

56 11226

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33  
EL ROSARIO**

**FRECUENCIA DE INFECCIONES OPORTUNISTAS EN LOS  
PACIENTES CON SIDA DE LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR NUMERO 33.**

**TESIS DE POSGRADO  
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
P R E S E N T A :  
DRA. ALICIA GARCIA ESTRADA**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**ASESOR: DR. BLAS ANDRES DELGADO MONTAÑO**



**MEXICO, D.F.**



**2002**

**JEFATURA DE ENSEÑANZA**

**U. M. F. No. 33**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

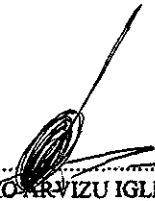


**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

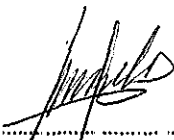
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**


Todo el material contenido en esta tesis esta 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.


  
.....  
DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS  
JEFE DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA DE LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 EL ROSARIO

  
.....  
DRA. MONICA ENRIQUEZ NERI  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR

  
.....  
DRA. MA. DEL CARMEN MORELOS CERVANTES  
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR

  
.....  
DR. BLAS ANDRES DELGADO MONTAÑO  
MAESTRO EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA  
ASESOR DE TESIS

  
.....  
DRA. ALICIA GARCÍA ESTRADA  
RESIDENTE DE TERCER AÑO  
DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
MEDICINA FAMILIAR

  
SUBDIVISION DE ESPECIALIZACIÓN  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

**A MI PADRE:**

Papi: gracias por todo tu amor y cariño que siempre me has dado  
Te dedico esta tesis a ti por que te quiero mucho  
Gracias por todo papá.

**A MI MADRE:**

Mamita, gracias por ayudarme, por comprenderme  
También te dedico esta tesis por que  
también te quiero mucho.

**A MIS HERMANOS:**

José : gracias, sin tu ayuda no lo hubiera logrado.  
Jesús: gracias por ser tan buen hermano  
Carlos: gracias por tu apoyo.  
Amalia, Leonides, a todos gracias.

**A MIS SOBRINOS:**

Toño: aunque tu ya no estas, vives para  
siempre en nuestros corazones

Cassandra: te quiero mucho "Casita mía"

Chuchito, Brenda, Daniel, Mauricio, Oscar  
y Angelita

## INDICE

	PÁGINA
TITULO	5
INTRODUCCION	6
OBJETIVOS	10
MATERIAL Y METODOS	11
RESULTADOS	12
TABLAS Y GRAFICAS	14
ANALISIS	36
CONCLUSIONES	38
BIBLIOGRAFIA	39
ANEXOS	40

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **TITULO**

**FRECUENCIA DE INFECCIONES OPORTUNISTAS EN LOS  
PACIENTES CON SIDA DE LA UMF 33**

## INTRODUCCION

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ( SIDA ) es una pandemia, que ha provocado la aparición de casos en casi todos los países del mundo. Además de E.U., los países donde existe una incidencia mas elevada son Europa occidental, Africa Central, Sudamérica y Canadá ( 1 )

En E.U. se declararon en 1990 aproximadamente 120 000 casos entre adultos y adolescentes, y cerca de 2000 casos en niños menores de 13 años de edad. Se ha calculado que actualmente en E.U. se encuentran entre 1 y 1.5 millones de personas infectadas ( 1 )

Hasta el 1 de julio de 1994, se informaron a la O.M.S. 985 119 casos de SIDA; este organismo estimó en 14 millones los casos de infectados a mediados de 1993. En el último semestre del mismo año, se notificaron 133 491 nuevos casos, con E.U., Brasil y Uganda en los tres primeros lugares, y México en el decimocuarto ( 2 )

En 1981 se dio el primer caso de SIDA en México. Con él se inicia la epidemia en nuestro país. De esta fecha hasta la actualidad, la enfermedad ha crecido de tal forma que hoy se considera el problema de salud pública número uno para los mexicanos y para todo el mundo ( 3 )

Hasta el 1 de marzo de 1995 el registro nacional de casos de SIDA en México contaba con 22 055 casos, de los cuales 18 455 correspondieron a adultos con 38.6% de homosexuales, 27.4% de bisexuales y 22.8% de heterosexuales ( 3 )

Hasta el primero de septiembre de 1997 el número de casos acumulados fue de 32,339; es necesario aclarar que de acuerdo con el subregistro, que se estima en 51.5 %, los casos acumulados hasta esta fecha alcanzarían la cifra de 48,994 ( 4 )

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ( SIDA ) es la etapa final de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana ( HIV ) que se caracteriza por infecciones oportunistas y neoplasias secundarias a inmunodeficiencia de tipo celular.

La infección por VIH es causada por un retrovirus RNA de la familia de los lentivirus. La partícula viral comprende un core o centro que contiene el RNA viral y las enzimas necesarias para los primeros pasos de la replicación. El virus está cubierto por una membrana lipídica, con una matriz proteínica. Las proteínas virales son codificadas por tres genes estructurales y seis genes accesorios ( 4,5 )

La proteína de la envoltura GP 120 tiene dos actividades específicas: una es unirse a la proteína de la superficie CD4 de la célula huésped y otra es provocar fusión membrana-membrana de las células afectadas. Esta es la forma en que el virus logra entrar a la célula. Las células que expresan la proteína de la envoltura pueden unirse y fusionarse con células CD4+ no infectadas, proceso que da lugar a la formación de sincicios gigantes multinucleados (6,7)

El virus entra a través de un receptor celular específico ( CD4 ) en los linfocitos T, en los macrófagos tisulares o en las células mucosas del intestino o de la cavidad uterina. Inicialmente hay muy pocos linfocitos CD4+ activados circulantes y las células mononucleares periféricas no son muy sensibles a la infección de tres a cuatro meses después de la infección primaria la cifra de CD4 alcanza niveles casi normales, punto a partir del cual inicia una disminución progresiva con un promedio estimado de 25 a 50 células/mm<sup>3</sup>/año.

Cuando la cifra es menor a 300 se inicia la sintomatología del paciente. después de un periodo prolongado de replicación viral controlada viene un incremento gradual en la tasa de replicación, lo que lleva a enfermedad progresiva, conforme se pierde el control inmunitario de la infección, las variantes más virulentas del HIV se replican a niveles más elevados, con mayor destrucción de células CD4+( 8 )

El diagnóstico se hace con la sospecha de infección, en base al conocimiento de los factores de riesgo, en la presentación clínica y en la confirmación por pruebas de laboratorio. La demostración de anticuerpos anti- VIH puede realizarse por varias metodologías, como el ensayo inmunoenzimático ( ELISA ), por inmunofluorescencia, inmunoelectrotransferencia ( Western- Blot ), radioinmunoprecipitación, entre otras.

El ELISA es el método más ampliamente utilizado por su bajo costo relativo, simplicidad y permite el corrimiento de múltiples muestras. La sensibilidad y especificidad del método es del 95% al 99%. Tiene como limitaciones principales el hecho de que puede ser negativo en individuos que se hallan en las primeras 8 a 12 semanas de la infección o en individuos con deficiente respuesta de anticuerpos. Hay un índice de falsos positivos de un 1% aproximadamente. De ahí que si la prueba de ELISA resulta positiva, se recomienda realizar una segunda prueba más específica (prueba confirmatoria) , como la inmunoelectrotransferencia esta prueba tiene una especificidad del 100%.( 10 )

La manifestación más frecuente del SIDA es una infección oportunista; no es raro que un paciente con SIDA desarrolle más de una infección oportunista al mismo tiempo. La neumonía por *Pneumocystis Carinii* es la infección oportunista más frecuente y se produce en cerca del 80% de los casos en un momento de la evolución de la enfermedad (5)

La neumonía secundaria a *Pneumocystis carini* por lo regular aparece con cuentas celulares de CD4 por debajo de 200 células / mm<sup>3</sup>. Sin profilaxis, 80 a 85% de los infectados por VIH con CD4 < 200 células/mm<sup>3</sup> tendrán neumonía por este agente. Otras enfermedades respiratorias secundarias a la infección por VIH y oportunistas es la Neumonitis intersticial linfocitaria, dando como consecuencia una enfermedad intersticial pulmonar la cual es poco frecuente, pero es una manifestación significativa como parte de una fase hiperinmunitaria (6)



La Tuberculosis ocurre a menudo en pacientes que cursan con cifras de CD4 entre 200 y 400 células / ml Representa la reactivación de la enfermedad latente y por lo tanto es frecuente en México. La tuberculosis es más agresiva en pacientes infectados por el VIH que en la población general. Existen sitios poco frecuentes ( no pulmonar, ganglios linfáticos, derrame pleural, meningitis ) que pueden estar afectados por la enfermedad hasta en 30% de los casos. Los afectados por TB se deben considerar como pacientes altamente infecto contagiosos.

