



3
2e;

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

**"LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA"
(INGRESO AÑOS POSTERIORES AL PRIMERO)**

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA DEL SINDROME DE
INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Que para obtener el Título De:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P r e s e n t a :

MA. AMALIA ANDRADE RAMIREZ

U. N. A. M.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
No. DE CUENTA 8964056-4

COORDINACION DE SERVICIO
SOCIAL Y OPCIONES
DE TITULACION

ASESOR ACADEMICO:

Laura Pacheco Arce
LIC. EN ENF. ANA LAURA PACHECO-ARCE

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Mexico, D. F.

1993



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 está 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.

C O N T E N I D O

		Pag.
I.-	INTRODUCCION	1
II.-	OBJETIVOS	4
III.-	JUSTIFICACION	5
IV.-	METODOLOGIA	6
V.-	MARCO TEORICO	7
	1.- Proceso Salud Enfermedad	8
	2.- Proceso Atención de Enfermería	22
	3.- Epidemiología del Sida	32
	4.- Sintomatología	37
	5.- Diagnóstico	39
	6.- Tratamiento	42
	7.- Complicaciones	46
	8.- Impacto Psico-Social del Sida	48
	9.- La Enfermera y el Sida	64
VI.-	HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA	68
VII.-	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	73
VIII.-	PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA	74
IX.-	EVALUACION FINAL DEL PLAN DE ATENCION	86
X.-	CITAS BIBLIOGRAFICAS	90
XI.-	CONCLUSIONES	92
XII.-	GIOSARIO DE TERMINOS	95
XIII.-	BIBLIOGRAFIA	98

1.- INTRODUCCION

En nuestro país y debido a la deficiente información que se brindaba hasta hace un par de años acerca del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), causada por dos agentes etiológicos VIH-1 y VIH-2 y que son la -- causa principal del incremento de casos de dicha enfermedad, se decidió en el presente trabajo, esperando que esta información sea de utilidad para las personas que tengan oportunidad de leerla.

El SIDA es un padecimiento que en sus inicios se creyó que solo lo adquirirían los homosexuales, por ser ellos en los que se presentaron los primeros casos, posteriormente se presenta en mujeres, adolescentes y niños.

Dicha enfermedad es causada por dos agentes etiológicos, ambos son retrovirus y reciben el nombre de Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

El VIH-1 se aisló en 1983, el VIH-2 en 1986 en individuos oriundos de Africa Occidental.

El VIH se ha identificado en saliva, moco nasal, lágrimas, secreciones vaginales, secreción láctea, sémen, sangre y sus derivados.

Los primeros síntomas de la infección por VIH, inicialmente no presentan ningún síntoma, pueden presentar ganglios linfáticos expandidos en cuello, axilas e ingles, otras personas desarrollan los primeros síntomas, después

de algunos meses o años. Estos síntomas consisten en algunas o en todas las personas en lo siguiente:

Pérdida de peso, hipertemia de más de un mes, diarreas crónicas, herpes zoster, candidiasis oral o algodoncillo, leucoplasia pilosa oral, aumento persistente de ganglios, estos síntomas no son específicos de las manifestaciones tempranas de la infección por VIH; ya que otras enfermedades, en su mayoría benignas, pueden presentar los mismos síntomas, lo que hace sospechar de la infección temprana por VIH es la naturaleza persistente e inexplicables de tales síntomas.

Entre el 30 y 40% de pacientes ceropositivos desarrollarán SIDA dentro de los 7 años posteriores a la infección por VIH. Las manifestaciones aparecen cuando el sistema inmunitario se encuentra severamente dañado.

Los grupos de alto riesgo en hombres y mujeres son: homosexuales, bisexuales, heterosexuales, por transfusión, hemofílico, drogactos IV, promiscuidad sexual, relaciones sexuales perinales, transplantes de órganos humanos materiales punsocortantes.

El SIDA en mujeres se ha presentado por tener más de una pareja sexual o porque su pareja sea seropositivo asintomático. La prostitución es una patología social que ha existido desde tiempos remotos y las personas que la practican tienen más riesgos de contraer enfermedades venéreas y VIH, pero no se ha demostrado que en una sola re

lación sexual vaginal existe menos del 1% de probabilidades de contagio, esto va a depender por el número de relaciones sexuales y parejas sexuales, el uso de preservativos. Se han encontrado casos de SIDA PERINATAL E INFANTIL, esto es cuando una mujer infectada con VIH le pasa la infección a su hijo, esto puede ocurrir durante el embarazo, por medio de la placenta, durante el parto y después del parto, a través de la lactancia materna.

Los casos infantiles por lo general se presentan en el primer semestre, ya que es de transmisión materno-fetal, en la mayoría de los casos y es muy raro por transfusión.

En drogadictos IV se ha presentado en 0.8% y esto se debe al hecho de compartir agujas contaminadas y en segundo lugar por la transmisión del virus por vía sexual.

La población en general vive en una constante incertidumbre y se formulan una pregunta que es muy frecuente, ¿seré uno dentro de la población que adquiere SIDA?

La reacción psicológica del paciente no solo es la incertidumbre, sino que surgen diferentes etapas como son: ansiedad, estrés, depresión y suicidio, después de esto, surge la concientización, aceptación, planeación del duelo.

De ahí la importancia de que en el presente trabajo se aborden tópicos relativos a:

La epidemiología del SIDA en nuestro país y su importancia como problema de salud pública, cuadro clínico de este padecimiento, su tratamiento, complicaciones e impacto psicológico.

II.- OBJETIVOS

1.- OBJETIVOS GENERALES.

1.1.- Difundir entre los profesionales de Enfermería_ las formas de transmisión, medidas de prevención, control y tratamiento del SIDA para promover la salud de la pobla_ ción, evitar la enfermedad y prestar atención integral.

1.2.- Obtener el grado de Licenciada en Enfermería a_ través de la opción proceso de atención de en-fermería.

1.3.- Que la enfermera identifique los grupos de alto riesgo para ayudar a prevenir la propagación de la enfermedad.

III.- J U S T I F I C A C I O N

El motivo principal que me llevó a elaborar este estudio clínico, es la propagación excesiva de esta enfermedad en la Ciudad de Orizaba, Ver., la detección de casos es cada vez más frecuente en las instituciones de salud, así que considero necesario tratar de motivar al personal de enfermería a que participen activamente en los programas de educación para este padecimiento y en las diversas instituciones de salud, educacionales y comunidad ya que la única vacuna contra el SIDA es la educación.

Otro de los motivos fué la presencia de la enfermedad del SIDA en un compañero de trabajo, con características de su práctica sexual relacionadas con el mismo sexo. Jefe de piso de Enfermería del H.G.Z. No. 36 de Coatzacoalcos, el cual fué internado en el Hospital General Regional de Orizaba, y él mismo me pidió que hiciera algo para orientar sobre este padecimiento.

La profesión de Enfermería en la actualidad enfrenta grandes retos, por esto como parte integral de este gremio considero que ha sido este estudio un horizonte muy amplio para llevar a cabo las actividades correspondientes en cada caso, analizar y proponer alternativas que nos permiten aportar nuestro conocimiento.

IV.- METODOLOGIA

El estudio que se está realizando es de tipo casual, debido a que busca en que grado afecta el agente productor de la enfermedad en la salud del paciente; descriptivo porque la expresión de soluciones a seguir tendrá que basar en la descripción del caso clínico investigado, además de ser observacional dado que fué una de las técnicas de recolección de datos que se utilizó; transversal por que se desea poder obtener alternativas a seguir en un momento histórico determinado.

Por ello se utilizaron ciertas técnicas, métodos e instrumentos de investigación como son:

Por ello se utilizaron ciertas técnicas, métodos e instrumentos de investigación como son:

Documental o Técnica (Bibliográfica, audiográfica)
 Empírica o de Campo (Observación, entrevista, exámen clínico)

Instrumentos de trabajo utilizados:

- Libros
- Cuadernos de apuntes
- Fichas de trabajo
- Para la técnica documental. Expediente clínico.
- Para la técnica empírica o de campo, formato de plan de atención de enfermería. (1)

V.- MARCO TEORICO

Para poder abordar el presente trabajo se hizo necesaria la construcción de un Marco Teórico, que permitiera fundamentar las diferentes determinantes psicosociales, biológicos y educacionales que guardan íntima relación -- con el problema que abordamos, es decir, el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) para lo cual iniciaremos por definir como entendemos el proceso salud enfermedad, elemento a través del cual subyace el tipo de atención de enfermería que deberá proporcionarse a estos individuos, la salud enfermedad ha sido definida de diferentes formas según el momento histórico social y de salud que se ha vivido por lo que ha continuación se anotan los enfoques teóricos para el abordaje de estos conceptos.

SALUD:

La O.M.S. la define "como un completo estado de bien estar físico, mental y social; y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades".

ENFERMEDAD:

Si se admite el concepto anterior de salud tácitamente se interpreta a la enfermedad como una desarmonía funcional del hombre, con su ambiente que se expresa por alteraciones fisiológicas y cambios en la interrelación e interdependencias con otros seres.

PROCESO SALUD ENFERMEDAD:

Son los distintos cambios o fases por las que atraviesa el organismo de acuerdo a su situación biopsico-social, para pasar de sano a enfermo, es decir, de no presentar ninguna alteración a tener algún mal estar, por simple que sea, tomando en cuenta el medio ambiente que lo rodea. (2)

Cabe resaltar que entonces determinamos para fines del presente trabajo al P.S.E. basado en la estructura y organización de la sociedad, ya que es una realidad que se presenta en individuos y grupos con características socioeconómicas y culturales y es producto de sus condiciones de trabajo y de vida; por otra parte, cabe resaltar que han existido dos modelos para abordar la salud y enfermedad:

a).- Modelo Unicasual: Donde hay una relación 1:1 - causa efecto, dicha teoría no es conveniente adoptar porque es curativa o restauradora únicamente, el tratamiento es individual, limita la enfermedad, el tratamiento sólo abarca a un individuo, un agente biológico y sólo trata de eliminar al agente.

GENERALMENTE EN NUESTRA SOCIEDAD PREVALECE ESTE MODELO.

b).- Modelo Multicasual: Donde son varias las causas que originan la enfermedad, ve al individuo como un ser bio-psico-social, el tratamien

to es tarapeútico y preventivo y aquí ya se trata_ a la enfermedad como problema social, pero no muy_ profundo, y vislumbra a los condicionantes bio-psi-co-sociales para causar la enfermedad.

Pero considera al hombre como un ser ahistóri-co. Esta teoría es biologista y ecologista, cuyo - objetivo es evitar el desequilibrio de la triada e-cológica.

Ya no ve al hombre como un ser aislado, lo -- contempla en conjunto con su microambiente, para - lo cual retoma al modelo unicasual. (3)

El proceso Salud-Enfermedad está determinada entonces, por el modo como el hombre se apropia de la naturaleza en un momento dado, lo cual se lleva a cabo por el proceso de trabajo, basado en las relaciones sociales de producción.

Otro punto importante es ver a la salud-enfermedad, como un fenómeno social donde se considera lo siguiente:

- 1).- El enfoque unicausal, curativo y no están presentes las Ciencias Sociales, sólo las que competen a la salud.
- 2).- El individuo integrante de una comunidad, pero aún en forma abstracta, adopta el modelo multicausal y ya ve a la enfermedad como algo social, de donde surge la Epidemiología Clásica.
- 3).- Y un tercer elemento donde se ve al hombre como ser histórico y en este nivel considera a la salud-enfermedad como un fenómeno social, - cuyas causas deben buscarse en la estructura de la sociedad.

CONDICIONANTES DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD.

Dicho proceso dependerá de las condiciones materia--
les del momento histórico que se vive, ya que estará suje
to a los cambios y transformaciones que sufra la vida so-
cial, y ésto será determinado por las condiciones actua--
les de existencia, los intereses, las ideologías de las -
Clases Sociales.

En la actualidad, el proceso depende de la realidad_
material, esto es, de las relaciones sociales que imperan
y en nuestra Sociedad Capitalista, dichas relaciones son_
de explotación, donde las funciones del Estado son preci-
samente mantener y reproducir éstas relaciones, basadas -
en la dominación de una clase sobre otras.

Otros condicionantes son los valores y las creencias
del pueblo mexicano, pues ya se ha visto que las sociali-
dades que se distinguen en su grado de desarrollo y de or
ganización social, exhiben una patología colectiva dife--
rente, pues muestran condiciones de salud distintas, de--
terminadas por tal ideología.

Un factor condicionante de suma importancia también_
lo es la Estructura socioeconómica de la Sociedad, o sea,
las condiciones de vida de la misma, y ésto se refiere a_
las clases sociales, pues cada clase mostrará condiciones
de salud y de enfermedad diferentes dadas por la lucha de
clases.

