

CAPITULO # 10

ASPECTOS MEDICO LEGALES

DEL "SIDA"

DR. DENNIS A. CASTRO BOBADILLA

DRA. AREMA DICKERMAN KRAUNICK

COLABORADORES:

DRA. JESSICA J. CERRATO MONTES

DRA. KAREN S. ERAZO MARTINEZ

INTRODUCCION

Hablar del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) equivale hacerlo de la muerte, sufriendo y con miedo. - Calificado como la enfermedad del siglo XX, ha segado la vida de miles de personas en los últimos años; en Honduras esta enfermedad ha hecho su aparición especialmente en la zona norte del país, cobrando vidas y llenando de lutos a esas familias, sin embargo, es digno de observar que el porcentaje de sidóticos es mínima (0.02% aproximadamente), en relación a la población total de nuestro país, aunque algunos apocalípticamente señalan a un número indefinitivamente mayor para los años que siguen.

Sin embargo ese no es punto de análisis nuestro; el SIDA es una realidad nueva y lo es en grado fatal, y dada su letalidad y novedad, al confrontarlo con nuestro derecho positivo, descubrimos carencia de normas legales al respecto, sobre todo atinentes a la salud - verbigratia código sanitario o disposiciones a nivel ministerial en Salud Pública - que faciliten la tarea del médico forense o del jurista.

Somos conscientes que el análisis de este problema no puede agotarse en un trabajo.

OBJETIVOS

GENERAL

Analizar en forma objetiva los aspectos Médico-legales del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en Honduras enfatizando en aspectos clínicos, diagnósticos y de manejo para correlacionarlos con el sistema jurídico nacional.

ESPECIFICOS

- 1.- Señalar las manifestaciones clínicas y formas de trabajo más frecuentes en un paciente con SIDA, así como también indicar los métodos más utilizados para su diagnóstico y pauta de tratamiento existentes en nuestro país.
- 2.- Enunciar los datos estadísticos del SIDA en Honduras en cuanto a un número total de escasos grupos de población más afectados, distribución por sexo, edad y ubicación geográfica se refiere.

- 3.- Realizar un análisis de la solución real del sistema legislativo hondureño con respecto a la aplicación en los aspectos Médicos, ético-morales y sociales del SIDA.

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

DEFINICION

Hay múltiples formas de definir lo que es el SIDA, a continuación referimos algunas:

- "Sd. de Inmunodeficiencia Adquirida, definido por el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (U.S.A) como el cuadro clínico que se presenta en una persona indicando una inmunodeficiencia subyacente, sin ninguna causa conocida capaz de causar depresión de la inmunidad" (1).
- "es una enfermedad de transmisión sexual, relativamente nueva, cuyos primeros casos se detectaron en 1981 en varones homosexuales y posteriormente en drogadictos" (2).
- "Es una infección causada por el virus HTLV-III y la cual se caracteriza por pérdida de los mecanismos naturales de defensa del organismo (3).
- "La definición sobre el SIDA, presentada por el Center For Disease Control (CDC) de Estados Unidos en septiembre de 1985 y aceptada internacionalmente, es la de la enfermedad caracterizada por:
 - a) Uno ó más enfermedades oportunistas
 - b) Ausencia de cualquiera de las otras causas subyacentes de inmunodeficiencia (Terapia Sistemática de Corticosteroides; otras terapias citotóxicas e inmunosupresoras; Cáncer de tejido histiocítico ó linforreticular como el linfoma (excepto el linfoma limitado del cerebro), enfermedad de Hodkin, leucemia linfocítica ó mielocítica múltiple, edad superior a 60 años, edad inferior de 28 días inmunodeficiencias primarias, malnutrición exógena.

Además los enfermos deben presentar cultivo positivo al virus HTLV III/LAV (ACTUALMENTE VIH) ó prueba de detección de anticuerpos frente a dicho virus y, desde el punto de vista inmunológico disminución del número de linfocitos T4 cooperadores TR supresores. - (4) (5).

EPIDEMIOLOGIA

EL SIDA, lo causa un retrovirus patogénico, el cual codifica su mensaje genético en Acido Ribonucleico (8).- EL SIDA es una entidad de reciente aparición, (5). en la actualidad, existen en los Estados Unidos alrededor de 11.300 casos. el 80% son homosexuales masculinos. el 15% drogadictos que administran la droga por vía endovenosa, el 2% de individuos que han recibido transfusiones de sangre contaminada, 1% variable. (3).

Hasta el 30 de junio de 1994 se había reportados a la Organización Mundial de la Salud (OMS) 985,119 casos. Además de los casos de SIDA reportados se calcula que al rededor de 5-10 millones de personas están afectadas con virus de Inmunodeficiencia humana (VI.H) (51) (33) se dice que en los Estados Unidos se calcula que un 10% de los casos con SIDA no son declarados.- Puede que la mayoría de los casos pasen inadvertidos, los casos de SIDA solo se declaran cuando cumplen los criterios establecidos por los centros de control; y quizás lo más importante, muchas personas que ya están afectadas con el virus que causa el SIDA pueden no manifestar los síntomas hasta varios años después de haber contraído la infección (6).

En América del Norte, Europa y Austria, al menos el 70% del total de casos de SIDA, se han detectado en hombres homosexuales y bisexuales.- Un porcentaje considerable de casos se ha producido en hombres bisexuales casados.- El SIDA también se ha observado en fármacodependientes que se aplican droga intravenosa, hemofílicos, pacientes que reciben transfusiones sanguíneas, contactos heterosexuales e hijos de pacientes ó personas muy expuestas al riesgo de la infección.

Los estudios efectuados en Haití, en Africa Central y entre emigrantes de esos países, indican que la enfermedad está ocurriendo principalmente entre la población heterosexual.

Se han descrito grupos de alto riesgo para contraer la enfermedad:

- a) 70% de los casos se ha efectuado a varones homosexuales
- b) Drogadictos
- c) Hemofílicos
- d) Niños de madres con la enfermedad

Se estima que la probabilidad de que una madre infectada transmita el VIH al recién nacido es de 25-50% sea por vía transplacentarias ó durante el parto, e incluso tal vez por la lactancia materna.

En la actualidad, las mujeres constituyen el 7 a 8% de pacientes con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).- Hasta la fecha en los Estados Unidos se informa de 46,838 casos de SIDA.

Se observó que la mayoría de mujeres VIH positivo es en raza negra hispánica (53%) y 25% son caucásicas, y 21% latinoamericanas.

Se piensa que siguen sin identificarse numerosas personas infectadas con SIDA.- Los Centros de Control de Enfermedades calculan que para 2,000 la mayoría de gente conocerá a alguien infectado por el VIH. La OMS calcula que más de 13 millones de mujeres habrán contrido la infección para el año 2,000.

Ya se ha mencionado cuales son los principales factores de riesgo de infección (por vía intravenosa, relaciones sexuales con varón infectado y contacto sanguíneo con productos relacionados con sangre, las prostitutas ó mujeres con numerosos compañeros sexuales, están en riesgo elevado de contraer el padecimiento).

El virus puede también adquirirse por inseminación de donador seropositivo. (10).

Si una mujer es infectada con el virus del SIDA y queda embarazada, es muy posible que desarrolle el complejo de condiciones relacionadas con el SIDA (ARC) ó un caso clásico del SIDA, y ella puede pasar el virus del SIDA a su criatura aún antes de que nazca.-

La mayoría de estos bebés eventualmente desarrollan la enfermedad y morirán.- Algunos de estos bebés son hijos de esposas de hombres hemofílicos infectados con el virus del SIDA a través del uso de productos de sangre contaminados.

Algunos bebés son hijos de mujeres que fueron infectadas con el virus del SIDA por contacto con hombres bisexuales que tienen el virus del SIDA.- casi todos los bebés con SIDA han nacido de madres adictas a las drogas intravenosas ó a las compañeras sexuales de adictos a las drogas intravenosas que estaban infectados con el virus del SIDA.- Debe consultar con un médico si existe la más mínima posibilidad de que

forme parte de uno de los grupos que se consideran altamente propensos al riesgo del SIDA, ó si de estos grupos, tales como hombres homosexuales y bisexuales ó un adicto a las drogas intravenosas, tanto si lo es el hombre ó alguna otra compañera de sexo que él haya tenido. (11).

Casos notificados del SIDA en Centro América encontramos que Honduras ocupa el primer lugar con un total de 3,672 casos para el 30 de junio de 1994, y el último lugar lo ocupa Nicaragua con 66 casos hasta el 31 de marzo de 1994.

Del SIDA en Honduras podemos decir que en el período de 1985 hasta octubre de 1994, los casos confirmados son 5,987; de los cuales 3,968 con sintomáticos, 1,275 son portadores asintomáticos, 1,275 son portadores asintomáticos y 744 presentan linfadenopatía crónica.

De la distribución de casos por año el mayor número de casos se reportaron en 1993 (966 casos), porque hasta el momento sólo llevan reportados 577 casos.

Según las ciudades donde más se han reportado casos es en la Ciudad de San Pedro Sula (con 1,507 casos), le sigue Tegucigalpa (con 605 casos), éstos datos hasta octubre de 1994.- De 25 a 29 años de edad es el grupo de edad más afectado y el sexo masculino constituye el 64.64% de los casos).

De ésto podemos concluir que el SIDA es una enfermedad que ha generado gran temor en la mayoría de las personas, porque amenazan la vida, por eso es un asunto de gran importancia en Salud Pública.

* Estos datos estadísticos proporcionados por el Ministerio de Salud Pública no son los suficientemente confiable por varios factores. (1) Insuficiente vinculación con la Comisión Nacional de SIDA con las Regiones y viceversa. (2) Retrazo importante en la confirmación de pruebas de tamizaje.- (3) Ausencia de una política de aconsejamiento y de investigación de contactos y otros.

ETIOLOGIA

Los primeros casos de SIDA se reconocieron en los Estados Unidos en 1981; el Virus causante, al que se dió en un principio el nombre de Virus relacionado con Linfadenopatía (I.A.V), fue descubierto en el Instituto Pasteur de París en 1983.- El Instituto Nacio-

nal del Cáncer, con sede en Bethesda, Estados Unidos, confirmó en 1984 que este virus causaba el SIDA, posteriormente se cambió su nombre por el virus linfotrópico T humano del tipo 3 (HTLV-3).- En 1986 un Comité Internacional de expertos introdujo la clasificación de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

En fecha reciente se descubrió en el Africa Occidental un nuevo virus del SIDA.- éste virus, que guarda relación con el primero, aborda en forma semejante y tiene vías similares de transmisión, se está propagando a otras partes del mundo.- Ahora se da el nombre VIH.- 1 al primer virus descubierto y de VIH-2 a la variante.

Estructura del VIH:

El VIH pertenece a la familia de los retrovirus, que por muchos años han sido una causa conocida de diversas enfermedades de los animales.- Es importante señalar que otros miembros de esa familia también causan inmunodeficiencia (por ejemplo, la ocasionada por el virus de la Leucemia Felina en gatos).- Algunos, al igual que el VIH, ocasionan degeneración del sistema nervioso central (como el virus visna en ovejas) y anemia (como el virus de la anemia equina infecciosa).

La estructura del VIH-1 (el VIH-2 es similar) se presenta en el gráfico No. 1.- Al igual que todos los retrovirus, el VIH contiene ARN en su núcleo; el virus mismo está rodeado de una envoltura ó cubierta lipodea, es decir, que contiene grasa.

En el gráfico No. 2, se indica la forma en que se reproduce el virus en células humanas. Primero necesita seleccionar células a las cuales pueda adherirse las células tienen un "receptor" especial llamado "antígeno CD4" éste receptor se encuentra en células del sistema inmunitario del cuerpo, en linfocitos T. auxiliares y en algunos macrófagos.- Se ha comprobado que otras células, como las de la membrana (del epitelio) intestinal y del cerebro (células de la microglia) pueden favorecer la proliferación de VIH.

Duplicación: Cuando el virus entra en contacto con una célula portadora del antígeno CD4, se deshace de su envoltura lipoidea e inyecta su ARN a la célula humana.- El ARN de la cadena sencilla se duplica con el uso de una enzima llamada transcriptasa inversa.-

Esto da como resultado ADN de doble cadena, que a su vez se introduce al ADN de la célula humana.

Puesto que el VIH se convierte en parte integrante del material genético de la célula, la infección de ésta es irreversible, pese a la posibilidad de preparar un medicamento que suprima la actividad del virus (manteniendo relativamente sana una persona infectada), no hay perspectivas de cura en el sentido de eliminar el ADN vírico integrado.

El virus puede permanecer latente por varios meses ó un año, pero si el sistema inmunitario del cuerpo activa las células infectadas (en la lucha contra otra enfermedad), el VIH comenzará a reproducirse, para lo cual hace copias que infectarán a otras células humanas.

Al ADN Vírico comienza a dar instrucciones a la célula humana para que produzca componentes víricos, como proteínas y ARN, los dos elementos principales del VIH, las proteínas víricas se desplazan a la superficie de la célula infectada, donde forman protuberancias visibles a través de su membrana externa. luego por un proceso conocido como gemación, una multitud de virus nuevos se desprenden de la célula huésped infectada y son arrastrados en la corriente sanguínea para adherirse a otras células con receptores CD4, por lo tanto es posible que la infección con cualquier otro microorganismo causante de enfermedad que inactive el sistema inmunitario, fomente la reproducción del virus; sin embargo, se ha comprobado que algunas virosis como las causadas por el virus HERPES SIMPLEX y por citomegalovirus pueden fomentar específicamente la duplicación del VIH.- Cuanto más se reproduce el virus, mayores posibilidades tendrá una persona infectada de sufrir un caso avanzado de SIDA.- Eso se debe a que la duplicación del virus lleva a la destrucción progresiva de las células infectadas, con lo que se destruye el sistema inmunitario del cuerpo y se reduce su capacidad para combatir la infección por otras enfermedades.- Al tener eso presente, los consejos dados a las personas infectadas por el VIH para que lleve una vida sana, tiene una sólida base científica.- Si la infección es esencialmente en el cerebro, la duplicación del virus afectará a ese órgano (encefalopatía), lo que a menudo resulta en demencia.

