

V. I. H.

ORGANO DIVULGATIVO DE LA OFICINA DE PREVENCIÓN Y LUCHA CONTRA EL SIDA

AÑO 1

Nº3

AGOSTO 1991

CARACAS - VENEZUELA



L. QUERECUTO R.

OD

S I D A

DIRECTORIO

VIH-SIDA

Organo Divulgativo de la Oficina de Prevención y Lucha contra el SIDA

OPL-SIDA / MSAS

Edificio Sur. CSB, piso 2, oficina OPL-SIDA. Teléfonos: 41.47.32, 42.83.33.

Jefe de OPL-SIDA

Dra. Beatriz Narváez

Coordinación y Redacción

Lic. María Vale
CNP N° 5014

Colaboran en este número

Lic. Gladys Castillo
Dr. Rubén Darío Gómez
Dr. Jesús Luque
Dr. Dimas Hernández
Dr. Antonio Ríos
Dr. Leopoldo Deibis

Portada

Luis Querecuto (Luquer)

Caricatura

Agustín Hidalgo

Diagramación, Montaje e Ilustraciones

José J. Macías Z.
CNP 936

Asesoría de Asuntos Éticos y Legales

A partir del 8 de julio del presente año la Oficina de Prevención y Lucha contra el SIDA abrió una consulta gratuita sobre aspectos éticos y legales relacionados con el VIH-SIDA, a cargo del Abogado Edgar Carrasco. La apertura de esta asesoría obedece fundamentalmente al conocimiento de que la epidemia del VIH-SIDA no es sólo un problema de salud pública, que afecta a nuestra comunidad, sino también un problema humano con las más amplias dimensiones y consecuencias sociales, culturales, económicas políticas y legales. La discriminación y el rechazo de que son objeto las personas con VIH-SIDA y los llamados grupos de riesgo está afectando seriamente el goce de los Derechos Individuales, Sociales y los Derechos en general, lo que impide a su vez una prevención efectiva de la Epidemia.

El objetivo de este programa abarca desde el acercamiento a los problemas relacionados con el VIH-SIDA, el derecho, los Derechos Humanos y la Ética, la revisión de leyes, hasta la Asesoría a Instituciones Públicas, Privadas y personas afectadas, sobre todo en materia de Trabajo, Familia Vida Privada y Derechos en general.

Las consultas se brindan los días lunes y miércoles de 1 a 3 pm en la sede de la OPL-SIDA.

SUMARIO

Editorial	1
Prevención del SIDA en el sector educativo. Material instruccional. Lic Gladys Castillo	1
SIDA: Tercera epidemia. Dr. Rubén Darío Gómez	2
La batalla contra el SIDA comenzó diez años atrás. (Traducción del Dr. Jesús Luque)	3
Tratamiento del Cáncer asociado a infección por VIH. Dr. Dimas Hernández	4
Manejo de las infecciones oportunistas en los pacientes con SIDA. Dr. Antonio Ríos	5
La Investigación-Acción, una herramienta para trabajar en SIDA. Lic. María Vale	6
Manifestaciones Neuropsiquiátricas. Dr. Leopoldo Deibis	7
NOTI-SIDA	8/9
Actividades del personal de Salud y riesgo de exposición al VIH	Contraportada

EDITORIAL

Saludamos con entusiasmo la designación de Venezuela como País Coordinador del Componente Educativo para los países del Área Andina, en vista de la experiencia adquirida en este campo.

Tal disposición nos satisface y representa un estímulo para nuestro equipo de Trabajo, quienes se han venido desempeñando con mucha ética y gran profesionalismo, pero a la vez nos compromete aún más hacia la necesidad de asumir este reto con la misma responsabilidad y creatividad con el cual hemos asumido la tarea de desarrollar las acciones del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH-SIDA.

Próximamente presentaremos nuestro Proyecto de Trabajo para el área andina, basada en nuestra experiencia, y la que estamos seguros se enriquecerá al compartirla con los representantes de los Países hermanos: Colombia, Perú, Ecuador y Bolivia, a fin de hacerlos un ejemplo en educación para América Latina, y por qué no para el mundo.

Necesitamos entonces del apoyo de todas las regiones del país que nos permitan demostrar con hechos, que el esfuerzo y el trabajo que hemos venido desempeñando en esta área es una realidad.

...SIGAMOS ADELANTE.

Prevención del SIDA en el sector educativo

Material Instruccional

Lic. Gladys Castillo
Trabajadora Social-Maestría
en Educación Sexual
OPL-SIDA

La ejecución del Proyecto Piloto Escolar para la Prevención del SIDA y otras Enfermedades de Transmisión Sexual, se inició con el diseño de un material instruccional dirigido a los facilitadores que tendrán la responsabilidad de capacitar a los docentes, alumnos, padres y representantes de cuatro (4) Entidades Federales seleccionados para la primera fase.

Este material fue presentado y validado en el Taller de Formación de Facilitadores para la Prevención del SIDA y otras Enfermedades de Transmisión Sexual con la participación de orientadores del área metropolitana de Caracas, y de los Estados Zulia, Nueva Esparta y Carabobo. Asimismo, médicos de los núcleos integrados de bienestar estudiantil y de los Departamentos de Enfermedades de Transmisión Sexual, al igual que trabajadores sociales de Promoción Social del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

El diseño del material fue un arduo trabajo por parte de la OPL-SIDA, del Ministerio de Educación y del Ministerio de la Familia, donde diferentes profesionales dedicaron varios meses a la revisión de los contenidos curriculares de los programas oficiales vigentes y de otros materiales de apoyo producidos en estos Ministerios, Unesco y la Oficina Sanitaria Panamericana. Esta tarea constituyó un valiosísimo intercambio de conocimientos, experiencias, ideas y sentimientos relativos a la sexualidad, a la vida familiar, al SIDA y a las Enfermedades de Transmisión Sexual, a la preocupación por las nuevas generaciones y la tarea de prevención que necesariamente debe abarcar la revisión y reflexión en torno a actitudes, valores, normas, pautas de socialización.

