

¡Bienvenidos! Al Boletín de información para la Atención Primaria de Salud, realizado por el equipo de la Biblioteca del Policlínico Universitario Vedado, con la finalidad de informarles de la mejor manera posible y mantenerlos actualizados de las novedades existentes en la labor asistencial, docente e investigativa.

Autor: *Diana Pulido Vilaseca*

Colaboradores: *Maite Pérez, Oscar Fernández, Alicia del Valle, Abel Rodríguez.*

Asesoría: *Maite Sánchez, Maite González, Liz Caballero, Ángel Escobedo.*

Temática: *VIH, SIDA, Rehabilitación*

La botica de la abuela

Curiosidades

Novedades...

Días internacionales y mundiales de salud de diciembre

- *1 de diciembre: Día Mundial de la Lucha contra el Sida*
- *3 de diciembre: Día Internacional de las Personas con Discapacidad*
- *3 de diciembre: Día Panamericano del Médico*
- *12 de diciembre: Día de la Cobertura Universal de Salud*

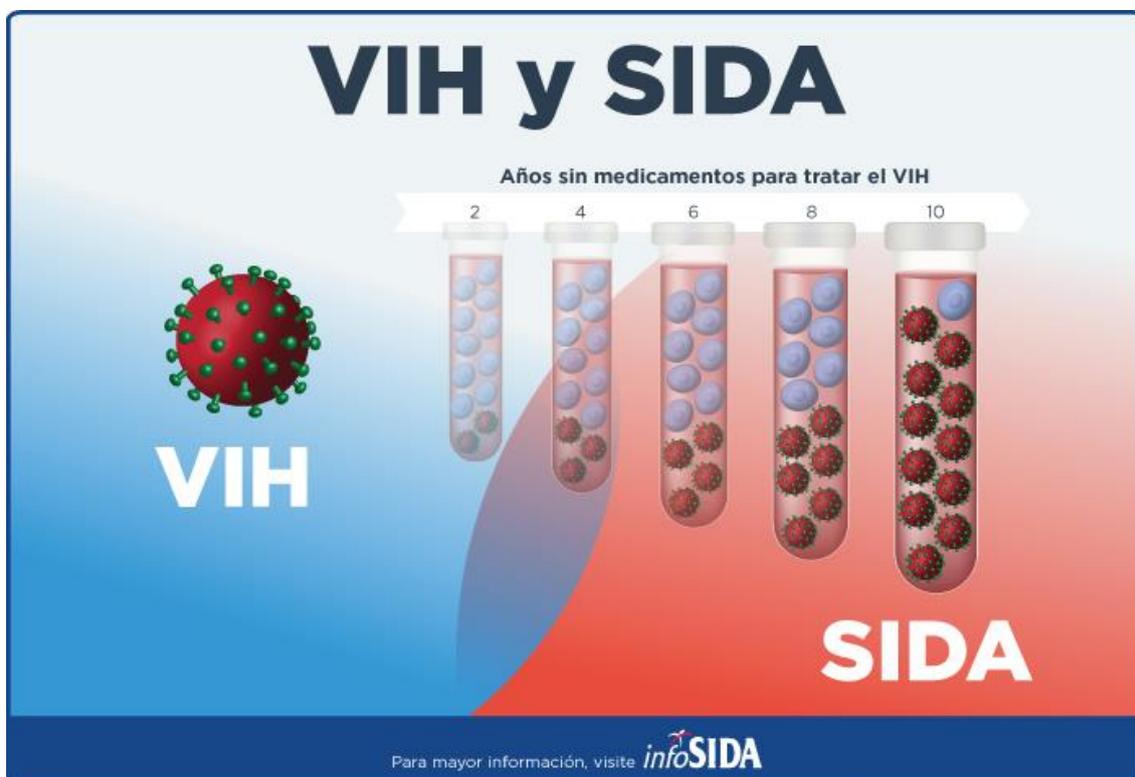
3 de diciembre



Cuba y demás países del continente celebran hoy el Día de la Medicina Latinoamericana, en tributo al nacimiento del científico cubano Carlos J. Finlay (1833-1919), descubridor del agente trasmisor de la fiebre amarilla.