Sus condiciones reales de existencia, los intereses_

y la ideología de dichas clases sociales.

Otro factor condicionante del Proceso lo es el area_ geográfica, pues de acuerdo a ella será la salud y enfermedad existentes, ya que se ha observado que las patolo-- gías difieren de un área geográfica a otra, lo cual es de bido a los agentes existentes en las mismas, al medio am- biente en el cual se desenvuelva el individuo, a su forma de producir, etc.

El estrato social también es importante, lo cual es- tá íntimamente relacionado con las clases sociales ya que cada clase tiene una concepción de salud y enfermedad di- ferentes.

Por último cabe hacer mención a la forma en que se - interrelacionan los tres elementos de la triada ecológica para producir enfermedad, lo cual se verá influenciado -- por todo lo anteriormente expuesto. (4)

COMO EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD DETERMINA A LA
PRACTICA PROFESIONAL DE ENFERMERIA.

Como es sabido, el Proceso Salud Enfermedad va a estar dado básicamente por la estructura socioeconómica de la sociedad en un momento histórico determinado y de acuerdo a un área geográfica específica en donde se encuentre un grupo de individuos con características similares.

Por otra parte, tenemos que México es un país en vías de desarrollo con un Sistema Capitalista basado en la explotación del trabajo y en la competencia, y en donde la enfermedad se percibe como un acontecimiento que interfiere la capacidad productiva del individuo y que lo inhabilita para la competencia; para lo cual cuenta con un Sistema de Salud cuyas políticas y sus modelos de atención están orientados fundamentalmente a mantener, restaurar y reproducir la fuerza de trabajo de manera que ésta mantenga su productividad y eficiencia para que no se afecten los intereses de la clase dominante.

Todos éstos aspectos hacen que la práctica profesional de enfermería no vaya acorde al Proceso Salud Enfermedad, pues por formar parte de dicho Sistema, prevalecen los modelos de atención inytramuros, curativos, hospitalarios, encaminados a restaurar la fuerza de trabajo; y así enfermería contribuye a afianzar la hegemonía, pues los servicios de Enfermería (a través del Sistema de Salud), se dirigen a los grupos poblacionales según la prioridad

que éstos tengan para el desarrollo capitalista impulsado por el Estado, siendo así manipulada la profesión de enfermería para colaborar al logro de tal hegemonía.

Así pues, el Proceso Salud-Enfermedad que conocemos en la actualidad, tiene carácter clasista y por lo tanto, no acorde a la práctica de enfermería, ya que ésta solo atiende los fragmentos o partes del proceso que el Sistema de Salud imponga.

¿COMO DEBE SER VISTA LA PRACTICA DE ENFERMERIA A TRAVES DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD?

Para que cambie la práctica de enfermería actual, antes que nada debe redefinirse el fenómeno Salud-Enfermedad para que la salud esté en función de una mayoría de la población y no sólo sea utilizada por el Estado como instrumento político, de tal manera que cambie la concepción o el uso de la misma, lo cual será un proceso paulatino que se realizará en la medida en que los individuos cobren conciencia del problema y busquen una nueva definición del mismo, lo cual es a largo plazo pues el cambio no será inmediato, ni fácil.

Entonces, la práctica de enfermería se verá implicada de manera distinta en el concepto de Salud-Enfermedad, privilegiando a las acciones preventivas sobre las curativas, realizando sus actividades de acuerdo a las necesidades reales de la mayoría de la población y en base a las patologías predominantes.

También deberá redefinirse el papel social que juega Enfermería en función a los intereses predominantes y cual debe ser su papel en la transformación de la sociedad.

Por otra parte, la práctica de enfermería no será acorde a nuestra realidad, si el personal de enfermería no se organiza, ni se prepara o capacita para poder participar en la atención de grandes grupos poblacionales y así, pueda ser un elemento con capacidades, aptitudes, juicio analítico y crítico cuya participación en la solución de la problemática de salud sea decisivo.

Una vez que la práctica de enfermería asuma tales características, podrá ser involucrada en el Proceso Salud-Enfermedad, en una forma más acorde y realista. (5)

El ejercicio de la Enfermería, desde su comienzo abarcaba muchos cometidos.

La enfermera atendía las necesidades de bienestar -- del enfermo y mantenía la higiene sanitaria del entorno, -- las funciones del farmacéutico, del experto en nutrición, del fisioterapeuta y del asistente social, también formaban parte de la práctica de enfermera.

La enfermera como proveedora de cuidados de salud, -- satisfacía totalmente las necesidades del enfermo, desde aquella época ha habido una serie de factores que han cambiado el campo del ejercicio de la enfermería, incluyendo cambios políticos, sociales, tecnológicos, científicos, -- educativos y económicos.

ENFERMERIA: Es el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cual la enfermera, - junto con la persona beneficiaria de estos - cuidados, identifican metas comunes para real_izar y mantener la salud.

Esta definición incorpora los 4 conceptos del metapa_radigma de enfermería: Persona, entorno, enfermería y sa_lud, estos conceptos han sido articuladas como el "metapa_radigma de enfermería" por primera vez en 1974 (FAWTT).

Entendemos mejor esta definición si es que analiza--mos detalladamente como estos conceptos se incorporarán - en la definición.

Empezamos con la frase "Enfermería es definida como_ el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo"; ya que:

Enfermería es un ARTE porque requiere que las enfer_meras perciban el significado del momento para la persona que ella cuida, y pueda rápidamente entender y actuar.

Enfermería es una CIENCIA porque incorpora el conoci_miento ganado a través de métodos científicos para poder_ describir, explicar, pronosticar y prescribir componentes del cuidado de enfermería.

Enfermería es CUIDADO INTEGRADO porque incorpora la_ complejidad bio-psicosocial del individuo, y considera -- sus necesidades dentro del contexto de su mundo único.

Enfermería es CUIDADO COMPRENSIVO porque valora y - considera las diferentes experiencias que la persona está confrontando, con el fin de asistir a la persona a entender esta experiencias y ganar fuerzas para movilizarse hacia un estado de salud.

La esencia de Enfermería reside en nuestra habilidad de conectarnos, o vincularnos, con dos personas en el contexto de su mundo único.

Es a través de esta conexión, o vínculo interactivo entre persona y enfermera se da entonces, cuando tres de los conceptos básicos del metaparadigma de Enfermería y se encuentran representados de la siguiente forma:

Es decir, la persona, su entorno y la enfermera interactuando como elemento de un mismo proceso activo en donde se vincula con la persona en el contexto de su mundo único, para lograr la salud.

COMO DEBE DE SER LA PRACTICA DE ENFERMERIA
A TRAVES DEL P.A.E.

Las respuestas humanas son los fenómenos a los que se dedican su atención las enfermeras, las cuales se enfrentan a dos tipos de respuestas (1) las reacciones individuales de grupo a los problemas de salud, tanto en lo relativo a las repercusiones de la enfermedad sobre el propio enfermo y su familia como en lo que se refiere a necesidades de cuidados; y (2) las preocupaciones individuales o comunitarias sobre problemas sanitarios potenciales, tales como las labores de control y educación sanitaria a comunidades y poblaciones de riesgo en los que surgen distintas necesidades educativas de información, desarrollo de técnicas y cambios de actitudes y comportamientos en aspectos sanitarios.

En síntesis, la función de las Enfermeras en el ejercicio de la profesión incluye las acciones que llevará a cabo cuando asume la responsabilidad de la satisfacción de las necesidades de asistencia de los pacientes y familiares; esta función se puede llevar a cabo solo mediante el Proceso Atención de Enfermería, que es fundamental en la práctica para conseguir cuidados de calidad orientados hacia el paciente.

EL PAE permite que la práctica profesional de Enfermería sea sistemática, porque parte de un planteamiento organizado para alcanzar el objetivo, esta sistematización

mejora la calidad de la atención y evita los problemas -- que conllevan la intuición o la Enfermería tradicional.

La asistencia de enfermería es dinámica porque responde a un cambio continuo es un proceso evolutivo orientado según las respuestas del paciente, que cambian a lo largo de las relaciones recíprocas que se establecen entre la Enfermera, el paciente, su familia y los integrantes del equipo de salud.

Lo anterior garantiza la atención individualizada.

La flexibilidad se adapta a la práctica de Enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades, por lo que el PAE puede utilizarse sucesiva o conjuntamente, pudiendo desarrollarse más de una etapa al mismo tiempo.

La Enfermería a través del PAE elabora el Diagnóstico de Enfermería, que describe las situaciones de salud alteradas en las que se puede ayudar al paciente, proporcionando asistencia esencial. Al igual que el médico proporciona asistencia fundamental para la patología médica, esta asistencia se centra en la respuesta celular y la de Enfermería en la respuesta humana de los individuos.

Profesionalmente el PAE muestra de manera muy concreta el campo de actuación del ejercicio de la Enfermería, a través de éste define su papel ante el paciente y ante otros profesionales de la salud, esto muestra que la profesión de Enfermería es algo más que un simple llevar a -

cabo el plan de cuidados ordenado por el médico.

El PAE le dá a la Enfermería una naturaleza de modelo de ejercicio profesional autónomo, en que el interés primordial consiste en brindar asistencia al paciente para mejorar su estado y potencial de bienestar. (7)

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.

CONCEPTO:

Es el ordenamiento lógico de actividades a realizar por la enfermera para proporcionar atención al individuo, familia y comunidad.

La enfermería es un arte científico cuyo objeto es - prevenir las enfermedades, cooperar con el tratamiento médico y cuando no es posible recuperar la salud completa, - ayudar a la rehabilitación o hacer más aceptable el sufrimiento o desenlace final (la muerte).

La práctica de enfermería ha progresado, desde el empleo de ejemplos particulares del razonamiento científico, como la técnica aséptica y el aprendizaje de principios, - hasta la aplicación total de los planteamientos científicos al proceso de atención de enfermería. El enfoque científico, utilizado por todas las disciplinas profesionales, comprende la investigación rigurosa de un problema dentro de una estructura teórica definida. En la actualidad la - enfermería está usando sistemas teóricos y modelos conceptuales para organizar el conocimiento, comprender el estado de salud del paciente y guiar su ejercicio profesional.

Este enfoque teórico auxilia a la enfermería en la - interpretación de la salud del paciente y en la determinación de las estrategias apropiadas.

Los conceptos usados en enfermería incluyen la salud y la enfermedad, la tensión y la adaptación, la familia y

la comunidad, el ambiente y la sociedad y los planes de atención al paciente y evaluación.

Los conceptos son formulaciones mentales abstractas de los objetos, ideas, personas o sucesos, que varían en su nivel de lo concreto y abstracto. Los principios son reglas o leyes que han sido reconocidas al paso del tiempo.

Juntos, teorías, marcos de referencia teóricos, modelos y principios, sirven para identificar a los fenómenos se utilizan a través del proceso de atención de enfermería, para dirigir la valoración, organizar los datos y analizar y conducir la implementación.

Los planteamientos teóricos son los medios para justificar cada paso en el proceso de atención de enfermería y demostrar la responsabilidad e interés de ésta por el paciente.

La profesión de enfermería empezó a mirarse como una disciplina científica orientada a una práctica con base teórica y centrada en el paciente; debido a esto muchos estados, iniciaron una revisión de las actividades de enfermería como reflejo del extenso campo que abarca. Recientemente los exámenes fueron revisados para valorar los conocimientos enunciados de los cinco componentes mayores del proceso de atención de enfermería. (8)

Los componentes son:

1.- VALORACION.**a).- Obtención de datos.****2.- ANALISIS O SINTESIS DE DATOS.****a).- Diagnóstico de enfermería****3.- PLANEACION****a).- Metas y objetivos****b).- Planes para la implementación.****c).- Razonamiento científico.****4.- IMPLEMENTACION****5.- EVALUACION FINAL.**

PRIMERA ETAPA DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.

- RECOLECCION Y SELECCION DE DATOS:

DE TIPO:

INDIRECTO:

Archivo Clínico

Expediente

Libros

Revistas

DIRECTO:

Paciente

Familia

Equipo de trabajo

Enfermera

Comunidad

A TRAVES DE:

Observación

Comunicación..

Entrevista

Células

PERMITE:

Elaborar la Historia de Enfermería

PARA: Identificar necesidades y problemas.

SEGUNDA ETAPA DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

CONTIENE:

La conclusión del estado del paciente

Los problemas reales, potenciales o posibles

La Jerarquización de necesidades o problemas.

DETERMINA:

QUE HACER:

Con bases científicas.

