

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Visión epistemológica del diagnóstico clínico tardío del sida en el proceso de formación del residente de medicina interna

Epistemological approach on the late clinical diagnosis of AIDS in the process of training the internal medicine resident

MsC. Ventura Puente Saní,^I Dr.C. Jorge Montoya Rivera,^{II} Dra. C. María Eugenia García Céspedes^I y Lic. Pedro Oropesa Roblejo^{III}

^I Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Universidad de Oriente, Santiago de Cuba, Cuba.

^{III} Facultad de Tecnología de la Salud "Dr. Juan Manuel Páez Inchausti", Santiago de Cuba, Cuba.

"El sida hace más de 20 años que está entre nosotros, y continuará acuciándonos durante muchos decenios. La enseñanza más importante que hemos adquirido hasta ahora es que podemos marcar la diferencia: podemos prevenir nuevas infecciones, y podemos mejorar la calidad de la atención y el tratamiento para las personas que viven con el VIH."

Kofi A. Annan

RESUMEN

El diagnóstico tardío del sida y las complicaciones asociadas, constituyen un problema actual de salud que debe de ser tratado por el internista; la tendencia en los últimos años al incremento de estos casos es evidente en la provincia de Santiago de Cuba, sobre todo a nivel hospitalario. En esta investigación se abordan las limitaciones que existen en la formación del médico residente de medicina interna, quien no logra incorporar las habilidades teórico-prácticas en cuanto al conocimiento del virus de inmunodeficiencia humana/sida, la evaluación clínico-inmunológica, virológica y psicológica, y la prescripción de las pautas de tratamiento para el control y seguimiento preventivo de las infecciones oportunistas. Asimismo, se describen algunas insuficiencias en la instrucción a dicho especialista, que limitan su formación holística en el proceso salud-enfermedad de las personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana/sida.

Palabras clave: médico residente, formación médica, medicina interna, virus de inmunodeficiencia humana, sida.

ABSTRACT

The late diagnosis of AIDS and the associated complications constitute a present health problem of the current health that should be treated by the internist; the tendency in the last years to the increase of these cases is evident in Santiago de Cuba province, mainly in hospitals. In this investigation, the existing limitations in the training of the resident doctor of internal medicine are approached, who is not able to incorporate the theoretical-practical skills as for the knowledge of the human immunodeficiency

virus/aids, the clinical-immunological, virological and psychological evaluation, and the prescription of the treatment schedules for the preventive control and follow-up of the opportunist infections. Likewise, some inadequacies in the instruction to this specialist which limit their holistic training in the health-disease process of people who live with the human immunodeficiency virus/aids are described.

Key words: medicine resident, medical training, internal medicine, human immunodeficiency virus, AIDS.

INTRODUCCIÓN

Las personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)/sida, y en especial los que padecen el inicio de las manifestaciones clínicas del sida, tal vez por la forma tan inesperada del diagnóstico, sufren discriminación y estigmatización en algún momento de su vida; una realidad aterradora que a veces se pasa por alto y se relega a la sociedad y, en ocasiones, hasta al seno familiar. El miedo a ser estigmatizado y rechazado, hace que los grupos vulnerables se resistan a las pruebas serológicas de tamizaje sistemático, e induce a muchos pacientes con diagnóstico de VIH/sida a permanecer silentes y privarse totalmente de un tratamiento preventivo contra las infecciones oportunistas, una atención médica integral a nivel comunitario u hospitalario y la participación en la línea de apoyo a personas afectadas con la entidad clínica.

El estigma lleva muchas veces a la pérdida de la autoestima, causa temor y desmoralización en el seno familiar, en el ámbito laboral y en el medio social. Sobre la base de estas valoraciones negativas, las personas que suponen que viven con el VIH/sida, rehúyen el diagnóstico, por lo que en ocasiones es demasiado tarde para mejorar la calidad de vida y evitar la muerte. Tal como se conoce hoy en día, el VIH/sida no afecta a grupos específicos de la población, sino a cualquier sujeto que tenga contacto con el virus a través de relaciones sexuales desprotegidas. Existen aproximadamente 42 millones de hombres, mujeres y niños en todo el mundo que portan el virus que ocasiona el sida.