VIH, SIDA, Rehabilitación



ESTADÍSTICAS MUNDIALES SOBRE EL VIH DE 2018

37,9 millones [32,7 millones–44,0 millones] de personas vivían con el VIH en todo el mundo.

23,3 millones [20,5 millones–24,3 millones] de personas tenían acceso a la terapia antirretrovírica.

1,7 millones [1,4 millones–2,3 millones] de personas contrajeron la infección por el VIH.

770.000 [570.000–1,1 millones] de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida.

74,9 millones [58,3 millones–98,1 millones] de personas contrajeron la infección por el VIH desde el comienzo de la epidemia.

32,0 millones [23,6 millones–43,8 millones] de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida desde el comienzo de la epidemia.

En 2018, 37,9 millones [32,7 millones–44,0 millones] de personas vivían con el VIH.

36,2 millones [31,3 millones–42,0 millones] adultos.

1,7 millones [1,3 millones–2,2 millones] niños (menores de 15 años).

El 79% [67–92%] de las personas que vivían con el VIH conocía su estado serológico con respecto al VIH.

Alrededor de 8.1 millones de personas no sabían que vivían con el VIH

En 2018, 23,3 millones [20,5 millones–24,3 millones] de personas que vivían con el VIH tenían acceso a la terapia antirretrovírica, en comparación con los 7,7 millones [6,8 millones–8,0 millones] de 2010.

El 62% [47–74%] de las personas que vivían con el VIH tuvieron acceso al tratamiento.

El 62% [47–75%] de los adultos mayores de 15 años que vivían con el VIH tuvieron acceso al tratamiento, así como el 54% [37–73%] de los niños de hasta 14 años.

El 68% [52–82%] de las mujeres adultas mayores de 15 años tuvieron acceso a tratamiento, pero solo el 55% [41–68%] de los hombres adultos mayores de 15 años tuvieron acceso.

El 82% [62–95%] de las mujeres embarazadas que vivían con el VIH tuvieron acceso a medicamentos antirretrovíricos para evitar la transmisión del VIH a sus hijos en 2018.

Desde el pico alcanzado en 1997, las nuevas infecciones por el VIH se han reducido en un 40%. En 2018, se produjeron 1,7 millones [1,4 millones–2,3 millones] de nuevas infecciones por el VIH, en comparación con los 2,9 millones [2,3 millones–3,8 millones] de 1997. Desde 2010, las nuevas infecciones por el VIH en adultos descendieron alrededor de un 16%, desde 2,1 millones [1,6 millones–2,7 millones] hasta 1,7 millones [1,4 millones–2,3 millones] en 2018.

Desde 2010, las nuevas infecciones por el VIH en niños descendieron un 41%, desde 280.000 [190.000–430.000] en 2010 hasta 160.000 [110.000–260.000] en 2018.

Desde el pico alcanzado en 2004, los casos de muertes relacionadas con el sida se han reducido en más de un 55%. En 2018, fallecieron 770.000 [570.000–1,1 millones] personas en todo el mundo a causa de enfermedades relacionadas con el sida, frente a los 1,7 millones [1,3 millones–2,4 millones] de 2004 y los 1,2 millones [860.000–1,6 millones] de 2010, mortalidad por el sida ha disminuido un 33% desde 2010.

En 2018, el 79% [67–92%] de personas que vivían con el VIH conocían su estado. Entre las personas que conocían su estado, el 78% [69–82%] tenían acceso al tratamiento. Y, entre las personas que tenían acceso al tratamiento, el 86% [72–92%] habían logrado la supresión viral. De toda la gente que vive con el VIH, el 79% [67–92%] conocían su estado, el 62% [47–74%] tenían acceso al tratamiento y el 53% [43–63%] tenían una carga viral indetectable, en 2018.

Cada semana, alrededor de 6.200 mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años contraen la infección por el VIH. En África subsahariana, cuatro de cada cinco nuevas infecciones en adolescentes con edades entre 15 y 19 años son mujeres. Las jóvenes con edades entre 15 y 24 años tienen el doble de probabilidad de vivir con el VIH que los varones. Más de un tercio (35%) de las mujeres de todo el mundo ha sufrido violencia física o sexual en algún momento de su vida.

