

Percepción de riesgo del enfermero en el cuidado del paciente viviendo con VIH-sida

Risk perception of nurses in patient care living with HIV-AIDS

Lic. José Mario Olivera Jeréz; Lic. Elvira de la Rúa Méndez; Lic. Araceli Gracia Nicado; Enf. Gral. Antonio Manuel Ramírez Olivera

Hospital Pediátrico Docente San Miguel del Padrón. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se realizó una investigación descriptiva, cualicuantitativa, de corte transversal y prospectiva con el objetivo de evaluar el efecto de la percepción del riesgo en el cuidado enfermero en paciente viviendo con VIH-sida. El universo fue de 3067 enfermeros (as) siendo la muestra de 613 enfermeros (as) lo que representa un 20 % del universo, teniendo como criterio de inclusión que el personal seleccionado estuviera vinculado directamente a labores asistenciales y representadas las diferentes categorías ocupacionales. Se obtuvo como resultados que el porcentaje reflejado a la no percepción fue de 18,4 % y predominó la categoría técnica para un 41,5 %. En relación al cumplimiento de seguridad ante los incidentes y el uso de dispositivos dispuestos, el 5,5% no lo tienen en cuenta y al relacionar como lo asumen con las categorías profesionales, los enfermeros básicos representaron el 7,3 % y le siguieron los licenciados para un 6,2 %. El 25,3 % de la muestra han sufrido accidentes o incidentes que propician a la exposición del riesgo. Se refleja en el análisis de la percepción de ser contaminado el 24,6 %, no lo siente a pesar de que incide en el paciente o individuo supuestamente sano.

Palabras clave: Percepción de riesgo, Cuidado enfermero, Factores de riesgo, VIH.

ABSTRACT

We performed a descriptive, quali-quantitative, cross-sectional and prospective in order to evaluate the effect of risk perception in nursing care in patient living with HIV-AIDS. The universe was 3067 nurses (as) being the sample of 613 nurses (as) representing 20% of the universe, with the inclusion criteria were selected personnel work directly linked to welfare and represented different occupational

categories. Such analysis indicated that the percent reflected a failure to collect was 18.4%, predominantly technical category to 41.5%. Regarding compliance to security incidents and the use of devices located, 5.5% is not taken into account and assumed to relate as professional categories, basic nurses accounted for 7.3% and was followed for graduates 6.2%. The 25.3% of the sample have had accidents or incidents that lead to risk exposure. It is reflected in the analysis of the perception of being contaminated by 24.6%, although it does not feel that affects the individual patient or supposedly healthy.

Key words: Risk Perception, nursing care, risk factors, HIV.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida), es una enfermedad infecciosa y transmisible con una elevada mortalidad, que se caracteriza por causar un deterioro grave, progresivo e irreversible dentro del sistema inmunológico del paciente, dicha alteración es adquirida y lleva a una pérdida progresiva de la función inmune, que predispone al paciente a infecciones graves por microorganismos oportunistas y/o al desarrollo de neoplasias.^{1,2,3}

Desde el año 1981 en que se publicaron los primeros casos de VIH hasta la actualidad, han aumentado considerablemente los casos reportados,⁴ por lo tanto el Sida es considerado una pandemia que al igual que otras enfermedades requiere del diagnóstico, vigilancia y tratamiento efectivos. En la actualidad esta se encuentra en una fase impredecible e inestable, tan sólo en el 2006 de acuerdo a UNAIDS, se infectaron 4,3 millones de individuos, llegando a un total global de 48,6 millones en la actualidad.^{4,5} Para comprender la magnitud de la situación, por ejemplo en México, al igual que en el resto de los países del mundo, el VIH/sida se ha convertido en un serio problema de salud pública. Hasta noviembre del 2006, de acuerdo a las estimaciones más recientes del Centro Nacional para la Prevención y Control del Sida (CENSIDA) reportaron 107,635 casos acumulados en el país y se estimó que 182,000 personas viven con el VIH sin haber presentado todavía las manifestaciones clínicas de la enfermedad.⁶ El tiempo promedio de la infección inicial por VIH hasta el desarrollo del sida es aproximadamente de diez años aunque el grado de progresión de la enfermedad varía en cada individuo, es difícil de predecir y depende de las características del virus y del huésped.

