

Guía para Enfermeras

EN LA ATENCION DEL
PACIENTE CON HIV/SIDA

RK302
CEN557
1992
Ej. 2



CONASIDA

GUIA PARA ENFERMERAS EN LA ATENCION DEL PACIENTE CON HIV/SIDA

ALICIA

Enf. Péd. y Péd. Hay Mercedes Aguilar
Coordinadora del Curso "Educación de Enfermería Pediátrica"
Hospital Infantil de México "FEDERICO GÓMEZ"

Dr. Carlos del Río Castiblanco
Infectólogo-Pediatra
Presidente General del Consejo Nacional
para la Prevención y Control del SIDA

COORDINACION EDITORIAL:

Hospital Infantil de México del Departamento de Enfermería
"FEDERICO GÓMEZ" "FEDERICO GÓMEZ"

Dra. Susana Navarrete Navarro
Pediatra-Infectóloga y Epidemióloga
Jefe del Departamento de Epidemiología

Lic. en Enf. Magdalena Franco Orozco
Enfermera Pediatra
Coordinadora de Enseñanza del Departamento de Enfermería

Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA
Dra. Patricia Uribe Zúñiga
Pediatra-Infectóloga
Directora de Servicios a la Comunidad



AUTORES:

Enf. Ped. y Psic. Eloy Margarita Aguilar
Coordinadora del Curso Postécnico de Enfermería Pediátrica
Hospital Infantil de México "FEDERICO GOMEZ"

Dr. Carlos del Río Chiriboga
Internista-Infeciólogo
Director General del Consejo Nacional
para la Prevención y Control del SIDA

Lic. en Enf. Magdalena Franco Orozco
Enfermera Pediatra
Coordinadora de Enseñanza del Departamento de Enfermería
Hospital Infantil de México "FEDERICO GOMEZ"

Dra. Susana Navarrete Navarro
Pediatra-Infecióloga y Epidemióloga
Jefe del Departamento de Epidemiología
Hospital Infantil de México "FEDERICO GOMEZ"

Dra. Patricia Uribe Zúñiga
Pediatra-Infecióloga
Directora de Servicios a la Comunidad del Consejo Nacional
para la Prevención y Control del SIDA

Dr. Octavio Vallejo Aguilar
Epidemiólogo adscrito al Departamento de Epidemiología
Hospital Infantil de México "FEDERICO GOMEZ"



SUPERVISION TECNICA:

Hospital Infantil de México
"FEDERICO GOMEZ"

Dr. José Ignacio Santos Preciado
Subdirector de Investigación

CONASIDA

Dr. Carlos del Río Chiriboga

Director General

Dra. Patricia Uribe Zúñiga

Directora de Servicios a la Comunidad

SUPERVISION EDITORIAL:

C. Mauricio del Río Martínez

Lic. Javier Andrés Suárez Ruiz

DISEÑO DE PORTADA:

Patricia Ringenbach

IMPRESO EN MEXICO

ISBN: 968-811-135-X

AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades del Hospital Infantil de México "FEDERICO GOMEZ", todas las facilidades otorgadas para la realización de esta guía.

Además, al licenciado Octavio Carvajal Trillo, Especialista en Derecho Laboral, miembro del Comité de Aspectos Jurídicos de CONASIDA y de la Dirección General de Asuntos Jurídicos e Internacionales de la Secretaría de Salud, quien asesoró el documento y particularmente el capítulo "Aspectos Legales en la Atención del Enfermo con VIH/SIDA".

4.4	COMO INTERPRETAR UN RESULTADO DE UN EXAMEN DE LABORATORIO PARA LA DETECCIÓN DEL HIV/SIDA	8
4.1	Resultado negativo	8
4.2	Resultado positivo	9
5.0	QUE ES UN SEROPOSITIVO EN COMPARACION CON UN CASO DE SIDA	20
5.1	Que es un sero-positivo	20
5.2	Que es un caso de SIDA	20
6.0	COMO SE REALIZA EL DIAGNOSTICO CLINICO DE UN CASO DE INFECCION POR HIV/SIDA	22
6.1	En adultos	22
6.2	En niños	22
7.0	ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES CON HIV/SIDA A NIVEL DE CONSULTA EXTERNA	22
7.1	Consulta de primera vez y seguimiento de adultos infectados por HIV/SIDA	24
7.2	Consulta de primera vez y seguimiento de mujeres con estados infecciosos por HIV/SIDA	25
7.3	Consulta de primera vez y seguimiento de niños infectados por HIV/SIDA	26
8.0	ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES CON HIV/SIDA QUE REQUIERAN HOSPITALIZACION	27
8.1	Adultos con infeccion por HIV/SIDA	27

INDICE

1.0	INTRODUCCION	1
2.0	PERSONAL DE SALUD: RIESGOS DE TRANSMISION Y NO TRANSMISION DE SIDA ..	2
3.0	PRUEBAS DE LABORATORIO PARA DETERMINAR INFECCION POR HIV/SIDA.....	5
	3.1 Diagnóstico de laboratorio para los casos de pacientes mayores de 13 años de edad.....	7
	3.2 Diagnóstico de infección por HIV en niños menores de 13 años de edad.....	8
4.0	COMO INTERPRETAR UN RESULTADO DE UN EXAMEN DE LABORATORIO PARA LA DETECCION DEL HIV/SIDA	9
	4.1 Resultado negativo:.....	9
	4.2 Resultado positivo:	9
5.0	¿QUE ES UN SEROPOSITIVO EN COMPARACION CON UN CASO DE SIDA?	10
	5.1 ¿Qué es un seropositivo?	10
	5.2 ¿Qué es un caso de SIDA?.....	10
6.0	¿COMO SE REALIZA EL DIAGNOSTICO CLINICO DE UN CASO DE INFECCION POR HIV/SIDA? ...	11
	6.1 En adultos.....	11
	6.2 En niños	11
7.0	ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES CON HIV/SIDA A NIVEL DE CONSULTA EXTERNA....	12
	7.1 Consulta de primera vez y seguimiento de adultos infectados por HIV/SIDA.....	14
	7.2 Consulta de primera vez y seguimiento de mujeres embarazadas infectadas por HIV/SIDA.....	15
	7.3 Consulta de primera vez y seguimiento de niños infectados por HIV/SIDA.....	16
8.0	ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES CON HIV/SIDA QUE REQUIERAN HOSPITALIZACION.	17
	8.1 Adultos con infección por HIV/SIDA	17

8.1.1	Problemas psicológicos en el adulto	17
8.1.2	Adultos con problemas digestivos y síndrome de desgaste	19
8.1.3	Adultos con problemas respiratorios.....	20
8.1.4	Adultos con problemas neuropsiquiátricos .	21
8.1.5	Atención de los pacientes adultos con problemas dermatológicos	22
8.2	Mujer con infección por HIV/SIDA.....	23
8.2.1	Mujer con problemas ginecoobstétricos	25
8.3	Niños hospitalizados con HIV/SIDA	26
8.3.1	Reacciones del paciente pediátrico ante la enfermedad y la hospitalización	27
8.3.2	Con hallazgos inespecíficos y diarrea	28
8.3.3	Enfermedad neurológica progresiva.....	29
8.3.4	Problemas respiratorios	30
8.3.5	Infecciones secundarias.....	31
8.3.6	Problemas psicológicos en el menor de 5 años de edad.....	33
9.0	PLAN DE ALTA DE UN PACIENTE CON INFECCION POR HIV/SIDA	34
9.1	Plan de Alta del paciente adulto	34
9.2	Recomendaciones para los familiares de pacientes infectados	35
9.2.1	Recomendaciones de Alta dirigidas al apoyo familiar de las personas con HIV/SIDA ...	35
9.2.2	Medidas preventivas para la familia de un paciente con infección por HIV/SIDA.....	36
9.2.3	Recomendaciones para los padres de un niño con HIV/SIDA	37
10.0	PRECAUCIONES EN EL MANEJO DEL PACIENTE INFECTADO POR HIV/SIDA	38
10.1	Precauciones Universales vs. precauciones específicas	38
10.2	Precauciones Universales	38
10.3	Precauciones Específicas.....	42
10.3.1	Precauciones respiratorias	42
10.3.2	Precauciones entéricas	43
10.3.3	Aislamiento de protección	43
10.4	Precauciones en procedimientos específicos	43
10.4.1	Precauciones en el área de quirófano	44
10.4.2	Precauciones para la central de equipos y esterilización	44
10.4.3	Precauciones para los servicios de odontología	44

10.4.4	Precauciones en las unidades de hemodiálisis	45
10.4.5	Precauciones en los laboratorios clínicos ..	45
10.4.6	Precauciones para el manejo de piezas anatomopatológicas.....	45
10.4.7	Precauciones en las endoscopias	45
10.4.8	Precauciones con la ropa.....	45
10.4.9	Manejo de material de desecho	46
10.5	Métodos de esterilización y desinfección del equipo médico	47
10.5.1	Esterilización	47
11.0	¿QUE MEDIDAS SE DEBEN ADOPTAR EN CASO DE UN ACCIDENTE CON MATERIAL CONTAMINADO CON HIV EN UN TRABAJADOR DE SALUD?	51
11.1	Acciones a realizar en caso de un accidente con material contaminado con líquidos orgánicos provenientes de cualquier paciente.....	52
12.0	ACTITUDES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ANTE EL PACIENTE CON HIV/SIDA	53
13.0	DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD EN LA ATENCION DE PACIENTES CON HIV/SIDA.....	55
13.1	Derechos de las personas que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV) o que han desarrollado el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	57
14.0	APENDICES	59
	BIBLIOGRAFIA	64

1.0 INTRODUCCION

En la actualidad el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV) se está difundiendo de tal manera que se puede convertir en una seria amenaza para la salud mundial. Ante un fenómeno de esta magnitud, la medida más eficaz de que se dispone hasta el momento para el control de la infección, es la **educación**; esto incluye proporcionar información suficiente y adecuada acerca de la enfermedad, ya que conociendo los mecanismos de transmisión del virus, se puede evitar que continúe infectando a otros individuos.

Uno de los grupos para quien es de gran importancia este tipo de información es el personal que labora en las instituciones de salud, en especial las enfermeras. Entre las funciones que desempeña el personal de enfermería se encuentran el cuidado de pacientes que presentan infección por HIV o que padecen el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), lo cual incluye el contacto con material contaminado con secreciones provenientes de estos enfermos.

Tomando en cuenta lo anterior, se reconoce la necesidad de incrementar y actualizar los conocimientos del personal de enfermería acerca de este padecimiento, así como los cuidados necesarios para promover el control epidemiológico de esta enfermedad.

La guía que ahora presentamos pretende cubrir esta necesidad; aunque si bien es cierto está destinada a proporcionar información sobre el manejo de pacientes infectados por **HIV o que presentan SIDA**, las normas contenidas también son aplicables a cualquier infección transmitida por sangre y secreciones como la **Hepatitis "B"**. Creemos que será de utilidad tanto a enfermeras, auxiliares de enfermería, así como a todo aquel personal médico involucrado en la atención de estos pacientes ya sean niños o adultos.

2.0 PERSONAL DE SALUD: RIESGOS DE TRANSMISION Y NO TRANSMISION DE SIDA

En 1984 se reportó en el Continente Africano uno de los primeros casos de transmisión de la infección por HIV a una enfermera, quien sufrió un piquete accidental con una aguja contaminada con sangre, mientras manejaba a un paciente infectado. El riesgo de que el personal de salud adquiera la infección por HIV, debido a un accidente con objetos punzocortantes contaminados, principalmente con sangre de un paciente infectado, es mínimo (menos del 0.1%); aunque este porcentaje es muy bajo, todo el personal de salud *siempre* deberá seguir las Precauciones Universales durante el manejo de cualquier paciente.

En una encuesta realizada en Estados Unidos en 1987, del total de trabajadores de salud que sufrieron accidentes con instrumentos contaminados con sangre de personas infectadas con HIV, el 60% correspondió a enfermeras (cuadro 1).

CUADRO 1

TIPOS DE EXPOSICION ACCIDENTAL A SANGRE DE PACIENTES INFECTADOS CON HIV O CON SIDA DE ACUERDO CON LA OCUPACION

TIPOS DE EXPOSICION	ENFERMERA (n=91)	MEDICO (n=32)	LABORATORISTA (n=8)	OTROS (n=19)	TOTAL (n=150)
Piquetes con aguja	28	14	2	9	53
Salpicaduras	18	6	0	0	24
Otro instrumento cortante	11	7	0	5	23
Aerosoles	0	0	2	3	5
Otros	35	5	4	2	45

Fuente: Mc Evoy M. *et al.* *Br Med J* 1987; 294: 1595-97.

Hasta 1991 se habían detectado en Estados Unidos 6436 trabajadores de la salud con infección por HIV/SIDA. La mayoría de ellos no se infectaron durante su práctica profesional, pero se cree que un pequeño número lo adquirió de esta manera (cuadro 2).

CUADRO 2
CASOS DE SIDA ENTRE EL PERSONAL DE SALUD EN
ESTADOS UNIDOS SEGUN EL TIPO DE PROFESION, 1991

PROFESIONALES	No. DE CASOS DE SIDA
Trabajadores sociales y otros*	1 680
Enfermeras	1 358
Auxiliares de salud	1 101
Técnicos	941
Médicos	703
Terapistas	319
Dentistas	171
Paramédicos	116
Cirujanos	47
Total	6 436

* Personal administrativo, de intendencia y manejadores de alimentos.
Fuente: Kantrowitz B. *et al.* Doctors and AIDS. *News Week* 1991 (July); 1: 48-57.

En la práctica diaria de su trabajo los trabajadores de la salud están expuestos a contraer infecciones. Las formas de infectarse son principalmente las punciones accidentales y el contacto de la piel expuesta a fluidos corporales contaminados. El riesgo de infectarse por punción única de una aguja contaminada es menor a .1% y depende de la cantidad de sangre inoculada y de las partículas virales que existan en ella; por lo tanto, la enfermera así como el resto de los trabajadores de la salud, deben disminuir los riesgos en el ejercicio de sus actividades. Las posibilidades reales de contagio se presentan siempre y cuando existan pinchaduras, heridas expuestas en la piel, mucosas orales y salpicaduras en conjuntivas de sangre, semen, líquido amniótico, secreciones vaginales y cervicales contaminados con el virus. Las medidas de protección que se llevan a cabo con el fin de minimizar las posibilidades de contagio durante la exposición ocupacional al HIV, dependen del tipo de procedimientos que se estén realizando; éstas se deben basar en el conocimiento del modo de transmisión de la enfermedad y en el uso de equipo que brinde una protección completa.

Parte importante del manejo de un paciente infectado, es la actitud que tenga el personal médico hacia él. Por esta razón es importante modificar aquellas actitudes como el rechazo hacia los pacientes que padecen este problema. De lo anterior se puede concluir que el resultado de una adecuada información, deriva en un mejor conocimiento de la infección, mayor seguridad en el manejo de un enfermo y, por lo tanto, en una mejor calidad de atención.

Como parte de un Programa de Prevención Ocupacional de Hepatitis "B" y SIDA en el personal de salud, se llevó a cabo una encuesta en dos hospitales generales de la ciudad de México. En los resultados, se encontró que el 74% del personal estudiado, había sufrido algún accidente durante su trabajo. La mayor parte de ellos fueron producidos por agujas conta-

minadas con sangre de pacientes, principalmente al colocar venoclisis. El promedio de pinchaduras por persona fue de 5, con un rango de 1 a 40. Se observó que menos de la mitad del personal adoptaba prácticas preventivas durante su trabajo y que la mayoría de los accidentes ocurrían durante actividades rutinarias, existiendo una elevada posibilidad de que la mayoría de los accidentes fuesen prevenidos (cuadro 3).

CUADRO 3
FRECUECIA DE ADOPCION DE MEDIDAS PREVENTIVAS EN
EL MANEJO DE PACIENTES EN DOS HOSPITALES
GENERALES, MEXICO 1991

PROCEDIMIENTO	Siempre	A veces	Nunca
Realizan medidas preventivas generales	41%	49%	8%
Colocan las agujas en recipientes rígidos	55%	31%	13%
No reencapuchan las agujas*	58%	28%	12%
Usan guantes	36%	50%	12%

Fuente: Sánchez Anguiano Aurora y col.

* Encapuchar una aguja se considera factor de riesgo para sufrir un accidente.

3.0 PRUEBAS DE LABORATORIO PARA DETERMINAR INFECCION POR HIV/SIDA

Para solicitar la realización de un examen de detección del HIV se requiere que exista cualquiera de las siguientes circunstancias: a) antecedentes de alguna "práctica de riesgo" o "situación de riesgo", como el tener relaciones sexuales sin protección con pareja no conocida, antecedentes de transfusión de sangre o hemoderivados, utilización compartida de agujas para drogadicción intravenosa o aplicación de medicamentos, ser hijo de madre infectada, accidente del personal de salud con pinchazo o salpicadura de sangre, o b) contar con sintomatología sugestiva de infección por HIV/SIDA.

Todo examen de laboratorio para detección del HIV/SIDA debe ser realizado de manera voluntaria o contar con la autorización de los padres o tutores en el caso de que sea menor de edad; debido a las repercusiones psicosociales que pueden tener estos resultados, deberán manejarse de manera estrictamente confidencial por todo el personal de salud, utilizándose sólo con el objeto de aclarar el diagnóstico y ofrecer la atención más adecuada al paciente.

PRUEBAS DE LABORATORIO PARA DETECCION DE HIV/SIDA

Existen diferentes pruebas de detección del HIV, la mayoría de ellas detectan los anticuerpos formados contra el HIV y no el virus mismo; por lo tanto se requiere de un período de 6-8 semanas en promedio después del contacto para que salgan positivas. Las principales pruebas que existen son:

1. PRUEBAS PRESUNTIVAS O DE TAMIZAJE

Detectan anticuerpos contra el HIV. Son muy sensibles y se utilizan para detectar los paquetes de sangre contaminados o como prueba inicial para la detección de la población potencialmente infectada. Son rápidas, baratas y técnicamente sencillas de llevar a cabo. En ocasiones pueden resultar falsas positivas, por lo cual siempre se requiere de una confirmación, por ejemplo: ELISA y hemaglutinación.