Las infecciones por citomegalovirus es otra infección frecuente oportunista en los pacientes con SIDA ocurre cuando la cifra de CD4 es menor de 100 células/ mm<sup>3</sup>. La coriorretinitis por CMV puede causar una alteración visual importante e incluso ceguera. el CMV puede producir enteritis con diarrea incoercible, neumonitis intersticial y adenitis. La infección por CMV en el SNC es una causa rara de complicaciones neurológicas ( 10, 11)

Una infección extremadamente frecuente en los pacientes con SIDA es la producida por *Candida albicans*, que suele manifestarse en forma de muguet bucal o esofagitis. La infección activa por *M. Tuberculosis* se produce en hasta un 10% de los casos de los pacientes con SIDA ( 10, 11 )

Las complicaciones neurológicas de la infección por VIH son muy numerosas y ocurren en tiempos variables a lo largo de la infección. La enfermedad del SNC ocurre en 30 a 40% de los pacientes con SIDA, y cerca de 10 a 20% de ellos presentarán inicialmente síntomas neurológicos. Hay una gran variedad de síntomas que pueden observarse, incluidas las alteraciones mentales, el coma, las convulsiones, la cefalea y los signos focales.

Las infecciones son la causa más importante de las presentaciones neurológicas y de ordinario se acompañan de fiebre. Las complicaciones no infecciosas incluyen encefalopatía relacionada con el VIH (complejo de demencia) , linfoma primario , secundario y sarcoma de Kaposi (10)

La infección por *Cryptococcus neoformans* ocurre en el 10% de los pacientes infectados de SIDA en forma de meningitis o de un proceso diseminado en el que los pulmones son el órgano más afectado (10, 11)

La Toxoplasmosis es la causa más común de lesiones focales y en general se debe a reactivación, por lo que son factores de riesgo una IgG positiva a toxoplasma y CD4 < 200. Es común encontrar datos de focalización; la serología para toxoplasma en 95 a 100% de los casos por infección de este microorganismo es positiva, y se observan múltiples lesiones cerebrales hipodensas con reforzamiento periférico en 75 a 80% de los estudios tomográficos.

El *Toxoplasma gondii* es una de los patógenos que afectan con mayor frecuencia el SNC. Producen encefalitis o una lesión intracerebral ocupante de espacio. Las infecciones por *Salmonella* son una causa relativamente frecuente de diarrea y sepsis.

El SIDA aún no es curable, por lo que los objetivos del tratamiento son aumentar la supervivencia del paciente o mejorar la calidad de vida. Es posible valorar la eficacia del tratamiento antirretroviral sin esperar a la evolución al SIDA o la muerte a través de los indicadores como los linfocitos CD4+, la magnitud de la carga viral, es decir, el número de copias circulantes del RNA viral mediante PCR cuantitativa.

Los diversos tratamientos se han enfocado al bloqueo de la infección celular por el VIH o su replicación en alguno de los siguientes pasos: (11)

- A) bloqueo de la penetración y desensamblaje del virus, mediante moléculas solubles de CD4.
- B) Interferencia en la transcripción del virus por competencia o inhibición de la transcriptasa inversa por análogos de nucleósidos como la zidovudina (AZT), didanocina (ddl) o zalcitabina (ddC), estavudina (d4T), lamivudina (3TC).
- C) bloqueo de la transcripción del DNA proviral en RNA viral, bloqueo del ensamblaje o ambos y liberación de nuevos virus o sus proteínas por los interferones y algunos oligodesoxinucleótidos.
- D) bloqueo del ensamblaje y liberación virales con los inhibidores de proteasas virales, interferones, antígeno e inhibidores de la glucosilación.

El uso de antirretrovirales ha permitido comprobar la gran capacidad de mutación viral, cuya traducción clínica es la aparición, en un plazo relativamente corto, de variantes resistentes a estos fármacos (3, 5).

La investigación de tratamientos antirretrovirales está en pleno desarrollo y en realidad hay mucho por investigar y por hacer para la cura de esta enfermedad mortal como lo es el SIDA, para lo cual solo disponemos de una poderosa herramienta de gran utilidad significativa como lo es la prevención.

El presente estudio tiene como objetivo el de estudiar mediante un análisis de variables socio demográficas, el comportamiento de esta enfermedad en los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar N. 33, la frecuencia en que se presentan las infecciones oportunistas, con el propósito de ser comparado y poder mencionar cuál es la problemática de nuestros derechohabientes con respecto a esta enfermedad, en que grupo de edad es más prevalente, en que sexo y cuáles son los factores de riesgo más frecuentes. Con la finalidad de dar mayor auge a la prevención primaria a la salud y protección específica.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **OBJETIVO GENERAL**

**DETERMINAR LA FRECUENCIA DE INFECCIONES OPORTUNISTAS EN LOS PACIENTES CON SIDA DE LA U.M.F 33**

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

**1.-IDENTIFICAR EL PORCENTAJE DE LAS INFECCIONES OPORTUNISTAS MAS FRECUENTES EN LOS PACIENTES CON SIDA DE LA U.M.F 33**

**2.-IDENTIFICAR LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS PACIENTES CON SIDA DE LA U.M.F 33**

**3.-IDENTIFICAR EL TIEMPO DE EVOLUCION DE LOS PACIENTES CON SIDA DE LA U.M.F 33**

**5.-IDENTIFICAR EL NUMERO DE VECES QUE UNA SOLA INFECCION OPORTUNISTA SE HA PRESENTADO EN UN PACIENTE CON SIDA DE LA U.M.F.33. ( TOMANDO EN CUENTA LOS TRES PRINCIPALES TIPOS DE INFECCION POR CADA PACIENTE )**

**6.-IDENTIFICAR EL NUMERO DE VECES DE INFECCIONES OPORTUNISTAS QUE SE HAN PRESENTADO EN UN SOLO PACIENTE CON SIDA DE LA U.M.F 33. ( TOMANDO EN CUENTA LOS TRES PRINCIPALES TIPOS DE INFECCION POR CADA PACIENTE )**

**7.-IDENTIFICAR EL TIPO DE TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON SIDA QUE HAN TENIDO INFECCIONES OPORTUNISTAS**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## MATERIAL Y METODOS

El estudio se realizó del 1 de septiembre del 2001 al 1 de enero del 2002 en la U.M.F 33 el Rosario del IMSS. Se trató de un estudio transversal, retrospectivo, descriptivo que cumplió con los códigos éticos establecidos en la declaración de Helsinki de 1972 y posteriormente en Tokio, así como las normas emitidas por la Secretaría de Salud a través del diario oficial del 26 de enero de 1982 y por el manual de la Coordinación de Educación Médica e Investigación.

Se acudió al servicio de epidemiología de la U.M.F 33 para obtener la información de los pacientes con SIDA que han sido registrados. Se revisaron los expedientes para captar toda la información acerca de la edad, sexo, ocupación, nivel socioeconómico, tipo de relaciones sexuales, tipo de infecciones oportunistas, tratamiento y tiempo de evolución de la enfermedad. Se encontraron un total de 76 expedientes de pacientes que han sido hasta el momento registrados en esta unidad, de cada uno de estos expedientes se obtuvieron los datos antes mencionados.

Fueron incluidos en este estudio todos los pacientes con el diagnóstico de SIDA, ambos sexos y de cualquier edad, se excluyeron aquellos pacientes con VHI positivo que aún no han presentado SIDA. También se excluyeron expedientes de pacientes incompletos y que no estén llevando su control en la U.M.F 33.

