

11226  
93



# UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E  
INVESTIGACIÓN

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS  
SOCIALES  
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADEMICA  
HOSPITAL GENERAL "A" TAMPICO TAMAULIPAS

## FRECUENCIA DE SEROPOSITIVIDAD A V. I. H. EN PERSONAL HOSPITALARIO

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA  
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

SECRETARÍA DE SALUD



PRESENTA:

DR. GENARO SAMPERIO JUÁREZ

ISSSTE  
DIRECCION  
HOSPITAL GENERAL A  
TAMPICO



ISSSTE

TAMPICO, TAMAULIPAS 2000

DICIEMBRE DE

286391



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 DE SEROPOSITIVIDAD A VIH EN PERSONAL HOSPITALARIO”



Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar

Presenta:

DR. GENARO SAMPERIO JUÁREZ

AUTORIZACIONES

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

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA  
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM

**I. S. S. S. T. E.**  
HOSPITAL GENERAL "A"

AGO. 31 2000.

JEFATURA DE ENSEÑANZA  
E INVESTIGACION  
TAMPICO, TAM.

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
UNAM



ISSSTE

# “FRECUENCIA DE SEROPOSITIVIDAD A VIH EN PERSONAL HOSPITALARIO”



Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar

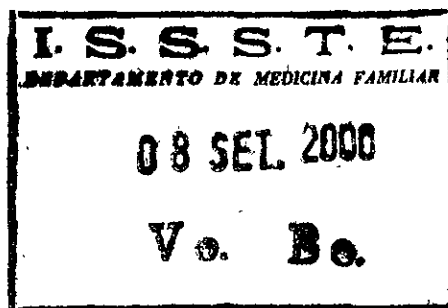
Presenta:

DR. GENARO SAMPERIO JUÁREZ

DRA. MIREYA LORELEY GONZALEZ C.  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES  
EN TAMPICO

DR. FRANCISCO VAZQUEZ NAVA M.S.P.  
ASESOR DE TESIS ISSSTE

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA  
ASESOR DE TESIS UNAM



DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION  
MEDICA CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR  
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL ISSSTE



ISSSTE

# **AGRADECIMIENTOS**

## **A DIOS**

Por darme la vida y estar siempre conmigo dándome fe, amor y esperanza en mi camino.

## **A MIS PADRES**

Porque con amor me hicieron venir a este mundo, me colmaron de dicha, buscaron para mí siempre lo mejor, me guiaron por el camino de la fe y la verdad y siempre los llevaré en mi corazón.

## **A MIS HERMANOS**

Por su apoyo constante, incondicional y desinteresado.

## **A MI ESPOSA**

MA. ANTONIETA ORTIZ DE SAMPERIO

Por que con su amor, su fe y su fortaleza me ha brindado su apoyo en el camino de mi vida, dándome la dicha y felicidad en su mas amplia expresión y a mis dos hijos.

## **A MIS HIJOS**

KARINA VICTORIA Y GENARO

Que son los regalos más grandes que Dios me ha dado y que con su amor y su cariño me hacen sentir fuerte y seguro en el camino de mi vida

## **A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS**

Que me han demostrado el valor de la amistad, brindándome apoyo y comprensión en el trayecto de mi vida.

## **DR. CARLOS GOVEA GOMEZ (+)**

Por el impulso que me dio para realizar mi especialidad.

# INDICE

PAG.

MARCOTEORICO.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
JUSTIFICACIÓN.....	9
OBJETIVO GENERAL.....	10
HIPÓTESIS.....	11
METODOLOGÍA.....	12
POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.....	13
TIPO Y TAMAÑO DE MUESTRA.....	14
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACION.....	16
INFORMACIÓN A RECOLECTAR.....	17
PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.....	18
CONSIDERACIONES ETICAS.....	20
RESULTADOS.....	21
ANÁLISIS.....	22
CONCLUSIONES.....	24
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26

## MARCO TEORICO

Para concluir el decenio de 1970, algunos médicos en los Estados Unidos de Norteamérica atendieron enfermos cuya sintomatología indicaba complicaciones de deficiencia inmunitaria grave, pero no fue posible identificar la causa de supresión inmunitaria.

