



**CENTRO INTERNACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES
"VASCONCELOS"**

**TRABAJO SOCIAL CLINICO EN EL PROGRAMA "VIH/SIDA E INFECCIONES
DE TRANSMISION SEXUAL" DE LA JURISDICCION SANITARIA No.1 DE LA
SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE QUERETARO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL**

P R E S E N T A

ESTHER GONZALEZ BAHENA

ASESOR DE TESIS

EZEQUIEL SOTO HERNANDEZ

QUERÉTARO, QRO.

JULIO 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice General

Índice General

Dedicatorias.....	5
Agradecimientos.....	6
Abreviaturas y siglas.....	7

Capítulo I Diagnostico

Introducción y descripción de la población de estudio.....	8
Técnicas e instrumentos	10
Conclusiones del Diagnostico	11

Capítulo II Introducción

Planteamiento del problema.....	13
Objetivos	
General y específicos	14
Hipótesis.....	15
Justificación	16

Capítulo III Metodología

Fases SIDA.....	18
Significado.....	19
Vigilancia Epidemiológica.....	20
Determinantes de salud	22
Personas seropositivas	23
Acciones y funciones técnico- administrativas.....	25
Acciones de vigilancia en bancos de sangre y laboratorios....	32
Análisis de información.....	35
Procedimiento en laboratorio.....	38
Métodos de diagnóstico.....	40
Capacitación.....	44

Capítulo IV Estudio de la población

Estudio de la población.....	46
Desarrollo de la población.....	47
Esquema de trabajo social para visita domiciliaria.....	50
Actividades dentro de Trabajo social.....	51
Protocolos para la atención de trabajo social en VIH en base a la consejería.....	52
Intervención en institución.....	55

Capítulo V Conclusiones

Conclusiones.....	57
Propuestas	58
Bibliografía.....	59
Anexos.....	60

Dedicatoria

El presente trabajo lo dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más grandes de mi vida porque nunca me ha dejado a pesar de las adversidades por ser tan bondadoso y bendecir mi vida, a mis padres por ser los principales promotores de mis sueños , por su esfuerzo, dedicación y apoyo en todo momento por impulsarme, regañarme, pero sobre todo creer en mí, a mis hermanos Cesar y Jenny por sus oraciones y su orientación para mi vida personal y profesional, a Luis David por impulsarme siempre y apoyarme, a mis docentes por sus enseñanzas y conocimientos, a mis amigos que siempre me han apoyado y alentado en los momentos difíciles. A la Dra. Patricia Ceballos quien fue mi ayuda esencial en el servicio social, por enseñarme, aconsejarme y tener paciencia en mi forma de trabajo.

Cuatro años de aprendizajes y motivaciones, preparación en las practicas, puedo decir que he concluido con éxito esta etapa en mi vida con éxito y con ayuda de Dios y mis padres.

Esta tesis está dedicada también a las personas portadoras de este virus del VIH, a las personas que perdieron la batalla contra esta enfermedad, a niños y jóvenes que no tienen conocimiento de esta enfermedad, ojalá el mundo entero pudiera ser consiente sobre su salud.

Julio 2021 Querétaro, Qro. Esther González Bahena

Agradecimientos

Agradezco a mis padres por impulsarme a ser mejor persona cada día, muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que incluye este, gracias por creer en mí y apoyarme siempre. Me formaron con reglas y algunas libertades, pero siempre me motivaron a seguir adelante en este camino de estudio, y perseguir mis anhelos.

Agradezco a Dios quien es el **dueño de todas las cosas de esta vida**, por ello a él es que hay que pedirle que nos dé la oportunidad de alcanzar cada uno de nuestros logros, hay que pedirle sabiduría; de tal manera que podamos por nuestra cuenta **encaminarnos al éxito**, y hacer las cosas de la manera en que consideremos que más conveniente para traernos bienestar.

Esther González Bahena

Abreviaturas y Siglas

VIH- Virus de Inmunodeficiencia Humana

SIDA- Síndrome De Inmunodeficiencia Adquirida

SESEQ- Secretaria de Salud Del Estado De Querétaro

ITS – Infecciones de Transmisión Sexual

OMS- Organización Mundial De la Salud

RNS – Registro Nacional de Casos SIDA

CONSENTIMIENTOS INFORMADOS- Documento donde se hace saber al usuario que sus datos quedaran estrictamente protegidos

CAPACITS- Centro ambulatorio para la prevención y atención del SIDA e infecciones de transición sexual.

ELISA: acrónimo en inglés para enzimoimmunoanálisis de adsorción. Se trata de un examen de laboratorio comúnmente usado para detectar anticuerpos en la sangre.

WESTERN BLONT: prueba confirmatoria de sangre en laboratorio.

HSH – Hombres que tienen sexo con otros hombres

MTS- Mujeres Trabajadoras Sexuales

HTS- Hombres Trabajadores Sexuales

P.T- Personas Transexuales

Prueba Reactiva: Termino usado para que el usuario o paciente pueda entender de manera más breve el diagnostico.

Prueba No reactiva: Termino utilizado para comunicar al paciente que su resultado es negativo.

Serodiscordante: Termino que se refiere a las parejas donde una de ellas vive con VIH y la otra no, independiente de la orientación sexual.

SAIH: Servicios de atención integral hospitalaria

Capítulo 1 Diagnostico

Introducción y descripción de la población de estudio.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH. El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia. Según la OMS, (organización mundial de la salud) el sistema inmunitario se considera deficiente cuando deja de realizar sus funciones de lucha contra las enfermedades. De esta manera, se considera que una persona padece SIDA. (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) cuando está afectada por alguna de las más de 20 infecciones relacionadas con el VIH. Ante esta situación, en el Estado de Querétaro cuyas cifras son altas como lo señala el Registro Nacional de Casos de SIDA con fecha del año 2020 se registraron 99 hombre y 12 mujeres positivos al virus de VIH.

Desde 1981, año en que se describió el primer caso de infección por VIH, unos 60 millones de personas se han visto infectadas por el virus y de ellas han muerto 20 millones. En diciembre de 2013, la Junta Coordinadora del Programa de ONUSIDA recurrió a ONUSIDA a fin de respaldar los esfuerzos nacionales y regionales para establecer objetivos nuevos en materia de tratamiento del VIH después del 2015; con la estrategia 90-90-90, que al 2020: 1) el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico respecto al VIH, 2) el 90% de las personas diagnosticadas con el VIH reciban terapia antirretrovírica continuada y 3) el 90% de las personas que reciben terapia antirretrovírica tengan supresión viral.

Estado	Año											
	2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	Casos	Incidencia**	Casos	Incidencia**	Casos	Incidencia**	Casos	Incidencia**	Casos	Incidencia**	Casos	Incidencia**
Aguascalientes	81	6.3	74	5.7	85	6.4	114	8.5	61	4.5	55	4.0
Baja California	612	17.6	495	14.0	618	17.2	698	19.2	769	20.9	324	8.7
Baja California Sur	86	11.3	68	8.6	91	11.2	201	24.1	198	23.1	89	10.1
Campeche	280	30.8	430	46.7	353	37.8	394	41.5	373	38.8	53	5.4
Coahuila	100	3.4	115	3.8	141	4.7	101	3.3	79	2.6	33	1.1
Colima	145	20.0	155	21.1	183	24.5	177	23.3	235	30.5	167	21.3
Chiapas	1,033	19.7	901	16.9	1,019	18.9	892	16.4	856	15.5	261	4.7
Chihuahua	305	8.2	390	10.4	382	10.1	378	9.9	379	9.8	157	4.0
Ciudad de México	1,606	18.1	1,931	21.9	1,217	13.8	1,580	18.0	1,179	13.5	294	3.4
Durango	87	4.9	81	4.5	98	5.4	63	3.5	84	4.6	29	1.6
Guanajuato	305	5.2	282	4.8	364	6.2	445	7.5	570	9.5	233	3.9
Guerrero	567	15.9	564	15.7	605	16.8	645	17.8	620	17.0	355	9.7
Hidalgo	204	7.1	242	8.3	265	9.0	317	10.6	405	13.4	288	9.5
Jalisco	297	3.7	455	5.7	481	5.9	635	7.7	773	9.3	331	4.0
México	1,522	9.0	1,435	8.4	1,394	8.0	1,884	10.7	1,860	10.4	750	4.1
Michoacán	451	9.8	424	9.2	385	8.3	468	10.0	326	6.9	237	5.0
Morelos	291	15.2	307	15.8	283	14.4	330	16.6	387	19.3	213	10.5
Nayarit	121	9.9	125	10.0	121	9.5	154	11.9	186	14.2	110	8.2
Nuevo León	500	9.8	532	10.3	523	10.0	561	10.6	581	10.8	345	6.3
Oaxaca	478	11.9	520	12.9	402	9.9	512	12.5	551	13.4	214	5.2
Puebla	726	11.7	741	11.8	747	11.8	825	12.9	873	13.6	422	6.5
Querétaro	225	11.2	201	9.9	274	13.3	321	15.3	307	14.5	111	5.2
Quintana Roo	317	20.1	395	24.4	392	23.5	929	54.3	967	55.1	413	23.0
San Luis Potosí	213	7.7	237	8.5	276	9.9	327	11.6	385	13.5	159	5.5
Sinaloa	271	9.1	282	9.4	283	9.3	285	9.3	234	7.6	128	4.1
Sonora	322	11.0	341	11.5	289	9.6	337	11.0	137	4.4	53	1.7
Tabasco	357	15.0	336	14.0	711	29.2	604	24.6	551	22.2	138	5.5
Tamaulipas	498	14.1	407	11.4	466	12.9	345	9.4	329	8.9	23	0.6
Tlaxcala	129	10.1	161	12.4	135	10.3	166	12.5	187	13.9	65	4.8
Veracruz	293	3.6	639	7.9	1,616	19.8	1,901	23.1	1,880	22.7	997	12.0
Yucatán	529	25.0	589	27.4	663	30.5	640	29.1	695	31.2	339	15.0
Zacatecas	107	6.8	102	6.4	106	6.6	129	8.0	108	6.7	47	2.9
Extranjeros	12	0.0	11	0.0	14	0.0	6	0.0	47	0.0	26	0.0
No especificados	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	13,070	10.8	13,968	11.4	14,982	12.1	17,364	13.9	17,172	13.6	7,459	5.9

(Casos de VIH según Estado de Residencia y Año de Diagnóstico; México, 2015-2020* tomado del Manual de Procedimientos Estandarizados para a Vigilancia Epidemiológica de VIH)

Del cual Querétaro ocupa el vigesimosegundo lugar con 111 casos con una incidencia de 5.2 esto quiere decir que aumentó el porcentaje de nuevos casos (registro nacional de casos de VIH-SIDA, informe histórico mundial 2020) Según el Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana marzo 2020 indica que en México para finales del 2018 México tenía una prevalencia nacional de VIH/SIDA en adultos de alrededor de 0.2 casos por cada 100 personas de 15-49 años. Desde el inicio de la epidemia y hasta el 31 de diciembre del 2019, existen 306,277 casos de VIH y Sida notificados, 81.1% (248,377) son hombres vigilancia epidemiológica manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. marzo de 2020. 19 y 18.9% (57,900) son mujeres; la relación hombre: mujer del total de casos de VIH acumulados hasta el año 2019 es de 4:1

La presente investigación se realizará dada la trascendencia que uno de los grupos sociales (Personas afectadas por el virus de VIH/SIDA de 20 a 50 años.) en este grupo de población es más alto el porcentaje de contagios debido a que las personas son sexualmente más activas y el rasgo de contagio es de mayor proporción. Este grupo enfrenta mayor discriminación y exclusión social son las personas que viven con el virus del VIH/Sida.

Técnicas e instrumentos

Por lo anterior, este diagnóstico tiene como objetivo presentar un panorama sobre la percepción del trabajador social en la intervención en los pacientes que viven con VIH. Y el apoyo que le brinda el programa, así como la Dra. Laura Patricia Ceballos Silva anexa a la Secretaría de Salud del Estado De Querétaro quien recibe las notificaciones de las personas positivas a este virus, a través del apoyo del Trabajador social y el departamento de Epidemiología.

-Diario de campo: La finalidad del diario de campo nos ayudara a registrar las visitas domiciliarias que se hagan tanto a los familiares de los pacientes como a los mismos pacientes, el registro de pruebas rápidas que se apliquen, la orientación y explicación de la enfermedad a través de feria de salud y eventos en comunidades. todo esto bajo la confidencialidad y la protección del paciente y/o usuario.

- **Visita Domiciliaria:** permite que se haga una observación y entrevista con los integrantes de la familia sobre el contexto de salud, perdida por muerte del paciente por el que están pasando permitiendo al trabajador social tener una información de intervención directa con el entorno donde habita o habitaba el paciente detectado y en su caso en la fase terminal SIDA.

-Entrevista semiestructurada: consiste en la obtención de la información oral de parte de una persona (el entrevistado) recibida por el entrevistador directamente, profundidad y el detalle de información que se puede obtener de la entrevista permite obtener información más detallada haciendo que la información sea más precisa. Así mismo el entrevistador, puede añadir más datos para mejorar la calidad de la información. Esta técnica fue aplicada a la trabajadora social de la coordinación estatal de VIH/SIDA del Estado de Querétaro.

-Observación no participante: El investigador hace uso de la observación sin ocupar una determinada función dentro de la comunidad o grupo en el cual se realiza la investigación. El observador sólo desempeña el papel de investigador y observa situaciones de interés, debido a la confidencialidad de los casos o las sospechas que se tengan de diagnósticos positivos es recomendable que el observador solo participe de manera visual y auditiva haciendo que su presencia sea con la menor obstrucción, manejando todo el proceso bajo la mayor confidencialidad posible.

- **Recursos materiales:** pruebas rápidas, lancetas, pipetas, guantes, torunda alcoholada, material impreso como (trípticos informativos, formatos de confidencialidad).

Conclusiones del Diagnóstico.

Los datos que se manifestaron obtenidos de la investigación se interpretan de las siguientes maneras:

Los pacientes con más incidencia están en el rango de edad de 18 a 50 años debido que es la edad donde son sexualmente más activos según el manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana marzo de 2020. Es importante saber cuál es la intervención que tiene el trabajador social aquí ya que la segunda persona después del médico encargado en seguir el proceso desde la detección, el control, y el seguimiento para que su tratamiento sea el adecuado. A partir de las detecciones positivas a través de las pruebas rápidas el trabajador social se da a la tarea de poder vincular al usuario con los servicios esenciales como lo son la prueba de sangre en laboratorio para confirmar que efectivamente se trate de un caso positivo, enviarlo a los programas que se ofrecen para su seguimiento y hacer que estos sean funcionales para él/ella, el trabajador social como agente de cambio tienen la tarea de intervenir colectivamente en la sociedad para llegar al entorno de la persona que vive con esta enfermedad como lo son: la familia, la comunidad, el trabajo logrando que se cree la sensibilización por parte de la sociedad ante un problema macro social como lo es el virus de inmunodeficiencia humana. A partir de esto el trabajador social desarrollara como gestor de cambio contribuyendo a que la vida de las personas que viven von este virus sea común y sin inconveniente sin olvidar que debe llevar un tratamiento adecuado para que su estilo de vida no se vuelva incapaz de seguir desarrollándose en su entorno. La mayoría de pacientes que oscilan entre los 25 a 40 años según el manual de procedimientos estandarizados este grupo de la población afrontan situaciones desempleo ya que debido a su condición muchas veces enfrentan discriminación debido a este padecimiento. y exclusión social entendiendo esto como situaciones específicas en las que este grupo de población se encuentra limitado y estigmatizado, analizando que esta parte de la población va en aumento con pocas opciones que ha planteado la salud publica en México para ofrecer una mejor calidad de vida.

