

11226
70



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

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

FACTORES DE RIESGOS PARA ADQUIRIR VIH ENTRE LA POBLACION DE 12 A 35 ANOS, EN LA U.M.F. No. 33

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
DRA. NORMA CLAUDIA NECOECHEA SILVA

ASESOR:
DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS



MEXICO, D.F.

2000
283164

~~1998~~



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

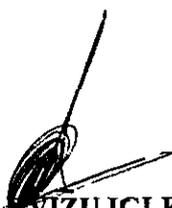


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

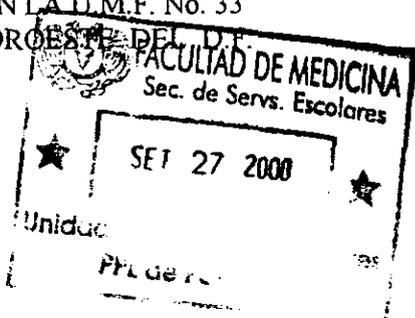
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.


DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS.
JEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION EN
LA U.M.F. No. 33 IMSS DELEGACION
No. 1 NOROESTE DEL D.F.


DRA. MONICA ENRIQUEZ NERI.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR EN LA U.M.F. No. 33
IMSS DELEGACION No. 1 NOROESTE DEL D.F.


DR. JOEL ALVARADO FUENTES.
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR EN LA U.M.F. No. 33
IMSS DELEGACION No. 1 NOROESTE DEL D.F.



CON CARIÑO:

A MI HIJO, MI ESPOSO, Y MI MADRE.

Por el apoyo incondicional y comprensión, por el tiempo no convivido e irrepetible en nuestras vidas, así como el compartido en mis derrotas y triunfos.

Por el cariño otorgado el cual es un verdadero aliciente para emprender hoy y siempre un nuevo camino.

CON RESPETO Y AGRADECIMIENTO:

A mis profesores, en especial al Dr. Rodolfo Arvizu Iglesias y la Dra. Monica Enriquez Neri.

Por el apoyo, conocimientos, consejos y amistad brindados durante mi estancia, dentro y fuera de la Unidad.

“EL QUERER IMPLICA TENER LA VOLUNTAD PARA HACER LAS COSAS.”

JUAN PABLO II

(VISITA A MEXICO)

INDICE

| | |
|---------------------------------------|----|
| 1.- ANTECEDENTES..... | 1 |
| 2.- SITUACION DEL SIDA EN MEXICO..... | 4 |
| 3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 11 |
| 4.- OBJETIVOS : | |
| GENERAL | |
| ESPECIFICOS | 14 |
| 5.- SUJETO, MATERIAL Y METODOS | 15 |
| 6.- DESCRIPCION DE VARIABLES | 16 |
| 7.- RESULTADOS | |
| TABLAS Y GRAFICAS | 22 |
| 8.- CONCLUSIONES | 48 |
| 9.- BIBLIOGRAFIA | 51 |
| 10.- ANEXOS | 53 |

ANTECEDENTES

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), fue reconocido en 1981 como un síndrome clínico consistente en infecciones oportunistas, neoplasias o ambas. Tres años después se descubre al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH-1, VIH-2), como agente causal del SIDA, lo cual represento un logro científico.(1)

Aunque quedan por aclarar muchos aspectos inmunológicos y virológicos, ha sido un gran avance la identificación del HIV como retrovirus pertenecientes al género de los virus lentos dentro de la familia *Retroviridae*. Como tal, el HIV tiene características similares a la de otros virus lentos. Como su asociación con una enfermedad que tiene un periodo de incubación largo, suprime los mecanismos inmunitarios y afecta el sistema nervioso central. (2, 13)

La interacción del HIV con las células huésped es mediada por la glucoproteína gp 120 de la superficie del virus. La crítica unión de la gp 120 con un receptor específico de la superficie de la célula, el CD4, explica la afinidad del HIV por las células que poseen esos receptores, como los linfocitos T, los monocitos y los macrófagos de tejidos. De ellas, los linfocitos T CD4 son el blanco principal de la infección por el HIV, debido al gran número de moléculas CD4 que tiene en su superficie.(2)

A principios de la pandemia de infección por el HIV y SIDA no se comprendía bien los sucesos patogénicos. Se creía que la enfermedad tenía un largo periodo de latencia clínica entre la infección inicial y el desarrollo de los síntomas. Las investigaciones recientes sobre las cuentas de CD4 y la reproducción viral revelan que esa etapa intermedia de la enfermedad es en realidad muy dinámica, y que cada día se renuevan grandes cantidades de células CD4 y de virus. y se llega a la conclusión de que cada día sobrevive un número ligeramente mayor de virus que de células CD4. Al paso del tiempo esta diferencia inclina la balanza a favor del HIV, y al parecer conduce a la aparición clínica de los síntomas relacionados con el SIDA. (2-14-15)

El impacto mundial del VIH y del SIDA es indiscutible, en la primera década de su conocimiento afectaba típicamente a hombres jóvenes sanos hasta el momento, que presentaban enfermedades poco usuales como la neumonía por *Pneumocystis carinii* o carcinoma de Kaposi. (2) Ahora, bien entrada la segunda década de la que ha llegado a ser una pandemia, la infección por el VIH y el SIDA se han propagado ampliamente en hombres, mujeres y niños. Los cálculos del número total de personas afectadas varían mucho. Mann y cols. (3) han proporcionado estimadores hasta 1992, 13 millones de casos reportados. Otra fuente calcula que el número acumulativo de personas infectadas con VIH hasta 1995 es de 25.9 millones.(4). Se calcula que en 8.5 millones de ellas ya se ha desarrollado el SIDA y que 7.5 millones ya ha fallecido a causa de la propia infección o del SIDA.. Además, el número acumulativo de infecciones por el VIH en adultos es más del doble en 1995 que en 1990. (4).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado la distribución geográfica de las infecciones por el VIH en adultos hasta el final de 1994.(5) Prácticamente todos los países ha sido afectados por el VIH. (3) La mayor parte a ocurrido en Africa al sur de Sahara, pero otras regiones, tanto en desarrollo como desarrolladas, tienen números considerables de adultos infectados, incluyendo Europa Occidental, Norteamérica, América Latina, el Caribe y el sur y sureste de Asia.(5)

Además por su distribución mundial, la infección por el VIH ha llegado a ser un importante motivo de preocupación médica debido a sus altos índices de mortalidad, que hoy ya son mayores que los de muchas otras causas. En poco más de una década la infección por el VIH ha llegado a ser la causa principal de muerte de personas de 25 a 44 años de edad en los Estados Unidos superando a todas las demás causas, incluyendo las lesiones accidentales, el cáncer, las enfermedades cardíacas, el suicidio y el homicidio. (6-7)

La infección por el VIH y el SIDA se asocia también con una morbilidad clínicamente significativa. Se sabe que la progresión de la enfermedad por el VIH hace susceptibles a las enfermedades oportunistas prácticamente todos los aparatos y sistemas del organismo.(2) Cómo un número de personas con infección por el VIH y con el SIDA sigue aumentando, es de esperarse que también se multiplicarán las consecuencias económicas.

El VIH es transmitido por líquidos corporales específicos, como la sangre y sus derivados, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna. (2) Se calcula que en todo el mundo, más del 70% de las transmisiones ocurren a través del coito heterosexual (oral, vaginal o anal), y El 15% a través del coito homosexual (oral y anal).(3) En algunas áreas geográficas el uso compartido de agujas contaminadas con el VIH por usuarios de drogas inyectables también ha sido una vía de transmisión importante del VIH. El uso de agujas o jeringas mal esterilizadas, pueden haber sido la causa de la transmisión en algunos casos. (8) También se ha reportado la transmisión vertical de la madre al hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia. (8) Antes de la introducción de las pruebas de VIH en la sangre, la exposición a transfusiones de la sangre o derivados sanguíneos contaminados fue una importante vía de transmisión del VIH. (8) Los productos que pueden contener el virus incluyen la sangre total, el plasma, los leucocitos, las plaquetas y el paquete globular. Los derivados sanguíneos que no contienen el VIH incluyen la gammaglobulina hiperinmune, la inmunoglobulina contra la hepatitis B, las vacunas contra la hepatitis B derivadas de plasma, y la inmunoglobulina antiRh. (2) Se ha calculado que el exámen eficaz de la sangre ha reducido el riesgo de transmisión del VIH a 1 por cada 83,000 a 122,000 transfusiones. (9)

SITUACION DEL SIDA EN MEXICO . DATOS ACTUALIZADOS HASTA EL TERCER TRIMESTRE DE 1996.(10)

Podemos decir, en términos generales, que la epidemia de SIDA en México presenta un patrón cada vez más heterosexual, mas rural y que la transmisión sanguínea se encuentra bajo control. Así paso de ser una epidemia de hombres homosexuales y mujeres transfundidas, a ser cada vez más un padecimiento de transmisión heterosexual.

De hecho, en mujeres adultas la transmisión heterosexual corresponde actualmente a la mitad de todos los casos acumulados 52.5 %, pero si consideramos los casos notificados durante los terceros trimestres de 1991 y 1995 vemos que el porcentaje aumentó de 42.5% a 80.7% en esta categoría, siendo de 78.4% en el tercer trimestre de 1996.

La transmisión sexual en hombres, aún es predominante homo/ bisexual, pero la transmisión heterosexual también muestra una tendencia al aumento, pues ha pasado de 21.8% en el tercer trimestre de 1991 a 26.3% en ese trimestre de 1995 y a 30.7% en el de 1996.

La mortalidad por SIDA en hombres entre 25 y 34 años es ya un motivo de seria preocupación, pues se ha desplazado rápidamente a los primeros lugares. En 1992 fué la sexta causa de muerte de este grupo a nivel nacional y la cuarta en el Distrito Federal y en la actualidad se ha alcanzado ya el tercer lugar como causa de muerte en este grupo de edad. La estimación del número real de casos de SIDA en México es de 41,718 al corregir por subnotificación y retraso en la notificación.

Durante los terceros trimestres de 1991, 1995 y 1996 la mayor parte de los caos notificados ocurrió en los grupos de 20 a 49 años de edad. En esos grupos el 74.8% y el 77.8% de los casos correspondió a hombres. Del total de los casos acumulados hasta 1996, tanto en hombre como en mujeres, el 80% pertenece a estos grupos de edad, correspondiendo el 31.5% al grupo de 20 a 29 años, al de 30 a 39 años el 37.8% y al de 40 a 49 años el 18.0%. Los resultados del análisis por tasa indican que los hombres están seis veces más afectados que las mujeres.

Uno de cada 556 hombres del grupo de edad de 30 a 34 años se ha visto afectado por la enfermedad, en comparación con una de cada 3,952 mujeres de este mismo grupo; en el grupo de 35 a 39 años uno de cada 603 hombres se ha visto afectado, en comparación con una de cada 4,032 mujeres. La razón hombre/ mujer es diferente según los grupos de edad. Para los grupos más afectados (25 a 39 años) esta razón varía entre 6 a 8 hombres por cada mujer afectada, mientras que es de 2:1 en el grupo de menores de 10 años.