Esos pacientes, varones homosexuales con actividad sexual, tenían sarcoma de Kaposi, neumonía por pneumocystis carinii, candidiasis bucal y esofágica, así como otras infecciones y neoplasias características de depresión grave de la inmunidad mediada por células. Poco después se notaron complicaciones similares entre usuarios de drogas por vía intravenosa y luego entre receptores de transfusiones de sangre y productos de la misma, incluso hemofílicos. Más tarde, esta enfermedad se denominó Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida SIDA producida por un virus denominado virus de inmunodeficiencia humana (VIH).<sup>1</sup>

El VIH es un retrovirus humano que infecta los linfocitos auxiliares T y en el transcurso de años conduce por mecanismos que aún se están elucidando, al agotamiento de esas células y la aparición de deficiencia inmunitaria progresiva grave e irreversible.

La mayoría de los pacientes con infección por VIH. presentará SIDA a la postre, los factores que pueden determinar la tasa de progresión hacia SIDA incluyen carga de virus, virulencia de la cepa infectante, raza, sexo, edad y localización geográfica.<sup>1,2</sup>

En nuestro país, la descripción de lo relativo a pacientes con SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) data de 1983 y lo incipiente de esta problemática social, aunado al reducido reconocimiento sobre lo mismo, dio lugar a notificación aislada y esporádica, sin embargo, en poco tiempo, para ser exactos en 1986, adquirió consistencia la información, reflejo consecuente con la investigación practicada en nuestro medio.(4.5)

El comportamiento observado de esta condición mórbida, ha permitido identificar un fenómeno de gran interés, así en México a fines de 1986 todo conducía a pensar por las escasas personas afectadas, que el incremento sería lento, pero la situación no fue así, por el contrario, en los cuatro años subsecuentes ocurrió una evidente explosión en la incidencia epidemiológica e inclusive la clasificación por ese aumento se consideró de tipo exponencial y dio la voz de alarma para incentivar la necesidad de estudio al respecto.(3.7)

Ahora , aunque se ha diversificado la población afectada, da la apariencia de encontrarse esta patología en un tercer tipo de comportamiento, al observarse desde 1991 un aplanamiento en la tendencia, comparativamente a lo ocurrido hasta antes de esa fecha, como si existiera una estabilización.(9)

Al analizar lo expuesto en renglones anteriores, es posible al medir la velocidad en el surgimiento de casos nuevos, relacionados con tres factores incidentes, lo cual permite explicar el comportamiento apreciado, éstos son los siguientes:



- Antigüedad en los primeros casos de la enfermedad.
- Modos de transmisión predominantes.
- Adopción de medidas preventivas específicas en cada población.

El estudio de las tendencias por factor en adultos, indica en la actualidad un importante descenso en la transmisión sanguínea 8.3% en los casos acumulados en 1994, en comparación con la cifra de 10.9% para el mismo período de 1992. <sup>2,8</sup>

En lo referente a transmisión heterosexual la proporción de pacientes con el contagio atribuible a esta vía es de 33.9% en 1992 contra un 34.9% ocurrida en el período similar de 1994. <sup>2,10</sup>

La mayor discrepancia en la tendencia se da en los casos donde el factor de riesgo es desconocido, de tal forma se cuantifica un 10.7% en 1992, para llegar a 46.9% en 1994. Esto se puede explicar a través del certificado de defunción y en éste no se consignan variables relativas a la vigencia epidemiológica VIH/SIDA. <sup>2</sup>

Otro aspecto importante es la ruralización de esta epidemia, pues cada vez es mayor el número de casos autóctonos en ese tipo de localidades. Para ser exactos hasta 1990 se tenían registrados 224 trabajadores agropecuarios y para Abril de 1994 la cifra creció en un 211%, lo cual se traduce en 696 pacientes dedicados a este rubro de actividad. <sup>2</sup>

Por último, en los casos de SIDA pediátrico, las tendencias por factor de riesgo son las siguientes: por vía sanguínea, se presenta una disminución importante, 43% en 1990 y 31% en 1993. Por transmisión perinatal en 1990 era de 55% y 67% en 1993. Este incremento se asocia al observado en los casos de SIDA de las mujeres heterosexuales.<sup>3,7</sup>