Actualmente esta infección constituye un serio problema sanitario, debido a la forma en que se produce la transmisión en los grupos vulnerables. Así, la epidemia ha sido considerada desde una dimensión social, económica y política, pero no con una cosmovisión pedagógica en la formación docente de posgrado; sin embargo, aún quedan algunas brechas epistemológicas en el papel del ser humano respecto a su debilidad de adquirir la infección, que pudieran resumirse en un proceso dinámico-preventivo-asistencial, en el cual se involucran diferentes factores sociales, ambientales, culturales y espirituales, relacionados con el hombre.¹

El diagnóstico temprano de la infección por VIH/sida se realiza a través de la vigilancia epidemiológica, o sea, la pesquisa activa tanto en la atención primaria de salud como en la secundaria, de posibles casos infectados en grupos vulnerables o de estudio, por ejemplo: los espontáneos, captados, contactos de personas con VIH, individuos con infecciones de transmisión sexual (ITS), donantes de sangre, pacientes ingresados, reclusos, así como las embarazadas y su pareja, los afectados por tuberculosis, nefropatías, entre otros. Si se tiene en cuenta la percepción de riesgo en una persona con cualquier manifestación clínica que haga sospechar sobre la existencia de la enfermedad, no se puede olvidar la vigilancia clinicoepidemiológica continua, que a veces se obvia, mas permite diagnosticar, en fases tempranas, a aquellos individuos portadores del virus.

Cuando el funcionamiento de la vigilancia clínica es afectado, se observan en las salas de Medicina Interna, y de otras especialidades clínicas, pacientes asintomáticos o con algún signo clínico que puede indicar la presencia de la enfermedad (por ejemplo: un síndrome adénico en un adolescente o en un adulto joven; el diagnóstico de alrededor de 8 afectados en los acontecimientos epidemiológicos de dengue a través de la prueba rápida reactiva al VIH, por lo que se impone efectuar el diagnóstico diferencial con esta entidad), o casos con características clínicas muy similares a las de un enfermo portador del VIH/sida, con un cuadro de deterioro clínico e inmunológico importante, así como la concomitancia de algunas de las enfermedades llamadas oportunistas, que suelen presentarse en pacientes diagnosticados en estadios avanzados, que si no son tratados, en corto tiempo pueden fallecer.

Tal fenómeno es conocido como inicio clínico del sida y consiste en la identificación de enfermedades oportunistas definitorias, como la candidiasis traqueal, la candidiasis esofágica, el sarcoma de Kaposi, los linfomas, la tuberculosis pulmonar, la neumonía por *Pneumocystis jirovecii*, la toxoplasmosis cerebral, el síndrome consuntivo, entre otras; o de linfocitos CD4+ menores de 200 células/mm³ en aquellos pacientes en quienes hubiese transcurrido menos de un año entre la confirmación de positividad de VIH en la serología y su clasificación como "caso sida"; también se les ha definido como pacientes en los que transcurren más de 6 meses entre su primera prueba del VIH y la necesidad de ser tratados, o sencillamente aquellos que nada más de ser diagnosticados deben recibir tratamiento antirretroviral de inmediato.

Con referencia a lo anterior, resulta preciso señalar que una vez que el paciente es diagnosticado en los inicios de las manifestaciones clínicas de sida, ha pasado todas las fases de la enfermedad de forma oculta o asintomática. De ahí que existan las siguientes fases clínicas de la infección-enfermedad por VIH/sida: aguda (infección aguda o latencia clínica), crónica (infección asintomática) y final (enfermedad avanzada y sida),² cada una con su cuadro clínico particular. En todas las fases se puede transmitir el virus, de no utilizarse protección.

Existen pautas para el seguimiento de las personas diagnosticadas con VIH/sida, que se presentan en un algoritmo general, fundamentalmente para los médicos de familia, internistas, pediatras, dermatólogos y todos los médicos que brindan asistencia médica, teniendo en cuenta el modo de actuación en la región de Santiago de Cuba, que debe ser organizado y con la pretensión de no vulnerar a la persona que se encuentra en esta situación, sino de brindar un seguimiento integral en la atención primaria de salud y los hospitales (figura 1).³

A través de los programas provincial y nacional de pesquisa, y la red nacional de laboratorios, se realizan pruebas para la detección de anticuerpos contra el VIH, con la aprobación del individuo, el cual puede pertenecer a los grupos de estudio o vulnerables (mencionados anteriormente) o no.