En algunas regiones, las mujeres que son víctimas de la violencia son 1,5 veces más proclives a contraer la infección por el VIH que las mujeres que no han sufrido dicha violencia.

Los grupos de población clave y sus parejas sexuales representan:

El 54% de las nuevas infecciones por el VIH a nivel mundial.

Más del 95% de las nuevas infecciones por el VIH en Europa Oriental y Asia Central

El 95% de las nuevas infecciones por el VIH en Oriente Medio y África Septentrional.

El 88% de las nuevas infecciones por el VIH en Europa Occidental y Central y en Norteamérica.

El 78% de las nuevas infecciones por el VIH en Asia y el Pacífico.

El 65% de las nuevas infecciones por el VIH en América Latina.

El 64% de las nuevas infecciones por el VIH en África Occidental y Central.

El 47% de las nuevas infecciones por el VIH en el Caribe.

El 25% de las nuevas infecciones por el VIH en África Oriental y Meridional.

El riesgo de contraer el VIH es:

22 veces mayor entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

22 veces mayor entre las personas que se inyectan drogas.

21 veces mayor para los/las trabajadores/as sexuales.

12 veces mayor para las personas transgénero.

El VIH y la tuberculosis

La tuberculosis sigue siendo la principal causa de muerte entre las personas que viven con el VIH, siendo responsable de aproximadamente una de cada tres muertes relacionadas con el sida. En 2017, 10,0 millones [9,0 millones–11,1 millones] de personas desarrollaron tuberculosis, de las cuales el 9% vivían con el VIH. Las personas que viven con el VIH y no presentan síntomas de tuberculosis necesitan la terapia preventiva contra la tuberculosis, que disminuye el riesgo de desarrollar dicha enfermedad y reduce las tasas de mortalidad de la tuberculosis y el VIH en un 40% aproximadamente. Se estima que el 49% de las personas que viven con el VIH y la tuberculosis no son conscientes de la coinfección y por tanto no reciben atención.

A finales de 2018, había 19.000 millones de dólares estadounidenses (en dólares constantes de 2016) disponibles para la respuesta al sida en los países de ingresos bajos y medianos, casi 1.000 millones menos que en 2017.

Alrededor del 56% del total de los recursos destinados al VIH en dichos países en 2018 procedió de fuentes nacionales. ONUSIDA estima que se necesitarán 26.200 millones de dólares estadounidenses (en dólares constantes de 2016) para la respuesta al sida en 2020.

Rehabilitación, VIH, SIDA

Los primeros casos reportados de VIH remontan a la fecha de 1983, desde entonces se ha desarrollado una pandemia de la infección a nivel mundial. Siendo esta una de las enfermedades emergentes que han incrementado en los últimos años.

Los efectos adversos a los medicamentos, las infecciones oportunistas y la sintomatología del HIV hacen que ésta población quede predispuesta a la limitación de sus capacidades funcionales. Los efectos secundarios a los antiretrovirales generan toxicidad que alteran la homeostasis del organismo creando paso a una serie de síndromes y cuadros clínicos que afectan al aparato locomotor como lo son neuropatías, lipohipertrofia, lipoatrofia, miopatías, entre otras. La rehabilitación puede ser ampliamente definida como cualquiera de los servicios y actividades que tratan o previenen deficiencias, limitaciones en la actividad diaria o participaciones de restricciones experimentadas por un individuo, cuyos beneficios podrían satisfacer y ayudar a contribuir con el bienestar físico, emocional, social, laboral y funcional de una persona creando una autonomía en la dependencia de las actividades diarias o adaptaciones para los pacientes que así lo requieran.