La epidemiología en el mundo y en Cuba indica que hay un aumento, reportándose hasta 2007, 9 039 (81 % fueron hombres) seropositivos, casos de sida 3 427 y PVVIH/sida 7 379.

Las infecciones virales o bacterianas o cualquiera en la magnitud que produzca una enfermedad es un problema de salud en los sujetos con prácticas de riesgo para la infección, en cualquiera de sus prácticas ya sean sexuales o laborales brindando cuidados, técnicas y procedimientos invasivos que propendan a la exposición del riesgo.

En los últimos años se han creado numerosas consultas de seguimiento de pacientes con infección VIH en los distintos centros hospitalarios del mundo y en

nuestro país. El acceso al tratamiento y la atención ha aumentado significativamente en los últimos años, teniendo en cuenta el número creciente de infectados interviniendo fundamentalmente el factor de la migración.

Sin embargo la historia natural de la infección (con un periodo asintomático muy prolongado), la modificación que del curso de la misma ha conseguido la terapia antirretroviral (ha convertido la infección en una enfermedad crónica con una supervivencia alargada en el tiempo), el elevado número de enfermos y la importancia de las medidas preventivas para evitar su difusión, hacen que los profesionales de la salud tengan un papel relevante en su atención con un carácter previsor del riesgo y de brindar un cuidado óptimo para evitar el dañar, además.

La percepción como concepto es el proceso mediante el cual la conciencia integra los estímulos sensoriales sobre objetos, hechos o situaciones y los transforma en experiencia útil. El estudio y la teoría de la percepción superan a la psicología teórica y tienen aplicaciones prácticas en el aprendizaje, la educación y la psicología clínica. Según la teoría clásica de la percepción que el fisiólogo alemán Hermann Ludwig Ferdinand von Helmholtz formuló a mediados del siglo XIX, la constancia en la percepción, y la mayoría de las percepciones, es resultado de la capacidad del individuo de sintetizar las experiencias del pasado y las señales sensoriales presentes.⁷ Por lo antes expuesto los profesionales de la salud tienen la percepción del riesgo de contraer o padecer el VIH, al no cumplir las normas de bioseguridad ante el paciente enfermo o supuestamente sano.

Debido al hecho de que lo que se busca es, si el riesgo de enfermar es mayor entre los que tienen el factor que entre los que no lo tienen y no viceversa.

Debemos recordar que en los países desarrollados y en vías de desarrollados la pandemia de sida es una cuestión de salud pública. Es por ello nos propusimos evaluar el efecto de la percepción del riesgo en el cuidado enfermero en paciente viviendo con VIH-sida; identificar los factores de riesgo del enfermero cuidador y el paciente; y evaluar la posible existencia de asociación entre la atención y el posible riesgo de contraer o padecer.

MÉTODOS

Se realizó una investigación descriptiva, cualicuantitativa y fenomenológica de corte transversal y prospectiva, en tres municipios de la Ciudad de la Habana: Centro Habana, Habana del Este y San Miguel del Padrón en el periodo 2008-2009.

El universo fue de 3067 enfermeros (as) siendo la muestra de 613 enfermeros (as) lo que representa un 20 % del universo, seleccionado al azar, teniendo como criterio de inclusión que el personal seleccionado estuviera directamente vinculado a labores asistenciales y representadas las diferentes categorías profesionales: Licenciados, Especializados, Técnicos y Básicos.

Técnicas y procedimientos

Métodos teóricos: análisis documental de referencias del tema de investigación, anuarios estadísticos de Cuba y el mundo.

Métodos empíricos: entrevista semiestructurada (anexo 1). Se elaboró y aplicó una entrevista semiestructurada. La misma fue diseñada a partir del problema científico de la investigación y validada por psicólogas en la especialidad de pediatría.

Recolección de la información y consentimiento Informado

Autorizaciones: se solicitaron autorizaciones a los intervinientes en la investigación, explicándose en todos los casos los objetivos del estudio y brindándose todas las condiciones necesarias de confiabilidad y respeto a la información proporcionada. Se valoró que se dio cumplimiento a las normas éticas requeridas en todo estudio con seres humanos. En el tiempo, fue propicio y justo a los requerimientos de la investigación. El autor del estudio dispuso de períodos parciales de tiempo para la planificación, ejecución y elaboración del informe final de la investigación.

