México Libre de Tuberculosis®

ALTO TB MÉXICO

Red TAES de Enfermería en Tuberculosis

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

Guía de Enfermería para la Atención del Paciente con Binomio TB/SIDA

ISBN 970-721-336-1

Programa Nacional de TUBERCULOSIS

México Libre de Tuberculosis®

ALTO TB MÉXICO

Red TAES de Enfermería en Tuberculosis

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

Guía de Enfermería para la Atención del Paciente con Binomio TB/SIDA

Secretaría de Salud
Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades
Dirección de Micobacteriosis
Subcomité Red TAES de Enfermería en Tuberculosis

ISBN 970-721-336-1

Programa Nacional de TUBERCULOSIS

Guía de Enfermería para la Atención del Paciente con Binomio TB/SIDA
Primera Edición 2006
D. R. Secretaría de Salud
Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico
ISBN 970-721-336-1

Índice

Presentación 9

Objetivo General 11

Capítulo 1 13
Identificación de Necesidades del Individuo y la Familia 13
1.1 Familia: concepto 13
1.2 Orientación y consejería en el manejo de la enfermedad 15
1.3 Alimentación y aspectos nutricionales 19
1.4 Cuidados higiénicos (lavado de manos, manejo de secreciones, empleo de antisépticos) 21
1.5 Manejo de la sexualidad 26
1.6 Condiciones de la vivienda 30

Capítulo 2. 32
Intervenciones Individuales y Familiares 32
2.1 Detección de signos y síntomas de alarma 32
2.2 Tratamiento conjunto de la TB/VIH-SIDA 33
2.3 Quimioprofilaxis 40
2.4 Estudio de contactos 40
2.5 Adherencia al tratamiento 41
2.6 Seguimiento de laboratorio 42
2.7 Apoyo tanatológico 42

Capítulo 3. 46
Intervenciones Comunitarias 46
3.1 Estigma social 46
3.2 Redes sociales para el paciente con TB/VIH-SIDA 48
3.3 Sensibilización a la comunidad 50

Bibliografía 54

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Dra. Maki Esther Ortíz Domínguez
Subsecretaría de Innovación y Calidad

Dr. Mauricio Hernández Ávila
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud.

Lic. María Eugenia León-May
Subsecretaría de Administración y Finanzas

Dr. Pablo Kuri Morales
Director General del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y control de Enfermedades

Dr. Carlos Humberto Álvarez Lucas
Director General Adjunto de Programas Preventivos del CENAVECE

Dr. Manuel Bayona Celis
Director General Adjunto de Epidemiología

Dra. Celia Mercedes Alpuche Aranda
Directora General Adjunta del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE)

Coordinación

Dr. Martín Castellanos Joya
Director de Micobacteriosis

Lic. Arcelia Avena Peralta
Coordinadora Red TAES de Enfermería en Tuberculosis

Agradecimientos

Agradecemos la participación en la compilación de la información, revisión, correcciones y comentarios de esta Guía a las personas de las siguientes Instituciones:

Lic. María Dolores Vázquez González
Secretaría de Salud de Coahuila

Lic. Ana Silvia Rodríguez Miranda
Secretaría de Salud de Jalisco

Esp. María Mónica García Carcaño
Instituto de Salud del Estado de México

Lic. Jesús Israel Bernabé Aranda
Secretaría de Salud de Morelos

Lic. María Guadalupe Ríos Reyes
Secretaría de Salud de Nuevo León

E.S.P. Clementina Romero Gómez
Secretaría de Salud de Veracruz

Lic. Elisa Robles Díaz
Servicios de Salud de Zacatecas

Lic. Alejandra Meléndez Crespo
Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA

E.S.P. Nancy Hernández Zarza
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Lic. Arcelia Avena Peralta
Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE)

Lic. Adela Reyes Herrera
Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE)

M.S.P. Sofía Sánchez Piña
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia /UNAM

Lic. María Teresa Aguilar Ramírez
Colegio Nacional de Enfermeras

Lic. Rosareli Gálvez García
IMSS Oportunidades

Lic. Martha Romero Díaz
IMSS Oportunidades

E.S.P. Eloína Romero Millán
ISSSTE

Por su apoyo para la elaboración de la Guía:

Dra. Elizabeth Ferreira Guerrero - CENAVECE

Dr. Martín Castellanos Joya - CENAVECE

Dra. Griselda Hernández Tepichín - CENSIDA

Dr. Eddie Antonio León Juárez - CENSIDA

Dra. Lucila Villegas Icazbalceta - CENSIDA

Presentación

El Programa Nacional de Tuberculosis, a través del Subcomité de la Red TAES de Enfermería en Tuberculosis dependiente del Comité “Alto a la Tuberculosis en México”, ha recomendado la integración de actividades en relación al Binomio Tuberculosis y SIDA, dada la importante sinergia que existe entre estas dos patologías.

El impacto del VIH en la epidemia de Tuberculosis depende directamente del tamaño de la superposición entre las poblaciones infectadas. A mayor número de infectados, la posibilidad de que exista una interacción entre las dos patologías es mayor, con el consiguiente aumento en el riesgo de contraer la infección. El aumento de casos de Tuberculosis en personas viviendo con VIH (PVVH), plantea el riesgo de transmisión a la población en general. Por su parte la Tuberculosis acelera la multiplicación del VIH y conduce a una rápida progresión a SIDA, con una asociación del 8.3% de muertes en las personas con SIDA.

El VIH es el factor más poderoso para incrementar el riesgo de Tuberculosis. En una persona sin VIH, el riesgo de que padezca Tuberculosis es del 5 a 10%; aumentando al 50% en presencia del virus. Se estima que en 2005 había 40.3 millones de personas infectadas con el VIH, de los cuales 3.3 millones se encontraban en la Región de las Américas. A finales de 2003 se calculó una prevalencia de infección por el VIH en 1.3% de los pacientes con Tuberculosis en la Región de las Américas. Se estima globalmente que alrededor de 13 millones de PVVS están infectadas con Tuberculosis; los estimados globales sugieren que por lo menos 1 de cada 3 personas viviendo con VIH están coinfectadas con Tuberculosis; y de éstas un 40 a 60 % desarrollarán una Tuberculosis activa. Aproximadamente el 11% de las PVVS morirá como resultado de la coinfección con Tuberculosis y sus complicaciones.

En México, el porcentaje de personas coinfectadas con *Mycobacterium tuberculosis* y SIDA se estima en 10%, aunque en otros países es mucho más elevado, nuestro país ha desarrollado estrategias para el abordaje integral de estos pacientes a fin de disminuir el daño ocasionado en nuestra sociedad.

El reconocer la importante participación de todos los integrantes del Subcomité de la Red TAES de Enfermería en la realización de estrategias en pro de la salud nos permiten presentar esta Guía de Enfermería para la Atención del Paciente con Tuberculosis y SIDA, la cual aborda temas con un enfoque mas digno, mas humano, y sobre todo con ese entusiasmo que nos permite desarrollar nuestro sentido mas justo para nuestros pacientes que cursan con estos padecimientos.

Así, los cuidados de enfermería a nivel domiciliario se desarrollan con base en una dinámica sencilla y comprensible que sirva de herramienta para la Integración y función de la red de apoyo constituida por los familiares y amigos del paciente.

Brindar una apertura al diálogo con nuestra orientación clara, precisa y responsable invitará a los pacientes a prevenir, o limitar los daños físicos, morales y espirituales, permitiéndonos entrar en su mundo tan controvertido en el cual la mutua disposición juega un rol determinante para el éxito o fracaso del programa.

Objetivo General

Proporcionar herramientas de consulta al personal de salud de la Red TAES de Enfermería para que la atención a los pacientes con el Binomio Tuberculosis y SIDA sea eficiente y de excelencia.

Capítulo 1

Identificación de Necesidades del Individuo y la Familia

1.1 Familia: concepto

La familia se entiende como “un grupo social primario” formado por individuos unidos por lazos sanguíneos, de afinidad o de matrimonio, que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que en general comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar su salud individual y familiar.

El estudio de la dinámica familiar desde el punto de vista de la teoría de los sistemas nos permite comprender que la familia es mucho más que la suma de sus partes y que los diferentes elementos que la componen, al interrelacionarse producen una organización psicosocial en constante cambio y crecimiento. Este enfoque también permite definir las diferentes alianzas o subsistemas que se dan en todo tipo de familias, y que la enfermera debe conocer ya que pueden influir en el éxito o el fracaso de la terapéutica.

Respecto a la tipología de la familia, hay diversos criterios para clasificarla; entre ellos se pueden citar los siguientes:

Desde el punto de vista de su integración, la familia puede clasificarse como integrada, semintegrada o desintegrada.

Desde el punto de vista de sus hábitos, costumbres y patrones de comportamiento, puede clasificarse como tradicional o moderna, o bien tipificarse como rural y urbana.

Si analizamos a la familia con un enfoque psicosocial y basándonos en la dinámica de las relaciones intrafamiliares, puede clasificarse en funcional y disfuncional.

Finalmente, la familia puede denominarse nuclear o extensa en función de los elementos que la constituyen.

Comprender las relaciones familiares facilitará al personal de enfermería asentar la red que le permita otorgar una atención adecuada en los casos de enfermedad como lo es TB/SIDA, ya que el papel que juega la familia es la dimensión de ayuda más importante para el seguimiento de la terapéutica, dado que el manejo domiciliario de este tipo de paciente requiere la colaboración de la red familiar.

En las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS), el abordaje de la familia requiere especial atención, toda vez que debe ser bajo consentimiento y respetando las condiciones que marque la persona (PPVS), debido a las repercusiones de tipo social que este padecimiento implica.

Algunos aspectos a considerar son:

1. Identificar la constitución y tipo de familia

2. Revisar los aspectos culturales y sociales que integran a la familia para saber cual es su concepción sobre la enfermedad

3. Conocer con qué recursos cuenta la familia, condiciones de vivienda, ingresos económicos y redes de apoyo en su comunidad

4. Identificar necesidades de conocimiento sobre la enfermedad y su manejo

5. Previo consentimiento de las PVVS y programar visitas domiciliarias con diferentes integrantes de la familia para acordar el apoyo de cada uno de los miembros

6. Mantener comunicación permanente y asesoría a la familia

7. Registrar los datos importantes que la familia refiera en el manejo de su enfermo

8. Desde el momento que a una persona se le informa que tiene Tuberculosis, o más aún, que es portador del VIH, surgen cambios en su comportamiento (negación, ira, rechazo, etc.), que necesariamente repercutirán en la familia, por lo cual además del cuerpo, también los sentimientos del enfermo y la familia necesitarán ayuda especializada de médicos, trabajadores sociales, enfermeras, sacerdotes, psicólogos, tanatólogos, amigos, etc. Por ello es importante recomendar la ayuda necesaria, como una de las actividades angulares de la familia y el personal de salud

   La familia requiere apoyo psicológico sobre todo en las siguientes situaciones:

   - Cuando la angustia no es controlable
   - Cuando la situación que viven impide el desarrollo de las actividades cotidianas de los miembros
   - Cuando no se logra proporcionar la atmósfera de confianza que el paciente necesita
   - Cuando no se ha aceptado la enfermedad
   - Cuando los miembros de la familia consideran que la situación es injusta
   - Cuando necesitan hablar con alguien y no lo hacen por alguna razón

9. Implementar nuestra propia red de apoyo

Crear y poner a disposición un directorio de los contactos con que puede contar el paciente, como pueden ser: enfermera, médico, psicólogo, nutrióloga, sacerdote, pastor o guía espiritual y un hospital a donde se puedan dirigir en caso de urgencias.

La participación de la enfermera en la atención familiar es sustancial en el manejo integral del enfermo TB/SIDA. Su presencia, apoyo e interés favorecerá el éxito del tratamiento de la curación de Tuberculosis y en la prevención y en el control del VIH/SIDA. Asimismo su participación es importante en el reconocimiento de la colaboración de las redes sociales en la prevención y control de estas enfermedades.

1.2 Orientación y consejería en el manejo de la enfermedad

¿Qué es la consejería?

La consejería es el proceso de comunicación que se establece entre dos o más personas (personal de enfermería, paciente y familia) para otorgar información clara, eficiente, veraz y oportuna, con el fin de apoyar a las personas con el Binomio TB/SIDA para que tomen decisiones adecuadas relacionadas con las medidas de prevención, detección, diagnóstico, tratamiento de ambos padecimientos y reducción de los riesgos, enfocada a los cambios de conducta.

De este encuentro personal se pretende ir más allá de un nivel informativo para ofrecer un espacio de colaboración y lograr un proceso empático con la persona y su contexto, de tal manera que se pueda lograr una exploración real de sus sentimientos, pensamientos y actitudes para la toma de decisiones.