Las necesidades básicas de las personas con VIH pueden agruparse en 3 grandes áreas:

- 1) Servicios de prevención y consejería*
- 2) Servicios de diagnóstico y tratamiento*
- 3) Servicios de rehabilitación: cuidado en casa, soporte psicológico y social, actividades recreativas, entretenimiento, grupos de apoyo, redes, soporte nutricional, aseguramiento y empleo.*

Motivos de referencia frecuentes a rehabilitación de los pacientes con SIDA son:

- 76% alteración de la movilidad*
- 57% dificultad para autocuidado*
- 45% disfunción neurológica (hemiparesia, cognitiva, demencia, mielopatía, miopatía, neuropatía)*
- 37% dolor.*

Se prefiere el tratamiento no farmacológico del dolor como primera línea de tratamiento si es de leve a moderado, por la gran cantidad de medicamentos requeridos en esta población. El fisiatra puede colaborar en un diagnóstico a tiempo, sin procedimientos que sean innecesarios y prevención de dolores iatrogénicos, y garantizar el confort y calidad de vida.

29% alteración cognitiva

27% desacondicionamiento generalizado.

Manejo de úlceras

Efectos locales del Sarcoma Kaposi

Síndromes varios musculo esqueléticos-Ceguera.

Las intervenciones de rehabilitación se basan en los déficits funcionales, en vez del progreso de la enfermedad, lo que sugiere que los médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación tiene el conocimiento adecuado para manejar la mayoría de discapacidad relacionada con el VIH.

La rehabilitación provee beneficios que mejoran la calidad de vida de las personas infectadas, pero también para la sociedad como un todo. Los especialistas en Medicina Física y Rehabilitación deberían tener un rol central dentro de la educación al público y a quienes confeccionan las políticas relacionadas a la atención integral del VIH. La rehabilitación es la piedra angular para garantizar la calidad de la rehabilitación en VIH. Existen responsabilidades legales y éticas relacionadas a la Rehabilitación y la provisión del cuidado de las personas con VIH de una forma humana y compasiva. La comunidad de rehabilitación debe familiarizarse e involucrarse en el proceso de atención de las personas con VIH/SIDA obligatoriamente.

Asumiendo y explorando los mecanismos necesarios para ofrecer el cuidado compasivo y apropiado de esta población, respondiendo a las necesidades cambiantes. Desde la promoción y prevención, hasta cuidado a largo plazo y paliativo. Los pacientes con infección por VIH son muy similares requieren el mismo abordaje por rehabilitación, que los pacientes con cáncer: permanente, individualizada, adaptada, estrechamente vinculada con los demás cuidados médicos, se debe considerar su pronóstico, condición médica actual, necesidades del paciente y su familia y/o cuidadores, determinación de metas funcionales y planeamiento interdisciplinario, es decir, la filosofía general. Al ser una enfermedad crónica progresiva, requiere de un manejo médico intensivo en una escala comparable con las malignidades. Es un proceso complejo que responde a la aplicación integrada de muchos procedimientos. La progresión de la enfermedad se caracteriza usualmente por múltiples exacerbaciones de complicaciones médicas, de las cuales el paciente usualmente se recupera, por lo tanto, el manejo es similar. La metodología de tratamiento y el abordaje de rehabilitación en la persona con VIH debe ser flexible y adaptativo, pretender disminuir los costos y el sufrimiento, y mantener la productividad funcionalidad tanto como sea posible. Se manejan los mismos principios de tratamiento que en pacientes cuyos procesos no se relacionan con VIH. Algunos ejemplos de intervenciones implementadas están:

-73% ejercicio terapéutico

-45% ayudas para la marcha

-45% equipo de seguridad y para el baño

-29% ortesis

-29% manejo del dolor (TENS, calor, vibración, masaje)

-10% tanque de remolino

-4% consejo vocacional.

Es decir, que los pacientes con SIDA, tienen una gran variedad de déficit físicos y limitaciones funcionales, por lo tanto, requieren de múltiples intervenciones de rehabilitación. Todos los pacientes con SIDA deberían ser evaluados por un fisiatra, como política estándar del Servicio de Rehabilitación, para minimizar la disfunción temprana y en etapas tardías proveer de un ambiente seguro al paciente. La sensación de control es el “grado de confianza global en uno mismo, de la habilidad a través de amplio rango de situaciones demandadas”. Se correlaciona con la adherencia al tratamiento farmacológico, la cual es un factor determinante en los pacientes con tratamiento antirretroviral (TARV), ya que se requiere de un 95% de adherencia para ser efectivo. En la población con el VIH, también disminuye los hábitos poco saludables y aumenta las conductas promotoras de la salud y resultados inmunológicos mejores. Es decir, que trabajar para mejorar la sensación de control, mejora la salud en general. El ejercicio es una terapia adyuvante en el manejo de enfermedades crónicas.