En cuanto a la situación geográfica del SIDA en México, tenemos que del total acumulado de casos; 16,170 (55.4%) se concentran en el Distrito Federal, Estado de México y Jalisco.

Las mayores tasas de incidencia por cien mil habitantes se encuentran en el D.F. (84.4%); B.C. (67.6%); Jalisco (64.1%) y en Morelos (51.7%). La tasa por estado fueron calculadas utilizando las cifras poblaciones ajustadas de acuerdo al Banco de datos sociodemográficos 1980 - 2010 (Secretaría de Gobernación / CONAPO).

El análisis de las tendencias por factor de riesgo en adultos, indica un importante descenso en la transmisión sanguínea, que representó el 19.4% de los casos acumulados hasta el tercer trimestre de 1991 y descendió a 8.4% en los casos acumulados hasta ese trimestre de 1995. Para el tercer trimestre de 1996 el 6.3% de los casos en adultos, cuyo mecanismo de transmisión se conoce, adquirieron la infección por esta vía

La transmisión de casos atribuibles a transmisión heterosexual en cambio, aumentó de 24.4% de los casos acumulados hasta el tercer trimestre de 1991 a 33.0% en 1995. Para el tercer trimestre de 1996 fue de 36.8%. Si tomamos en cuenta la transmisión sexual en su conjunto, las cifras son de 79.3%, 91.2% y 93.4% para 1991, 1995 y 1996 respectivamente.

Una de las cifras que más a cambiado es la de los casos, en donde el factor de riesgo no fue documentado, que fue de 16.0% en 1991 y de 42.4% en 1995; para 1996 fué de 33.3%. Esta cifra se debe fundamentalmente a que ahora una proporción de casos cada vez mayor, es captada mediante certificado de defunción y dicho documento no consigna variables específicas sobre la vigilancia epidemiológica del SIDA.

En los casos acumulados de SIDA en hombres adultos hasta el 1° de octubre de 1991, 1995 y 1996 en los que se conoce el factor de riesgo, se observa una tendencia al aumento de los casos adquiridos por vía sexual, que fué de 86.3% de 93.6% y de 95.3% respectivamente. En cambio, en los casos por transmisión sanguínea disminuyeron de 12.1% en 1991 a 5.8% para 1995 y a 4.5% para 1996.

Hasta el 1° de octubre de 1996 se ha notificado un total de 24,635 casos en hombres adultos: 6,813 (38.5%) son homosexuales ; 4,771 (27.0%) bisexuales y 4,387 (24.8%) heterosexuales. En total para la categoría de transmisión sexual, se han reportado 15,971 casos (90.3%).

El total de casos acumulados de SIDA en mujeres hasta el 1° de octubre en 1991, 1995 y 1996, muestra que la proporción de casos atribuibles a transmisión sanguínea ha tenido una tendencia a disminuir, pues fué de 59.7% en 1991, de 28.0% en 1995 y de 22.9% en 1996. En los casos atribuibles a transmisión heterosexual hubo un incremento entre 1991 y 1995 de 40.3% a 72.0%. Para el mismo periodo de 1996 aumentó a 76.6%.

En un total de casos acumulados hasta este trimestre de 1996 se ha notificado 3,796 casos en mujeres adultas: 52.5% se atribuyen a transmisión heterosexual y 47.5% a transmisión sanguínea. Dentro de esta última categoría el 1.8 % son exdonadoras remuneradas de productos sanguíneos y 0.8% adquirieron la enfermedad por otras vías de transmisión (drogadicías IV y exposición ocupacional).

En los casos acumulados de SIDA pediátrico las cifras para el tercer trimestre son las siguientes : por vía sanguínea 27.3% para 1991, 17.2% para 1995 y 31.6% para 1996; por transmisión perinatal 72.7% en 1991, 81.0% en 1995 y 57.9% en 1996.

Durante el tercer trimestre se notificaron 20 casos nuevos de SIDA en niños, de los cuales 12 fueron niñas y 8 niños. Tres de ellos atribuibles a transmisión sexual. Los casos acumulados para finales de este trimestre en menores de 15 años son 764; 483 (63.2%) en niños y 281 (36.8%) en niñas.

Esta diferencia por sexo podría estar dada en parte por las características propias de la hemofilia.

De los casos pediátricos acumulados hasta el 1° de octubre de 1996, el 60.1% se transmitió por vía perinatal; el 37.4% por transmisión sanguínea; el 14.0% en hemofílicos y el 2.5% por abuso sexual. No fué documentada la categoría de transmisión en 155 casos (20.3%).

Las instituciones que acumula la mayor parte proporción de casos registrados es la SSA con 14,165 casos (48.5%); el IMSS ha notificado 9,601 casos (32.9%); y 3,434 casos (11.8%) por otras instituciones y el ISSSTE ha notificado 1,995 casos (6.8%).

Del total de casos el 55.9% ha fallecido, el 36.9% contúan vivos y se desconoce la evolución del 7.2%.⁽¹⁰⁾

La infección causada por el VIH es una enfermedad de atención primaria. De hecho el número creciente de personas infectadas por este virus exige que los médicos de atención primaria identifiquen los factores de riesgo importantes, los signos y los síntomas. Además deben estar preparados para recomendar pruebas de detección del VIH así como, proporcionar asesoramiento adecuado antes y después de estas pruebas. Identificar a los pacientes infectados por el VIH así como los que cuentan con factores de riesgo para esta enfermedad sin tener aun la infección, brindarles la atención primaria durante la prolongada fase sintomática de esta enfermedad, tratar las infecciones agudas, iniciar las terapéuticas profilácticas y tomar parte activa en la atención a los pacientes que han evolucionado hasta el SIDA con acciones que se encuentran dentro del campo médico de atención primaria, quien esta ansioso por estar al tanto de la base de conocimientos sobre el SIDA, la cual se extiende rápidamente.⁽¹¹⁾

Las modificaciones en la epidemiología y geografía del SIDA obligan a mantener un alto índice de sospecha y a recomendar más ampliamente las pruebas de escrutinio, en esencia casi todos corren el riesgo. Es necesario que los médicos de atención primaria adquieran nociones sobre cuáles de sus pacientes puedan correr un riesgo más alto.

Prepararse para interrogar a sus pacientes acerca de su vida personal, sus hábitos sexuales y el uso de drogas hay que comprender que sus respuestas no siempre serán amables e inmediatas. (11)

Entre las barreras para la atención médica se encuentran, la dificultad del médico para hablar sobre las prácticas sexuales del paciente. Sin embargo muchos pacientes, sobre todos los adolescentes, están ansiosos por conocer la información que su médico les proporcione información acerca del VIH y del SIDA. Al brindar sus derivados de atención primaria, los médicos deben aprovechar la oportunidad de asesorar a los pacientes de todas las edades acerca de las medidas preventivas. (11)

Los pacientes infectados con el VIH que han establecido una relación estrecha y de confianza con su médico de atención primaria esperan que el prescriba el tratamiento durante la evolución de su enfermedad y que se les brinde atención y apoyo hasta la muerte. Trabajando en conjunto con infectólogos y otros subespecialistas, los médicos de atención primaria pueden ofrecer un alto nivel de atención a los pacientes con factores de riesgo para adquirir VIH o los infectados por el VIH. (11)

El diagnóstico precoz de la infección causada por el VIH se está volviendo más importante a medida que los avances tecnológicos permiten contar con métodos más precisos para cuantificar y vigilar la actividad viral. Debido a que es posible que las personas infectadas por el VIH permanezcan sintomáticas durante 10 a 15 años, muchas de ellas no son conscientes de su infección, aun cuando el virus siga duplicándose y dañando su sistema inmune. (11)

Sin embargo, la detección de los infectados/ enfermos y su manejo inicial se siguen realizando en clínicas de primer nivel, así como en hospitales del todo el Sistema Nacional de Salud. Además, el SIDA tiene manifestaciones tan variadas que hacen probable que todo especialista y subespecialista atienda a uno o más pacientes con VIH/SIDA dentro de su práctica cotidiana. Es por ello que el personal de salud, en su conjunto debe tener cuando menos conocimientos básicos de este padecimiento. (12)

A pesar de todos los avances que hay con respecto al VIH / SIDA, es particularmente preocupante el hecho de que persista la discriminación, la negación de la atención, la estigmatización y el maltrato de los infectados por el VIH y/o enfermos con SIDA por parte del personal de salud dentro de las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Dicha actitud es inaceptable y no existe ningún argumento válido que la justifique. Y de igual manera representa un obstáculo para el conocimiento adecuado de factores de riesgo de nuestra población y por tanto demerita nuestra función predominantemente preventiva. (12)

La función del médico de primer nivel consiste en identificar a los pacientes de riesgo, para practicar pruebas de escrutinio para detectar el VIH oportunamente y colocar a los pacientes VIH positivos en un programa de seguimiento definido. El primer objetivo es decir a cuales pacientes practicarles pruebas para VIH basándose en sus antecedentes de practicas riesgos, en el padecimiento actual y en los resultados de la exploración física. (11)

Una forma de evaluar los comportamientos riesgos es necesario formular dirigidas hacia las practicas sexuales y el uso de drogas a todos los pacientes mayores de doce años de edad. Todas las preguntas abiertas ayudan a eliminar el sesgo del médico, no implica un respuesta correcta y alienta a los pacientes a responder honestamente. (11)

El comportamiento de alto riesgo para contraer el VIH no sirven como punto de partida para realizar las preguntas. Es difícil identificar a las mujeres de alto riesgo. A menudo afirman que sólo tienen un compañero sexual, sin embargo es posible que este hombre tenga múltiples compañeros sexuales; por lo que habrá que formular preguntas sobre las prácticas de su compañero. (11)

Los siguientes son comportamientos de alto riesgo de contraer el VIH: (11)

- * *Acto sexual sin protección (vaginal, anal u oral) con un compañero de sexo masculino o femenino.*
- * *Múltiples compañeros sexuales.*
- * *Acto sexual con un compañero que desconoce si es VIH-positivo o negativo, o que corre con un alto riesgo de contraer la infección causada por VIH.*
- * *Uso de drogas intravenosas, especialmente por medio de agujas compartidas.*
- * *Abuso de drogas o alcohol.*
- * *Antecedente de una enfermedad de transmisión sexual.*
- * *Antecedente de transfusiones sanguíneas entre 1978 y 1985.*
- * *La presencia de tatuajes .*

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente estudio se fundamenta en que como sabemos la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), son uno de los principales problemas de salud pública en México y en todo el mundo.

El mayor conocimiento de la historia natural de la infección por VIH, incluyendo los niveles de prevención, han hecho que estos así como su manejo clínico sea más complejo, por lo que es importante no sólo la revisión y difusión de estos aspectos periódicamente, sino también el conocimiento de toda la población que se maneja, para que conjuntamente con la experiencia clínica y un seguimiento del mismo sin dejar aun lado la autoenseñanza se logre que los servicios de primer nivel, trabajen y ofrezcan un manejo integral y multidisciplinario.

La función del médico de primer nivel consiste en identificar a los pacientes que cuentan con factores de riesgo para adquirir esta infección.