Aunque el sistema inmunitario del cuerpo produce anticuerpos contra el virus, estos no parecen ser capaces de inactivarlo, por lo tanto, el virus en circulación

puede propagarse a otras partes del cuerpo y transmitirse a las parejas sexuales, a otras personas por medio de la sangre, los hemoderivados y otros humores infectados y de la madre infectada al niño nonato. (12)

Propiedades del Virus:

El VIH, al igual que otros virus, se puede destruir con facilidad mediante ebullición ó tratamiento con vapor (en autoclave), la envoltura lipóidea del virus puede ser destruida por diversas sustancias químicas de los desinfectantes comunes, como hipoclorito, gluteraldehído y formaldehído, recomendada normalmente para la eliminación del virus de la Hepatitis B., así como por alcoholes, acetona, fenol y varios detergentes. Sin embargo, la envoltura lipóidea puede proteger también al virus contra la deshidratación.

Eso significa que el líquido contaminado que se ha dejado secar, puede contener virus infecciosos por horas ó aún días cuando se mantiene a la temperatura ambiente.- Es importante tratar con desinfectantes eficaces superficies ó instrumentos clínico contaminado con humores. (11, 12).

Historia:

Se considera que este síndrome proviene de Africa Central, especialmente de Zaire, donde existe el mono verde que es portador del virus, pero no sufre el trastorno.

Se desconoce la forma precisa en que el virus pasó al ser humano.

Se cree que pudo ser por el ataque del mono al hombre, también se supone que obreros haitianos lo llevaron a New York y obreros marroquíes a Europa, a través de Francia. (14)

En Occidente lo diagnosticó por primera vez un Dermatólogo de New York, a quien le llamó la atención la presencia de una rara enfermedad de la piel en hombres jóvenes (sarcoma de Kaposi).- Así se comprobó que al principio afectaba a hombres homosexuales promiscuos, que mantenía un promedio de 1.000 a 1. 200 relaciones sexuales con individuos diferentes y que también sufrían afecciones por virus, hongos y parásitos.- Posteriormente, empezaron a diagnosticarse casos entre hemofílicos y otras personas que habían recibido transfusiones de sangre infectada por el virus. (3)

A continuación se detalla una breve historia del SIDA (19).

1977 - 1978

Primeros casos de SIDA ocurridos probablemente en E.E.U.U., Haití y Africa.

1979

En Europa se observa por primera vez en africanos el Sarcoma de Kaposi y otras infecciones raras.

1981

Por primera vez se declara el Sarcoma de Kaposi y otras infecciones raras en hombres homosexuales estadounidenses, se sospecha el vínculo con la transmisión sexual.

1982

Los U. S. CDC establecen la definición de caso de SIDA, se inicia vigilancia oficial en E.E.U.U. y Europa.

Comienzan los primeros esfuerzos educacionales en E.E.U.U. por parte de grupos de hombres homosexuales.,

1982 - 1983

Se relaciona el SIDA con stransfusiones de sangre, uso de drogas por IV e infección congénita.

1983

Se notifican 2.500 casos en E.E.U.U.

1983 - 1984

Se identifica el VIH en Francia y E.E.U.U.

1984

Los primeros estudios indican que el SIDA es común entre heterosexuales en América.

Se muestra en investigaciones que el HIV infecta los linfocitos T. inductores.

1985

Se desarrolla el análisis de sangre ELISA para detectar anticuerpos al HIV E.E.U.U. inicia el análisis de la sangre donada.

Se aísla el HIV en neuronas cerebrales y líquido Cerebroespinal.

Comienzan en Estados Unidos las primeras pruebas clínicas de medicamentos anti HIV

1986

Casi 29.000 casos declarados por Países.

Se estima que en el mundo hay 5-10 millones de personas infectadas con HIV.

La Asamblea Mundial de la Salud recomienda una estrategia mundial para el control del SIDA.

Varios gobiernos mundiales inician campañas nacionales de divulgación.

En nuestro país empiezan aparecer datos en los periódicos para el año 1985, artículos casi todos los días, lo que denota el temor y el impacto que causa este tipo de información.

MORTALIDAD

En la actualidad el SIDA es una enfermedad mortal.- No se dispone de ningún tratamiento eficaz, aunque el intervalo entre diagnóstico y muerte varía mucho.

En Estados Unidos aproximadamente el 50% muere dentro de los 18 meses de haberse diagnosticado la enfermedad, y alrededor del 80% en un plazo de 36 meses.- Desde 1981, un 55% de los adultos y cerca del 61% de los niños con diagnóstico de SIDA han fallecido.- En África y Haití el período de sobrevivencia es más corto después de haberse efectuado el diagnóstico, probablemente porque éste se realizó muy tarde y por no disponerse de atención médica.

En Estados Unidos el SIDA se ha convertido en causa principal de muerte en hombres jóvenes.

En New York y San Francisco, el SIDA constituye una de las cinco primeras causas de muerte entre hombres de 24-54 años de edad.- El SIDA ha causado tantas muertes prematuras entre hombres de 25 a 44 años como todas las formas de cáncer mismo. (19).

En nuestro país la mortalidad es de un 38%, equivale a 253 muertes en el período de 1985 hasta abril de 1990 (ver cuadro No. 3).

MANIFESTACIONES CLINICAS

Síndrome de Linfadenopatía Crónica.

Estos pacientes se quejan de algunos síntomas constitucionales como fatiga, fiebre, dolores nocturnos,

pérdida de peso, sugiriendo la ocurrencia de los procesos linfoproliferativos

Sin embargo los Patólogos reportan las biopsias de ganglios linfáticos como esencialmente normales.- El síndrome llegó a denominarse "síndrome del ganglio linfático del homosexual".

Posteriormente los médicos notaron que dichos ganglios están aumentados de tamaño, no por adolecer de infecciones sino por activación directa del sistema inmune.- Actualmente este síndrome no está restringido a homosexuales, ya que otros grupos de riesgo del SIDA también lo han sufrido.

Las linfadenopatías están localizadas en las regiones cervicales, axilares epitrocleares, y raras en región inguinal.

Se describen como indoloras.- Estos pacientes sufren a veces de infecciones cutáneas locales a repetición, tiñas, impétigo, verrugas y lesiones herpéticas.

El CAC ha definido a este síndrome de la siguiente manera:

Como aquellos linfadenopatías con 3 ó más meses de duración que se distribuyen en 2 ó más sitios extralinguales confirmados por el examen físico, con ausencia de cualquier enfermedad ó aspectos secundarios de algunas drogas causantes y en presencia de hiperplasia reactiva demostrada por la biopsia ganglionar.- Se ha venido sosteniendo que este síndrome es un estado pre-SIDA en el que estos pacientes están a riesgo de desarrollar sarcoma de Kaposi ó cualquier infección oportunista.

El síndrome del SIDA: Los pacientes con diagnóstico de SIDA representan a la minoría de todos aquellos pacientes que son infectados por el retrovirus HTLV-III. La gran mayoría se quedan en la etapa sub-clínica ó prodrómica del síndrome.

El espectro clínico depende del estadio en que se encuentre tipo y severidad de las infecciones oportunistas y/o la existencia concomitantes de neoplasias.- Estas infecciones casi invariablemente se presentan de 4 sistemas: Respiratorio, SNC, digestivo, cutáneos ó como fiebre de origen desconocido.

SISTEMA RESPIRATORIO

La neumonía es la presentación típica del *Pneumocystis Carini* y es la afección más común en los pacientes con SIDA.- Se representa como una infección incidiósa ó rápidamente fatal.

La mayoría de los pacientes desarrollan fiebre, tos seca y disnea.- No obstante el diagnóstico definitivo requiere la demostración del parásito por medio de coloraciones especiales (Goman, Giemsa) en el material broncopulmonar.- Se desconoce el motivo por el cual *pneumocisti Carinii* es raro en contrarlo en pacientes con SIDA de países tropicales particularmente en Haití.

S.N.C.

Las manifestaciones clínicas del SNC se presentan en las siguientes categorías:

Meningea, desórdenes convulsivos, demencia, retinitis.

La meningitis por *criptococo neoformans* es incidiósa y para el diagnóstico basta aplicar la técnica de la tinta china en el L.C.R. complementado por el cultivo ó la serología.

La causa más frecuente de trastorno convulsivos es sin lugar a dudas "Toxoplasmosis" particularmente su forma de lesiones focalizadas ,diagnosticada únicamente por la biopsia cerebral guiada por la tomografía computarizada, la serología es poco confiable en este tipo de pacientes.- Sin embargo, cuando existen neuropatías creaneales, generalmente sugiere la posibilidad de un linfoma intracerebral con compromiso meningeo.

La Pseudocncefalopatía multifocal progresiva es un proceso desmielinizante de origen infeccioso (sepa-JC de los Papovirus) que pueda presentar además de demencia, trastornos sensoriales, motores cerebrales progresivos. La forma de diagnóstico es por biopsia cerebral, demostrando las inclusiones eosinófilas intranucleares de los oligodendrocitos.- Sin embargo deben tenerse presente otras causas de demencia: encefalitis por citomegalovirus, toxoplasmosis, *criptococosis*.

Retinitis: Son frecuente en pacientes con SIDA, es un hallazgo incidental al hacer el fondo de ojo.- Cuando existen síntomas, la mayoría de ellos están relacionados con la agudeza visual.- La causa más frecuente de

retinitis es el citomegalovirus seguida por toxoplasmosis aunque en nuestro medio es a la inversa.

APARATO DIGESTIVO:

La candidiasis oral es una de las manifestaciones del sistema digestivo más frecuente en estos pacientes.- Disfagia y odinofagia son los síntomas característicos de que las infecciones micóticas han invadido el esófago.

En algunas ocasiones la esofagitis candidiásica no es más que una de las manifestaciones de la invasión micótica generalizada, el diagnóstico se hace por biopsia, cultivo y/o radiología.

La mayoría de las diarreas crónicas que tienen los apcientes de SIDA son debido a *criptosporidium* que prácticamente es inocua en persona inmunocompetentes.- El diagnóstico se realiza demostrando el parásito en heces a través de la coloración Zielh - Nielsen modificada y/o la técnica de flotación en azúcar.- Si los resultados son negativos debe buscarse otros agentes causantes de diarrea como *micobacterium - avivum - intracelularis*, herpes virus.- En raras ocasiones el sarcoma de Kaposi diseminado en el tracto intestinal y es causa de diarrea crónica.

PRESENTACION CUTANEA

Herpes simple debe considerarse como una de las causas frecuentes de lesiones cutáneas severas tanto a nivel anal como perianal.- El diagnóstico se hace por representación clínica característica de la slesiones.- Sin embargo en un extendido de Tzanck demostrando células gigantes y el cultivo son confirmatorios de la infección.

FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO

Episodios febriles pueden ocurrir a consecuencia de infecciones oportunistas, tumores (sarcoma de Kaposi) como efecto secundario al tratamiento de ambos.- La fiebre muchas veces acompaña al síndrome de linfadenopatía con pérdida de peso, diaforesis y mal estado general.- Muchas veces la fiebre es baja y persistente, otras veces episódica con picos hasta de 39°C. Algunos pacientes la toleran sin problemas, otros los incapacita totalmente.

En pacientes inmunodeprimidos es difícil clarificar la causa de la fiebre.- Una gran proporción presentan en sangre ó médula ósea citomegalovirus, micobacterianas ó herpes ó a veces mezcla de éstos.

NEOPLASIAS COMUNES EN EL SIDA

El Dermatólogo Mario Kaposi descubrió en 1872 la enfermedad denominada (sarcoma pigmentales múltiples idopáticos de la piel).- A sugerencia de su colega y amigo Koebner la enfermedad fue nombrada sarcoma de Kaposi.- Desde su inicio este sarcoma ha sido un tumor maligno indolente (10-20 años) que aparecía con frecuencia en miembros inferiores de varones mayores de 60 años, provenientes de regiones mediterráneas.- La presentación de pacientes inmunocomprometidos a consecuencia de transplantes renales eran bien curiosos, el tumor experimentaba (supresión) regresión cuando la terapia inmunosupresora finalizaba, sugiriendo que el estado de inmunosupresión permitía al tumor desarrollarse.

El sarcoma de kaposi en pacientes con SIDA se presenta con mayor frecuencia en la piel, membranas mucosas y tracto digestivo.- Una pequeña fracción de pacientes sufren invasión a pulmones, cerebro, hígado, ganglios linfáticos.- La presentación cutánea varía de acuerdo al color de la piel del paciente, máculas negras parecidas a melanomas localizadas en cualquier parte del cuerpo, son comunes en pacientes de raza negra, mácula ó nódulos color violáceo y/o café en pacientes de piel blanca y en ciertas ocasiones se presentan en forma similar a las equimosis.- El diagnóstico definitivo del sarcoma se hace a través de biopsias demostrando la hiperplasia endotelial, extravasación de eritrocitos y a veces infiltrado de linfocitos, histiocitos y células plasmáticas.- Existe la hipótesis que este sarcoma se produce a consecuencia de un proceso multicéntrico causada por la transformación del endotelio vascular por citomegalovirus, proceso permitido por el estado de inmunosupresión sufrido por estos pacientes.- Entre otras neoplasias asociadas al SIDA tenemos linfoma no Hooking particular localizado en cerebro y algunos carcinomas de colon y orofaringe.

Para tener una comparación con los datos que se reportan a nivel mundial.