2. PRUEBAS CONFIRMATORIAS

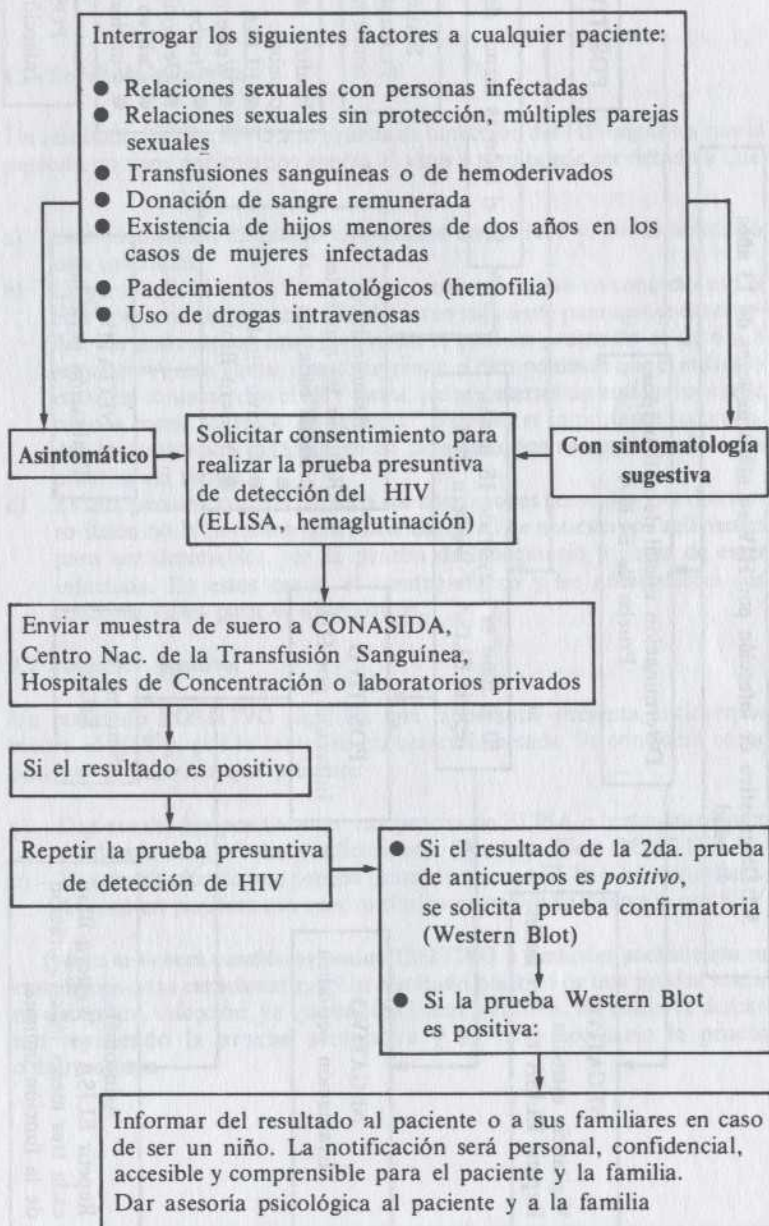
Detectan anticuerpos contra el HIV. Son más específicas y por lo tanto más costosas, llevan mayor tiempo en su realización y técnicamente son más difíciles. No dan resultados falsos positivos, pero no deben utilizarse nunca como prueba inicial, sólo como confirmatoria, por ejemplo: Western Blot (inmunoelctrotransferencia) e inmunofluorescencia.

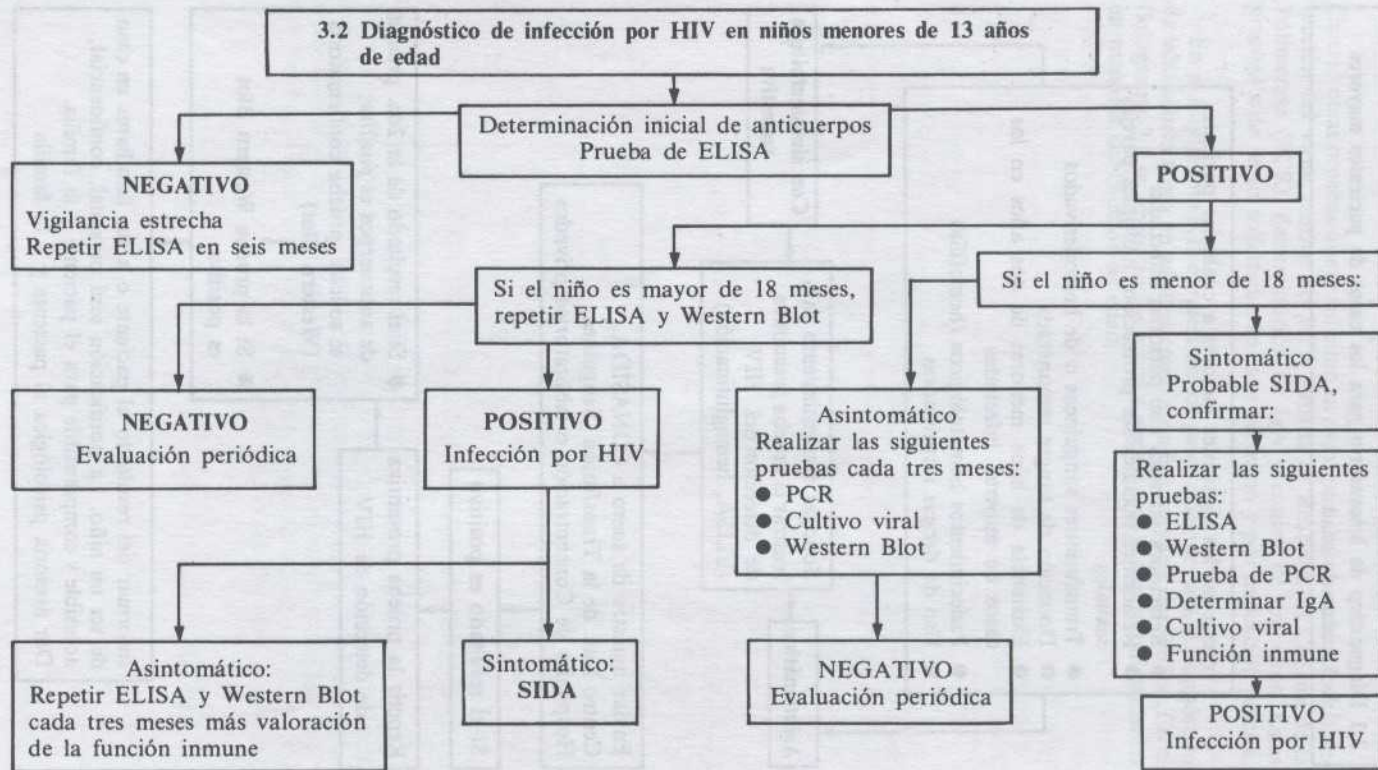
3. PRUEBAS ESPECIALES

Existen otras pruebas que se solicitan en casos particulares como son: la detección del virus, cultivo del HIV, Prueba de Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR), determinación de IgA y conteo de linfocitos. Estas pruebas sólo serán solicitadas en caso necesario y por indicación precisa.

En el flujograma 3.1 se muestran los pasos a seguir para el diagnóstico de laboratorio tanto en adultos como en niños mayores de 13 años. En el flujograma 3.2 se observan los pasos a seguir para realizar el diagnóstico en menores de 13 años de edad.

3.1 Diagnóstico de laboratorio para los casos de pacientes mayores de 13 años de edad





4.0 COMO INTERPRETAR UN RESULTADO DE UN EXAMEN DE LABORATORIO PARA LA DETECCION DEL HIV/SIDA

4.1 Resultado negativo:

Un resultado NEGATIVO a la prueba de detección del HIV significa que la persona no tiene anticuerpos contra el virus y esto puede ser debido a que:

- a) Esta persona no ha estado en contacto con el HIV y, por lo tanto, no está infectada.
- b) La persona a la que se le realizó la prueba sí estuvo en contacto con el HIV, pero no ha transcurrido el tiempo suficiente para que se desarrollen los anticuerpos contra el virus, el cual en promedio es de 6 a 8 semanas. A esta etapa, que comprende el tiempo desde que el enfermo entra en contacto con el HIV hasta que se desarrollan anticuerpos se le conoce como "período de ventana". Por eso es importante recomendar la realización del examen de detección dos meses después de la práctica de riesgo.
- c) Es una persona con SIDA pero sus condiciones generales y su deterioro físico no le permiten tener una cantidad de anticuerpos suficientes para ser detectables por la prueba de laboratorio a pesar de estar infectada. En estos casos, el cuadro clínico y los antecedentes son fundamentales para el diagnóstico.

4.2 Resultado positivo:

Un resultado POSITIVO significa que la persona presenta anticuerpos contra el HIV y, por lo tanto, se encuentra infectada. Se considera como positivo al paciente que presente:

- a) Dos resultados positivos de una prueba de ELISA o hemaglutinación y además una prueba confirmatoria (Western Blot) POSITIVA.
- b) Dos resultados de una prueba presuntiva como ELISA o hemaglutinación en un paciente con cuadro clínico sugestivo de infección por HIV.

Nunca se deberá considerar como POSITIVO a cualquier paciente que no cumpla con estas características. Un resultado positivo de una prueba inicial no determina infección, ya que existen falsos positivos, los cuales se descartan repitiendo la prueba presuntiva y en caso necesario la prueba confirmatoria.

5.0 ¿QUE ES UN SEROPOSITIVO EN COMPARACION CON UN CASO DE SIDA?

5.1 ¿Qué es un seropositivo?

SEROPOSITIVO es un término utilizado en forma general como sinónimo de "infectado por HIV", "portador del HIV", o "portador asintomático del HIV".

Un SEROPOSITIVO es aquella persona que fue sometida a pruebas de detección del HIV y éstas resultaron positivas. Este término se deriva de la prueba SUERO Y POSITIVO.

Hay que tener mucho cuidado en aclarar a la población que estas palabras no tienen nada que ver con el tipo de sangre O o CERO POSITIVO, ya que frecuentemente se escribe esto último como CEROPOSITIVO, dando pie a la confusión.

Un SEROPOSITIVO no presenta sintomatología, puede desarrollar una actividad normal, pudiendo vivir varios años sin desarrollar SIDA, con un pronóstico variable.

5.2 ¿Qué es un caso de SIDA?

Un caso de SIDA es una persona que está infectada con HIV y que *presenta datos clínicos* que de acuerdo con la definición de Caracas o de los Centros de Enfermedades de Atlanta (CDC), lo clasifican dentro de esta categoría.

Un caso de SIDA es la etapa final de la infección por HIV, es una persona que está infectada con HIV y que ha desarrollado síntomas. Su pronóstico es menos favorable que el de un seropositivo.

6.0 ¿COMO SE REALIZA EL DIAGNOSTICO CLINICO DE UN CASO DE INFECCION POR HIV/SIDA?

La mayoría de las definiciones que se usan en todo el mundo establecen criterios para el diagnóstico de casos de SIDA, excepto la clasificación del CDC tanto para la edad adulta como para los niños, la cual incluye todas las etapas de la infección por HIV hasta llegar al SIDA.

6.1 En adultos

La definición que más se utiliza en naciones con características similares al nuestro es la definición elaborada en Caracas por un grupo de investigadores, la cual se puso en práctica en Brasil como una alternativa para los países en donde los criterios del CDC y la OMS no son aplicables o prácticos. Esta definición sólo se usa en adultos y requiere de una prueba del HIV (+), además de que se haya descartado la presencia de cáncer u otra causa de inmunosupresión y una puntuación mayor o igual a 10 (apéndice 1).

Se demostró que esta definición tiene una sensibilidad del 95% y una especificidad del 100% (91% sin serología), mientras que con la definición de la OMS se obtuvo un 59% de sensibilidad y un 98% de especificidad.

Las otras dos definiciones que se pueden aplicar al grupo de adultos son, como ya se mencionó, la definición de la OMS (apéndice 2), que estableció criterios para la definición del SIDA en adultos y niños que habitan en países con escasos recursos de diagnóstico de laboratorio y la última definición es la de los CDC de Estados Unidos (apéndice 3).

6.2 En niños

La definición utilizada para el SIDA en la edad pediátrica difiere en algunos puntos de la utilizada en la edad adulta; debido a lo anterior se anexa la clasificación de casos pediátricos (apéndice 4) propuesta por los CDC de Estados Unidos. Esta definición es la más completa para el grupo pediátrico. Para clasificar a un niño como caso indeterminado, paciente infectado (o seropositivo) y enfermo de SIDA, se tendrán que llenar todos los requisitos que se marcan en esta definición.

Una segunda definición que se puede usar para los niños es la propuesta por la OMS, que ya fue mencionada arriba y es la misma que para la edad adulta.

7.0 ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES CON HIV/SIDA A NIVEL DE CONSULTA EXTERNA

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

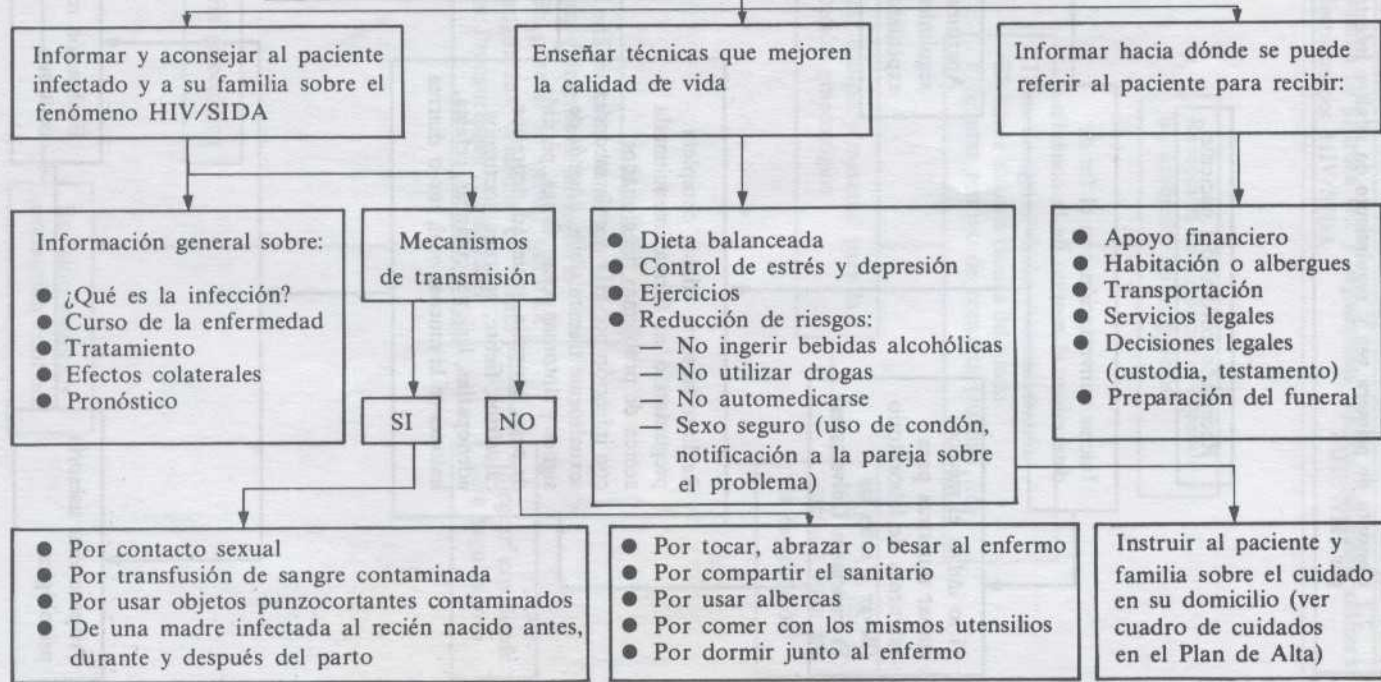
El individuo que adquiere la infección por HIV aparenta buen estado de salud durante varios años; al inicio de la infección las molestias son generales y no motivan la solicitud de atención en la mayoría de los casos. Durante esta fase se requiere de asesoría profesional para educar al individuo sobre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

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

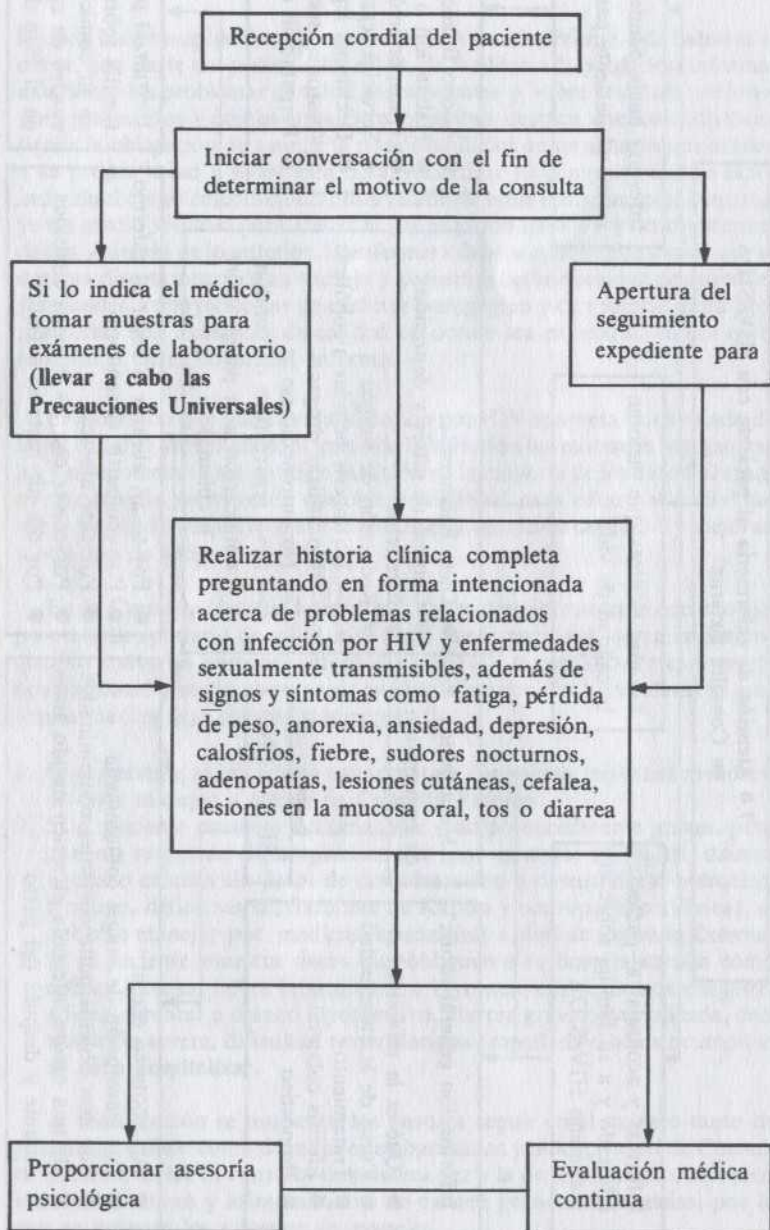
1. Si el paciente se encuentra asintomático o presenta molestias menores, se debe manejar a través de **Consulta Externa**.
2. Si el paciente presenta síntomas que sean potencialmente graves, pero que no requieren de hospitalización (por ejemplo: esofagitis, diarrea aguda o crónica sin datos de deshidratación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

A continuación se muestran los pasos a seguir en el manejo tanto de pacientes adultos como de mujeres embarazadas y niños, a nivel de Consulta Externa. Entre la consulta de primera vez y la de seguimiento, en enfermos sintomáticos y asintomáticos, no existen grandes diferencias, por lo que se unieron los criterios de manejo.