QUE ESPERAR:

De las variaciones en la salud o enfermedad.

PARA:

Planear 6

Reajustar la atención

TERCERA ETAPA DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.

PLANEAMIENTO DE CUIDADOS:

CONTIENE:

LOS OBJETIVOS:

Trazados en cambios que se esperan del paciente.

LAS ACTIVIDADES:

De la enfermera y la colaboración del equipo de salud.

LAS NOTAS:

De los cambios que se van dando en la salud del paciente:

PARA:

Dar una atención de calidad.

CUARTA ETAPA DEL PROCESO ATENCION ENFERMERIA.

IMPLEMENTACION:

PARTICIPAN:

La enfermera y el paciente.

El equipo de salud y la familia o comunidad.

QUIENES:

Harán los reajustes necesarios

PARA:

Alcanzar los objetivos.

QUINTA ETAPA DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.

EVALUACION:

ASPECTOS:

Efecto:

Los cambios logrados en el paciente.

Esfuerzo:

Atención de la enfermera y la colaboración del -
equipo de salud.

Eficiencia:

De la efectividad del Método.

PARA:

Proceso:

Retroalimentar las Etapas.

Producto:

Tener información de la calidad prestada.

COMPARACION DE LAS ETAPAS DE VARIOS PROCESOS.

PROCESO DE RESOLUCION DE PROBLEMAS.	PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.	METODO CIENTIFICO.	PROCESO ADMINISTRATIVO.
IDENTIFICACION DE PROBLEMAS.	IDENTIFICACION DE NECESIDADES.	IDENTIFICACION DE AREA PROBLEMATICA.	PLANEACION E INVESTIGACION.
RECOLECCION DE DATOS.		INVESTIGACION BIBLIOGRAFICA.	
JERARQUIZACION DE LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS.	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.	IDENTIFICACION DE UN PROBLEMA INVESTIGABLE E HIPOTESIS.	SELECCION DE ALTERNATIVAS.
SELECCION DE ALTERNATIVAS SEGUN RECURSOS.			
ESTABLECIMIENTO DE UN PLAN.	PLANEACION (OBJETIVOS Y PLAN DE ACCION).	PLANEACION DE LA INVESTIGACION.	ORGANIZACION, PLANEACION DE PROGRAMAS, ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS.
EJECUCION	EJECUCION	PRUEBA PREVIA EJECUCION	EJECUCION
EVALUACION	EVALUACION	ANALISIS DE LA INFORMACION OBTENIDA. SINTESIS Y CONCLUSIONES. EVALUACION DE HIPOTESIS.	CONTROL.

COMO SE HA LLEVADO A CABO EL PROCESO DE ATENCION
DE ENFERMERIA.

En la actualidad no se ha llevado a cabo el proceso de atención a enfermería de acuerdo a los planteamientos teóricos anteriores, debido a las políticas de la institución; ya que sus funciones son dependientes.

Las funciones dependientes de la enfermera son las actividades que esta desarrolla a partir de las instrucciones del médico.

Comprende la administración de los medicamentos y los tratamientos específicos.

Es importante señalar que cada estado ha definido mediante leyes el ejercicio de la enfermería.

Una vez que la enfermera está en posesión de la licencia para ejercer, asume a su práctica profesional una responsabilidad delimitada por las leyes de su estado.

COMO DEBE LLEVARSE A CABO EL P.A.E.

La ciencia de la enfermería se fundamenta en una base teórica amplia.

El proceso de enfermería es el método por el que se aplica esta base teórica al ejercicio de la enfermería.

Es un planteamiento para resolver problemas, basado en una reflexión que exige unas capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales cuyo fin es cubrir las necesidades del paciente y su familia.

El objetivo principal del proceso de enfermería es - constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la - comunidad.

El proceso de enfermería es un conjunto de pautas organizadas de actuación dirigidas a cumplir el objetivo de la enfermería: mantener el bienestar del paciente a un nivel óptimo; si este estado se altera, proveer entonces todos los cuidados necesarios que la situación exija para - establecer su bienestar.

Si no se puede llegar al bienestar, el proceso debe seguir en su apoyo a la calidad de vida del paciente, aumentando al máximo los recursos, para conseguir la mejor calidad de vida durante el mayor tiempo posible. (9)

El proceso de enfermería implica la existencia de una relación con interacciones entre el paciente y la enfermera, en donde el objetivo es el paciente.

La enfermera corrobora sus datos con el paciente, -- participando conjuntamente ambos en el proceso, ello ayuda al paciente a enfrentarse con los cambios en su salud, tanto actuales como potenciales, y su consecuencia es la atención sanitaria individualizada sus funciones de la enfermera deben ser independientes e interdependientes. (9)

3.- EPIDEMIOLOGIA DEL SIDA.

El SIDA se define como presencia de una enfermedad - en un sujeto, caracterizada por alteración de la inmunidad celular sin causa conocida cuya resistencia esta disminuida ante dicha enfermedad.

En un sujeto previamente sano, el SIDA es una enfermedad con gran explosión epidémica y alta letalidad, causada por un virus RNA, perteneciente a la familia TETROVIRIDAE, denominado también virus linfotrópico de células T humano tipo III (HTLV-III) es un virus seleccionado con:

Linfadenopatía (LAV), SIDA (ARV) y más recientemente con el de la Inmunodeficiencia humana (VIH). Afecta el sistema ya que altera los linfocitos T4 de individuos previamente sanos con predisposición de adquirir infecciones por gérmenes oportunistas y neoplasias.

El SIDA es una enfermedad nueva, la primera epidemia fué descrita por GOTTLIEB en mayo de 1981, posteriormente fué reconocida por el Centro de Control de Enfermedades - en Atlanta en E.U.A., al encontrarse individuos que fallecían por un déficit inmunitario que no era posible explicar basándose en los conocimientos preexistentes.

La importancia de esta enfermedad estriba en el aumento excesivo de el número de casos que se han presentado, el 85% de los pacientes diagnosticados han muerto a los tres años o más de evolución.

(F I S I O P A T O L O G I A)

Clinicamente los síndromes por infección VIH suelen explicarse por uno de tres mecanismos conocidos. Sin embargo algunas manifestaciones relacionadas con VIH no se explican por ninguno de estos mecanismos propuestos:

A).- INMUNODEFICIENCIA es un resultado directo de los efectos de infecciones en células inmunológicas. Se observa un aspecto de infecciones y neoplasias, como en otros estados de inmunodeficiencia congénitas o adquiridos.

Dos características notables de la inmunodeficiencia VIH, son la frecuencia baja de infecciones, como listeriosis, aspergilosis y la alta de sarcoma de Kaposi.

Es posible que ambas características dependan de otros cofactores.

B).- AUTOINMUNIDAD este trastorno puede ocurrir como resultado de una alteración de la función inmunológica celular o de una disfunción de los linfocitos B. ocurren ejemplos de infiltración linfocítica de órganos y producción de anticuerpos. Es posible que estos fenómenos sean la única enfermedad clínicamente aparente o coexisten con inmunodeficiencia obvia.

C).- DISFUNCION NEUROLOGICA se sabe poco sobre la disfunción neurológica ya que en el sistema nervioso central se infectan relativamente pocas células. Las posibilidades incluyen homología con factores de crecimiento neu

rológico y bloqueo de los mismos, otros factores tóxicos de los productos del virus, o liberación de compuestos -- neurotóxicos de los macrófagos infectados.

(E T I O L O G I A)

El sida es causado por un virus de la familia de los retrovirus (que se relacionan lejanamente con el HTLV-I y HTLV-II).

Está constituido por una partícula envuelta por una membrana externa de la célula invadida, ésta posee glucoproteínas componentes principales:

FP4I que atraviesa la membrana y la GP120 que se extiende en su superficie, la membrana y la envoltura proteica cubre un hecho de proteínas designadas como P24 y P18 el RNA viral, que se incluye en este core, contiene moléculas de la enzima transcriptasa invertida, la cual cataliza el ensamblaje del DNA viral, el cual se entrega a -- las cromosomas de las células (provirus retroviral' integrado) para servir en el futuro como base de la replicación viral. La nucleocapside tiene un diámetro aproximado de 150 nm. el genoma de RNA viral consta con dos moléculas idénticas y disposición helicoidal de doble cadena, - con 9213 nucleótidos. Este agente fué aislado simultáneamente en 1983 por dos grupos distintos de investigadores: Por un lado Françoise Barre Sinoussi, Jean Claude Chermann y Luc Montanier, del Instituto Pasteur de París, en Fran-

cia, quienes denominaron al virus IAV, por otro lado un grupo encabezado por el Dr. ROBERT C. GALLO del Instituto Nacional de Cáncer en EUA. llamaron al virus HTLV-III.

(T R A N S M I S I O N)

El VIH se le ha identificado en la saliva, moco nasal, lágrimas, secreción vaginal, secreción láctea, semen y en sangre y sus derivados; sin embargo sus mecanismos de transmisión se establecen a través de la transfusión de sangre y sus derivados, mediante agujas y jeringas no esterilizadas compartidas por varias personas que quedan contaminadas con sangre de portadores; a través de la relación sexual, ya sea mediante el semen o la secreción vaginal, que contengan el retrovirus y de madre a hijo a través de la circulación placentaria o mediante la lactancia materna.

Otra vía puede ser el trasplante de órganos o tejidos provenientes de personas infectadas.

No se ha demostrado la transmisión a través del contacto casual mediante fomites o picaduras de insectos.

(I N C U B A C I O N)

Después de un periodo variable, que suele ser desde 8 a 12 semanas posteriormente al momento de la infección, aparecen los anticuerpos contra el virus, detectables por el método de ELISA; es posible también identificar tempranamente el antígeno, éste aparece en un corto plazo y posteriormente reaparece durante la sintomática del SIDA.

En esta situación pueden permanecer muchas personas hasta por seis años, fase durante la cual son asintomáticos e infectantes. Posteriormente el proceso evoluciona hacia una fase de signos y síntomas clínicos que conforman el complejo relacionado con el SIDA, éste puede durar desde varios meses hasta 5 años con cuadros recidivantes.

Al agregarse la presencia de tumores e infecciones oportunistas, se integran el SIDA propiamente dicho.

4.- S I N T O M A T O I O G I A .

Lo que ocurre cuando un sujeto ha estado en contacto con el virus, es que éste puede desarrollar seroconversión, la cual ocurre dentro de 6 a 8 semanas, dependiendo de ésta puede haber sintomatología distinta.

SIGNOS Y SINTOMAS: La historia natural de la enfermedad por el VIH permite conocer varias fases de la enfermedad:

- 1.- Infección asintomática con ausencia de anticuerpos en sangre.
- 2.- Infección aguda con signos y síntomas semejantes a la mononucleosis infecciosa que se manifiestan poco tiempo después de la infección del VIH.
- 3.- Infección asintomática con anticuerpos detectables.
- 4.- Infección sintomática con signos y síntomas que conforman el complejo relacionado con el SIDA (CRS) duramente el cual se presenta diarrea, fiebre, sudoración, baja de peso notoria, linfadenopatía generalizada persistente, astenia, adinamia, disminución de la libido y alpecia.
- 5.- El SIDA propiamente dicho, caracterizado por la presencia de infecciones oportunistas (por virus, hongos, bacteriana y parásitos) dependiendo su prevalencia del medio ecológico y tumores como sarcoma de Kaposi y linfomas de Hodgking de localización en el sistema nervioso central, tubo digestivo o diseminada.

Las molestias de oídos, nariz y garganta, incluyen plenitud y drenaje de los senos, tumefacciones dolorosas, lesiones bucales (placas de candida, leucoplasia) e irritación periodontal.

La presencia de tos o acortamiento de la respiración hace sospechar una enfermedad pulmonar relacionada con --
VIH.

Las molestias gastrointestinales incluyen alteraciones de las defecaciones, en especial diarrea. Los síntomas mentales son: depresión, cambios de la personalidad, dificultad para la concentración y confusión franca.

El hormigueo, el entumecimiento y la debilidad sugieren una neuropatía periférica.

Son comunes las molestias cutáneas e incluyen la piel seca, nuevos exantemas y alteraciones ungueales. Como prácticamente todos estos datos pueden observarse en otras enfermedades, la combinación de molestias en la que sugiere más una infección VNI incluyen leucoplasia pilosa de la lengua y sarcoma de Kaposi diseminado. La primera observa con frecuencia como una lesión blanca en el borde de la lengua, puede ser placa o ligeramente elevada, suele ser arrugada y tiene líneas paralelas verticales con proyecciones finas o gruesas (Pilosa).

