

ASPECTOS SOCIOLOGICOS, SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON SIDA

Manuel Antonio Velandia Mora*

Con todos los avances de las ciencias, los especialistas en salud nunca imaginaron que una pandemia pudiese presentarse en esta época y mucho menos de una enfermedad incurable como lo es el SIDA, tal vez por ello toda previsión se salió de las manos y sólo quedó como única alternativa que pueda frenar al menos en parte, el rápido avance de la enfermedad, el diseñar e implantar procesos educativos, a través de los cuales se cambien los hábitos sexuales, de drogadicción y de transfusiones innecesarias, ya que es por intermedio de ellas como se produce el contagio por vía rápida.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, es una enfermedad que presenta una amplia variedad de manifestaciones clínicas que van desde síntomas inespecíficos hasta el síndrome de linfadenopatía persistente y generalizada y un cuadro de inmunodeficiencia celular, causados por un virus denominado VIH de la familia de los retrovirus.

La depresión del sistema inmunocelular facilita la aparición de afecciones específicas e infecciones oportunistas (1) de gravedad.

El VIH desempeña un papel importante en la etiología de la enfermedad. Es un retrovirus encapsulado con tropismo específico por el subconjunto OKT 4 (ayudadores) de los linfocitos T, aunque se ha

* Sociólogo. Miembro del Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Educación sobre SIDA del Ministerio de Salud.

1. Vea el Diccionario Específico al final del artículo.

demostrado también su proliferación en los linfocitos OKT 8 (supresores), en células de la línea B y en células del sistema nervioso central. Al igual que otros retrovirus, destruye las células que ataca al abandonarlas por gemación rompiendo la membrana celular.

El VIH se ha aislado de materia fecal, orina, sudor, saliva, en mínimas cantidades que no alcanzan a ser contaminantes, y en altas concentraciones, en sangre, semen y moco vaginal, por consiguiente toda actividad que conlleve intercambio de estas secreciones puede considerarse riesgoza.

En Colombia el diagnóstico de presencia del virus en el torrente sanguíneo se puede hacer por cualquiera de las pruebas implementadas en los países de más avanzado desarrollo científico sobre el SIDA.

El primer Diagnóstico se hace a través de la prueba ELISA, que presenta el inconveniente de dar muchos falsos positivos y negativos, y se reconfirma (incluso varias veces) el resultado según el grupo de riesgo y sobre todo la incidencia de factores de riesgo, con pruebas más sensibles, que estudian sangre y tejidos, como son: ADN Recombinante e Inmunofluorescencia, que no se hacen por cultivo de células, sino, por síntesis de DNA; otra de estas pruebas es la Western Blott que por sus altos costos (U.S. 60 c/u) es difícil de implementar.

NIVELES DE DIAGNOSTICO

Prueba Positiva: se considera así a aquella que luego de varias reacciones sigue dando positiva.

La O.M.S. recomienda que al paciente sólo se le den los resultados después de: una prueba de diagnóstico que generalmente se hace con ELISA, una de control evaluada con otra prueba y una tercera confirmatoria con otra diferente a ELISA, garantizando así un buen resultado.

Individuo Asintomático (IA): Contacto portador del virus, que no presenta signos, ni síntomas sugestivos de enfermedad.

Complejo relacionado con SIDA o sospechoso (CRS): Presenta el siguiente cuadro clínico:

- Fiebre con duración de un mes o más, igual o mayor de 38 Grados Centígrados.
- Diarrea crónica por un mes o más.
- Linfadenopatía por lo menos en dos sitios, extrainguales y por más de tres meses de duración.

- Pérdida de por lo menos 10% del peso corporal.
- Fatiga y sudoración nocturna por más de un mes.

Sida Confirmado: según los criterios del C.D.C. de Atlanta, USA., se considera caso confirmado al paciente que presente:

- Compromiso de la inmunidad celular por: Disminución de Linfocitos T inductores, inversión del coeficiente T inductores/T supresores, alteración en la respuesta a mitógenos y antígenos, aumento de inmunoglobulinas séricas (IgG, IgM, IgA).
- Presencia de infecciones oportunistas cuyas manifestaciones clínicas corresponden a cuadro clínico de Meningitis, Encefalitis, Neumonitis, Esofaguitis, enterocolitis, causadas por gran diversidad de agentes micóticos, parasitarios, virales y bacterianos, principalmente, Pneumocystis Carinii, Citomegalovirus, Cándida Albicans, Varicela Zoster, Herpes, Shigella, Salmonella Typhi y otros agentes.
- Presencia de tumor: Sarcoma de Kaposi y Linfoma no Hodgking.

