

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21
I M S S

SOBREVIDA, FACTORES CLINICOS Y DEMOGRAFICOS DE LOS PACIENTES CON VIH / SIDA DE LA CLISIDA.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A:
DRA. ESCOBAR AGUILAR LETICIA

ASESOR:
DRA. IRIS CONTRERAS HERNÁNDEZ
MEDICO INTERNISTA ADSCRITO A
EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN EL H.G.Z. No.30



MÉXICO, D.F.

FEBRERO 2002

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

GRACIAS A DIOS POR LA FORTALEZA Y POR SU AMOR QUE ME HA MANTENIDO FIRME EN ESTE CAMINO.

A mi esposo y amigo Daniel, gracias por tu amor y el apoyo que hombro a hombro me has brindado, te amo cariño.

A mi papá, Jorge por su apoyo incondicional , sus cuidados y su ejemplo que es inspiración para toda la familia.

A mi mamá, Jose por su ayuda, sus cuidados y su amor desde el principio de este camino.

A mis hermanas : Susy , Pily y Mayte quienes con su amor y entusiasmo me han motivado a seguir mis ideales.

A David mi hermano, único con su amor y confianza en todo momento son motivo de mi orgullo.

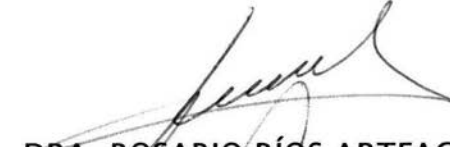
A cada una de las personas que en este momento no puedo enumerar pero por medio de la enseñanza, apoyo y amistad que me han brindado es que en este momento alcanzo una meta que define una etapa más de mi vida.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

GRACIAS NOMBRE: Leticia Escobar Aguilor
FECHA: 04-02-2004
FIRMA: [Firma]

AUTORIZACIÓN

DRA. MARTHA BOIJSEAUNEAU CARDENAS.
DIRECTORA DE LA UMF 21 I.M.S.S.



DRA. ROSARIO RÍOS ARTEAGA
JEFE DE EDUCACIÓN MEDICA.



DR. JORGE MENESES GARDUÑO.
TITULAR DE LA RESIDENCIA



ASESOR DE TESIS
DRA. IRIS CONTRERAS HERNANDEZ



SUBDIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

ÍNDICE

- I. INTRODUCCIÓN
- II. OBJETIVOS
- III. MATERIAL Y MÉTODOS
- IV. DISEÑO ESTADÍSTICO
- V. RESULTADOS
- VI. ANALISIS ESTADISTICO
- VII. CONCLUSIONES
- VIII. BIBLIOGRAFÍA
- IX. ANEXOS

I.- INTRODUCCIÓN

MARCO TEORICO

El Virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH) es el virus causal de el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), ampliamente estudiado . El modo de trasmisión o adquisición del virus se refleja en la velocidad de la progresión de la enfermedad; así, el tiempo promedio desde la seroconversión hasta el desarrollo del SIDA es de cerca de 7 años para aquellos que adquirieron la infección por transfusión y de 8 a 12 años para quienes se infectaron por relación homosexual.(1),

La sintomatología generalmente se presenta de 2 a 4 semanas después de la adquisición de la infección, pero a veces el periodo de incubación puede ser de 10 meses.

El evento cardinal en la progresión a enfermedad es la replicación viral, mientras que el evento determinante del desarrollo de inmunodeficiencia es la destrucción celular linfocitaria. Por medio de estos dos parámetros podemos evaluar la respuesta que el paciente tiene a el tratamiento y la progresión de la enfermedad.(2)

Así pues tenemos que la infección avanzada, se presenta en pacientes con <50 células CD4/ml, cuya expectativa de vida es de 12 a 18 meses y generalmente fallecen como consecuencia de condiciones relacionadas al VIH.

En su aspecto demográfico, el virus de la Inmunodeficiencia humana a dejado de ser la epidemia que afectaba principalmente a hombres homosexuales de Norteamérica y Europa occidental, para afectar a las poblaciones heterosexuales de África y el mundo en desarrollo. Nueve de cada diez personas con VIH-SIDA viven en los países pobres y dos partes de ese numero en África subsahariana. (3). Con respecto a las estadísticas en México según los datos registrados por CONASIDA durante el año 2000 se han registrado 4,855 casos nuevos de SIDA de los cuales 1,114 casos (22.9%) fueron diagnosticados este año y los restantes corresponden a años anteriores. El total de casos estimados es de 64,000 incluyendo subregistro y retraso en la notificación, se estiman 177,000 personas infectadas en nuestro País.México ocupa el lugar 72 a nivel mundial de un total de 34.3 millones estimados a finales de 1999. La relación. Hombre - mujer es de 6 a 1.Con respecto de la evolución de los casos de SIDA hasta Diciembre del 2000 se registró que 39.3% están vivos, 54.9% están muertos y 5.8% se desconoce. De estos el IMSS reporta a su cargo 30.6%. (4) Con base a la trascendencia epidemiológica de el SIDA, se han creado instancias a nivel Mundial como una respuesta a este problema, tal es el caso de ONUSIDA, quien en sus objetivos incluye el acceso a los medicamentos para el tratamiento de la infección y de las infecciones relacionadas, por la importancia que tiene para la sobrevida. (5- 6).

Los cambios demográficos que ha sufrido esta enfermedad están relacionados con varios factores entre los cuales está el tratamiento con medicamentos antirretrovirales. Por ya más de media década varios medicamentos han demostrado que al tomarse en combinación tienen la capacidad de suprimir la replicación del virus en el organismo (7).

Hoy en día, ya no hay duda de que la combinación de medicamentos antivirales es la mejor opción para mantener a los pacientes libres de enfermedades oportunistas y otras complicaciones vistas en la infección por VIH, siempre y cuando la carga viral (CV) se mantenga en niveles no detectables por ensayos clínicos y se observe una respuesta en los niveles de linfocitos CD4 (8). Existe buena evidencia en estudios clínicos de que la combinación de tres medicamentos antivirales, incluyendo dos inhibidores de transcriptasa reversa más un inhibidor de proteasa, ha logrado disminuir la carga viral a menos de 500 copias por mililitro hasta en el 93.3% de los pacientes (8).