El hallazgo en el fondo de ojo de retinitis por citomegalovirus y la presencia de candidiasis bucal sugieren el trastorno si no se encuentran otras causas para estas

alteraciones. Otros datos menos específicos incluyen pruebas de pérdida de peso reciente, foliculitis, dermatitis soborrea, onicolisis, manchas algodonosas en la retina, ulceración aftosa bucal, linfadenopatía generalizada y alteración del estado mental. (10)

5.- D I A G N O S T I C O.

El diagnóstico se realiza mediante criterios clínicos, microbiológicos, inmunológicos, serológicos y epidemiológicos.

El estudio clínico debe incluir antecedentes de hábitos sexuales (homosexualidad, activa o pasiva, mixta, bisexualidad, heterosexualidad) antecedentes de enfermedades de transmisión sexual (sífilis, gonorrea rectal o vaginal, herpes labial, anal o genital, hepatitis B, uretritis no genococcica) antecedentes de donación o recepción de sangre y sus derivados, viajes y residencia fuera del país, y antecedentes de procesos infecciosos previos.

Incluirá también signos y síntomas correspondientes a infecciones o tumores oportunistas sus fechas de inicio y localización.

Los estudios histológicos (biopsias de piel, de mucosa o de órganos permiten identificar virus, hongos, bacterias y parásitos así como cambios histológicos que señalan cambios en la inmunidad celular.

Los estudios inmunológicos pueden señalar: disminu--

ción o ausencia de respuesta de pruebas intradérmicas, - como al PPD, histoplasmina, coacciódiodina, lepromina, - candidiana, esporotricina, cuando estas se han conocido_ anteriormente positivas, otro recurso inmunológicos es - la determinación de linfocitos, en los cuales se pueden_ apreciar disminución de su número total (linfopenia), o_ bien relación inversa entre linfocitos colaboradores y - supresores; (la relación normal es 2.1).

El diagnóstico serológico se realiza mediante la de terminación de anticuerpos por el método de ELISA, que - es de las más comunmente utilizada como prueba de tamiza_ je en pacientes sospechosos y en bancos de sangre, ya -- que presenta una sensibilidad y especificidad superiores - al 95%, con falsos positivos de 1 a 1.2% y falsos negati_ vos sw 0.1%.

La prueba considerada como confirmatoria para detec_ ción de anticuerpos es la de Western-blot.

La de ELISA es una prueba de detección primaria que permite investigar la presencia de anticuerpos contra el VIH; es un método inmunoenzimático; el suero problema se incuba con antígenos del virus de inmunodeficiencia huma_ na, adherida a una fase sólida. Si existen en el suero - anticuerpos específicos, estos se unirán a las proteínas virales; previo lavado, se agrega al sistema anticuerpos antihumanos conjugados con una enzima que permitirá ha-- cer visible la reacción.

Finalmente, se incluye un sustrato que desarrollará color en presencia de la enzima. Así los controles positivos y las muestras que contengan anticuerpos específicos, mostrarán coloración.

Mediante lectura de un espectrofotómetro se determina el resultado positivo o negativo de las muestras comparándolas con controles adecuados.

La inmunolectrotransferencia es una prueba de confirmación y es más específica, su detección requiere experiencia para su interpretación.

Se basa en la combinación de dos métodos: Primero se separan bandas de proteínas virales por electroforesis en gel de poliacrillamida, según su peso molecular. Las proteínas virales separadas se transfieren a una hoja de nitrocelulosa mediante electrotransferencia. La hoja de nitrocelulosa se corta en tiras delgadas y se les somete a un procedimiento semejante al descrito para ELISA, utilizando como antígeno las bandas de proteínas virales transferidas a la nitrocelulosa.

Los datos útiles para integrar el diagnóstico epidemiológico son:

El señalamiento de las diversas prácticas sexuales; antecedentes de recepción de sangre y sus derivados, viajes o residencias fuera del país, antecedentes serológicos o clínicos de enfermedades de transmisión sexual, antecedentes sobre uso de drogas de aplicación intravenosa,

donación o recepción de tejidos (semen, cornea, huesos) - todos estos datos apoyarán los cuadros clínicos, los agentes infecciosos identificados, las alteraciones inmunológicas y los estudios histológicos para la conformación -- del diagnóstico integral. (11)

6.- T R A T A M I E N T O.

El tratamiento de los pacientes con SIDA debe orientarse en forma racional, a regular la respuesta inmune al terada, así como la detección y el tratamiento oportuno - de las infecciones y neplasias, que aumentaría la sobrevi da de estos pacientes, ya que se ha visto que la mayoría mueren en plano promedio de 4 años posteriores al diagnós tico. En la actualidad se trata de encontrar un medicamen to capaz de actuar en los sistemas de expresión del retro virus, para lo cual, se ha empleado un gran número de re gímenes terapéuticos encaminados a la corrección de la se rie de alteraciones inmunológica, que se presenta en el - SIDA, entre las que se encuentran: Plasmaféresis, gamma-- globulina, inteferón, interleucina dos, factores celula-- res por medio de trasplantes de timo y médula ósea, así - como mediante la administración de leucocitos; se han uti lizado agentes inmunorreguladores, entre los que se encu entran la indometacina (la cimeridina, el isoprenosine, - el fonfonofomato, el HPA-23 (antimonio de tungsteno) y - el interferón alfa.

Con todos estos regímenes se ha conseguido hasta el momento aliviar en forma parcial el curso del mal.

Los antivirales acyclovir, ansamicina, y suramina -- han sido utilizados con resultados pobres para tratar de inhibir la transcriptasa reversa del virus. La asidotimidina (AZT), derivado de la timidina, en la cual el grupo hidroxilo en posición 3' de la pentosa es sustituido por un radical ácido, es una inhibidora competitiva de la transcriptasa reversa, por la cual tiene una mayor afinidad que la timidina, de manera que es integrada a la cadena de DNA en formación a partir de genoma viral.

El radical ácido impide que se una la siguiente base a la cadena haciendo que se termine en forma incompleta.

Esta droga ha demostrado su utilidad en pacientes -- con SIDA, ya que aumentó en forma considerable la sobrevivida, aunque no se tiene experiencia a largo plazo.

Un factor que limita su utilidad es el efecto adverso sobre médula ósea ya que disminuye la reserva de pirimidinas en las células medulares; este efecto se observa en el 25 a 50% de los casos.

Hay un grupo de compuestos relacionados con el AZT, -- los 2-3-dideoxinucleótidos, derivados de los nucleótidos -- empleados por las células para la síntesis de DNA, en los cuales el grado hidroxilo de carbono 3 de la pentosa es -- sustituido por un hidrogenión. El mecanismo de acción es -- el mismo que se ha mencionado para la AZT.

tes relacionadas con VIH se rige por la disponibilidad de antimicrobianas y quimioterapéuticas.

Los pacientes con SIDA pueden desarrollar efectos secundarios graves con fármacos tradicionales. Por ejemplo, la frecuencia de los mismos con trimetoprim-sulfametoxazol es unas cinco veces más común en esta población.

Para infecciones con algunos patógenos, como *Mycobacterium avium*-intracelulares y *Cryptosporidium*, no se dispone de antimicrobianos eficaces. No se ha estandarizado el tratamiento de los cánceres relacionados con VIH, en particular de linfomas. Un desarrollo importante ha sido el de fármacos orientados al tratamiento de la infección VIH en sí en lugar de sus complicaciones.

El que se ha estudiado mejor es la zidovudina (AZT), pero otros agentes han demostrado alguna actividad antirretroviral in vitro. La zidovudina, 200 mg VO cada 4 hrs. puede disminuir los síntomas y prolongar la vida de pacientes con SIDA.

Sin embargo, su toxicidad limita el tiempo de administración y la dosis. Se estudian las combinaciones de medicamentos antivirales con inmunomodulares, como interferones o interleucina 2. (12)

En todas las personas infectadas por VIH son importantes varias intervenciones sencillas para los cuidados de su salud. Las pruebas serológicas para sífilis, ya que esta enfermedad también puede reactivarse durante la evo-

lución de infección VIH. No hay acuerdo general sobre la_ eficacia de las vacunas contra neumococos e influenza; pe_ ro ya que son seguras, los pacientes infectados con VIH - deben recibirlas. Pueden ser útiles otras pruebas basales serológicas en anticipación de otras complicaciones.

Aquellas incluyen títulos de anticuerpos IgG para ci_ tomegalovirus y toxoplasma..

7.- C O M P L I C A C I O N E S .

Casi todas las urgencias relacionadas con el SIDA, - incluyen complicaciones pulmonares y neuro-psiquiátricos, degestivos, dermatológicos, ginecoobstétricos. Las medi-- das más importantes en pacientes que presenten insuficien_ cia respiratoria, son obtener un diagnóstico preciso con_ rapidez y excluir infecciones potencialmente tratables, a continuación mencionaremos las complicaciones que se pre- sentan con más frecuencia.

Sarcoma de Kaposi en pacientes menores de 10 años de edad.

Linfoma primario del sistema nervioso central.

Neumonía por pneumosistis carinií.

Herpes simple mucocutáneo poco extenso, de mas de 5_ semanas de evolución.

Enterocolotis por Criptespuridium, con más de un mes de evolución.

Esofagitis por Candida Albicana, Citomegalovirus o -

herpes simple

Leucoencefalopatía multifocal progresiva

Neumonía, meningitis o encefalitis producida por uno o mas de los siguientes microorganismos: *Aspergillus*, *Candida albicans*, *Cryptococcus neoformans*, *Citomegalovirus*, *Nocardia*, *Strongiloides*, *Toxoplasma gondii*, también puede ocurrir cigomicosis producida por microbacterias atípicas (se exceptúan TB y lepra). -

(13)

En la edad pediátrica los niños que padecen SIDA suelen presentar ya sea infecciones congénitas, se encuentran las producidas por:

- 1.- *Toxoplasma gondii* en pacientes menores de un mes de edad.
- 2.- Herpes simple también en menores de un mes de edad.
- 3.- Citomegalovirus, en menores de seis meses de edad.

8.- IMPACTO PSICO-SOCIAL DEL SIDA.

El SIDA, es motivo de grandes equivocaciones y temores, en quienes pueden estar afectados con el virus, en los que cuidan a las personas infectadas, en sus familiares, y en la población en general.

Lo anterior es debido a una escasa o errónea información que de la enfermedad del SIDA se tiene.

A medida que se logre aumentar los conocimientos médicos y sociales sobre el virus, es obvio que se difundirá con mayor amplitud y se caerá en la cuenta de que el virus debe combatirse y no temerle.

Se debe hacer una integración entre paciente, personal médico, y paramédico, familiares y la población en general. Deben saber con claridad lo que significan este fenómeno a nivel social, médico, práctico y psicológico.

Los temores que surgieron por su diagnóstico o el conocimiento de la infección, son en ocasiones incomparables a los temores sobre las reacciones de quienes los rodean.

Todo éste fenómeno está impregnado de emociones, desde el momento en que se dió a conocer a la humanidad la enfermedad del SIDA, surgió una angustia, temor, incertidumbre, en toda la persona que practicaba el sexo, principalmente se experimentó en los homosexuales, por el hecho de ser los principales transmisores del virus.

Conforme se aumentó la información acerca de la dis

minación de este, aumentaron los temores, incertidumbre y angustia en la población, hasta llegar a los conocimientos actuales y saber que este virus es transmitido también por relaciones heterosexuales y otros.

INCERTIDUMBRE.

La incertidumbre es algo similar a una nube sobre la cabeza, siempre está ahí dando sombra sobre todo lo que se planea y hace. Nunca desaparece en su totalidad. Es difícil aceptar un futuro incierto. Surge en toda cabeza la pregunta.....

¿Seré uno dentro de la población que adquiere SIDA?.

Todos viven en cierta incertidumbre sobre la vida y la muerte, aunque las personas suelen dar por supuesta la vida hasta que la muerte llega a familiares o amigos cercanos. "Nunca me sucederá", es una frase que se repite con frecuencia. Ello significa que todos responden a acontecimientos que ponen en peligro su vida con mayor grado de choque.

Además se observa una gran incertidumbre sobre la reacción del mundo que rodea al paciente hacia su "nuevo estado".

Muchas personas han dicho que temen tanto a las respuestas de otros hacia ellos, como las posibles consecuencias de su infección.

Este temor puede crear tanta miseria y sufrimiento psicológico, como la infección en sí.

