

11227

128

29



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MORELIA
"DR. MIGUEL SILVA"**

TESIS DE POSTGRADO

**ATENCION DEL PACIENTE CON SIDA
EN HOSPITAL DE 2o. NIVEL**

P R E S E N T A:

DRA. AMPARO MYRIAM VIVANCO ARIAS

DIRECTOR DE TESIS:

DR. ALFREDO SOSA ROJAS

ASESOR DE TESIS:

DR. OCTAVIO M. IBARRA BRAVO

Medicina Interna

MORELIA, MICH.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DE LA ESCUELA DE MEDICINA.

TEMA: ATENCION DEL PACIENTE CON SIDA EN
HOSPITAL DE 2o. NIVEL.

SEDE: HOSPITAL GENERAL DE MORELIA
" DR. MIGUEL SILVA "

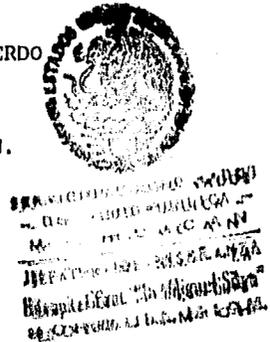
ALUMNO: DRA. AMPARO MYRIAM VIVANCO ARIAS.

- JEFE DE CURSO: 1.- DR. JUAN ABRAHAM BERMUDEZ.
2.- DR. JUAN MANUEL VARGAS ESPINOZA.

DIRECTOR DE TESIS: DR. ALFREDO SOSA ROJAS.
Infectologo.

ASESOR DE TESIS: DR. OCTAVIO M. IBARRA BRAVO.

DR. LUIS MIGUEL REBOLLO IZQUIERDO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE
ENSEÑANZA E INVESTIGACION.



A G R A D E C I M I E N T O S .

En estas líneas deseo agradecer por su invaluable ayuda a mis MAESTROS y AMIGOS.

DR. FRANCISCO ESQUIVEL RODRIGUEZ.

DR. JUAN ABRAHAM BERMUDEZ.

Baluartes de la Educación Médica en Michoacán.

A los profesores de curso que influyeron en mi formación; en Especial.

DR. CARLOS PINEDA MÁRQUEZ.

Por su apoyo, su orientación y consejo.

A MI FAMILIA, pero en especial a mis padres que en vida dieron todo su apoyo para mi Educación.

Mención relevante merecen mis compañeros de Trabajo y orgullosamente también mis Amigos:

LOS MEDICOS INTERNOS y ENFERMERAS; por su entusiasta participación en mi Formación.

Al mismo tiempo agradezco a los pacientes por cooperación en la Enseñanza de todos nosotros.

INDICE DE MATERIAS:

	Pag.
RESUMEN	1.
ANTECEDENTES	
1.- Definición y Etiología	3.
2.- Epidemiología	5.
3.- Patogènesis	5.
4.- Transmisión	6.
5.- Clasificación	8.
6.- Datos clínicos	9.
7.- Infecciones Virales	11.
8.- Infecciones Bacterianas	13.
9.- Infecciones Hongos	16.
10.- Infecciones Protozoarios	19.
11.- Infecciones por Artropodos	20.
12.- Dermátosis comunes	21.
13.- Neoplasias	23.
14.- Estudios de diagnóstico	24.
a) Western blot	25.
b) Antígeno VIH	26.
c) Cultivo Viral	26.
d) Racción en cadena	27.
15.- Terapia	29.
a) Guía para terapia	31.
16.- Material	33
17.- Metodología	36

18.- Resultados	36
19.- Conclusiones	43
20.- Propuestas	44
21.- Bibliografía	46

R E S U M E N

ATENCIÓN DEL PACIENTE CON SIDA EN HOSPITAL DE 2o. NIVEL.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, es una enfermedad ocasionada por un retrovirus, que está creando una epidemia, la cual que a su vez presiona a los servicios de salud y profesionales de salud. El primer caso de SIDA publicado en México es en 1983.

La realización de este estudio Revisión de casos es con el Objetivo principal el de ayudar a dar un mayor apoyo al paciente con SIDA en un hospital con las mismas características que el nuestro.

El grupo con el cual se trabajó es con pacientes que ingresaron al hospital con datos clínicos y determinación de Anticuerpos anti VIH Elisa 1 y 2. Además se incluyó personal que labora en el hospital. El método que se utilizó fue a través de encuestas, al paciente y personal que labora en el hospital así como investigación en el Expediente.

Se captaron en total 27 pacientes que ingresaron al hospital de Enero de 1994 a Febrero de 1995. De este grupo se excluyeron 4 pacientes por defunción, 1 que no existía el expediente, 1 paciente en el que el VIH fue negativo. En total el grupo que se incluyó fue de 21 pacientes. De los cuales 4 femeninos y 17 masculinos. La mayoría de nuestros casos (7 pacientes) tenían entre 31 a 40 años. (6 casos) tenían más de 50 años, (5 casos) tenían entre 20 y 30 años de edad. En cuanto al Estado Civil predominaron los casados en 11 casos, en 2o. lugar los solteros con 7 casos, 1 en unión libre y 1 separado. El 47.6% de nuestros casos tenían relaciones homosexuales (bisexuales), 19.1% heterosexuales. La mayoría de nuestros casos tenían en promedio 6 parejas sexuales (máxima de 15 y mínima de 5). El método diagnóstico utilizado fue la determinación de anticuerpos anti VIH Elisa 1 y 2. Y solamente en 4 de estos se les realizó la prueba confirmatoria de Western-blot.

R E S U M E N

Las causas más frecuentes de hospitalización son el problema pulmonar y gastrointestinal, siendo la causa más común la tuberculosis en ambos casos. Y en 2o. lugar la infección pulmonar por *Pneumocystis carinii*.

La mayoría de nuestros pacientes no recibieron tratamiento con zidovudina u otra droga anti VIH por escaso apoyo económico únicamente 7 recibieron tratamiento regular. En la Encuesta realizada en el personal del hospital, la mayoría el 49% NO esta de acuerdo con la atención de este paciente, 9% lo atiende por obligación y 42% estuvo de acuerdo en la Atención de este paciente. Todos opinaron que se debe crear un area especial para la atención del enfermo y que la prioridades del tratamiento son: Atención Médica, Psicológica.

Todos opinaron que se debe dar una mayor información al personal del hospital así como a la familia del enfermo.

Se concluye que es importante la creación de un area especial para la atención de este enfermo, que se requiere preparar más al personal y tratar de motivar al trabajador.

INFECCION POR SIDA

ANTECEDENTES:

SIDA: El síndrome de inmunodeficiencia adquirida es causada por la infección de un retrovirus.

Los virus de la inmunodeficiencia humana son miembros de la familia RETROVIRIDAE. Que a su vez esta compuesta por 3 subfamilias:

- a).- SPUMAVIRIDAE.
- b).- ONCOVIRIDAE.
- c).- LENTIVIRIDAE.

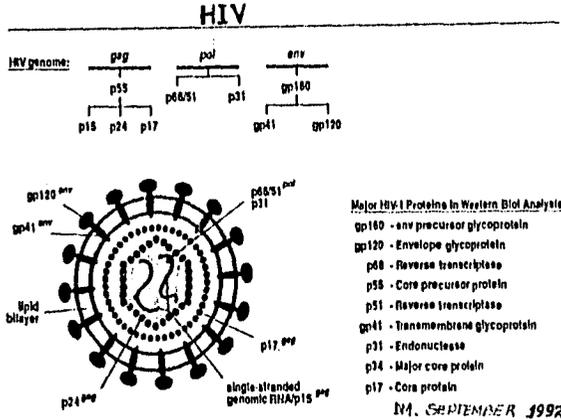
a).- *SPUMAVIRIDAE*: Ha sido aislado en Humanos, Simios y otras especies de mamíferos. Estos causan vacuolización de las células infectadas in vitro, pero no están asociados con alguna infección en humanos.

b).- *ONCOVIRIDAE*: Consiste en 5 grupos de virus que inducen tumores de estos únicamente en humanos están asociados a Leucemia, linfoma (HTLV-I y HTLV-II) son conocidos y están asociados a enfermedades en humanos.

c).- *LENTIVIRIDAE*: Incluye 2 serotipos de virus que infectan a humanos y son VIH tipo 1 y 2, que inducen cambios citopáticos en las células infectadas, tiene dimensiones aproximadas de 100 nanómetros de diámetro y tiene un genoma RNA simple, el virión tiene una nucleocápside cilíndrica que contiene 3 tipos de genes estructurales: *gag*, *pol* y *env*. a las cuales se denominan *gag*: por ser precursor de glucoproteínas; otro gen es el *pol*: precursor de 3 enzimas: edonucleasa, proteinasa y reversotranscriptasa. El *env*: precursor de 850 aminoácidos glucosilados. Además el VIH tiene 6 genes reguladores adicionales: *tat*, *rev*, *nef*, *vif*, *vpr* y *vpu*.

INFECCION POR SIDA.

Todo esto da como resultado frecuentes mutaciones y heterogenicidad del virus, no unicamente en la misma persona, sino de una persona a otra. Estos cambios dificultan el desarrollo de vacunas protectoras y terapia antiviral efectiva a largo plazo.



INFECCION POR SIDA

EPIDEMIOLOGIA:

La organización mundial de la salud, estima que existen aproximadamente 8 a 10 millones de personas infectadas con VIH y para el año 2000 existirán 40 millones de personas infectadas. En EU para finales de 1993 existirán 340,000 personas infectadas. Y que esta quizás sea la 2a. causa de muerte para hombres entre 25 y 44 años de edad. (Disease a Mounth oct 1992 SIDA I).