Capítulo II INTRODUCCIÓN

La existencia del VIH-SIDA no constituye únicamente un problema epidemiológico, político o económico sino también social. Por ello su intervención debe ser interdisciplinaria. Es más, se trata de un problema que produce repercusiones sociales no tan sólo en la vida de quienes contraen la infección sino también en su entorno familiar. Desde esta perspectiva, el VIH-SIDA es reconocido como un problema macro social por la toda la comunidad internacional (Oscar Labra, PhD. Trabajo Social y VIH/SIDA análisis de prácticas de intervención.) Debido a que la tecnología ha dado un gran avance, aun la sociedad sigue conservando la estigmatización a ciertos grupos de la población y las personas con VIH son uno de ellos La construcción de un estigma. De esta manera, se hace alusión a elementos distintivos propios del grupo en cuestión, utilizándolos “para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador”

Los recortes que se han hecho a la salud pública se vio afectada al reducir el número de personal que es importante para la orientación en escuelas, hospitales, retirando la única ayuda para el entorno de las personas con VIH, la ayuda psicológica que se les brinda por parte de estas instituciones se vio afectada cuando este apoyo les fue retirado haciendo así más

difícil el proceso de aprendizaje de su enfermedad, con la existencia de diversas instituciones particulares que brinda este tipo de ayuda algunas son sin costo algunas por ser instituciones privadas se sostienen de cooperaciones voluntarias. El principal papel del trabajador social en todo momento siempre deberá ser buscar el bienestar del afectado y su entorno por eso deberá buscar también apoyo psicológico principalmente para que al afectado le sea más fácil poder trabajar en proceso, ayudando de la misma manera a ser siempre validos sus derechos y que estos no se vean afectados y sean capaces de exigirlos.

En esta investigación de tesis se pretende conocer la tarea del trabajador social y el acompañamiento que realiza a pacientes diagnosticados con VIH/SIDA, esto desde el enfoque y de la mano con el programa de VIH/SIDA e ITS en la jurisdicción sanitaria No1 perteneciente a la Secretaria de Salud del Estado de Querétaro. Ya que al ser notificados con esta enfermedad muchos de los usuarios no dan seguimiento a su caso y dejan de un lado el tratamiento que se les asigna para continuar llevando una vida normal. La presente investigación se realizará dada la trascendencia que uno de los grupos sociales (Personas afectadas por el virus de VIH/SIDA de 20 a 50 años.) en este grupo de población es más alto el porcentaje de contagios debido a que las personas son sexualmente más activas y el rasgo de contagio es de mayor proporción. Este grupo enfrenta mayor discriminación y exclusión social son las personas que viven con el virus del VIH/sida entendiendo esto como situaciones específicas en las que este grupo de población se encuentra limitado y estigmatizado, analizando que esta parte de la población va en aumento

con pocas opciones que ha planteado la salud pública en México para ofrecer una mejor calidad de vida.

Durante las intervenciones se van a identificar las necesidades y las actividades claves, que darán como resultado la obtención de información necesaria basada en la visita domiciliaria, el mismo que permite obtener datos como: el porqué del origen de su enfermedad, distanciamientos entre miembros de la familia y sus relaciones; si bien cierto que aparecen otros problemas y necesidades que son considerados como secundarios y que, si el usuario quiere pueden ser trabajados con posterioridad, una vez que haya pasado el momento de crisis. La característica de la intervención generar un bienestar para la persona o familia para que sea capaz de enfrentarse a la situación crítica dotando de nuevas herramientas o favoreciendo la adquisición de capacidades que permitan mejoras las relaciones con los demás y en especial si es un grupo vulnerable.

Planteamiento del problema

La Intervención del Trabajo Social debe ser muy importante, cuyo objetivo estará orientado a la transformación no solo del individuo que tenga dicha enfermedad, sino con la sociedad, es decir con su entorno donde se desarrolla para de esa manera lograr una mejora en su calidad de vida, la Intervención profesional no solo se basa en fundamentos éticos, metodológicos y epistemológicos, sino más bien logra tener un enfoque global.

Las personas con VIH/ SIDA pertenecen a uno de los grupos vulnerables, los mismos que constan como personas protegidas en las leyes de diferentes países de América Latina donde los trabajadores sociales se inmiscuye de manera directa e indirecta, para formar parte de la dinámica de la persona y de su familia, cada cifra que se puede observar en las estadísticas a nivel de América Latina, nos hace tomar conciencia, puesto que estos son algunos aspectos que conectan a la realidad social, y al argumento histórico, político, cultural y económico. El VIH sigue siendo un importante problema de salud pública mundial, después de haberse cobrado más de 34 millones de vidas hasta ahora. En 2019, 1,2 millones de personas fallecieron a causa del VIH en todo el mundo.

Se ha observado como la pandemia es independiente de la orientación sexual. Actualmente el VIH/SIDA tiene unas barreras y prejuicios que han ido causando rechazo social a lo largo de la historia reciente de la enfermedad, ya que se establece que los grupos consumidores, o con conductas de riesgo son merecedores de la infección por VIH.

Objetivos

Objetivo General: Conocer la labor de Trabajo Social frente a la problemática del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), en la jurisdicción sanitaria N° 1 del Estado de Querétaro con el fin de identificar las características que condicionan el ejercicio profesional.

Objetivos específicos

1. Identificar los referentes teóricos, conceptuales y normativos a partir de los cuales las trabajadoras sociales realizan su labor.
2. Conocer los niveles de intervención y las funciones que el Trabajador Social desarrolla en la problemática de –VIH/SIDA, con el entorno del usuario
3. Determinar las percepciones que otros profesionales y usuarios tienen frente a la intervención profesional de Trabajo Social en la problemática de –VIH-SIDA-.
- 4.- Evaluar al usuario desde la detección mediante la prueba rápida
- 5.-Motivar al paciente a que siga con el tratamiento para mejorar su calidad de vida.

Hipótesis

La Intervención de Trabajo Social en personas con VIH/ SIDA reciben la atención adecuado por parte de las instituciones que les atienden. Los trabajadores sociales realizan las visitas domiciliarias con frecuencia. Los especialistas en este tema explican que mayoría de las personas que viven con VIH llevan una vida normal.

Justificación

El VIH-SIDA es una problemática compleja y multidimensional, que como tal, no solo afecta el área de la salud, sino que repercute en los diferentes estamentos de la sociedad como son el económico, político, social y cultural. En este sentido, el SIDA es una problemática en la que convergen formas de pensar, sentimientos, estereotipos y tradiciones entre otros factores que provocan situaciones de rechazo, exclusión, discriminación y marginalidad, hacia quien lo padece, por parte de su núcleo familiar, como de la sociedad en general, creando así en los portadores y algunas veces en sus familias sentimientos de negación, temor, soledad, resentimiento, culpabilidad y altos episodios de depresión.

La intervención que tiene el trabajador social en personas afectadas por el virus del VIH/SIDA consiste en la asistencia con las personas afectadas por este virus dando solución a una problemática centrar su atención sobre las redes sociales del usuario, sus relaciones familiares, la interacción con la pareja y amigos, el acceso a los recursos socio sanitarios, la formación y la búsqueda de empleo, la solicitud y tramitación de prestaciones, y la coordinación y derivación institucional. mejorando la calidad de vida y erradicando el rechazo y aislamiento por parte de la sociedad, grupos e incluso entornos familiares, creando un vínculo de conexión y confianza donde el usuario sienta en todo momento la confianza de expresar su sentir sobre la enfermedad, llevando consigo un proceso de aprendizaje y desarrollo de la enfermedad, apoyándole en la vinculación a instituciones de apoyo emocional, y salud que le permita llevar una vida normal, trabajar en el tema de la discriminación basada en edad, genero, orientación sexual. Respetando en todo momento la confidencialidad, brindándole un espacio físico seguro que facilite la comunicación entre usuario y promotor. , tener una expresión verbal clara, precisa y sencilla , interés por el trabajo en grupo , capacidad para despertar y conservar la atención del apersona o grupo, experiencia en el manejo de situaciones difíciles, capacidad y habito de escuchar, el dominio , habilidades y capacidades que el trabajador social debe facilitar el proceso de aprendizaje para lograr los objetivos de sensibilización de las personas, trabajar de la mano con los derechos humanos para erradicar el estigma, la discriminación, y homofobia ejercida por la sociedad.

El Trabajador Social en la intervención del VIH debe constituir el nexo más importante en la reflexión, el acompañamiento y seguimiento, para romper esquemas netamente nulos que se manejan en la actualidad, ya que se debe promover a la salud y VIH como un proceso de lucha y transformación social. 18 Para esto el Trabajador Social debe cumplir un rol principal y que debe ser como una obligación el hacer respetar los derechos de pacientes que son portadores de VIH, incluyéndolos en una sociedad que ha excluido a las personas portadoras de la sociedad.

Capítulo III Metodología

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un lenti virus de la familia Retrovertida, causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Su característica principal consiste en un periodo de incubación prolongado que desemboca en enfermedad después de varios años. Existen dos tipos del VIH, llamados VIH-1 y VIH-2. El primero de ellos corresponde al virus descubierto originalmente, es más virulento e infeccioso que el VIH-2 y es el causante de la mayoría de infecciones por VIH en el mundo. El VIH-2 es menos contagioso y por ello se encuentra confinado casi exclusivamente a los países de África occidental.

El virus ha sido aislado en la saliva, las lágrimas, la orina, el semen, el líquido pre seminal, los fluidos vaginales, el líquido amniótico, la leche materna, el líquido cefalorraquídeo y la sangre, entre otros fluidos corporales humanos.

, El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales anales u orales con una persona infectada (acto sexual sin protección); a través de la sangre y los hemoderivados en individuos que comparten agujas y jeringas contaminadas para inyectarse drogas y en quienes reciben transfusiones de sangre o derivados igualmente contaminados; existe un riesgo laboral pequeño entre los profesionales sanitarios, el personal de laboratorio y posiblemente otras personas que manipulan muestras sanguíneas o fluidos de personas con VIH, estudios realizados indican que el riesgo de transmisión después de una punción cutánea con una aguja o un instrumento cortante contaminados con la sangre de una persona con VIH es de aproximadamente 0.3%. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia. Actualmente en países desarrollados la transmisión vertical del VIH está totalmente controlada (siempre que la madre sepa que es portadora del virus).

La infección por VIH se presenta en diversas etapas, identificadas por un conjunto de síntomas e indicadores clínicos. En ausencia de un tratamiento adecuado, la fase de la infección aguda por VIH inicia en el momento del contagio, el virus se replica constantemente e infecta los linfocitos T-CD4, que constituyen una parte esencial del sistema inmunológico en los seres humanos. Por su parte, el sistema inmunológico del portador del VIH reacciona ante la presencia del virus y genera una respuesta que puede mantener la infección bajo control al menos por un tiempo, mediante la reposición de células defensivas. Al término de un periodo que se puede prolongar por varios años, el VIH se vuelve resistente a las defensas naturales del cuerpo y destruye el sistema inmune del portador. De esta manera, la persona seropositiva queda expuesta a diversas enfermedades oportunistas desarrollando la etapa del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Fase aguda

Un porcentaje importante de personas que contraen el virus no presenta síntomas de la infección en su fase aguda, es decir, son pacientes asintomáticos. Sin embargo, se calcula que entre el 40 y 90% de los casos con infección por VIH-1 presentan manifestaciones clínicas. El cuadro de la infección aguda es similar al de una mononucleosis infecciosa: fiebre, malestares musculares, inflamación de los ganglios, sudoración nocturna, diarrea, náuseas y vómito. La gran mayoría de los seropositivos no reciben diagnóstico del cuadro agudo de la infección por VIH, pues son síntomas compartidos por varias enfermedades. El cuadro de la infección aguda por VIH aparece entre dos y seis semanas después de la exposición al virus, y desaparece unos pocos días después.

Durante la fase aguda de la infección, las pruebas tradicionales siempre darán negativo porque no detectan directamente el VIH, sino los anticuerpos producidos como respuesta por el sistema inmune, lo que ocurre alrededor de la 12va semana después de la exposición. En contraste, las pruebas de carga viral, que contabilizan el número de copias del ARN del virus en la sangre, arrojarán como resultado una elevada cantidad de copias del VIH durante la fase aguda de la infección.

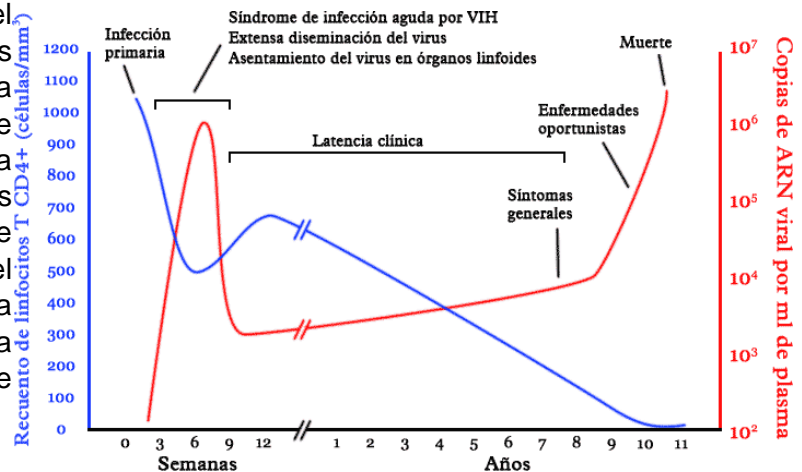


Figura 1. Evolución típica de los individuos con infección por el VIH

Fase crónica

La fase crónica de la infección por VIH se suele llamar también de latencia clínica porque el portador es asintomático, es decir, no presenta síntomas que puedan asociarse con la infección. Esto no quiere decir que el virus se encuentre inactivo. Por el contrario, durante la fase crónica el VIH se multiplica incesantemente. Se calcula que, en un sujeto infectado, diariamente se producen entre mil y diez mil millones de nuevas partículas virales y son destruidos alrededor de cien millones de linfocitos T CD4. Los pacientes son asintomáticos gracias a que el sistema inmune tiene una gran capacidad para regenerar las células destruidas por el virus, pero pueden presentar adenopatías y la disminución del conteo de plaquetas en la sangre. La reacción ante la presencia del virus termina por desgastar al sistema inmunológico. En ausencia de tratamiento, la mayoría de los portadores del virus desarrollan el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en un plazo de 5 a 10 años.

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

El SIDA constituye la etapa crítica de la infección por VIH. En esta fase de la infección, el portador del VIH posee un sistema inmunológico que probablemente sea incapaz de reponer los linfocitos TCD4+ que pierde bajo el ataque del VIH. De esta manera, el portador del virus es presa potencial de numerosas infecciones oportunistas que le pueden conducir a la muerte. La neumonía, el sarcoma de Kaposi, la tuberculosis, la candidiasis y la infección por citomegalovirus son algunas de las infecciones más frecuentes que atacan a los seropositivos que han desarrollado SIDA.

