

11226 124
31

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACIÓN.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
CUERNAVACA, MORELOS.

**"FRECUENCIA DEL S.I.D.A. EN LA CLÍNICA
DE MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.S.T.E.**

I. S. S. S. T. E.
DE CUERNAVACA, MORELOS."



CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR CUERNAVACA, MORELOS

REGISTRO DE CONSTANCIAS Y RECONOCIMIENTOS

LIBRO NUM. _____ HOJA _____

FOLIO NUM. 050 - 96

FECHA DE EXPEDICIÓN _____

**Trabajo que para obtener Diploma de Especialista en Medicina Familiar
presenta:**

DR. ALFREDO HILARIO ROBLEDO HERNANDEZ.

Cuernavaca, Morelos, Noviembre de 1993⁷

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**"FRECUENCIA DEL S.I.D.A. EN LA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.S.T.E. DE
CUERNAVACA, MORELOS".**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR, PRESENTA:**

DR. ALFREDO HILARIO ROBLEDO HERNANDEZ

AUTORIZACIONES.



**DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA,
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.
FACULTAD DE MEDICINA.**

U.N.A.M.



**DR. ARMANDO RIGOYEN CORIA,
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN.
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.
FACULTAD DE MEDICINA.**

U.N.A.M.



**DRA. MARIA DEL ROSARIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.**

**“ FRECUENCIA DEL S.I.D.A. EN LA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.S.T.E. DE
CUERNAVACA , MORELOS”.**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:**

DR. ALFREDO HILARIO ROBLEDO HERNANDEZ.

AUTORIZACIONES:


DR. JESUS SANTAMARIA LOZA,
PROFESOR TITULAR DEL CURSO.


DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES,
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA,
I.S.S.S.T.E.

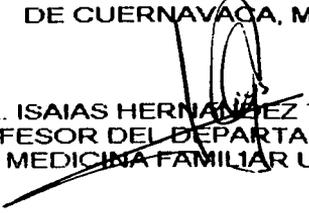
**"FRECUENCIA DEL S.I.D.A. EN LA CLINICA DE
MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.S.T.E. DE
CUERNAVACA, MOR.**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:
DR. ALFREDO HILARIO ROBLEDO HERNANDEZ.**

ASESORES DE TESIS:



**DRA. CLEMENTINA ESPINOZA VAZQUEZ,
EPIDEMIOLOGA DE LA UMF DEL I.S.S.S.T.E.
DE CUERNAVACA, MOR.**



**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES,
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR UNAM.**

DEDICATORIAS:

ESTE ESTUDIO, LO DEDICO A MI AMADA ESPOSA, QUE ME IMPULSO Y ANIMO A SEGUIR EN EL. TAMBIÉN A MIS TRES HIJOS A LOS QUE NO LLEVE A DIVERTIRSE EN NO POCAS VECES. EN OCASIONES ES NECESARIO CIERTO SACRIFICIO, PARA LLEVAR A FELIZ TERMINO ALGO QUE UNO DESEA.

MENCION ESPECIAL A LA DRA. CLEMENTINA ESPINOZA V. QUE ME ORIENTO Y ME DIO LOS DATOS NECESARIOS.

AGRADECIMIENTO AL TITULAR DEL CURSO DR. JESUS SANTAMARIA LOZA, PORQUE DURANTE EL CURSO, ME ESTIMULO A RETOMAR LOS LIBROS, NO SOLO PARA CUMPLIR CON LOS FINES DEL PROGRAMA SINO ADEMÁS COMO UN BUEN PROFESOR.

A LAS AUTORIDADES DE LA U.N.A.M., A LAS AUTORIDADES INSTITUCIONALES Y SINDICALES:

GRACIAS.

ÍNDICE

ANTECEDENTES Y MARCO DE REFERENCIA.....	1
AGENTE ETIOLÓGICO.....	4
DEFINICIÓN.....	6
DIAGNOSTICO SEROLOGICO.....	12
TRATAMIENTO Y MANEJO.....	18
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
JUSTIFICACIÓN.....	22
OBJETIVO GENERAL.....	24
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
DISEÑO.....	26
MATERIAL Y MÉTODO.....	27
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	28
VARIABLES Y PARÁMETROS DE MEDICIÓN.....	30
PIRÁMIDE DE POBLACIÓN (CUADRO N° 2).....	31
PIRÁMIDE DE POBLACIÓN (GRÁFICA N° 1).....	32
ANÁLISIS DE DATOS (CUADRO N° 3).....	33
ANÁLISIS DE DATOS (GRAFICA N° 2).....	34
ANÁLISIS DE DATOS (CUADRO N° 4).....	35
ANÁLISIS DE DATOS (GRAFICA N° 3).....	36
ANÁLISIS DE DATOS (CUADRO N° 5).....	37
ANÁLISIS DE DATOS (GRAFICA N° 4).....	38

ANÁLISIS DE DATOS (CUADRO N°6)	39
ANÁLISIS DE DATOS (GRÁFICA N°5)	40
ANÁLISIS DE DATOS (CUADRO N° 7)	41
ANÁLISIS DE DATOS (GRÁFICA N°6)	42
ANÁLISIS DE DATOS (CUADRO N° 8)	43
ANÁLISIS DE DATOS (GRÁFICA N° 7)	44
RESULTADOS	45
ANÁLISIS	47
CONCLUSIONES	49
BIBLIOGRAFÍA 1	51
BIBLIOGRAFÍA 2	52
FORMATO DE CONCENTRACIÓN DE DATOS	56

ANTECEDENTES Y MARCO DE REFERENCIA

INTRODUCCIÓN

Los primeros casos del síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) fueron reconocidos en Estados Unidos en 1981; a partir de entonces empezaron a aparecer casos en otros países y a la fecha se ha convertido en una pandemia con una tendencia ascendente y alarmante. (1.6)

Es una enfermedad terminal caracterizada por una inmunoincompetencia intensa, infecciones oportunistas recurrentes graves, y susceptibilidad a una forma rara de cáncer, el sarcoma de Kaposi. (1.5) Hoy en día ya tiene una distribución mundial. (1.2)

Múltiples centros de investigación en todo el mundo se han abocado, a tratar de encontrar una vacuna efectiva, pero pasaron todavía varios años antes de que esto se logre. (1.6)

Los retrovirus fueron descritos por primera vez a comienzos de este siglo como agentes filtrables causantes de tumores transmisibles en los pollos: el primer retrovirus conocido en los mamíferos se aisló en los años 50 en ratones con leucemia. Sin embargo, a pesar de una intensa investigación, el primer retrovirus humano, el VLTH-I, se aisló hasta 1978.

Esto sólo pudo hacerse al descubrirse la transcripción de ARN a ADN realizada por un virus y gracias al empleo de la transcriptasa inversa (TI) como un marcador sensible de virus. Además, el obligado requerimiento de un factor de crecimiento de las células T, la interleucina 2 (IL-2) necesario para el crecimiento de las células T en los cultivos, ayudó a hacer posible el aislamiento. Actualmente, hay 4 retrovirus humanos pertenecientes a dos grupos distintos: los retrovirus de la leucemia humana de las células T, VLTH-I y VLTH-II y los virus de la inmunodeficiencia humana, VIH-1 y VIH-2.

Aunque a veces los retrovirus se clasifican en virus oncogénicos, lentivirus, espumavirus también pueden agruparse por las enfermedades que originan, por su aspecto al microscopio electrónico y por sus efectos biológicos. A diferencia de algunos retrovirus infecciosos denominados retrovirus endógeno se transmiten por la línea de las células gemilales.

Los retrovirus son virus encapsulados de unos 100 nm. de diámetro generalmente, que se forman por germinación en las membranas celulares. Un núcleo central electrón-denso rodea a 2 copias idénticas del genoma del ARN viral de un solo filamento, convirtiéndose en diploides a los retrovirus, lo cual es excepcional entre los virus. Sin embargo la característica típica de un retrovirus es la polimerasa de ADN, conocida como transcriptasa inversa.

Combinada con un ARN a un tipo de ADN de doble filamento que emigra desde el citoplasma al núcleo y se integra al ADN de la célula huésped. Bajo esta forma, conocida como provirus, los genes virales permanecen integrados mientras la célula está viva y se

duplican con el ADN celular durante la fase S del ciclo celular. Por lo tanto, una vez establecida, la infección del huésped dura generalmente toda la vida. Cuando el provirus se expresa, el ARN y las proteínas virales aparecen visibles en el citoplasma y enzarzadas en la membrana celular, donde tiene lugar la germinación y la liberación de viriones infecciosos, completándose así el ciclo de replicación. (1.1)

AGENTE ETIOLOGICO.

El VIH fue descubierto en 1983 por Barré-Sinoussi, del equipo del profesor Montagnier: inicialmente fue denominado LVA (Lymphadenopathy Associated Virus).

Un año después Gallo aisló un virus idéntico al que denominó HFLV-III. Este virus tiene como receptor la molécula CD4. Tras la penetración de la partícula viral, el ARN genómico es transcrito por la transcriptasa inversa viriónica en ADN proviral que integrará se integró al ADN celular por sus dos extremidades denominadas LTE (Long Terminal Repeat).

Este genoma asocia tres genes de estructura:

- 1.- Gag que codifica para el antígeno de grupo que corresponde a las proteínas de core o nucleocápside.
- 2.- Pol para la polimerasa es decir, la transcriptasa inversa.
- 3.- Env para las glucoproteínas envolventes.

El genoma contiene también genes reguladores no estructurales pero no contiene ningún oncogén.

Las proteínas del VIH-1 se codifican en los tres cuadros de lectura del genoma y para algunas se observa un empalme de ARN mensajeros o una escisión del precursor proteico.

El gen env codifica para un precursor glucoproteico de un peso molecular de 160,000 (gp 160), escindido en gp 120, que es la glucoproteina de superficie (su) y en gp 41, que es la glucoproteina transmembrana (tm).