El consejero no toma decisiones por el usuario, ni aprovecha su posición para inducirlo, convencerlo o influirlo para tomar una decisión. El uso de términos como “usted debe”, “usted tiene que” no deberían ni pueden ser parte del léxico usado en las sesiones de consejería. Es por medio de la persuasión, el razonamiento conjunto y una verdadera demostración de interés por el paciente, por medio del cual este puede tomar decisiones de manera libre y voluntaria.

El ambiente en el que se realiza la sesión de consejería garantiza la confidencialidad de las conversaciones y el clima de la comunicación permite el desarrollo de confianza y respeto mutuo. La consejería brinda al paciente con Tuberculosis un espacio seguro y confidencial donde pueda expresar con tranquilidad sus inquietudes, emociones, tomar conciencia de sus comportamientos de riesgo y sentirse motivado para asumir algunos cambios que le permitan evitar la infección por el VIH o transmitirla en el caso que llegue a estar infectado.

Características de la consejería:

- Ser personal
- Ser privada

Características del asesor:

- Mostrar interés
- Realizar preguntas abiertas
- Observar el lenguaje corporal

¿Quiénes ofrecen consejería / orientación al paciente con Binomio TB/SIDA?

Son muchos los profesionales de la salud y no profesionales quienes ofrecen estos servicios. A nivel domiciliario, las enfermeras se desempeñan con eficiencia, ya que tienen los conocimientos, habilidades y destrezas para orientar y aconsejar a los pacientes y sus familiares, apoyándolos en la toma de decisiones con respecto a su problema de salud.

Destrezas del orientador en la etapa inicial de la ayuda al paciente con el Binomio TB/SIDA

Para abordar el problema de salud del paciente con la familia, se recomienda que la enfermera conozca y aplique lo siguiente:

Empatía.- Ver el entorno del paciente desde su punto de referencia; más allá del suyo propio. No sólo comprender sino comunicar su comprensión.

Respeto.- Expresar su apoyo, hacerle saber que está allí para ayudarlo, que está con él y para él. Observar estricta confidencialidad y anonimato. Mostrar una actitud abierta y jamás juzgar a la persona.

Ser genuino.- Su oferta de ayuda no puede ser falsa, deberá ser espontánea y abierta. No se puede esconder tras el papel de orientador. Ser humano con el ser humano frente a él. (No comprometerse más allá de lo que se puede cumplir ya que eso crearía desconfianza en el paciente).

Ser concreto.- Llevar el proceso a sentimientos y conductas concretos, aunque el paciente divague.

Evitar emitir juicios.- El paciente requiere tener confianza en que será escuchado, comprendido y esto solo se logra haciéndole saber con palabras y acciones que no se le juzga ni se le estigmatiza.

Evitar enganche.- Es importante que el consejero reconozca sus limitaciones y sepa cuando y a donde referir a los usuarios que cursen con situaciones complejas del orden emocional o mental. Se debe dejar claro que la consejería no está diseñada para ayudar a la persona a resolver graves problemas personales ni conflictos emocionales fuertemente arraigados, ni para hacer reestructuraciones de la personalidad.

¿Como desarrollar habilidades para una comunicación efectiva?

Recuerde que usted es un profesional de la salud, con sentido humano y una misión clara, capaz de comunicarse con sencillez, favoreciendo la confianza entre el paciente y sus familiares. Recordar que la enfermera siempre representa una autoridad ante el paciente o sus familiares porque ella, al igual que el médico, es quien sabe.

Conocer los principios de la comunicación para otorgar una atención de calidad a estos pacientes (consultar el módulo de comunicación efectiva de la Red TAES).

A continuación se presentan los pasos a seguir en la Consejería del Binomio TB/SIDA

Paso 1. Presentación

Después que el consejero se presenta:

- Hacer algunas preguntas abiertas para evaluar el grado de conocimiento que tiene el paciente sobre el VIH/SIDA
- Explicar que las personas con Tuberculosis, tienen mayor probabilidad de estar infectadas con el VIH, y en un número importante de casos la Tuberculosis es una de las primeras manifestaciones de la infección por el VIH
- Dedicar un tiempo para que el paciente entienda cuál es el papel de la consejería y la metodología que se empleará. Se hará un bosquejo del contenido de la sesión

Paso 2. Evaluar el riesgo

- Explorar los temores relacionados con el tema y responder a las dudas sin permitir que la sesión se desvíe, concentrarse en el riesgo individual de cada paciente
- Evaluar las situaciones de riesgo y su frecuencia, tanto de él, como de sus parejas
- Indagar sobre las situaciones que hacen más vulnerable al paciente de incurrir en actividades de riesgo, tales como el consumo de alcohol y la baja autoestima, es decir, tanto a nivel fisiológico como emocional
- Resumir la situación de riesgo
- Indagar sobre los esfuerzos previos de reducción de riesgo, para determinar qué tan desafiante ha resultado para el paciente cambiar comportamientos específicos y reforzar las actitudes exitosas
- Explorar el grado de preocupación del paciente de haber contraído la infección por el VIH. En caso necesario persuadir al paciente de que contar con el diagnóstico es valioso para su vida, para su bienestar, para el manejo de sus condiciones y para la comunidad
- Invitar al paciente a realizarse la prueba de VIH. Dejar claro que por las razones previamente mencionadas, el Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA ofrece la prueba rápida de VIH a todos los pacientes con Tuberculosis, en los Servicios de Atención Integral de PVVS (SAI), en los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del SIDA y de las infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) así como en los centros de detección del VIH/SIDA

Paso 3. Realizar la prueba

- Tomando en cuenta las condiciones particulares como la edad, el idioma, el género, la orientación sexual y otros aspectos culturales, informar al paciente los lugares donde se puede realizar las pruebas rápidas para detección del VIH, dándole la oportunidad de que escoja el centro de su preferencia

- Elaborar la referencia del paciente a los Servicios de Atención Integral o centros de detección del VIH/SIDA
- Valorar la posibilidad de acompañarlo, en caso de que así lo solicite
- Dependiendo de las condiciones de referencia y contrarreferencia establecidas en la entidad, se puede solicitar al personal de los SAI, CAPACITS o de Detección, que acudan al Unidad de Salud para que realicen la prueba de VIH, la consejería post prueba y le ofrezcan los Servicios de Atención Integral, a las personas que resulten positivos. Todas estas últimas funciones estarían a cargo del personal de VIH/SIDA

Impacto psicológico en el Paciente con Binomio TB/SIDA

Es importante que el personal de enfermería conozca y comprenda el proceso por el cual las personas atraviesan al enfrentarse ante una situación de duelo, depresión, pérdida, etc; ya que sus repercusiones psico-sociales son muy variadas.

Impacto que produce en el personal de salud trabajar con pacientes con el TB/VIH-SIDA

La enfermera tendrá presente que al trabajar con el Binomio TB/SIDA, no sólo se está enfrentando a una persona con dos enfermedades, sino que además se está enfrentando a trabajar con el dolor, los sentimientos, la sexualidad y la muerte; y que toda persona que trabaja con estos aspectos requiere siempre contar con una asesoría emocional periódica, a fin de poder seguir otorgando un excelente servicio sin que esto afecte su propia vida.

Alertas para el trabajador de la salud:

- Reconocer las propias emociones que surgen frente al trabajo y los pacientes
- Es frecuente sentirse impotente ante una situación avasalladora
- También son muy frecuentes los cambios emocionales
- Conviene aceptar el propio dolor, miedo, angustia, impotencia; es decir, no reprimirlo ni exacerbarlo, sino simplemente vivirlo
- Cuidarse de no caer en extremos de frialdad, excesiva calidez o involucrarse demasiado con el paciente y sus enfermedades
- La enfermera pasa por los mismos procesos psicológicos que los pacientes, la negación (imposibilidad de aceptar una situación tal cual es). También es un proceso que se da en los trabajadores de la salud

- A veces los pacientes le atribuyen a la enfermera, características de personas conocidas y/o familiares e incluso la tratan como a ellos. Este mecanismo también puede darse en el profesional, con respecto al paciente, CUIDADO, la atención se vuelve deficiente cuando se pierde la objetividad
- Si el profesional de la salud padece homofobia (rechazo hacia personas homosexuales) experimenta sentimientos de rechazo o intolerancia hacia las personas afectadas o con prácticas de riesgo, no se recomienda que desarrolle este trabajo
- Dado que constantemente se escuchan historias de la vida personal (en ocasiones se tocan dimensiones íntimas, como la sexualidad), hay peligro de que en el personal de salud se movilicen fantasías y surjan partes o elementos no asumidos de su personalidad que puedan generar problemas (por ejemplo, aprovechar las sesiones para resolver su propia problemática, en vez de ayudar al paciente)
- Mecanizarse es muy fácil; a fuerza de repetir la experiencia, el trabajo se llega a hacer de manera mecánica y rígida. Un trabajo realizado de esta manera sirve poco. Hay que recordar que la consejería debe ser personalizada a cada caso y ninguno es igual a otro
- Es posible que con el paso del tiempo aparezca un aplanamiento emocional en el trabajador, resultado del desgaste y la defensa, por no comprometer los propios sentimientos
- Conviene valorar el compromiso y lo que uno esté dispuesto a dar en el trabajo, a fin de tomar decisiones

Por lo anterior, es conveniente contar con un psicosupervisor o grupos de compañeros que realicen el mismo trabajo a fin de elaborar y compartir periódicamente los propios sentimientos.

1.3 Alimentación y aspectos nutricionales

El enfermo de TB/SIDA generalmente presenta anorexia y ocasionalmente alteraciones de la mucosa oral o dificultad para tragar, lo que favorece una deficiencia nutricional producida por la baja cantidad de ingestión de alimentos, lo que hace que el enfermo vaya perdiendo peso progresivamente y presente un aspecto muy delgado, esto, en muchas ocasiones está vinculado con la relación que guarden su estado físico y emocional.

Recomendaciones a la familia sobre la alimentación del paciente:

> ***Objetivo: promover hábitos de alimentación sana en todos los integrantes de la familia, de acuerdo a sus posibilidades económicas.***

Algunos tipos de alimentos deben restringirse o ingerirse con determinados antirretrovirales; el personal de enfermería debe estar familiarizado y conocer estas interacciones, para que pueda vigilar y orientar al paciente, y en caso de que él acepte, a sus familiares.

Antirretroviral	Cómo Tomarlo
Didanosina	Con el estómago vacío, por lo menos 30 minutos antes ó 2 horas después de una comida
Tenofovir	En ayunas o después de los alimentos
Atazanavir	Junto con los alimentos
Tipranavir	Junto con los alimentos. Una comida con grasa aumenta su biodisponibilidad
Indinavir	Una hora antes ó 2 despúes de los alimentos. Puede tomarse junto con un pequeño refrigerio, debe tomar 1.5 litros de agua al día
Saquinavir	Dos horas después de los alimentos
Lopinavir / ritonavir	Junto con los alimentos
Nelfinavir	Junto con los alimentos
Efavirenz	La ingesta concomitante de café puede provocar sueños vividos violentos

La alimentación y cuidados higiénicos estrictos de los alimentos se debe tomar en cuenta para todas las personas, sin embargo las PVVS son personas mucho más sensibles a las enfermedades por su nivel inmunológico deprimido, por ello, se enfatiza en estas medidas recomendables para disminuir el riesgo de enfermedades atribuibles a la alimentación.