La mayoría de los pacientes que han desarrollado SIDA no sobreviven más de tres años sin recibir tratamiento antirretroviral. Sin embargo, incluso en esta fase crítica pueden ser controlados mediante la terapia antirretroviral. Los antirretrovirales pueden brindar una mejor calidad de vida a un portador del VIH y aumentan sus posibilidades de supervivencia. A pesar de los avances científicos y de los buenos resultados obtenidos con las distintas medidas terapéuticas implementadas la infección por VIH-SIDA continúa siendo un grave problema de salud a nivel mundial y es considerado como un tema prioritario dentro de los Programas de Salud Pública de nuestro país. Para disminuir la morbilidad y mortalidad derivada de la infección por el VIH y mejorar la calidad de vida de los pacientes, y disminuir la incidencia de los casos, es de esencial importancia homogenizar los criterios y procedimientos para la vigilancia epidemiológica de este padecimiento. En este contexto la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA es un elemento fundamental en la lucha contra la enfermedad. Este manual se presenta como un instrumento que permitirá producir información con la calidad adecuada y a través de los análisis realizados, conocer con mayor precisión su distribución y determinantes de riesgos en la población mexicana. El cumplimiento de los lineamientos y procedimientos para la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA establecidos en este Manual es obligatorio, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente.

MECANISMOS DE VIGILANCIA

La periodicidad de notificación a partir de la detección de los casos de VIH/SIDA por los médicos tratantes se describe en el cuadro 1.

Padecimiento	Clave CIE	Periodicidad de Notificación			Sistema Especial
		Inmediata	Diaria	Semanal	
Infección asintomática por virus de la inmunodeficiencia humana	Z21	x		x	x
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida	B20-B24	x		x	x

Cuadro 1. Periodicidad de la Notificación de Casos de VIH/SIDA

METODOLOGÍAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA.

Las metodologías y procedimientos para la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA se describen en el cuadro 2.

Padecimiento	Clave CIE	Metodologías y Procedimientos para la Vigilancia Epidemiológica														
		Vigilancia convencional	Estudio epidemiológico de caso	Estudio de brote	Registros notariales	Búsqueda activa de casos	Red negativa	Vigilancia basada en laboratorio	Vigilancia centinela	Vigilancia sindromática	Encuestas	Vigilancia activa de la mortalidad	Autopsias verbales	Vigilancia nosocomial	Dictaminación por grupo de expertos	Evaluación de riesgos
Infección asintomática por virus de la inmunodeficiencia humana	Z21	X	X		X	X		X				X	X			
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida	B20-B24	X	X		X			X				X	X			

Cuadro 2. Metodologías y Procedimientos para la Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA




VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA Mundial

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), informó, a finales del 2011, que el crecimiento general de la epidemia mundial de SIDA se ha estabilizado y que el número anual de nuevas infecciones por VIH ha estado disminuyendo desde finales de 1990, así como las defunciones relacionadas con el SIDA, debido a la ampliación del acceso a tratamiento antirretroviral en los últimos años. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), informó, a finales del 2011, que el crecimiento general de la epidemia mundial de SIDA se ha estabilizado y que el número anual de nuevas infecciones por VIH ha estado disminuyendo desde finales de 1990, así como las defunciones relacionadas con el SIDA, debido a la ampliación del acceso a tratamiento antirretroviral en los últimos años.

Aunque el número de nuevas infecciones ha disminuido, los niveles generales de éstas siguen siendo altos. ONUSIDA informó en el Reporte Global de la Epidemia de SIDA 2010, lo siguiente:

Se estiman 34 millones de personas viviendo con el VIH en el mundo.

-  15.9 millones son mujeres y 2.5 millones son menores de 15 años.
-  2.7 millones de personas se infectaron con el VIH en todo el mundo en 2010, y
-  1.8 millones de personas murieron por enfermedades relacionadas con el SIDA.

El África subsahariana continúa siendo la región más afectada, concentra: 68% de todas las personas que viven con el VIH, 70% de las nuevas infecciones y el 50% de las defunciones relacionadas con el SIDA en 2010.

En América Latina se estiman en 2010: 1.5 millones de personas viviendo con el VIH, 100 mil nuevas infecciones y 67 mil defunciones relacionadas con el SIDA.

EN MÉXICO

El modelo 4.47 del Septum utilizado por el ONUSIDA, estimó que para finales del 2011 México tendría una prevalencia nacional de VIH/SIDA en adultos de alrededor de 0.24 casos por cada 100 personas de 15-49 años. Desde el inicio de la epidemia y hasta el 18 de noviembre del 2011, existen 152 390 casos de SIDA notificados, 82.2% (125 197) son hombres y 17.8% ,193 son mujeres; la relación hombre: mujer del total de casos de SIDA acumulados hasta el año 2011 es de 5:1, siendo de 4:1 en los últimos diez años.

La tasa de incidencia de casos registrados de SIDA del año 2000 fue de 8.6 casos por cada 100 000 habitantes, para el año 2005 de 8.3 y en el año 2010 de 5.3 casos por cada 100 000 habitantes. Los estados que concentran el mayor número de casos registrados de SIDA son: CDMX 24 199 (15.9%), México 16 738 (11%), Veracruz 14 048 (9.2%), Jalisco 11 351 (7.4%), Puebla 7 015 (4.6%), Baja California 6 819 (4.5%), Guerrero 6 545 (4.3%), Chiapas 6 417 (4.2%), Oaxaca 5 266 (3.5%) y Nuevo León 4 320 (2.8%). Los estados que tienen la mayor prevalencia de casos registrados de VIH/SIDA son CDMX con 1.6 casos por 1 000 habitantes, Quintana Roo 1.5, Yucatán 1.5, Veracruz 1.4, Campeche 1.3, Guerrero 1.2, Tabasco 1.1, Morelos 1.0, Baja California 1.0 y Chiapas 0.9 casos por 1 000 habitantes. El grupo de edad de 25 a 44 años concentra el 65.7% de los casos registrados.

En cuanto a sexo, 3 990 defunciones ocurrieron en hombres, con una tasa de mortalidad de 7.5 por cada 100 000 hombres y en mujeres ocurrieron 870 defunciones, con una tasa de mortalidad de 1.6 por cada 100 000 mujeres. La razón hombre: mujer fue de 4 defunciones en hombres por cada mujer.

Los estados que presentaron las mayores tasas de mortalidad son: Tabasco con una tasa de 12.3 defunciones por 100 000 habitantes, seguido por Quintana Roo con una tasa de 9.8, Veracruz 9.4, Baja California 8.1, Nayarit 6.6, Guerrero 6.4, Baja California Sur 6.2, Yucatán 6.2, Tamaulipas 5.7 y Campeche 5.6 defunciones.

En el grupo de 15 a 24 años se observa un incremento del número de casos, en 1990 la incidencia registrada de SIDA fue de 2.3 por 100 000 habitantes del grupo de edad, en el año 2000 de 5.0 y en el 2010 de 4.0, lo anterior refleja un incremento del 117.4% entre el año 1990 y el 2000 y del 74% entre 1990 y el 2010. De los casos registrados de SIDA en que se conoce la vía de transmisión, 93.8% de los casos corresponden a la vía sexual, 4% a la vía sanguínea (incluye transfusionales, usuarios de drogas intravenosas y exposición ocupacional) y 2.2% a la vía de transmisión perinatal. En lo referente a mortalidad, en el 2010 se registraron 4 860 defunciones, con una tasa de mortalidad de 4.5 por 100 000 habitantes. En el grupo de edad de 25 a 44 años, se registraron 3 024 defunciones, con una tasa de mortalidad de 9.2 por 100 000 habitantes del grupo de edad.

DETERMINANTES DE SALUD

La detección de los casos se realizará en las personas en riesgo de adquirir la infección por VIH, así como en aquellas que presenten sintomatología sugestiva de SIDA.

Las poblaciones en riesgo de adquirir la infección por VIH son: Aquéllos(as) que realizan prácticas sexuales de riesgo:

- ✚ Hombres y mujeres que tienen vida sexual activa y que, independientemente de su preferencia sexual, realizan prácticas sexuales sin condón o barrera mecánica de protección.
- ✚ Hombres y mujeres que padecen alguna enfermedad de transmisión sexual y realizan prácticas sexuales sin protección.

Compañeros sexuales de:

- ✚ Personas con VIH/SIDA.
- ✚ Personas que, a su vez, tienen varios compañeros sexuales.
- ✚ Transfundidos con sangre o hemoderivados que no hayan sido sometidos a la prueba de detección del VIH.
- ✚ Usuarios de drogas inyectables que comparten agujas o jeringas contaminadas.

Aquéllos(as) expuestos(as) a condiciones de riesgo, diversas de la actividad sexual:

- ✚ Transfundidos con sangre o hemoderivados, que no hayan sido sometidos a la prueba de detección del VIH.
- ✚ Usuarios(as) de drogas que utilizan la vía intravenosa y comparten agujas o jeringas contaminadas.
- ✚ Hijos(as) nacidos(as) de mujeres ya infectadas con VIH/SIDA.
- ✚ Personal de salud o personas que atienden a pacientes, que tengan o hayan tenido accidentes con material punzo-cortante (cortaduras o punciones) contaminado con sangre o salpicadura de sangre o secreciones de personas con VIH/SIDA.
- ✚ Personas que tengan punción con agujas potencialmente contaminadas con sangre, como son las usadas en acupuntura, perforaciones y tatuajes.
- ✚ Asimismo, se deberá de realizar la detección de VIH en donadores (sangre, órganos, leche materna y células germinales) y en embarazadas.

DEFINICIONES OPERACIONALES DE CASO

Se considera como una persona seropositiva a VIH:

Aquella que presente dos resultados de pruebas de tamizaje de anticuerpos positivos y prueba suplementaria positiva, incluyendo personas asintomáticas que nieguen prácticas de riesgo.

No se considera a la persona como infectada si:

- ✚ Sólo una de las pruebas de tamizaje realizadas resultó positiva
- ✚ Tiene dos resultados de pruebas de tamizaje positivas, pero la prueba suplementaria es negativa.
- ✚ En el caso de presentar dos resultados de pruebas de tamizaje positivos, pero la prueba suplementaria indeterminada, deberá considerarse como posiblemente infectado y así se informará, recomendándose repetir diagnóstico de laboratorio (pruebas de tamizaje y confirmatoria) cada tres meses y al cabo de doce meses un resultado repetidamente indeterminado se considerará como negativo.

Estado de la infección por VIH en niños menores de 18 meses

Las pruebas de tamizaje y suplementaria reactivas no son diagnósticas en este grupo de edad, debido a la posibilidad de que los anticuerpos presentes sean de origen materno; para hacer el diagnóstico en este grupo se requiere que cumplan con lo siguiente.

Niños menores de 18 meses hijos de madre infectada, que tienen resultados positivos de cultivo viral, RT-PCR, antígeno p24, western blot para Iga o carga viral; o que cumplen con los criterios clínicos de SIDA.

Se considerará que una persona es un “caso de SIDA”, cuando cumpla la siguiente definición:

Sin evidencia de laboratorio de infección por VIH, ya que la prueba no se realizó o sus resultados son indeterminados y en ausencia de otra causa de inmunosupresión o inmunodeficiencia y alguno de los siguientes diagnósticos comprobados por microscopía, histopatología o cultivo son criterios para establecer el diagnóstico de caso de SIDA (véase lista A del cuadro 3).

- ✚ Cuando las pruebas de laboratorio para VIH son positivas:
- ✚ Uno o más de los siguientes diagnósticos comprobados por microscopía o cultivo (vea se lista B del cuadro 3).

A	B	C
<ul style="list-style-type: none"> • Neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i>. • Candidiasis esofágica, traqueal, bronquial o pulmonar. • Infección diseminada por <i>M. kansasii</i> o complejo <i>M. avium-intracelulare</i> (en un sitio distinto o en asociación a pulmón, piel, o nódulo linfático hilar o cervical). • Infección por <i>Herpes simplex</i>, causante de úlcera mucocutánea de más de un mes de duración, o bronquitis, esofagitis o neumonitis que afecte a personas mayores de un mes de edad. • Infección por citomegalovirus de un órgano interno que no sea hígado, bazo o ganglios linfáticos en pacientes con más de un mes de edad. • Toxoplasmosis cerebral en personas/pacientes mayores de un mes de edad. • Criptosporidiasis con diarrea de más de un mes de duración. • Estrongilosis extraintestinal. • Leucoencefalopatía multifocal progresiva. • Sarcoma de Kaposi en pacientes menores de 60 años. • Linfoma primario cerebral en pacientes menores de 60 años. • Hiperplasia pulmonar linfoide o neumonitis intersticial linfoide en pacientes menores de 13 años. • Dos o más infecciones bacterianas en los dos años anteriores, en pacientes menores de 13 años que no tengan predisposición: septicemia*. • Criptococosis extrapulmonar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sarcoma de Kaposi a cualquier edad. • Linfoma primario cerebral a cualquier edad. • Linfoma no Hodgkin de células B o fenotipo inmunológico no determinado y cualquiera de los siguientes tipos: linfocitos pequeños no hendidos (tipo Burkitt o no Burkitt), o sarcoma inmunoblástico (linfoma de células grandes), linfoma histiocítico difuso, linfoma indiferenciado, sarcoma de células reticulares o linfoma de alto grado de malignidad. • Complejo demencial o encefalopatía por VIH. • Síndrome de desgaste. • Tuberculosis pulmonar o extra-pulmonar. • Diseminación extrapulmonar por <i>M. avium</i> o <i>M. kansasii</i>. • Infección extrapulmonar o diseminada, por micobacterias de otras especies, que no sea lepra. • Histoplasmosis extrapulmonar o diseminada. • Isosporidiasis con diarrea de más de un mes de duración. • Coccidioidomycosis diseminada. • Septicemia por salmonella no tifoideica recurrente. • Dos o más infecciones bacterianas en los dos años anteriores en menores de 13 años que no tengan predisposición: septicemia, neumonía, artritis, meningitis o absceso visceral o cavitario (excluyendo otitis media o abscesos superficiales de piel o mucosas) causadas por <i>Legionella</i>, <i>Haemophilus</i>, estreptococos (incluyendo <i>S. pneumoniae</i>) o alguna bacteria piógena*. • Episodios recurrentes de neumonía bacteriana. • Cáncer cérvico-uterino invasivo⁶. 	<ul style="list-style-type: none"> • Neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i>. • Toxoplasmosis cerebral en pacientes mayores de un mes de edad. • Infección extrapulmonar o diseminada por micobacterias (bacilos ácido-alcohol resistentes, de especie indeterminada). • Retinitis por citomegalovirus con pérdida de la visión. • Candidiasis esofágica. • Sarcoma de Kaposi. • Hiperplasia pulmonar linfoide o neumonitis intersticial linfoide en menores de 13 años*. • Episodios recurrentes de neumonía, con o sin diagnóstico bacteriológico.

Cuadro 3. Categorías clínicas por enfermedades asociadas al SIDA.

Asimismo, se considerará caso de SIDA a toda persona con infección por el VIH que presente un recuento de linfocitos T CD4 = o <200 células/ μ L, independientemente de que presente o no los síntomas de una o varias enfermedades oportunistas.

Defunción

Toda defunción en cuyo certificado de defunción aparezca como causa de muerte VIH, o síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

ACCIONES Y FUNCIONES POR NIVEL TÉCNICO-ADMINISTRATIVO

La vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA deberá estar constituida por cuatro elementos:

- ✚ Un sistema de información, definido como el proceso sistemático de detección, notificación, recolección, recuento, clasificación y análisis de los datos de la epidemia de SIDA en la población.
- ✚ Recursos humanos instruidos en epidemiología, capaces de documentar la distribución y propagación del VIH/SIDA, detectar y efectuar el seguimiento de casos y realizar el diagnóstico de laboratorio.
- ✚ Laboratorios que garanticen el diagnóstico del VIH/SIDA.
- ✚ Un sistema de evaluación y supervisión con asesoría técnica en los distintos niveles técnico-administrativos.