En consideración a lo reportado en nuestro país hasta el primero de mayo de 1994, el registrado nacional de casos con SIDA era de 18,560. Por lo tanto, el promedio diario de nuevos casos era de 6.9.<sup>11</sup>

Sin embargo, es conocida la dificultad para conocer la incidencia real de una patología y las cifras plasmadas en el párrafo anterior corresponden a la incidencia “administrativa”, es decir, la sustentada en base a la notificación ocurrida durante un lapso determinado.<sup>2,5</sup>

Lo que si se ha podido observar es que alrededor del 50% de los varones con infección por VIH-1 progresa hacia SIDA en el transcurso de siete años del reconocimiento de la infección por VIH, al respecto se presenta también una dificultad para determinar el tiempo de infección o de seroconversión en la mayoría de los enfermos, mas vale hacer hincapié que los factores posibles para determinar la tasa de progresión hacia SIDA, incluyen carga de virus, virulencia de la cepa infectante, raza, sexo y localización geográfica. Así es mas rápida en niños y en adultos de mayor edad y más lenta en adultos jóvenes.<sup>1</sup>

Como un dato de gran trascendencia el total de casos acumulados hasta la semana epidemiológica No. 49 en el año 1995, alcanzó un total de 4,050 y específicamente para el Estado de Tamaulipas incluyendo la semana 47, fueron seropositivos a VIH. 166 personas en el año pasado.<sup>2</sup>

Como se ha estado mencionando, la población en general está sujeta a diferentes riesgos de infección y particularmente el riesgo en los empleados hospitalarios es motivo de estudio y por cierto de reporte de experiencias facilitadoras al establecimiento de la real trascendencia de este problema dentro de ese grupo de población.

Se recomienda considerar cuatro diferentes factores de los cuales dimensionan con distinto nivel el problema, en consecuencia podemos encontrar en primer lugar la magnitud del riesgo de acuerdo al número de pacientes existentes y por lo tanto, capaces de transmitir VIH.

Otro elemento que modificará el riesgo, corresponde a las estrategias o prevenciones adoptadas para reducir el riesgo de transmisión a los trabajadores de la salud.

También se deben considerar las estrategias administrativas establecidas para los trabajadores que saben se están exponiendo a VIH e inclusive manejar los criterios propios a la quimioprofilaxis, una vez se ha realizado la exposición.<sup>6</sup>

Por otra parte, se debe conocer las condiciones de salud del trabajador hospitalario para ponderar la dimensión del riesgo de éste para transmitir esta patología a un paciente.

En los Estados Unidos de Norteamérica de un seguimiento de once años se hace evidente que es poco común la infección por V.I.H. y concluye el autor que si la infección fuera fácilmente transmitida (por contacto cercano o por algún medio ambiental), la epidemiología de esta infección sería diferente a la observada. Por ende, el contacto social, de negocios, entre compañeros laborales y otros contactos casuales con pacientes infectados no son un riesgo para adquirir V.I.H., e inclusive el resultado de 14 estudios indica que el riesgo de infección después de haberse expuesto a sangre por vía parenteral por un paciente infectado por V.I.H., es menor a 0.3% por exposición.(0)

Otra de las recomendaciones encaminadas a disminuir el riesgo en estos trabajadores consiste en investigar si se les ha capacitado en el manejo de ellos, por supuesto al ser negativa la acción es recomendable el reentrenamiento inmediato.

En esencia el trazo general indica:

1. Cuidado inmediato después de la exposición, ya sea con quimioprofilaxis y/o inmunoprofilaxis.
2. Seguimiento adecuado a aquellos que se expusieron.
3. Hacer tratamiento inmediato a la infección.(6)

Insiste el autor que aún con el reporte de 5 casos de infección Iatrogénica originados por un dentista, muchos expertos creen que el riesgo a que esto suceda es extremadamente pequeño.<sup>6</sup>

De acuerdo a las tendencias de mortalidad se está generando en estos grupos indicados cambios en el comportamiento del patrón epidemiológico además, por la asociación tuberculosis/SIDA se percibe el efecto negativo en la mortalidad general. Vale acotar una observación hipotéticamente con un diagnóstico tardío en mujeres parece existir menor sobrevida al paciente cuando éstas lo contraen.<sup>2</sup>

En el Instituto de Seguridad y Servicio Social para los Trabajadores del Estado, se reporta durante el año de 1994, 290 pacientes con esta infección por VIH a nivel nacional y la tendencia es hacia la disminución comparada con los años anteriores.