En el caso de la aplicación de los cuestionarios se realizó individualmente con toda la ética que merece el tema y de forma individual no se utilizaron enlaces ni paquetes de email para el envío del cuestionario de la entrevista. Se hizo necesaria la asesoría de expertos, revisión bibliográfica por parte de los autores del trabajo, debido a que el tema de estudio se coloca en un plano de inseguridad personal y emocional lo cual preevé incursionar en la Psicología como ciencia para poder mantener los niveles de conocimientos ante una respuesta inadecuada o duda ante la interpelación de la individualidad y profesionalidad.

Se realizó a continuación la triangulación de toda la información teórica y empírica y al final se empleó una PC Pentium IV, con ambiente de Windows XP. Los textos se procesaron con Word XP, y las tablas y gráficos se realizaron con Excel XP y el procesamiento estadístico con SPSS versión 9.0.

RESULTADOS

En la muestra estuvieron representados ambos sexos, 380 de sexo femenino para un 62 % y 233 del masculino para un 38 %. De acuerdo a la distribución y categoría profesional, predominando la categoría profesional de licenciadas para un 32 %, los especializados represento un 14 %. (Tabla 1)

Tabla. 1. Distribución del sexo y categoría profesional del enfermero(a), con percepción del riesgo ante paciente viviendo con VIH-sida

| CATEGORÍA PROFESIONAL | SEXO | | | | TOTAL | % |
|-----------------------|------|------|-----|------|-------|-----|
| | F | % | M | % | | |
| Licenciados | 105 | 53,8 | 90 | 46,2 | 195 | 32 |
| Especializados | 74 | 87,0 | 11 | 13,0 | 85 | 14 |
| Técnicos | 112 | 61,9 | 69 | 38,1 | 181 | 29 |
| Básicos | 89 | 58,6 | 63 | 41,4 | 152 | 25 |
| TOTAL | 380 | 61,9 | 233 | 38,1 | 613 | 100 |

En relación a la percepción del riesgo al aplicar cuidados enfermeros predominó lo positivo en mayor número de prioridad lo sienten 500 para un 81,6 %. A la no percepción el 18,4 %, no asumen la responsabilidad ante aplicar cuidados seguros la categoría técnica para un 41,5 %. (Tabla 2)

Tabla. 2. Percepción del riesgo al aplicar cuidados a un enfermo con VIH-sida según categoría profesional

| CATEGORÍA PROFESIONAL | Percepción del riesgo | | | | TOTAL | % |
|--------------------------|-----------------------|------|-----|------|-------|-----|
| | SI | % | NO | % | | |
| Licenciados | 193 | 98,8 | 2 | 1 | 195 | 100 |
| Especializados | 79 | 92,9 | 6 | 7,1 | 85 | 100 |
| Técnicos | 106 | 58,5 | 75 | 41,5 | 181 | 100 |
| Básicos | 122 | 80,3 | 30 | 19,7 | 152 | 100 |
| TOTAL | 500 | 81,6 | 113 | 18,4 | 613 | 100 |

En relación con el cumplimiento de seguridad ante los incidentes y el uso de dispositivos dispuestos para su cumplimiento podemos observar que el mayor número fue reflejado por los profesionales que lo cumplen para un 94,5 %, el 5,5 % no lo tienen en cuenta. (Tabla 3)

Tabla. 3. Cumplimiento y disposición de las medidas de protección y seguridad ante el paciente viviendo con VIH-Sida

| CATEGORIA PROFESIONAL | Medidas de seguridad ante los incidentes | | | | TOTAL | % |
|--------------------------|--|------|----|-----|-------|-----|
| | SI | % | NO | % | | |
| Licenciados | 183 | 93,8 | 12 | 6,2 | 195 | 100 |
| Especializados | 82 | 96,4 | 3 | 3,6 | 85 | 100 |
| Técnicos | 173 | 95,5 | 8 | 4,5 | 181 | 100 |
| Básicos | 141 | 92,7 | 11 | 7,3 | 152 | 100 |
| TOTAL | 579 | 94,5 | 34 | 5,5 | 613 | 100 |

Se puede apreciar en la ocurrencia de incidentes con exposición al riesgo el número de 458 que representa un 74,7 %, el 25,3 % de la muestra han sufrido accidentes o incidentes que propician a la exposición del riesgo. (Tabla 4)