Como sabemos el VIH es transmitido por líquidos corporales específicos, como la sangre y sus derivados, el sémen, secreciones vaginales y la leche materna. Se calcula que todo en mundo, más del 70% de las transmisiones ocurren a través del coito heterosexual (vaginal, oral o anal), y el 15% a través del coito homosexual (vaginal, oral, o anal). En México la transmisión heterosexual es de un 78.4% (1996) en mujeres, en cambio en los hombres la transmisión es predominantemente homo/ bisexual (95.3% - 1996). En cuanto a la transmisión sanguínea ha disminuído importantemente teniendo para finales de 1996 un 6.3% de casos en adultos. (10)

Por todo lo anterior se a normado universalmente los comportamientos de alto riesgo para adquirir VIH : (11)

- * *Acto sexual sin protección (vaginal, anal u oral) con un compañero de sexo masculino o femenino.*
- * *Múltiples compañeros sexuales.*
- * *Acto sexual con un compañero que desconoce, si es VIH positivo o negativo, y que corre con un alto riesgo de contraer la infección causada por el VIH.*
- * *Uso de drogas intravenosas, específicamente por medio de agujas compartidas.*
- * *Abuso de drogas o alcohol.*
- * *Antecedente de haber sufrido alguna enfermedad de transmisión sexual.*
- * *Antecedente de transfusiones sanguíneas entre 1978 y 1985.*
- * *Presencia de tatuajes .*

En cuanto a la edad, a nivel nacional se ha reportado un total de casos acumulados hasta 1996, tanto en hombres como mujeres, el 80% pertenece a estos grupos de edad, correspondiendo el 31.5% al grupo de 20 a 29 años de edad, al de 30 a 39 años el 37.8% y al de 40 a 49 años el 18.0%.

Tomando en cuenta que el Distrito Federal y el Edo. de México, son los estados que reportan una incidencia más alta en casos de SIDA. La U.M.F. No. 33 "El Rosario", dentro de su población de influencia esta compuesta por parte de estos dos estados. Dentro de dicha población de influencia se encuentra la Unidad Habitacional El Rosario, que cuenta con alta incidencia en drogadicción. Además en esta Unidad de Medicina Familiar se carece de información sobre los factores de riesgo para adquirir VIH, de su población usuaria. Recordando que se trata de una unidad de primer nivel, donde una de nuestras principales funciones, se orientan a la prevención; y la infección por VIH no es la excepción, ya que ésta infección se encuentra dentro de las principales causas de morbi - mortalidad, de nuestro país. Por lo tanto, retomando la edad en que se presenta o

manifiesta la enfermedad, tomaremos la población joven la cuál ahora es la más susceptible de contraer esta infección, por diversos factores, y sin excluir a los adultos y con el fin, de que en un futuro poder disminuir la incidencia de la infección por VIH y por consiguiente el SIDA, ya que conociendo a nuestra población se podrá mejorar nuestra calidad de atención y por ende disminuir la transmisión del VIH. Por lo que surge la interrogante:

**¿ CUALES SON LOS
PRINCIPALES FACTORES DE
RIESGO PARA ADQUIRIR VIH
ENTRE LA POBLACION DE
12 a 35 AÑOS , EN LA U.M.F.
No. 33 ?**

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

DETERMINAR LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PARA ADQUIRIR VIH, ENTRE LA POBLACION DE 12 A 35 AÑOS.

OBJETIVOS OPERATIVOS:

- 1.- DETERMINAR EL PORCENTAJE DE LA POBLACION DE 12 A 35 AÑOS USUARIOS DE LA U.M.F. No. 33 CON FACTORES DE RIESGO PARA ADQUIRIR VIH.
- 2.- DETERMINAR EL PORCENTAJE DE LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PARA ADQUIRIR VIH, ENTRE LA POBLACION DE 12 A 35 AÑOS USUARIOS DE LA U.M.F. No. 33.
- 3.- DETERMINAR LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICOS DE LA POBLACION DE 12 A 35 AÑOS USUARIOS DE LA U.M.F. No. 33 CON FACTORES DE RIESGO PARA ADQUIRIR VIH.

SUJETOS, MATERIAL Y METODOS

El presente estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 33, , teniendo como criterios de inclusión, a todo paciente de 12 a 35 años de edad, del sexo femenino y masculino, usuarios a ésta unidad en el turno matutino. El diseño de estudio fué de tipo Observacional, Prospectivo, Transversal, Descriptivo y Abierto. El tamaño de la población fué de 253 pacientes, de los cuales 132 (52.17%) del sexo femenino y 121 (47.82%) del sexo masculino, el cual fué tomado de 27 consultorios resultando 8 (30%) determinados al azar. La recolección de datos, estuvo a cargo del investigador, a través de una encuesta, posteriormente fueron concentrados y analizados los resultados, estadísticamente se utilizó tabla de porcentajes y mediana. siendo presentados los resultados en forma de tablas y gráficas para facilitar su manejo.

Se contó con los recursos humanos de Médico Asesor, especialista en Medicina Familiar, Médico Residente de la especialización en Medicina Familiar. y los pacientes que asistieron a la consulta en determinados consultorios durante el mes de diciembre. Dentro de los recursos materiales se utilizó hojas de papel, bolígrafos, lápices, fotocopias, artículos de investigación, computadora y los propios recursos de la Unidad de Medicina Familiar. En cuanto a los recursos financieros fueron los propios del investigador.

DEFINICION DE VARIABLES

A.- VARIABLE No. 1

FACTORES DE RIESGO PARA ADQUIRIR VIH.

DEFINICION CONCEPTUAL :

Son todas aquellas practicas que condicionan a un individuo a contraer el VIH causante del SIDA.

- * **ACTO SEXUAL SIN PROTECCION (VAGINAL, ANAL U ORAL), CON UN COMPAÑERO DE SEXO MASCULINO O FEMENINO.**
- * **MULTIPLES COMPAÑERO SEXUALES.**
- * **ACTO SEXUAL CON UN COMPAÑERO SEXUAL QUE DESCONOCE SI ES VIH POSITIVO O NEGATIVO, Y QUE CORRE CON ALTO RIESGO DE CONTRAER LA INFECCION CAUSADA POR VIH.**
- * **USO DE DROGAS INTRAVENOSAS, ESPECIALMENTE POR MEDIO DE AGUJAS COMPARTIDAS.**
- * **ABUSO DE DROGAS O ALCOHOL.**
- * **ANTECEDENTE DE HABER SUFRIDO ALGUNA ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL.**
- * **ANTECEDENTE DE TRANSFUSION SANGUINEA ENTRE 1978 Y 1985.**

*** LA PRESENCIA DE TATUAJES**

DEFINICION OPERACIONAL :

Se tomó el **acto sexual sin protección** a todo aquel que no utilizará preservativo (condón), por el hombre y cuando la mujer no exige su uso, referido por el paciente en la encuesta.

MEDICION : Nominal.

- 1.- SI
- 2.- NO

Múltiples parejas sexuales, cuando se refirió haber tenido más de 3 parejas en los últimos 10 años de su vida.

MEDICION : Ordinal.

- 1----- 2----- 3----- 4----- ...

Se tomo como factor de riesgo el tener **relaciones sexuales con mujeres sexo servidoras, hombres homosexuales o bisexuales o bien portadoras del VIH.** Cuando el paciente lo refirió.

MEDICION : Nominal.

- 1.- SI
- 2.- NO

Quando el paciente refirió el uso de **drogas intravenosas** compartiendo o no las agujas y jeringas.

MEDICION: Nominal.

- 1.- SI
- 2.- NO

Quando el paciente refirió el abuso en la **ingesta de bebidas alcohólicas**, de acuerdo a su frecuencia.

MEDICION : Nominal.

- 1.- SI (c/8 días----- c/15 días----- c/mes-----)
- 2.- NO

Quando el paciente refirió haber sufrido alguna **enfermedad de transmisión sexual**.

MEDICION: Nominal.

- 1.- SI
- 2.- NO

Antecedente de transfusión sanguínea o derivados, en los años de 1978 a 1985. Cuando el paciente así lo refirió.

MEDICION : Nominal.

- 1.- SI
- 2.- NO

Presencia de tatuajes, referida por el paciente u observada por el investigador.

MEDICION : Nominal.

- 1.- SI
- 2.- NO

B.- VARIABLE No. 2

EDAD.

DEFINICION CONCEPTUAL :

Son las diferencias biológicas que existen en un individuo, resultado de los años que ha vivido, y se puede clasificar en Infancia, adolescencia temprana, media y tardía, madurez y vejez.

DEFINICION OPERACIONAL :

Se tomara de acuerdo a lo referido por el paciente en numero de años, mediante una encuesta, en forma anónima y confidencial. Se expresa en rangos de edad.

ESCALA DE MEDICION : Ordinal.

12 - 15
16 - 19
20 - 23
24 - 27
28 - 31
32 - 35

C.- VARIABLE No .3

SEXO

DEFINICION CONCEPTUAL :

Conjunto de características fisiológicas que distinguen el marco del hombre y la mujer entre los individuos de la misma especie.

DEFINICION OPERACIONAL :

Se midió con respecto a la observación del investigador y lo referido el paciente durante la entrevista.

ESCALA DE MEDICION : Nominal.

I.- Sexo Femenino .

II.- Sexo Masculino .

D.- VARIABLE No. 4

ESTRATO SOCIOECONOMICO

DEFINICION CONCEPTUAL.-

Corresponde al status de vida económica y social en la cual se desarrolla un individuo.

DEFINICION OPERACIONAL.-

Se medio de acuerdo a la clasificación de Bronfman y Cols, compuesta por 3 índices, mediante los datos referidos por el paciente, durante la entrevista.

1.- MATERIAL DE PISO :

Bueno.....Recubrimiento (loseta, madera etc).
Regular.....Piso de cemento.
Malo.....Piso de tierra.

2.- AGUA POTABLE :

Bueno.....Intradomiciliaria.
Regular.....Dentro del vecindario o patio.
Malo.....Hidratante público.

3.- ELIMINACION DE EXCRETAS :

Bueno.....Drenaje.
Malo.....Letrina, pozos negro etc.

4.- HACINAMIENTO :

Bueno.....No hacinamiento (menos de 1.5)
Regular.....Semi-hacinamiento (1.5 a 3.5)
Malo.....Hacinamiento (3.6 ó más)

5.- ESCOLARIDAD DEL JEFE DE FAMILIA:

Bueno.....7 años ó más.
Regular.....4 a 6 años.
Malo.....0 a 3 años.