- "El Plato del Buen Comer" es una representación gráfica de los diferentes grupos de alimentos que se deben de consumir en mayor proporción, en cantidad moderada y los que deben consumirse esporádicamente
- De preferencia se deberá utilizar la vía oral, tomando en cuenta que la manipulación de la dieta debe hacerse con una serie de cuidados que permitan ofrecerle al paciente la menor contaminación posible, ya que sus defensas están deprimidas y los alimentos pueden ser vectores de infecciones agregadas, principalmente gastrointestinales

Para lo cual será necesario tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Establecer horarios fijos para el consumo de comidas completas
- Ofrecer como mínimo dos litros de agua purificada al día, que será útil para reponer los líquidos perdidos
- Cuando exista diarrea deberá aumentarse la cantidad de líquidos dependiendo del número, cantidad y frecuencia de las evacuaciones
- No consumir hielo a menos que se conozca que su fuente es de agua purificada

- Cuidar la higiene de manos, alimentos, utensilios y la zona de preparación de los alimentos
- Cuando se trate de alimentos enlatados, lavar el exterior de éstos
- Consumir alimentos cocinados dentro del hogar
- Desinfectar todo tipo de verduras crudas, se requiere dejarlos en remojo en soluciones desinfectantes por ejemplo (cloro, plata coloidal) por lo menos durante media hora; si se emplean pepinos, rábanos, zanahorias, nabos etc. se deben lavar y posteriormente quitarles la corteza o cáscara y en el caso de limones, toronjas, (si se están tomando antirretrovirales valorar la ingesta de toronja ya que puede inhibir la actividad del medicamento) naranjas y similares, lavarlos antes de exprimirlos. Los alimentos que sean consumidos con cáscara, como guayabas, deben lavarse con agua hervida
- El consumo de leche y sus derivados debe ser únicamente de productos pasteurizados
- Cuidar que la sangre de las carnes no contamine otro alimento
- Consumir las carnes perfectamente cocidas y evitar que permanezcan por mucho tiempo en refrigeración
- Lavar el cascarón de los huevos antes de romperlos y no comerlos crudos, tibios o pasados por agua
- Los alimentos pueden adicionarse con especias o saborizantes como vainilla o fresa
- Eliminar el consumo de café, ya que causa alteraciones en el sueño
- Evitar el consumo de antojitos callejeros y alimentos chatarra

1.4 Cuidados higiénicos (lavado de manos, manejo de secreciones, empleo de antisépticos)

Los cuidados higiénicos son parte fundamental para preservar la salud del paciente, es por ello que se recomiendan algunas técnicas para que el personal de enfermería oriente a la familia en su manejo.

El aseo general del enfermo le permitirá estar cómodo, mejora su estado de ánimo y le permite un buen mantenimiento a la piel; se recomienda el uso de crema para humectarla e hidratarla.

Existen periodos en los que puede ser difícil el baño, se recomienda el uso de una silla para que se bañe sentado con la asistencia de otra persona si es necesario, si esto fuera complicado puede realizarse el baño de esponja.

Parte de la limpieza personal es el corte de uñas que se debe realizar de forma periódica y si es necesario rasurar con rastrillo o navaja desechables. Se debe utilizar guantes, no olvidar que estos utensilios son de uso personal y no se deben compartir con otras personas.

El cambio de ropa se hace de una a dos veces al día de acuerdo a las necesidades, el lavado de la ropa es igual que cualquier otra, con la excepción de que se encuentre contaminada con secreciones o sangre del enfermo: si éste es el caso sumergirla en agua con cloro durante 30 minutos y después lavar de manera habitual.

Consideraciones para la limpieza en general:

En utensilios de cocina se recomienda el lavado con jabón de uso común y agua caliente, (no es recomendable el uso de cloro para la limpieza ya que puede dañar la mucosa oral), éstos pueden ser utilizados y lavados junto a los utensilios de toda la familia.

Los desechos como guantes desechables, gasas, vendas, algodón, toallas y/o tampones, pañuelos desechables y otros artículos manchados con sangre deben depositarse en una bolsa, agregar cloro, cerrar y colocar la leyenda de “material contaminado”.

Para los desechos punzo cortantes (agujas, navajas, rastrillos, jeringas, etc.) se recomienda colocarlos en un recipiente rígido puede ser de plástico o metal, agregar cloro y colocar la leyenda de “material contaminado”.

Los desechos contaminados deberán ser manejados con cuidado y vigilancia, en la medida de lo posible y dependiendo del riesgo que representen.

Brinde ayuda al paciente solo cuando sea necesario, permita que él o ella participe en la toma de decisiones sobre todo si tiene que ver con su situación. La independencia le brinda seguridad y aumenta su autoestima.

Técnica de lavado de manos

El lavado de manos es un procedimiento importante para la prevención de infecciones.

Objetivo: Remover la suciedad y disminuir la concentración de bacterias.

- Use agua y jabón en polvo
- Moje las manos y aplique jabón

- Fregar enérgicamente, cubriendo toda la superficie de las manos, dedos y uñas, hasta debajo del pliegue de la muñeca, en el anverso, reverso y entre los dedos

- Enjuagar con abundante agua y repetir la operación

- Secarse las manos

¿Cuándo lavarse las manos?

Antes de:

- Preparar o ingerir un alimento
- Curar una cortada o herida

Después de:

- Ir al baño
- Manipular alimentos
- Limpiarse la nariz, toser o estornudar
- Manipular la basura
- Cuidar a alguien que esté enfermo
- Cambiar un pañal y ropa de cama del enfermo

Manejo de secreciones y líquidos corporales:

Se consideran líquidos de riesgo:

- Sangre
- Semen
- Secreciones vaginales
- Leche materna
- Líquido cefalorraquídeo:
    - Preeyaculatorio
    - Amniótico
    - Pericárdio
    - Peritoneal
    - Pleural
    - Sinovial

Usted no debe tener contacto directo con los líquidos y secreciones antes mencionados del enfermo con TB/SIDA ya que ante cualquier herida expuesta por pequeña que esta sea, existe la probabilidad de contagio, por lo que se recomienda que el manejo de los mismos se realice solamente con guantes.

Si existiera derrame de algunos de estos líquidos o secreciones se recomienda verter cloro al 5% dejarlo actuar por 30 minutos y después limpiar de manera habitual.

Uso de soluciones para desinfectar

Desinfección:
Es un proceso básico para prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas a partir de objetos y superficies.

Objetivo: Destruir microorganismos presentes en los objetos y superficies.

Solución de uso doméstico:

- Cloro

Indicado:

- Desinfección de ropa y sábanas
- Desinfección de pisos y paredes
- Desinfección de líquidos humanos, excrementos y vómitos

SOLUCIÓN	DILUCIÓN	USO
Cloro	**1/2 litro de cloro en 4.5 lts de agua**	**Ropa y sábanas 30 minutos**
Cloro	**1/2 litro de cloro en 4.5 lts de agua**	**Pisos y paredes**
Cloro	**1 litro de cloro en 10 lts de agua**	**Líquidos humanos, excrementos y vómitos**

1.5 Manejo de la sexualidad

En ciertos estratos de nuestro país, la a sexualidad aún es considerada como algo malo, sucio, que solo se justifica por la reproducción, por lo que toda persona que ejerce su sexualidad y mas aún si ésta se da fuera del matrimonio, entre parejas bisexuales u homosexuales o con personas que ejercen el trabajo sexual, son considerada “malas” y por tanto la sociedad los estigmatiza. La principal vía de transmisión del VIH-SIDA es la vía sexual. Todo esto incrementa el estigma hacia las personas que viven con VIH-SIDA, los cuales no solo enfrentan la necesidad de revelar su enfermedad, sino también aspectos de su sexualidad que socialmente no son aceptados. Por otra parte, la falta de educación sexual y considerarlo como un tema “tabú” son factores que repercuten directa y negativamente en la posibilidad de que se pueda controlar el virus del VIH y su epidemia.

Si bien la principal vía de contagio es la sexual, el VIH-SIDA, también se puede transmitir vía sanguínea o perinatal, de ahí que puede afectar a cualquier persona, independientemente de sus preferencias sexuales.

Vivir con VIH-SIDA no significa terminar con la vida sexual, es necesario modificar algunas prácticas para evitar el contagio a la pareja y la reinfección del enfermo. Considerando que la sexualidad no se limita a la penetración por vagina, boca o ano, existen otras formas de experimentar placer como pueden ser caricias, besos, abrazos, etc. La enfermera brindará asesoría para la práctica de sexo seguro o protegido.

Sexo Protegido

- Se recomienda utilizar condón masculino (látex), en cada relación sexual con penetración en vagina, boca o ano
- Igualmente se deberán utilizar guantes de látex u otro protector de plástico si se realiza la introducción de dedos en vagina o ano
- En el caso de la estimulación oral de genitales femeninos, ésta se deberá realizar con barrera de plástico

Uso y cuidado del condón masculino

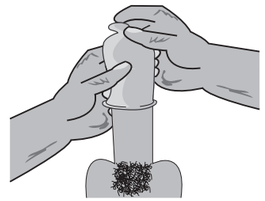
1

- **Guarda el condón en lugares frescos y secos**
- **Verifica la fecha de caducidad o que la fecha de fabricación no pase de tres años**

2

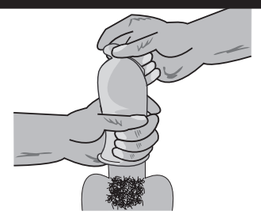
- **Verifique que el empaque no esté roto y que al oprimirlo forme una bolsa de aire**
- **Nunca se debe abrir con los dientes**

3



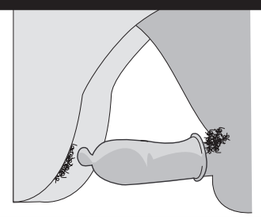
- **Presionar la punta para sacar el aire mientras se coloca en el pene erecto**

4



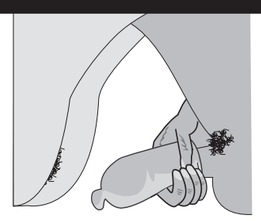
- **Sin soltar la punta, desenrollar hasta llegar a la base del pene**

5



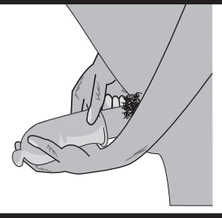
- **Siempre colocar el condón antes de cualquier contacto sexual**
- **No usar cremas cosméticas, ni vaselina como lubricante, porque deterioran el condón**

6



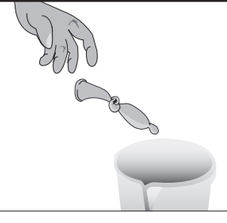
- **Después de eyacular, sujetar el condón por su base y retirar el pene mientras aún esta erecto**

7



- **Quitarse el condón cuidadosamente que no gotee, ni se desparrame el líquido**

8



- **Tirar el condón a la basura anudado**

El papel del personal de salud en la promoción del uso del condón es de vital importancia al ofrecer un producto para prevenir las consecuencias no deseadas del ejercicio sexual. Somos nosotros quienes, en la relación cara a cara con los usuarios(as) de los servicios de salud, podemos hablarles de las ventajas del uso del condón, resolver sus dudas, ahuyentar sus temores y ayudarles a desarrollar las habilidades para un uso correcto.

Es indispensable que, como personal de salud, estemos dispuestos y capacitados. Dispuestos a transmitir actitudes positivas respecto al uso del condón, tranquilizando a los interesados sobre la protección y eficacia del mismo y capacitados en las técnicas de demostración con apoyos gráficos y modelos que simulen el pene (falos de diferentes materiales: pepino, plátano, etc.), para tratar de vencer las resistencias del usuario(a) y ejemplificar correctamente su uso.

El primer paso para sensibilizar a la población sobre el uso del condón es promoverlo en todos los sitios donde sea posible, dentro y fuera de la unidad o clínica médica. La experiencia en varios países ha mostrado que la promoción incrementa el uso, reflejándose en la disminución de enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA y embarazos no deseados.

El condón es una excelente opción para prevenir ITS/VIH y embarazo, tanto para parejas casadas o unidas, hombres y mujeres adultos no casados, personas con múltiples parejas, personas con parejas sexuales ocasionales, adolescentes, hombres que tienen relaciones con hombres, hombres que se relacionan sexualmente con mujeres, hombres y mujeres dedicados al sexoservicio y sus clientes, y para prácticas sexuales anales, orales o vaginales. Lo importante es proteger la salud y evitar consecuencias no deseadas.

Tener relaciones sexuales desprotegidas enfrenta a las personas a consecuencias que nunca buscaron ni desearon, y va más allá de afectar la salud individual -al adquirir alguna ITS/VIH- o de continuar un embarazo no deseado, pues algo que empezó en la intimidad afecta al individuo, a la pareja, a la familia y a la comunidad.

El mejor condón es el que se piensa, el que se tiene, el que se usa constante y correctamente.

Recomendaciones para incrementar el uso del condón

1. Diseñar estrategias para que usuarios y usuarias tengan un mayor acceso a condones en las unidades médicas (como colocarlos en un recipiente para que los tomen de manera anónima, sobre todo los adolescentes)

2. Facilitar el acceso a condones de la población no derechohabiente, favoreciendo la costumbre de solicitarlos en cualquier clínica o centro de salud (al igual que ocurre con las vacunas)

3. Promover los condones en las unidades médicas con frases llamativas, sencillas, evitando recurrir al miedo

   Éstos son algunos ejemplos:

   - “Aquí se distribuyen condones gratuitos”
   - “No necesitas ser derechohabiente. ¡Solicita condones!
   - “El placer de la seguridad... ¡usa condón!”