Hasta el momento se desconoce la verdadera eficacia del TARAA (Tratamiento antirretroviral altamente activo) en tratamientos mas allá de los 3 años; el tratamiento doble con dos inhibidores de la transcriptasa reversa análogos a nucleócidos (ITRAN) logra los objetivos ideales solo en un numero limitado de pacientes y por un tiempo mucho mas corto promedio de 12 a 18 meses (9).

Por otra parte en individuos asintomáticos con cifras de linfocitos CD4 >500 cel/ml., o con CV menores a valores referidos, no se ha demostrado un beneficio en el inicio del tratamiento, existiendo múltiples factores que favorecen el pobre apego al tratamiento. Así mismo algunos expertos prefieren no iniciar tratamiento cuando las cargas están por debajo de 20 000 copias/ ml por RT-PCR y las cifras de CD4 están entre 350 y 500 cel/ml (10).

El objetivo del tratamiento es la mejoría del estado clínico manifestada por normalización del estado general, así como por ausencia de infecciones oportunistas de nueva aparición disminuir la CV plasmática a indetectable, es decir, <500 copias /ml con la consiguiente elevación de los linfocitos CD4 . Este objetivo puede ser logrado de acuerdo a ensayos clínicos en hasta en el 80 -90 % de los pacientes en tratamiento triple, pero en la práctica clínica cotidiana solo se obtiene 40-50% de los individuos tratados esta respuesta subóptima esta relacionada al pobre apego al tratamiento, altos niveles de CV o baja cifra de linfocitos CD4 previas al uso de medicamentos.

La resistencia de VIH a los antirretrovirales se define como cualquier cambio de la estructura viral que favorece la replicación viral en presencia de un medicamento anti-VIH específicamente, la resistencia es un fenotipo o característica de crecimiento del virus, resultando en un cambio o genotipo del mismo (11).

La resistencia viral a los medicamentos es actualmente un importante problema que influye en el tratamiento de las personas con VIH-SIDA . La resistencia es causa de falla de un esquema triple en mas del 75% de los casos, siendo consecuencia de múltiples fenómenos como son: la falta de apego, alteraciones en la absorción y fármaco cinética, en especial la interacción con otros medicamentos que disminuyan las concentraciones del antirretroviral la intolerancia a los tratamientos múltiples y la capacidad de inhibir completamente la replicación viral.

Las recomendaciones generales para limitar la resistencia son: iniciar tratamiento en etapas tempranas de la infección, con un esquema potente o por lo menos doble y lograr una supresión de la carga viral a niveles no detectables; no utilizar monoterapia, estimular el apego al tratamiento específicamente evitando disminución de dosis y supresión de algunas tomas, no realizar cambios en el tratamiento de acuerdo a ensayos de resistencia y contemplar los hallazgos de resistencia cruzada al momento de cambiar tratamiento.

También se ha encontrado que hasta 70% de los pacientes que no responden a los antivirales tienen mutaciones del VIH detectados por análisis de laboratorio. Además de esto la no-adherencia al tratamiento, el tomar medicamentos en una forma inadecuada son otros factores que influyen también en el desarrollo de resistencia.

La prevención de infecciones oportunistas retrasa la progresión de la infección por VIH, mejora la calidad de vida y prolonga el tiempo de sobrevida de las personas con el VIH-SIDA.

Por lo tanto deben hacerse todos los esfuerzos necesarios para asegurarse que el paciente reciba los medicamentos profilácticos que requiere de acuerdo con sus antecedentes epidemiológicos, su historia clínica y su conteo de linfocitos CD4.

JUSTIFICACIÓN :

El problema de el VIH - SIDA , actualmente representa un tema importante, digno de abordarse de una forma objetiva. En el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social el problema ha trascendido al grado de formar instancias de atención específicas para estos pacientes. Existe por tanto un interés genuino por conocer y de alguna manera evaluar cuál es la respuesta en la población usuaria y además conocer cuales son sus características.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El VIH - SIDA tiene una trascendencia social, política y económica ;dicha trascendencia se ha visto agudizada en los últimos tiempos debido a que actualmente existen estrategias, actos médicos y terapéuticos que pueden favorecer el estado de salud de el paciente , ofreciéndole una mejor calidad de vida y aumentando el tiempo de sobrevida. El Instituto Mexicano del Seguro Social ha instaurado una instancia institucional para el control y manejo de pacientes con VIH -SIDA; La clínica de SIDA (CLISIDA) , la cual en el caso de la Clínica numero 30 esta en función desde Octubre del 2000. A más de un año de haber iniciado las actividades de la CLISIDA en el H.G.Z. #30 , es necesario realizar una revisión con la finalidad de identificar los factores que están asociados a la sobrevida de los pacientes de VIH -SIDA , factores como : etapa clínica en que se inició el tratamiento con antirretroviral , la atención y prevención de la infecciones oportunistas, resistencia a antirretrovirales , cuenta absoluta de CD4 , cuantificación de ARN del VIH ,apego al tratamiento ,edad y sexo de los pacientes que son atendidos en la CLISIDA .

Con base a lo antes mencionado es necesario identificar:

¿ Cuales son las características clínicas, demográficas, y cuál es la sobrevida que tiene los pacientes de la CLISIDA del H. G. Z. No 30 de entre Octubre del 2000 a Diciembre del 2001?

II.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Describir las características clínicas y demográficas de los pacientes de la CLISIDA.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Calcular la sobrevida de los pacientes en CLISIDA.
2. Describir las características clínicas de los pacientes de la CLISIDA.
3. Describir las características demográficas de los pacientes de la CLISIDA.