El gen pol codifica para la polimerasa ó transcriptasa inversa (rt reverse transcriptase ó p65/65 y p51), la endonucleasa (in, p32/34) y la proteasa (pr, p10).

El gen gag codifica para las proteínas del core producidas en forma de precursores p55 y p40 que son escindidos en proteína de capsido (ca, p24/25), matriz (ma, p17/18) y nucleocápside (nc, p7).

Además de las proteínas citadas, denominadas estructurales ó viriónicas el VIH-1 codifica para proteínas no estructurales con función reguladora: tat (p14), rev(p. 0) nef (p27), vif, vpr y vpu.

El VIH-2 se halla presente en todo África Oriental y fue aislado en 1986 en el Hospital Claude-Bernard por el equipo de Burn-Vezinet; Clavel y colaboradores lo caracterizaron como emparentado al VIH-1. Se ha observado en los pacientes la existencia de reacciones serológicas cruzadas entre el VIH-1 y el VIH-2 que implican las proteínas del core, pero mucho menos las proteínas envolventes que son bastante distintas: las gp 140, gp 105, gp. 36 del VIH-2 corresponden respectivamente a las gp 160, 120 y 41 del VIH-1.(1.3)-(1.7)

DEFINICIÓN.

El S.I.D.A. es una infección producida por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) el cual destruye las células T4 (linfocitos cooperadores) y produce pérdida de la inmunidad, principalmente la célula con el consecuente desarrollo de las infecciones oportunistas y neoplasias. La enfermedad es de evolución grave y pronóstico mortal a corto ó mediano plazo se presenta con mayor frecuencia en nuestro país, en hombres homosexuales y bisexuales, en edades entre 25 y 34 años. (1.6)-(1.2)

DATOS CLÍNICOS.

Síntomas y signos: El inicio del SIDA es insidioso, con fatiga, pérdida de peso, diarrea, fiebre y linfadenopatías, muchos meses antes que haya cualquier manifestación oportunista o cáncer. Son comunes la candidiasis bucal y lesiones diseminadas causadas por el virus de herpes. El inicio repentino de la enfermedad aguda tiende a ser precipitado por una infección oportunista.

Una característica esencial para el diagnóstico es la presencia de una infección ó neoplasia oportunista. Una mitad de los pacientes de SIDA tiene afección importante del sistema nervioso central, que incluye demencia y encefalopatía producida por VIH en sí, una neoplasia del sistema nervioso central (por ejemplo linfoma), o una infección del mismo (por ejemplo toxoplasmosis).

Hay tres grupos de pacientes:

- 1.-Enfermos con SIDA evidente, según la definición de la CDC con fines epidemiológicos y que requiere la presencia de una infección oportunista o de sarcoma de Kaposi.
- 2.-Enfermos con complejo relacionado con el SIDA(CRS), que puede incluir linfadenopatía fiebre inexplicable, pérdida de peso y anomalías hematológicas y neurológicas en una persona sin el cuadro completo de SIDA ó en un miembro del grupo de riesgo alto.
- 3.-Personas asintomáticas infectadas con el retrovirus VIH según lo indica la presencia de anticuerpos en suero ó virus en sangre ó secreciones vaginales.

No se sabe cuantos individuos desarrollaran el síndrome plenamente manifiesto ni cuanto pero las pruebas epidemiológicas apoyan que quizá sea alrededor de la mitad.

El SIDA en niños pequeños puede adquirirse por transmisión vertical de una madre infectada (lactancia). El sarcoma de Kaposi es raro, en tanto que las infecciones oportunistas son similares a las de los adultos. Puede haber más manifestaciones, por ejemplo neumonía infiltrativa linfocítica.(1.2)-(1.5)

Entre las infecciones debidas a la alteración de la inmunidad celular, se observan neumonia por *P. carini*, candidiasis oral y esofágicas, meningitis por citococos, toxoplasmosis cerebral criptosporidiosis y afecciones diseminadas por micobacterias. (1.3)

Sarcoma de Kaposi: Los enfermos infectados por VIH tienen una incidencia elevada de ciertos linfomas de células B, enfermedad de Hodgkin, algunos carcinomas y sarcoma de Kaposi. (1.1)-(2.3)-(2.9)

Hasta la fecha reciente en E.U.A. esta lesión cutánea maligna rara se veía de preferencia en varones caucásicos de edad avanzada, seguía una evolución clínica crónica y rara vez era mortal, es más común en el paladar duro y suele presentarse como una lesión violácea elevada debajo de una mucosa intacta ó ulcerada. (1.2)

El VIH no es causa directa de ninguno de éstos tumores, pues las secuencias virales no han podido encontrarse en el ADN de la mayor parte de las células tumorales. En los casos linfomas de células B, el mecanismo puede ser similar al ya citado, papel directo del VIH-I. El cultivo directo de tejidos con lesiones de sarcoma de Kaposi sugiere que el papel de VIH puede ser la inducción de un factor de crecimiento elaborado por las células CD4 más infectadas, este factor activa a las células vasculares, las cuales liberan varias citocinas; la liberación continua de éstas puede desembocar en la población de células mixtas del sarcoma de Kaposi. Una prueba más en apoyo de esta interpretación es la aparición de lesiones similares al sarcoma de Kaposi en ratones machos transgénicos que están expresando la proteína tat. (1.1)

La linfadenopatía generalizada es común en la infección por VIH. En este caso un ganglio sensible ó creciente puede indicar una infección secundaria, linfoma u otro tumor.

La gingivitis y estomatitis graves son síntomas frecuentes, la candidiasis oral es común con úlceras intrabucales gigantes, con frecuencia el hallazgo inicial es una leucopenia pilosa en el borde de la lengua. (1.2)

La sinusitis es común en el SIDA y depende de diversos microorganismos. Se justifica la irrigación temprana de los senos, con envío de los aspirados al laboratorio para examen citológico y cultivo de hongos, virus Legionella y gérmenes aeróbicos y anaeróbicos. (1.2)

Considerando lo común de las manifestaciones neurológicas en el SIDA, no sorprende que haya una frecuencia más alta de pérdida sensorial de la audición y respuesta auditivas del tallo encefálico anormales en pacientes de SIDA que en la población general. No es raro el sarcoma de Kaposi de la oreja. La dermatitis seborreica más difícil de tratar en el conducto auditivo externo. (1.2)

Los pacientes de SIDA suelen desarrollar manchas algodonosas retinianas y hemorragias no diferenciables de las que se observan en la hipertensión arterial.

También puede haber infecciones oportunistas de la retina y la coroides incluyendo retinitis por citomegalovirus que puede originar pérdida rápida de la visión y en especial difícil de tratar.

Las siderantes pueden manifestarse en el examen ocular antes que aparezcan otras características clínicas del SIDA. (1.2)-(2.14)

El riesgo aparente de propagación perinatal al recién nacido, por una madre con SIDA, puede acercarse a 50%, con el riesgo de muerte subsecuente del lactante en un plazo de unos cuantos años.(1.5)-(2.2)

Mecanismos de transmisión del VIH:

Hasta ahora no se ha comprobado la transmisión del VIH a través de saliva, lágrimas, sudor, contacto íntimo de la piel, en virtud de su escasa viabilidad fuera del organismo humano y por su escasa cantidad eliminada, igualmente no se transmite a través de alimentos, ropa, vajilla, inodoros, toallas, el aire, piquete de insecto y por inyección de albúmina o inmunoglobulinas.

Su transmisión solo se ha comprobado a través del contacto sexual, la transfusión de sangre y derivados así como el uso de agujas y jeringas, instrumentos cortantes y punzantes contaminados con sangre de casos y portadores, que se usan o comparten con otras personas sin la debida esterilización, también se transmiten de madre a hijo, durante el embarazo, el parto o la lactancia y mediante tejidos y órganos donados por portadores. La susceptibilidad es universal para ambos sexos de todas edades y ocupaciones. El peligro de adquirir la infección se establece en personas con riesgo permanente: Hombres homosexuales y bisexuales hombres y mujeres heterosexuales promiscuas o adictos a drogas intravenosas ó con riesgo eventual como las personas que reciben sangre ó sus derivados de portadores del virus y personal de salud expuestas a productos de portadores o enfermos, cuando no se toman las medidas preventivas. (1.6)

Se estima que el riesgo de contraer el síndrome de inmunodeficiencia adquirida por una transfusión de sangre es de 4 por un millón de pacientes transfundidos, comparando con uno por un millón de riesgo en la población general. Como comparación en la población de varones homosexuales el riesgo de contraer SIDA es de 1%.

Se espera que hoy en día disminuya de manera importante el SIDA relacionado con transfusiones ya que los bancos de sangre utilizan de manera sistemática la prueba para anticuerpo HTLV-III en la selección de todas las donaciones en busca de pruebas de exposición previa al virus del SIDA. La prueba no es infalible pero reduce el peligro de efectuar transfusiones de sangre contaminada con SIDA prácticamente a cero. (1.2)

DIAGNOSTICO SEROLOGICO.

El poner de manifiesto los anticuerpos mediante un método inmunoenzimático generalmente el ELISA, es la base de la detección de los sujetos infectados; la seroconversión aparece generalmente entre las 6 y las 8 semanas del inicio, y excepcionalmente más allá de los 6 meses. Se utiliza como antígeno una muestra de células infectadas, componentes virales purificados ó proteínas virales recombinantes. Se recomienda utilizar dos técnicas ELISA distintas; por ejemplo una técnica específica para el VIH-I y una técnica de especificidad mixta para VIH-I y VIH-II. La existencia de falsos positivos con ELISA en especial en los sujetos de origen Africano, conduce a la confirmación sistemática de cualquier primer resultado positivo en un paciente mediante un Western blot. Esta técnica es capaz de mostrar los anticuerpos frente a las principales proteínas estructurales de los virus, en especial las proteínas de core y envoltorio. Sin embargo, el suero de algunos sujetos no infectados puede contener anticuerpos que reaccionan con las proteínas de core, en particular anticuerpos anti p24/25. Por otro lado, existe un esfuerzo de simplificación de las técnicas a fin de facilitar la detección masiva en los países desprovistos de equipamientos: Detección de los anticuerpos por ELISA en la orina ó en la saliva, inmunofiltración que proporciona una respuesta en algunos minutos. En los países industrializados estas técnicas no pueden reemplazar la detección clásica mediante ELISA en suero.