El reto a enfrentar por parte de los facilitadores con el apoyo de este material y el asesoramiento de la Oficina para la Lucha Contra el SIDA lo constituye en primer lugar el acercar más al docente al alumno, a sus inquietudes, temores, a reflexionar con ellos sobre la conveniencia de asumir conductas sanas y responsables con respecto a la sexualidad. Los padres también recibirán información y orientación para que conversen con sus hijos sobre estos temas. Todas estas actividades enmarcadas dentro de una filosofía humanista, donde el afecto y la comunicación franca, sincera y honesta, constituyan las herramientas básicas para consolidar una sociedad más sana, más justa y más igualitaria.

Los representantes de las diferentes entidades federales participantes, iniciarán en los meses de Setiembre y Octubre los primeros talleres para la Capacitación de Docentes, que trabajarán los alumnos de la III Etapa de Educación Básica y con los Padres y Representantes de éstos.

SIDA: Tercera Epidemia

Dr. Rubén Darío Gómez

**Médico Epidemiólogo. Consultor OPS
Docente Universidad de Antioquia
Medellín - Colombia**

HISTORIA SOCIAL DEL SIDA:

Si bien la historia natural del SIDA ha sido profusamente estudiada a nivel individual, la historia social de la epidemia no ha sido abordada con la misma intensidad.

Desde 1981 la descripción de los primeros casos de SIDA alertó a la comunidad mundial sobre la aparición de una epidemia nueva, descrita como una enfermedad sexualmente transmisible, de curso severo, de alta letalidad y circunscrita a ciertos grupos poblacionales. En 1985, el descubrimiento de las pruebas serológicas y su aplicación a poblaciones asintomáticas, hicieron evidente la existencia de una segunda epidemia de infectados sanos, cuya frecuencia y antigüedad excedían la dimensión de la primera epidemia descrita.

El avance de estas dos epidemias trascendió las implicaciones de una simple enfermedad y produjo a su paso un complejo conjunto de trastornos sociales que obligaron a la Organización Mundial de la Salud a considerar el impacto poblacional del SIDA como un problema prioritario y a llamar la atención de la comunidad internacional sobre la presencia de una "TERCERA EPIDEMIA", constituida por el malestar, la disfuncionalidad y el sufrimiento que el SIDA genera entre los individuos y grupos poblacionales no infectados. Esta tercera epidemia comprende cuatro dimensiones, las cuales constituyen a su vez complicaciones de las dos epidemias anteriores y ameritan una respuesta social urgente: el impacto emocional, el impacto social, el impacto económico y el impacto sobre los sistemas de servicios de salud.

LAS CRISIS DE ESTRUCTURAS

IDEOLOGICAS: que han debido modificar sus posiciones y contenidos presionados por el avance del SIDA, son otra manifestación de la Tercera Epidemia. Estas crisis se caracterizan por profundas reformulaciones sobre el significado y la práctica de aspectos como la sexualidad, la calidad de vida, la ética, la moral, los derechos humanos, las condiciones de trabajo, la educación, la asistencia médica, la enfermedad, la familia y el papel del Estado frente a la salud.

IMPACTO ECONOMICO: La Tercera Epidemia comprende también la crisis financiera generada tanto por el elevado costo económico de los servicios que demanda un enfermo de SIDA, como por la enfermedad o la pérdida de individuos económicamente productivos; el impacto de esta crisis recae directamente sobre la familia y sobre los gobiernos. La atención integral de un enfermo de SIDA incluye procedimientos diagnósticos y tratamientos altamente especializados, cuyo costo, variable para cada país y para cada momento de la enfermedad, puede oscilar entre los 80 y los 800 dólares por día, pocas familias y pocos estados asumen estos costos integralmente.

IMPACTO SOBRE LOS SISTEMAS DE SERVICIOS: Los servicios de salud han experimentado el impacto devastador de la epidemia sobre cuatro aspectos básicos: el deterioro de los indicadores de salud pública, la crisis financiera, la crisis tecnológica y la crisis de los agentes de salud.

El SIDA amenaza con deteriorar rápida y profundamente, y los logros sanitarios alcanzados por los estados después de varios años de esfuerzos, afectando sus indicadores básicos de morbilidad y mortalidad.

EL IMPACTO EMOCIONAL: Es una complicación de la diseminación del SIDA, manifestada en la depresión, la culpa, la agresividad, la represión de la sexualidad y los sentimientos de abandono que afectan a los contactos sociales, familiares y sexuales de

infectados y enfermos. Influye también el miedo irracional y disfuncional experimentado por la población general en relación con el SIDA.

EL IMPACTO SOCIAL DEL SIDA: Se expresa en tres fenómenos diferentes:

- **LA DESINTEGRACION DE ESTRUCTURAS SOCIALES:** Alrededor del infectado, parejas, familias, vecindarios, grupos o comunidades pueden desmoronarse al paso de la epidemia.

