

11227
291.43



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

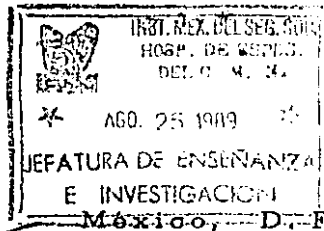
FACULTAD DE MEDICINA

EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA
EN EL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
DEL
CENTRO MEDICO NACIONAL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
1986 - 1988

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN
MEDICINA INTERNA
PRESENTA EL MEDICO CIRUJANO

OSCAR RAFAEL OCAÑA GALVAN



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

1989

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

INDICE. -

INTRODUCCION	2
MATERIAL Y METODOS	3
SEXOS, EDADES, MEDIAS	4
ESPECIALIDAD DE ATENCION INICIAL	6
ACTIVIDAD ECONOMICA	8
GRUPOS DE RIESGO IDENTIFICADOS	10
NIVEL SOCIOECONOMICO	12
FORMAS CLINICAS EXISTENTES EN EL ESTUDIO INICIAL	14
PRINCIPALES MANIFESTACIONES CLINICAS	16
REPORTE DE INFECCIONES	19
Hongos	20
Agentes bacterianos	21
Micobacterias	25
Agentes virales	26
Parásitos	29
REPORTE DE NEOPLASIAS	31
INMUNOGLOBULINAS EN SUERO	33
BIBLIOGRAFIA	34

SEDE: HOSPITAL DE ESPECIALIDADES.
CENTRO MEDICO NACIONAL.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

LAPSO: Enero de 1986 - agosto de 1988.

NO. DE PACIENTES: 24.

CRITERIOS DE INCLUSION: Jefatura de Servicios de Medicina Preventiva, I.M.S.S.

CRITERIOS DE EXCLUSION: Ausencia de información en el Expediente Clínico o ausencia del expediente mismo.

INTRODUCCION. -

El siguiente es el reporte clínico-epidemiológico oficial sobre casos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y otros estadios clínicos de infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional, Instituto Mexicano del Seguro Social, para el lapso comprendido entre enero de 1986 y agosto de 1988, y se emite con el fin de integrarlo a los reportes epidemiológicos de las demás instituciones hospitalarias oficiales de México.

MATERIAL Y METODOS. -

En el lapso comprendido entre enero de 1986 y agosto de 1988, fueron estudiados un total de 24 pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH, HIV por sus siglas en inglés), en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Los criterios para la inclusión de los pacientes fueron aquellos dictados por los Centros para el Control de Enfermedades (Centers for Disease Control) de Atlanta, USA, y aceptados por la Jefatura de Servicios de Medicina Preventiva del Instituto Mexicano del Seguro Social, (1).

El único criterio de exclusión implantado fue la ausencia de información en el expediente clínico o la ausencia del expediente mismo.

En cada caso se registraron: edad, sexo, especialidad de atención inicial, actividad económica, grupo de riesgo, nivel socioeconómico, forma clínica existente en el estudio inicial, principales manifestaciones clínicas, así como tipo y ubicación de infecciones y neoplasias encontradas. Con tales datos se elaboraron tablas y/o gráficas de número de casos y en su caso porcentajes.

Interrogatorio directo al paciente o indirecto a familiares.

Para el diagnóstico de infecciones en todos los casos se requirió de demostración por cultivo en los medios habituales, o serología (antígenos por aglutinación donde se indica) al tratarse de bacterias, observación directa en caso de protozoarios, observación directa o cultivo en medios habituales al tratarse de hongos, y serodiagnóstico (anticuerpos por aglutinación o ELISA) en el caso de virus. En ningún caso se estableció un diagnóstico sin demostración microbiológica.

En los casos de neoplasias, se requirió sin excepción demostración histológica, con tinciones de rutina.

Todos los pacientes se estudiaron hospitalizándolos para el fin.

SEXOS, EDADES, MEDIAS.-

La relación numérica entre sexos es similar a la reportada en nuestro país hasta la actualidad: un predominio aplastante de pacientes del sexo masculino (radio 23:1), sin haberse identificado, entre las mujeres, una sola perteneciente al grupo que se consideraba en México como de mayor riesgo: prostitución. La única paciente hallada en esta serie era cónyuge de un bisexual promiscuo. Los reportes más actuales en México están demostrando que las cónyuges o concubinas de bisexuales o heterosexuales muy promiscuos son el verdadero grupo de mayor riesgo entre las mujeres, de acuerdo con los reportes de los demás hospitales oficiales.

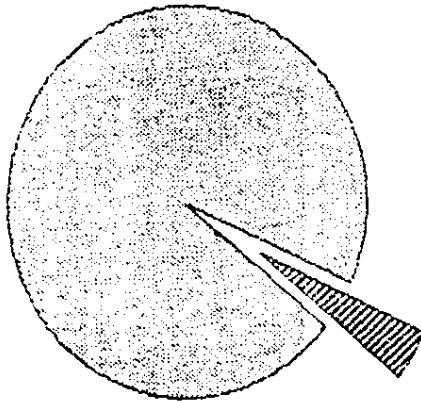
Rango de edades 23 a 63, con una media en ambos sexos de 34 años. Estas edades corresponden a las de mayor actividad o promiscuidad sexual. Desgraciadamente, en estos grupos de edades de pacientes están también los de mayor productividad económica, que en todos los casos de estadios avanzados quedan incapacitados para el trabajo por la enfermedad.

SEXOS:

<u>Masculino</u>	23
<u>Femenino</u>	1

EDADES:

	Rango		Media
<u>Masculino...</u>	23-63	...	34.09
<u>Femenino....</u>	34	...	34.00

Relación entre sexos

■
Masculino

▨
Femenino

Masc = 23 Fem = 1

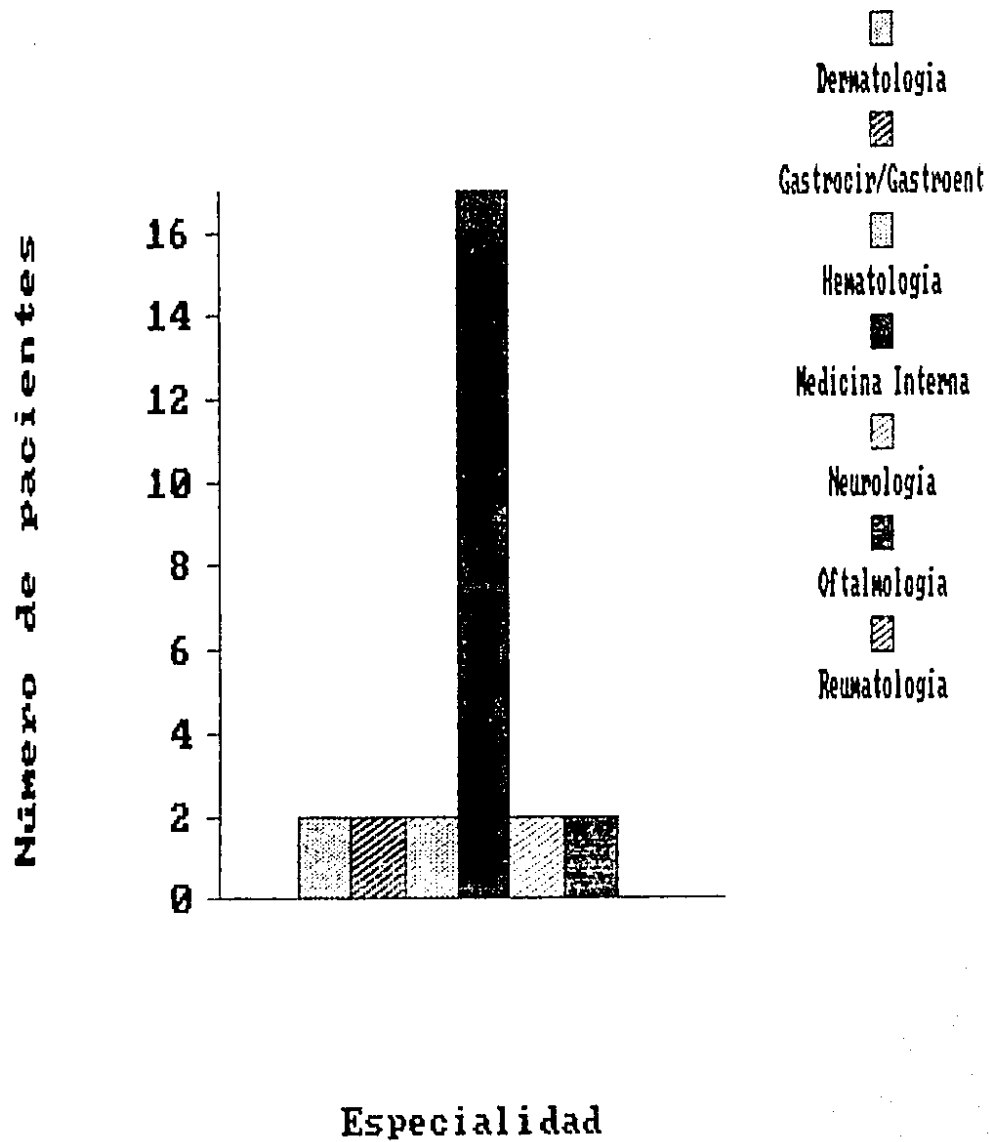
ESPECIALIDAD DE ATENCION INICIAL.-

Debido a la variabilidad de manifestaciones clínicas (digestivas, neurológicas, dermatológicas, neurológicas, oftalmológicas, etc., que se reportarán en detalle posteriormente), la atención inicial corresponde en casi la totalidad de los casos al Servicio de Medicina Interna (Infectología), sobre todo en aquéllos pacientes aún sin diagnóstico de certeza al momento de su ingreso.