4. Mejorar la distribución de condones en los servicios de medicina preventiva, trabajo social, planificación familiar, consultorios médicos, módulos de detección de ITS, de detección oportuna de cáncer y de atención a adolescentes, para que usuarios y usuarias los obtengan con mayor facilidad

5. Mejorar los mecanismos de control y registro de distribución de condones por medio de estrategias que incrementen la accesibilidad sin que represente sobrecarga de trabajo y/o documentación para los prestadores de servicios

6. Promover (entre el personal de salud) las diferentes técnicas de sexo protegido y el aprendizaje del uso adecuado del condón, en talleres rápidos (probando diferentes recursos didácticos, como falos, dildos o sustitutos) y sesiones de discusión en las unidades médicas, para facilitar la comunicación y orientación con usuarios y usuarias, y entre el personal de salud

7. Favorecer el acercamiento a usuarios y usuarias a través del diálogo para:

   - Destacar la eficacia de los condones

- Discutir técnicas de negociación de su uso
- Enseñar técnicas de uso adecuado
- Responder correctamente las dudas y combatir los rumores en torno a condones

Reducir las dificultades en el acceso hace más probable el uso del condón.

Sexo Seguro

- Caricias mutuas
- Abrazos
- Besos
- Eyacular en piel sana
- Usar juguetes sexuales sin compartirlos
- Frotar cuerpo contra cuerpo
- Masturbarse mutuamente

Percatarse si el paciente y/o a quien se le da información sabe qué es el condón, como se usa y los cuidados que se le tienen que dar al mismo cuando se utiliza.

Por último, es importante recalcar a la población usuaria que el condón se debe utilizar sólo una vez y desecharse; si se realiza más de un encuentro sexual o coito en una misma sesión, se debe utilizar un condón nuevo cada vez.

1.6 Condiciones de la vivienda

La vivienda es lugar ideal para estar cómodo, nos brinda seguridad y estabilidad al estar con los seres queridos, es por esto que es importante crear un ambiente confortable para el enfermo de TB/SIDA en casa. Se recomienda una habitación iluminada, ordenada, ventilada, evitando cambios bruscos de temperatura.

- Evitar la presencia de polvo e irritantes tóxicos
- Evitar en lo posible convivir con animales
- Ambientar con música de su agrado
- Permitir en lo posible el ingreso de rayos solares
- Evitar la decoración con flores naturales

Recordemos que el aparato inmunológico de los pacientes se encuentra comprometido y disminuido y que la presencia de mascotas (pelo y desechos) puede dañarlos; de igual manera el polen de las flores.

El aseo de la vivienda se debe realizar de manera normal con la excepción de que exista derrame de sangre o secreciones, casos en los que se deberá utilizar cloro y dejarlo actuar por 30 minutos para posteriormente y con el uso de guantes, lavar de forma rutinaria.

Capítulo 2.

Intervenciones Individuales y Familiares

2.1 Detección de signos y síntomas de alarma

Es importante que la enfermera conozca los principales signos y síntomas de alarma en pacientes con TB/SIDA para recomendar los cuidados que la familia debe proporcionar en casa.

El deterioro de la inmunidad en el curso de la infección del VIH, contribuye a la progresión de la infección latente. La presentación clínica de la Tuberculosis está determinada por el grado de inmunosupresión en la persona con el VIH.

Tuberculosis Pulmonar: durante la fase asintomática del VIH, se asemeja a una Tuberculosis Pulmonar post-primaria, con microscopía positiva de esputo. La radiografía puede ser normal o con cavidades y exudados.

Tuberculosis Extrapulmonar: puede ser observada en ambas fases de la infección, pero es más común en personas con un bajo recuento de CD4, las formas más comunes son linfadenopatías, derrame pleural, enfermedad pericárdica, enfermedad miliar y meningitis.

Tuberculosis Pediátrica asociada al VIH: la presentación más común es la Tuberculosis Pulmonar con baciloscopia de esputo negativa. La presentación en cuanto al daño al sistema inmunitario es igual que en los adultos.

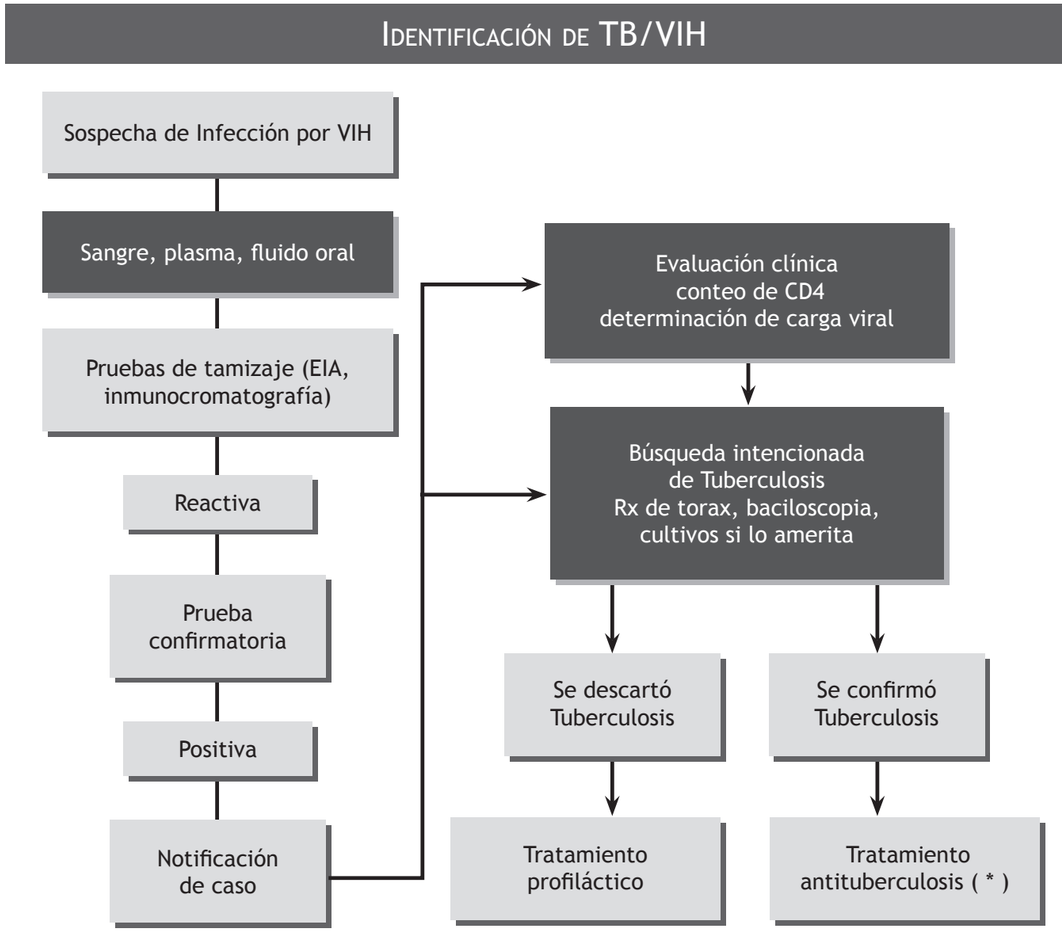
Principales signos y síntomas de Tuberculosis y SIDA

Tuberculosis	SIDA
Tos por 15 o más días	Tos
Pérdida de peso	Pérdida de peso
Fiebre	Fiebre
Diaforesis nocturna	Diaforesis nocturna
Anorexia	Anorexia
Cansancio	Cansancio
Decaimiento	Decaimiento
Diarrea	Diarrea
Caquexia	Caquexia
	Adenomagalias

2.2 Tratamiento conjunto de la TB/VIH-SIDA

Si bien el tratamiento de las personas que viven con TB/VIH-SIDA lo establece el médico tratante, es importante que la enfermera esté familiarizada con este tipo de tratamientos, para poder dar una orientación a los pacientes en su uso.

En las personas que viven con la TB/SIDA, la prioridad es tratar la Tuberculosis, pero en los casos de usuarios que presenten < 50 CD4 y situación clínica deteriorada, es posible establecer las terapias simultáneamente.



* El tratamiento antituberculosis es prioritario al tratamiento antirretroviral, por lo que debe individualizarse en cada caso por el personal capacitado. Guía de manejo antirretroviral para de las personas que viven con el VIH-SIDA

Identificación de Co-Infección *Mycobacterium tuberculosis* - VIH

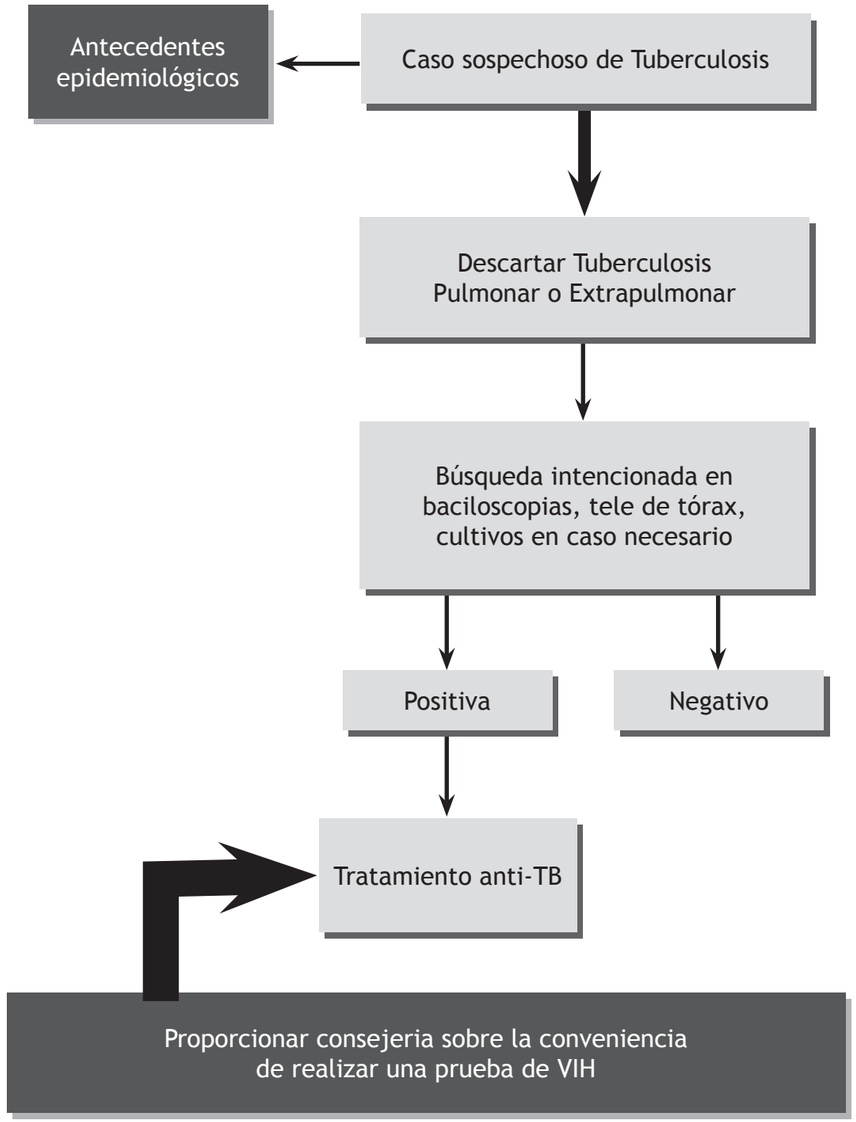


Diagrama para la Atención de Vómito y Náuseas en Personas Viviendo con TB/VIH-SIDA