III.- MATERIAL Y METODOS

1.- ÁMBITO GEOGRÁFICO EN EL QUE SE DESARROLLARA LA INVESTIGACIÓN:

En el Hospital general de zona número 30 del IMSS. Ubicado en AV. Plutarco Elías calles No735

Col. Santa Anita. Delegación Iztacalco. México Distrito Federal.

2.- DISEÑO DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN:

- a) Por el control de la maniobra experimental por el investigador: Observacional.
- b) Por la captación de la información: retrolectivo.
- c) Por la medición del fenómeno en el tiempo: transversal
- d) Por la presencia de un grupo control: sin grupo control
- e) Por la dirección del análisis: retrospectivo
- f) Por la ceguera en la aplicación y evaluación de las maniobras: Ciego.

3.- DISEÑO DE LA MUESTRA:

POBLACIÓN ACCESIBLE: El total de la población de la CLISIDA es de 120 pacientes.

DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Por medio del programa estadístico STATS para el cálculo del tamaño de la muestra, considerando el tamaño del universo con un error máximo aceptable del 5% y un nivel deseado de confianza del 95% con un porcentaje estimado de la muestra del 80%, se realiza el cálculo automáticamente, con un resultado de 80.64 como número de muestra.

PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA:

El investigador acudirá a la CLISIDA del H.G.Z No 30 para obtener el número total de pacientes usuarios de éste servicio.

Debido a que se cuenta con un archivo exclusivo para los pacientes usuarios de la CLISIDA.

Es factible hacer una selección sistemática de elementos muestrales mediante el cálculo de un intervalo K.

K es un intervalo que va a estar determinado por el tamaño de la población y el tamaño de la muestra. De manera que tenemos que $K = N / n$, en donde K = es un intervalo de selección sistemática; N = es la población; n = es la muestra.

Necesitamos una muestra de 80 pacientes $n = 80$; el tamaño de la población $N = 120$

$$K = N / n = 120 / 80 = 1.5 = 2 \text{ (redondeado)}$$

Del estante de expedientes se seleccionarán en el orden en que se encuentran dos expedientes contiguos y se omitirá uno y así sucesivamente hasta completar 80.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes atendidos en la CLISIDA con diagnóstico de VIH-SIDA.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

Pacientes atendidos en la CLISIDA sin diagnóstico de VIH-SIDA.

Pacientes con VIH - SIDA que no se atienden en la CLISIDA.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Pacientes cuyo expediente este incompleto

4.- VARIABLES

INFECCIÓN ASOCIADA AL VIH:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Infecciones por microorganismos que normalmente no causan enfermedad en personas sanas, pero sí en personas que han perdido, en parte, la función del sistema inmune por el VIH

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se tomará nota de la enfermedad o las enfermedades que estén registradas en el expediente. Se registrará siempre y cuando la haya padecido en el periodo transcurrido entre su diagnóstico y hasta el momento de la revisión.

INDICADORES Se medirá en términos de presente o ausente.

ESCALA DE MEDICIÓN: CUALITATIVA NOMINAL.

CUANTIFICACIÓN DE ARN DEL VIH:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: La carga Viral (CV) determinada en plasma es la medida de la cantidad circulante de VIH y se encuentra en relación directa con la producción viral.

Es la cuantificación de copias del ARN del virus por el método RT-PCR en número de copias por mililitro de sangre.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se tomará en cuenta la última cuantificación de carga viral registrada en el expediente. Generalmente la CV se expresa como número de copias de ARN por mililitro de plasma.

INDICADORES Número de copias por mililitro de Plasma.

ESCALA DE MEDICIÓN: CUANTITATIVA CONTINUA.

COMORBILIDAD:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Es un enfermedad congénita o adquirida que padece el paciente con SIDA pero que no está asociada a el VIH-SIDA, ya sea que haya sido diagnosticada antes o después de identificarse al individuo como sero-positivo.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se registrará aún cuando el diagnóstico sea anterior al VIH.

INDICADORES Se indicará como presente o ausente

ESCALA DE MEDICIÓN: CUALITATIVA NOMINAL.

SEXO:

DEFINICION CONCEPTUAL: Diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales, según las funciones que realizan en los procesos de reproducción.

DEFINICION OPERACIONAL: Según sexo al nacer.

INDICADORES Se indica como hombre y mujer.

ESCALA DE MEDICION: CUALITATIVA NOMINAL

TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL:

DEFINICION CONCEPTUAL: Es el tratamiento farmacológico establecido con medicamentos antirretrovirales, de los cuales existe un extenso listado.

DEFINICION OPERACIONAL: Se hace un listado de medicamentos tomando en cuenta los que se utilizan en la CLISIDA.

INDICADORES Se registra el esquema de tratamiento que se halla preescrito en la última

consulta, enlistando el medicamento por nombre sin especificar dosis.

ESCALA DE MEDICION: CUALITATIVA NOMINAL

MECANISMO DE TRANSMISIÓN:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Es el mecanismo por el cual el paciente adquirió la infección por VIH.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se cuantificará basándose en el registro hecho por el Médico en la entrevista inicial o por la trabajadora social; Cuando no exista este registro o explícitamente se reporte que el paciente desconoce el mecanismo se clasificará en el rubro de: ignora.

INDICADORES Contacto sexual, transfusión sanguínea, dispositivos (agujas p.ejem) laboral o lo ignora y no existen elementos que sugieran un mecanismo específico.

ESCALA DE MEDICIÓN: CUALITATIVA NOMINAL.

ESTADO CIVIL:

DEFINICION CONCEPTUAL: Estatus social registrado

DEFINICION OPERACIONAL: Se registrará estado civil que ostenta al momento de la revisión. (se registrará según los rubros anotados en el expediente).

INDICADORES Casado, Unión libre, Soltero, Divorciado o Viudo.

ESCALA DE MEDICION : CUALITATIVA NOMINAL

ESCOLARIDAD:

DEFINICION CONCEPTUAL: Es el grado de conocimientos adquiridos por una persona, mediante un sistema escolarizado.