Es importante tomar en cuenta que en nuestro país las

infecciones oportunistas más frecuentes reportadas según datos del Ministerio de Salud Pública en el período de 1985 -octubre de 1994 en orden de frecuencia tenemos: candidiasis, tuberculosis pulmonar herpes simple, criptosporidiasis, sarcoma de Kaposi y otros.

Con relación a los síntomas más frecuentes, tenemos pérdida de peso, fiebre crónica, diarrea crónica y manchas blancas en la boca, y ganglios inflamados.

DIAGNOSTICO DE LABORATORIO

El descubrimiento del virus HIV (anteriormente denominado HTLV III/LAV como agente causal del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, (3, 4) así como establecimiento de las características epidemiológicas de la enfermedad y su letalidad indentificaron a este síndrome en un problema de salud pública de primer orden que impuso el desarrollo de métodos diagnósticos de laboratorio clínico que permitiesen la obtención de los siguientes objetivos:

- Revisión y análisis de las muestras de donantes de Bancos de Sangre, para evitar la contaminación de receptores.

- Evaluación y pronóstico clínico de pacientes con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y de portadores "sanos".

- Evaluación de la posible respuesta a las diferentes medidas terapéuticas en desarrollo.

Por otra parte y dada las características epidemiológicas de la enfermedad, estos métodos debían de ser:

- Específicos

- Sensibles

- Rápidos

- Y en lo posible, económicos

La atención entonces fue localizada al desarrollo de métodos que permitiesen la detección de anticuerpos contra las proteínas virales.

Inicialmente la mayoría de estos métodos fueron basados en el ensayo inmunoenzimático ó ELISA. Los reporteros de altas frecuencias de falsos positivos, (2) resultados positivos en población africana sana (8) reactividad cruzada con anticuerpos HLA-DR 17. entre, otros, presentaron la necesidad de estudiar métodos alternativos y pruebas confirmatorias.

entre los métodos mejor desarrollados encontramos:

- El Western Blot
- Radioinmunoprecipitación
- Hemaglutinación
- Detección de antígenos circulantes

la descripción de los principios y la metodología de cada uno de estos ensayos, prácticamente constituyen material para varios capítulos, por esta razón, dedicaremos las siguientes líneas a algunos aspectos controversiales resultantes de los diversos análisis.

ELISA

Es una técnica de inmunoabsorción acoplada a enzimas, que posee un 99% de sensibilidad, es de fácil práctica y detecta anticuerpos contra HTLV III/LAV.

Los resultados se positivan a las 2-3 semanas del último contacto que supuestamente originó la infección con el virus en un paciente dado.

WESTERN BLOT

Define la especificidad de la reacción inmunológica entre anticuerpos y las proteínas que codifican el virus, puede utilizarse para confirmar datos obtenidos por ELISA cuando estos son dudosos.

TRATAMIENTO

Asume tres formas:

- a) Combatir las complicaciones secundarias como serían las infecciones oportunistas y las neoplasias.
- b) Combatir la infección de HTLV III/LAV.
- c) Mejorar ó reconstituir el sistema deficiente de inmunidad.

El combatir las complicaciones secundarias en muchos casos alarga la vida pero también la agonía de los pacientes, cuya mortalidad con la enfermedad plenamente desarrollada se acerca al 100% a largo plazo.

Algunos agentes farmacológicos como la suramina, el HPA-23, Ribavirín y 3' ácido 3' -desoxitimidina, han demostrado capacidad inhibitoria de la reproducción del retrovirus, sin embargo, no se ha evidenciado un efecto clínico en el síndrome, quizás por la persistencia de virus no detectados la irreversibilidad del defecto inmunitario ó la duración inadecuada de tratamiento.

Los intentos de reconstitución inmunitaria, y los trasplantes de médula ósea, han dado resultados parciales e invariablemente temporales.- Sin duda, el virus debe ser suprimido para que sea satisfactoria la reconstitución inmunitaria.

El virus causal ha sido aislado y donado y en la actualidad se trabaja arduamente a nivel mundial en la búsqueda de sintetizar una vacuna.- No obstante, el carácter mutante de este flagelo constituye un verdadero reto para la ciencia de nuestros días.

PREVENCION (5)

Debido el aumento cada vez mayor de personas con SIDA, cada País deberá contar con un grupo multidisciplinario ó Institución con objeto de evaluar la situación nacional en lo que concierne al SIDA y la infección por VIH.

La OMS ha propuesto diversas preocupaciones que deberán tomarse y se dividen en tres grupos:

A.- NIVEL NACIONAL

B.- NIVEL DE HOSPITALES

C.- NIVEL DE LABORATORIO

Recomendaciones para el control del SIDA.

NIVEL NACIONAL

1.- Información completa y veraz sobre la transmisión de la enfermedad.

Deben establecerse programas de información al público que incluyan todos los siguientes aspectos:

- a) Informar que la infección puede adquirirse por contacto homosexual ó heterosexual, por compartir agujas entre drogadictos, por la transfusión de sangre y sus productos contaminados, transmisión de madres infectadas a sus bebés y probablemente el uso repetido de agujas y otros instrumentos no estériles usados para cortar piel y membranas.
- b) Hacer énfasis en el hecho de que no existe evidencia actual de disminución del virus por contacto no sexual, (excepción hecha de transfusiones y agujas), incluso con la gente que convive, para evitar la alarma injustificada entre la población.
- c) Los factores de riesgo incluyen contacto sexual con personas en quienes se ha comprobado la

infección, y el riesgo aumenta con el número de contactos sexuales.

- d) El uso de condones puede prevenir la propagación de la infección, pero esto no se ha documentado todavía.- Se ha observado de un 13 a 15% de fracaso debido a que los condones se rompen, se deslizan ó porque no han sido usados adecuadamente.
 - e) Se debe insistir en el hecho de no compartir cepillos de dientes, cuchillas de afeitar u otros artículos de uso personal que puedan transferir sangre de una persona a otra.
 - f) A las mujeres infectadas se les debe avisar que el embarazo está contraindicado porque la infección se puede transmitir al feto o al lactante.
 - g) Las personas hemofílicas infectadas debe saber que existe el riesgo de transmisión de la enfermedad a sus contactos sexuales.
 - h) Prestar cuidadosa atención a la explicación de los usos y limitaciones de los exámenes de sangre disponibles actualmente y al significado de los resultados positivos.
- 2.- Asegurarse que los trabajadores de salud estén bien informados mediante la implementación de programas de educación entre el personal médico y paramédico; especialmente en relación al virus VIH, sus mecanismos de transmisión, espectro clínico, centros de atención dedicados al manejo y métodos de prevención y control.
- 3.- Evaluación del riesgo que implica el SIDA para cada País y establecer métodos de estudio: esto debe realizarse en la población de cada País, establecer métodos diagnósticos, vigilancia y pruebas de laboratorio incluyendo anticuerpos contra VIH.

NIVEL HOSPITALARIO

Preocupaciones para trabajadores de salud:

Específicamente, el personal encargado de atender a los pacientes y el Laboratorio deben tomar precauciones para evitar el contacto directo de la piel y de las membranas mucosas con sangre y sus derivados, excreciones, secreciones y tejidos de personas que pueden tener el SIDA.

Ya que la historia médica y el examen físico no pueden ser confiables para identificar todos los pacientes infectados con VIH, deben utilizarse con todos los pacientes lo que la CDC (Centros para el Control de Enfermedades) denomina: "Precauciones universales para sangre y fluidos corporales", las cuales se mencionan a continuación:

1.- Se deben usar guantes para tocar sangre y fluidos corporales, membranas mucosas, piel no intacta de todos los pacientes, para manejar objetos ó superficies contaminadas con sangre ó líquidos corporales y para practicar venopunturas y otros procedimientos de acceso vascular.

Los guantes deben ser cambiados después del contacto con cada paciente, mascarillas y gafas protectoras deben usarse durante procedimientos que probablemente generarán gotas de sangre ó fluidos corporales, para previr la exposición con membranas mucosas, de la boca, la nariz y los ojos.- Batas ó delantales deben ser usados también en este tipo de procesos.

2.- Las manos y otras superficies cutáneas deben ser lavadas inmediatamente, si se han contaminado con sangre u otros líquidos corporales.- Las manos deben de ser lavadas inmediatamente después de quitarse los guantes.

3.- Para prevenir las lesiones con agujas, estas no deben ser tapadas nuevamente ya que es la forma más frecuente de lesiones con aguja.

No deben de ser dobladas ó quebradas a propósito con las manos.

Después de ser usadas, jeringas descartables y agujas, hojas de bisturí y otros instrumentos cortantes deben ser colocados en recipientes de descarte a prueba de perforaciones, este recipiente debe ser colocado lo más cerca posible del área es usado.

Agujas largas reusables deben ser colocados en recipientes a prueba de perforaciones, para transportarla al área de reprocesamiento.

4.- A pesar de que la saliva no ha sido implicada en la transmisión del VIH, para minimizar la necesidad de dar resucitación de boca a boca, deben star disponibles bolsas de resucitación, u otros planes de ventilación en áreas en donde es predecible la necesidad de brindar resucitación.

5.- Se debe evitar el contacto de lesiones abiertas de la piel con el material de los pacientes con SIDA.

Trabajadores de Salud que tienen lesiones exudativas ó dermatitis exudativa deben abstenerse de todo cuidado directo de pacientes y de manejar equipos para cuidado de pacientes hasta que se resuelva su condición.

6.- Lavarse las manos después de quitarse las batas y los guantes y antes de salir de las salas donde se alojan pacientes con casos confirmados ó sospechosos de SIDA.

7.- La sangre y otros especímenes deben rotularse de una manera visible con "sangre" o "precaución para muestras de SIDA".- Si la parte externa del recipiente del espécimen está visiblemente contaminada con sangre, debe limpiarse con un desinfectante, por ejemplo, una dilución de 1"10 de hipoclorito de sodio (blanqueador de uso doméstico) al 5.25% con agua. Todos los especímenes de sangre deben colocarse en un segundo recipiente, por ejemplo, una bolsa impermeable para fines de transporte.

El recipiente o la bolsa deben examinarse cuidadosamente para asegurarse de que no hay escapes ni grietas.

8.- Los artículos manchados de sangre deben colocarse en una bolsa impermeable marcada en un lugar destacado con el aviso "precauciones para SIDA" o "precauciones para sangre" antes de enviarlos para limpieza ó evaluación.

Además, esos artículos contaminados se pueden colocar en bolsas de plástico de un color determinado destinado únicamente para la evacuación de desechos infecciosos en el Hospital.- Los artículos desechables deben incinerarse de acuerdo con las políticas seguidas por el Hospital para la evacuación de desechos infecciosos.

Los artículos reutilizables se deben limpiar de conformidad con las políticas seguidas por el Hospital para la limpieza de artículos contaminados con el virus de la hepatitis B. Los instrumentos como lentes deben esterilizarse después de emplearlos en los pacientes con SIDA.

9.- Se prefieren jeringas y agujas desechables.- Solo deberán usarse jeringas de aguja fija o unidas en las que la jeringa y la aguja constituyan una sola pieza para fines de aspiración de líquidos de los pacientes, para que el líquido recolectado se pueda desechar únicamente por medio de la aguja, si así se desea.

10.- Se recomienda una habitación privada para los pacientes demasiado enfermos que no puede seguir buenas prácticas de higiene, por ejemplo, los que tienen diarrea profusa, incontinencia fecal ó alteraciones del comportamiento secundario a infecciones del sistema nervioso central y tuberculosis.

PRECAUCIONES PARA DIALISIS

Se deben tomar las "precauciones universales para sangre y fluidos corporales".

PRECAUCIONES EN BANCOS DE LECHE

La pasteurización de la leche de pecho extraída mecánicamente, elimina cualquier riesgo de transmisión de VIH, ya que se demostró en un estudio la termolabilidad de VIH y la inactividad de la reverse transcriptasa a los 56° C durante 30 minutos.

PRECAUCIONES PARA SERVICIOS DE AUTOPSIAS DE LA MORGUE

Como parte del cuidado post-mortem inmediato es preciso identificar a los pacientes infectados por VIH, manteniendo el brazalete de identificación en el cadáver.

Además de las "precauciones universales para sangre y fluidos corporales", se deben tomar las siguientes precauciones:

- 1.- Todas las personas practicando o asistiendo a procedimientos de post-mortem deben vestir guantes, mascarillas, protectores de ojos, batas y delantales a prueba de agua.
- 2.- Los instrumentos y superficies contaminados durante los procedimientos de post-mortem deben ser descontaminados con un germicida químico y apropiado.

NIVEL LABORATORIAL

Se debe tomar "las precauciones universales para sangre y fluidos corporales".

1) Precauciones para sangre y derivados:

- a) Pacientes hemofílicos
- b) Transfusiones sanguíneas

2) *Precauciones para personal Odontológico:*

Reacciones psicosociales de personas y psiquiátricas del SIDA son modificadas por factores psicológicos de la persona y el apoyo social.- Se han descrito varios estudios en el curso de la enfermedad:

1.- Crisis inicial:

Es una respuesta aguda de negación que alterna con períodos de intensa ansiedad.- La negación puede ser tan completa que los pacientes adoptan una actitud de indiferencia, lo que conduce a la falta de atención a consejo médico.

2.- Estado Transicional:

Empiezan cuando las ondas alternativas de ira, culpabilidad, autocomparación y ansiedad sustituyen la negación.- El rechazo social es profundamente sentido agrabando las situación cambios en la autoestima, identidad y valores, alejamiento de la familia y la comunidad pueden llevar a consideraciones suicidas.

Sin embargo, durante este período los pacientes son especialmente sensibles a la intervención psicosocial.

