en la calle.

Por lo que al aplicar el Programa de Atención Integral Domiciliaria a los pacientes y familiares se les dan alternativas de cómo poder seguir subsistiendo con este problema de salud que es el VIH/SIDA.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Que finalidad tiene aplicar un Programa de Atención Integral Domiciliaria a personas afectadas por el VIH/SIDA?

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Uno de los problemas a resolver dentro de nuestro país es el gran problema del SIDA, ya que muchas de las personas infectadas son de recursos económicos bajos y no cuentan con servicios médicos, tratamientos y estudios de laboratorio ya que estos son de suma importancia para su prevención y atención. A consecuencia de esta falta de atención integral, muchas de estas personas llegan a morir sin ninguna alternativa y desafortunadamente algunas de ellas en condiciones inhumanas.

Por tal motivo, una de las tareas importantes del Programa de Atención Domiciliaria es el de brindar esta atención integral para mejorar la calidad de vida de la persona afectada; en el caso de una persona en etapa Terminal, el de mejorar el poco tiempo que resta para que pueda tener un buen morir.

Una de las actividades importantes de enfermería es el de prevención, desafortunadamente no se le da la importancia de manera más conciente en relación al tema de VIH/SIDA y como consecuencia a esto, es que el personal de salud esta menos informada acerca de la enfermedad y por ende, no se proporciona información muchas veces correctas a la población en general y como consecuencia se tiene a mujeres infectadas de 18 a 35 años de edad, con un estado socio-económico bajo con 5 a 7 hijos todos menores de 15 años de edad muchas de ellas viudas y que tienen que trabajar para sostener a su familia dejando aun lado su atención. Ya que por falta de recursos financieros no cuentan con un servicio médico que les brinde atención; les proporcione tratamiento y les elaboren sus estudios de laboratorio. Por lo tanto muchas de ellas llegan a fallecer y si no cuentan con la familia de respaldo, sus hijos quedan huérfanos, desprotegidos y todos ellos posiblemente niños de la calle.

## **MARCO TEORICO**

### **CAPITULO I**

#### **ORIGEN Y EVOLUCION DEL VIH/SIDA**

Con respecto al origen del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) se han manejado diferentes teorías e hipótesis de las cuales algunas que se manejaron en un principio fueron:

1. - Que fue creado en un laboratorio con el fin de utilizarlo como arma virológica en la guerra.
2. - Que escapo o fue hurtado de un laboratorio ya que este estaba siendo utilizado para buscar algunas alternativas de tratamiento o vacuna contra el Paludismo.
3. - Esta teoría fue aceptada durante algún tiempo ya que se decía que el virus albergaba en la especie de un primate que era el mono verde.

Todo coincidía para creer que el mono verde era el huésped del VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) ya que este primate habitaba en las zonas donde se dieron los primeros brotes de la infección. Posteriormente empezaron a crear dudas ya que el mono verde era un primate no cazado por los nativos y mucho menos era un primate agresivo este habitaba lo que es el Zaire o (Antiguo Congo Belga).

Se dice que el mono verde es huésped del filo virus que causa enfermedades como:

- Enfermedad de Marburg (enfermedad hemorrágica)
- Fiebre Ébola (fiebre hemorrágica)

## FILOVIRUS

Es un filo virus con forma de hilo largo y retorcido. Puede provocar la fiebre hemorrágica de Ébola, una enfermedad que cursa con fiebre alta y hemorragias internas masivas. Durante un brote que afectó al Zaire en 1995, murieron tres de cada cuatro personas infectadas.<sup>22</sup>



4. - La cuarta teoría hasta el momento es la mas aceptada ya que se dice que el año de 1960 fue llevada a Estados Unidos una Chimpancé al laboratorio de Maryland, para ser utilizada como hembra de crianza.

En 1985 un grupo de científicos que buscaba una posible vacuna para el VIH, aplica el test de ELISA (Ensayo inmunoenzimatico) a los 98 ejemplares del laboratorio, ya que sospechaban una posible relación entre la epidemia del SIDA y los monos del continente Africano. La chimpancé fue el único ejemplar que resulto positivo a la prueba de ELISA<sub>1</sub>. Sin embargo, debido a la falta de técnicas sofisticadas para analizar sus tejidos éstos fueron guardados en un congelador. De hecho la chimpancé murió ese mismo año por complicaciones de parto, portando el VIS (virus de inmunodeficiencia simia) sin embargo no mostró signos de reducción de número de células T. En el año de 1995 fueron encontrados los tejidos del chimpancé por el Dr. Larry Arthur que inmediatamente los envió a la microbióloga Beatrice Hahn de la Universidad de Alabama, en Estados Unidos ya que había centrado su trabajo en monos pues estos presentan un virus con características similares a las del VIH.<sup>22,1</sup>

<sup>22,1</sup> Enciclopedia Encarta México 2001 Microsoft México.  
<http://www.cdc.gov/hiv/dhap/htm>.

El VIS (virus de inmunodeficiencia simia) pero a diferencia de los seres humanos no desarrollan sintomatología ni mueren a causa de esto. A las muestras de los tejidos congelados de la chimpancé Hahn y su equipo sumaron otros 3 ejemplares también infectados por el virus. Dos de estas provienen de una pareja de Chimpancés de Gabón y el tercer ejemplar que había sido exportado de Zaire a Bélgica. Tras varios análisis de ADN (Ácido desoxirribonucleico) por medio de técnicas como PCR (Reacción en cadena de la polimeraza), los investigadores descubrieron que 3 de las 4 muestras de la chimpancé y los ejemplares de Gabón resultaron similares en secuencia y organización genética la cuarta corresponde a otro subtipo del virus simio y fue así como determinaron que la chimpancé y los ejemplares de Gabón pertenecen a la subespecie *Pan troglodytes* – *troglodytes*, mientras que el chimpancé de Zaire pertenecía a la *Pan troglodytes* – *schweinfurthii*. Ambas están ubicadas en la región donde partió la epidemia del virus.

En distintas tribus africanas, la carne de mono es usual en la dieta, por lo que la carne de este animal es habitual y mantenida. Esta actividad no solo implica la captura, sino también descuartizar y descuerar al animal, conductas que los especialistas asocian directamente con un alto riesgo de contagio. <sup>1</sup>

Hasta ahora tenemos un posible origen del VIH tipo 1 que se encuentra en esta subespecie de chimpancés con respecto a las mutaciones que este tuvo en el organismo humano para causar la enfermedad y que debieron ser muchos no se tiene totalmente la certeza.

La mayoría de las enfermedades infecciosas que provocan síntomas en una especie, los chimpancés debieron, en algún minuto de su evolución adaptan su organismo a la presencia del virus y así no desarrollaron la enfermedad, sin embargo, cuando este paso al hombre fue un virus totalmente distinto y en un organismo totalmente distinto también. <sup>1</sup>

Las manifestaciones del VIH en el ser humano se deben, posiblemente, a la presión que los mecanismos de defensa humanos ejercen sobre el virus por esta razón el VIH sufrió una mutación y hoy se manifiesta en 3 formas:

---

<sup>1</sup> <http://www.cdc.gov/hiv/dhap/htm>.

- M (principal que afecta a gran parte de los infectados)
- N (nuevo grupo identificado en 1998, en 2 pacientes de Camerún)
- (que se da en muestras aisladas provenientes principalmente de Camerún, Gabón y Guinea Ecuatorial).<sup>2</sup>

En el año de 1999 durante la VI Conferencia Anual de Retrovirus y Enfermedades Oportunistas, en Chicago, la microbióloga Beatrice Hahn da a conocer el posible origen del VIH tipo I que se trataba de la subespecie *P.t. troglodytes* del chimpancé.

También explica lo difícil que puede ser obtener una vacuna para este virus ya que el Chimpancé es una de las especies que se encuentra en peligro de extinción. No solo se genero duda y polémica en el origen del VIH si no también se crearon especulaciones y dudas de cómo paso el virus del chimpancé al hombre. Se han creado varias hipótesis de cómo el VIS paso del chimpancé al ser humano y de cuanto tiempo estuvo albergado en el organismo mutando hasta conseguir causar daño.

La primera hipótesis es la más aceptada por los científicos ya mencionada con anterioridad la caza, descuartizar y descuerar al animal no es nada fácil posiblemente no fue adquirido por medio de la alimentación pero tengamos en cuenta que durante la caza los nativos pudieron hacerse varias heridas al igual que al descuartizar y descuerar al mono posiblemente las heridas hechas por estas actividades fueron la puerta de entrada para este virus.<sup>2</sup>

- Se dice que este virus pudo permanecer aislado en una población pequeña local hasta alrededor de 1930, fecha en la que supuestamente inicio a expandirse hacia otras poblaciones humanas y a diversificarse. En este caso su expansión se vio favorecida por el desarrollo socio-económico del continente africano.
- La segunda hipótesis, menos probable, pero que tampoco se descarta, sostiene que la transmisión del chimpancé al hombre pudo producirse ya avanzado el siglo, en 1930, momento en que empezó a expandirse y diversificarse en amplios sectores de la población humana.

<sup>2</sup> <http://www.terra.es/ciencia/articulo/html/ac697/html>.

- La tercera y última, los científicos hacen referencia a la debatida posibilidad de que el VIH-1 fuese introducido en la población humana a través de la actuación médica. En este caso, a través de la vacuna de la polio desarrollada en cultivos de células renales derivadas de los chimpancés infectados por el VIS. Una hipótesis que se considera imposible, pues según los estudios hubiese sido necesarios que al menos nueve virus distintos hubiesen sido inoculados al hombre a través de esas vacunas.<sup>2</sup>

#### EL COMIENZO DE UNA HISTORIA Y UNA LUCHA CONTRA UNA NUEVA ENFERMEDAD

Hoy en día todas las personas sabemos que SIDA significa: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y que esta es una enfermedad mortal causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) la mayoría de nosotros sabemos como se adquiere la infección, como se previene etc. ¿Creen ustedes que hay falta de información?

La palabra SIDA despierta en las personas sensaciones de: Temor, Miedo, Ideas Distorsionadas, confusión, infidelidad, rechazo, culpa etc.

Y encuadra a su alrededor diferentes y diversos estigmas:

- Promiscuidad
- Homosexualidad
- Prostitución
- Sexo
- Transfusión
- Drogadicción
- Muerte.

---

<sup>2</sup> <http://www.terra.es/ciencia/articulo/html/ac697/html>.

Todos estos estigmas comienzan en los Ángeles California (EEUU) en el mes de Junio del año de 1981. Allí; el Dr. Michael Gottlieb y colaboradores describen la aparición de enfermedades características de pacientes inmunodeprimidos, en pacientes jóvenes previamente sanos, En otros términos, lo que llamo la atención, fue la presencia de Infecciones Oportunistas (IO) en 5 personas sin antecedentes que pudieran explicar esta situación. Las 5 personas afectadas presentaban infecciones oportunistas, por lo tanto había una afección al estado inmunológico.

Un agente infeccioso sexualmente transmisible, era el responsable de esta nueva enfermedad. La creencia inicial era que únicamente afectaba a la población homosexual.

Solo que en Agosto de ese mismo año se reporto aproximadamente 111 casos similares al CDC(Centro de enfermedades de los EEUU), lo que llevó a realizar un registro nacional de casos dentro de el país. Nuevos casos se seguían sumando solo que esta vez eran descriptos en personas drogadictas especialmente en usuarios de drogas intravenosas, personas con hemofilia, pacientes que habían sido transfundidos o transplantados; Recién Nacido (RN) que habían sido infectados por vía Perinatal y trabajadores de la salud; con lo que a través del tiempo, la medicina y la sociedad fueron tomando conciencia de la existencia de una nueva Pandemia.

El aislamiento de un agente viral proveniente de un paciente de París, por el Dr. Luc Montagnier, en el año de 1983, fue corroborado meses más tarde por el Dr. Roberto Gallo en EEUU. A partir de 1984 se desarrollaron las pruebas para el diagnostico serológico esto es en la investigación de anticuerpos circulantes anti-VIH para esto se utiliza el test de ELIS(Ensayo Inmunoenzimatico ligado a enzimas) que abrió un nuevo campo para la prevención en los estados clínicos así como para el control de bancos de sangre que se dio a partir del año de 1985.En el año de 1986 inician los Ensayos con Zidovudina (AZT) dando las primeras evidencias acerca de la posibilidad de obtener tratamiento para esta infección paralelamente se utilizaron otros fármacos ya conocidos como antimicóticos, antibióticos, antivirales, sulfas, quinolonas etc.<sup>37</sup>

<sup>37</sup> Dr. Luis Felipe Meza **20 años de Lucha contra el SIDA**. jpg (31k).

Se requiere el control, cura y profilaxis de algunas Infecciones Oportunistas; ya que puede ayudar a mantener o mejorar el nivel de vida y posiblemente prolongar la vida de las personas impactadas por el SIDA. En el año de 1991 al 94 aparecen nuevos medicamentos como son: DDI( DIDANOSINA O VIDEX); DDC(ZALCITAVINA O HIVID); DAT(ESTABUDINA O ZERIT); 3TC(EPIVIR O LAMIVUDINA). Lo que llaman Inhibidores de la Transcriptasa Reversa Nucleósidos (ITRN) lo que permite abrir nuevas alternativas para tratamientos en combinación para aprovechar sus similares efectos en contra del VIH.<sup>37</sup>

No obstante al seguir con las investigaciones para encontrar una nueva vacuna para esta enfermedad, siguen llegando alternativas de tratamiento para mantener al VIH ya como una Enfermedad controlable.

Con esto salen una nueva gama de nuevos medicamentos. Anteriormente en el año de 1991 al 94 los ITRN ahora los Inhibidores de la Transcriptasa no Nucleosidos (ITRNN) como son Nelfinavir (VIRACEP); Nevirapina (VIRAMUNE). En 1997 Otros Inhibidores salen al mercado ahora con afección a otra enzima que es la Proteasa (IP) como son: SAQUINAVIR, INDINAVIR(CRIXIVAN) Y RITONAVIR (NORVIR). Los pacientes empiezan a sentir los primeros efectos secundarios de gravedad y resistencia al más reciente tratamiento de medicamentos.<sup>37</sup>

Es tanto lo que ha dado la lucha contra el SIDA que en el año de 1988 La Asamblea General de la ONU se reúne para declarar unanimidad de interés universal, la lucha coordinada que se tiene en contra de esta enfermedad.

Por tal motivo se declara el 1ero de Diciembre como el día mundial de lucha contra el SIDA. El 1ero de Diciembre de 1994, en ocasión del día mundial de lucha contra el SIDA, los jefes de estado o representantes de 40 países reunidos en Francia firmaron la declaración cumbre sobre SIDA en París que declara a la humanidad amenazada por la pandemia.

---

<sup>37</sup> Dr. Luis Felipe Mesa **20 años de lucha contra el SIDA**. jpg (31k).

## CAPITULO II

### EPIDEMIA MUNDIAL Y NACIONAL DEL VIH/SIDA

Epidemia Mundial sobre el VIH/SIDA.

Los primeros cinco casos de infección por el VIH se dieron en la ciudad de los Ángeles California (EEUU) en el año de 1981 después de; docenas de países ya estaban atrapados en epidemias devastadoras de VIH/SIDA y muchos otros se encuentran al borde del abismo. Se estima que en todo el mundo, 5 millones de personas contrajeron la infección en el 2001, entre ellas 800mil niños.

De los cuales si no se da un tratamiento y una atención de calidad estas podrían ser parte de más de 20 millones de personas que ya han fallecido a causa de la enfermedad. Uno de los continentes más afectados por este problema de salud es el Africano sobre todo lo que es parte de África Subsahariana.

El VIH/SIDA representa una grave crisis de desarrollo en África ya que desafortunadamente sigue siendo una de las áreas más afectadas por este problema de salud. Aparte de Senegal y Uganda, hay nuevos signos que alientan la esperanza de llegar a controlar la epidemia en esa región.

En el año del 2001 se dieron aproximadamente 3.5 millones de nuevas infecciones, lo que eleva a 28,5 millones de números totales de personas que viven con el VIH/SIDA en África. Se ha calculado que a fines del 2001 al menos 3 millones de personas se estaban beneficiando de TAR( Terapia Antirretroviral).

Se estima aproximadamente dentro de la región afectada que viven casi 11 millones de niños huérfanos como consecuencia del SIDA.

Aun en el caso de que se implementaran programas de atención y tratamiento mucha de la población no tiene el suficiente recurso económico para adquirirlos por lo que las pérdidas humanas seguirán siendo significativas, por este factor durante mucho tiempo y durante muchas generaciones,

## ÁFRICA MERIDIONAL

En Botswana, la prevalencia mediana del VIH en las mujeres en edad reproductiva de zonas urbanas ya era del 38.5% en 1997. En el 2001 se había elevado al 44.9%. En otras zonas pueden constatarse patrones similares.

En Zimbabwe, la prevalencia de VIH en las mujeres ha ido en aumento del 29% en 1997 al 35% en el año 2000. En Namibia el incremento ha sido del 26% desde 1998 al 29.6% en el 2000 y sigue en incremento.

Otro estado africano afectado por este problema de salud es Swazilandia que del 30.3% de casos de infección a aumentado al 32.3% durante el mismo periodo.

Si existe realmente, el límite natural de prevalencia del VIH, no reflejan el riesgo real de contraer este virus. La tasa de infección son mayores en determinados grupos de edad. Bostwana en el 2001 vivían personas con el VIH/SIDA aproximadamente del 55.6% de las mujeres de 25 a 29 años de edad que acudían a Centros de control prenatal de zonas urbanas. En Swazilandia era de 33.9% del mismo rango de edades; y en caso de Zimbabwe, es del 40.1% de mujeres del mismo rango de edad y en la misma situación de control prenatal.<sup>9</sup>



<sup>9</sup> Informe sobre la Epidemia Mundial del VIH/SIDA 2001 ONUSIDA/(versión Español ) Junio del 2002

## SUDAFRICA O ÁFRICA OCCIDENTAL

El índice porcentual de prevalencia del VIH/SIDA en esta región en mujeres embarazadas que acuden a control prenatal llegó al 24.8% en el año del 2001 sin diferencias significativas respecto del 24.5% del 2000. Aproximadamente uno de cada nueve sudafricanos esto quiere decir 5 millones de personas que viven con el VIH/SIDA. Sin embargo, hay indicios de que ciertas tendencias positivas podrían estar cobrando cada vez más fuerza entre los adolescentes cuyas tasas de prevalencia del VIH han disminuido ligeramente desde el año de 1998.<sup>9</sup>



En estudios recientes un 55% de las adolescentes sexualmente activas indica que siempre han utilizado protección durante sus relaciones sexuales.

Pero estos avances se acompañan de incrementos inquietantes en la prevalencia en Sudáfrica de infección de 20 a 34 años de edad lo que subraya la necesidad de mayores esfuerzos de prevención dirigidos a grupos de edades más avanzadas y adaptados a sus preocupaciones. En países como Camerún, Nigeria y Togo las tasas Nacionales de prevalencia de VIH en adultos ya superaron el 5% de infección desde hace mucho tiempo, dicha tasa a permanecido relativamente estable durante los últimos 5 a 8 años.

Sin embargo el estudio de vigilancia del VIH efectuado en el 2000 constato tasas nacionales del 11% entre mujeres embarazadas de hecho de que las cifras más altas se observaran en personas jóvenes y eran mas del 11.5% en mujeres en edad reproductiva de 15 a 19 años de edad y el 12.2 en el rango de edad de 20 a 24 años de edad indica que esta tendencia podría marcar un aumento en las tasas de prevalencia por este problema de salud.<sup>9</sup>

En el caso de Nigeria, que es el país más poblado de África hasta hace poco las tasas porcentuales nacionales se habían mantenido relativamente bajas al igual que en Camerún aunque habían ido creciendo poco a poco desde el 1.9% desde 1993 hasta el 5.8% en el 2001.

<sup>9</sup> Informe sobre la Epidemia Mundial del VIH/SIDA 2001 ONUSIDA/(versión Español ) Junio del 2002

Pero algunos estados de Nigeria ya hay registros de índices porcentuales de VIH tan altas como de Camerún. Se estima que si continua creciendo la tasa de prevalencia de casos por VIH en Nigeria va en aumento, más de 3 millones de nigerianos ya que están viviendo en el VIH/SIDA.

Diednueve países han formado consejos o comisiones nacionales sobre el VIH/SIDA. Compuestos por altos funcionarios gubernamentales, y las respuestas locales están creciendo en número. Treintaicuatro países de toda la región ya han elaborado planes estratégicos nacionales contra el SIDA y otros siete planes estaban por completarse en marzo del 2002. Igualmente es redoblar los esfuerzos para proteger la infección a los millones de personas que todavía son seronegativos espedalmente los jóvenes.

Esto significa capacitar a mas del 90% de los africanos que no son VIH (+) para que se protejan de la infección. El otro reto es asegurar que el 9% estimado de adultos africanos de 15 a 49 años que son VIH (+) reciban el tratamiento y la atención que necesitan.

#### ASIA Y EL PACIFICO

A pesar de que en algunos países de este contenido existan programas satisfactorios y bien documentados de prevención contra el VIH/SIDA; la epidemia continua propagándose por el continente Asiático y en los alrededores del Pacífico.

Durante los 2 últimos años la situación a dado un giro radicalmente en algunas partes de la región. Las tasas nacionales de casos en su índice porcentual bajos esconden epidemias importantes en diversas zonas del continente incluidas China y la India principalmente, donde existe un gran número de casos por VIH/SIDA.

De hecho se estima que en la región alberga más personas con el VIH/SIDA que en cualquier otra zona aparte de África.

Se calcula aproximadamente que a finales del 2001, había 6,6 millones de personas que vivían con el virus, incluido ya el millón de adultos y niños que habían contraído la infección durante ese año. Se calcula que en la región asiática y del pacífico 30 mil personas están recibiendo TAR (Tratamiento Antirretroviral).<sup>9</sup>

## ASÍA ORIENTAL

En China, que alberga la quinta parte de la población mundial, el VIH se está desplazando hacia nuevos grupos de personas lo que suscita la posibilidad de una epidemia más generalizada. Se estima que en la población china en el año del 2001 había 850 mil personas que vivían con el VIH/SIDA y el número de infecciones comunicadas había aumentado más del 67% durante los 6 primeros meses del año pasado.



En diversas zonas o estados del país chino como son la prefectura de Yili, en Xinjiag y el condado de Ruili, en Yunnan; se a observado que los grupos de población mas afectados son los UDI (Usuarios de Drogas Intravenosas) como mínimo siete provincias con índices porcentuales superiores al 70% entre esas zonas.

En otras zonas como Guanxi, Guangzhou y Yunnan prevalece la infección por VIH/SIDA por contacto sexual se calcula que aproximadamente el número de casos estaban en un 11% hasta el año 2000 se especula que estos han aumentado durante los dos últimos años. En condusión se calcula que en la región China existen más de 150 mil personas viviendo con el VIH/SIDA. <sup>9</sup> Desafortunadamente en China siguen aumentando el número de relaciones sexuales sin proteccón ya que la tasa de infección de transmisión sexual notificada se elevó significativamente de 430 mil casos en el año de 1997 a 860 mil en el 2001. Ampliando los esfuerzos de prevención y atención a todo el país, China puede evitar, millones de infecciones por el VIH y salvar millones de personas los próximos 10 años.

<sup>9</sup> Informe sobre la Epidemia Mundial del VIH/SIDA 2001 ONUSIDA/(versión Español ) Junio del 2002

## ASÍA MERIDIONAL

En lo que corresponde a Asia Meridional la India es uno de los países más afectados ya que también está experimentando epidemias porcentuales muy importantes y localizadas. A fines del 2001 el índice porcentual de VIH en adultos era menos del 11% aun así esto significa que los casos de infección en este país son del 3,97 millones de personas viviendo con el VIH/SIDA. De hecho el índice porcentual de prevalencia del virus en mujeres en edad reproductiva es mayor al 2% en la zona de Andhra Pradesh ya que supero el 1% en otros cuatro estados de la India.