Puede ser una estrategia importante en la promoción de la salud para mejorar el bienestar psicológico, ya que ha demostrado en estudios de otras poblaciones que podría ser una forma costo-efectiva para prevenir o manejar síntomas depresivos de leves a moderados. En personas con VIH es beneficioso y seguro: aumenta el acondicionamiento cardiovascular, la fuerza muscular, mejora el ánimo, podría mejorar aspectos metabólicos y morfológicos de la lipodistrofia.

Previo a TARV, aumenta la calidad de vida. Posterior al TARV, el enfoque se dirige a los efectos adversos de los medicamentos y a mejorar el bienestar. Los efectos beneficiosos potenciales del ejercicio dependen de una adherencia óptima. Un supervisor experimentado (terapeuta físico con experiencia en población VIH), podría mejorar la adherencia. El ejercicio es una estrategia clave para tratar a las personas con VIH. El entrenamiento de resistencia de grandes grupos musculares, a una intensidad moderada de 60-80% de repeticiones máximas (RM) y con un aumento progresivo, mejora la composición corporal y fuerza muscular (aumenta la masa magra, músculo y densidad mineral ósea y disminuye de peso), con impacto limitado en la calidad de vida. El ejercicio aeróbico de moderada intensidad (11 -14 en la Escala de Borg o 50-85% de la Frecuencia cardiaca máxima), mejora la composición corporal (porcentaje de grasa) y capacidad aeróbica. El entrenamiento combinado produce una ganancia en todos los aspectos relacionados con la composición corporal, fuerza muscular, flexibilidad, acondicionamiento cardiopulmonar y habilidad funcional, pero se requiere que sea a una intensidad moderada y de larga duración. El ejercicio debe ser prescrito por profesionales en rehabilitación y también debe ser supervisado, para minimizar las lesiones y maximizar los beneficios.

El programa de ejercicio debe hacerse de acuerdo a la función física individual estado de salud, respuesta al ejercicio y metas establecidas. La intensidad y volumen del ejercicio son determinantes importantes en las respuestas fisiológicas al ejercicio. No existe un consenso sobre qué modalidad e intensidad son más efectivos en personas con VIH, por lo tanto, es difícil escoger el mejor entrenamiento de la población.

Se requieren más estudios para determinar parámetros óptimos de ejercicio aeróbico para que sea lo más beneficioso para adultos con VIH. Durante la evaluación de la persona con VIH es importante considerar antes de prescribir el ejercicio: el riesgo de

caídas, contraindicaciones para el ejercicio (pérdida de peso rápida secundaria a enfermedad aguda o infección(es) oportunista(s) aguda), enfermedad avanzada ($CD4 < 100/mm^3$, ya que no es capaz de adherirse al programa de ejercicio prescrito), capacidades limitadas para el ejercicio por afección del sistema nervioso central y periférico y del sistema musculoesquelético, y los efectos adversos del TARV, así como alteraciones del humor y la prevalencia de comorbilidades. La rehabilitación puede contribuir al manejo de los pacientes con SIDA hospitalizados. Sólo una minoría de los profesionales en rehabilitación trabajan con personas con VIH. A pesar de que existe evidencia que documenta la discapacidad física en VIH y la necesidad de la población por dichos servicios. En cierto grado, ya que los especialistas en VIH tienden a referir a trabajo social y organizaciones no gubernamentales (ONG) para tratar abordar deficiencias, limitaciones asociadas al VIH. Los profesionales en rehabilitación tienen dentro de su rol, promover la salud mental de las personas con VIH.