3.- Estado de deficiencia:

Aceptación.- Aquí se forma una nueva y estable identidad.- Los pacientes aprenden a aceptar las limitaciones que el SIDA les impone, se dan cuenta que ellos pueden manejar mejor su vida, al reaccionar a la enfermedad con más razón que emoción.

Bajo estas circunstancias, la capacidad del espíritu humano para ordenarse en base a recursos interiores es notable .

4.- Preparación para la muerte:

El miedo de volverse totalmente dependiente de otros usualmente reemplaza el miedo a la muerte.- Sin embargo, a medida que la enfermedad progresa la idea de suicidio es común en la mayoría de los pacientes especialmente de aquellos que han visto morir amigos de SIDA la ira dirigida hacia la enfermedad, la atención médica discriminación y respuesta pública a la enfermedad es a menudo intenso. (5)

PREVENCION EN HONDURAS (6)

A continuación enumeramos algunas de las estrategias del M. S. P., tomada del manual preparado por EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA con la colaboración de la ORGANIZACION DE LA SALUD, QUE: forman parte del PLAN A MEDIANO PLAZO PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE SIDA EN HONDURAS PARA 1990 - 1994.

ESTRATEGIAS:

- 1.- ESTRATEGIA DE PREVENCION DE LA TRANSMISION SEXUAL.
- 2.- ESTRATEGIA DE PREVENCION DE LA TRANSMISION POR SANGRE.
- 3.- ESTRATEGIA DE PREVENCION DE LA TRANSMISION PERINATAL.
- 4.- ESTRATEGIA DE VIGILANCIA E INVESTIGACIONES EPIDEMIOLOGICA.
- 5.- ESTRATEGIA DE ADMINISTRACION, ORGANIZACION Y EVALUACION.

ESTRATEGIA I

PREVENCION DE LA INFECCION POR TRANSMISION SEXUAL.

I.- ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION:

De los 3,968 casos de SIDA sintomáticos notificados hasta octubre de 1994, el 92% está asociado a la transmisión sexual; el 3.9% con prácticas homosexuales, el 7.4 % con comportamiento bisexual, y el 80.7% con prácticas heterosexuales.

La tendencia en la distribución relativa a la categoría de la transmisión sexual es ascendente en la población heterosexual y también en el sexo femenino.

Debe destacarse que el 10% de total de casos corresponden a prostitutas femeninas.

En estudio CAP realizado en 10, 141 mujeres durante el año de 1987 reveló que solamente el 15.6% de los encuestados identificó al SIDA como una enfermedad sexualmente transmisible.

El uso del condón fue mencionado espontáneamente como mecanismo de prevención por solo el 9.8% de las entrevistadas.

En término de la prevención sexual las acciones del proceso de producción de material educativo se iniciaron en 1987, dirigidos fundamentalmente a población general y se inicia una campaña educativa por medios masivos de comunicación produciéndose hasta la fecha en el país.

No se ha realizado investigación sobre el perfil sexual del hondureño para establecer un programa educativo.

Es urgentes establecer un plan de comunicación social que permita dar continuidad a las acciones educativas en el país, dirigida a la población sexualmente activa a grupos con comportamiento de riesgo.

II.- OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- I.- Promover la implantación de un programa integral de educación en SIDA en los niveles de educación secundaria y universitaria, pública y privada.
- II.- Informar a la población en general sobre la infección por H. I. V. a través de la comunicación radial y escrita que cubra más del 80% de la población rural y urbana.
- III.- Informar a la población, capacitación del personal de salud comunitario, interinstitucional en SIDA.
- IV.- Establecer coordinación interinstitucional con participación de: I.H.S.S., U.N.A.H., CRUZ ROJA HONDUREÑA, Y OTRAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES INVOLUCRADAS EN EL PROBLEMA DEL SIDA.
- V.- Organización y Desarrollo de un congreso nacional sobre SIDA, con participación de médicos, psicólogos, sociólogos, enfermeras, trabajadores sociales, microbiólogos, elementos de las fuerzas armadas, comunicadores sociales, más representativos.
- VI.- Promoción y Educación sobre uso adecuado de condones para grupos de riesgo y personas infectadas.
- VII.- Fortalecer la capacitación de producción de material educativo por parte del programa SIDA.

VIII.- Evaluación de proceso de impacto de la actividades educativas y de capacitación en SIDA.

III.- OBJETIVOS ESPECIFICOS Y ACTIVIDADES

- I.- Promover la implantación de un programa integral de educación en SIDA en los niveles de Educación Secundaria y Universitaria, Públicos y Privados.
 - 1.- Desarrollar un curso de capacitación al año en las Regiones Sanitarias Metropolitana, 3, 5 y 6 con participación de 70 maestros de educación secundaria y universitaria, con duración de 3 días cada curso durante 3 años consecutivos.
- II.- INFORMAR A LA POBLACION EN GENERAL SOBRE LA INFECCION POR H.I.V. A TRAVES DE LA COMUNICACION RADIAL Y ESCRITA QUE CUBRE MAS DEL 80% DE LA POBLACION RURAL Y URBANA.
 - 1.- Difusión de mensajes radiales de 30 seg., por lo menos, de duración y foros en los canales de televisión, durante una hora, bimensual.
- III.- CAPACITACION DEL PERSONAL DE SALUD, COMUNITARIO E INTERINSTITUCIONAL EN SIDA.
- IV.- ESTABLECER COORDINACION INTERINSTITUCIONAL CON PARTICIPACION DE I.H.S.S., U.N.A.FH., CRUZ ROJA HONDUREÑA Y OTRAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES INVOLUCRADAS EN EL PROBLEMA DEL SIDA.
- V.- ORGANIZACION Y DESARROLLO NACIONAL SOBRE SIDA, CON PARTICIPACION DE MEDICOS, PSICOLOGOS, MICROBIOLOGOS, CLERICOS, ELEMENTOS DE FUERZAS ARMADAS, COMUNICADORES SOCIALES DE SECTORES MAS REPRESENTATIVOS.
- VI.- PROMOCION Y EDUCACION SOBRE USO ADECUADO DE CONDONES PARA GRUPOS DE RIESGO Y PERSONAS AFECTADAS.
- VII.- FORTALECER LA CAPACIDAD DE PRODUCCION DE MATERIAL EDUCATIVAS POR PARTE DEL PROGRAMA SIDA.

VII.- EVALUACION DE PROCESO E IMPACTO DE LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS Y DE CAPACITACION EN SIDA.

IX.- INSTITUCIONES PARTICIPANTES:
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
MINISTERIO DE EDUCACION
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE HONDURAS
COMSIDA

X.- EVALUACION

EL PROCESO DE EVALUACION ESTARA A CARGO DEL PROGRAMA DE SIDA Y DE LA COMISION NACIONAL DE SIDA REALIZANDOSE EN LOS NIVELES REGIONALES Y LOCALES Y CON UNA PERIODICIDAD ANUAL.

XI.- MATRIZ DE RESPUESTA.

ESTRATEGIA II

PREVENCION DE LA TRANSMISION POR SANGRE Y HEMODERIVADOS

I.- ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIONES:

En Honduras a OCTUBRE DE 1994, de los 3,968 casos el 1% son por transmisión sanguínea y hemoderivados; Y el 0.1 % (3 casos) es por drogadicción.

En el sector oficial, en los bancos de sangre de la CRUZ ROJA HONDUREÑA y en los Hospitales del I.H.S.S., se ha establecido las pruebas de donantes; actualmente se testea el 80% de la sangre transfundida en área oficial y el 100% en el I.H.S.S. y en la CRUZ ROJA.

La donación voluntaria, solidaria y desinteresada, no constituye una práctica extendida en Honduras y debe ser estimulada, no solo por razones humanitarias sino biológicas.

Los donadores de sangre pagados se reclutan entre los pobladores carentes de recursos, con elevados índices de alcoholismo y desnutrición, así como malas condiciones generales de salud, por lo que incrementa el riesgo teórico del uso de sangre de estos individuos. La seroprevalencia es aproximadamente 10,000 donantes estudiados en el Hospital Escuela de Tegucigalpa fué del 0.4%.

En Honduras existe un Laboratorio Central y 8 Laboratorios regionales con capacidad de ELISA (ABOT) para la detección de anticuerpos de H. I. V. La red de cuenta actualmente con 9 sistemas ABOT instalados de los cuales hay dos en la capital y 7 en los laboratorios regionales.

Además cuenta con 5 sistemas de micro ELISA que serán asignados cuando exista una adecuada disponibilidad de reactivos. De la estructura hospitalaria actual se estima que 11 de ellos carecen de capacidad instalada para realizar pruebas de ELISA H. I. V.

La confirmación con WESTER Blot existe en el laboratorio CENTRAL.

El Laboratorio Central presenta necesidades importantes desde el punto de vista de equipamiento y materiales, así como de un presupuesto que respalde las carencias existentes.

Además de disponibilidad de WESTER BLOT existe en la CRUZ ROJA de Tegucigalpa y funciona como centro de referencia para el sistema de la CRUZ ROJA, I.H.S.S. y otros establecimientos del sector salud. El problema más importante, que no existe la cobertura total de pruebas de tamizaje por H. I. V. previa transmisión de sangre para cubrir situaciones de emergencia.

II.- OBJETIVOS ESPECIFICOS:

I.- CREACION DEL SISTEMA NACIONAL DEL BANCO DE SANGRE.

II.- PROGRAMA DE SUPERVISION Y MONITORIA DE BANCOS DE SANGRE.

III.- EQUIPAMIENTO DE 16 LABORATORIOS DE BANCO DE SANGRE.

IV.- FORTALECIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS LABORATORIOS DE LA RED.

V.- APOYAR ESTUDIOS ESPECIALES A TRAVES DE LA COMPRA DE REACTIVOS.

VI.- PREVENIR LA INFECCION H. I. V. POR VIA INTRAVENOSA, GENERADA POR EL USO DE LAS DROGAS EN LA POBLACION EN GENERAL.

III.- OBJETIVOS ESPECIFICOS Y ACTIVIDADES

1. 1.- 24 Reuniones de Coordinación para la elaboración y difusión de normas que regularan el SISTEMA NACIONAL DE SANGRE.

1.2 ESTABLECER UN PROGRAMA DE DESARROLLO DE LOS BANCOS DE SANGRE.

II.- PROGRAMA DE SUPERVISION Y MONITORIA DE LOS BANCOS DE SANGRE.

III.- EQUIPAMIENTO DE 16 LABORATORIOS DE BANCO DE SANGRE.

IV.- FORTALECIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS LABORATORIOS DE LA RED.

LABORATORIO CENTRAL:

1.- Reformas de educación de las instalaciones físicas:

1. 1.- Un laboratorio para SIDA.

1. 2.- Tres laboratorios para diagnóstico laboratorial de enfermedades oportunistas.

LABORATORIOS REGIONALES

2.- Reformas y adecuación d instalaciones físicas.

LABORATORIOS DE HOSPITALES:

3. 1. Construcción y equipamiento.

V.- Apoyar estudios especiales a través de la compra de reactivos.

5.- Estudio de transmisión heterosexual en Honduras.

Se estima al año 600 personas asociadas a 100 personas indice. La investigación lleva fuerte componente laboratorial que significaría utilizar los reactivos de la campaña para tareas de investigación.

5. 2 Estudio de tuberculosis;

Dotación a los 8 laboratorios regionales de medio de Loweinstein para estudio de microbacterias a fin de identificar correctamente las microbacterias de pacientes infectados por H. I. V.

5. 3.- Estudio de la incidencia en Honduras de Pneumocystis carini en el Instituto Nacional del Tórax en pacientes infectados por H. I. V..

VI.- Prevenir la infección del H. I. V. por vía intravenosa, generada por el uso d elas drogas en la población general.

6. 1 Prevenir la infección por medio de información a la población en general sobre los riesgos de contrater el SIDA por la drogadicción intravenosa, a través de la elaboración y difusión de afiches (folletos) a razón de \$ 500.10 c/u.

6. 2 Apoyo en promoción y suministro al Instituto Hondureño de Prevención del Alcoholismo y Drogadicción.

VII.- Evaluación

La evaluación será responsable del programa del control y prevención de SIDA con participación de la CRUZ ROJA HONDUREÑA.

Como indicadores se utilizarán los siguientes:

1.- No. de donaciones de sangre recolectada y pruebas de tamizaje efectuado por el año.

2.- Eficiencia del control de calidad

3.- Personal del laboratorio que ha sido capacitado por año.

4.- Cantidades de visitas de supervisión a nivel d elaboratorio efectuado por año.

IX.- Matriz de respuesta

ESTRATEGIA III

VIGILANCIA DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACION

I.- ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION:

Desde el año de 1985 la división de epidemiología estableció el sistema de vigilancia sobre SIDA y está estructurado en base a dos niveles; Regional y Central.

La información fluye en orden ascendente y existe una retroalimentación continúa; se estableció una ficha de notificación de casos desde 1987.

Actualmente hay un proceso para establecer la notificación obligatoria de casos de infección por H. I. V.

Existe en el nivel central un registro de casos y de personas infectadas.

El programa de vigilancia espidemiológica proporciona en coordinación con la División del Materno Infantil los sitios centinela.

Existe la necesidad de reforzar los aspectos de confiabilidad a nivel central y regional en la notificación de casos.

La División de Epidemiología tiene un proceso de capacitación al personal regional y es necesario el reforzamiento de estas capacitaciones debido a la gravedad del problema en el país.

II.- OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Fortalecer el sistema de Vigilancia Epidemiológica que permita conocer la situación de la infección por H. I. V. y sus tendencias.
- 2.- Promover la organización de recursos humanos necesarios para el programa.
- 3.- Reforzar la retroalimentación en la información.
- 4.- Reforzamiento de la clínicas de enfermedades de transmisión sexual.