- **LA DISCRIMINACION:** De grupos de individuos considerados por otros grupos como de "MAYOR RIESGO", se encuentren infectados o no, constituyen una de las manifestaciones más disfuncionales de la tercera epidemia. En lugar de constituir una alternativa que rompa la cadena de contagios, las medidas discriminatorias, imponen sufrimientos adicionales innecesarios a los infectados.

RAICES DEL PROBLEMA:

La Tercera Epidemia que acaba de describirse se desarrolla inexorablemente en el mundo, a medida que avanza la primera y la segunda epidemias, afectando a la población más allá del campo de influencia del virus e impulsada por problemas individuales y sociales que existían ya antes del SIDA, los cuales constituyen su raíz y su fuerza:

- El miedo irracional a la muerte.
- El miedo irracional al contagio.
- La disfuncionalidad en el abordaje y el ejercicio de la sexualidad.
- Las discriminaciones y desigualdades sociales.
- La disfuncionalidad de las estructuras sociales para responder a las necesidades de los individuos y al bien común.

La identificación e intervención de estas situaciones tanto a nivel individual como colectivo, constituyen un punto de partida obligado para el control de la Tercera Epidemia.

Debemos educar para vencer el miedo irracional al SIDA

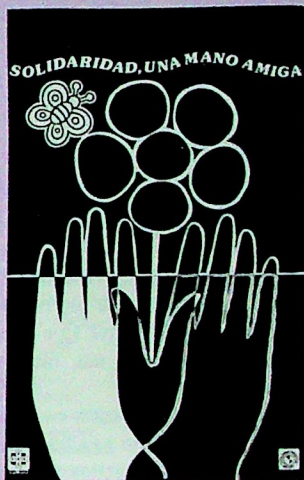
La Batalla contra el SIDA comenzó 10 años atrás

Todo empezó como un susurro entre los científicos, 10 años atrás el 5 de Junio de 1991. En la década siguiente el SIDA ha crecido y pasó de ser una afección rara de los homosexuales a una pandemia que afecta a millones en todo el mundo. Después de 10 años el SIDA es una cuestión vida o muerte. En un mes de Junio de hace 10 años, una publicación del Centro para el Control de Enfermedades (C.D.C. ATLANTA) informaba acerca del sorprendente reporte de 5 hombres homosexuales de California, que presentaban una neumonía por *Pneumocystis Carinii*, afección sumamente rara que antes sólo se observaba en personas con trastornos en su sistema inmunitario.

El mes siguiente, otro reporte: 36 hombres jóvenes homosexuales sufrían del sarcoma de kaposi, un tipo de cáncer raro que hasta entonces sólo afectaba a hombres de avanzada edad con su sistema inmunitario afectado. Para ese momento las campañas de alarma comenzaron a sonar, los médicos deben estar alerta ante la aparición del sarcoma de kaposi, la neumonía por *P. Carinii* y otras infecciones oportunistas asociadas con inmunosupresión en los hombres homosexuales. Este fue el alerta del C.D.C. para entonces.

A los pocos meses, todo estaba claro, había un nuevo peligro que comenzó a ser conocido como el Síndrome de

Inmunodeficiencia Adquirida y que se estaba diseminando por el mundo y para el cual no se conocía ninguna cura; 10 años después, todavía no hay cura para este mal, pero hay tratamientos



que prolongan la vida. El miedo a la enfermedad aún persiste pero la histeria que antes existía ha venido declinando. El léxico "Sexo Seguro" ha entrado en el lenguaje popular y en la conciencia del público. Las transfusiones de sangre y las visitas a los odontólogos que antes eran cosas de rutina, se han convertido en motivo de preocupación. La comunidad homosexual diezmada por la enfermedad y la muerte, se ha movilizad con un slogan que dice: EL SILENCIO ES LA MUERTE.

Aun cuando las cifras no están creciendo como se estimó al principio en los Estados Unidos, el problema persiste y

es preocupante. Los epidemiólogos están viendo una especie de "Maduración" de la enfermedad, se está alejando del grupo de alto riesgo de los homosexuales y está aumentando en otros segmentos de la población. Mientras que los homosexuales blancos son el grupo más afectado, la transmisión por uso de drogas intravenosas y la actividad heterosexual, ha aumentado. New York y Los Angeles cuentan como las ciudades de mayor número de casos, pero los casos de SIDA vienen aumentando sostenidamente en 40 Estados.

El rostro de la epidemia está cambiando y lo seguirá haciendo. Está aumentando aceleradamente la epidemia en los negros e hispanos pobres, especialmente los usuarios de drogas, sus parejas y sus hijos.

Hay algunas buenas noticias:

En los primeros días de la epidemia, el miedo era la regla. Pero la enfermedad adquirió un rostro humano a través de la muerte del actor ROCK HUDSON y cuando se le quiso prohibir a RYAN WHITE, un escolar de Indiana, que regresara al colegio, cuando se supo que estaba infectado por VIH, tras una transfusión de sangre.

La segunda noticia es que mientras los médicos no disponen de medios para evitar la muerte, sí pueden prolongar las vidas. El desarrollo de AZT y otras drogas en período de experimentación, son el resultado de una intensa labor en los campos de la virología, la inmunología, la biología molecular y otras disciplinas.