Primero la incertidumbre que sienten los seropositivos sobre sí en alguna época futura desarrollarán la enfermedad relacionada con su infección, o, si podrán hacer algo para evitarla, y segundo al progreso de su enfermedad en sí, una vez diagnosticada se le añade una tercera, la mayor de las incertidumbres, que es la del momento en que llegará el final, terminó.....LA MUERTE. (14)

La incertidumbre es experimentada a su vez en los familiares del paciente, en quienes los cuidan, y en el personal de salud que los atiende. Múltiples estudios sobre quienes cuidan enfermos crónicos, han demostrado que tienen índices mayores de depresión y ansiedad que los pacientes a quienes atienden, la razón es que también sufren la enfermedad sólo que en realidad no la tienen.

No obstante se someten al mismo grado de revolución personal en cuanto a vivir con ella, quizá con la carga adicional de preocuparse con la posibilidad de su propia infección o enfermedad.

Los médicos y el personal de la salud también sufren la incertidumbre del estado de su paciente. Desean desesperadamente tranquilizarlos diciéndoles que permanecerán bien y se encontrará una curación, y se frustra igualmente cuando algún tratamiento en particular no actúa o hay recaídas.

Es probable que el personal de salud que atiende a pacientes con SIDA, se "consume" tanto por la transfusión,

el estress y la desesperación que acompañan al trabajo como por la labor ardua y las condiciones de trabajo relativamente difíciles en que muchos tienen que laborar.

PRIMER CHOQUE:

"ACEPTACION DEL DIAGNOSTICO DE SER SEROPOSITIVO"

"Cuando se me diagnosticó por primera vez, necesitaban información y rápido, simplemente me sentía desamparado, pensé que moriría en el transcurso de semanas. Nadie me indicó lo contrario, me llegó una especie de parálisis mental, me sentí desorientado, perdí el apetito, consideré seriamente el suicidio".

Es una noticia impactante, que no es fácil aceptarla y que se quiere descartar de inmediato como cierta, pero que se sabe lo que es.

Este choque producido en el paciente tiene algunas reacciones comunes:

ATURDIMIENTO, CONFUSION, DISTRACCION, ENOJO, TEMOR, DESESPERACION, NEGACION, ANSIEDAD AGUDA, LABILIDAD EMOCIONAL, IMPULSIBILIDAD, SENTIMIENTOS DE CULPA, AUTORRECRIMINACION.

Estas reacciones de choque, cualquiera que sea su naturaleza, son una respuesta normal a noticias que ponen en peligro la vida; pero la noticia de tener el virus del SIDA se considera catastrófica con la asociación popular con la MUERTE. Así mismo, estas respuestas son similares

a las reacciones de pacientes a los que se les informa -- tienen cáncer. Estas reacciones las podemos prolongar a los familiares, por el hecho de asociarlo de inmediato a la pérdida de este y aunado a lo anterior, la posibilidad de contraer la enfermedad y llegar ellos mismos a la muerte.

Pero la reacción psicológica emocional del paciente, y su entorno, no queda aquí.

CONDUCTA EN LOS PRIMEROS DIAS.

Primeramente el paciente se siente desamparado, solo y rechazado. Al experimentar este sentimiento, recurre al aislamiento, para evitar ser herido constantemente con el repudio de la gente, y este proviene desde, sus familiares hasta el personal médico.

Se siente como un ser extraño, un fenómeno, un conejillo de indias al que todos miran desde lejos y no se acercan a brindarle apoyo, comprensión o cuando menos información.

La anterior percepción de su mundo circundante, provoca principalmente la autodevaluación, sentimientos de culpa y la reacción mostrada con mayor intensidad en esta etapa es la AGRESIVIDAD.

Esta agresividad es dirigida principalmente a los -- que atienden y en otros casos de no pronta hospitalización es dirigida a los que posiblemente fueron sus transmisores,

existiendo una conducta patológica pasivo agresiva, en -- las que busca contaminar a la mayor población posible.

Los familiares experimentados por el paciente, de de sesperación, pero la principal es un fuerte temor a estar ellos infectados por el virus y tratan con severa precaución a su familiar. El entorno social del paciente, actúa con rechazo y repudio, evitando cualquier contacto con el mismo.

SEGUNDA ETAPA:

"ANSIEDAD Y ESTRESS"

La ansiedad y el estress son inevitables en quienes padecen SIDA: Las personas con SIDA a quienes se preguntó sobre sus ansiedades comentaron los siguientes puntos:

El riesgo de infección que ellos implican para otros y que otros representan para ellos.

- Hostilidad y rechazo social, profesional, doméstico, y sexual.
- Ser abandonado y quedarse solo en su dolor.
- Incapacidad para mejorar sus circunstancias.
- Como estar seguro de la mejor salud física posible en el futuro.
- La posible aparición de infecciones nuevas.
- La capacidad de su compañero (a), familiares, amigos, para afrontar sus problemas.
- Resultado final de su infección
- Ser identificado como homosexual o toxicómano.

- Futura aceptación social y sexual.
- La pérdida de independencia física y económica.

El hecho importante sobre las reacciones de ansiedad es que puede ser que quienes las sufren, piensen erróneamente que están empeorando mucho más físicamente con la infección, cuando en realidad es la ansiedad la que origina las complicaciones.

Es necesario considerar los síntomas que acompañan con frecuencia la ansiedad aguda:

- 1.- Agitación y nerviosismo
- 2.- Gran preocupación
- 3.- Dificultades en el sueño.
- 4.- Fatiga física
- 5.- Dificultades cognitivas
- 6.- Cambios de ánimo.
- 7.- Pérdida del impulso sexual
- 8.- Síntomas físicos: Tensión muscular, palpitaciones, náuseas, vértigo, visión borrosa, agitación intestinal, cefaleas.

El proceso de la ansiedad puede considerarse como el desarrollo de un hábito despertado por un acontecimiento traumático, como un diagnóstico del SIDA, la ansiedad y el stress se generalizan hacia familiares del paciente y hacia cualquier miembro de la sociedad que está en posibilidad de adquirir este virus.

TERCERA ETAPA:

" D E P R E S I O N "

Al igual que el estress y la ansiedad, la depresión_ es uno de los estados más comunes del hombre.

La depresión es una de las reacciones psicológicas_ más comunes en el paciente con SIDA, en especial en el pe_ riodo siguiente al descubrimiento de la infección.

Hay muchas razones para que ocurran, pero las más co_ munes comentadas por los pacientes incluyen:

- La inevitabilidad de la declinación física.
- La desesperanza e impotencia.
- Las limitaciones que pueden causar en el estilo de vi_ da del paciente.
- Rechazo social, profesional, sexual.

La depresión grave se reconoce por los siguientes ti_ pos de alteraciones:

- 1.- Tristeza, desaliento, llanto fácil.
- 2.- Cambio de ánimo con gran rapidez.
- 3.- Desaliento personal.
- 4.- Pérdida de interés o de placer en actividades - que antes disfrutaban.
- 5.- Sentimiento de inutilidad, y culpa.
- 6.- Baja autoestima.
- 7.- Desesperanza.
- 8.- Ansiedad.
- 9.- Irritabilidad.

- 10.- Dificultades del pensamiento, concentración y atención.
- 11.- Pensamiento suicida.
- 12.- Pérdida de energía.
- 13.- Pérdida de apetito.
- 14.- Trastornos del sueño.

CUARTA ETAPA:

" S U I C I D I O "

El suicidio en los pacientes con SIDA puede ocurrir en muchas formas sutiles.

Es importante recordar que los pensamientos de suicidio son una respuesta común y normal a noticias inevitables que ponen en peligro la vida, y aún mayor si la persona se encuentra atravesando por una depresión.

Se ha perdido la cuenta de la cantidad de pacientes que algunos meses después de informarles su enfermedad hicieron afirmaciones como "HE ESTADO PENSANDO QUE ME MATARE AHORA", en lugar de que el virus lo haga lentamente.

Muchos pueden sentir genuinamente que la dignidad de una muerte autodeterminada es muy preferible a la posibilidad de declinación del individuo.

Este primer pensamiento o sentimiento, de preferir mejor la muerte rápida que el sufrimiento ocasionado por el virus, solo es determinante en los suicidios registra-

dos en pacientes con SIDA después de estar enterados de la evolución de su enfermedad le nace un gran deseo de vivir.

Se ha comprobado que los pensamientos de suicidio se alejan en gran parte cuando se ha recibido información sobre las circunstancias y aceptan su enfermedad, existen - muchos pacientes que dicen muy convencidos que "desean vivir", y luchan fuertemente contra las enfermedades ocasionadas por su inmunodeficiencia.

En el periodo de choque, inclusive inmediatamente -- después de la identificación de la seropositividad personal, es más probable que ocurra un acto impulsivo de suicidio o tal vez un periodo de alcoholismo intenso. Es obvio que una gran parte de los intentos de suicidio ocu---rran en el contexto de una depresión crónica y es razonable vigilar a quienes estén deprimidos, precisamente por esta razón.

QUINTA ETAPA:

"CONCIENTIZACION, ACEPTACION, PLANEACION DEL DUELO"

El entorno social y familiar del paciente, esconde, rehuye a hablar del problema, de la enfermedad, y son los últimos quizá en aceptar y concientizar la enfermedad de la persona, puesto que es doloroso e inquietante y es natural que eviten o desechen estos comentarios.

Todo mundo desea esperar y ver lo mejor.

Sin embargo, es importante reconocer la importancia de este tema para los pacientes. Pues los que tienen mayor capacidad para vivir y disfrutar del presente suelen ser los que han aceptado su enfermedad y la posibilidad de muerte.

En consecuencia es importante ayudar al proceso de la aceptación por lo general, permitiendo que el paciente lo comente y haciendo planes para ayudar a asegurar "finales tranquilos".

De manera característica, la necesidad de conservarse platicando es muy importante para ayudar a las ansiedades, preocupaciones relacionadas con la muerte y el problema de la agonía en toda su extensión, para que el paciente se adapte a su vida y a la muerte en su propia mente.

Con frecuencia los pacientes enfermos o moribundos, asumen el papel de sus principales reconfortadores para quienes aman y los aman.

Después de todo, pueden tener una aceptación más profunda y directa de su posible muerte, que quienes se colocan en su papel de observadores.

Muchos pacientes tienen que reconfortar a las personas amadas, en lugar de que ellas fueran realmente quien lo hiciera.

Desgraciadamente el porcentaje de pacientes que llegan a esta etapa, es muy bajo, pues sus familiares no colaboran a la concientización y aceptación de su enfermedad, y sobre todo a disminuir la ansiedad y depresión y otros síntomas psicológicos del paciente.

Es importante mencionar un estado psicológico y patológico, que actualmente se está presentando con mayor intensidad en la población del mundo entero:

ESTADOS OBSESIVOS:

Es fácil encontrar pruebas de trastornos obsesivos en el contexto de la epidemia del SIDA.

Los medios de publicidad mal informados y sensacionalistas, tienen un efecto destructivo en la tranquilidad de la población, muchas personas que tienen o no la infección, han desarrollado un grado obsesivo de preocupación por su estado viral como resultado de esta publicidad, que alienta a los lectores a tener la infección y sus posibles consecuencias, pero que no hacen nada por lo que la población tenga la información correcta de la manera de contra

er el virus y prevenirse de cualquier contagio.

Podría referirse con justicia a la enfermedad social resultante como "MEDOSIDA".

Es alarmante los casos recurrentes a los consultorios psiquiátricos y psicológicos, de personas con una severa crisis de angustia y un estado fóbico, acerca de la enfermedad de SIDA.

Unos llegan con la certeza de que tienen la enfermedad aún después de haberse practicado la detección del VIH, no solamente una vez, sino 10 o 20 veces los exámenes, mismos que salen negativos, pero dentro de su mente enferma surge la certeza de que tienen la enfermedad del SIDA. Estos casos se registran con mayor frecuencia en homosexuales, o en personas que ya han tenido antecedentes de personalidad obsesiva-compulsiva.

Por lo anteriormente dicho, es de suma importancia, que los medios de comunicación manejen la información de una manera certera y no alarmante, que lo manipulen, para evitar en la población caos y en los casos mas alarmantes una reacción fóbica.