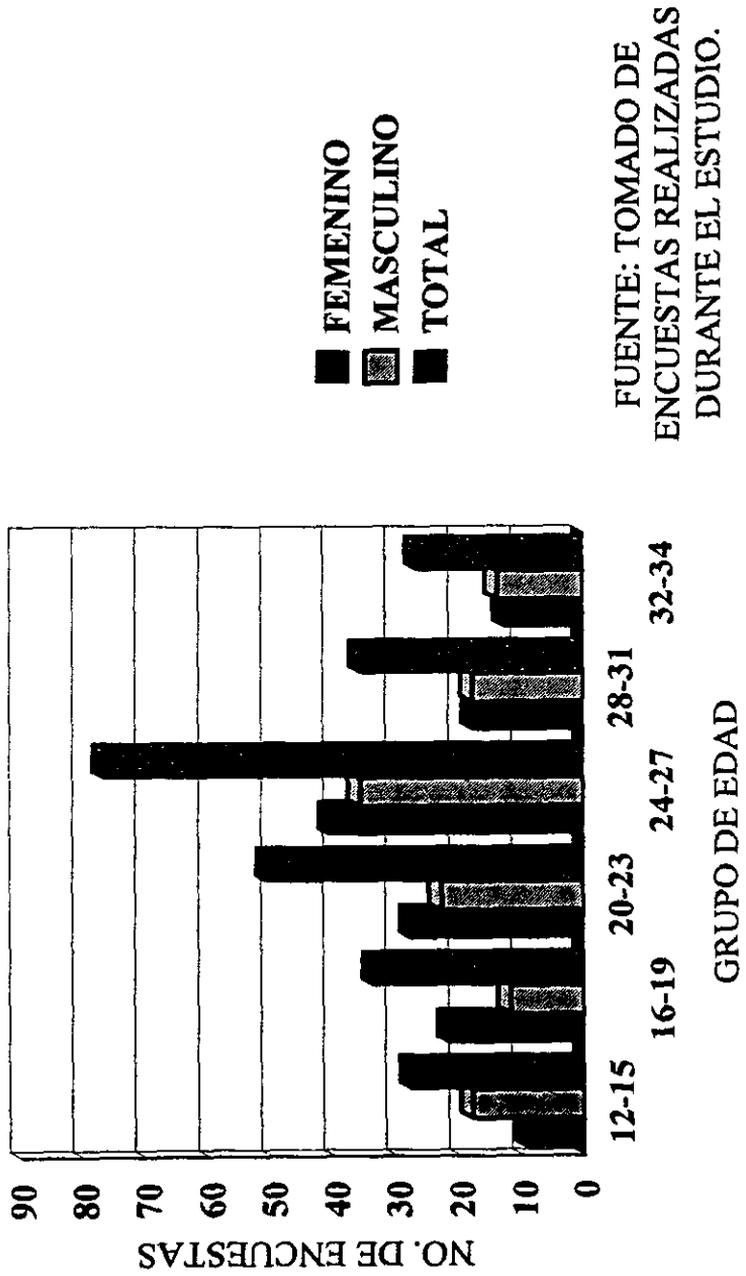
ESCALA DE MEDICION :

Ordinal

ENCUESTAS REALIZADAS SEGUN SEXO Y GRUPO DE EDAD.

| GRUPO DE EDAD | FEMNINO | MASCULINO | TOTAL |
|---------------|------------|------------|------------|
| 12 - 15 | 10 | 18 | 28 |
| 16 - 19 | 22 | 12 | 34 |
| 20 - 23 | 28 | 23 | 51 |
| 24 - 27 | 41 | 36 | 77 |
| 28 - 31 | 18 | 18 | 36 |
| 32 - 35 | 13 | 14 | 27 |
| TOTAL | 132 | 121 | 253 |

ENCUESTAS REALIZADAS DE ACUERDO A EDAD Y SEXO.



PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO EN LA POBLACION DE ACUERDO A SEXO

| | FEMENI NO | MASCU LINO | TOTAL |
|---------------------------|--------------|---------------|-------|
| REL.SIN PROTEC CION | 132 | 78 | 210 |
| BISEXUA LISMO | 4 | 42 | 96 |
| MULTIPL ES PAREJAS | 83 | 98 | 181 |

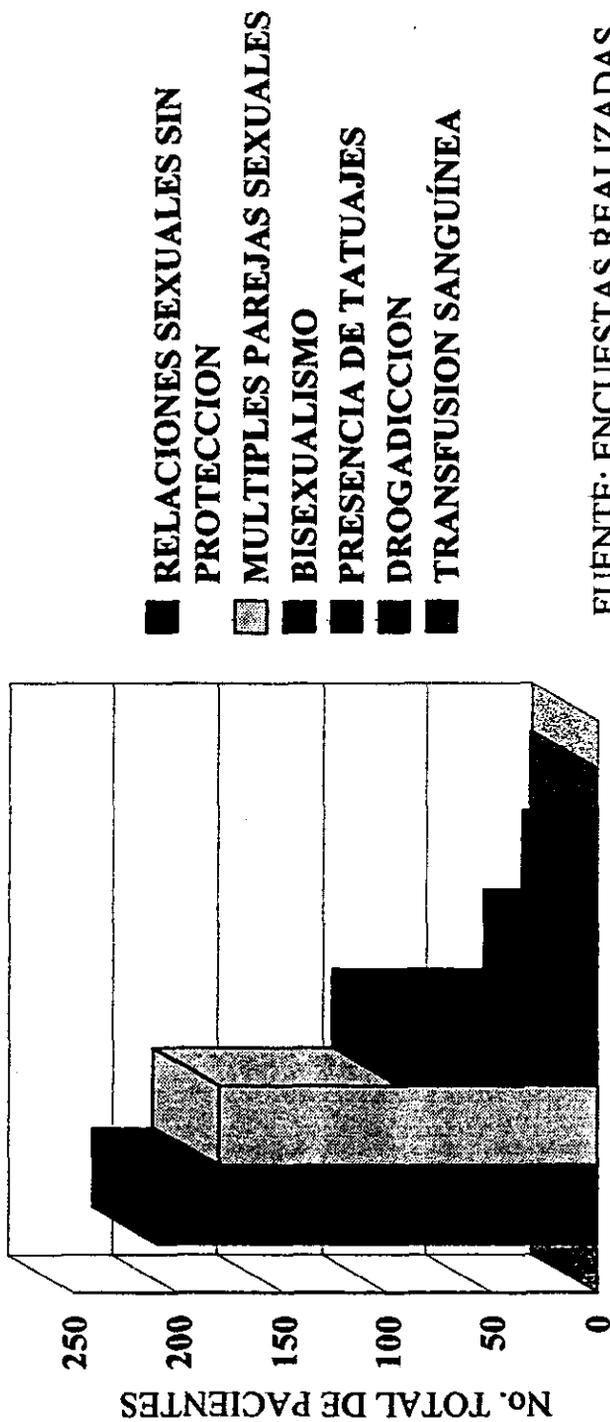
PORCENTAJE DE LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PARA ADQUIRIR VIH EN LA POBLACION DE 12 - 35 AÑOS DE EDAD USUARIOS DE LA UMF No. 33, EN EL TURNO MATUTINO.



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS DURANTE EL ESTUDIO.

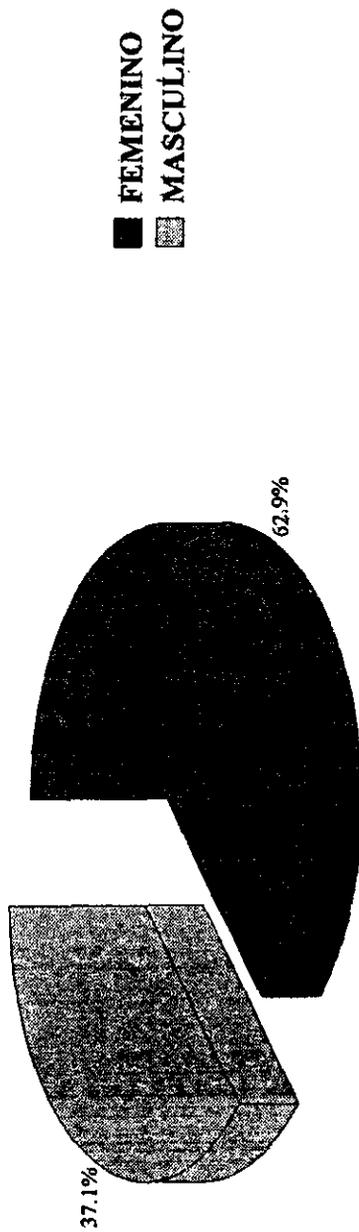
PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PARA ADQUIRIR VIH EN LA POBLACION DE 12 - 35 AÑOS DE EDAD EN LA UMF

No. 33



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS DURANTE EL ESTUDIO.

RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCIÓN DE ACUERDO AL SEXO.

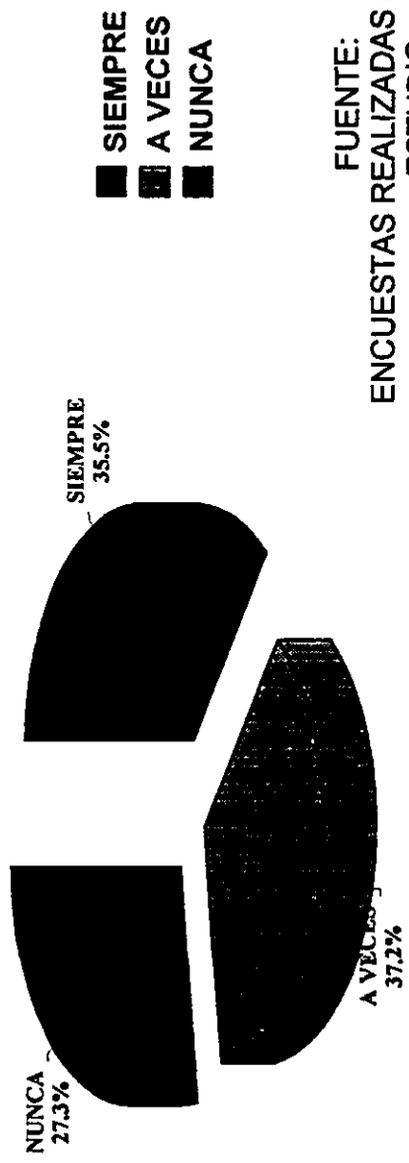


FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS DURANTE EL ESTUDIO.

FRECUENCIA Y USO DE PRESERVATIVO EN EL SEXO MASCULINO.