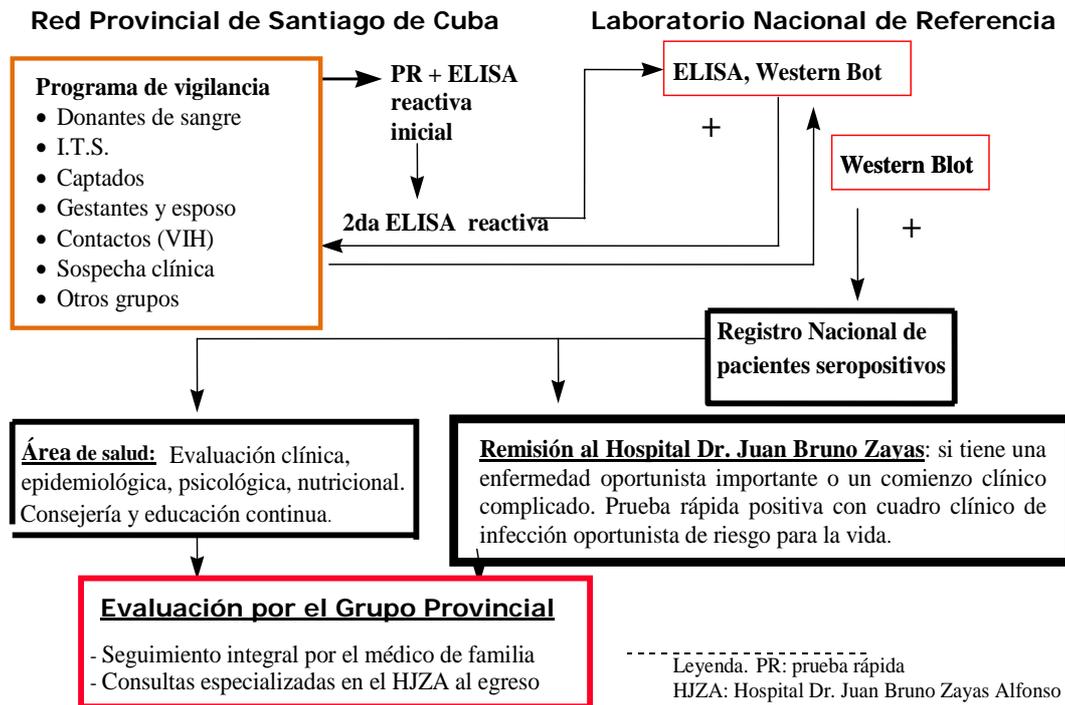


Fig. 1. Sistema de diagnóstico y atención a pacientes con VIH en Santiago de Cuba

Las muestras de sangre que den positivo por medio de pruebas rápidas, deben ser obligatoriamente confirmadas a través de la prueba convencional de ELISA (ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas) en los laboratorios provinciales (Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Laboratorio Provincial de Higiene y Epidemiología, entre otros), que de resultar reactiva por segunda vez, es enviada al Laboratorio de Investigaciones del SIDA (LISIDA), donde se comprueba nuevamente la muestra y se confirma el resultado anterior a través de la prueba confirmatoria de *Western blot* o inmunotransferencia -- técnica analítica usada para detectar proteínas específicas del VIH en una muestra determinada --, que es la más usada entre los estudios de biología molecular para la detección del VIH-1 o el VIH-2; si el resultado es positivo, se solicita una segunda muestra de sangre a la ciudad de referencia del paciente, para verificar el diagnóstico y realizar un dictamen de laboratorio final, así como el estudio a través de una encuesta epidemiológica para la búsqueda activa de posibles contactos infectados.

Existen otros exámenes de laboratorios muy especializados y costosos, que se realizan teniendo en cuenta criterios especializados y no son de indicación frecuente, a saber:

- El sistema ELISA DAVIH-Ag P24 para los estudios de la infección por VIH/sida (Izquierdo M, Silva E, Lobaina L, Díaz H, Rolo F. Utilidad del sistema ELISA DAVIH- Ag P24 en los estudios de la infección por VIH/SIDA en Cuba. Laboratorio de Investigaciones del SIDA, La Habana).
- Reacción en cadena de la polimerasa o el PCR para VIH-1 y VIH-2: muy importante para diferenciar las infecciones VIH-1 / VIH-2, en el diagnóstico de la transmisión perinatal, detectar personas infectadas pero seronegativas (en período de ventana), determinar la carga viral (cuantificación de VIH-1 que se encuentra en el plasma o cuantificación del ácido ribonucleico vírico que existe en una muestra de sangre); es

utilizado también como marcador pronóstico de la progresión clínica, en el seguimiento de la terapéutica antiviral (estudios de resistencia), en la evaluación de los que pueden recibir vacunas, en la infectividad de los hemoderivados y la caracterización de genotipos o subtipos.