Al principio a excepción de los casos de recién nacidos de madres seropositivas, se utilizara el diagnóstico serológico; ELISA y confirmación del resultado positivo con Western blot.

Esta positividad se confirmará en los mismos exámenes practicados en una segunda muestra de control y no será necesaria ninguna otra investigación virológica complementaria, salvo las que se indican ulteriormente para establecer el pronóstico y/o la terapéutica, como la antigenemia y la medición de la carga viral plasmática. Un Western blot negativo descarta el diagnóstico de infección por VIH si se practica un personal experimentado en todos los controles necesarios de las reacciones.

Los niños nacidos de madre con SIDA deben ser sometidos a técnicas de aislamiento viral y de detección del antígeno sérico. El aislamiento del VIH afirma de manera indiscutible muchos casos la presencia de la infección ya desde los primeros meses de vida. Sin embargo, hay que prevenir a los padres que un examen negativo en este estudio no excluye la posibilidad de infección, más allá del año, la asociación de estas técnicas a la serología permite obtener un resultado mucho más seguro. Para concluir recordaremos que el diagnóstico de infección por VIH es un acto médico que se realiza en beneficio del sujeto examinado y de su entorno, que requiere un consentimiento explícito y que impone una atención cuidadosa del médico que la realiza.

El aislamiento de los VIH en un cultivo celular es larga, costosa y requiere de laboratorios de alta seguridad, aunque ha mostrado gran utilidad en la infección por VIH en el niño .(1.7)

Pruebas de laboratorio:

La deficiencia inmunológica de contagios con agentes, víricos que atacan los linfocitos T-auxiliares (helper), que se encuentran muy disminuidos en este síndrome. Se comprueba una linfopenia ($<1.500/mm$), un cociente T-"helper"/Tsupresores <1.5 y una negatividad de reacción a la tuberculina y a diferentes antígenos ocasiona pancitopenia (a veces), ó neutropenia.(1.4)

El laboratorio debe comportar exámenes iniciales bastante complejos donde se intrin-
can resultados de valor pronóstico y búsqueda de una coinfección (cuadro N°).

Recuento y fórmula blanca, velocidad de sedimentación, plaquetas.	Ag Hbs, anti-FHs y anti-FHc.
SGOT-SGPT, fosfatasa alcalina y GT	TPHA-VDRL.
Ionograma sanguíneo, urea y creatinina.	Serología HVC.
T. protrombina y T. cefalina kaolin.	Serologías
Tificación linfocitaria CD4+, CD8+, CD4/CD8+ en porcentaje y en valor absoluto.	Toxoplasmosis. -CMV. -Epstein-Barr.
Agp24 y anticuerpo anti-p24.	
Dosificació. ponderal de IgG, IgM e IgA	
+Neopterinina (orina/suero).	Radiografía de tórax. fondo de ojo. Intradermorreacción.
Según el contexto clínico y el interrogatorio.	
Examen parasitológico de las heces más Bauermann.	
Consulta oftalmológica.	
Coprocultivo.	

Cuadro 1.- Primeras pruebas de laboratorio ante cualquier seropositividad al VIH

Los exámenes de laboratorio se pueden reagrupar en tres categorías:

- 1.- Marcadores pronósticos de la infección por VIH; antigenemia p24, anticuerpos anti-p24, linfocitos CD4 y CD8+ (las cifras deben ser expresadas en porcentaje y valor absoluto en relación a los linfocitos totales), Beta-2microglobulina, etc.
- 2.- Examen biológico de la coinfección; antígeno Hbs, anticuerpos anti-HB_s, anticuerpos anti-Hbc, serología HCV, TPHA-VDRL.
- 3.- Examen de laboratorio que pueda poner en evidencia el diagnóstico de una infección oportunista; examen parasitológico de las heces y serología de toxoplasmosis, sin olvidar una radiografía de tórax de frente y de perfil.

Con estos exámenes es posible establecer una primera valoración según la clasificación CDC y establecer el ritmo del control, así como una eventual decisión profiláctica terapéutica. Esta primera valoración debe justificar necesariamente las diferentes metodologías terapéuticas en el momento presente ó más adelante, en especial es importante la diferenciación entre pacientes con tasas de linfocitos CD4+ inferior a 200/mm cúbicos, los que poseen entre 200 y 500/mm cúbicos con ó sin otras anomalías de laboratorio y, por último los superiores 500/mm cúbicos. La notificación de los primeros resultados de laboratorio debe rodearse de algunas precauciones; Antes de cualquier decisión terapéutica ó profiláctica es imperativo verificar que la numeración linfocitaria CD4+ y CD8+ se haya efectuado dos muestras, separadas por un mes de intervalo. Pueden existir variaciones de un examen a otro, y por otro lado puede haber discordancia importante entre el porcentaje de linfocitos CD4+ y la

cifra en valor absoluto. Los protocolos de laboratorio correctos requieren en especial que la determinación de la tasa de linfocitos CD4+ se realice en un plazo inferior a 24 horas tras la extracción y en condiciones rigurosas.

La comunicación de los resultados del paciente debe basarse "marcadores indirectos" de infección por VIH y en el contexto clínico. La discusión sobre estos resultados debe también tener en cuenta ciertos datos contradictorios (por ejemplo, una antigenemia p24 fuertemente positiva con una tasa de linfocitos CD4+ superior al 20% ó la no especificidad de ciertas anomalías como la elevación de la B-2-microglobulinemia durante una infección intercurrente.

Cuando se disponga de test de carga viral cambiará considerablemente la valoración en laboratorio de la infección por VIH. (1.7)

TRATAMIENTO Y MANEJO.

La zidovudina (azidotimidina ó AZT) es casi el único medicamento disponible para el tratamiento por VIH, pero persisten muchas incógnitas sobre el buen uso de este medicamento no se conoce con exactitud ni el momento ideal para empezar el tratamiento, la posología la frecuencia de administración óptima, la toxicidad, la eficiencia a partir de los dos años de tratamiento, el significado de la aparición de una resistencia viral durante el tratamiento (fenómeno frecuente) es aún mal conocido. Todas estas incógnitas y límites justifican la existencia de un debate, de manera esquemática entre partidarios de un tratamiento muy precoz y partidarios de un tratamiento diferido hasta que el déficit inmunitario sea profundo.

En estudios II al IV de la clasificación de la CDC, con cifras de linfocitos CD4+ entre 200 a 500/mm³ cúbicos (los primeros con signos de moderada intensidad y los segundos pausas sintomáticas), ambos con tratamiento de un año con AZT, la progresión hacia estudios más avanzados se ve significativamente disminuida.

Una modificación clínica observada (inducida por el tratamiento) es un ligero aumento de peso (1.5kg) a los tres meses del tratamiento. En la cuenta linfocitaria no hubo modificaciones. En la púrpura trombopénica inmunológica asociada a VIH, se ha observado una mejora de la trombopenia.

En los procesos graves de SIDA con la AZT hay una reducción de la frecuencia de los procesos clínicos mayores (infecciones oportunistas y cánceres) y en la tasa de fallecimientos; la tasa de supervivencia a las 24 semanas era de 98% con AZT contra 78% con placebo y la probabilidad de desarrollar una infección oportunista era de 23% con AZT contra 23% con placebo.

El manejo del paciente debe iniciar desde la primera consulta de acuerdo a el nivel psicosocial, la información previa que tenga, a la manera de percibir su enfermedad y como reacciona en las diferentes actividades como:

Su vida cotidiana debe ser de acuerdo a que no es transmitido el SIDA en el baño, cubiertos ropa, etc., que son fuente de ansiedad para las familias afectadas. La vida sexual debe ser encaminada al "sexo sin riesgo" mediante el uso del preservativo (en forma adecuada), aun que los dos sean seropositivos.

Su alimentación debe tener un balance nutricional y de acuerdo con los reportes de laboratorio, lo más regular posible no carencial.

Debe ser tratado por un equipo multidisciplinario, que ha de incluir: asistentes sociales, psicólogos, médicos hospitalarios y extrahospitalarios, fisioterapeutas en la practica de acrosoles, etc.(1.7)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La pregunta específica que dió origen a esta investigación fué:

¿CUAL ES LA FRECUENCIA ACTUAL DEL SIDA EN LA POBLACION DERECHOLABIENTE DEL ISSSTE, ADSCRITA A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE CUERNAVACA, MORELOS.?

Cualquier médico puede verse en la situación de emitir el diagnóstico de SIDA, estado de complejo relacionado con el SIDA seropositivos asintomáticos, y además en situaciones distintas, como ocurre en la unidad de Medicina Familiar del ISSSTE, por ejemplo:

- Cuando sabe el paciente que su pareja padece SIDA. En ocasiones se espera que alguna que alguna pareja con la que estuvo relacionado previamente, muere de SIDA.
- Acuden con padecimientos repetitivos sin justificación aparente y que después al interrogatorio intencionado se descubren factores de riesgo para el SIDA.
- Cuando se descubre por determinación al azar, generalmente en el estudio de los donadores de sangre, que es seropositivo.

En la unidad de Medicina Familiar los pacientes en tales circunstancias son canalizados al departamento de Medicina Preventiva, donde la Epidemiología se encarga de tomarles las muestras de sangre para estudios confirmatorios ó de exclusión, tanto a él, como a sus contactos.

La primera consulta debe permitir una relación medico-paciente adecuada, de confianza para completar un historial médico completo, que tendrá que ser en etapas, conforme el paciente vaya superando la noticia de lo que padece. Posteriormente debe interesarse al pa-

ciente (engancharlo) para que se interese en su padecimiento y acuda puntualmente a sus controles. Evitando a toda costa su deserción ya que después es raro que regresen, ésto último indica ciertas deficiencias que no alcanzan a satisfacer las expectativas del enfermo con VIH.

