

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

EVOLUCION CLINICA Y CAMBIOS EN LA
CONDICION SOCIOECONOMICA DE LOS
PACIENTES CON SIDA, ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT
DE ANTIGUA GUATEMALA, DESDE EL INICIO DE
LA EPIDEMIA. AGOSTO DE 1997.

TANIA YADIRA SALAZAR PINOTH

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

I.	INTRODUCCION	i
II.	DEFINICION DEL PROBLEMA	1-2
III.	JUSTIFICACION	3-4
IV.	OBJETIVOS	5
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA	6-23
VI.	METODOLOGIA	24-28
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS	29-34
VIII.	ANALISIS DE RESULTADOS	35-37
IX.	CONCLUSIONES	38
X.	RECOMENDACIONES	39
XI.	RESUMEN	40
XII.	BIBLIOGRAFIA	41-44

INTRODUCCION

El SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) es desde los años 80 un problema global de salud. Guatemala no se ha escapado a ésta terrible epidemia y las cifras de su ocurrencia han ido en aumento sin visualizarse una solución inmediata para impedir su diseminación.

En el presente estudio se describen la evolución clínica y cambios en la condición socioeconómica de los pacientes atendidos en el Hospital Nacional Pedro Bethancourt de Antigua Guatemala desde el inicio de la epidemia hasta la fecha.

Los resultados confirman la asociación de la enfermedad con conductas de alto riesgo, con la presencia de signos, síntomas y complicaciones relacionadas con la inmunosupresión. La baja supervivencia se encontró relacionada con lo tardío del diagnóstico y la falta de medicamentos específicos.

La condición socioeconómica deteriorada de los pacientes se debe principalmente al rechazo social y a la pérdida del trabajo por despido o por incapacidad.

Se espera que los resultados encontrados contribuyan a conocer mejor el problema y a reforzar las acciones del programa de atención del SIDA del Hospital Nacional Pedro Bethancourt de Antigua Guatemala.

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

Desde que se reconoció el primer caso de SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) en 1981 en las Américas, han transcurrido doce años. El SIDA causado por el virus VIH constituye la más importante epidemia a nivel mundial por sus vías de trasmisión, alarmante propagación, falta de tratamiento curativo y sus consecuencias no solo a nivel de salud sino también a nivel social y económico.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reportado a nivel mundial hasta junio de 1992 un total de 432,731 casos de SIDA de los cuales 277,028 casos corresponden al Continente Americano (1) y se estima que alrededor de 10 millones están infectados, principalmente en Africa; en EE.UU. más de 200,000 casos han sido reportados y se estima de 1 a 1.5 millones de habitantes están infectados. (13). Actualmente en Guatemala la Asociación Guatemalteca para la Prevención y Control del SIDA (AGPCS) y la Dirección General de Servicios de Salud (DGSS) ha reportado hasta junio de 1996 un total de 1,635 casos los cuales 1,314 casos corresponden al sexo masculino y 321 casos al sexo femenino (2). Basado en el conocimiento de que el período promedio de incubación para el VIH es de 7 a 12 años, se puede estimar que existen al menos 50,000 personas infectadas con VIH localmente. (13).

A pesar de los esfuerzos por conocer más sobre el SIDA y detener la epidemia en todo el mundo, aún la incertidumbre respecto a las dimensiones globales del problema. Los factores que en éste momento favorecen la presencia del SIDA son: como el VIH se trasmite fundamentalmente por vía sexual, es imposible suprimir por completo la fuente de infección, ya que la persona portadora del virus seguirá infectando toda su vida y por lo tanto es un transmisor potencial. El VIH puede

prolongar su período de incubación hasta por más de 10 años. La facilidad de locomoción en nuestros días favorece la presencia del virus en diferentes continentes, y hasta la fecha no se ha encontrado tratamiento y/o contra el VIH, (4,21).

En Guatemala, existen aún mucho prejuicio hacia la enfermedad debido en gran parte al desconocimiento de su origen y forma transmisión y la existencia de posibilidades de prevención. La rápida propagación del SIDA en todo el territorio no ha permitido obtener la información necesaria para su adecuado diagnóstico, tratamiento y prevención, siendo Sacatepéquez uno de los Departamentos de la República, más afectados, cuarto en orden de frecuencia, y siendo el Hospital Nacional de Bethancourt el Hospital de referencia se considera importante conocer cual es la evolución clínica y condición socioeconómica actual de los pacientes con SIDA desde el inicio de la epidemia.