- Aislamiento viral.
- Ensayo de movilidad del heteroduplex: es un estudio de caracterización molecular, que es utilizado en el Laboratorio de Biología Molecular del Laboratorio Nacional de Referencia, para mantener la vigilancia epidemiológica a nivel molecular sobre la circulación de las diferentes variantes virales del VIH-1 en el país (Blanco de Armas M. Importancia de las técnicas de biología molecular en el estudio de los retrovirus. Laboratorio de Biología Molecular LISIDA, La Habana).

Una vez corroborada, finalmente, la positividad del virus en un individuo, a través de las autoridades sanitarias competentes, y bajo estrictas condiciones de confidencialidad y respeto que se deben vigilar, rescatar y mantener: un equipo de especialistas entrenados y con una formación holística del proceso salud-enfermedad (epidemiólogos, enfermeras, psicólogos, médicos de familia, entre otros); se localiza a esa persona para informarle su seropositividad, ofrecerle solidaridad, ayuda incondicional e información necesaria, y además orientarle sobre la atención integral en la asistencia primaria de salud y su interrelación con el sistema en el nivel secundario.

Resulta preciso señalar que a todo paciente cuya prueba de tamizaje rápida sea reactiva, con presunta infección oportunista y/o deterioro biológico, se le debe sugerir el ingreso de inmediato y la valoración por un especialista en Medicina Interna, para tomar las medidas necesarias desde los puntos de vista terapéutico, psicológico y nutricional.

El no descubrimiento a tiempo de la enfermedad y el comienzo de las manifestaciones clínicas del sida, no solo tienen un impacto negativo sobre el paciente, la familia y la comunidad, al no estar incorporado al sistema de atención integral a personas que viven con VIH/sida y privarse de un tratamiento adecuado y, con ello, el mejoramiento de su calidad de vida y el derecho a la atención biopsicosocial que brinda el Sistema de Salud cubano; sino también sobre el resto de la comunidad, pues al desconocer la condición de seropositividad es más probable que se continúe transmitiendo el virus a otras personas.

En teoría, se han planteado como causales los factores asociados a las cepas virales, que puedan hacerlas más invasivas, o los factores asociados al huésped, que modifiquen su respuesta inmunológica. De igual manera, las deficiencias en el programa de control y detección de casos nuevos podrían estar involucradas en su génesis, en la preparación del personal médico con muy baja percepción del diagnóstico, o en las limitaciones presentes en la formación académica de pregrado y posgrado para el control, el diagnóstico y la atención integral de esta enfermedad.

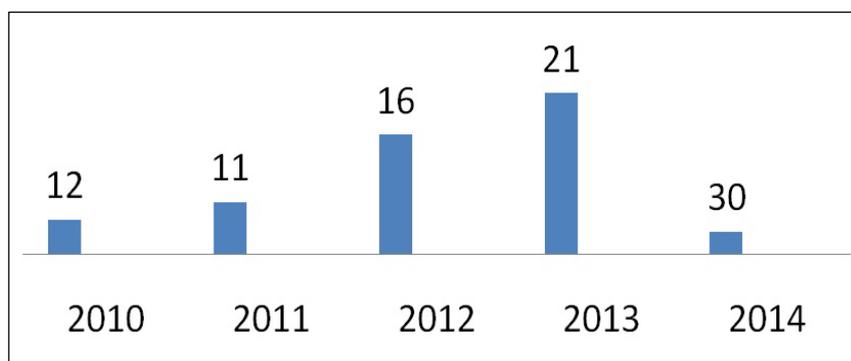
Cuba a 25 años de epidemia no está ajena de esta situación mundial, aún se mantiene una baja tasa de crecimiento del VIH, con una prevalencia en adultos por debajo de 0,1 %, por lo que se define como una epidemia concentrada de crecimiento lento.⁴ Le corresponde, además, a las autoridades sanitarias de las ciencias médicas un papel importante en la atención integral y en la formación de los estudiantes y futuros especialistas en la atención integral a estos pacientes.

Se han incrementado los casos con diagnóstico tardío de sida, según estudios realizados en la capital cubana, con lo que se ha demostrado que en el nivel primario de atención subsisten dificultades en el trabajo de prevención del VIH, fundamentalmente en la

vigilancia epidemiológica, en la que no es suficiente la pesquisa activa a los grupos vulnerables, donde el mayor porcentaje del inicio clínico se encuentra en los hombres que tienen sexo con otros hombres, que son diagnosticados durante su ingreso hospitalario con alguna enfermedad marcador de sida.⁵

Al respecto, en Santiago de Cuba existe este fenómeno. En la figura 2 se muestra la tendencia en los últimos años al incremento del comienzo clínico, sobre todo a nivel hospitalario, lo cual constituye un problema de salud que se debe tener en cuenta en la formación de los internistas, quienes una vez culminado el período de especialización, ocuparán un importante papel en los grupos básicos de salud de la atención primaria de salud.