Contamos dentro de la ciudad de Cuernavaca, con nuestra unidad de apoyo (2° nivel), donde se derivan a los pacientes que requieren de interconsultas con las demás especialidades ó bien hospitalización, laboratorio ó los estudios iniciales de ELISA.

JUSTIFICACIÓN.

En todo el mundo se hacen múltiples investigaciones sobre el SIDA con el afán de determinar el estado que guarda a cada momento derivándose de ellos nuevos conocimientos.

Así se sabe que México ocupa el tercer lugar en cuanto al número de casos de SIDA en el área de América Latina. Sabemos que Morelos tiene la tasa más elevada (por cada millón de habitantes) del país, dentro del Estado la institución que tiene mayor frecuencia es el ISSSTE (1.6).

La viabilidad de la investigación se da debido a que la Unidad de Medicina Familiar cuenta con el Departamento de Medicina Preventiva. Allí se envían a los pacientes sospechosos de la consulta externa; aplicándoseles los demás criterios conjuntamente del clínico empleado para su derivación.

Es necesario obtener datos como:

Frecuencia de pacientes canalizados del primer contacto; es decir desde la consulta externa de Medicina Familiar.

El estudio es de corte transversal, con un carácter analítico.

Los resultados que se obtengan, serán útiles para saber más sobre el comportamiento que guarda el VIH en la población derechohabiente del ISSSTE, en la Unidad de Medicina Familiar, lo cual servirá para complementar la frecuencia de dichos pacientes en el Estado de Morelos y de México.

Derivándose nuevos conocimientos que serán útiles para que el personal médico y para médico, tanto de nuestra institución, así como las de otras instituciones, hagan uso de dichos conocimientos. Derivándose acciones epidemiológicas, educacionales.

A cada momento surge información, con la que se podrían elaborar varios tonos pero a quien debemos concientizar es a los que aun comprenden el riesgo de contraer el S.I.D.A. que es el público en general, para hacerles saber en forma simplista que todos estamos expuestos a ésta viremia, que es mortal por necesidad, hasta el momento actual de conocimientos.

OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL.

La meta que se pretende lograr con esta investigación es la de :

Determinar la frecuencia de pacientes con SIDA e infectados por VIH de la población (desechable) adscrita a la Clínica de Medicina Familiar del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, en Cuernavaca, Morelos.

Y que son derivados a la consulta de Epidemiología.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Los objetivos específicos de este estudio son:

Encontrar la frecuencia de pacientes con factores de riesgo que resultaron negativos así como la frecuencia de los infectados por VIH, Según:

- 1.- El mes de captación.
- 2.- El sexo.
- 3.- Grupos de edad.
- 4.- Grupos de edad contra sexo.
- 5.- Frecuencia de defunciones de los pacientes detectados como infectados con VIH.
- 6.- Frecuencia de pacientes infectados y mecanismo de transmisión contra número de defunciones.

DISEÑO.

El diseño esta encaminado a obtener una serie de datos de acuerdo a la frecuencia con la que se captaron los casos de positividad al VIH, enfermos de SIDA y las defunciones en un lapso de tiempo determinado; en este caso siete meses calendario.

La presente investigación se ubica:

- a).-El área clínica ó aplicada, es el tipo de investigación original para la generación de nuevos conocimientos sobre los procesos patológicos que afectan al ser humano. Encaminado hacia un objetivo practico determinado (el bienestar de los pacientes por ejemplo).
- b).-De acuerdo con el periodo en que se capta la información el estudio es de tipo transver-sal en el que se mide una sola vez la ó las variables; se miden las características de uno ó más grupos de unidades en un momento dado. Sin pretender evaluar su evolución.
- c).-De acuerdo a la comparación de poblaciones , éste estudio es de carácter descriptivo.

En el que solo se cuenta con una población a la cual se pretende describir en función a un grupo de variables.

- d).-Por ultimo de acuerdo a la participación del investigador en el fenómeno analizado. El estudio es observacional, aqui el investigador solo describe ó mide el fenómeno estudiado, por lo tanto no puede modificar a voluntad propia ninguno de los factores que intervienen en el proceso.

MATERIAL Y MÉTODO.

Las características que deben tener los grupos a estudiar son:

- Universo de estudio; lo conforma la población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado . En Cuernavaca , Morelos.

Cuyo número fue de : **CUARENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y SIETE.**

(ver pirámide de población en la tabla y gráfica.)

-Tamaño de la muestra : Es el número de pacientes que se derivaron de la consulta externa de Medicina Familiar, desde el primero de Marzo al treinta y uno de Septiembre de mil novecientos noventa y cuatro; Y que fue de : **ONCE.(0.024 %)**

(ver cuadros y gráficas de análisis de datos.)

Los pacientes captados en la consulta externa fueron canalizados al Departamento de Medicina Preventiva. Al presentar el SIDA, se derivaron a la unidad de apoyo (2º nivel).

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- 1.-Se incluyeron a pacientes de cualquier edad.
- 2.-Además a los pacientes de cualquier sexo, es decir masculino y femenino, respetando su preferencia sexual.
- 3.-Así mismo a los pacientes con factores de riesgo para SIDA.
- 4.-A los pacientes que presentaron complejo relacionado con el SIDA ó SIDA.
- 5.-Cuando presentaron antecedentes de transfusión. antes de 1986.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN:

- 1.-Se excluyeron a los pacientes que no presentaron factores de riesgo, a pesar de que presentaban padecimientos crónicos.
- 2.-En los que se demostró que sus padecimientos se debieron a entidades nosológicas específicas, que respondieron a manejos y tratamientos.
- 3.-Los pacientes que a pesar de tener factores de riesgo presentaron por lo menos dos ELISA negativos.
- 4.-A los pacientes que presentaron trato con pacientes con SIDA , sin mecanismos de transmisión positiva.

5.-A los pacientes que habiéndose captado con factores de riesgo, se negaron a hacerse los exámenes de laboratorio ó ELISAS.

6.-Los seropositivos que se negaron a los controles de laboratorio ó ELISAS.

VARIABLES Y PARÁMETROS DE MEDICION.

-Se cuantificaron en forma progresiva durante los siete meses que duro esta investigación.

-Se concentro en un formato especial, donde se plasmaron los datos:

1.-NOMBRE.

2.-EDAD.

3.-SEXO.

4.-ANTECEDENTES SEXUALES (PREFERENCIAS).

5.-ESTADO CIVIL.

6.-ANTECEDENTES DE TRANSFUSIÓN.

7.-LUGAR DE RESIDENCIA.

8.-OBSERVACIONES : En donde se plasmo su estado para cada control, así como resultados de laboratorio.

**“ FRECUENCIA DEL S.I.D.A. EN LA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.S.T.E.
DE CUERNAVACA, MORELOS.”**

PIRÁMIDE DE POBLACIÓN.

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR , CUERNAVACA, MORELOS.

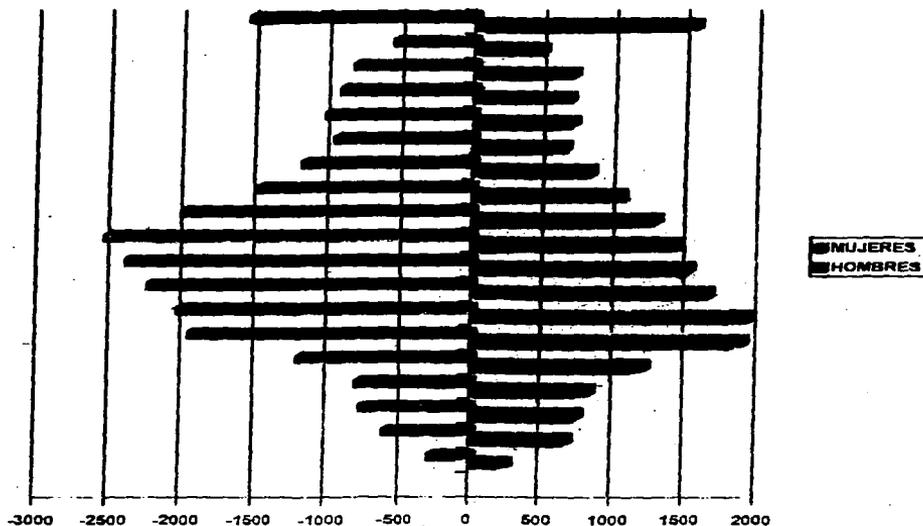
GRUPO DE EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
TOTAL	20,298	25,249	45,547
0	270	278	548
1-2	695	609	1,304
3-4	768	757	1,605
5-6	848	791	1,639
7-9	1,229	1,198	2,427
10-14	1,911	1,943	3,854
15-19	1,955	2,027	3,154
20-24	1,667	2,230	3,897
25-29	1,530	2,387	3,917
30-34	1,444	2,529	3,973
35-39	1,297	2,004	3,301
40-44	1,046	1,474	2,520
45-49	841	1,180	2,021
50-54	658	964	1,622
55-59	706	1,021	1,727
60-64	686	920	1,606
65-69	706	835	1,541
70-74	484	571	1,055
75 Y MÁS	1,557	1,551	3,108

CUADRO N° 2

**"FRECUENCIA DEL S.I.D.A. EN LA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.S.T.E.
DE CUERNAVACA, MORELOS."**

PIRÁMIDE DE POBLACIÓN.