*No se tomó muestra, se incluyeron a todos los expedientes encontrados, siendo un total de 76.*

Finalmente, al obtener los datos recabados de los expedientes, mediante un formato que se elaboró, se aplicaron métodos de estadística descriptiva con medidas de tendencia central, obteniéndose medias y porcentajes para posteriormente tabular y graficar los resultados.

Los textos, cuadros y gráficas, fueron procesados en una microcomputadora PC a través de los programas Word, Excel y Graphics.

## RESULTADOS

Del 1 de septiembre del 2001 al 1 de enero del 2002, se encontraron un total de 76 expedientes con SIDA registrados en epidemiología de la UMF 33, de estos 9 21% corresponden al sexo femenino y el 90 79% al masculino. ( tabla 1)

En cuanto a la edad, se encontró que de los 28 a 37 años hay mayor predominio y son del sexo masculino de igual forma se observa que en la mujer es igual de frecuente a esta misma edad ( tabla 2)

Se identificó que la mayoría de los pacientes con SIDA de la UMF 33 tienen una escolaridad hasta la preparatoria, pero también es frecuente en secundaria y licenciatura, con un porcentaje del 33%, 25% y 22 3%, respectivamente ( tabla 3) En la ocupación, es más frecuente en los obreros y le siguen los profesionistas con un 33% y 30 2% respectivamente ( tabla 4); la religión que predomina es la católica 79%. Con respecto al estado civil se encontró que un 54% es soltero, más de la mitad, y en su mayoría, también es homosexual 48 69%, bisexual 34 2 % y heterosexual solo el 17% ( tablas 6 y 8 ). El nivel socioeconómico que predomina es el medio con el 50% y le sigue el bajo con el 36 84% ( tabla 7)

Se encontró que en estos pacientes se presentan nueve tipos de infecciones oportunistas, como las más frecuentes y de estas se presenta con mayor frecuencia el Herpes zoster y la candidiasis ( tabla 9 y gráfica 9 ). También se obtuvo la frecuencia del número de veces que ha presentado cada infección oportunista cada paciente y se obtuvo su suma, obteniendo que la candidiasis es la más frecuente en cuanto al número de ocasiones que el paciente adquiere esta infección , siguiendo en orden descendiente la diarrea, herpes y Neumonía por Neumocistis Carini. Siendo las menos frecuentes el linfoma y toxoplasmosis ( tabla 10 y gráfica 10 )

En cuanto al tiempo de evolución se encontró que en estos pacientes el 60% lleva de 4 a 6 años con SIDA, siendo menos frecuentes los que han evolucionado de 7 a 9 años (tabla 11).

Así mismo se obtuvo que la mayoría de los pacientes son manejados con el esquema uno de tratamiento a base de: indinavir, lamivudina y zidovudina y con lamivudina, saquinavir, ritonavir y estavudina 26 3 % y 28 95 % respectivamente ( tabla 12) También se observó que los pacientes que llevan de 1 a 3 años de evolución presentan más eventos de infección por candidiasis y diarrea; de 4-6 años la más frecuente fue también candidiasis y diarrea y de 7 a 9 años candidiasis y herpes ( tablas 13, 14 y 15 )

También se midió el número de veces de cada infección oportunista con respecto al tratamiento empleado, teniendo que para el tratamiento uno a base de indinavir, lamivudina y zidovudina hay una mayor incidencia de candidiasis, siguiendole el herpes, para el tratamiento dos a base de lamivudina, saquinavir, ritonavir y estavudina, la diarrea y la candidiasis son las infecciones más frecuentes en el número de veces que se presentan ( tabla 17 y gráfica 17) Para el tratamiento con lamivudina, zidovudina, efavir, tratamiento tres, la más frecuente es la candidiasis y diarrea ( tabla 18 )

En el caso del tratamiento cuatro a base de indinavir, lamivudina, estavudina la infección en el número de veces reportada fue por candidiasis, siguiendo la diarrea (tabla 19) Para el tratamiento cinco que consiste en lamivudina, saquinavir y zidovudina se reportó nuevamente a la candidiasis como la más frecuente, siguiendo el herpes (tabla y gráfica 20).

Para los tratamientos seis y siete que consisten a base de lamivudina, ritonavir, estavudina y didanocina, saquinavir, ritonavir y estavudina respectivamente, también se observó que la candidiasis se presenta en más número de veces ( tablas y gráficas 21 y 22).

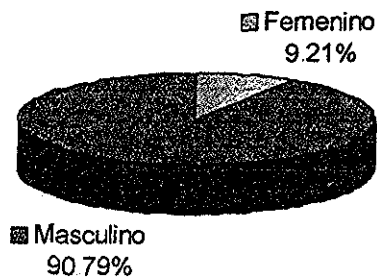
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla 1 Frecuencia del sexo en los pacientes con SIDA de la UMF 33.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	7	9.21
Masculino	69	90.79
Total	76	100

Fuente: base de datos obtenidos de los expedientes clínicos de los pacientes con SIDA de la UMF 33

Gráfica 1 Porcentaje del sexo en los pacientes con SIDA de la UMF 33.



Fuente: tabla 1, frecuencia del sexo en los pacientes con SIDA de la UMF 33

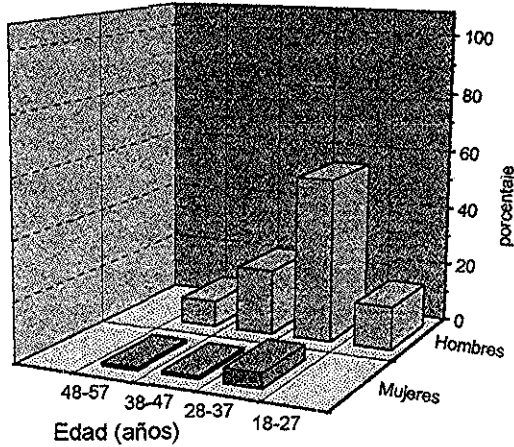
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla 2. Distribución de la frecuencia por rango de edad, ambos sexos, de los pacientes con SIDA de la UMF 33

Edad (x)	Hombres		Mujeres	
	frecuencia	porcentaje	frecuencia	Porcentaje
18-27	10	14	-	-
28-37	38	55	5	72
38-47	15	22	1	14
48-57	6	9	1	14
Total	69	100.0	7	100

Fuente: base de datos obtenidos de los expedientes clínicos de los pacientes con SIDA de la UMF 33

Gráfica 2. Distribución de la frecuencia por rango de edad, ambos sexos, de los pacientes con SIDA de la UMF 33.



Fuente de la tabla 2. Distribución de la frecuencia por rango de edad, ambos sexos, de los pacientes con SIDA de la UMF 33

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

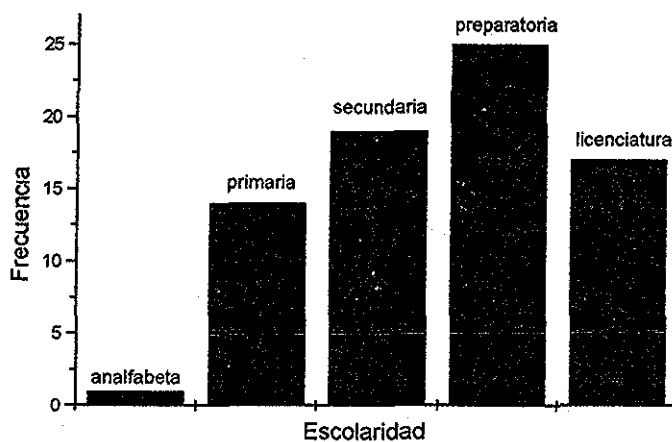


Tabla 3 Distribución de la frecuencia de la escolaridad de los pacientes con SIDA de la UMF 33

Escolaridad	Frecuencia	porcentaje
Analfabeta	1	1
Primaria	14	18
Secundaria	19	25
Preparatoria	25	33
Licenciatura	17	23
Total	76	100

Fuente: base de datos obtenidos de los expedientes clínicos de los pacientes con SIDA de la UMF 33.

Gráfica 3 Distribución de la frecuencia de la escolaridad de los pacientes con SIDA de la UMF 33.



Fuente: tabla 3. Distribución de la frecuencia de la escolaridad de los pacientes con SIDA de la UMF 33.