DEFINICION OPERACIONAL: Se tomará en cuenta el nivel mayor alcanzado

INDICADORES : Postgrado, licenciatura, preparatoria, secundaria, primaria, menos de 3 años de primaria y analfabeta.

ESCALA DE MEDICION: CUALITATIVA NOMINAL.

PREFERENCIA SEXUAL:

DEFINICION CONCEPTUAL: Es la inclinación hacia uno o ambos sexos para tener contacto sexual según la preferencia personal

DEFINICION OPERACIONAL Se registrará la preferencia sexual referida en la entrevista inicial.

INDICADORES. Los rubros son: heterosexual, homosexual y bisexual

ESCALA DE MEDICION CUALITATIVA NOMINAL.

EDAD:

DEFINICION CONCEPTUAL: Lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o período que se estima la existencia de una persona.

DEFINICION OPERACIONAL: Se registrará el tiempo transcurrido en años de edad hasta el momento de la revisión o la muerte según el caso.

INDICADORES Se medirá en años cumplidos.

ESCALA DE MEDICION: CUANTITATIVA CONTINUA

SOBREVIDA DE LOS PACIENTES CON VIH-SIDA

DEFINICION CONCEPTUAL: Lapso de tiempo transcurrido desde la fecha de seropositividad hasta el momento de su muerte.

DEFINICION OPERACIONAL: Se medirá el tiempo en meses de vida desde el diagnóstico de VIH-SIDA hasta la revisión o la muerte según el caso.

INDICADORES Meses de vida posterior al diagnóstico de VIH-SIDA.

ESCALA DE MEDICIÓN: CUANTITATIVA CONTINUA

CUANTIFICACIÓN DE CD4

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Es el número de células CD4 por mililitro de plasma. Se obtiene el porcentaje de células CD4 por citometría de flujo.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se registrará el último reporte de cuantificación de CD4 ,

en caso de que no haya ningún registro se omitirá ese dato.

INDICADORES Se cuantifica en número de células por mililitro de plasma.

ESCALA DE MEDICIÓN: CUANTITATIVA DISCRETA

ETAPA CLÍNICA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Etapa clínica en la que el paciente está actualmente basado en el Sistema de clasificación para la infección por VIH / SIDA.

(revisada en 1993 por la CDC de Atlanta y recomendada Internacionalmente)

DEFINICIÓN OPERACIONAL Se registrará la etapa clínica en que está clasificado el paciente al momento de la revisión .

INDICADORES : Etapa A1, A2, A3; B1; B2; B3 y C1; C2 ;C3

ESCALA DE MEDICIÓN CUALITATIVA ORDINAL

IV.- DISEÑO ESTADÍSTICO

5. -PROPUESTA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se llevará a cabo por medio de un análisis univariado que incluye el cálculo de sobrevida. Por el método de Kaplan-Meller, el cálculo de gráficas e histogramas para ilustrar los resultados.

6. - DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

SISTEMA DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Se llevará a cabo la recolección de datos mediante la revisión de los expedientes clínicos de los pacientes, en una sola lectura, obtenidos del archivo del Hospital.

Se realizará un concentrado de datos para lo cual se elaborarán hojas especiales (anexo) con los datos a obtener, posteriormente se clasificarán con respecto de las escalas de medición de nuestras variables. Se vacía la información en una base de datos en un programa para este fin llamado D-Base

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN:

Se realizó análisis estadístico de tipo descriptivo, con medidas de resumen y de tendencia central para las variables cuantitativas y proporciones para las variables cualitativas, la información se presentó mediante tablas, histogramas y gráficas de pastel.

Se calculó la sobrevida mediante curva de Kaplan-Meller (utilizando el paquete estadístico SPSS Paquete estadístico para las Ciencias Sociales).

7. - ASPECTOS ETICOS

Por el tipo de estudio que se realizará no es necesario el consentimiento informado, ya que la obtención de los datos no transgreda ninguno de los acuerdos que refieren a la ética médica de el tratado firmado en Helsynky ni de su posterior modificación en Tokio.

V.- RESULTADOS

El presente estudio comprendió de una muestra de 82 pacientes, cuya información se obtuvo del HGZ No 30, del periodo comprendido entre Octubre del 2000 a Diciembre del 2001.

El promedio de edad de los pacientes fue de 35 años \pm 5 años.

El porcentaje de hombres fue 81.7% y mujeres 18.3%(tabla 1).

En la distribución por quinquenios el 66% está entre los 26 y los 40 años.(gráfica 1).

La escolaridad que predominó fue el nivel de preparatoria como se observa en la tabla 2.

El 75% de la población está empleado (gráfica 2) , el 54.8% tiene preferencia heterosexual y

El 79.3% adquirió la infección por contacto sexual (gráfica 3).

14.6% de los pacientes tienen otra enfermedad las cuales están expresadas en la tabla 3.

El 28% están en etapa clínica C3 (gráfica 4), el 89% recibe un tratamiento con antivirales

Y el promedio de esquemas utilizado por paciente es de 2.

El 68% ha cursado con alguna enfermedad asociada al VIH como (gráfica 5).

Se cuantificaron 60 datos de el total revisado, el 6.1% tiene carga indetectable.

Promedio de carga viral 132, 572.71 copias por mililitro \pm 182,198.

Con un límite mínimo de 70 y límite máximo de 740,000.

De un total de 62 datos el promedio de células de linfocitos CD4 : 250.35 células/ mililitro

Promedio de tiempo de observación: 56.67 MESES

con tiempo límite mínimo de 1 mes y un límite máximo de 264 meses.

Tiempo poblacional : 4647 meses (suma de el tiempo de observación).

Total de muertes registradas en el periodo de tiempo estudiado : 4

Tasa de prevalencia de SIDA :63.4 % ; Total de pacientes con SIDA : 52.