En particular en el Estado de Tamaulipas en ese mismo período no se notificó caso alguno, lo mismo que en Baja California Sur, Campeche, Durango, Guerrero y Querétaro. Por ende en el Hospital General "A" de esta Institución en Tampico, no se reportó paciente alguno y ello invita a la investigación dirigida a grupo de alto riesgo.<sup>12</sup>

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La observación documental indica que la infección por VIH. llevó una tendencia progresiva y en los últimos tres años parece existir un aplanamiento de acuerdo a los reportes.<sup>12</sup>

En el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado disminuyó el número de casos en 1994 en comparación con años anteriores y en seis entidades federativas en nuestro estado no se presentó caso alguno en ese lapso, a lo cual hace surgir una pregunta.<sup>12</sup>

¿En la población derechohabiente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado en Tampico, existirán personas con reacción positiva al virus de Inmuno Deficiencia Humana, las que al estar asintomáticas no se hace detección correspondiente y se desconoce su condición de salud?

## JUSTIFICACION

El período en el cual se ha estudiado la infección por VIH., todavía es breve, sin embargo, en los últimos años a nivel mundial se observa un comportamiento epidemiológico con características ascendentes progresivas, incluso es clasificado como explosivo, en la última reunión de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (O.M.S.) durante 1995 en París, Francia se consideró que diariamente se presentaban 6,000 casos nuevos a nivel mundial. Al analizar esta cifra nos conduce a la necesidad de conocer cual es la situación real en nuestro entorno, porque nuestro país ocupa el tercer lugar de las Américas, con 10,610 casos nuevos en 1992.

En el apartado anterior se hizo mención a lo ocurrido en el Estado de Tamaulipas durante 1994 y obvio, esto incluye a la unidad hospitalaria de Tampico, en consecuencia surge la necesidad de fincar un estudio muestral con la disciplina y metodología apropiada a fin de identificar serológicamente en el grupo de trabajadores hospitalarios que supuestamente tendrían mayor riesgo al contagio y por cierto compararlo con otro grupo de población derechohabiente de esta Institución con diferentes ocupaciones laborales.<sup>12</sup>

Con ello será posible identificar casos no conocidos y así trazar una proyección que permita pensar en la frecuencia de este padecimiento en la población derechohabiente.

## **OBJETIVO GENERAL**

Identificar la reactividad sérica a VIH en los dos grupos de población estudiados en este trabajo.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Seleccionar al personal que desarrolla su trabajo en el Hospital General "A" ISSSTE en Tampico, Tamaulipas, a efecto de participar como sujeto del presente estudio.

En la población demandante de atención por cualquier motivo a este Hospital General "A" del ISSSTE en Tampico, seleccionar a las personas que fueron sujetos a esta investigación.

A los dos grupos de investigación seleccionados se les practicó el estudio Serodiagnosís VIH prueba de aglutinación pasiva para la detección de anticuerpos contra virus de Inmuno Deficiencia Humana y así identificar la reactividad en cada uno de ellos.



## **HIPOTESIS**

Con base en estudios científicos y por el comportamiento en meseta ocurrida en la incidencia de seropositividad a VIH durante el año de 1994, es de esperarse que no exista seropositividad en los trabajadores del Hospital General "A" del ISSSTE en Tampico, Tamaulipas.

# **METODOLOGIA**

## **TIPO DE ESTUDIO**

**OBSERVACIONAL.-** Por haberse basado exclusivamente en los datos que fueron reportados sin hacerse algún manejo del fenómeno.