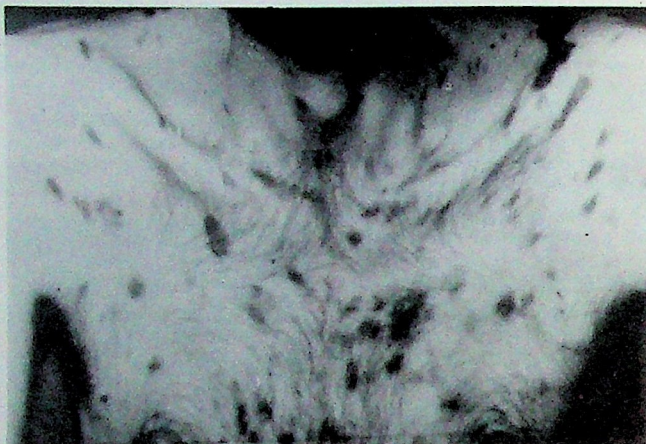
The Daily Journal, Caracas 18-06-91
Traducción Dr. Jesús Luque - Médico
Epidemiólogo, OPL-SIDA.

Las pruebas de laboratorio para el VIH gradualmente han sido mejoradas, haciéndose más precisas.

TRATAMIENTO DEL CANCER ASOCIADO A INFECCION POR VIH

Dr. Dimas Hernández

Médico Internista-Oncólogo
Adjunto al Servicio de Medicina 2
y Cátedra Clínica Médica B
Hospital Vargas-Caracas



1. SARCOMA DE KAPOSI

a) Lesiones dolorosas en planta de los pies, o causando obstrucción linfática: se indica radioterapia local.

b) Lesiones aisladas visibles dolorosas son también susceptibles a Vinblastina intralesional.

c) Lesiones avanzadas (+ 20 cutáneas) o rápidamente progresivas, sin infección oportunista previa, sin síntomas sistémicos y con un conteo de células CD4 > 200/mm³: Administrar Interferón-Alfa 5 millones Uds., intramuscular tres veces a la semana junto a 500 mg. de Zidovudina/día.

d) Lesiones viscerales o mucosas asociadas a síntomas sistémicos, o infección oportunista previa y células CD4 < 200 mm³:

Usar Monoquimioterapia con Bleomicina 15 mg, Adriblastina 20 mg/m² o Vinblastina 6 mg/2 cada 2 semanas.

e) También puede usarse Poliquimioterapia con Vincristina: 2 mg, Bleomicina: 10 mg/m² y Adriblastina: 20 mg/m². Con este esquema se obtiene una mayor respuesta.

f) Aunque las respuestas oscilan entre un 40-50% no hay un gran impacto en modificaciones de la sobrevida global.

2. LINFOMAS

a) Linfoma Primario del S.N.C.: Radioterapia.

b) Linfoma no Hodgkin:
Ciclofosfamida: 750 mg/m²,
Adriblastina: 50 mg/m²,
Vincristina: 1,4 mg/m²,

Prednisona: 100 mg V.O. 1-5. Otros esquemas incluyen Metotrexate y VP-16 con buena respuesta, pero aún son muy experimentales.

CCNU: 100 mg/m² 1, VP-16: 200 mg/m² 1-3, Ciclofosfamida: 100 mg/m² 22-31 y Procarbazona: 100 mg/m² 22-31.

c) Enfermedad de Hodgkin:
Mecloretamina: 6 mg/m² 1 y 8,
Vincristina: 1,4 mg/m² 1 y 8,
Procarbazona: 100 mg/m² 1-14
Prednisona: 60 mg/m² 1-14.

SISTEMA INMUNITARIO: Es el sistema de defensas del cuerpo contra el ataque de los virus, bacterias y otros organismos que causan enfermedad o son nocivos. La función del Sistema Inmunitario es reconocerlos y eliminarlos. El elemento clave de esa reacción es la producción de Anticuerpos, los cuales reconocen a determinados antígenos.

ANTIGENOS: Es una sustancia formada por proteínas o carbohidratos que pertenece a un Organismo productor de una respuesta inmunitaria (Virus, bacterias y otros microorganismos).

MANEJO DE LAS INFECCIONES OPORTUNISTAS EN LOS PACIENTES CON SIDA

Dr. Antonio Ríos -

Médico Internista-Infectólogo. Jefe Unidad de Micología. Servicio de Patología Clínica. Médico Consultivo de Unidad de Infectología. Hospital Vargas.