Tabla. 4. Ocurrencia de incidentes que provoquen la exposición al riesgo, en pacientes viviendo con VIH/Sida u otra enfermedad

| CATEGORÍA PROFESIONAL | OCURRENCIA DE INCIDENTES CON EXPOSICION AL RIESGO | | | | TOTAL | % |
|-----------------------|---|------|-----|------|-------|-----|
| | SI | % | NO | % | | |
| Licenciados | 54 | 27,7 | 141 | 72,3 | 195 | 100 |
| Especializados | 21 | 24,7 | 64 | 75,3 | 85 | 100 |
| Técnicos | 37 | 20,5 | 144 | 79,5 | 181 | 100 |
| Básicos | 43 | 28,2 | 109 | 71,8 | 152 | 100 |
| TOTAL | 155 | 25,3 | 458 | 74,7 | 613 | 100 |

Se refleja en el análisis de la percepción de ser contaminado el 24,6 %, no lo siente a pesar de que se incide en el paciente o individuo supuestamente sano. (Tabla 5)

Tabla. 5. Percepción de ser contaminado por un paciente supuestamente sano

| CATEGORIA PROFESIONAL | PERCEPCIÓN DE SER CONTAMINADO | | | | TOTAL | % |
|-----------------------|-------------------------------|------|-----|------|-------|-----|
| | SI | % | NO | % | | |
| Licenciados | 146 | 74,8 | 49 | 25,2 | 195 | 100 |
| Especializados | 67 | 78,9 | 18 | 21,1 | 85 | 100 |
| Técnicos | 150 | 82,8 | 31 | 17,2 | 181 | 100 |
| Básicos | 99 | 65,1 | 53 | 34,9 | 152 | 100 |
| TOTAL | 462 | 75,4 | 151 | 24,6 | 613 | 100 |

DISCUSIÓN

Los cambios ocurridos en el estado de salud de la población cubana son expresión de la alta prioridad y los esfuerzos realizados por Ministerio de Salud Pública en la esfera social y en la transformación cualitativa del nivel de vida de los ciudadanos, con el concurso del potencial humano profesional con que cuenta este sector.

Significa que el sub-registro es importante al enfrentar cualquier paciente que no este diagnosticado pues la exposición es mayor y el riesgo aumenta, sin menospreciar la falta de observación y un buen examen físico que oriente a una sospecha por evidencia. La tendencia al aumento de números de casos por ITS, en cualquiera de sus manifestaciones suele suceder en un crecimiento ascendente y progresivo esto prevé una serie de acontecimientos de riesgos, no solo profesionales, sino además sociales, que proporcionan un aumento del número de casos que incluye los de trasmisión y lo de exposición porque no, al riesgo por supuesto.

Llama poderosamente la atención el personal técnico que no asume la responsabilidad ante el aplicar cuidados seguros, Las prácticas inseguras por procedimientos de moda y tratamientos eventuales callejeros inciden en el riesgo de contraer la enfermedad del VIH-sida, sin embargo las prácticas institucionales gozan de una seguridad para brindar procederes invasivos que no comprometan la vida supuestamente saludable de los individuos ya sean pacientes enfermos o individuos supuestamente sanos. Es el caso de los tatuajes, perforaciones en mucosas y cartílagos para la inserción de piscis y los tratamientos de acupunturas. Es por ello que existe la probabilidad del riesgo cuando la percepción de este no esta determinada o probable pero si cerca del contagio por malas prácticas y procedimientos pocos seguros ante el brindar cuidados desde los psicológicos hasta los terapéuticos invasivos y nocivos.

La disposición de las medidas de protección y seguridad es un elemento fundamental para evitar los riesgos del contagio, como se aprecia en las categorías representadas, están los de mayor conocimiento y los de menor por su nivel de formación.

En el (*Centers for Disease Control And Prevention*), no han tenido conocimiento de ningún caso de trasmisión del VIH al realizar tatuajes, aunque en la literatura se invoca como una posibilidad, no se menciona haberse comprobado la trasmisión de VIH por tatuajes. En este mismo centro se ha demostrado un caso de trasmisión por acupuntura. El VIH podría ser transmitido si los instrumentos contaminados con la sangre no son esterilizados o desinfectados al ser usados en otra persona.