Hasta este momento solo se ha tocado algunas de las zonas de este continente Asiático y parte del Pacífico por lo que encontramos que en toda la región existen factores que facilitan la propagación rápida de la infección del VIH/SIDA.

Esto refleja que muchos países están registrados con tasas porcentuales elevadas por este problema de salud en determinados grupos de población.

En caso de este continente tenemos como primera causa de infección a UDI seguida por practicas sexuales sin protección esto es tanto en población heterosexual como en HSH( hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres). En caso de la ciudad de Ho Chi Minh (Vietnam) el porcentaje de HSH con el VIH ha aumentado espectacularmente desde el año de 1998 hasta superar el 20% en el año 2000.

En toda la región el consumo de drogas intravenosas brinda a la epidemia grandes posibilidades de crecimiento. Más del 50% de los UDI han contraído el virus en varios estados de la India. Los países que han determinado la prevalencia del VIH en HSH han encontrado casos ciertamente elevados. En caso de Camboya por ejemplo se maneja un índice porcentual del 14% aproximadamente en el transcurso del 2000; y se estima un 10% de casos en el estado de Malasia.<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Informe sobre la Epidemia Mundial del VIH/SIDA 2001 ONUSIDA/(versión Español ) Junio del 2002

Indonesia el cuarto país más poblado después de más de 10 años de mantener tasas insignificantes de prevalencia por el VIH ahora esta experimentando un incremento de más del 40% de casos a mediados del 2001.

Tailandia sin embargo por sus extensos programas de prevención bien financiado han salvado millones de vidas ya que han reducido el número de nuevas infecciones de 143,000 en el 1991 a 29,000 en el 2001.

A pesar de ello uno de cada 100 tailandeses están infectados por el VIH/SIDA y estamos hablando de un aproximado de 63.6 millones de personas que viven con el VIH/SIDA.

#### EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL

Durante el 2001 se estima que en esta región del mundo se produjeron aproximadamente 250 mil nuevas infecciones, lo que eleva a 1 millón el número de personas que viven con el VIH/SIDA. Se calcula que menos de 1000 personas están en atención y recibiendo tratamiento antirretroviral (TAR). Rusia continúa al frente de la epidemia de esta región pero muchos otros países están sufriendo epidemias de crecimiento acelerado. (Estonia, Rusia, Ucrania, Letonia, Belarús). Algunas epidemias aisladas a principios de los noventas son relacionadas por el consumo de drogas intravenosas en el país de Polonia y con las infecciones nosocomiales en niños de Rumania ningún país de la región comunico un número apreciable de infección por el virus.

La situación cambio en el primer brote extenso de VIH en Ucrania y Belarús en el año de 1995 a partir de entonces la epidemia comenzó a afectar a otros países de la región (República de Moldova en 1996 y en la Federación Rusa en 1998, seguidas por Letonia y posteriormente por Kazajstón). En la Federación de Rusia persiste el incremento del número de infecciones por el VIH registrados en los últimos años. En el año del 2001 se notificaron casi 83 mil casos nuevos, lo que elevó a más de 173 mil el número total de infecciones por el VIH desde el inicio de la epidemia. Este aumento de infecciones es realmente significativo ya que a finales del 98 eran aproximadamente 10,993 casos de infección por el virus de inmunodeficiencia humana.

Se cree que el número real de personas infectadas que viven actualmente en la Federación Rusa, es aproximadamente unas cuatro veces mas que las cifras comunicadas. La incidencia del VIH notificadas también están aumentando de forma abrupta en otros países.

#### EUROPA ORIENTAL



En el país de Estonia las infecciones registradas aumentaron de 12 mil personas en 1999 a 1474 mil en el 2001 y desafortunadamente se muestra el mismo patrón en Letonia donde la infección aumento de 25 mil casos de infección en el 97 a 807 mil casos reportados ahora en el 2001. Otro de los países afectados por este problema de salud es Kazajstán donde en el 2001 se notificaron 1175 casos de infección por el VIH.

Ucrania con una tasa estimada de prevalencia en adultos del 11% sigue siendo el país más afectado de la región de hecho de toda Europa. Se calculo de hecho unas 250 mil personas que están viviendo con el VIH/SIDA en este país de casi 50 millones de habitantes,

Aunque las tres cuartas partes de las infecciones por el VIH en Ucrania son por el UDI esta creciendo la proporción de infecciones por el VIH en transmisión sexual a pesar de que las cifras aun siguen siendo bajas un número creciente de personas (mujeres) parecen estar contrayendo la infección por transmisión sexual.<sup>9</sup>

Entre las secuelas psicológicas y socioeconómicas de los recientes conflictos en los balances, destacan en los jóvenes se hayan vuelto más vulnerables al VIH.<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Informe sobre la Epidemia Mundial del VIH/SIDA 2001 ONUSIDA/(versión Español ) Junio del 2002

## ASÍA CENTRAL



Entre las secuelas psicológicas y socioeconómicas de los recientes conflictos en los países asiáticos es el de prevalencia de infecciones en jóvenes ya que estos se han vuelto vulnerables al VIH. En el país de Serbia por ejemplo, se comprobó que el 18% de los HSH y el 20% de los profesionales del sexo también son UDI. En la comunidad de los Estados Independientes, la inmensa mayoría

de las infecciones por el VIH corresponde a los jóvenes y principalmente UDI se calcula que hasta el 15% de la población de esos países unas drogas intravenosas, lo que exponen a estas personas y sus parejas sexuales a un alto riesgo de contraer la infección.

Por ejemplo en San Petersburgo en el 2000 se reveló que en el plazo de un año, los índices porcentuales de infección por el VIH entre UDI había aumentado del 12% al 19.3%.

En el caso de Suetlogorsk la prevalencia por el uso de drogas intravenosas es de el 62%.

Hay pruebas de que los jóvenes de diversos países están iniciando la actividad sexual a edades muy tempranas y que están aumentando las relaciones sexuales prematrimoniales y con ellas el riesgo de contraer la infección por el VIH.<sup>9</sup>

Por ejemplo se observa un incremento uniforme de relaciones sexuales prematrimoniales en las mujeres adolescentes de Rumania entre de 15-19 años de edad.

El porcentaje comunicado de relaciones sexuales prematrimoniales en el año de 1993 es del 9% se había más que duplicado en el 99 y estamos hablando del 22% paso de manifiesto que el 51% de las mujeres de 15 a 24 años habían tenido factores de riesgo para contraer la infección por el VIH.<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Informe sobre la Epidemia Mundial del VIH/SIDA 2001 ONUSIDA/(versión Español ) Junio del 2002.

## AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE.

Dentro del Continente Americano la epidemia se a mantenido consolidada pero se estima que si no hay una buena respuesta a los programas de prevención e información corre el riesgo de que esta se propague de forma rápida y extensa. Se calcula que en la zona viven aproximadamente 1.9 millones de adultos y niños cifras que incluyen 200 mil personas diagnosticadas a finales del 2001. Unos 1.5 millones de personas viven con VIH/SIDA en



América Latina y 420 mil en el Caribe. Las estimaciones indican que, a finales del 2001, unas 170 mil personas estaban recibiendo TAR(Terapia Antirretroviral). En 12 países de esta región (República Dominicana, Haití, Belice, Honduras; Guayana etc. ) la prevalencia estimada de personas que viven con VIH/SIDA en mujeres en edad reproductiva es igual o superior al 1%. En estas zonas el problema de salud esta muy arraigado en la población general y se propaga principalmente a través de relaciones heterosexuales.<sup>9</sup>

En algunos países que forman la cuenca del Caribe, las tasas de prevalencia en adultos sólo van a la zaga de las que presenta África subshariana, lo que los convierte en la segunda región más afectada del mundo. En algunos de dichos países, el VIH/SIDA es actualmente la causa principal de mortalidad. Los efectos más deletéreos de la epidemia se registran en Haití con una prevalencia nacional de VIH en adultos superior al 6% y las Bahamas donde la prevalencia es aproximadamente al 4%.<sup>9</sup>

Los datos de vigilancia publicados en el 2000 indican que en la población adulta de la República Dominicana, la tasa de prevalencia se ha estabilizado relativamente en torno al 2%, después de los incrementos registrados a lo largo de los años noventa.

<sup>9</sup> Informe sobre la Epidemia Mundial del VIH/SIDA 2001 ONUSIDA/(versión Español ) Junio del 2002

Uno de los factores que favorecen la propagación del VIH es la combinación de desarrollo socioeconómico desigual y gran movilidad de población tal como ocurre en América Central.

En esta región, la epidemia se está exacerbando y tiende a concentrarse sobre todo en los grupos socialmente marginados. La movilidad de la población en un factor significativo para el crecimiento de la epidemia, hasta el punto de que algunas investigaciones recientes subrayan las necesidades de intervenciones en los puentes fronterizos y estaciones de tránsito con el fin de ayudar a proteger de la infección a los trabajadores migratorios y los profesionales del sexo.

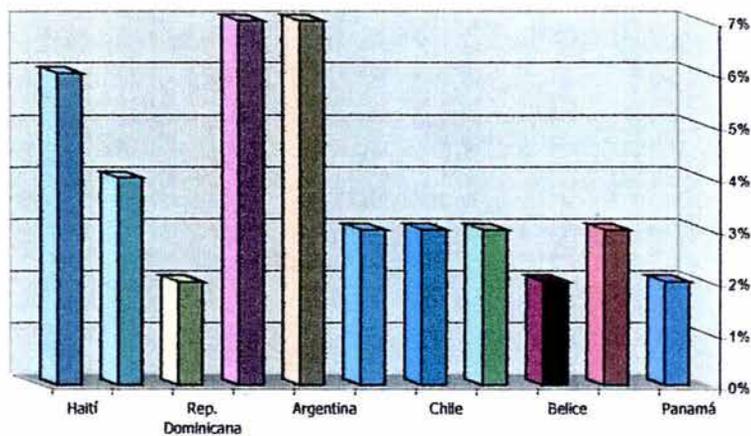


**PAISES DE LATINO AMÉRICA Y EL CARIBE  
AFECTADOS POR EL VIH/SIDA DEL 2001 AL 2002**

| <b>PAIS</b>     | <b>PORCENTAJE (%)</b> |
|-----------------|-----------------------|
| Haití           | 6%                    |
| Las Bahamas     | 4%                    |
| Rep. Dominicana | 2%                    |
| Brasil          | 7%                    |
| Argentina       | 7%                    |
| México          | 3%                    |
| Chile           | 3%                    |
| Uruguay         | 3%                    |
| Belice          | 2%                    |
| Guayana         | 3%                    |
| Panamá          | 2%                    |

FUENTE.- ONUSIDA INFORME SOBRE LA EPIDEMIA DEL VIH/ SIDA

**GRAFICA DE LOS PAISES DE LATINO AMERICANOS Y EL CARIBE  
AFECTADOS POR EL VIH/SIDA DEL 2001 AL 2002**



FUENTE.- ONUSIDA INFORME SOBRE LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA 2002.

## ESTADÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS NACIONALES

El primer caso de SIDA en México fue diagnosticado en 1983. Después de crecimiento inicial lento, a partir de la segunda mitad de los ochenta, la epidemia registró un crecimiento exponencial; al inicio de la década de los noventa este crecimiento mostrándose una aparente tendencia hacia la estabilización de 1994 a la fecha, con alrededor de 4,100 casos nuevos al año. Desde el inicio de la epidemia hasta el 30 de diciembre del año 2000, en México se ha registrado de manera acumulativa 47,600 casos de SIDA. Sin embargo, debido a los fenómenos de retraso en la notificación y el subregistro, se considera que en realidad puedan ser alrededor de 64,000 casos. Se calcula, asimismo, que existen entre 116 y 177 mil personas infectadas por el VIH, con una estimación de 150 mil de los cuales entre 42 mil y 60 mil se concentran en el grupo de Hombres que tienen sexo con otros Hombres (HSH); entre 69 mil y 109,350 en población heterosexual a 250 mujeres solo en Trabajadoras Sexuales (TS); 1,900 a 2.890 en UDI; y entre 3,000 y 3,550 en población reducida. La transmisión sexual ha sido la causante del 86.7% de los casos acumulados de SIDA en México, de los cuales 61.8% con hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y el 38.2% a heterosexuales. El 10.7% se originaron por vía sanguínea, de los cuales corresponden a transfusión sanguínea, 8.3% están asociados al consumo de drogas inyectables, 11.1% a donadores, 7.9% a heterosexuales; y menos del 1% a la categoría exposición ocupacional. La transmisión perinatal representa el 2.0% del total de casos; y la categoría de HSH/UDI es del 0.6%.

El 85.7% de los casos acumulados de SIDA corresponden a hombres y el 14.3% a mujeres estableciéndose una relación hombre 1, la cual se incrementa a 9 cuando se analizan únicamente los casos acumulados por transmisión sexual ( hombres 90.3 ). Sin embargo al interior del país se observan entidades federativas con relaciones que van de 3 a 1 (Puebla, Tlaxcala y Monterrey entre otras con razones de 12 a 1 (Nuevo León).

Lo anterior muestra la heterogeneidad en la forma de transmisión del SIDA. En algunas entidades es predominante homo/bisexual y en otras heterosexual.

El SIDA afecta mayoritariamente a la población en edad productiva en ambos sexos (15 - 44 años), teniendo graves repercusiones en el bienestar económico de miles de familias. El 24% de los casos corresponden a menores de 15 años. Las entidades federativas con mayores tasas acumuladas de SIDA son el Distrito Federal, Jalisco y Morelos y las menos acumuladas son Chiapas, Zacatecas y Guanajuato, según el Registro Nacional de Casos de SIDA, actualmente se encuentran vigilando los casos de SIDA. Un análisis por ilustración nos muestra que alrededor de uno de cada dos casos se concentran en el Sector Salud(49,8%), cerca de una tercera parte en el Instituto Mexicano del Seguro Social (30.6%).<sup>10</sup>

## TRANSMISIÓN SEXUAL

La transmisión sexual ha sido la causante de casi el 90% de los casos acumulados de SIDA en México. En este sentido, se considera como un país cuya epidemia se concentra fundamentalmente en el grupo de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) superior al 50% en el total de casos acumulados. Sin embargo, al clasificar los casos según año de diagnóstico se puede observar en un grupo muestra una tendencia sostenida a la disminución en los últimos años, en tanto que la proporción de transmisión heterosexual ha incrementado de manera importante sobre todo el que va cada vez en aumento es el número de mujeres aun sin rebasar el número de hombres. Otro dato que parece confirmar lo anterior, es la reducción de la razón hombre-mujer, según fecha de diagnóstico, que se reduce a inicio de la década de los noventa a únicamente 6:1 al finalizar la misma.<sup>10</sup>

A nivel de entidad federativa también es posible observar variaciones en donde el grupo de HSH tiene una proporción acumulada de casos superiores respecto al total de casos por transmisión sexual, en los estados como Yucatán, DF, Nuevo León y Quintana Roo, Tlaxcala, Puebla, Chiapas, Hidalgo y Michoacán registran cifras inferiores al 50%.

---

<sup>10</sup> "Programa Epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México 30 Junio del 2002". <http://www.ssa.gob/conaskida>

## TRANSMISIÓN SANGUÍNEA

En México existen disposiciones legales desde 1986 en que se prohíbe la comercialización de sangre y que obligan a que toda persona transfundida sea analizada previamente. Además, se han realizado actividades educativas dirigidas a los donadores, con la finalidad de que personas con prácticas de riesgo donen sangre. Como resultado de lo anterior, los casos nuevos de SIDA debidos a transfusiones sanguíneas y hemoderivados según la fecha de disposición presentan una notable reducción durante el periodo 1990-2000, al pasar de 14.57% a 0.02%. Así mismo, los casos de SIDA por vía sanguínea y hemoderivados, según fecha de diagnóstico comenzaron a disminuir a partir de 1988, hasta que en 1999 y el año 2000 han presentado casos relacionados con esta forma de transmisión.

## TRANSMISIÓN PERINATAL (LINEAL)

En México la transmisión perinatal constituye la principal vía de contagio del VIH/SIDA en menores de 15 años, ya que dos de cada infección se deben a esta forma de contagio (68.7%). La transmisión sanguínea se relaciona con alrededor de uno de cada tres casos (28.5%). Los casos asociados a la transmisión sexual ascienden a 2.8%. Cabe destacar que, se desconoce la vía de transmisión de una quinta parte del total de casos pediátricos (22.5%). Según el Registro Nacional de Casos de SIDA actualmente se encuentra el 45.4% de los casos de menores de 15 años y el resto ya fallecieron.

Actualmente México cuenta con una política nacional de tratamiento gratuito, la cual intenta cubrir al 100% de las mujeres embarazadas menores de 18 años. Asimismo, se ha conseguido mantener en un nivel bajo la prevalencia de infección por VIH en mujeres (0.09%). En el 2000, se presentaron 14 casos diagnosticados por transmisión perinatal.<sup>10</sup>

Desde el año de 1985 se inició la vigilancia epidemiológica del VIH a través de las encuestas centinela en grupos específicos de población; el propósito de ir monitoreando la epidemia a identificar las prácticas de riesgos por las cuales las personas son vulnerables.

<sup>10</sup> "Programa Epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México 30 Junio del 2002". <http://www.ssa.gob.mx/conasida>

Son aproximadamente más de 65,000 encuestas y pruebas de detección del VIH en 18 entidades del país; todos los resultados seropositivos han sido mediante la prueba de Western Blot. En forma global, los hombres han registrado mayores prevalencias que en las mujeres. En los varones el grupo más afectado son los que tienen sexo con hombres (HSH) con el 15%; en segundo lugar, los hombres que ejercen el comercio sexual con otros hombres con el 10% en tercer sitio se encuentran los Usuarios de Drogas Intravenosas (UDI) con el 6% seguidos de los pacientes con TB (tuberculosis) con el 2.1% . En el caso de las mujeres, el grupo más afectado son las amas de casa con el 1.5% seguidas por las reclusas con el 1% posteriormente las mujeres enfermas de TB con el 0.6%; en caso de las TSC (trabajadoras del sexo comercial) cuentan con el 0.35% y por ultimo las mujeres embarazadas con el 0.09%. Otras tendencias importantes en la epidemia del SIDA en México, que en muchas ocasiones pasan desapercibido, es su aparición en zonas rurales. Este fenómeno refleja el impacto que está teniendo el SIDA en las comunidades rurales menores de los 2,500 habitantes manifiestos en el incremento absoluto y relativo en el número de casos que registran en estas comunidades.

De este modo, se representaron únicamente el 3.7% del total de casos, para 1997 esa proporción se elevó al 6% con más de dos mil casos registrados significa un incremento relativo del 62% en tan sólo dos años.<sup>10</sup>

---

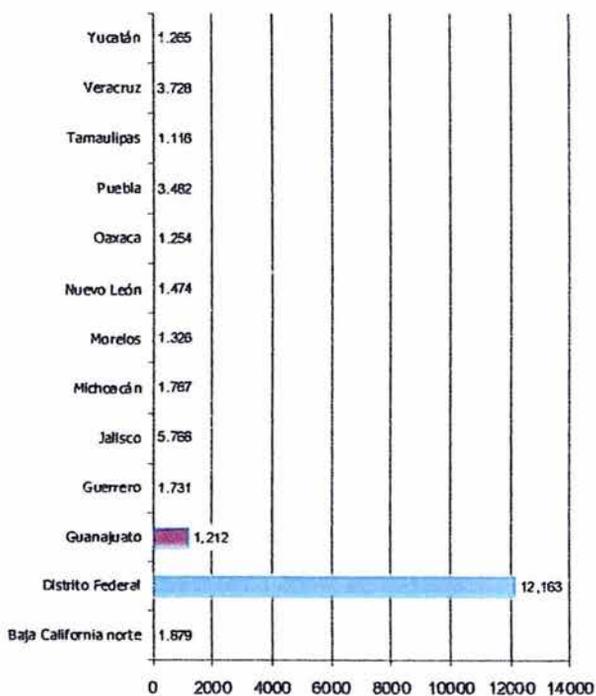
<sup>10</sup> "Programa Epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México 30 Junio del 2002". <http://www.ssa.gob.mx/conasida>

**CUADRO 1.- ESTADOS DE LA REPUBLICA MEXICANA MAS AFECTADOS POR EL VIH/SIDA.  
MÉXICO 1983 - 2002**

| ESTADO                | CASOS ACUMULADOS | CASOS NUEVOS 2002 |
|-----------------------|------------------|-------------------|
| Baja California norte | 1.879            | 27                |
| Distrito Federal      | 12,163           | 0                 |
| Guanajuato            | 1,212            | 18                |
| Guerrero              | 1.731            | 1                 |
| Jalisco               | 5.768            | 2                 |
| Michoacán             | 1.767            | 19                |
| Morelos               | 1.326            | 25                |
| Nuevo León            | 1.474            | 16                |
| Oaxaca                | 1.254            | 48                |
| Puebla                | 3.482            | 41                |
| Tamaulipas            | 1.116            | 1                 |
| Veracruz              | 3.728            | 42                |
| Yucatán               | 1.265            | 14                |

Fuente: SSA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA  
[www.ssa.gob.mx/conasida](http://www.ssa.gob.mx/conasida).

ESTADOS DE LA REPUBLICA MAS AFECTADOS POR EL VHSIDA.  
1983-2002



FUENTE.- CUADRO 1 . SSA. DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA

CUADRO 2.- MORTALIDAD POR SIDA EN LOS ESTADOS MAS AFECTADOS  
MÉXICO 1983 - 2002

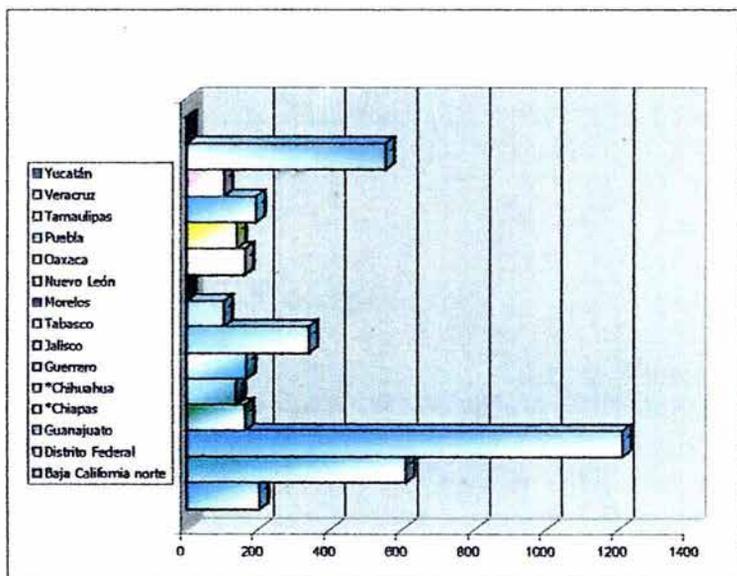
| ESTADO                | DEFUNCIONES POR SIDA | TASA |
|-----------------------|----------------------|------|
| Baja California norte | 203                  | 7.7  |
| Distrito Federal      | 609                  | 6.9  |
| Guanajuato            | 1,212                | 18   |
| *Chiapas              | 164                  | 3.9  |
| *Chihuahua            | 139                  | 4.4  |
| Guerrero              | 168                  | 5.2  |
| Jalisco               | 341                  | 5.2  |
| Tabasco               | 105                  | 5.3  |
| Morelos               | 1.326                | 25   |
| Nuevo León            | 164                  | 4.0  |
| Oaxaca                | 141                  | 3.9  |
| Puebla                | 194                  | 3.7  |
| Tamaulipas            | 105                  | 3.6  |
| Veracruz              | 554                  | 7.7  |
| Yucatán               | 1.265                | 14   |

\*Chiapas y Chihuahua manejan una prevalencia estable pero sin embargo son 2 de los estados donde existe más mortalidad a causa de SIDA.