Los Servicios de Dermatología, Gastrocirugía, Gastroenterología, Hematología, Neurología, Oftalmología y Reumatología, reciben en conjunto una pequeña proporción del total de pacientes en el Hospital. Fueron siempre casos sin diagnóstico de certeza al momento de su ingreso, y enviados a tales Servicios según la ubicación de las manifestaciones clínicas iniciales.

La relación precisa fue la siguiente:

Medicina Interna	<u>17</u>
Dermatología	<u>2</u>
Hematología	<u>2</u>
Neurología	<u>2</u>
Oftalmología	<u>2</u>
Gastrocirugía	<u>1</u>
Gastroenterología	<u>1</u>
Reumatología	<u>1</u>

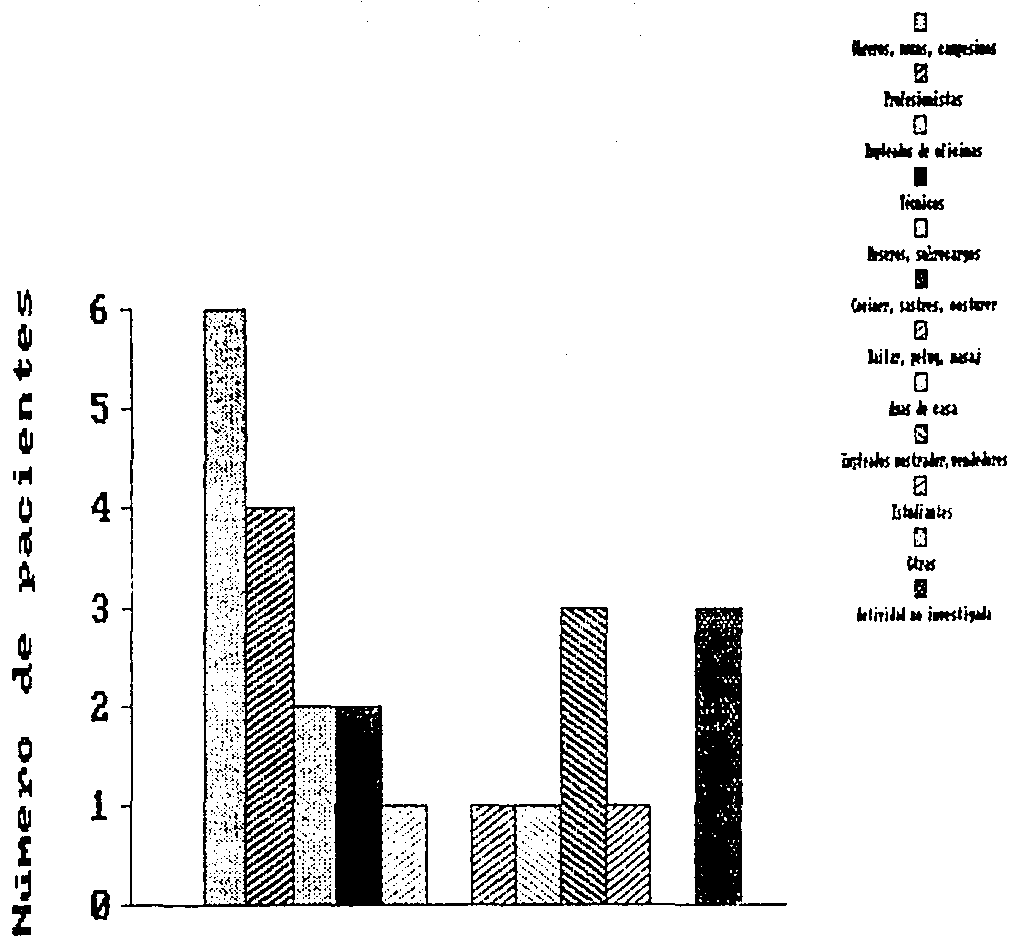


ACTIVIDAD ECONOMICA.-

Debido a la naturaleza laboral de los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (empleados de empresas privadas o sus directamente dependientes), hubo predominio de obreros y mozos entre los pacientes, así como una proporción significativa de profesionistas empleados. Es muy importante hacer notar que entre los primeros la prostitución masculina en bisexuales fue uno de los principales factores de riesgo (resultó ser una práctica común en los baños de las centrales de autobuses, en el caso demostrado de dos pacientes). Entre los profesionistas (abogados, contadores), en todos los casos hubieron viajes frecuentes a la frontera norte del país y a los Estados Unidos.

En detalle, las actividades económicas de los pacientes estudiados fueron:

Obreros, mozos, campesinos	6
Profesionistas	4
Empleados de oficinas	2
Técnicos	2
Meseros, sobrecargos	1
Cocineros, sastres, costureros	
Bailarines, peluqueros, masajistas	1
Amas de casa	1
Empleados de mostrador, vendedores	3
Estudiantes	1
Otras	
Actividad no investigada	3



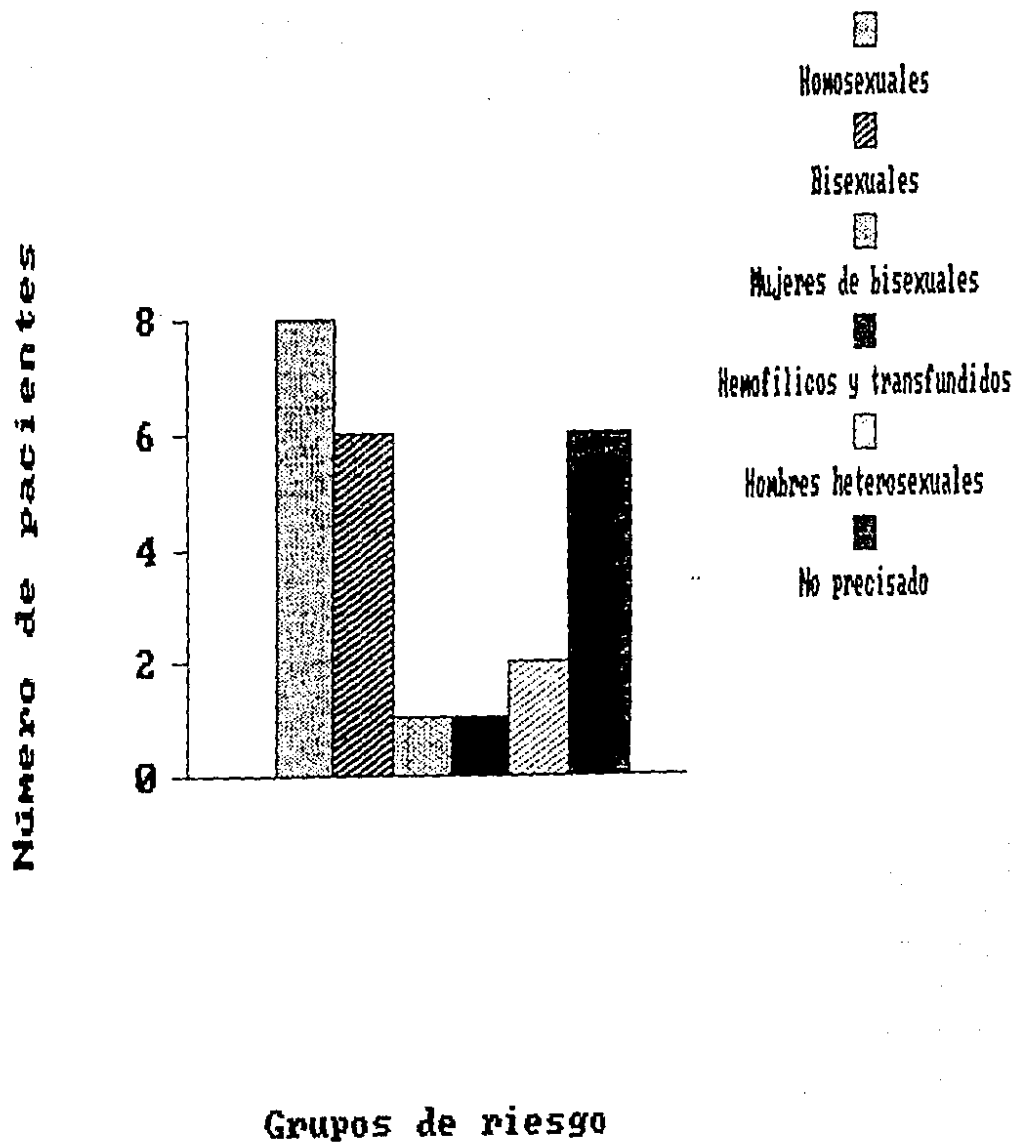
GRUPOS DE RIESGO IDENTIFICADOS.-

Continúan, en nuestro medio, siendo los homosexuales el principal grupo de riesgo para la transmisión del SIDA, debido a que existen relativamente pocos usuarios de estupefacientes de administración intravenosa (heroína) en nuestro país en comparación con la población general, debido al alto costo de la droga. Es muy importante destacar que hay una alta proporción de bisexuales frecuentemente no identificados (en el presente estudio todos los casos estudiados mantenían en secreto su doble rol sexual, por motivos familiares y sociales, mostrando únicamente una personalidad heterosexual ante la sociedad). Con esto queremos hacer notar que debe considerarse ante todo sujeto aparentemente heterosexual, la posibilidad de que sea en realidad un bisexual. Esto tiene suma importancia, ya que los bisexuales constituyeron en parte el puente para la diseminación del SIDA desde la población puramente homosexual hacia la población heterosexual (tanto compañeros sexuales estables -cónyuges o concubinas- como heterosexuales promiscuos). En la actualidad, tanto los homosexuales como los bisexuales y los heterosexuales promiscuos constituyen, en ese orden, población de alto riesgo en México para la diseminación del SIDA.