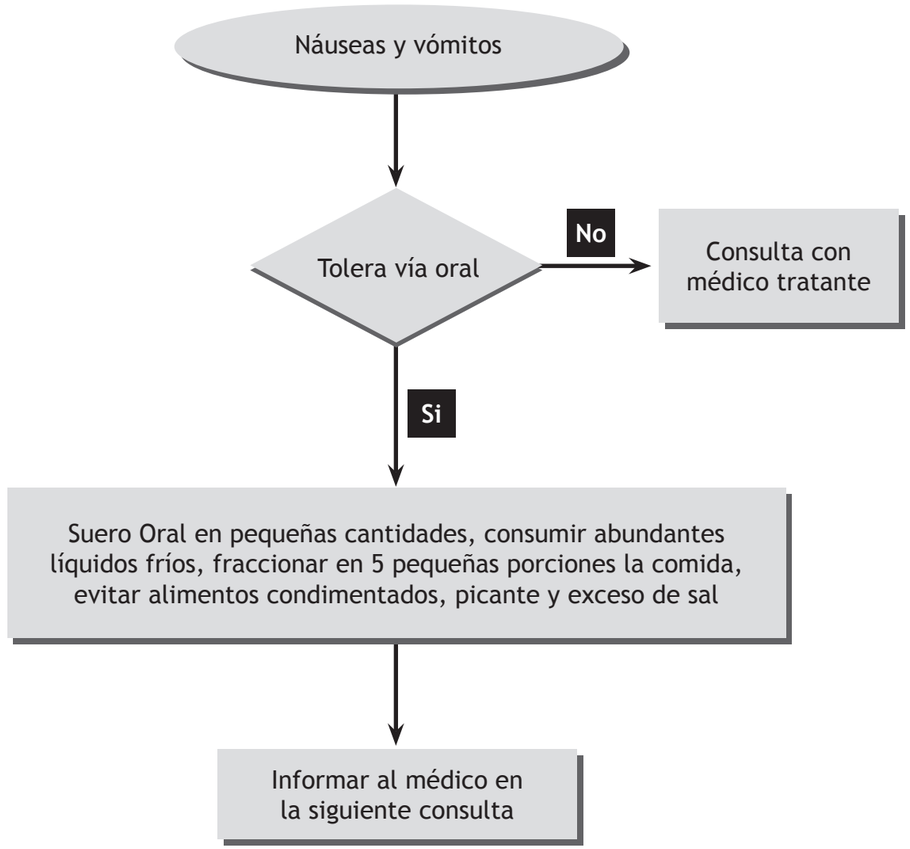


Diagrama para la Atención de los Síntomas Respiratorios en Personas Viviendo con TB/VIH-SIDA

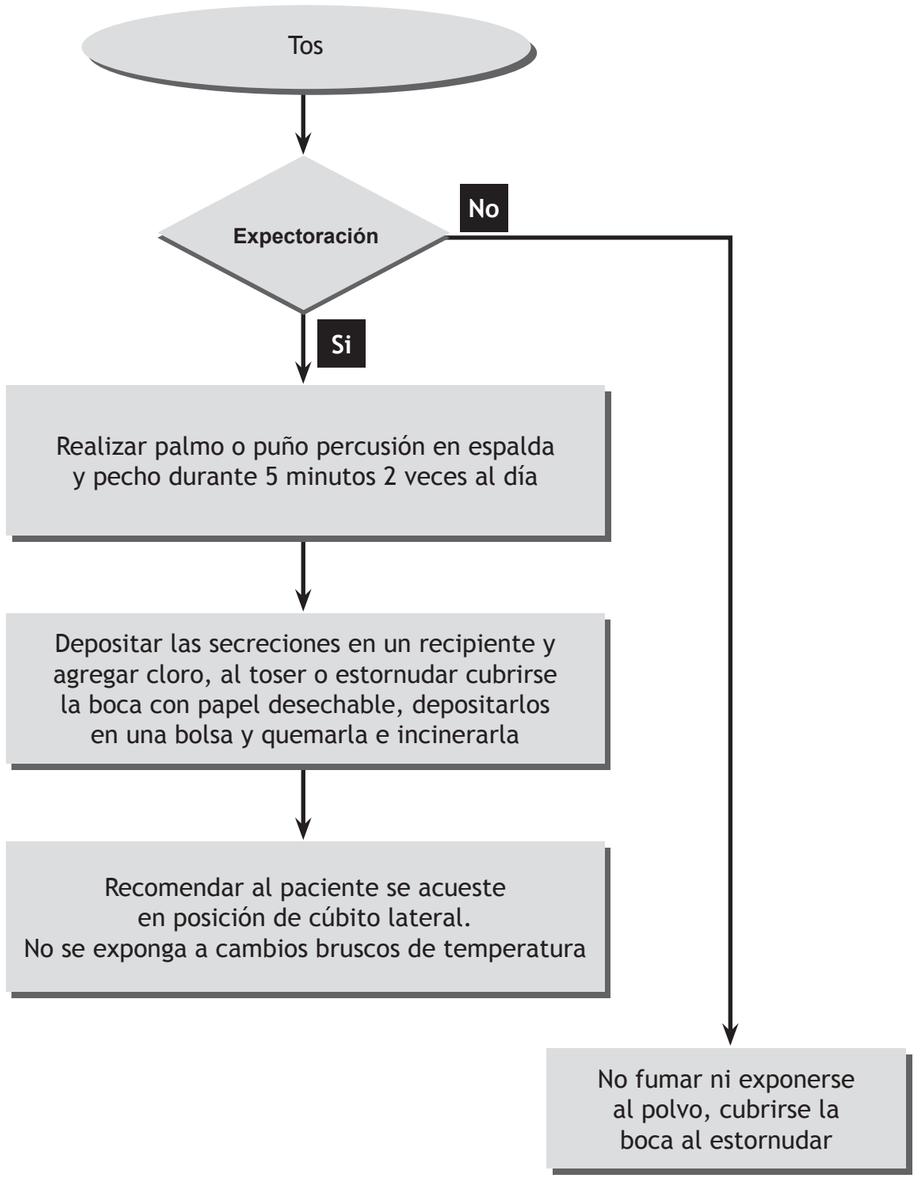


Diagrama para la Atención del Paciente con Vómito y Náuseas en Personas Viviendo con TB/VIH-SIDA

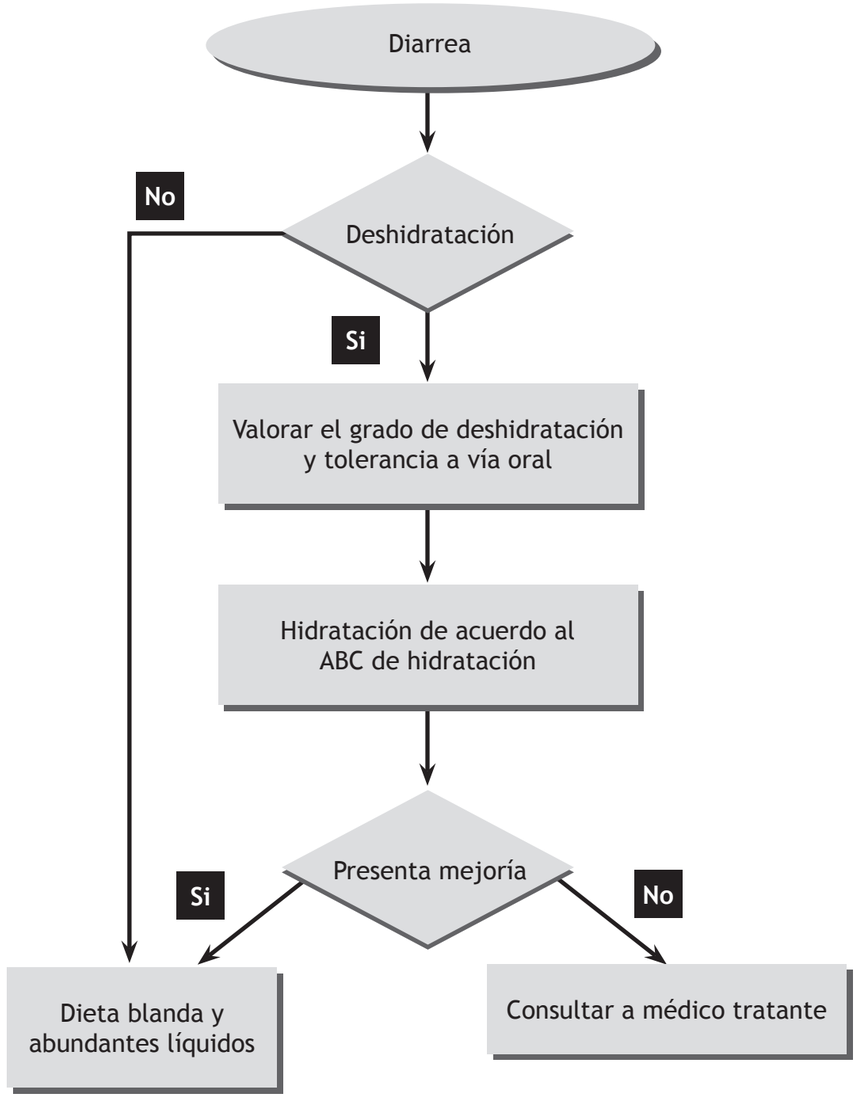


Diagrama para la Atención de Hipertermia en Personas Viviendo con TB/VIH-SIDA

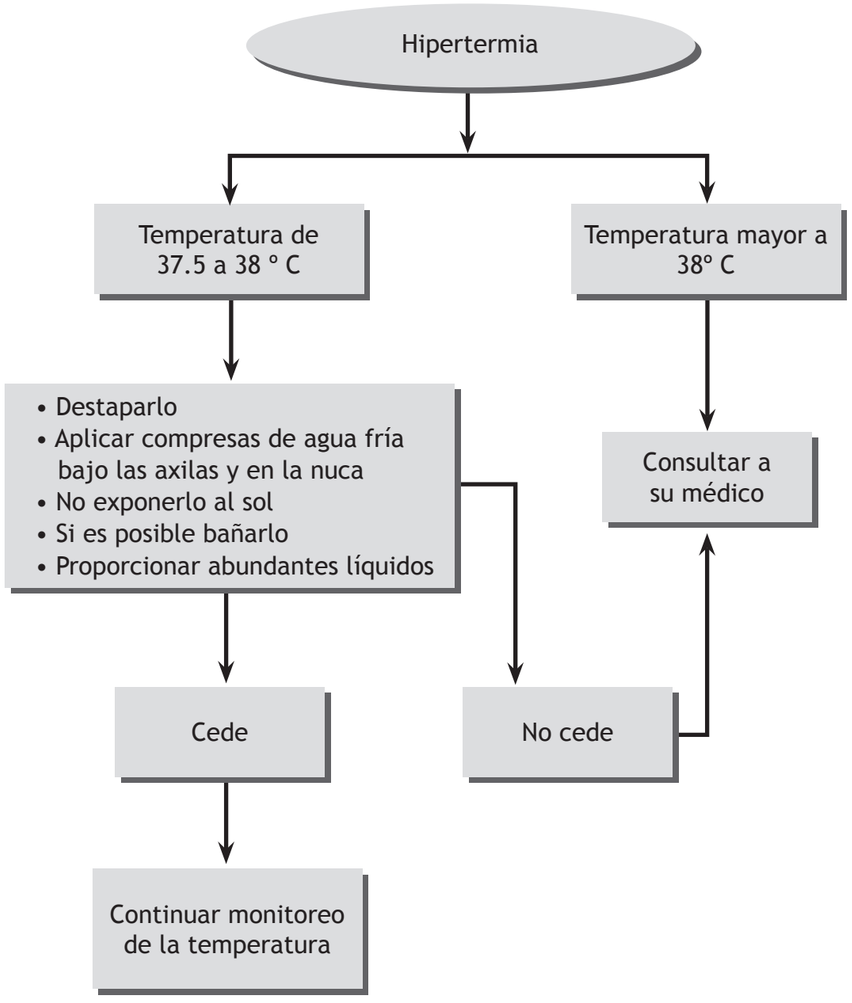


Diagrama para la Atención a Ulceraciones en Personas Viviendo con TB/VIH-SIDA

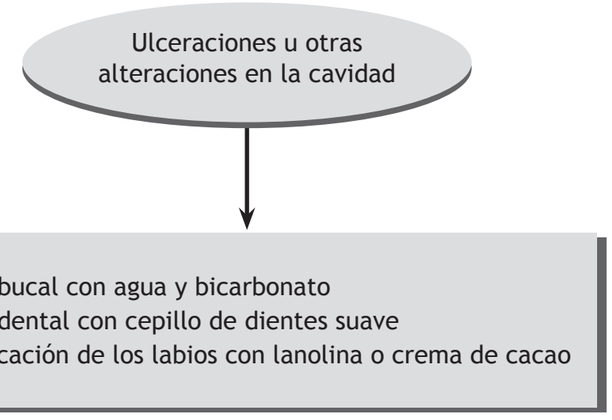
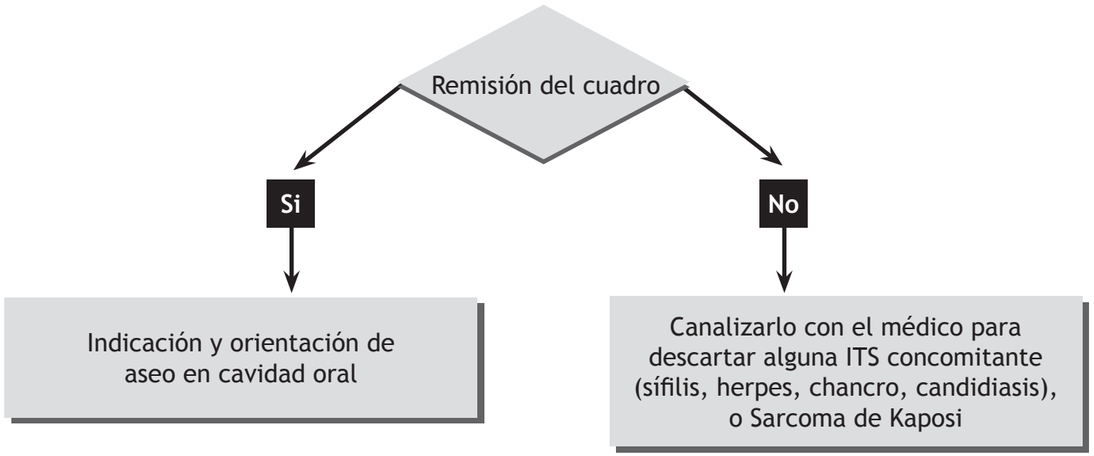


Diagrama para la Atención de Úlceras u Otras Alteraciones en la Cavidad Oral en Personas Viviendo con TB/VIH-SIDA



2.3 Quimioprofilaxis

Es la administración de isoniacida a contactos que lo requieren, con el objeto de prevenir la infección primaria o la aparición de la enfermedad.