Fuente: SSA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA  
[www.ssa.gob.mx/conasida](http://www.ssa.gob.mx/conasida).

MORTALIDAD POR SIDA EN LOS ESTADOS DE LA REPUBLICA MAS AFECTADOS

*México 2001.*



FUENTE.- CUADRO 2 . SSA. DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA.

**Falta página**

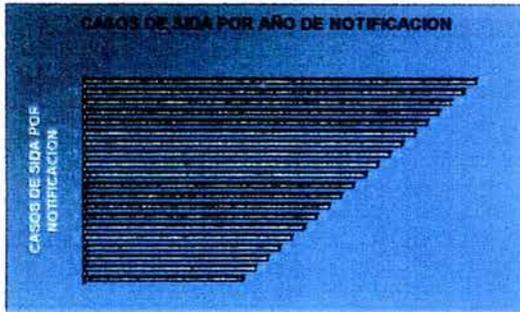
**N° 37**

CUADRO 3.- CASOS DE SIDA POR AÑO DE NOTIFICACIÓN Y AÑO DE DIAGNOSTICO  
MÉXICO 1983 - 2002

| AÑO  | CASOS DE SIDA POR AÑO DE NOTIFICACIÓN | CASOS DE SIDA POR AÑO DE DIAGNOSTICO |
|------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1983 | 6                                     | 60                                   |
| 1984 | 6                                     | 198                                  |
| 1985 | 29                                    | 349                                  |
| 1986 | 246                                   | 673                                  |
| 1987 | 518                                   | 1.485                                |
| 1988 | 905                                   | 2.069                                |
| 1989 | 1.605                                 | 2.661                                |
| 1990 | 2.587                                 | 3.517                                |
| 1991 | 3.155                                 | 3.625                                |
| 1992 | 3.210                                 | 3.988                                |
| 1993 | 5.58                                  | 3.250                                |
| 1994 | 4.111                                 | 4.129                                |
| 1995 | 4.310                                 | 4.268                                |
| 1996 | 4.216                                 | 4.437                                |
| 1997 | 3.670                                 | 4323                                 |
| 1998 | 4.758                                 | 4304                                 |
| 1999 | 4.372                                 | 5005                                 |
| 2000 | 4.855                                 | 3257                                 |
| 2001 | 4.297                                 | 1786                                 |
| 2002 | 2.595                                 | 365                                  |

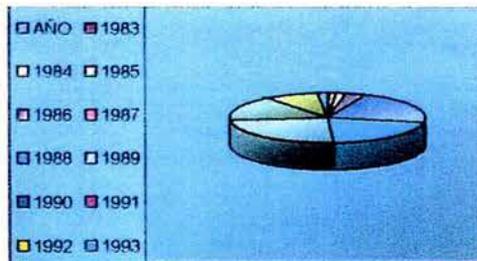
Fuente: SSA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA  
[www.ssa.gob/conasda](http://www.ssa.gob/conasda)

CASOS DE SIDA POR AÑO DE NOTIFICACION  
México 1989 - 2002



Fuente: SSA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA  
[www.ssa.gob.mx/conasida](http://www.ssa.gob.mx/conasida).

CASOS DE SIDA POR AÑO DE DIAGNOSTICO  
México 1989 - 2002



Fuente: SSA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA

**CUADRO 4.- CASOS NUEVOS Y ACUMULADOS DE SIDA SEGÚN GRUPO DE POBLACIÓN  
MÉXICO 1983 - 2002**

| GRUPO DE POBLACION | CASOS DEIAGNOSTICADOS EN EL 2002 |      | CASOS ACUMULADOS (1983 - 2002) |      |
|--------------------|----------------------------------|------|--------------------------------|------|
|                    | NUMERO                           | %    | NUMERO                         | %    |
| Menores de 15 años | 3                                | 0.8  | 1.273                          | 2.4  |
| Hombres Adultos    | 306                              | 83.9 | 45.171                         | 84.1 |
| Mujeres Adultas    | 56                               | 15.3 | 7.281                          | 13.5 |
| Edad desconocida   | 0                                | 0.09 | 724                            | 1.3  |

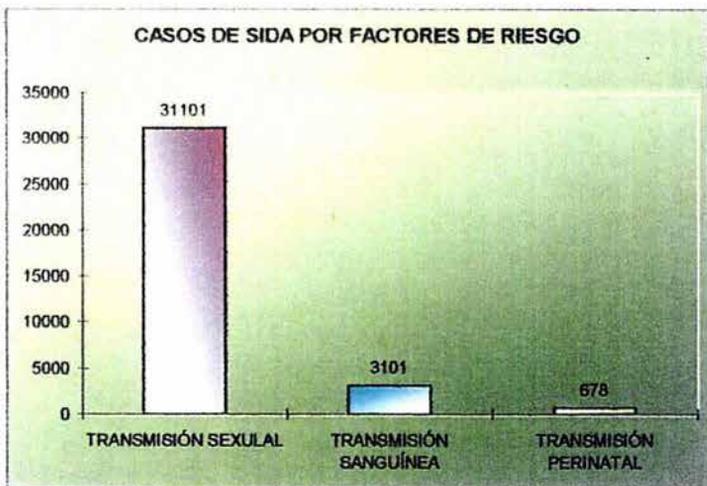
Fuente: \_ SSA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA [www.ssa.gob.mx/conasida](http://www.ssa.gob.mx/conasida).



**CUADRO 5.- CASOS NUEVOS Y ACUMULADOS DE SIDA EN PERSONAS DE 15 AÑOS EN ADELANTE  
SEGÚN CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN.  
MÉXICO 1983 - 2002**

| CATEGORÍA DA<br>TRANSMISIÓN           | CASOS<br>DIAGNOSTICADOS<br>EN EL 2002 |              | CASOS ACUMULADOS<br>(1983 - 2002) |               |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------|-----------------------------------|---------------|
|                                       | NUMER<br>O                            | %            | NUMERO                            | %             |
|                                       | <b>TRANSMISIÓN SEXUAL</b>             | <b>348</b>   | <b>100%</b>                       | <b>31.101</b> |
| Homosexual                            | 73                                    | 20.9         | 10.834                            | 31.5          |
| Bisexual                              | 74                                    | 21.3         | 7.680                             | 22.3          |
| Heterosexual                          | 201                                   | 57.8         | 12.587                            | 36.6          |
| <b>TRANSMISIÓN SANGUÍNEA</b>          | <b>0</b>                              | <b>0.0</b>   | <b>3.101</b>                      | <b>9.0</b>    |
| Reportes de transfusión<br>sanguínea. | 0                                     | 0.0          | 2.265                             | 6.6           |
| Hemofilia                             | 0                                     | 0.0          | 174                               | 0.5           |
| Donador remunerado                    | 0                                     | 0.0          | 374                               | 1.1           |
| *UDI                                  | 0                                     | 0.0          | 280                               | 0.8           |
| Exposición ocupacional                | 0                                     | 0.0          | 8                                 | 0.0           |
| Otros                                 | 0                                     | 0.0          | 197                               | 0.6           |
| <b>TRANSMISIÓN PERINATAL</b>          | <b>3</b>                              | <b>100.0</b> | <b>678</b>                        | <b>70</b>     |
| Se desconoce                          | 0                                     | 0.0          | 309                               | 24.3          |

Fuente: SSA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA  
[www.ssa.gob/conasida](http://www.ssa.gob/conasida).



Fuente: SSA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA  
[www.ssa.gob.mx/conasida](http://www.ssa.gob.mx/conasida)

### CAPITULO III

#### PATOGÉNESIS E HISTORIA NATURAL DE LA INFECCIÓN

##### Características del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

El VIH pertenece a una clase de virus denominada retrovirus, que poseen genes compuestos por moléculas de ácido ribonucleico (RNA). Los genes de los seres humanos y de la mayoría de otros organismos están compuestos por una molécula relacionada, el ácido deoxirribonucleico (DNA). Como todos los virus, el VIH sólo puede replicarse en el interior de las células, ordenando la reproducción a la maquinaria de la célula.

Sin embargo, sólo el VIH y otros retrovirus, una vez dentro de la célula, utilizan enzima denominada transcriptasa inversa para convertir su RNA a DNA, que puede incorporarse a los genes de la célula receptora.<sup>14</sup>

##### LENTIVIRUS.

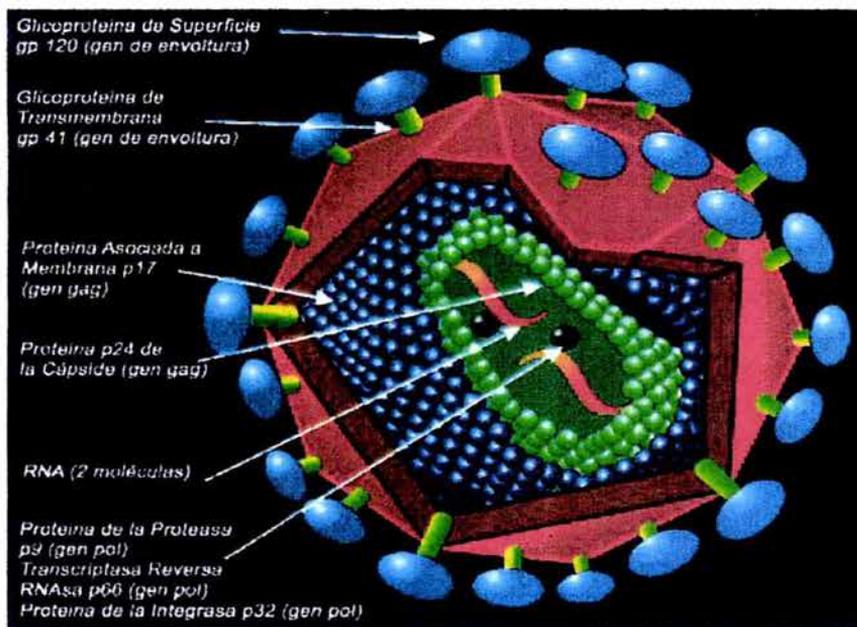
El VIH pertenece a un subgrupo de retrovirus denominados lentivirus o virus lentos. El curso de la infección por estos virus se caracteriza por un período prolongado entre la infección inicial y la aparición de síntomas graves. Otros lentivirus infectan animales. El virus de inmunodeficiencia felina, por ejemplo, infecta a gatos y el virus de inmunodeficiencia simia (SIV) infecta a monos y otros primates. Como sucede con el VIH en los seres humanos, estos virus que se alojan en animales infectan primeramente en las células del sistema inmunológico, causando con frecuencia síntomas similares a la inmunodeficiencia. Los científicos utilizan estos y otros virus y sus receptores animales como modelos de enfermedad por VIH.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> <http://virtualizar.com/sidanews/va031.html>.

## ORGANIZACIÓN DEL VIRION DEL VIH

### *Estructura del VIH*



## ENVOLTURA VIRAL

El VH tiene un diámetro de 1/10.000 de milímetro y posee una forma esférica.

La capa exterior del virus, denominada envoltura viral, se compone de dos capas de moléculas denominadas lípidos, tomadas de la membrana de una célula humana cuando una partícula de virus recientemente formada emerge de la célula. Instaladas en la envoltura viral se encuentran las proteínas de la célula receptora, como también 72 copias (promedio) de una compleja proteína del VIH que emerge de la superficie de la envoltura. Esta proteína, conocida como Env, consiste de una tapa hecha de tres a cuatro moléculas denominadas glucoproteínas (gp) 120, y una ramificación consistente en tres o cuatro moléculas de gp41 que fijan la estructura a la envoltura viral. Varias investigaciones dirigidas a obtener una vacuna contra el VIH se han concentrado en estas proteínas de la envoltura.<sup>14</sup>

## EL NÚCLEO VIRAL

Dentro de la envoltura de una partícula madura de VIH se encuentra un núcleo en forma de bala o cápside hecho con 2000 copias de otra proteína viral p24. El cápside rodea a dos hileras simples de RNA de VIH, cada una de las cuales posee una copia de los 9 genes de virus. Tres de estos gag, pol, y env, contienen la información necesaria para fabricar proteínas estructurales para las nuevas partículas del virus. El gen env, por ejemplo, codifica una proteína denominada gp160 que es quebrada por una enzima viral para formar a gp120 y gp41, el componente de Env.

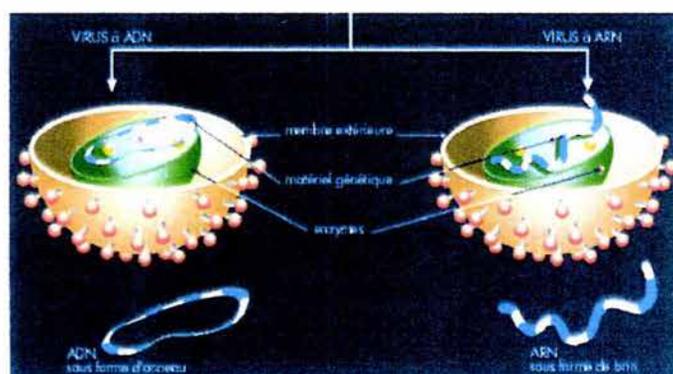
Tres genes regulatorios, tat, rev y nef, y tres genes auxiliares vif, vpr y vpu contienen la información necesaria para la producción de proteínas capaces de controlar la aptitud del VIH para infectar una célula, fabricar nuevas copias de virus o causar enfermedad.

---

<sup>14</sup> <http://virtualizar.com/sidanevs/va081.html>.

La proteína codificada por nef, por ejemplo, parece ser necesaria para que el virus se replique eficazmente, y la proteína codificada por vpu influye en la liberación de nuevas partículas de virus de células infectadas. Las extremidades de cada hilera de RNA del VIH contiene una secuencia denominada "log terminal repeat" (LTR). Ciertas regiones del LTR actúan como llaves de paso para el control de la fabricación de nuevos virus y pueden ser activadas por proteínas ya sea del VIH o de la célula receptora. El núcleo del VIH también incluye una proteína denominada p7 la proteína nucleocápside del VIH, y tres enzimas que ejecutan acciones posteriores al ciclo de replicación viral.<sup>14</sup>

### CONVERSIÓN DE RNA A DNA



<sup>14</sup> <http://virtualizar.com/sidanews/va081.html>.

**Falta página**

**N° 47**

## ABSORCIÓN, FUSIÓN E INTRODUCCIÓN DEL VIRION.



El primer evento entre el VIH y la célula Blanca es la interacción de la proteína viral gp120 y el receptor CD4 de los linfocitos TCD4, la cual se debe a una afinidad muy alta entre ambas proteínas. Además se han descrito otros receptores para la gp120, como son la Fc. de las inmunoglobulinas y los receptores de complemento usados por complejos antígeno – anticuerpo con o sin fijación del complemento. (Fig.14)

Las células susceptibles de ser infectadas con VIH son aquellas que expresan el receptor CD4 o Fc directamente; o bien, las que no lo expresan en condiciones normales, pero sí tras la infección con otro virus. La región responsable de la fusión de membranas se encuentra en la gp41. Luego de ocurrida la fusión del virus con la célula huésped, ocurre la inyección del material genético viral y de la transcriptasa inversa del mismo.

## TRANSCRIPCIÓN INVERSA E INTEGRACIÓN

Después de la entrada, se inicia la replicación mediante la transcripción inversa, por la transcriptasa reversa contenida en el virión, generándose la primera cadena de ADN a partir del ARN viral. Para la síntesis de la segunda cadena es necesaria la acción de la ribonucleasa H que degrada parcialmente el molde ARN viral. Así se genera el ADN de doble cadena que se integra en el ADN celular mediante la enzima integrasa viral.<sup>22</sup>



<sup>22</sup> Enciclopedia Encarta 2001 Básica Microsoft México.

## LATENCIA

Después de la integración del pro virus se produce la latencia viral. Aproximadamente el 1% de los linfocitos CD4+ están infectados y uno por mil expresa ARN viral. La activación celular mediante estímulos antigénicos, es decir, por algún microorganismo o célula extraña u otro elemento extraño mediante citosina o mitógenos, genera la síntesis de factores de transcripciones celulares que activan la transcripción de diferentes genes celulares. Sin embargo estas proteínas estimulan simultáneamente la transcripción del pro virus latente en la célula. Por otra parte, en los linfocitos T en reposo se puede encontrar una forma de VIH-1 que sería un nucleóideo retrotranscrito en forma incompleta.

## MORFOGÉNESIS Y SALIDA

El montaje se lleva a cabo por partes, la ribonucleoproteína se agrega en el citoplasma formando el nucleóide con el ARN y las proteínas de gag y pol. Posteriormente se desplazan a la membrana celular donde se recubren de la membrana lipídica y las glicoproteínas de superficie adheridas a la misma, y ocurre el desprendimiento del virión. Después de desprenderse el virus de la célula se genera la rotura de los precursores de la nucleocápside y las enzimas por medio de la proteasa, produciendo así el virión infeccioso.<sup>22</sup>



<sup>21 22</sup> Enciclopedia Encarta 2001 Básica Microsoft México.

Como ya se menciona antes el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) no cuenta con un estado de locomoción ni mucho menos es un virus aerobio (Se mantiene en el aire) sino al contrario este retrovirus necesita de células vivas para poder replicarse y sobrevivir como lo antes mencionado.

Por lo que solo se puede transmitir por 3 vías que son:

- Vía Sexual
- Vía Sanguínea
- Vía Perinatal o lineal.

### **Transmisión por Vía Sexual**

Por prácticas sexuales sin protección ya sea oral, vaginal o anal. La infección se puede dar de Hombre a Hombre; de Mujer a Hombre; de Hombre a Mujer; (H-H, M-H, H-M).

- ORAL.- Independientemente de no haber hasta el momento registros de infección por VIH a causa de esta practica se considera un factor alto riesgo ya que al tener contacto con líquidos potencialmente infectantes (fluido vaginal, líquido preeyeculatorio, semen y en algunas ocasiones sangrado menstrual) la cavidad oral no es del todo sana ya que muchas veces existe la presencia de caries o pequeñas heridas como aftas o patologías como gingivitis, periodontitis etc, recordemos que necesita células vivas y nuestra mucosa y torrente sanguíneo esta llena de ellas por lo que esas pequeñas heridas y patologías son una enorme puerta de entrada para el VIH.

- **VAGINAL.**- La vagina es un órgano estrecho elástico y muy vascularizado y rico en terminaciones nerviosas por lo que independientemente de la lubricación natural por el fluido vaginal al prepararse para ser penetrada y el líquido preeyaculatorio para penetrar muchas de las veces se llega a ocasionar pequeñas heridas independientemente que la mucosa de la vagina y glande ya tuvieron contacto y es una puerta de entrada para el virus las heridas posiblemente ocasionadas pueden ser otra posible entrada para el virus.
- **ANAL.** El ano y recto no son órganos que estén preparados para ser penetrados no es una de sus funciones pero desafortunadamente en prácticas sexuales entre hombres se da mucho al igual que en los heterosexuales. El ano y recto por no estar preparados para esta acción sexual se convierte en la práctica sexual más riesgosa ya que al ser penetrado la mucosa que lo recubre y las pequeñas heridas que se lleguen a causar son una vía de entrada para el VIH.

#### TRANSMISIÓN POR VÍA SANGUÍNEA

- Transfusiones sanguíneas y derivados
- Transplante de órganos
- Usuario de Drogas Intravenosas

## TRANSMISIÓN PERINATAL

Esta se puede dar de madre a hijo en caso de que la mamá no reciba ningún tipo de tratamiento durante el embarazo. No solo el VIH se va a encontrar en sangre, semen, líquido pre-eyaculatorio y fluido vaginal también se encuentra en Líquidos como: amniótico, sinovial, pleural, cefalorraquídeo etc. Por lo que el feto se encuentra en una bomba de tiempo ya que esta en contacto con sangre y líquido amniótico. Si se da una buena atención Prenatal el Porcentaje de riesgo de que el producto nazca infectado disminuye a un 17%.



Si el parto es manejado bien por el Obstetra y se realiza cesárea a la paciente el riesgo disminuye aún más al 3%.

Otra de las formas que puede contraer la infección por VIH el recién nacido es por medio de la leche materna ya que esta se encuentra compuesta por células vivas como anticuerpos de la madre. Recordemos que uno de los beneficios de la lactancia materna es el de proporcionar anticuerpos a nuestro bebé ya que su sistema inmunológico aún no se ha desarrollado bien y es incapaz de producir sus propias defensas por lo que la mamá se las proporciona por medio de su leche. <sup>18</sup>

El VIH no se puede transmitir por:

- Contacto casual
- Por preparar alimentos
- Por comer en el mismo plato
- Compartir el sanitario
- Por picadura de insectos.

---

<sup>18</sup> Guía para Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/SIDA en Consulta Externa y Hospitalización.

Tampoco se puede transmitir por un beso en la mejilla (carrillo), en la boca etc. El VIH se encuentra en mínima concentración en saliva, orina, lagrimas, heces fecales y vómito ya que por las enzimas que se encuentran en saliva pueden inactivar el virus y en caso de la orina, lagrimas y demás mencionados por la alcalinidad y acidez que manejan inactivan al virus.

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es muy labil al tener contacto al medio ambiente y muere en algunos segundos al tener contacto con:

- El aire
- El agua
- El calor
- El frío
- La luz
- Todas aquellas sustancias químicas (alcohol, éter, doro, etc.)

#### HISTORIA NATURAL DE LA INFECCIÓN

La interacción de los mecanismos del virus y las células CD4 ya mencionados desencadena la evolución natural del proceso infeccioso por el VIH-1. La historia natural de la infección por el virus se puede dividir en los siguientes estadios.

##### a.- Transmisión viral.

El modo de transmisión o adquisición del virus se refleja en la velocidad de progresión de la enfermedad; así el tiempo promedio desde la seroconversión hasta el desarrollo del SIDA es de cerca de siete años para aquellos que adquirieron la infección por transfusión y de ocho a 12 años para quienes se infectaron por relaciones sexuales.

De acuerdo a la CDC de 1987, siendo un poco menor si se usa el criterio de < 200 células CD4/ml, mencionada en la definición de 1993.

#### b.- Infección Primaria

Implica no sólo la adquisición de la infección viral sino las manifestaciones asociadas al episodio de replicación viral inicial. Pocas veces se detecta en población abierta. La presencia de síntomas durante la infección primaria se asocia a una progresión rápida de la enfermedad.

La sintomatología generalmente se presenta de dos a cuatro semanas después de la infección. Las principales manifestaciones son:

1. fiebre
2. crecimiento ganglionar (linfadenopatía)
3. faringitis,
4. erupción maculopapular en cara y tronco.
5. mialgias y artralgias (dolor muscular y articular)
6. linfopenia (CD4) y altos niveles de CV (carga viral).

#### c.- Seroconversión

Se refiere al desarrollo y detección de anticuerpos en contra del VIH en suero o plasma ocurre generalmente de 3 a 12 semanas después del evento de transmisión, aunque más del 95% de los pacientes lo presentan dentro de los primeros tres meses. Al periodo de serología negativa en un paciente infectado se le conoce como periodo de ventana.

d.- Periodo Estable Inicial (Setpoint).

Esto ocurre generalmente seis meses después de la transmisión del VIH, implica la estabilización de la carga viral y de la cuenta de linfocitos CD4 como consecuencia de la respuesta inmune y de la virulencia de las cepas del virus.

Los niveles de CV y también de las células CD4, correlacionan con pronósticos de desarrollo del SIDA en los siguientes 10 años.

e.- Infección Sintomática.

Es la etapa en la cual se encuentra una constante actividad viral y un equilibrio entre destrucción y producción celular. Puede haber linfadenopatía persistente generalizada, debido a que en los ganglios linfáticos es donde se establece el principal reservorio del virus. Aun cuando la CV en este periodo permanece estable con variaciones menores.

f.- Infección sintomática Temprana.