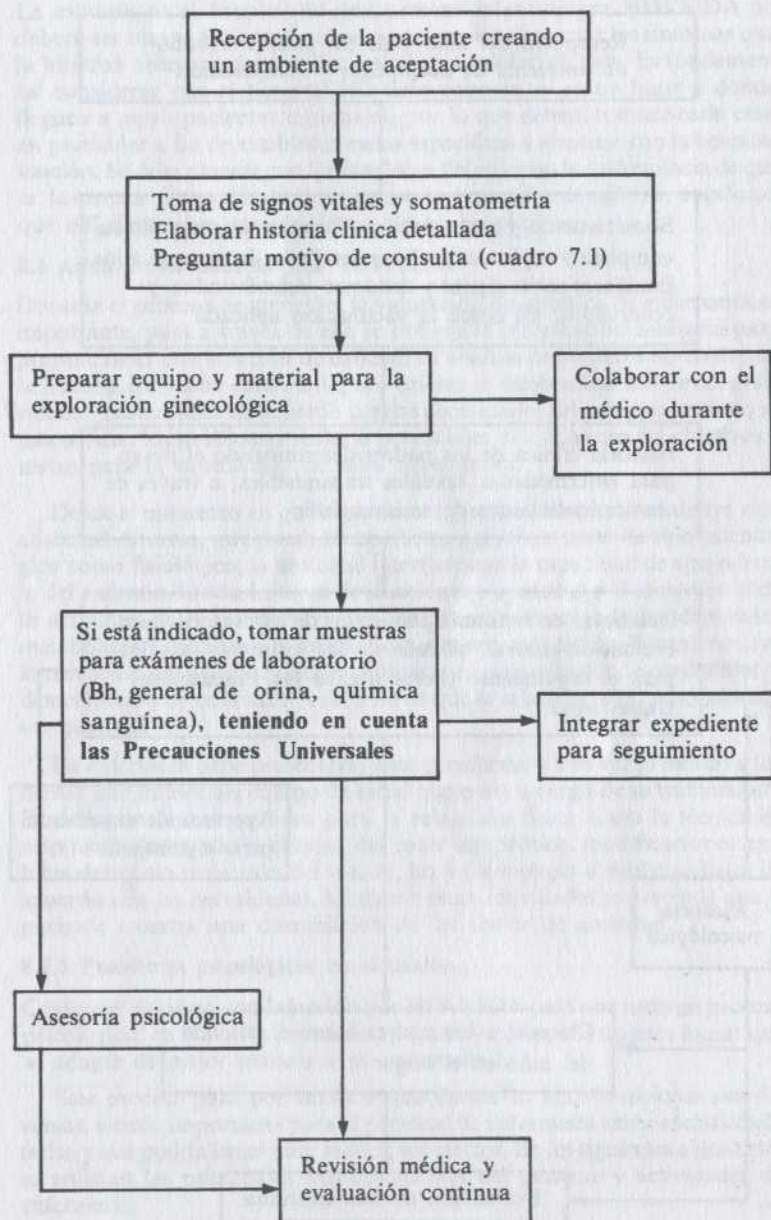
7.0 Atención de enfermería al paciente con HIV/SIDA en Consulta Externa



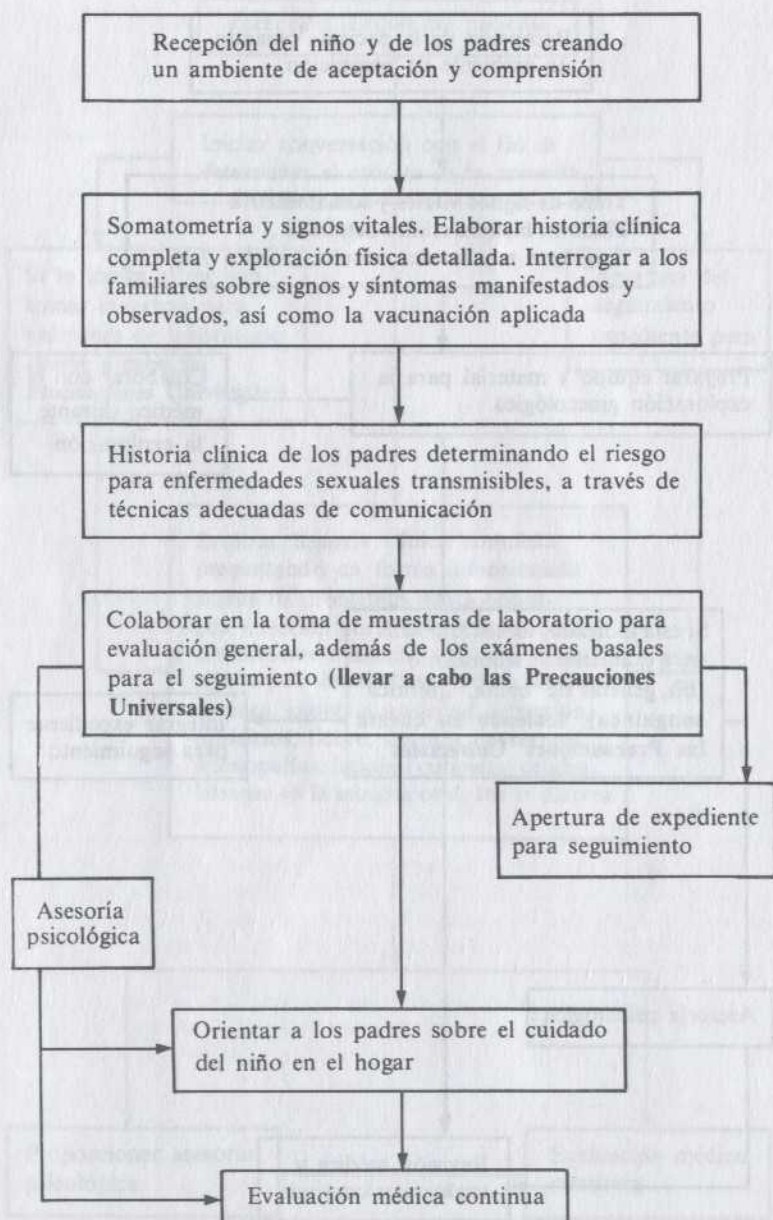
7.1 Consulta de primera vez y seguimiento de adultos infectados por HIV/SIDA



7.2 Consulta de primera vez y seguimiento de mujeres embarazadas infectadas por HIV/SIDA



7.3 Consulta de primera vez y seguimiento de niños infectados por HIV/SIDA



8.0 ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES CON HIV/SIDA QUE REQUIERAN HOSPITALIZACION

La estancia en el hospital de una persona infectada por HIV/SIDA no deberá ser mayor al tiempo que se requiera para controlar los síntomas que la hicieron necesaria y así poder mejorar su calidad de vida. Es fundamental considerar que el hospital NO debe convertirse en un lugar a donde lleguen a morir pacientes terminales, por lo que deberá tratarse cada caso en particular a fin de establecer metas específicas a alcanzar con la hospitalización. Se debe discutir con los familiares del enfermo la conveniencia de que se favorezca un ambiente que facilite la expresión de afectos, condición que difícilmente se cumple dentro de un hospital.

8.1 Adultos con infección por HIV/SIDA

Durante el proceso de atención, la valoración diagnóstica de enfermería es importante, pues a través de ella se obtiene la información necesaria para proporcionar una atención de calidad. El análisis de los datos obtenidos en la historia clínica de enfermería, nos orienta al establecimiento de las prioridades asistenciales de acuerdo con las necesidades del paciente; cuando se intensifican los problemas reales o potenciales, se establecen los objetivos y metas para la satisfacción de tales necesidades.

Desde el momento en que el paciente ingresa al hospital demuestra una ansiedad extrema, que puede tener efectos negativos tanto de tipo psicológico como fisiológico; la ansiedad interfiere con la capacidad de aprendizaje del enfermo, afecta la toma de decisiones y contribuye al incremento de la actividad del Sistema Nervioso Simpático, aumentando las demandas metabólicas y cardíacas, provocándose a su vez, más temor. Por tal motivo, la recepción del paciente debe enmarcarse en un ambiente de cordialidad y demostración de confianza, con el fin de que la relación enfermera-paciente sea positiva.

La enfermera debe presentarse ante el enfermo y a su vez presentar a los demás integrantes del equipo de salud que estén a cargo de su tratamiento. Se deben instaurar medidas para la relajación física como la técnica de respiración controlada, empleo del calor terapéutico, modificaciones ambientales como reducción del sonido, luz y fisioterapia o medicina física de acuerdo con las necesidades. Mediante estas actividades se pretende que el paciente muestre una disminución de los signos de ansiedad.

8.1.1 Problemas psicológicos en el adulto

Cualquier paciente con infección por HIV/SIDA pasa por todo un proceso psicológico, en el cual es necesario apoyarlo y acompañarlo para lograr que se adapte de mejor manera a su enfermedad.

Este proceso pasa por varias etapas donde las manifestaciones son diversas, siendo importante para el personal de enfermería saber cómo detectarlas y qué podría hacer para reducir sus efectos. En los siguientes algoritmos se enlistan las principales manifestaciones del paciente y actividades de enfermería.

8.1.1 Problemas psicológicos en el adulto

Manifestaciones

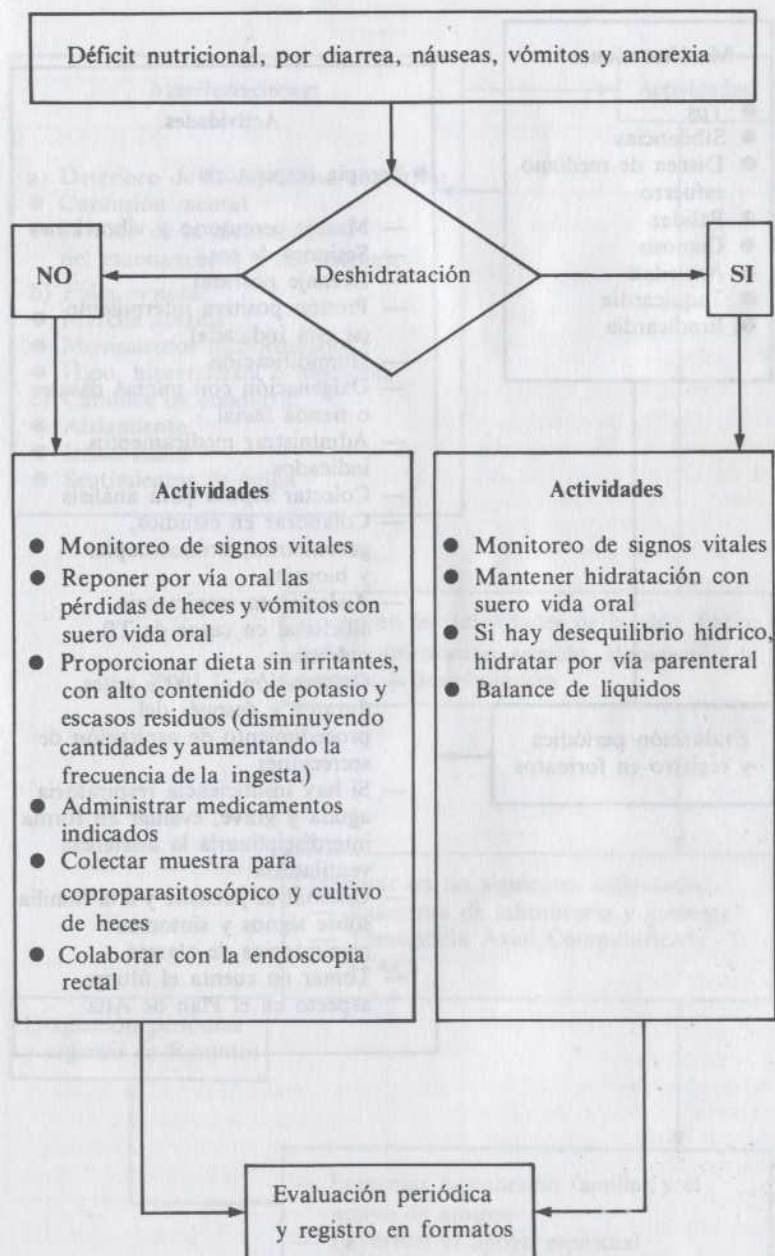
- Ansiedad y temor a morir
- Negación, afectación de la imagen corporal
- Desesperación o enojo, sentimientos de impotencia
- Depresión, pérdida de la autoestima, sentimientos de soledad
- Aceptación, colaboración en los tratamientos de sostén
- Sentimientos de culpa y deseo de recibir castigo

Acciones de Enfermería

- Presentación del paciente con el equipo de salud
- Actitud de aceptación
- Dar a conocer alternativas de tratamiento
- Apoyo psicológico permanente para disminuir angustia y depresión y favorecer la adaptación
- Dar apoyo con tecnología médica avanzada
- Atención integral a la familia
- Respeto a los derechos del paciente
- Terapias de grupo (intra y extrahospitalaria) mediante el método Balint
- Respetar la confidencialidad del diagnóstico
- Fomentar la cohesión familiar
- Mantener la esperanza
- Reeducar al paciente para cumplir metas diarias
- Permitir el apoyo espiritual (religión)

Evaluación periódica y registro en formatos

8.1.2 Adultos con problemas digestivos y síndrome de desgaste



8.1.3 Adultos con problemas respiratorios

Manifestaciones

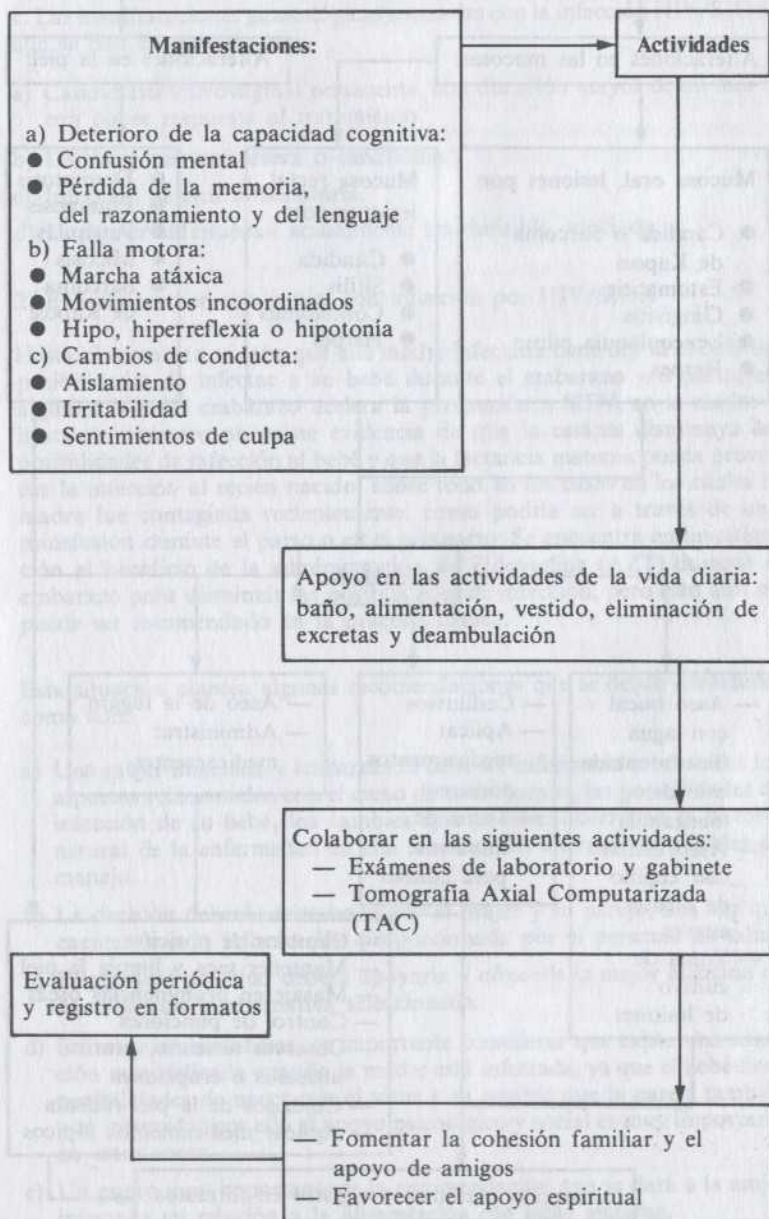
- Tos
- Sibilancias
- Disnea de mediano esfuerzo
- Palidez
- Cianosis
- Ansiedad
- Taquicardia
- Bradicardia