GRUPOS DE RIESGO

Se han determinado tres grandes Grupos de Riesgo, a saber:

- Promiscuos: Se considera población promiscua a aquellas personas que se relacionan indiferenciadamente con varios seres, pero muy demarcadamente son grupo de riesgo los promiscuos Homosexuales, Bisexuales, Heterosexuales. Siendo subfactores importantes la relación de tipo anal y los traumatismos producidos en la vagina y en ano, en actos que no permitan la suficiente relajación y que conlleven violencia.
- Drogadictos intravenosos que comparten agujas sin esterilizar.
- Personas que necesitan transfusiones múltiples de sangre y/o crioprecipitados, en especial los hemofílicos.

ALGUNOS DATOS ESTADÍSTICOS

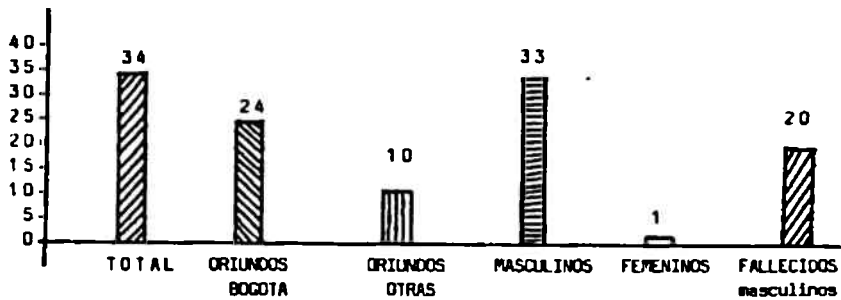
La OMS estima que el número de casos registrados en un país como el nuestro donde se presenta un notable subregistro, tan sólo alcanza a un 2% del número real de casos infectados y que los casos de Complejo Relacionados con el SIDA están entre el 20 y 25 por ciento de los casos totales, lo que nos daría como resultante la siguiente apreciación: casos reportados: 153, Complejo relacionado con el SIDA 1.912 Portadores asintomáticos 5.558.

El número de sueroconvertidos se duplica en periodos que van de los 4 a los 6 meses, éste dato que parece aterrador, se confirma comparando

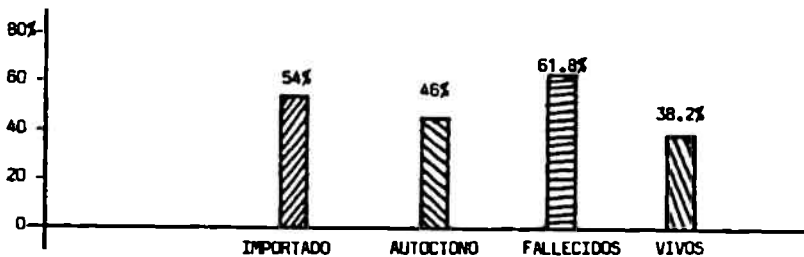
las estadísticas de Abril de este mismo año con 59 casos con las de Septiembre en las cuales observamos 153 casos. (graf. 1 a 5).

Las ciudades de más alta incidencia son: Bogotá con 45 casos, cali 41, Medellín 34, Armenia 12, Cartagena 9, Pereira 5, Ibagué 4 y Bucaramanga, Cúcuta y Santa Marta cada una con un caso.