Respecto a la diseminación por sangre o derivados infectados, ésta se ha frenado por completo en México en los referente a transfusiones, al hacerse rutinaria y obligatoria la detección de anticuerpos anti-VIH (HIV Abs IgG) por técnica de ELISA en todo el material donado, por parte de los bancos de sangre públicos y privados del país. Los casos ya conocidos, en su inmensa mayoría hemofílicos (tanto pediátricos como adultos), adquirieron el virus antes de la detección sistematizada, y estaban en período de incubación (períodos de incubación máximos conocidos hasta ahora siete años en países desarrollados; máximos conocidos en México hasta el momento cuatro años).

El número de pacientes en cada grupo de riesgo en nuestro hospital fue:

Homosexuales	8
Bisexuales	6
Hombres heterosexuales	2
Mujeres de bisexuales	1
Hemofílicos y transfundidos	1
No precisado	6

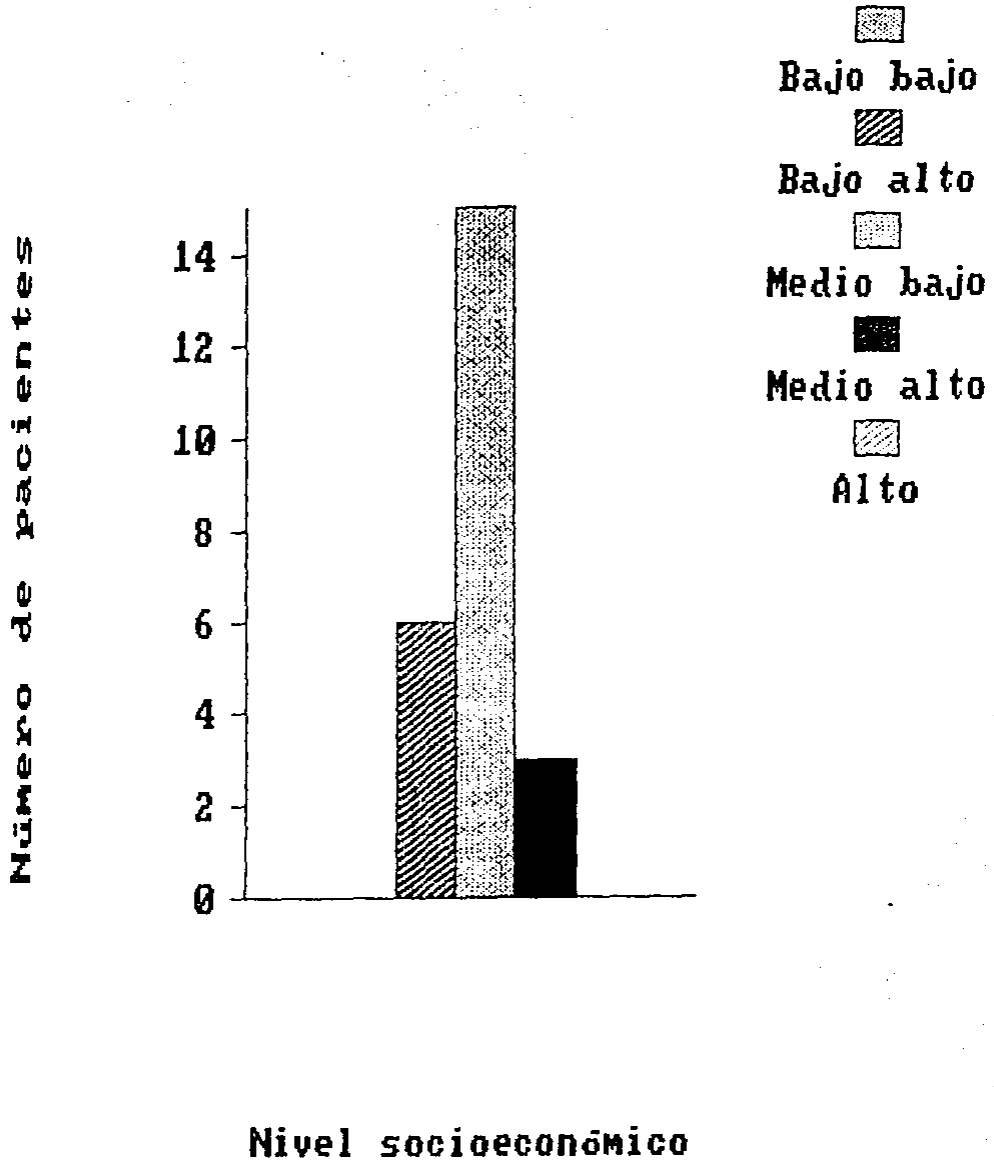


NIVEL SOCIOECONOMICO. -

Mayor proporción de pobladores de medios socioeconómicos medio bajo y bajo alto, debido a que constituyen la mayoría de los pacientes que el Instituto Mexicano del Seguro Social ampara. En medios privados el predominio es del grupo socioeconómico medio alto y alto. En medios oficiales para población abierta (no derechohabiente de IMSS o ISSTE), es decir, SSA, DDF y DIF, hay predominio de población de estratos socioeconómicos bajos. En todos los niveles socioeconómicos se reportan continuamente casos nuevos de SIDA casi en igual proporción; el predominio de uno u otro grupo depende solamente del tipo de institución que reporte.

Los hallazgos en nuestro plantel se reportan a continuación:

Bajo bajo	11
Bajo alto	10
Medio bajo	<u>15</u>
Medio alto	3
Alto	11

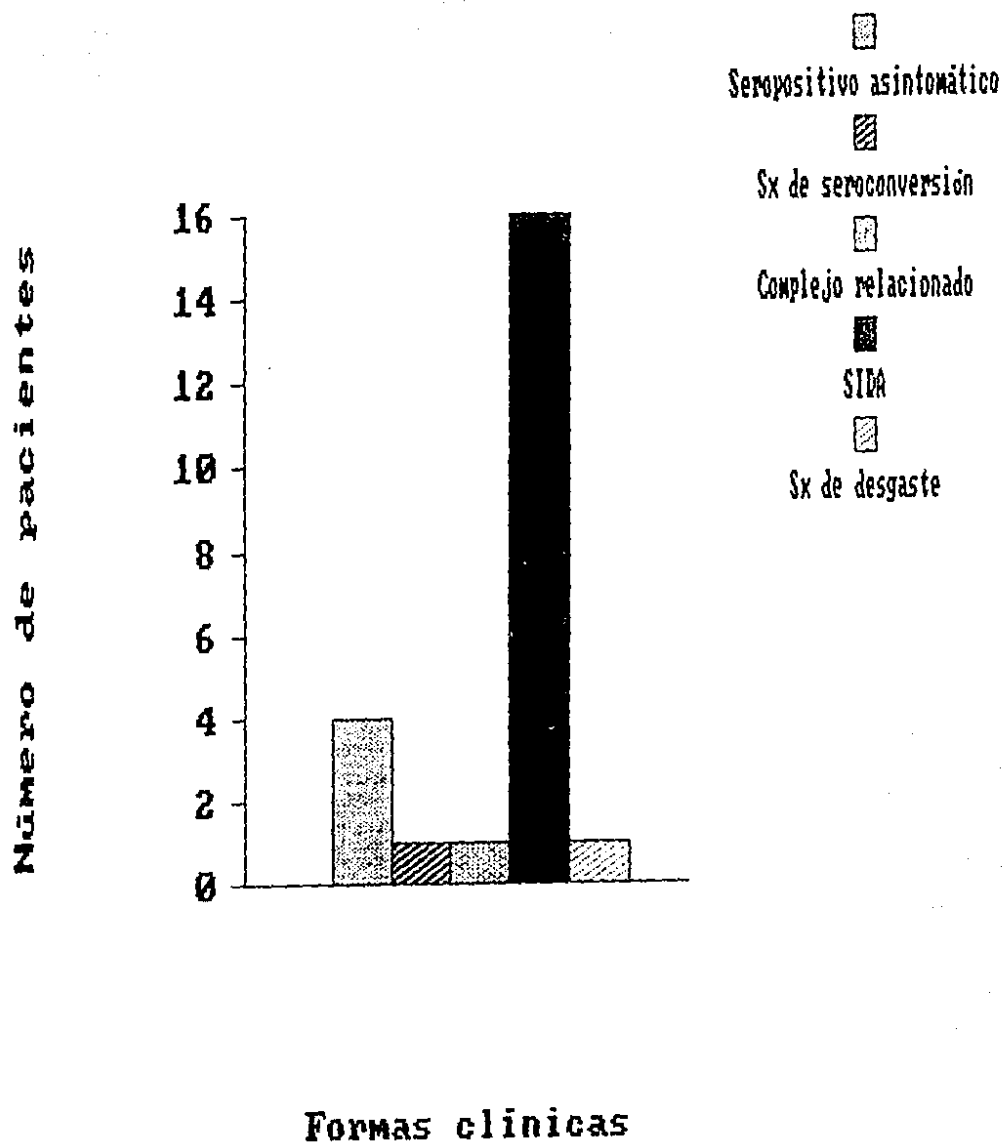


FORMAS CLINICAS EXISTENTES EN EL ESTUDIO INICIAL.-

Debido a la ignorancia por parte de la población general de las características clínicas del SIDA, y debido también a la vergüenza y temor al repudio social que implica el saberse sospechoso o enfermo de SIDA, la mayor parte de la población continúa sin acudir a buscar atención médica al respecto. Es por eso que todavía en la mayoría de los casos el diagnóstico y la etapificación de la enfermedad se hacen tarde. La gran mayoría de los pacientes recibidos en nuestro hospital estaban en estadio terminal (estadio IV de acuerdo a la clasificación de los CDC -Centers for Disease Control- de Atlanta, vigente en el momento de iniciar este estudio). Debido a la disparidad de criterios respecto a la clasificación de formas clínicas de la enfermedad, y a la vigencia variable de una u otra de ellas, así como a la ausencia de una clasificación universalmente aceptada, nosotros clasificamos a los pacientes, de acuerdo a cuadro clínico, en una simple y muy funcional forma, que se reporta a continuación junto con los números de casos correspondientes, y que se sugiere como una opción para clasificación:

Seropositivo asintomático	<u>4</u>
Sx de seroconversión	<u>1</u>
Complejo relacionado	<u>1</u>
Sx de desgaste	<u>1</u>
SIDA	<u>16</u>

No hay disparidad de criterios respecto al cuadro clínico que cada enunciado implica, y que son bien conocidos de todo clínico que trabaja con este tipo de pacientes. Todos ellos aceptados por el CDC. No es el objetivo del presente reporte epidemiológico el extenderse en definiciones básicas. Se proporciona bibliografía elemental al respecto en las páginas finales (2 en adelante).



PRINCIPALES MANIFESTACIONES CLINICAS. -

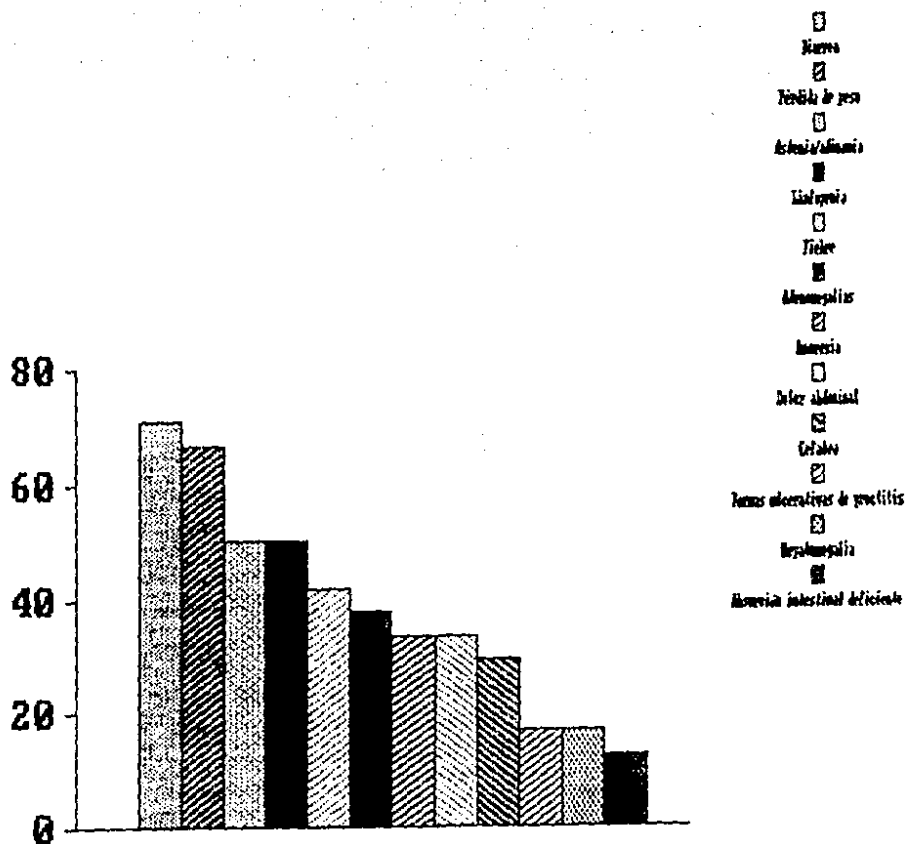
A continuación se tabula el reporte de los principales síntomas, signos o síndromes, según el caso, encontrados en la población de nuestro hospital, según su frecuencia. Se grafican los doce principales, que deben considerarse como los clásicos de la enfermedad en estadio final (clasificación actual CDC estadio IV, subgrupos a hasta e, clasificación de nuestro grupo SIDA estadio terminal, subgrupos se clasifican simplemente enunciando aparato o sistema involucrado y según la siguiente tabla).

	# de pacs.	%
Diarrea	<u>17</u>	<u>70.83</u>
Pérdida de peso	<u>16</u>	<u>66.67</u>
Astenia/adinamia	<u>12</u>	<u>50.</u>
Linfopenia	<u>12</u>	<u>50.</u>
Fiebre	<u>10</u>	<u>41.67</u>
Adenomegalias	<u>9</u>	<u>37.50</u>
Anorexia	<u>8</u>	<u>33.33</u>
Dolor abdominal	<u>8</u>	<u>33.33</u>
Cefalea	<u>7</u>	<u>29.17</u>
Formas ulcerativas de proctitis	<u>4</u>	<u>16.67</u>
Hepatomegalia	<u>4</u>	<u>16.67</u>
Absorción intestinal deficiente	<u>3</u>	<u>12.50</u>
Vómito	<u>3</u>	<u>12.50</u>
Faringitis crónica	<u>3</u>	<u>12.50</u>
Convulsiones	<u>3</u>	<u>12.50</u>
Hiperproteínorraquia	<u>3</u>	<u>12.50</u>
Pleocitosis de mononucleares en LCR	<u>3</u>	<u>12.50</u>
Tos	<u>3</u>	<u>12.50</u>
Insomnio	<u>2</u>	<u>8.33</u>
Formas ulcerativas de colitis	<u>2</u>	<u>8.33</u>
Esplenomegalia	<u>2</u>	<u>8.33</u>
Alucinaciones	<u>2</u>	<u>8.33</u>
Temblor fino de miembros	<u>2</u>	<u>8.33</u>
Nefritis	<u>2</u>	<u>8.33</u>
Somnolencia	<u>2</u>	<u>8.33</u>
Insuficiencia hepática	<u>2</u>	<u>8.33</u>
Anemia megaloblástica	<u>1</u>	<u>4.17</u>
Insuficiencia respiratoria	<u>1</u>	<u>4.17</u>
Deterioro rostrocaudal	<u>1</u>	<u>4.17</u>
Hemorragia de TD bajo	<u>1</u>	<u>4.17</u>
Disminución de la libido	<u>1</u>	<u>4.17</u>
Polineuropatías	<u>1</u>	<u>4.17</u>
Artralgias sin fiebre	<u>1</u>	<u>4.17</u>
Miopatías metabólicas	<u>1</u>	<u>4.17</u>
Hipoplasia de médula ósea	<u>1</u>	<u>4.17</u>
Trombocitopenia	<u>1</u>	<u>4.17</u>
Coombs directo positivo	<u>1</u>	<u>4.17</u>
Derrame pleural	<u>1</u>	<u>4.17</u>
Hipertensión intracraneana	<u>1</u>	<u>4.17</u>
Impotencia	<u>1</u>	<u>4.17</u>
Rinorrea hialina	<u>1</u>	<u>4.17</u>

Demencia	-
Encefalopatía multicéntrica	-

Respecto a estas dos últimas entidades, no se encontraron casos con criterios suficientes para integrar los síndromes. Se enuncian por existir casos reportados en series de otras instituciones.