La sociedad a través de la historia ha luchado contra diversas enfermedades que tienen una distribución a nivel mundial, considerando son generadas por alteraciones en los ecosistemas o microsistemas del agente, huésped o medio ambiente, que determinan las condiciones ideales para la aparición de microorganismos nuevos con un alto grado de patogenicidad, infectividad y virulencia; si-

nergizados por los patrones socioculturales de la población; en un país como México que enmarca perfectamente en el de un país en vías de desarrollo, la infraestructura para el sector salud y la investigación no es muy favorable; es insuficiente, ya que no satisface las expectativas de gran parte de la población, de hecho, México es un pueblo enfermo por lo que nuestras herramientas de lucha deberían de ser una mayor atención en los primeros niveles, promocionando el autocuidado y la autogestión que incremente su propia seguridad, optimizando los recursos naturales con que cuenta el individuo, familia o comunidad; para determinar el SIDA como problema social debemos tener en cuenta lo siguiente:

- Tiene un crecimiento tipo geométrico
- Se desconoce el número de casos infectados
- Se desconoce el número real de casos de SIDA
- La calidad de vida se deteriora en gran escala
- Existen pocas alternativas terapéuticas (siendo la mayoría experimentales)
- Letalidad que varía del 45 al 55% aunque el 80% muere dentro de los 3 años y prácticamente del 100% en 5 años.
- Altera el entorno familiar
- Ataca la población económicamente activa

Considerando la prostitución, drogadicción y pandillismo como productos de la problemática social; en las que podríamos encontrar las posibilidades, fuentes e infección o focos de transmisión a nivel comunitario, sin -

olvidar la criminal comercialización de órganos, sangre y sus derivados adquiriendo un papel preponderante el aspecto educativo de la población sobre todo de tipo sexual, ocupando este medio el primer lugar dentro de los mecanismos de transmisión, pretendiendo con la educación sexual evitar el uso de prácticas agresivas o lesivas que facilitan la transmisión del virus.

Así como el uso sistemático de medidas preventivas y el fomento de una vida sana. (Práctica, deportiva, distribución ideal del tiempo, dieta balanceada etc.) e incrementando la fidelidad de pareja; lo cual nos ayudaría a disminuir en forma simultánea la promiscuidad de tipo sexual, como resultado de la reestructuración de las normas y conductas sociales se obtendría una libertad sexual y no llegaríamos al libertinaje sexual.

La práctica religiosa de los individuos en mayor o menor escala no marca una pauta de su nivel socio-cultural; para quienes se han emancipado de cualquier mito no les será difícil enfrentar un problema de conciencia social como el que se está tratando ya que se tendrá siempre que países con explosión demográfica tienen considerablemente bajas sus estadísticas de diseminación del virus.

Japón y China, por ejemplo, en donde las conductas sexuales son tratadas con naturalidad edificando toda una manifestación cultural, tomando la unidad familiar como base, aún sabiendo que son de los países más poblados del mundo.

do; no es así en Africa, donde la mentalidad sexual es -- llevada a la promiscuidad y el hacimamiento, siendo tam-- bién una manifestación cultural, presenta índices eleva-- dos de infección por VIH teniéndolo como factor letal.

En el momento actual el virus no respeta grupos étnicos, ni determinadas areas geográficas, pero si creemos - que los niveles o tendencias socio-culturales de cada gru po o región serán determinantes en la propagación del vi-rus. (15)

9.- LA ENFERMERA Y EL SIDA.

RECOMENDACIONES EN TORNO A LA INFECCION POR VIH.

Actualmente se acepta en todo el mundo que es responsabilidad de las autoridades sanitarias y del personal de salud, proporcionar al público información sobre los problemas de salud prevalentes, especialmente aquella relativa a sus formas de prevención y tratamiento.

De igual manera, se acepta que los individuos y comunidades tienen el derecho y el deber de asumir la responsabilidad del cuidado de su propia salud y en consecuencia, de modificar su comportamiento, cuando sea necesario, la observación de estos dos principios básicos constituye un medio efectivo para frenar la propagación del SIDA.

Los principios básicos de una buena práctica de enfermería son aplicables a la atención de los individuos infectados por el virus de la Inmunodeficiencia Humana y al apoyo que requieren sus familiares y personas cercanas.

Debido a que hasta el momento el SIDA es una enfermedad incurable, el diagnóstico de infección por VIH suele tener un impacto devastador sobre el individuo y su núcleo o familiar y social; provocando a su vez; una gran tensión entre las enfermeras que han de atenderlo.

Debido a que el VIH y otros agentes infecciosos pueden transmitirse por la sangre y otros líquidos orgánicos, la enfermera debe siempre tratar todos los productos san--

guíneos y líquidos orgánicos como si fuesen infectantes.

LAVADO DE MANOS; es necesario lavar bien con agua y jabón las manos y cualquier parte del cuerpo que haya sido contaminado con sangre u otros líquidos orgánicos, así como llevar siempre las uñas cortas.

GUANTES Y OTRAS PRENDAS DE PROTECCION; las enfermeras deben llevar guantes de buena calidad, siempre que entren en contacto directo con sangre y líquidos orgánicos.

Si no se dispone de guantes deberá recurrirse a otros métodos para evitar el contacto directo con la sangre.

Quando haya riesgo de lesiones con instrumentos cortantes o punzantes convendrá utilizar guantes más gruesos y manejar el instrumental con todo cuidado. Siempre que se perfore o desgarre un guante deberá cambiarse y lavarse las manos en cuanto la seguridad del paciente lo permita.

En cirugía las precauciones son ya conocidas, llevar doble bata quirúrgica, dobles guantes, doble cubreboca y baño inmediato después de la cirugía.

AGUJAS Y OTROS INSTRUMENTOS PUNZANTES Y CORTANTES.- Hay que reducir al mínimo el empleo de cualquier instrumento cortante o punzante, para evitar posibles pinchazos, hay que manipular las agujas hipodérmicas e instrumento punzocortantes con pinza de Pean y abstenerse de recuperar las agujas de las jeringas desechables. Una vez utilizado este material debe depositarse en recipientes imperfora-

bles y tratarse como material infectado.

REANIMACION DE BOCA A BOCA; es necesario evitar el contacto directo con la saliva y/o boca del paciente, utilizando boquillas, bolsas de reanimación y otros dispositivos de ventilación.

Las maniobras de reanimación no proceden en pacientes terminales irreversibles.

INYECCIONES Y PERFORACIONES EN LA PIEL; es importante restringir la práctica de inyecciones y otros procedimientos de perforación de la piel cuando estos no sean estrictamente necesarios, a fin de proteger al paciente y personal de salud.

El material reutilizable deberá lavarse y esterilizarse o desinfectarse adecuadamente. El material desechable deberá utilizarse sólo una vez y desecharse después de haberse desinfectado. (16)

PRECAUCIONES CON LAS MUESTRAS DE LABORATORIO; la enfermera debe de llevar guantes siempre que manipule o trabaje con muestras de sangre u otros líquidos orgánicos y deberá cubrirse cualquier herida en manos o brazos con un apósito impermeable. Las muestras de laboratorio deben guardarse en recipientes irrompibles, con tapa de seguridad para evitar derrames. Las superficies de trabajo deberán protegerse y desinfectarse después de ser utilizadas, especialmente en donde existen salpicaduras de sangre u otro producto orgánico, las muestras deberán desinfectarse

y posteriormente desecharse evacuándolas por un suministro de la red de alcantarillado.

PROTECCIONES CON LA ROPA; la ropa contaminada deberá introducirse en doble bolsa de plástico rotulándola "CONTAMINADA" si no se dispone de bolsas deberá doblarse con las partes sucias hacia adentro.

Al manejar ropa debe de ponerse guantes y delantales protectores. La ropa debe lavarse durante 25 min. con detergente y agua a una temperatura de por lo menos 71°C -- (160°F). El lavado casero de ropa poniendo la ropa contaminada en una solución hipoclorica de sodio durante 45 min. y lavándose a continuación, o bien, se incinerará.

SALPICADURAS DE SANGRE Y OTROS LIQUIDOS ORGANICOS; - en estos casos, se emparará la zona, primero, con un desinfectante apropiado, preferentemente hipoclorito de sodio (con 0.1-0.5%) de cloro libre), se retirará la mezcla del desinfectante con el líquido orgánico y se enjuagará la superficie con más desinfectante.

RIESGO DE ADQUIRIR LA INFECCION POR VIH DE PACIENTES INFECTADOS; en los casos de que una enfermera ha contraído la infección en el curso de su trabajo, las vías de infección han sido la parenteral o la exposición de mucosas o lesiones cutáneas a la sangre infectada por VIH. (17)

VI.- HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA.

ANALISIS SITUACIONAL

I.- HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA.

1. DATOS DE IDENTIFICACION:

Nombre (Siglas) P G R
 Servicio med. interna No. cama 682
 Fecha ingreso 24-Dic-97 Edad 30 años
 Sexo M Estado Civil soltero
 Escolaridad Profesional Religión católica
 Ocupación Jefe de piso de enfermería del IMSS
 Lugar de procedencia Coatzacoalcos, Ver.
 Domicilio Román Marín e Independencia
No. 1096 C.P. 96400

2. PERFIL DEL PACIENTE:

2.1. Ambiente físico:

- Habitación:

Características físicas Habitación con
buena iluminación y ventilación, cuenta
con ventanales y domos

Tenencia casa propia y familiar
 Construcción (tipo y número de habitaciones)
tabique y concreto 8 sala, comedor,
4 recámaras, 2 baños.

Animales domésticos un perro alaska,
gato, y pajaritos

- Servicios sanitarios (Agua, iluminación, pavimentación, eliminación de desechos, control de basura, etc.)

agua intradomiciliaria, control de basura:

- La paciente refiere que tiene un bote exclusivo p/la basura y que la deposita en el camión recolector 2 veces por semana, eliminación de desechos: drenaje, y cuenta con baño completo (WC). Iluminación: cuenta con natural y artificial.
Pavimentación: Si están pavimentadas las calles.
- Vías de comunicación (Medios de transporte, teléfono, etc.) si tiene teléfono
- Cuenta con servicios de transporte urbano colectivo

- Recursos para la salud: cuenta con un Hospital General del IMSS
Hospital General de Salubridad y asistencia

2.2. Hábitos higiénicos

- Aseo parcial y/o total (tipo y frecuencia
Baño de regadera diario, manos antes de preparar o ingerir alimentos y después de ir al baño. Bucal: 3 veces al día cambio de ropa personal, refiere cambio total de ropa diariamente.

- Alimentación (Horario. Tipo de alimentos y líquidos).
Desayuno: jugo, café, pan, huevos
o carne 6-30 Hrs.
Comida: Sopa, cremas, carne, tortillas, refrescos, frutas y verduras. agua 15 a 16 Hrs.
Cena: pan, café, leche, huevos. 21 Hrs.

Actualmente presenta inapetencia aún por los alimentos que prefiere.

Alimentos que originan preferencia, desagrado o intolerancia:

Preferencia todos desagrado

ninguno

intolerancia: carne de puerco

- Eliminación (Horario y características)

Urinaria: 6 veces diarias sin horario

fijo y de características normales

Intestinal: 1 vez por la mañana

aparentemente normal.

antes de enfermar

- Descanso (Tipo y frecuencia)

Vida sedentaria descansa a ratos en posición sentado últimamente manifiesta cansancio aún sin realizar actividad.

- Sueño (Horario y características)

22 - 6 Hrs

intranquilo y a veces presenta insomnio

- Deportes (Tipo y frecuencia)

Natación 3 veces por semana antes de enfermar

actualmente por su adinamia ya no practica este deporte

- Estudio y/o trabajo:

Jefe de piso del H.G.2 No. 36

Coatzacoalcos, Ver.

actualmente: incapacitado

- Rutina cotidiana:

el paciente se levanta 5.30 P.M se asea, desayuna y se dirige a su trabajo, regresa 16 Hrs. y ese tiempo se dedica a su hija adoptiva, la lleva por la tarde al parque alameda, todos los días, regresan, cenan se acuestan a dormir a las 22 Hrs.

3.3. Tratamiento:

Medicamentos: El paciente y su familia han aceptado el padecimiento como un episodio agudo que no tiene solución, su familia se ha mostrado bastante comprensiva y cooperadora con él, están pendientes de sus medicamentos y lo que él necesita, y su hija se encuentra bien cuidada.

Indicaciones: _____

II. EXPLORACION FISICA.

Inspección:

- Aspecto físico: paciente masculino de edad aparente a la cronológica bien orientado en reposo con facies de angustia con palidez acentuada y regularmente hidratada, adinámico, asténico

- Aspecto emocional: El paciente presenta angustia por estar hospitalizado y por que no ve a su hija.

Otención de datos, mediante otros métodos de exploración física, de acuerdo al estado del paciente (Palpación, percusión, auscultación medición): palpación presenta linfadenopatía generalizada persistente, dolor en torax y abdomen. Auscultación.-Presencia de estertores, ruidos parastálticos ligeramente disminuidos.

Medición peso
 1.75 56 Kg.

III. DATOS COMPLEMENTARIOS:

Exámenes de laboratorio:

Fecha	Tipo	Cifras	
		Del paciente	Normales
24-XII-92	Química	normal	
	Sang.		
	Biom/Hem	Linfopenia	
		Leucopenia	
	Elisa	Positiva	

Exámenes de gabinete:

Tipo	Resultado
24-XII-92	
placa de t _o rax ap. y - lateral	Focos neumocíonicos predominio, pulmón izquierdo

VII.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

NOMBRE: P.G.R.