La quimioprofilaxis se debe proporcionar a las personas infectadas con VIH y a los enfermos de SIDA sin Tuberculosis activa, cuando menos durante un año, de acuerdo a las siguientes especificaciones:

a) Excluir del diagnóstico de Tuberculosis activa
b) Usar isoniacida 10 mg por kg de peso sin exceder de 300 mg por día
c) Se proporcionará de manera estrictamente supervisada

2.4 Estudio de contactos

Prevención de la Infección y enfermedad de Tuberculosis

- Identificar y limitar las circunstancias que faciliten la transmisión de la Tuberculosis por pacientes bacilíferos:
  - Diagnóstico y tratamiento oportuno
  - Ventilar áreas
  - Investigación de los contactos
- Tratamiento preventivo con isoniacida, una vez que se ha excluido la existencia de Tuberculosis activa

Para una adecuada vigilancia epidemiológica es fundamental el estudio de contactos, en los casos de TB/SIDA fortaleciendo las medidas de prevención para evitar la transmisión de la enfermedad, fomentar el diagnóstico y tratamientos oportunos, ventilar áreas de posible contaminación y adoptar otras medidas básicas de prevención como son:

1. A los contactos se deberá realizar estudio clínico, epidemiológico, bacteriológico en casos probables que presenten sintomatología y radiológico, en adultos que lo requieran y en todos los menores de 15 años inmunocomprometidos con o sin síntomas

2. La Investigación de la fuente de infección debe llevarse a cabo en los infectados por VIH comprobados y en los casos de SIDA, con el consentimiento informado de los enfermos y de los contactos, conservando la confidencialidad de la información, realizando las siguientes acciones
   - Ofrecer la prueba de VIH en las personas con Tuberculosis
   - Solicitar baciloscopias a infectados por el VIH-SIDA, que presenten síntomas respiratorios

- Es importante recordar que la entrevista, el interrogatorio, la observación y el examen de los contactos deben ser realizados con el mayor respeto posible, dando la seguridad que los datos que se proporcionen serán confidenciales

2.5 Adherencia al tratamiento

El apego o adherencia al tratamiento es un fenómeno complejo que comprende desde el inicio, seguimiento, verificación de reacciones indeseables y orientaciones hasta alcanzar la continuidad y término del tratamiento.

Un factor importante que interviene en la adherencia terapéutica es la adopción de la estrategia TAES en Tuberculosis, promulgada universalmente para facilitar el apego estricto al tratamiento, misma que ha sido defendida como la única manera de completar el tratamiento y lograr la curación de los pacientes.

Lo anterior debe ser considerado para los pacientes con TB/SIDA. En Tuberculosis Pulmonar, el TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado), quiere decir que debe vigilarse la ingesta de los medicamentos por el personal de salud o personal comunitario (alguien de la familia) previamente capacitado, hasta terminar el tratamiento (6 meses). Para el tratamiento con Antirretrovirales debe tomarse en consideración el deseo y compromiso de la persona y la familia que vive con SIDA para iniciar y mantener por tiempo indefinido el tratamiento.

La adherencia al tratamiento se relaciona de manera importante con el apoyo proporcionado por los familiares así como con una red de apoyo social que ayude al paciente a lograr su objetivo. Además de lo anterior se consideran otros factores como el número de fármacos, sus reacciones adversas, el acceso a los servicios de salud y de manera sustantiva, la comunicación entre el personal de salud y el paciente.

Factores que favorecen la adherencia al tratamiento:

- Conocimiento de la enfermedad y del tratamiento a seguir
- Apoyo familiar
- Tipo de alimentación e ingesta de líquidos
- Acceso a los servicios de salud
- Calidad en la atención
- Comunicación efectiva enfermera-paciente
- Medicamentos gratuitos
- Conveniencia de horario de atención
- Tranquilidad y privacidad

- No consumir bebidas embriagantes
- Contar con un empleo
- Estabilidad de vivienda

Herramientas que pueden favorecer una mejor adherencia en los pacientes con antirretrovirales:

- Pedir que le acompañe un familiar a la hora que tenga que tomar los medicamentos, de esta manera si el paciente no lo recordara, su familiar si
- Reloj de alarma
- Pastilleros con dosis que corresponda al tiempo de trabajo, escuela u otras actividades
- Calendarización
- Relación de horarios

El tratamiento antituberculosis será estrictamente supervisado por personal de salud.

2.6 Seguimiento de laboratorio

Durante el tiempo que dure el tratamiento de Tuberculosis se realizará el seguimiento bacteriológico solicitando una baciloscopia mensual y un cultivo trimestral, así como radiografías.

Los estudios de laboratorio o gabinete de seguimiento, se limitarán a los indispensables de acuerdo a la sintomatología o dependiendo del tratamiento indicado (serología, examen general de orina, determinación de triglicéridos, carga viral CD4, etc.).

2.7 Apoyo tanatológico

Este apoyo se refiere a la labor que puede realizar la enfermera ante el paciente con Binomio TB/SIDA frente a la cercanía de la muerte.

Etimológicamente Tanatología viene del griego *thanatos* que significa muerte y logos que significa estudio o tratado. Literalmente se refiere al estudio de la muerte y/o el morir.

Actualmente ofrecer un apoyo tanatológico se comprende como “ayudar a bien morir”, es decir, a ofrecer el apoyo, la orientación y la atención para que el paciente moribundo termine su vida de la mejor manera posible, es decir, a través de estudiar, conocer y orientar las reacciones de los moribundos para buscar

la mejor calidad de vida y el mejor estado físico y emocional posible de acuerdo a sus circunstancias particulares.

La tanatología en la actualidad

Estando inmersos en una sociedad como la nuestra actualmente, cada vez más globalizada pero también más despersonalizada y a medida que las ramas de la medicina consagradas a la atención y el cuidado pierden gradualmente terreno frente a las orientadas a la curación, parece que se cada vez se hace menos uso de las virtudes humanas del apoyo a los enfermos; en la actualidad se cree que no tardarán en ser revaloradas, porque nuestros pacientes necesitan la calidez y el auxilio de una mano amiga o de apoyo para un buen morir y no la frialdad de un bisturí. No es este el momento de hacer desaparecer un modelo médico pobre o rico en recursos tecnológicos sino de lograr una sinergia entre este y las virtudes humanas del cuidado, o terminaremos por exigir una muerte inducida para alcanzar una sociedad libre de malestar.

En el tema que a nosotros nos atañe, es vital saber que No obstante que el paciente viva con VIH-SIDA, la Tuberculosis si se cura.

La enfermeras que traten este tipo de casos cuentan con cinco criterios en el trato de pacientes con TB/ SIDA:

- No tener ideas preconcebidas ni tratar de imponer las propias
- Mantener y demostrar una actitud de mente abierta
- Llegar a un “darse cuenta” personal, hacer suya esta forma de pensar para así poder transmitirla con sinceridad y convencimiento a quien lo requiera
- Sensibilizarse a las necesidades de los enfermos terminales y sus familiares o personas que los rodearán en el momento de la ausencia
- Abrir y mejorar la percepción para aprender de cada experiencia y cada enfermo

En la enseñanza de los moribundos es preciso aplicar este principio:

> ***Con los moribundos lo que se decida hacer ha de hacerse “HOY, AHORA”, en el momento, “DESPUÉS” puede ser demasiado tarde.***

El diagnóstico; ¿cómo se informa y quién lo informa?

El médico es quien da la noticia del diagnóstico, sin embargo, hay casos en los que él puede pedir la intervención de otros profesionales (psicólogo, enfermera, trabajador social entre otros).

Inmediatamente después del diagnóstico, se le debe informar al enfermo que hay esperanzas en su tratamiento, mencionando los recursos, tratamientos, medicamentos etc., que puedan aplicarse a su caso. Se espera a que el enfermo pregunte mayores detalles. Debe dársele una respuesta honesta y directa, no es aconsejable decir que va a morir o que su enfermedad es terminal, hay que decirle que está grave y que se hará todo lo humanamente posible por ayudarle a que evolucione lo mejor que se pueda. Tampoco es aconsejable soslayar la gravedad de su diagnóstico o mentirle por evitarle la pena de saber que va a morir, esto puede resultar contraproducente en el futuro cercano ya que es su derecho conocer la verdad sobre su padecimiento y poder realizar las acciones consecuentes previas al término de su vida.

La enfermera conocerá las etapas de reacción de un paciente con TB/SIDA y ser un personaje de ayuda a este diagnóstico:

Primera Etapa

- En esta etapa el paciente NO ACEPTA la enfermedad y NO desea hablar de ello; es una etapa de crisis y negación

Segunda Etapa

- En esta etapa surgen sentimientos de cólera, rabia e ira; a la vez de un sentimiento de envidia y resentimiento (¿Por qué a mí?, ¿Por qué yo?)
- En este caso el enfermo llega con resentimiento y agresión directa e indirectamente con las personas mas cercanas, es por eso que la enfermera escucha demostrando una actitud comprensiva, buscando que el paciente saque todos esos sentimientos negativos que no le hacen bien

Tercera Etapa

- El enfermo asume su problema, su situación y el pronóstico
- Hay diálogo e intercambio de valores y sentimientos, promesas, se da un aplazamiento en las cosas pendientes por resolver, se puede presentar una sensación de culpabilidad oculta
- En este caso la enfermera no debe pasar por alto esta etapa porque el paciente puede caer en la siguiente etapa que es la de intento suicida

Cuarta Etapa

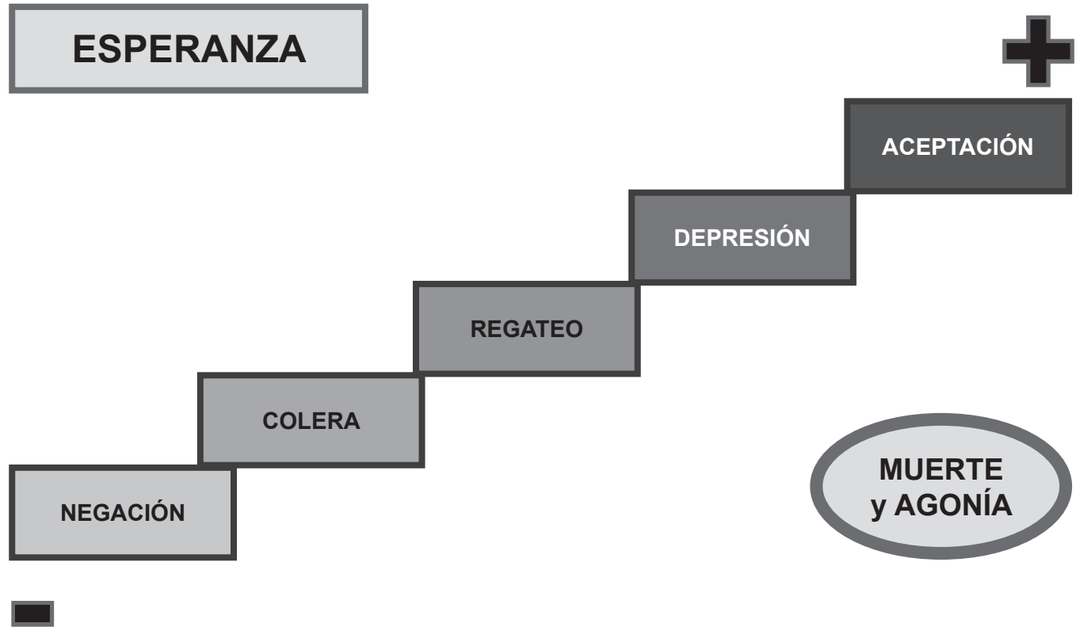
- El paciente mira de frente lo que le espera, fantasea y devalúa su existencia
- Es cuando el paciente se torna más débil, se vuelve muy vulnerable y es muy sensible a las personas y al trato que le dan

- Ocasionalmente, cuando se acumulan o agudizan los síntomas de su problema, aparecen sentimientos de culpa

Quinta Etapa

- El momento de cerrar ciclos, significa una recapitulación de su vida y los últimos acontecimientos, suele ser muy fuerte, impactante y a veces difícil. Si el enfermo terminal ha tenido el tiempo suficiente y ha contado con la ayuda oportuna y óptima para recorrer las etapas descritas anteriormente, llegará en un estado que no será de depresión ni coraje, sino de aceptación, resignación y ánimo para hacer de este un período gozoso y, en cierta forma, de disfrutar sus últimos momentos en compañía de personas que lo quieran y lo apoyen
- En este caso se necesitara más apoyo de toda la familia y el personal de salud que se encuentra a su alrededor para no abandonarse y en verdad aceptar la muerte

Una vez que se ha determinado el diagnóstico y se le ha hecho saber al paciente su gravedad, es de suma importancia mantener un cierto nivel de esperanza. Al principio y por la obviedad de la situación éste será mínimo pero a través de la labor, apoyo y orientación que lleva a cabo la enfermera, este nivel irá en ascenso, durante todas las distintas etapas que va pasando y será muy útil en los últimos momentos.