Incluye manifestaciones clínicas que no sustentan la definición de SIDA que se presentan como consecuencia de la destrucción de células CD4 y el inicio de la Inmunodeficiencia.

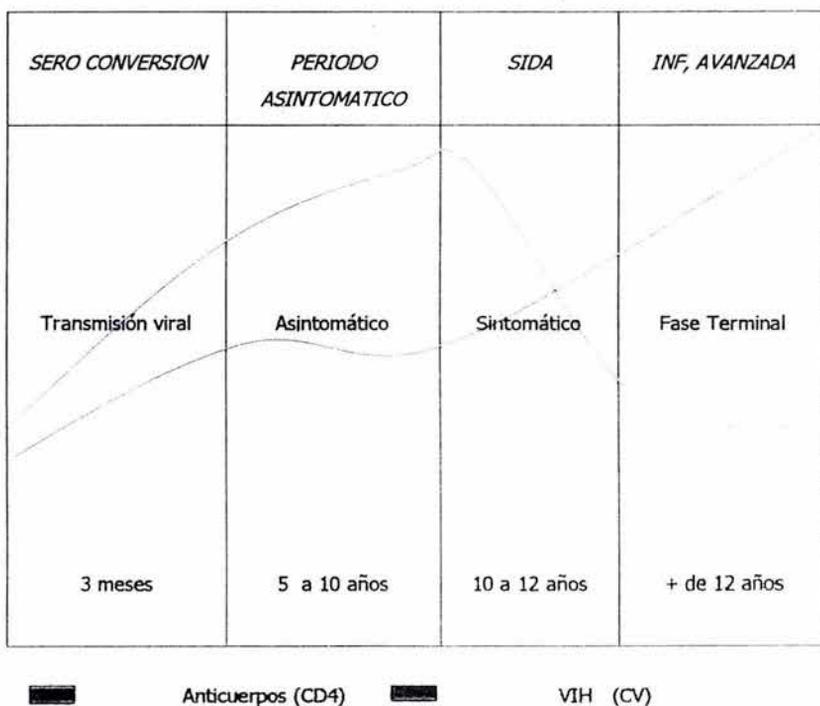
g.- SIDA.

Es la consecuencia de la destrucción de linfocitos CD4 y la presencia de la inmunodeficiencia adquirida ya manifestada por infecciones oportunistas y neoplasias.

h.- Infección Avanzada.

Se presenta en pacientes que tienen < 50 células CD4/ml, cuya expectativa de vida es de 12 a 18 meses y que generalmente fallecen como consecuencia de condiciones relacionadas al VIH.<sup>18</sup>

Historia Natural de la Infección



<sup>18</sup> Guía para Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/SIDA en Consulta Externa y Hospitalización.

## CAPITULO IV

PRINCIPALES INFECCIONES OPORTUNISTAS Y MANIFESTACIONES CLINICAS QUE SE ENCONTRARON AL BRINDAR ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES CON VIH/SIDA.

Una de las principales manifestaciones que se encuentran en personas que viven con VIH/SIDA son las orales ya que diversas infecciones oportunistas causadas por hongos, virus, bacterias y otros mas microorganismos en su mayoría la puerta de entrada es la cavidad bucal.

Las infecciones causadas por microorganismo o gérmenes oportunistas son a consecuencia de la disminución o deterioro inmunológico provocado por la infección de VIH. Más del 40% de las personas que viven afectadas por el VIH y más del 90% de las personas ya con SIDA tienen alguna manifestación clínica en cavidad oral, por lo que es importante revisar la boca siempre que se realice una consulta médica en una persona afectada por el VIH/SIDA.

Existen múltiples lesiones bucales pero dentro de la atención Integral domiciliaria se detectaron al menos en un 60% de los pacientes lesiones por:

- Candidiasis oral y tópica.
- Leucoplaquia Pilosa.

### CANDIDIASIS

Es la manifestación clínica con más frecuencia en pacientes afectados por el VIH/SIDA. En general la candidiasis bucal ocurre cuando la cuenta de células CD4 son  $< 400$  células/ml y a mayor inmunodeficiencia la candidiasis es mas frecuente y recurrente.<sup>18</sup>

La candidiasis oral es causada por un hongo llamado *cándida albicans* esta levadura siempre esta presente en pequeñas cantidades en; boca, vagina, canal digestivo, y piel.

---

<sup>18</sup> Guía para Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/SIDA en Consulta Externa y Hospitalización.

Entre las personas sanas, las bacterias atenuadas y el sistema inmunológico impiden que el hongo produzca infección cuando este se encuentra deteriorado o debilitado es más factible que se desarrolle y produzca enfermedad. Regularmente la *Candida albicans* es la causante de estas infecciones y se puede presentar en diferentes formas que son:<sup>18</sup>

- Eritema tosa
- Hiperplasia
- Pseudo membranosa
- Atrófica

En pacientes con VIH/SIDA atendidos en casa las presentaciones más comunes son:

- La hiperplasia que por lo regular se presenta en cavidad oral, esófago y tracto digestivo. A diferencia de las mujeres en vagina se llega a presentar la pseudo membranosa.



- La eritema tosa llega a presentarse también en boca pero es más común encontrarlas en piel.



Las infecciones orales generalmente son diagnosticadas por la apariencia y los síntomas, La infección por *Candida* en esófago es una condición grave y afecta a cerca del 20% de las personas con SIDA. Con frecuencia se presenta simultáneamente con la candidiasis oral.

---

<sup>18</sup> Guía para Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/SIDA en Consulta Externa y Hospitalización.

El dolor en el pecho, náuseas y dolor o dificultad para tragar, por lo cual la persona no siente deseos de comer.

Si los síntomas no mejoran con el tratamiento se presentan problemas para tragar sin que exista candidiasis oral, se llega a practicar una endoscopia para descartar candidiasis esofágica o digestiva.

La candidiasis localizada, se trata principalmente con fármacos tópicos como (nistatina, miconazol o clotrimazol.) y se refuerza con agentes antimicóticos y cuidados paliativos. La candidiasis sistémica requiere tratamiento con agentes antimicóticos sistémicos como el ketoconazol, itraconazol, fluconazol o en caso de llegar afección en SNC se llega a utilizar anfotericina B.

#### LEUCOPLAQUIA PILOSA

Es una lesión característica de pacientes con infección por VIH con inmunodepresión avanzada ( $CD4 < 200/ml$ ) causada por el virus *Epstein – Barr* a nivel del borde de la lengua. El diagnóstico es clínico al observar el borde lateral de la lengua lesiones verticales blanquecinas que dan la apariencia de arrugas del epitelio.

Algunas de las veces no se llegan a presentar las lesiones en bordes laterales si no en el borde de la lengua en una coloración café y evita la percepción del sabor de los alimentos.

La leucoplaquia a diferencia de la candidiasis no llega a desprenderse por raspado ni colutorios y en ocasiones llega hacer dolorosa y a veces llega a sangrar.

La leucoplaquia pilosa se llega a tratar con aciclovir de 400 u 800mg cada 5 o 6 hrs. Por 7 a 10 días dependiendo de la cantidad de CD4 ya que <200cel/ml esta es recurrente ó resistente.<sup>18</sup>

Algunas infecciones más comunes en pacientes VIH/SIDA a parte de las orales son las cutáneas y en Atención domiciliaria las mas tratadas fueron:

- Herpes zoster
- Rubéola.

## RUBEOLA

La rubéola es una enfermedad infecciosa transmisible, de evolución generalmente benigna cuyos efectos más deletéreos se pueden producir a personas inmunocomprometidas y en caso de una mujer embarazada en el feto durante el primer trimestre del embarazo.

El agente causante de la rubéola o sarampión alemán es el toga virus (rubí virus).

La infección se transmite por contacto directo con las personas infectadas a través de gotitas o secreciones de las vías nasales y de la faringe.

En las personas con VIH/SIDA se llega a manifestar más agresivo que en lactantes y adultos con un sistema inmunológico sano. Esta generalmente comienza con fiebre aproximadamente de 38.5 a 39°C, dolor de cabeza, malestar general, conjuntivitis y eritema en ocasiones se llega a presentar edema en cara y en MsP y T (miembros pélvicos y torácicos).<sup>19</sup>



<sup>18</sup> Guía para Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/SIDA en Consulta Externa y Hospitalización.

<sup>19</sup> [http:// www.projinf.org/spanish/](http://www.projinf.org/spanish/)

## HERPES ZOSTER

El herpes zoster (HVZ) es una enfermedad causada por el mismo virus que causa la varicela zoster. Como otros herpes virus tienen una fase infecciosa inicial seguida por una fase inactiva. Entonces sin avisar el virus vuelve a ser activo. Esta reactivación del virus ocurre con más frecuencia en personas con sistemas inmunes dañados o deteriorados incluyendo a personas que viven con VIH/SIDA. El virus herpes zoster vive en el tejido nervioso; las erupciones del HVZ empiezan con picazón entumecimiento, hormigueo o dolor severo en forma de cinturón en el pecho, en la espalda, crestas ilíacas y Msp y T (miembros pélvicos y torácicos) y en casos raros pueden infectar nervios faciales u oculares.

Este puede causar erupción en cara, cuello y alrededor y dentro de las orejas y punta de nariz. Una semana después aparecen en el área superficial un salpullido relacionado al nervio inflamado, pequeñas ampollas se forman y se llenan de fluido y al romperse llegan posteriormente a cicatrizar.<sup>19</sup>

No solo el HVZ puede ser agresivo en un paciente con VIH/SIDA el herpes simple tipo I y II pueden llegar a hacer muchísimo más agresivos ya que no solo pueden aparecer lesiones superficiales sino también internas.



<sup>19</sup> [http:// www.nordof.org/spanish/](http://www.nordof.org/spanish/)

## HERPES SIMPLE TIPO 1 Y 2.

Ya que un tipo I virus herpes simple (HVS tipo I) se manifiesta en las infecciones oro faríngeas dolorosas en el interior y alrededor de la boca, los labios, la faringe, la nariz, la cara y oídos. El virus permanece latente en las células de los nervios de la cara provocando la aparición repetida de las vesículas. El HVZ como otros herpes virus se tratan con Aciclovir de 400mg u 800mg. C/ 5 o 6 hrs.



Dependiendo la agresividad de las lesiones esto es de 7 a 10 días en caso de gravedad se puede utilizar Zovirax por vía endovenosa en caso de un HSV tipo 1 se pueden utilizar agentes tópicos para erradicar más rápido las lesiones y estas lleguen a un proceso de cicatrización. Para desinflamar el tejido nervioso muchas de las veces se utilizan medicamentos como el dolorneurovion que es a base de vitamina B<sub>12</sub> y un desinflamatorio. En la mayoría de los pacientes llega a disminuir el dolor causado por las lesiones con el medicamento vitaminado pero en ocasiones es tan intenso que muchas veces se utilizan parches a base de lidocaina (lidoder) que ayuda a adormecer la zona y disminuye el dolor.

En la mayoría de los pacientes que reciben atención domiciliaria no solo son afectados por 1 o 2 infecciones oportunistas (IO) por lo regular siempre se encuentran afecciones pulmonares también provocadas por agentes oportunistas.<sup>19</sup>

En algunos casos se encuentran desnutrición, anemia, deshidratación, afecciones orales como son: candidiasis y leucoplaquia pilosa herpes pero a veces acompañado por tos, fiebre, sudoraciones nocturnas, expectoraciones, disnea, dolor de pecho esto indica que posiblemente hay afección pulmonar y esta puede ser:

<sup>19</sup> [http:// www.proinf.org/spanish/](http://www.proinf.org/spanish/)

- Neumonía
- TB (tuberculosis pulmonar).

La neumonía por *Pneumocystis carinii* (*P.carinii*). es la infección más común en pacientes con VIH/SIDA actualmente la CDC estima 1 millón de personas con VIH de las cuales el 80% podrá desarrollar neumonía por *P. Carinii* durante su vida.

En México se ha descrito esta afección en 12 a 23% de pacientes con VIH/SIDA que han desarrollado neumonía por (*P.carinii*) esto es con base a cuadros clínicos e imagen radiológica y respuesta a tratamiento o la identificación de neumonía por lavado bronquial, biopsia en pacientes con SIDA en atención en el INNZ. Donde el Dr. Ponce de León y colaboradores describen la infección con una frecuencia del 22% < que en EE.UU. (58%).

#### MANIFESTACIONES CLINICAS

Las personas con Neumonía por *P. Carinii* se presentan con los síntomas clásicos de tos no productiva, fiebre y disnea, los cuales progresan en algunas semanas con un promedio de 30 días de sintomatología antes de recibir tratamiento.

Puede llegar a presentar fatiga y pérdida de peso sobre todo si la sintomatología se prolonga. A diferencia de pacientes que han recibido quimioterapia o se han tratado con corticoesteroides los pacientes con SIDA pueden tener un curso más indolente, con mayor duración de los síntomas y menos hipoxia, la tos puede ser semejante a la de una infección viral y la disnea solo puede ser evidente con ejercicios o esfuerzos. La exploración física a veces es inespecífica aunque pueda haber estertores en la auscultación.

## DIAGNOSTICO

La cuenta de leucocitos puede ser baja o normal con frecuencia hay anemia y puede haber elevación e las deshidrogenasa láctica en suero. Una tele de tórax puede ayudarnos en el diagnostico ya que los cambios son característicos en la radiografía la presencia de infiltrados intersticiales bilaterales son con aspecto de "vidrió despulido"y en algunos casos tienen cambios atípicos que incluyen patrón alveolar con infiltrados asimétricos, nodulaciones o incluso cavitaciones. La presencia de derrame pleural y adenopatía es muy raro a menos que exista un proceso concomitante por lo menos el 30% de los pacientes tienen radiografías normales.

## TRATAMIENTO

El tratamiento de elección para NPC es el Trimetoprim – Sulfametoxazol (TMP/SMZ) oral o parenteral durante 21 días. Los pacientes con una presión parcial de oxígeno (PO<sub>2</sub>) es menor de 70mmHg deben recibir prednisona durante 5 semanas. La mortalidad en pacientes hospitalizados con SIDA y NPC es de 15 a 20%. Y la sobre vivencia en pacientes que requieren apoyo ventilatorio es menor, con tasas de mortalidad de el 86 al 100%, probablemente como consecuencia del uso de esteroides.<sup>23</sup>

Otro problema de salud respiratorio que llega a afectar a pacientes con VIH/SIDA y se encontró aproximadamente en el 70% de los pacientes atendidos en su domicilio fue la tuberculosis (TB).

La TB es una enfermedad bacteriana infectocontagiosa crónica causada por *Mycobacterium Tuberculosis*, la cual se caracteriza por la formación de granulomas que se ulceran, se caseifican y calcifican.

---

<sup>23</sup> Amigos contra el SIDA A.C. (Director. David Alberto Murillo) SIDA HOY 2000

La enfermedad pulmonar es muy frecuente; sin embargo la enfermedad por tuberculosis prácticamente se presenta en cualquier otro órgano y al igual que Tb. se presenta en pulmones en pacientes con VIH/SIDA se llega a presentar con frecuencia la TB ganglionar.

La transmisión de *Mycobacterium Tuberculosis* es de persona a persona a través de secreciones bronquiales expulsados al toser, estornudar o hablar; estos aerosoles se desecan poca distancia de la boca y estos núcleos desecados pueden persistir viables en el aire por un largo tiempo.

#### MANIFESTACIONES CLINICAS

En un estudio que se realizó en el Hospital de Insectología se encontró que en el 60 % de los enfermos de TB fue la manifestación inicial de la infección por VIH y en el 40% de los casos se manifestó como I.O y con relación directa a la respuesta inmune de los enfermos.<sup>23</sup>

Las manifestaciones clínicas de la TB por lo general están determinadas por el estadio clínico de la enfermedad y estas pueden incluir: fiebre, diaforesis nocturna, pérdida de peso, tos, expectoraciones e insuficiencia respiratoria en atención domiciliaria se reporta un 16% de pacientes afectados por TB pulmonar.

Las radiografías de tórax frecuentemente revela un infiltrado difuso o miliar también suele observarse infiltrado focal y crecimiento ganglionar hilar o mediastinal y en el 10% de los casos suele ser normal la placa de tórax.

---

<sup>23</sup> Amigos contra el SIDA A.C. (Director. David Alberto Murillo) **SIDA HOY 2000**

## TRATAMIENTO

En caso de una Tb. activa los esquemas a manejar son en una fase inicial :

En 2 meses con rifampicina, isoniasida, pirazinamida y etambutol seguida por una fase de consolidación de 4 meses con rifampicina e isoniasida debido a que la fase de recaída es mayor entre los pacientes con VIH recomiendan se prolongue el tratamiento por nueve meses. En la norma oficial NOMO10SSA21993 se recomienda después de completar el esquema por un año con isoniasida.

Dentro del tratamiento paliativo la Isoniasida de 300mg por 12 meses ya que se vio una protección de el 93% contra el 69% de los que recibiendo el tratamiento por 6 meses.

Para poder llevar a cabo un tratamiento con isoniasida, rifampicina y pirazinamida hay que checar el esquema antirretroviral ya que los IP (inhibidores de proteasa ) no pueden ser combinados con estos medicamentos.

Cada organismo es muy diferente y reacciona de diferentes manera; muchas veces no podemos adivinar con que sintomatología va iniciar un paciente que ha desarrollado SIDA. Sin embargo hay una en común que se de en la mayoría de los casos y estas son la Diarreas intermitentes .

A veces se piensa que es algo que comió que no hizo buena digestión o causo alguna infección. Sin embargo esta diarrea no es de 1 o 2 días si no de meses provocando disminución de peso, deshidratación y en la mayoría de los casos anemia.

En una persona VIH (+) no es necesario que coma algún alimento en la calle en muchas ocasiones se da solo por afección del virus, pero en algunas otras ocasiones son causadas por I.O

La diarrea por VIH es uno de los tantos factores que causan un Síndrome de desgaste. El síndrome de desgaste de SIDA se define como la pérdida involuntaria de más del 10% de peso del cuerpo junto con más de 30 días de diarrea, debilidad y fiebre.

El síndrome de desgaste está relacionado a la progresión de la enfermedad más rápido incluso si no se llega a atender a tiempo o adecuadamente el paciente declina y llega a fallecer.

Que causa el síndrome de desgaste? Las causas de un síndrome de desgaste son varios factores uno ya mencionado son las diarreas; la ingesta disminuida de alimentos esta muchas de las veces se da por lesiones en boca y tracto digestivo o la presencia de alguna infección oportunista como consecuencia a esta disminución de ingesta y presencia de infecciones oportunistas se da la absorción disminuida de nutrientes y el metabolismo alterado.



Las diarreas causadas por infecciones oportunistas (*cryptosporidiosis*, *mycosporidiosis*) estas también pueden causar o ser factor causante de un desgaste.

En las personas afectadas por el VIH/SIDA en atención domiciliaria el 98% de estas personas cursaban con un cuadro diarreico y un síndrome de desgaste severo.

Aproximadamente un 60% de los pacientes eran cuadros diarreicos a causa de la afección viral pero un 38% restante eran a causa de *Cryptosporidium* y *Mycrosporidium*.

El *Cryptosporidium* constituyen 2 grupos de parásitos protozoarios y estos se presentan en gran cantidad de huéspedes como son: bovinos, aves, roedores y principalmente incluyendo humanos.

Este microorganismo esta distribuido universalmente y afecta a todos los grupos etarios y a ambos sexos en los cuales causan diarrea de mínima a moderada.

En caso de personas o infantes inmunodeprimidos como por ejemplo con cáncer o que reciban quimioterapia o radioterapia o pacientes con VIH/SIDA causan severas diarreas inclusive puede llegar hasta la muerte.

En caso del *Mycrosporidium* son parásitos intracelulares obligados de los animales invertebrados se reporta que aproximadamente el 30% de las personas que viven con VIH/SIDA y *Cryptosporidium* son también positivos a *Mycrosporidium*.

El tratamiento terapéutico para estos parásitos hasta el 90% es la Nitazoxanida de 1gr.(NTZ) cada 12 hrs. por 14 días y dosis de 500mg (daxón) 2 veces al día durante 14 días fueron efectivas contra *Mycrosporidium*.

Para sacar adelante a un paciente afectado por VIH/SIDA y cursa con un síndrome de desgaste es ir resolviendo o atacando uno por uno de los factores causantes.

Desde detectar la causa que impida la infesta de alimentos, la causa de diarreas y fiebres, al atacar y resolver todo esto el paciente va ir recuperando tanto peso como masa magra , muscular y grasa; se regula automáticamente su metabolismo y esto se da prácticamente al resolver el problema de ingesta de alimentos y absorción de nutrientes como la erradicación total de las diarreas.

Algunos otros casos que se llegan a presentar en pacientes VIH son los problemas neurológicos.

En caso de atención domiciliaria se encontraron afecciones al Sistema Nervioso Central (SNC) y Sistema Nervioso Periférico por diversas causas; las mas comunes fueron:

- Afección al SNC por Toxoplasmosis
- Afección al SNC por VIH

Dentro de las afecciones al SNP se encuentra normalmente la neuropatía periférica.

#### TOXOPLASMOSIS

La toxoplasmosis es causada por un parásito llamado toxoplasma gondii que se distribuye universalmente capaz de causar infección en animales domésticos y en el hombre.

En atención domiciliaria aproximadamente el 10% de los pacientes fueron tratados por afección neurológica por toxoplasmosis cerebral. Normalmente esta enfermedad se encuentra en un 5 % de los pacientes con SIDA de los cuales pocas llegan a desarrollar o manifestar daño cerebral si se llega a detectar a tiempo.

En las personas infectadas por VIH, se manifiesta la toxoplasmosis principalmente como encefalitis o enfermedad diseminada (uni o multifocal) por lo que el cuadro clínico es variable con cambios en el estado mental, convulsiones, déficit motor o sensorial, afección de nervios craneales o manifestaciones neuropsiquiátricas.

En el examen neurológico inicial hay signos focales hasta en un 60 % de los casos los más comunes son:

- Hemiplejía
- Afasia
- Déficit campimétrico
- Hemibalismo
- Distonía

Induso se puede llegar a estado de coma la lesión cerebral es una encefalitis focal con inflamación y edema los signos focales se asocian a hipertensión intracraneal por lo que no se por lo que no es conveniente efectuar punción lumbar a menos que se cuente con estadios de neuroimagen como un TAC o IRM que aseguren que la punción lumbar no va inducir una herniación cerebral fatal.

El tratamiento va ha variar dependiendo de el estadio clínico de la enfermedad. El tratamiento de elección es Pirimetamina de 50mg. Diarios y Ácido fólico. Todos los pacientes que responden a tratamiento deben recibirlo supresivo de por vida.<sup>25</sup>

#### COMPLEJO DEMENCIA-SIDA

Es otra afección neurológica no causada por ningún germen oportunista simplemente es por la misma infección por el VIH teniendo < 200 cel/ml. La infección por VIH y nuevo déficit neurológico presente por un mes o más en 3 esferas:

---

<sup>25</sup> Actualización Técnica ONUSIDA **El SIDA: Cuidados Paliativos** Colección Practicas Optimas del ONUSIDA. Febrero del 2001.

a).- Cognitiva

Que son defectos de atención, concentración, proceso de información, abstracción, razonamiento, memoria, aprendizaje o lenguaje, que comprometa el desempeño en el trabajo o actividades de la vida diaria.

b).- Motora

Anormalidad en la función motora verificable por el observador, lentitud de movimientos, marcha anormal, incoordinación de las extremidades, hiperreflexia, hipertonia, debilidad.

c).- Conductual

Cambios en la motivación, el control emocional o la conducta social, apatía irritabilidad, conducta inapropiada, desinhibición.