Porcentaje de pacientes

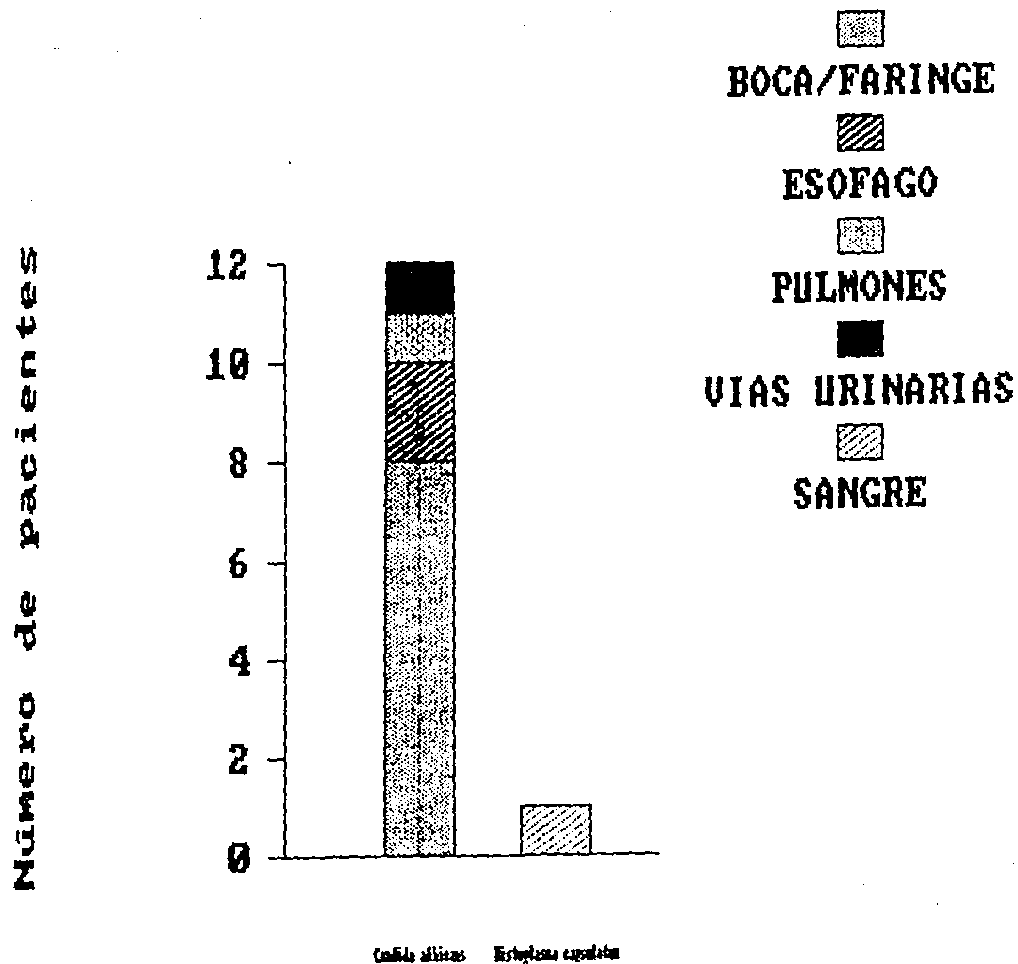


Manifestaciones clínicas

REPORTE DE INFECCIONES.-

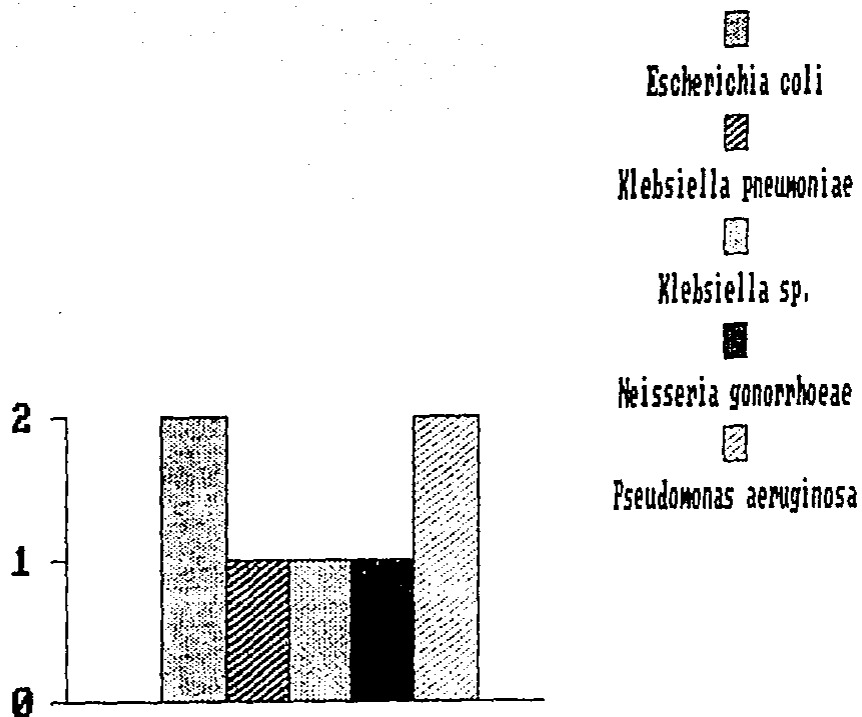
En las páginas siguientes se reportan, en forma gráfica, las infecciones y/o infestaciones (hongos, bacterias, micobacterias, virus y parásitos) encontradas, su topografía y el número de pacientes con cada entidad. Para aceptar el diagnóstico, se requirió sin excepción la demostración por cultivos repetidos (3) en los casos de hongos, bacterias y micobacterias, serología (anticuerpos por ELISA) en los casos de virus (y bacterias cuando se indica), observación directa y serología (anticuerpos por ELISA) en los casos de parásitos. En ningún caso se aceptó el diagnóstico en base a cuadro clínico o aspecto al examen por inspección simple únicamente. Con esto se ha evitado el sobrediagnóstico de entidades infecciosas, común en algunas series reportadas.

El diseño de las gráficas (barras simples o barras acumuladas, según requerimientos), para reportar agentes etiológicos, topografía y número de casos, hacen innecesarias explicaciones ulteriores en texto.