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR, CUERNAVACA, MORELOS

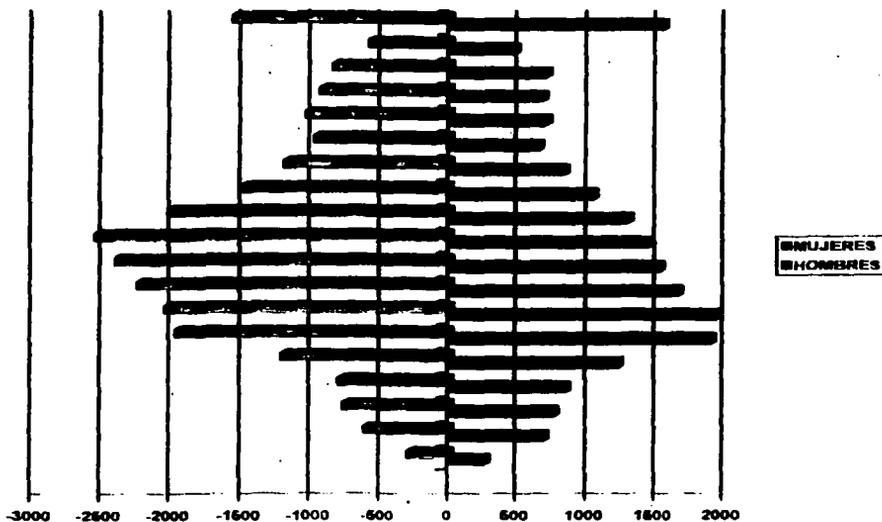


GRÁFICA N° 1

**"FRECUENCIA DEL S.I.D.A. EN LA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.S.T.E.
DE CUERNAVACA, MORELOS."**

PIRÁMIDE DE POBLACIÓN.

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR, CUERNAVACA, MORELOS



GRÁFICA N° 1

**"FRECUENCIA DEL S.I.D.A. EN LA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.S.T.E.
DE CUERNAVACA, MORELOS."**

ANÁLISIS DE DATOS.

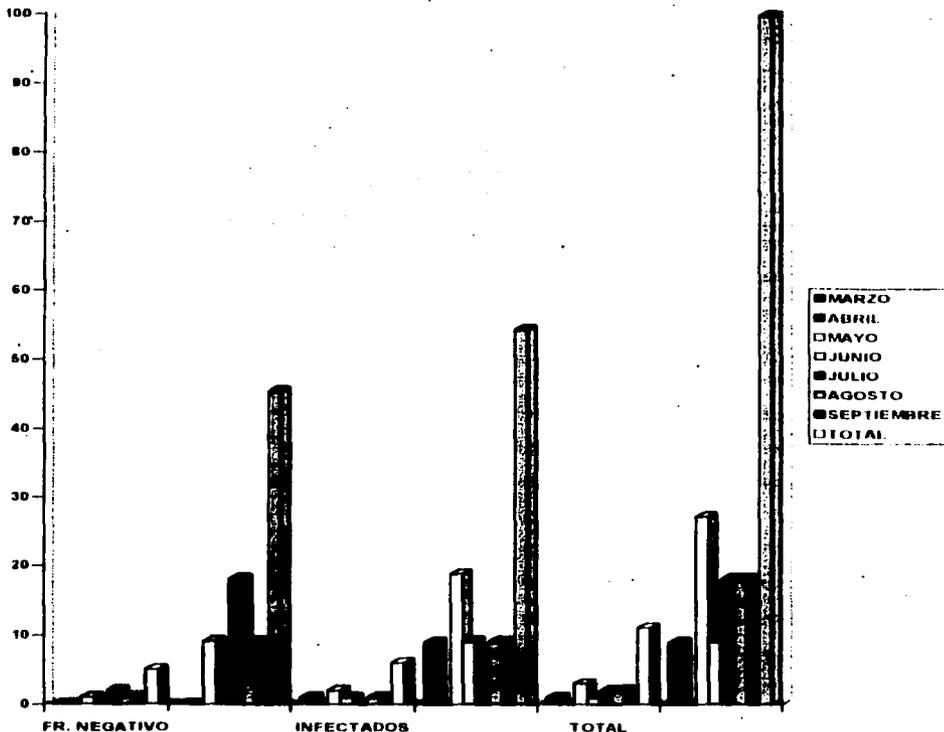
Cuadro 3.- Frecuencia de pacientes con factores de riesgo (F.R.) que resultaron negativos ó infectados por VIH. Según el mes de captación:

1° de Marzo al 31 de Septiembre de 1994.

MES	FR. NEGATIVO	%	INFECTADOS	%	TOTAL	%
MARZO	0	0	1	9.00	1	9.00
ABRIL	0	0	0	0	0	0
MAYO	1	9.09	2	18.8	3	27.2
JUNIO	0	0	1	9.09	1	9.09
JULIO	2	18.1	0	0	2	18.1
AGOSTO	1	9.09	1	9.09	2	18.1
SEPTIEMBRE	1	9.09	1	9.09	2	18.1
TOTAL	5	45.4	6	54.5	11	100

Depto. de Medicina Preventiva UMF. del ISSSTE, Cuernavaca, Morelos.

**"FRECUENCIA DEL S.I.D.A. EN LA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.S.T.E.
DE CUERNAVACA, MORELOS."**



GRÁFICA N° 2

Depto. de Medicina Preventiva, UMF del ISSSTE, Cuernavaca, Morelos

**"FRECUENCIA DEL S.I.D.A. EN LA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.S.T.E.
DE CUERNAVACA, MORELOS."**

ANÁLISIS DE DATOS

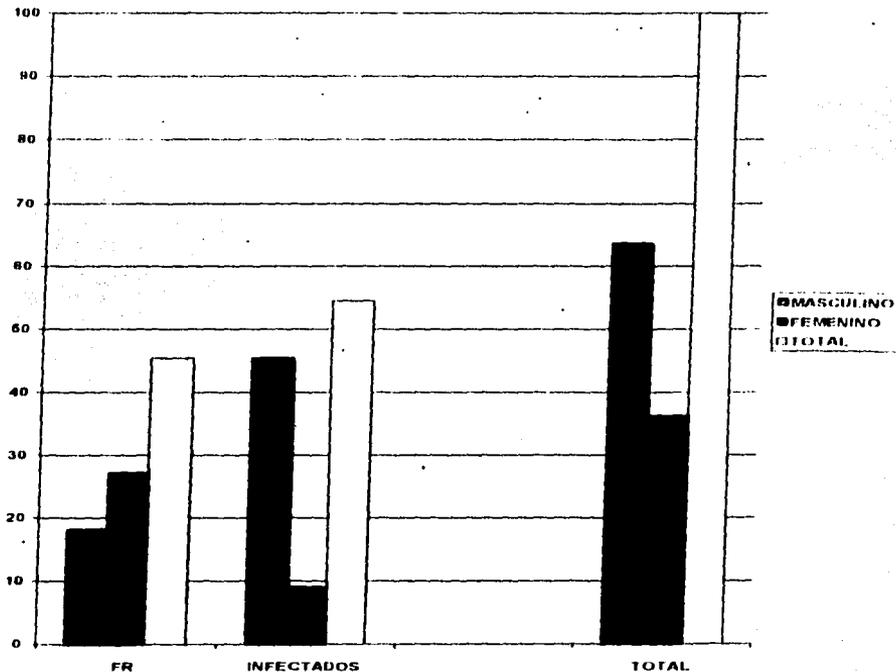
Cuadro 4.- Frecuencia de pacientes con factores de riesgo (FR) que resultaron negativos e infectados por VIH. Según el sexo (real).

1° de Marzo al 31 de Septiembre de 1994.

SEXO	F.R- NEGATI VOS.		INFECTADO S		TOT AL.	
	N°	%	N°	%	N°	%
MASCULINO..	2	18.1	5	45.4	7	63.6
FEMENINO.	3	27.2	1	9.09	4	36.3
TOTAL	5	45.4	6	54.5	11	100.0

Depto.de Medicina Preventiva, UMF del ISSSTE. Cuernavaca, Mor.

**"FRECUENCIA DEL S.I.D.A. EN LA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.S.T.E.
DE CUERNAVACA, MORELOS."**



GRAFICA N° 3

Depto. de Medicina Preventiva, UMF del ISSSTE, Cuernavaca, Mor

**"FRECUENCIA DEL S.I.D.A. EN LA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.S.T.E
DE CUERNAVACA, MORELOS."**

ANÁLISIS DE DATOS

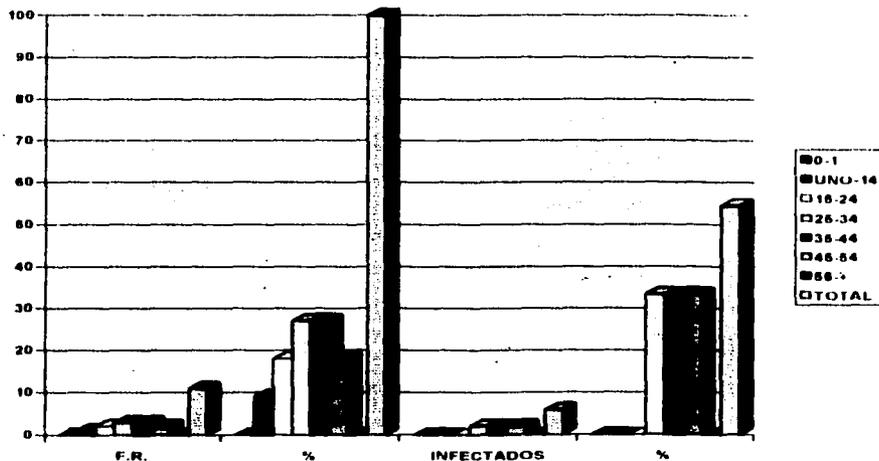
**Cuadro 5.- Frecuencia de pacientes con factores de riesgo (FR) que resultaron con VIH.
Según grupo de edad.**

1° de Marzo al 31 de Septiembre de 1994.

GRUPOS DE EDAD	F.R.	%	INFECTADOS	%
0-1	0	0	0	0
UNO-14	1	9.09	0	0
15-24	2	18.1	0	0
25-34	3	27.2	2	33.3
35-44	3	27.2	2	33.3
45-54	2	18.1	2	33.3
55+	0	0	0	0
TOTAL	11	100.0	6	54.5

Depto. de Medicina Preventiva, UMF del ISSSTE. Cuernavaca, Mor.