Actividades

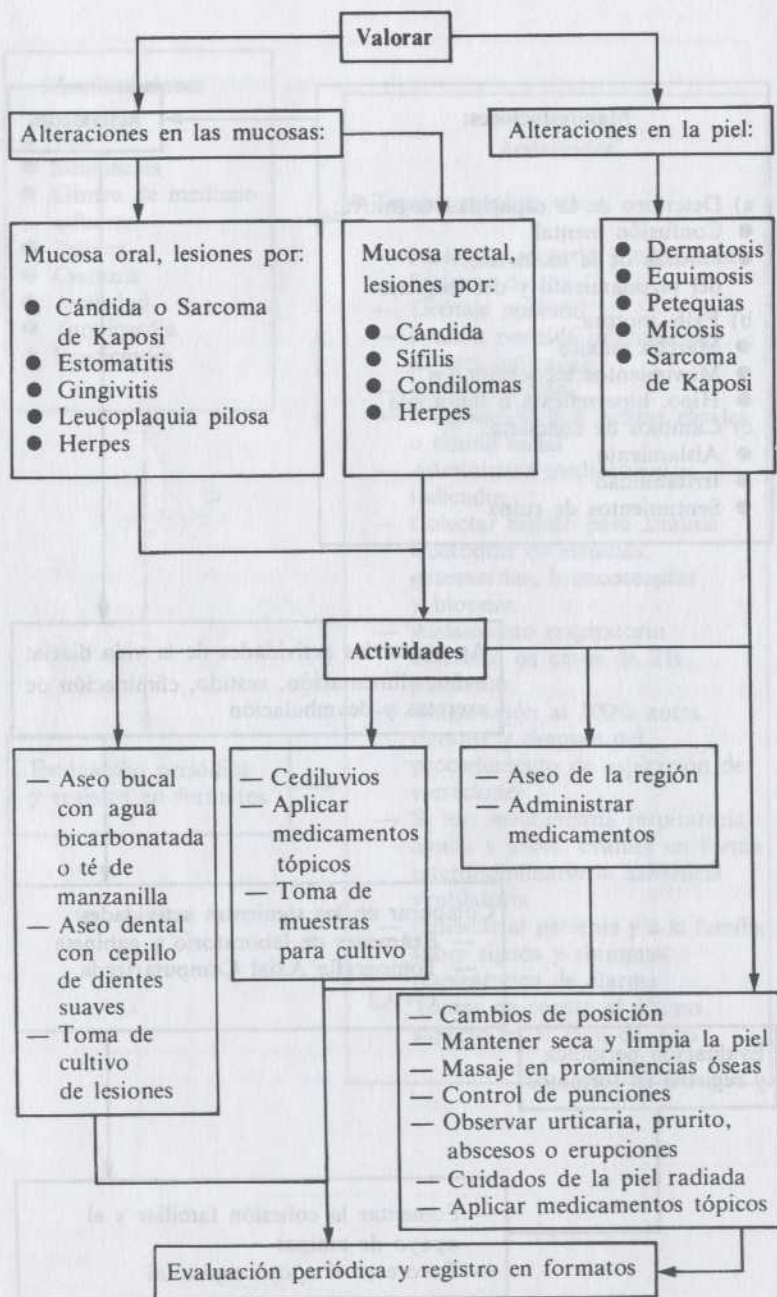
- Terapia respiratoria:
 - Masaje percutorio y vibraciones
 - Sesiones de tos
 - Drenaje postural
 - Presión positiva intermitente (si está indicada)
 - Humidificación
 - Oxigenación con puntas nasales o tienda facial
 - Administrar medicamentos indicados
 - Colectar esputo para análisis
 - Colaborar en estudios, gasometrías, bronoscopias y biopsias
 - Aislamiento respiratorio adicional en casos de TB pulmonar
 - Oxigenación al 100% antes, durante y después del procedimiento de aspiración de secreciones
 - Si hay insuficiencia respiratoria aguda y grave, evaluar en forma interdisciplinaria la asistencia ventilatoria
 - Orientar al paciente y a la familia sobre signos y síntomas respiratorios de alarma
 - Tomar en cuenta el último aspecto en el Plan de Alta

Evaluación periódica
y registro en formatos

8.1.4 Adultos con problemas neuropsiquiátricos



8.1.5 Atención de los pacientes adultos con problemas dermatológicos



8.2 Mujer con infección por HIV/SIDA

Las mujeres infectadas por HIV/SIDA deberán ser manejadas con las recomendaciones y lineamientos propuestos para cualquier adulto, pero existen dos condiciones que requieren una mención particular que son:

1. Las manifestaciones ginecológicas asociadas con la infección HIV/SIDA que se han encontrado son:

- a) Candidiasis vulvovaginal persistente, con duración mayor de un mes o con pobre respuesta al tratamiento.
- b) Displasia cervical severa o carcinoma.
- c) Infección pélvica inflamatoria.
- d) Cualquier enfermedad sexualmente transmisible, asociada.

2. El embarazo en una mujer con infección por HIV/SIDA

Hasta el momento se sabe que una madre infectada tiene del 12 al 30% de posibilidades de infectar a su bebé durante el embarazo y/o parto; en algunos casos el embarazo acelera la progresión a SIDA en la madre y hasta el momento no existe evidencia de que la cesárea disminuya las posibilidades de infección al bebé y que la lactancia materna pueda provocar la infección al recién nacido, sobre todo en los casos en los cuales la madre fue contagiada recientemente, como podría ser a través de una transfusión durante el parto o en el postparto. Se encuentra en investigación el beneficio de la administración de Zidovudina (AZT) durante el embarazo para disminuir las posibilidades de infección, pero esto aún no puede ser recomendado en la práctica clínica.

Esta situación plantea algunas recomendaciones que se deben considerar como son:

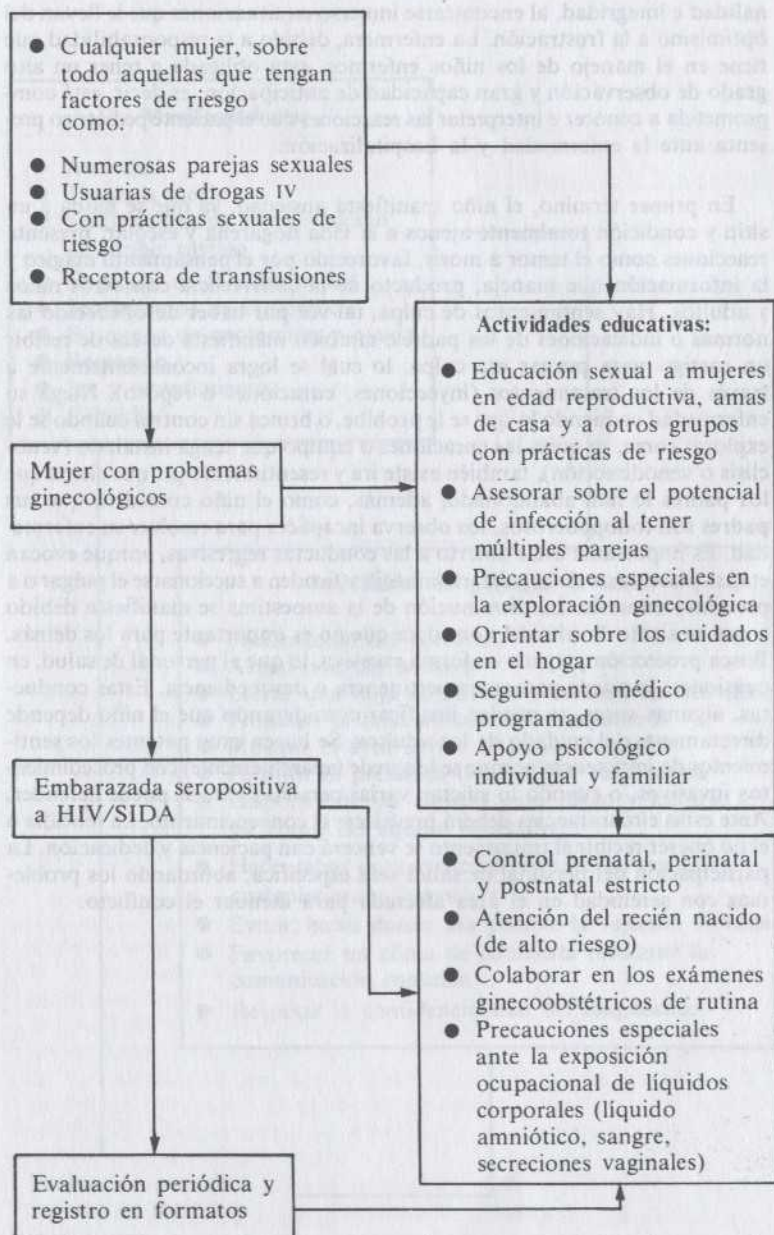
- a) Una mujer infectada y embarazada debe ser informada sobre todos los aspectos relacionados con el curso de su embarazo, las posibilidades de infección de su bebé, los cambios que podrían ocurrir en la historia natural de la enfermedad en ella misma y las alternativas posibles de manejo.
- b) La decisión deberá ser tomada por la mujer y su pareja, una vez que cuenten con la información proporcionada por el personal de salud.
- c) El personal de salud deberá apoyarla y ofrecerle la mejor atención de acuerdo con la alternativa seleccionada.
- d) En estas circunstancias, es importante considerar que existe una situación muy delicada cuando la madre está infectada, ya que el bebé tiene posibilidades de nacer con el virus y es posible que la pareja también esté infectada; por ello el apoyo psicológico y social es muy importante en estos casos.
- e) Un punto muy importante es la recomendación que se dará a la mujer infectada en relación a la **alimentación con leche materna**.

De acuerdo con el consenso de la OMS realizado en mayo de 1992 se concluyó lo siguiente:

1. En los países y regiones donde las enfermedades infecciosas y la desnutrición son las principales causas de morbi-mortalidad en la infancia y la tasa de mortalidad infantil es alta, la alimentación por pecho materno deberá promoverse y recomendarse aun para los hijos de madres infectadas, ya que el riesgo de muerte por otras infecciones y la desnutrición es más alto que el riesgo de adquirir la infección por HIV a través de la leche materna. En estas regiones, si la mujer infectada tiene la posibilidad de asegurar una alimentación adecuada, una opción podría ser sustituir el pecho materno con la supervisión y asesoría del personal de salud.

2. En las regiones donde la tasa de mortalidad infantil es baja y las enfermedades infecciosas no son la principal causa de mortalidad, la recomendación a las madres infectadas será que utilicen una fuente de alimentación artificial segura para el bebé, evitando así el seno materno. En el cuadro 8.2.1 se describen algunos problemas ginecoobstétricos y las actividades de enfermería correspondientes.

8.2.1 Mujer con problemas ginecoobstétricos

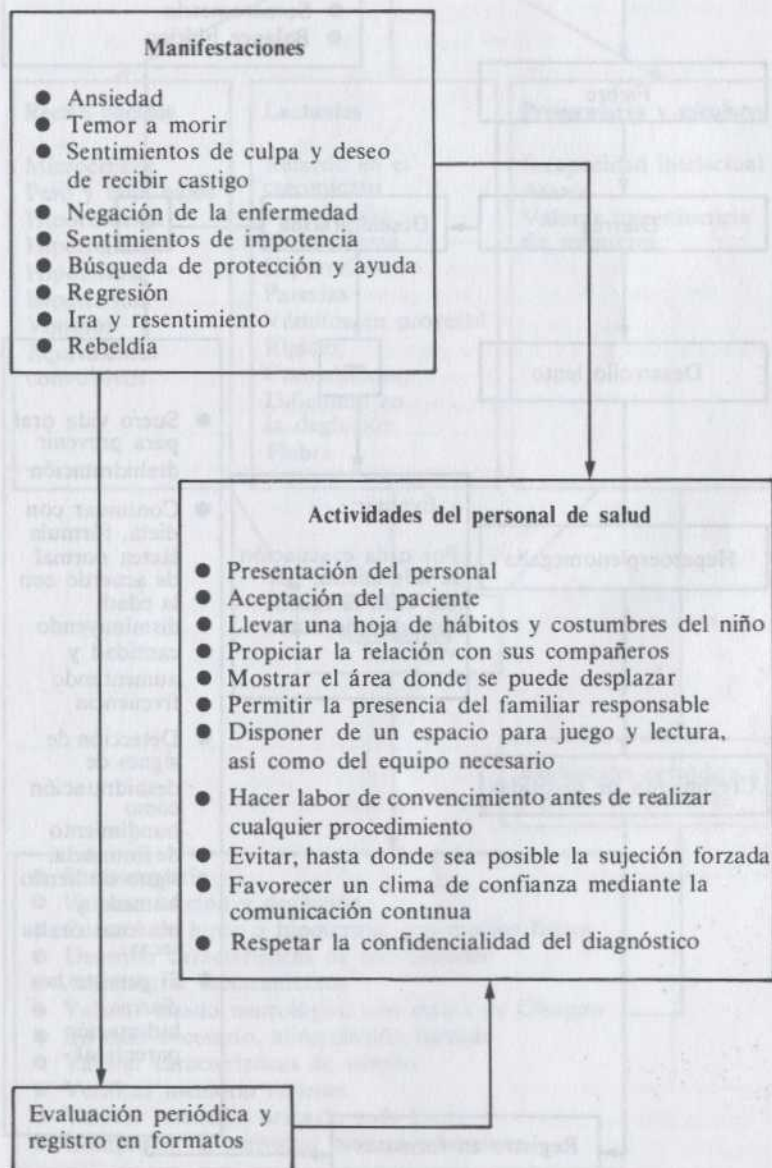


8.3 Niños hospitalizados con HIV/SIDA

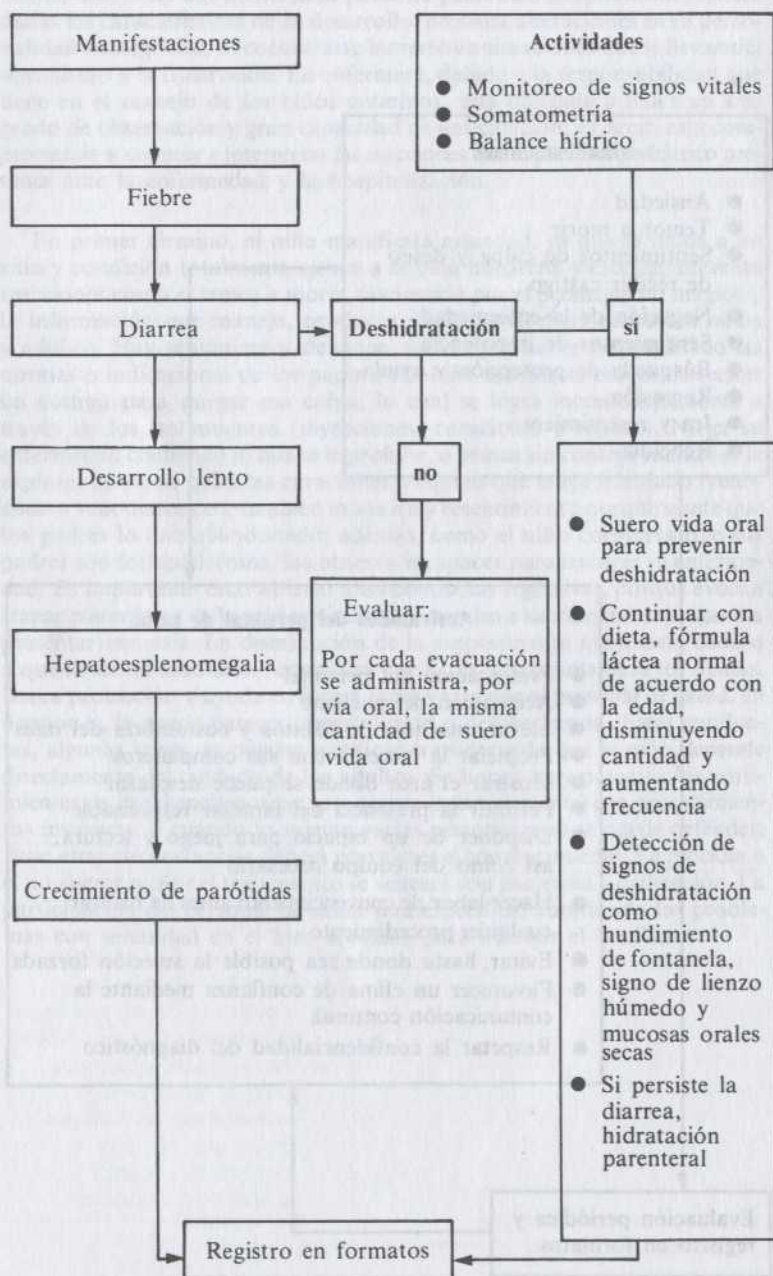
Dentro de las actividades que el personal de salud debe realizar cotidianamente, está la de dar atención al paciente pediátrico hospitalizado, quien, dadas las características de su desarrollo, presenta alteraciones en su personalidad e integridad, al encontrarse inmerso en situaciones que le llevan del optimismo a la frustración. La enfermera, debido a la responsabilidad que tiene en el manejo de los niños enfermos, está obligada a tener un alto grado de observación y gran capacidad de anticipación; es decir, está comprometida a conocer e interpretar las reacciones que el paciente pediátrico presenta ante la enfermedad y la hospitalización.

En primer término, el niño manifiesta ansiedad, ya que se muda a un sitio y condición totalmente ajenos a la vida hogareña y escolar; presenta reacciones como el temor a morir, favorecido por el pensamiento mágico y la información que maneja, producto de la convivencia con otros niños y adultos. Hay sentimientos de culpa, tal vez por haber desobedecido las normas o indicaciones de los padres; también manifiesta deseos de recibir un castigo para purgar esa culpa, lo cual se logra inconscientemente a través de los tratamientos (inyecciones, curaciones o reposo). Niega su enfermedad comiendo lo que se le prohíbe, o brinca sin control cuando se le explora: corre, se quita las curaciones o equipo que tenga instalado (venoclisis o venodisección), también existe ira y resentimiento porque siente que los padres lo han abandonado; además, como el niño considera que sus padres son todopoderosos, los observa incapaces para resolver su enfermedad. Es importante estar abierto a las conductas regresivas, porque evocan etapas placenteras de la primera infancia y tienden a succionarse el pulgar o a presentar enuresis. La disminución de la autoestima se manifiesta debido a que se siente devaluado, considera que no es importante para los demás. Busca protección y ayuda en forma excesiva, lo que al personal de salud, en ocasiones, le puede parecer impertinencia o desobediencia. Estas conductas, algunas veces, se pueden justificar considerando que el niño depende directamente del cuidado de los adultos. Se hacen muy patentes los sentimientos de impotencia porque se le agrede (aparentemente) con procedimientos invasivos, o cuando lo sujetan varias personas y no se puede defender. Ante estas circunstancias deberá prevalecer el convencimiento. La rebeldía o el no querer recibir el tratamiento se vencerá con paciencia y dedicación. La participación del personal de salud será específica, abordando los problemas con serenidad en el área afectada para atenuar el conflicto.