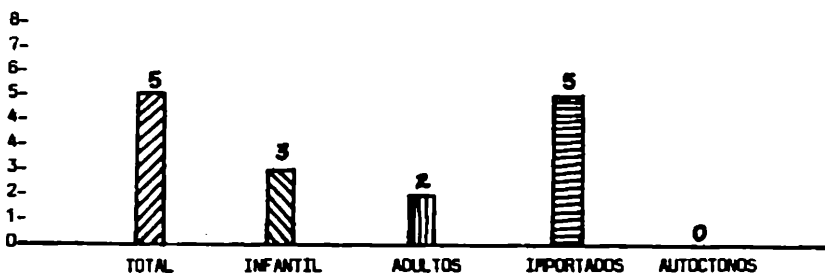
CASOS NOTIFICADOS AL SERVICIO DE SALUD DE BOGOTÁ HASTA MAYO 7 DE 1.987



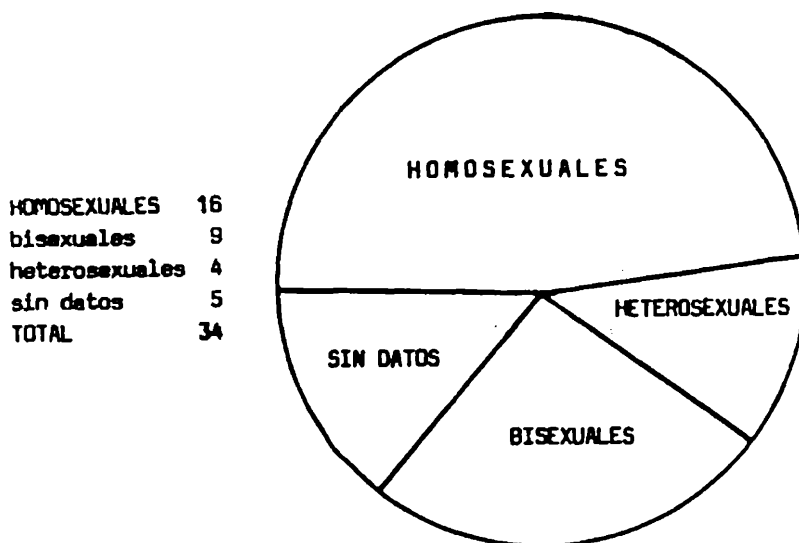
TASAS DE ORIGEN Y MORTALIDAD



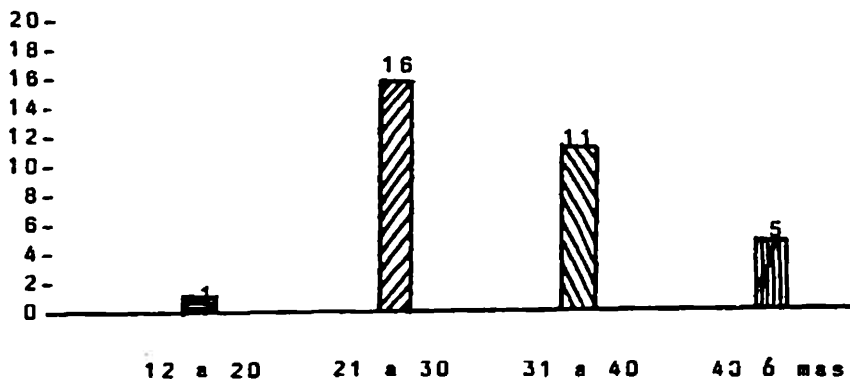
CASOS DE HEMOFILICOS TRANSFUNDIDOS



GRUPOS POR ACTIVIDAD SEXUAL



GRUPOS ETAREOS



Tomamos como ejemplo a Bogotá, por tener su Servicio de Salud un Plan piloto en programas de vigilancia epidemiológica, seguimiento médico, educación a prestadores de salud y a grupos con factores de riesgo (programa en el que se cuenta con el apoyo de miembros de la comunidad homosexual a través del GRUPO DE AYUDA E INFORMACION G.A.I y de la Liga de Hemofílicos), y por tener según las estadísticas de la División de Epidemiología del Ministerio de salud el más alto índice de casos registrados en el país: 28.30% de los casos registrados hasta Septiembre 7 de 1987.

Presentamos dos tipos de estadísticas, las primeras corresponden al número de casos notificados hasta Mayo 7 de 1987, las segundas más actualizadas corresponden a la consulta que se viene llevando a cabo desde el día 21 de noviembre de 1986, con corte en el día 4 de Agosto de 1987, cabe anotar que esta consulta lleva atendidas hasta Noviembre 20 algo más de 1.000 consultantes, conservando casi los mismos porcentajes de sueroconvertidos tal vez haciéndose notorio un sensible aumento en el número de casos detectados y en el porcentaje de heterosexuales positivos.