JUSTIFICACION

Se cree que existen en el mundo más de 13 millones de personas infectadas por el VIH (Virus Inmunodeficiencia Humana); cinco mil nuevos casos aparecen cada día. Es un virus que infecta selectivamente e incapacita el sistema inmune del individuo. Este proceso hace que el cuerpo se vuelva susceptible a varias infecciones oportunistas y algunos tipos de cáncer de los cuales es incapaz de defenderse, la depleción inmune que ocurre como resultado de la infección por VIH que aparece en forma progresiva e irreversible, inevitablemente fatal con el transcurso del tiempo.

Aún no se sabe con exactitud cuanta gente ha desarrollado SIDA, pero se estima que para fines del siglo la cifra infectados se elevará a 40 millones de personas. Entre 1981, cuando el SIDA fue identificado hasta Abril de 1992, cerca de 482,000 casos fueron reportados a la Organización Mundial de la Salud (OMS) por 64 países, (24). En Guatemala desde junio de 1984 a Diciembre de 1996 un total de 1635 casos acumulados de SIDA y un total de 442 defunciones asociadas fueron reportadas por la Dirección General de Servicios de Salud (DGSS) a través de su Departamento de Vigilancia Epidemiológica, se estima que cerca de 70,000 personas adultas se encuentran padeciendo de infección por el VIH (2).

Las principales vías de transmisión son: el contacto sexual, las transfusiones sanguíneas, hemoderivados y agujas contaminadas, y una madre infectando a su hijo en el embarazo o en el parto. Con respecto al contacto sexual en Guatemala de un total de 1,635 casos de SIDA documentados del año '84 hasta 1996; 1128 casos corresponden al grupo heterosexual lo contrario que ocurre en otros países y un total de 230 casos corresponden al grupo homosexual y ocupando un tercer puesto los

bisexuales con 119 casos y quedando como último lugar la hemofilia con 13 casos.

(2).

Estudiando el SIDA por departamentos, según estadísticas del año 96' el departamento de Guatemala ocupa el primer lugar con 1,050 casos, siguiéndole del Departamento de Quetzaltenango con 126 casos, luego Izabal con 86, Escuintla con 66 y luego Sacatepéquez en cuarto lugar con 45 casos (2).

La falta de información sistematizada sobre la evolución de la enfermedad y las condiciones sociales y económicas de los pacientes detectados justifica el presente estudio que se espera aporte datos útiles para reforzar los programas existentes, o bien, implementar o modificar aquellos aspectos que se evidencian como necesarios para el manejo clínico y humano de ésta enfermedad.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

1. Describir la evolución clínica de los pacientes con SIDA, atendidos en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala, desde el momento de su diagnóstico hasta el mes de Agosto de 1997.
2. Describir la condición socioeconómica de los pacientes con SIDA en el transcurso de su enfermedad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar cual fue el motivo de consulta, o razón que originó la sospecha de la infección con VIH.
2. Determinar cuánto tiempo transcurrió entre la impresión clínica y el diagnóstico definitivo.
3. Determinar el número de pacientes que se hospitalizaron al tener el diagnóstico de SIDA.
4. Identificar los signos y síntomas más comunes en pacientes con SIDA.
5. Identificar las enfermedades asociadas que han padecido los pacientes durante el transcurso de la enfermedad.
6. Describir las complicaciones sufridas durante el transcurso de la enfermedad.
7. Demostrar cuál fue el tratamiento que se brindó al inicio de la enfermedad a los pacientes con SIDA, en el transcurso de ésta y actualmente.
8. Observar cuál ha sido la sobrevivencia de los pacientes con SIDA.
9. Describir los cambios en los aspectos laboral, familiar y social en el transcurso de la enfermedad.