ETIOLOGIA INFECCIOSA	TRATAMIENTO (1era. Elección)	ALTERNATIVAS	COMENTARIO
Pneumocystis carinii (pulmonar y extrapulmonar)	Trimethoprim/sulfamethoxazol 15-20/75-100 mg/kg día. VO o EV dividida en 4 dosis x 2-3 semanas	Pentamidina 4 mg/Kg día EV x 3 semanas o Dapsone 100 mg VO día + TMP-SMZ o Clindamicina	Mantenimiento: 160 mg de TMP, 800 mg de SMZ interdiario
Cryptococcus neoformans (Meningitis pulmonar diseminada).	Anfotericina B 0.6-1.2 mg/Kg día. Dosis acumulada no menor de 2 gramos	Fluconazol 400 mg/día VO x 10 semanas	Mantenimiento Anfotericina B 1 mg/ Kg semanal o Fluconazol 200 mg/ día VO
Toxoplasma gondii (encefalitis absceso cerebral, ocular)	Pyrimethamina 100-200 mg VO dividida en dos dosis x 2 d seguido de 25 mg/día + Sulfadiazina 100 mg/día VO (ambas por mínimo de 3 meses)	Pyrimethamina 50-75 mg/día VO + Clindamicina o Roxitromicina	Mantenimiento Pyrimethamina 25 mg interdiario o Clindamicina o Roxitromicina
Candida albicans (oral, esofagitis diseminada)	Oral: Nistatina 5 ml c/6 horas VO (enjuagar y tragar) Esofagitis: Anfotericina B 0.3-0.6 mg/ Kg/día EV (dosis acumulada 150-300 mg) Sistémica: Anfotericina B (igual dosis)	Ketoconazol 200-400 mg/día Fluconazol 50 mg/día VO	Candidiasis visceral: Anfoter B no menos de 2 gr. dosis acumulada
Mycobacterium tuberculosis (pulmonar y extrapulmonar)	Tres drogas en los primeros 2 meses: Isoniazida: 5-10 mg/kg día. Rifampicina: 10-15 mg/kg día (600 mg) y Pirazinamida 25 mg/kg/día VO. Seguido por 7 meses de tto doble: Isoniazida + Rifampic	Streptomicina o Ethambutol por Pirazinamida	Profilaxia con Isoniazida a los Pac HIV + con PPD mayor de 10 mm. Se recomienda dar Isoniazida de mantenimiento luego de los 9 meses.
Mycobacterium avium-intracellulare (diseminada)	Combinaciones de más de 3 drogas: Amikacina x 4 semanas + Ethambutol, Rifampicina y Ciproxina (12 semanas en total)	Imipenem, Estreptomicina y otras	Se recomienda cursos prolongados, o altos porcentajes de recaídas
Citomegalovirus (retinitis, enteritis, esofagitis, neumonitis, cerebritis)	Ganciclovir 7.5-15 mg/Kg día EV dividida en 2 dosis x 2-3 semanas	Foscarnet 60 mg/Kg c/8 h. por 14 días	Mantenimiento: Ganciclovir 15 mg/ Kg EV, una dosis semanal
Herpes simplex (mucocutánea, perianal)	Aciclovir 250 mg/ml2 c/8 horas x 7 días EV o 200 mg 2 veces al día VO x 10 días		
Esofagitis, neumonitis o diseminado	Aciclovir 10 mg/Kg c/8 horas x 10 días EV	Ganciclovir Foscarnet (herpes resistente al Aciclovir)	Puede recurrir, pero usualmente no se usa tratamiento de mantenimiento 200 mg VO TID (Aciclovir)
Herpes zoster (mucocutánea o diseminada)	Aciclovir 500 mg/ml2 c/8 horas x 7 días EV		
Cryptosporidium (diarrea con severa deshidratación)	Tratamiento sintomático, corrección hidro-electrolítica y anti diarréicos	Spiramicina 1 gr VO por 21 días	Alta incidencia de fracasos terapéuticos específicos
Isospora belli (diarrea severa indistinguible clínicamente de Cryptosp)	Trimethoprim 20 mg/kg y Sulfamethoxazol 100 mg/kg VO x 3 semanas	Pyrimethamina 75 mg/día por 14 días	Mantenimiento TMP-SMZ 160/800 mg 3 veces x semana o Pyrimethamina 25 mg VO semanal
Histoplasma capsulatum (pulmonar, diseminada)	Anfotericina B 0.6-1mg/Kg/día (dosis acumulada no menor de 2 gramos)	Fluconazol 400 mg VO por 2 meses mínimo	Mantenimiento: Anfotericina B semanal o Fluconazol 50-100 mg/día

LA INVESTIGACION ACCION UNA HERRAMIENTA PARA TRABAJAR EN SIDA

Lic. María Vale



La Investigación-Acción es una herramienta en el campo de la investigación social y constituye un camino, una alternativa válida de educación para la salud.

Quien así se expresa es la socióloga Bahilde García, docente (convênio SAS-UCV) de la Cátedra de Medicina Preventiva II de la Escuela Luis Razetti, Facultad de Medicina de la UCV, quien agregó que en el proceso de la Investigación-Acción pueden participar todas las personas u organizaciones involucradas para el cambio de una realidad global, tales como Comités de Salud, Asociaciones de Vecinos, Grupos Juveniles, estructuras no formales. Es importante acotar -dice Bahilde- que hay un sinnúmero de posibilidades para trabajar Investigación-Acción, que la misma población brinda, la cual permite la consecución de metas, abre los procesos de educación y concientización, toma de decisiones de la población, que nos permita diagnosticar críticamente una realidad.

¿COMO DEBEMOS ASUMIR LA INVESTIGACION ACCION?

-Una forma -dice la socióloga- es motivar a la población para organizarnos en grupos o círculos de interés y abrir la discusión alrededor del contexto socio-político del país y vincularlos con las condiciones de vida a nivel local. Todos juntos -agrega- debemos ir codificando nuestra realidad, interpretarla, analizarla, concretar prioridades de áreas problemáticas y fijar posiciones y alternativas de solución, donde cada miembro del grupo debe estar

involucrado, en cuanto al desarrollo integral de las acciones, precisando responsabilidades, tiempo y espacio para el cumplimiento de la acción. Continúa diciendo la profesora Bahilde García que a partir de allí, se debe fijar un plan general de trabajo donde se establezca la responsabilidad de cada uno de los miembros del grupo y los recursos con que se cuenta, así como desarrollar la actividad, al igual que las evaluaciones del trabajo realizado.

¿CUAL FUE LA EXPERIENCIA CON LA ESCUELA LUIS RAZETTI?