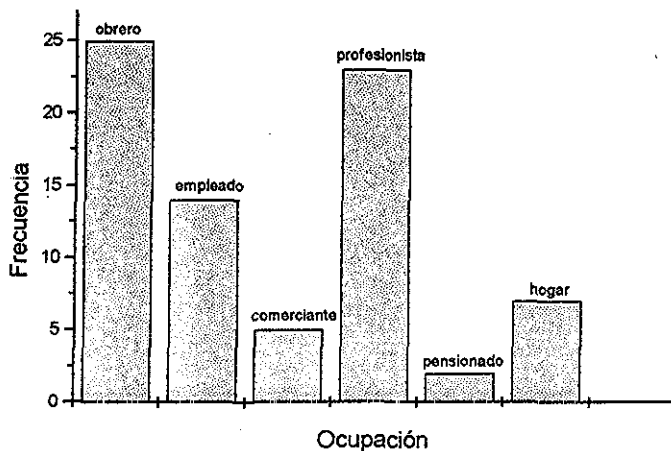
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla 4. Frecuencia de la ocupación de los pacientes con SIDA de la UMF 33

Ocupación	frecuencia	Porcentaje
Obrero	25	33
Empleado	14	18
Comerciante	5	7
Profesionista	23	30
Pensionado	2	3
Hogar	7	9
Total	76	100

Fuente: base de datos obtenidos de los expedientes clínicos de los pacientes con SIDA de la UMF 33.

Gráfica 4 Frecuencia de la ocupación de los pacientes con SIDA de la UMF 33.



Fuente: tabla 4, frecuencia de la ocupación de los pacientes con SIDA de la UMF 33

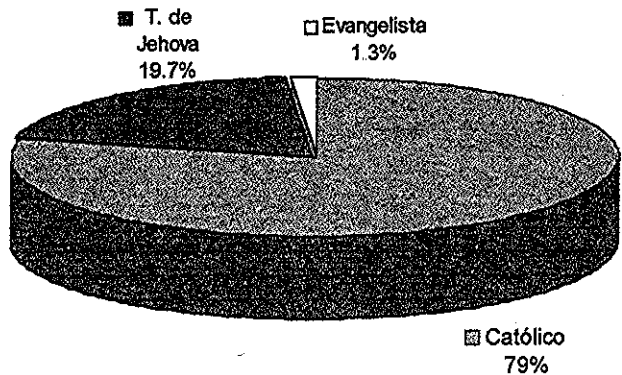
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla 5 Frecuencia de la religión de los pacientes con SIDA de la UMF 33

Religión	Frecuencia	porcentaje
Católico	60	79
Testigo de Jehová	15	19.7
Evangelista	1	1.3
Total	76	100

Fuente: base de datos obtenidos de los expedientes clínicos de los pacientes con SIDA de la UMF 33

Gráfica 5. Porcentaje de la religión de los pacientes con SIDA de la UMF 33



Fuente: tabla 5 porcentaje de la religión de los pacientes con SIDA de la UMF 33

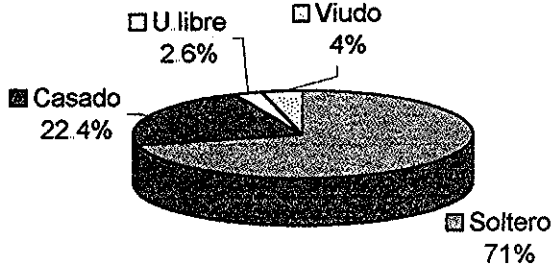
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla 6 Frecuencia del estado civil de los pacientes con SIDA de la UMF 33

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	54	71
Casado	17	22.4
Unión libre	2	2.6
Viudo	3	4
Total	76	100

Fuente: base de datos obtenidos de los expedientes clínicos de los pacientes con SIDA de la UMF 33

Gráfica 6 Frecuencia del estado civil de los pacientes con SIDA de la UMF 33



Fuente: tabla 6, porcentaje de la religión de los pacientes con SIDA de la UMF 33

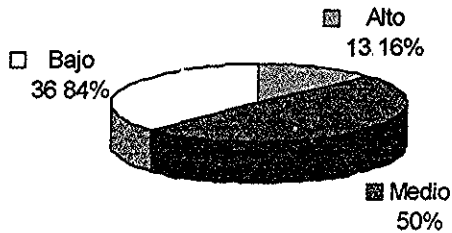
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla 7 Frecuencia del nivel socioeconómico de los pacientes con SIDA de la UMF 33

Nivel socioeconómico	frecuencia	Porcentaje
Alto	10	13.16
Medio	38	50
Bajo	28	36.84
Total	76	100

Fuente: base de datos obtenidos de los expedientes clínicos de los pacientes con SIDA de la UMF 33

Gráfica 7. Frecuencia del nivel socioeconómico de los pacientes con SIDA de la UMF 33



Fuente: tabla 7 frecuencia del nivel socioeconómico de los pacientes con SIDA de la UMF 33

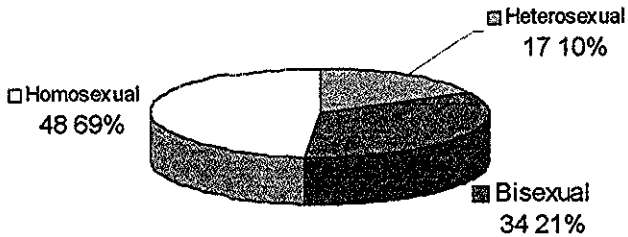
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla 8 Frecuencia del tipo de relaciones sexuales de los pacientes con SIDA de la UMF 33

Tipo de relaciones	frecuencia	Porcentaje
Heterosexual	13	17.1
Bisexual	26	34.21
Homosexual	37	48.69
Total	76	100

Fuente: base de datos obtenidos de los expedientes clínicos de los pacientes con SIDA de la UMF 33

Gráfica 8 Frecuencia del tipo de relaciones sexuales de los pacientes con SIDA de la UMF 33



Fuente. Tabla 8 Frecuencia del tipo de relaciones sexuales de los pacientes con SIDA de la UMF 33.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

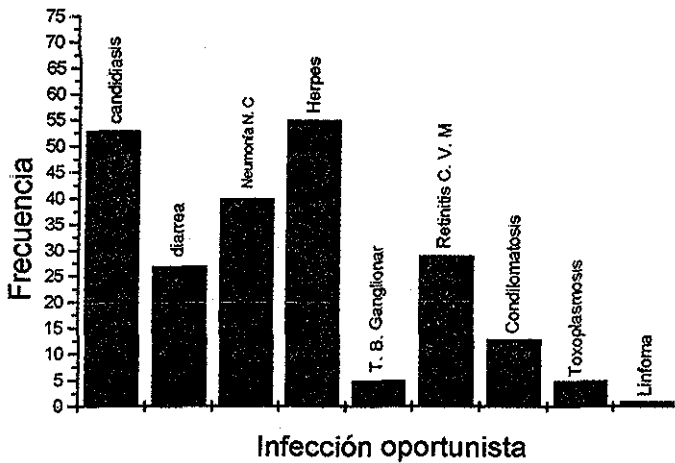
Tabla 9 Frecuencia de pacientes con SIDA que presentaron alguna infección oportunista UMF 33

Infección oportunista	Frecuencia de pacientes
Candidiasis	53
Herpes	55
Neumonía N. carini	40
Retinitis C.M.V.	29
Diarrea	27
Condilomatosis	13
Toxoplasmosis	5
T.B Ganglionar	5
Linfoma	1

N= 76

Fuente: Base de datos obtenidos de los expedientes clínicos de los pacientes con SIDA de la UMF 3

Gráfica 9 Frecuencia del tipo de enfermedad oportunista que se presentan en los pacientes con SIDA de la UMF 33.