Candida albicans/Histoplasma capsulatum

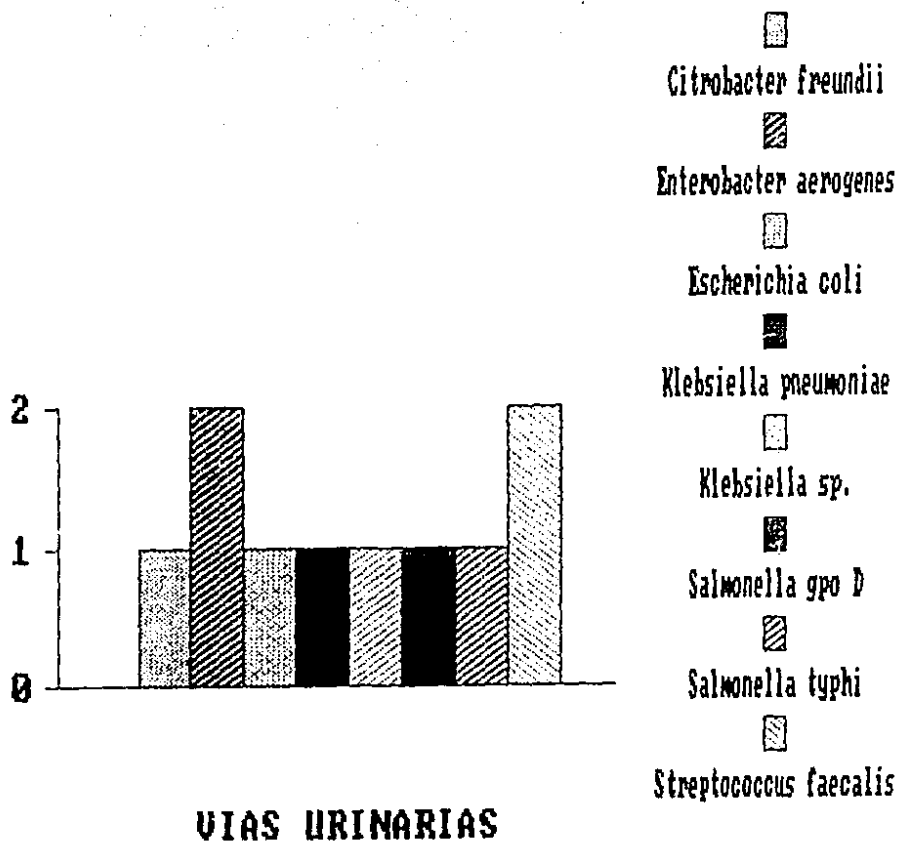
Número de pacientes



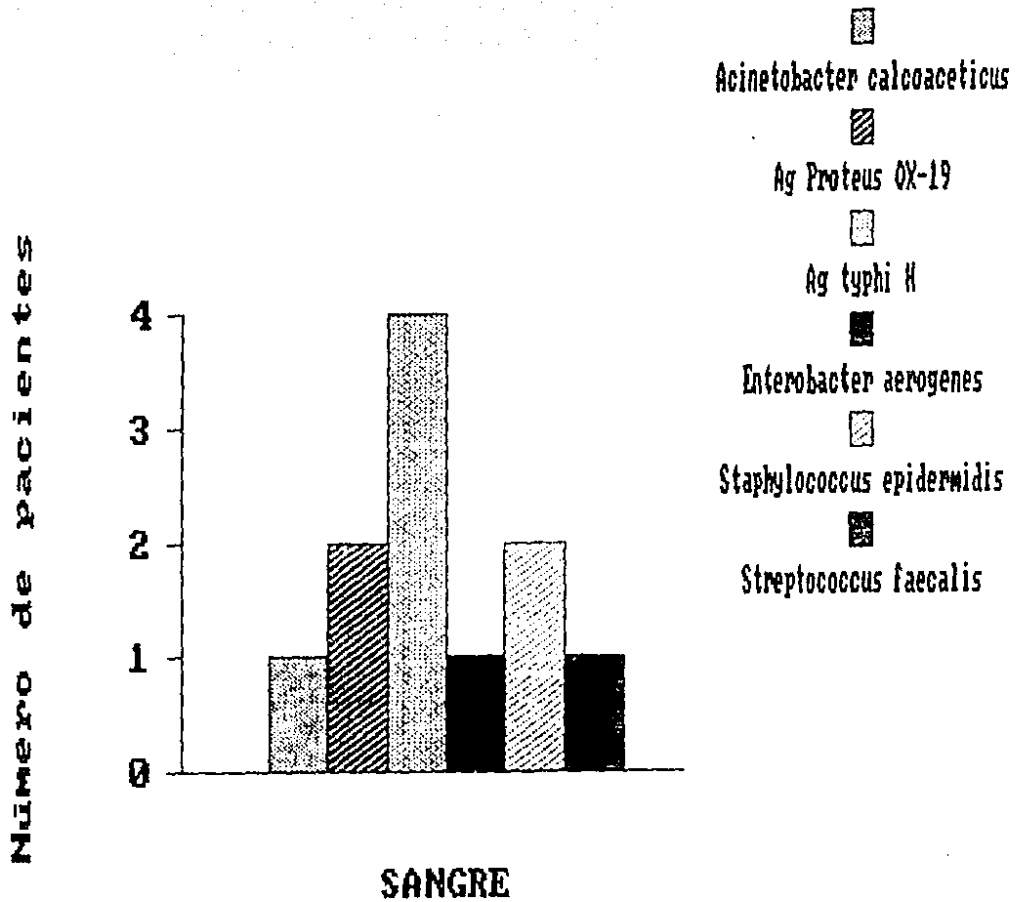
BOCA/FARINGE

Agentes bacterianos

Número de pacientes

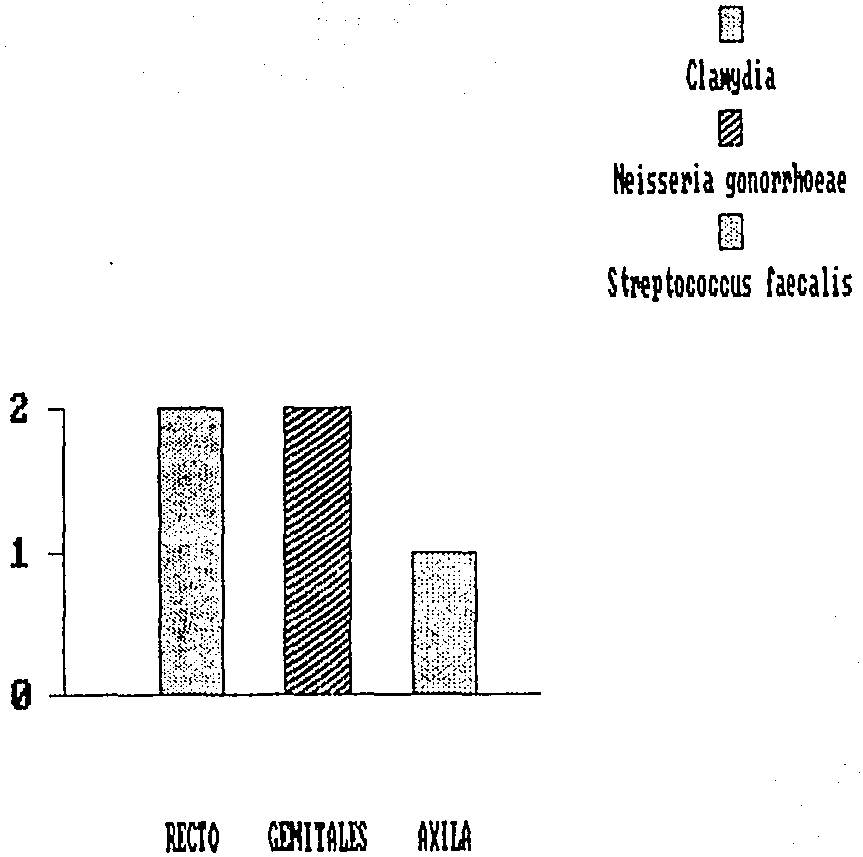


Agentes bacterianos

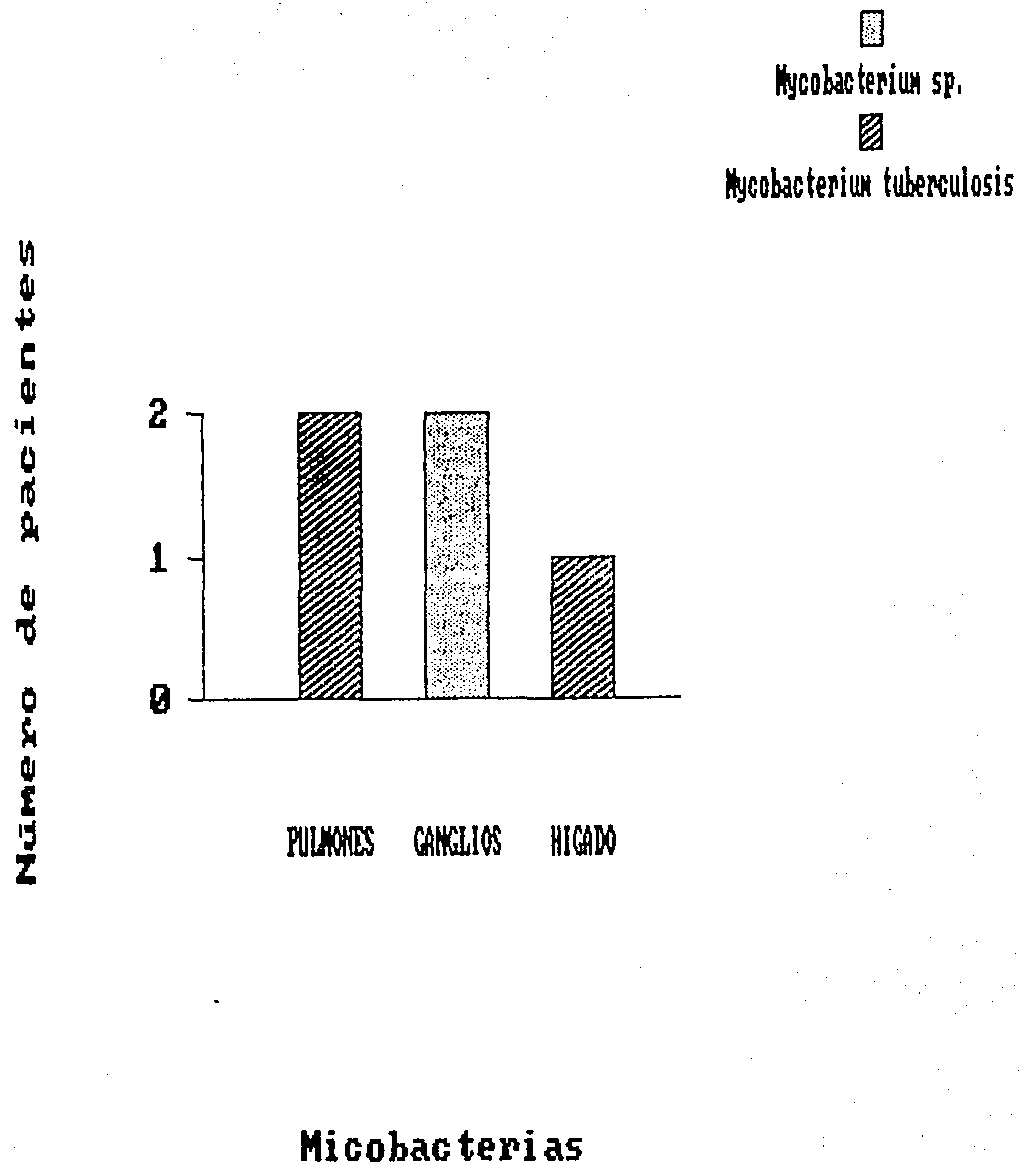


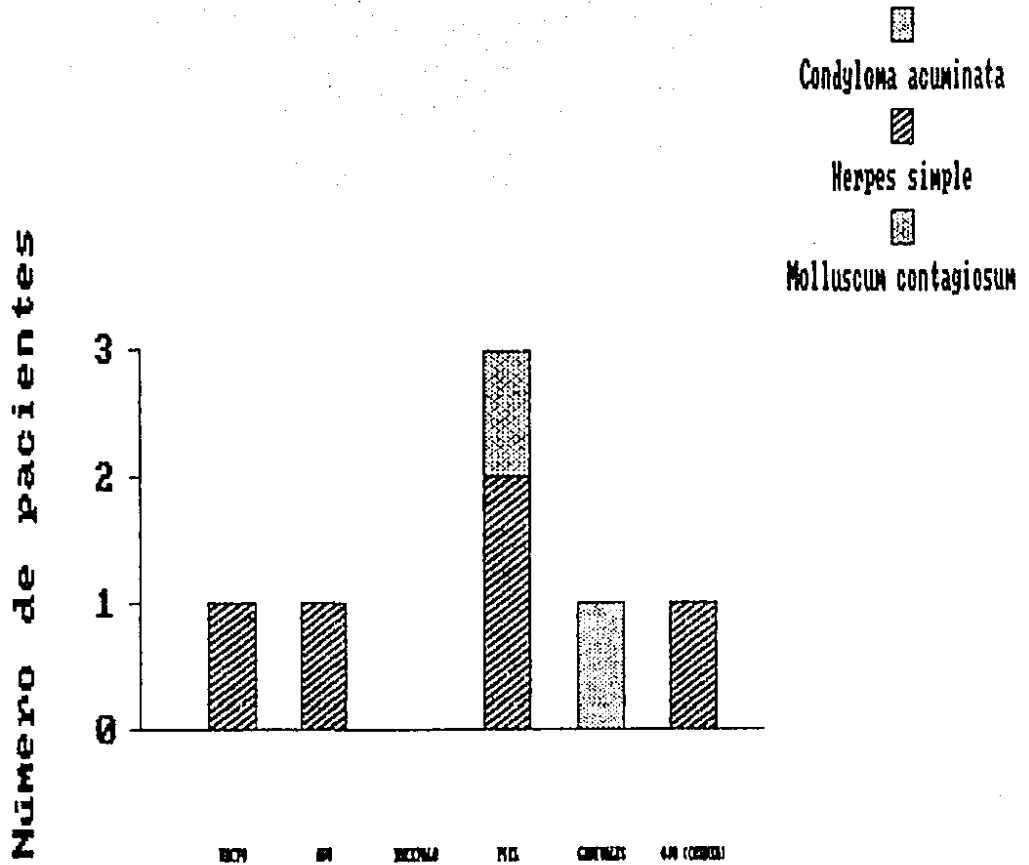