EDAD: 30 AÑOS

ESTADO CIVIL: SOLTERO

OCUPACION: PROFESIONISTA

DOMICILIO: ROMAN MARIN E INDEPENDENCIA No. 1096 COATZACOALCOS, VER.

RELIGION: CATOLICA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.-

Adulto joven del sexo masculino, soltero, profesional en el area de enfermería con antecedentes de cuadros repetitivos de amigdalitis y traumáticos que no se especifican, manifiesta profunda tristeza y depresión por los síntomas que ha venido presentando en las últimas fechas mismos que le dan la pauta para imaginar su DX. presenta fiebre de 39.8°C sudoración, pérdida de peso de 19 Kgs., fatigabilidad fácil y diarrea crónica con duración mayor de 30 días, ingresa por infección de vías respiratorias.

Dada la sintomatología presentada pensamos se trate de un problema caracterizado por debilitamiento de la inmunidad, es decir de una suspensión de las defensas contra las infecciones (SIDA).

JERARQUIZACION DE NECESIDADES Y/O PROBLEMAS.

- 1.- Insuficiencia respiratoria.
- 2.- Náusea y vómitos
- 3.- Hipertermia
- 4.- Falta de higiene y sensación de piel húmeda.
- 5.- Miedo
- 6.- Alteración del proceso del pensamiento relacionado con cambios de estado emocional.
- 7.- Comprensión.

VIII.- PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

PROBLEMA:

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Oxígeno por puntas nasales 3 litros por minuto a una concentración del 100% cada 2 horas.
- Nebulizaciones o micronebulizaciones con medicamentos broncodilatadores como sabumamol (1 ampula por cada 200 Ml. de agua) cada 3 horas, antes de los alimentos.
- Palmo y puño percusión en forma ascendente de las vías respiratorias cada 4 horas durante 10 minutos.
- Posición de drenaje postural después de cada indicación de palmo y puño percusión.
- Ministración de antibióticos indicados como: Penicilina sódica cristalizada 5 millones I.V. rante 7 a 10 días.
- Ejercicios respiratorios 10 minutos cada 8 horas durante 8 a 10 días, así como orientar sobre la respiración diafragmática y tos eficaz.
- Educación para las salud sobre una dieta balanceada evitando alimentos de alto poder alergizante tomando de 6 a 8 vasos de líquido, técnica de respiración y tos etc.
- Humedificación del ambiente evitando los cambios --

bruscos de temperatura y las sustancias irritantes.

- Aspiración de secreciones bucofaringeas cada 4 horas o por razón necesario.
- Ministración de espectorantes en caso de no espectorar las secreciones por mas esfuerzos que se haga.
- Dar posición de semifowler permanente exceptuando - en los casos de espectoración.

RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES.

En la insuficiencia respiratoria se debe de iniciar tratamiento de urgencia en primera instancia basándose - en los criterios de ventilación que son 4:

- 1.- Una buena expansión del tórax
- 2.- Presencia de ruido respiratorio
- 3.- Mejoría de la coloración tegumentos
- 4.- Mejoría de la frecuencia cardiaca

Dicho tratamiento se dará para evita que empeore el estado actual del individuo combinando tratamientos locales (Oxigenoterapia), medicamentosos (de no ser necesario no se utilizarán) y generales (coadyuvadores de los anteriores).

La administración de oxígeno se realiza tratando de evitar que el organismo se encuentre mermado en su funcionamiento por la falta de aporte de oxígeno así como evitando con ello un desequilibrio ácido-básico por lo que se recomienda hiperventilar a la paciente por un tiempo y compensar la acidosis metabólica presente.

Esto al realizarse por puntas nasales se debe verificar que el agua del borboteador se encuentre en el nivel indicado así como verificando que se encuentre en el nivel de oxígeno indicado y el tiempo asignado (3 litros x minuto a una concentración al 100% cada 2 horas); explicar que no se permite fumar al paciente estrictamente y a los visitantes mientras se utiliza el oxígeno, prevenir náuseas y

y reducir la fatiga por la masticación dando el tratamiento de nebulización antes de los alimentos, verificar que tome 6 a 8 vasos de líquidos, lo que produce una hidratación sistemática, humedece las secreciones y facilita su expectoración.

Para complementar la acción que realiza la ventilación si es necesario se administrarán broncodilatores locales (por medio del nebulizador) y otros como el endovenosa (salbutamol I ampula por cada 200 Ml. de agua).

PROBLEMA

NAUSEA Y VOMITO.

ACCIONES DE ENFERMERIA

Proporcionar al paciente un ambiente agradable y placentero evitando ruidos y olores desagradables.

Observar las características del vómito.

Aislar al paciente.

Administración de antieméticos.

Bonadoxina 1 mililitro cada 4 horas por vía intravenosa.

Reposición del déficit de agua y electrolitos por medio de la instalación de venoclisis.

Solución glucosada al 5% 1000 mililitros para 8 horas.

Observación continua.

Control estricto de líquidos.

RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES.

El ambiente físico agradable evita las situaciones que pudieran estimular el reflejo nauseoso.

Evaluar y reportar las características del vómito, como son tipo, frecuencia, cantidad, color, olor, consistencia, es de vital importancia para el diagnóstico y tratamiento.

Los antieméticos actúan sobre el centro del vómito disminuyendo su actividad.

Los líquidos administrados por vía endovenosa pasan directamente al líquido extracelular haciendo que los mecanismos homeostáticos corporales eviten que se presente hipotensión, deshidratación o en casos más grave choque hipovolémico.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

PROBLEMA:

HIPERTERMIA

ACCIONES DE ENFERMERIA.

Aplicación de compresas frías con cambio cada 3 minutos.

Reposo absoluto.

Mantener seco y cómodo al paciente.

Controlar la temperatura por medios físicos.

Control de temperatura por medios químicos, administración de antipiréticos 1 ampolleta de dimetil pirazolona sulfóxilada intramuscular dosis única.

Toma y registro de temperatura cada 10 minutos.

Administración de antibióticos, penicilina G. procaína con penicilina cristalina 2 millones cada 6 horas intravenosa.

RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES.

El frío tiene poder de penetración, viaja por los receptores térmicos de la piel impulsado por los nervios hasta el centro termorregulador localizado en el hipotálamo anterior.

Las células del organismo necesitan periodos de disminución de la actividad, durante la cual puedan establecerse.

Un período de descanso o de sueño normalmente restablece la capacidad del individuo y le produce una sensación de bienestar.

La maceración de la piel es producida por una humedad --

continua, la piel se reblandece y arruga y disminuye su resistencia a las lesiones y a las infecciones.

El frío disminuye el metabolismo celular e inhibe la formación y absorción de toxinas de origen bacteriano.

El descanso disminuye el proceso metabólico y la actividad muscular, el calor producido en el organismo disminuye.

Los antipiréticos actúan sobre los centros termorreguladores, haciendo aumentar la pérdida de calor por inducir vasodilatación cutánea.

El organismo vivo mantiene en forma constante la temperatura gracias al balance entre el calor producido (termogénesis), y el calor perdido (termolisis).

La temperatura normal en el cuerpo humano es de 36° a 37° C.

Los antibióticos son agentes antiinfecciones de origen biológico que se emplea profiláctica o terapéuticamente.

PROBLEMA:

FALTA DE HIGIENE PERSONAL Y SENSACION PIEL HUMEDA.

ACCIONES DE ENFERMERIA

Orientar sobre la importancia de la higiene personal, haciendo énfasis sobre la limpieza de genitales externos y aseo bucal, baño de regadera asistida y corte de uñas de los dedos de los pies y de las manos.

RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES

La piel está constituida por varias capas, estas van formando células nuevas, y por lo tanto tienden a subir -- hasta la superficie, por esto la piel va iluminando células muertas que son arrastradas por medio del agua y jabón, y cepillado que se realiza durante el baño; además ayuda a estimular la circulación y favorece el descanso.

Mantener las uñas limpias y cortas, evita la proliferación de microorganismos patógenos.

El aseo bucal evita las caries e infecciones bucales, ya que el cepillado remueve las partículas que quedan de algunos alimentos.

PROBLEMA:**MIEDO****ACCIONES DE ENFERMERIA**

- Orientación a la paciente y la familia sobre todo lo que implica la patología.
- Canalizar al psicólogo para la realización de psicoterapia de acuerdo a como sea necesario.
- Favorecer la integración del paciente dentro del ambiente hospitalario.
- Orientación por posthospitalaria al paciente y a la familia para evitar complicaciones o recaídas severas.
- Razón científica de las acciones.
- Para todo tipo de situaciones desconocidas a las que se enfrenta un individuo, siempre surgen temores en diferentes grados, por lo cual es necesario el hacerlas del conocimiento; dentro de la patología esto se hace más necesario en todo tipo de acción que se va a realizar en su o para su cuerpo, debido a que dentro de la edad adulta el individuo debe ser capaz de vivir cómodamente con su cuerpo, ya sea este fuerte o débil, hermoso o feo, sano o enfermo, para que pueda sentirse tranquilo con él, sin perderse en lamentaciones; es más fácil relativamente, porque esto ayuda hasta las experiencias de la vida y el conocimiento del mundo lo ubican en su plena realidad evitando distorsiones por aprovechar la vida dentro del hospital, (cualquier nivel) es fundamental para el individuo y su familia en lo referente a que es lo que está sucedien

do, que es lo que va a suceder al hospitalizarse, y el evitar factores que le hagan volver a tener que recurrir a él.

El convivir con personas similares favorece su autoestima ya que valora lo hermoso de la vida, con una actitud positiva hacia el futuro.

NECESIDAD.**EQUILIBRIO DEL PROCESO DE PENSAMIENTO RELACIONADO CON
CAMBIOS DE ESTADO EMOCIONAL.****ACCIONES DE ENFERMERIA**

Animar al paciente a que exprese sus sentimientos y - preocupaciones relacionados con cambios de imagen corporal (pérdida de peso).

Explicar a la familia que el paciente puede reír, llorar sin motivo justificado.

Razón científica de las acciones.

Al expresar al paciente sus preocupaciones sentirá más tranquilidad y seguridad en sí mismo la risa el llanto, actuando como desahogo ocasionado por las tensiones.

NECESIDAD.

COMPRENSION

ACCIONES DE ENFERMERIA

Presentación del paciente con el equipo de salud con el fin de que se familiarice con el mismo y sienta confianza en ellos.

Apoyo Psicológico permanente para disminuir la angustia y depresión y favorecer la adaptación mediante pláticas en forma discreta darle a conocer que a su alrededor está su familia y el equipo de salud que puede confiar en ellos plenamente proporcionar apoyo espiritual (religión).

RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES.

Al sentirse el paciente en confianza con el equipo de salud y familia observará que hace comprensión cariño y apoyo que lo han aceptado con su enfermedad misma que su pronóstico para la vida es a corto o largo plazo, el hablar de Dios es alimento para el alma y espíritu.

IX.- EVALUACION FINAL DEL PLAN DE ATENCION.

Los resultados indican que después de proporcionar las acciones de enfermería descritas, el paciente logra en primera instancia controlar la constricción de las vías respiratorias, favoreciendo con ello la expectoración de las secreciones que al último fueran blancas, así como las manifestaciones propias de ellas.

Así mismo se mantuvo en ayuno por 8 horas al paciente se evaluaron y se registraron en la hoja de enfermería:

Las características del vómito, lo que fué de gran utilidad para retroalimentar el diagnóstico médico.

Respecto a la fiebre se registraron y valoraron las cifras en la hoja de enfermería, se disminuyó la temperatura hasta la normalidad sin reportar ningún problema.

No se reportó ningún efecto secundario a la administración de antipiréticos.

En relación a la higiene personal se pudo observar que el paciente aceptó con agrado su baño de regadera asistencial y sus familiares pusieron más cuidado en su arreglo personal.

Por último al comprender tanto al paciente como su familia la situación real a la que se enfrentaban y enfrentarían se adaptaron paulatinamente para evitar complicaciones. Por lo cual se considera que fué positiva la participación que tuvo el personal de enfermería, coadyuvación de

la resolución de problemas y necesidades mejoró su estado de ánimo por la comunicación que entabló con el equipo de salud y su familia comenta el paciente que se siente más controlado.

Respecto a la comprensión manifiesta el paciente que se encuentra más tranquilo y con más apoyo que su familia ha entendido su enfermedad.

Acceptó acercarse más a la Iglesia.