DATOS SOBRE LA CONSULTA DEL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO A GRUPOS DE ALTO RIESGO

Se han realizado 486 consultas hasta Agosto 4 de 1987, a las cuales se le han corrido pruebas de evaluación y reconfirmación. (Graf. 6 y 7)

Total de consultas	486
positivos a VIH	69
complejo relacionado	3
portadores asintomáticos	66

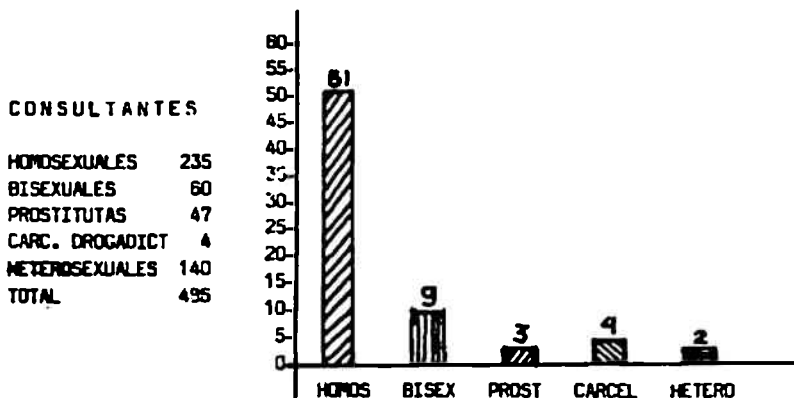
De los casos registrados el mayor número de ellos ha sido atendido de forma privada en la Fundación Santa Fé de Bogotá y por el sector oficial en el Hospital Simón Bolívar. A los pacientes cubiertos por la Seguridad Social se les atiende en el Seguro Social Clínica San Pedro Claver o en la Caja Nacional de Previsión.

Por la trascendencia social que tienen la Enfermedades de Transmisión Sexual ETS, y por lo emanado de la información transmitida por los Medios Sociales de Comunicación (mass media) que en un principio orientaron la información discriminando sexualidades marginales como factor de riesgo, se puede considerar al SIDA como una enfermedad vergonzante, con todo el trauma que ello representa tanto para el paciente como para el bloque familiar y/o neofamiliar.

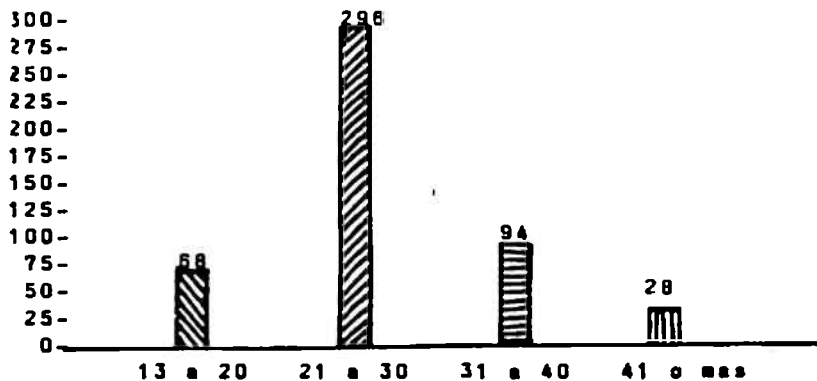
La Enfermera por estar en continuo contacto con el paciente está en mejor posibilidad que cualquier otro miembro del equipo de salud de prestar la entreeyuda necesaria no sólo al paciente, y su círculo, sino también al equipo de salud y las instituciones encargadas de la educación, la asesoría y el seguimiento epidemiológico.

CONSULTAS EN EL PROGRAMA SEGUIMIENTO A GRUPOS
CON FACTORES DE ALTO RIESGO HASTA EL 4 DE AGOSTO 1987

GRUPOS SUEROCONVERTIDOS POR ACTIVIDAD SEXUAL



GRUPOS ETAREOS



EL SIDA es una enfermedad de obligatoria notificación y para ello se deben seguir las instrucciones del formulario del subsistema de información del Sistema Nacional de Salud, pero por la discriminación de a cual es usualmente víctima el paciente es importante recalcar la confidencialidad del diagnóstico, por lo tanto en la remisión del caso a la entidad de salud correspondiente se recomienda no colocar el nombre sino el número de la historia clínica. El anterior dato es importante para el seguimiento epidemiológico de contactos, así, como para evitar el aumento de los índices de crecimiento de la enfermedad. Como Enfermera evite dar datos a la prensa y en caso de presión de parte del periodista, remítalo a la persona encargada de la información. Si Usted es la Jefe Instruya al personal de enfermería y en general a todo el personal que tenga relación con el paciente, sobre la confidencialidad y el evitar pánicos innecesarios en el personal y en los otros pacientes.