III.- OBJETIVOS ESPECIFICOS Y ACTIVIDADES

- 1.- Fortalecer el sistema de Vigilancia Epidemiológica que permita conocer mejor la situación de la infección por H. I. V. y sus tendencias.
- 2.- Promover la organización de RECURSOS HUMANOS necesarios para el Programa.
- 3.- Reforzar la Retroalimentación en la Información.
- 4.- Reforzamiento de clínicas de E. T. S.

IV.- Instituciones Participantes

M. S. P.

V.- Evaluación

La evaluación estará a cargo del Programa de Control y prevención del SIDA en coordinación con el programa de Vigilancia Epidemiológica a nivel Central.

Los Indicadores serán:

- 1.- Incidencia de casos de SIDA.
- 2.- Prevalencia por grupos de edad, sexo, riesgo.
- 3.- Mortalidad
- 4.- Monitoreo de la relación de casos hombre/mujer.
- 5.- No. de personas capacitadas.

6.- REALIZACION DE ENCUESTAS CENTRALES

7.- Total de supervisión efectuado

8.- Difusión y distribución de boletines.

VI.- Matriz Presupuestaria

GENERALIDADES DE ASPECTOS MEDICO - LEGALES DEL SIDA

En el medio hospitalario, el SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), Da origen a dilemas éticos y legales.- Por una parte está el derecho del paciente a que se brinde adecuada atención médica, y por otra parte los aspectos de salud ocupacional (8).

El SIDA, ha revolucionado los aspectos sexuales de la humanidad cosa que no ha hecho el virus de Hepatitis B, que actualmente afecta a 400,000 millones de personas que puede ser mortal como el SIDA (20).

La AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, declaró que los médicos si tienen la obligación ética de atender personas con SIDA, así como a las infectadas pero asintomáticas con virus H. I. V.- Según estas declaraciones "UN MEDICO NO PUEDE EN FORMA ETICA REHUSARSE A TRATAR UN PACIENTE, SOLO POR QUE SE ENCUENTRE INFECTADO CON EL VIRUS DEL SIDA".

Una razón más para evitar tratar pacientes con SIDA, es el miedo (la mayoría lo reconocen) pero sin embargo la mayoría de los profesionales concen las preocupaciones necesarias y el riesgo relativamente bajo, logrando controlar con éxito el poco restante. En un tema que todo médico debe de discutir con su familia y meditar a fondo (10).

Quizá sea oportuno conocer la obligación de atender a un paciente, emitida por la ASOCIACION AMERICANA en 1973.- Dentro de estos derechos debe destacarse: "EL DERECHO AL TRATAMIENTO ADECUADO", esto significa que todo paciente con SIDA, tiene derecho a que se le brinde la adecuada atención profesional, por parte de los médicos, enfermeras, microbiólogos, odontólogos, etc.

Para el caso de Costa Rica el profesional de la salud que se niega a atender a un enfermo con SIDA, se expone a ser denunciado por: I.- OMISION DE AUXI-

LIO (Código Penal artículo 144); II.- MALA PRÁCTICA (Lesiones culposas y homicidios culposos). La mala práctica existirá en su modalidad de negligencia y de inobservancia de reglamentos.

En nuestro país según información obtenida por miembro de la COMISION NACIONAL DE SIDA (20), no existe argumento legal vigente que permita a algún trabajador de salud abstenerse de brindar cuidado médico a un paciente infectado por H. I. V. Alegando "PROTECCION PROFESIONAL" (según reporte enviado por el Dr. DENNIS CASTRO. Ex-Jefe del Departamento de Medicina Legal a la comisión de infectología del H. E.)

Es importante hacer notar que en la mayoría de países Europeos hay legislaciones completas para todas las instancias.

Aquí se viola el derecho privado de las personas sometiendo a pruebas de ELISA por presión a trabajadores de fábricas, esto origina a despidos de personas con H. I. V. POSITIVOS, aún en períodos asintomático. Quedando despididos y teniendo muertes tormentosas, abandonados por la sociedad y su familia (20).

De este enfoque médico - legal pueden formularse varias interrogantes;

¿ EN SENTIDO, CUIDAR PACIENTES CON SIDA, PARA SATISFACER SU CONCEPTO PERSONAL DE JUSTICIA, PODRA CONSIDERARSE UN RASGO EGOISTA?

¿ QUE VALOR TIENE UN MEDICO ANTE LA SOCIEDAD SI SE CONTAGIA DE SIDA. EN ESPECIAL SI SU ESPECIALIDAD SON LA CIRUGIA Y NO ENFERMEDADES INFECCIOSAS?.

En una declaración pública hecha por un cirujano cardiovascular, respecto a la rotunda negativa de atender pacientes con SIDA, existen historias de médicos, enfermeras y distintos trabajadores de salud que se rehusan a atender pacientes con SIDA. De esto se origina una pregunta ¿DONDE ESTA LA OBLIGACION PRINCIPAL, EL PRIMER DEBER, LA TOTAL ENTREGA DE LOS PACIENTES?.

¿ QUE SE QUISO DECIR AL HACER EL JURAMENTO HIPOCRATICO?

¿ QUE AL ELEGIR ESTA PROFESION?

Los médicos no estaban concientes de que aceptaban ciertos riesgos, igual que lo hacen otros servidores públicos (10).

La contraparte de esto serán los derechos del personal hospitalario a los que se debe brindar garantías sociales.

El personal de salud deben exigir las normas mínimas de bioseguridad (GUANTES, BATAS), no más. Pues el estado tiene la obligación de brindar protección a sus empleados.

Lo que sucede a veces es que el personal de salud no tiene conciencia y no usan los materiales que se les brinda (20).

Dentro del HOSPITAL ESCUELA, actualmente no ha salido ningún empleado infectado dentro del hospital y si los hay se han contaminado fuera (20).

¿ Que dice la Comisión Nacional del SIDA, con relación a Pruebas diagnósticas, banco de sangre? (20).

La prueba de ELISA, no lo es todo debe de acompañarse de un perfil epidemiológico y de criterios clínicos.

ELISA es sensible en un 99.95% en grupos del alto riesgo.

Hay enfermedades que dan anticuerpos de reacción cruzada con algunos antígenos del virus, tales como:

LUPUS ERITEMATOSO SISTEMATICO MALARIA

FIEBRE REUMATICA MULTIPARIDAD

LINFOMAS

MULTITRANSFUSIONES

ENFERMEDADES VIRALES MALA TECNICA LAB.

PARASITOSIS HEPATITIS B. C

En nuestro país se han dado experiencias con falsos positivos, pero se puede garantizar la calidad de pruebas de ELISA. Como se sabe hay ELISA de primera, segunda, y tercera generación, (que son las más seguras), en Honduras dentro del Hospital Escuela solo se cuenta con ELISA de primera generación, en la CRUZ ROJA Y I.H.S.S. Se cuenta con ELISA DE SEGUNDA GENERACION.

La norma que rige en la COMISION NACIONAL DEL SIDA:

ELISA mayor de dos y repetidos 8 veces al menos en dos muestras más criterio epidemiológico se toma como positivo.

Porque en un 99.99% saldrá un WESTER BLOTT positivo.

Se somete a un WESTER BLOTT o a la INMUNOFLORESCENCIA, lo que sucede es que el resultado se dá a veces cuando el paciente ha muerto.

La conducta a seguir varía de acuerdo al estadio clínico del paciente. Si es perioso asintomático el paciente no acepta la enfermedad, lo que complica su manejo.

Los pacientes con un H. I. V. positivo, la terapia se acompaña con el psiquiatra.

Ha habido mucho, mala información al público, no se ha podido educar en forma certera a la población, por problemas administrativos y económicos.

Se debe tratar de confortar al paciente y darle confianza, si transgrede las normas de sentido común entónces el médico está obligado a comunicar a los familiares.

BANCO DE SANGRE:

La Comisión del SIDA reguló estas normas al banco de sangre y a toda muestra desde 1987 se le hace un ELISA.

Pero en casos de emergencias (VIDA O MUERTE) y no hay sangre testada algunas veces se ha puesto la sangre con el consentimiento del paciente o de sus familiares. Estos casos se dan cuando hay escases de sangre en el banco.

Pués la prueba tarda 6 horas en hacerse, actualmente hay métodos más rápidos con los que el país no cuenta, además no hay médicos en el hospital que hagan examen físico al paciente buscando características clínicas en el donador.

Este trabajo se realiza por el técnico. Por eso se recomienda que un médico evalúe el grueso de donantes.

FENOMENO DE VENTANA: CUANDO TODAVIA NO SE POSTIVIZA LA PRUEBA. Ya se han

contaminao dos pacientes por sangre proveniente de donadores rutinarios que en evaluaciones previas habían salido negativos pero el último análisis salió positivo, y los pacientes que habían sido transmitidos se infectaron. (caso que sucedió dentro del Hospital Escuela).

En este caso el Hospital no puede hacer nada porque el fenómeno se escapa del manejo, porque no se cuenta con los METODOS DE DIAGNOSTICO TEMPRANO (Test de antígenos, detecta a virus en el período de ventana) (20).

ASPECTOS LEGALES, JURIDICOS Y ETICOS DEL SIDA

Este análisis comienza con la historia de una enfermera que trabajó con pacientes con SIDA, y contrajo la enfermedad. de repente cambió su vida, cesó el contacto físico con su marido e hijos, se aisló hasta el punto de usar platos y otros objetos sólo ella. Sus compañeros de trabajo se mostraban cautelosos al igual que a sus vecinos, al final resultó ser un falso positivo (no estaba infectada).

La OMS ha denominado a ese miedo la tercera epidemia junto a la infección por SIDA. Para Javier Pérez Cuellar "EL SIDA plantea cuestiones sociales, humanitarias y jurídicas cruciales y amenaza por zocarbar la estructura de la tolerancia y entendimiento que sostiene la vida de nuestra sociedad".

En forma general trataremos esencialmente las siguientes preguntas:

- 1.- Cuál es el mejor enfoque de salud pública para el tratamiento de la personas infectadas por SIDA y los derechos que debe tener?
- 2.- A quién debe someterse a examen para la detección del SIDA con carácter obligatorio?
- 3.- Quienes tiene derecho a saber sin una persona tiene SIDA, es un deber de avisarles?
- 4.- Cómo puede protegerse a la sociedad de las personas que en forma irresponsable y quizá deliberada se permiten contagiar a otros?

Todas estas preguntas implican el mismo análisis: en primer lugar:

- 1.- Dónde trazamos la línea divisoria entre los derechos del individuo y de la sociedad.

- 2.- Cómo equilibramos estos intereses.
- 3.- Cuál es la mejor forma de proteger los derechos de las personas en riesgo y de toda la sociedad frente a la difusión del SIDA.
- 4.- Qué pruebas científicas de peso se posee acerca de la transmisión, diagnóstico, exámenes, modificación de la conducta, orientación, educación y transferencia de información.

Ya que en definitiva, la ciencia es la que determinará la política y por consiguiente las leyes.

El grado de tolerancia o desaprobación varía de un país a otro y así mismo cada país tiene tradiciones diferentes.

Hay algunos principios absolutos aceptados en todo el mundo que están dentro de la declaración de los derechos humanos, pero estos textos dejan amplio margen para la interpretación. La tarea de la OMS es definir estos principios desde la perspectiva de salud pública para elucidar la mejor manera de protegerlo.

PREGUNTA No. 1

¿Cuál es el mejor enfoque de Salud Pública para el tratamiento de las personas infectadas por SIDA y qué derechos deben tener?

La mejor forma de proteger la salud de todas las personas es que aquellas que padecen el SIDA desarrollen vidas normales en la medida de salud posibles. La discriminación y estigma herirán y no ayudarán tanto al público en general como a los infectados.

La teoría fundamental de los derechos humanos, supone que ninguna persona puede ser tratada en forma injusta o desigual debido a su raza, religión, nacionalidad u otra condición que no guarde relación con sus acciones o calificaciones, pero cómo se explica que se niegue vivienda, enseñanza, empleo y hasta sepultura de niños por adultos de los cuales se explica que en algunos centros hospitalarios se les niegue la atención, que las compañías de seguro ha rehusado permitir a hombres residentes en zonas conocidas como ambientes homosexuales, Cómo vemos, la tercera epidemia ha llevado a cometer abusos inauditos (incendiar la casa de niños hemofílicos infectados). La experiencia en todo el mundo, ha demostrado que la única forma de combatir la creciente expansión de

la infección depende de la cooperación pública. Se debe cambiar la conducta riesgosa, especialmente en las personas ya infectadas, y en los cambios de comportamiento.

Por otra parte, el SIDA es una enfermedad no un castigo o un crimen. Estudios realizados por expertos de la OMS han concluido que el respeto por los derechos humanos es más que un criterio capaz de combatir con eficacia el SIDA.

Así las personas en riesgo no tendrán miedo de someterse a los exámenes, pues no tendrán temor de perder su empleo, vivienda, colegio y participación social, además ellos facilitarían a las autoridades de salud advertir sobre donación de sangre o el mantener relaciones íntimas con el infectado.

Todo ello se logra evitando la discriminación y estigma. conclusión a la que han llegado expertos de salud mental.

En la 41ava. asamblea mundial de la salud, se sentaron pautas importantes en cuanto a la protección del individuo infectado y es así como en común acuerdo con la OIT se determina que las personas con SIDA que estén laborando en cualquier actividad y que sus condiciones de salud se lo permitan, debe seguir desempeñándose normalmente, tomando en cuenta que la enfermedad abarca en su mayoría entre los 18 y 45 años de edad en la cual la pérdida de la actividad laboral implica casi perder la vida.

El punto básico que debe reiterarse es: La discriminación o el castigo contra los que tienen SIDA constituyen una mala política. Además de contravenir los derechos humanos fundamentales, lo que posiblemente hará esta actitud es fomentar la propagación del SIDA.