De acuerdo con la normatividad vigente, el VIH/SIDA es un padecimiento de notificación obligatoria e inmediata y se aplica a todo el territorio nacional; por ello cualquier servidor de salud que conozca y trate a una persona con VIH o un caso de SIDA deberá notificarlo a la Unidad de Salud de la Secretaría de Salud del área geográfica correspondiente. El Sistema de Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA es el resultado de un conjunto de relaciones funcionales, en el cual participan coordinadamente todas las instituciones que conforman el SNS incluyendo los servicios médicos privados.

La coordinación se establece en los siguientes niveles y sus funciones correspondientes son: Nivel local: Está representado por las unidades médicas (Centros de Salud, Unidades de Medicina Familiar, Hospitales, clínicas, CAPASITS, Institutos de Salud) y sus funciones son:

- ✚ Detección de los casos, la cual se realizará en las personas en riesgo de adquirir la infección por VIH, en aquellas que presenten sintomatología sugestiva de SIDA, en donadores (sangre, órganos, leche materna y células germinales) y en embarazadas

- ✚ Obtención de muestras de laboratorio, se le solicitará con previo consentimiento informado la realización de los estudios de laboratorios correspondientes para la confirmación o descarte del padecimiento, según lo establecido en las definiciones operacionales de caso.
- ✚ El procesamiento de las muestras para diagnóstico de VIH se realizará en los laboratorios que forman parte de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública, conforme a los lineamientos emitidos por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE).
- ✚ La entrega del resultado al paciente debe ser en forma individual, por personal capacitado o, en su defecto, se debe enviar en sobre cerrado al médico tratante que solicitó el estudio. No deben informarse resultados positivos o negativos en listados de manejo público ni comunicar el resultado a otras personas sin la autorización expresa del paciente, excepto cuando se trate de menores de edad o de pacientes con incapacidad mental o legal, en cuyo caso se debe informar a los padres o quienes desempeñen la patria potestad o el cargo de tutor.
- ✚ Ofrecer el servicio de consejería a toda persona a quien se entregue un resultado VIH positivo, con objeto de disminuir el impacto psicológico de la notificación en el individuo afectado, y favorecer su adaptación a la nueva situación.
- ✚ Ante la identificación de un caso confirmado de infección por VIH asintomático o SIDA, el médico tratante o epidemiólogo, deberá notificar por la vía más rápida en un plazo no mayor de 24hrs. a la jurisdicción sanitaria correspondiente y de forma simultánea al nivel estatal y a la Dirección General de Epidemiología (DGE), la presencia del caso.
- ✚ Deberá registrar el caso en la hoja diaria del médico y notificarlo en el Informe Semanal de Casos Nuevos "SUIVE-1" (Anexo 1) y asimismo, deberá llenar el formato de Notificación y Estudio Epidemiológico de VIH/SIDA "VIH/SIDA2010-1".
- ✚ El estudio epidemiológico deberá de ser enviado por la unidad médica a la Jurisdicción Sanitaria correspondiente, en sobre cerrado, con sello de confidencial, dirigida al titular de la unidad de vigilancia epidemiológica del nivel técnico-administrativo que corresponda, garantizando la confidencialidad de la información contenida en éste, o en su caso el estudio epidemiológico será capturado en el sistema electrónico correspondiente establecido por la DGE para este fin.
- ✚ Ante la detección de un caso de VIH/SIDA con probable o confirmada vía de transmisión pos transfusional, el médico responsable notificará de forma inmediata a la unidad de vigilancia epidemiológica correspondiente y de forma simultánea a la jurisdicción sanitaria, al nivel estatal y a la DGE a través del sistema NOTINMED la presencia del caso, para la realización de la investigación correspondiente y el establecimiento de medidas de prevención

y control, así como la confirmación o descarte de la vía de transmisión, según lo establecido en este manual.

- ✚ Realizar el estudio de contactos según lo establecido en este manual.

- ✚ Se respetarán los derechos del individuo y la garantía de la confidencialidad de la información proporcionada.

- ✚ Las unidades médicas del SNS o CAPASITS de la Secretaría de Salud serán los responsables del seguimiento clínico de los casos hasta su clasificación final, según lo establecido en la NOM-010-SSA2-2010, para la prevención y control del VIH/SIDA.

Nivel Jurisdiccional o Delegacional: El responsable de epidemiología en la Jurisdicción Sanitaria se encargará de: Difundir de forma interinstitucional y a todas las unidades médicas bajo su área de influencia el Manual para la Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA.

- ✚ Verificar el cumplimiento de los procedimientos para la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA.

- ✚ Supervisar o verificar la realización de los estudios epidemiológicos y en su caso apoyar en la realización de los mismos.

- ✚ Concentrar y revisar la calidad de la información contenida en los estudios epidemiológicos de las unidades médicas del sector salud que se encuentren bajo su área de responsabilidad.

- ✚ Ante la identificación de un caso con probable vía de transmisión pos transfusional realizará o verificará la notificación inmediata al nivel estatal y de forma simultánea a la DGE a través del sistema NOTINMED y realizará la investigación correspondiente para el establecimiento de medidas de prevención y control y la confirmación descarte de la vía de transmisión, según lo establecido en el apartado correspondiente de estos lineamientos.

- ✚ Garantizará y supervisará la captura de los estudios epidemiológicos en el sistema electrónico correspondiente establecido por la DGE para este fin. En las situaciones que en la jurisdicción sanitaria no cuente con los recursos para la realización de la captura de la información, los estudios epidemiológicos serán enviados al nivel estatal para su captura, siempre garantizando la confidencialidad de la información.

- ✚ Recabará los estudios epidemiológicos de todos los casos en los que se obtenga resultados confirmatorios de VIH en el laboratorio de referencia.

- ✚ Mantener actualizado el panorama epidemiológico del VIH/SIDA de la Jurisdicción Sanitaria.

- ✚ Recibirá los certificados de defunción de las muertes en cuyo certificado de defunción en el apartado I o II se encuentre registrado "infección por virus de la inmunodeficiencia humana o SIDA" según los códigos establecidos en la CIE-10ª Revisión.

- ✚ Verificará que las defunciones se encuentren como casos en el registro de VIH/SIDA, actualizará la evolución de los casos y notificará de forma trimestral en el formato VIH/ SIDA-2010-2 (Anexo3) el seguimiento de los casos de SIDA y de forma semestral el seguimiento de los seropositivos a VIH.
- ✚ Realizará la ratificación/rectificación (Anexo 4) de las defunciones por VIH/SIDA registradas en el Sistema Epidemiológico y Estadístico de las defunciones (SEED), de acuerdo a los lineamientos de vigilancia epidemiológica de las defunciones.
- ✚ Participará en la capacitación y adiestramiento del personal en procedimientos de vigilancia epidemiológica y diagnóstico de laboratorio de VIH/SIDA.
- ✚ Realizará el análisis de la información generada por el sistema y la evaluación de los indicadores de vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA y presentará los resultados en el Comité Jurisdiccional de Vigilancia Epidemiológica (CoJuVE).
- ✚ Recabará los estudios epidemiológicos de todos los casos en los que se obtenga resultados confirmatorios de VIH en el laboratorio de referencia.
- ✚ Mantener actualizado el panorama epidemiológico del VIH/SIDA de la Jurisdicción Sanitaria.
- ✚ Recibirá los certificados de defunción de las muertes en cuyo certificado de defunción en el apartado I o II se encuentre registrado “infección por virus de la inmunodeficiencia humana o SIDA” según los códigos establecidos en la CIE-10ª Revisión.
- ✚ Verificará que las defunciones se encuentren como casos en el registro de VIH/SIDA, actualizará la evolución de los casos y notificará de forma trimestral en el formato VIH/ SIDA-2010-2 (Anexo3) el seguimiento de los casos de SIDA y de forma semestral el seguimiento de los seropositivos a VI.
- ✚ Realizará la ratificación/rectificación (Anexo 4) de las defunciones por VIH/SIDA registradas en el Sistema Epidemiológico y Estadístico de las defunciones (SEED), de acuerdo a los lineamientos de vigilancia epidemiológica de las defunciones.
- ✚ Participará en la capacitación y adiestramiento del personal en procedimientos de vigilancia epidemiológica y diagnóstico de laboratorio de VIH/SIDA.
- ✚ Realizará el análisis de la información generada por el sistema y la evaluación de los indicadores de vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA y presentará los resultados en el Comité Jurisdiccional de Vigilancia Epidemiológica (CoJuVE).
- ✚ Realizará la difusión de la información epidemiológica de VIH/SIDA generada por las instituciones que integran la jurisdicción sanitaria.
- ✚ Realizará supervisión y asesoría a las unidades de vigilancia epidemiológica del nivel lo- cal a efecto de identificar problemas en los procedimientos de vigilancia epidemiológica, para la corrección inmediata de los mismos.

Nivel estatal: El responsable de epidemiología en el Nivel estatal se encargará de:

- + Difundir de forma interinstitucional el Manual para la Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA.
- + Verificar el cumplimiento de los procedimientos para la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA.
- + Concentrar las bases de datos con la información de los estudios epidemiológicos de los casos nuevos de VIH/SIDA notificados por las jurisdicciones sanitarias, o en su caso garantizar y supervisar la captura de los estudios epidemiológicos en el sistema electrónico establecido para este fin.
- + Enviar a la Dirección General de Epidemiología de forma semanal la base de datos estatal de los casos nuevos de VIH/SIDA.
- + Supervisar que el estudio de contactos de los casos de VIH/SIDA se realice según lo establecido en el apartado correspondiente de este manual.
- + Mantener estrecha coordinación con el Laboratorio Estatal de Salud Pública, con el fin de garantizar resultados de laboratorio en forma oportuna para la confirmación descartada del diagnóstico de VIH/SIDA. Verificar que se cuente con los estudios epidemiológicos de todos los casos en los que se obtengan resultados confirmatorios de VIH en los laboratorios que forman parte de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública.
- + Verificar que se realice el seguimiento de los casos de VIH/SIDA hasta su clasificación final.
- + Validación de las defunciones registradas en el Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones en el registro de casos de VIH/SIDA, actualizar la evolución de los casos y notificar este seguimiento a la DGE de forma trimestral en el formato VIH/SIDA-2010-2 (Anexo3). El seguimiento de los casos de SIDA se realizará de forma trimestral y de forma semestral el seguimiento de los seropositivos a VIH.
- + Supervisar la realización de la ratificación/rectificación de las defunciones por VIH/ SIDA (Anexo 4) registradas en el SEED.
- + Participar en la capacitación y adiestramiento del personal en procedimientos de vigilancia epidemiológica y diagnóstico de laboratorio de VIH/SIDA.
- + Mantener actualizado el panorama epidemiológico del VIH/SIDA en el estado.
- + Realizar la evaluación de los indicadores de vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA.
- + Presentar en el Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica (CEVE) la situación epidemiológica del VIH/SIDA y los resultados de los indicadores de vigilancia epidemiológica.
- + Realizar la supervisión y asesoría al nivel jurisdiccional y local a efecto de identificar problemas en los procedimientos de vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA para la corrección inmediata de los mismos.
- + Realizar la difusión de la información epidemiológica de VIH/SIDA generada en el estado.

Nivel nacional: El responsable de epidemiología en el Nivel nacional se encargará de:

- ✚ Normar los procedimientos para la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA.
- ✚ Realizar la actualización o ratificación de los procedimientos de vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA de forma anual.
- ✚ Recibir, concentrar, validar y analizar de forma semanal la información epidemiológica de los casos nuevos de VIH/SIDA notificados por las 32 entidades federativas.
- ✚ Mantener actualizado el seguimiento de los casos vivos de VIH/SIDA.
- ✚ Mantener estrecha coordinación con el INDRE con el fin de garantizar en la RNLSP resultados de laboratorio oportunos, para la confirmación o descarte del VIH/SIDA.
- ✚ Mantener actualizado el panorama epidemiológico del VIH/SIDA en el estado.
- ✚ Realizar la evaluación de los indicadores de vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA de las 32 entidades federativas.
- ✚ Presentar en el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CoNaVE) la situación epidemiológica del VIH/SIDA, identificar problemas y reorientar actividades de vigilancia epidemiológica.
- ✚ Difundir de forma interinstitucional el Manual para la Vigilancia Epidemiológica del VIH/ SIDA y la información epidemiológica genera a través del sistema de vigilancia epidemiológica.
- ✚ Asesorar y supervisar las actividades de vigilancia epidemiológica en todos los niveles técnico-administrativos.
- ✚ Capacitar al personal en salud en materia de vigilancia epidemiológica y diagnóstico de laboratorio de VIH/SIDA.

Estudio de contactos de personas viviendo con VIH y casos de SIDA.

La vigilancia epidemiológica de los contactos constituye una de las actividades importantes, cuyo propósito es incidir tempranamente para reducir el riesgo de contagio a otras personas y mejorar su calidad de vida mediante la intervención de un tratamiento médico oportuno. El estudio de contactos sólo se debe realizar si hay libre consentimiento de la persona con VIH/ SIDA, respetándose su voluntad de no proporcionar información. Cuando la persona sea mayor de edad, se obtendrá la información directamente de él. En el caso de menores de edad, se puede obtener la información del padre, la madre, tutor o representante legal.

Para el estudio de contactos de los casos del VIH/SIDA se pueden adoptar otras modalidades, como:

- ✚ Apoyar al paciente para que él mismo informe a sus contactos para que asistan a la unidad médica.
- ✚ Informar a los contactos, con el consentimiento del paciente.

En caso de que el paciente prefiera que la notificación sea realizada por el personal de salud, el epidemiólogo o el médico responsable solicitarán que de manera voluntaria y confidencial proporcione los nombres y domicilios de sus contactos. En el caso de que el paciente no acceda a notificar sus contactos, ya sea de manera personal o por el personal de salud; esta decisión debe constar en el expediente y deberá ser firmada por el paciente. El epidemiólogo o personal responsable, en colaboración con el médico que identificó el caso, deberá de realizar el estudio de contactos en el centro de salud o la unidad médica correspondiente.

El estudio de los contactos comprende:

- ✚ Estudiar los contactos sexuales durante los cinco años previos a la fecha probable de infección.
- ✚ Estudiar a quienes le hayan donado o a quienes el paciente haya donado sangre, órganos, tejidos y células germinales, durante los cinco años previos a la fecha probable de infección.
- ✚ Identificar a las personas con quienes haya compartido el uso de agujas y jeringas, en cinco años previos a la fecha probable de infección.
- ✚ Estudiar a los hijos nacidos después de la fecha probable de infección, o a los menores de cinco años de edad.
- ✚ En menores de cinco años debe descartarse mediante investigación del estado serológico de la madre, la transmisión perinatal del virus. Es frecuente que el niño inicie con la sintomatología asociada a la infección por VIH, mientras que la madre se encuentra aún asintomática, por lo que ante un caso de SIDA en un niño deberá investigarse el estado serológico de los padres.

Se proporcionará a los contactos:

- ✚ Asesoría sobre las implicaciones de haber estado expuesto a la infección o la probabilidad de estar infectado.
- ✚ Prueba de detección de anticuerpos anti-VIH en forma voluntaria, anónima y confidencial.
- ✚ Asesoría previa y posterior a la realización de la prueba.
- ✚ Referencia para su atención médica y psicológica en caso de requerirla.
- ✚ En caso de confirmarse como VIH positivo o caso de SIDA, seguirá los procedimientos mencionados anteriormente.
- ✚ La información del estudio de contactos deberá de ser registrada en el apartado de "Contactos" del formato de Notificación/Estudio Epidemiológico de VIH/SIDA 2010-1.
- ✚ Ante la identificación de un caso confirmado de VIH/SIDA en los contactos, se realizará el estudio epidemiológico correspondiente y la notificación del mismo, siguiendo los procedimientos establecidos en estos lineamientos.