Capítulo 3.

Intervenciones Comunitarias

3.1 Estigma social

Estigma significa marca, señal en el cuerpo, afrenta, lesión orgánica o funcional que indica enfermedad constitucional o hereditaria. Condicionado socialmente, el prejuicio social que perciben los enfermos es una dimensión negativa añadida a los malestares propios de la enfermedad, que inciden en su calidad de vida incluso hasta mucho después que ésta desaparece, en el caso de la Tuberculosis.

Una de las características del prejuicio, en el caso de la Tuberculosis es que desde hace siglos fue estigmatizado y estereotipado y a lo largo de los siglos, desafortunadamente no ha hecho mas que reforzarse. Esto se debe a una falta de información sobre este padecimiento. Los datos erróneos y demasiado generalizados y el rechazo social a los enfermos y a la enfermedad han sido unas de las principales barreras a las que nos hemos enfrentado, en paralelo con el tratamiento propio del padecimiento.

Esta estigmatización solo se recrudece cuando se da el Binomio TB/VIH-SIDA, ya que está ligado a tabúes sociales, como el sexo, el uso de drogas y la muerte, los niveles de ignorancia, negación de la realidad, miedo e intolerancia respecto a estas enfermedades.

El estigma y la discriminación precipitan la epidemia, favorecen el silencio, el rechazo y la marginación de las personas que viven con estas enfermedades, obstaculizando los esfuerzos de prevención y atención.

Aún hoy en día este rechazo y actitudes negativas conducen a menudo a la discriminación y a la violación de los derechos humanos de las personas con este Binomio y a las de sus familias y personas cercanas.

El estigma del SIDA se basa en la idea que tiene la sociedad de que las personas infectadas con esta enfermedad han contravenido una serie de creencias y valores compartidos.

Incluso el personal que brinda cuidados de salud, ya sea por falta de información, por el miedo a la enfermedad y al contagio o porque consideran que estas personas van a morir, frecuentemente puede llegar a tener una visión irracional o exagerada del riesgo.

Las organizaciones religiosas han contribuido muchas veces a reforzar el estigma y la discriminación relacionados con el SIDA y han hecho poco para eliminar las actitudes negativas contra quienes viven con la enfermedad. Las posiciones moralistas sobre el comportamiento sexual, el sexismo, la homofobia y la negación de la realidad de esta enfermedad, han contribuido a establecer la idea de que las personas infectadas han pecado y merecen su castigo.

Otras formas de estigma social son la de negación de vivienda, ser ignorados por los amigos y compañeros y la negación de seguros de vida y de salud. En muchos casos la estigmatización se extiende a las familias, a pesar de que ellas son las primeras prestatarias de cuidados. Esta situación refuerza el aislamiento social de las personas afectadas, incluyendo el abandono de sus hijos y sus parejas.

De igual forma la Tuberculosis es una enfermedad que presenta un fuerte prejuicio o estigma social, con diferentes matices culturales según la sociedad de que se trate. La conducta reportada más frecuente en los distintos países es tratar de ocultar la enfermedad, lo que también incide en el diagnóstico y tratamiento, seguida por el rechazo y aislamiento de los enfermos.

En encuestas y estudios de campo realizado se encontraron algunas apreciaciones negativas asociadas a las enfermedades como lo es sentir vergüenza por padecer de Tuberculosis y/o VIH.

Se apreció cómo este estigma afecta subjetivamente y en sus relaciones sociales a los enfermos de Tuberculosis y/o VIH, observándose que el temor a que se conozca la enfermedad supera ampliamente el de tenerla; prejuicios de los cuales no están exentos los propios enfermos a pesar de conocer que la Tuberculosis es una enfermedad curable y que el VIH aunque no se cura es controlable, existe aún un gran porcentaje de la población que cree que aquellas personas con una “vida desordenada relacionada con sus preferencias sexuales” o aquellas con un bajo nivel socioeconómico son las que tienen más posibilidad de padecerlas.

Ante esta realidad el personal de salud tendrá que tener muy presente que las palabras pueden sanar, motivo por lo que:

1. Es mejor estar informado, (la información que proporcionemos tiene que ser confiable y veraz) de esa forma incluso se podrán despejar las dudas y sobreponerse a miedos infundados e ideas preconcebidas

2. Los medios de comunicación son en parte responsables de la desinformación y la estigmatización. En ocasiones, los medios masivos representan erróneamente a las personas que padecen este tipo de enfermedades lo cual hace que sea más difícil cambiar los estereotipos; a los medios les interesa captar a la audiencia y a veces el morbo es la mejor forma de obtener raitings, aún cuando no se presente la información veraz y completa. Se espera que el prestador de servicios de salud sea crítico y vaya haciéndose de una opinión fundada propia, con base en sus estudios, investigación, capacitación

3. Es importante saber que la ley prohíbe la discriminación en contra de personas con incapacidades, en todos los aspectos de la vida pública, incluyendo la vivienda, el empleo y el transporte público, (el trabajo, escuelas y servicios médicos)

4. Hay que considerar que muchas personas que padecen enfermedades estigmatizadas contribuyen o contribuyeron en gran medida a la vida del país, desde las artes hasta las ciencias, desde

la medicina y los espectáculos hasta los deportes profesionales, es decir: estas enfermedades no distinguen estatus socioeconómico, preferencia sexual, religión ó nivel cultural

5. Todas las personas merecen ser tratadas con la misma dignidad y respeto que merecemos. Entre las personas que padecen enfermedades estigmatizadas pueden estar sus amigos, vecinos y familiares

6. Evite reducir las personas a un diagnóstico. En lugar de decir, es “una tuberculosa”, diga, “padece de Tuberculosis”, un ser humano portador de VIH no es “un sidoso”, mejor diga “persona viviendo con VIH”. Una enfermedad no define a una persona y para tal efecto, se trata la enfermedad, no la persona, así como se puede sentir aversión a una enfermedad pero no a una persona. Por último, nunca utilice términos despectivos al hablar de una persona que sufre de alguna enfermedad, esta práctica debe permear tanto en sus horarios laborales como en su vida diaria, pues hablamos de un respeto a la persona por convencimiento

3.2 Redes sociales para el paciente con TB/VIH-SIDA

Existen diversos estudios que muestran la relación entre el apoyo con redes sociales al paciente con TB/VIH-SIDA, los cuales han demostrado los beneficios de la relación entre las redes sociales y la salud, de forma que, al aumentar las redes sociales mejora la salud física y psicológico-emocional de la persona. El personal de salud de atención primaria puede contribuir a mejorar las redes sociales de los pacientes y sus familias a través de sus intervenciones, no sólo en el ámbito individual, sino también a través de actividades de educación para la salud y de participación comunitaria. Entendemos como red social al conjunto de conexiones sociales que tiene el paciente, la familia y la comunidad para ayudarle a salir adelante con su enfermedad, así como la facilidad que se tiene para crearlas.

Con el objetivo de detectar la falta de cobertura de estas necesidades sociales básicas y poder llevar a cabo una intervención, resulta imprescindible realizar una evaluación de las redes sociales de los pacientes desde el mismo momento en que se les diagnostica la enfermedad. Aunque no todos necesitan una intervención inmediata, tampoco hay que esperar a que la situación sea extrema. Si se detecta alguna situación que así lo requiera, se puede proponer al paciente el apoyo del personal de enfermería de la unidad donde se atiende para que se le apoye con una evaluación más exhaustiva en la detección del nivel de red social con el que cuenta y poder ofrecerle mejoras al mismo.

En el manejo de las redes sociales, (el paciente, la familia, el personal de salud y/o la comunidad) deben indagar acerca de las siguientes circunstancias:

1. ***Estado emocional:*** cuando tiene problemas, ¿tiene alguna persona en quien confiar, pedir ayuda o consejo?. Explicar al enfermo que existen organizaciones altruistas, civiles y no gubernamentales que brinda apoyo emocional, para el y su familia

2. ***Hábitos de vida saludables:*** piensa que la forma en que se relaciona, trabaja, se recrea y se alimenta el paciente es adecuada. Orientar al enfermo a realizar ejercicios dentro de su capacidad física y dieta balanceada

3. ***Situación familiar:*** ¿Su familia está informada de su enfermedad? (pareja, hijos, padres, etc.), dinámica familiar y de acercamiento con ellos

4. ***Situación laboral:*** ¿Ha tenido hostigamiento o rechazo por parte de sus jefes o compañeros de trabajo?. Informar al paciente que es ilegal le pidan su renuncia por tener Tuberculosis y/o SIDA, así como le soliciten estudios de laboratorio para la detección de Tuberculosis y /o SIDA, para ingresar a un trabajo

5. ***Situación económica:*** ¿Tiene a quién recurrir en caso de algún imprevisto económico?. Explicar al enfermo que existen asociaciones civiles que brindan asesoría

6. ***Situación comunitaria:*** ¿Pertenece a alguna organización no gubernamental o asociación civil? (junta de vecinos, religioso, cooperativas campesinas, etc.) o posibilidad de acceso a servicios comunitarios gubernamentales o de sociedades civiles

7. ***Situación judicial:*** ¿Ha sufrido algún tipo de discriminación?. Informar que la ley protege a todos por igual, que su enfermedad no es motivo de discriminación

8. ***Información sobre la enfermedad:*** ¿Le han proporcionado información sobre su enfermedad, evolución y alternativas terapéuticas?

9. ***¿Cómo es el lugar donde vive?*** (zona rural o urbana): así como la facilidad o dificultad de acceso a su domicilio

10. ***Tiempo que ha vivido en el mismo domicilio:*** con la finalidad de identificar el número de conocidos cercanos

La actuación preventiva en este campo es muy importante y debe ponerse en marcha tanto en fases precoces como avanzadas de la enfermedad.

Es conveniente, por lo tanto, que el paciente y/o la familia evalúen todos los puntos mencionados para que se comprenda la situación individual de cada enfermo y así mismo planificar eventuales intervenciones.

La identificación de redes sociales va encaminada a promover que los pacientes desarrollen y utilicen sus propios recursos para afrontar los problemas que se presenten, complementándolos con el aporte de la sociedad. Igualmente la familia actúa como elemento fundamental para la coordinación de los diferentes recursos y facilitar los trámites necesarios. El personal de salud puede brindar ayuda en la expansión de las redes sociales.

Algunas de las situaciones más frecuentes que pueden requerir la intervención de la familia y/o la comunidad son:

1. ***Problemas laborales:*** debido a las nuevas expectativas de vida de los pacientes, es necesario informarle y asesorarlo sobre programas de integración laboral, para ello se deben conocer los recursos que existen en la zona y fuera de ella, como por ejemplo:
    - Programas de inserción sociolaboral
    - Programas de búsqueda de empleo a través de los servicios sociales de la zona
    - Cursos de formación ocupacional
    - Talleres ocupacionales de otras instituciones de la zona

2. ***Problemas económicos:*** asesorar e informar a los pacientes sobre el trámite de prestaciones económicas y ayudas públicas

3. ***Problemas relacionados con la falta de adherencia al tratamiento:*** la intervención de la familia y/o la comunidad puede mejorar situaciones en las que es difícil mantener el seguimiento del tratamiento en forma adecuada (falta de vivienda, ingresos, olvidos, negligencia, rebeldía, etc.)