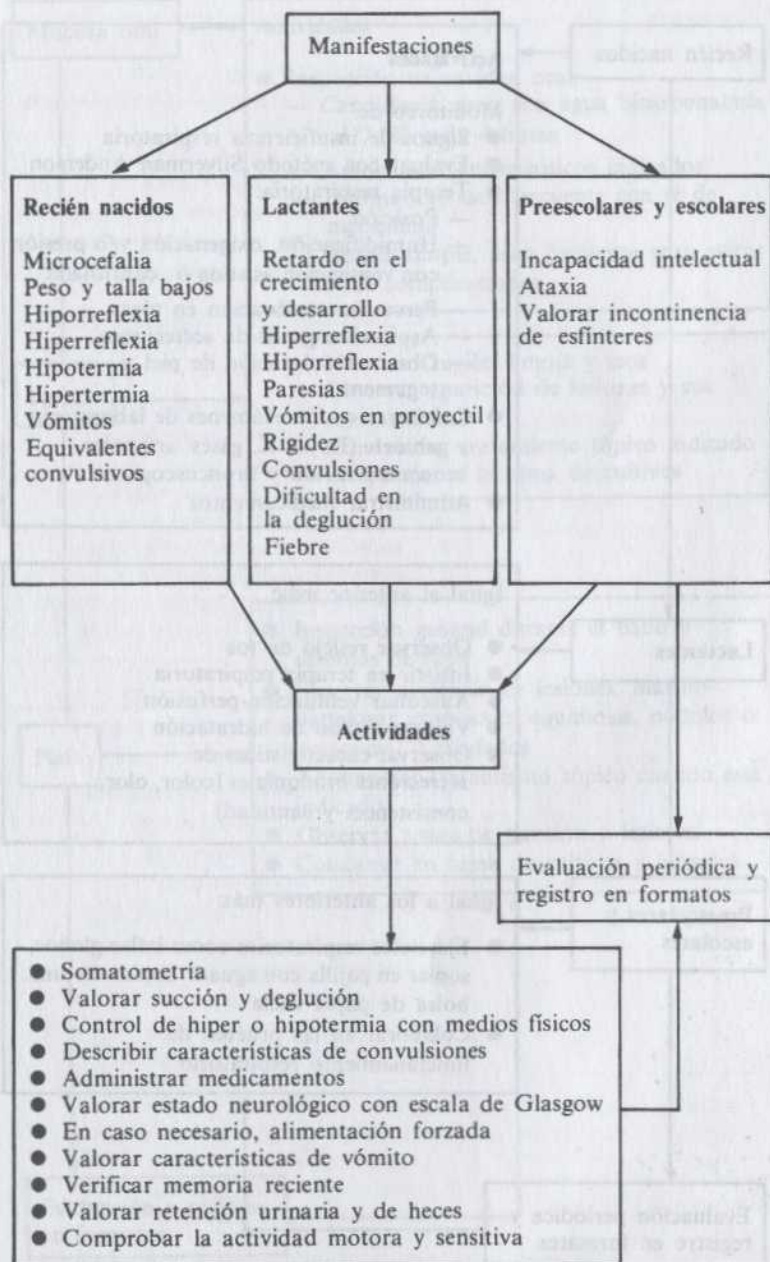
8.3.1 Reacciones del paciente pediátrico ante la enfermedad y la hospitalización



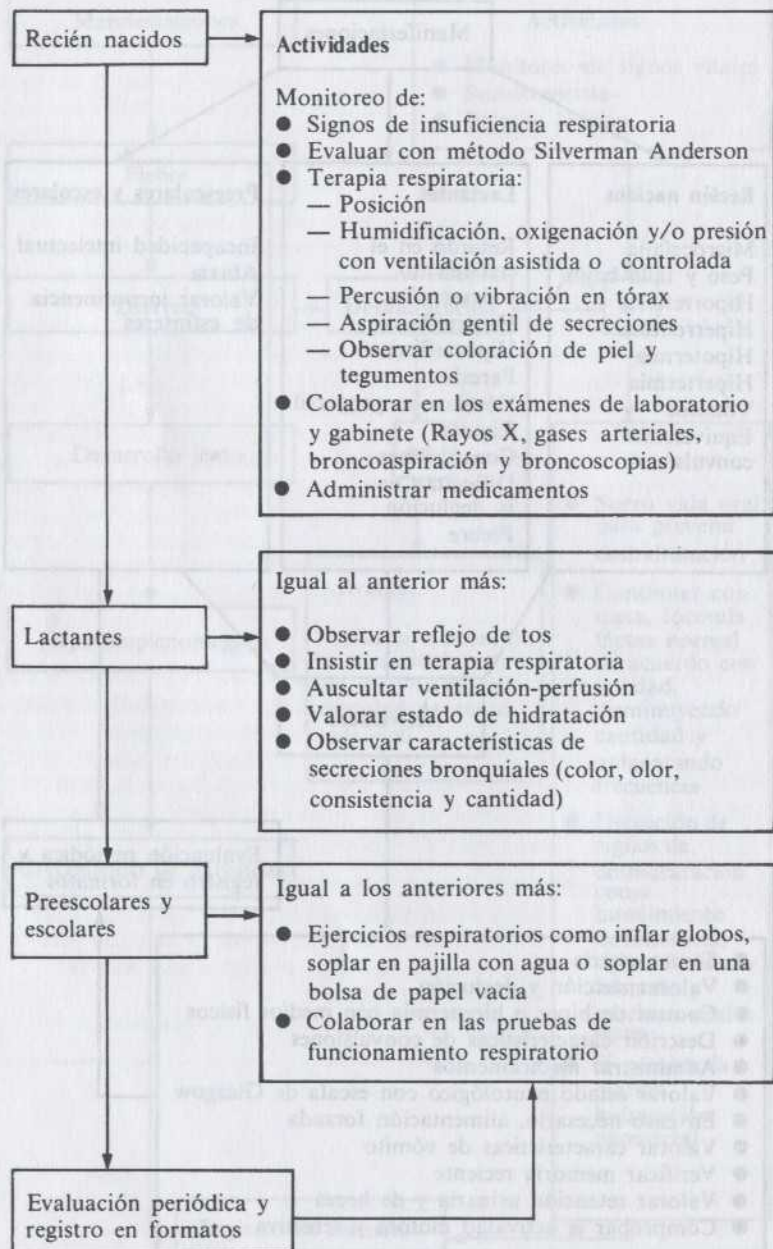
8.3.2 Con hallazgos inespecíficos y diarrea



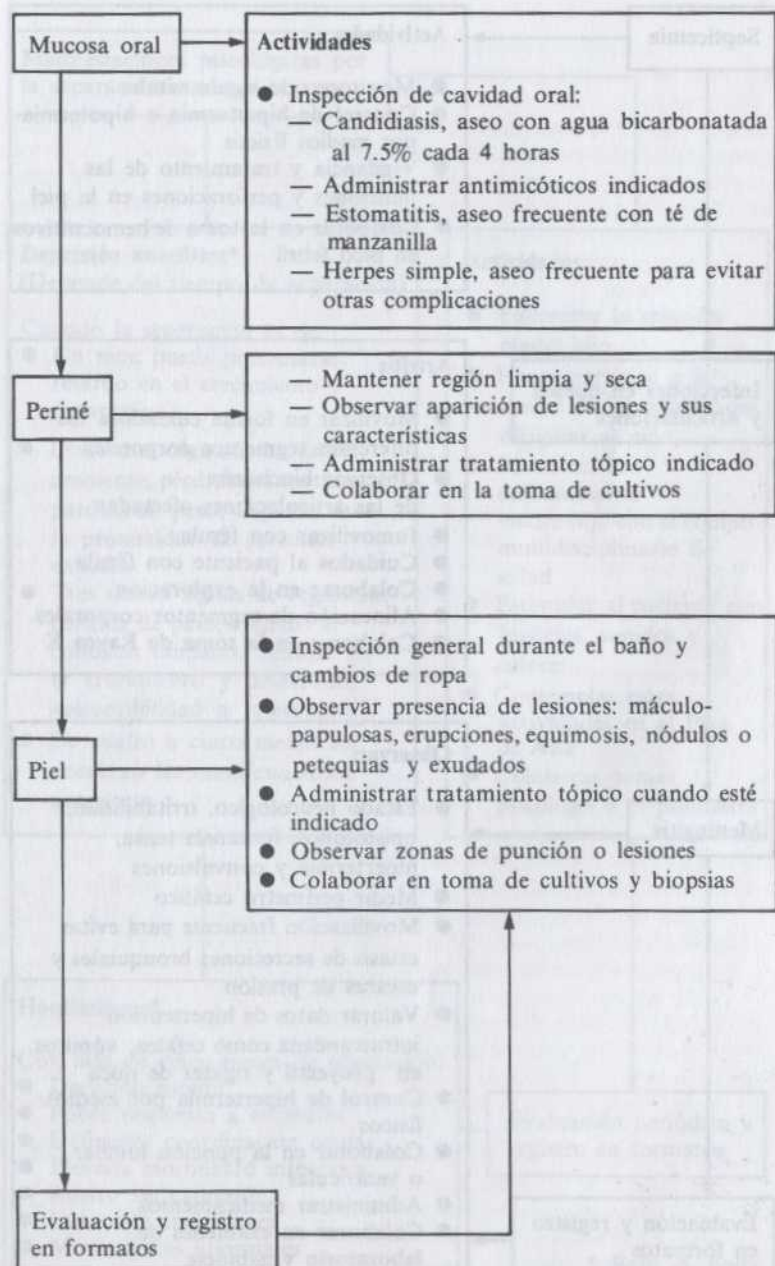
8.3.3 Enfermedad neurológica progresiva



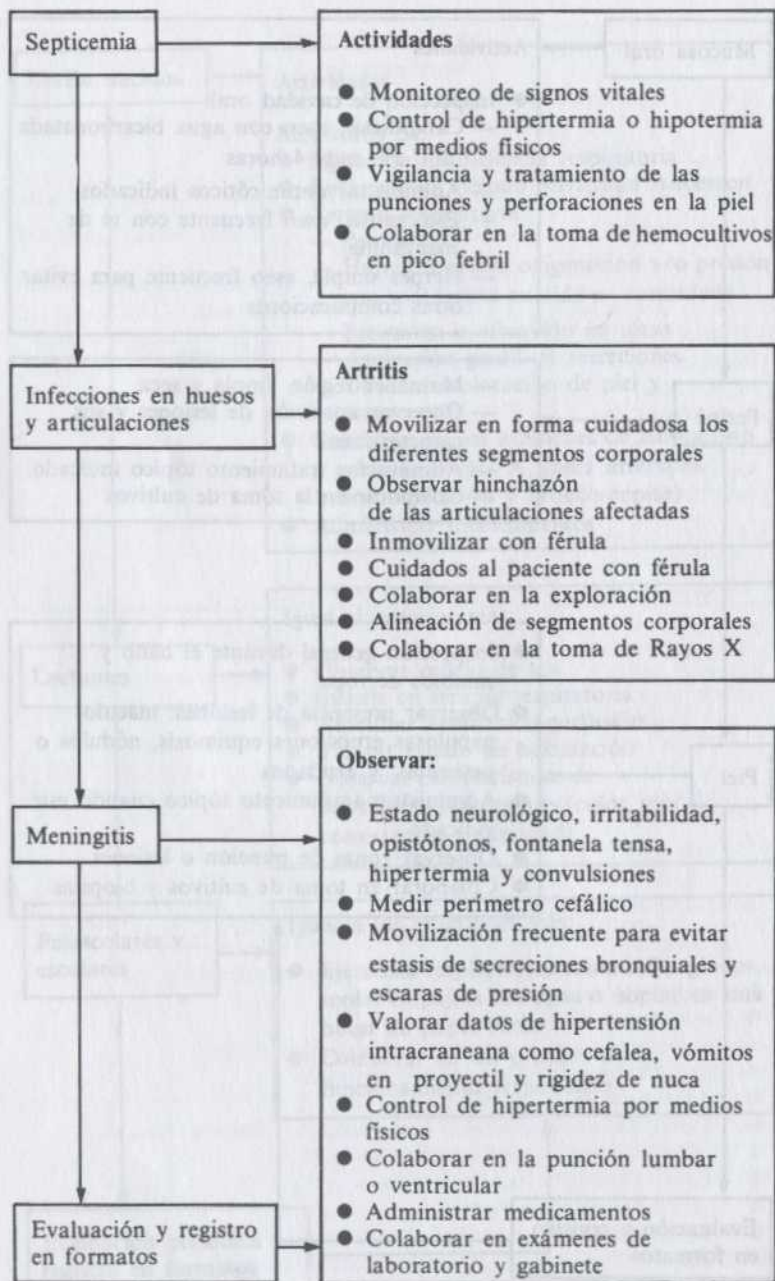
8.3.4 Problemas respiratorios



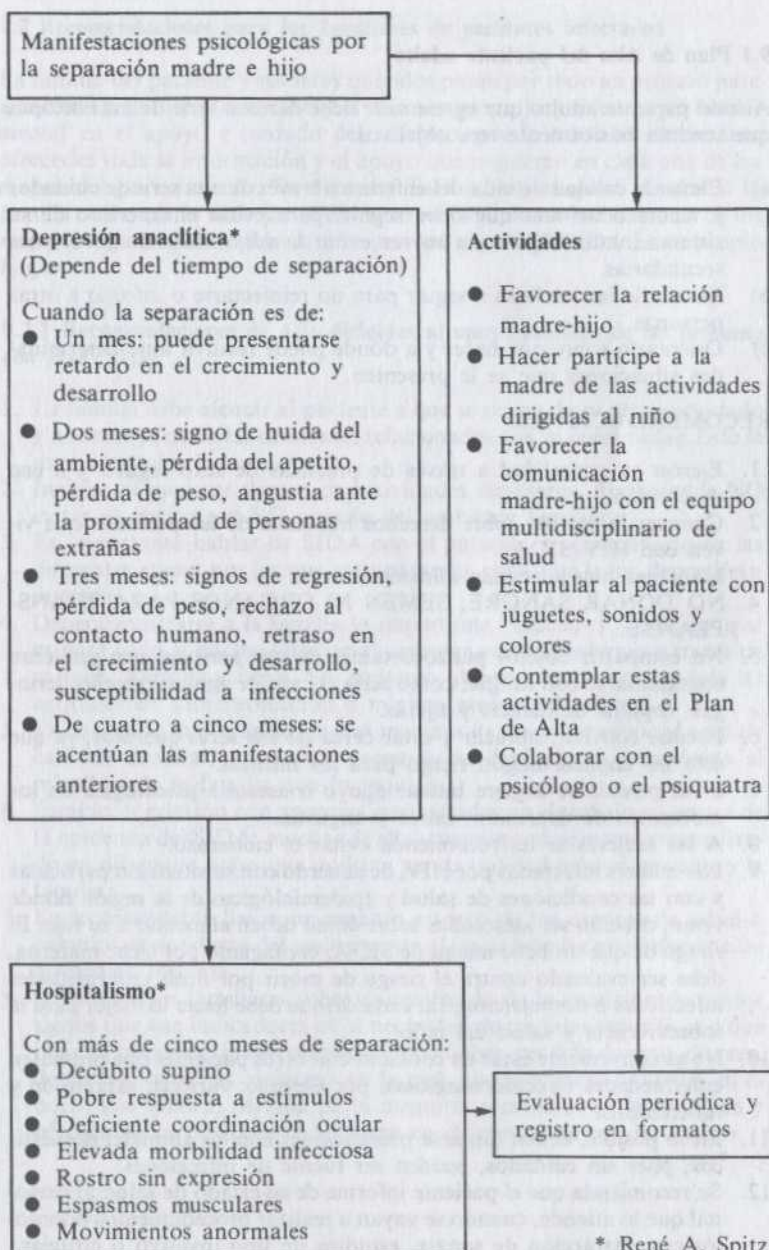
8.3.5(a) Infecciones secundarias



8.3.5 (b) Infecciones secundarias



8.3.6 Problemas psicológicos en el menor de 5 años de edad



* René A. Spitz.

9.0 PLAN DE ALTA DE UN PACIENTE CON INFECCION POR HIV/SIDA

9.1 Plan de Alta del paciente adulto

A todo paciente adulto que egrese se le debe dar una serie de indicaciones que tendrán básicamente tres objetivos:

- a) Elevar la calidad de vida del enfermo a través de una serie de cuidados y recomendaciones que debe seguir, para evitar el deterioro de su sistema inmunológico y a su vez evitar la adquisición de infecciones secundarias.
- b) Enseñarle las medidas a seguir para no reinfectarse o infectar a otras personas.
- c) Orientarlo sobre qué hacer y a dónde puede recurrir ante determinadas situaciones que se le presenten.

RECOMENDACIONES:

1. Ejercer su sexualidad a través de prácticas de sexo seguro y/o uso de condón.
2. Conocer la cartilla sobre derechos humanos de las personas que viven con HIV/SIDA.
3. Mantener una adecuada alimentación.
4. NO DONAR SANGRE, SEMEN NI ORGANOS PARA TRANSPLANTE.
5. No compartir objetos punzocortantes de uso personal que pudieran contaminarse con sangre, como sería el caso de agujas, navajas, jeringas, cepillos de dientes y tijeras.
6. Pueden convivir, abrazar y estar cerca de sus seres queridos, ya que esto no implica ningún riesgo para los mismos.
7. Si es posible se sugiere buscar apoyo o asesoría psicológica en los momentos de depresión, estrés y angustia.
8. A las mujeres se les recomienda evitar el embarazo.
9. Las madres infectadas por HIV, de acuerdo con su situación particular y con las condiciones de salud y epidemiológicas de la región donde vivan, deberán ser asesoradas sobre cómo deben alimentar a su hijo. El riesgo de que un bebé muera de SIDA, contagiado por leche materna, debe ser evaluado contra el riesgo de morir por otras enfermedades infecciosas o desnutrición. En cada caso se debe hacer lo mejor para la sobrevivencia y salud del niño.
10. No es conveniente estar en contacto con otros pacientes que presenten enfermedades infectocontagiosas, por ejemplo: varicela, sarampión y tuberculosis.
11. En lo posible, deben tomarse precauciones con los animales domésticos, pues sin cuidados, pueden ser fuente de infecciones.
12. Se recomienda que el paciente informe de su estado de salud al personal que lo atiende, cuando se vayan a realizar procedimientos odontológicos, extracción de sangre, estudios de tipo invasivo o cirugías.

13. Se le recomendará al paciente continuidad en sus citas de control médico y que siga en forma estricta las indicaciones.
14. Tomar los medicamentos indicados por el personal médico.
15. No automedicarse.

9.2 Recomendaciones para los familiares de pacientes infectados

La familia del paciente y sus seres queridos pasan por todo un proceso para adaptarse a la nueva situación y al mismo tiempo juegan un papel fundamental en el apoyo y cuidado del enfermo, por lo tanto es importante ofrecerles toda la información y el apoyo que requieran en cada una de las etapas del padecimiento. Se deberán diseñar talleres para enseñar a la familia sobre cómo manejar al enfermo en casa. Recuerde que uno de los mejores lugares para cuidar a una persona con HIV/SIDA es su propio hogar.