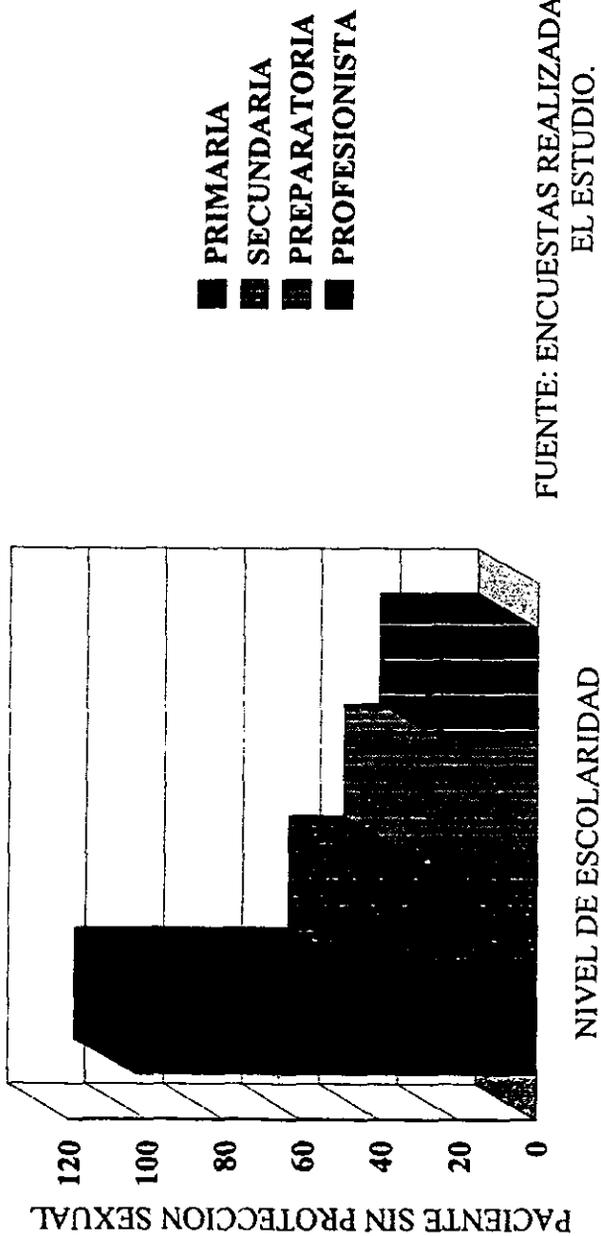
| NUNCA | SIEMPRE | A VECES |
|-------|---------|---------|
| 33 | 43 | 45 |
| 27.3% | 35.5% | 37.2% |

USO Y FRECUENCIA DE PRESERVATIVO



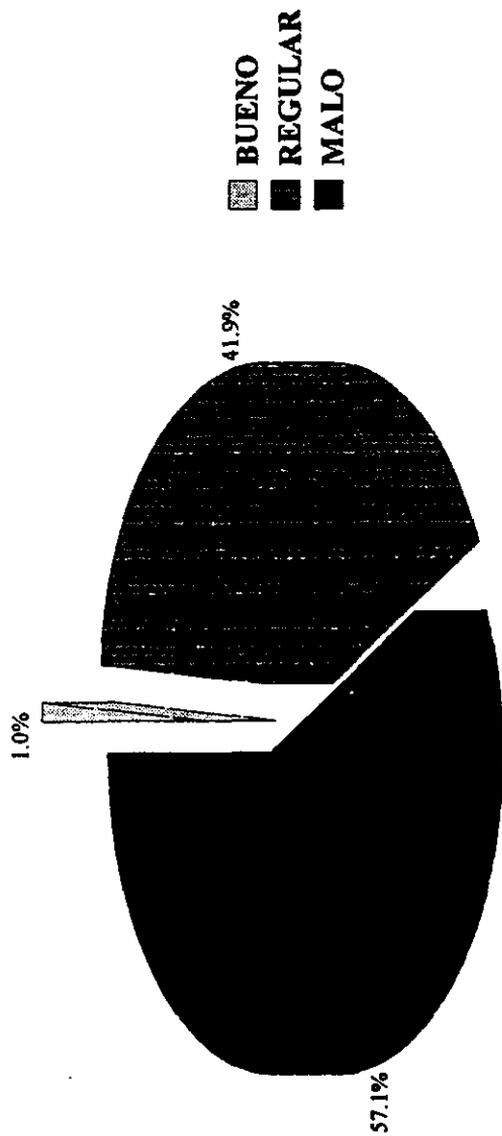
FUENTE:
ENCUESTAS REALIZADAS DURANTE EL ESTUDIO.

RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCION EN RELACION CON EL NIVEL DE ESCOLARIDAD.



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS DURANTE EL ESTUDIO.

PRESENCIA DE RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCION EN RELACION CON EL NIVEL SOCIOECONOMICO.

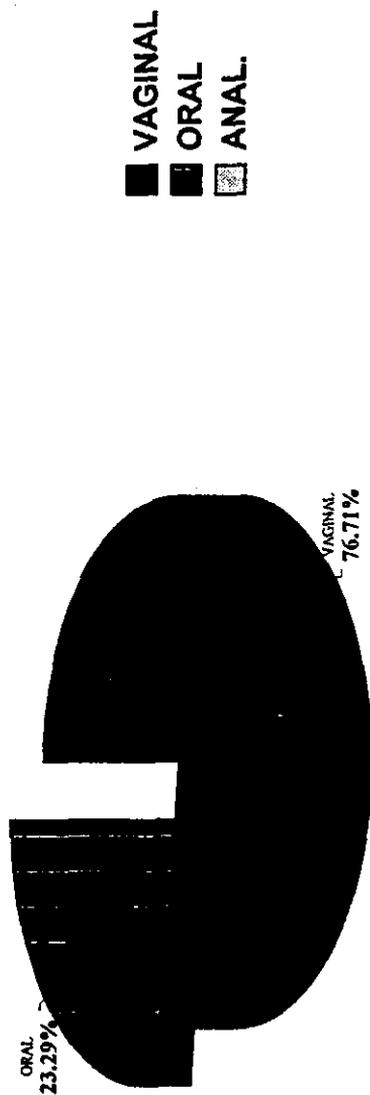


FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS DURANTE EL ESTUDIO.

TIPO DE RELACION SEXUAL MAS FRECUENTE DE ACUERDO AL SEXO.

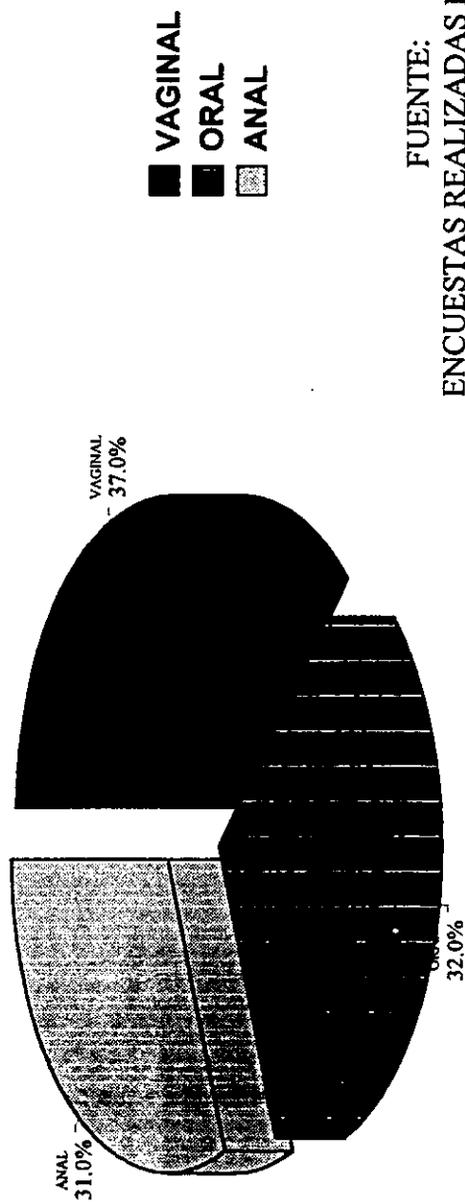
| TIPO | FEMENINO | MASCULI NO | TOTAL |
|---------|----------|---------------|-------|
| VAGINAL | 112 | 112 | 224 |
| % | 70 % | 28 % | |
| ORAL | 34 | 94 | 131 |
| % | 21.25 % | 24.3 % | |
| ANAL | 0 | 94 | 94 |
| % | | 24.3 % | |

DIFERENTES TIPOS DE RELACION SEXUAL FRECUENTES EN EL SEXO FEMENINO



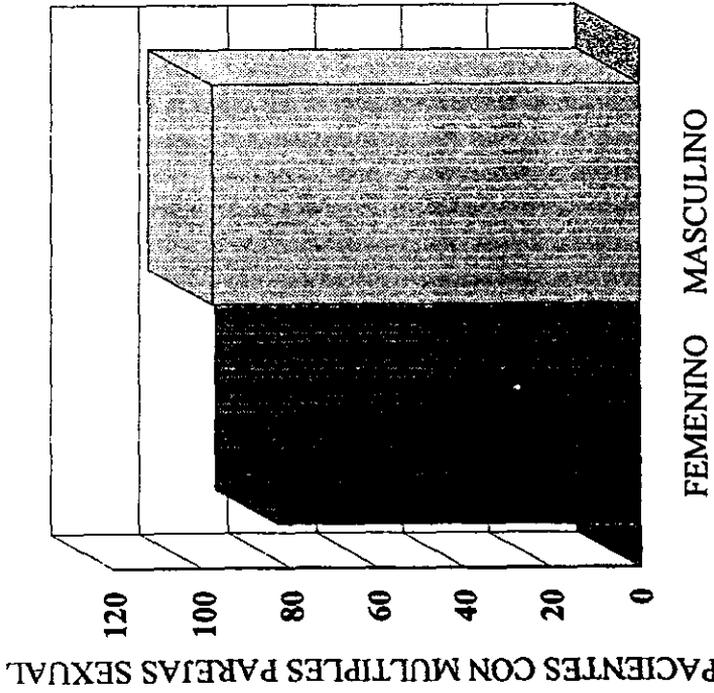
FUENTE:
ENCUESTAS REALIZADAS DURANTE EL
ESTUDIO.

DIFERENTES TIPOS DE RELACION SEXUAL FRECUENTES EN EL SEXO MASCULINO.



FUENTE:
ENCUESTAS REALIZADAS DURANTE EL
ESTUDIO.

MULTIPLES PAREJAS SEXUALES EN RELACION AL SEXO

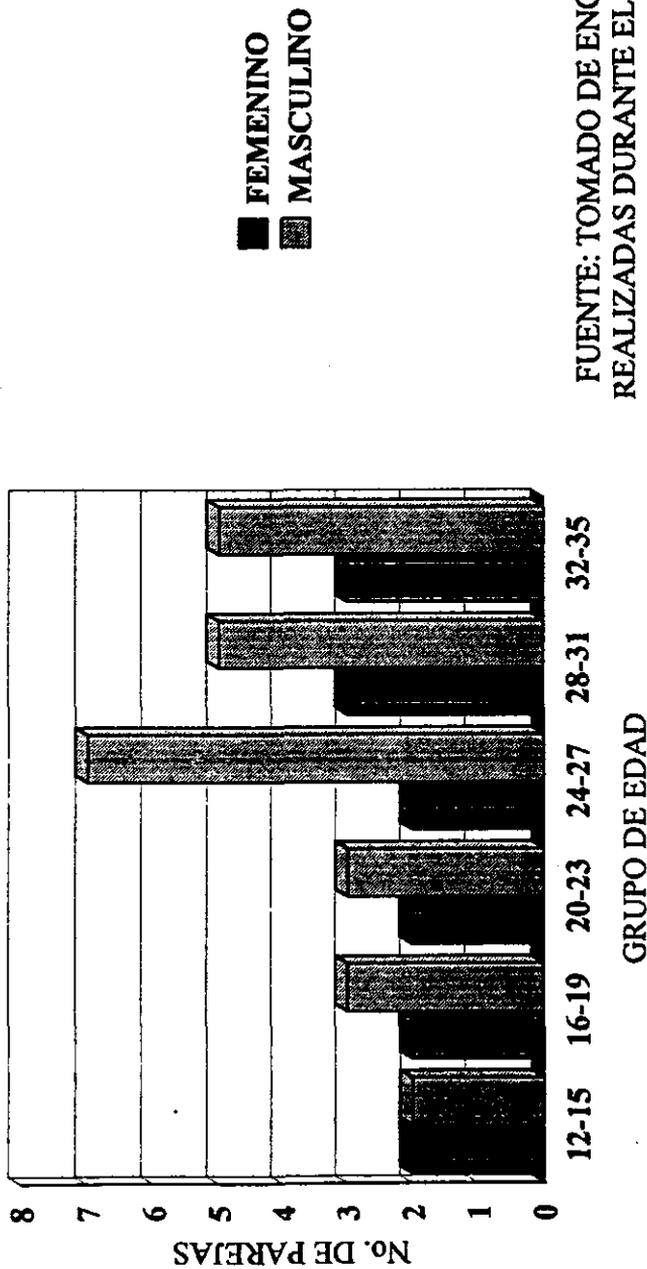


FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS DURANTE EL ESTUDIO.