En el caso de los pacientes a quienes no se les ha detectado el ser portadores del VIH el conocimiento sobre los grupos de riesgo y de la sintomatología básica, pueden ser índices importantes para la solicitud de la prueba y la detección de la positividad y/o de la enfermedad y en el de los pacientes en consulta u hospitalizados, el conocer además sus costumbres sexuales y sus Índices de Promiscuidad, o de Drogadicción, ayuda en el tratamiento y en la reeducación con normas preventivas, de sexo seguro y uso del preservativo, o la esterilización de las Jeringas, así como las reorientaciones a los bloques familiar y/o neofamiliar.

A los pacientes ambulatorios como también a sus allegados se les debe instruir sobre normas básicas de salubridad, que no se alejan en nada de las seguidas en la higiene de cualquier hogar.

Al personal de servicios generales, como a todo aquel que esté en contacto con el paciente, se le debe educar para que tenga en cuenta las normas básicas de Bioseguridad que no se diferencian de las impartidas en casos de Hepatitis B.

En los casos de Homosexuales y/o drogadictos es importante que el equipo de salud tenga en cuenta que el tratamiento se hace a las enfermedades oportunistas del paciente con SIDA y no a sus preferencias sexuales o a sus vicios ya que esto crea conflictos entre el equipo de salud y los pacientes.

Dado el caso que la enfermera presente Homofobia o rechazo a homosexuales y/o drogadictos se recomienda que ella revise sus criterios o se considere no apta para colaborar en el tratamiento. Además, debe revisar también sus criterios frente a la muerte, la angustia, el dolor, la culpa, y permitir al paciente manejar su propia culpa (justificación de la razón de ser de la enfermedad), su propia angustia, su propia angustia, su propio dolor e incluso su propia muerte.

El paciente en estado terminal requiere de la autenticidad de su enfermera, por lo tanto luego de reevaluar conceptos, oiga lo que le dice y no trate de darle explicaciones, no se predisponga ni juzgue, no decida por él en ningún caso. Respete sus silencios, no siempre hay que hablar de algo, permítale asumir su soledad o disfrutar su aislamiento, facilítele elementos como música o lecturas, pero no imponga sus gustos, solamente comparta. En caso de solicitar respuestas no se asuma como un científico, de respuestas claras, siéntase de igual a igual y no le haga sentir la diferencia terapeuta-paciente, usted no tiene por qué saber todo.

El Paciente desde que conoce el resultado de la prueba hasta ser un paciente en estado terminal pasa por varios estados emocionales que es necesario que Usted conozca para que pueda actuar con autenticidad y seguridad:

- Negación o Aislamiento: deje que él asuma su positividad o su enfermedad, por sí mismo, conozca su fortaleza o debilidad para asimilar la realidad, pero, no lo presione a obtener una respuesta, sin embargo, justifique el tratamiento, infórmele para qué es cada medicamento o procedimiento.
- Rabia o ira: es el primer paso a la aceptación, permítale que se desahogue, pero no se identifique con su ira así toque sus puntos más sensibles.
- Revaluación de los valores cotidianos: El paciente entra en contradicciones consigo mismo, sus valores se contraponen y sus ideas se presentan distorsionadas pues su fundamentación es cada vez diferente, permítale que él juegue y descubra su propia contradicción.
- Depresión: Reacción frente al hecho mismo (temor o pérdida real de seres amados, problemas económicos) y la asociación con el dolor como estado preparatorio a la muerte, replanteamiento de la vida y de la muerte. Asuma esto como hecho real y no reoriente hacia evitar asumirlo, permítale su tristeza e incluso ánimelo a que se cuestione o llore.
- Aceptación: Estado de dignidad y autoestima. Estimule hacia su Ser sin importar su deterioro físico.
- Admita su deseo de separación del mundo real, permítale hablar a aquellos a quienes desea dejar sus valores, él desea experimentar su cariño y reafirmar sus nexos afectivos, no le de opciones de vida que no existen.