9.2.1 Recomendaciones de Alta dirigidas al apoyo familiar de las personas con HIV/SIDA

1. La familia debe alentar al paciente a que se ocupe de su propio cuidado y a tomar parte en las decisiones relacionadas con su enfermedad. Esto le dará control e independencia.
2. Incluya al paciente dentro de actividades familiares. Recomiende NO evitar al paciente y NO aislarlo del ambiente familiar.
3. Es importante hablar de SIDA con el paciente y acompañarlo en las diferentes etapas por las que vaya pasando, como son la ira, depresión y angustia.
4. Deberá mostrarse a la familia lo importante, inocuo y benéfico que es para todo el núcleo familiar el expresar amor al enfermo a través de caricias, abrazos y besos. Sin embargo, deben tomarse con cautela las actitudes de sobreprotección o mínima atención (rechazo).
5. Es de capital importancia que las medidas de apoyo psicosocial sean de carácter familiar, y en caso necesario se dará apoyo psicológico al miembro de la familia que lo requiera.
6. Establecer relación con agencias involucradas en el trabajo en contra de la epidemia del SIDA, muchas de ellas cuentan con personal especializado en diferentes áreas que podrían ser de utilidad para el paciente y la familia.
7. Es recomendable llevar un registro estricto de los eventos de salud o cambios de conducta del paciente con el fin de brindar esta información al médico tratante.
8. Orientar a los familiares sobre el significado de la aparición de ciertos signos que son indicadores de la necesidad de medidas específicas o que indican la existencia de complicaciones: fiebre, pérdida de peso, diarrea, debilidad, manchas violáceas en la piel, placas blancas o úlceras en la boca, tos, cefalea, pérdida de la memoria o cambios en la conducta y pérdida de la percepción del tacto en diferentes partes del cuerpo.

9.2.2 Medidas preventivas para la familia de un paciente con infección por HIV/SIDA

Es importante recalcar a los familiares de los enfermos que el HIV no se puede contagiar fácilmente y los únicos líquidos de los cuales deben protegerse son sangre, semen, líquido preseminal y secreciones cérvico-vaginales. Por lo tanto las medidas a seguir para evitar cualquier contagio son muy sencillas. La enfermera debe responder detalladamente a todas las dudas que se presenten al respecto.

Recuerde que si usted no está convencida de los mecanismos de transmisión de la enfermedad puede estar divulgando información errónea.

1. La pareja sexual debe tomar las precauciones necesarias durante sus relaciones sexuales. La decisión de cuáles van a ser las medidas preventivas a seguir será una decisión de pareja asesorada por el personal de salud.
2. Compartir la misma habitación, utensilios de cocina y sanitario, no implica riesgo para los familiares, por lo que NO es necesario separar o aislar al enfermo.
3. Una persona con HIV/SIDA no requiere utensilios diferentes a los del resto de la familia.
4. La ropa personal y de cama de una persona infectada puede lavarse en forma habitual.

5. En caso de que el paciente sangre, ya sea a través de cualquier herida, por nariz, boca, recto, uretra o vagina, se deberán utilizar guantes para limpiar el área y cubrir la misma con gasas o apósitos.

Se pueden usar dos clases de guantes: a) guantes desechables como los que se emplean en cirugía usándolos solamente una ocasión para después lavarlos y desecharlos; b) guantes no desechables, como son los caseros, los cuales deberán usarse cuando se limpie alguna superficie contaminada con sangre. Para su uso posterior se desinfectan con cloro, se lavan y vuelven a utilizarse.

Al limpiar una superficie inerte o ropa contaminada con sangre, utilice una solución preparada con cloro casero, mezclando 9 partes de agua con 1 parte de cloro.

Deberá lavarse las manos con agua y jabón después del contacto con alguna superficie o ropa contaminada con sangre aunque haya usado guantes.

Estas mismas medidas deben seguirse en caso de que exista semen o secreciones vaginales sobre cualquier superficie.

6. No deberá compartirse con ningún miembro de la familia material punzocortante del paciente (máquinas de afeitar, cepillo de dientes o artículos personales).
7. Las toallas sanitarias, tampones vaginales, vendajes y otros artículos manchados con sangre, semen o secreciones vaginales se empararán en cloro para ser depositados en bolsa de plástico cerrada para desecharse posteriormente.
8. En caso de utilizar jeringas o agujas para la administración de medicamentos, se recomienda el uso de guantes desechables durante el procedimiento.

9. No intente reencapuchar las agujas utilizadas en la extracción de sangre o administración de medicamentos. Coloque las agujas, jeringas y navajas en recipientes de paredes rígidas, como latas de alimentos vacías y de boca ancha, agregue cloro para desecharlas posteriormente. De ser posible, después de desinfectarlas hiérvalas en una olla de presión con el fin de proteger a las personas que manejan la basura.
10. Se recomienda a las personas infectadas se abstengan de asistir a lugares públicos muy concurridos. La razón de esto es que la persona infectada por HIV/SIDA está inmunocomprometida por lo que es extremadamente susceptible de adquirir infecciones oportunistas.
11. El enfermo debe evitar estar en contacto con animales domésticos, ya que éstos pueden transmitir enfermedades.
12. Se deben señalar los requerimientos nutricionales de estos pacientes, su dieta comprenderá alimentos de alto valor protéico y calórico. Así mismo se recomienda que el enfermo tenga el descanso adecuado, realice ejercicios regularmente y evite actividades que disminuyan la función inmune.

9.2.3 Recomendaciones para los padres de un niño con HIV/SIDA

Los familiares de un menor de edad infectado con HIV/SIDA deberán seguir las recomendaciones mencionadas anteriormente (apartados 9.2.1 y 9.2.2); pero existen algunas consideraciones particulares que deberán tomarse en cuenta.

Es importante recalcar que un menor de edad requiere más del apoyo y cuidados de sus padres o tutores y que en algunos casos uno de ellos o ambos podrían estar infectados con SIDA, sobre todo cuando es un caso de transmisión perinatal.

1. Es importante llevar al niño a su control médico continuo, posterior al diagnóstico.
2. Administrarle un esquema de vacunación similar al que recibiría cualquier otro niño, excepto la vacuna BCG en pacientes sintomáticos.
3. Se debe evitar amamantar al bebé en caso de que la madre esté infectada con HIV/SIDA.
4. Se debe señalar la importancia de registrar cualquier avance, detención o deterioro en el desarrollo psicomotor del niño.
5. El cuidado cotidiano del menor no implica riesgo alguno para los padres o familiares del mismo.
6. El pequeño entiende y necesita que los padres o familiares le respondan sus dudas y preguntas sobre su enfermedad. Hable con él del SIDA, esto facilitará una mayor comprensión y cohesión familiar.
7. Oriente al familiar sobre los signos de alarma que deben observarse durante el transcurso del período asintomático y sintomático (ver el apartado 9.2.1).

10.0 PRECAUCIONES EN EL MANEJO DEL PACIENTE INFECTADO POR HIV/SIDA

10.1 Precauciones Universales vs precauciones específicas

Como no es posible determinar en el contacto inicial qué pacientes están infectados con algún agente transmisible a través de sangre o secreciones como Hepatitis "B" o HIV, el CDC recomendó, a partir de 1987, que se adoptaran medidas de aislamiento actualmente conocidas como "Precauciones Universales" o "Precauciones Universales de Sangre y Secreciones" para el manejo de cualquier paciente. Estas medidas están orientadas a proteger al trabajador de salud del potencial contagio al tener contacto con un espécimen del que no se conoce su infectividad. Las Precauciones Universales deben suplementar más que reemplazar las medidas del control de infecciones, como lavarse las manos antes y después del contacto con los pacientes.

Estas medidas deben ser implementadas para todos los pacientes independientemente del diagnóstico de ingreso o motivo por el cual hayan entrado al hospital o clínica. Las recomendaciones resultantes de las Precauciones Universales se pueden ver en el cuadro 4.

Estas medidas han sido avaladas por la OMS y son recomendadas por CONASIDA como las más apropiadas para evitar el riesgo de exposición ocupacional al HIV y otros agentes infecciosos que se transmiten por sangre y secreciones.

10.2 Precauciones Universales

Bajo el concepto de Precauciones Universales se incluyen las medidas necesarias que deben tomarse en cuenta con el fin de prevenir la transmisión de aquellos patógenos cuya vía principal de contagio es a través de sangre o secreciones (por ejemplo Hepatitis "B", Hepatitis "C" o HIV). Estas medidas deben ser implementadas para todos los pacientes independientemente del diagnóstico de ingreso o motivo por el cual hayan entrado al hospital o clínica. Las recomendaciones resultantes de las Precauciones Universales se pueden ver en el cuadro 4.

CUADRO 4 PRECAUCIONES UNIVERSALES

- Lavarse las manos: siempre antes y después de tener contacto con los pacientes.
- Uso de bata: las batas así como otro tipo de protección (delantales o ropa impermeable) deberán usarse cuando exista la posibilidad de contaminar la ropa con líquidos de alto riesgo.
- Máscara o lentes: deberán usarse siempre y cuando exista la posibilidad de salpicaduras.
- Precauciones para prevenir heridas punzocortantes: las agujas y otros instrumentos cortantes deberán ser desechados en recipientes no perforables.

NUNCA deberá recolocarse el capuchón de la aguja. Si es indispensable, hacerlo con unas pinzas de Kelly. Los recipientes para objetos punzocortantes deberán estar disponibles en todos los servicios. (Considérese que las heridas con objetos punzocortantes constituyen la causa más frecuente de accidentes en el trabajo).

Estos métodos de control de infecciones tienen por objeto:

1. Reducir la transmisión de microorganismos de un paciente a otro por las manos del personal de salud.
2. Proteger al personal de salud que trabaja con pacientes expuestos a agentes infecciosos transmisibles mediante contacto directo con sangre y secreciones.

Deben considerarse como potencialmente infectantes las secreciones corporales que se enlistan en el cuadro 5.

CUADRO 5 FLUIDOS Y SECRECIONES QUE SE CONSIDERAN DE ALTO RIESGO Y A LOS QUE SE APLICAN LAS PRECAUCIONES UNIVERSALES

- | | |
|---------------------------|-----------------------|
| ● Sangre | ● Líquido sinovial |
| ● Semen | ● Líquido pleural |
| ● Secreción vaginal | ● Líquido amniótico |
| ● Leche materna | ● Líquido peritoneal |
| ● Líquido cefalorraquídeo | ● Líquido pericárdico |

Las heces, orina, secreción nasal, esputo y vómito se incluyen cuando estén contaminados con sangre visible. La saliva se considera infectante sólo en cirugía dental o en otros procedimientos de odontología donde es muy probable que se encuentre mezclada con sangre.

Recordemos que el uso de guantes está indicado cuando se va a tener contacto directo con sangre o secreciones, debiendo ser de vinil o látex (estos últimos ofrecen mayor protección), y se seguirán las siguientes reglas:

1. Guantes estériles para procedimientos que impliquen contacto con áreas del cuerpo normalmente estériles.
2. Se usarán guantes estériles para los procedimientos que impliquen contacto con membranas mucosas y durante otros procedimientos de diagnóstico y cuidado del paciente en que exista riesgo de contacto con sangre o secreciones.
3. Los guantes deben cambiarse después de manejar a cualquier paciente y hay que lavarse las manos después de quitárselos, aunque éstos se encuentren intactos.
4. También se usarán guantes en las venopunciones, en la extracción de sangre o cuando existan soluciones de continuidad en la piel de las manos del personal.

Cuando exista riesgo de salpicaduras de sangre en las membranas mucosas de la boca, ojos o nariz, se utilizarán cubreboca y lentes o protectores oculares. Cuando se prevee una gran exposición de sangre a todo el cuerpo se deberá utilizar una bata impermeable, por ejemplo, en la atención del parto, en las autopsias y en la atención de un accidentado.

Otro tipo de situaciones donde se aplican las Precauciones Universales son las siguientes: a) En los procedimientos invasivos como los quirúrgicos (cirugía mayor o menor, partos y cesáreas), en los consultorios médicos y clínicas donde se realicen cirugías menores o procedimientos como biopsias, punciones lumbares y en los servicios de imagen donde se realicen estudios invasivos de gabinete como la angiografía o cateterismo cardiaco.

En resumen los métodos de control seleccionados se llevarán a cabo dependiendo de los procedimientos que se estén realizando con el fin de minimizar las posibilidades de contagio durante la exposición ocupacional. En el cuadro 6 se describen las actividades y métodos de control.

CUADRO 6
EQUIPO RECOMENDADO PARA LA PROTECCION DEL
PERSONAL DE SALUD CONTRA LA TRANSMISION DE HIV Y HBV

ACTIVIDAD	GUANTES	BATA	MASCARILLA ¹	LENTES
Control de un sangrado abundante.	SI	SI	SI	SI
Control de un sangrado mínimo.	SI	NO	NO	NO
Parto.	SI	SI	SI	SI
Extracción de sangre.	SI	NO	NO	NO
Manejo de línea intravenosa.	SI	NO	NO	NO
Intubación endotraq. uso de obturador esofágico.	SI	SI	SI	SI
Succión oral o nasal y limpieza manual de ductos de ventilación.	SI	SI	SI	NO
Manejo y limpieza de instrumentos contaminados.	SI	SI	NO	NO
Toma de presión sanguínea.	NO	NO	NO	NO
Toma de temperatura.	NO	NO	NO	NO
Aplicación de inyecciones.	NO	NO	NO	NO

Los ejemplos proporcionados en este cuadro se basan en la aplicación de las Precauciones Universales.

¹ Se refiere a las máscaras protectoras para evitar la exposición de las mucosas a la sangre u otros líquidos corporales potencialmente contaminados. El uso de ambos, a veces designados "mascarillas".

Fuente: Cita bibliográfica 5.

10.3 Precauciones específicas

Además de las Precauciones Universales se deben instituir medidas de aislamiento específico de tipo respiratorio para los pacientes que posiblemente presenten una infección cuya transmisión sea por vía respiratoria (tuberculosis y sarampión), así como precauciones entéricas en todo paciente en el que se sospeche una infección transmisible por materia fecal (hepatitis "A", cólera y shigelosis). Algunas de estas enfermedades se enlistan en el cuadro 7.

CUADRO 7
PRECAUCIONES ESPECIFICAS DE ACUERDO AL TIPO
DE INFECCION

INFECCION	PRECAUCION ESPECIFICA
Pulmonar	
<i>M. Tuberculosis</i>	Respiratorio
Cutánea	
<i>Herpes zóster</i>	Contacto/Directo
<i>Herpes simple</i>	Contacto
<i>S. aureus</i>	Contacto
<i>T. pallidum</i>	Contacto
Gastrointestinal	
<i>Cryptosporidium</i>	Entérico
<i>Salmonella</i>	Entérico
<i>Shigella</i>	Entérico
Diseminada	
Citomegalovirus	Respiratorio, entérico, sangre
Virus de Epstein Barr	Respiratorio
Hepatitis "B"	Sangre y derivados

10.3.1 Precauciones respiratorias

1. Toda persona que esté cerca del paciente deberá usar cubrebocas y bata.
2. Se evitará el contacto del paciente con personal que padezca enfermedades de las vías respiratorias.
3. Durante las maniobras de reanimación deben utilizarse bolsas de reinhalación y otros auxiliares para la ventilación mecánica; se deberá evitar, hasta donde sea posible, la respiración boca a boca o a través de boquillas, lo cual sólo podrá llevarse a cabo si no se cuenta con el equipo adecuado.

4. A las cánulas endotraqueales, ambú y sondas de aspiración, se les debe aplicar un tratamiento de desinfección después de su uso. Se puede seguir el siguiente proceso: a) lavado con agua y jabón, b) desinfección con hipoclorito de sodio al 5% diluido 1:10 (inmersión durante 30 minutos); se enjuaga y se seca con compresas, c) esterilización con gas para el material plástico y con vapor el material metálico.

10.3.2 Precauciones entéricas

1. Lavarse las manos es el acto obligatorio, tanto antes como después de realizar cualquier maniobra con todos los pacientes.

2. El cómodo y otros colectores de heces se lavan con agua y jabón previa colocación de guantes, después por inmersión se desinfectan de acuerdo con el tipo de material. El desinfectante ideal es el glutaraldehído al 2% diluido en partes iguales. Los artículos se sumergen en esta solución durante 10 minutos y después se enjuagan; si los colectores son metálicos se esterilizan. Si no se contara con estos métodos, el desinfectante que está al alcance de todos los establecimientos de salud es el hipoclorito de sodio al 5% diluido al 1:10.

10.3.3 Aislamiento de protección

Sólo se indica a pacientes neutropénicos, con diarrea profusa, alteraciones psíquicas, etc. Se aísla la enfermedad y no al paciente.

1. Cuarto individual, dependiendo de la edad y condición del paciente. Las puertas del cuarto deben permanecer cerradas.
2. Todas las personas deben lavarse las manos antes de entrar y salir del cuarto, así como antes y después de manejar al paciente.
3. Las personas que entren al cuarto NO deben sentarse en la cama del paciente, ni comer de sus alimentos. Deben abstenerse de guardar comida en el buró de la cama del enfermo.
4. El personal debe evitar el uso de objetos personales como pulseras, relojes y anillos, ya que éstos pueden ser vehículos de transmisión de infecciones nosocomiales.
5. Se evitará que el personal de enfermería en estado de gravidez o personal con problemas infectocontagiosos participen en la atención directa de este tipo de pacientes.

10.4 Precauciones en procedimientos específicos

Los métodos de control se llevarán a cabo dependiendo de los procedimientos que se estén realizando con el fin de minimizar las posibilidades de contagio durante la exposición ocupacional.

10.4.1 Precauciones en el área de quirófano

1. De ser posible, dentro de la sala de quirófano se lavará todo el equipo y el instrumental utilizado en el transoperatorio. Los instrumentos se lavarán con agua y jabón. Después se desinfectarán con hipoclorito de sodio al 5% diluido 1:10 por inmersión durante 30 minutos, luego se esterilizan en forma rutinaria.

2. Las paredes y pisos se desinfectarán con hipoclorito de sodio al 5% diluido 1:10 (en caso de que exista derramamiento de sangre), luego se asea en forma rutinaria.

NOTA: todo el personal que esté involucrado en el procedimiento quirúrgico debe usar mascarilla con protectores oculares, pues existe el riesgo de salpicaduras de sangre del paciente durante el acto operatorio.

10.4.2 Precauciones para la central de equipos y esterilización

1. Durante la recepción del equipo, éste debe llegar limpio, desinfectado y seco.

2. El personal encargado de la preparación del equipo para su esterilización debe manejarlo con guantes para evitar la contaminación.