PROMEDIO DE NUMERO DE PAREJAS SEXUALES, QUE SE PRESENTAN DE ACUERDO A GRUPO DE EDAD Y SEXO EN LOS ULTIMOS 10 AÑOS DE SU VIDA.

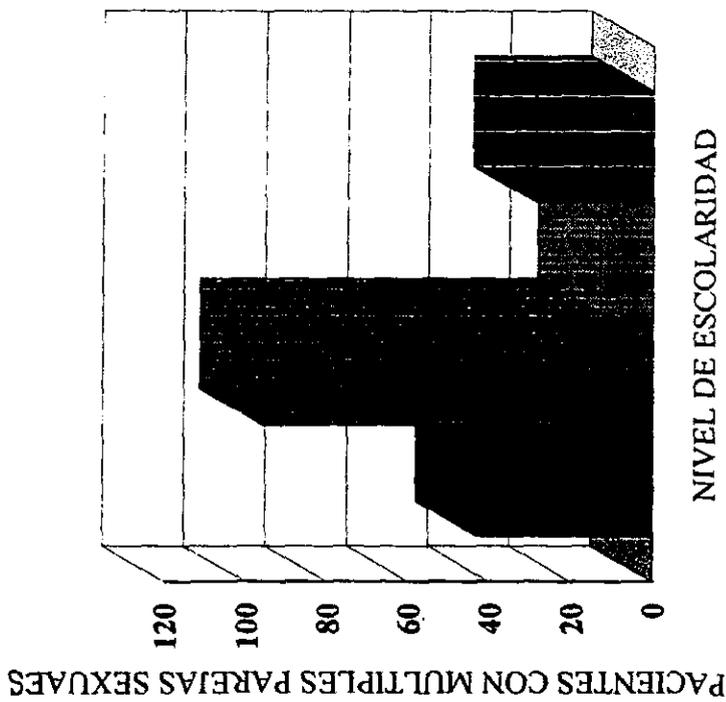
| GRUPO DE EDAD | FEMENINO | MASCU- LINO |
|----------------------|-----------------|--------------------|
| 12 - 15 | 2 | 2 |
| 16 - 19 | 2 | 3 |
| 20 - 23 | 2 | 3 |
| 24 - 27 | 2 | 7 |
| 28 - 31 | 3 | 5 |
| 32 - 35 | 3 | 5 |

PROMEDIO DE NUMERO DE PAREJAS SEXUALES QUE PRESENTAN DE ACUERDO A GRUPO DE EDAD Y SEXO EN LO ULTIMOS 10 AÑOS DE SU VIDA.



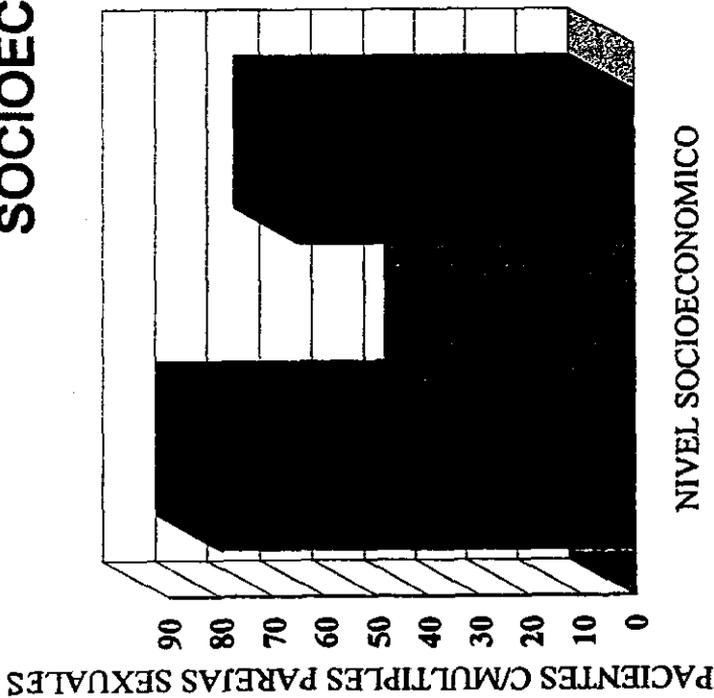
FUENTE: TOMADO DE ENCUESTAS
REALIZADAS DURANTE EL ESTUDIO

POBLACION EN ESTUDIO QUE TIENE MULTIPLES PAREJAS SEXUALES EN RELACION CON EL NIVEL DE ESCOLARIDAD.



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS DURANTE EL ESTUDIO.

POBLACION EN ESTUDIO QUE TIENE MULTIPLES PAREJAS SEXUALES RELACION CON EL NIVEL SOCIOECONOMICO.



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS DURANTE
EL ESTUDIO

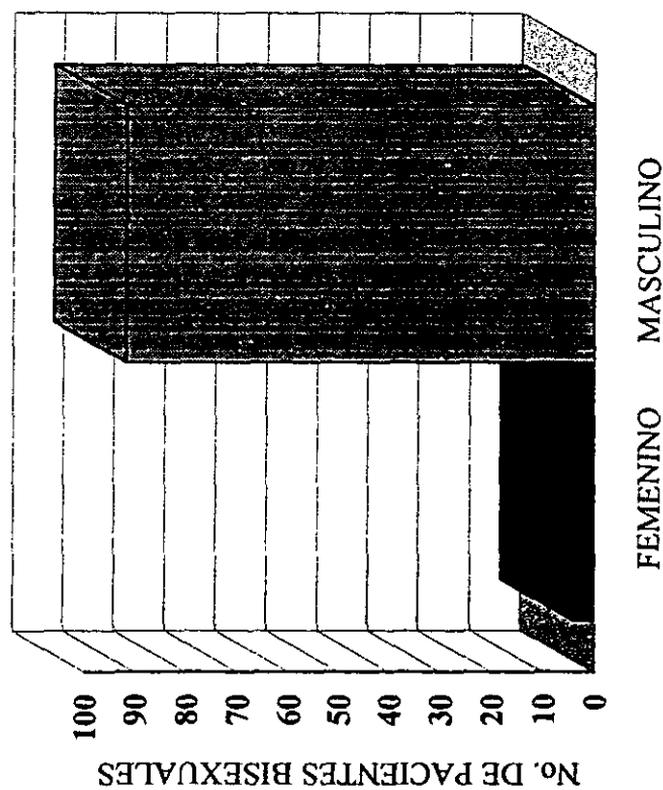
**POBLACION EN ESTUDIO QUE TIENE MULTIPLES
PAREJAS SEXUALES EN RELACION CON EL NIVEL
SOCIOECONOMICO.**

| NIVEL SOCIOECONOMICO | No. DE PACIEN- TES CON MULTIPLES PAREJAS. |
|-------------------------|--|
| BUENO | 80 |
| REGULAR | 36 |
| MALO | 65 |

BISEXUALISMO DE ACUERDO AL SEXO DEL PACIENTE.

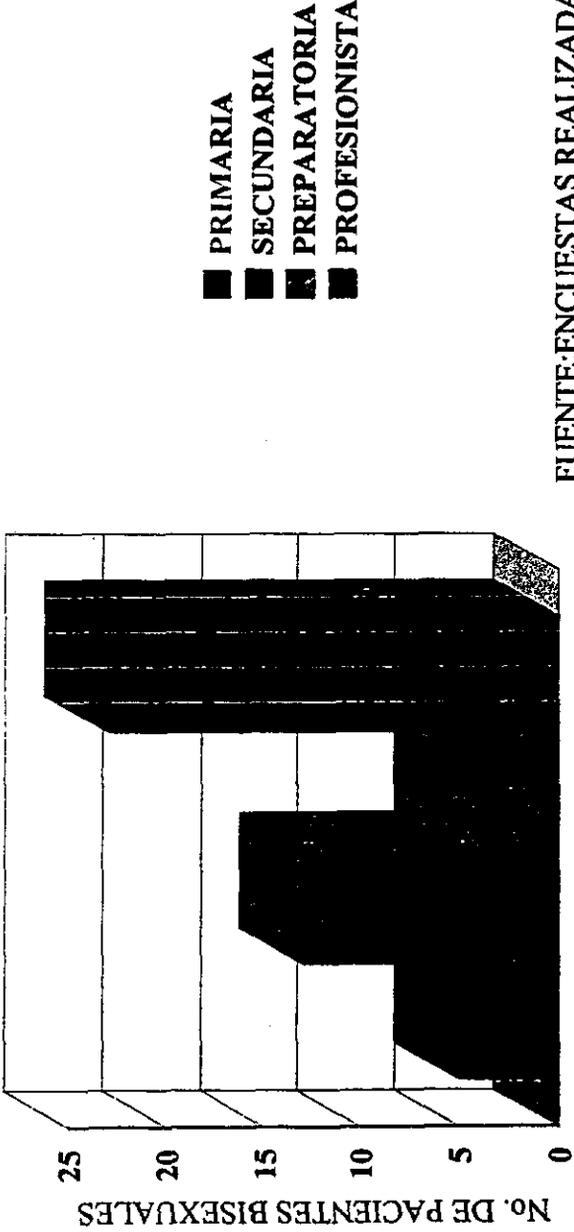
| FEMENINO | MASCULINO | TOTAL |
|----------|-----------|-------|
| 4 | 92 | 96 |
| 4.2 % | 95.8 % | 100 % |

NUMERO DE BISEXUALES EN RELACION AL SEXO DEL PACIENTE.