PATOGENESIS:

La infección de personas con VIH es de un espectro biológico que produce supresión inmune grave con infecciones oportunistas y malignas. La infección aguda por VIH puede presentarse como infección febril, no específica y limitada, que puede ser confundida con Influenza, Mononucleosis o Rùbeola, El Período de incubación está infección aguda es de 2 a 10 semanas, y el período de enfermedad puede tardar de 4 a 14 días. Al recuperarse los pacientes permanecen asintomáticos durante años. La disminución de los linfocitos T durante el curso de la enfermedad es de un rango de 50 a 100 células por milímetro cúbico por año. Con rango acelerado de la disminución celular observando durante el progreso de la enfermedad de un estado asintomático a Sintomático.

La progresión es inusual en los primeros 2 años de la infección pero el rango de enfermedad es de 5 A 8% por año. El único cofactor reconocido para el desarrollo de la enfermedad, es la EDAD.

La Respuesta inmune juega un rol importante en la historia de la progresión de la enfermedad.

INFECCION POR SIDA

La historia natural de progresiòn es:

- 1.- Infecciòn.
- 2.- Maduraciòn de la infecciòn y de la respuesta inmune.
- 3.- Replicaciòn de VIH.
- 4.- Destrucciòn acelerada de Linfocitos T.
- 5.- Disfunciòn INMUNE GLOBAL.

La infecciòn por VIH es citopàtica para linfocitos T, con resultados en una disminuciòn importante de cèlulas CD4+ (Linfocitos). La cuenta de cèlulas linfociticas menos de 200 por mililitro cùbico se considera SIDA.

El mecanismo de destrucciòn del linfocito CD4 es de aproximadamente 1 en 1000 a 10,000 linfocitos circulantes, y el porcentaje de cèlulas infectadas se incrementa. Esto sugiere que existe una relaciòn directa entre la replicaciòn viral y la destrucciòn acelerada de los linfocitos.

La linea de Monocitos y macrófagos tambièn son afectados pero la infecciòn no es citopàtica, Estas son utilizadas para la diseminaciòn y reservorio del VIH, dando como resultado anomalidades en su funciòn celular. Contribuyendo asi a la progresiòn de la Deficiencia inmune.

TRANSMISION:

La infecciòn por VIH es transmitida predominantemente por contacto sexual, via parenteral, perinatal y por exposiciòn de membranas mucosas a sangre contaminada o productos de la sangre

Los virus son detectados en sangre, semen, saliva, lquido cefalorraquideo, leche materna, lquido amniòtico, sangre o plasma y secreciones vaginales.

INFECCION POR SIDA.

TRANSMISION:

El modo más común de transmisión del VIH, han sido los masculinos con actividad homosexual. La transmisión heterosexual predomina en una tercera parte.

El riesgo de adquirir la infección por VIH es mayor cuando hay sexo anal (receptor) independiente de ser masculino o femenino.

Así como el contacto orosexual ha sido rara vez implicado en la transmisión.

Las enfermedades transmitidas sexualmente que causan lesiones ulcerativas o inflamatorias en el tracto genital incrementan el riesgo de transmisión.

El uso de drogas intravenosas, es un reservorio importante de individuos con VIH. El 50% de los casos pediátricos de SIDA están en relación con el uso de drogas por la madre; y un 20% están en relación con promiscuidad sexual paterna.

TRANSMISION DE VIH

TIPO DE EXPOSICION	% TRANSMISION
Transfusión de sangre.	3 - 5 %
Perinatal	5 - 10 %
Sexual	70 - 80 %
a) Vaginal	60 - 70 %
b) Anal	5 - 10 %

VIITH Internacional AIDS conference Florence ITALY June
19 1991. DM, September 1992.

INFECCION POR SIDA.

DEFINIE: Caso de SIDA a los pacientes en los grupos A3, B3, C1, C2 Y C3.

CLASIFICACION:

CLASIFICACION CLINICA DE LA INFECCION POR VIH.

(CDC 1993)

CUENTA	CD4	A	B	C
+ 500	AL	B1	C1
200 - 500	A2	B2	C2
- 200	A3	B3	C3

CATEGORIA_A

- a.) Infección asintomática por VIH.
- b.) Linfadenopatía generalizada persistente.
- c.) Síndrome Retroviral Agudo (Infección Aguda HIV).

CATEGORIA_B

Antes llamada complejo relacionado al SIDA.

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| 1.- Angiomatosis Bacilar | 5.- Leucoplasia pilosa oral. |
| 2.- Candidiasis | 6.- Herpes Zoster. |
| a.) oral. | 7.- Púrpura trombocitopénica |
| b.) Vaginal recurrente. | a) Idiopática. |
| 3.- Displasia cervical. | 8.- Listeriosis. |
| 4.- Síntomas constitucionales. | 9.- Enferm. Pélvica Inflamatoria. |
| ejem. fiebre o diarrea. | |
| | 10.- Neuropatía Periférica. |

MAS DE 1 MES.

CATEGORIA_C

CONDICIONES QUE DEFINEN CASOS DE SIDA.
CUENTA DE CELULAS MENOS DE 200 mm.

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------|------------------------|
| . Candidiasis Pulmonar y Esofágica. | . Encefalopatía por VIH | . Linfoma |
| . Cáncer Cervical. | . Herpes simple | . Micobacterium |
| . Coccidioidomicosis. | Crónico (+1 mes) | a.) Avium, Kansasii |
| . Criptococosis. | Esofágico. | tb. |
| a.) Extrapulmonar. | . Histoplasmosis | . Pneumocystis |
| . Criptosporidiosis | . Isosporidiosis | Carinii. |
| . Citomegalovirus. | . Sarcoma de Kaposi | . Neumonía recurrente. |
| . Salmonelosis. | . Leucoencefalopatía. | |

INFECCION POR SIDA.

CURSO CLINICO:

El curso de la infección por VIH, puede variar de acuerdo a cada paciente.

- 1.- Existe la infección primaria.
- 2.- Latencia clínica que es de aproximadamente 10 años.
- 3.- Aparición de síntomas y signos.
- 4.- Muerte en el lapso de 2 años posteriores al inicio de la sintomatología

El síndrome Agudo por HIV se presenta entre 50 al 70% de los pacientes, se desarrolla en aproximadamente 3 o 6 semanas después de la infección inicial. En este periodo el VIH es diseminado, se desarrolla un estado de Viremia. Caracterizado por fiebre, cefalea, astenia y adinamia.

- 2.- El periodo de latencia clínica: Es asintomático.

Las manifestaciones cutáneas parecen ser las más comunes en el paciente con sida. Y se ha descrito en algunos estudios que existen hasta en un 92% de los pacientes, las lesiones pueden ser típicas o atípicas. Las lesiones dérmicas más comunes son: El exantema agudo, Procesos de Neoformaciones, Infecciones y otros.

La sintomatología aguda se puede ocurrir entre la primera a la octava semana posterior a la infección, siendo los datos principales: fiebre, sudoraciones, faringitis, mialgias, artralgias, linfadenopatías, diarreas, anormalidades del SNC (Cefaleas, Fotofobia, Meningitis, Encefalitis, Exantema, Leucopenia y Trombocitopenia. El exantema es generalmente maculopapular en tronco, cara y extremidades.

INFECCION POR SIDA

EPIDEMIOLOGIA DE CASOS DE VIH EN ADULTOS

1 9 9 3 .

GRUPOS DE RIESGO	PORCENTAJE EN CASOS.
1.- Homosexuales y Bisexuales Masculinos.	55%
2.- Homosexuales y uso de Dro- gas intravenosas	8%
3.- USO DE DROGAS IV	23%
4.- Transfusiòn de sangre	2%
5.- Hemofilia	4%
6.- Heterosexuales	6%
7.- Perinatal	6%
8.- Desconocido	6%

CASOS POR DEMOGRAFIA.

1.- BLANCOS	52 casos.
2.- NEGROS	30 casos.
3.- HISPANOS	17 casos.
4.- MASCULINOS	88 casos.
5.- FEMENINOS	12 casos.

Casos de Sida en 1990, publicado en 1993
revista Disease a month Octubre de 1993.

INFECCION POR SIDA

INFECCIONES:

Las infecciones son una gran variedad de manifestaciones clínicas en los pacientes con VIH. En los pacientes pediátricos las infecciones tienen manifestaciones dermatológicas principalmente, estas son lesiones no diagnósticas, pero sí sugerentes de la infección VIH.

I.- INFECCIONES VIRALES:

Los virus más comunes son : *Herpes simple, Herpes Zoster, Virus Epstein Barr, Molusco contagioso, Papilomavirus humano y Citomegalovirus.*

a.) *Herpes simple:* La manifestación inicial es de vesículas agrupadas. Principalmente en la región perianal y labial; puede producir proctitis herpética, o bien generalizarse y cursar con complicaciones bacterianas graves. En el tratamiento de esta infección se consideran de utilidad: Aciclovir, Vidaravina, Ganciclovir, Interferón Alfa.

b.) *Virus de Varicella-zoster:* Afecta al 3 - 4 % de los pacientes con VIH, pueden producir herpes zoster generalizado, o diseminado, una o múltiples lesiones dermatológicas pueden preceder otras manifestaciones clínicas de VIH por meses o años, los daños a órganos son inusuales, pero existen lesiones a Esófago o necrosis de la retina. El diagnóstico se hace por la clínica o cultivos de virus de las lesiones. Se recomienda el uso de Aciclovir vía Oral.

c.) *Infección por Virus Epstein-Barr.*

La leucoplaquia peluda oral, es una lesión bucal, asociada a infección latente con Virus Epstein-Barr y posiblemente cofactor con Papilomavirus humano. Las lesiones orales tienen apariencia lineal o sepinginosa color blanco, aparece en las partes laterales de la lengua, es asintomática. La familia de los Herpes virus en el paciente con VIH puede actuar como co-factor, al aumentar.