**ACTITUDES DE ENFERMERIA QUE DEBEN APOYARSE O RETRO-
ALIMENTARSE AL PRESTAR ATENCION A PACIENTES CON
SIDA.**

ACTITUDES DE NEGACION:

1.-INSEGURIDAD:

Por experiencia laboral limitada.
falta de información sobre el padecimiento
Inadecuada introducción al puesto
Supervisión deficiente
Recursos humanos y materiales insuficientes.

2.-TEMOR AL RIESGO PROFESIONAL:

Por adquirir la enfermedad
A infectar a su familia
A perder su trabajo.

3.-MOLESTIA Y RECHAZO:

Al ingreso del paciente se produce desagrado momentaneo.
Negativa inconsciente de atender al enfermo.
Involucra sus sentimientos con el dolor del enfermo.

4.-SENTIMIENTOS DE SOLEDAD:

Siente que se enfrenta solo al riesgo.
Al no contar con apoyo en sus procedimientos

- Actitudes de aceptación;

- 1.-Procura dar atención de calidad.
- 2.-Se interesa por la evolución del padecimiento del enfermo.
- 3.-Busca la superación profesional.
- 4.-Se siente realizado profesionalmente.

APOYO PROFESIONAL:

- 1.- Promover la capacitación continua y la enseñanza incidental.
- 2.- Orientar sobre los riesgos de trabajo y la forma de minimizarlos.
- 3.- Supervisión constante y oportuna

APOYO EMOCIONAL

- 1.-Formar grupos de apoyo donde se externen inquietudes y temores.
- 2.-Fomentar la comunicación con el Eq. de salud a través de Congresos Seminarios
- 3.-Rotar otros servicios con menos riesgos.
- 4.-Realzar la importancia de sus funciones dentro del grupo multidisciplinario.

X.- CITAS BIBLIOGRAFICAS.

- (1) Baena Paz Guillermina.
Instrumentos de Investigación
Pag. 482.

- (2) Documento de la Universidad Veracruzana PSE
P 1/4

- (3) Laureel Asa Cristina
Pag. 34/36

- (4) Rojas Soriano Raúl
Consideraciones Metodológicas para el Estudio P.S.E.
Pag. 13/25

- (5) Martínez Benítez Ma. Matilde
Enfermería Salud y Sociedad.
Pag. 43/62

- (6) Doris Grienspien
Identidad Profesional, Humanismo y Desarrollo Tecnológico
Pag. 4/5

- (7) Inyer Taptich
Proceso de Enfermería y Diagnóstico
P 2/6

- (8) Atkinson Leslie D.
Proceso Atención de Enfermería.
Pag. 2/4
- (9) Documento de la Universidad Veracruzana
P.A.E. Pag. 21.
- (10) Medicina Integral Preventiva Asistencial
Epidemiológica y Diagnóstica
Pag. 477 a 484.
- (11) Arroyo T.A. Servicios de Análisis Clínicos
y Medicina Interna
Pag. 477 a 490
- (12) Population Reports
Educación sobre el SIDA. Un buen comienzo
pag. 1/27
- (13) Uribe Z. Patricia
Gaceta Conasida
Pag. 3/7
- (14) Nicole A.
Gaceta Conasida
Tomo II pag. 3/6
- (15) Guía para Enfermeras en la Atención de un Paciente
CONASIDA
Pag. 51/52
- (17) Revista de Enfermería del IMSS
El SIDA en el Trabajo
Pag. 79

XI.- CONCLUSIONES.

Actualmente se acepta en todo el mundo que es responsabilidad de las autoridades sanitarias y del personal de salud, proporcionar al público información sobre los problemas de salud, proporcionar al público información sobre los problemas de salud prevalescentes, especialmente aquella relativa a sus formas de prevención y tratamiento de igual manera se acepta que los individuos y comunidades tienen el derecho y el deber de asumir la responsabilidad del cuidado de su propia salud y en consecuencia, de modificar su comportamiento cuando sea necesario, la observación de estos dos principios básicos constituyen un medio efectivo para frenar la propagación del SIDA.

Los principios básicos de una buena práctica de enfermería son aplicables a la atención de los individuos infectados por el VIH y al apoyo que requieren sus familiares y personas cercanas. Debido a que hasta el momento el SIDA, es una enfermedad incurable, el diagnóstico de infección por VIH suele tener un impacto devastador sobre el individuo y su núcleo familiar y social; provocando a su vez, una gran tensión entre los enfermos que han de atenderlo.

El diagnóstico del SIDA resulta difícil ya que sus síntomas son muy específicos.

Las complicaciones del SIDA son:

Enfermedades oportunistas entre las que se encuentran neumonía, meningitis o encefalitis, esofagitis por candida

albicanas, herpes simple, enterocolitis por criptes puridium, linfoma primario del sistema, se apreciaron, los -- síntomas más importantes.

Se ayudó al paciente a comprender los puntos que no_ estaban claros y se vencieron conceptos erróneos que el _ tenía y sus familiares también.

Se proporcionó apoyo psicológico, infundiéndole confianza, tranquilidad, y la sensación de que se encuentra_ en buenas manos.

SUGERENCIAS: Es conveniente que la enfermera se cocumente a fin de actualizarse en cuanto a este padecimiento.

En la actualidad el profesional de enfermería, debe_ proyectarse hacia el ámbito familiar y de la comunidad a_ sí como desarrollar programas de prevención de todo tipo_ de padecimientos y estimular las actitudes necesarias para la vida, enseñar a organizarse, crear el espíritu de _ grupo, la cooperación y la comprensión mutua.

Además de promover la educación sexual a toda la población y como consecuencia una sexualidad responsable -- (sexo seguro una sola pareja)

- Para relaciones sexuales casuales se recomienda utilizar el condón.
- No compartir jeringas usadas.
- ¿Necesitas un donador de sangre? Investiga que no_ esté infectado por el virus del SIDA.
- Usa tu cepillo dental "personal"

- Vive la vida pero actúa responsablemente.

La coordinación del equipo multidisciplinario sobre las normas específicas del control o tratamiento, es parte de la actividad de enfermería, brindarse a cada paciente es fundamental, para la óptima atención con el mínimo esfuerzo.

Esta coordinación resulta eficiente cuando existe un programa con presiones delimitadas y comunes para cada integrante del equipo de salud, de manera que se logren evoluciones satisfactorias a corto plazo.

XII.- GLOSARIO DE TERMINOS.

ANTICUERPO.-Son sustancias elaboradas por el organismo al ser sometido a la acción de ciertos productos llamados antígenos.

ANTIGENOS.-Toda sustancia que al ser introducida en el organismo, provoca la formación de anticuerpos. Son antígenos los virus o bacterias vivas o muertas.

ACTIVIDAD SUPRESORA.- Capacidad de las células T para suprimir la formación de inmunoglobulinas.

ANERGIA.- Desaparición temporal de la alergia.

DNA.- Acido deoxirribonucleico.

CITOMEGALOVIRUS.- Es la causa de la enfermedad de las impresiones citomegálicas y en el virus de Epstein-Barr, - al que se atribuye ser el agente productor del lifoma de BURKITT, carcinoma retronasal monucleosis infecciosas y sarcoidosis.

AZT ACIDOTIMIDINA.- Es el medicamento más utilizado hasta estos días, corta el desdoblamiento del RNA a DNA, se ha logrado la prolongación de la vida por meses, pero inhibe la médula osea.

CELULA B.- Linfocito de la bolsa de Fabricius o aquel que sea del tipo que forma inmunoglobulinas.

EPIDEMIA.- También llamado brote, es la existencia en una colectividad o región, de un grupo de casos, que presentan síntomas similares claramente superiores a la frecuencia

cia normal.

ELISA.- Ensayo inmunosorbente unido a Encyma, han permitido observar aspectos de la rápida propagación y transmisión del virus del SIDA.

GANGLIO.- Engrosamiento de forma, tamaño y estructura variables en el trayecto de un vaso linfático o un nervio.

GENOMA.- Conjunto de los genes cromosomas.

HTLV/III.- Husman Timunlinfocita virus del tipo III, virus de la leucemia humana de células T tipo III.

HIPERGAMMAGLOBULINEMIA.- Niveles altos de gammaglobulina - en plasma.

INMUNOSUPRESION.- Supresión de una respuesta inmunológica - por medios químicos, físicos, o biológicos.

INMUNOGLOBULINAS.-Fracción de proteínas plasmáticas ligadas a la función anticuerpo, sinónimo de globulina.

LINFADENOPATIA.- Término común para las afecciones de los - ganglios o del tejido linfático.

LEUCOS-TROMBOSITOPENIA.-disminución del número de plaquetas en la sangre.

LEUCOPENIA.- Reducción del número de leucocitos en la sangre, menos de mil quinientos linfocitos por mm³.

LEUCOPLASIA.- Pilosa oral, zonas blancas inflamadas que agruesan la lengua y tienen aspecto de pelo.

LAV.- Virus asociado a la linfadenopatía.

LINFOCITO T .- Linfocito modificado en el timo que es responde

sable de la hipersensibilidad y la inmunidad mediada por células.

LINFOMA.- Tumor formado del tejido linfoide o adenoide - con tendencia a la generalización.

LINFOTROFIA.- Nutrición de la célula por la linfa.

NEOPLASICO.- Formación de tejido nuevo de carácter tumoral.

SARCOMA DE KAPOSI.- Nódulos múltiples azulados de la piel, semejantes a granulomas infecciosos, con hemorragias y caracteres neoplásticos, también llamado sarcoma idiopático, múltiple hemorrágico.

SISTEMA RETICULO ENDOTELIAL.- Macrófagos y microfagos.

TRANSCRIPTASA.- Enzima.

RETROVIRUS.- Contiene en su núcleo RNA, cuando todos los demás virus contienen DNA.

MONONUCLEOSIS.- Presencia de gran número de leucocitos mononucleares en la sangre.

TROPISMO.- Movimientos de la materia orgánica, influidos - por causas ambientales, reacción definida de los organismos a los estímulos exteriores.

XIII.- BIBLIOGRAFIA

Femerar Valenti/ Et A1

Medicina interna Tomo I

México 1981

La prensa Médica Mexicana, S.A.

Pag. 235.

Gutiérrez Ortíz Belisario.

Manual de Medicina Interna.

2a. edición

Editorial Interamericana

Pag. 685/730

Madrigal Alonso Benjamín.

Infectología

3a. Edición

Editorial Trillas

Pag. 404/411

Arroyo T. A.

Servicios de Análisis Clínicos y Medicina Interna.

5a. Edición

Editorial Interamericana

Pag. 477/490

Uribe Z. Patricia

Gazeta CONASIDA Tomo I

Pag. 3/7

Nicole A.

Gaceta CONASIDA

Tomo II

Pag. 3/6

Revista de Enfermería del IMSS

SIDA

Vol. 27 No. 2 1989 Pag. 79

Medicina Integral

Medicina Preventiva y Asistencial

Vol. 5 No. II noviembre 1991

Pag. 477 a 484.

Yura H. M.B. Walsh

Traducción de C. Montuenga

2a. Edición, Editorial Alhambra

España, 1982.

Beverly Witter Du Gas

Tratado de Enfermería Práctica

Traducido al español por Antonio Garst

3a. Edición Editorial Interamericana

México 1979 Pag. 13/14/28/29.

Marlene Glover Mayers

Cuidados de Enfermería

Editorial Limusa.

Mary F. Kohnke.

Asesoría profesional en servicios de Enfermería.

Editorial Limusa

Population Reports

Educación sobre el SIDA: Un buen comienzo Vol. XVII No. 3

septiembre 1991 Pag. 1/27.

Mora Carrasco Fernández

"Salud y Enfermedad": Problemas conceptuales.

Introducción a la Medicina Social y Salud P.

2a. Edición Editorial Trillas

México 1990 Pag. 29/43.

Rojas Soriano Raúl.

Consideraciones Metodológicas para el Estudio del Proceso

Salud-Enfermedad

3a. Edición Editorial Interamericana

México 1979 Pag. 7/9

Martínez Benítez Ma. Matilde

Enfermería Salud y Sociedad

Sociología de una Profesión en el caso de Enfermería

Editorial Newwomar

México 1985 Pag. 43/62

Leslie D. Arkinson.

Mary Allew Murray

Proceso Atención de Enfermería

Ed. El Manual Moderno.

México D.F. 1992 Pag. 2/4

Doris Grinspun

Identidad Profesional Humanismo y Desarrollo

Tecnologías: Reunión de Licenciados en Enfermería.

Agosto 1992 Pag. 4/5

Uribe Z. Patricia

Gaceta Conasida

Guía para Enfermeras en Atención del Paciente HIV-SIDA.

Pag. 17/54.