Agentes bacterianos

Numero de pacientes

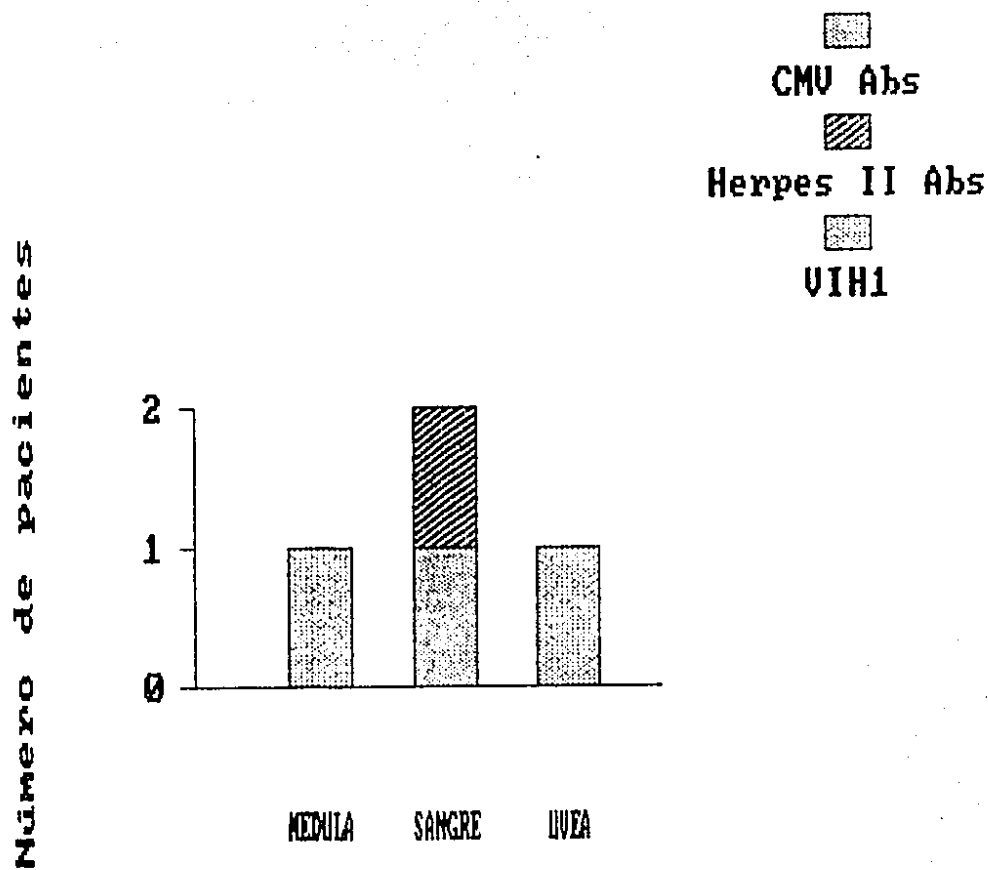


Agentes bacterianos



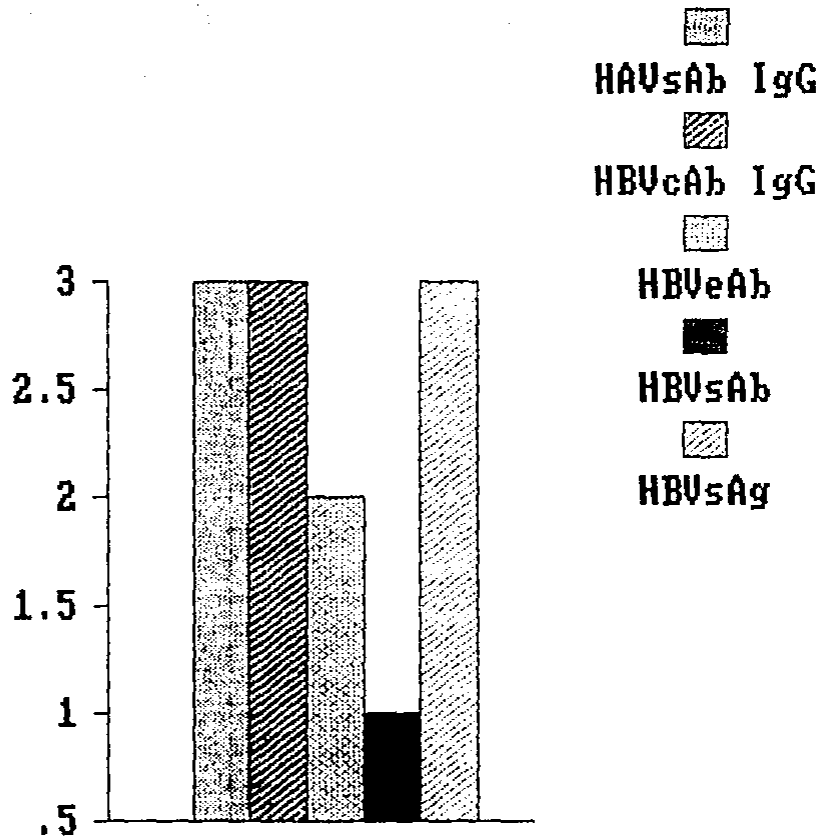


Agentes virales



Agentes virales

Número de pacientes



Serologia para hepatitis

Número de pacientes

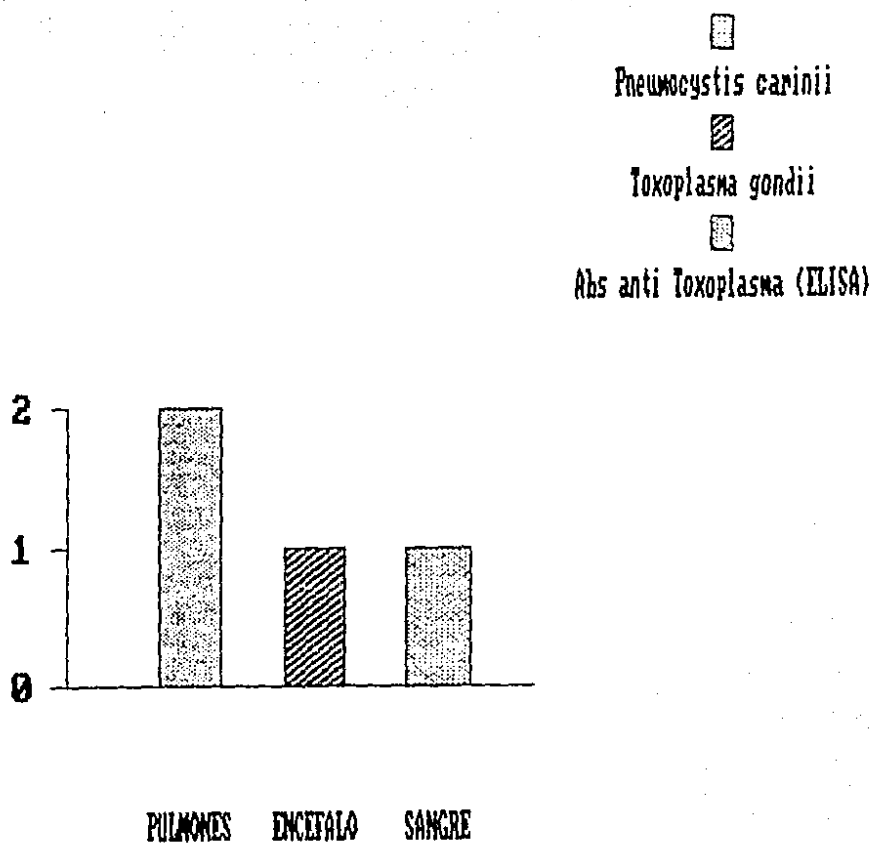
■ Cryptosporidium
▨ Entamoeba histolytica