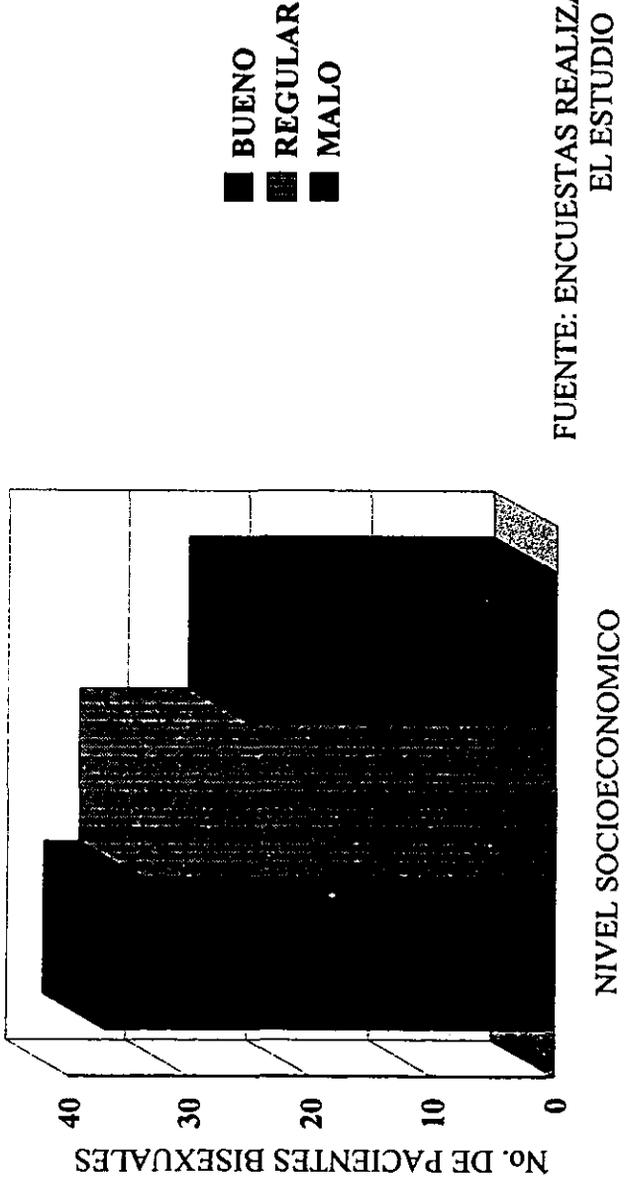
FUENTE:
ENCUESTAS REALIZADAS DURANTE EL
ESTUDIO

NUMERO DE PACIENTES BISEXUALES EN RELACION CON EL NIVEL DE ESCOLARIDAD.



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS DURANTE EL ESTUDIO.

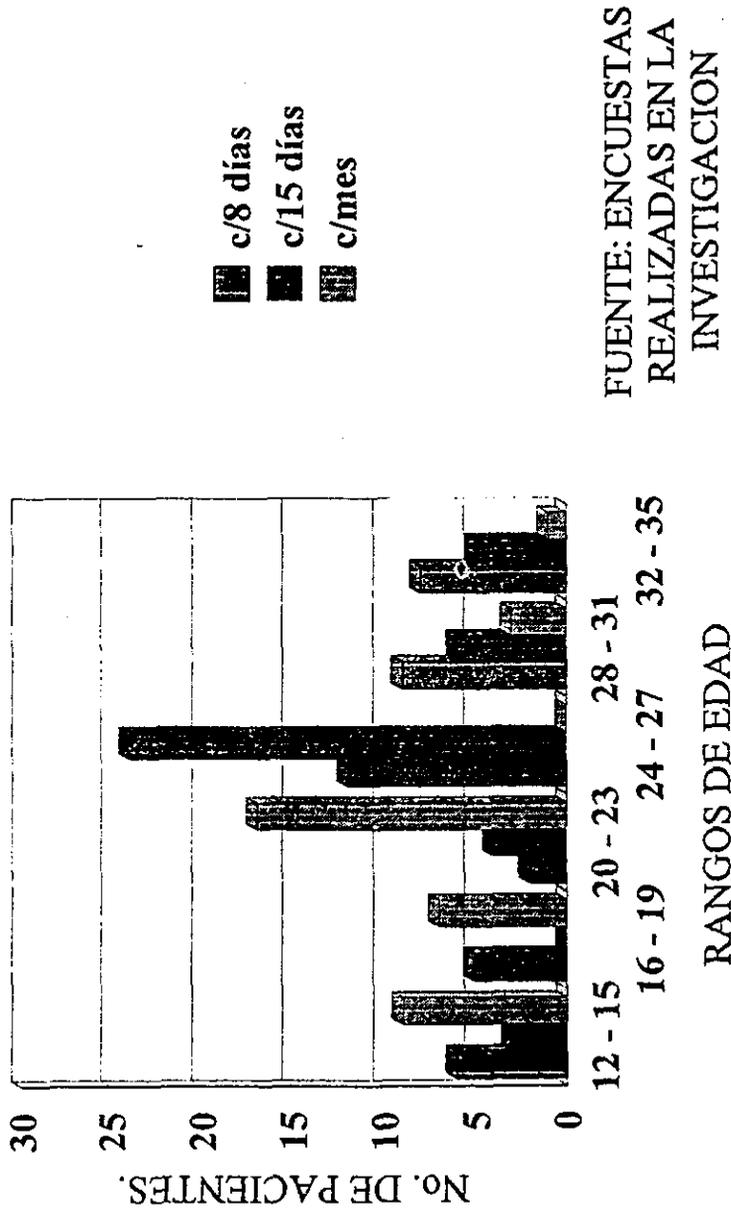
NUMERO DE PACIENTES BISEXUALES EN RELACION CON EL NIVEL SOCIOECONOMICO.



**FRECUENCIA EN LA INGESTA DE BEBIDAS
ALCOHOLICAS EN LA POBLACION EN ESTUDIO
DE ACUERDO A RANGOS DE EDAD.**

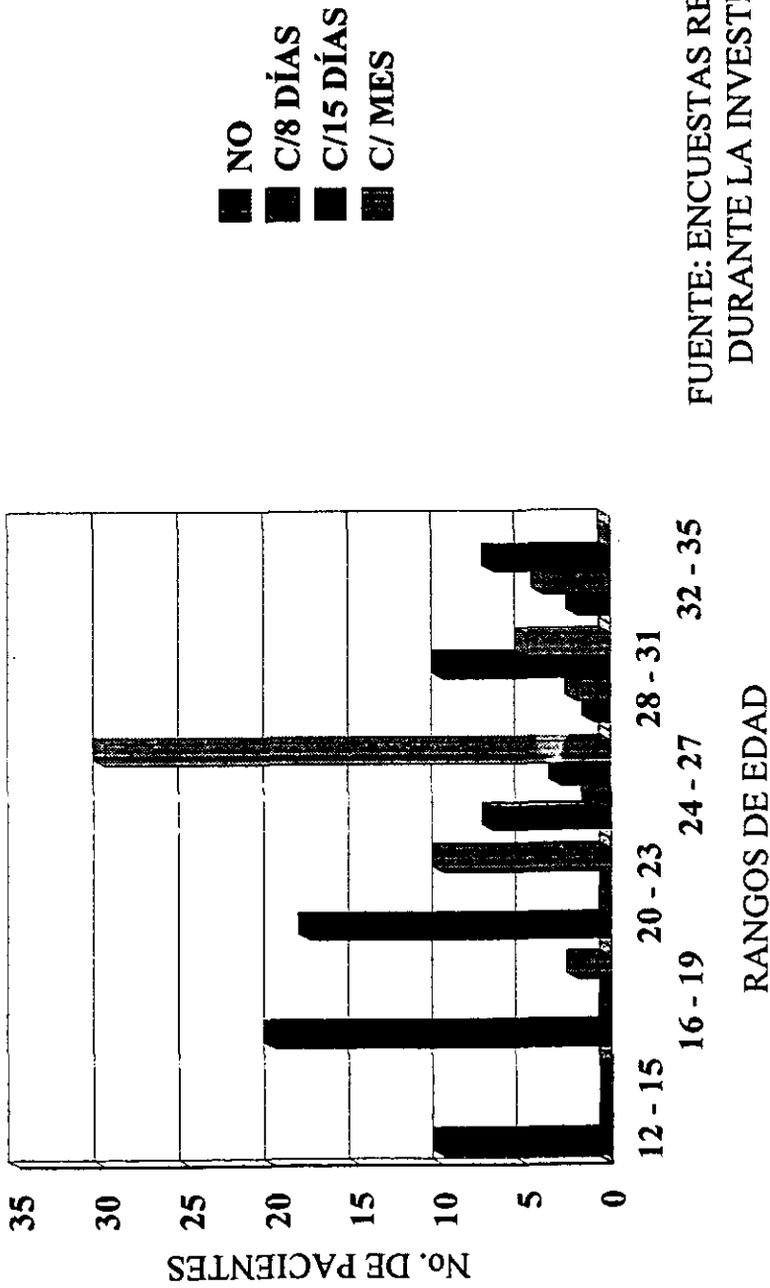
| GRUPO DE EDAD | FEMENINO | | | | MASCULINO | | | |
|------------------|----------|---------|--------------|----|-----------|--------------|----|--|
| | NO | SI | | NO | SI | | SI | |
| | | c/8dias | c/15dias/mes | | c/8dias | c/15dias/mes | | |
| 12 - 15 | 10 | 0 | 0 | 0 | 6 | 3 | 9 | |
| 16 - 19 | 20 | 0 | 2 | 0 | 5 | 0 | 7 | |
| 20 - 23 | 18 | 0 | 10 | 0 | 2 | 4 | 17 | |
| 24 - 27 | 7 | 1 | 30 | 0 | 12 | 24 | 0 | |
| 28 - 31 | 1 | 2 | 10 | 0 | 9 | 6 | 3 | |
| 32 - 35 | 2 | 4 | 7 | 0 | 8 | 5 | 1 | |

FRECUENCIA DE INGESTA DE BEBIDAS ALCOHOLICAS EN LA POBLACION EN ESTUDIO DEL SEXO MASCULINO DE ACUERDO A RANGOS DE EDAD.



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS EN LA INVESTIGACION

FRECUENCIA EN LA INGESTA DE BEBIDAS ALCOHOLICAS EN LA POBLACION EN ESTUDIO DEL SEXO FEMENINO, ACUERDO A RANGOS DE EDAD.



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS
DURANTE LA INVESTIGACION

CONCLUSIONES

El presente estudio, se realizó con una muestra representativa de 253 pacientes de los cuáles 132 fueron del sexo femenino (52.17%) y 121 pacientes del sexo masculino (47.82%), los cuáles acudieron a consulta en el mes de diciembre, a los consultorios determinados al azar. En base a los resultados descritos anteriormente podemos concluir que los Principales Factores de Riesgo para adquirir VIH en la población de 12 a 35 años de edad, en la U.M.F. No. 33 SON:

| | |
|---|---------|
| RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCION..... | 83.00 % |
| MULTIPLES PAREJAS SEXUALES..... | 71.54 % |
| BISEXUALISMO..... | 37.90 % |
| PRESENCIA DE TATUAJES..... | 9.00 % |
| DROGADICCION..... | 1.97 % |
| TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA..... | 0.39 % |

Dentro de las relaciones sexuales sin protección tenemos que del sexo femenino fue el 100% o sea 132 pacientes, por lo que se concluye que las mujeres no lo utilizan, así como no exigen el uso de preservativo, por parte del sexo masculino para su propia prevención.

Por otro lado en el sexo masculino encontramos que un 35.5% lo utiliza siempre, mientras que un 37.2% aunque lo usa el riesgo que corre es muy alto, ya que la regularidad con lo que lo utiliza es ocasional, mientras que el 27.3% no utilizan el condón. Además se observó que una relación directamente proporcional al uso del preservativo con respecto al nivel de escolaridad, por lo tanto a mayor nivel de escolaridad mayor es la tendencia a utilizar el condón. Así mismo es directamente proporcional el uso del condón con el estrato socioeconómico del paciente; por lo tanto a mayor estrato socioeconómico mayor es el uso del preservativo; sin que esto implique, el adecuado uso del mismo.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

A que podemos mencionar, que dentro de los tipos de relación más frecuentes tenemos por el **sexo femenino**, el vaginal (70%) y oral (21.24%), formando un 91.25%. Mientras que en el **sexo masculino** se encuentran con mínimas variaciones entre vaginal (28%), oral (24.3%), y anal (24.3%), y esto puede estar modificado por la tendencia al homosexualismo y bisexualismo, al cual me referiré más adelante.