El 85% de los pacientes consideran que la re-habilitación es importante para las personas con VIH, pero sólo el 19% consideran que los profesionales en rehabilitación tienen las capacidades y conocimientos adecuados. El 61% de los profesionales en rehabilitación nunca han trabajado con personas con VIH. Y los que han trabajado con la población, sólo han atendido 4 personas al año. Sólo el 27% de los profesionales en rehabilitación han recibido educación sobre VIH como parte de su programa de grado, y sólo el 11% han participado en un entrenamiento especial o educación continua en el área de VIH/SIDA en los últimos 5 años. Los profesionales en ciencias de la salud, por ejemplo, los estudiantes de terapia física y ocupacional, expresan miedo y ansiedad por atender a personas con VIH. Principalmente ligados a su género y creencias religiosas. Lo cual puede afectar la evaluación y la calidad de los servicios. Existe un 27% de los profesionales en rehabilitación que no quieren trabajar con la población y 46% están inseguros. Existe un progreso modesto de la intervención-manejo de las personas con VIH, con un enfoque hacia calidad de vida. Siendo 2 de sus determinantes más importantes los síntomas y el desempeño físico. En general, la discapacidad severa en SIDA es inusual, es frecuente e leve a moderada, la más frecuente es en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), y la discapacidad no se relaciona con el conteo de CD4.

Bibliografía

1. O'Brien KK, Hana S, Solomon P, Worthington C, Ibáñez-Carrasco F, Chan Carusone S, Nixon S, Merritt B, Gahagan J, Baxter L, Gayle P, Robinson G, Baltzer Turje R, Tattle S, Yates T. Characterizing the disability experience among adults living with HIV: a structural equation model using the HIV disability questionnaire (HDQ) within the HIV, health and rehabilitation survey. *BMC Infect Dis.* 2019 Jul 8;19(1):594. doi: 10.1186/s12879-019-4203-0. PubMed PMID: 31286891; PubMed Central PMCID: PMC6615082.
2. Bui KD, Johnson MJ. Designing robot-assisted neurorehabilitation strategies for people with both HIV and stroke. *J Neuroeng Rehabil.* 2018 Aug 14;15(1):75. doi: 10.1186/s12984-018-0418-3. Review. PubMed PMID: 30107849; PubMed Central PMCID: PMC6092818.
3. Cobbing S, Hanass-Hancock J, Myezwa H. Assessing home-based rehabilitation within the development of an integrated model of care for people living with HIV in a resource-poor community. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2017 Aug 31;9(1): e1-e8. doi: 10.4102/phcfm.v9i1.1374. PubMed PMID: 28893078; PubMed Central PMCID: PMC5594236.
4. Kamitani E, Sipe TA, Higa DH, Mullins MM, Soares J; CDC HIV/AIDS Prevention Research Synthesis (PRS) Project. Evaluating the Effectiveness of Physical Exercise Interventions in Persons Living With HIV: Overview of Systematic Reviews. *AIDS Educ Prev.* 2017 Aug;29(4):347-363. doi: 10.1521/aeap.2017.29.4.347. Review. PubMed PMID: 28825859; PubMed Central PMCID: PMC5942186.
5. Medeiros RCDSC, Medeiros JA, Silva TALD, Andrade RD, Medeiros DC, Araújo JS, Oliveira AMG, Costa MAA, Dantas PMS. Quality of life, socioeconomic and clinical factors, and physical exercise in persons living with HIV/AIDS. *Rev Saude Publica.* 2017 Jul 20; 51:66. doi: 10.1590/S1518-8787.2017051006266. English, Portuguese. PubMed PMID: 28746573; PubMed Central PMCID: PMC5510782.
6. Nguyen AL, Lake JE, Reid MC, Glasner S, Jenkins J, Candelario J, Soliman S, Del Pino HE, Moore AA. Attitudes towards exercise among substance using older adults living with HIV and chronic pain. *AIDS Care.* 2017 Sep;29(9):1149-1152. doi: 10.1080/09540121.2017.1325437. Epub 2017 May 9. PubMed PMID: 28486816; PubMed Central PMCID: PMC5512546.
7. Montgomery CA, Henning KJ, Kantarzhzi SR, Kideckel TB, Yang CF, O'Brien KK. Experiences participating in a community-based exercise programme from the perspective of people living with HIV: a qualitative study. *BMJ Open.* 2017 Apr;7(4): e015861. doi: 10.1136/bmjopen-2017-015861. PubMed PMID: 28377397; PubMed Central PMCID: PMC5387963.
8. Boivin MJ, Ruiseñor-Escudero H, Familiar-Lopez I. CNS Impact of Perinatal HIV Infection and Early Treatment: the Need for Behavioral Rehabilitative Interventions Along with Medical Treatment and Care. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2016 Dec;13(6):318-327. Review. PubMed PMID: 27783207; PubMed Central PMCID: PMC5107125.