INFECCION POR SIDA

c.) Infección por Virus Epstein-Barr.

La capacidad de crecimiento de los virus en los linfocitos y esta asociado con el desarrollo de linfoma en pacientes con VIH.

En cuanto al tratamiento se usan antivirales aciclovir oral, además de solución de tretinoin, así como aplicación de clotrimazole 100 mgs 15 días.

d.) Molusco contagioso:

Las lesiones características son crecientes, color carne, con pápulas umbilicadas, son ocasionadas por un papovavirus, se desarrollan principalmente en áreas anogenitales, se diseminan rápidamente, crecen, confluyen y se ulceran. El tratamiento recomendado es con agentes antivirales.

e.) Verrugas comunes y Condiloma Acuminado:

Estas lesiones son comúnmente múltiples, filiformes, ocurren con mayor frecuencia en cara, cuello, manos y pies. Los papilomavirus comúnmente asociados a esta enfermedad son del tipo: 6, 1, 16, 18, 31 y 33. El condiloma acuminado es una infección viral grave en el paciente con SIDA, generalmente es refractaria al tratamiento, se han utilizado agente cáusticos tópicos procedimientos destructivos como la cirugía, el laser. Generalmente la terapia es inefectiva.

f.) Citomegalovirus: Esta asociada a una lesión anogenital, con características de ulceración. La diseminación puede manifestarse como lesiones pequeñas, elevadas, púrpuricas, máculas o pápulas. El examen de Tzack puede ser útil para el diagnóstico los estudios serológicos y cultivos pueden servir para diferenciarlo de otros virus. El tratamiento es con Aciclovir.

INFECCION POR SIDA

Infeccion por Virus.

Una pequeña porción de pacientes con VIH, particularmente quienes usan drogas intravenosas, pueden ser coinfectados con HTLV-I/II. Y estos han sido asociados con paraparesia espástica y y en el adulto con leucemia y linfomas de Células T.

Un pequeño número de estos pacientes han cursado con úlceras gastrointestinales o bien con neumonitis acusada por *Adenovirus*. Las terapias para estos problemas es con antiviral, su eficacia aún no ha sido establecida.

INFECCIONES BACTERIANAS

El 50% de los pacientes con sida pueden padecer de alguna infección bacteriana. Las más comunes son en la piel, se describen el impétigo, Foliculitis y Ectima. Los germen comúnmente asociados son: *Staphylococo aureus* grupos (A, C Y G) El *Estreptococo*, como causa común de Foliculitis y furunculosis. Otros son los *Estaphylococo epidermidis* y *Dipteroides*. Otras formas de impétigo están señaladas.

Las causadas por *Streptococo pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* tipo B y *Salmonella*.

Infección por Mycobacterias:

La infección mycobacterina en paciente con VIH positivo, los microorganismos más frecuentes son: *Mycobacterium avium-intracelulare*, *M. tuberculosis* y *Kansasii*, sin embargo la incidencia exacta de esta infección en pacientes con VIH es desconocido. Pero se han publicado reportes que sugieren entre 18 a 29% de pacientes con VIH infectados y de estos hasta en 69% el germen más común es el *Mycobacterium avium*.

La enfermedad puede ser localizada o diseminada, cursan con tos, fiebre, pérdida de peso, escalofríos nocturnos, produciendo Neumonía modular o cavitaria.

INFECCION POR SIDA

La enfermedad diseminada o con afección múltiple, se manifiesta con fiebre, escalofríos, esplenomegalia, adenomegalias, pérdida de peso, vómito y diarrea, se presenta bacteremia hasta 80-90% de los pacientes, y se asocia al dolor crónico abdominal.

El diagnóstico se basa en cultivos del microorganismo, en esputo, sangre, médula ósea. Ocasionalmente se han detectado *Mycobacterias atípicas*. El *M. tuberculosis*, las manifestaciones clínicas son a nivel pulmonar y se ha observado que es más frecuente en personas indigentes y en personas que usan drogas intravenosas y en pacientes con SIDA es común las manifestaciones extrapulmonares y de estas la intestinal es la más frecuente.

El tratamiento efectivo requiere de la combinación de Rifampicina, Ethambutol, Isoniacida.

Casos esporádicos de enfermedades localizadas o diseminadas por *M. atípicas* se describen a *M. xenopi*, *M. chelonae*, *M. fortuitum*, *M. marinum*, *M. scrofulaceum*. En las que el tratamiento es de acuerdo a la sensibilidad del Antibiograma.

Infecciones Bacterianas:

Las infecciones bacterianas recurrentes son comunes en algunas personas con VIH, las infecciones bacterianas con mayor frecuencia se incluyen las causadas por especies de *Staphylococcus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Campylobacter* especies, Especies de *salmonella*.

Las infecciones bacterianas aparece asociada a bacteremias, otras bacterias atípicas asociadas incluyen *Afipia felis*, *Nocardia*, *Listeria*, *Legionella* y *shigella*. En los pacientes con VIH que tienen infecciones por especies de *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, presentan bacteremias, y problemas pulmonares graves, además de infecciones en la piel tejido y músculo. En las infecciones por *salmonella* y *campylobacter* muy frecuentemente la infección es con datos gastrointestinales, la bacteremia es común, así como enfermedad inflamatoria pélvica.

INFECCION POR SIDA.

Infecciones bacterianas:

La Enfermedad diseminada: se describe la infección por *Afipia felis*, se asocia con lesiones de la piel o con enfermedad visceral que semeja al sarcoma de Kaposi.

La peliosis bacilar hepática o la Angiomatosis basilar diseminada son datos principales en la infección por *Rochalimea spp.* En ambos casos se recomienda el tratamiento con: Doxiciclina, eritromicina y Aminoglucosidos.

Las infecciones causadas por *Nocardia*, *Listeria*, *legionella* y *shigella* en el paciente con sida están asociadas a presentaciones inusuales, o a complicaciones graves.

La *Nocardia* y la *legionella*: se caracterizan por causar síndromes pulmonares. La *Listeria* se asocia a bacteremias y enfermedad del tracto gastrointestinal.

SIFILIS: Es común en pacientes con VIH. homosexuales, se pueden encontrar en cualquier estadio. Puede haber progresión del estadio primario hasta la sífilis terciaria, si aparece sífilis cutánea se disemina a Neurosífilis. La incidencia de la enfermedad se ha incrementado en los últimos 5 años. esto quizás este en relación con su transmisión sexual. La lesión más común es la de Úlcera genital, en el paciente con VIH, la infección más común es antrópica, las lesiones de la piel de sífilis secundaria, progresión acelerada de la enfermedad. El tratamiento se recomienda la doxiciclina.

Angiomatosis bacilar: Esta producida por 2 germenes El primero fue descrito *Bartohella Rochalimaea quintana*, causante de la fiebre, El causante de la Bartonelosis El Germen *Bartonella bacilliformis*. Estos afectan principalmente la piel, el aparato gastrointestinal y hepatitis. Los organismos son observados en biopsias usando tinciones de Warthin-Starry.

El tratamiento recomendado es la eritromicina durante 4 semanas.

INFECCIONES POR SIDA

CHANCROIDE: Es transmitido de manera sexual, esta producido por el microorganismo *H. ducrei*. Se manifiesta por Ulceras genitales, asociado a linfadenitis inguinal.

El diagnóstico se confirma con el cultivo del exudado de la ulcera.

El tratamiento es con trimetoprim sulfametoxazol, amoxicilina, clavulanato, ceftriaxona, ciprofloxacina.

INFECCION POR HONGOS:

CANDIDIASIS:

En los pacientes con SIDA se encuentra todas las especies de cándida, pero en forma predominante esta *C. albicans*. Este hongo tiene su habitat natural en el intestino, en la piel, en tracto respiratorio y en tracto genital. La infección es de origen endógeno, algunas formas de candidiasis mucocutánea ocurre en el 100% de los pacientes con VIH. La enfermedad mucocutánea tiene manifestaciones orales. Y en las mujeres la vaginitis por candida es común.

La **ESOFAGITIS** por Cándida es una entidad común en pacientes con VIH. Se describe que puede llegar a afectar hasta 22% de los pacientes inmunoprometidos. Los datos clínicos son, la presencia de placas blanquecinas múltiples, poco dolorosas, rodeadas de un halo de hiperemia, en la esofagitis típicamente se presenta fiebre, odinofagia, y lesiones ulcerosas y puede cursar sin otras lesiones por candida. El diagnóstico se hace por la presencia de placas ulcerativas se tomas biopsias o bien por la visualización en Endoscopia. En la candidiasis grave puede haber lesiones generalizadas, que condicionan participación esofágica y gastrointestinal que dañan al cerebro y al hígado.

El tratamiento inicial incluye enjuagues bucales o tabletas de nistatina, clotrimazole, miconazol, itraconazol, fluconazol. Y en pacientes con afección sistémica se recomienda la terapia con Anfotericina B.

INFECCION POR SIDA

DERMATOFITOSIS: Esta infección se ha encontrado en 20% de los pacientes con SIDA. Puede producir, *Tiña corporis, crural, inguinal, pedis y ungueal*. Estas lesiones pueden ser eritematosas pruriginosas, escamosas. Los gérmenes más comunes son por *trichophyton rubrum*. Se recomienda el uso de Ketoconazol y griseofulvina.