Normalmente estas prácticas peligrosas asumen por si solas un por ciento elevado de contagio no descrito, ya que si no se han demostrado casos porque no es demostrable, no existe un reporte confiable en los registros de las cadenas epidemiológicas que expliciten cifras de personas contaminadas por estas prácticas. Sin embargo existe un por ciento elevado de los pacientes infestados en el mundo que muestran tatuajes y no precisamente lo han declarado, por lo que la inseguridad del procedimiento a otros pacientes esta en riesgo, pues no esta observado que usen medios de descontaminación y esterilización sino por el contrario usan el método de la fijación con alcohol o sustancias volátiles. Las perforaciones de las mucosas y cartílagos que no están descrita y que hay una tendencia a multiplicarse su uso indiscriminadamente en la mayoría de los casos fundamentalmente adolescentes y jóvenes, no esta precisado que se usen los instrumentos adecuados desde el punto de vista epidemiológico con los procesos de esterilización correspondientes y la multiplicidad de los eventos en números de personas diferenciadas de edad, sexo, enfermos y sanos.

Con relación a la exposición al riesgo, nos centraremos en acciones las cuales implican el establecimiento de una probabilidad de contraer la enfermedad, de contagiarse o de infectarse por malas prácticas y procederes en el actuar de acciones que implican la atención a estas personas y específicamente en el brindar cuidado de alta peligrosidad por estar en contacto, en determinados momentos, con los fluidos orgánicos del personal que brinda cuidado, el cual debe cuidar por aproximación a la percepción del riesgo los ojos, las mucosas, las uñas, y la piel escoriada.

Incluye un grupo de afecciones virales que producen lesiones de piel. Las lesiones dermatológicas que causan estos microorganismos cuando agraden el cuerpo humano, son muy variadas, no sólo por su morfología, sino también por su topografía, evolución, sintomatología concomitante, pronóstico, etc. Esta variedad clínica depende del virus atacante, del organismo afectado y de la topografía donde se presente la lesión. HPV (virus del papiloma humano) ^{5, 6, 7, 8, 9,10}

Los virus que constituyen este grupo y que afectan los seres humanos son los de la varicela y el herpes zoster, los citomegalovirus, el virus de Epstein-Barr, los virus del herpes simple 1 y 2, y el herpes virus humano tipos 6,7 y 8.

Si evaluamos estas formas de presentación pensaríamos que no estamos ante el riesgo inminente de contraer o padecer o de reinfectar sin la intención, si estamos; pues sencillamente pueden ser la antesala de virus VIH-sida, y lo asociamos a solo un proceso viral común, aprenderemos a cuidarnos más; Un numero significativo de los usuarios externos como internos no asociaban estas entidades como causas al riesgo o al padecimiento en un porcentaje relativo se asocia al desconocimiento y en otro al carácter de evadir la enfermedad en cualquiera de sus manifestaciones.

Los Centros para el Control de Enfermedades de Estados Unidos reportaron los primeros casos de una rara neumonía en jóvenes homosexuales el 5 de junio de 1981, que luego serían diagnosticados como enfermos de sida. Este hecho marcó el comienzo de la epidemia. También reportaron la incidencia inusual de un raro cáncer de piel, el sarcoma de Kaposi, también entre jóvenes homosexuales.^{5, 7, 8, 11}

Desde el punto de vista profesional podemos tratar a estos pacientes en cualquier lugar del mundo en que se encuentren, sea Estados Unidos, China, Japón o Ecuador, desde los países mas desarrollados, como en vía de desarrollo como subdesarrollados y estamos expuesto a una inseguridad que no solo la propiciará una mala practica sino un desenlace fatal por accidente. Independientemente de la posibilidad de contraer relaciones sexuales inseguras y desprotegidas.