PREGUNTA No. 2

¿A quién debe someterse a examen para la detección del SIDA con carácter obligatorio?

La DIFUSION DEL SIDA; no se evitará mediante la obligatoriedad del examen para grupo alguno con excepción de donantes de sangre, tejidos u órganos, pero como medida de Salud Pública se justifica el examen voluntario de ciertos grupos de alto riesgo.

Las pruebas pueden ser voluntarias u condicionadas como las pruebas pre-matrimoniales donde la persona

puede negarse a realizársela y de dejar de gozar del beneficio servicio, o también pueden ser obligatorias en aquellos casos impuestos por la ley.

Para que un H. I. V. sea confiable deben pasar 6 meses entre la infección y la seropositividad y además debe confirmarse con una prueba de inmunoelectrotransferencia o transferencia de Western para confirmar la seropositividad del sujeto.

El grado de sensibilidad o sea que se identifican el 100% de los seropositivos es de 99%, ese 1% parecería insignificante pero sería catastrófico ser ese 1% y ser sometido a todos los tratos injustos como el caso de la enfermera estadounidense, por lo cual se necesitará una prueba con 100% de especificidad.

Una pregunta importante sería: ¿ existen circunstancias que exijan obligatoriedad del examen para la detección del SIDA?.

Como es deber de Salud Pública proteger la salud del país se toma con carácter obligatorio las pruebas para suministros de sangre y hemoderivados. - Esto se lleva a cabo de dos maneras: 1.- Interrogante al donante sobre conducta de alto riesgo; 2.- analizando las unidades de sangre después de la donación. En los países que no cuentan con los medios necesarios solo se interroga al donante claro esto es un método ineficaz pero en los que no cumplan con los objetivos detallados en otros países se ha procedido a clausurar el laboratorio.

Cualquier programa que se implemente tiene que tomar en cuenta dos cosas: 1.- Consentimiento con conocimiento de causa que significa que se reconoce el derecho del paciente a que se respete su dignidad personal y la integridad de su cuerpo. De manera que toda persona tiene derecho a rehusar que se le practique un examen médico siempre y cuando se guarde respeto por los derechos de los demás.

En caso que las transfusiones o donación de tejidos, el derecho al respeto de antepone claramente al derecho individual, pero el donante debe saber que su sangre es sometida a un examen de H. I. V. y que se le informará sobre los resultados de dicha prueba. 2.- El segundo principio ético se refiere a la necesidad de asegurar confiabilidad. La confianza médico-paciente ha sido respetada a lo largo de miles de años, y especialmente en los casos de H. I. V. es importante por los temores,

discriminaciones y estigmas lamentables que pueden acarrear, si no hay confiabilidad. ¿ Que probabilidad habrá de que las personas se sometan voluntariamente a las pruebas requeridas y donen sangre necesaria para salvar vidas?.

Ello se hace de dos maneras:

- 1.- Realizar pruebas sin que se pueda identificar al donador
- 2.- Pruebas anónimas.

Con la primera se tiene la desventaja que no se le puede informar AL DONANTE los resultados, no así en la segunda donde el nombre del donador es mantenido en una lista central donde de salir positivo se le puede informar al donante.

OTRAS CONDICIONES DONDE EL EXAMEN SE CONSIDERA OBLIGATORIO SON:

Reclutas militares; prisioneros, prostitutas, homosexuales; pilotos de líneas aéreas; viajeros internacionales; solicitud de licencias matrimoniales; pacientes intrahospitalarios; pacientes con enfermedades de transmisión sexual.

En conclusión se dice que: Los programas de detección son costosos, es improbable QUE: identifiquen a todos los infectados y resultan ineficaces en cuanto a su costo cuando se aplican a grupos de bajo riesgo.

En cuanto a grupos en particular es interesante conocer acerca de las pruebas a los prisioneros ya que se consideran un grupo de alto riesgo debido a las prácticas homosexuales existentes en las cárceles, junto con una elevada tasa de antecedentes de abuso de drogas intravenosas. Pero aún así algunos expertos de la OMS argumentan que dichos exámenes no son obligatorios para determinar algunas normas.

- 1.- Los administradores de las prisiones tienen la obligación de reducir al mínimo la transmisión del SIDA en esos establecimientos.
- 2.- Deberá tratarse a los prisioneros conforme a los principios que se aplican a otras personas infectadas por el H. I. V. ofreciéndoles información, educación, pruebas de confiabilidad, servicios de salud y tratamiento.
- 3.- Deberá evitarse incurrir en prácticas discriminatorias como la segregación y aislamiento.

to excepto cuando sean necesarias para proteger el bienestar del propio prisionero.

- 4.- Deberá considerarse la liberación anticipada con carácter compasivo de los prisioneros que padezcan el SIDA, tal como personalmente hemos gestionado

También existe un grupo de personas que debido a su capacidad o su ocupación pueden someterse a exámenes voluntarios, ellos son:

TRABAJADORES DE SALUD; POLICIAS; BOMBEROS; la obligatoriedad de los pilotos es por las alteraciones neurológicas que el SIDA, puede conllevar y los militares porque son: **BANCO DE SANGRE AMBULANTE Y DEBEN ESTAR LISTOS PARA CUALQUIER PROBLEMA Y NO ADOLEZCA DE NINGUNA ENFERMEDAD.**

PREGUNTA No. 3

¿ Quienes tienen derecho a saber si una persona tiene H. I. V.?

¿ Es un deber avisarles?

La persona infectada, el personal de salud que trata el paciente, autoridades de salud pública, personas identificables que claramente se encuentren en riesgo.

La OMS insta a los Estados miembros a que consideren el SIDA, como enfermedad que requiere notificación, esta notificación puede ser anónima (Menciona el número de casos detectados) O CONFIDENCIAL (se menciona el nombre de la persona, pero se restringe el acceso a esta identificación. La OMS no dicta una pauta rígida pero en la mayoría de los países se sirven de las mismas normas que en las E. T. S., y se trata de mantener la confiabilidad bajo toda circunstancia.

La OMS tampoco tiene posición clara sobre quien tiene derecho a ser prevenido de la exposición y son pocos países los que han legislado al respecto de la búsqueda de contactos.

es así que la tercera parte más comunmente notificada es el compañero sexual del paciente infectado o sus compañeros sexuales, identificados por el paciente.

Aquí el problema está en que a quien corresponde establecer el contacto:

- 1.- La persona examinada

2.- El médico

3.- Salud Pública.

Si el paciente no coopera se puede llegar a violar la confiabilidad para proteger ciertas personas (contactos), así que se debe alentar a los infectados a que cumplan con ese deber moral para determinar toda la cadena de epidemiológica.

En Estados Unidos si el paciente no quiere comunicarse a sus contactos el responsable de notificar es el médico, pero si no lo hace se le considera legalmente responsable por la omisión de la advertencia a una tercera parte acerca de daño directo a la salud.

En otros países son los funcionarios de salud pública los que se encargan de esto primero identificando los contactos del paciente infectado y notificandoles que no exponen al virus sin identificar a la persona cuyo resultado fue positivo les sugiere que se hagan examinar, los orientan e informan acerca del SIDA.

PREGUNTA No. 4

¿ Cómo puede protegerse a la sociedad de las personas que en forma irresponsable y quizá hasta deliberada se permite contagiar a otros.

No se recomienda el aislamiento y cuarentena del paciente, pero si se pueden aplicar sanciones legales a una persona que en forma intencionada transmita a otros el H. I. V. o que claramente intente hacerlo.

Ese aislamiento o cuarentena no puede realizarse porque ello llevaría a privar de su libertad a personas que tienen seropositividad dudosa y además el virus tiene un periodo de incubación muy prolongado lo que llevaría a recluir al paciente hasta por 8 - 10 años.

Constituye una medida draconiana en ejercicio inapropiado del poder policial del Estado y una restricción infundada de la libertad que no se justifica por la necesidad de proteger a la sociedad.

La situación cambia si existe una clara evidencia de que la persona infectada en uno de esos raros individuos inclinados de manera imprudente o intencional a infectar a otro.

En este caso no cabe aplicar la presunción de que cada ser humano cuida de los demás y la sociedad tiene razones para castigar ese comportamiento irresponsa-

ble y peligroso así como para protegerse del daño previsible. En este caso algunos países han procesado a sujetos responsables de la transmisión intencionada del SIDA, pero en la mayoría de los casos no se conocen aún los resultados.

Sin embargo esos casos son muy raros pues son pocos los seres humanos que quieren intencionalmente matar a otros.

Por otra parte el aspecto más importante y sobre el cual se ha hecho incapié es que la política para controlar la propagación del SIDA debe basarse en el carácter voluntario del cumplimiento, el control, los cambios de conducta y las pruebas (7).

ANALISIS DEL SIDA EN LA LEGISLACION HONDUREÑA

El SIDA, si bien contiene un considerable peso ético-jurídico, no viene a ser un problema fundamentalmente legal.

Sin embargo el fenómeno del SIDA tiene repercusión y proclama la necesidad de revisión en diversos aspectos de nuestro sistema jurídico.

Pero en Honduras ¿ CUAL ES LA REALIDAD EN EL CAMPO JURIDICO? postulados esencial de rango constitucional como el derecho al trabajo, a la salud y la libertad de circulación entre las naciones: aspectos básicos del derecho matrimonial; entre ellos el atinente a los requisitos necesarios para contraerlo, son sólo algunos de los aspectos de la incidencia del SIDA sobre determinadas áreas del ordenamiento jurídico hondureño.- Ellos sin mencionar las cuestiones de tipo laboral; las leyes sobre trasplantes de órganos; el régimen sanitario propio del país; la normativa vigente en relación a población y política migratoria.

La confusión es realmente asombrosa y las contradicciones y disposiciones legales aún contra la justicia mismas son muchas y pronto será necesario que los hombres de las ciencias jurídicas se enfrenten al problema.

Mientras busquemos las leyes hondureñas, preceptos o normativas que regulen o relacionen al SIDA y al DERECHO. La máxima expresión jurídica de la Nación, en su TITULO III CAPITULO I; de las declaraciones señala casi sin querer la raíz del problema. "LA PERSONA HUMANA ES EL FIN SUPREMO DE

LA SOCIEDAD Y DEL ESTADO. TODOS TIENEN LA OBLIGACION DE RESPETARLA Y PROTEGERLA". Artículo No. 59.

Si la moderna teoría del estado enseña eso, que la Teleología del Estado es el bien común la persona humana, pero, ¿ES EL ESTADO HONDUREÑO CAPAZ DE PROTEGER AL HOMBRE DE UN MAL TAN GRANDE COMO LO ES EL SIDA? o si se quiere ¿ESTA EL ESTADO REALMENTE PROTEGIENDO A LA PERSONA HUMANA DEL FLAGELO DEL SIGLO XX" y si en este tan llevado y traído asunto de la preocupación ¿ RESPETA LA DIGNIDAD DE LOS HONDUREÑOS? o si se quiere ¿ EN RAZON DEL BIEN COMUN O BIENESTAR GENERAL, ESTAMOS SACRIFICANDO A LOS ENFERMOS DE SIDA?.

Utilizando una expresión propia de los juristas a contrario sensa ¿ SE ESTA SACRIFICANDO EL BIEN COMUN DE LA MAYORIA EN PRO DE UN REDUCIDO NUMERO DE SIDOTICOS? ¿ SE JUSTIFICA ATENTAR O LESIONAR LA MORAL PUBLICA EN NORMAS ARBITRARIAS DE CAMPAÑAS PREVENTIVAS?, ¿ ACASO EL PROBLEMA MAS QUE JURIDICO NO ES ETICO O MORAL?

¿ PUEDE UN MEDICO NEGARSE A BRINDAR ASISTENCIA O TRATAMIENTO A UN SIDOTICO AUN CUANDO EL ESTADO U HOSPITAL DONDE TRABAJA NO LE BRINDA GARANTIA PARA PROTECCION DE SU PERSONA?, ¿ ES LICITO DESATENDER A UN SIDOTICO? BAJO ESAS CIRCUNSTANCIAS, AUN CUANDO LA PROPIA CARTA MAGNA EN SU ARTICULO 145, RECONOCE EL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD?

Trataremos de aplicar la LEY a casos concretos:

I.- Como se menciona antes, una de las formas de transmisión del SIDA es a través de transfusiones de sangre contaminada con el virus de inmunodeficiencia, pero que ocurrirá si un hospital o personal médico o paramédico, transfundiera sangre sin efectuarse antes un análisis que demuestre que esa sangre está libre de aquel virus?

Volvamos a la Constitución de la República que en su capítulo VII de la salud señala:

“Le reconoce el derecho a la protección de la salud” Art. 145. Es deber de todos participar en la promoción de la salud y de la comunidad.

“Corresponde al estado por medio de sus dependencias y los organismos constituidos de conformidad con la Ley, la regulación, supervisión y control de los productos alimenticios químicos, farmacéuticos y biológicos” Art. 146.

Hasta donde hemos podido constatar no existe una norma expresa o resolución de las autoridades del Ministerio de Salud o del bloque Hospital Escuela-Materno Infantil que ordene practicar el análisis previo a la Sangre que va a ser transferida.

Esta responsabilidad según la Ley secundaria conocida como Código General de Salud Pública como organismo al “que le corresponde directa o específicamente realizar acciones de fomento y protección de la salud”, y por ende al propio Ministerio de Salud Pública.

Si el caso fuere diferente y efectivamente existiera una normativa al respecto y se transfundiera sangre contaminada del virus H. I. V. a un paciente Sano (de sida) entonces muy bien tendría aplicación el Código Penal, Art. 186 que al tenor dice “Será penado con Reclusión de 6 meses a 2 años quien infrinja las medidas adoptadas por las autoridades sanitarias con el fin de impedir la introducción o propagación de una epidemia, o de una Epizootia, específica de efectuar a los seres humanos”.