Las mielopatías por VIH se definen como la anomalía adquirida en la función neurológica de las extremidades pélvicas en desproporción a las torácicas, la debilidad e incoordinación de marcha e incontinencia urinaria.

En caso de establecer un examen neurológico paraparesia, espasticidad, hiperreflexia, signo de Babinski con o sin demencia.

En caso del SNP hasta a horita en atención domiciliaria la afección más frecuente es la Neuropatía periférica la cual no es a causa de una IO simplemente puede ser un efecto secundario de AZT, DDI o D4T (ITRN) que son los que comúnmente llegan a presentarla.

La neuropatía periférica se manifiesta con pérdida de sensibilidad, entumecimiento, adormecimiento, hormigueo y dolor en extremidades en caso grave puede ocasionar parálisis.

En caso de neuropatía periférica el tratamiento es a base de Dolorneurobión Forte, ácido fólico + imipiramida son los medicamento mas utilizados para la neuropatía sobre todo también se llegan a utilizar corticoesteroides.

Alguno de los problemas que generalmente se presentan en los pacientes VIH (+) son las linfadenopatías que en atención domiciliaria es bajo el porcentaje pero se llego a tratar a pacientes con esta afección.

La linfadenopatía se puede se puede dar localizada o generalizada para tener un diagnostico exacto no depende solo de eso sino también de checar si es fluctuante o no; la consistencia, el dolor y el tamaño de los ganglios además de los síntomas asociados.

La linfadenopatía ocurre generalmente en un 50 a 70 % de los pacientes afectados por el VIH/SIDA.

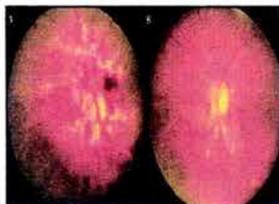
En general se considera linfadenopatía persistente cuando dichas adenomegalias se presentan después de 3 meses. No solo la infección por VIH es causa de adenomegalias sino también por numerosas infecciones sistémicas que pueden producir linfadenopatía como por ejemplo la TB ganglionar.

También son capaces de producir linfadenopatías los cánceres oportunistas como el sarkoma de kaposii y el linfoma Hodgkin y no Hodgkin.



Otras de las infecciones oportunistas más tratadas en Atención domiciliaria son las causadas por un virus llamado *Cytomegalovirus* (CMV).

El CMV provoca un sufrimiento significativo en las personas infectadas por el VIH. Entre los síntomas figuran fiebre, diarrea secundaria a colitis por CMV, disnea debido a neumonitis por CMV y ceguera causada por la retinitis por CMV.



Lesiones por CMV en retina

Las más tratadas son las diarreas por colitis y la ceguera por la retinitis; en atención domiciliaria, pero como se puede observar el CMV es un virus que afecta a nivel sistémico.

El tratamiento se dirige a aliviar los síntomas y prevenir la ceguera, más que curar la enfermedad. Los fármacos que se utilizan actualmente son el ganciclovir ya sea por vía endovenosa u oral y el foscarnet. <sup>25</sup>

El paciente con VIH/SIDA puede ser afectado por microorganismos oportunistas de diferentes tipos, virus, bacterias, parásitos, hongos etc.

No solo los mencionados hay aun mas afecciones no solo provocadas biológicamente, sino también puede haber afección por los efectos secundarios de fármacos. Ante todo como personal de salud tenemos que cubrir cada uno de sus problemas y necesidades.

---

<sup>25</sup> Actualización Técnica ONUSIDA **El SIDA: Cuidados Paliativos** Colección Practicas Optimas del ONUSIDA. Febrero del 2001.

## CAPITULO V

ATENCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES AFECTADOS POR VIH/SIDA EN VISITA DOMICILIARIA.

EL PAPEL DE ENFERMERÍA ANTE EL VIH/SIDA.

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

Por ello cuando se brinda una atención y se realizan cuidados a un paciente, como nadie puede garantizarnos su inocuidad frente a cualquier infección, debe tratarse como potencialmente infectado y se debe realizar el mismo trato a todos los pacientes y mantener con todos ellos las mismas medidas de prevención y precaución.

Para esto enfermería deberá estar tanto informada como actualizada para poder brindar satisfactoriamente esta atención a todo aquel paciente con serología positiva a VIH.

PROBLEMAS Y/O NECESIDADES DEL PACIENTE QUE VIVE CON VIH/SIDA.

Para poder brindar una buena atención y excelente cuidado siempre tenemos que identificar el problema o la necesidad de nuestros pacientes.

En caso del paciente afectado por el VIH/SIDA no solo el impacto es para el sino también para toso su entorno social, familiar, emocional y espiritual.

Uno de los modelos de atención y teorías que nos ayudan a identificar estos problemas y/o necesidades son las de Virginia Henderson ya que al observarse hay una similitud con la escala de necesidades de Abraham Maslow.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como "La única función de la enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la evolución de aquellas actividades que contribuyan a su salud recuperación, o una muerte tranquila.

### **VIRGINIA HENDERSON Y ABRAHAM MASLOW.**

Henderson y Maslow Reagrupan las necesidades humanas de la siguiente manera:

#### ABRAHAM MASLOW

1. Supervivencia: Consiste en la alimentación e hidratación al igual que eliminar desechos orgánicos y el poder respirar.
2. Funcionales: Actividad e inactividad y sexualidad.
3. Crecimiento: Es el logro, integración, pertenencia y actualización.

## VIRGINIA HENDERSON

1.- Persona.- La persona es una unidad corporal, física y mental que esta constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. El paciente y su familia con considerados como una unidad.

2.- Entorno.- Incluye relaciones con la propia familia así mismo incluye las responsabilidades de proveer cuidados.

3.- Salud.- La calidad de la salud más que la vida en si misma, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Dentro de la atención domiciliaria que le brindamos al paciente no solo nos enfocamos prácticamente a el sino también con la familia, el estado emocional tanto de esta como de el paciente y su situación económica.<sup>37</sup>

## CUIDADOS Y ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS AFECTADAS POR EL VIH/SIDA.

La importancia de los cuidados y acciones de enfermería es el conseguir la mejor calidad de vida posible para los pacientes y familiares. Los elementos fundamentales de esos cuidados es el alivio de todos los dolores físicos, psicológicos , espirituales y sociales; capacitar y apoyar a la familia para poder afrontar la infección y a su vez el proceso y evolución de la enfermedad.

---

<sup>37</sup> <http://teleline.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm>

Enfermería dentro de atención domiciliaria tiene que buscar el equilibrio entre el padecimiento psicológico y el control de los síntomas crónicos.

La situación familiar compleja como la discriminación de la propia familia hacia el paciente; La infección de los dos miembros de la familia (pareja) y posiblemente un tercer o cuarto miembro (hijos); la inversión de papeles familiares como los hijos cuidan a sus padres y otras situaciones más.

Es necesario contar con una amplia variedad de cuidados para las personas que viven con el VIH/SIDA entre las cuales el apoyo psicológico es muy importante ya que si no va de la mano con la atención física y biológica la recuperación del paciente puede ser lenta o en ocasiones nula ya que si recordamos el estado emocional también afecta al sistema inmunológico.

Para poder brindar un cuidado y realizar una acción siempre se debe de identificar la causa que esta generando el problema del paciente y evaluar sus necesidades.

Por ejemplo algunos de los problemas que se presenta con más frecuencia en pacientes con VIH/SIDA son:

1. Síndrome de desgaste
2. Dificultad respiratoria
3. dolor
4. problemas cutáneos
5. tos
6. convulsiones
7. fiebre

Todos estos problemas vienen acompañados de necesidades que la enfermera tiene que resolver mediante acciones inmediatas en el hogar.

Teniendo en cuenta que aparte de tener a un paciente con afecciones tanto físicas como psicológicas también tenemos a una familia llena de dudas y falta de información.

La primera acción de enfermería al llegar al domicilio es generar confianza y abrir canales de comunicación con paciente-familia para disminuir el estado de ansiedad y angustia de ambos y posteriormente dar respuestas y soluciones a las necesidades primero del paciente y posteriormente a la familia contando siempre con el apoyo del de mas equipo multidisciplinario.

Para poder brindar una atención integral de enfermería siempre tenemos que identificar las causas del problema para poder dar soluciones a las necesidades del paciente y posteriormente realizar una buena acción y cuidados de enfermería.

Por ejemplo:

El síndrome de desgaste es uno de los problemas más frecuentes en un paciente afectado por el VIH/SIDA el cual presenta:

- Disminución de peso por lo menos El 10% de su peso total.
- Diarreas intermitentes por más de 30 días
- Deshidratación.
- Fatiga y debilidad.

Esto se debe a la mayoría de las veces por:

- Disminución de ingesta de los alimentos (anorexia)
- Disminución de la absorción de nutrientes
- Alteraciones metabólicas.
- Disminución de ingesta de líquidos
- Diaforesis nocturna
- Diarrea

Las necesidades que se ven afectadas para mantener un equilibrio entre persona- salud son las de supervivencia y entorno. Para cubrir estas necesidades las acciones de enfermería son:

1.- Identificar el motivo por el cual hay disminución de ingesta de alimentos que pueden ser ocasionada por:

- a) Infecciones oportunistas
- b) Falta de apetito por la misma infección del VIH
- c) La presencia simplemente de náuseas y vómito.

El simple hecho de presentar alguna infección oportunista en boca y que puede llegar a esófago puede causar una o varios malestares a la persona afectada desde no percibir el sabor de los alimentos como el dolor al deglutir.

Para esto hay que identificar que tipo de infección es la que está afectando a mi paciente la más común es la candidiasis oral para esto el uso de antimicóticos tanto en gel como en tabletas puede erradicar a la micosis sin embargo por situaciones económicas muchas veces no se puede adquirir el tratamiento completo pero el gel muchas veces se puede sustituir por colutorios de agua bicarbonatada.

En caso de afecciones virales como la leucoplaquia pilosa y el herpes simple un antiviral puede ser mas que suficiente. Una vez ya que haya disminuido la infección o erradicado completamente el paciente podrá nuevamente saborear los alimentos y posiblemente regrese el apetito.

La falta de apetito en la mayoría de las veces es sin razón alguna simplemente el paciente no tiene hambre y deja de comer para esto se da alternativas al paciente y a la familia de cómo puede el no dejar de comer y esto es muy sencillo.

Dieta blanda en mínimas cantidades durante todo el día esto es fruta, verdura cocida, lácteos llámese (leche yogurt, crema y queso), gelatinas, pan etc. Todo en muy pequeñas cantidades hasta que el paciente lo decida lo importante es que el coma durante el día y no deje de comer.

Para que pueda despertar el apetito al paciente podemos recurrir a los platillos favoritos de el paciente toda aquel alimento que le guste demasiado como fruta favorita, verdura favorita, guisado favorito o lo que a el se le antoje igual en mínimas cantidades e igual durante todo el día. También nos podemos ayudar con complementos alimenticios.

La nausea y el vomito muchas veces son efectos sec de los medicamentos o por afección del mismo virus esto se puede sobre llevar mediante la administración tanto de un antiemético como la ayuda de la bonadoxina que ayuda a disminuir o erradicar el reflejo nauseoso.

Dar indicaciones sobre la dieta del paciente ya que muchas veces el olor por los condimentos que llevan, la grasa y el presentar un plato con abundante comida puede causar en el paciente nausea y anorexia por lo que a consecuencia se presenta el vómito.

Al presentarse la disminución de ingesta de alimentos automáticamente se presenta el bajo consumo de líquidos y a causa de la diaforesis nocturna que se presenta por un descontrol de la temperatura corporal o por una IO llamada TB o tuberculosis estamos teniendo pérdida de líquidos en nuestro paciente a consecuencia la deshidratación para esto muchas veces es necesario hidratar al paciente en casa de forma parenteral y esto no mencionando la diarrea ya que también perdemos líquidos en pocas cantidades pero también perdemos agua.

En la mayoría de los casos es tan severa la deshidratación que se llega a presentar un desequilibrio electrolítico por lo que esta fuera de nuestro alcance y se indica a la familia hospitalizar al paciente para poder establecerlo.

Prácticamente al resolver todo esto mi paciente va ir recuperándose lentamente. Al ya poder el ingerir alimentos y líquidos la absorción de nutrientes va incrementándose por el aumento de ingesta de alimentos.

El metabolismo se va a establecer ya que al haber aumento de nutrientes mayor producción de ATPS por lo que la fatiga, la adinamia y el cansancio van ir en disminución por el aumento de energía.

En caso de las Diarreas lo principal es el aumentar líquidos (suero vida oral) para evitar una deshidratación severa; dar recomendaciones sobre la dieta del paciente de que alimentos puede comer y cuales están restringidos.

En caso de no haber mejoría se recomienda al familiar llevarlo al hospital más cercano.

Otros de los problemas comunes en las personas afectadas por el VIH /SIDA es la tos acompañada por dificultad respiratoria.

Cualquier tos que persista durante más de tres semanas después de un tratamiento con antibiótico normal debe investigarse a fondo (corroborar mediante una radiografía de tórax).

Los pacientes que llegan a presentar tuberculosis, neumonías (bacterianas pneumocystis y micóticas) entre otras causas como son el Sarcoma de Kaposi pulmonar y neumonías intersticiales generalmente suelen presentar manifestaciones como:

1. tos
2. sibilancias
3. disnea de medianos esfuerzos
4. palidez
5. cianosis
6. ansiedad
7. taquicardia y bradicardia.

Cuando se brindan los cuidados de enfermería en casa, como la mayoría de los síntomas no desaparecen del todo, ya que se presenta palidez, tos, sibilancias y la dificultad respiratoria presentándose al caminar o al hablar, para ello, las acciones de enfermería van encaminadas dependiendo de la infección respiratoria.

Por ejemplo:

Si sólo hay presencia de Tos ya sea seca o productiva solo hay que indicar un antitusígeno, masaje percutorio incluyendo ejercicios respiratorios.

En caso de que la tos se acompañe por disnea de menores y medianos esfuerzos se le indica a la familia que tanto la fisioterapia como los ejercicios respiratorios son necesarios para eliminar las secreciones y aumentar la entrada de aire.

Al igual que al mantener al paciente en posición fowler ayuda a una mejor ventilación. La aplicación de meticorten tabletas de 50 mg. a intervalos fijos (dosis ajustada a la necesidad del paciente) es una alternativa de tratamiento en casa.

Pero si con tratamiento y fisioterapia la disnea aumenta a mayores esfuerzos y hay presencia de cianosis (dedos y labios amoratados), ansiedad, taquicardia y bradicardia se indica a la familia llevarlo inmediatamente al hospital.

En caso de Tuberculosis se indica a la familia no aislar al paciente de manera total, sino enseñarles en relación a las precauciones que deben tomar en cuenta para proporcionar la ayuda y atención.

Tomando en cuenta que la TB es una enfermedad bacteriana infectocontagiosa y que al hablar o al toser se puede transmitir la infección a otra persona. <sup>23</sup>

El dolor y la fiebre son otro de tantos problemas encontrados con mayor frecuencia durante la atención domiciliaria.

El dolor muchas veces es causado por alguna infección o algún problema muscular, fiebre o relacionado al aspecto neurológico.

Sin embargo la fiebre muchas veces es signo agregado a alguna infección o afección, en el paciente con VIH/SIDA suele cursar con diaforesis nocturna sin razón aparente por lo que hay que erradicarla o controlarla.

---

<sup>23</sup> Amigos contra el SIDA A.C. (Director. David Alberto Murillo) **SIDA HOY 2000**

El dolor físico puede provocar ansiedad y/o depresión que a su vez puede disminuir el umbral del dolor de una persona con VIH/SIDA disminuye aún más el sistema inmunológico y agravar más la salud del paciente.

Una de las influencias más importantes en el alivio del dolor es la relación que existe entre la enfermera y el paciente.

En la mayor parte de los métodos, la enfermera tiene el poder de aliviar el dolor y mantener el alivio. El enfermo solicita menos cantidad de fármaco cuando la enfermera proporciona apoyo, atención y ayuda para el alivio del dolor.

#### ACCIONES DE ENFERMERIA PARA ALIVIAR EL DOLOR EN CASA.

La intervención de enfermería que proporciona un alivio del dolor son aquellas que estimulan conductas que ayudan al sujeto a no concentrarse en el dolor.

Por ejemplo:

Enseñar al paciente técnicas como la respiración profunda y lenta; la relajación tiende a disminuir el dolor o la sensación de dolor.

La enfermera también puede estimular al paciente a que utilice técnicas cuya eficacia se ha comprobada por ella misma, sin importar que tan poco científica pueda ser.

Cualquiera que sea el método o la técnica que use la enfermera para ayudar al enfermo a aliviar el dolor, tiene que ver con la actitud y el apoyo que proporciona la enfermera al paciente y familia.

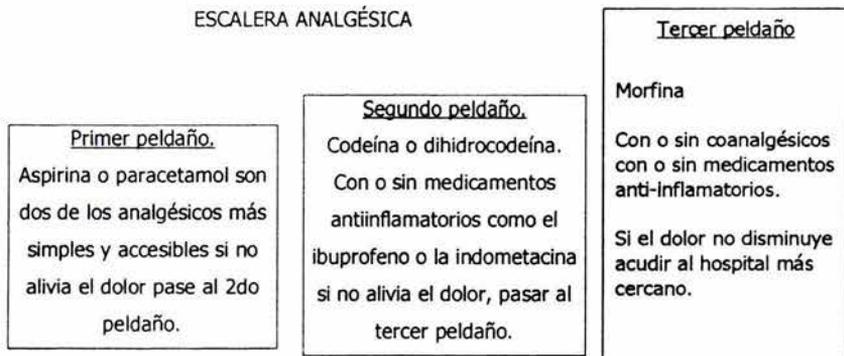
| CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR   |  |   |
|---|--|---|
| <p><u>Localización</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Área del cuerpo</li> <li>2.- Difuso o localizado</li> <li>3.- Irrradiado o área afectada.</li> </ol> <p><u>Calidad</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Penetrante</li> <li>2.- Pulsátil</li> <li>3.- Quemante</li> <li>4.-Superficial o profundo</li> </ol> <p><u>Intensidad</u></p> | <p><u>Factores relacionados con el dolor</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Náusea</li> <li>2.- Vómito</li> <li>3.- Bradicardia</li> <li>4.-Hipotensión</li> <li>5.- Diaforesis profunda</li> <li>6.- Ansiedad.</li> </ol> <p><u>Factores precipitantes</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Movimientos que afectan el área de incisión.</li> <li>2.Temor y sufrimiento emocional</li> <li>3.-Inflamación o infección</li> <li>4.-Traumatismo</li> </ol> | <p><u>Factores agravantes.</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Cambios de posición</li> <li>2.-Fatiga</li> <li>3.- Medidas inadecuadas para el alivio del dolor-</li> </ol> <p><u>Factores calmantes</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Cambios de posición</li> <li>2.- Fármacos</li> <li>3.-Visualización.</li> <li>4.- Técnicas de relajación</li> <li>5.- Masajes.</li> </ol> |

Otro factor importante es el umbral del dolor de cada persona dependiendo de esto, enfermería tiene que tomar en cuenta 4 puntos importantes que son:

- 1.- Siempre que sea posible, los analgésicos deben de administrarse por vía oral.
- 2.- Los analgésicos deben de administrarse a intervalos fijos de tiempo. La dosis deberá ajustarse gradualmente al dolor del paciente y la siguiente dosis, deberá tomarse antes de que la anterior deje de hacer efecto. De esta manera se puede aliviar el dolor de manera continua.
- 3.- El uso secuencial de fármacos analgésicos según el esquema de analgesia
- 4.- Corresponde en función de cada paciente por ejemplo:

La elección y dosis de los analgésicos varían mucho de una a otra persona y deben ajustarse a cada una de ellos y suele ser útil llevar a cabo un registro de dolor para ajustar la dosis.

#### ESCALERA ANALGÉSICA



En caso de fiebre en pacientes con VIH/SIDA muchas veces no es consecuencia de alguna infección sino por la misma enfermedad. La fiebre se puede controlar tanto con fármacos antipiréticos como por medios físicos. Ejemplo.

1.- Cuando la fiebre llega a ser demasiado alta (mayor de 38°C) se recomienda dar medicamento por lo menos cada 8 hrs. En caso de que persista la fiebre en 38 a 39.5°C llevar inmediatamente al hospital.

2.- Los paños mojados en agua templada o bolsas de hielo son aplicados en frente, axilas y abdomen.

3.- La enfermera recomienda y enseña a la familia que antes de otra cosa es controlar la fiebre con los medios físicos (baño en agua templada, paños mojados y descubrir al paciente y solo dejarlo con una sabana).<sup>25</sup>

<sup>25</sup> Actualización Técnica ONUSIDA **El SIDA: Cuidados Paliativos** Colección Practicas Optimas del ONUSIDA. Febrero del 2001.

Si esta no se controla y no se encuentra la causa, se recomienda la administración de medicamentos como son:

- Paracetamol
- Metamizol Sodico
- Naproxeno
- Ácido acetil salicílico

Aproximadamente el 90% de las personas afectadas por el VIH tienen problemas cutáneos. Es importante conocer la causa, ya que algunos de estos problemas se pueden tratar con fármacos simples.

El tratamiento satisfactorio de tales problemas mejora la calidad de vida de las personas, puesto que los problemas cutáneos a menudo causan sufrimiento psicológico y evitan la interacción social.

Para poder resolver y sobre todo evitar algunos de estos problemas, mas que tratarlos es prevenirlos por ejemplo:

Muchas de las veces, la familia no sabe cómo tratar o cuidar a un enfermo en casa y mucho menos que hacer si se llegaran a presentar problemas mas graves.

Por lo que enfermería al estar realizando sus acciones para cubrir las necesidades del paciente debe orientar y capacitar al mismo tiempo al núcleo familiar.

Muchas de las afecciones cutáneas son por la falta de información y conocimiento de la familia, por ejemplo:

Las úlceras por decúbito, heridas o lesiones; la tumefacción tanto muscular como articular; Infecciones que pueden ser bacterianas, micóticas o virales y resequeidad generalizada.

La mayoría de estos problemas se dan por falta de higiene principalmente por la ropa de cama. El no poder levantarse y permanecer por mucho tiempo en cama en una sola posición puede provocar la tumefacción muscular y articular y la mayoría de estos pierde control de esfínter o esta muy débil para poder desplazarse hasta el sanitario por lo que tienen que utilizar pañal, a falta de una limpieza eficaz se llegan a formar escaras, por lo regular en parte de la región lumbar y coccígea.

La tela de la ropa de cama y del paciente son también un factor importante, ya que tela rugosa, ajustada o de lino con el roce y en una sola posición puede provocar lesiones y úlceras en codos, talones y crestas iliacas y estas a su vez pueden llegar a infectarse.

#### ACCIONES DE ENFERMERIA

Antes de identificar la lesión e infección de la piel se indica al familiar que el baño se puede realizar en cama. Por lo que se le enseña como realizarlo y explicarle que la ropa de algodón es menos agresiva.

El baño es una necesidad básica y de gran importancia para el paciente que se encuentra en cama, muchas de las veces no se le realiza porque miembros de la familia no lo pueden llevar hasta la regadera o no se tiene el tiempo para hacerlo.

Cuando el paciente definitivamente no puede levantarse de cama se capacita a la familia para poder realizar el baño en el que se le recomienda hacerlo diario, pero por situaciones familiares se indica cada 3er día.

El paciente con VIH SIDA, el sentirse limpio y cómodo ayuda a estimularlo emocionalmente, ya que generalmente llegan a tener desequilibrios emocionales. En su mayoría el paciente afectado por el VIH/SIDA con un Síndrome de Desgaste cursa con una deshidratación donde la piel tiende a researse, por lo regular la resequedad es generalizada y esta puede ser seborreica.

El baño puede ayudar a evitar esto ya que este proporciona en general:

1.-Relajación muscular y articular

2.- Exfoliante de la piel y la puede mantener suave e hidratada.