Fuente: tabla 9, frecuencia del tipo de enfermedad oportunista que se presenta en los pacientes con SIDA de la UMF 33

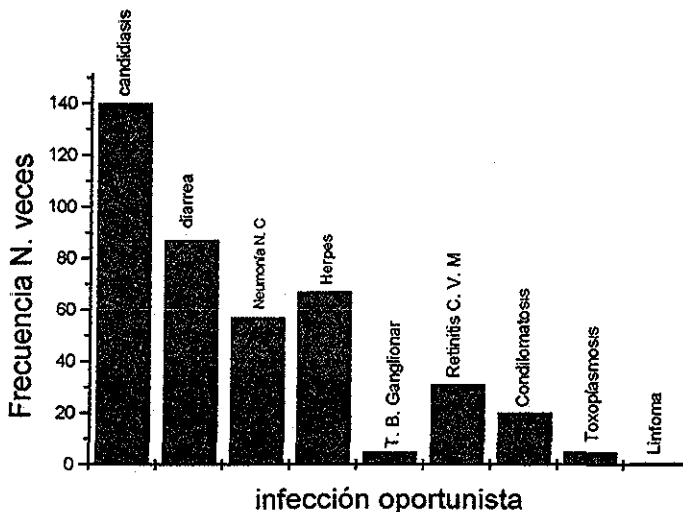
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla 10 Frecuencia del número de veces en que se presenta cada infección oportunista en los en los pacientes con SIDA de la UMF 33

Infección oportunista	Frecuencia N veces	Frecuencia de los pacientes (N)	INDICE
Candidiasis	140	53	2.8
Diarrea	87	27	3.2
Herpes	67	55	1.2
Neumonía N. Carini	57	40	1.4
Retinitis C.M.V	31	29	1
Condilomatosis	20	13	1.5
T.B Ganglionar	5	5	1
Toxoplasmosis	5	5	1
Linfoma	1	1	1

Fuente: base de datos obtenidos de los expedientes clínicos de los pacientes con SIDA de la UMF 33

Gráfica 10 Frecuencia del número de veces en que se presenta cada infección oportunista en los pacientes con SIDA de la UMF 33.



Fuente: tabla 10, frecuencia del número de veces en que se presenta cada infección oportunista en los en los pacientes con SIDA de la UMF 33

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

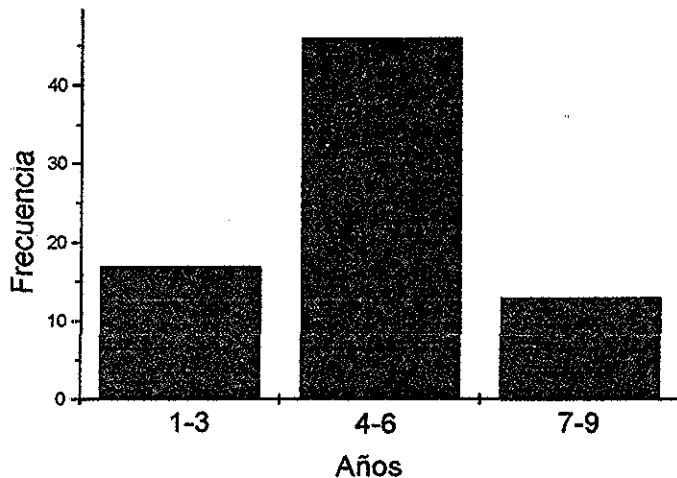


Tabla 11 Frecuencia del tiempo de evolución de los pacientes con SIDA de la UMF 33

Años	Frecuencia	Porcentaje
1-3	17	22.36
4-6	46	60.52
7-9	13	17.10
Total	76	100

Fuente: base de datos obtenidos de los expedientes clínicos de los pacientes con SIDA de la UMF 33

Gráfica 11. Frecuencia del tiempo de evolución de los pacientes con SIDA de la UMF 33



Fuente: tabla 11, frecuencia del tiempo de evolución de los pacientes con SIDA de la UMF 33

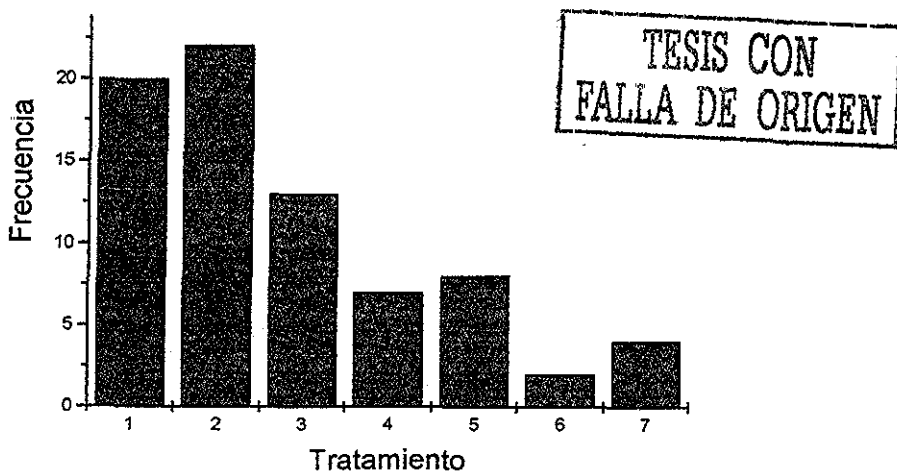
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla 12 Frecuencia del tipo de tratamiento de control de los pacientes con SIDA de la UMF 33.

Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
1 Indinavir, lamivudina, zidovudina	20	26.3
2 lamivudina, saquinavir, ritonavir, estavudina.	22	28.95
3 lamivudina, zidovudina, efavir	13	17.1
4. indinavir, lamivudina, estavudina	7	9.2
5 lamivudina, saquinavir, zidovudina	8	10.52
6. lamivudina, ritonavir, estavudina	2	2.63
7. didanocina, saquinavir, ritonavir, estavudina	4	5.3
total	76	100

Fuente: base de datos obtenidos de los expedientes clínicos de los pacientes con SIDA de la UMF 33

Gráfica 12: frecuencia del tipo de tratamiento de control de los pacientes con SIDA de la UMF 33



Fuente: tabla 12, frecuencia del tipo de tratamiento de control de los pacientes con SIDA de la UMF 33.

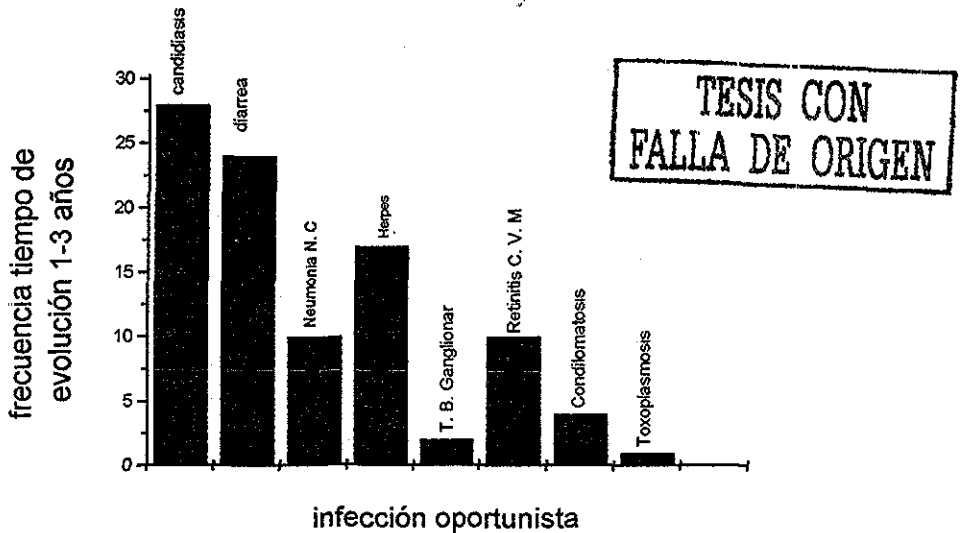
Tabla 13 Frecuencia en el número de veces de infecciones oportunistas y el tiempo de evolución de 1-3 años, en los pacientes con SIDA de la UMF 33.

Infección oportunista	Frecuencia 1-3 años de evolución
Candidiasis	28
Diarrea	24
Herpes	17
Neumonía N. Carini	10
Retinitis C.M.V	10
Condilomatosis	4
T.B Ganglionar	2
Toxoplasmosis	1
Linfoma	-

N=17

Fuente: base de datos obtenidos de los expedientes clínicos de los pacientes con SIDA de la UMF 33

Gráfica 13. Frecuencia en el número de veces de infecciones oportunistas y el tiempo de evolución de 1-3 años, en los pacientes con SIDA de la UMF 33



Fuente: tabla 13, frecuencia en el número de veces de infecciones oportunistas y el tiempo de evolución de 1-3 años, en los pacientes con SIDA de la UMF 33.