Dentro del factor de riesgo de múltiples parejas sexuales, se encontró que es ligeramente mayor la tendencia en el sexo masculino desde edades muy tempranas, el cual va aumentando conforme aumenta la edad. Con respecto al nivel de escolaridad se observa un predominio del 76.7% , con menos de 9 años de estudios (primaria y secundaria). Sin en cambio con respecto al estrato socioeconómico se observa que es mayor el porcentaje en el estrato socioeconómico alto y bajo, lo que nos indica que nuevamente que para poder lograr un verdadero cambio en nuestros hábitos y costumbres se necesita exista educar a la población, y no conformarlos con informar, esto implica un verdadero proceso de aprendizaje para que sea palpable el cambio de conducta significativo.

Cabe mencionar que no debemos confundir promiscuidad con múltiples parejas sexuales en los últimos 10 años de su vida, ya que éste numero de parejas, pudo tenerse aisladamente y no juntas, con fidelidad ; pero aun así formar un factor de riesgo, ya que el número de parejas es directamente proporcional a las probabilidades de adquirir VIH.

Con lo que respecta al factor de riesgo del Bisexualismo, encontramos un predominio del 95.8% en el **sexo masculino**, cabe mencionar que este dato puede tener un margen de error mas que el de los demás datos detallados anteriormente ya que por nuestra cultura existe, la tendencia a ocultar la vida sexual, por tal razón podemos justificar el porcentaje tan bajo de bisexualismo en el sexo femenino. Sin embargo este dato además de ser alto es alarmante, tanto en el sexo masculino como femenino, ya que estamos comprobando que la infección por VIH se encuentra en una transición epidemiología pasando de ser una enfermedad como se nombró, en su inicio de homosexuales y personas con transfusión sanguínea, a una enfermedad donde el principal factor de la transmisión se esta observado en pacientes bisexuales y sus parejas sexuales.

También observamos una tendencia mayor al bisexualismo con nivel de escolaridad mayor (profesionista). Así mismo con respecto al estrato socioeconómico se observa mayor tendencia en el estrato alto y medio, aunque la diferencia con respecto al nivel bajo estadísticamente no es significativa.

Por otro lado observamos, que la tendencia al bisexualismo puede estar ligada al consumo de bebidas alcohólicas donde se aprecia que esta tendencia es mayor en el sexo masculino el cual se inicia en edades tempranas y aumenta directamente proporcional la frecuencia, conforme aumenta la edad, mientras que en edades adultas las diferencias con respecto al sexo femenino estadísticamente no son significativas. Por lo tanto el consumo de bebidas alcohólicas es un factor de riesgo indirecto para adquirir el VIH, ya que por efectos del alcohol como de otras drogas, el individuo se desinhibe, o bien no es consciente de sus actos incluyendo los de tipo sexual.

Para finalizar podemos decir que los resultados del presente estudio, no difieren grandemente de los resultados a nivel nacional, siendo de especial importancia clínica, ya que como se menciona dentro del trabajo del Médico Familiar esta la **prevención primaria y secundaria**, y hablando de la transmisión del VIH, es predominante la educación de nuestra población, sin olvidar que no podemos educar, si no estamos convencidos de la importancia de ésta, teniendo un amplio conocimiento del individuo, su familia y su contexto sociocultural; así como otras variables que influyen en el proceso de enseñanza - aprendizaje. Por lo que aun nos falta estudiar más profundamente el porqué de la existencia de estos factores de riesgo, para que se logre un aprendizaje significativo, que implica un cambio de actitud duradero y enfocado a elevar no solo la expectativa de vida si no la **calidad** de la misma.

BIBLIOGRAFIA

1. Levy JA : HIV y La Patogenesis del SIDA. ASM Press, Whashington, DC, 1994.
123 pp.
2. Fauci AS, Lane HC : HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS (HIV) DISEASE : AIDS AND RELATED DISORDERS. Er Harrison's Principles of Internal Medicine, 13th ed (Isselbacher KJ y col, eds.). McGraw-Hill, Nueva York, 1994,pp 1566 - 1618.
3. Mann JM, Taratola DJM, Netter TW: THE HIV PANDEMIC; STATUS AND TRENDS. EN AIDS IN THE WORLD (Mann JM, Taratola DJM, Netter TW, eds). Harvard University Press, Cambridgr, Massachusetts. 1992.
4. THE GLOBAL AISD POLICY COALITION STATUS OF THE HIV AISD PANDENMIC as of January 1995. Harvard School of Public Health, Cambriedge. Massachusetts. 1995, pp 1-5.
5. World Health Organization Global Program on AISD : What is world AIDS day ? En The World AIDS Day Newsletter, No 2 1995, pp 2, 5, 16.
- 6.- Selik RM Death Rates from Leading Causes of Death Among Persons Aged 25 - 44 Years , USA, 1982 - 1994. United Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, 1995.

- 7.- Singh GK y col: Annual summary of births, marriages, divorces, and deaths : United States, 1994. Monthly Vital Statistics Rep 43 (13) : 1 - 41, 1995.
- 8.- Kimball AM y col : International aspects of the AIDS/HIV-1 epidemic. Ann Rev Public Health 16 : 253 - 282, 1995.
- 9.- Lackritz EM y col: Estimated risk of transmission of the human immunodeficiency virus by screened blood in the United States. N Engl J Med 333 : 1721 - 1725, 1995.
- 10.- Rico Dra B. : Situación Epidemiológica del SIDA. Datos actualizados para el tercer trimestre, 1996. SIDA-ETS/ 1996; México D.F. , Vol. 2, núm. 3. : 1-6, 8-9.
- 11.- Deresinski Dr. S. SIDA en la Atención Primaria. Atención Médica. México D.F. Vol. 9, No. 12. Diciembre 1996. : 10-11, 14-17, 20 - 21.
- 12.- Ponce de León Dr.R.S., Guía para la atención Médica de Pacientes con infección por VIH/ SIDA en Consulta Externa y Hospitales. CONASIDA., 1997 : 7-10, 19,20.
- 13.- Pantaleo G, Graziosi C, Fauci AS : The immunodeficiency infection. N. Engl J Med 328: 327-335, 1993.
- 14.- Ho DD y col : Rapid turnover of plasma virions and CD4 Lymphocytes in HIV -1 infection . Nature 373: 123-126, 1995.
- 15.- Wei X y col : Viral dynamics in human immunodeficient virus type 1 infection. Nature 373 : 117 - 122, 1995.

ANEXO

CUESTIONARIO

Estimado derechohabiente, les damos las gracias por colaborar contestando este cuestionario, que es anónimo, por lo cual pedimos se conteste con la verdad, para tener un mejor conocimiento de nuestra población, que son todos ustedes, con el fin de brindarle una atención de calidad y calidez enfocada a la prevención.

SEXO: EDAD:.....

ESTADO CIVIL: ESCOLARIDAD:

1.-¿ LA CASA DONDE HABITA ES PROPIA ?

2.- ¿DE QUE ESTA CONSTRUIDO EL TECHO ? CONCRETO
LAMINA MADERA OTROS.....

3.-¿ DE QUE MATERIAL ESTA CONSTRUIDAS LAS PAREDES?
LADRILLOLAMINA..... MADERA..... OTROS.....

4.- EL PISO ESTA HECHO DE : TIERRA..... CEMENTO.....
LOSETA,MADERA,ETC.....

5.-¿ TIENE AGUA POTABLE ? SI..... NO.....
HIDRATANTE PUBLICO DENTRO DEL VECIDARIO
INTRADOMICILIARIO

6.- ¿TIENE DRENAJE ? SI NO

7.-¿CUANTAS PERSONAS HABITAN EN SU CASA?.....

8.-¿CUANTAS HABITACIONES (DORMITORIOS) HAY EN SU CASA?

9.-¿ ALGUNA VEZ HA RECIBIDO TRANSFUSION SANGUÍNEA O
DERIVADOS ? EN QUE AÑO?

- 10.-¿TIENE USTED, UN COMPAÑERO (A) SEXUAL ACTUALMENTE O HA TENIDO UNO EN LOS ULTIMOS 6 MESES?
- 11.-¿ PREFIERE TENER RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES, MUJERES O AMBOS ?
- 12.- ¿ SUS RELACIONES SEXUALES MAS FRECUENTEMENTE CON DE TIPO ? VAGINAL..... ANAL..... ORAL..... MANUAL.....
- 13.-¿CUANTOS COMPAÑEROS SEXUALES HA TENIDO EN LOS ULTIMOS DIEZ AÑOS ?
1..... 2..... 3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10..... 20.....ó más.....
- 14.- ¿ SABE SI SUS COMPAÑEROS (AS) SEXUALES SON PORTADORES DE VIH / SIDA, O CORREN ALTO RIESGO DE CONTRAERLO ? SI NO..... PORQUE ?.....
- 15.-¿ USA CONDONES ?.....¿SIEMPRE O ALGUNAS VECES ?.....
- 16.-¿HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL EN LOS ULTIMOS DIEZ AÑOS? ¿ CUAL?
- 17.- ¿ USTED FUMA ?
- 18.-¿USTED TOMA DEBIDAS ALCOHOLICAS ? SI..... NO.....
¿ CON QUE REGULARIDAD ?.....¿ LLEGA A LA EMBRIAGUEZ ?¿ SIEMPRE ?.....
- 19.-¿ UTILIZA DROGRAS ? SI..... NO.....¿ INTRAVENOSAS ?.....
¿ CUAL ? ¿ COMPARTE AGUJAS CON OTRAS PERSONAS ? SI NO
- 20.-¿ ESTA SEGURO QUE SU COMPAÑERO (A) SEXUAL ES FIEL ? SI..... NO..... ¿ PORQUE ?

- 21.- ¿ SU COMPAÑERO (A) SEXUAL, ES BISEXUAL (TIENE RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES Y MUJERES) ?
SI NO.....
- 22.- ¿ SU COMPANERO (A) USA CONDON ?..... ¿SIEMPRE O A VECES ?
- 23.- ¿ SU COMPAÑERO (A) SEXUAL FUMA ?
- 24.- ¿ SU COMPAÑERO (A) SEXUAL BEBE BEBIDAS ALCOHOLICAS ?
SI..... NO.....¿ CON QUE FRECUENCIA ?.....
¿ LLEGA A LA EMBRIAGUEZ ? ¿SIEMPRE ?.....
- 25.- ¿ SU COMPAÑERO SEXUAL UTILIZA DROGAS ? SI..... NO.....
¿ INTRAVENOSAS ?.....¿ Y COMPARTE LAS AGUJAS ?.....
- 26.- ¿ USTED O SU COMPAÑERO (A) SEXUAL, TIENEN UN TATUAJE?
SI..... NO

ATENTAMENTE:

DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS.
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

DRA. NORMA CLAUDIA NECOECHEA S
MEDICO RESIDENTE EN MEDICINA FAMILIAR.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33