**DESCRIPTIVO.-** Por señalar únicamente lo identificado en los estudios serodiagnos.

**TRANSVERSAL.-** Por haberse realizado en una sola ocasión y en un tiempo fijado.

**COMPARATIVO.-** Por que permite estudiar dos grupos diferentes de acuerdo a su actividad laboral.

## **POBLACION, LUGAR Y TIEMPO**

El presente estudio se realizó en el Hospital General "A" del I.S.S.S.T.E. en Tampico, Tamaulipas, durante el período comprendido del 3 de marzo de 1995 al 15 de octubre del mismo año, desarrollándose con el personal de las áreas de: Unidad de Ciudadanos Intensivos, Quirófano, Tocoquirúrgica, Hemodiálisis, Urgencias, Servicios Generales, Dental, Medicina Preventiva, Laboratorio Clínico y Administrativo.

Y además, otro grupo con población que asistió consecutivamente a solicitar atención médica, así como personas que se ofrecieron para donar sangre.

# TIPO Y TAMAÑO DE MUESTRA

La muestra representativa para trabajo se determinó mediante la siguiente fórmula:

$$N = 1 + \frac{1}{n} \left( \frac{Z^2 \cdot q}{E^2 \cdot P} \right) - 1$$

Donde:

$$Z = 1.96$$

$$E = 0.05 \text{ (Error permitido)}$$

$$p = 0.5 \text{ (Confiabilidad)}$$

$$q = 0.5 \text{ (Variabilidad)}$$

$$n = 675 \text{ (#32 empleados ISSSTE)}$$

$$\frac{1.96 \times 0.5}{0.05 \times 0.5} = \frac{98}{25} = 3.92$$

$$N = 1 + \frac{1}{675} \cdot (292) = 1.0014 \times 292 = 292.40 \pm 10 = 302$$

$$N = \frac{302}{282}$$

La población total en estudio fue de 282 sujetos, de los cuales 141 son trabajadores del Hospital general "A" ISSSTE Tampico y el resto son personas que asistieron a solicitar atención médica o a donar sangre.

Los descritos en primer término empleados de este hospital, clasificados con diferentes riesgos de acuerdo a su proximidad con pacientes y/o fluidos hemáticos, a estos se les consideró con alto riesgo para contraer la seropositividad a VIH/SIDA y tienen una distribución de acuerdo a su tipo de actividad y sitio laboral en orden de mayor a menor riesgo, como se en lista a continuación:

- 15 MEDICOS HOSPITALARIOS
- 19 LABORATORIO
- 1 BANCO DE SANGRE
- 53 ENFERMERIA HOSPITALARIA Y QUIRURGICA
- 36 INTENDENCIA
- 3 MANTENIMIENTO
- 1 LAVANDERIA
- 3 CAMILLEROS
- 1 TECNICO DE RAYOS X
- 9 ADMINISTRATIVO

# **CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN**

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA LOS TRABAJADORES**

- No conocerse seropositivos a VIH
- Aceptar voluntariamente participar
- Ser trabajador de los sitios seleccionados del Hospital

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Los que no aceptan voluntariamente participar en el estudio.

## **INFORMACION A RECOLECTAR**

A efecto de desarrollar este trabajo se planteó una variable dependiente y dos variables independientes. La primera nos lleva a precisar la frecuencia de seropositividad a VIH/SIDA en los sujetos de estudio.

A su vez las variables independientes son el área de adscripción laboral de las personas y la otra, el tipo de actividad de los individuos.

# PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

En el Laboratorio Clínico se hizo extracción de muestra sanguínea y una vez separada la porción sérica, se sometió a prueba de Serodiagnosís HIV, útil para la detección de antígeno de superficie para seropositividad a VIH/SIDA en suero humano. El procedimiento consiste en hemoaglutinación pasiva para detectar anticuerpos antivirüs de Inmuno Deficiencia Humana.

SERODIAGNOSIS VIH tiene las siguientes ventajas:

1. El procedimiento de la prueba es extremadamente simple, utilizando técnicas de microtitulación, y es particularmente apropiado para la detección de un gran número de muestras.
2. Es una prueba rápida cuyos resultados se leen, a simple vista, al cabo de dos horas (su aspecto es estable, al menos durante 24 horas).
3. Serodiagnosís VIH utiliza un portador artificial de nuevo desarrollo, las partículas Fuji, que no muestran la aglutinación no específica frecuentemente obserada en el uso de portadores eritrocitarios.