¿Y qué es lo siguiente? La meta última, dijo Carrington, es «tener una lista completa de toda variación genética que afecta la velocidad de desarrollo de la enfermedad». Esto, a su vez, resulta interesante desde el punto de vista biogenético, incluyendo además la biosíntesis de proteínas de los organismos infestados sin embargo pudiéramos inferir que también el aspecto psicoemocional de cada individuo ayuda a la no aceleración del proceso pues los estados depresivos aceleran la mutación del virus y el paciente hace una recaída lo cual da lugar a las enfermedades oportunistas.^{5,6,12,15,18,23,26} Coincido con la coautora Mary Carrington que el ritmo acelerado o desacelerado en todos los casos no se manifiestan en igual proporción sin embargo no dejo de madurar la idea de que las condiciones biosicosociales, que podrían incluir descanso, sueño, alimentación, entretenimiento y recreación, proporcionarían a controlar más la enfermedad, sin dejar de señalar que los hombres son más resistentes que las mujeres no solo por la resistencia a la enfermedad, al estigma y a las condiciones infrahumanas en muchos casos como por ejemplo en Latinoamérica y Sudáfrica que las condiciones son precarias, sino a la constitución física propia del hombre.

De hecho, el conocimiento adecuado sobre la enfermedad, los métodos de prevención de la misma, y su importancia como problema de salud pública, no siempre se asocian con la disminución de las conductas de riesgo.^{11, 16, 17,18} Hay que recordar que los problemas de seguridad se producen como consecuencia de múltiples causas, no solo el fallo humano es la principal explicación. Los expertos proponen un enfoque sistémico, recordando que la aparición de los mismos depende, en gran medida, de múltiples factores contribuyentes relacionados con el sistema. Es frecuente encontrar después del análisis en profundidad de un problema de seguridad, causas relacionadas con la comunicación, la ergonomía, la fatiga, la dotación del personal, la supervisión o las formaciones inadecuadas.

Podemos concluir no sin antes dejar de mencionar los temas discutidos, evaluando que la percepción del riesgo es evidente, que esta en todas partes, siguiendo la ruta de la propia vida cotidiana, los accidentes del hogar, automovilísticos, las amas

de casa, los niños, los jóvenes. Adolescentes, los hijos, los padres, las familias, los cuidadores hospitalarios domiciliarios, de reclusorios en fin, todo aquel humano que rompa las barreras del riesgo por desconocimiento, por voluntad o por implicación del propio riesgo y se exponga al peligro inminente del contagio, ya que la posibilidad de que el carácter epidémico de esta infección adquiere proporciones importantes y no puede descartarse por lo tanto la transmisión o infección por diferentes causas. Se encaminara la investigación a adentrarnos en el estudio de los reportes de los accidentes e incidentes, a la determinación de los factores de riesgo que condicionan la práctica enfermero los cuales estarán encaminados a minimizar los riesgos inevitables y a eliminar los evitables.

Se pudo evaluar el efecto de la percepción del riesgo en el cuidado enfermero en paciente viviendo con VIH-sida, Identificándose los factores de riesgo del enfermero cuidador y el paciente; donde se evaluó la posible existencia de asociación entre la atención y el posible riesgo de contraer o padecer.

Anexo. 1

Entrevista

1. Datos Personales: Edad _____ Sexo _____

1.1 Categoría Profesional.

Licenciado _____ Enfermero. Especializado _____

Enfermero Técnico _____ Enfermero Básico _____

2. Percibe algún riesgo al aplicar cuidados a un enfermo con VIH _sida

Si _____ No _____

(Respuesta afirmativa. Recoger cuales son los riesgos que percibe)

3. Dispone y usa las medidas de protección y seguridad ante un paciente enfermo y/o complicado.

Si _____ No _____

3.1 Guantes _____

3.2 Gafas _____

3.3 Soluciones _____

3.4 Sobrebatas _____

(Recoger otras medidas que pueda referir el entrevistado)

4. En su actuar como profesional le han ocurridos incidentes que provoquen la exposición al riesgo, ya sea en pacientes viviendo con HIV/SIDA u otra enfermedad.

4.1 Secreciones en los ojos _____

4.2 Punción con agujas y/o otros utilizadas_____

4.3 En las aspiraciones de secreciones los fluidos han alcanzado alguna de sus mucosas. Si_____ No_____.

4.4 Ha cumplido el proceder del cepillado quirúrgico en las uñas después de la rotura de guantes quirúrgicos en técnicas expuestas a fluidos corporales.