CRYPTOCOCOSIS: Esta infección es ocasionada por *Cryptococcus neoformans*, es encapsulado, semejante a las especies de *Candida* la infección ocurre por la inhalación de los microorganismos, la transmisión de persona a persona ha sido poco documentada. La infección esta estimada entre 5 al 10% de los pacientes con SIDA. El criptococo tiene predilección por el SNC y en los pacientes con SIDA produce meningoencefalitis y es la manifestación más frecuente, el inicio es insidioso, el curso clínico es con fiebre, dolor de cabeza, náuseas, convulsiones, somnolencia e irritabilidad. Alteraciones del estado mental. obnubilación y coma. La enfermedad pulmonar es poco común se presenta con tos, dolor torácico, fiebre.

La manifestación extrapulmonar o manifestación diseminada, incluye la piel, hueso, riñon, glándulas suprarrenales, corazón, sistema linforeticular. El diagnóstico se basa en la detección del microorganismo en líquido cefalorraquídeo, sangre o tejidos ya sea directamente o por cultivo.

El tratamiento, se recomienda el uso de Anfotericina B, fluconazole en 3 semanas.

HISTOPLASMOSIS: La enfermedad diseminada esta causada por *Histoplasma capsulatum*, se ha observado más frecuentemente en áreas tropicales o subtropicales, la presentación clínica es isidiosa o subaguda, cursan con fiebre, pérdida de peso, sudoraciones, vòmito, dolor abdominal, hepatoesplenomegalia, diarrea cefalea, y ocasionalmente tos.

INFECCION POR SIDA

HISTOPLASMOSIS:

El diagnóstico puede hacerse con el cultivo del hongo en sangre, médula ósea, recientemente se hace un examen de detección del antígeno del histoplasma.

La terapia más efectiva en la histoplasmosis diseminada es la Anfotericina B, el itraconazol, tiene una efectividad clínica similar.

Otras infecciones por hongos por la localización geográfica reportada en pacientes con SIDA, se incluye la coccidioidomicosis aspergilosis, blastomicosis y esporotricosis, todas cursan con síndromes febriles.

COCCIDIOIDOMYCOSIS:

Es más común en el sureste de los Estados Unidos, esta asociado a meningitis o afección al SNC y parece tener respuesta al tratamiento con anfotericina B, Itraconazol.

ASPERGILOSIS:

Se presenta enfermedad pulmonar, con datos clínicos insidiosos, se manifiesta por disnea, tos, fiebre. La lesión pulmonar típica es caverna, nodulos, lesiones pleurales. El tratamiento es con anfotericina B, imidazoles o triazoles.

ESPOROTRICOSIS:

La enfermedad es ocasionada por el Sporotrix schenkii. Es rara la infección en pacientes con HIV. Esta lesión puede ser unifocal o plurifocal, y puede curarse con afección pulmonar, y es cuadro grave, su vía de entrada es pulmonar y la diseminación es hematogéna. Esto ocurre en 80% de los pacientes. Otra lesión que produce es en la piel a través de una lesión por una planta. Produciendo lesión dérmica semejante a una pústula. El tratamiento se recomienda Ketoconazol.

INFECCION POR SIDA

INFECCIONES POR PROTOZOARIOS:

El más importante es la infección por protozooario que recientemente ha sido descrito como un homgo.

Pneumocystis carinii: En los pacientes con sida, puede presentarse principalmente lesión pulmonar y ha sido descrita en un rango de 26% al 50%. Por tal motivo se recomienda que estos pacientes deben de recibir profilaxis. Es más comun en homosexuales hombre, El parásito tiene forma esférica u oval, tiene de 4 a 6 micras de diámetro y contiene 8 esporozóitos.

En general los pacientes tienen un curso agudo o subagudo de la fiebre, disnea progresiva, tos seca, e hipoxemia. El grado de hipoxemia es severo. Los hallazgos clínicos más frecuentes son: la fiebre la taquipnea, estertores finos inspiratorios, en el 5% de los pacientes el exámente de la Tela de Tórax es normal, rara vez tiene derrame pleural o bien produce lesión cavitaria. En las lesiones diseminadas, pueden haber lesión de Hgado, Nódulos linfáticos, Bazo, Médula ósea, Sistema Nervioso Central. El diagnóstico se hace con la demostración del microorganismo en los tejidos, en esputo. El tratamiento es la administración oral o parenteral de trimetropim - sulfametoxazol, pentamidina. En los casos severos se recomienda el uso de corticoesteroides. Otras alternativas de tratamiento es con Dapsona y Primaquina, además de Clindamicina. La Pentamidina en aerosol.

TOXOPLASMOSIS: Es producida por el *Toxoplasma gondii* que es un protozooario intracelular, la forma invasora o infectante son los taquizoitos. Es de distribución cosmopolita. La manera de infección es por contacto con heces de gato. Es probable que en la paciente con SIDA sea por activación o reactivación debido al estado de inmunosupresión. La Encefalitis por *Toxoplasma* es la manifestación clínica más común en el paciente con SIDA. La incidencia exacta de esto es aún desconocido.

INFECCION POR SIDA

Toxoplasmosis:

Los datos clínicos son fiebre, dolor de cabeza, cambios del estado mental, déficits neurológicos focales, convulsiones. La enfermedad neurológica puede ocurrir de un 10 a 20 % de los pacientes con VIH. Y las lesiones extraneurológicas más comunes son en el parénquima pulmonar, sistema linfático, ocasionalmente testículo o lesión gastrointestinal. Las lesiones pueden encontrarse en el miocardio y en el músculo esquelético.

El diagnóstico se hace biopsias, cultivos de tejidos, sangre. El tratamiento es con sulfas, pentamidina, el tiempo recomendado para la terapia es de 2-4 meses. También se recomienda el tratamiento con azitromicina y clindamicina.

Microsporidiosis:

La Microsporidiosis es un protozoo intracelular obligado, se reconocen 5 géneros patógenos para el humano: *Encephalitozoon*, *Enterocytozoon*, *Septata*, *pleistophora* y *Nosema*. Se reconoce como una causa importante de diarrea crónica, especialmente en pacientes con inmunosupresión avanzada. El diagnóstico se hace con la identificación del microorganismo en heces fecales, aspirado duodenal, biopsia de intestino. Se describe que existe hasta en 29 %, en pacientes con SIDA. El tratamiento recomendado es con sulfas, pirimetamina.

INFECCIONES POR ARTROPODOS:

Eccabiasis: En los pacientes con sida es común, el parásito es el *Sarcoptes scabiei* y generalmente es diseminada y muy severa las lesiones típicas son papúlas rojas en áreas intertriginosas en los dedos pares cubiertas muy pruriginosas.

Se recomienda tratamiento con lindano al 1% cada 12 hrs. y la aplicación de Shampoo. En una enfermedad asociada no tiene nada que ver con la inmunidad directa del SIDA.

INFECCION POR SIDA

DERMATOSIS MULTIPLES:

a.) Lesiones vasculares: Las vasculitis en los pacientes con VIH pueden ser clasificados en 2 grandes categorías.

1.- *Vasculitis sistèmatica*: incluyendo periarteritis nodosa, o bien la angelitís granulomatosa.

2.- *Vasculitis necrotizante*: esta se observa en los casos asociados a *Pneumocystis carinii* o al citomegalovirus.

Las telangiectasias han sido asociadas por completo al espectro del VIH. Las características principales son la distribución en la parte superior del tórax, área clavicular, eritema difuso, o lesiones petequiales difusas. Asociada a púrpura trombocitopenica idiopática, que ha sido atribuida a la infección por citomegalovirus.

Se ha descrito el Síndrome de pseudotromboflebitis hiperalgésica que consiste en pacientes con VIH positivos, febriles, eritema generalizado, con induración superficial de las venas principalmente en extremidades inferiores.

Enfermedades papuloescamosas: se describen algunas lesiones como la *xerosis generalizada*, *Psoriasis severa*, *síndrome de Reiter* y *Ictiosis*.

El eczema xerótico o "Síndrome de piel seca" generalizado es la más común de las dermatosis y afecta del 5 al 20% de los pacientes con VIH. Estas lesiones cursan con prurito severo resistente a los antihistamínicos, La asociación frecuente de xerosis, dermatitis seborreica, eritroderma, demencia, lesiones de la médula espinal son frecuentes en paciente con VIH.

La dermatitis seborreica es común su prevalencia de 20 - 80 % de las lesiones en pacientes con VIH se caracteriza por escamas, eritema, grasa en cara, cabeza, tórax y área genital así como en área axilar. La severidad esta de acuerdo la inmunosupresión.

INFECCION POR SIDA

PSORIASIS:

Es rara en los pacientes con HIV, y cuando se presenta suele ser atípica. Es indicador de mal pronóstico. El tratamiento que se recomienda es con esteroides, fototerapia.

El Síndrome de Reiter. o "queratoderma palmo-plantar". El engrosamiento de la piel de las palmas y plantas de los pies, ha sido descrita en asociación a otros componentes de este síndrome, (artritis, conjuntivitis y uretritis). En el tratamiento se recomienda antiinflamatorios no esteroideos, zidovudina, fenilbutazona y la sulfazalacina.

ICTIOSIS:

La ictiosis adquirida ha sido descrita en pacientes con VIH, la causa es incierta, la ictiosis se inicia en las piernas y posteriormente se generaliza, en forma de una erupción y hasta a su vez puede asociarse con queratoderma plantar. En estos casos la queratolisis, la lubricación y componentes de urea pueden ser de utilidad en su tratamiento.

Padecimientos en la cavidad oral: La queilitis angular es común y esta asociada a la candidiasis. Las aftas ulcerativas como tonsilitis ulcerativa son comunes. Los tratamientos que se recomiendan, es con antimicrobianos, aunado a la terapia para SIDA.