3.-Evitar la entrada de agentes patógenos que puedan ocasionar problemas en la piel.

La mecánica corporal en casa ayuda al paciente a mantenerlo activo y evitar la tumefacción muscular y articular por ejemplo:

Los ejercicios se pueden realizar en: Cuello, hombros, cadera, codos, muñecas, dedos, rodillas y tobillos.

Se indica a la familia como realizarlo haciendo una combinación con masaje y aromaterapia que ayuda para la relajación muscular.

#### MECANICA CORPORAL

- Ejercicios:
- Flexión
  - Eversión
  - Hiperextensión
  - Abducción
  - Rotación.

El cambio de posición en cama es también muy importante ya que esto nos puede ayudar a evitar tanto la formación de escaras o úlceras por decúbito y la tumefacción sobre todo muscular.

- Posiciones:
- ☞ Fowler
  - ☞ Semifowler
  - ☞ Pronación
  - ☞ Semipronación
  - ☞ Decúbito lateral
  - ☞ Decúbito dorsal (Trendelenburg).

En caso de existir lesiones o problemas cutáneos las acciones de enfermería y cuidados son:

En infecciones Bacterianas:

1.- En caso de formación de abscesos se debe drenar y realizar curación con agua salina o bidestilada el uso de un buen antiséptico como el benzal e iodine espuma puede ser una buena opción.

Al cubrir la herida tiene que ser con gasa limpia y un buen parche.

2.- Se inicia tratamiento con antibiótico por ejemplo eritromicina, fludoxacilina o utilizar una cefalosporina (ciproflo).

3.- El tratamiento con rifosina y oxido de zinc puede ser una excelente opción para ayudar a sanar y cicatrizar favorablemente el absceso.

En infecciones Micóticas.

1.- Se puede tratar con antimicóticos como fluconazol, ketoconazol e itraconazol tanto por vía oral como tópica.

2.- El aseo de la herida en infecciones micóticas puede ser con agua bicarbonatada ya que puede ayudar a reducir favorablemente la micosis.

3.- Se recomienda a la familia que la zona de la lesión tiene que estar bien seca ya que en caso de humedad el hongo puede extenderse o crear resistencia al tratamiento.

En infecciones Víricas

1. Primero hay que identificar la lesión ya que pueden ser varias, por ejemplo las más comunes en pacientes VIH son:

- ⊖ Herpes Zoster
- ⊖ Herpes Simple
- ⊖ Molusco Contagioso
- ⊖ Papiloma Virus (condilomatosis)

### Herpes Zoster

El herpes Zoster y simple ya sea tipo 1 o 2 pueden tratarse con aciclovir de 800mg.c/6 hrs o 5 veces al día con alivio al dolor. En caso del Herpes simple tipo 1 se puede utilizar aciclovir presentación tópica u oxido de Zinc.

### Molusco Contagioso

El molusco contagioso puede ser extirpado por el personal de salud en este caso médico - enfermera durante la atención domiciliaria, con una aguja de insulina y solución salina o utilizar la podofilina. Se recomienda a la familia no tratar ellos de extraerlos ya que al tener contacto directo puede haber contagio.

### Condilomatosis

En caso de condilomas se utiliza el condil ( podofilina ) en este caso al realizar la curación se le indica y enseña al familiar encargado de su cuidado de cómo aplicarlo y las precauciones que debe tener tanto como para el paciente como para el.<sup>25</sup>

### Ulceras por decúbito o pañal.

- 1.- Indicar al familiar que debe de cambiar de posición por lo menos cada 2 a 4 hrs. En caso del pañal no permitir que el paciente permanezca mucho tiempo mojado o sucio.
- 2.- Realizar la curación con solución salina o agua bidestilada diario por lo menos en cada cambio de pañal o tres veces por día en caso de que el paciente no utilice pañal.

---

<sup>25</sup> Actualización Técnica ONUSIDA **El SIDA: Cuidados Paliativos** Colección Practicas Optimas del ONUSIDA. Febrero del 2001.

Al salir del baño y al realizar la limpieza de la escara se debe secar perfectamente la lesión y utilizar un buen cicatrizante como el óxido de zinc (pasta lassar) y cubrirla con un buen vendaje.

#### Heridas o úlceras

1.- Limpiar la lesión igual con solución salina o agua bidestilada secar bien y colocar un cicatrizante y vendar.

2.- En caso de que la herida se encuentre infectada y con mal olor se utiliza aparte de la solución un buen antiséptico como el benzal o isodine y utilizar un buen antibiótico como los polvos o gel de metronidazol para poder controlar el mal olor y la infección.

3.- Solo cubrir con gasa o apósito para evitar infecciones agregadas. El vendaje no es conveniente ya que evita la oxigenación y ventilación de la herida.

Los problemas neurológicos asociados al VIH/SIDA son una afección importante de las etapas tardías de la enfermedad causada por el VIH.

Los problemas a nivel cerebral pueden afectar hasta un 15 % de las personas que están en una etapa ya avanzada de la enfermedad.

Los trastornos cerebrales asociados a VIH se caracterizan por anomalías en las funciones cognitivas y motrices que consisten en la disminución de la actividad psicomotora con trastornos del comportamiento.

Por ejemplo:

- ⇨ Confusión mental
- ⇨ Pérdida de la memoria, razonamiento y del lenguaje.

En caso de la parte motora lo más frecuente que puede llegar a presentarse es:

- ⇨ Marcha atáxica
- ⇨ Movimientos incoordinados
- ⇨ Hiporreflexia e hiperreflexia
- ⇨ Hipotonía

En la conducta puede llegar a manifestarse:

- ⇨ Aislamiento
- ⇨ Irritabilidad
- ⇨ Sentimiento de culpa
- ⇨ Miedo
- ⇨ Ansiedad

En un problema neurológico ya grave puede llegar a presentarse:

- ⇨ Parálisis generalizada
- ⇨ Atonía
- ⇨ Demencia global.
- ⇨ Incontinencia

No siempre se llega a presentar independientemente a la parálisis y atonía el paciente llega a reconocer y darse cuenta de lo que pasa en su entorno y así mismo.

Los problemas cerebrales pueden darse por diferentes causas en infecciones:

- ⇨ El propio VIH puede ocasionar demencia.
- ⇨ Toxoplasmosis
- ⇨ Criptococosis
- ⇨ Citomegalovirus (CMV).
- ⇨ Tuberculosis cerebral

Cuando se da la atención en casa las cefaleas se toman muchas veces por problemas agregados y no se realiza una exploración neurológica a nuestro paciente.

Las pérdidas de memoria y los olvidos frecuentes que nos refiere la familia lo tomamos como normal por los problemas y afecciones que esta presentando. Sin embargo son síntomas cognoscitivos que se presentan.

Muchas veces a pesar del deterioro mínimo de la capacidad cognitiva que esta presentando el paciente puede estar orientado tanto en tiempo lugar y espacio.

Sin embargo muy pocas veces se examina la parte motora y en la mayoría de las veces es la que nos va indicar que hay algún problema a nivel cerebral.

En caso de enfermería muchas veces hay confusión entre una afección a nivel cerebral, desinterés del paciente por seguir o recibir ayuda o un desequilibrio emocional severo (depresión).

A pesar de esta confusión existe síntomas característicos de una afección neurológica la disminución de la dilatación de pupila o la existencia ya de lo que es midriasis y la afección hacia los reflejos ya que puede existir hipo e hiperreflexia.

Cuando se detecta a tiempo este tipo de afecciones se canaliza inmediatamente al hospital más cercano para poderle realizar estudios de laboratorio y gabinete (TAC y IRM) e iniciar tratamiento y rehabilitación.

En caso de una situación más grave en la que ya no se pueda hacer nada. La actividad de enfermería es capacitar y ayudar a la familia para los cuidados que debe llevar el paciente en casa y las precauciones que deben de tener como familia y ayudar o darle un buen morir a su paciente.

#### FAMILIA - ENFERMERA

El proceso de la enfermedad no tiene un límite de tiempo. La incógnita de cuanto tiempo resta resulta difícil para el paciente y su familia por lo que el desequilibrio emocional no solo afecta al paciente sino también el entorno familiar.

Cuando llega la noticia a casa es posible que se despierten una serie de sentimientos y emociones encontradas desde la mas noble como amor, comprensión, apoyo y cariño como también las mas crueles como compasión, odio, coraje etc.

Todos estos sentimientos y emociones tienen que aprender tanto paciente como familia a manejarlos.

En la mayoría de los casos cuando a una persona se le diagnostica VIH/SIDA la etapa de duelo es inmediata desde negar que le está ocurriendo y que tiene la infección hasta el coraje y la rabia de buscar culpables de lo que le está pasando.

En ese momento no sabemos que tantas cosas pasan por la mente del paciente en caso de un padre o madre de familia la preocupación son los hijos y pareja en caso de ser solo un o una joven piensan en sus padres y hermanos, de cómo comunicarles que tienen VIH. Toda esta neblina que pasa por sus ojos y mentes solo crea una idea ¡Me voy a morir!.

El primero en enterarse después del paciente es su mejor amigo o el hermano con el que mejor se llevan y tienen más confianza después viene la búsqueda de ayuda profesional.

Cuando se llega a enterar toda la familia la primera reacción es negar que esto le está pasando a un miembro de su familia posteriormente sintiendo ira y coraje hacia el por lo que es y ha sido toda su vida y el porque no se cuidó.

Posteriormente existen diferentes cambios emocionales que se puedan presentar como son:

- ☞ Angustia
- ☞ Depresión
- ☞ Miedo
- ☞ Sentimiento de culpa
- ☞ Sentimiento de pérdida del paciente

Cuando se llega a brindar la atención en casa las dudas que tiene la familia son muchas, desde: ¿ como voy a ayudar a mi paciente ?; ¿ que riesgos corro yo como familia de contraer el virus ?; ¿ tiene que abandonar su vida sexual activa ?; ¿Que cuidados requiere mi familiar?; ¿puede comer de todo ?; ¿ que hago si se enferma?.

En la mayoría de los casos de atención domiciliaria la familia lo primero que refiere es que no lo admitieron en algún hospital o que lo dieron de alta voluntaria porque ya no hay nada que hacer.

Cuando se explora al paciente y se detectan problemas y /o necesidades y después de verificar los fármacos que está tomando, se le explica al familiar del estado de su paciente y el plan a seguir, si el paciente esta conciente y orientado se le explica de igual manera lo que se le va a realizar y el tratamiento a seguir.

Enfermería tiene que enseñar e informar de los cuidados que tiene que tener la familia para con el paciente, desde su higiene, alimentación, el manejo de desechos etc. Por ejemplo

#### HIGIENE DEL PACIENTE

La higiene del paciente abarca desde el baño, enseñando y explicando al familiar como realizar un baño de esponja, así como también del aseo bucal, manos, uñas y ropa tanto de la cama como del paciente.

El uso de guantes es muy importante en el manejo de fluidos corporales como son sangre, semen o fluidos vaginales en caso de cambio de pañal o el limpiar, en caso de que el paciente haya vomitado. Así como también de la protección en caso de que exista alguna herida en manos y no se percate de ella.

Los utensilios de comida no es necesario separarlos o desecharlos se pueden lavar con agua, jabón y un chorrito de doro y no hay ningún problema, al igual que con la ropa.

En caso de que la ropa tenga manchas de sangre, semen, fluido vaginal o sangre menstrual solo se coloca en una cubeta con agua y cloro y posteriormente se lava normal y con el resto de la ropa. Se les recuerda y reafirma a la familia que el:

- ☞ Compartir sanitarios
- ☞ Compartir albercas
- ☞ Dormir en la misma habitación
- ☞ Utilizar el mismo retrete
- ☞ El saludar de mano o besos en la mejilla
- ☞ El preparar alimentos
- ☞ El convivir con los amigos y familiares

No son formas de contagio el VIH no se puede transmitir por contacto casual por lo que no es necesario aislar a su paciente sino al contrario tiene que hacer que se sienta parte de los asuntos familiares, esto es para que el paciente se sienta seguro e importante dentro del grupo familiar.

Darle seguridad si es necesario para que perciba que sigue siendo dueño de sus actos; mostrar una actitud amorosa y alentadora no compasiva, ya que su estado emocional es muy sensible y puede tomarlo como "me tienen lastima" por eso me tienen aquí ; no preguntar a todo momento si se siente bien o mal ya que la autocompasión y la sobreprotección se dan mucho en estos casos; discutir todas las decisiones que tenga que ver con el, incluso la más pequeña recordemos que el de las decisiones en todo momento es el.

Todas estas acciones como familia hacia el paciente son positivas ya que el se va a sentir apoyado, comprendido y sobre todo importante para su familia.

## MANEJO DE DESECHOS

En caso de gasas, guantes, vendajes y todo aquel material que se haya utilizado en casa y tenga contacto con sangre se le indica a la familia o persona que este al cuidado del paciente, que en una bolsa de plástico grueso se depositen las cosas y pongan un chorro de cloro y la amarren con una liga y poner una leyenda de material infectocontagioso para tener cuidado y tomar precauciones las personas que manejen la bolsa al desecharla.

En caso de objetos punzo cortantes como son agujas, navajas, rastrillos, vidrio etc, en un recipiente de plástico duro como los recipientes de pino, cloro y jabón líquido llenar  $\frac{3}{4}$  de agua y una o dos tapitas de cloro y colocarlos dentro del recipiente, las jeringas no son necesario encapucharlas se depositan dentro del recipiente y al igual que la bolsa al llenarse, sellarlo bien y colocarle leyenda de material infectocontagioso para tomar precauciones necesarias.

En caso de mascotas, si es gato o perro y están limpios y del todos sanos no hay ningún problema lo único prohibido para el paciente es limpiar su orina y excretas.

En caso de canarios y peceras igual no puede realizarles el aseo ya que en las excretas de los animales hay gérmenes y parásitos que pueden provocar Infecciones oportunistas al paciente.

La enfermera tiene un papel muy importante dentro de la atención domiciliaria que corresponde el brindar una cobertura total a todas las necesidades del paciente y núcleo familiar a través de una atención integral que comprenda el estado físico y emocional del paciente y la familia.

## CAPITULO VI

### PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

El programa de atención integral domiciliaria consisten en brindar una cobertura a todas las necesidades del paciente y familia abarcando desde la afección física, emocional y económica.

Para esto el programa cuenta con una unidad móvil que traslada al personal multidisciplinario al domicilio del paciente.

Este equipo multidisciplinario cuenta con un médico, enfermera, psicólogo y una trabajadora social ya que se pretende cubrir la mayor parte del problema o necesidades del paciente y familia.

### ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE AFECTADO POR EL VIH/SIDA

#### 1.- Atención Médica

Consisten en evaluar el estado actual del paciente para poder tener un diagnostico y brindar un tratamiento oportuno para mejorar su estado de salud actual y poder dar la atención y cuidados necesarios al paciente.

EL evaluar consiste en los signos y síntomas que presenta el paciente, los estudios de laboratorio y gabinete realizados anteriormente y por medio de la auscultación y revisión por parte del médico.

Posteriormente dar indicaciones necesarias a la familia y paciente sobre dieta y administración de medicamentos y en caso de una situación extrema la indicación de hospitalización o bien en una etapa terminal el hecho de esperar el momento del deceso del paciente.

## 2.- Atención Psicológica

La atención psicológica se puede brindar tanto al familiar como al paciente esto significa trabajar con ambos en la situación de duelo y reforzar la información brindada por el médico y enfermera sobre lo que implica el VIH/SIDA.

## 3.- Trabajo Social

Evaluar y valorar la situación económica tanto del paciente como de la familia y poder brindar ayuda desde el tratamiento profiláctico y en ocasiones antirretroviral, estudios de laboratorio y dispensas para poder disminuir un poco el impacto económico que se ha generado por el VIH/SIDA. Otra de las actividades que realiza trabajo social es orientar al paciente o familia en caso de algún problema de cuestión social o laboral y a donde acudir en caso de empeorar el paciente el canalizarlo algún hospital o por defunción que trámites se deben realizar y donde acudir o llamar para solicitar más información.

## 4.- Nutrición.

En la mayoría de los pacientes con SIDA el síndrome de desgaste es muy común de hecho es uno de los principales síntomas que se presenta de la enfermedad cuando se llega a establecer al paciente es importante que recupere por lo menos el 8 al 9% de su peso normal para esto nutrición valora e inicia un control mediante una dieta a base de alimentos que puedan ayudar al paciente a recuperar su peso en caso de una situación económica baja se ajusta y se intenta ayudar al paciente con lo que cuenta la familia y no desajustar más su economía.

## MARCO CONCEPTUAL

**ADN.-** (Ácido desoxirribonucleico).- Gran molécula de ácido nucleico que se encuentra principalmente en los cromosomas de los núcleos de las células vivas. Esta información va codificada en la secuencia de las subunidades nitrogenadas constitutivas de la molécula de ácido desoxirribonucleico.

**ADQUIRIDA.-** Significa que no se transmite por herencia, no es congénita ni tampoco aparece por envejecimiento si no que se obtiene por alguna de las tres formas de transmisión que son: sexual, sanguínea y Perinatal.

**AFACIA.-** Trastorno neurológico que se caracteriza por defecto o ausencia de la función del lenguaje como consecuencia de una lesión en determinadas áreas de la corteza cerebral. La deficiencia puede ser sensorial o receptiva, en cuyo caso el lenguaje no se comprende o no es expresiva en caso de la motora las palabras no pueden formarse o expresarse.

**ANALGESIA.-** Carencia de dolor sin pérdida de conciencia.

**ANESTESIA.-** Ausencia de sensaciones normales, especialmente de sensibilidad al dolor, como la producida por una sustancia anestésica, por hipnosis o la que tiene lugar por lesiones traumáticas o fisiopatológicas del tejido nervioso. La anestesia producida con fines médicos o quirúrgicos pueden ser tópica, local, regional o general y se denomina de acuerdo con la sustancia anestésica utilizada, el método o procedimiento seguido, la zona u órgano anestesiado o la edad o tipo del enfermo.

**ARN.-** ( Ácido ribonucleico ) . Ácido nucleico localizado tanto en el núcleo como en el citoplasma celular, que transmite la información genética desde el núcleo hasta el citoplasma. En el citoplasma cumple la función de ensamblaje de las proteínas.

**ATÍPICOS.**- Que no posee ni pertenece a un tipo regular

**CAVITACION.**- Formación de cavidades en el organismo como las que se forman en el pulmón en el curso de la tuberculosis.



**CD.**- Grupo de diferenciación por sus siglas en idioma inglés *Cluster of differentiation*. Receptores proteicos en la superficie de los grupos de células del sistema inmunológico que las distinguen entre sí.

**CD4.**- Proteína que se encuentra en la superficie de algunas células que por esta razón toman este nombre "Células CD4", particularmente la proteína en las células cooperadoras o linfocitos T4, en macrófagos o células dendríticas; esta proteína atrae al VIH debido a su afinidad con las espículas o protuberancias que este tiene en su cubierta interior.

**CDC** (*Centers for Disease Control*) El Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos de América con sede en la ciudad de Atlanta, Georgia, fueron fundados en 1942 con el nombre de Oficina de Control de Paludismo en las zonas de guerra, y rebautizados con su nombre actual en 1980; dependen del Departamento de Salud y Servicios Humanos y como su nombre lo indica tienen por misión investigar, combatir y de ser posible erradicar las enfermedades contagiosas. Es la entidad responsable de la vigilancia e investigación epidemiológica de alto nivel incluyendo el SIDA; a estos centros se reparten los casos de SIDA detectados en los Estados Unidos de Norteamérica. Los CDC publican desde 1961 un boletín semanal llamado *Morbidity and Mortality Weekly Report*, en cuyo número correspondiente al 5 de junio de 1981, se hizo el primer reporte oficial de la aparición del SIDA.

**CITOPLASMA.-** Contenido de una célula exceptuando el núcleo.

**CITOTOXINA.-** Sustancia que tiene un efecto tóxico sobre determinadas células.

**CV (CARGA VIRAL).-** Número de copias del virus de inmunodeficiencia humana en la sangre. Cantidad de virus que existe en el organismo por unidad de volumen de sangre. Este marcador cada vez se considera más importante. La medición de carga viral es muy importante por la correlación que existe entre ésta y el avance del padecimiento, también sirve para saber en qué momento establecer tratamiento y para determinar más rápidamente la efectividad de los fármacos.

**DISNEA.-** Dificultad para respirar que puede deberse a cierta enfermedad cardíaca o respiratoria.

**DISTONIA.-** Anomalía rara caracterizada por espasmos musculares de torsión, intensos e irregulares, que contorsionan el cuerpo.

**ELISA** (*Enzyme-linked immunosorbent assay*) El Ensayo Inmunoenzimático absorbente. Estudio inmunológico de laboratorio por medio de reactivos para detectar diversos gérmenes, tales como virus, protozoarios, mediante la detección de anticuerpos específicos contra ellos o alguno de sus antígenos. Consiste en mostrar por una reacción coloreada, la presencia de moléculas que se ligan de manera específica a las proteínas purificadas del VIH.

**ENFOQUE .-** Descubrir y comprender los puntos esenciales de un problema para tratarlo acertadamente.

**EPIDEMIA.-** Enfermedad que se transmite rápidamente en un segmento demográfico humano que puede oscilar entre un área geográfica delimitada como una unidad de población uniforme como las personas de una misma región.

**ESPASTICIDAD.-** Relativo a espasmos u otras contracciones no controladas de los músculos esqueléticos.

**ESTERTORES.-** Sonido respiratorio anormal que se escucha en la exultación torácica durante la inspiración y se caracteriza por burbujeo discontinuo los estertores finos tienen un sonido crepitante producido por la entrada de aire en los bronquiolos o alvéolos dístales que contienen diversas secreciones, como sucede en la insuficiencia cardíaca congestiva, la neumonía o la tuberculosis precoz.

**ESTIGMA.-** Signo permanente de una afección que lo señala o caracteriza, por ejemplo la cicatriz de una herida . En algunos lugares y épocas se acostumbraba marcar a los criminales con un estigma. El estigma social es una característica de ciertos grupos, haciéndolos víctimas del rechazo o antagonismo. La estigmatización es una marca de señalar y discriminar a un grupo social determinado.

**EXACERBANDO.-** Aumento de la gravedad de una enfermedad o trastorno que viene marcado por la mayor intensidad de los signos y síntomas que presenta el paciente.

**HEMIPLEJIA.-** Parálisis de un lado del cuerpo. Entre los distintos tipos destacan la hemiplejia cerebral, facial y espática denominada también parálisis unilateral.

**HEMOFILIA.-** Es un trastorno hereditario caracterizado por una tendencia hemorrágica patológica. Existen dos tipos distintos pero clínicamente indistinguibles: la hemofilia A y hemofilia B. Hemofilia A o forma clásica, se debe a la deficiencia o ausencia del factor antihemofílico o factor VIII.

**HILIO.-** Depresión o excavación de un órgano por lo que penetran los vasos y nervios.

**HIPOXIA.-** Tensión reducida e inadecuada del oxígeno arterial, que se caracteriza por cianosis, taquicardia, hipertensión, vasoconstricción periférica, vértigos y confusión mental.

**INFECCIONES OPORTUNISTAS (IO).-** Son causadas por microorganismos que comúnmente se encuentran presentes en el organismo humano o en el medio ambiente, pero que solo produce enfermedad en las personas que no presentan condiciones óptimas de salud y aparece en el organismo aprovechando la oportunidad que tiene de multiplicarse al disminuir las defensas del organismo entre otras causas por el empleo de la quimioterapia, uso de medicamentos inmunosupresores como los corticosteroides o por la acción del VIH.

**INMUNIDAD CELULAR.-** Mecanismo de la inmunidad adquirida que se caracteriza por la acción dominante de los linfocitos T intervienen en la resistencia frente a ciertas enfermedades infecciosas producidas por virus y algunas bacterias y en las reacciones de hipersensibilidad tardía, así como en algunos aspectos de la resistencia de cáncer determinadas enfermedades auto inmunes el rechazo de injertos y algunas alergias.