- ✚ Cuando sea necesaria la visita en el domicilio de una persona con VIH, para dar o solicitar información, no se debe mencionar el diagnóstico de VIH/SIDA, bajo circunstancia alguna, a otra persona que no sea al paciente. En caso de que el paciente haya fallecido, sólo se debe solicitar información al médico tratante y a quien elaboró el certificado de defunción.

ACCIONES DE VIGILANCIA EN BANCOS DE SANGRE Y LABORATORIOS

Los bancos de sangre y laboratorios son una fuente de información fundamental para realizar la detección y el seguimiento de los casos hasta su confirmación o descarte, por lo que:

De forma semanal, todo banco de sangre y laboratorio sean públicos o privados notificarán al área de vigilancia epidemiológica de la jurisdicción sanitaria correspondiente: el número de pruebas de tamizaje realizadas para el diagnóstico de VIH, el número de pruebas reactivas y el nombre, domicilio y derecho habiencia de todos los individuos a quienes la prueba de tamizaje haya resultado reactiva.

La notificación se deberá de realizar en sobre cerrado, con sello de confidencial, dirigida al titular de la unidad de vigilancia epidemiológica del nivel técnico-administrativo que corresponda, garantizando la confidencialidad de la información contenida en éste.

Los responsables de los bancos de sangre garantizarán la entrega de una copia de la historia clínica que se realiza a toda persona que acude a donar y en la que se obtenga prueba de ELISA reactiva, para la identificación y localización de las personas por las áreas de vigilancia epidemiológica.

El responsable del banco de sangre verificará la recepción del informe en el área de vigilancia epidemiológica correspondiente, según el nivel técnico administrativo en donde se encuentre localizado.

Ante la identificación de un caso reactivo el banco de sangre: Designará una persona responsable que se encargará de informar los resultados reactivos a las personas, previa consejería según lo establecido en la NOM-010-SSA2-2010, para la prevención y control de la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Canalizará a la persona con prueba de tamizaje reactiva a la unidad médica correspondiente, para la confirmación o descarte del padecimiento.

Las áreas de vigilancia epidemiológica:

- ✚ Recibirán el informe semanal de las pruebas de tamizaje de los bancos de sangre y laboratorios.
- ✚ Identificarán las personas reactivas a anticuerpos para VIH.
- ✚ Revisarán si estas personas se encuentran ya registradas como casos de VIH o SIDA.

Si las personas no están registradas aún como caso de VIH/SIDA, notificarán a la institución de derecho habiencia bajo los términos de confidencialidad ya mencionados, el nombre de la persona e historia clínica proporcionada por el banco de sangre para que se dé el seguimiento correspondiente y se verifique la confirmación o descarte de infección por VIH.

- ✚ Para los casos sin derecho habiencia el área de vigilancia epidemiológica verificará que las personas hayan sido referidas a la clínica de atención especializada o CAPASITS de la Secretaría de Salud, para su confirmación o descarte.
- ✚ Garantizará que los casos que sean confirmados como VIH o SIDA sean notificados siguiendo los procedimientos ya mencionados.

Ante la presencia de casos VIH/SIDA secundarios a probable vía de transmisión pos-transfusional; el banco de sangre, la unidad médica, laboratorio o personal de salud, deben notificar de forma inmediata por la vía más rápida al área de vigilancia epidemiológica correspondiente la presencia del caso o casos y de forma simultánea a los responsables de vigilancia epidemiológica jurisdiccional, estatal y a la Dirección General de Epidemiología.

Los responsables de vigilancia epidemiológica y del banco de sangre, implementarán las medidas correctivas y preventivas necesarias, realizarán la investigación correspondiente que consistirá en:

- ✚ Realizar el estudio epidemiológico para identificar los factores de riesgo y poder descartar otra posible vía de transmisión. En caso de considerarse la vía pos-transfusional se debe identificar el número de transfusiones que recibió la persona, la fecha de cada una y la procedencia de las unidades transfundidas, para llevar a cabo las acciones apropiadas de vigilancia epidemiológica.
- ✚ Investigar si el banco de sangre en donde se obtuvieron los componentes sanguíneos cumplió con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-2010, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
- ✚ Solicitar una supervisión al banco de sangre por el área de regulación sanitaria correspondiente, con el fin de poder identificar falta de cumplimiento en los procedimientos establecidos en la normatividad vigente.
- ✚ En los casos en los que se tenga identificado el donador portador de VIH, identificar el cien por ciento de los componentes sanguíneos obtenidos del donador y el destino final de cada uno de éstos, incluyendo receptores.
- ✚ En el caso de existir aún componentes sanguíneos de esta donación, no utilizarlos y mantenerlos bajo estricto resguardo.
- ✚ Llevar a cabo la investigación epidemiológica correspondiente para identificar otros casos de VIH posiblemente asociados al donador.

- ✚ Investigar al donador para determinar donaciones previas y factores de riesgo (vida sexual activa, antecedentes transfusionales, uso de drogas intravenosas, entre otros)
- ✚ Notificar los estudios epidemiológicos a la jurisdicción sanitaria correspondiente, siguiendo los niveles técnico-administrativos correspondientes establecidos en estos lineamientos.
- ✚ Llevar a cabo un informe por escrito del o los casos en estudio que confirme o descarte la vía de transmisión pos-transfusional y enviarlo a la DGE.
- ✚ El donador y el caso confirmado, deberán enviarse para su evaluación integral y tratamiento correspondiente al servicio especializado de atención de VIH/SIDA de la institución que le corresponda.

INDICADORES DE EVALUACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

La evaluación de los indicadores se realizará en todos los niveles técnico-administrativos de forma trimestral y cuando así se requiera por la situación epidemiológica de forma mensual

INDICADOR	VALOR	CONSTRUCCION
Notificación de Casos	Categoría % Sobresaliente =90 a < 100 Satisfactorio = 80 a <90 Mínimo = 60 a <80 Precario = < 60	Casos nuevos de VIH/SIDA notificados a la DGE en menos de 10 días hábiles posteriores a su fecha de diagnóstico X 100 Total de casos de VIH/SIDA notificados en el periodo
Calidad de la información	Categoría % Sobresaliente =90 a < 100 Satisfactorio = 80 a <90 Mínimo = 60 a <80 Precario = < 60	Número de casos de VIH/SIDA con información en al menos 32 variables seleccionadas X 100 Número de casos notificados en el periodo
% de Concordancia de defunciones registradas en el RNS VIH/SIDA VS SEED	Categoría % Sobresaliente =90 a < 100 Satisfactorio = 80 a <90 Mínimo = 60 a <80 Precario = < 60	Número de defunciones en el registro nacional de VIH/SIDA en el periodo X 100 Número de defunciones registradas por VIH/SIDA en el SEED en el mismo periodo
% de Concordancia de casos de TB registradas en el RNSIDA VS SVTB	Categoría % Sobresaliente =90 a < 100 Satisfactorio = 80 a <90 Mínimo = 60 a <80 Precario = < 60	Número de casos de SIDA con TB notificados en el Registro Nacional de SIDA en el periodo X 100 Número de casos de TB que tengan como enfermedad asociada VIH/SIDA en la plataforma de TB, en el mismo periodo

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La información epidemiológica debe integrarse en un diagnóstico situacional, en cada uno de los niveles técnico-administrativos y será actualizada en forma permanente para su uso en la planeación y evaluación de las acciones de prevención y control. El nivel de especificidad del análisis dependerá del nivel de información que se tenga, de la desagregación que se requiera y del nivel técnico-administrativo que se encuentre realizando dicho análisis. El análisis mínimo a desarrollar de la información generada por el sistema de vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA por nivel técnico-administrativo deberá de incluir:

Nivel local

- ✚ Unidades de primer nivel
- ✚ Casos y defunciones.
- ✚ Caracterización Clínica de los casos.
- ✚ Muestras tomadas.
- ✚ Resultados de laboratorio.
- ✚ Casos en tratamiento antirretroviral.

Unidades de segundo nivel

Caracterización de los casos y defunciones en tiempo (semana epidemiológica, mes, año); lugar (zonas donde se localizan los casos Municipio y localidad de procedencia de los casos) y persona (edad, sexo, vías de transmisión y otras variables sociodemográficas).

- ✚ Características clínicas de los casos.
- ✚ Tasa de mortalidad.
- ✚ Tasa de letalidad.
- ✚ Casos en tratamiento antirretroviral.
- ✚ Sobrevida de los casos.
- ✚ Muestras tomadas.
- ✚ Resultados de laboratorio.

Nivel jurisdiccional

Caracterización de los casos y defunciones en tiempo (semana epidemiológica, mes, año); lugar (zonas donde se localizan los casos Municipio y localidad de procedencia de los casos) y persona (edad, sexo, estado actual, vías de transmisión y otras variables socio demográficas).

- ✚ Características clínicas de los casos.
- ✚ Institución notificante.
- ✚ Tasa de mortalidad.
- ✚ Tasa de letalidad.
- ✚ Casos en tratamiento antirretroviral.

- ✚ Curvas: epidémicas por semana epidemiológica, mes y/o año, porcentaje de positividad de los casos detectados.
- ✚ Calidad del llenado de los estudios de caso de VIH/SIDA.
- ✚ Indicadores de evaluación con periodicidad mensual.
- ✚ Consistencia de información entre los subsistemas de información (notificación semanal vs especial).
- ✚ Acuerdos establecidos en el Comité Jurisdiccional de Vigilancia Epidemiológica (COJUVE) para la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA y cumplimiento de los mismos.
- ✚ Informes de supervisiones realizadas y acciones correctivas ante omisiones detectadas en los procedimientos de vigilancia.

Nivel estatal

Caracterización de los casos y defunciones en tiempo (semana epidemiológica, mes, año); lugar (zonas donde se localizan los casos Municipio y localidad de procedencia de los casos) y persona (edad, sexo, estado actual, vías de transmisión y otras variables sociodemográficas).

- ✚ Características clínicas de los casos.
- ✚ Institución notificante.
- ✚ Tasa de mortalidad.
- ✚ Tasa de letalidad.
- ✚ Casos en tratamiento antirretroviral
- ✚ Curvas: epidémicas por semana epidemiológica, mes y/o año, porcentaje de positividad de los casos detectados.
- ✚ Calidad del llenado de los estudios de caso de VIH/SIDA.
- ✚ Calidad de la base de datos.
- ✚ Indicadores de evaluación con periodicidad mensual.
- ✚ Consistencia de información entre los subsistemas de información (notificación semanal vs especial).
- ✚ Acuerdos establecidos en el Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica (CEVE) para la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA y cumplimiento de los mismos.
- ✚ Informes de supervisiones realizadas y acciones correctivas ante omisiones detectadas en los procedimientos de vigilancia.

Nivel federal

- ✚ Caracterización de los casos y defunciones en tiempo (semana epidemiológica, mes, año); lugar (zonas donde se localizan los casos Municipio y localidad de procedencia de los casos) y persona (edad, sexo, estado actual, vías de transmisión y otras variables sociodemográficas).

- ✚ Características clínicas de los casos.
- ✚ Institución notificante.
- ✚ Tasa de mortalidad.
- ✚ Tasa de letalidad.
- ✚ Curvas: epidémicas por semana epidemiológica, mes y/o año, porcentaje de positividad de los casos detectados.
- ✚ Calidad del llenado de los estudios de caso de VIH/SIDA.
- ✚ Calidad de la base de datos.
- ✚ Indicadores de evaluación con periodicidad mensual.
- ✚ Consistencia de información entre los subsistemas de información (notificación semanal vs especial).
- ✚ Acuerdos establecidos en el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CoNaVE) para la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA y cumplimiento de los mismos.
- ✚ Informes de supervisiones realizadas y acciones correctivas ante omisiones detectadas en los procedimientos de vigilancia.

DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información resultada de la vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA debe difundirse a través de reportes impresos o electrónicos que favorezcan su accesibilidad, como en el boletín epidemiológico semanal, páginas web y otros que defina el estado, los medios mínimos a considerarse se describe en el cuadro 3.

Padecimiento	Clave CIE	Medios de Difusión				
		Semanal	Anual	Monografías	Panorama mensual	Reporte de encuestas
Infección asintomática por virus de la inmunodeficiencia humana	Z21	x	x	x	x	x
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida	B20-B24	x	x	x	x	x

Cuadro 3. Medios para la Difusión de la información de Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA

Se deberá proteger los datos personales de las personas con VIH/SIDA, de acuerdo a los principios que establece la Ley Federal de Transparencia de Acceso a la Información Pública Gubernamental.

PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO

Pruebas diagnósticas

Realizar el diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en forma adecuada y oportuna, es el primer paso para la implementación de una serie de intervenciones, que permitan realizar una adecuada vigilancia epidemiológica, evitar la rápida progresión de la enfermedad en la persona y el control del tratamiento antirretroviral, entre otras.

En la actualidad existen un gran número de pruebas de tamizaje, por lo cual es muy importante la selección de estos métodos con base en el objetivo de la detección.

Los principales objetivos de las pruebas de detección son:

Vigilancia epidemiológica

- ✚ Diagnóstico de la infección por VIH, principalmente en poblaciones con mayor riesgo y vulnerabilidad.
- ✚ Seguir la evolución de la prevalencia y de las tendencias de la infección por VIH en transcurso del tiempo en una determinada población.
- ✚ Seguridad de la sangre y sus derivados utilizados en transfusiones. Tamizaje de la sangre y de los productos sanguíneos.

Recientemente se ha incrementado el uso de pruebas rápidas, que son de gran utilidad para la detección de individuos infectados, particularmente en poblaciones de difícil acceso, sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) no recomienda el uso de estas pruebas para el tamizaje de la sangre de los donantes en centros de transfusión sanguínea y bancos de sangre.

El diagnóstico de la infección por VIH generalmente se realiza por métodos indirectos, demostrando la presencia de anticuerpos contra el VIH-1/2. La presencia de anticuerpos es consecuencia de la respuesta humoral de la persona contra el virus y se presenta en el 100% de los casos. Sin embargo, a diferencia de otras enfermedades, estos anticuerpos no tienen un efecto protector, pero estarán presentes durante toda la vida de la persona.

También puede utilizarse métodos directos para el diagnóstico, es decir aquellos que detectan al virus, sus antígenos o su material genético, entre ellos tenemos el cultivo viral, que es costoso, requiere mucho tiempo e instalaciones especiales, la detección de antígenos virales, (antígeno p24), que son métodos poco sensibles y la detección del genoma viral por RT-PCR, PCR tiempo real o la detección de ADN pro viral.

Selección de la muestra

En la selección del tipo de muestras que se utilizarán en las pruebas de diagnóstico se debe considerar el método de obtención de las mismas, la infraestructura para su obtención y la situación para aplicar las pruebas, con la finalidad de evitar el retraso en la entrega de resultados.

Suero y plasma

Se usan muestras de suero o plasma para las pruebas convencionales y rápidas de detección del VIH y para la prueba confirmatoria. Requiere la extracción de sangre por punción venosa con el uso de agujas de seguridad para toma múltiple con soporte y tubos

de recolección estériles (tubos con vacío), además, será necesario centrifugar la sangre total para separar el suero y el plasma de los eritrocitos.