9. *Faytell MP, Doyle K, Naar-King S, Outlaw A, Nichols S, Twamley E, Woods SP. Calendaring and alarms can improve naturalistic time-based prospective memory for youth infected with HIV. Neuropsychol Rehabil. 2018 Sep;28(6):1038-1051. doi:10.1080/09602011.2016.1236733. Epub 2016 Sep 30. PubMed PMID: 27687290; PubMed Central PMCID: PMC5374028.*
10. *Gómez W, Flentje A, Schustack A, Ramirez-Forcier J, Andrews B, Dilworth SE, Riley ED, Curotto A, Carrico AW. Navigating Barriers to Vocational Rehabilitation for HIV-Positive Persons. AIDS Behav. 2016 May;20(5):1132-42. doi:10.1007/s10461-015-1261-1. PubMed PMID: 26696259; PubMed Central PMCID: PMC4840061.*
11. *Faytell MP, Doyle KL, Naar-King S, Outlaw AY, Nichols SL, Casaletto KB, Woods SP. Visualisation of future task performance improves naturalistic prospective memory for some younger adults living with HIV disease. Neuropsychol Rehabil. 2017 Dec;27(8):1142-1155. doi: 10.1080/09602011.2015.1122636. Epub 2015 Dec 21. PubMed PMID: 26690580; PubMed Central PMCID: PMC4916011.*



La botica de la abuela

DOLOR DE CABEZA

Cataplasma de papa Este sencillo remedio logró que unos de nuestros espectadores se curasen de sus quemaduras sin que le quedase una sola marca.

Ingredientes: Papa

Preparación: Se corta la papa en láminas y se deja enfriar en el congelador.

Uso: Aplicarlas sobre la quemadura y afianzarlas con una gasa. En caso de dolor de cabeza

DOLOR DE CABEZA

Infusión de manzanilla en grano La manzanilla es el remedio más eficaz contra los dolores de cabeza si hay problemas digestivos asociados; se le llama el “ginseng español” por sus grandes cualidades medicinales: es sedante, regeneradora, digestiva... Se recomienda consumirla en grano.

Ingredientes: 1 puñado de manzanilla en grano ½ l de agua

Preparación: Echamos la manzanilla en agua hirviendo y la retiramos del fuego. Tras unos minutos la colamos, nos servimos una taza y le añadimos unas gotitas de limón.

Uso: Hay que beberla poco a poco, a sorbos.

DOLOR DE CABEZA

Ejercicio de respiración y relajación El dolor de cabeza es una de las dolencias más frecuentes entre la población.

Un 90% lo padece en algún momento de su vida. A veces, un sencillo ejercicio de respiración y relajación puede ser suficiente para mitigarlo.

Ingredientes: Ninguno, se trata de un ejercicio.

Preparación: Ninguna, se trata de un ejercicio.

Uso: Llenar el abdomen de aire, contar hasta cinco y expulsarlo lentamente; así durante 5 minutos. Mientras se respira de ese modo, se visualiza internamente el propio cuerpo desde la punta de los pies; y poco a poco se va subiendo visualizando una a una todas las partes de nuestro cuerpo hasta llegar a la cabeza, donde se expulsa la energía que se ha ido recogiendo.



Mitos y Verdades sobre el VIH

VERDADERO

Vivir con VIH no significa tener SIDA: Con los tratamientos actuales se puede evitar la progresión a desarrollar enfermedades, por eso muchas personas que viven con VIH logran evitar la etapa SIDA.