**"FRECUENCIA DEL S.I.D.A. EN LA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.S.T.E.
DE CUERNAVACA, MORELOS."**



GRÁFICA N° 4

Depto. de Medicina Preventiva, UMF del ISSSTE Cuernavaca, Mor

**"FRECUENCIA DEL S.I.D.A. EN LA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.S.T.E.
DE CUERNAVACA, MORELOS."**

ANÁLISIS DE DATOS

Cuadro 6.- Frecuencia de pacientes con factores de riesgo (FR), que resultaron infectados por VIH. Según grupos de edad. Contra sexo (real).

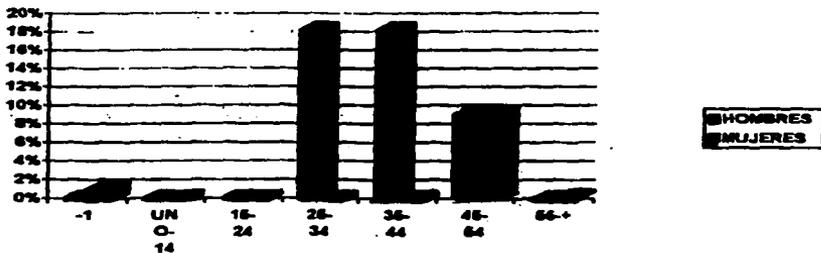
1° de Marzo al 31 de Septiembre de 1994.

GRUPOS DE	F.R.				INFECTA-		DOS	
EDAD	HOMBRE	%	MUJER	%	HOMBRE	%	MUJER	%
0-1	0	0	0	1	0	0	0	0
UNO-14	0	0	0	0	0	0	1	9.09
15-24	0	0	0	0	1	9.09	1	9.09
25-34	2	18.18	0	0	2	18.18	1	9.09
35-44	2	18.18	0	0	3	27.2	0	0
45-54	1	9.09	1	9.09	1	9.09	1	9.09
55+	0	0	0	0	0	0	0	0
SUB-TOTAL	5	45.4	1	9.09	7	63.6	4	36.3
TOTAL	11	100.1			6	54.5		

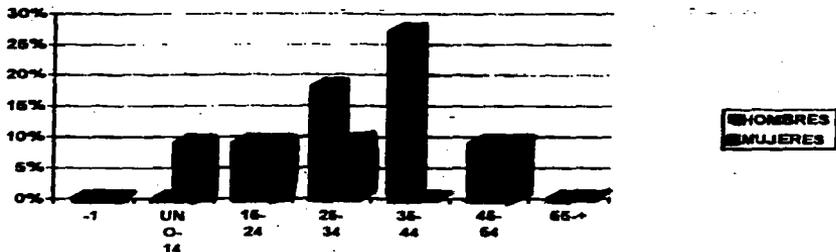
Depto. de Medicina Preventiva, UMF del ISSSTE. Cuernavaca, Morelos.

**"FRECUENCIA DEL S.I.D.A. EN LA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.S.T.E.
DE CUERNAVACA, MORELOS."**

F.R.



INFECTADOS

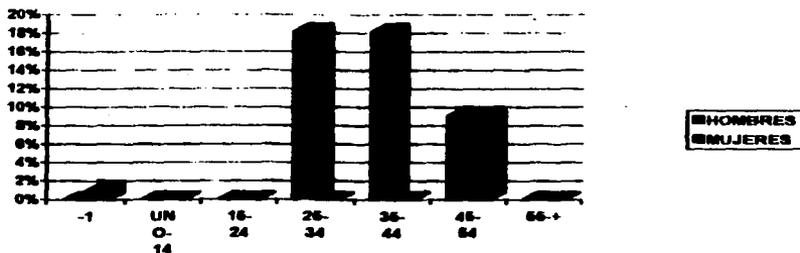


GRÁFICA N° 5

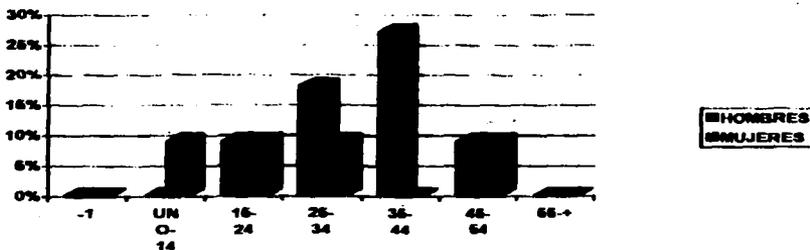
Depto. de Medicina Preventiva, UMF, ISSSTE. Cuernavaca, Morelos.

**"FRECUENCIA DEL S.I.D.A. EN LA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.S.T.E.
DE CUERNAVACA, MORELOS."**

F.R.



INFECTADOS



GRÁFICA Nº 5

Depto. de Medicina Preventiva, UMF, ISSSTE. Cuernavaca, Morelos.

**"FRECUENCIA DEL S.I.D.A. EN LA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.S.T.E.
DE CUERNAVACA, MORELOS."**

ANÁLISIS DE DATOS

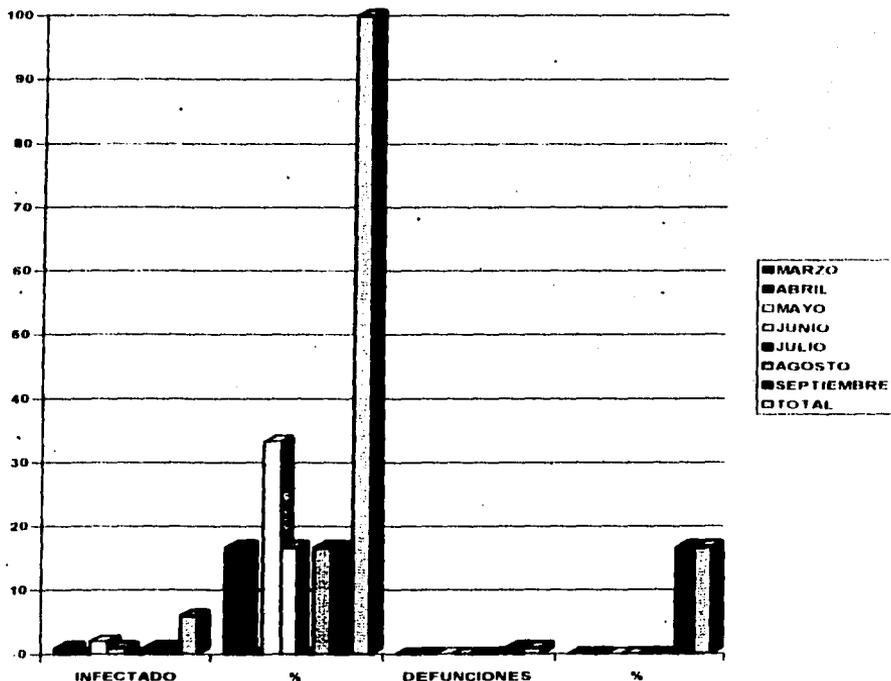
Cuadro 7.- Frecuencia de defunciones de los pacientes detectados como infectados con VIH durante los 7 meses que duro la presente investigación.

1° de Marzo - 31 de Septiembre de 1994.

MES	INFECTADO	%	DEFUNCIONES	%
MARZO	1	16.8	0	0
ABRIL	0	0	0	0
MAYO	2	33.3	0	0
JUNIO	1	16.8	0	0
JULIO	0	0	0	0
AGOSTO	1	16.8	0	0
SEPTIEMBRE	1	16.8	1	16.8
TOTAL	6	100.0	1	16.8

Depto. de Medicina Preventiva, UMF del ISSSTE, Cuernavaca, Mor.

**"FRECUENCIA DEL S.I.D.A. EN LA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.S.T.E.
DE CUERNAVACA, MORELOS."**



GRAFICA N° 6

Depto. de Medicina Preventiva, UMF del ISSSTE, Cuernavaca, Mor.

**"FRECUENCIA DEL S.I.D.A. EN LA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.S.T.E.
DE CUERNAVACA, MORELOS."**

ANÁLISIS DE DATOS

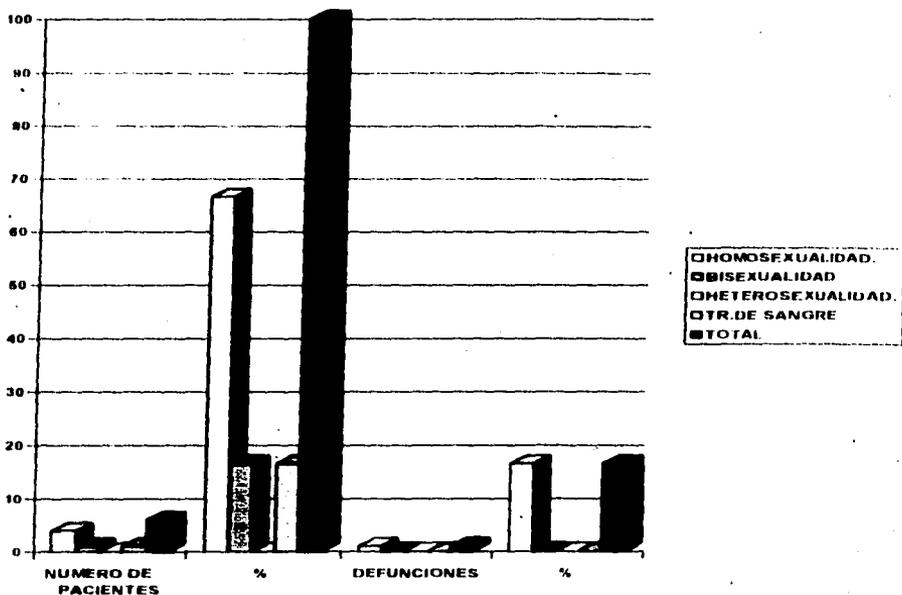
Cuadro 8.- Frecuencia de pacientes infectados y mecanismo de transmisión, contra el número de defunciones.

1° de Marzo- 31 de Septiembre de 1994.