En nuestro caso específico -señala- la experiencia fue integrada al contenido programático de los estudiantes de Medicina Preventiva II, partiendo de las necesidades de la comunidad seleccionada (Barrio San Isidro de Petare), se determina el tema de investigación, se diseña un anteproyecto, en esta oportunidad el SIDA como problema de salud pública, el cual constituye un primer acercamiento. Se discute, se analiza y posteriormente se va a la comunidad, para constatarlo en su realidad, con los grupos de discusión-investigación que constituyen el espacio para la reflexión.

¿COMO DINAMIZAMOS ESTE GRUPO DE DISCUSION- INVESTIGACION?

-Con la aplicación de las preguntas generadoras que faciliten el diálogo con el grupo, propiciando una atmósfera agradable para discutir, profundizar y

llegar a compromisos de cambio en torno a Educación para la Salud, referida al área de trabajo seleccionada. Esas preguntas surgen de los objetivos generales y específicos.

Recalcó la socióloga García que quien facilita este proceso de discusión es el grupo organizado de la comunidad, democráticamente seleccionado, y en la experiencia de la Razetti, el estudiante asume el rol de facilitador general y lo compare con la participación de un facilitador que el grupo asigne democráticamente.

¿PARA QUE LA INVESTIGACION-ACCION?

-Para aproximarnos -dice la profesora García- de una manera más objetiva, crítica a una realidad social determinada y específicamente para la comprensión de cualquier situación de salud, debemos integrarnos con la población, trabajar juntos, reflexionar juntos, sistematizar el conocimiento conjuntamente, abrir nuevos espacios que sirvan de escenarios para la transformación de la realidad.

Finalmente la profesora García dijo que la Información-Acción es una herramienta de trabajo de fácil comprensión teórico-práctica, que puede aplicarse a cualquier nivel de la estructura de la sociedad: Universidades, Organismos Públicos, Privados, con las comunidades en estructuras formales, con estructuras no formales. Lo importante es: Estar comprometidos para el cambio, estar libres de esquemas rígidos, reterarios metodológicos, estar abiertos a aceptar la integración de nuevos conocimientos a nivel popular.

NORMAS DE PREVENION



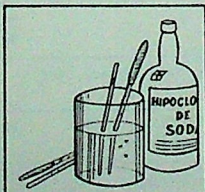
ESTE ATENIDO

Hay personas aparentemente saludables que pueden estar infectadas con el VIH, por lo tanto, TODA sangre, líquidos corporales y tejidos de CUALQUIER paciente, deben ser tratados como si estuvieran infectados.



LAVASE LAS MANOS

Si no lo ha hecho en las manos y ha entrado en contacto con sangre, líquidos corporales o tejidos de cualquier paciente, se le han caído sujetadoras, biberón, biberón con agua y jabón.



DESINFECTE Y ESTERILICE

Todo instrumento punzocortante utilizado en cualquier paciente, debe sumergirse en una solución del IPOCLORO DE SODIO al 1% por 30 minutos y luego esterilizarse en autoclave. Sus empujadores necesitan un tratamiento especial.



INFORME ACCIDENTES

El personal que como parte de su trabajo o por accidente ha entrado en contacto con sangre, líquidos corporales o tejidos de cualquier paciente debe informar a sus superiores inmediatamente.

“MANIFESTACIONES NEUROPSIQUIATRICAS”

Dr. Leopoldo Deibis
Médico Pediatra

Centro Nacional de Inmunología
 Clínica UCV Caracas

Aproximadamente un 50% de individuos infectados por VIH SIDA presentan manifestaciones neuro-psiquiátricas en grado variable en algún momento de la infección ya sea como enfermedad cerebral orgánica (encefalopatía, Estado Demencial) o desórdenes del sistema nervioso periférico (Neuropatía sensorial o Motora). Todavía está en investigación si el VIH es causante en forma directa de daño neurológico o si éste es consecuencia de otros factores como infecciones asociadas, Trastornos metabólicos, etc.

El objetivo de evaluar estas manifestaciones viene dado porque en general están presentes en individuos infectados con compromiso de otros órganos o infecciones asociadas, sin embargo en algunos casos pueden ser las manifestaciones iniciales que señalan el progreso de la enfermedad. De acuerdo al grado de severidad llegan a alterar el desempeño de las actividades diarias del individuo, perturbando el entorno familiar y social.

Manifestaciones Neuropsiquiátricas:

A continuación se señala una guía de las principales manifestaciones clínicas de estos trastornos que le permitan al médico la identificación y orientación de cada caso.

DEMENCIA ASOCIADA A INFECCION POR VIH O ENCEFALOPATIA POR VIH

Este cuadro clínico se caracteriza por una interferencia con las actividades sociales o laborales por compromiso de las funciones intelectuales. Puede ser de comienzo insidioso y va desde una forma leve de falta de concentración, apatía, encenecimiento de movimientos hasta una forma severa de disfunción motora con incoordinación, ataxia, paraplejias, nutismo. Puede expresarse como

alteraciones en la esfera verbal, visual-espacial, visual-motora, atención, destreza manual, velocidad motora, deambulación.

PROBLEMAS PSIQUIATRICOS:

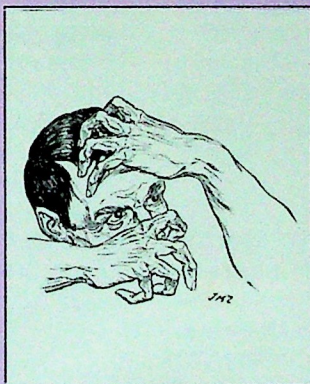
Dentro de las manifestaciones psiquiátricas más comunes en infección por VIH se encuentran las reacciones de adaptación o desórdenes funcionales caracterizados por ansiedad, negación, disturbios de la conducta y ocurren en un alto número de individuos después que recibe la notificación de la infección (o de que está infectado). Rara vez conllevan a falla funcional crónica y por lo general duran varias semanas.