REVISION BIBLIOGRAFICA

DEFINICION

El SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) data desde los 80' como un problema global de salud. Los primeros casos reconocidos de SIDA fueron descritos en Junio de 1981, en cinco homosexuales desconocidos de Los Angeles California. Desde entonces se tuvieron conceptos equivocados acerca del SIDA, algunos de ellos todavía persisten como la creencia de que el SIDA es un problema estrictamente de homosexuales y drogadictos. Se descubrió neumonía por *Pneumocystis carinii*, enfermedad que se presentaba posteriormente en individuos que presentaban inmunosupresión debido al uso de antineoplásicos, enfermedad grave, leucemia, desnutrición. En la costa oeste de EE.UU, New York se presentaron 26 casos de hombres jóvenes que presentaron sarcoma en Kaposi, tumor de la piel que resulta de muy alta malignidad y que se presenta en regiones como Africa, hombres ancianos, en personas descendientes de indios o de mediterráneos. El factor común que se encontró de éstos 31 individuos, fue su tendencia homosexual y un sistema inmunitario deficiente ya que las enfermedades que presentaban indicaban un gran defecto inmunológico de tipo adquirido el cual se nombró Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

El término Adquirido significa contraído, inmunodeficiencia implica mecanismos de defensa corporal defectuosa contra infecciones y el término síndrome nos da a identificar una enfermedad particular, que se manifiesta con un conjunto de signos y síntomas característicos.

HISTORIA

Estudios retrospectivos nos indican que desde 1978 se presentaron los primeros casos de SIDA en EE.UU, Haití y Africa. En el año de 1981 el Gottlieb señala la existencia de la enfermedad que daña el sistema inmunológico en los homosexuales, llamándole síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Ellos afirmaban que la enfermedad pudiera ser producida por una serie de estimulantes que utilizaban los homosexuales en sus prácticas sexuales. En ese mismo año se reportaron 337 casos reportados en los EE.UU se iniciaron los estudios y se llegó a la conclusión de que la enfermedad era transmitida por un VIRUS. (2)

En el año de 1983, el Doctor Montagnier del Instituto de París, publica un informe en el que describe un aislado de un retrovirus de un ganglio de un paciente con este virus y lo llamaron LAV, (1,2,3), ese mismo año el número de pacientes había aumentado a 4,100 casos.

Durante los años de 1983 a 1984 se aislaron los virus asociados a la linfadenopatía (LAV). Virus Humano Linfotrópico III (HTLV III), los cuales se conocen actualmente como Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). En Guatemala se reportó el primer caso de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en el año de 1985 iniciándose el desarrollo de métodos de análisis y detección de anticuerpos VIH, comenzando ese mismo año las pruebas para desarrollar un medicamento que curará la enfermedad. Las pruebas continúan y muchos medicamentos que cure la enfermedad no se ha creado.

ETIOLOGIA

El Virus de Inmunodeficiencia Humana es el causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, el cual pertenece a la clase de los retrovirus. Inicialmente se pensó que la enfermedad era causada por un Oncovirus. Se conocen actualmente dos subtipos de VIH y el VIH2. El VIH es el que más está relacionado con el SIDA. (8,22,23).

El VIH contiene una partícula esférica de 80 a 100 nm, la cual posee 3 capas:

1. Interna o Nucleoide contiene RNA
2. Capside icosaédrica
3. Envoltura derivada de la célula huésped

De la envoltura se derivan las 77 proyecciones externas de los antígenos de histocompatibilidad de la clase I y II (3,2).

Una característica importante de éste virus es la riqueza de genes y proteínas reguladoras, que regulan la interacción virus célula, de ahí su patogenicidad.

Debido a que el virus del VIH posee sólo un ácido ribonucleico y no cuenta con un citoplasma, necesita de una célula para poder tomar su energía y sus materiales para poder construir y poder formar nuevos virus por lo cual se le llama un parásito intracelular obligado. Para poder realizar el VIH una replicación necesita de ciclos de replicación.

PROPIEDADES BIOLÓGICAS

El VIH es linfotrópico T, en especial para las células T ayudadoras, identificadas por el anticuerpo monoclonal OKT 4. La infección por el virus produce un efecto citopático que incluye la formación de células gigantes multinucleadas, a lo que sigue muerte celular. Esto explica el agotamiento cuantitativo y funcional del subgrupo linfocítico T4 que es la piedra angular del SIDA. (7,13,14).

El VIH también puede infectar a otro tipo de células, aunque en menor escala, entre ellas los linfocitos B, los monocitos y diversas líneas celulares humanas in vitro. Es capaz de diseminarse por todo el cuerpo y se le ha identificado en células linfoides, cerebro, timo, brazo y testículos.