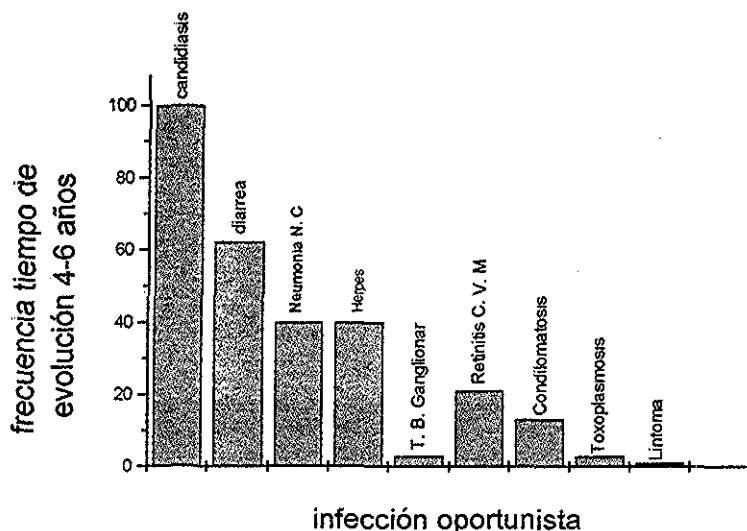
Tabla 14 Frecuencia en el número de veces de infecciones oportunistas y el tiempo de evolución de 4-6 años, en los pacientes con SIDA de la UMF 33

Infección oportunista	Frecuencia 4-6 años de evolución
Candidiasis	100
Diarrea	62
Neumonía N. Carini	40
Herpes	40
T. B. Ganglionar	3
Retinitis C. M. V	21
Condilomatosis	13
Toxoplasmosis	3
Linfoma	1

N=46

Fuente: base de datos obtenidos de los expedientes clínicos de los pacientes con SIDA de la UMF 33

Gráfica 14 Frecuencia en el número de veces de infecciones oportunistas y el tiempo de evolución de 4-6 años, en los pacientes con SIDA de la UMF 33.



Fuente: tabla 14, frecuencia en el número de veces de infecciones oportunistas y el tiempo de evolución de 4-6 años, en los pacientes con SIDA de la UMF 33

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

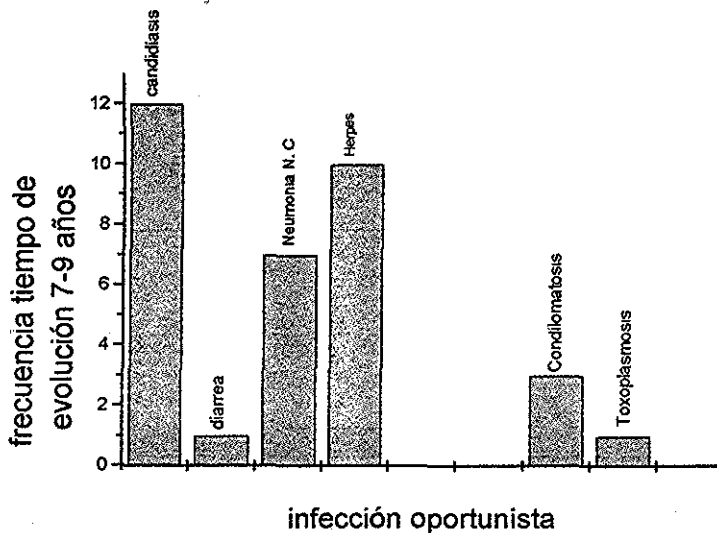
Tabla 15 Frecuencia en el número de veces de infecciones oportunistas y el tiempo de evolución de 7-9 años, en los pacientes con SIDA de la UMF 33

Infección oportunista	Frecuencia 7-9 años de evolución
Candidiasis	12
Diarrea	1
Neumonía N. Carini	7
Herpes	10
T. B. Ganglionar	-
Retinitis C. M. V	-
Condilomatosis	3
Toxoplasmosis	1
Linfoma	-

N=13

Fuente: base de datos obtenidos de los expedientes clínicos de los pacientes con SIDA de la UMF 33

Gráfica 15. Frecuencia en el número de veces de infecciones oportunistas y el tiempo de evolución de 7-9 años, en los pacientes con SIDA de la UMF 33.



Fuente: tabla 15, frecuencia en el número de veces de infecciones oportunistas y el tiempo de evolución de 7-9 años, en los pacientes con SIDA de la UMF 33.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

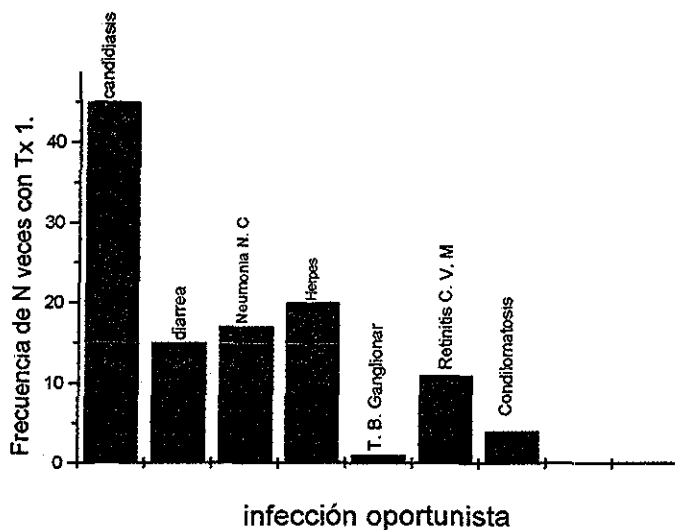
Tabla 16. Frecuencia en el número de veces de cada infección oportunista y el tratamiento a base de indinavir, lamivudina, zidovudina; en los pacientes con SIDA de la UMF 33. Tx 1

Infección oportunista	Frecuencia No de veces de cada infección
Candidiasis	45
Diarrea	15
Neumonía N. carini	17
Herpes	20
T. B. Ganglionar	1
Retinitis C. M. V	11
Condilomatosis	4
Toxoplasmosis	-
Linfoma	-

N=20

Fuente: base de datos obtenidos de los expedientes clínicos de los pacientes con SIDA de la UMF 33

Gráfica16. Frecuencia en el número de veces de cada infección oportunista y el tratamiento a base de indinavir, lamivudina, zidovudina; en los pacientes con SIDA de la UMF 33, tratamiento 1.



Fuente: tabla 16, frecuencia en el número de veces de cada infección oportunista y el tratamiento a base de indinavir, lamivudina, zidovudina; en los pacientes con SIDA de la UMF 33, tratamiento 1

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

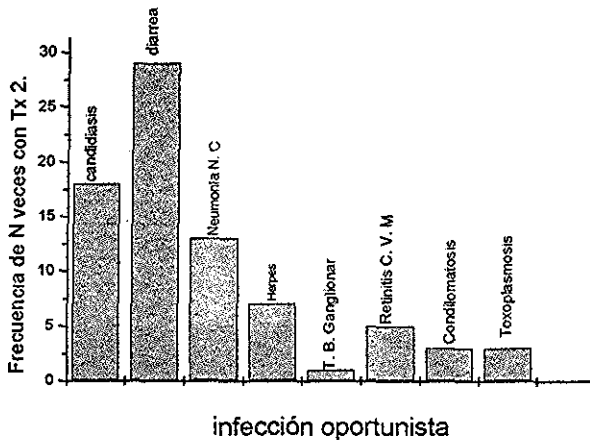
Tabla 17. Frecuencia en el número de veces de cada infección oportunista y el tratamiento a base de lamivudina, saquinavir, ritonavir y estavudina, en los pacientes con SIDA de la UMF 33, tratamiento 2

Infección oportunista	Frecuencia No de veces de cada infección
Candidiasis	18
Diarrea	29
Neumonía N. carini	13
Herpes	7
T. B. ganglionar	1
Retinitis C. M. V	5
Condilomatosis	3
Toxoplasmosis	3
Linfoma	-

N=22

Fuente: base de datos obtenidos de los expedientes clínicos de los pacientes con SIDA de la UMF 33

Gráfica 17. Frecuencia en el número de veces de cada infección oportunista y el tratamiento a base de lamivudina, saquinavir, ritonavir y estavudina, en los pacientes con SIDA de la UMF 33, tratamiento 2.