MECANISMO DE TRANSMISION	NUMERO DE PACIENTES	%	DEFUNCIONES	%
HOMOSEXUALIDAD.	4	66.6	1	16.6
BISEXUALIDAD	1	16.6	0	0
HETEROSEXUALIDAD.	0	0	0	0
TR. DE SANGRE	1	16.6	0	0
TOTAL	6	100	1	16.6

Depto. de Medicina Preventiva, UMF del ISSSTE ,Cuernavaca, Mor.

**"FRECUENCIA DEL S.I.D.A. EN LA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.S.T.E.
DE CUERNAVACA, MORELOS."**



GRAFICA N° 7

Depto. de Medicina Preventiva, UMF del ISSSTE, Cuernavaca, Mor

RESULTADOS

En los siete meses que duró la investigación se captaron once pacientes con factores de riesgo, a los cuales se les practicaron los exámenes de laboratorio y el de ELISA eliminándose cinco (45.4 %) por ser negativos. SEIS (54.4 %) resultaron positivos al VIH, cinco (45.4 %) el sexo masculino, uno (9.09 %) del femenino.

POR CUADROS Y GRAFICAS.

Nº 1 Se captó mes a mes la frecuencia de pacientes con factores de riesgo, (FR) que resultaron negativos ó infectados por VIH. En los meses de Mayo, Agosto y Septiembre se captaron uno en cada mes (9.09%). En Julio dos (18.1%), en total cinco (45.4%) que resultaron negativos para VIH. Resultaron positivos; en Marzo, Junio, Agosto y Septiembre uno en cada mes (9.09), en Mayo dos (18.8%), con un total de seis (54.4%).

Nº 2: La frecuencia según el sexo real de pacientes con FR que resultaron negativos; masculinos 2 (18.1%), contra tres del sexo femenino (27.2%) con un total de cinco (45.4%). Se encontraron 5 masculinos infectados con VIH (45.4%) y un paciente femenino (9.09%), con un total de 6 (54.5%).

Nº 3: Los pacientes con F.R. que resultaron con VIH, según grupos de edad. Un paciente seronegativo dentro de los grupos de edad 1 a 14 años (9.09%). Seronegativo entre los 15 a 24 años, dos con F.R. (18.1%) también negativos. Dentro de los de 25 a 34 años se captaron tres (27.2%) resultando dos positivos (33.3%), lo mismo ocurrió dentro de las edades de 35 a 44 años, con dos positivos de VIH(33.3%). De los 45 a los 54 años en los dos con F.R. resultaron positivos (33.3%).

Nº 4 : Frecuencia de pacientes con factores de riesgo que resultaron infectados por VIH, según grupos de edad contra sexo(real). De los 1 a 14 años se tuvo (9.09%) un paciente con F.R. que fue negativo, del sexo femenino, De los 15 a los 24 años un hombre (9.09%) y una mujer (9.09%) ninguno con VIH.De los 25 a los 34 años se captaron con F.R. dos hombres (18.1%) y una mujer (9.09%) de los cuales los dos hombres fue ron positivos a VIH (18.1%).De los 35 a los 44 años se captaron con F.R. 3 hombres (27.2%) dos de ellos fueron positivos al VIH. (18.1%) De los 45 a los 54 años se tuvieron un hombre (9.09%) y una mujer (9.09%), el hombre fue positivo (9.09%), y la mujer también (9.09%)

Nº 5 : La frecuencia de defunciones de los pacientes detectados como infectados. Falleció uno (16.8%) en el mes de Septiembre.

Nº 6 : Aquí se captó la frecuencia de pacientes infectados y su mecanismo de transmisión contra el numero de defunciones: Se encontraron a seis pacientes infectados (100%), cuatro aceptaron ser homosexuales (66.6%), uno bisexual (1.6%) y se captó a un afectado a través de transfusión sanguínea (20-06-86). La defunción ocurrió dentro del grupo de homosexuales (una con el 16.6%).

ANALISIS

Con la información obtenida, corroboramos la tendencia alcista del SIDA, con respecto a las primeras notificaciones por el año de 1983, cuando se reporto una tasa de 0.02, posteriormente en 1991 fue de 40.6. (1.8, 1.9).

En el estado de Morelos durante todo el año de 1992, en el I.S.S.S.T.E. se encontro un 20 % (1.9), contra el 54.4 % del presente estudio de 1994 (siete meses), en solo la Unidad de Medicina Familiar de Cuernavaca, Mor.

Diferimos en lo reportado por COESIDA (Morelos) 1992 (1.9) donde reportan la mayor incidencia entre los homosexuales 29 %, contra el 0 % en nuestro grupo, encontramos en dicha Unidad Medica de Cuernavaca que el mayor numero los constituyen los homosexuales 66.6 %. Coincidimos en el grupo de bisexuales en proporciones que van del 16.6 % al 18 por ciento.

La explicación posible es el tipo de grupo de estudio. En poblaciones abiertas la mayor incidencia recae en los trabajadores públicos y privados, contra nuestra población de buócratas en la que la mayoría esta en los trabajadores de la educación.

En cuanto al sexo coincidimos en la mayor proporción de hombres con VIH, relacionando además con sus migraciones, promiscuidad sexual, drogadicción (1.8/1.9/2.7/2.8/2.10/2.11).

Es necesario hacer hincapié en lo dicho por la OMS en el sentido de que para fines del presente siglo el numero de personas infectadas por el VIH se triplicara, ó cuadruplicara al cabo de ocho años mas.

En esta década deberemos resolver los problemas logísticos, técnicos y financieros para llevar a cabo otros programas de control. La lucha contra esta enfermedad plantea un

problema de información, educación, participación civil y apoyo de las personas sexualmente

activas. Deberán mejorar los estudios de detección tanto en los grupos con factores de riesgo, como de los donadores de sangre ó sus derivados ó de órganos.

CONCLUSIONES

El objetivo que motivo este estudio se alcanzo en forma adecuada, dándonos una muestra de lo que esta pasando a la población derechohabiente de la UMF de Cuernavaca, permitiéndonos correlacionar los objetivos especificos entre si y con otros autores.

Fue interesante ir captando mes a mes los casos, e ir aplicando los criterios de inclusión, exclusión ó eliminación, obteniéndose los resultados vertidos en el análisis de datos.

Se corrobora la tendencia ascendente y alarmante del avance del SIDA a nivel mundial (pandemia), y en la Unidad de Medicina Familiar de Cuernavaca, Morelos. Con los análisis de datos nos percatamos de que la frecuencia permanece elevada, por lo que considero que la información es útil a los médicos que laboramos en dicha Unidad del ISSSTE, es además posible comparar dichos datos con otras instituciones, pudiéndose presumir que se esta haciendo una muy buena labor de diagnóstico por parte del personal médico y que en parte se reflejan en la cantidad de casos captada. Considero que es un estudio que esta limitado principalmente por el tiempo que duro, dejándonos ver que debemos estar alertas para su detección oportuna, además de solicitar mayor cantidad de personal involucrado, como por ejemplo : trabajo social. espero que en un futuro próximo pueda repetir este estudio y no repetir los errores debidos a mi inexperiencia. Pudiendo además hacer una comparación de los datos que arroje datos mas oportunos y concluyentes.

Se concluye que; a sabiendas de que tipo de individuos son los más afectados, es a ellos a los que se debe encaminar la información más actualizada, como la de la presente tesis

Se debe contar con mayores recursos humanos en el departamento de Medicina Preventiva no solo para manejar a los pacientes ya captados, sino que se programen acciones de

divulgación, búsqueda de los contactos, apoyo psicológico, etc

Es necesario contar además con materiales impresos y audiovisuales, de acuerdo a la clase socioeconómica a la que se dirija la orientación.

Por ultimo considero que para mejorar este estudio es necesario que abarque mas tiempo y por ende un numero mayor de casos, que lo hará mas representativo.

BIBLIOGRAFÍA -I

LIBROS CONSULTADOS SOBRE EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.

- 1.1.-HARRISON Y COL. PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA ENFERMEDADES INFECCIOSAS; RETROVIRUS HUMANOS 12a.EDICION, 1991. PAG. /94-/80.
- 1.2.-STEVEN A.,SCHOEDER, MARCUS A., KRUPP LAURENCEM.DIAGNOSTICO CLINICO Y TRATAMIENTO. SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. SARCOMA DE KAPOSÍ. MANIFESTACIONES ORL DEL SIDA. MANIFESTACIONES RETINIANAS DEL SIDA. ENFERMEDAD DE HODKING EN EL SIDA. 24a. EDICION.1989.MANUAL MODERNO. PAG.1,89,104,129-130 342,564 ,832-834,1081-1082.
- 1.3.-MATTHEW J.ORLAND .MANUAL DE TERAPÉUTICA MEDICA.EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) 6ª EDICION, 1986. SALVAT. PAG.266.
- 1.4.-A. BANCELLS. LA CLÍNICA Y EL LABORATORIO. SINDROMES DE INMUNODEFICIENCIA. 15ª EDICIÓN, 1989. MANUAL MODERNO. PAG. 220-222.
- 1.5.-MARTIN L., PERNOLL-RAPH C.BENSON DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO GINOCOLOGICOS.SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) 6a.EDICION 1989. MANUAL MODERNO PAG. 806-807,564.
- 1.6. I.S.S.S.T.E.-MANUAL DE NORMAS PARA EL MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR VIH. SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (S.I.D.A). PARA EL PERSONAL MEDICO Y PARAMÉDICO DEL I.S.S.S.T.E.INTRODUCCION-GENERALIDADES. 1a.EDICION 1992.PAG.1-13.
- 1.7.-J.M. HURAUX, H. AGÚT.ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS. INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA). 3a.EDICION 1993.PAG.1-12.
- 1.8 GOB. EDO. MORELOS. BOLETIN COESIDA MORELOS. SITUACIÓN ACTUAL DEL SIDA EN MORELOS. AÑO 4 N° 1, 1992. PAG. 1-6.
- 1.9 COESIDA MORELOS, BOLETIN, SITUACIÓN DEL SIDA EN MORELOS. AÑO 4 N° 1, 1992. PAG. 2bis-6.