Tasa de prevalencia de VIH : 36.6%. Total de portadores del VIH asintomáticos : 30

Con el método de KAPPLAN - MELLER se obtiene un curva de sobrevida con un intervalo de confianza al 95% , con un rango que va de 206-267 meses . registra que la media de Sobrevida es de 236 meses. Así mismo la sobrevida a los 154 meses es del 80% y al año es de el 98%.

VI.- ANÁLISIS

Respecto de la caracterización de los pacientes de la CLISIDA, es claro que el VIH - SIDA es más frecuente en hombres que en mujeres; y de estos en la agrupación por quinquenios es de observarse que la mayor parte está comprendida en la población joven y económicamente activa, por lo cual no es de asombrarse que la mayor parte están ocupados como empleados de ahí se pueden inferir las implicaciones que atañe este hecho con respecto de incapacidades y pensiones, que por cierto este último rubro ocupa ya, la décima parte de la población estudiada en el caso de esta investigación. El 70% de la población cuenta mínimo con estudios de secundaria completa y de estos la mitad llegó a nivel medio superior, de lo anterior podemos deducir que no existe una relación respecto de el nivel de escolaridad en hacer efectivos los aspectos preventivos universales. La mayor parte de los pacientes son solteros y en conjunto con los viudos y los divorciados hacen el 75% de la población total estudiada. La preferencia sexual de los pacientes con VIH-SIDA es de predominio heterosexual según nuestro resultado, mismo que corrobora lo que recientemente se ha publicado como es sabido anteriormente era más frecuente que la población con VIH-SIDA fuera homosexual, y ahora somos testigos de la transición epidemiológica de esta enfermedad.

Según el cálculo de sobrevida para los pacientes con VIH-SIDA es de 19 años actualmente a partir de que se hace el diagnóstico, esto es digno de tomarse considerarse, ya que inicialmente se maneja una sobrevida de 10 años aproximadamente posterior al contagio con VIH.. Esta misma curva señala que el 98% de los pacientes estarán vivos en un año y el 80% a los 13 años y así sucesivamente va disminuyendo conforme pasa el tiempo.

Sin embargo contradictoriamente la mayoría de los pacientes de la CLISIDA tiene SIDA, lo cual sigue siendo un reto para la salud Pública pues como en tantas otras enfermedades lo prioritario es prevenir y la detección temprana de casos seropositivos.

Por otro lado es de notarse que la Carga viral a niveles indetectables que sería lo deseado en cada paciente que recibe tratamiento según el reporte obtenido es apenas de 6% lo cual puede tomarse como muy fiable, dado que solamente se tomaron cuenta 60 pacientes con la primera o la única cuantificación de carga viral., y es de considerarse que las más de las ocasiones fue la inicial para estatificar al paciente, por lo que en este caso no es posible correlacionar estos datos a determinar el éxito de el tratamiento. Lo inverso ocurre con el conteo de CD4 que lo deseable es que supere las 500 cel/ml. Y en este caso el promedio es apenas la mitad de este, pero es el mismo caso muchos pacientes no tienen una sola cuantificación ó cuentan solamente con la inicial, lo que hace imposible relacionarlo con la respuesta terapéutica al menos en esta revisión.

En este ámbito es importante mencionar que C3 es con mucho la predominante, lo que con los datos antes presentados no es de extrañarse, sin embargo el segundo lugar en frecuencia lo ocupa la A1 que es prácticamente la etapa en la que sería deseable iniciar tratamiento y vigilancia los pacientes seropositivos. Los esquemas terapéuticos están conformados en promedio por 2 antirretrovirales, lo cual habla bien de la respuesta clínica, lo inferimos dado que las más de las ocasiones en que se agrega un medicamento o se cambia obedece a causas clínicas, ya sea por intolerancia o por la aparición de enfermedades asociadas o deterioro clínico. Entre los medicamentos la Zidovudina y la Didanosina siguen ocupando los primeros lugares en elección inclusive para monoterapia. Según los datos obtenidos la mayor parte ha sufrido o padece una o más enfermedades asociadas a el VIH-SIDA y en base a nuestra investigación previa esto empeora la calidad de vida y por lo tanto promueve la progresión de la enfermedad, disminuyendo de manera importante la sobrevida de los pacientes.

La comorbilidad en el caso de nuestros pacientes no es tan predominante es apenas un 12 a 14% de la población quienes la tienen, pero ese solo hecho dependiendo de el tipo de afección modifica su evolución.

VII.- CONCLUSIONES

El VIH / SIDA es hoy por hoy uno de los capítulos más difíciles de abordar actualmente, no tan sólo por que ya no es la enfermedad intratable que inicialmente azotó a la humanidad, si no que la importancia de brindar tratamiento a estos pacientes trasciende todos los límites sociales, políticos y económicos. Según nuestros resultados la sobrevida actualmente ha aumentado de una forma considerable hasta 19 años después de diagnosticado el VIH, esta modificación esta dada seguramente con mucho al diagnóstico y tratamiento oportuno con antirretrovirales y la vigilancia constante para tratar oportunamente las enfermedades asociadas al VIH que por cierto son de lo más frecuente en esta población. La mayoría ha sido presa de enfermedades asociadas al VIH y pocos de ellos tienen alguna comorbilidad.

El presente estudio contribuye a explorar cual es el comportamiento que actualmente tiene la enfermedad y en este entendido poder implementar criterios o acciones que favorezcan un tratamiento racional y conciente a la comunidad que es afectada por el VIH. Cabe mencionar la importancia de enriquecer esta investigación a través de una revisión en un periodo de tiempo más largo y con un análisis estadístico Bivariado con el objeto de darle una mayor significancia.