Fuente: tabla 17, frecuencia en el número de veces de cada infección oportunista y el tratamiento a base de lamivudina, saquinavir, ritonavir y estavudina, en los pacientes con SIDA de la UMF 33, tratamiento 2

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

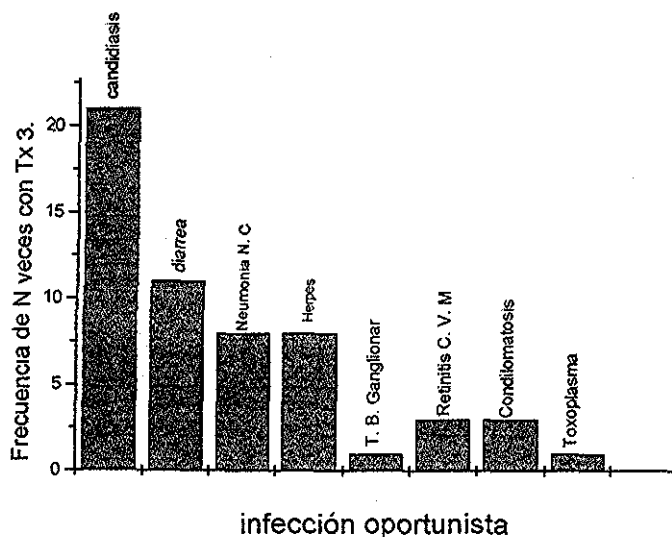
Tabla 18 Frecuencia en el número de veces de cada infección oportunista y el tratamiento a base de lamivudina, zidovudina, efavir, en los pacientes con SIDA de la UMF 33, tratamiento 3.

Infección oportunista	Frecuencia No de veces de cada infección	porcentaje
Candidiasis	21	38
Diarrea	11	19.32
Neumonía N. carini	8	14
Herpes	8	14
T. B. ganglionar	1	1.78
Retinitis C. M. V	3	5.3
Condilomatosis	3	5.3
Toxoplasmosis	1	1.78
Linfoma	-	-
Total	57	100

N=13

Fuente: base de datos obtenidos de los expedientes clínicos de los pacientes con SIDA de la UMF 33

Gráfica 18: frecuencia en el número de veces de cada infección oportunista y el tratamiento a base de lamivudina, zidovudina, efavir, en los pacientes con SIDA de la UMF 33 tratamiento 3.



Fuente: tabla 18, frecuencia en el número de veces de cada infección oportunista y el tratamiento a base de lamivudina, zidovudina, efavir, en los pacientes con SIDA de la UMF 33 tratamiento 3

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



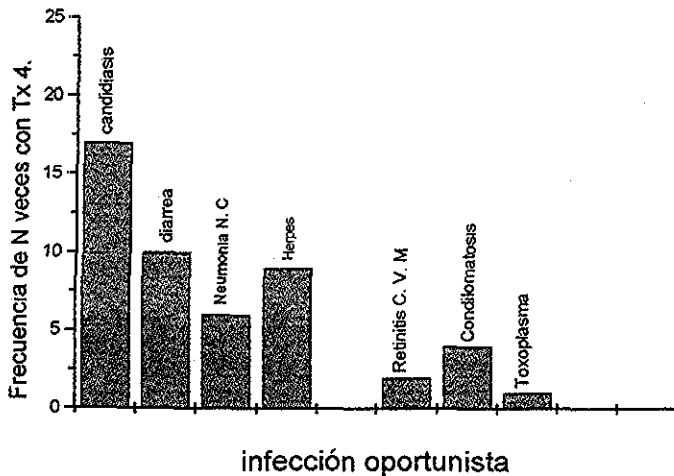
Tabla 19 Frecuencia en el número de veces de cada infección oportunista y el tratamiento a base de indinavir, lamivudina, estavudina, en los pacientes con SIDA de la UMF 33, tratamiento 4

Infección oportunista	Frecuencia No de veces de cada infección
Candidiasis	17
Diarrea	10
Neumonía N. carini	6
Herpes	9
T. B. ganglionar	-
Retinitis C. M. V	2
Condilomatosis	4
Toxoplasmosis	1
Linfoma	-

N=7

Fuente: base de datos obtenidos de los expedientes clínicos de los pacientes con SIDA de la UMF 33

Gráfica 19 Frecuencia en el número de veces de cada infección oportunista y el tratamiento a base de indinavir, lamivudina, estavudina, en los pacientes con SIDA de la UMF 33, tratamiento 4



Fuente: tabla 19, frecuencia en el número de veces de cada infección oportunista y el tratamiento a base de indinavir, lamivudina, estavudina, en los pacientes con SIDA de la UMF 33 tratamiento 4

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

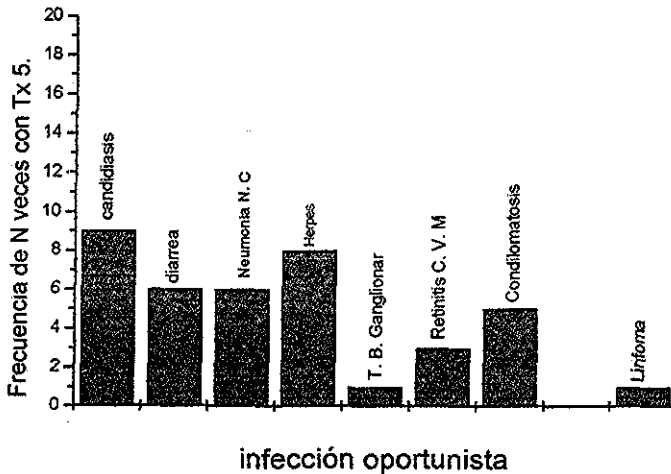
Tabla 20. Frecuencia en el número de veces de cada infección oportunista y el tratamiento a base de lamivudina, saquinavir, zidovudina, en los pacientes con SIDA de la UMF 33, tratamiento 5

Infección oportunista	Frecuencia No de veces de cada infección
Candidiasis	9
Diarrea	6
Neumonía N. carini	6
Herpes	8
T. B. ganglionar	1
Retinitis C. M. V	3
Condilomatosis	5
Toxoplasmosis	-
Linfoma	1

N=8

Fuente: base de datos obtenidos de los expedientes clínicos de los pacientes con SIDA de la UMF 33

Gráfica 20 Frecuencia en el número de veces de cada infección oportunista y el tratamiento a base de lamivudina, saquinavir, zidovudina, en los pacientes con SIDA de la UMF 33, tratamiento 5.



Fuente: tabla 20, frecuencia en el número de veces de cada infección oportunista y el tratamiento a base de lamivudina, saquinavir, zidovudina, en los pacientes con SIDA de la UMF 33, tratamiento 5.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

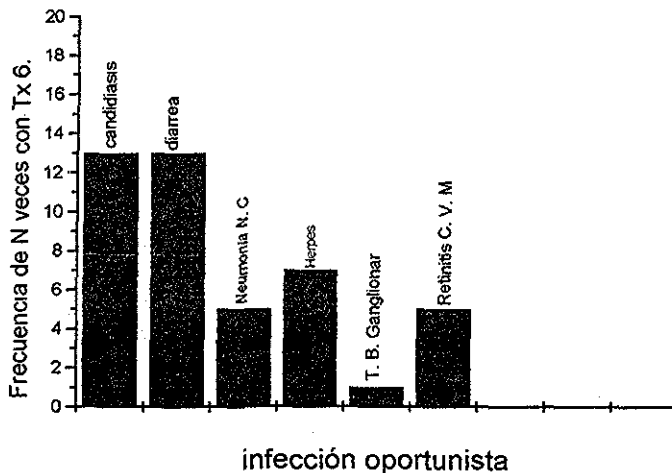
Tabla 21 Frecuencia en el número de veces de cada infección oportunista y el tratamiento a base de lamivudina, ritonavir, estavudina, en los pacientes con SIDA de la UMF 33, tratamiento 6

Infección oportunista	Frecuencia No de veces de cada infección
Candidiasis	13
Diarrea	13
Neumonía N. Carini	5
Herpes	7
T. B. Ganglionar	1
Retinitis C. M. V	5
Condilomatosis	-
Toxoplasmosis	-
Linfoma	-

N=2

Fuente: base de datos obtenidos de los expedientes clínicos de los pacientes con SIDA de la UMF 33

Gráfica 21. Frecuencia en el número de veces de cada infección oportunista y el tratamiento a base de lamivudina, ritonavir, estavudina, en los pacientes con SIDA de la UMF 33, tratamiento 6.