INFECCION POR SIDA.

N.E.O.P.L.A.S.I.A.S.:

Aproximadamente 30-40 % de pacientes con SIDA desarrollan Neoplasias, siendo los más comunes.

a.) *SARCOMA DE KAPOSI* Y b) *Linfoma No Hodgkin.*

El Sarcoma de Kaposi es el más común de los tumores que ocurre en pacientes con VIH, se ha observado en 15% de los pacientes. Todos los casos se han observado en hombres homosexuales. Las características clínicas: puede tener diferentes morfologías, desde papúlas, placas y nódulos, las lesiones varían de tamaño de milímetros a centímetros. Los sitios más comunes son las lesiones: En extremidades inferiores, tronco, cabeza, cuello, paladar duro, mucosa orofaríngea, Región occipital y región periuricular.

En cuanto a los linfomas se aumenta el riesgo al cursar con infección por SIDA. En particular el *Linfoma no Hodgkin*. El linfoma más común es el de células tipo B. Que está asociado con estado agresivo de la enfermedad. El linfoma no Hodgkin es el 2o. más frecuente de los tumores. El diagnóstico se hace en estudios más avanzados de la enfermedad estado III y IV. Los órganos más frecuentemente afectados están SNC, médula ósea, tracto gastrointestinal, piel, las lesiones cutáneas son papúlas y nódulos.

Los Carcinomas: Epitelial maligno y Tumores premalignos incluyen queratosis actínica, Carcinoma de células Escamosas, queratoacantoma, Carcinoma de células basales, carcinoma cloacogénico.

El melanoma Maligno, esta lesión sugiere un pronóstico malo, las metástasis son comunes, la incidencia es mayor en pacientes con VIH.

INFECCION POR SIDA

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico de Infección por VIH puede ser establecido únicamente por la demostración de anticuerpos virales específicos, antígenos, ácidos nucleicos o detección directa de VIH en la sangre del paciente.

La evidencia indirecta de la infección en el laboratorio métodos de detección para el HIV.

1.- Anti HIV (Anticuerpos)

- a.) Enzimático Inmunoensayos.
- b.) Western blot.
- c.) Examen por radioinmunofluorescencia.
- d.) Examen por Radioinmunoprecipitación.
- e.) Aglutinación de Latex.
- f.) Inmunoensayo de sangre total.

2.- Antígeno HIV.

- a.) Inmunoensayo enzimático.

3.- ACIDOS NUCLEICOS DE HIV.

- a.) Reacción en cadena polimerasa.
- b.) Hibridación in situ.

4.- CULTIVO HIV.

- a.) Cultivo de sangre periférica.
- b.) Cultivo de células mononucleares.
- c.) Cultivo de plasma.

5.- DETECCION DE INMUNODEFICIENCIA.

- a.) Analisis de flujo citométrico de linfocitos.
- b.) Examen funcional de linfocitos IN VITRO.

INFECCION POR SIDA.

EXAMENES ESPECIFICOS PARA HIV.

INMUNOENSAYO ENZIMATICO. (EIA):

Es ahora uno de los métodos más usados, en gran cantidad de individuos para detección de anticuerpos anti HIV y para detección directa del Antígeno HIV.

La detección del anticuerpo esta basado en la captura del anticuerpo en plasma o suero sobre una superficie sólida que ha sido cubierta con HIV. Después de la incubación de la superficie sólida (debe ser de plástico o plata) es incubada con un reactivo para detección de anticuerpos anti VIH. (las sustancias reactivas son Enzimas y sustratos si el resultado es positivo tiene cambio de color.

La sensibilidad y especificidad es de 99%

EXAMEN DE WESTERN-BLOT.

El potencial para reacciones falsas positivas para anticuerpos HIV con el método de EIA.

El examen de rutina para la infección por HIV de todos los donadores de sangre. Es común su práctica. El examen de Western Blot tiene una especificidad y sensibilidad alta como método de detección de anticuerpos contra VIH. El procedimiento es también caro.

La ventaja del examen del Western-Blot es que los anticuerpos son directamente específicos para las proteínas del HIV que pueden ser directamente visualizados y esto minimiza las posibilidades de tener falsos positivos.

INFECCION POR SIDA

ANTIGENO HIV: (EIAs)

El antígeno puede ser detectado en plasma y suero, y el que puede determinarse predominantemente es el p24 core asociado a proteínas virales. Estos exámenes son extremadamente sensibles y pueden detectar cantidades en picogramos de p24 (proteína).

El test diagnóstico de Antígeno HIV (EIA) puede tener gran utilidad en el diagnóstico de Síndrome Retroviral Agudo. En un estudio de 6 pacientes con síndrome agudo fue posible detectar la presencia de HIV antes del desarrollo de anticuerpos.

El examen de antígeno HIV puede ser utilizado en 3 estadios clínicos.

- 1.- Diagnóstico de síndrome de infección aguda por HIV.
- 2.- Monitorización del estadio clínico de la infección por HIV.
- 3.- Evaluación y vigilancia de la terapia antiviral.

CULTIVO VIRAL

Es el más específico para establecer el diagnóstico de infección por HIV. El aislamiento del virus de la sangre o tejidos del paciente.

Este procedimiento requiere de co-cultivación de tejidos del paciente con células infectadas y que permiten el crecimiento del HIV. Con el propósito del aislamiento del HIV el indicador son las células mononucleares de sangre periférica. De donadores sanos. La sensibilidad del procedimiento de aislamiento esta aumentada si las células indicadora son primero estimuladas con un mitógeno no específico (fitohemaglutinina).

INFECCION POR SIDA

CULTIVO VIRAL:

El diagnóstico de Infección por HIV a través del cultivo es aún muy caro, y está limitado a un pequeño número de laboratorios. Y este procedimiento no tiene la misma sensibilidad que los exámenes serológicos.

Ya que el aislamiento de HIV depende de varios factores:

- a.) Técnica de aislamiento.
- b.) Estado clínico del paciente.
- c.) El grado de inmunosupresión.
- d.) El número de células infectadas en la sangre periférica.

REACCION EN CADENA POLIMERASA:

Es una nueva y existente tecnología se usa en el diagnóstico y tratamiento de Enfermedades infecciosas, genéticas, oncológicas, hematológicas. Este método permite la detección directa de la secuencia específica de enfermedad de cualquiera de los 2 RNA o DNA de los tejidos o fluidos corporales de pacientes.

La ventaja de la reacción en cadena de la polimerasa en cuanto a otros métodos diagnósticos es la extremada sensibilidad del método de detectar cantidades mínimas de DNA del HIV. La sensibilidad del HIV es la del resultado de HIV presentes en el paciente.

El examen de Reacción en cadena (polimerasa). para la infección por HIV, puede ser utilizada en los siguientes casos: 1.- Individuos con examen de Western blot indeterminado. 2.- Individuos con alto riesgo seronegativos. 3.- Individuos con prácticas sexuales con pacientes HIV infectados conocidos.

INFECCION POR SIDA

POLIMERASA REACCION EN CADENA

4.- Exposición no sexual a sangre o líquidos corporales de pacientes HIV infectados.

Este examen puede ser utilizado para vigilancia de la afectividad antiviral, de los fármacos, por lo tanto su utilidad tiene aplicaciones clínicas.

Actualmente existe otros métodos diagnósticos rápidos como la determinación de Virus de HIV en saliva.

INFECCION POR SIDA

TERAPIA:

La Terapia del síndrome de inmunodeficiencia humana tiene 2 estrategias principales.

- 1.- Agentes antivirales que inhiban la replicación viral.
- 2.- Restauración de la función inmune con agentes moduladores de la inmunidad.
- 3.- Tratamiento y profilaxis de infecciones oportunistas.

Z.I.D.O.V.U.D.I.N.A

Es un antiviral cuyo mecanismo de acción es la inhibición de la transcriptasa reversa. La zidovudina se convierte en la forma activa de trifosfato de zidovudina dentro de la célula. Este cambio está mediado por el citoplasma de las células. Esta sustancia inhibe la formación de DNA, inhibiendo la replicación del HIV 1-HVI 2. Farmacología: Este medicamento se absorbe por vía gastrointestinal, con biodisponibilidad del 60%, tiene una vida media de 1, 1, hors. 20 - 50% se excreta por la orina, es metabolizada en el hígado. Penetra en el líquido cefalorraquídeo.

DOSIS: La dosis usual es de 100 mgs cada 4 horas oral, o sea 6 veces al día, o bien se dan 200 mgs cada 8 hrs. El uso clínico es en pacientes con menos de 500 células C4, en pacientes con lesión cerebral se recomiendan dosis altas de 1200 mgs por día. En cada caso se recomienda mantener una adecuada cuenta de plaquetas.

Toxicidad: Los síntomas más comunes, son náuseas, dolor abdominal, cefaleas, anemia, leucopenia. Que está en relación a su mecanismo de acción en la médula ósea. **La Anemia:** ocurre en un 30 a 40% de los pacientes, en las primeras 8 semanas de tratamiento, La complicación más grave es la de la Anemia y granulocitopenia, se recomienda vigilancia estricta con exámenes de sangre seriados. Hay que discontinuar el tratamiento si existe una hb 8.0 gr-dl o menos, granulocitos de 500/mm³ o menos y al mejorar la médula ósea se recomienda iniciar nuevamente tratamiento con la mitad de la dosis.

INFECCION POR SIDA

TERAPIA:

D.I.D.A.N.O.S.I.N.A

(2,3 dideoxinosina o DDI) Tiene un mecanismo de acción semejante al de la zidovudina. Inhibe la reversa transcriptasa, la didanosina actúa por forforilación del trifosfato.