VIII.- BIBLIOGRAFÍA

1. Edwin Cameron , El silencio ensordecedor del SIDA . Letra S 3 Agosto de 2000. 1-4.
2. CONASIDA , El SIDA en México ; estadísticas actualizadas hasta Diciembre de 2000.
3. Patricia Uribe Zúñiga , Directora del Consejo Nacional General del Consejo Nacional para la Prevención y el Control del SIDA, México. NOTICIAS; Salud pública de México. Vol. 41, No 6, Noviembre-Diciembre de 1999. 492-494.
4. Ildelfonso Téllez, Carlos del Río, Avances en el tratamiento de la infección por VIH. ¿Qué nueva información tenemos en 1998?, SIDA-ETS/ 1998 Vol. 4 No. 4. 133-138.
5. La carga de VIH en la sangre y el riesgo de transmisión por contacto heterosexual; Rev. Panamericana de Salud Pública, Vol. 7 (5), 2000. 343.
6. Leslie Hanna; Informe Farmacéutico, Beta, Junio del 2000, 6-7.
7. Enciclopedia Multimedia Encarta básica
8. Margaret Chesney, Phd, El desafío de cumplir el tratamiento; Beta, Verano 1999, 7-9.
9. Patricia Uribe Zúñiga, Samuel Ponce de León Rosales. Guía para la atención Médica de pacientes con infección por VIH-SIDA en consulta externa y hospitales; Cuarta Edición, Año 2000.
10. Christopher Gortner; Las enfermedades oportunistas : ¿ es seguro suspender la profilaxis ?, BETA , Febrero 1999, 15-23.
11. Leslie Hanna, Inhibidores de acceso: Una nueva clase de fármacos en la 7a Conferencia sobre Retrovirus y enfermedades oportunistas ; Beta Junio 2000, 5-7.
12. CONASIDA Compilación de varios documentos.

13. Peter Aggleton y Rafael Mazin, Ya se dispone de antirretrovíricos contra el VIH y el SIDA: ¿Es necesaria ahora la prevención?, Rev. Pan AM, Public health, 7 (3), 2000, 197-204

14. Liz Highleyman, Efectos Secundarios asociados con los fármacos Anti-VIH aprobados; Beta, Junio del 2000, 8-17

15. Gereg Szekeres, Las pruebas de resistencia genotípica y fenotípica; Beta, Verano de 1999, 18-22.

16. Detels R, Muñoz A, Peng Y, Graham N, Mellors J, Phair J. Early versus Deféret zidovudine monotherapy: . impact on AIDS-Free time ad survival in the multicenter AIDS cohort satudy. Antivir Ther 1997 Jan; 2 (1), 21

17. Nicholas Cheonis, Las suspensiones estructuradas del tratamientos: ¿Futuro protocolo?; Beta, Junio del 2000, 18-24.

18. Valerie E.Stone,MD, MPH; La mujer y el VIH Acceso y cumplimiento : la conexion vital, Beta Junio 2000, 25-27.

19. El acceso a los medicamentos antirretrovirales en países de ingreso mediano de América Latina.; SIDA Hoy , No 47; 1o de Octubre del 2000,Pág. 8-14.

20. Fernando Mino, KALETRA, nueva esperanza para pacientes con VIH-SIDA, Letra S ,No 57, Jueves 5 de Abril 2001.Pág. 10.

21. Secretaria de Salud ; Modificación a la Norma Oficial Mexicana .NOM-010-SSA2-1993 para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana

ANEXOS

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION REGIONAL SIGLO XXI
DELEGACION 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA N°30 "IZTACALCO"
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA**

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES CON VIH/SIDA FOLIO:

NOMBRE	
FILIACIÓN	

TELÉFONO		UMF	
-----------------	--	------------	--

EDAD		SEXO:	HOMBRE	MUJER	
ESTADO CIVIL	0. CASADO	1. UNION LIBRE	2. SOLTERO	3. DIVORCIAD O	4. VIUDO

ESCOLARIDAD	0	1	2	3	4	5
--------------------	---	---	---	---	---	---

0. PROFESIONAL
1. PREPARATORIA
2. SECUNDARIA
3. PRIMARIA COMPLETA
4. PRIMARIA INCOMPLETA
5. NINGUNA

OCUPACION	0. EMPLEADO	1. PENSIONADO /JUBILADO	2. DESEMPLEADO
------------------	-------------	-------------------------	----------------

FECHA DE SEROPOSITIVIDAD		AÑOS DE DETECCION	
---------------------------------	--	--------------------------	--

	CD4	FECHA	CD8	FECHA
INICIO ACTUAL				

MECANISMO DE TRANSMISIÓN	0. SEXUAL	1. TRANSFUSIÓN	2. DROGAS I.V
---------------------------------	-----------	----------------	---------------

PREFERENCIA SEXUAL	0. HETEROSEXUAL	1. BISEXUAL	2. HOMOSEXUAL
---------------------------	-----------------	-------------	---------------

ETAPA CLINICA AL INICIO DE TX	
ETAPA CLINICA ACTUAL	

NOMBRE : _____
FOLIO

TRATAMIENTO INICIAL FECHA :

MEDICAMENTO	DOSIS

TIEMPO DE DURACION DE ESQUEMA ANTERIOR
MOTIVO DE CAMBIO DE TRATAMIENTO

- 1.Intolerancia al medicamento
- 2.Carga viral alta
- 3.Deterioro clínico
- 4.Disminución de CD4
- 5.Toxicidad a retrovirales

TRATAMIENTO ACTUAL

FECHA DE INICIO :

MEDICAMENTO	DOSIS

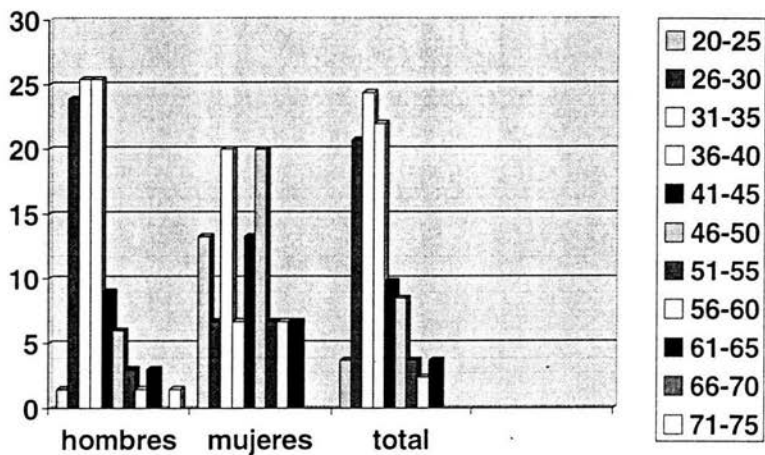
EFECTOS COLETAERALES DE LOS RETROVIRALES
PRESENCIA DE ENFERMEADES CONCOMITANTES :