Sangre total por punción dactilar

Para el caso de las pruebas rápidas, la mayoría funcionan con muestras de sangre total obtenidas por punción dactilar. Este tipo de muestra se puede obtener con facilidad, no necesita de equipo adicional y puede ser tomada por cualquier miembro del personal debidamente capacitado. Sin embargo, toda prueba rápida reactiva debe de ser confirmada por un ELISA y Western blot.

Fluido oral y otros fluidos

En la actualidad existen pruebas rápidas que utilizan otros líquidos corporales para la detección del VIH, como el fluido oral (líquido crevicular) que están disponibles en México y que presentan buen desempeño.

Procedimientos para toma y manejo de muestras: Material para la toma de muestras de sangre:

- ✚ Torundas,
- ✚ Aguja de seguridad para toma múltiple
- ✚ Soporte de seguridad para aguja
- ✚ Tubo con gel separador
- ✚ Alcohol 96°, ligadura, guantes, bata y lentes de seguridad.

Material para el envío de muestras:

- ✚ Contenedor primario (recipiente irrompible)
- ✚ Contenedor secundario (hielera)
- ✚ Geles congelantes
- ✚ Material absorbente
- ✚ Contendor terciario (caja de cartón)
- ✚ Etiquetas, material de empaque, cinta canela, folder en bolsa de plástico con formato único para el envío de muestras biológicas y oficio de solicitud de los estudios requeridos.

Procedimientos para la Toma de muestra.

De acuerdo a lo descrito en el Manual para Toma, Manejo y Envío de Muestras del INDRE (REMU- MA-01).

Análisis de las muestras. De acuerdo a lo descrito en el método específico (VIHU-M-01, VIHU- M-02, VIHU-M-03) de los lineamientos para la aplicación del algoritmo por laboratorio para diagnóstico de VIH, 2012 del INDRE.

Transporte de las muestras. De acuerdo a lo descrito en el Manual para Toma, Manejo y Envío de Muestras del INDRE (REMU-MA-01).

Criterios de aceptación

La muestra de plasma/suero debe tener un volumen de por lo menos 1 ml y debe estar entre 2°-8°C, oficio de solicitud, resumen de la historia clínica y el formato único para el envío de muestras biológicas.

Todas las muestras deberán de estar codificadas con datos no relacionados al nombre de la persona, RFC o CURP.

Criterios de rechazo

Muestras hemolizadas, contaminadas o lipémicas, en volumen menor a 500 µl, información incompleta o errónea (falta de formatos o información discordante).

Descripción del proceso de laboratorio

Tipo de muestra	Método de toma de muestra	Medio/Contenedor/Forma de envío	Tiempo de procesamiento de resultados	Técnica
Suero/Plasma	Flebotomía	Tripleembalaje 2°C–8°C	72 hrs.	Quimioluminiscencia
Suero/Plasma	Flebotomía	Tripleembalaje 2°C–8°C	72 hrs.	ELISA
Suero/Plasma	Flebotomía	Tripleembalaje 2°C–8°C	72 hrs.	Western Blot

Métodos de diagnóstico utilizados:

Los métodos más utilizados son las pruebas inmunoenzimáticas (ELISA) o combinaciones de éstas con pruebas rápidas. La elección de la estrategia y la selección de las pruebas dependerán de la calidad de éstas y de otras consideraciones de orden práctico relacionadas con la aplicación y la logística, así como también de un análisis de los beneficios en función de los costos.

La calidad de los métodos utilizados se encuentra en función de la sensibilidad, especificidad y los valores predictivos positivo y negativo. La sensibilidad de un método, es la capacidad de un método para identificar concentraciones pequeñas de anticuerpos, en tanto que la especificidad corresponde a la capacidad del método para identificar correctamente los anticuerpos contra el VIH. Con estos parámetros se determina la exactitud de una prueba para distinguir un individuo infectado de otro no infectado y ambos dependen de las características propias de la prueba que se emplee. Con un reactivo de sensibilidad y especificidad conocidas, la probabilidad de que el resultado determine con precisión si una persona está o no

infectada (valor predictivo), variará según la prevalencia de la infección por el VIH en la población en estudio. A mayor prevalencia disminuye la proporción de falsos positivos, mientras que aumenta la proporción de falsos negativos. Los valores predictivos indicarán la posibilidad de que una muestra determinada como positiva o negativa corresponda verdaderamente a que el sujeto en estudio esté infectado o no. Será fundamental que las pruebas que se utilicen en los algoritmos tengan una sensibilidad y especificidad de por lo menos el 99%. La mayoría de las que existen en el mercado, tanto pruebas inmunoenzimáticas como pruebas rápidas de diagnóstico del VIH, satisfacen estos criterios.

Una de las responsabilidades del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (In- DRE), es la evaluación del desempeño de los métodos disponibles en el mercado, con la finalidad de garantizar la calidad de las pruebas que utiliza la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (RNLSP) y del sector salud. Se recomienda realizar estas evaluaciones comparativas análogas de algunos estuches de las pruebas seleccionadas en el ámbito nacional o regional con antelación a la definición de los algoritmos nacionales de diagnóstico.

Diagnóstico por medio de anticuerpos

El diagnóstico del VIH en la mayor parte del mundo se realiza a través de la detección de anticuerpos contra VIH utilizando métodos inmunoenzimáticos (ELISA o EIA), pruebas rápidas y confirmado con Western blot.

La mayoría de las pruebas de tamizaje se basan en el principio de ELISA o EIA. Estas pruebas son lo suficientemente sensibles como para evitar resultados falsos negativos y además tienen la capacidad de detectar varios subtipos del VIH. El tiempo que tardan en realizarse varía entre 2 a 6 horas. El resultado de estas pruebas se considera como reactivo o no reactivo, y nunca deberá ser considerado como una prueba única para el diagnóstico de infección por VIH.

Las pruebas rápidas de detección del VIH también detectan anticuerpos utilizando técnicas como inmunocromatografía o aglutinación en partículas de látex, y al igual que las pruebas de ELISA deben ser confirmadas. Este tipo de pruebas no se deben considerar para demostrar la circulación de VIH -2.

Existen situaciones como inmunizaciones, enfermedades autoinmunes, vacunas, etc., en las cuales es posible obtener resultados falsos positivos. Considerando lo anterior, los resultados deben ex- presarse como “reactivos” y no como positivos y con ello evitar equivocaciones y por tal motivo deberán ser nuevamente evaluados con una prueba confirmatoria.

Un resultado reactivo no significa que la persona está infectada por el VIH.

Western Blot

Esta prueba se utiliza para confirmar si una persona está infectada por el VIH cuando las pruebas de ELISA han sido reactivas. En esta prueba, las proteínas del VIH se encuentran en una tira de nitrocelulosa separadas de acuerdo a su peso molecular y es posible identificar anticuerpos contra cada una de ellas. Para la interpretación del resultado del WB, se han establecido diferentes criterios por los diferentes organismos internacionales líderes en salud, en la mayoría un resultado positivo será cuando existan 2 bandas de diferentes genes de las principales proteínas o glicoproteínas del VIH. Solo hasta obtener un Western blot positivo se puede afirmar que la persona está infectada por el VIH.

Diagnóstico por medio de ácidos nucleicos.

Los métodos más utilizados son la determinación del RNA viral y DNA pro viral. Estas pruebas son utilizadas para establecer el diagnóstico en hijos de mujeres portadoras del VIH y en casos donde no se pueda establecer el diagnóstico con las pruebas de anticuerpos, pero únicamente en centros donde exista personal calificado para su interpretación. En todos los casos es necesario que la persona que se realice la prueba para el diagnóstico del VIH reciba consejería, información sobre la infección y firmar un consentimiento informado de acuerdo a la normatividad vigente.

Selección del algoritmo

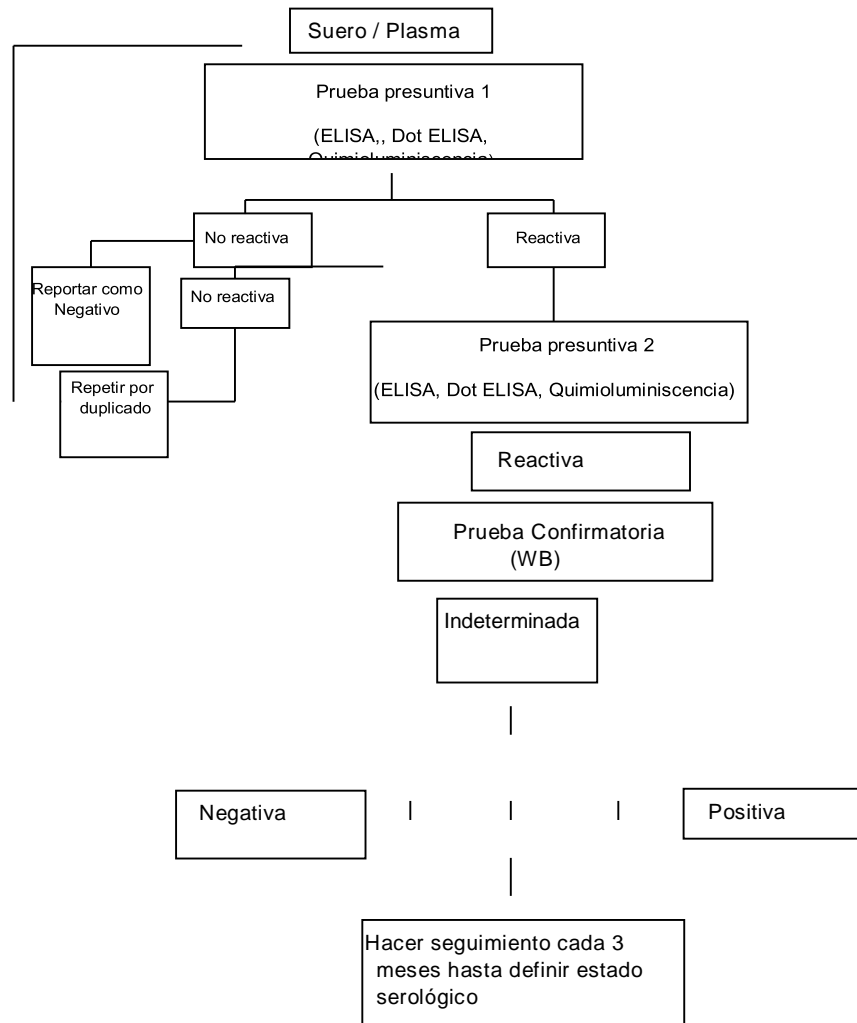
La Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA recomiendan considerar 3 puntos para elegir el algoritmo:

- ✚ Objetivo de la prueba
- ✚ Sensibilidad y especificidad de las pruebas
- ✚ Prevalencia del VIH en la población.

En México se utiliza el algoritmo III, que es el recomendado para poblaciones donde la prevalencia es menor o igual al 10% en personas asintomáticas. En este algoritmo se requieren de 3 pruebas, dos de tamizaje y una confirmatoria. En México la prevalencia de la infección en población general es menor del 1% al igual que en el grupo de mujeres, pero en grupos de mayor vulnerabilidad la prevalencia puede elevarse hasta un 15%.

ALGORITMO PARA EL DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE INFECCIÓN POR EL VIH

|



CAPACITACIÓN

Se deberá realizar al menos una capacitación anual de actualización al personal que realice actividades de vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA en el nivel local,

jurisdiccional y estatal y a todo personal de nuevo ingreso deberá otorgarse un curso de inducción al puesto que incluya al menos, los siguientes aspectos:

- ✚ Generalidades de vigilancia epidemiológica.
- ✚ Normatividad vigente de vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA.
- ✚ Panorama epidemiológico.
- ✚ Procedimientos para la notificación y seguimiento de los casos.
- ✚ Procedimientos de diagnóstico de laboratorio
- ✚ Manejo de bases de datos.
- ✚ Análisis de la información.
- ✚ Indicadores de evaluación.

Se deberá realizar una evaluación escrita a cada participante, previa y posterior al desarrollo del curso. Su periodicidad será definida acorde a la problemática de las enfermedades en la región, pero mínimamente se realizará una vez por año.

El Programa de Capacitación (incluyendo la Carta Descriptiva y la Evaluación al participante) deberá contar con el aval del área de Enseñanza y Capacitación del nivel correspondiente y el curso constará en las actas de dicha área.

SUPERVISIÓN

La supervisión es un proceso planificado y organizado de carácter formativo, de ayuda, asesoría y orientación; su objetivo principal es vigilar que las actividades para la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA se realicen acorde a los lineamientos vigentes.

El análisis de la problemática de los procedimientos de la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA por los responsables de las unidades de vigilancia epidemiológica de todos los niveles operativos, deberá definir las necesidades de supervisión y como resultado se elaborará un Programa de Supervisión anual.

Etapas de la supervisión:

- ✚ Diagnóstico de la situación epidemiológica: Comprende la obtención de toda la información epidemiológica del VIH/SIDA de las unidades a supervisar, la verificación de la información obtenida de las unidades, así como la evaluación de los indicadores de vigilancia correspondientes.
- ✚ Planeación: Consiste en la elaboración del plan de trabajo que incluye, entre otros aspectos las actividades a realizar, responsables en los diferentes niveles, cronograma y áreas o unidades a supervisar.
- ✚ Ejecución: Es el proceso propiamente de interacción en el cual se interactúa con los supervisados y se coteja la información obtenida en cada nivel de supervisión.
- ✚ Informe de supervisión: Todas las actividades encontradas, ya sea de buen o inadecuado funcionamiento, deben quedar plasmadas en informe escrito

que deberá ser signado de conformidad. En dicho informe deberá quedar plasmados los acuerdos y compromisos derivados de la misma, precisándose los responsables y tiempos de ejecución para la realización de la supervisión debe contarse con Guías de supervisión para cada nivel técnico administrativo. El contenido general de las guías debe incluir verificación de:

- ✚ Cumplimiento de normatividad
- ✚ Estructura y Equipamiento
- ✚ Organización y Coordinación
- ✚ Vigilancia epidemiológica
- ✚ Laboratorio
- ✚ Sistemas de información
- ✚ Coordinación
- ✚ Análisis de información y proceso de inteligencia epidemiológica
- ✚ Capacitación
- ✚ Difusión
- ✚ Supervisión

Los resultados de la supervisión y acuerdos establecidos deberán ser del conocimiento y seguimiento de los comités de vigilancia epidemiológica de cada uno de los niveles técnico administrativos, instancias que deberán dar seguimiento al cumplimiento de los mismos.

Eje de sistematización

Los conocimientos adquiridos en el lugar de práctica pre profesional, son tomados en cuenta para realizar esta sistematización considerando que el nivel de enseñanza fue el adecuado para poner en práctica todos los instrumentos y técnicas adquiridos durante toda la formación en las aulas. Familiares y pacientes consideran que el Trabajador Social debe ser el vínculo más importante ya que brinda todas las facilidades para que exista el acompañamiento y compromiso de parte del profesional durante todo el proceso. Por eso basado en la práctica y la experiencia podremos decir que de esta experiencia se han desprendido las siguientes preguntas de sistematización:

- ¿Se entrega información clara y oportuna sobre el tema del VIH a la población vulnerable?
- ¿Existe una orientación adecuada a los pacientes portadores de VIH y a sus familiares, sobre los servicios legales y de salud relacionados al tema del VIH?
- ¿Se ha dado un diálogo multidisciplinario para enfrentar la problemática del VIH en la población vulnerable? Las respuestas a estas interrogantes se corresponden a los objetivos de la investigación.