Farmacología: Se hidroliza en el estómago, requiere del Ph ácido del estómago para su absorción. La biodisponibilidad es de 40%. La vida media en el plasma es de 1.5 hrs. Se elimina un 12% por la orina. La droga se metaboliza directamente por la degradación de purinas produciendo xantinas y ácido urico que se elimina por el riñón.

La dosis usual está en relación al peso. Si tiene menos de 50 Kg de peso debe recibir 150 mgs cada 12 hrs vía oral.

Pacientes con peso entre 50-74 kgs debe recibir 250 mgs cada 12 hrs vía oral, si pesa más de 75 kgs debe recibir 375 mgs cada 12 hrs.

Se recomienda su uso en pacientes que tienen intolerancia a la zidovudina, o que se tenga falla clínica con el tratamiento de zidovudina. Los efectos más comunes con los gastrointestinales principalmente diarreas, neuropatías periférica.

D.I.D.E.O.X.I.C.I.T.I.D.I.N.A

El mecanismo de acción es semejante al de la zidovudina, pero en esto lo que hace es ocasionar un cambio en la terminación de la forma de la cadena de DNA.

Farmacología: La absorción del DDC en el estómago es excelente, y no tiene influencia la acidez gástrica, tiene una vida media de 1.2 hrs, se excreta por los riñones en un 75%.

Experiencia clínica: Ocasiona neuropatía visceral y periférica. Se usa en combinación con la zidovudina, y la eficacia de la terapia antiviral es medida por conteo de células CD4 (elevación). Las complicaciones secundarias con neuropatía periférica, la formación de aftas bucales, son usualmente en las primeras semanas de tratamiento.

INFECCION POR SIDA

OTROS MEDICAMENTOS INHIBIDORES DE LA TRANSCRIPTASA

El segundo grupo son:

- (TIBO) Tetraidoimidazobenzodiazepina.
- (BHAP) Bisheteroaripiperazina.

Los estudios preeliminares señalan que in vitro ayudan en caso de resistencia a las drogas antivirales.

Las Tendencias actuales son las de usar monoterapia, sin embargo en un futuro, será necesario la combinación de varios agentes antivirales. En estos casos se menciona el uso de Zidovudina 600 mgs diario + 9-18 millones de unidades de interferón alfa en caso de SIDA+Sarcoma de Kaposi.

GUIA PARA LA TERAPIA A N T I V I R A L

- 1.- La terapia antiviral en pacientes con VIH esta basada en la cuenta de células CD4.
- 2.- Si dicha cuenta es menor de 500 cel mm³ cuantificados en 1 a 3 determinaciones en 3 semanas se debe iniciar zidovudina 100 mgs cada 4 hrs. o bien 200 mgs cada 8 hrs.
- 3.- Al inicio de la terapia es importante vel el aspecto psicologico del paciente, se hace énfasis en el inicio temprano de la terapia.
- 4.- Tomar estudios de laboratorio generales, que incluya biometria hemática completa, cuenta de plaquetas, determinación de urea nitrogenada, creatinina, urea, determinación de enzimas hepáticas, cada 2-3 meses.

INFECCION POR SIDA

TERAPIA:

- 5.- La terapia a largo plazo con zidovudina tiene efectos colaterales graves el principal de ellos es la Anemina en estos casos - se recomienda el uso de eritropoyetina y la cantidad o dosis es de 500 mU-dl.
- 6.- En cuanto al tratamiento con didanosina se recomienda hacer determinaciones de enzimas hepáticas, nitrogeno Acido urico, amilasa y lipasa. Determinación de triglicéridos así como una exploración neurológica exhaustiva.
- 7.- En caso de la neuropatía periférica con Didanosina se recomienda suspender la terapia y cambiar por otro antiviral, en algunos casos puede ser necesario el uso de analgésicos.
- 8.- En caso de Ulceras o Aftas bucales se discontinuará la terapia antiviral y en algunos casos la aplicación de esteroides tópicos son necesarios.
- 9.- En el caso de la terapia con zalcitabina que es un nucleosido a la zidovudina, esta indicado vigilar datos de pancreatitis y neuropatía periférica.
- 10.- La inmunización en los pacientes con SIDA es esencial, las vacunas que deben de aplicarse lo mas temprano posible son Influenza, que debe aplicarse cada año y en todos los pacientes con SIDA. La de la hepatitis B que se debe aplicar a pacientes -- seropositivos. Así como la vacuna de polisacáridos del pneumococo. En los niños la inmunización debe recibir (MMR, Polio, Difteria y tetanos) vacunas que para adultos enfermos con VIH - podrían ser de gran riesgo.

**ATENCION DEL PACIENTE CON SIDA EN HOSPITALES
DE SEGUNDO NIVEL.**

JUSTIFICACION:

Dentro de la literatura que se buscò para apoyar, este trabajo de investigación: se encontrò informaciòn en la publicaciòn del *Boletín Mensual del SIDA 1993* en la que se hace la que se hace una revisiòn desde 1983 en que se publicò el primer caso de SIDA en Mèxico, se considerò que de 1983 a 1986 hubo crecimiento lento, de 1987 a 1990 existe un crecimiento potencial, en 1991 se amortigua el crecimiento. Basàndose el estudio en las grandes metropòlis y ciudades de influencia turistica. Encontrandose que los grupos de edad mäs afectados son de 25 a 29 años. Los hombres son 6 veces mäs afectados que mujeres. En cuanto a las profesiones, los empleados administrativos son los de mayor incidencia. Y que los menos afectados eran los campesinos, la infecciòn estaba en relaciòn con prácticas homosexuales o bisexuales.

En el Boletín internacional de junio de 1993 se publica que la epidemia de sida esta creando una enorme presiòn dentro de las instituciones o servicios de salud, así como en los profesionales y este hace importante la atenciòn domiciliaria.

En la revista Acción SIDA 1993 se publica que existen comunidades de diferentes partes del mundo que poseen recursos limitados o bajos presupuesto en su lucha contra el SIDA. Pero aún así se intenta dar lo bàsico al paciente con SIDA.

En la literatura existen infinidad de articulos en relaciòn al propòsito de este estudio, pero no se encontrò ninguno con el mismo titulo.

Con estos antecedentes, el presente trabajo forma parte de una *propuesta* para la creaciòn de una area especial, cuyo principal objetivo es el de dar el mayor apoyo al paciente con SIDA en un hospital con las misma características que el nuestro.

Tiene ademàs la finalidad de proporcionar al personal de esta unidad, los elementos bàsicos, para que conozcan la enfermedad y a su vez se proporcione al enfermo apoyo informativo, mèdico, social, humanitario, psicológico y quizàs de ser posible econòmico.

O B J E T I V O

P R O P O N E R U N P R O T O C O L O

P A R A P A C I E N T E S C O N

S I D A E N H O S P I T A L E S

C O N L A S M I S M A S

C A R A C T E R I S T I C A S

Q U E E L N U E S T R O .

M A T E R I A L

El grupo con el cual se trabajo, se trata de pacientes que se hospitalizaron con sospecha clinica y en los cuales se realizò determinaciòn de anticuerpos Anti VIH (+) Elisa 1 y 2.

Se capturaron en total 27 pacientes de Enero de 1994 a Febrero de 1995. La informaciòn se obtuvo a travès de Encuentras y de investigaciòn por el Expediente clinico.

En cuanto a la atenciòn hospitalaria se incluyò personal que labora en el hospital General de Morelia y Hospital regional de Uruapan. Dentro de este procedimiento se incluyeron 38 mèdicos, 34 enfermera, 8 personal de cocina, 5 Administrativos, 5 Trabajadores sociales, 2 Quimicos. Lo que hace un total de 92 personas, a las cuales se les realizò la encuesta.

CRITERIOS DE NO INCLUSION

Se excluyeron aquellos pacientes con determinaciòn de anticuerpos anti VIH (-) Elisa 1 y 2. Western-blot negativo, Se excluyeron pacientes finados a los cuales no se les puedo aplicar la encuesta.

En cuanto a la atenciòn hospitalaria, se excluyò al personal del Hospital que no cooperò con la encuesta.

METODOLOGIA

El estudio realizado es de revisión de casos, de los 27 casos captados se realizó la investigación en el expediente y además se aplicó una encuesta tanto personal al enfermo como a la familia, en donde las variables a medir son el aspecto personal, lo económico, lo social y la opinión que tuvo el paciente y la familia en cuanto a la atención que recibió en el hospital. El aspecto médico de esta encuesta se basó principalmente en expediente, en los datos clínicos.

Para investigar el aspecto de la atención hospitalaria se realizó una encuesta al personal que labora en ambos hospitales, y las variables a medir fueron, la opinión en cuanto a la atención del paciente con SIDA, si les gusta trabajar con el paciente, y el porque. Así como su opinión en cuanto a la realización de un área especial, y cuales con las prioridades a tratar de resolver.

R E S U L T A D O S

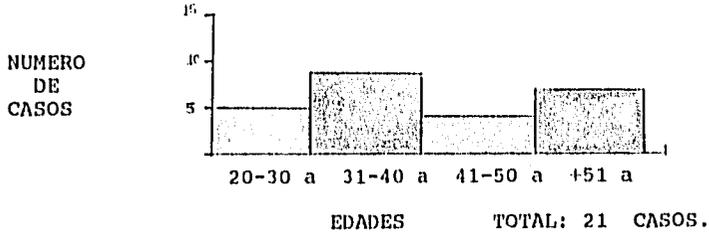
El grupo de enfermos que se captaron fueron 27, pero se excluyeron 4 pacientes por defunción, 1 en el cual no existía expediente completo, 1 en el cual el estudio de determinación de Ac anti VIH fue negativo.