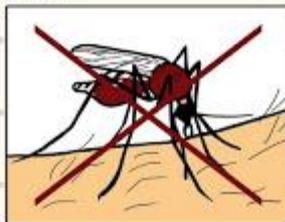


Una madre con VIH puede tener hijos sanos: Una mujer con VIH puede transmitir el virus a su bebé durante el embarazo, el parto o la lactancia. Sin embargo, si recibe una atención adecuada, sigue el tratamiento correspondiente y evita amamantar, las posibilidades de transmisión se reducen a menos del 2 por ciento.

Transmisión materno-infantil



El VIH NO se transmite por la picadura de un mosquito: En las enfermedades que se transmiten por la picadura de un mosquito, como el dengue y la malaria, el insecto es parte de la fase de evolución del virus. Esto no sucede en el caso del VIH.



FALSO



El VIH afecta sólo a homosexuales, usuarios de drogas y trabajador@s sexuales: Cualquiera que haya tenido una relación sexual sin preservativo puede adquirir el VIH. La idea de que los homosexuales son un colectivo afectado especialmente por esta infección es falsa.

Actualmente la epidemia es más heterosexual que homosexual.

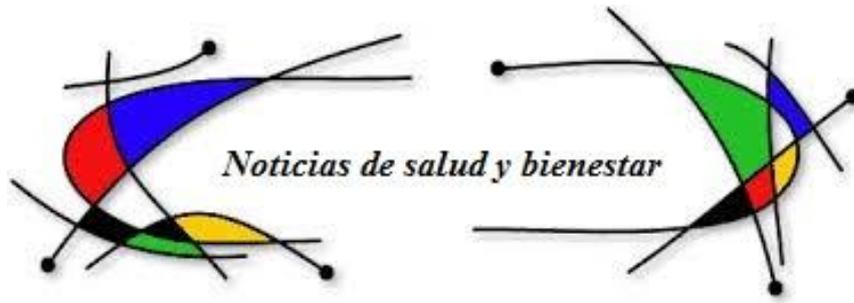


Los besos apasionados pueden transmitir el VIH: Sólo la sangre, el líquido preseminal, el semen, los fluidos vaginales y la leche materna presentan una concentración suficiente como para transmitirlo.

Si dos personas viven con VIH no necesitan usar preservativo: Una persona que vive con VIH debe protegerse siempre en sus relaciones sexuales para no correr riesgo de re-infección. Esto significa que debe evitar que el VIH vuelva a ingresar en su organismo, ya que eso aumenta la posibilidad de contraer SIDA.



Universidad de Guanajuato
 Módulo de Medicina Interna
 Univ. Misael Enriquez Mireles
 Univ. María Del Carmen Esquivias Garcia
 Univ. Jazmin Margarita Delgado Carmona
 Asesor:
 Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez



Noticias de salud y bienestar

DECÁLOGO DE HÁBITOS SALUDABLES

1 Haz **cinco comidas al día**. El desayuno, la comida y la cena deben hacerse sentados.

2 Procura beber **8-10 vasos de agua al día**. Elige agua, zumos naturales de frutas y leche, en lugar de bebidas con gas.



3 **Come de todo**. Una dieta variada, en cantidades adecuadas, es la base de una buena alimentación.

4 Realiza **una hora de actividad física** todos los días y actividades de **fuerza y flexibilidad** dos o tres días por semana.



5 Aprovecha **tu tiempo libre para hacer ejercicio** y **jugar** con familiares y amigos.



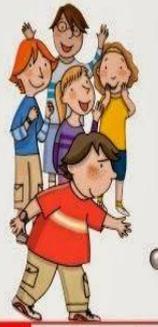
6 Dedica **menos de dos horas diarias** a los juegos de **ordenador**, a **internet** y a la **televisión**.

7 **Protege tu espalda**. Siéntate bien y lleva correctamente la mochila.

8 Acuéstate temprano y procura dormir de **8 a 10 horas**.



9 Recuerda **ducharte diariamente**, **cepillarte los dientes** y **lavarte las manos** antes de comer y después de ir al servicio.



10 Cuida tu **salud** para estar **sano y fuerte**.

VIVIR
EN
SALUD

sm