Si_____ No_____

5. Ha percibido la exposición al riesgo de ser contaminado por un paciente supuestamente sano.

Si_____ No_____

Recoger cualquier otra opinión que exprese el entrevistado

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Trujillo JRC, Ramírez Rodríguez RA, Rogers M, Candanosa McCann P, Ancer Rodríguez J, Essex M. La Neuroinmunopatogénesis del VIH. Rev Mex Neuroci 2001; 2(5) : 259-267.
2. ONUSIDA/OMS 2005. Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA. Diciembre 2005. ONUSIDA-OMS/ 05.1-104.
3. Epidemiología del VIH/SIDA en México en el Año 2005. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA). Secretaría de Salud/ México. Disponible: <http://www.salud.gob.mx/conasida>. [Fecha de acceso Noviembre de 2006].
4. Benson CA, Kaplan JE, Masur H, Pau A, Holmes KK. Treating Opportunistic Infections Among HIV-Infected Adults and Adolescents. MMWR. December 17, 2004; 53(RR15):1-112. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5315a1.htm>.
5. Microsoft ® Encarta ® 2009. © 1993-2008
6. Brooks G, Butel J, Morse S. Microbiología médica de Jawetz, Meinick y Adelberg. XVII edición en español. México D. F. Editorial El Manual Moderno. 2002: 461-466.
7. Nixon DE, McVoy MA. Terminally Repeated Sequences on a Herpesvirus Genome Are Deleted following Circularization but Are Reconstituted by Duplication during Cleavage and Packaging of Concatemeric DNA. Journal of Virology. 2002; 76(4): 2009-13.
8. Prieto Prieto J. Historia en Sida, crónica y protagonistas Disponible URL: http://www.sidalava.org/WEBcastellano/2_vih_historia.htm [fecha de acceso Noviembre de 2006]
9. Conde-Gonzalez C J, Lazcano-Ponce E, Hernandez-Giron C, Juárez-Figueroa L, Smith JS, Hernandez-Avila M. Seroprevalencia de la infección por el virus herpes simplex tipo 2 en tres grupos poblacionales de la Ciudad de México. Salud Pública de México. 2003; 45(supl 5): S608-S616.
10. Olmos-Olmos EM, Furman Rzonzew P, Torres Martínez BZ. Herpes genital FEPAFEM -Guías de Urgencias. Cap IV. 2007: 1079-82.
11. Wald A, Link K. Risk of human immunodeficiency virus infection in herpes simplex virus infection in herpes simplex virus type 2 _ seropositive persons: A meta-analysis. J Infect Dis. 2002; 185: 45-52.
12. Howard M, Sellors JW, Jang D, Robinson NJ, Fearon M, Kaczorowski J, Chernesky M. Regional Distribution of Antibodies to Herpes Simplex Virus

- Type 1 (HSV-1) and HSV-2 in Men and Women in Ontario, Canada. *J Clin Microbiol.* 2003;January; 41(1): 84-89.
13. Valls Sánchez de Puerta E. Seguimiento de recién nacidos de riesgo infeccioso. *Vox Pediátrica.* 2000; 8(2):21-6.
 14. Mohar A, Volkow P, Sanchez-Mejorada G, Sada E, Soto JL, Pérez F, Ruiz-Palacios G. Sida y neoplasias en México. *Salud Pública de México.* 1995;37(6): 533-38.
 15. Gatell JM, Clotet B, Podzamcer D, Miró JM, Mallolas J, eds. *Guía Practica del SIDA. Clínica, diagnostico y tratamiento.* 6ª ed. Barcelona: Masson-Salvat; 2000.
 16. Guidelines for the Management of Health-Care Worker Exposures to HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. [Consulta 24 de Julio del 2000]. *MMWR* 1998; 47 (RR-7): 1-28. URL disponible en: <http://www.cdc.gov/epo/mmwr/preview/mmwrhtml /00052722.htm>.
 17. Carpenter CC, Cooper DA, Fischl MA, Gatell JM, Gazzard BG, Hammer SM, et al. Antiretroviral Therapy in Adults Updated Recommendations of the International AIDS Society-USA Panel . *JAMA.* 2000; 283:381-390.

Recibido: 3 de mayo de 2012.

Aprobado: 5 de julio de 2012.

Correspondencia:

Lic. José Mario Olivera Jeréz. Hospital Pediátrico Docente San Miguel del Padrón.
La Habana, Cuba.

E mail: jmo@infomed.sld.cu.