El total de pacientes incluidos son 21 en todos ellos se realizó una investigación de los expedientes y se hizo una encuesta en 14 de ellos todos los pacientes fueron captados de Enero de 1994 a Febrero de 1995.

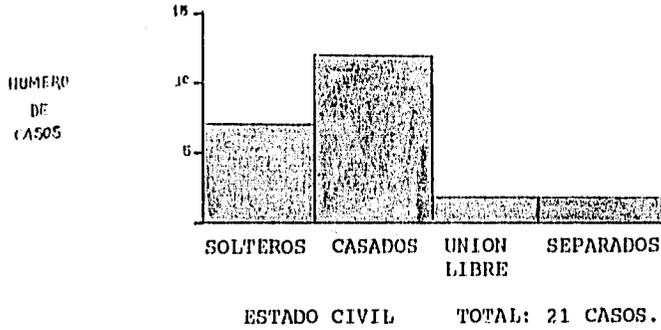
De estos pacientes en relación al sexo 4 fueron femeninos y 17 masculinos.

R E S U L T A D O S

DISTRIBUCION POR EDADES

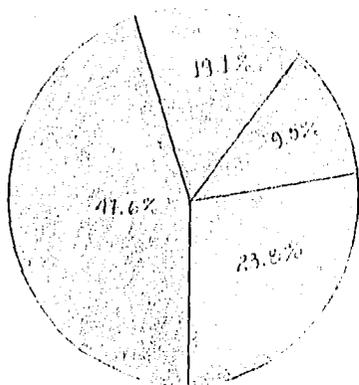


ESTADO CIVIL



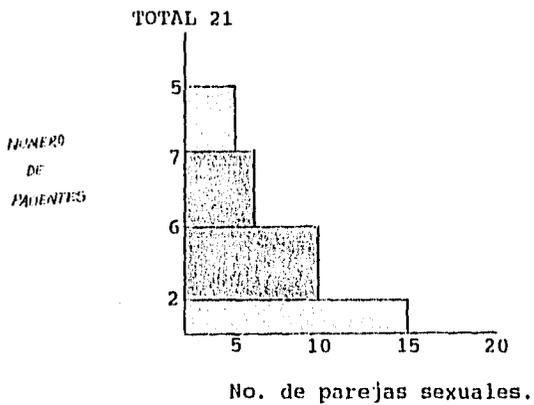
R E S U L T A D O S

T I P O D E E X P O S T C I O N



21 CASOS = 100%
10 CASOS = 47.6 % homosexuales (BISEXUAL)
4 CASOS = 19.1 % heterosexual
5 CASOS = 23.8 % NO DEFINIDO
2 CASOS = 9.5 % Transfusión.

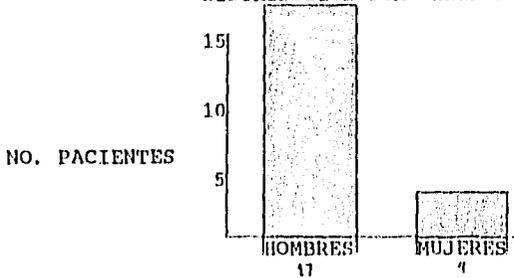
N U M E R O D E P A R E J A S S E X U A L E S



RESULTADOS

ESTA TESIS NO PUEDE
SALIR DE LA INSTITUCIÓN

DISTRIBUCION POR GENEROS



TOTAL: 21 CASOS

♀ = 4 CASOS

♂ = 17 CASOS

GASTOS: Los gastos en los pacientes que se captaron tuvieron mínimo de N\$ 400.00 y un máximo de N\$ 2,500.00 y con una medida de N\$1,050.00. En gastos de Hospital y estudios efectuados dentro y fuera del hospital. Es importante señalar que en nuestro medio el paciente recibe escasa ayuda de la familia. Pero en 5 pacientes no se percibe ningún apoyo. Así mismo hay rechazo por parte de Amigos y familiares.

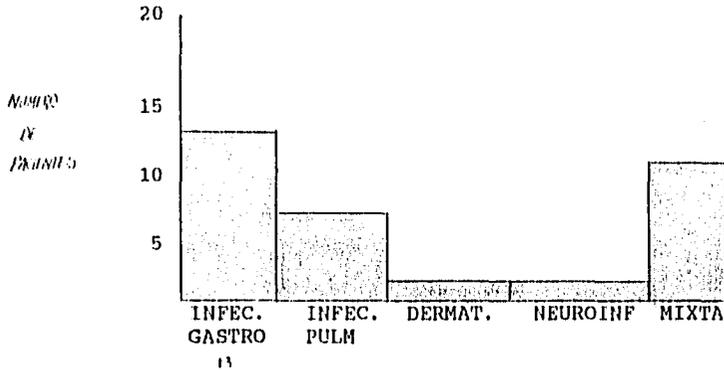
METODO DIAGNOSTICO: Utilizado fue la determinación de anticuerpos anti VIH 1 y 3 ELISA. En 4 de ellos se realizó pruebas confirmatoria de Western-blot. En ningún paciente se le realizó determinación de linfocitos o subpoblación de linfocitos CD4.

El tiempo promedio de diagnóstico, considerado desde el inicio de los síntomas, hasta el momento de la obtención del resultado de laboratorio se obtuvo un máximo de 15 meses y un mínimo de 4 meses.

Las causas más frecuentes de hospitalización: son la infección intestinal + problema pulmonar en 13 pacientes, en 6 pacientes ingresaron con infección pulmonar + problema dermatológico, 1 ingresó por sangrado de tubo digestivo, 1 paciente por neuroinfección.

R.E.S.U.L.T.A.D.O.S

DISTRIBUCION POR INFECCIONES MAS COMUNES



Los problemas pulmonares principales fueron de etiología Tuberculosa, en otros pacientes basados en clínica y Radiología la sospecha fuè de Infección por *Pneumocistis carinii*.

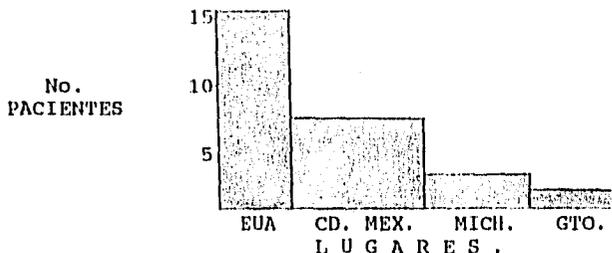
Los problemas intestinales también ocuparon el primer lugar la Tuberculosis intestinal y la Amibiasis. Los problemas dermatológicos más comunes fueron el Herpes Zoster y el Herpes simple.

ATENCION HOSPITALARIA: (opinión del paciente).

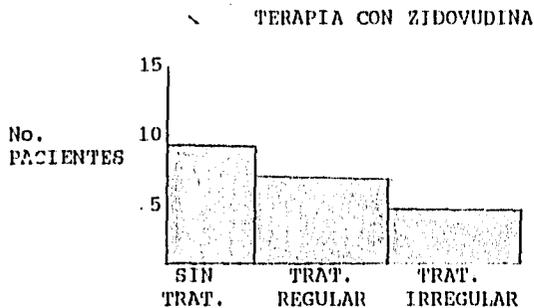
8 pacientes opinaron que la atención era mala, debido a que no conocían a su médico, no se informaba de su enfermedad. En cierta forma se sentían rechazados y en cierta medida agredidos, 6 pacientes opinaron que la atención era buena, 3 pacientes opinaron que la atención es de calidad regular, 4 no opinaron.

R E S U L T A D O S

En la encuesta realizada en los pacientes investigando lugares donde han vivido, la mayoría de nuestro pacientes habla vivido en EUA (15 pacientes) y de estos 7 habían vivido en California, 8 en otras ciudades de EUA. 3 vivieron en la ciudad de México 2 nunca salieron de Michoacan 1 en el estado de Guanajuato.



En cuanto al tratamiento que recibieron los pacientes con antivirales. El medicamento utilizado fue Zidovudina de 21 pacientes captados 7 recibían tratamiento regular y 5 pacientes recibieron tratamiento irregular. El resto de los pacientes recibieron tratamiento profiláctico para infecciones oportunistas (Tb isoniazida, Itraconazol, Bactrim). sin terapia antiviral. (9 pacientes).



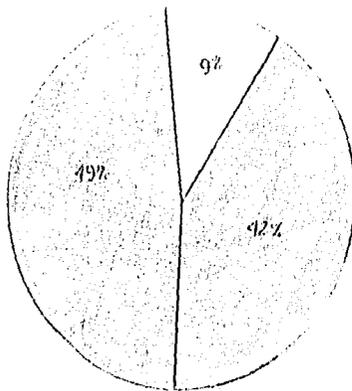
R E S U L T A D O S :

En la encuesta realizada al PERSONAL DEL HOSPITAL, se obtuvieron las opiniones de 92 personal que laboran en el hospital.

De estos 92 sujetos, incluidos en este estudio, 39 personas encuestadas, estan de acuerdo en atender al paciente con sida. En 53 pacientes opinaron no estar de acuerdo y en un 14.5 % de estos opinaron que los atendian por obligacion. (8 personas). En aproximadamente el 41.3% opinò en que el miedo a la atencion de estos pacientes es por alto riesgo de contagio.

85 personas encuestadas opinaron que deberia formarse un area especial para mejor atencion, tratandose de obtener lo necesario. Y que los puntos principales a tratar son:
La atencion Médica, Psicológica, Humanitaria.