Los desórdenes de adaptación opuestos a la falta de adaptación; incluyen manifestaciones

de pensamiento, lentitud o rapidez a las respuestas, calidad del lenguaje, alteraciones de personalidad, apatía, depresión asociados o no a déficit motor o sensorial, parálisis o paresias, atrofia muscular, hipo o arreflexia. Es importante determinar el tiempo de evolución de los síntomas y si hay o no relación con el momento en que se comunicó el diagnóstico de infección por VIH, antecedentes de consumo de drogas. Legales (para excluir psicosis inducidas por drogas) o historia previa de desórdenes psiquiátricos antes de la infección.

El manejo clínico y terapéutico de las manifestaciones neuropsiquiátricas por su complejidad no puede ser realizado a nivel de atención primaria, la orientación de cada caso permitirá tomar la decisión de referirlo a un segundo nivel de atención. Como guía va a servir la mayor o menor severidad de los síntomas. Aquellas manifestaciones menores que no impidan el desempeño de la actividad diaria, que no bloqueen la comunicación verbal-visual-cognitiva entre el paciente y su entorno pueden ser manejados dentro de una conducta expectante, en tanto que ante manifestaciones de depresión, apatía, ansiedad, demencia, delirio o psicosis; o donde la alteración del comportamiento o de la psiquis impida un intento terapéutico ambulatorio, debe ser pronta la referencia a consulta especializada (Psicoterapia).

Lo más importante en este aspecto es la actitud motivacional y el convencimiento que debe existir en el médico que atiende al paciente infectado y que al detectar signos y síntomas que le hagan sospechar la presencia de alteraciones neuropsiquiátricas, debe canalizar este caso al especialista para una terapéutica adecuada, abordaje de conflictos inmediatos, resolución de sentimientos de culpa, negación, o ansiedad que permita al paciente aceptar su situación. Este último punto es un factor importantísimo que va a incidir en un cambio de actitud personal, tipo de vida y en prevención eficaz.



de depresión, manía, psicosis agudas, esquizofrenia, delirio, alucinaciones paranoides; generalmente asociadas a fallas funcional crónica o la presencia de infecciones oportunistas en SNC, tumores o trastornos metabólicos severos. Por lo general los pacientes que presentan psicosis agudas tienden a desarrollar encefalopatía.

ESTRATEGIA DE EVALUACION

Los datos de la historia clínica orientada al área neuropsiquiátrica permitirá detectar manifestaciones relevantes que estén o no asociados a otras manifestaciones. El interrogatorio y el examen físico dará información sobre datos como atención a la entrevista, coordinación de ideas, curso del

ARN Y ADN: Acido Ribonucleico (ARN) y Acido Desoxirribonucleico (ADN) contienen la información Genética de un Organismo, es decir, las instrucciones para el crecimiento y reproducción de cada célula viva.

NOTI-SIDA

* RED INTERORGANISMOS DE APOYO: La OPL-SIDA/Asesoría de Asuntos Éticos y Legales, está desarrollando una red de interorganismos a nivel nacional, con el propósito de prestar asistencia jurídica a los afectados por el VIH-SIDA y desarrollar programas educativos relacionados con los aspectos éticos y legales de la epidemia del VIH-SIDA. Esta red estaría conformada por organismos tales como: Fiscalía General de la República, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Ministerio del Trabajo, Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), los Sindicatos, Gremios de Industriales y Profesionales, Grupos de Derechos Humanos y Organizaciones no-Gubernamentales que trabajan en el área,

* VALENCIA CELEBRA MAGNO EVENTO: Durante los días 4,5,6,7 y 8 de Noviembre, Valencia será sede del V CONGRESO VENEZOLANO DE MICROBIOLOGÍA, en el marco del cual tendrá lugar el ENCUENTRO LATI-NOAMERICANO DE EDUCADORES Y COMUNICADORES PARA LA PREVENCIÓN DEL SIDA, cuyos contenidos tendrán una significación especial y trascendente para enfrentar la infección en nuestro país. Entre los invitados extranjeros que figuran están: Dra. Maritza Arbaje (República Dominicana), Dr. Rubén Darío Gómez (Colombia), Dr. Rafael Mazin (OPS-Washington), Dr. Wilfredo Alvarado (Honduras) Dra. Ineke Cunnighan (Puerto Rico). Por Venezuela Dra. Beatriz Narváez (Jefe de la OPL-SIDA), Lic. María Vale (Coordinadora

Educativa de la OPL-SIDA), Lic. Gladys Castillo (Asesora Proyecto Piloto Escolar).

* TALLERES DE CONSEJERÍA: Dos importantes Talleres de Consejería en SIDA, implementó la OPL-SIDA, uno de ellos efectuado en el Instituto Nacional de Higiene, con la participación de representantes de la institución anfitriona, del Centro de Oncología y Hematología, Centro de Inmunología Clínica, Instituto Nacional de Venereología, Hospital Universitario, Hospital Vargas, Hospital de Niños, Hospital de Los Magallanes de Catia, Hospital Domingo Luciani (IVSS), representantes del IPASME, Hospital Militar, representantes del MSAS. El segundo de los talleres se realizó en San Pedro de los Altos (Pozo de Rosas), con la participación de representantes de los Estados Lara, Monagas, Carabobo, Zulia, Miranda y Distrito Federal.