CAPITULO IV ESTUDIO DE LA POBLACIÓN

Personas portadoras de VIH

Los pacientes que se encuentran dentro del registro nacional de casos (RNS), sin importar su género forman parte de los programas con los cuales cuenta la institución como tal. Después de haber realizado todos los chequeos médicos y de que su diagnóstico sea el positivo pasan a formar parte de dicho departamento, realizando varias actividades, fomentando las formas de protección y confidencialidad cuidado cuando se practican relaciones sexuales, con el fin de preservar la condición estable en salud de sus parejas para así evitar posibles contagios con dicha patología.

Familiares y parejas de pacientes portadores de VIH




En el contexto de la intervención familiar con la persona portadora de VIH, la familia debe ser significativa e incondicional, brindando el apoyo necesario durante todo el tiempo que se extienda la recuperación o el tratamiento que sea necesario para lograr alargar la vida del paciente, participando conjuntamente en todos los talleres de sensibilización que se impartan dentro de los programas que se desarrollan, fomentar la integración y evitar la discriminación dentro del propio círculo familiar. No obstante, se debe capacitar a la pareja de la persona portadora de VIH para que obtenga el conocimiento, las habilidades y medios para asegurar que dicha enfermedad no se siga transmitiendo ni en el círculo familiar ni fuera de él.

Desarrollo Metodológico

A continuación, se muestra la metodología que se implementó para el desarrollo de la investigación, teniendo en cuenta la población sujeta, el interés, el enfoque, técnicas, instrumentos y actividades realizadas.

Por motivos de confidencialidad a los que está sometido el programa los nombres de los portadores de VIH/SIDA se mantienen en el anonimato

Población a Investigar

-  Usuarios que viven con VIH, usuarios de fase SIDA.
-  Trabajadora social del CAPACITS/ Trabajadora Social practicante en la Jurisdicción sanitaria #1 del estado de Querétaro.
-  Familias/parejas de los usuarios que viven con VIH.

Los criterios que se eligieron para la población a investigar son:

- **Trabajadoras sociales de la secretaria de Salud del Estado de Querétaro:** experiencia en visitas domiciliarias, 6 meses a 1 año de experiencia en la intervención con usuarios de VIH/SIDA, trato con usuarios
- **Encargada del programa Estatal del programa de VIH e ITS en la Jurisdicción Sanitaria #1:** Procedimientos y seguimientos de vih/sida, contacto con personal de epidemiología.
- **Usuarios portadores de VIH/SIDA:** contacto con los Trabajadora Social, disponibilidad de tiempo, intereses por participar en el proceso de investigación.
- **Familiares / parejas:** de usuarios portadores: contacto con trabajadora social, disponibilidad de tiempo, interés por participar en el proceso de investigación.

Investigación descriptiva: (Desarrollo Metodológico)

Esta investigación es descriptiva/exploratorio proporciona un acercamiento o problema conocido, pero demasiado estigmatizado y que por ende no ha sido abordado antes, como es el caso de la Intervención del Trabajo Social en la problemática del VIH- SIDA. Descriptiva, porque como la misma palabra lo indica, el estudio permitió describir situaciones, hechos, comportamientos y procesos a partir de los significados que tienen estas acciones para los usuarios. el enfoque cualitativo descubre la preocupación epistemológica por construir un tipo de conocimiento sobre la realidad social y cultural, que permite captar el punto de vista de quienes la producen y la viven. Así mismo reconoce, que el acceso al conocimiento de lo específicamente humano se relaciona con un tipo de realidad epistémica, cuya existencia transcurre en el plano de lo subjetivo y lo ínter subjetivo y no solo de lo objetivo (REFERENCIA).

La intervención del Trabajo Social se entiende como como la acción organizada y desarrollada por especialistas en la rama con las personas, grupos y comunidades más vulnerables. Tiene como principales objetivos, en primer lugar, superar los obstáculos que truncan el desarrollo humano, así como también, mejorar de la calidad de vida de todos los seres humanos. La intervención profesional se apoya en los fundamentos éticos, epistemológicos y metodológicos del Trabajo Social, desde un enfoque global, plural y de calidad. A través de los promotores de la salud e incluso de los mismos trabajadores sociales se inicia el proceso de la detección en primer plano el cual empieza con la realización de la prueba rápida el cual es un ensayo de inmunocromatografía rápida y de oro coloidal mejorado para



Pláticas informativas en Centro de Salud Satélite.



determinación cualitativa de anticuerpos contra el virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH) , en sangre total, suero o plasma; este ensayo es una prueba tamiz y todos los resultados positivos deberán ser confirmados utilizando una prueba confirmativa alterna tal como lo es el WESTER BLONT,

El procedimiento para la realización de la prueba debe ser bajo un protocolo considerando siempre lo siguiente:

- ✚ Todos los resultados siempre deberán ser confirmados por un método alterno
- ✚ El material siempre se deberá manejar como material potencialmente infeccioso, usando guantes, cubre bocas para la protección del promotor
- ✚ Nunca utilizar las pruebas tiempo después de la caducidad.

El procedimiento del ensayo

Una vez utilizados los protocolos de seguridad para la toma de la muestra, se prepara al usuario explicándole que es y en que consistela prueba rápida como es llamada de manera mas

Prueba rápida a usuario en feria de salud.

ocasional, siempre se debe dirigir al paciente de manera cordial para que desde el primer momento se tome confianza promotor/usuario, bajo un ambiente cordial se explica de manera general la enfermedad VIH/SIDA, siempre debe existir un contacto visual con el usuario para que este sienta en



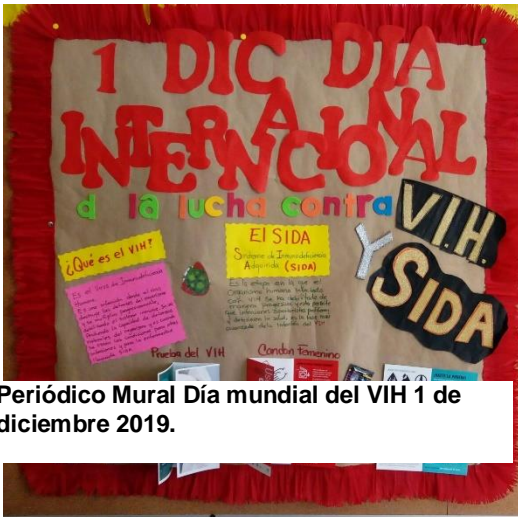
confianza y al momento de aplicar la prueba no sienta nervios ni pueda salir mal, antes de iniciar el proceso de la prueba se debe de entregar al usuario/a un hoja llamada consentimiento informado que nos habla acerca de que sus datos estarán protegidos en todo momento, en este proceso de la explicación se comunica al usuario que la prueba iniciara con una toma de muestra pequeña de sangre que se extrae con una pipeta para poder insertarla en la prueba, aplicando de 1 a 2 gotas de líquido buffer que nos ayudara a determinar el resultado, posteriormente se debe explicar al usuario que el tiempo de espera para el resultado es de 3 a 5 minutos y explicar que el resultado va indicar dos líneas para reactiva y una línea para no reactiva, es importante que una vez tomada la muestra la lanceta sea desechada para evitar algún accidente o riesgo, siempre utilizando un pipeta para la extracción en sangre para evitar la contaminación cruzada

Para la interpretación de resultados:

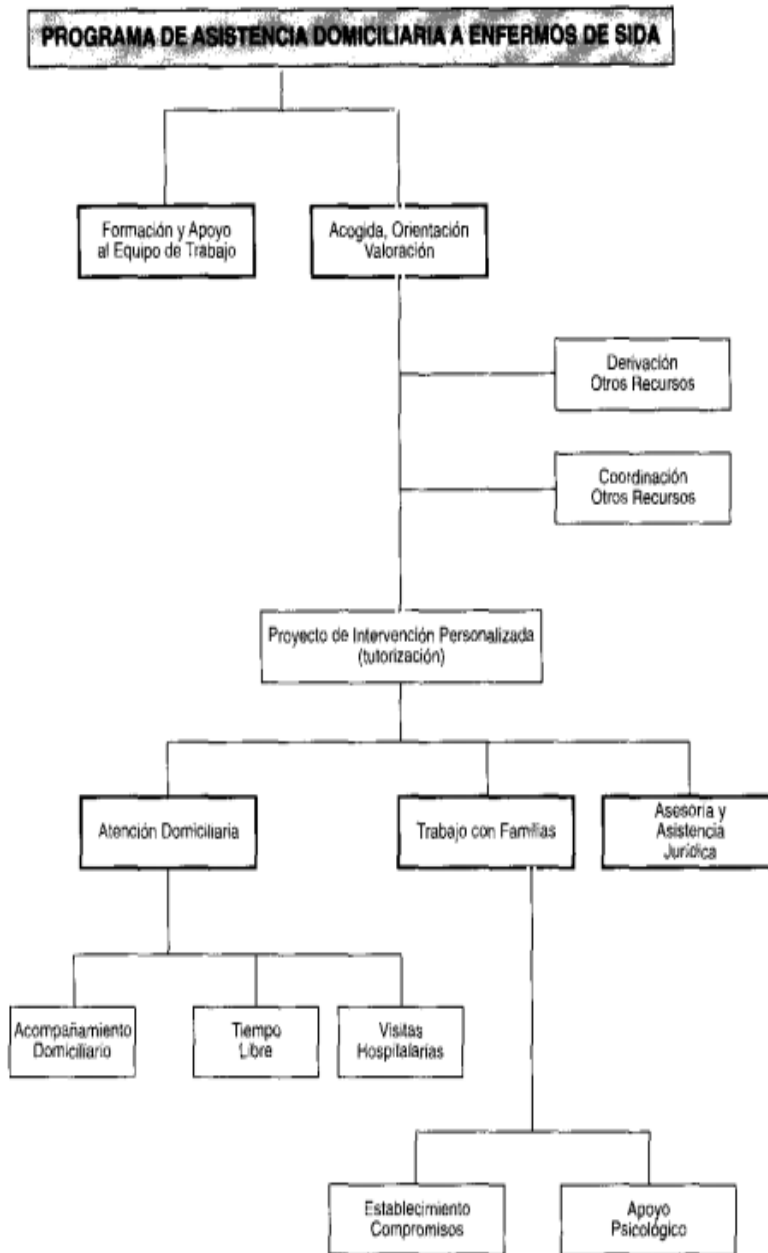
- ✚ Un resultado positivo puede aparecer al minuto para muestras con niveles altos de anticuerpos anti-VIH.
- ✚ para el resultado positivo: ambas bandas de prueba rojo purpura aparecen en la membrana, entre más baja sea la concentración de anticuerpos más débil se coloreará la banda en la muestra T.
- ✚ para el resultado negativo: solo la banda control purpura aparecerá en la membrana, la ausencia de una banda de prueba T indica el resultado negativo,
- ✚ invalido: siempre deberá haber una banda roja purpura en la región de control independientemente del resultado de la prueba, si la banda control no es visible la prueba se considera invalida.

En caso de que la prueba salga positiva se da consejería al paciente para que este pueda tomar la noticia de manera más tranquila y se ordena inmediatamente una prueba confirmatoria llamada **Western blot** esta es la prueba confirmara que el

paciente es portador del virus, si el paciente tiene sospechas de contar con VIH, se ordena otra prueba para su detección llamada **ELISA** (Se trata de un examen de laboratorio comúnmente usado para detectar anticuerpos en la sangre.)



Periódico Mural Día mundial del VIH 1 de diciembre 2019.



(esquema tomado de trabajo social y sida. una experiencia de trabajo: programa de atención domiciliaria a enfermos de sida. Pág. 149 autor: Guillermo Fernández Maillo)

Actividades dentro del área de Trabajo Social



TALLER MANEJO DE ESTRES Y VIH OCTUBRE
2019

- a) Intervención directa en el programa VIH/SIDA E ITS de la Jurisdicción Sanitaria No 1 del Estado de Querétaro. Consistió en el estudio directo de los casos al realizar visitas domiciliarias, pruebas rápidas, estudiando también la diferente literatura que se encuentra dentro del programa.
- b) Diseño del Proyecto de Investigación: Esta etapa consistió en delimitar el tema a través del diagnóstico previo con el título la formulación del problema y los objetivos. A lo largo de la investigación y en forma permanente se fue trabajando en la construcción de la investigación
- c) En campo: ferias de salud en dos sitios distintos como lo son la comunidad de San pedro en el municipio de Huimilpan, a 30 min de Querétaro, con el apoyo del departamento de promoción de la salud, se atendió principalmente a los hombres migrantes de Estados Unidos invitándoles a que se realizaran la prueba rápida de VIH, estas estuvieron coordinadas únicamente por dos doctoras encargadas de realizarlas mi actividad en esta feria fue hacer promoción sobre las pruebas e informar a las personas. Mientas que la segunda feria se realizó en el Tecnológico de Monterrey esta feria fue un poco más grande porque se atendieron diversas poblaciones como directivos, maestros, ex -alumnos, alumnos de preparatoria y de universidad. Al igual que en la feria anterior se invitaba a los jóvenes estudiantes a que se realizaran la prueba y darles una pequeña platica. En esta feria pude realizarlas primeras pruebas a los usuarios explicándoles un poco y dándoles información, se entregaban consentimientos informados, condones, y en caso de que alguna prueba saliera positiva notificarle inmediatamente a la Dra.
- d) Atención domiciliaria: las actividades que comúnmente se realizan en la atención domiciliaria que el enfermo tome la medicación, supervisión de la situación higiénica y alimenticia del enfermo, actividades de rehabilitación (según los casos), acompañamiento que evite la situación de soledad y motive a salir del domicilio, acompañamiento fuera de la casa para realizar las actividades que sean más aconsejables, seguimiento y permanencia en el hospital en caso de reingresos. En la mayoría de los casos las personas que viven con VIH se aíslan de manera

que marcan una distancia con su familia y se deslindan de cualquier responsabilidad u obligación.

Protocolos para la atención de trabajo social en VIH en base a la consejería.

La consejería es vista como una herramienta de ayuda, cuyo objetivo es abrir un espacio de trabajo para facilitar que las personas logren el bienestar o tomen conciencia de los problemas y retos que deben o deberán enfrentar en su vida cotidiana.

Consejería de la prevención

Este tipo de consejería se basa en la prevención para determinar de qué manera los estilos de vida y las conductas de una persona pueden representar un riesgo para adquirir el VIH.

- Entrega de información personalizada.: esta información es entregada al usuario después de explicarle el proceso que lleva la enfermedad y las diferentes formas de contagio como lo son la perinatal (a través de la madre ya sea al momento del parto o en la lactancia, personas usuarias de drogas inyectables, población clave como HSH, MTS, HTS, P.T)
- Apoyo emocional para enfrentar el estrés vinculado con el VIH: una vez que el diagnóstico fue dado y que este fue reactivo (positivo). El trabajador social brinda el apoyo para vincular al usuario y brindarle ayuda que mejore su salud emocional.
- visita domiciliaria: En este proceso el trabajador social busca investigar la relación socio-emocional que el usuario tiene con su familia en este caso si el usuario vive solo o su familia se encuentra lejos se da seguimiento de manera personal.
- Derivación a otros servicios, según las necesidades específicas de los usuarios: en caso de que los usuarios que sean madres positivas al VIH en lactancia, o madres embarazadas se da un seguimiento especial debido a que su condición física es diferente a la de los otros usuarios positivos, el trabajador social vincula a otra institución(CAPACITS)para que se le aplique el tratamiento adecuado y seguir con las visitas posteriores de revisión al ginecólogo.