Para concluir, su relación debe ser humana, pero sobre todo sea Usted misma, él sabe cuando Usted no es auténtica, dese permiso de sentirse no comfortable, descontenta con su trabajo, permítase estar ansiosa o incluso llorar, recuerde que Usted no es de hierro.

DICCIONARIO ESPECIFICO

Infección oportunista: la causada por gérmenes que en condiciones de indemnidad del sistema inmunitario no afectaría el organismo, usualmente son infecciones sobregregadas a las ya existentes en el paciente.

Grupo de riesgo: por ser edad, sexo y origen étnico datos imprecisos y de escasa utilidad del orden de prioridad para su clasificación obedece a criterios tales como comportamiento sexual, índice de promiscuidad, farmacodependencia y actitudes relativas a su salud.

Promiscuo: del latín promiscuus, de missere: mezclar. Mezcla indiferenciada con varios seres; se considera que sólo los miembros de una pareja exclusiva y cerrada no son promiscuos. Según el número de contactos son promiscuos de bajo riesgo el grupo de personas que tiene de uno a 20 contactos diferentes por año, de riesgo medio 20 a 100 contactos, de alto riesgo 100 a 400 contactos, altísimo riesgo 400 a 2.000 contactos. Al grupo de altísimo riesgo pertenecen en general los (as) promiscuos profesionales.

Contacto: es cada una de las personas con quienes se realiza uno o más actos sexuales; el contacto es tomado como una resultante socio-sexual, como el cúmulo de información de todos los contactos y actos anteriores.

Acto: cada uno de los encuentros sexuales que se tienen con un contacto.

Caso importado: aquel portador en cuya historia clínica figura uno más viajes al exterior durante los últimos cinco años y además registra contactos sexuales durante su estadía.

Caso autóctono: aquel portador que no ha salido del país y adquirió el virus en una relación ya sea con extranjeros o nacionales pero dentro del país.

Neofamilia: nuevo entorno familiar del homosexual que ha tenido ruptura con su bloque familiar y que se ha organizado en un círculo junto con su compañero y amistades, siendo éstas generalmente también homosexuales. Se considera importante el círculo neofamiliar en cuanto el paciente por el rompimiento con su familia desea de aquellos y no de su familia las visitas y ayuda necesaria.

Sexo seguro: es el cambio de actitud de las personas en sus prácticas sexuales, introduciendo en ellas nuevos elementos ligados a la prevención, lo que no supone reducir drásticamente la cantidad y calidad de las relaciones sexuales, además, busca reducir al máximo las oportunidades de riesgo de contagio de las enfermedades de transmisión sexual y en especial del sida.

C.D.C.: Communicable Diseases Center, of ATLANTA USA.

ELISA: Enzyme Linked Immunosorbent Assay o análisis inmunoabsorbente de enzimas, para detectar la presencia de anticuerpos tipo IgG contra el VIH.

BIBLIOGRAFIA

WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORDS O.M.S. 1986 Números 29, 30, 37, 38, 40,41, 50.

SIDA, JOURNAL OF MEDICINE. Enero de 1987. Volumen 316.

TECNICAS EN BANCO DE SANGRE. Traducción O.P.S. Reunión de Ginebra. Marzo, 1987.

DIRECCION DE EPIEMIOLOGIA. MINISTERIO DE SALUD. ESTADISTICAS SOBRE SIDA. Abril 1987.

SERVICIO DE SALUD DE BOGOTA. UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA. David Saavedra Corredor. M.D. Rossana Alba de Rangel. Enfermera Salubrista. DATOS ESTADISTICAS MAYO 1987.

BOSQUEJO DE CUESTIONES PSICOLOGICAS EN RELACION AL SIDA. Diego López C.S.W. y Ken Wein Ph. D. Gay Men's Health Crisis. New York.

LIVING WITH DEAPH AND DYING. ELIZABETH KUBLER ROSS. Collier Books MacMillan Publishing Company. New York 1986.