TABLA # 1
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES
SEGÚN SEXO

SEXO	NUMERO	PORCENTAJE
<i>HOMBRE</i>	67	81.7 %
<i>MUJER</i>	15	18.3%

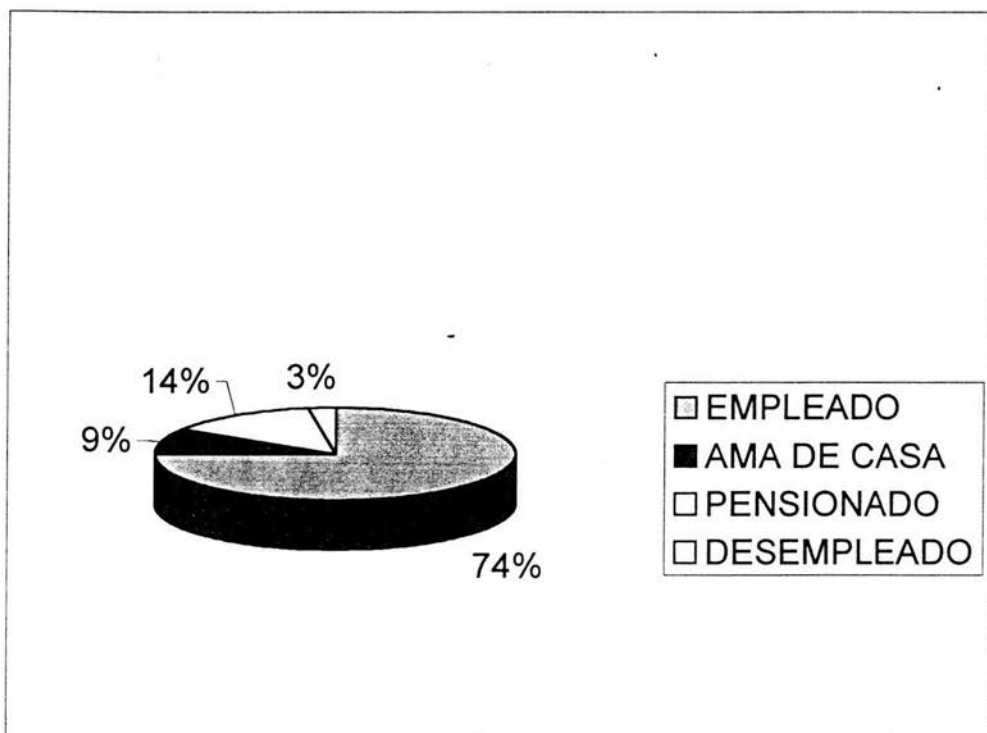
GRAFICA # 1

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR QUINQUENIO DE EDAD

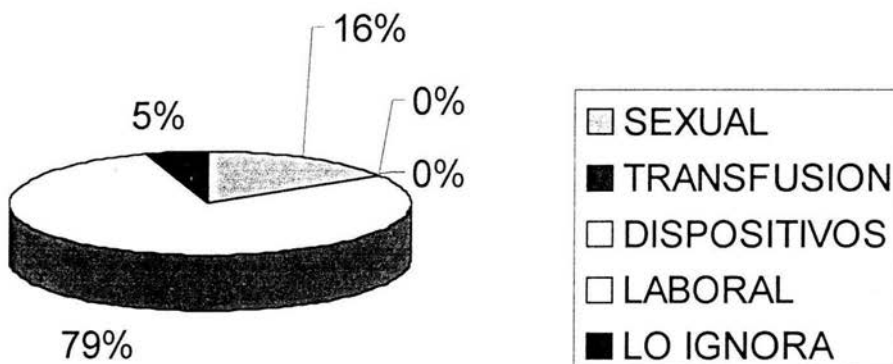


**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 21
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES
DE LA CLISIDA DEL H.G.Z. No 30
SEGÚN OCUPACIÓN**

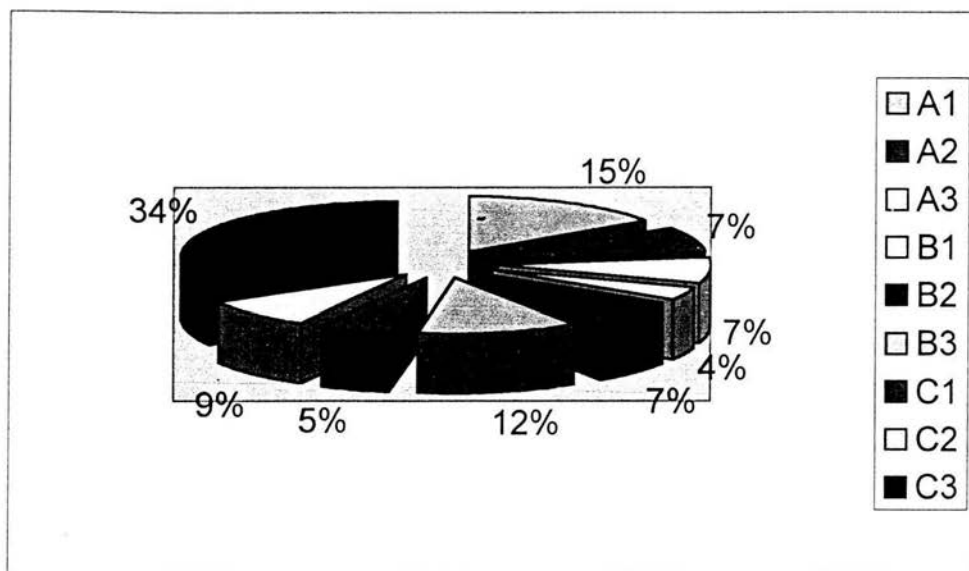
GRAFICA No 2



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 21
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES
DE LA CLISIDA DEL H.G.Z. No 30
POR MECANISMO DE TRANSMISIÓN
GRAFICA No3**