La pena se aumentará en una contra parte cuando el autor fuere funcionario o empleado de sanidad, médico, farmacéutico u odontólogo o ejerciera algunas de las actividades auxiliares de estos profesionales (los subrayados son nuestros).

Ahora bien, si un médico ó un hospital procediera a transfundir sangre, sin previo análisis de la misma, a un paciente no contaminado con SIDA, y aquella resultare contraindicada por tener el virus del H. I. V.-III y como consecuencia de esa acción, el paciente adquiere el SIDA y muere ¿ Es perjuicio en su paciente?.

Recordamos los elementos del delito: Acción, Tipicidad, antijurídica, culpabilidad, ponibilidad.

Igualmente recordamos que el delito es culposo, cuando es resultado de imprudencia, impericia, negligencia,

inobservancia, de leyes, circunstancias y la situación personal del delincuente...Art. 13 párrafo final Código Penal Vigente.

Es obvio que el análisis dependerá en gran medida de cada caso. particular y concreto. por ejemplo:

Caso No. 1: Un paciente que después de un accidente llevado a la emergencia de cirugía presentado Shock hipovolémico a causa de sangrado profuso por traumatismos y fracturas en diversas regiones corporales, y para restituir sus líquidos de inmediato se transfunde, en vista de que portaba carnet con su tipo sanguíneo y Rh, y a consecuencia de esa transfusión que da infectado con el virus H. I. V.

(En el presente caso la transfusión era necesaria pero no vital, en vista, que la restitución de líquidos de este paciente se pudo hacer con soluciones cristaloides, como ser solución Hartman, o suero fisiológico).

Caso No. 2: Un paciente intrahospitalario con diagnóstico conocido de leucemia, el cual necesita urgentemente una transfusión sanguínea, la que se realiza. El paciente a causa de esa transfusión adquiere la infección por virus H. I. V. (En este caso la transfusión era vital).

¿ Podría el ejemplo más grave o mejor dicho la acción del médico o del agente causal en este caso, ser cubierta por una causa de justificación que excluya la antijuricidad y que por lo tanto la acción no sea constitutiva de delito?

Nos estamos refiriendo al Art. 24 del Código Penal que dice: “ Se hayan excentos de responsabilidad penal:

1...
2. Quien haya cometido un hecho obligado por la necesidad de salvarse ó de salvar a otros de un peligro no causado por él voluntariamente, ni evitable de otra manera siempre que el hecho sea proporcionado al peligro.

3...

4...

Es claro que la profundidad de este análisis requiere de un conocimiento estrictamente técnico, propio de los profesionales de las ciencias jurídicas, por lo que no ahondaremos en él.

Recordemos que el homicidio culposo se castiga con

la pena de 2 ó 5 años de reclusión (Art. 121 Código Penal) que conlleva como pena accesorio inhabilitación especial e intervención civil, ésto es la privación del cargo, oficio, derechos de Patria Potestad, tutela, guarda y administración de bienes (Art. 105, 107, 110, 111, del Código Penal Vigente).

Y la responsabilidad civil en este caso, regulada por los artículos 1346; 1349; 1350; 1360; 1362; y 1386.

En los Estados Unidos para calcular la indemnización (en el caso de un niño que contrajo SIDA de este modo). El jurado calculó le promedio de vida de este niño a 40 años y a un promedio de \$ 600,000 anuales, resultando aproximadamente 26 millones de dólares.

II.- otro probable caso, es el de que el médico o personal se niegue atender a un paciente con SIDA.

Aparte de las disposiciones constitucionales de protección a la salud (art. 145, 146 constitucionales) no encontramos una disposición penal, que castigue esta conducta seria de analizar caso por caso la posibilidad de enmarcarlo dentro de la figura de homicidio culposo. O si se tratara de un funcionario público (El Director de una Hospital Estatal) entonces lo enmarcamos en el artículo 349 numeral 3 en relación al artículo 393 del Código Penal Vigente, que dice:

ARTICULO 349:

“Será castigado con reclusión de 6 meses a 3 años de reclusión e inhabilitación por doble tiempo de la condena:

1.-...

2.-...

3.- El funcionario que fuera de los casos previstos en el No. anterior, omitiere, rehusare o retardare algún acto de su oficio, con infracción del deber de su cargo.

4.- ...

5.- ...

6.- ...

ARTICULO No. 393

Para los efectos penales se reputará autoridad a quien por sí solo o como individuo de alguna corporación o tribunal, tuviere mando o ejerciere jurisdicción

propia:

Se reputan también autoridades los funcionarios del MINISTERIO FISCAL.

Se considera funcionario a quien, por disposición inmediata de la ley o por elección o por nombramiento de autoridad competente, participe del ejercicio de funciones públicas.

Sin embargo, la ‘declaración Americana de los derechos y deberes del hombre’, en su artículo XI DISPONE:

“Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondiente al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad” (Subrayados son nuestros).

Aunque está es nada más declaración y dado el poco poder coercitivo del Derecho Internacional - punto este que algunos consideran su talón de aquiles una condena internacional siempre es nefasta, y recordemos que Honduras es signatario de esta convención y ya una vez fue condenada por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), y que además si hubiese contradicción entre esta convención y la ley, prevalecerá siempre la norma Internacional. (Artículo 18 Constitucional).

Interesante es examinar el caso, 1802 (PARAGUAY) aprobado en la sesión 539 del 27/V/1977, en el 41 período de sesiones que a continuación ilustramos con el considerando final y la parte resolutive, aplicable en la atinente a negación médica y medicinas durante epidemias.

CONSIDERANDO:

Que en comunicación del 1 de marzo de 1974, se denunció la persecución de la tribu “Aché” del Paraguay, incluyendo el asesinato de numerosos indios y la venta de niños; la negación de atención médica y medicinas durante epidemias; malos tratos y torturas; condiciones de trabajo inhumana; así como hechos tendientes a destruir su cultura;

Que mediante notas de fecha de 8 de abril, 3 de junio y 17 de diciembre de 1974, la Comisión solicitó del gobierno del Paraguay la información correspondiente a esta denuncia que el Gobierno del Paraguay nunca ha respondido a esta solicitud;

Que en su trigésimo período de sesiones (mayo de 1975) adoptó un Acuerdo sobre el presente caso, el cual aceptó provisionalmente la conclusión de que "La política del Gobierno del Paraguay no es una política de genocidio de los indígenas Aché, sino una política orientada a promover la asimilación y ofrecer protección dentro de las posibilidades de recursos limitados, habiéndose establecido la "Colonia Nacional Guayaki en 1960. Esta conclusión preliminar no excluye la preocupación sobre la responsabilidad de abusos por particulares en regiones remotas del territorio del Paraguay". Asimismo, aceptó provisionalmente la conclusión de que "la administración de la Colonia Nacional de Guayaki, lleva a cabo un alabor humanitaria desde septiembre de 1972 pero por otra parte, manifestó su preocupación por la situación de los niños Aché, así como por las condiciones de trabajo a que habían sido sometidos un número de esa tribu; Que conluyó su Acuerdo, reiterando al Gobierno del Paraguay los pedidos de información arriba citados. Esta decisión fue cumplida por nota del 18 de agosto de 1975, la cual tampoco mereció respuesta alguna del Gobierno del Paraguay;

Que el Artículo 51, 1) del reglamento de la Comisión establece lo siguiente:

- 1.- Se presumirán verdaderos los hechos sobre los cuales se ha solicitado información si en el plazo de ciento ochenta días desde la fecha en que se solicitó la información correspondiente al Gobierno aludido, éste no suministrare la información correspondiente, siempre y cuando la improcedencia de los hechos no resultare de otros elementos de convicción.

RESUELVE:

- 1.- Por aplicación del artículo 51, 1) Del reglamento presumir verdaderos los hechos materia de la denuncia;
- 2.- Observar al Gobierno del Paraguay que tales hechos configuran gravísimas violaciones al derecho a la vida, a la libertad, a la seguridad e integridad de la persona (artículo I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre): AL DERECHO DE LA Constitución y a la protección de la familia (Artículo VI): al derecho a la preservación de la salud y al bienestar

(art. XI): derecho al trabajo y a un justa retribución (Art. XIV): y al derecho al descanso y a su aprovechamiento (Art. XV).

- 3.- Recomendar al Gobierno del Paraguay adoptar enérgicas medidas para proteger de una manera efectiva los derechos de la tribu Aché;
- 4.- Solicitar la gobierno sancionar, de acuerdo con las leyes responsables de los hechos denunciados;
- 5.- Solicitar al gobierno comunicar a la Comisión las adoptadas para cumplir con esta resolución, dentro de un plazo de 60 días;
- 6.- Comunicar este Resolución al Gobierno del Paraguay y a los denunciantes;
- 7.- Incluir esta Resolución al informe anual a la Asamblea General de la Organización (Art. 9 (BIS)).

Además queda abierta la posibilidad de demandar "daños y perjuicios" (PECUNIARIO) al Estado- Si se trata del Hospital Estatal - ó a particular.

No está demás mencionar que el art. 57 de la Ley Orgánica del Colegio Médico de Honduras reza:

"El Médico no debe abandonar nunca los casos crónicos o incurables y en los difíciles o prolongados es conveniente y aún necesario provocar juntas con otros médicos".

Y que el art. 24 del Reglamento de Sanciones del mismo colegio médico, sanciona con amonestación privada y multa de Lps. 25.00 hasta Lps. 500.00 al médico que trasgreda aquella disposición.

III.- Médico que por razones "Altruistas" ó "Privadas" corte la vida de un Nasciturus de madre contagiada con SIDA o practique eutauacia en un paciente contaminado con virus H. I. V.

En este caso el Código Penal en su capítulo II castiga el aborto en todas sus formas variando las Penas de acuerdo a las circunstancias (consentimiento, engaño, etc.), asimismo la Constitución de la República lo consagra en los artículos No. 65; 67; 68. La Eutancia es castigada igualmente por el Código Penal en el capítulo I relativo al homicidio.

IV.- Otro tópico interesante es la seguridad del Médico en relación al tratamiento de pacientes

con SIDA, si bien no hemos podido constatar la existencia de norma alguna que garantice al médico una higiene o seguridad en el ambiente de trabajo contra un probable contagio de SIDA, es claro que en justicia los hospitales deberían garantizarles todas las MEDIDAS SANITARIAS PERTINENTES, o el Colegio Médico lograr que el posible contagio del SIDA (dada su letalidad) fuese incluido como un riesgo profesional, susceptible de ser asegurado por el mismo a través del Seguro Social.

Fresco está el caso de la Dra. sudamericana contagiada con el SIDA, por el manejo de jeringas infectadas con la sangre de un sidótico, lo que la valió una millonada indemnización. Esta falta de seguridad, desde luego, no creemos que exima a un médico a dejar de atender a un paciente con el SIDA.

V.- Llama la atención igualmente la situación de aislamiento de los sidóticos, problema de hondas repercusiones de la retinencia de otros pacientes a estar en contacto con enfermos del mal del siglo XX aún y cuando las posibilidades de contagio sean mínimas o casi nulas. Y de otro lado lo doloroso que puede resultar un hospital o centro de reclutamiento ad-hoc, sobre todo por la afectación humana y social de los enfermos.

Sin embargo ya la Constitución de la República aún y cuando advierte que "Se declara punible toda discriminación por motivo de sexo, raza, clase y cualquier otra lesión a la dignidad humana" (Artículo 60 párrafo 2) asegura también que los derechos de cada hombre estén limitados por los derechos de los demás, por la seguridad de todos y por las justas exigencias del bienestar general y el desenvolvimiento democrático (Art. 62).

Recordemos que el código sanitario dispone en su artículo 41 que: "Los enfermos, portadores sanos o contagiados de enfermedades transmisibles, estén obligados a acatar las disposiciones y medidas que sobre aislamiento, cuarentena, tratamiento y observación disponga la dirección general de salud Pública, con el fin de evitar la difusión de la enfermedad ó proveen a su control, y erradicación". Si bien el aislamiento no sea obligatorio para los portadores

sanos o asintomáticos, si puede serlo para los enfermos casi obligatoriamente por su estado y por la seguridad de todos.

VI.- Sería lícito exigir, un examen de SIDA a toda persona en Honduras?.

De hecho se exige casi para cualquier cosa, un certificado de salud, para ingresar a centros de estudio, para trabajo, para matrimonio, claro que hasta hoy se trata de enfermedades de TRANSMISION SEXUAL CURABLES, y dada la novedad del caso SIDA, su implementación podría traer reacciones diversas, pero sería de gran ayuda a los encargados de luchar contra este mal, por supuesto guardando discreción absoluta.

VII.- Que decir de las "campañas de prevención" hasta hoy utilizadas. En el pasado se llegó al extremo de colocar posters y otro material ofensivo a la moral y las buenas costumbres, aceptando - tácitamente - como normales las relaciones homosexuales (GRUPO DE ALTORRIESGO) sin importar que fueran observados por menores.

El SIDA es un problema grave, pero identificados como alto riesgo, los grupos homosexuales, heterosexuales y drogadictos, es decir por conductas de desorden sexual o inmorales, pretenden prevenir la enfermedad con medios que destruyen o atentan contra la moral, no es lo lógico ni justificable, si no más bien irresponsable.

Recordemos que la Constitución de la República expresa en Artículo 68: "Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral". Artículo 151: "Los padres tendrán derecho preferentemente a escoger el tipo de educación que habrían de darle a sus hijos".

Recordemos que el Estado a dejado sentado a través de los tiempos, su resguardo por la moral y las buenas costumbres en comunión plena con la indiosincracia del pueblo, un buen ejemplo es el Título IV, del Título I, LIBRO TERCERO DEL CODIGO PENAL, cuando en el artículo 410 expresa:

"Será castigado con prisión de 10 a 30 días de multa de 10 a 30 lempiras. 1) Quien ofendiere públicamente el pudor, con cantos o alegorías obscenas".