Fuente: tabla 21, frecuencia en el número de veces de cada infección oportunista y el tratamiento a base de lamivudina, ritonavir, estavudina, en los pacientes con SIDA de la UMF 33, tratamiento 6

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

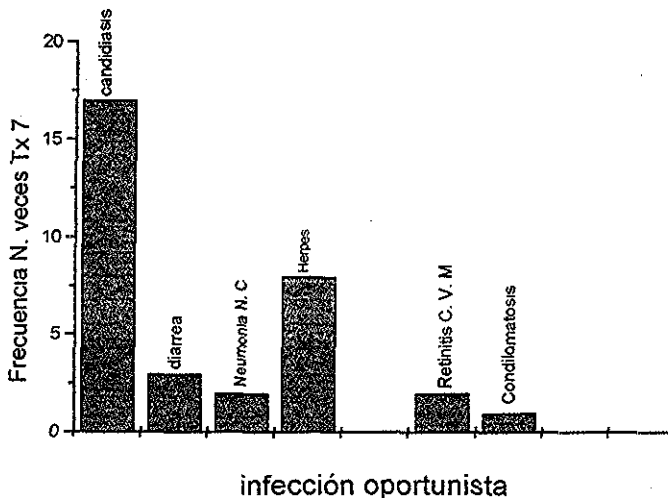
Tabla 22. Frecuencia en el número de veces de cada infección oportunista y el tratamiento a base de didanocina, saquinavir, ritonavir, estavudina, en los pacientes con SIDA de la UMF 33, tratamiento 7

Infección oportunista	Frecuencia No de veces de cada infección
Candidiasis	17
Diarrea	3
Neumonía N. carini	2
Herpes	8
T. B. ganglionar	-
Retinitis C. M. V	2
Condilomatosis	1
Toxoplasmosis	-
Linfoma	-

N=4

Fuente: base de datos obtenidos de los expedientes clínicos de los pacientes con SIDA de la UMF 33

Gráfica 22. Frecuencia en el número de veces de cada infección oportunista y el tratamiento a base de didanocina, saquinavir, ritonavir, estavudina, en los pacientes con SIDA de la UMF 33, tratamiento 7



Fuente: tabla 22: frecuencia en el número de veces de cada infección oportunista y el tratamiento a base de didanocina, saquinavir, ritonavir, estavudina, en los pacientes con SIDA de la UMF 33, tratamiento 7

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ANALISIS DE RESULTADOS Y DISCUSION

En este estudio podemos observar que los pacientes con SIDA de la UMF son en su mayoría del sexo masculino con predominio de edad de los 28 a los 37 años. Lo que nos hace concluir que se trata de población en edad adulta joven, que en su mayoría son solteros y homosexuales con ocupación que va desde obrero y profesional como las más frecuentes. Este reporte encontrado coincide con lo que se indica en la literatura con respecto a la preferencia sexual de estos pacientes como factor de riesgo y que en este caso se da desde personas profesionistas, con frecuencia, hasta personas que pertenecen a un nivel socioeconómico medio y bajo. Por lo cual el SIDA se da con frecuencia en todos los niveles socioculturales, pero sí con mayor predominio en homosexuales.

También es evidente que la infección más frecuentemente reportada como oportunista en este estudio, es la candidiasis, que coincide con otros estudios y con las estadísticas encontradas al igual que la diarrea y el herpes. Así mismo al cuantificar el número de veces en que se presentan estas infecciones oportunistas en cada paciente se encontró que la candidiasis, la diarrea y el herpes también fueron los más frecuentes, para estos pacientes de la UMF.

El tiempo de evolución de la enfermedad se encontró que los pacientes con 4 a 6 años fueron los más frecuentes y los de 7 a 9 años los menos frecuentes, lo cual probablemente se explique por que a esta etapa de la enfermedad y sin un buen manejo, los pacientes ya hayan muerto y por ello el reporte con este tiempo de evolución sea menos. También se encontró que según el tiempo de evolución las infecciones oportunistas más frecuentemente encontradas son: candidiasis, diarrea y herpes.

Nuestros pacientes estudiados llevan en su mayoría un tratamiento a base de lamivudina, saquinavir, ritonavir y estavudina, pero se observa que para cada uno de los siete diferentes esquemas de tratamiento se da un gran predominio de infecciones por candidiasis, lo cual nos hace pensar que hay cierta resistencia o que este tipo de infección es sumamente difícil de controlar. La diarrea es otra infección que se presenta con mucha frecuencia invariablemente del tipo de esquema terapéutico señalado.

Por lo tanto concluimos hasta aquí, que las infecciones oportunistas más frecuentes en los pacientes con SIDA de la UMF 33 invariablemente del tiempo de evolución, esquema terapéutico son: la candidiasis, la diarrea y el herpes.

Lo que nos provoca o induce a una gran inquietud si habrá otros factores asociados en la incidencia de estas infecciones que aún no hemos descubierto, o que existe una gran resistencia de los fármacos mencionados y que habría que aumentar su eficacia, o que hay que llevar a cabo un mejor control de estos pacientes, invitándonos a ahondar más en medidas para prevención del daño, protección específica para estos pacientes

## CONCLUSIONES

Los pacientes con SIDA de la UMF 33 el Rosario, son en su mayoría hombres homosexuales de nivel socioeconómico medio comprendidos entre los 28 a 37 años de edad, que presentan con mayor frecuencia candidiasis, diarrea y herpes como manifestaciones principales de infección oportunista, siendo indistinto el tiempo de evolución el tipo de esquema de tratamiento antiviral, en todos los casos se presentan estas tres infecciones con gran frecuencia. Por lo que hay que avocarnos en la búsqueda del manejo de nuestro paciente como un ser biopsicosocial, por ejemplo mejorar su alimentación, sus cuidados personales higiene, que podrían estar favoreciendo las recidivas de la alta incidencia de las infecciones oportunistas.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ganong. Fisiología Médica, 5ª. Ed. Manual Moderno. 1999 México D.F. pp 59-64.
- 2.-González Napoleón. Infectología clínica pediátrica. 6a.Ed. Trillas 1998. Méx. D.F. pp 594-97.
- 3.-Halabe. El internista. 2ª. Ed. Mc Graw Hill. 1997. Méx D.F. pp 412-429
- 4.-Harrison. Principios de medicina interna. 14ª. Ed. Interamericana. 1998. Méx D.F. pp1209-1231.
- 5.-Kumate. Manual de infectología. 12ª. Ed. Francisco Mendez Cervantes. 1998. Méx. D.F pp 470-520.
- 6.-Lilienfeld. Fundamentos de epidemiología. 4ª. Ed. SITESA. 1999. Méx. D.F. pp 32-5.
- 7.-Potter. Estudio clínico integral. 3ª. Ed. Interamericana. 1998. Méx. D.F. pp 75-114.
- 8.-Robbins. Patología estructural y funcional. 4ª. Ed. Interamericana 1996. Méx. D.F. pp 234-245.
- 9.-Surós. Semiología médica y técnica exploratoria. 7ª. Ed. Salvat. 1998. Méx. D.F. pp 514-528.
- 10.-Tierrey. Diagnóstico clínico y tratamiento. 4ª. Ed. Manual Moderno. 2001. Méx. D.F. pp 822-829.
- 11.-Zubirán. Manual de terapéutica Médica. 3ª. Ed. 2001. Mc Graw Hill. Méx. D.F. pp 521-538.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA



## **ANEXOS**