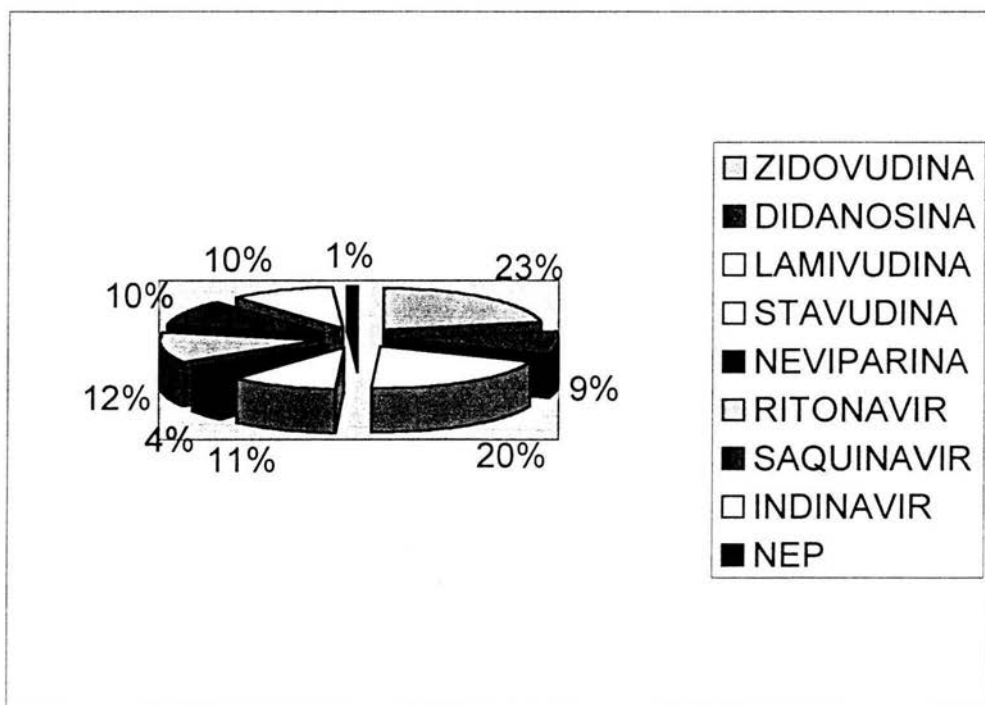


**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 21
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES
DE LA CLISIDA DEL H.G.Z. No 30
SEGÚN ETAPA CLINICA EN QUE SE ENCUENTRA.
GRAFICA No 4**

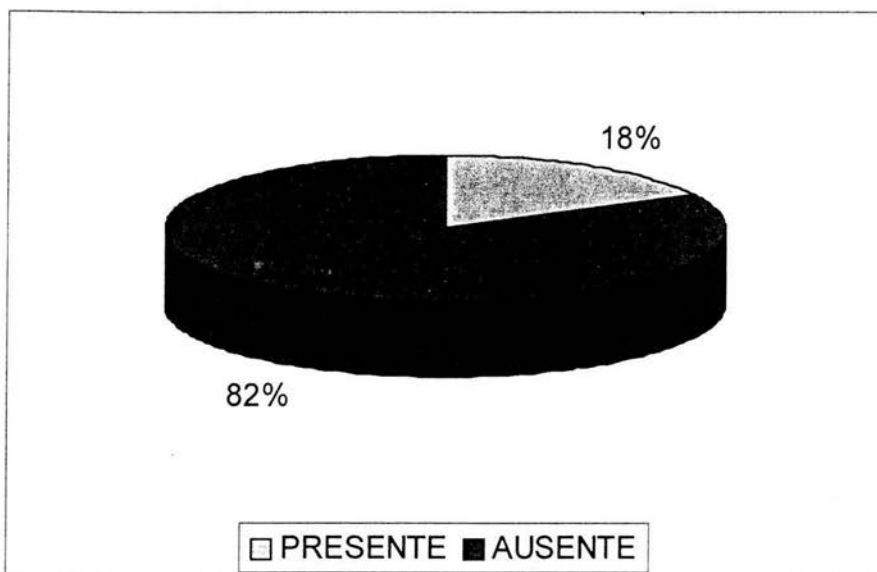


INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 21
DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS POR
PACIENTES DE LA CLISIDA DEL H.G.Z. No 30

GRAFICA No 5



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 21
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES
DE LA CLISIDA DEL H.G.Z. No 30
SEGÚN COOMORBILIDAD
GRAFICA No 6**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 21
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES
DE LA CLISIDA DEL H.G.Z. No 30
SEGUN GRADO DE ESCOLARIDAD**

TABLA No 2

ESCOLARIDAD	NO DE PACIENTES	PORCENTAJE
POSTGRADO	2	3.3
LICENCIATURA	6	9.8
PREPARATORIA	23	37.7
SECUNDARIA	19	31.1
PRIMARIA COMPLETA	5	8.2
PRIMARIA INCOMPLETA	3	4.9
ANALFABETA	3	4.9

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 21
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES
DE LA CLISIDA DEL H.G.Z. No 30
SEGÚN TIPO DE COOMORBILIDAD
TABLA No 3

ENFERMEDAD	NO PACIENTES	PORCENTAJE
DIABETES MELLITUS	2	2.4
HIPERTENSIÓN	2	2.4
EPOC	1	1.2
ENF.ACIDOPEPTICA	1	1.2
CANCER	2	2.4
CRISIS CONVULSIVAS	2	2.4
E.V.C.	1	1.2