BIBLIOGRAFÍA 2

- 2.1.-LA TUBERCULOSIS ES UNA ENFERMEDAD AGREGADA DEL SIDA.
AUT.WIESER O. Z GESAMTE INN MED.
1993 AGOSTO,;48(8):392-7
- 2.2.-INFECCION POR VIH EN EMBARAZADAS Y NIÑOS.
AUT.RUDIN-C. REV. KLIN MONATSHL-AUGENHEILKD.
MAY 1993; 202(5): 471-3
- 2.3.-LA GRAN MALIGNIDAD DEL LINFOMA HODGKIN Y SIDA.
AUT.FRIDRIK-MA. REV. ACTA MED-AUSTRIACA.
1993; 20(3) : 70-7.
- 2.4.-DESARROLLO EPIDEMIOLÓGICO DEL SIDA EN AUSTRIA.
AUT.HAIDINGER-C; KLEIN JP. VUTUC-C; KUNZE-M. REV.
WIEN-KLIN-WOCHENCHR.
1993; 105(14): 412-3.
- 2.5.-TRATAMIENTO CON AZIDOTHYIMIDINE EN EL MANEJO
DEL INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.
AUT.BALINT-GABOR-S. REV.ORV-HETIL.
29 DE AGOSTO DE 1993;134(35) 1921-5.
- 2.6.-DOS TRATAMIENTOS LLEVADOS PROFILÁCTICAMENTE CON
RIFABUTIN EN CONTRAPOSICIÓN CON MICBACTERIUM A.
COMPLICADA CON SIDA. ¡VER COMENTARIO!
AUT.NIGHTINGALE SD; CAMERON-DW; GORDIN-PM; SULLAN-PM.
ERRON-J.J; SPARTI-PD; BIHARI-B; KAUFMAN-DI; ET-AL.
REV.N-ENGL-J-MED. SEPT. 16 1993; 329(12); 828-33.
- 2.7.-INFECCION POR VIH-1, EN EL REINO UNIDO :
REPORTE MENSUAL.
REV.CDR-WKLY.16 JUL. 1993: 133-6.
- 2.8.-INFECCION POR VIH-1 EN EL REINO UNIDO.
REPORTE MENSUAL.
REV.COMUN DIS-REP-CDR-WKLY.OCT. 23; 1992; 2(43): 197-200.
- 2.9.-RELACIÓN DE LINFOMA HODKIN CON SIDA EN 45 PACIENTES; UN
ANÁLISIS RETROSPECTIVO.
AUT.KERSTEN-MJ; MERTENS-MJ; PALS-ST; REISS-P; VAN-DERS.MH.
REV.MED.TLDSCHIR-GENEESKD. 10 JUL. 1993; 137(28):1396-400.

- 2.10.-EPIDEMIOLOGÍA DE SIDA E INFECTADOS CON VIH EN COSTA RICA.
ELIZONDO J.; SHULTZ-JM.; HAUN-MK; HERRERA-G.
REV. BULL-PAN-AM-HEALTH-ORGAN. 1993; 27(2): 145-50
- 2.11.-SIDA EN CURACAQ: EN LOS PRIMEROS 6 AÑOS.
AUT. AJUBI-N.; NOSSENT-IC
REV. NED-TIJDSCR-GENEESKD. 19 UN 1993; 137(25); 1251-5
- 2.12.-IMPORTANTE CURSO SOBRE TB EN PACIENTES CON VIH. EN EL OESTE DE EUROPA.
AUT. RAVIGLIONE-MC; SUDRE-P; RIEDER-HH.; KOCH-HA.
REV. BULL-WORLD HEALTH-ORGAN. 1993; 71(3-4): 297-306.
- 2.13.-REACCIÓN CUTÁNEA DE HIPERSENSIBILIDAD DEBIDO AL TRATAMIENTO PARA LA TUBERCULOSIS CON THIAZEZONE EN NIÑOS DE ZAMBIA INFECTADOS CON VIH-1.
AUT. CHINTU-C; LUO-C; RAVIGLIONE-M; DUPONT-H; ZUMLA-A.
REV. ARCH-DISCHILD. MAY. 1993; 68(5): 665-8.
- 2.14.-INFECCIONES MLTIFOCALES CON COROIDITIS EN PACIENTES CON SIDA.
AUT. MORINELLI-EN; DUGEL-PU; RIFFENBURGH-R; RAO-NA.
REV. OPHTHALMOLOGY INT. 1993; 100(7): 1014-21.
- 2.15.-NEOPLASIAS ASOCIADAS A LA INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. ESTUDIO EN LA CLÍNICA CON 70 PACIENTES.
AUT. PINTADO-V; LÓPEZ-DUPLA-JM; VALENCIA-ME; LAVILLA-P. MARTÍN-A; GONZÁLEZ-MD; GARCÍA-PUIG-J; GIL-A.
REV. MED-CLIN-BARC. 15 MAY 1993; 100(19): 730-5.
- 2.16.-MANAGEMENT AND PROGNOSIS OF MASSIVE HEMOTYSIS. RECENT EXPERIENCE WITH 120 PATIENTS.
AUT. KNOTT-CRAIG CJ.; COSTUIZEN JG; ROSSOUW G; JOUBERT JR; BERNAND PM.
REV. JOURNAL THORAC CARDIOVASC SURG. 1993; 105 : 394-7.
- 2.17.-THE ROLE OF OPEN BIOPSY IN PATIENTS WITH ACQUIRED IMMUNEDEFICIENCY SYNDROME
AUT. FITZGERALD W; BEVELAQUA FA; GARAY SM; ARANDA CP.
REV. CHEST 1987; 91: 659-61.

- 2.18.-INDICATIONS FOR AND DIGNOSTIC EFFICACY OF OPEN-LUNG BIOPSY IN THE PATIENT WITH ACQUIRED IMMUNEDEFICIENCY SYNDROME (AIDS).
AUT. PASS HI; PETER D; SIELHAMMER J; ET. AL. ANN THORAC SURG. 1986; 41 : 307-12.
- 2.19.-THE THORACIC SURGICAL SPECTRUM OF ACQUIRED IMMUNEDEFICIENCY SYNDROME.
AUT. MILLER JI.
REV. THORAC CARDIOVASC SURG 1986; 92: 977-80.
- 2.20.-DIAGNOSIS FOR INTERSTITIAL LUNG DISEASE IN PATIENTS WITH IMMUNEDEFICIENCY SYNDROME (AIDS): A PROSPECTIVE COMPARATION OF BRONQUIAL WHASHING, ALVEOLAR LAVAGE, TRANSBRONCHIAL LUNG BIOPSY AND OPEN LUNG BIOPSY.
AUT. McKENNA RJ JR.; CAMPPELL A ; McMURTRY MJ; MOUNTAIN CF.
REV. ANN THORAC SURG. 1986; 41: 318-21.
- 2.21.-THORACIC MANIFESTATIONS OF ACQUIRED IMMUNEDEFICIENCY SYNDROME.
AUT. PASS HI; PETER DA ; MACHER AM. ET AL J.
REV. THORAC CARDIOVASC SURG 1984 ; 88: 654-8.
- 2.22.-PNEUMOTHORAZ IN PATIENTS WITH ACQUIRED IMMUNEDEFICIENCY SYNDROME.
AUT. BYRNES TA ; BREVIG JK; YECH CB J.
REV. THORAC CARDIOVASC SURG. 1989; 546-50.
- 2.23.-RETROSPECTIVE ANALYSIS OF THE EFFICACY OF OPON LUNG BIOPSY IN ACQUIRED IMMUNEDEFICIENCY SYNDROME.
AUT. BONFILS ROBERTS EA; NEALON TF JR.
REV. ANN THORAC SURG 1990; 49: 115-7
- 2.24.-TREATAMENT OF INFECTIONS ASSOCITED WITH HUMAN IMMUNEDEFICIENCY VIRUS.
AUT. GLATT EA; CHIRGWIN K; LANDESMAN SH. N ENGL J.
REV. MED. 1988; 318: 1439-48.
- 2.25.-LUTTE CONTRE LE SIDA ET INDUIT PAR LES DIFFERENTES FORMES DE PRISE EN CHARGE.
AUT. BEZ G. BULL; ACAD. NATL.
REV. MED. NOV. 1990; 174(8): 1175-1185.

- 2.26.-DIAGNOSTIC DE LA INFECCIÓN POR VIH.
AUT. HURAX JM; AUT H. ENCYCL. MÉD. CHIR.
REV. THERAPEUTIQUE 1991.
- 2.27.-INSOLATION OF A T LUMPHOTROPIC RETROVIRUS FROM
A PATIENT AT RISK FOR ACQUIRED DEFICIENCY SYNDROME (AIDS)
AUT. BARRE-SINOUSSE F ET AL.
REV. SCIENCE 220; 868-1983.
- 2.28.-RETROVIRUS, IN VOIRAL INFECTIONS OF HUMANS.
AUT. BLATTNER W.; PLENUM;
1989 pp. 545-592.
- 2.29.-PATHOGENIC RETROVIRUS (HTLV-III) LINKED TO AIDS.
AUT. BRODER S. GALLO R. J.
REV. MED. 311; 1292-1984.
- 2.30.-THE HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS : INFECTIVITU AND
MECHANISMS OF PATHOGENESIS.
AUT. FAUCCI AS.
REV. SCIENCE 239; 617-1988.
- 2.31.-THE FIRST HUMAN RETROVIRUS.
GALLO RC;
SCI AM 255; 88. 1986.
- 2.32.-ANGIOGENIC PROPERTIES OF KAPOSI'S SARCOMA-DERIVED CELLS
AFTER LONG-TERM CULTURE IN VITRO.
AUT. SALAHUDDIN SZ ET AL.
REV. SCIENCE 242; 430. 1988.
RETROVIRUSES. VARMUS H. SCIENCE 240: 1427. 1988.