4. ***Problemas originados por la limitación de autonomía personal en el hogar (segregación):*** con frecuencia se requerirá atención en la vivienda; en ocasiones estos problemas se pueden solucionar a través de la intervención del personal de salud, quien dará información necesaria para la convivencia saludable y armónica con el paciente

5. ***Problemas de aislamiento y soledad:*** la familia y/o la comunidad afrontará conjuntamente con el paciente estos problemas, facilitando acceso a grupos como asociaciones de ayuda mutua, grupos de apoyo u Organizaciones de la Sociedad Civil

6. ***Problemas de adicción a drogas:*** proporcionar información y orientación sobre estrategias para reducción de riesgos y daños y/o búsqueda de recursos para iniciar un tratamiento y, a veces, de recursos alternativos ante la carencia de apoyo familiar

7. ***Problemas derivados de altas hospitalarias de enfermos sin apoyo familiar y/o sin vivienda:*** en este caso, se debe considerar el ingreso del paciente en casas de acogida dependientes de instituciones de ayuda u Organizaciones de la Sociedad Civil que haya en la zona

3.3 Sensibilización a la comunidad

La participación de enfermería es fundamental en la comunidad, cumpliendo con una misión especial al atender los problemas salud de la población, por lo que es el personaje idóneo para difundir, prevenir,

atender y dar seguimiento a las actividades sobre cualquier padecimiento de la población, el personal de enfermería debe estar capacitado sobre distintos temas que se abordan con el paciente, la familia y la comunidad.

La participación de la comunidad en el autocuidado de su salud ha sido importante desde distintas perspectivas, en el Binomio TB/SIDA debe aprovecharse esta organización para lograr la prevención en la detección de signos y síntomas de ambos padecimientos y el ingreso a tratamiento oportuno hasta lograr el control de los padecimientos.

El personal de enfermería logra la participación de los integrantes de la comunidad de la siguiente manera:

- Aprovechar los grupos organizados (autoayuda) en la comunidad para incorporarlos a las acciones del Binomio
- Informar a los grupos organizados sobre las medidas preventivas del Binomio
- Buscar el apoyo de Organizaciones de la Sociedad Civil para la difusión de las acciones educativas y evitar conductas de riesgo en la población
- Informar, educar y comunicar a los integrantes de la comunidad sobre los signos y síntomas de la TB/SIDA, para su detección oportuna a través distintos medios de comunicación
- Sensibilizar a la población para disminuir el estigma y la discriminación a través de distintas campañas de difusión
- Informar a la población sobre la existencia de lugares donde se diagnostica y se atiende a personas con el Binomio (centros de atención integral especializada)

Detección de personas en riesgo y en contactos

A toda persona que se encuentre en riesgo de padecer el Binomio se le otorga la siguiente atención por parte de enfermería:

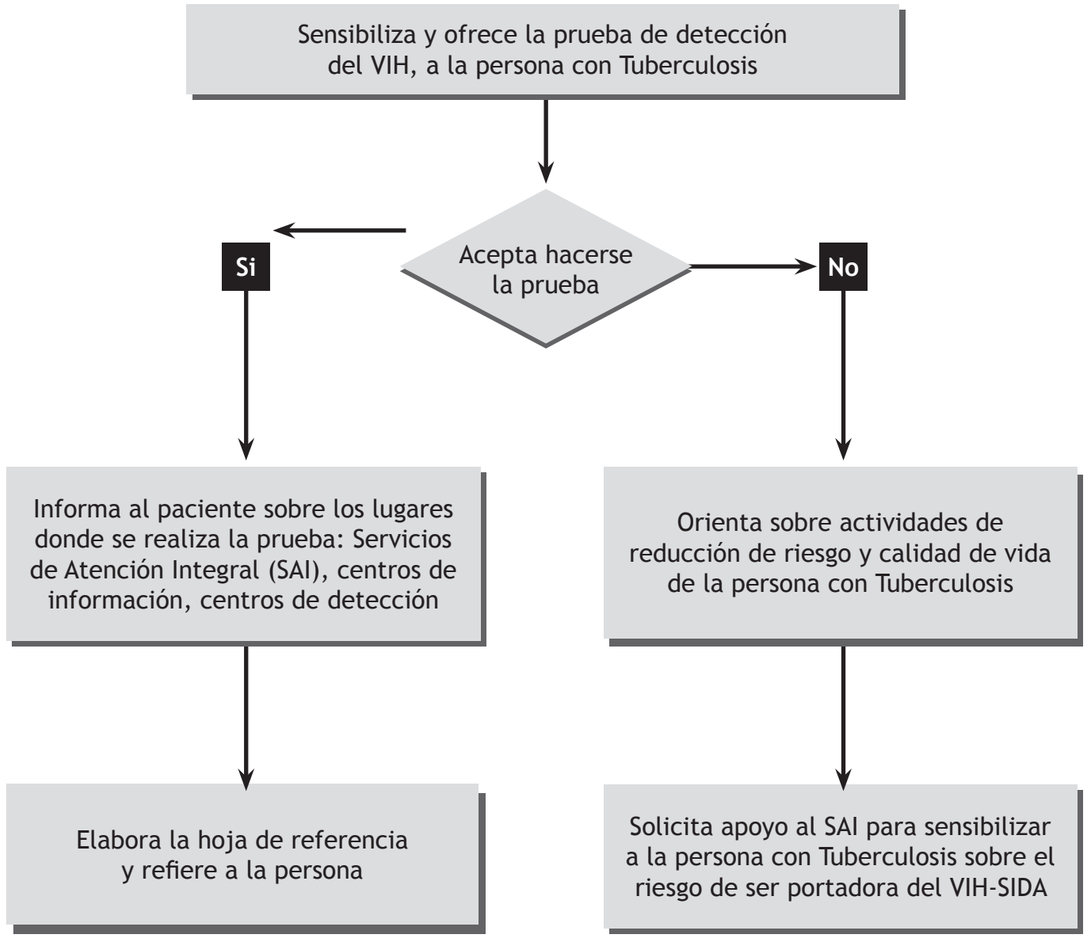
- Sensibilizar y ofrecer las pruebas para detección del Binomio
- Orientación y consejería para la pre y la post-prueba
- Orientar sobre las actividades de reducción de riesgo a través de medidas correctivas y preventivas sobre la sexualidad
- Organizar sistemas de referencia y contrarreferencia de los pacientes según el ámbito de acción
- Apoyo en la supervisión de la quimioprofilaxis
- Brindar educación higiénico-dietética
- Explicar de la importancia del apego al tratamiento

Intervención de enfermería en la atención del Binomio TB/VIH-SIDA en la detección de VIH

Previa capacitación sobre aspectos clínicos, de sexualidad, psicológicos y emocionales, el personal de Enfermería, realizará las siguientes acciones:

Acciones con el paciente	Acciones intra e interinstitucional	Acciones con la comunidad
Sensibiliza y ofrece la prueba de detección del VIH	Referencia al SEA de las personas que aceptan realizarse la prueba de VIH	Sensibiliza a la población para disminuir el estigma y la discriminación
Orienta sobre actividades de reducción de riesgo	Informa a la Jurisdicción Sanitaria correspondiente, sobre las referencias de pacientes al SAI	Educa, comunica e informa sobre TB/VIH-SIDA
Informa sobre los lugares donde realizarse la prueba: Servicios de Atención Integral (SAI), centros de detección		Informa sobre los lugares donde se diagnostica y atiende a las personas con VIH-SIDA (SAI, centros de información, centros de detección)

Intervención en la Persona con Tuberculosis



Bibliografía

- Antonio Antela. *Manual de Capacitación en el Manejo Integral de personas adultas que viven con el VIH/ Sida para equipos de atención primaria y comunitarios en Latinoamérica y el Caribe.* Washington D.C: OPS, 2004.
- Cohen D; T. Farley; S. Bugg. *Why the U.S. needs a national policy on condoms*. AIDS & Public Policy Journal, winter 1997.
- Corbett, E,, Watt, C., Walker, N., et al (forthcoming). *The Growing Burden of Tuberculosis: Global Trends and Interactions with the HIV Epidemic.* Archives of Internal Medicine 2003 May 12; 163(9): 1009-21
- De Vincenzi, I. *European Communities Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. Heterosexual transmission of HIV in a European cohort of couples.* Presentado en la IX Conferencia Internacional sobre SIDA, junio 1993, Berlín, Alemania.
- Egan, Gerardo. *El orientador experto.* Grupo Editorial Iberoamericana, 1987.
- *Guía sobre atención integral de las personas que viven con la coinfección de TB/VIH en América Latina y El Caribe.* OPS/OMS 2004
- *Guía para la Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/SIDA en consulta externa y Hospitales.* Cuarta Edición año 2000. Dra. Patricia Uribe Zúñiga y Dr. Samuel Ponce de León Rosales. México.
- *Guía para la atención psicológica de personas que viven con el VIH/SIDA.* Secretaría de Salud. Conasida. México 2000.
- *Guía para la Consejería y Pruebas de VIH/SIDA en los Programas de Control de Tuberculosis OPS/OMS.* 2006.
- *Guía para la atención domiciliaria de personas que viven con VIH.* CENSIDA. 1998.
- Aguilar, ME. Del Río Chiriboga. *Guía para Enfermeras en la atención del paciente con VIH/SIDA.* CENSIDA. 1992.
- *Guía de manejo antirretroviral de las personas que viven con el VIH/SIDA.* Segunda edición 2005-2006.
- Dr. José A. Caminero Luna. *Guía de la Tuberculosis para Médicos especialistas.* Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UICTER) Paris, Francia. 2003.
- *Guía de pour les mèthodes de sterilisation et de desinfection eficaces contre le virus de l'immunodeficience humane*. Organisation Mondiale de la Sante. Geneve 1990.
- APIC *Guideline for hand Washing and hand antisepsis in Heal-care Settings.* 1995.
- Kubler-Ross, Elizabeth. *Vivir hasta despedirnos.* Ediciones Luciérnaga, Barcelona, 1991.
- Kubler-Ross, Elizabeth. *Una luz que se apaga.* Editorial Pax, México, 1985.
- *Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993 para la Prevención y el Control de la Tuberculosis*
- *Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA-1993 para la Prevención y el Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.*
- *Norma Oficial Mexicana NOM-01 6-SSA1-1993, que establece las especificaciones sanitarias de los condones de hule látex.* Diario Oficial de la Federación, jueves 8 de septiembre de 1994.
- *Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-1995.*
- Pinkerton, Stephen y Paul Abramson. *Effectiveness of condoms in preventing HIV transmission*. Soc Scie & Med. Núm. 44 val. 9, mayo de 1997, págs. 1303-1312.
- Ponce de León, Samuel. *Retall Manual de Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias.* Serie Itsp/ Manuales operativos Paltex. OPS. 1996.
- *Population Reports*, serie H, núm. 8, septiembre de 1990. Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The John Hopkins University, Estados Unidos.
- Luigi Ricci. *Prontuario di higiene e sanita pubblica.* Ed. Piccin Padova 1987.
- Robles Gris Jorge, Osorio Julia. *Amigos Contra el SIDA A.C.* México
- Ronald F. Carey; A. William; Herman Bsee; et al. *Effectiveness of latex condoms as a barrier to human immunodeficiency virus sized particles under conditions of simulated use.* Sex Trans Dis 1992; val. 19, núm. 4, págs. 230-234.
- Saracco A, M. Musicco, A. Nicolosi et al. *Man-to-woman sexual transmission of HIV: longitudinal study of 343 steady partners of infected men.* Journal of Acquired Immune Defic Syndr. val. 6, núm. 5, 1993, págs. 497-502(Corbett et al, 2003).
- Smith A; D. Jolley; J. Hocking K. Benton; I Cerofi. *Does penis size influence condom slippage and breakage?*. Int Journal of STD & AIDS, 1998.
- Valderrama Alberto. Fiebre puerperal, reseña histórica. BETU a saber, Vol. 1 marzo de 2002.
- *MEDUNAB-Factores de riesgo para abandono del tratamiento antituberculoso.*
- Herrera A. A. Medicina Familiar, www.geocities.com/hiponiqueo/Familiy.html -01-06-2006

SALUD

SECRETARÍA
DE SALUD

¿Tienes dudas? **¡Búscanos!** Estamos para servirte.
micobacteriosis@salud.gob.mx

01.800.90.11.010

http://www.cenave.gob.mx/tuberculosis/