COLON RECTO

Parásitos intestinales ESTE TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

Número de pacientes

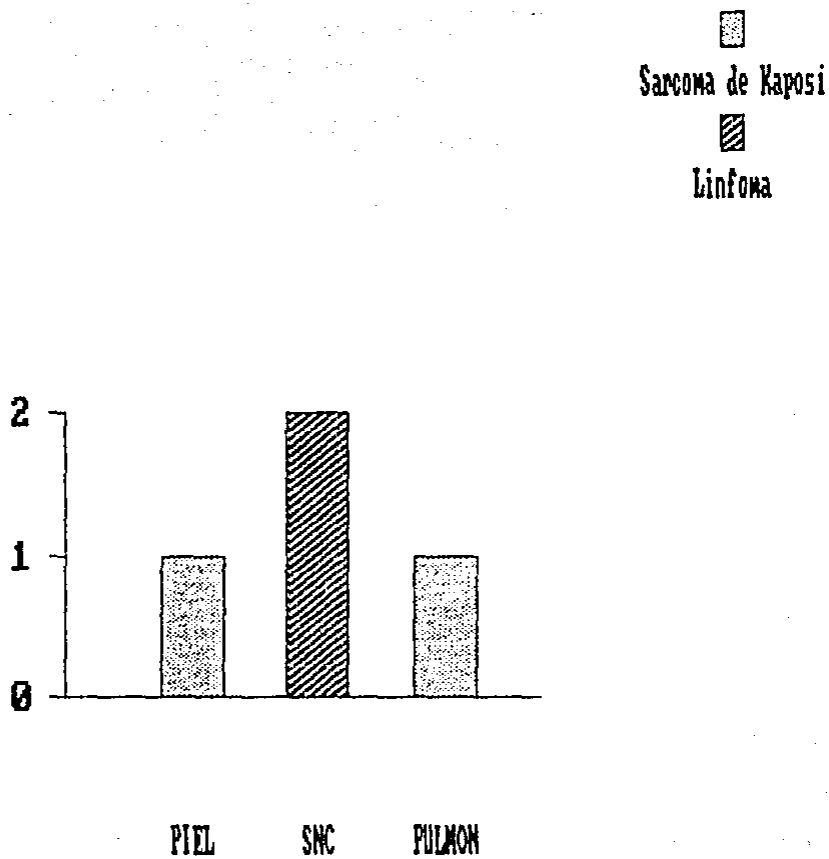


Parásitos extraintestinales

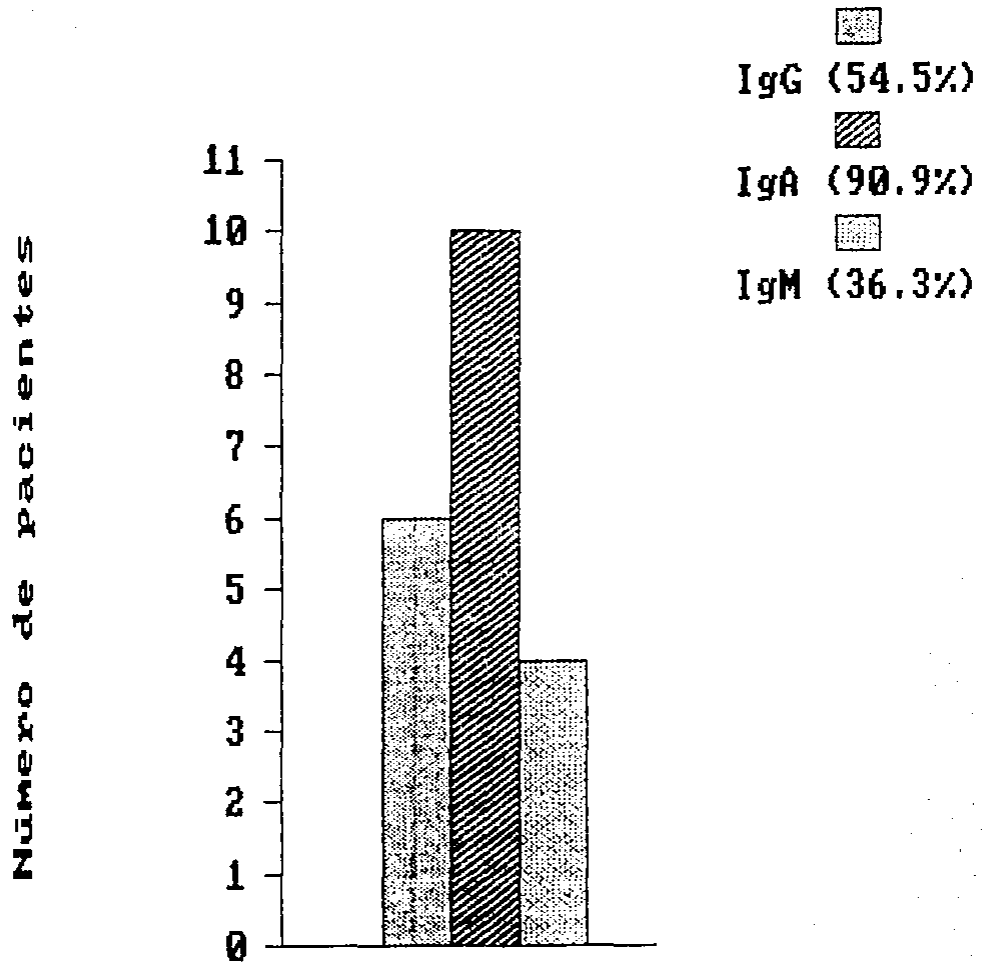
REPORTE DE NEOPLASIAS. -

En la siguiente gráfica se reportan tipo de neoplasia, localización y número de pacientes en cada entidad. Para aceptar el diagnóstico se requirió, en todos los casos, examen histopatológico en la necropsia.

Número de pacientes



Neoplasias, tipo y localización



Hiper-gammaglobulinemias

BIBLIOGRAFIA. -

1. Revision of the CDC Surveillance Case Definition for Acquired Immunodeficiency Syndrome. JAMA, Leads From the MMWR 1987;258:1143-54.
2. Steckelberg JM, Cockerill FR: Serologic testing for Human Immunodeficiency Virus antibodies. Mayo Clin Proc 1988;63:373-80.
3. Layon J, Warzynski M, Idris A: Acquired Immunodeficiency Syndrome in the United States: A selective review. Crit Care Med 1986;14:819-27.
4. Cooper DA, et al: Acute AIDS retrovirus infection. Definition of a clinical illness associated with seroconversion. Lancet 1985;i:537-40.
5. Immunology of infection with the Human Immunodeficiency Virus (HIV). A view from the III International Conference on AIDS. Ann Intern Med 1987;107:409-12.
6. Gelb A, Miller S: AIDS and Gastroenterology. Am J Gastroenterol 1986;81:619-22.
7. Gabuzda DH, Hirsch MS: Neurologic manifestations of infection with Human Immunodeficiency Virus. Clinical features and pathogenesis. Ann Intern Med 1987;107:383-91.
8. Zon LI, Gropman JE: Haematologic manifestations of the Human Immune Deficiency Virus (HIV). Seminars Haematol 1988;25:208-18.
9. Sreepada Rao TK, Friedman EA, Nicastrri AD: The types of renal disease in the Acquired Immunodeficiency Syndrome. N Engl J Med 1987;316:1062-8.
10. Lebovics E, Dworkin BM, Heier SK, Rosenthal WS: The hepatobiliary manifestations of Human Immunodeficiency Virus Infection. Am J Gastroenterol 1988;83:1-7.
11. Grant IH, Armstrong D: Management of infectious complications in Acquired Immunodeficiency Syndrome. Am J Med 1986;81(1A):59-72.
12. Piot P, Plummer FA, Mhalu FS, Lamboray JL, Chin J, Mann J: AIDS: An international perspective. Science 239;573-96.
13. Safai B, et al: The natural history of Kaposi's sarcoma in the Acquired Immunodeficiency Syndrome. Ann Intern Med 1985;103:744-50.