Tal como se ha expresado hasta este momento, esta investigación de salud pública con enfoque de análisis epidemiológico transversal y comparativo, ha permitido obtener información que puede ser aplicada para universos similares.



## **ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA**

Los datos se recabaron directamente del laboratorio de una tabla de doble entrada que permite comparar sitio laboral y tipo de actividades con la frecuencia de seropositividad al VIH/SIDA.

## **CONSIDERACIONES ETICAS**

Dada la relevancia y la seriedad de este tipo de estudio, se manejó la información confidencialmente y en forma personal con cada uno de los interesados. Los casos seropositivos, se hicieron todas las pruebas necesarias para confirmar y se manejó con la consejería necesaria cada caso.

## RESULTADOS

Con base en la muestra diseñada se practicaron 141 estudios de antígeno de superficie para seropositividad a VIH/SIDA en suero humano serodiagnosís VIH, en la distribución descrita para el total de empleados para cada una de las área seleccionadas. No se encontró seropositividad en ninguno de los participantes en el estudio.

En el otro grupo de 141 personas que tienen diferentes actividades laborales, en ningún caso relacionado con labores médicas o de atención a la salud, si se encontraron dos personas con reacción de antígeno de superficie para seropositividad a VIH/SIDA en suero humano serodiagnosís VIH. Las dos personas del sexo masculino, uno de ellos de 34 años de edad y el otro de 44 años, los dos desconocían se seropositivos y el hallazgo ocurrido en uno de los casos el del menor edad, como donador de sangre y el otro caso al agregarse la identificación de VIH en suero a otra batería de análisis pre-operatorios.

Ambas personas originarias y residentes del conurbado Tampico Madero, trabajadores de oficina tipo administrativo.

## ANALISIS

El presente trabajo de investigación surgió al no reportarse durante el año de 1994 ningún caso de seropositividad a VIH y hacernos pensar que en una búsqueda más dirigida se pudiera detectar algún caso.

Para el efecto como ya se relató, se tomó una muestra representativa de el personal que trabaja en el Hospital general "A" del ISSSTE en Tampico, Tamaulipas y particularmente aquellos que desempeñan sus labores en áreas con mayor contacto a sangre y otros productos humanos que pudieran originarles contagio, sin embargo, al no detectar positividad en ninguno, nos permite coincidir en la idea y datos que proporciona el autor Henderson <sup>6</sup>, el cual manifiesta que en catorce estudios realizados se aprecia mínima positividad en trabajadores de la salud.

Por otra parte, como se señala en el apartado anterior, se detectaron dos casos positivos, uno de ellos que obligatoriamente se le debía realizar esta prueba sérica por ser candidato a donador y el otro que se solicitó su anuencia para adicionar su batería de estudios pre-operatorios, el VIH.

Ambos casos se percibe la bondad de esta sencilla prueba, pero nos llama la atención que no forma parte de la rutina pre-operatoria la reactividad sérica a VIH, lo cual por una parte permitiría una detección temprana y el manejo más orientado para los casos positivos.

Mas también nos llevaría a cuidar la posible contaminación durante actos quirúrgicos o atención de tipo de pacientes por el personal hospitalario y en general el que proporciona la atención a la salud.

En si, los dos casos positivos para esta Unidad Medica corresponde a un número similar observado en años anteriores, por lo tanto, sí estamos de acuerdo en ese comportamiento en meseta que se relata al inicio de este trabajo.

Como datos complementarios, nos percatamos al revisar la bioestadística en el departamento de Medicina Preventiva de esta unidad hospitalaria, que ese servicio tiene en control durante el año de 1995 a tres personas todas ellas diagnosticadas y tratadas inicialmente en otras entidades federativas de nuestra república y que al iniciar sintomatología de SIDA por ser nativos de esta ciudad, regresan para continuar su control. Esto les convierte en casos no captados en el Estado de Tamaulipas.