**INMUNIDAD HUMORAL.-** Inmunidad que aparece a respuesta a antígenos bacterianos y tejidos extraños. La inmunidad humoral depende de anticuerpos que forman parte de las inmunoglobulinas A, B y M producidas por las células plasmáticas del sistema reticuloendotelial.

**INMUNODEFICIENCIA.-** Significa que el sistema inmunológico está disminuido y no es capaz de defender eficazmente al organismo contra el ataque de microorganismos oportunistas.

**INMUNODEFICIENCIA.-** Significa que el individuo en el que existe un estado anormal del sistema inmunitario, por el que la inmunidad celular o la humoral son inadecuadas y disminuyen la resistencia a las infecciones.

**IRM (Imagen de Resonancia Magnética).**- Visualización del organismo mediante el empleo de ondas de radio y magnetismo, especialmente de los tejidos suaves internos, que permite diagnosticar y analizar cambios en su estructura.

La resonancia magnética es un procedimiento de alta confiabilidad para el diagnóstico de enfermedades del sistema de vacío que provoca vaso dilatación y por tanto erección.

**LINFADENOPATIA.**- Proceso patológico que afecta a uno o varios nódulos linfáticos.

**MARCHA ATÁXICA.**- Trastorno de la marcha que se caracteriza por la lenta degeneración de parte del organismo o su totalidad y la pérdida progresiva de los reflejos periféricos.

**MEDIASTINO.**- Porción de la cavidad torácica en la mitad del tórax entre los sacos pleurales que contienen los pulmones. Se extiende desde el esternón hasta la columna vertebral y contiene todas las vísceras torácicas excepto los pulmones.

**MILIAR.**- Que se caracteriza por la aparición de lesiones muy pequeñas similares a las semillas de mijo. Por ejemplo en la tuberculosis miliar con formación de tubérculos diminutos distribuidos por todo el cuerpo.

**MITOGENO .-** Agente que desencadena la mitosis.

**MITOSIS.**- Tipo de división celular que determina la formación de dos células hijas genéticamente idénticas, con el número diploide de cromosomas característico de la especie.

**NEUROPATÍA .-** Inflamación y degeneración de un nervio o célula nerviosa, especialmente las células de las raíces espinales.

**PANDEMIA** .- Enfermedad expandida a muchos países o que afecta a casi todos los habitantes de un lugar.

**RETICULOENDOTELIAL- (SER)** Sistema, más funcional que anatómico del organismo implicado principalmente en la defensa frente a las infecciones y en la distribución de los productos provenientes de la destrucción celular. Está compuesto por macrófagos, células de Kupffer del hígado y células reticulares del pulmón, la médula ósea, el bazo y los ganglios linfáticos.

**SEROLOGIA.-** Rama de la bioquímica clínica que estudia el suero en busca de signos de infección mediante la evaluación de reacciones antígeno anticuerpo in vitro.

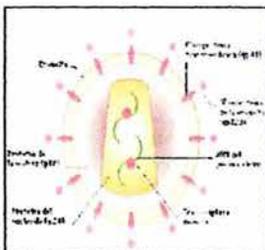
**SIDA.-** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida:

Síndrome.- es el conjunto de síntomas que se presentan independientemente de las causas que lo provoca; en el caso de SIDA, en realidad hablamos de un conjunto de síndromes, como el síndrome de Insuficiencia Respiratoria, síndrome de mala absorción intestinal, síndrome meníngeo y otras más habitualmente en el predominio de uno de ellos.

**TAC (Tomografía Axial Computarizada)** .- Técnica en la cual se utiliza un tubo de rayos X, 2 detectores de radiación, una impresora una máquina de escribir y un ordenador con disco magnético para visualizar.

**TEORIA.-** Conocimiento especulativo considerado con independencia de toda aplicación.

**VIH** .- El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) está formado por un nucleoide envuelto en una matriz proteica que a su vez está encerrada por una envuelta lipídica. El nucleoide contiene el material genético del virus y la enzima transcriptasa inversa, necesaria para la replicación vírica. Las glicoproteínas transmembrana GP 41 y de la envuelta GP 120, enlazadas con la envuelta vírica, permiten al VIH acoplarse y fundirse con la célula diana.



**VIRION**.- Partícula vírica rudimentaria compuesta de un nucleoide central rodeado por una cubierta proteica o cápside. La nucleocápside completa con un núcleo de ácido nucleico puede constituir un virus completo. Como los adenovirus y los pocornavirus o estar a su vez virus y mixovirus. Esta envoltura es una membrana que contienen lípidos, proteínas y carbohidratos y presenta en su superficie estructura espículas.

**VIS**.- El virus de la inmunodeficiencia de los simios es un microorganismo similar al VIH que ataca a los simios, la existencia de este hecho ha permitido que muchos de los experimentos con medicamentos o vacunas se hagan en simios, considerando que existe ese padecimiento similar entre estos mamíferos, esperando luego poder aplicar dichos fármacos en humanos si los resultados son satisfactorios. Aunque los simios lleguen a infectarse con el VIS, no llega a desarrollar enfermedad hasta el punto de que les provoque la muerte como en el caso del SIDA.

**WB ( Western Blot )** . Prueba confirmatoria de la presencia en la sangre de anticuerpos al VIH. Se emplea después de que una prueba de ELISA ha dado un resultado positivo. Es más confiable que la ELISA, ya que detecta de 8 a 10 anticuerpos VIH contra que detecta ELISA, pero es más difícil y costosa.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL.

- Dar a conocer cual importante es la atención de enfermería dentro de un Programa de Atención Integral Domiciliaria a personas afectadas que viven con el VIH/SIDA brindándole atención integral para poder incrementar la calidad de vida al paciente y ayudarle al bien morir

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Disminuir las complicaciones generadas por las Infecciones Oportunistas (IO) para mejorar la calidad de vida del paciente
- Mejorar el estilo de vida de la persona afectada por medio de la atención y cuidados de enfermería y la capacitación de los familiares para la atención del paciente en casa.
- Capacitar al familiar encargado de la persona afectada para disminuir la infección en las actividades de atención y cuidados en casa.
- Brindar atención Psicológica al familiar para disminuir el desequilibrio emocional que los familiares puedan presentar.

## **HIPOTESIS**

- El brindar una atención integral en el Domicilio de la persona afectada por el VIH/SIDA mejora el estilo de vida del paciente a través de la atención Psicológica, nutricional y sobre todo los cuidados de enfermería ya que disminuye las complicaciones que se generan por las Infecciones Oportunistas y otros malestares físicos que afectan al paciente.
  
- El capacitar e informar al familiar sobre la enfermedad, los cuidados que deben proporcionarle al paciente y las precauciones que deben tener para evitar riesgos para adquirir la infección ayuda a disminuir de manera importante la carga emocional que esta se genera al llegar la noticia a casa.

## **METODOLOGÍA**

### **ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN**

- Unidad de Investigación

Son todas aquellas personas afectadas por el VIH/SIDA incluyendo a sus familiares.

- Criterios de Inclusión.

A.- Se incluirán en el estudio solamente pacientes afectados por el VIH/SIDA que tengan incapacidad de trasladarse al centro de atención o aquellos que ya estén en una etapa terminal.

B.- Se incluirán en el estudios solamente aquellos pacientes y familia afectados por el VIH/SIDA, principalmente aquellos que carecen de recursos económicos que no le permiten satisfacer sus necesidades básicas.

- Criterios de Exclusión

A.- No se incluirá a todos aquellos pacientes no afectados por la enfermedad de SIDA y que cuenten con un nivel socioeconómico alto y seguridad social llámese (IMSS, ISSSTE u otros).

## DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

- Universo.

Todas aquellas personas afectadas por el VIH/SIDA y núcleo familiar del D.F. y áreas conurbanas con incapacidad de trasladarse a un centro de atención o que se encuentren ya en una fase terminal.

- Población.

Son 90 personas afectadas por el VIH/SIDA y 350 familiares en capacitación del D.F. y área conurbana con incapacidad de traslado al centro de atención.

- Muestra.

Son 30 pacientes con afección por VIH/SIDA todos ellos con una afección socioeconómica familiar importante e incapacitados para trasladarse al centro de atención en su mayoría mujeres de área conurbana algunos no cuentan con servicio médico, ni tratamiento y en su defecto se han realizado más de 2 visitas.

Por lo tanto han sido 200 familiares capacitados para poder brindar una mejor calidad de vida a su paciente.

## VARIABLES

### 1era Hipótesis

- INDEPENDIENTE: Atención Integral Domiciliaria.
- DEPENDIENTE: Mejorar el estilo de vida del Paciente por medio de la Atención médica, Psicológica, Nutricional y sobre todo los cuidados de enfermería.

### 2da Hipótesis

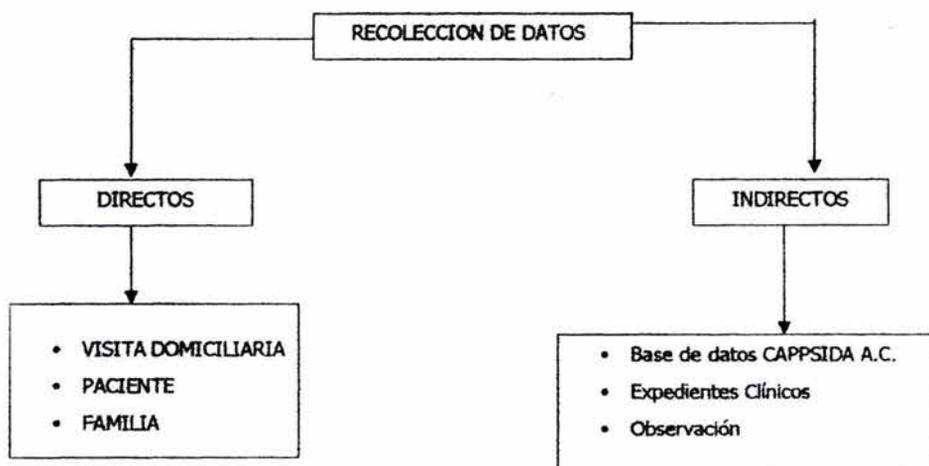
- INDEPENDIENTE: Capacitación e Información a la familia.
- DEPENDIENTE: Disminuir de manera importante la carga emocional que se genera al llegar la noticia a casa.

## TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación que se realiza es de tipo longitudinal de forma descriptiva ya que uno de los objetivos de la investigación es conocer la evolución y estabilización del paciente afectado por el VIH/SIDA a través de la atención integral domiciliar que se le brinda al paciente y la descripción completa de el estado de salud del paciente posterior a la exposición y adquisición de la infección.

Sobre todo conocer, la situación, costumbres y actitudes predominantes mediante la descripción tanto del paciente como de su núcleo familiar.

### FLUJOGRAMA DEL PLAN DE RECOLECCION DE DATOS



**Cuadro #1**

**NUMERO DE CASOS ATENDIDOS POR GENERO EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA .**

| <b>GENERO</b> | <b># DE CASOS</b> | <b>%</b> |
|---------------|-------------------|----------|
| Masculino     | 17 Casos          | 56.7 %   |
| Femenino      | 13 Casos          | 43.3 %   |
| Total         | 30 Casos          | 100 %    |

FUENTE.- Base de Datos de CAPPSIDA A.C

**GRAFICA # 1.**

**NUMERO PORCENTUAL DE CASOS EN EL PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA**



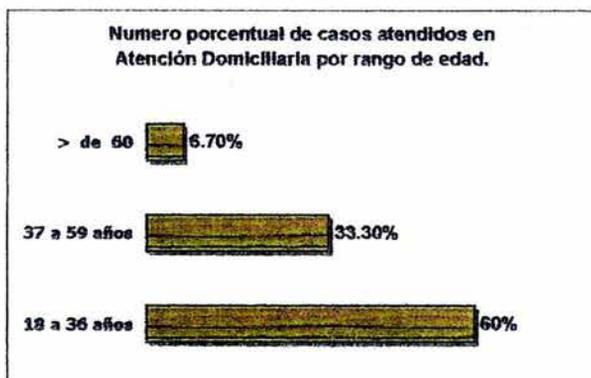
FUENTE.- Cuadro #1 (Base de Datos CAPPSIDA)

**ANÁLISIS DE DATOS.-** Uno de los grupos sociales mas afectados por el VIH/SIDA son las mujeres ya que cada día se incrementa mas el numero de casos en esta población. El número de mujeres diagnosticadas por VIH/SIDA es aproximadamente de el 15.3% a un más los casos acumulados que corresponden a un 13.5 % en su mayoría mujeres amas de casa de entre 18 a 45 años de edad. Estamos hablando de la población a nivel nacional por lo que en atención domiciliaria encontramos aun prevaeciente por el 57% a el genero masculino pero en aumento al genero femenino ya que se encontró un 43%.

**CUADRO #2****Numero de casos atendidos en Atención Domiciliaria por rango de edad**

| Rango de edad | # de Casos | %     |
|---------------|------------|-------|
| 18 a 36 años  | 18 casos   | 60%   |
| 37 a 59 años  | 10 casos   | 33.3% |
| > de 60       | 2 casos    | 6.7%  |
| Total         | 30 casos   | 100%  |

FUENTE.- Base de Datos de CAPPSIDA A.C.

**GRAFICA #2**

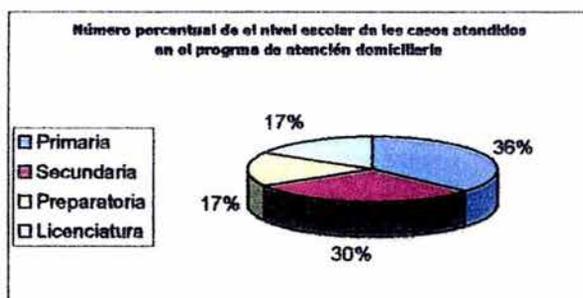
FUENTE.- Cuadro #2. ( Base de Datos de CAPPSIDA A.C.)

**ANÁLISIS DE DATO.-** Dentro de la población atendida la mayoría se encuentra en edad reproductiva y con una vida sexual activa por lo que al adquirir la infección por VIH en su mayoría ha sido por vía sexual sin haber utilizado protección, la segunda vía de transmisión es la sanguínea ya que a pesar del control de Bancos de Sangre existen todavía casos de infección por esta vía con más predominio el uso de drogas intravenosas.

**CUADRO #3****Nivel de escolaridad de los casos que se les brinda  
Atención Integral Domiciliaria**

| Escolaridad  | Numero de casos | %      |
|--------------|-----------------|--------|
| Primaria     | 11 casos        | 36.6 % |
| Secundaria   | 9 casos         | 30 %   |
| Preparatoria | 5 casos         | 16.6 % |
| Licenciatura | 5 casos         | 16.6%  |
| Total        | 30 casos        | 100 %  |

FUENTE.- Base de Datos de CAPPSIDA A.C.

**GRAFICA #3**

FUENTE.- Cuadro #3 ( Base de Datos de CAPPSIDA A.C.)

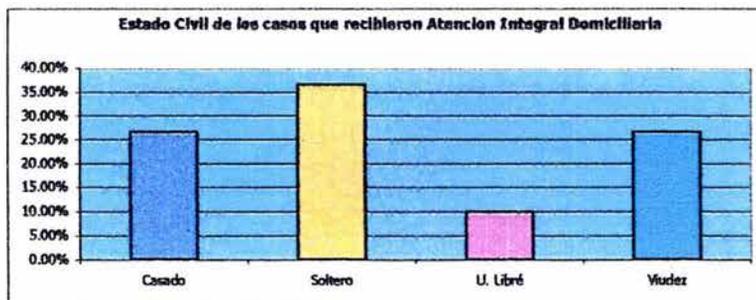
ANALISIS DE DATOS.- Dentro de los casos atendidos en el Programa de Atención Integral Domiciliaria el nivel de escolaridad predominante fue el de Primaria encontrándose algunos casos de no haber concluido. El nivel de escolaridad en algunos casos también representa un nivel socioeconómico bajo al igual que un nivel cultural por lo que los factores de riesgo de contraer el VIH son altos desde prostitución, alcoholismo, hasta drogadicción.

**CUADRO #4**

**Estado Civil de los Casos Atendidos  
en el Programa de Atención Integral Domiciliaria**

| Estado Civil | Numero | %      |
|--------------|--------|--------|
| Casado       | 8      | 26.6 % |
| Soltero      | 11     | 36.6 % |
| U. Libré     | 3      | 10 %   |
| Viudez       | 8      | 26.6 % |
| Total        | 30     | 100 %  |

FUENTE.- Base de Datos de CAPPSIDA A.C

**GRAFICA#4**

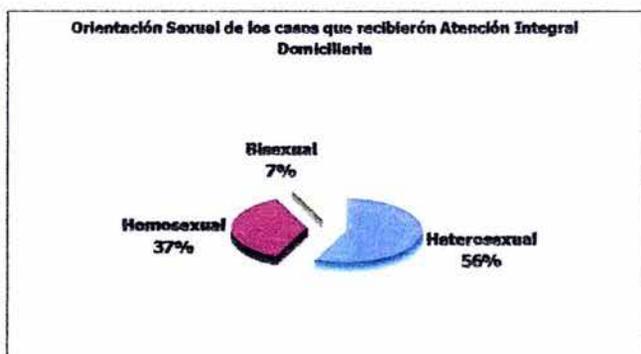
FUENTE.- Cuadro #4 ( Base de Datos de CAPPSIDA A.C.)

**ANÁLISIS DE DATOS.-** La mayoría de los pacientes en atención se encuentran solteros pero si nos damos cuenta el número de personas casadas va en aumento por supuesto al igual que la columna de viudez por lo cual esta asociado ya que muchas de las pacientes a las que brindamos el servicio de atención domiciliaria se encuentran ya en un estado civil de viudez ya que su pareja falleció a causa de la infección.

**CUADRO #5****Orientación Sexual de los casos presentados  
en Atención Integral Domiciliaria**

| Orientación Sexual | Número | %      |
|--------------------|--------|--------|
| Heterosexual       | 17     | 56.6 % |
| Homosexual         | 11     | 36.6 % |
| Bisexual           | 2      | 6.7 %  |
| Total              | 30     | 100 %  |

FUENTE.- Base de Datos de CAPPSIDA A.C

**GRARICA # 5**

FUENTE.- Cuadro #5 ( Base de Datos de CAPPSIDA A.C.)

**ANÁLISIS DE DATOS.-** El grupo social afectado por el VIH desde sus inicios fueron las personas homosexuales y desde la fecha el SIDA ha sido una enfermedad de homosexual sin embargo el VIH no conoce sobre orientación sexual por lo que afecta a cualquier persona independientemente si sea homosexual o no la Población heterosexual a incrementado el número de casos por infección al VIH.

**CUADRO #6**

**Numero de casos que se les brindo  
la Atención Integral en su domicilio por lugar de procedencia**

| Lugar de Procedencia | Número | %      |
|----------------------|--------|--------|
| Distrito Federal     | 13     | 43.3 % |
| Oaxaca               | 7      | 23.3 % |
| Veracruz             | 2      | 6.6 %  |
| Estado de México     | 5      | 16.6 % |
| Puebla               | 2      | 6.6 %  |
| Tlaxcala             | 1      | 3.3 %  |
| Total                | 30     | 100 %  |

FUENTE.- Base de Datos de CAPPSIDA A.C

**GRAFICA #6**

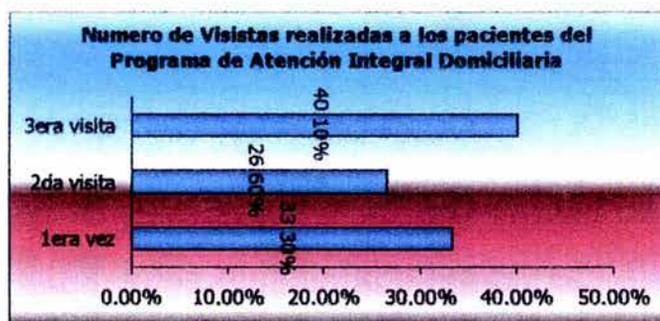
FUENTE.- Cuadro #6 ( Base de Datos de CAPPSIDA A.C.)

**ANÁLISIS DE DATOS.-** La mayoría de la población Atendida en su domicilio es de procedencia del D. F. Sin embargo se encontraron personas de diferentes procedencias de la republica mexicana. Oaxaca y el Estado de México (Ecatepec, nezahualcoyotl, Nahucaipon) fueron algunos de los lugares de procedencia que más se encontró la mayoría radicando en el D. F. Por la atención médica alguno de ellos canalizados a albergues por falta de lugar donde llegar ya que la estancia era más de una semana.

**CUADRO #7****Numero de Visitas Realizadas a los pacientes  
A quienes se les brindo la atención en su domicilio.**

| Visitas Realizadas | Número de Visitas | %      |
|--------------------|-------------------|--------|
| 1era vez           | 10                | 33.3 % |
| 2da visita         | 8                 | 26.6 % |
| 3era visita        | 12                | 40.1%  |
| Total              | 30                | 100 %  |

FUENTE.- Base de Datos de CAPPSIDA A.C

**GRAFICA #6**

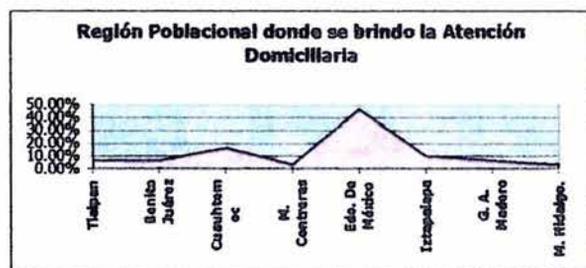
FUENTE.- Cuadro #7 ( Base de Datos de CAPPSIDA A.C.)

ANÁLISIS DE DATOS.- Durante la Visita domiciliaria y sobre la atención y valoración que recibía el paciente se determinaba si se realizaba una nueva visita, si el paciente a pesar de su mal estar de salud podía ser trasladado por la familia al centro o si era necesario hospitalizarlo todo esto dependía tanto del estado de salud del paciente como la decisión que el tomara cuando se llegan a realizar más de dos visitas es porque el paciente se encuentra en un estado de salud delicado, no decide hospitalizarse o simplemente solo hay que esperar el momento de su deceso y para eso hay que preparar a la familia para que pueda darle la mejor atención para una calidad de vida.

**CUADRO #8****Región Poblacional dónde se brinda  
la Atención Integral Domiciliaria**

| Delegación     | Número de casos | %      |
|----------------|-----------------|--------|
| Tlalpan        | 2               | 6.6 %  |
| Benito Juárez  | 2               | 6.6 %  |
| Cuauhtemoc     | 5               | 16.6 % |
| M. Contreras   | 1               | 3.3 %  |
| Edo. De México | 14              | 46.6 % |
| Iztapalapa     | 3               | 10 %   |
| G. A. Madero   | 2               | 6.6 %  |
| M. Hidalgo.    | 1               | 3.3 %  |
| Total          | 30              | 100 %  |

FUENTE.- Base de Datos de CAPPSIDA A.C

**Grafica #8**

FUENTE.- Cuadro #8 ( Base de Datos de CAPPSIDA A.C.)

**ANÁLISIS DE DATOS.-** Uno de los Criterios de Inclusión eran todas aquellas personas que vivían con VIH/SIDA de cualquier zona territorial llámese D. F y zonas conurbanas y la mayoría de las visitas se realizaron en el estado de México (Ect, Neza, Naucalpan, Tlanepantla, los Reyes etc). Sin embargo la delegación más visitada fue la del. Cuauhtemoc e Iztapalapa.