10.4.3 Precauciones para los servicios de odontología

1. El aseo riguroso de manos con agua y jabón antes y al final del procedimiento en la manipulación de la cavidad oral.

2. En la atención directa del paciente es indispensable el uso de bata, cubreboca, guantes y protectores oculares.

3. Los instrumentos se lavarán con agua y jabón y después se desinfectarán por inmersión en glutaraldehído al 2% o hipoclorito de sodio al 5% durante 30 minutos; luego se esterilizan con gas o vapor de acuerdo con la naturaleza del material de fabricación del utensilio o instrumento.

4. Si la superficie de las mesas de trabajo o sillones se contamina con sangre, se procede a desinfectarla con un lienzo empapado con hipoclorito de sodio al 5%; se deja que actúe durante 10 minutos y después se retira el exceso con agua. Los desechos como gasas, piezas dentales y otros, se empaquetan en doble bolsa de plástico y se etiquetan con una leyenda que diga "Potencialmente Contaminado" y se envían al autoclave.

10.4.4 Precauciones en las unidades de hemodiálisis

Los equipos no deberán ser utilizados en más de un paciente. A todo el personal de enfermería adscrito a esa unidad se le aplicará la vacuna contra la Hepatitis "B" como parte de las medidas de control de infecciones. Durante la diálisis peritoneal se aplican las Precauciones Universales relativas al manejo de sangre y líquidos corporales, además de llevar las técnicas correctas de esterilización y desinfección.

10.4.5 Precauciones en los laboratorios clínicos

Todas las muestras se etiquetarán como "potencialmente contaminantes" independientemente del diagnóstico del paciente. Se evitará poner etiquetas sólo a las muestras de pacientes infectados ya conocidos, ya que los especímenes no etiquetados dan una falsa idea de seguridad para el personal que los manipula. Con toda muestra de laboratorio, etiquetada o no, se deberán seguir las precauciones recomendadas. Las muestras nunca deberán de *pipetearse* con la boca.

10.4.6 Precauciones para el manejo de piezas anatomopatológicas

Las muestras serán enviadas a patología en recipientes de paredes rígidas y envueltas en bolsas impermeables, marcadas con una etiqueta que diga "Potencialmente Contaminado"

10.4.7 Precauciones en las endoscopias

1. El personal de salud deberá usar cubreboca, guantes y protectores oculares o careta (en caso de salpicaduras) durante los procedimientos endoscópicos.
2. Los endoscopios son instrumentos con lentes muy delicadas, por lo que su manejo debe ser cuidadoso. Se desinfectarán con glutaraldehído al 2% durante 30 minutos. El material de desecho se debe tratar con las recomendaciones para el caso, incluyendo el etiquetado antes de enviarse a desechar.
3. Recordemos que después del uso del desinfectante por inmersión se enjuaga el instrumento con agua y se seca con toallas estériles.

NOTA: revisar instrucciones de cuidados y uso del endoscopio.

10.4.8 Precauciones con la ropa

1. La ropa del paciente y la usada en la cama, sin manchas de sangre, se colocará en bolsas de plástico para ser lavada posteriormente.
2. Se debe asegurar que la bolsa de ropa con sangre se etiquete para alertar al personal de lavandería. El personal que maneja la ropa manchada con sangre debe usar guantes de hule grueso durante el traslado y el proceso de limpieza; se lavará con agua caliente a 71°C y desinfectante (hipoclorito de sodio al 5%) durante 25 minutos como mínimo.

10.4.9 Manejo de material de desecho

- a) El material punzocortante como agujas, hojas de afeitar y hojas de bisturí deberá colocarse en un contenedor rígido, el cual contenga previamente hipoclorito de sodio al 5% en una dilución 1:10. En caso de no contar con algún tipo de contenedor comercial de materiales rígidos se podrán utilizar como recipientes latas vacías de alimentos o medicamentos. Posteriormente este material se incinerará si es posible o se introducirá en el autoclave para su esterilización. Con el material ya estéril se tapa el contenedor o lata y se le coloca una etiqueta que diga "Material Punzocortante Potencialmente Contaminante" y se tira a la basura. Recuerde que una vez introducido el material al autoclave (u olla express) o incinerador, aunque se tire a la basura general, las personas dedicadas a la recolección o a la separación de la misma que no tuvieran la precaución de leer la leyenda o no supieran leer, no correrían ningún riesgo, ya que el material está completamente esterilizado.

Para reducir el riesgo de pinchazos o lesiones al estar realizando estos procedimientos es importante recordar que los instrumentos punzantes y cortantes deberán manejarse con el cuidado necesario. Hay que evitar reencapuchar las agujas o doblarlas para inutilizarlas y disminuir al máximo la manipulación de estos instrumentos.

- b) Los desechos sólidos contaminados con sangre, semen o secreciones vaginales tales como gasas, algodón, residuos anatomopatológicos y de laboratorio deben considerarse como Potencialmente Contaminantes. Este material deberá colocarse en bolsas impermeables impregnado en cloro a una dilución 1:10 y posteriormente incinerarse o meterse en el autoclave u olla express para su esterilización. El material ya esterilizado puede ser desechado en la basura común sin ningún riesgo para persona alguna.

Es importante recordar que para realizar estos procedimientos siempre se deben utilizar guantes y lavarse las manos después de terminar el procedimiento.

- c) Los desechos de material líquido como sangre entera, excreciones y secreciones (orina, líquido amniótico y secreciones respiratorias) deberán depositarse en una tarja o lavabo conectado directamente a un sistema que tenga el tratamiento adecuado. Si el sistema no cuenta con el tratamiento para desinfectar los líquidos potencialmente infectantes, se deberá agregar algún desinfectante a la secreción antes de tirarla en la tarja o lavabo.

10.5 Métodos de esterilización y desinfección del equipo médico

A continuación se muestran los métodos de esterilización y desinfección así como las precauciones que se deben seguir para su uso.

10.5.1 Esterilización

Destruye todas las formas de vida microbiana, incluyendo gran número de esporas bacterianas.

Métodos de esterilización

Esterilizar con vapor a presión (autoclave), gas (óxido etileno), calor seco o por inmersión en esterilizantes durante un período prolongado, por ejemplo 6-10 horas o según instrucciones del fabricante.

USOS: para los instrumentos que penetran la piel o están en contacto con áreas estériles del cuerpo, por ejemplo, bisturíes y agujas. El equipo desechable disponible elimina la necesidad de reprocesar estos artículos.

NOTA: los esterilizantes químicos líquidos sólo deben usarse en los instrumentos que no puedan esterilizarse o desinfectarse con calor.

Desinfección de alto nivel

DESTRUYE: todas las formas de vida microbiana, excepto las esporas bacterianas.

MÉTODOS: pasteurización con agua caliente (80-100° C, 30 minutos) o exposición a un esterilizante químico como el anterior, excepto para una exposición breve (10-45 minutos o como indique el fabricante).

USOS: para instrumentos reutilizables o aparatos que entran en contacto con membranas mucosas (por ejemplo: hojas de laringoscopio, tubos endotraqueales).

Desinfección de nivel intermedio

DESTRUYE: *Mycobacterium tuberculosis*, la mayoría de virus y hongos, pero no destruye las esporas bacterianas.

MÉTODOS: germicidas químicos, desinfectantes hospitalarios que se han distinguido por su acción antifúngica; germicidas de superficies rígidas o soluciones que contengan por lo menos 500 ppm de cloro (una solución de 1:10 de blanqueador casero, aproximadamente 1/4 de taza de blanqueador al 5% (por cada lt. de agua).

USOS: para todas las superficies que están en contacto con la piel, por ejemplo, estetoscopios, baumanómetros y que hayan sido visiblemente contaminados con sangre o líquidos sanguinolentos. Las superficies deben estar libres de material antes de aplicar el germicida.

Desinfección de bajo nivel

DESTRUYE: la mayoría de bacterias, algunos virus y hongos, pero no el *Mycobacterium tuberculosis* o esporas bacterianas.

METODOS: desinfectantes hospitalarios (no distinguidos por su acción antifúngica).

USOS: estos agentes son excelentes limpiadores y pueden usarse en el mantenimiento de rutina o para quitar el polvo en ausencia de contaminación visible con sangre.

Desinfección ambiental

Las superficies ambientales que se han empolvado deben limpiarse y desinfectarse usando cualquier agente limpiador o desinfectante que esté destinado al uso ambiental. Tales superficies incluyen pisos, maderas y sillas de ruedas.

IMPORTANTE: para garantizar la efectividad de los procesos de esterilización y desinfección, el equipo e instrumentos deben estar completamente limpios y libres de polvo.

CUADRO 8
RESUMEN DE LOS METODOS DE
ESTERILIZACION Y DESINFECCION

Método	Tiempo	Equipo	Precauciones
Esterilización con vapor (autoclave a 121°C)	20-30 min.	Todo el equipo reutilizable como el instrumental de acero, vidrio, peltre, aluminio y plástico resistente	Ver las instrucciones del fabricante antes de la esterilización
Esterilización con calor seco máx. 170°C (horno eléctrico)	120 min.	Utensilios de acero, porcelana, peltre o aluminio	Sólo el material resistente
Esterilización con gas (óxido de etileno).	12 horas	Material de acero y plástico	Se somete a este método todo el material que no resista el calor. El equipo debe estar seco antes del proceso y después del mismo, 48 horas para el material de uso externo y 72 horas para el que se usa en cavidades

CUADRO 9
DESINFECCION QUIMICA POR INMERSION

Método	Tiempo	Equipo	Precauciones
Hipoclorito de sodio al 5%	30 min.	Todo equipo contaminado	Se diluye con agua 1:10. Las superficies sucias se desinfectan con una mezcla de 20 ml. de cloro por un litro de agua, si las superficies se contaminaron con sangre, la dilución se hace más concentrada: 100 ml. de cloro por 900 de agua.
Alcohol etílico al 70%	30 min.	Todo el equipo	Usar como un recurso en caso de no contar con los desinfectantes ya mencionados, diluir 70 ml. de alcohol más 30 ml. de agua.
Alcohol isopropílico	30 min.	Todo el equipo	Este método debe usarse diluyendo 70 ml. de alcohol por cada 30 ml. de agua.
Yodopolividona al 10%	15 min.	Todo el instrumental	El instrumental debe estar limpio antes de la inmersión, es corrosivo para el aluminio y cobre, se debe preparar diario. Dilución 1:3 de yodopolividona con agua.
Formaldehído al 40%	30 min.	Sólo instrumental	Es tóxico e irritante a las mucosas, tener cuidado durante la dilución. Se diluye una parte por cada tres de agua.
Glutaraldehído al 2%	30 min.	Instrumental delicado y costoso como los endoscopios.	Antes de la inmersión se deben leer las instrucciones del fabricante, una vez hecha la mezcla no se diluye. Es caro.

Peróxido de hidrógeno	30 min.	Todo el equipo e instrumental contaminado	Este método se considera de bajo nivel, debe usarse como último recurso para la desinfección, es corrosivo para el cobre, latón, aluminio y cinc. La forma de diluirlo es una parte de peróxido por 4 de agua (usarlo recién preparado).
-----------------------	---------	---	--

NOTA: es importante que se usen guantes de hule grueso en todo el procedimiento de desinfección para evitar la exposición de la piel a los agentes químicos y antimicrobianos.

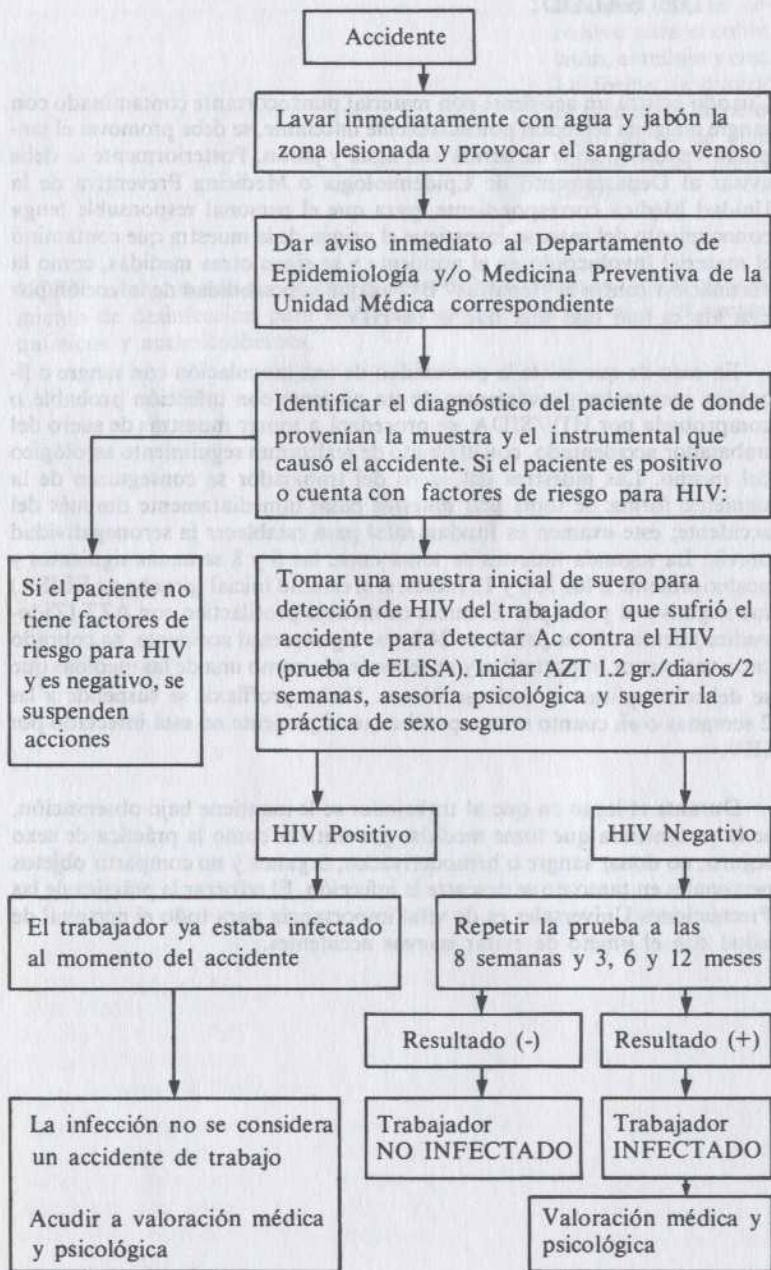
11.0 ¿QUE MEDIDAS SE DEBEN ADOPTAR EN CASO DE UN ACCIDENTE CON MATERIAL CONTAMINADO CON HIV EN UN TRABAJADOR DE SALUD?

Cuando ocurra un accidente con material punzocortante contaminado con sangre o alguna secreción potencialmente infectante, se debe promover el sangrado venoso y lavar la herida con agua y jabón. Posteriormente se debe avisar al Departamento de Epidemiología o Medicina Preventiva de la Unidad Médica correspondiente, para que el personal responsable tenga conocimiento del caso, se investigue el origen de la muestra que contaminó el material involucrado en el accidente y se sigan otras medidas, como la vacunación contra la Hepatitis "B", ya que la posibilidad de infección por esta vía es aun más alta que la de HIV.

En caso de que exista la posibilidad de una inoculación con sangre o líquidos corporales provenientes de un paciente con infección probable o comprobada por HIV/SIDA, se procederá a tomar muestras de suero del trabajador accidentado, con el objeto de realizar un seguimiento serológico del mismo. Las muestras del suero del trabajador se conseguirán de la siguiente forma: se toma una muestra basal inmediatamente después del accidente; este examen es fundamental para establecer la seronegatividad previa. La segunda muestra se toma entre las 6 y 8 semanas siguientes y posteriormente a los 3, 6 y 12 meses, si el estudio inicial (prueba de ELISA) fue negativo al principio. El inicio de manejo profiláctico con AZT (Zidovudina) dentro de las primeras 24 horas siguientes al accidente, ha cobrado cada vez mayor importancia y se recomienda como una de las medidas que se deberán aplicar en cada accidente. Dicha profilaxis se suspende a las 2 semanas o en cuanto se compruebe que el paciente no está infectado por HIV.

Durante el lapso en que al trabajador se le mantiene bajo observación, se le recomienda que tome medidas preventivas como la práctica de sexo seguro, no donar sangre o hemoderivados, órganos y no compartir objetos personales en tanto no se descarte la infección. El reforzar la práctica de las Precauciones Universales es de vital importancia para todo el personal de salud con el objeto de evitar nuevos accidentes.

11.1 Acciones a realizar en caso de un accidente con material contaminado con líquidos orgánicos provenientes de cualquier paciente



12.0 ACTITUDES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ANTE EL PACIENTE CON HIV/SIDA

Es evidente que durante la formación del personal de enfermería se inculcan principios científicos para dar atención de calidad al paciente y a la comunidad, sin importar su credo, situación política o económica. Sin embargo, existen factores que alteran este objetivo, entre ellos se pueden mencionar los siguientes:

- Conocimientos insuficientes
- Experiencia profesional limitada
- Incorrecta introducción al puesto
- Falta de apoyo emocional
- Inadecuada supervisión
- Falta de recursos humanos y materiales

Un buen número de enfermeras muestra inseguridad en la atención a pacientes que tienen el HIV/SIDA. Sin embargo, después de proporcionarles información sobre el tema se llegan a observar cambios positivos en sus actitudes frente al enfermo.

Por lo anterior es importante la capacitación continua para el conocimiento y manejo adecuado de este grupo de enfermos. Otra causa de la falta de disposición para atender a estos pacientes es el temor a infectarse con HIV/SIDA por las consecuencias que esto implica: pérdida de la salud, del trabajo y de la familia. En el cuadro 12.1 se muestran algunas actitudes negativas y positivas en torno a la relación con estos pacientes y cuales pueden ser las opciones para su manejo.