* CONGRESO LATINOAMERICANO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SIDA: Del 30 de octubre al 2 de noviembre del presente año se realizará en Santo Domingo, República Dominicana, a fin de coordinar esfuerzos, ante la necesidad de modificar enfoques tradicionales contra las enfermedades de transmisión sexual y SIDA, reuniendo los más connotados científicos del hemisferio occidental para un intercambio de información científica.

*Lara, Trujillo y Bolívar se organizan para trabajar en la lucha contra el VIH-SIDA, mediante la incorporación de equipos de trabajo multidisciplinarios y con el compromiso de otras instituciones del sector salud, así como también el Ministerio de Educación, Ministerio de la Familia, INAM, Ministerio de Justicia, porque este es un problema de todos.

* Recientemente la Oficina de Prevención y Control del VIH-SIDA editó el primer número de la serie OPL SOBRE EL SIDA: Manual de Enfermería para la atención del enfermo con SIDA, escrito por la Lic. Margarita Barrios, asesora de esta oficina. La distribución se está haciendo a través de las Oficinas de Enfermería de las Direcciones Subregionales.

* **SOCIEDAD AMIGOS DE LA VIDA:** Se trata de un Proyecto de Asociación Civil cuyo objetivo general manifiestan es: **FACILITAR EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA PERSONA AFECTADA POR EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA A TRAVES DE LA IMPLEMENTACION DE ESTRATEGIAS CENTRADAS EN LA ATENCION MEDICINAL, ASISTENCIA SOCIAL, RECREACIONAL Y EDUCATIVA.**

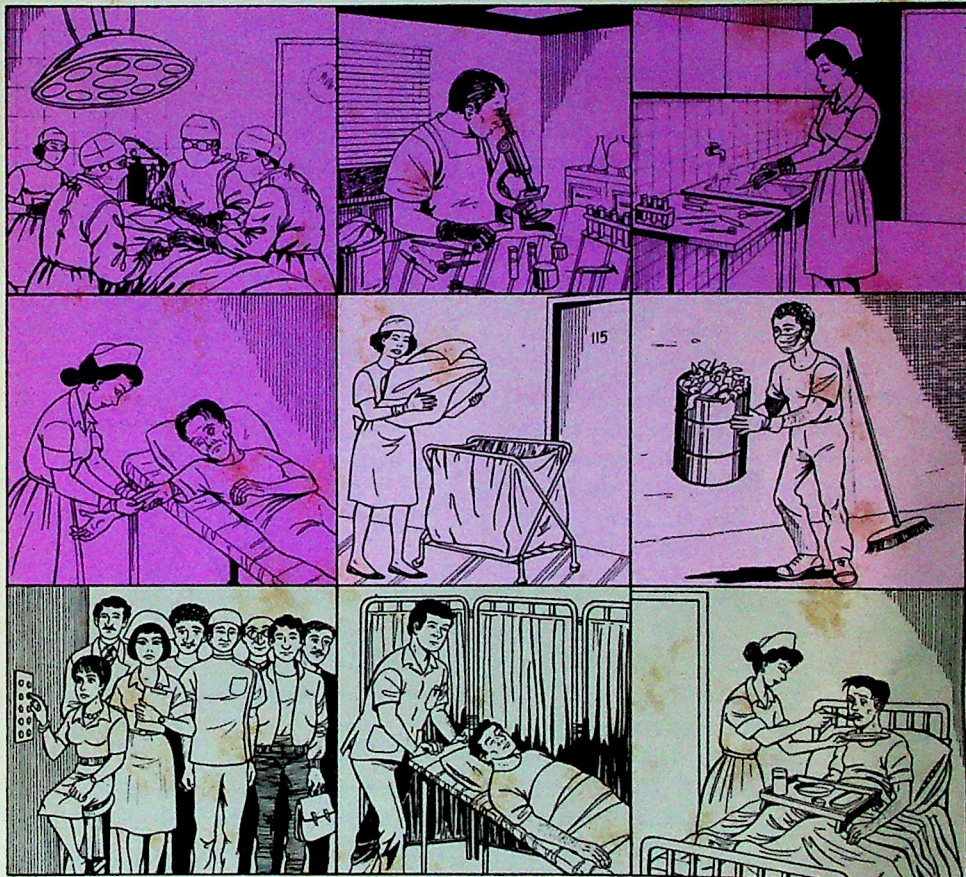


* 50 Enfermeras se reunieron en Caracas a objeto de participar en un Taller denominado "ROL DE LA ENFERMERA EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON VIH-SIDA". Allí recibieron información sobre normas de Bioseguridad, atención integral del paciente, educación sexual, VIH-SIDA y su prevención. Ahora ellas multiplicarán el mensaje en todos los Estados.

EL SEROPositIVO O EL PACIENTE CON SIDA ES ANTE TODO SER HUMANO, QUE NECESITA DE NUESTRO AFECTO Y SOLIDARIDAD



ACTIVIDADES DEL PERSONAL DE SALUD Y RIESGO DE EXPOSICION AL VIH



● PELIGRO DE EXPOSICION FRECUENTE

● PELIGRO DE EXPOSICION POR ACCIDENTE

● SIN PELIGRO DE EXPOSICION

Seguir las normas de prevención del VIH-SIDA puede significar la diferencia...