Esta forma de presentación de la enfermedad se ha convertido en un fenómeno particular en la epidemia de VIH/sida y constituye una compleja área de estudio. El ritmo de diagnóstico de estos casos ha aumentado en todo el mundo, y Cuba se enmarca en esta situación sanitaria.^{6,7} Aunque tal realidad ha sido referida por varios servicios de salud internacionales,^{8,9} los factores asociados han sido poco estudiados, y en este país ya se han dado los primeros pasos en su determinación y comprensión.¹⁰



Fuente: historias clínicas - Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso"

Fig. 2. Inicio de las manifestaciones clínicas del sida en pacientes de Santiago de Cuba

Después de la aplicación de un análisis fáctico en los escenarios docentes de la atención secundaria de salud, como particularidad objetiva en este trabajo se abordaron las limitaciones que existen en la formación del residente de medicina interna, quien no logra incorporar las habilidades teórico-prácticas en cuanto al conocimiento del comienzo clínico por VIH/sida y la atención integral a los pacientes con sida, debido a la centralización de la atención clínica a aquellos afectados que presentan infecciones oportunistas u otras causas, en servicios habilitados para estos fines; asimismo, tampoco logran precisar los contenidos fundamentales y esenciales integrados en conocimientos, habilidades y elementos prácticos que, articulados con el desarrollo de sus competencias y capacidades humanas, sociales y profesionales, debieron concretarse en los componentes de formación y núcleos de los contenidos de los programas académicos de la carrera de medicina, en especial en el sexto semestre. Por tanto, se evidenciaron limitaciones en la percepción del diagnóstico precoz y la evaluación clínico-inmunológica, virológica y psicológica de los pacientes con inicio de las manifestaciones clínicas de sida y los afectados con diagnóstico de sida, así como sesgos en la aplicación de las pautas terapéuticas altamente efectivas para adultos y adolescentes, e insuficiencias en el

control y seguimiento preventivo-terapéutico de estos enfermos con infecciones oportunistas.

Sobre la base de los planteamientos anteriores, existen limitaciones epistemológicas y praxiológicas que se expresan en el conocimiento, la definición y la exégesis en la formación de posgrado en Medicina Interna, respecto a la atención médica integral de las personas que viven con VIH/sida, lo que limita al residente de esta especialidad en su formación holística y epistemológica sobre el proceso salud-enfermedad de estos pacientes.

La formación de los residentes de medicina interna es un proceso primordial para el desarrollo de la atención sanitaria de una comunidad o región, es por eso que se debe fortalecer la educación de estos médicos, con vistas a elevar su integralidad una vez que culmine su especialización, dado que el principal objetivo en la formación docente y asistencial en medicina interna, ha sido conseguir y mantener la capacidad de diagnosticar la existencia de una o varias enfermedades (pluripatologías) en el paciente, así como establecer su pronóstico, tratamiento y prevención, no solo en cuanto a las enfermedades infecciosas como el VIH/sida, sino a todas aquellas entidades emergentes y reemergentes que pueden presentarse en cualquier territorio o país donde se acuda a prestar servicios médicos.¹¹

La duración de la residencia de medicina interna actualmente es de 3 años, por lo que el residente debe enfrentarse, de forma individual, a una asistencia médica integral en cualquier lugar donde esté y ante cualquier tipo de enfermedad, incluyendo al VIH/sida como uno de los problemas sanitarios de mayor importancia hoy día; por lo que no dejará de tener ante sí el dilema profesional y ético de dar la mejor asistencia con la calidad necesaria. A juicio de los autores de este artículo, el plan de estudio de la especialidad como programa de formación, limita en algunos temas tan especiales el desarrollo del futuro internista, y se considera que un programa de estudio "comprimido", con el fin de reducir el tiempo de formación mediante la eliminación de contenidos (sobre todo donde prima la práctica médica) que luego se desconocen, no eximirá al médico de la responsabilidad de no saber qué hacer ante un paciente que presente determinado cuadro clínico.

En los colegios de medicina interna se deben replantear tanto la epistemología de la práctica clínica como los supuestos pedagógicos sobre los que se asientan los planes de estudio del residente, a la vez que se deben favorecer algunos cambios según las condiciones existentes en cada región e institución sanitaria, de modo que den cabida a la formación profesional como un elemento clave en la preparación de los futuros internistas.

Así, hay que considerar como un proceso complejo a la formación del médico residente de medicina interna en temas relacionados con el VIH/sida, que se ha tratado desde la psicología y la sociología; además, la enfermedad solo se ha reflejado como un tema de estudio individual en el programa de estudio del tercer año de especialización en Medicina Interna (Programa Especialización de Medicina Interna. Tema: 12.9. Sida. Manifestaciones Clínicas. Clasificación. Epidemiología. Distribución Geográfica. Vías de Transmisión. Enfermedades oportunistas mayores y menores. Conducta a seguir. Terapéutica. Neoplasias asociadas al VIH. Resistencia viral.). Este tema dista mucho de ser analizado en cuanto a formación académica en el posgrado. No obstante, las diversas perspectivas con que muchos autores¹²⁻²² se han acercado al proceso, solo ha sido una descripción del problema de salud y sus complicaciones clínicas, pero no se ha abordado aún en lo fundamental, lo pedagógico y la posible integración entre los

contextos asistencial, educativo y preventivo, que interactúan en el proceso de enseñanza-aprendizaje del residente, y que constituye una de las causas epistemológicas por las que se continúan observando dificultades en el desempeño del profesional de la medicina en este proceso, al culminar sus estudios de posgrado.

Durante el discurrir de esta formación, el proceso asistencial preventivo debe poseer una gran importancia y evidenciar las insuficiencias que en este sentido se manifiestan en el marco de la especialidad, por lo que la función básica de los docentes estará dirigida, por consiguiente, a fortalecer la capacidad de comprensión teórico-práctica de los residentes sobre aquellas enfermedades como el VIH/sida. Esto tiene significación social, biológica y espiritual, lo que representa desarrollar métodos, estrategias y procedimientos educativos que se adapten a las exigencias de la formación del futuro especialista, a fin de que satisfaga las necesidades de la sociedad; por lo que se requiere de nuevos enfoques y esfuerzos científicos, desde diferentes investigaciones teóricas en pedagogía para determinar una preparación médica integral más efectiva y eficiente, en aras de lograr una mayor sensibilidad y motivación hacia la profesión, hasta la explotación de sus potencialidades y cualidades en la adquisición de los objetivos de su actuación profesional, a partir del fortalecimiento de una postura humanista, de manera que debe considerarse la necesidad de una formación profesional que abarque su actuación desde lo proyectivo y lo prospectivo.

Existen países en los que sus médicos residentes de medicina interna defienden los temas relacionados con las enfermedades infecciosas en su territorio de competencia profesional, pues no están incluidos en su formación.²³ El internista debe ser un especialista altamente entrenado en la atención a pacientes con pluripatologías y sobre la "complejidad clínica" del adulto, y no debe ser sustituido por otros especialistas de medicina general, porque en ocasiones podría ser perjudicado el paciente.²⁴

Por otra parte, la epidemia del VIH/sida y el comienzo clínico del sida como complicación de la infección vírica, constituyen hoy un "arma mortal y silenciosa" para el mundo entero, que ha presentado diversos patrones de diseminación, según el área geográfica y el período. En Cuba dicha epidemia, según el punto de vista de los autores del presente trabajo, está en riesgo de pasar de bajo nivel de crecimiento a concentrado, por la transmisión en hombres que tienen sexo con otros hombres. El contagio ocurre en personas de cualquier sexo, edad y raza, cualesquiera que sean los factores sociales o culturales; entre los elementos agravantes, la pobreza unida a las influencias del mundo más desarrollado, hace de esta enfermedad una amenaza real y un problema de todos, donde la responsabilidad social está dada por la educación.

El VIH/sida es una enfermedad crónica que somete a la persona enferma y a su grupo familiar a un constante cuestionamiento que implica tomar decisiones, que no solo abarcan el tratamiento médico en sí, sino también la relación con el ámbito social, espiritual y los estilos de vida. La educación y la atención médica de una persona diagnosticada con inicio clínico de sida, deben comenzar en el hospital y continuar en el hogar, donde algún miembro de la familia toma el rol de tutor (padre o madre); por ello debe estar preparado para satisfacer tanto las necesidades de cuidado físico como las psicológicas y espirituales.

Uno de los problemas que perjudican la sociedad cubana y que involucran directamente a la educación, tanto para la población afectada como para los que se dedican a la atención médica de estos pacientes, es la existencia y propagación del VIH/sida. En esta época llamada la "era del SIDA", el sistema educativo no puede seguir ajeno al problema y es necesario que en la sociedad se asuma este hecho como de importancia vital.²⁵

Resulta primordial educarse en el tema. "Tanto los profesionales de la salud, como el paciente y la sociedad en general deben informarse, porque la educación es nuestra mejor herramienta."²⁶

Es mejor prevenir que lamentar, y si se logra prevenir la infección por medio de la instrucción de cuáles son los mecanismos por los que se puede minimizar la transmisión del virus del sida desde unos hacia otros, se conseguirá combatir la enfermedad de la manera más fácil, barata y eficiente que se conoce. La educación holista en el proceso de formación del internista, proporcionará esas herramientas para el tratamiento preventivo-asistencial de los afectados con VIH/sida o de los que presentan el inicio de las manifestaciones clínicas del sida, pues es importante tener en cuenta el estado de conciencia en la formación profesional de los médicos residentes, con una visión integral de la vida, con una actitud compasiva y una apertura incluyente a la diversidad, al reconocimiento del amor universal, como realidad educativa fundamental, que enriquezca y nutra la vida de aquellos que buscan no solo la educación cuando son diagnosticados, sino también una atención médica con rostro humano, que vaya más allá del entrenamiento de la racionalidad instrumental.^{27,28}

CONCLUSIONES

Finalmente, en la residencia de medicina interna o de cualquier otra especialidad clínica, el médico en vía de especialización debe tener una imagen lógica, coherente y global de las posibles complicaciones y de la evolución clínica que pueden presentar los afectados con una enfermedad infecciosa (VIH/sida, lepra, tuberculosis, ébola, cólera, por citar algunos ejemplos), que les permita conocer la profundidad de su situación de salud desde una dimensión cognitiva, sociocultural, emocional, estética y espiritual, porque estas son la base de inteligencia, sabiduría, amor incondicional, tolerancia, aceptación, no discriminación. Por ello, la espiritualidad del médico frente a su paciente es el corazón de la educación holista, que lleva al especialista a establecer una relación de amor con sus pacientes y a considerar el amor como la realidad educativa más importante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gala A, Berdasquera D, Pérez J, Pinto J, Suárez J, Joanes J, et al. Dinámica de adquisición del VIH en su dimensión social, ambiental y cultural. *Rev Cubana Med Trop.* 2007 [citado 11 Mar 2011]; 59(2).
2. Sanz J, Val de Santos FJ, De los Santos I. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). En: *Cliniguía: actualización de diagnóstico y terapéutica.* Madrid: EviScience; 2012. p. 636-8.
3. Cuba, Ministerio De Salud Pública. Plan Estratégico Nacional. ITS/VIH/SIDA. Cuba. 2001-2006 [citado 11 Mar 2011]. Disponible
4. Aragonés López Carlos, Campos Díaz Jorge Raúl, Sánchez Valdés Lizet, Pérez Ávila Lorenzo Jorge. Grupos de Prevención del SIDA (GPSIDA): 15 años de trabajo sostenido en la prevención del VIH/sida. *Rev Cubana Med Trop.* 2007 [citado 11 Mar 2011]; 59(3).
5. Bolaños Gutiérrez MR, Rojo Pérez N. Prevención y diagnóstico tardío de SIDA en Ciudad de La Habana, 1986-2007. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2008 [citado 2 Jul 2014]; 25(2).

6. Teira Cobo R, Suárez Lozano I, Santamaría Jáuregui JM, Terrón Pernía A, Domingo Pedrol P, González García J, et al. Diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en la Cohorte VACH (1997-2002). *Gac Sanit.* 2007 [citado 3 Mar 2013]; 21(1): 66-69.
7. Cardoso García D, Escobar Carmona E, Machado Hernández M. Debut sida en el municipio Sancti Spiritus. 2000 – 2011. *Gaceta Médica Espirituana.* 2012 [citado 5 Dic 2013]; 14(Supl 1).
8. Corinaldessi GP. Debut clínico o asintomático de VIH-SIDA en la era HAART. Rosario: Universidad Abierta Interamericana; 2008. p. 43 [citado 2 Mar 2013].
9. Viñas Martínez AL, Oliva Venereo DC, Noda Ortega L, del Río López N, Cáceres Rodríguez D, Herrera Wainshtok AC. Características clínico epidemiológicas de las personas con VIH/SIDA en el municipio Arroyo Naranjo. 1988- 2008. *Rev Haban Cienc Méd.* 2012 [citado 2 Mar 2013]; 11(1): 112-119.
10. Oropesa González L, Sánchez Valdez L, Berdasquera Corcho D, Gala González Á, Pérez Ávila JL, Isela Lantero M. Debut clínico de SIDA en Cuba. *Rev Cubana Med Trop.* 2007 [citado 2 Mar 2013]; 59(2).
11. Rozman C. La práctica médica en el siglo XXI. En: Farreras R, Rozman C. *Medicina Interna.* 14 ed. Madrid: Harcourt; 2000.
12. Alonso Chil O, del Pozo Jérez H, Batule Batule M, Taquechel Tusiente N, Hernández Beguiristain JD, Curbelo Serrano V, et al. Plan De Estudios De La Especialidad En Medicina Interna. La Habana: MINSAP; 2001 [citado 2 Mar 2013].
13. González Núñez I, Díaz Jidy M. Transmisión Vertical del VIH/SIDA. En: Pérez Ávila J, Pérez Correa D, Millán Marcelo JC, Orta Gutiérrez M. *Pautas cubanas para el tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH/SIDA.* La Habana: MINSAP; 2004. p. 47-64.
14. González Núñez I. Sida en el niño por transmisión vertical en Cuba. La Habana: Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí"; 2005 [citado 2 Mar 2013].
15. Lamotte Castillo JA. Infección-enfermedad por VIH/SIDA. *MEDISAN.* 2004 [citado 2 Mar 2013]; 8(4).
16. Lamotte Castillo JA. Caracterización de los pacientes en fase sida con infecciones del sistema nervioso central. *MEDISAN.* 2014 [citado 8 Jul 2014]; 18(4): 469-75.
17. Lamotte Castillo JA. Diagnóstico rápido de la infección por VIH/sida. *MEDISAN.* 2014 [citado 8 Jul 2014]; 18(3): 292-394.
18. Puente Saní V, Oropesa Roblejo P, García Amelo IM, Lamotte Castillo JA. Hipertensión arterial, toxoplasmosis cerebral, microsporidiasis y SIDA. *MEDISAN.* 2006 [citado 8 Jul 2014]; 10(1).
19. Puente Saní V, García Amelo IM, Oropesa Roblejo P, Caballero Artilles RA. Dengue hemorrágico en un paciente con VIH/SIDA. Primer caso informado en Santiago de Cuba. *MEDISAN.* 2008 [citado 8 Jul 2014]; 12(1).

20. Román Montoya AC, Núñez Borrón AI, Lara Lafargue A, Morales Larramendi R, Puente Saní V, Vaillant Suárez G, et al. Comparación bioeléctrica y de composición corporal en portadores y casos con sida. MEDISAN. 2007 [citado 8 Jul 2014]; 11(3).
21. Arias Deroncerés IJ, Puente Saní V, Lamotte Castillo JA, Ojeda Sánchez L. Tuberculosis vertebral (mal de Pott) e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. MEDISAN. 2011 [citado 30 Jun 2014]; 15(12): 1791-7.
22. Lozano Salazar JL, Plasencia Asorey C, Costa Montané DM, Puente Saní V. Coinfección por tuberculosis y virus de la inmunodeficiencia humana: confluencia de dos epidemias. MEDISAN. 2012 [citado 30 Jun 2014]; 16(9): 1438-50.
23. Vilardell M. Residentes internistas defienden Infecciosas como parte de su mapa de competencias. Sanitaria 2000. 2011 [citado 30 Jun 2014]; (3).
24. Sánchez P. La Medicina interna: retos y oportunidades al inicio de un nuevo siglo. Rev Méd Chile. 2003; 131(6): 679-84.
25. Zavala M, Ramos MG. Prevención VIH-SIDA y valores vitales. Revista Ciencias de la Educación. 2004 [citado 30 Jun 2014]; 1(23): 205-22.
26. Piñero MA. Sida ha abierto el paso a dos revoluciones. IVIC. 2014 [citado 30 Jun 2014]; (121).
27. Torres Lares MS. Ramón Gallegos y la Educación Holista [citado 30 Jun 2014].
28. Priego Justo E. Ramón Gallegos Nava, creador de la Educación Holista [citado 30 Jun 2014].

Recibido: 12 de septiembre de 2014.

Aprobado: 2 de octubre de 2014.

Ventura Puente Saní. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: ventura@hospclin.scu.sld.cu