12.0 Actitudes del personal de enfermería ante el paciente con HIV/SIDA

Actitudes de negación

- Inseguridad:
 - Por experiencia laboral limitada
 - Falta de información sobre el padecimiento
 - Inadecuada introducción al puesto
 - Supervisión deficiente
 - Recursos humanos y materiales insuficientes
- Temor al riesgo profesional:
 - Por adquirir la enfermedad
 - A infectar a su familia
 - A perder su trabajo
- Molestia y rechazo:
 - Al ingreso del paciente se produce desagrado momentáneo
 - Negativa inconsciente de atender al enfermo
 - Involucra sus sentimientos con el dolor del enfermo
- Sentimientos de soledad:
 - Siente que se enfrenta sola al riesgo
 - Al no contar con apoyo en sus procedimientos

Actitudes de aceptación

- Procura dar atención de calidad
- Se interesa por la evolución del padecimiento del enfermo
- Busca la superación profesional
- Se siente realizada profesionalmente

Apoyo emocional

- Formar grupos de apoyo donde se externen inquietudes y temores
- Fomentar la comunicación con el equipo de salud a través de congresos, seminarios...
- Rotar a otros servicios con menor riesgo
- Realzar la importancia de sus funciones dentro del grupo multidisciplinario

Apoyo profesional

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

13.0 DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD EN LA ATENCION DE PACIENTES CON HIV/SIDA

Los empleados de la salud, en relación a la atención a pacientes con HIV /SIDA tienen, entre otras, las siguientes **OBLIGACIONES**:

1. **PRESTAR ATENCION MEDICA DECOROSA Y OPORTUNA.** La ley plantea que los usuarios de los servicios de salud tienen derecho a recibir prestaciones de salud oportunas, respetuosas y de calidad; atención profesional y éticamente responsable; trato digno por parte de los empleados de la salud y a presentar sus quejas respecto a las deficiencias o incumplimientos en estos servicios.

2. **NOTIFICACION DE LOS CASOS A LA AUTORIDAD SANITARIA CORRESPONDIENTE.** Esta obligación se contiene en los artículos 136, 137 y 138 de la Ley General de Salud.

3. **RESPECTAR LA CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE.** La información sobre cualquier paciente sólo podrá ser dada a la persona afectada, a la autoridad sanitaria correspondiente, a los empleados de la salud que atiendan directamente al enfermo, a los compañeros sexuales y a las personas que hayan estado en riesgo de contagio.

4. **INFORMACION PERSONAL.** A la detección de la infección por HIV en cualquiera de sus variedades clínicas, el personal de salud deberá informar al paciente de su infección, de los mecanismos de transmisión, de las formas de prevención y de la evolución clínica, haciéndolo de manera confidencial y directa, con excepción de aquellos casos que produzcan incapacidad física o legal, en cuyo caso debe notificarse al familiar más cercano.

5. **EDUCACION Y ORIENTACION.** Deberá educar y orientar al paciente haciendo especial énfasis en lo siguiente: informe de su infección a sus compañeros sexuales, evitar múltiples compañeros sexuales, usar condón (preservativo) en toda relación sexual en que exista penetración o practicar el llamado "sexo seguro"; no donar sangre, tejidos u órganos, evitar el embarazo y la lactancia, no compartir agujas y utensilios de uso personal, tales como navajas, cepillos dentales y similares; solicitar atención médica en caso de sintomatología.

6. **APOYO PSICOLOGICO.** Debe proporcionar orientación y apoyo psicológico tanto al enfermo como a sus familiares que les permita aceptar y entender la gravedad, letalidad y contagiosidad del padecimiento.

7. **CONDUCTAS DISCRIMINATORIAS.** Evitar conductas de señalamiento o discriminatorias contra cualquier paciente confirmado o posiblemente infectado.

8. **NORMAS DE SEGURIDAD E HIGIENE.** Deben acatar las normas de seguridad e higiene para evitar accidentes y transmisiones de enfermedades infectocontagiosas en su área de trabajo y en el centro laboral en general.

Los empleados de la salud están obligados a observar y cumplir con las disposiciones que se establecen en la Ley General de Salud y sus reglamentos así como las normas técnicas, decretos, circulares y demás ordenamientos que dicte la Secretaría de Salud.

Entre los **DERECHOS** de los empleados de la salud relacionados a la atención de pacientes con HIV/SIDA se encuentran:

1. Como se ha mencionado, el riesgo de que el personal de salud adquiera la infección por HIV debido a un accidente con objetos punzocortantes contaminados, principalmente con sangre de un paciente infectado, es mínimo (menos del .1%) no obstante, los empleados de la salud tienen el **DERECHO DE SOLICITAR Y CONTAR CON EQUIPO NECESARIO** para llevar a cabo las normas de seguridad e higiene establecidas para la prevención de accidentes y riesgos profesionales (ver Precauciones Universales en el capítulo 10).

2. El personal de salud tiene **DERECHO A CONOCER** que está atendiendo a un paciente confirmado o posiblemente infectado por HIV.

3. Derecho a que se le **PRACTIQUEN PERIODICAMENTE EXAMENES** tendientes a la detección del padecimiento y que éstos se realicen en forma voluntaria y confidencial.

4. En caso de que el empleado de salud contraiga la infección por HIV ya sea por el trabajo o causa ajena a éste, tiene derecho a ser tratado con todo respeto y decoro como se ha expresado respecto a estos pacientes; adicionalmente y en términos de la norma jurídica aplicable, tiene derecho a la asistencia médica y económica derivada de que se le decreten incapacidad o invalidez.

5. Bajo ningún supuesto, el ser portador de HIV/SIDA es motivo para que el empleado sea **DESPEDIDO**.

13.1 Derechos de las personas que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV) o que han desarrollado el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

Recientemente CONASIDA, la Comisión Nacional de Derechos Humanos, Mexicanos contra el SIDA, el Grupo de Intervención Social en SIDA y Defensa de Derechos Humanos y el Fondo para la Salud Comunitaria elaboraron un documento sobre derechos humanos y SIDA con el objeto de que los derechos de los afectados por HIV/SIDA sean respetados como los de cualquier otro ciudadano. A continuación se recogen los puntos más importantes:

1. La ley protege a todos los individuos por igual, en consecuencia, no deben sufrir discriminación de ningún tipo.
2. No están obligados a someterse a la prueba de detección de anticuerpos del HIV ni a declarar que viven o que han desarrollado SIDA. Los resultados de la prueba de detección de anticuerpos para el HIV, deben manejarse de manera anónima y confidencial.
3. En ningún caso pueden ser objeto de detención forzosa, aislamiento, segregación social o familiar por vivir con HIV o por haber desarrollado el SIDA.
4. No podrá restringirse su libre tránsito dentro del territorio nacional.
5. Si desean contraer matrimonio no podrán ser obligados a someterse a ninguna de las pruebas de detección de anticuerpos para el HIV.
6. Vivir con HIV o SIDA no es impedimento para el ejercicio de la sexualidad. Existen diferentes formas de expresarla y medidas de prevención para evitar el contagio.
7. Cuando soliciten empleo, no podrán ser obligados a someterse a ninguna prueba de detección del virus. Así mismo el estar infectado con HIV/SIDA no es motivo para ser despedido del empleo.
8. No se puede privar del derecho a superarse mediante la educación formal e informal que se imparta en instituciones educativas públicas o privadas a ninguna persona infectada con HIV/SIDA.
9. Tienen derecho a asociarse libremente con otras personas o familiares, o a instituciones que tengan como finalidad la protección de los intereses de quienes viven con HIV o que han desarrollado SIDA.
10. Tienen derecho a buscar, recibir y difundir información precisa y documentada sobre los medios de propagación del HIV y la forma de protegerse.
11. Tienen derecho a recibir información sobre su padecimiento, sus consecuencias y tratamientos a los que puedan someterse.

12. Tienen derecho a los servicios de asistencia médica y social que tengan como objetivo mejorar su calidad y tiempo de vida.

13. Tienen derecho a una atención médica digna y su historial médico deberá manejarse en forma confidencial.

14. Tienen derecho a una muerte y servicios funerarios dignos.

14.0 APENDICES

Apéndice 1

Definición de Caracas para la infección por HIV/SIDA en adultos

1. Sarcoma de Kaposi	10 puntos
2. Tuberculosis extrapulmonar o pulmonar no cavitada	10 puntos
3. Candidiasis oral o leucoplaquia pilosa	5 puntos
4. Tuberculosis pulmonar cavitada inespecífica	5 puntos
5. Herpes zóster en < de 60 años de edad	5 puntos
6. Disfunción del Sistema Nervioso Central	5 puntos
7. Diarrea igual o mayor a un mes de evolución	2 puntos
8. Fiebre igual o mayor a un mes de evolución	2 puntos
9. Caquexia o pérdida de peso de más del 10% de acuerdo con edad	2 puntos
10. Astenia mayor o igual a un mes de duración	2 puntos
11. Dermatitis persistente	2 puntos
12. Anemia, linfopenia o trombocitopenia	2 puntos
13. Tos persistente o cualquier neumonía excepto tuberculosis	2 puntos
14. Linfadenopatía mayor o igual a 1 cm. en 2 sitios no inguinales, de un mes o más de duración	2 puntos

Definición de los CDC de Estados Unidos (para adultos)

1. HIV positivo, negativo o desconocido

Uno o más de los siguientes diagnósticos comprobados por microscopia o cultivo:

- Neumonía por *Pneumocystis carinii*
- Candidiasis esofágica, traqueal, bronquial o pulmonar.
- Infección extrapulmonar por *M.kansaii* o complejo *M. avium intracelulare*.
- Infección por Herpes Simple causante de bronquitis, esofagitis o úlcera mucocutánea con más de un mes de duración.
- Infección por citomegalovirus de un órgano interno, que no sea el hígado.
- Toxoplasmosis en un órgano interno.
- Criptosporidiasis con diarrea de más de un mes de duración.
- Estrongiloidosis extraintestinal.
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- Sarcoma de Kaposi en menores de 60 años.
- Linfoma primario cerebral.
- Hiperplasia pulmonar linfoide o neumonitis intersticial linfoide.

2. HIV Positivo

2a) Uno o más de los siguientes diagnósticos comprobados por microscopia o cultivo.

- Sarcoma de Kaposi a cualquier edad.
- Linfoma primario cerebral.
- Linfoma no Hodgkin de células de cualquiera de los siguientes tipos: linfocitos pequeños no hendidos (tipo Burkitt) o sarcoma inmunoblástico (linfoma de células grandes, histiocítico difuso, linfoma indiferenciado, sarcoma de células reticulares o linfoma de alto grado de malignidad).
- Complejo demencial por HIV.
- Síndrome de desgaste.
- Tuberculosis extrapulmonar o diseminada o algún otro tipo de infección por micobacterias que no sea lepra.
- Histoplasmosis extrapulmonar o diseminada.
- Isosporidiasis con diarrea de más de un mes de duración.
- Nocardiosis.
- Septicemia por *Salmonella*.
- Dos o más infecciones bacterianas en los dos años anteriores, en menores de 13 años que no tengan predisposición: septicemia, neumonía, meningitis o absceso cerebral; causadas por *Legionella*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus* (incluyendo *Streptococcus pneumoniae*) o alguna otra bacteria piógena.

2b) Uno o más de los siguientes diagnósticos comprobados por microscopía o cultivo.

- Neumonía por *P. Carinni*.
- Toxoplasmosis en un órgano interno.
- Infección por micobacterias extrapulmonar o diseminada (bacilos ácido alcohol resistentes de especie indeterminada).
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- Sarcoma de Kaposi.
- Hiperplasia pulmonar linfoide o neumonitis intersticial linfoidea en menores de 13 años.

Apéndice 3

Clasificación de SIDA e infección por HIV en niños

- **SIGNOS MENORES:** Pérdida de peso o detención del crecimiento, diarrea y/o fiebre de > de un mes de duración.
- **SIGNOS MAYORES:** Linfadenopatía generalizada
Candidiasis en cavidad oral
Infecciones comunes repetidas
Dermatitis generalizada
Infección materna por HIV confirmada

FUENTE: WHO. Weekly Epidemiol Rec 1986; 10: 72.

1. HIV Positive

2) Uno o más de los siguientes de síntomas o enfermedades por sus síntomas o signos:

- Síndrome de Kaposi a cualquier edad.
- Linfoma primario cerebral.
- Linfoma no Hodgkin de células de células de los linfocitos tipo B, linfomas pequeños de células tipo B, linfoma de células B grandes, linfomas difusos linfocitocitarios, sarcoma de células plasmáticas o linfoma de alto grado de cualquier tipo.
- Síndrome febril por HIV.
- Síndrome de desgaste.
- Tuberculosis extrapulmonar o diseminada o algún otro tipo de infección por micobacterias que no sea tbc.
- Neoplasias malignas o carcinomas.
- Neoplasias que duran de más de un mes de duración.
- Neuritis.
- Síndrome de Schwartz.
- Dos o más infecciones bacterianas en los dos años anteriores en niños de 13 años que no tengan predisposición bacteriana, neumonía, meningitis o absceso cerebral causados por *Legionella*, *Mycobacterium*, *Streptococcus*, *Staphylococcus*, *Streptococcus pneumoniae* o *Staphylococcus aureus* sépticos.

Clasificación de infección por HIV/SIDA en menores de 13 años de edad

CLASE P-0 Infección indeterminada (niños menores de 18 meses de edad, sin evidencia definitiva de infección por HIV/SIDA pero nacidos de madre HIV positiva).

CLASE P-1 Infección asintomática (seropositivos).

Subclase A: función inmunológica normal.

Subclase B: función inmunológica anormal.

Subclase C: función inmunológica no probada.

CLASE P-2 Infección sintomática:

Subclase A: hallazgos no específicos (pérdida de peso, diarrea y fiebre de más de un mes de evolución, adenopatías, hepato-esplenomegalia y aumento de tamaño o parótidas).

Subclase B: enfermedad neurológica progresiva (disminución del perímetro cefálico, signos piramidales, disminución o aumento del tono muscular, hipotrofia muscular, retraso del desarrollo psicomotriz, pérdida de habilidades adquiridas, hipoacusia sensorial, crisis convulsivas).

Subclase C: neumonitis intersticial linfoidea.

Subclase D: enfermedad infecciosa secundaria:

Categoría D1: infecciones secundarias específicas (causadas por *Cryptosporidium*, *Cryptococcus*, *Salmonella*, toxoplasma, *Histoplasma*, Citomegalovirus, *Pneumocystis carinii*).

Categoría D2: infecciones bacterianas recurrentes (neumonía, septicemia, otitis media, infección de vías urinarias).

Categoría D3: otras infecciones secundarias específicas (candidiasis mucocutánea, tuberculosis, estomatitis herpética, infección por Herpes zóster).

Subclase E: cánceres secundarios:

Categoría E1: cáncer secundario específico (Sarcoma de Kaposi).

Categoría E2: otros cánceres posiblemente secundarios a la infección por HIV (Linfoma no Hodgkin, Linfoma primario intracraneano).

Subclase F: otras enfermedades relacionadas a la infección por HIV (hepatitis, cardiomiopatía, nefropatía, trombocitopenia, enfermedad dermatológica).

BIBLIOGRAFIA

1. Anonymous (Editorial). Needlestick Transmission of HTLV-III from a patient infected in Africa. *Lancet* 1984; ii 1376-7.
2. Armstrong CE., Hewitt WE. The effect of education on Nurses' perception of AIDS. *J Advanced Nursing*; 1990; 15: 638-651.
3. CDC Risk for cervical disease in HIV-infected woman-New York City. *MMWR* 1990; 39: 846-849.
4. Centers for Disease Control. Classification system for human immunodeficiency virus (HIV) infection in children under 13 years of age. *MMWR* 1987; 36: 225-230, 235.
5. Centers for Disease Control. Guidelines for Prevention of Transmission of Human Immunodeficiency Virus and Hepatitis B virus to Health-Care and Public-Safety Workers. *MMWR* 1989; 38 (S-6): 3-19.
6. Centers for Disease Control. Update: Universal precautions from prevention of transmission of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, and other bloodborne pathogens in health-care settings. *MMWR* 1988; 37 (24): 377-88.
7. Conte JE. Infection with human immunodeficiency virus in the hospital. Epidemiology, infection control and biosafety considerations. *Annals Int Med* 1986; 105: 730-36.
8. Damrosch S, Abbey S, Warner A, Guy S. Critical Care Nurses' attitudes toward, concerns about and knowledge of the Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Heart Lung* 1990; 19: 395-400.
9. Derechos Humanos y SIDA. Elaborado por CONASIDA, Mexicanos Contra el SIDA, GIS SIDA. Con el apoyo de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, 1992.
10. Kantrowitz B. et al. Doctors and AIDS. *Newsweek* 1991 (July); 1: 48-57.
11. Mayer KH, Carpenter CCJ, Stein M, et al. The clinical spectrum of illness among HIV infected New England women 31 st. Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, Chicago, Illinois, 1991.
12. Mc Evoy M, Porter Kholoud, Mortimer P, Simmonds N, Shanson D. Prospective study of clinical laboratory and ancillary staff with accidental exposures to blood or body fluids from patients infected with HIV. *Br Med J* 1987; 294: 1595-97.
13. OMS, CIE. Directrices para la Asistencia de Enfermería a las personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), 1988.
14. Rhoads JL, Wright C, Redfield RR, Burke DS. Chronic Vaginal candidiasis Women with human immunodeficiency virus infection. *JAMA* 1987; 257: 3105-3107.
15. Rossi L. Asistencia psicológica a pacientes infectados por HIV, en Sepúlveda Amor, J., y col. SIDA, Ciencia y Sociedad en México. Secretaría de Salud Pública, Fondo de Cultura Económica. México 1989: 205-215.
16. Sánchez AA y col. Programa de prevención ocupacional de hepatitis "B" y SIDA en personal de salud de 2 hospitales de la Ciudad de México, 1990 (en revisión para publicación).

17. Schafer A, Friedman W, Mielke M, Schwartlander B, Koch M. The increased frequency of cervical dysplasia-neoplasia in women infected with the human immunodeficiency virus is related to the degree of immunosuppression. *AM J Obstet Gynecol* 1990; 164: 593-599.
18. Secretaría de Salud, CONASIDA. Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH-SIDA en consulta externa y hospitales, 1992.
19. Speller DC, Shanson DC, Ayliffe GA, Cooke EM. Acquired immunodeficiency syndrome: recomendations of a working party of the hospital infection society. *J Hospital Infect* 1990; 15: 7-34.
20. Spire B, Montagnier L, Barré SF, Chermann JC. Inactivation of Lymphadenopathy associated virus by chemical disinfectants. *Lancet* 1984: 899-901.
21. Weniger B. Definición de Caracas para el diagnóstico de SIDA en adultos. VII Conferencia Internacional sobre SIDA-Florenca, Italia (Junio) 1991; W.C. 96.
22. World Health Organization Geneva. Guidelines on AIDS and first aid in the workplace. Second edition. 1989; Suppl. 7: 1-10.
23. World Health Organization Geneva. Guidelines on sterilization and disinfection methods effective against human immunodeficiency virus. Second edition 1989; Suppl. 2: 1-11.
24. World Health Organization Geneva. Who Press. HIV and Breast-Feeding. Press Release Who/304 May 1992.