Es obligatorio destacar el cambio de actitud en los mensajes del M. S. P. en los últimos meses de propaganda más discreta y no menos efectiva.

CONCLUSIONES

- 1.- El SIDA, no es un crimen o un castigo es una enfermedad que no distingue edad, sexo, raza, o condición social y no ser que racionalicemos nuestra conducta personal y organicemos nuestro comportamiento social correremos el riesgo de poner en peligro nuestra juventud, y con ello, el futuro de la sociedad entera y del país.
- 2.- El SIDA, no es sólo un problema médico - sanitario, lo es también ético - moral, legal y social.
- 3.- Por ser el SIDA, un problema "nuevo" que afecta la sociedad entera, las leyes o el sistema jurídico - positivo no está preparado para el problema, y casi no hay disposiciones clásicamente aplicables lo que deja lagunas y crea confusión.
- 4.- No existen normas de protección al paciente en los tratamientos hospitalarios, ni de seguridad al personal médico y paramédico, lo que además de ser grave, deja en manos de la diligencia y capacidad de estos últimos la responsabilidad del asunto, con riesgo de la seguridad de los involucrados y del sistema legal incapaz de afrontar el asunto.
- 5.- El riesgo de contagio o propagación no justifica la violación de la moral e intimidad de la mayoría, con campañas mal orientadas, ya que los grupos de riesgo son perfectamente reconocidos y son minoría (homosexuales y drogadictos, prostitutas).

RECOMENDACIONES

- 1.- La recomendación más importante implica que el SIDA por ser además de un problema médico sanitario, lo es también social, ético y legal, por lo que urge:
 - A) Integrar a la Comisión del SIDA a juristas y a la iglesia.
 - B) Hacer una revisión a la legislación vigente urgente para aplicarla o crear nuevas normas que aseguren:
 - * Análisis efectivo de la sangre vigente almacenada o a ser utilizada en transfusiones, lo que implica la inversión tecnológica, así como claridad legal de acción para exigir el conocimiento de daños y perjuicios por descuidos en tratamientos que los hayan contagiado.
 - * Suficiencia de material que proteja al personal médico y paramédico de un probable contagio además de un seguro contra el SIDA, como riesgo profesional, por el contacto con pacientes INFECTADOS.
 - * Atención humanitaria y sanitaria exclusiva de los sidóticos en un centro ad-hoc, Ejemplo: HOSPITAL DEL TORAX, en el pasado.
- 2.- Prevenir del mal, con campañas serias que ataquen la raíz del problema. "EL DESORDEN MORAL" dados los grupos de riesgo, sin detrimento de la mayoría de la población no infectada, ni de las buenas costumbres e indiosineracias del pueblo.
- 3.- Que se realice un trabajo más detallado o de discontinuidad al presente trabajo, en vista que algunos aspectos no fueron tomados en cuenta, ya que el enfoque médico - legal con relación a este tema es muy amplio.

GLOSARIO

ACCION: Tiene por objeto garantizar el ejercicio algún derecho real, ó sea es aquellas que ejercita el demandante para reclamar o hacer valer un derecho sobre alguna cosa, con entera independencia de toda obligación personal por parte del demandado.

ANTICUERPOS: Glucoproteína producida en el organismo en respuesta directa a la introducción de un antígeno.

ANTIGENO: Cualquier sustancia que induce en los animales superiores la formación de anticuerpos y/o de reacciones de hipersensibilidad inmunológica activa.

ANTI JURICIDAD: Contradicción al derecho o ilicitud jurídica.

BIEN COMUN: Beneficio que, desprendiéndose de la convivencia social, debe ser compartido, proporcionalmente por todos los miembros de la comunidad, sin exclusión alguna, y al que todos deben contribuir con sus medios y con su conducta.

BISEXUAL: Que se siente sexualmente atraído por ambos sexos.

CODIGO: Ordenación sistemática de preceptos relativos a una determinada rama del Derecho que la comprende ampliamente, elaborado por el poder legislativo y dictado por general observancia.

CONSTITUCION: Orden jurídico que constituye el Estado determinando su estructura política, sus funciones características, los poderes encargados de cumplirlas, los derechos y obligaciones de los ciudadanos y el sistema de garantías necesarias para el mantenimiento de la legalidad.

CULPOSO: Forma de delito resultado de imprudencia negligencia e inobservancia de leyes, reglamentos, órdenes, deberes o disciplinas.

DELITO: Acto u omisión constitutivo de una infracción de la ley Penal.

DERECHO: En general se entiende por derecho todo conjunto de normas eficaz para regular la conducta de los hombres.

ELISA: Método para el estudio cualitativo y cuantitativo de anticuerpos específicos. El suero sospechoso

de contener anticuerpos de una determinada especificidad se hace reaccionar con antígenos específicos absorbidos en su soporte.

EPIZOOTIA: Enfermedad que ataca gran número de animales a la vez.

ESTADO: Unidad de un sistema jurídico que tiene en si mismo el propio centro autónomo y que esta en consecuencia provisto de la suprema cualidad de persona en sentido jurídico.

E. T. S. : Enfermedad de transmisión sexual.

HEMOFILIA: Alteración hereditaria de la hemostásis que se transmite en forma ligada al cromosoma X, que afecta habitualmente al hombre y es transmitida por las mujeres que son portadoras sanas.

H. I. V. : Virus de Inmunodeficiencia Humana.

HOMICIO: Delito consistente en la privación de la vida realizado por una o varias personas contra otra u otras.

HOMOSEXUAL: Que tiene atracción sexual para con el mismo sexo.

INFECCIONES: Implantación y desarrollo en el organismo de seres vivientes patógenos, y acción morbosa de las mismas y reacción orgánica consecutiva.

INMUNOSUPRESION: Suspensión o modificación artificial de la respuesta inmunológica consecutiva a la administración de fármacos (antimetabólicos) a la acción de radiaciones (RAYOS X) o a la administración de suero antilinfocítico.

INTERDICCION: Demostración de la capacidad impuesta judicialmente, que priva a quien queda sujeto a ella del ejercicio por su propio, de los actos jurídicos relativos a la vida civil.

JURIDICO: Relativo al derecho.

JUSTICIA: Respeto y constante voluntad de dar a cada uno lo suyo.

LABORATORIO: Lugar adecuado para trabajo experimentales, análisis e investigaciones científicas, especialmente para preparación de medicamentos.

LABORAL: Forma jurídica que regula el conjunto de relaciones surgidas del contrato de trabajo y de esta actividad profesional y subordinada como fenómeno económico y social.

LATENCIA: Período de inactividad aparente entre el estímulo y el comienzo de la reacción que provoca.

LETALIDAD: Proporción de muertes en una enfermedad respecto a los casos dados de la misma.

LEY: Declaración de la voluntad suprema que manifiesta en forma prescrita por la constitución manda, prohíbe o permite.

LICITO: Justo, permitido según justicia y razón.

LINFADENOPATIA: Enfermedad de los ganglios linfáticos.

MEDICINA LEGAL: (MEDICINA FORENSE) Es una rama de la medicina que reúne todos los conocimientos médicos que pueden ayudar a la administración de justicia.

MORTALIDAD: Número proporcional de muertes en una población y tiempo determinado.

M. S. P. : Ministerio de Salud Pública.

NASCITUROS: Ser humano no nacido pero ya concebido.

NEOPLASIA: Nuevo crecimiento de tejido, en el que la multiplicación celular no está totalmente controlada por los sistemas reguladores del organismo.

NORMA: Regla de conducta, dictada por legítimo poder.

OPORTUNISTA: Microorganismo saprofito habitual o no, que no es patógeno para el hombre en condiciones normales de sus mecanismos defensivos.

PENA: Contenido de la sentencia de condena impuesta al responsable de una infracción Penal por el órgano jurisdiccional competente.

SARCOMA: Tumor maligno derivado de las células mesenquimatosas, puede derivar de tejido conectivo común o diferenciado o de tejido ganglionar.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

SIDOTICO: Persona infectada por el virus H. I. V.

TELEOLOGIA: Fin último de una cosa o de algo

TIPICIDAD: Coincidencia de la conducta del imputado con la descripción del tipo de delito descrito por la ley penal.

TRANSFUSION: Operación de hacer un líquido o humor pasarlo de un vaso a otro, especialmente la sangre.

VIRUS: Cualesquiera de los agentes infecciosos más pequeños (20 - 300 nm) que se caracterizan por replicar solamente en células vivas y ser parásitos absolutos, incapaces de generar energía ni de cualquier actividad metabólica.

BIBLIOGRAFIA

- I.- CORDERO MURILLO, R.
" CONCEPTOS SOBRE SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA".
FOLLETO, SERVICIO DE HEMATOLOGIA
FEDERACION MUNDIAL DE LA HEMOFILIA.
- II.- "MEDIDAS PREVENTIVAS DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA".
MANUAL, M. S. P. ENERO, 1990.
- III.- FRAJMAN, M.
"SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA"
MEDICINA LEGAL, OCTUBRE, 1990
- IV.- GROOPMAN JEROME et al.

**"EFFECT OF RECOMBINANT HUMAN GRANULOCYTE-MACROPHAGE COLONY
STIMULATING FACTOR ON IN THE ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME"**

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE, SET. 3 PAG. 593 - 598

- V.- VILLALTA, C. E.; STAYERMAN, J. W.
"ESTUDIOS DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL SIDA EN LA POBLACION MEDICA, HOSPITAL
ESCUELA Y M. I. TESIS PREVIA OPCIÓN DE TÍTULO EN MEDICINA Y CIRUGIA, 1988.
- VI.- PLAN A MEDIANO PLAZO PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA.
PREPARADO POR EL M. S. P. COLABORACIÓN DE O. P. S., MANUAL 1990 - 1994.
- VII.- SUSAN SCHOLLE CONNOR
"SIDA: ASPECTOS LEGALES, JURIDICOS Y ETICOS DE LA TERCERA EPIDEMIA"
PERFIL DE UNA EPIDEMIA. O. P. S. PUBLICACION CIENTIFICA No. 514, PAG. 141 - 307.
- VII.- VARGAS, A. E.
"ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE PROBLEMATICA HOSPITALARIA'. SIDA. MEDI-
CINA LEGAL., MARZO 1988.
- IX.- "CONSIDERACIONES GENERALES DEL SIDA".
REVISTA MEDICA MEXICANA DEL SEGURO SOCIAL
No. 2, MARZO - ABRIL, 1989, PAG. 114, 115
- X.- HARRISONS
PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA
II EDICION, 1393 - 1394.
- XI.- SINDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA SERVICIO DE LA SALUD PUBLICA DE
LOS ESTADOS UNIDOS, 1987, PAG. 22
- XII.- D. JEFFIES
"ACCION EN SIDA"
BOLETIN INTERNACIONAL PARA INTERCAMBIO DE INFORMACION DEL SIDA. MAR-
ZO, 1989.
- XII.- JOHNSON J.; GRIMES, D.; MINKOFF, H. INFECTOLOGIA PRACTICA. "SIDA EN MUJERES"
TOMADO DE FEMALE PATIENT, 12 (10) 68.
- XIV.- "EL SIDA: UNA CRISIS DE SALUD PUBLICA" POPULATION REPORTS, No. 6 DE ABRIL 1987.
TEMAS SOBRE SALUD MUNDIAL.
- XV.- CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE EL SIDA ACEPRENSA, SERVICIO 170/89.
- XVI.- SUAZO LAGOS RENE, LECCIONES DE DERECHO PENAL I
SEGUNDA EDICION, 1983
- XVII.- SUAZO LAGOS RENE, LECCIONES DE DERECHO PENAL I
SUPLEMENTO A LA SEGUNDA EDICION 1985.

- XVIII.- SUAREZ R.; VOLLMER, C. SIDA; ORIGENES, CAUSAS Y CONSECUENCIAS
MEDICIENCIA EDITORA, 1989.
- XIX.- DIALOGO INTERNACIONAL SOBRE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE PERSONAS
Y SOCIEDADES. CONFERENCIA DE O. M. S. SOBRE ETICA Y VALORES HUMANOS EN LA
PLANIFICACION FAMILIAR.
JUNIO, 1989.
- XX.- ENTREVISTA CON EL DOCTOR HERNANDEZ JEFE DEL BANCO DE SANGRE DEL BLOQUE
H. E. M. I. Y MIEMBRO DE LA COMISION NACIONAL DEL SIDA.
8 DE JUNIO DE 1990.
- XXI.- PINA, RAFAEL, DICCIONARIO DEL DERECHO
EDITORIAL PORUA S. A.
DECIMA EDICION, MEXICO, 1987.
- XXII.- SALVAT, DICCIONARIO TERMINOLOGICO DE CIENCIAS MEDICAS
DOCEAVA EDICION, MEXICO 1986.
- XXIII.- VARGAS ALVARADO, EDUARDO, COMPENDIO DE CIENCIAS FORENSES PARA MEDI
COS Y ABOGADOS.
LEHMANN EDITORES, TERCERA EDICION COSTA RICA, 1983.

LEYES

- I.- CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DE HONDURAS DECRETO No. 131.
- II.- DECLARACION AMERICANA DE LOS DEBERES Y DERECHOS DEL HOMBRE.
- III.- CODIGO PENAL DE LA REPUBLICA DE HONDURAS.
- IV.- CODIGO DEL TRABAJO DE LA REPUBLICA DE HONDURAS.
- V.- CODIGO SANITARIO DE LA REPUBLICA DE HONDURAS.
- VI.- LEY DE POBLACION Y POLITICA MIGRATORIA DE LA REPUBLICA DE HONDURAS.
- VII.- LEY ORGANICA DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS.
- VIII.- REGLAMENTO DE SANCIONES DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS.