

71227  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO 54

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO 2g.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C. M. "LA RAZA"  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

T E S I S

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

P R E S E N T A :

DR. CUAUHEMOC MATADAMAS ZARATE

TITULO: ESTADO DE INFORMACION SOBRE INFECCION POR VIH Y SIDA, EN UN GRUPO DE MEDICOS RESIDENTES.

1991



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

TITULO .....	1
I.- INTRODUCCION .....	2
II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	5
III.- OBJETIVO .....	6
IV.- HIPOTESIS DE NULIDAD .....	7
V.- HIPOTESIS ALTERNA .....	7
VI.- MATERIAL Y METODOS .....	8
VII.- RESULTADOS .....	9
VIII.- DISCUSION Y CONCLUSIONES .....	14
IX.- BIBLIOGRAFIA .....	16
X.- APENDICE .....	19

## I.- INTRODUCCION:

Durante el verano de 1981, el doctor A. Gottlieb, de los Centros de Control de Enfermedades de Estados Unidos de América(CDC), dió la señal de alerta respecto a una nueva enfermedad capaz de aniquilar el mecanismo de defensa de individuos homosexuales previamente sanos, y de iniciar el desarrollo de infecciones secundarias y cáncer, que los llevaban a la muerte; en junio de 1981 se publicaron los primeros cinco casos, de una enfermedad infecciosa poco común(Neumonía por *Pneumocystis carinii*) en hombres homosexuales previamente sanos; todos ellos habían iniciado su padecimiento en 1980. Esta nueva enfermedad dadas sus características clínicas, recibió el nombre de SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA(SIDA). En una década, el SIDA se convirtió en epidemia, y posteriormente en pandemia, así como en un tema de estudio clínico a nivel mundial, no sólo en los países industrializados, sino también en aquellos en proceso de desarrollo, y su naturaleza modificó por igual la conciencia de grupos progresistas y liberales, conservadores y religiosos. Durante este mismo lapso, la búsqueda de una vacuna efectiva y una droga que lo cure, ha representado un reto para la investigación científica en diferentes centros a nivel mundial.

Es interesante la historia de la enfermedad, porque no se sabe exactamente cuál es el origen geográfico del virus, ni el momento en que se convirtió en un agente patógeno para el hombre; los primeros casos ocurrieron seguramente hace ya algunas décadas, y es probable que los médicos que veían entonces un caso de SIDA quedaran asombrados ante la gravedad y las características del cuadro y al tratarse de casos aislados, no encontraban relación alguna con otros padecimientos y mucho menos sospechaban estar frente a una nueva enfermedad.

El SIDA es un problema grave de Salud Pública, por la rapidez de diseminación del virus que lo causa; porque hasta ahora, es inevitablemente mortal; porque afecta de manera directa al sistema inmunológico; porque una de sus tres vías de transmisión, la más importante en relación con el número de casos, es el-

contacto sexual; porque requiere de medidas públicas de prevención, ya que no se prevé en lo inmediato, el descubrimiento de una droge efectiva o de una vacuna que pueda prevenirlo; porque su combate requiere y requerirá de cuantiosos recursos económicos; porque su ocurrencia específica en personas tiene serias repercusiones sociales de segregación y estigmatización.

Los primeros casos de SIDA en nuestro país datan de 1983, en estos casos el contagio había ocurrido en el extranjero. Hasta septiembre de 1990, según reportes de CONASIDA, el número de casos reportados en México era de 5113, sin embargo la cifra es mayor dado el retraso en la información, siendo aproximadamente de 9459 casos, y si se toma en cuenta que existe subregistro, ya que no todos los casos se reportan, se menciona como cifra real de casos de SIDA el de 11918, para el mes mencionado; con estas cifras el país ocupa el tercer lugar continental en casos de SIDA.

La información acerca de este problema, a los médicos les llega de fuentes variadas, desde publicaciones científicas nacionales y extranjeras de indudable prestigio, pasando por información periodística en prensa, radio y televisión amarillista y tendenciosa la más de las veces, hasta la comunicación personal no siempre cierta, lo que ocasiona una gran desinformación y sobre todo deficiente conocimiento médico de la enfermedad. Por otra parte la información no se hace de manera formal en las escuelas de Medicina, y en las Instituciones Médicas no está estructurado un curso especialmente diseñado para especialistas en SIDA. De la amplísima cantidad de literatura médica sobre el SIDA, solo existe un trabajo previo en nuestro medio, con la característica de evaluar a Médicos Residentes en adiestramiento clínico, estudio realizado en le Instituto Nacional de la Nutrición, solo que enfocado principalmente sobre aspectos éticos de la enfermedad; a diferencia del presente trabajo que pone énfasis en el grado de conocimiento e información sobre aspectos clínicos de la infección por VIH y SIDA, en médicos en adiestramiento clínico;-- con la salvedad que no existe un standart de oro, para la enfermedad y por lo tanto la selección de participantes y la realización del cuestionario se rea-

lizó de manera arbitraria.

Por todo ésto y dado que la atención del paciente con SIDA representa un reto por lo complejo de la enfermedad y las complicaciones graves que desarrolla, se requiere que los médicos y el personal de salud en general tengan conocimiento adecuado y suficiente de ésta patología, ya que con el tiempo, el SIDA-como se menciona en una obra reciente sobre el tema-puede llegar a ser tan común en nuestro país como el absceso hepático o la tuberculosis.

## II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Dada la propagación de la epidemia de SIDA, en nuestro país, con multiplicación de los casos diagnósticos y reportados, además de los casos no conocidos; y puesto que el médico Internista, está en contacto directo con pacientes con SIDA, además de ser interconsultante para varios servicios en casos problema y que eventualmente se diagnosticará SIDA; nos interesa conocer que tanto saben los residentes de la especialidad de Medicina Interna, acerca de ésta patología.

**III.- OBJETIVO :**

Evaluar el estado de información y grado de conocimiento, sobre la infección por le virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y sobre el llamado Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (SIDA); en un grupo de médicos residentes de la especialidad de Medicina Interna, en entrenamiento clínico; y comparar las diferencias en el conocimiento de acuerdo al año de especialización y de acuerdo al tipo de conocimiento: Básico, Intermedio y Avanzado.



**IV.- HIPOTESIS DE NULIDAD:**

El conocimiento e información que tienen los residentes de Medicina Interna, en relación a la infección por VIH y SIDA, NO es adecuada ni es suficiente, con fallas en su preparación.

**V.- HIPOTESIS ALTERNA:**

El conocimiento e información que tienen los residentes de Medicina Interna, en relación a la infección por VIH y SIDA, SI es adecuado y tienen un nivel aceptable de preparación.

## VI.- MATERIAL Y METODOS:

1.- POBLACION:- Participarón 50 médicos residentes de la especialidad de Medicina Interna, en entrenamiento clínico, adscritos al Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza", del Instituto Mexicano del Seguro Social; todos ellos convencidos y de acuerdo en la realización del estudio.

Se dividieron en dos grupos, de acuerdo al año de especialización; el GRUPO A con 30 residentes de Segundo Año; y el GRUPO B con 20 residentes de Tercer Año de la especialidad. Todos los encuestados han tenido contacto directo con pacientes con SIDA y han colaborado en su manejo.

2.- CUESTIONARIO:- El cuestionario se diseñó de manera arbitraria por los autores, abarcando la mayor cantidad de aspectos clínicos posibles en relación a SIDA, desde etiología, patogenia, infectividad, cuadro clínico, diagnóstico, tratamiento y prevención. El cuestionario está integrado por 45 reactivos del tipo de opción múltiple, con cinco posibles respuestas y una sola respuesta correcta. Las preguntas se dividieron en tres grupos de 15 reactivos cada grupo, para evaluar tres tipos de conocimiento: BASICO, INTERMEDIO, AVANZADO. El tiempo promedio para contestar el cuestionario fue de 30 minutos; consideramos que aumentar el número de reactivos, aumentaría el tiempo de respuesta y disminuiría la confiabilidad. Todos los médicos encuestados están familiarizados con el tipo de preguntas con opción múltiple, como las presentadas en este trabajo. En el apéndice, se presenta el cuestionario realizado.

3.- METODO ESTADISTICO:- El método utilizado fue el de Anova.

## VII.- RESULTADOS:

Los resultados obtenidos al calificar el cuestionario, fueron :

RESULTADOS POR TIPO DE CONOCIMIENTO: Para el GRUPO A (Residentes de SEGUNDO Año), el promedio de aciertos para el conocimiento BASICO(BA), fue de 8.76; para el conocimiento INTERMEDIO(IA), fue de 5.23; y el promedio de aciertos para el conocimiento AVANZADO(AA) fue de 5.20. Para el GRUPO B (Residentes de TERCER Año), el promedio de aciertos para el conocimiento BASICO(BB), fue de 9.60; para el conocimiento INTERMEDIO(IB), fue de 6.50; y el promedio de aciertos para el conocimiento AVANZADO(AB), fue de 5.75. Estos resultados se presentan en la FIGURA NUM. 1.

RESULTADOS POR TOTAL DE REACTIVOS: El promedio total de aciertos para el GRUPO A fue de 19.0; el GRUPO B tuvo un total de aciertos de 21.85. Estos resultados se muestran en la FIGURA NUM. 2.

CALIFICACION: Deseando dar una calificación al cuestionario, según el tradicional puntaje en escala de 1 a 10; la calificación promedio del GRUPO A fue de 4.18; por el contrario la calificación promedio obtenida por el GRUPO B fue de 4.81. FIGURA NUM. 3.

EVALUACION ESTADISTICA: Se observan diferencias significativas en los resultados de Intercolumnas con  $p$  menor de 0.01 y de Interfilas, igualmente con  $p$  menor de 0.01; por el contrario en la Interacción el valor de  $p$  fue mayor de 0.05. En la TABLA NUM 1, se muestran los valores estadísticos obtenidos para los diferentes grupos y subgrupos, según grado de conocimiento y año de especialización; el mayor puntaje estadístico fue para el conocimiento BASICO del GRUPO B (valor de  $X$  de 10.6), y el menor puntaje estadístico fue para el conocimiento AVANZADO del GRUPO A (valor de  $X$  de 5.2).

FIGURA NUMERO 1.- PROMEDIO DE ACIERTOS POR TIPO DE CONOCIMIENTO.

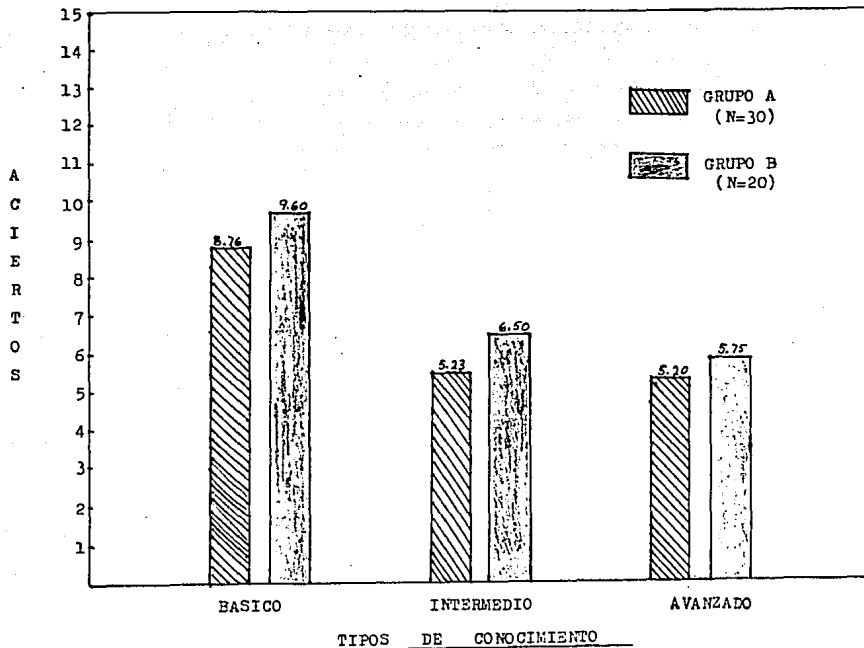


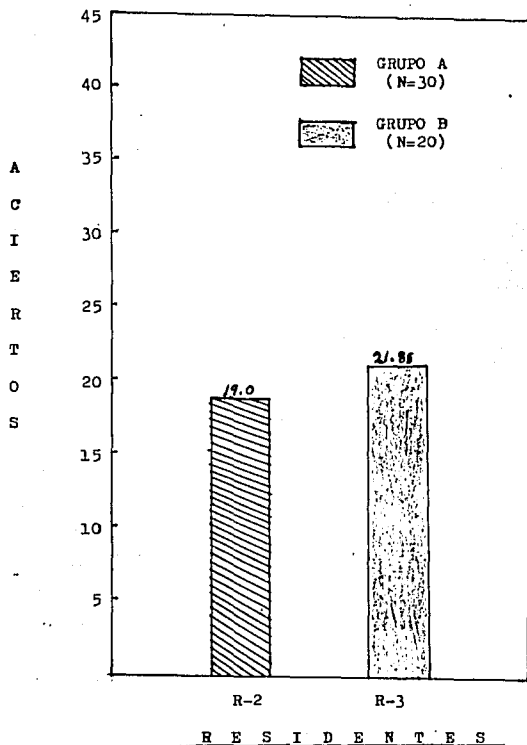
FIGURA NUMERO 2.- PROMEDIO TOTAL DE ACIERTOS.

FIGURA NUMERO 3.- PROMEDIO DE CALIFICACION  
(ESCALA DE 1 A 10).

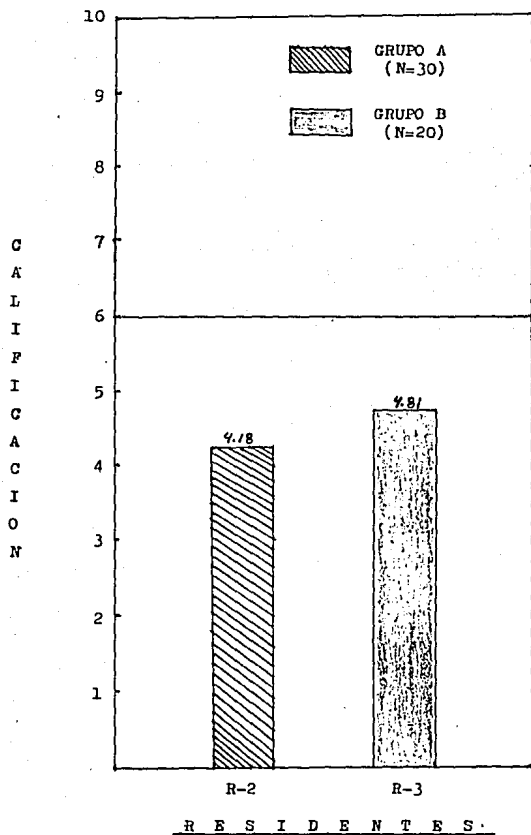


TABLA NUM 1: RESULTADOS ESTADISTICOS

X1: BASICO GRUPO B

X4: AVANZADO GRUPO B

X2: BASICO GRUPO A

X5: INTERMEDIO GRUPO A

X3: INTERMEDIO GRUPO B

X6: AVANZADO GRUPO A

	AA	IA	AB	IB	BA	BB
	X6:5.2	X5:5.23	X4:5.75	X3:6.5	X2:8.76	X1:10.6
X6 AA	----	0.03	0.55	1.30	3.56	5.40
X5 IA	----	----	0.52	1.27	3.53	5.37
X4 AB	----	----	----	0.75	3.01	4.85
X3 IB	----	----	----	----	2.26	4.10
X2 BA	----	----	----	----	----	1.84
X1 BB	----	----	----	----	----	----

## VIII.- DISCUSION Y CONCLUSIONES:

En análisis de los resultados obtenidos, observamos que la diferencia estadística significativa se presentó al confrontar resultados por Intercolumnas e Interfilas con  $p$  menor de 0.001; por el contrario en la Interacción por Grupos con valor de  $p$  mayor de 0.05. Esto indica que la diferencia de año de especialización no es determinante; por el contrario lo que hace diferencia es la profundidad y tipo de conocimiento, como factores principales; por ejemplo el mayor puntaje estadístico fue obtenido por conocimiento BASICO del Grupo B, seguido en orden decreciente por : Básico del grupo A, intermedio del Grupo B, Avanzado del Grupo B, Intermedio del Grupo A y por último el menor puntaje estadístico fue obtenido por conocimiento Avanzado del Grupo A.

Al analizar aspectos clínicos específicos de la enfermedad, observamos que el mayor número de aciertos se obtuvieron en los reactivos que evalúan conocimientos relacionados a etiología, infectividad y cuadro clínico; por el contrario el mayor porcentaje de errores y por ende evidenciando fallas en el conocimiento, se presentaron en reactivos evaluando: complicaciones, patogenia, métodos de diagnóstico, posibilidades actuales de tratamiento; en ese orden.

Evidentemente éstos resultados deben ser comparados con otros grupos médicos, de otras Instituciones y especialidades, ya que lo reportado en el presente trabajo puede ser sesgo de la especialidad o del hospital donde se realizó el estudio.

Los resultados obtenidos con éste trabajo, nos demuestran que el estado de información y el nivel de conocimientos en relación a infección por VIH y SIDA, está muy por debajo de lo deseable o del nivel de conocimiento mínimo aceptable; ésto es grave, si tomamos en cuenta, que todos los participantes en el trabajo, son médicos residentes del Segundo y Tercer año de la especialidad de Medicina Interna, especialidad que está directamente relacionada al diagnóstico y al manejo del paciente con infección por VIH y/o SIDA; esto dado por la estructura de la Medicina Institucional, ya que el médico Internista-



es el eje del trabajo médico hospitalario, y en los hospitales de Segundo Nivel funciona como especialista "totipotencial" para el área médica en el manejo de adultos, y es solicitada como interconsultante por otros servicios; por lo mencionado es imprescindible contar con conocimientos e información adecuados para solucionar en la mejor manera posible la amplia gama de problemas clínicos que se presentan en el paciente con SIDA.

Debemos analizar la manera como está llegando la información sobre el SIDA a los médicos residentes o bien analizar las fuentes de información; ya que si bien no existe un curso formal, debidamente diseñado para formar especialistas en SIDA, podríamos decir "Sidólogos"; si consideramos necesario que en el programa académico de la especialidad de Medicina Interna, se considere al SIDA, como un problema que requiere de mayor atención; otras posibilidades que pueden plantearse es la realización de cursos, talleres, sesiones, etc., teniendo al SIDA como objetivo central.

De cualquier forma, las medidas que se tomen en el futuro, aumentarán la información y conocimientos acerca de la infección por VIH y SIDA, situación que indudablemente redundará en una mejor atención para el paciente infectado permitirá realizar diagnósticos adecuados, manejo oportuno y suficiente y de requerirse, saber referirlo a los centros especializados y de concentración establecidos para esta patología.

## IX.- BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Fauci AS, Lane CH: Acquired immunodeficiency syndrome(AIDS), in Harrison's Principles of Internal Medicine, eleven edition; Mc Graw Hill 1987, chap. 257; pp: 1392-1396.
- 2.- Morrison SA, Setigber RT: Acquired immunodeficiency syndrome(AIDS), in - Hematology fourth edition; William J. Williams(ed), Mc Graw Hill, 1990, chap. 112; pp: 973-993.
- 3.- Adams RD, Victor M: Principles of Neurology, fourth edition; Mc Graw Hill, 1989.
- 4.- Zajac RA, Winn RE: The Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) in the - ICU setting, in Critical Care, first edition; Joseph M. Civetta(ed), Lippincot 1988, chap. 68, pp: 797-815.
- 5.- Hurst JW: The Heart, seventh edition; Mc Graw Hill, 1990.
- 6.- Sepúlveda Amor J . et al: Sida, ciencia y sociedad en México. Fondo de - Cultura Económica. 1989.
- 7.- CDC. Recommendations for Prevention of HIV Transmission in Health-Care Se-  
ttings. MMWR 1987; 36:3S-18S.
- 8.- CDC. Update: Human Immunodeficiency Virus Infections in Health-Care Wor-  
kers Exposed to Blood of Infected Patients. MMWR 1987; 36:19, 285-289.
- 9.- Nath A., Jankovic J, Pettigrew C: Movement disorders and AIDS. Neurology  
1987;37:37-41.
- 10.- Lynch P., et al: Rethinking the Role of Isolation Practice in the Preven-  
tion of Nosocomial Infections. Ann Intern Med. 1987;107:243-246.
- 11.- Gillon Raanan: Refusal to trat AIDS and HIV positive patients. Br Med J.  
1987;294:1332-1333.
- 12.- Gerberding JL, et al: Risk of Transmitting the Human Immunodeficiency -  
Virus, Cytomegalovirus, and Hepatitis B Virus to Health Care Workers Exposed  
to Patients with AIDS and AIDS-Related Conditions. J Infect Dis 1987;156(1):  
1-8.

- 13.- Hollander H, Levy JA.: Neurologic Abnormalities and Recovery of Human - Immunodeficiency Virus from Cerebrospinal Fluid. Ann Inter Med 1987;106:692-95.
- 14.- Rhodes R.H.: Histopathology of the Central Nervous System in the Acquired Immunodeficiency Syndrome. Human Pathology 1987;18(6):636-642.
- 15.- American College of Physicians: The Acquired Immunodeficiency Syndrome- (AIDS) and Infection with the Human Immunodeficiency Virus(HIV). Ann Inter Med 1988;108:460-469.
- 16.-Emanuel EJ.: Do Physicians have an obligation to treat patients with AIDS? N Engl J Med 1988;318:1686-1690.
- 17.- Price RW, Brew BJ.: The AIDS Dementia Complex. J Infect Dis 1988;158(5): pp:1079-1083.
- 18.- Haverkos HW, Edelman R.: The Epidemiology of Acquired Immunodeficiency-Syndrome Among heterosexuals. JAMA 1988;260(13):1922-1928.
- 19.- Marcus R. et al: Surveillance of Health Care Workers exposed to blood - from patients infected with the Human Immunodeficiency Virus. N Engl J Med - 1988;319:1118-1123.
- 20.- Potasman I. et al: Intrathecal Production of Antibodies Against Toxoplasma gondii in Patients with Toxoplasmic Encephalitis and the Acquired Immunodeficiency Syndrome(AIDS). Ann Inter Med 1988;108:49-51.
- Klein R.S., et al: Low occupational risk of Human Immunodeficiency Virus Infection among Dental Professionals. N Engl J Med 1988;318:86-90.
- 22.- Kelen G.D., et al: Unrecognized Human Immunodeficiency Virus Infection in Emergency Department Patients. N Engl J Med 1988;318:1645-50.
- 23.- Miles S.: Diagnosis and Staging of HIV Infection. AFP 1988;38(4):248-255.
- 24.- Cooke M. Sande M.: The HIV Epidemic and Training in Internal Medicine.- N Engl J Med 1989;321:1334-1337.
- 24.- Huang ET, Chou SM.: Occlusive Hypertrophic Arteritis as the Cause of Discrete Necrosis in CNS Toxoplasmosis in the Acquired Immunodeficiency Syndrome. Hum Pathol 1988;19:1210-1214.

- 25.- Grafe MR, Wiley CA.: Spinal Cord and peripheral Nerve Pathology in AIDS: the Roles of Cytomegalovirus and Human Immunodeficiency Virus. *Ann Neurol* 1989 25:561-566.
- 26.- Mc Arthur JC, et al: Identification of mononuclear cells in CSF of patients with HIV infection. *Neurology* 1989;39:66-70.
- 27.- Engstrom JW. et al: Cerebral Infarctions and Transient Neurologic Deficits Associated with Acquired Immunodeficiency Syndrome. *JAMA* 1989;86:528-531.
- 28.- Lantos PL, et al: Neuropathology of the brain in HIV infection. *Lancet* - February 1989,pp:309-311.
- 29.- Becker CH,et al: Occupational Infection with Human Immunodeficiency Virus(HIV). *Ann Intern Med* 1989;110:653-656.
- 30.- Barriga Angulo G.,et al: Diagnóstico serológico de la infección con los virus de la inmunodeficiencia humana. *Rev Med IMSS* 1989;27:113-117.
- 31.- Lee Burton J.: Attitudes. *Arch Intern Med* 1990;150:29-30.
- 32.- Somogyi AA. et al: Attitudes Toward the Care of Patients With Acquired - Immunodeficiency Syndrome. *Arch Surg* 1990;125:50-53.
- 33.- Fisch M. et al: Recombinant Human Erythropoietin for patients with AIDS treated with Zidovudine. *N Engl J Med* 1990;322:1488-1493.
- 34.- Voldberding PA. et al: Zidovudine in asymptomatic Human Immunodeficiency Virus Infection. *N Engl J Med* 1990;322:941-949.
- 35.- Lambert JS. et al: 2'3'-Dideoxyinosine(ddI) in Patients with the Acquired Immunodeficiency Syndrome or AIDS-Related Complex. *N Engl J Med* 1990;322: pp:1333-1340.
- 36.- Coplan NL, Bruno MS.: Acquired immunodeficiency syndrome and heart disease: The present and the future. *Am Heart J* 1989;117:1175-1176.
- 37.- Boletín Mensual SIDA.CONASIDA. 1990, Año 4, Num. 2.
- 38.- Benítez Bribiesca L.: La terapéutica del SIDA. *Rev. Med IMSS* 1990;28(9), pp: 9-22.

X.- APENDICE:

# ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

## CUESTIONARIO

1.- El agente etiológico del SIDA, originalmente descrito es:

- a).- HTLV II
- b).- HTLV III
- c).- HTLV IV
- d).- HTLV I
- e).- STLV III.

2.- El VIH es un virus de la familia...

- a).- DNA retrovirus
- b).- Herpes-virus
- c).- Citomegalovirus
- d).- RNA oncovirus
- e).- RNA lentivirus.

3.- El mecanismo patogénico de la infección por VIH, es:

- a).- Depleción selectiva de linfocitos supresores/citotóxicos(T8)
- b).- Proliferación maligna de linfocitos T4
- c).- Depleción de linfocitos B
- d).- Depleción de la cuenta de linfocitos(T4 y T8)
- e).- Depleción selectiva de linfocitos ayudadores/inductores(T4).

4.- El marcador fenotípico para evaluar infección por VIH, es:

- a).- CD4
- b).- CD3
- c).- Il-2
- d).- IgG
- e).- AFP.

5.- Según los CDC, el Complejo relacionado a SIDA(CR-SIDA), significa:

- a).- VIH(-), neumonía por P. carinii, neoplasias asociadas
- b).- Diarrea, fiebre, linfadenopatía, pérdida ponderal, diaforésis, VIH(+)
- c).- Sarcoma de Kaposi, infecciones oportunistas, VIH(+)
- d).- Infecciones oportunistas secundarias a esteroides en pacientes de alto riesgo
- e).- Linfoma primario en grupo de alto riesgo para SIDA, VIH(-).

- 6.- La incidencia reportada para desarrollar SIDA, en pacientes con CR-SIDA a tres años, es de:
- a).- 10%
  - b).- menos del 5%
  - c).- 50%
  - d).- 25%
  - e).- 90%.
- 7.- La incidencia de desarrollar SIDA, en pacientes VIH(+) asintomáticos a tres años, es de:
- a).- 10%
  - b).- menos del 5%
  - c).- 50%
  - d).- 25%
  - e).- 90%.
- 8.- Se ha aislado VIH de las siguientes secreciones, EXCEPTO:
- a).- Leche materna
  - b).- Saliva
  - c).- Lágrimas
  - d).- Orina
  - e).- Jugo gástrico.
- 9.- Único medicamento aprobado por la FDA, para uso comercial en el Tx de SIDA:
- a).- Fosfonoformato
  - b).- Sulfato de Dextran
  - c).- @-Interferón
  - d).- Azadotimidina ó Zidovudina; (AZT)
  - e).- Ampligen.
- 10.- El principal medio de transmisión del VIH, es:
- a).- Contaminación con sangre o productos de la sangre
  - b).- Contacto sexual
  - c).- Uso de agujas contaminadas en drogadictos IV
  - d).- Contagio transplacentario
  - e).- Donación de órganos infectados.
- 11.- Los siguientes son factores de BAJO riesgo, para infección por VIH, EXCEPTO
- a).- Exposición de agujas contaminadas en medio hospitalario
  - b).- Contacto sexual protegido, con persona VIH(+)
  - c).- Receptores de inseminación artificial
  - d).- Receptor de sangre o productos sanguíneos entre 1975 a 1981
  - e).- Hijo de madre VIH(+).

- 12.- La prueba tamiz de elección para diagnóstico de infección por VIH, es :
- Aglutinación de eritrocitos de pavo
  - Aglutinación de proteínas de látex
  - Citoimmunoenzimática (Prueba de Karpas)
  - Inmunoenzimática (ELISA)
  - Inmunolectrotransferencia (Western-blot).
- 13.- Los siguientes problemas dan ELISA FALSO(+), EXCEPTO:
- Lupus eritematoso sistémico
  - Artritis reumatoide
  - Crioglobulinemia
  - Embarazo
  - Contacto reciente con virus de la Hepatitis B.
- 14.- Los siguientes problemas dan ELISA FALSO (-), EXCEPTO:
- Infección con VIH temprana (periodo de ventana)
  - Fase terminal de la enfermedad
  - Embarazo
  - Utilización de suero en mal estado de conservación
  - Contacto con VIH temprano.
- 15.- Para la prueba de Western-blot, es cierto lo siguiente, EXCEPTO:
- Se utilizan antígenos de recombinación genética
  - Sensibilidad y especificidad elevadas
  - Prueba de tipo confirmatorio
  - Tiene mayor sensibilidad en LCR que en suero
  - Su principal indicación en colagenopatías y hemodializados.
- 16.- Las siguientes son funciones de Linfocitos T4, en el sistema inmune; EXCEPTO
- Activación de macrófagos
  - Inducción de función de células B
  - Secreción de factores de crecimiento para células linfocitarias
  - Activación de factores de crecimiento en megacariocitos
  - Inducción de la función supresora celular.
- 17.- El principal mecanismo patogénico en las manifestaciones neuropsiquiátricas del SIDA, es :
- Inhibición de Neuroleukina
  - Efecto patogénico inducido por sistema Monocito-macrófago
  - Infección directa al tejido neuronal
  - Alteración del metabolismo cerebral
  - Infiltración con células "Killer" naturales.

- 18.- Los siguientes son marcadores de estadificación, en infección por VIH, EXCEPTO :
- a).- Viremia VIH plasmática
  - b).- Antígeno de VIH p24
  - c).- Número total de Interleukina-2
  - d).- Número de células CD4
  - e).- Nivel de B2-microglobulina.
- 19.- Según CDC, una Rx de torax con infiltrados bilaterales reticulonodulares intersticial por más de dos meses, sin patógeno identificado y sin respuesta al tratamiento antimicrobiano, es sugestivo de:
- a).- Neumonía por Legionella Pneumófila
  - b).- Neumonía intersticial linfoidea
  - c).- Infiltración por Sarcoma de Kaposi a pulmón
  - d).- Neumonía por Pneumocistis carinii
  - e).- Tuberculosis por M. intracelulare.
- 20.- El cultivo es el método de Dx definitivo; EXCEPTO para:
- a).- Isosporiasis
  - b).- Toxoplasmosis
  - c).- Criptosporidiosis
  - d).- Citomegalovirus
  - e).- Tuberculosis.
- 21.- De la cifra total de CD4, la predictiva para infección oportunista, es:
- a).- 1200 cel/cm
  - b).- 500 cel/cm
  - c).- 350 cel/cm
  - d).- 200 o menos cel/cm
  - e).- 2500 cel/cm.
- 22.- Los siguientes factores influyen en la transmisión sexual de VIH dependientes de la SUSCEPTIBILIDAD del huésped; el UNICO probado es:
- a).- Prepucio intacto, ausencia de circuncisión.
  - b).- Ulceras genitales por Herpes tipo II
  - c).- Variantes de la molécula receptora CD4
  - d).- Trauma durante el coito vaginal o anal
  - e).- Haplotipo H2A.



- 23.- El VIH es responsable de las siguientes complicaciones neurológicas, EXCEPTO
- Parálisis supranuclear progresiva
  - Polineuropatía periférica
  - Leucoencefalopatía multifocal progresiva
  - Meningitis aséptica atípica
  - Mielopatía vacuolar.
- 24.- El riesgo de llegar a ser VIH(+), en trabajadores de la salud, es de:
- 10%
  - 1%
  - 20%
  - mayor del 50%
  - 30%.
- 25.- La diarrea en SIDA y CR-SIDA, se explica por lo siguiente, EXCEPTO:
- Enteritis por citomegalovirus
  - Infección por *Cryptosporidium muris*
  - Secundaria a Sarcoma de Kaposi intestinal
  - Secundaria a sobreinfección por *E. coli*
  - Infección por *Isospora Belli*.
- 26.- El mecanismo de acción del AZT, es :
- Probablemente inhibición de la síntesis de proteínas
  - Inductor de gamma-interferón
  - Inhibición de la incorporación del DNA viral al genoma celular
  - Inhibición de la unión del virus a nivel de la GP-120
  - Inhibición de la transcriptasa inversa y de la síntesis de cadena del DNA terminal.
- 27.- Según los CDC, la mejor droga en la profilaxis de neumonía por *P. Carinii*, es :
- Alfa interferón
  - Pirimetamina
  - Pentamidina en aerosol
  - Sulfadoxina
  - Dapsone.
- 28.- Todo lo siguiente es cierto para AZT, EXCEPTO:
- Sintetizada en 1964, inicialmente como droga anticancerosa
  - La dosis menos tóxica aceptada es de 1500mg/día
  - Retarda el inicio de SIDA, en VIH(+), con CD4 menos de 500cel/cm a dos años
  - Complicaciones principales son: anemia, macrocitosis, leucopenia
  - Efectiva en el tratamiento del complejo Demencia-SIDA.

- 29.- La complicación cardiológica más frecuente en infección por VIH, es :
- Miocarditis
  - Derrame pericárdico
  - Sarcoma de Kaposi infiltrante a corazón
  - Endocarditis trombótica no bacteriana
  - Dilatación de ventrículo derecho, únicamente.
- 30.- Todo lo siguiente es indicativo de CR-SIDA avanzado, EXCEPTO:
- Dos cuentas sucesivas de CD4 menores de 200 cel/cm
  - Candidiasis oral recurrente
  - Neumonía por *P. carinii* en al menos una ocasión
  - Herpes zoster en multidermatomas
  - Diarrea con al menos 3 evacuaciones/día, en un periodo de un mes.
- 31.- Los siguientes son marcadores específicos para progresión de SIDA, con riesgo Alto; EXCEPTO:
- Relación de linfocitos T4/T8, mayor a 1
  - Beta 2-microglobulina mayor de 5 mg/dl
  - Número de CD4 menor a 200 cel/cm
  - Antígeno VIH p24 positivo
  - Anticuerpo VIH p24 negativo.
- 32.- En pacientes con efectos colaterales severos por AZT, la alternativa es:
- Ampligen
  - 2'3' Dideoxinosine (dd-I)
  - Castanospermina
  - CD4 soluble (rCD4)
  - Ribavurín.
- 33.- Se ha demostrado competencia y reacción autoinmune entre la GP-120 del virus del SIDA y :
- GP-41
  - Interleukina-2
  - Factor de necrosis tumoral alfa
  - Complejo de histocompatibilidad tipo II
  - Factor de necrosis tumoral  $\beta$ .
- 34.- Según la clasificación actual de los CDC, el grupo III, corresponde a :
- Linfadenopatía persistente generalizada
  - Infección aguda
  - Infección asintomática
  - Enfermedad neurológica predominante (Complejo Demencia-SIDA).
  - Enfermedades infecciosas secundarias agregadas.

35.- Lo siguiente es cierto para 2'3' Dideoxinosine(dd-I), EXCEPTO:

- a).- Actua in vitro contra VIH tanto en células T como en monocitos
- b).- La dosis máxima tolerada estimada es de 12mg/kg/día
- c).- Debe ser convertido a un complejo activo(ddA-TP)
- d).- Vida media menor a la de AZT
- e).- Los principales efectos adversos son: Pancreatitis aguda, hiperuricemia y síndrome doloroso neuropático.

36.- La morfología de la médula ósea en VIH(+), sin infecciones oportunistas muestra predominantemente losiguiente ;

- a).- Médula ósea hipocelular
- b).- Displasia eritroide principalmente
- c).- disminución en el número demegacariocitos
- d).- Abundantes granulomas y sideroblastos anillados
- e).- Eosinofilia frecuentemente mayor al 80%.

37.- Todo lo siguiente es efectode VIH en células mononucleares, EXCEPTO:

- a).- infección de células de Langerhans
- b).- Infección, depleción y disfunción de CD4
- c).- Expresión disminuida delcomplejode histocompatibilidad tipo II
- d).- Depuración aumentada de eritrocitos opsonizados
- e).- Respuesta quimiotáctica disminuida y alteración de citokinas.

38.- La complicación más frecuente en SNC, en la infección por VIH, es :

- a).- Leucoencefalopatía multifocal progresiva
- b).- Infiltración por Criptococcus neoformans
- c).- Meningitis aséptica atípica
- d).- Complejo Demencia-SIDA
- e).- Infarto cerebral y déficit neurológico transitorio.

39.- La principal causa de muerte en SIDA por infecciones oportunistas es :

- a).- Encefalitis por Toxoplasma gondii
- b).- Diarrea por Criptosporidium muris
- c).- Bacteremia por Salmonella
- d).- Neumonía por Pneumocystis carinii
- e).- Bacteremia por H. Influenzae.

40.- Los siguientes medicamentos, están en fase II de investigación, EXCEPTO:

- a).- Castnospermina
- b).- Ampligen
- c).- Sulfato de Dextran
- d).- 2'3' Dideoxinosine(dd-I)
- e).- Fosfonoformato.

- 41.- Lo siguiente es cierto para la anemia inducida por AZT, EXCEPTO:
- a).- Frecuencia de 34% en tratamiento a seis semanas
  - b).- El mecanismo principal es la inhibición de alfa-DNA polimerasa
  - c).- Quienes no tienen hipoplasia medular, pueden cursar con macrocitosis
  - d).- La combinación de AZT y acetaminofen, tiene mayor toxicidad medular
  - e).- La eritropoyetina recombinante humana será un tx. efectivo.
- 42.- La alteración más frecuente de las pruebas hemostáticas en SIDA, es:
- a).- Tiempo de trombina alargado
  - b).- Tiempo de lisis de euglobulinas prolongado
  - c).- Tiempo de tromboplastina parcial alargado
  - d).- Ausencia de anticoagulantes naturales (Proteína C, Proteína S)
  - e).- Deficiencia de factor XIII.
- 43.- En la actualidad la única prueba que distingue anticuerpos al VIH 1 del VIH 2, es :
- a).- Radioinmunoensayo
  - b).- Inmunofluorescencia indirecta
  - c).- Inmunoelectrotransferencia (Western-blot)
  - d).- Citoinmunoenzimática (Prueba de Karpas)
  - e).- ELISA con antígenos de recombinación genética.
- 44.- Lo siguiente es cierto para Hemofílicos VIH(+), EXCEPTO:
- a).- Cuenta de CD4 de 150 cel/cm, tienen 50% de probabilidad de desarrollar SIDA en un año
  - b).- Correlación cercana entre el número de CD4 y la ausencia o inicio de linfadenopatía
  - c).- Concentración de IgG inversamente proporcional al índice CD4/CD8
  - d).- La causa principal de índice CD4/CD8 bajo, es el aumento en el número de CD8
  - e).- 90% de los pacientes tienen anticuerpos anticardioplipina positivos.
- 45.- El genoma del VIH tiene 6 genes reguladores y 3 genes similares a otros retrovirus; de éstos, el gen encargado de codificar la enzima transcriptasa reversa, es :
- a).- Gag
  - b).- Env
  - c).- rev
  - d).- Pol
  - e).- vpx.

--CLAVE DE RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO:

1.- b	26.- e
2.- e	27.- c
3.- e	28.- b
4.- a	29.- a
5.- b	30.- c
6.- d	31.- a
7.- a	32.- b
8.- e	33.- d
9.- d	34.- a
10.- b	35.- d
11.- e	36.- a
12.- d	37.- d
13.- e	38.- d
14.- d	39.- d
15.- a	40.- a
16.- d	41.- b
17.- b	42.- c
18.- c	43.- d
19.- b	44.- b
20.- e	45.- d.
21.- d	
22.- e	
23.- a	
24.- b	
25.- d	