Todos opitaron que requeria proporcionar informacion al personal del hospital y a la familia del paciente.



NO ATENCION: 49% (45 PERSONAS)

OBLIGACION : 9% (8 PERSONAS)

SI ATENCION: 42% (39 PERSONAL)

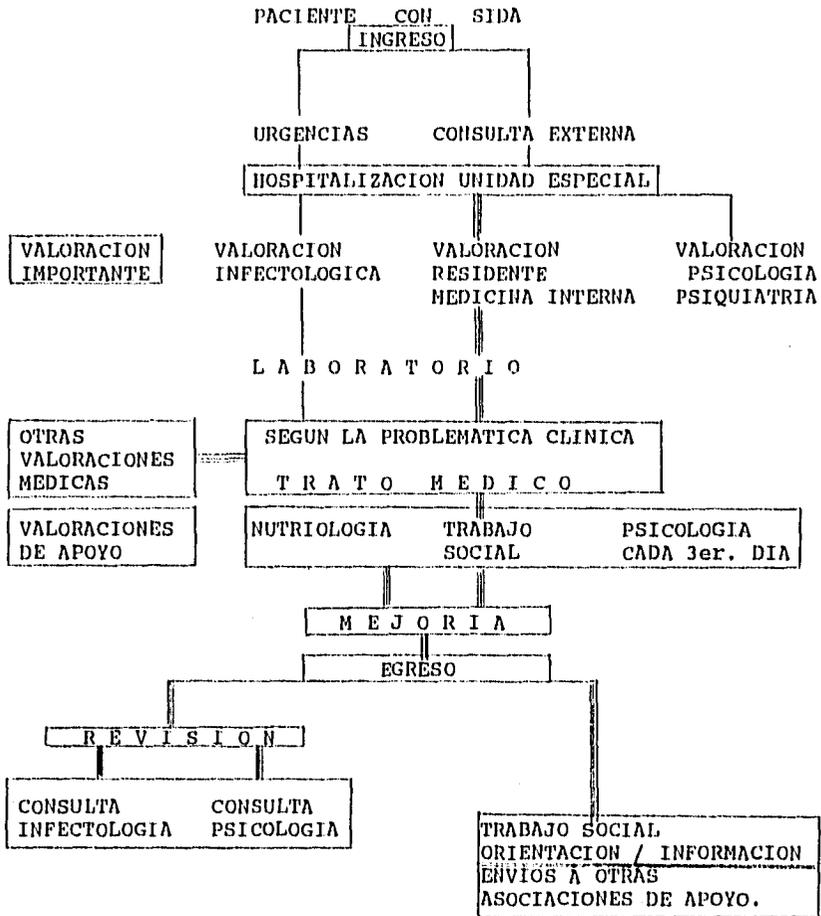
C O N C L U S I O N E S .

- 1.- La atención hospitalaria no es la más adecuada, si cuenta con lo indispensable para mejorar la calidad de atención.
- 2.- Con los resultados obtenidos, se concluye que es necesario la creación de un área especial intrahospitalaria para la atención del paciente con SIDA.
- 3.- Es necesario mejorar el apoyo Médico y psicológico del paciente.
- 4.- Quizás se requiera de motivación al personal que trabaja en el hospital, con apoyo económico, Apoyo de descanso.
- 5.- El principal limitante en la atención del enfermo es el temor al contagio.
- 6.- Los pacientes que se reciben en esta institución, generalmente son de escasa educación, por lo tanto necesitan de mayor apoyo
- 7.- La mayoría de los pacientes no recibe terapia anti VIH debido a falta de recursos económicos.
- 8.- La mayoría de nuestros pacientes hablan vivido en EU, como trabajadores del campo, y habla tenido contactos sexuales en dicho país.
- 9.- La mayoría de los paciente opinó que había mala atención hospitalaria.

P.R.O.P.U.E.S.T.A.S

- 1.- Se propone prepara la personal enfermeria, Trabajo social, Médico para mejorar la atención.
La selección de este personal sería por voluntad propia y a su vez que reciban motivaciones como compensaciones económicas o de descanso.
- 2.- Se propone relizar pláticas, con grupos específicos, que laboran en el hospital y tratar de hacer conciencia y conocimiento en la atención de este enfermo.
- 3.- Se requiere de personal de Trabajo social que se encargue del control, conocimiento de domicilio del enfermo y apoyo así como orientación al enfermo.
- 4.- Buscar apoyo para estos pacientes en otras asociaciones creadas para este fin.
- 5.- Contar con una unidad o vehiculo de traslado especial.
- 6.- Contar con el apoyo de Laboratorio para la realización de estudios básicos los cuales se debe de incluir cuenta de linfocitos.
- 7.- Que existan líneas telefónicas especiales para mantener una comunicación con el paciente que solicite ayuda.
- 8.- Contar mínimo con 1 o 2 camas para hospitalización de estos enfermos.
- 9.- Que el personal de psicología de esta institución se encargue de dar terapia de tratamiento especial en este paciente (terapia grupal, pareja, individual y familiar). Y en casos necesarios solicitar apoyo al psiquiatra.
- 10.- Preparar al personal de cocina dentro del conocimiento de los nutrientes, para asegurar una mejor nutrición, o bien contratar Dietista o Licenciado en nutrición.

P.R.O.P.U.E.S.T.A.S



B I B L I O G R A F I A .

- 1.- Gold, W. Medical Management of Aids Patients.
Med. clin. North Am 1992 Jan;76(1):1-280.

- 2.- Jacosberg LB; Perry S. Medical Management of AIDS
Patients Psychiatric Disturbances.
Department of Psychiatry Cornell University Medical Center
New York-New York. Med. Clin North Am 1992 Jan; 76(1):99-
106.

- 3.- Gold W. Hiv-1 Infection. Diagnosis and Management Depart-
met of Medicine Bronx-lebanon Hospital Center New York.
Med. Clin. Nort Am 1992 Jan: 76(1): 1-18.

- 4.- Chamberland ME; Conley LJ; Bush TJ; Ciesielski CA; Hammett
TA. Division of HIV centers of Disease control Atlanta G.A
JAMA 1991 dEC 25;266(24): 3459-62.

- 5.- Watcher RM AIDS, Activism and the politics of health New
England Journal of Medicine 1992 Jan 9; 325(2): 128-33.

- 6.- NHI Conference Gastrointestinal infeccions in AIDS.
Smith PD; QuinnTC; Strober W; Janoff EN; Masur H. Anna
Intern Med 1992 Jan 1;116 (1): 63-77.

- 7.- La importancia de la Tuberculosis en el síndrome de la in-
munodeficiencia adquirida Aspectos Clínicos y Terapéutica.
Cano-Domínguez Villareal Urenda Gómez Campos
Centro Médico la RAZA IMSS Gaceta Médica Mex 1991.
Mar-Abril; 127(2):137-41.

- 8.- Collins IM. Antituberculous Immunity New Solutions to and old problem.
Trudeau institute Inc; Sanac Lake New York.
Rev. Infect. Dis. 1991 Sep-Oct; 13(5):940-50

- 9.- ACCION SIDA. abril-junio 1993 (1-800344-SIDA).

- 10.- NECESIDADES SIDA. Boletín Médico Vol. 4 No. 11 1990.

- 11.- BOLETIN SIDA. Biblioemerografico mensual 12 serie 6
Junio ISSN 0187-4691.

- 12.- SITUACION SIDA EN MEXICO. Boletín mensual SIDA ETS Enero de 1993.

- 13.- BOLETIN INTERNACIONAL PARA LA PREVENCION Y CONTROL DEL SIDA.
acción en SIDA no. 19 Abril-junio 1993.

- 14.- Division of Health Science. Physician Guidelines 2a. edition.
Early Interventiòn HIV.
American Medical Association 1994.

- 15.- Giuseppe Pantaleo MD, Cecilina Graziosi, PH D.
The Immunopathogenesis of human Immunodeficiency Virus
Infection. from laboratory of immunoregulation, National
Institute of Allergy an Infectious Diseases.
The New England Journal of Medicine Vol 328 No. 5
pag 327-334. Feb 4 de 1993

- 16.- Samuel Ponce de León y Cols. Manejo de los Pacientes por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. La rev. Invest. clín. (Mèx) 40:49-63, 1988.
- 17.- Harold A. Kessler; Joseph A. Bick John C Pottage. Of Association of Immunology and Microbiology at Rush Medical College. Luc's Medical Center SIDA Disease a Month Octubre de 1992.
- 18.- Mark J Zalla, MD W.P. Daniel Su Anthony F. Fransway of Department of Dermatology Mayo clinic, Rochester MN 55905. Mayo Clin. Proc 67:1089-1108, 1992.
- 19.- Gustavo Reyes Teràn; Samuel Ponce de León. Conteo de células T CD4 y su uso en pacientes con HIV. Rev Invest clin 1993;45:363-70. No. 4 Jul-Ago.
- 20.- Barnes PF, Bloch AB, Davinson PT. Tuberculosis in Patient with Human Immunodeficiency Virus Infection N. England, J Med 1991; 324: 1644-1659.
- 21.- Kent A. Septkowitz from the Infectious Disease Medical Center New York. AIDS, Tuberculosis and the health Care Worker. Clinical Infectious Diseases 1995;20:234-242.
- 22.- Margaret A. Fischl MD. Kenneth Stanley. AIDS Clinical Trials Group. Combination y Monoterapia con Zidovudine and Zalcitabine in Patients with Advanced HIV Disease. Ann Intern Medicine 1995;122:22-32.

Vanya Epmore June 11

~~Pat~~
C. E. Epmore