Muestra de métodos anticonceptivos y material informativo en Centro de Salud Lázaro Cárdenas.

Es importante aclarar que el Trabajador Social solo debe realizar un acompañamiento, ningún tipo de terapia ya que de esto se encarga la parte de Psicología, con esto elaborar ciertas metodologías de trabajo en base a las necesidades del paciente.

Protocolo de trabajo social de consejería previo a la prueba de VIH



Realizar un trabajo previo a la información de resultados, mediante esto evitaremos ciertos problemas en su estado emocional que se van a presentar en un futuro con el paciente: como se mencionó anteriormente es importante realizar un buen trabajo de intervención sobre la información que se le va a proporcionar al usuario ya que surgirán dudas verificando los conocimientos que tiene el usuario sobre el tema con preguntas como:

Mural "Manos que Informan" Centro de salud La Cañada.

Fuente: Archivos de Trabajo Social de la clínica de VIH-SIDA.

- ✚ ¿Alguna vez te has realizado la prueba rápida?
- ✚ ¿Sabes que es el Virus del VIH/SIDA?
- ✚ ¿Entiendes la diferencia entre el VIH y el SIDA?
- ✚ ¿Qué sabes sobre las vías de transmisión?
- ✚ ¿Qué harías en caso de que la prueba fuera reactiva?

Este tipo de pruebas siempre se realiza bajo la mayor confidencialidad y respeto. La evaluación de riesgo consiste también en identificar situaciones y prácticas que pueden haber puesto al usuario/a en situación de riesgo de infección por el VIH.

Se debe explorar también:

- ✚ Explorar si existe actividad sexual.
- ✚ Explorar sobre los tipos de prácticas sexuales que tiene el usuario/a (vaginal, anal u oral).
- ✚ Uso de condón: frecuencia y uso correcto.
- ✚ Explorar el uso compartido de objetos corto punzantes (jeringuillas, piercing, tatuajes, etc.).

- ✚ Explorar el historial de transfusiones sanguíneas o hemo derivados "no confiables".

PROTOCOLO DE CONSEJERÍA EN PRUEBAS POSITIVAS O CONFIRMATORIA.

La intervención de trabajo social en este proceso consta en brindar apoyo emocional al usuario cuando este sea informado del resultado es importante seguir 3 pasos que ayudaran al usuario a tener claro el resultado y a no perder el control de sus emociones

- ✚ **Apoyo emocional:** La persona que recibe el resultado, vivirá una etapa de confusión y negación, a veces se presentan sentimientos de culpa o ideas suicidas. Enseguida se debe dar apoyo emocional al usuario/a, facilitando la expresión de emociones y sentimientos y acompañando de forma individual y personalizada al usuario/a en las diferentes fases emocionales que irá encontrando.
- ✚ **Dar recomendaciones sobre prevención y auto cuidado:** en esta etapa se debe explicar al usuario el autocuidado que debe tener después de que su resultado salga positivo o reactivo, posteriormente explicándole el procedimiento que se debe llevar para que su calidad de vida sea mejor.
- ✚ **Realizar referencia adecuada y dar continuidad a la consejería.**
 - ✚ La consejería es una herramienta integral Una vez que se detecten necesidades de apoyo psicológico, emocionales, afectivas o sociales que no se pueden manejar, se debe buscar apoyo profesional vinculado por el trabajador social
 - ✚ La consejería es un proceso dinámico que no se concluye con una visita, sino que da la posibilidad de realizar un seguimiento y un apoyo continuo.

Protocolo de trabajo social para las familias

En diversas ocasiones los usuarios que son detectados con VIH están constituidas por familias homoparentales y en muy pocas ocasiones familias nucleares, también se encuentran usuarios que viven apartados de su familia nuclear por situaciones en las que no son aceptados por sus familias, la intervención del trabajador social aquí es o es promover el consentimiento y apoyo para manejar la situación de los miembros de la familia del paciente. Debido a que en diversas ocasiones los familiares no están relacionados con el concepto de lo que significa VIH/SIDA y lo relacionan inmediatamente con la muerte es por eso que se debe explicar el proceso que su familiar tiene que filtrar para su calidad de vida no disminuya ; en el caso donde el familiar ha fallecido debido al VIH es otro proceso que se explica y un seguimiento diferente que se da ya que al morir la familia no sabe que era positivo a esta enfermedad y es aquí cuando la visita domicilia tiene que hacerse para conocer la situación familiar, si se presentan conductas negativas o de rechazo y estigmatización se debe hacer una pequeña intervención sobre el tema, es deber

también del trabajador social como parte de su intervención informar sobre los grupos e instituciones de apoyo que existen como lo son: GPV+(grupo de apoyo para personas con VIH), COIVHS (Centro de Orientación e Información de VIH y SIDA A.C.) Asociación Fátima IBP, Aquesex (asociación Queretana de Sexualidad).

PROTOCOLO DE CONSEJERÍA DE TRABAJO SOCIAL A LA PAREJA (INCLUYENDO PAREJAS SERO-DISCORDANTES).

El procedimiento en las parejas de los usuarios positivos es también importante incluso si están positivas al virus, aquí se vincula a la pareja a sesiones de asesoramiento después de la prueba incluso se recomienda antes de la prueba para que estos estén preparador en caso de que uno de ellos salga positivo, en la consejería deben siempre estar de acuerdo ambos para empezar el procedimiento. Durante la consejería previa a la prueba, las parejas pueden discutir lo que se proponen hacer dependiendo de los resultados de la misma; La consejería posterior a la prueba permite que la pareja comprenda las implicaciones de sus resultados. Si la pareja tiene resultados serodiscordantes, (uno es positivo para VIH y el otro es negativo) pueden surgir problemas de relación difíciles de solucionar. La consejería puede contribuir a que la pareja supere sentimientos de ira y rencor (que en algunos casos conducen a violencia, especialmente contra las mujeres). Es importante porque ayuda a las parejas a aceptar prácticas sexuales seguras con el fin de prevenir la transmisión al miembro no infectado. Existen muchos mitos acerca de las parejas serodiscordantes.

Intervención en institución.

Al estar en la jurisdicción tuve contacto con la Trabajadora social de la coordinación estatal de VIH la Lic Guadalupe Mendoza su trabajo principal desde la coordinación es realizar visitas domiciliarias que son requeridas por las jurisdicciones, CAPACITS, SAIH`s, para atender una situación especial (partos de mujeres embarazadas en el Hospital del Niño y la mujer, y protocolos para mujeres embarazadas). Acompañamiento y gestión para la atención de pacientes en los SAIH`s de os municipios que pertenecer a Querétaro como son San Juan del rio, Cadereyta, Jalpan., manejo de las plataformas de Censida para el seguimiento de pacientes cuando emigran y migran, gestión del envío de medicamentos antiretrovirales a pacientes de las jurisdicciones I,III,IV, atención principal a la población clave de trabajadoras y trabajadores sexuales y población trans proporcionándoles insumos (condones) y se ofertan las pruebas rápidas de detección de VIH, VDRL, HEPATITIS B Y C, además se atienden situaciones particulares que la comunidad solicite, capacitándoles en temas de derechos humanos formándoseles como promotores o promotoras de la salud para que brinden consejería y apliquen pruebas rápidas.

Así como la atención a personas privadas de la libertad para su seguimiento y atención medica de VIH en SAIH Querétaro. El principal objetivo que tiene como

parte del equipo del programa es la prevención de este virus, la atención y el control del VIH/SIDA E ITS.

Las gestiones para el medicamento retroviral es importante, así como la atención integral de las personas que viven con VIH trabajando también de la mano con los programas estatales prioritarios. Como parte de la atención que brinda la coordinación se atiende también a las personas privadas de la libertad para su seguimiento y atención médica de VIH en los SAIH. La licenciada explico además que el trabajo que se tiene igualmente es con los niños, niñas y adolescentes que viven con VIH y su intervención que realiza tiene como finalidad que puedan adherirse al tratamiento, trabajando con diferentes especialistas para la develación del diagnóstico a partir de los 7 hasta los 17 años continuando con su atención en el CAPASITS.

Es importante mencionar que para el manejo de todos estos procesos se debe tener conocimiento y capacitación en:

- ✚ Conocimientos generales sobre VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual para dar consejería
- ✚ Derechos humanos en particularidad para mujeres que viven con VIH y comunidad LGBTTTI
- ✚ Lenguaje incluyente y no sexista
- ✚ Dominar el trabajo frente a grupos
- ✚ Dominar una entrevista
- ✚ Trabajo en equipo tener capacidad de liderazgo
- ✚ Actualizaciones constantes de temas relacionados a la ITS, VIH/SIDA.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

La profesión del Trabajo Social, intervención individual y en las personas cercanas y/o familiares. no ha estado ausente en esta problemática y desde sus intervenciones en los medios hospitalarios pasando por la intervención individual, de grupo a la intervención colectiva y la investigación social, ha colocado al Trabajo Social en una de las primeras profesiones en interesarse en las personas que han contraído la infección del VIH. En sus inicios el Trabajo Social se interesa en la intervención individual y en las personas cercanas y/o familiares.

Los afectados por el VIH/SIDA, padecen graves consecuencias a nivel emocional y anímico, provocado por un sentimiento de culpabilidad en los primeros momentos de detección de la infección. La connotación negativa que tiene esta enfermedad hace que ellos/as mismos/as retengan esa mirada estigmatizada y generalizada en la sociedad. concluir y fomentar el apoyo emocional y el acompañamiento profesional en la adaptación a hábitos saludables. En esta línea, resulta clave la adaptación a la medicación en la nueva situación de los afectados, con tal de poder insertar de una manera plena con los afectados en cualquier ámbito de la vida diaria, superando así el etiquetaje y posterior encasillamiento. El Trabajo Social no se encarga de simplemente trabajar con el eje del problema que es la persona, sino que trabaja con todas las personas que forman parte de su convivir diario, el trabajo con familia es muy importante ya que, al trabajar con los demás actores participantes, la persona centro de investigación logra un bienestar y se genera confianza tanto entre trabajador y usuario.

La práctica pre profesional en el Trabajo Social forma un papel muy fundamental en la vida de las los estudiantes, ya que permiten visualizar de mejor forma la acción profesional del Trabajo Social y comenzar a generar praxis a través de los conocimientos adquiridos en la carrera. Sin embargo, es importante recalcar que la salud pública debe mejorarse ya que parte de la población se encuentra en el sector más vulnerable con enfermedades crónicas degenerativas, lo que hace imposible que el estado de salud de estas personas mejore. como Trabajadores Sociales debemos luchar por esa eliminación de ciertas barreras y métodos antiguos haciéndole participar en la toma de decisiones a los pacientes y que se sientan empoderados de pertenecer a mejorar la atención en todas las instituciones de salud. La tarea del trabajo social no es solamente trabajar con el eje del problema que es el individuo, sino que trabaja con todas las personas que forman parte de su convivir diario, el trabajo con familia es muy importante ya que al trabajar con los demás actores participantes se logra encontrar un bienestar emocional-psicológico para el usuario.

PROPUESTAS

- ✚ Se busca que para el año 2030 se pueda erradicar la epidemia o encontrar una cura, así como trabajar para implementar las cero discriminaciones en las personas con VIH/SIDA.
- ✚ Campañas de sensibilización para trabajadoras y trabajadores sexuales, jóvenes de 18 a 30 años
- ✚ Pláticas sobre salud con énfasis en la inmunidad
- ✚ Preparación de promotores que ayuden a difundir información a través de otras personas con campañas publicitarias, redes sociales etc.
- ✚ Trabajar en campañas de discriminación, haciendo énfasis en la homofobia.
- ✚ Mantener contacto frecuente con los usuarios detectados.

Referencias

- ✚ CIENCIA LA SALLE. (2001). VIH SIDA. Una realidad en la intervención del trabajo social, Caracterización de la intervención de trabajo social en la problemática de VIH SIDA. 2001, de LA SALLE Sitio web: https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=1716&context=trabajo_social.
- ✚ Dirección general de epidemiología. (2012). Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA. 2012, de SECRETARÍA DE SALUD Sitio web: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/236888/Manual_VIHSIDA_vFinal_1nov12
- ✚ JOSE JAVIER NAVARRO PÉREZ, MARIA FAJARDO FRANCH, SERGIO CAPELLA CASTILLO. (2018). La estigmatización del VIH/SIDA: La respuesta desde el trabajo social. 2018, de UNIVERSIDAD DE VALENCIA Sitio web: <https://revistas.um.es/azarbe/article/view/322341/254651>
- ✚ Oscar Labra, Ph.D.. (2011). Trabajo Social y VIH-SIDA: análisis de prácticas de intervención. 2011, de UNIVERSIDAD DE CHILE Sitio web: <http://revistafacso.uccentral.cl/index.php/rumbos/article/view/149/145>
- ✚ Lizbeth Carolina Escobar Rovalino. (2017). INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL A LAS PERSONAS CON VIH/SIDA Y SUS RELACIONES FAMILIARES EN EL CENTRO DE REHABILITACION DE LA CIUDAD DE AMBATO. 2017, de UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO.
- ✚ Basantes Constante José Daniel. (2015). Visión crítica de la intervención del Trabajo Social con personas portadoras de VIH del Departamento de Infectología del Hospital General Enrique Garcés. 2016, de UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS CARRERA DE TRABAJO SOCIAL.
- ✚ Ana Josefina Güell Durán. (1998). LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PERSONAS VIH/SIDA. UN ABORDAJE DESDE LA PERSPECTIVA DEL TRABAJO SOCIAL. 1998, de universidad de chile Sitio web: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/v27n642002/>
- ✚ Guillermo FERNÁNDEZMAILLO. (1993). Trabajo Social y Sida. Una experiencia de trabajo: Programa de Atención Domiciliaria a Enfermos de Sida. 1993, de COLECTIVO SAN BLAS MADRID Sitio web: <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS9393110147A/8524>

ANEXOS



1.-DATOS DE LA DEFUNCIÓN

Folio del certificado de defunción: _____

Nombre del fallecido: _____
Nombre (s) Apellido paterno Apellido materno

Sexo: Masculino Femenino Institución de Derechohabencia _____

Edad: _____
Horas Días Meses Años Desconocido:

Lugar de residencia habitual: _____
Municipio Entidad

Lugar donde ocurrió la defunción: _____
Municipio Entidad

Fecha de la defunción: _____
Día Mes Año Oficialía:

Certificada por: Médico Tratante Otro médico Médico legista Otro

Nombre del certificante: _____

2.-CAUSAS DE DEFUNCIÓN

Causas	Intervalo	Código CIE-10	Código CIE-10 de la Causa Básica
I			
II			

Causa sujeta a vigilancia epidemiológica: _____
Código CIE-10

3.-RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

La causa sujeta a vigilancia epidemiológica | _____ | Ratifica Rectifica
Causas después de la investigación Intervalo Código CIE-10 Código CIE-10 de la Causa Básica

I			
II			

Fecha de recolección: _____
Día Mes Año Inicio del estudio: Día Mes Año

Fecha de conclusión: _____
Día Mes Año Reporte a INEGI/SS: Día Mes Año

Observaciones: _____

Nombre del responsable de la investigación: _____
 Cargo: _____ Firma: _____

4.-DATOS DE CONTROL (EXCLUSIVO INEGI)

Tipo de documento: _____ Núm. de paquete: _____ Núm. Acta: _____ Folio de captura: _____

Nombre del codificador: _____
Nombre (s) Apellido paterno Apellido materno Firma