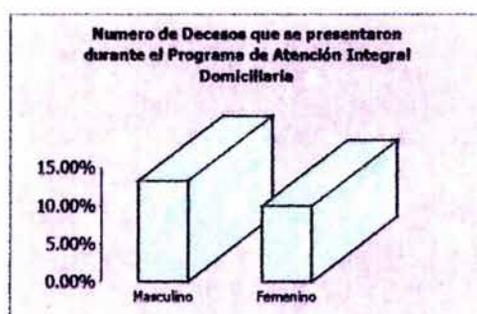
### Cuadro #9

#### Numero de decesos que se presentaron en el Programa de Atención Integral Domiciliaria

| Genero    | # de decesos | %     |
|-----------|--------------|-------|
| Masculino | 4            | 13.3% |
| Femenino  | 3            | 10%   |
| Total     | 7            | 23.3% |

FUENTE.- Base de Datos de CAPPSIDA A.C

### Grafica #9



FUENTE.- Cuadro #9 ( Base de Datos de CAPPSIDA A.C.)

ANÁLISIS DE DATOS.- A pesar de el Programa de Atención Integral Domiciliaria se llegaron a presentar 7 defunciones ya que el estado en el que se encontraba el paciente era casi imposible poder hacer algo simplemente se ayudo al familiar a trabajar emocionalmente la perdida de su paciente sin embargo de los 7 en fallecer 3 de siete contaban con familia y un estado socioeconómico no abundante pero solvente para estos gastos sin embargo lo otos 4 al desafortunadamente la muerte fue en condición infrahumana.

## PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Fueron 17 pacientes masculinos y 13 femeninos con edad promedio de 36 años de edad (rango de edad 18 a 59 años). Con una escolaridad mínima de primaria con estado civil de soltería.

La mayoría de los pacientes en atención médica en el Centro es Homosexual sin embargo en atención domiciliaria se encontró que la población heterosexual en su mayoría mujeres amas de casa afectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana va en aumento sin embargo la población fue la que más se identificó en el Programa de Atención.

En general los pacientes atendidos dentro del Programa de Atención Integral Domiciliaria fueron de procedencia del D.F. sin embargo algunas procedencias que destacaron dentro del Programa fueron de Oaxaca y Estado de México.

Sin embargo la zona territorial más afectada por la infección por VIH/SIDA son las zonas conurbanas ya que el Estado de México fue uno de los lugares más visitados para brindar atención todos ellos de un estatus económico bajo.

La delegación Iztapalapa y Cuauhtemoc también fueron una de las delegaciones con mayor número de visitas.

El Programa cumplió en su mayoría con su finalidad ya que al Brindar la atención al paciente y familia en domicilio disminuyó la carga emocional y la afección física se brindó ayuda con despensas y en algunas ocasiones con medicamento para disminuir la carga socioeconómica y en mínima cantidad pero también se ayudó en exámenes de laboratorio como C.V. y CD4. Dentro del Programa de Atención Integral solo se presentaron 7 defunciones 2 de ellas en su domicilio 1 en atención Hospitalaria y las otras 3 desafortunadamente en diferentes albergues en condiciones infrahumanas.

## CONCLUSIONES

El VIH/SIDA, en el atardecer del siglo XX, es como una mancha de aceite que se extiende hacia los confines de la actividad y el conocimiento humano sin dejar lugar a la indiferencia y sin omitir ninguna zona en la que nos podamos sentir seguros y al margen. El VIH/SIDA exige alianzas, cooperación interdisciplinaria y solidaridad interprofesional para con los afectados. El rol de enfermería frente a la problemática del SIDA es de que se le considera a la persona como una totalidad por lo que al brindarle la atención esta es integral siendo en el domicilio, hospital y Consulta Externa.

Las teorías holísticas promocionan la idea de que la estabilidad y la recuperación esta en uno mismo por lo cual es importante y fundamental transmitirlo a cualquiera de nuestros paciente.

Por lo que es importante la actitud del profesional de enfermería ante un paciente afectado por el VIH/SIDA ya que como primera reacción ante un caso diagnosticado ciertamente de VIH suele ser de rechazo y miedo al tener que realizar algún cuidado llevando a cabo el tratamiento como a cualquier otro paciente pero tomando el máximo cuidado y extremando las medidas de prevención y autoprotección.

En caso de nuestra población en su mayoría no existe una cultura de prevención y esto a generado que millones de personas estén afectadas por esta enfermedad que pudo ser prevenida. Al centrarnos mas en la prevención de los problemas de salud que en los problemas de salud que en los aspectos terapéuticos es importante desarrollar técnicas, programas o talleres para brindar conocimiento y desarrollo de habilidades para establecer una mejor relación con los pacientes, misma que sirviera como vehículo para la prevención de enfermedades y problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva.

# ANEXOS

**ATENCIÓN INTEGRAL****HISTORIA CLÍNICA GENERAL**

FECHA DE APERTURA: \_\_\_\_\_

FOLIO: \_\_\_\_\_

I.

|   |                        |                            |
|---|------------------------|----------------------------|
| NOMBRE: _____   |                        |                            |
| Apellido Paterno  | Apellido Materno       | Nombre (s)                 |
| FECHA DE NACIMIENTO: _____  |                        | LUGAR DE NACIMIENTO: _____ |
| OCUPACIÓN: _____  |                        | EDAD: _____                |
| Anterior  | Actual                 |                            |
| ESCOLARIDAD: _____ COMPLETA ( ) INCOMPLETA ( ) SEXO: (F) (M)                  |                        |                            |
| PREFERENCIA SEXUAL _____ FECHA DE DIAGNOSTICO DE VIH: _____                   |                        |                            |
| LUGAR DONDE SE REALIZÓ EL EXÁMEN: _____                                       |                        |                            |
| ESTADO CIVIL: SOLTERO ( ) CASADO ( ) UNIÓN LIBRE ( ) DIVORCIADO ( ) VIUDO ( ) |                        |                            |
| DERECHOHABIENTE: <input type="checkbox"/> IMSS ( ) ISSSTE ( ) OTRO: _____     |                        |                            |
| DOMICILIO: DEFINITIVO ( ) Exterior DAL ( ) FORÁNEO ( )                        |                        |                            |
| Calle   | Número Exterior        | Número Interior            |
| Colonia   | Delegación o Municipio | C.P.                       |
| Ciudad  | Estado                 | Teléfono                   |

II.

|   |                        |                 |
|---|------------------------|-----------------|
| NOMBRE DE ALGÚN FAMILIAR O ACOMPAÑANTE: _____ |                        |                 |
| Parentesco                                    |                        |                 |
| _____   |                        |                 |
| _____   |                        |                 |
| Apellido Paterno                              | Apellido Materno       | Nombre (s)      |
| DOMICILIO: _____                              |                        |                 |
| Calle   | Número exterior        | Número interior |
| Colonia                                       | Delegación o Municipio | C.P.            |

### ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

III.

| NOMBRE | PARENTESCO | EDAD | ESCOLARIDAD | OCUPACION | INGRESO |
|--------|------------|------|-------------|-----------|---------|
|        |            |      |             |           | \$      |
|        |            |      |             |           | \$      |
|        |            |      |             |           | \$      |
|        |            |      |             |           | \$      |
|        |            |      |             |           | \$      |

|                                 |  |                       |  |
|---------------------------------|--|-----------------------|--|
| NÚMERO PERSONAS QUE VIVEN EN EL |  | PERSONAS QUE TRABAJAN |  |
| PERSONAS ECONOMICAMENTE         |  |                       |  |

IV.

|  |
|--|
| <b>OCUPACIÓN DEL TIEMPO LIBRE DEL BENEFICIARIO</b> |
|  |

V.

| INGRESOS MENSUALES         |                           | PROMEDIO | EGRESO FAMILIAR           |           | PROMEDIO |
|----------------------------|---------------------------|----------|---------------------------|-----------|----------|
| BENEFICIARIO               | \$                        |          | ALIMENTACION              | \$        |          |
| PADRE                      | \$                        |          | VIVIENDA (RENTA O PREDIO) | \$        |          |
| MADRE                      | \$                        |          | CREDITO PARA VIVIENDA     | \$        |          |
| HERMANO (S)                | \$                        |          | LUZ                       | \$        |          |
| CONYUGE                    | \$                        |          | AGUA                      | \$        |          |
| HIJO (S)                   | \$                        |          | TELEFONO                  | \$        |          |
| OTROS                      | \$                        |          | TRANSPORTE                | \$        |          |
| <b>TOTAL</b>               | <b>\$</b>                 |          | GASOLINA                  | \$        |          |
| SERVICIOS PUBLICOS         | (SI) (NO)                 |          | EDUCACION                 | \$        |          |
| RECAMARAS                  | (1 a 2) (3 a 4) (5 o más) |          | ABONOS                    | \$        |          |
| APARATOS ELECTRODOMESTICOS |                           |          | CONSUMOS ADICIONALES      | \$        |          |
|                            |                           |          | <b>TOTAL</b>              | <b>\$</b> |          |

|                      |
|----------------------|
| <b>OBSERVACIONES</b> |
|                      |
|                      |

|                           |
|---------------------------|
| <b>DIAGNOSTICO SOCIAL</b> |
|                           |
|                           |
|                           |
|                           |

| CLASIFICACION   | TIPO |
|-----------------|------|
| 0 - 24 PUNTOS   | A    |
| 25 - 49 PUNTOS  | B    |
| 50 - 64 PUNTOS  | C    |
| 65 - 100 PUNTOS | D    |
| MENOS DE 24     | E    |

| SUGERENCIAS DE CUOTA | TIPO  |
|----------------------|-------|
| NORMAL               | 100   |
| MEDIA                | 70    |
| MINIMA               | 50    |
| EXCENTA              | NULO  |
| ESPECIAL             | > 100 |



VIFEDA.org.mx



## HISTORIA CLINICA

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE:

EXP.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS FAMILIARES

ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y QUIRÚRGICOS

ANTECEDENTES GINECO - OBSTETRICOS

PADECIMIENTO ACTUAL

| PESO | TALLA | TENSIÓN ARTERIAL | PULSO | RESPIRACIÓN | TEMPERATURA |
|------|-------|------------------|-------|-------------|-------------|
|      |       |                  |       |             |             |

## EXPLORACIÓN FÍSICA

INSPECCIÓN GENERAL

CABEZA

CUELLO

TORAX

EXTREMIDADES

ABDOMEN

GENITALES

TACTO VAGINAL

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA -

PLAN

INDICACIONES Y PRESCRIPCIONES

---

EVALUÓ  
NOMBRE // FIRMA



**REPORTE DE VISITA DOMICILIARIA PROYECTO CAPPSIDA**

FECHA \_\_\_\_\_ EXP. \_\_\_\_\_

HORA DE INICIO \_\_\_\_\_ HORA DE TÉRMINO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL FAMILIAR RESPONSABLE \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA VISITA DOMICILIARIA \_\_\_\_\_

DATOS DE LOCALIZACIÓN

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PERSONAL OPERATIVO DE CAMPO:



**REPORTE DE ASESORIA A FAMILIARES SOBRE ATENCION DOMICILIARIA  
PROYECTO CAPPSIDA**

FECHA \_\_\_\_\_ EXP. \_\_\_\_\_

HORA DE INICIO \_\_\_\_\_ HORA DE TÉRMINO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

REQUIRIO ASESORIA \_\_\_\_\_

REFERIDO POR: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA ASESORIA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL FAMILIAR RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PERSONAL OPERATIVO DE CAMPO:



VIDA.org.mx



## ATENCIÓN DOMICILIARIA

FECHA: \_\_\_\_\_

FOLIO: \_\_\_\_\_

| FICHA DE IDENTIFICACIÓN            |       |                    |   |               |
|------------------------------------|-------|--------------------|---|---------------|
| NOMBRE:                            |       |                    |   |               |
| EDAD:                              | SEXO: | F                  | M | ESTADO CIVIL: |
| ESCOLARIDAD:                       |       | OCUPACIÓN:         |   |               |
| LUGAR DE ORIGEN:                   |       | RESIDENCIA ACTUAL: |   |               |
| FECHA (CONOCIMIENTO DE INFECCIÓN): |       |                    |   |               |
| FASE ACTUAL DE INFECCIÓN:          |       |                    |   |               |
| INSTITUCIÓN DE SALUD (ADSCRITO):   |       |                    |   |               |

| MOTIVO DE VISITA DOMICILIARIA |
|-------------------------------|
|                               |
|                               |
|                               |

| ESTADO DE SALUD-ENFERMEDAD      |
|---------------------------------|
| ÁREA FÍSICA                     |
| <b>DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE</b> |
|                                 |
|                                 |
| SINTOMATOLOGÍA                  |
| (No asociada al VIH/SIDA)       |
|                                 |
|                                 |

| <b>SINTOMATOLOGÍA</b><br>(Asociada al VIH/SIDA) |                                 |                                 |
|---|---------------------------------|---------------------------------|
| <i>SÍNDROME DE DESGASTE</i>                     | <i>INFECCIONES OPORTUNISTAS</i> | <i>SÍNDROME NEUROLÓGICO:</i>    |
| PERDIDA DE PESO                                 | CANDIDIASIS                     | FALTA O AUMENTO EN SENSIBILIDAD |
| PIEBRE  | CRIPOTOSPORIDIUM                | MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS       |
| DIARREAS  | ISOSPORA                        | CONVULSIONES                    |
| DEBILIDAD                                       | MICOBACTERIAS                   | INCAPACIDAD DE MOVIMIENTO       |
|   | TUBERCULOSIS                    | CAMBIOS REPENTINOS DE CARÁCTER  |
|   | PNEUMONÍA                       | PERDIDA DE MEMORIA              |
|   | CITOMEGALOVIRUS                 | PERDIDA DE LA RAZÓN             |
|   | TOXOPLASMOSIS                   | NEOPLASIAS SECUNDARIAS          |
| OTRAS<br>(Especificar): _____                   |                                 |                                 |
| <b>HISTORIA</b>                                 |                                 |                                 |
| (Asociada al padecimiento)                      |                                 |                                 |
|   |                                 |                                 |
|   |                                 |                                 |

| <b>ÁREA PSICO-SOCIAL</b>               |              |                      |           |                            |
|--|--------------|----------------------|-----------|----------------------------|
| <b>PRIMERA IMPRESIÓN EMOCIONAL DEL</b> |              |                      |           |                            |
| PACIENTE: _____                        |              |                      |           |                            |
|  |              |                      |           |                            |
| <b>FASE EN EL PROCESO DE DUELO</b>     |              |                      |           |                            |
| NEGACIÓN                               | ENOJO/ RABIA | NEGOCIACIÓN          | DEPRESIÓN | ACEPTACIÓN                 |
| <b>ESTADO EMOCIONAL</b>                |              | <b>EXAMEN MENTAL</b> |           | <b>COMUNICACIÓN</b>        |
| ANSIEDAD                               | (SI) (NO)    | <b>PENSAMIENTO</b>   |           | <b>TONO</b>                |
| ENOJO                                  | (SI) (NO)    | <b>NIVEL</b>         |           | ALTO (SI) (NO)             |
| TEMOR                                  | (SI) (NO)    | CONCRETO             | (SI) (NO) | NORMAL (SI) (NO)           |
| DEPRESIÓN                              | (SI) (NO)    | FUNCIONAL            | (SI) (NO) | BAJO (SI) (NO)             |
| TRISTEZA                               | (SI) (NO)    | ABSTRACTO            | (SI) (NO) | <b>RITMO</b>               |
| ANGUSTIA                               | (SI) (NO)    | <b>CURSO</b>         |           | RAPIDO (SI) (NO)           |
| INDIFERENCIA                           | (SI) (NO)    | INCOHERENTE          | (SI) (NO) | ADECUADO-FAUSADO (SI) (NO) |
| CULPA                                  | (SI) (NO)    | COHERENTE            | (SI) (NO) | LENTO (SI) (NO)            |
| <b>ACTITUD</b>                         |              | CONGRUENTE           | (SI) (NO) | <b>EXPRESIÓN VERBAL</b>    |
| TRANQUILA                              | (SI) (NO)    | INCONGRUENTE         | (SI) (NO) | VERBORREICA (SI) (NO)      |
| EVASIVA                                | (SI) (NO)    | DISGREGADO           | (SI) (NO) | ADECUADA (SI) (NO)         |
| DESCONFIADA                            | (SI) (NO)    | ADECUADO             | (SI) (NO) | ENTRECORTADA (SI) (NO)     |
| IRRITABLE                              | (SI) (NO)    | BLOQUEADO            | (SI) (NO) | <b>ATENCIÓN</b>            |
| INHIBIDA                               | (SI) (NO)    | <b>ORIENTACIÓN</b>   |           | CONCENTRADA (SI) (NO)      |
| PASIVA                                 | (SI) (NO)    | TIEMPO               | (SI) (NO) | REPRIMIDO (SI) (NO)        |
| DEMANDANTE                             | (SI) (NO)    | ESPACIO              | (SI) (NO) | CONTROLADO (SI) (NO)       |

|                              |           |                              |           |                          |           |
|------------------------------|-----------|------------------------------|-----------|--------------------------|-----------|
| PESIMISTA                    | (SI) (NO) | PERSONA                      | (SI) (NO) | <b>LLANTO</b>            |           |
| ACCESIBLE                    | (SI) (NO) | <b>ALTERACIÓN EN MEMORIA</b> |           | AUSENTE                  | (SI) (NO) |
| APÁTICA                      | (SI) (NO) | (SI)                         | (NO)      | ABUDANTE                 | (SI) (NO) |
| DEFENSIVA                    | (SI) (NO) | ¿CUÁL? _____                 |           | REPRIMIDO                | (SI) (NO) |
| HOSTIL                       | (SI) (NO) | ALTERACIÓN EN CONTENIDO      |           | CONTROLADO               | (SI) (NO) |
| <b>ALTERACIÓN DE HÁBITOS</b> |           | IDEAS OBSESIVAS              | (SI) (NO) | <b>REC. DEL PROBLEMA</b> |           |
| SUEÑO                        | (SI) (NO) | IDEAS SUICIDAS               | (SI) (NO) | TOTAL                    | (SI) (NO) |
| ACT. SEXUAL                  | (SI) (NO) | IDEAS DELIRANTES             | (SI) (NO) | PARCIAL                  | (SI) (NO) |
| ALIMENTACIÓN                 | (SI) (NO) | IDEAS PARANOIDES             | (SI) (NO) | NULO                     | (SI) (NO) |

**PERCEPCIÓN DE SU ENFERMEDAD:**

**PREOCUPACIONES VINCULADAS:**

**PERCEPCIÓN RELATIVA A SU ENTORNO SOCIAL:**

*ENTORNO SOCIAL INMEDIATO*

**ESTADO DE ÁNIMO CIRCUNDANTE A LA PERSONA AFECTADA:**

**PREOCUPACIONES REPORTADAS:**

**INTERVENCIÓN**

**RECOMENDACIONES**

**PACIENTE:**

**ENTORNO SOCIAL INMEDIATO:**

**OBSERVACIONES**

**Faltan páginas**

**N° 138-139**

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- <http://www.cdc.gov/hiv/dhap.htm>.
- 2.- <http://www.terra.es/ciencia/articulo/html/ac6970.htm>.
- 3.- <http://www.odontolog-online.com/index.html>.
4. [www.enfermeria21.com/index.html](http://www.enfermeria21.com/index.html).
5. <http://perso.wanadoo.es/lariorte-nic/apont-etc-leislaic7.html>.
6. <http://www.colegiodeenfermeras.dl/ipdf/humanizado.pdf>
7. <http://www.imifap.org.mx/espanol/resumenes/resumen12.pdf>.
8. Renee GewalbMayanz, Patricio Huera Salinas **"Humanización de la Atención en Enfermería"** Revista Chilena de Enfermería #119 Año XXXVII ISM0378-6285. Gremid, mayo del 2002.
9. **Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA. 2002** ONUSIDA/02.265 (versión español ) ISBN 92-9173-187 Julio del 2002.
10. Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA) **"Programa Epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México 30 Junio del 2002"**. <http://www.ssa.gob/conasida>
11. <http://www.cappsida.org.mx>
12. <http://www.vihsida.org.mx>
13. ONUSIDA/OMS **Resumen Mundial de la Epidemia del VIH/SIDA** Edit. 20.Nov. 2001 14:00 GMT.
14. <http://virtualizar.com/sidanews/va081.html>.
15. <http://pediatria.cl/rubeola.html>.
16. [http://www.projinf.org/spanish/fs/candidiasis\\_e.htm#causa](http://www.projinf.org/spanish/fs/candidiasis_e.htm#causa).
17. <http://svm.org.ve/volumen20I-9.pdf>
18. Dr. Carlos Álvarez Lucas, Dra. Ana Frisser Stenibuch, Dra. Griselda Hernández Tepechin, Dr. José Luis Soto Hernández, Dr. Luis Enrique Soto, Dra. Patricia Uribe Zúñiga, Dra. Patricia Volkow Fernández **Guía para Atención Médica de Pacientes**

**con Infección por VIH/SIDA en Consulta Externa y Hospitalización.** 4ta edición CENSIDA.

19. [http:// www.proinf.org/spanish/](http://www.proinf.org/spanish/)
20. <http://www.cdc.gov>
21. <http://www.nmia.com/~hivcc/s14e-shingles.html>.
22. **Enciclopedia Encarta 2001 Básica** Microsoft México.
23. Amigos contra el SIDA A.C. (Director. David Alberto Murillo) **SIDA HOY 2000** Comité Editorial: Dr. Ángel Guerra, Sr. Javier Eduardo Martínez, Lic. Ana María Mata Rivalta, Dra. Patricia Uribe Zúñiga y Dra. Patricia Volkow.
24. Actualización Técnica del ONUSIDA **Enfermedades Oportunistas relacionadas con el VIH/SIDA** Colección Practica Optima del ONUSIDA Marzo de 1999.
25. Actualización Técnica ONUSIDA **El SIDA: Cuidados Pallativos** Colección Practicas Optimas del ONUSIDA. Febrero del 2001.
26. Sandra F. Smith, Duello J. Donna. **Enfermería Básica y Clínica** Editorial. Manual Moderno. ISBN 0-8385-1335-2 Año 1996. pp. 385 y 386.
27. Stephen Lock, Antony Smith. **Diccionario Médico Familiar** Editorial Selecciones del Reader's Digest. 1era edición Año 1982 ISBN 968-28-0031-5
28. Kenneth N. Anderson, Lois E Anderson, **Diccionario de Medicina Océano Mosby versión Español** Editorial Océano Año 2000.
29. Leopoldo Vega Franco **Pensamiento y Acción en la Investigación Bio Médica** Editorial La prensa médica Mexicana S.A. de C. V. 1era edición Año 1991 pp.4y5.
30. Luis Cañedo Dorantes **Investigación Clínica** Editorial Interamericana. McGraw-Hill 1era edición Año 1987 pg. 5
31. Mario Tamayo y Tamayo **Diccionario de la Investigación Científica** Editorial Limusa Noriega Editores 1era edición Año 1999 pp. 129 y 130.
32. D. Palit, B. Hongler **Investigación Científica en Ciencias de la Salud** Editorial Interamericana 2da edición Año 1985 pp. 154 y 155.
33. Corlien M Varkavisser, Indra Pathamanathan, Ann Brownieo **Diseño y Conducción de Proyectos de Investigación en sistemas de Salud.** Volumen I. Editorial IMSS 3era edición Año 1997.

34. William F. Ganong. Fisiología Médica Editorial Manual Moderno 16ª edición Año 1998.
35. Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos , Baptista Lucio Pilar **Metodología de la Investigación** Editorial Mc. Graw Hill. 2da edición año 2000.
36. Luis Vázquez Camacho **El Método Científico en la Investigación en Ciencias de la Salud**. Editorial Méndez Editores 2da edición Año 1997.
37. <http://teleline.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm>.
38. [www.gtt-vih.org/imp/pos2-art4.html](http://www.gtt-vih.org/imp/pos2-art4.html).