## CONCLUSIONES

1. Efectivamente se corrobora la hipótesis de trabajo trazado por no existir ninguna persona seropositiva a VIH en los trabajadores del Hospital General "A" del ISSSTE en Tampico, Tamaulipas.
2. Al encontrarse dos casos seropositivos a VIH se corrobora que el comportamiento de esta patología no se ha incrementado y el comportamiento por su magnitud es similar a lo observado a la fecha en años anteriores.
3. Queda manifestada la necesidad de incluir la reacción de serodiagnóstico en pre-operatorio y no sólo en donadores.
4. Mediante los exámenes de laboratorio de serodiagnosís a VIH y Western Blot, este segundo examen es confirmatorio; también se maneja Inmunofluorecencia ELISA-VIH y Vironostyka VIH-1 MICRO ELISA SYSTEM (ORGANON) obteniendo la positividad antes mencionada, cabe indicar nuevamente que los dos pacientes pertenecen al grupo de no trabajadores del ISSSTE, ambos son del sexo masculino, trabajadores de oficinas administrativas, originarios y residentes del conurbado Tampico-Madero.  
Uno de ellos de 44 años refiere que desconocía ser seropositivo a VIH SIDA, bisexual, soltero y sin hijos, se identifica VIH en suero a la otra batería de análisis pre-operatorios.

El paciente de 34 años con tendencias homosexuales, soltero y sin que se le conozca descendencia, y por su evolución probablemente desde 1994 ya era positivo.

Una vez corroborado el diagnóstico de SIDA para estos pacientes se les dio seguimiento y apoyo, tanto médico como psicológico.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) **JONATHAN W.M.G.;** “INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1”. CLÍNICAS MÉDICAS DE NORTEAMÉRICA 1992; 1.1-17
- 2) **IZAZOLA L.J.A. Y COL.;** “LA MORTALIDAD POR EL SIDA EN MÉXICO DE 1983 A 1992”. “TENDENCIAS Y AÑOS PERDIDOS DE VIDA POTENCIAL”. SALUD PÚBLICA DE MÉXICO 1995; 37.140-148
- 3) **EPI-CONASIDA;** “SITUACIÓN DEL SIDA EN MÉXICO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 1992”. INSTITUTO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA EPIDEMIOLÓGICA 1993; 2.2356-2367
- 4) **PONCE DE LEÓN Y COL.;** “LOS PRIMEROS 5 AÑOS DE LA EPIDEMIA DE SIDA EN MÉXICO”. SALUD PÚBLICA DE MÉXICO 1988; 30.544-549
- 5) **GARCIA G.M.L. Y COL.;** “EDUCACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD DE MÉXICO SOBRE EL SIDA”. BOLETÍN OFICINA SANIT. PANAM. 1994;117.213-219
- 6) **HENDERSON D.K.;** “HIV AND THE HEALTH-CARE WORKER 1993” THE AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS, INC 1993; 21.235-240



- 7) **VALENCIA M.P.**; "EL DIAGNÓSTICO DE SIDA EN LA EDAD PEDIÁTRICA" BOL. MED. HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO 1988;45.553-554
- 8) **EPI-CONASIDA**; "SITUACIÓN DEL SIDA EN MÉXICO HASTA EL 31 DE JULIO DE 1992"; INSTITUTO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA EPIDEMIOLÓGICA 1992; 8.2236-2245
- 9) **PACHECO C.R. Y COL.**; "SINDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA"; GACETA MÉDICA DE MÉXICO 1992; 128.553-563
- 10) **CAVAZOS O.N. Y COL.**; "AÑOS DE VIDA POTENCIAL PERDIDOS. SU UTILIDAD EN EL ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN MÉXICO"; SALUD PUBLICA DE MÉXICO 1989; 31.610-624
- 11) **EPI-CONASIDA**; "SITUACIÓN DEL SIDA EN MÉXICO HASTA EL PRIMERO DE MAYO DE 1994"; INSITUTO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA EPIDEMIOLÓGICA 1994; VOL. 2656-2660.
- 12) **ISSSTE.**; "CUADROS ESTADISTICOS SOBRE EL SINDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA , ACUMULADO AL MES DE DICIEMBRE DE 1994" SUBDELEGACIÓN MÉDICA EN TAMAULIPAS 1995.