La citopatología producida por el VIH y otros lentivirus se acompaña de la presencia de formas replicantes no intrínsecas del genoma viral en el citoplasma de las células.

PROPIEDADES GENÉTICAS

El virus es un fragmento de ácido nucleico de una capa protectora llamada cápside la que permite que el virus viva fuera de la célula; el virus necesita de una interacción específica con el núcleo celular para poder replicarse, y por lo tanto se le considera como un parásito.

El VIH es un virus completamente exógeno, el genoma viral no contiene genes celulares conservados. Las personas que se infectan por la introducción del virus desde el exterior, y no por la activación de secuencias silenciadas contenidas en el DNA celular. Después de quedar la persona expuesta al virus, el DNA proviral se integra en el DNA celular de las células infectadas. El genoma proviral del VIH mide

aproximadamente 10 kilobases de longitud. Está compuesto por 3 genes estructurales: GAP, POL y ENV. El código genético GAP es para la formación del código genético. POL para la formación de enzimas virales involucradas en la replicación viral y del código ENV para la formación de la capa interna y externa de proteínas. Otros genes identificados en VIH incluyen TAT (transactivador), REV (Regulador de la expresión de las proteínas del virión), VIF (Factor del Virión Infectante), NEF (Factor Negativo), VPR (Proteína viral R), y VPU (Proteína viral U). La función de éstos genes tiene un impacto significativo en el mecanismo inmunopatogénico del virus. (4,6).

CICLOS DE REPLICACION

1. **ABSORCION:** fusión e internalización del virus. En la primera fase de la replicación el antígeno P120 que es el antígeno de entrada del VIH, se une al receptor CD4 de los linfocitos T aunque en el cuerpo existen otras células a las cuales el virus del VIH se une con muy alta afinidad las cuales son: monocitos, macrófagos, células de la microglia, linfocitos B, células de Langerhans, células del carcinoma de colon, fibroblastos, células de la línea gliana, células gliales primarias. Las células afectadas son aquellas que expresan, el receptor CD4 directamente como los linfocitos CD4 (2,3,22,23).

2. **TRANSCRIPCION INVERSA E INTEGRACION:** después de la entrada, se inicia transcripción inversa que consiste en la primera cadena de DNA que resulta del RNA viral, todo esto mediado por la enzima transcriptasa inversa que se encuentra en el virión. Después de éste proceso se inicia la formación de la segunda cadena, que se

integra al DNA celular por la acción de la integrasaviral. Durante éste proceso se forma el provirus.

3. **LATENCIA:** es un periodo en el cuál el provirus ya se formó y no se continúa reduplicando, en ésta etapa no se produce alteraciones patológicas por lo tanto no se produce enfermedad.

4. **EXPRESION GENETICA TEMPRANA O TARDIA:** comprende los genes reguladores TAT y VPS y la expresión genética tardía comprende los genes estructurales y enzimáticos GAP, POL, ENV, así como el gen regulador REV de los cuáles su función es la de facilitar el transporte de RNA al citoplasma.

5. **MORFOGENESIS Y SALIDA:** el nucleoide se forma debido a que la ribonucleoproteínica se adiciona en el citoplasma, formando de ésta manera, el nuevo nucleoide que contiene el RNA y la proteína GAP y POL. Después de finalizado éste proceso se moviliza hacia la membrana celular, donde las membranas lipídicas de glucoproteínas los recubren. En el momento se produce la miristilación de la proteína P27, favorencido por la proteína VPU y después se desprende de la célula, formando así un virión infeccioso. Los primeros tres pasos constituyen la primera mitad del ciclo de reduplicación y conduce al establecimiento de la infección, los dos últimos pasos constituyen la segunda mitad del ciclo y conducen a la enfermedad. (2).

MECANISMOS PATOGENICOS: Los mecanismos de patogenicidad son complejos y dependen de la interacción virus, célula, la susceptibilidad de éstas varía en algunas

células que han sufrido infección previa por otros virus CMV en fibroblastos y HHV6 en linfocitos T8. Otro factor en la patogenia es la glicosilación de la gp120. Finalmente se producen virus completos, infecciosos, bien de forma controlada, sin conducir a la lisis celular o bien mediante la formación de sincitios, por interacción con micoplasmas o por MIs (superantígenos), conduciendo a la destrucción celular.

HISTORIA NATURAL DE LA INFECCION POR VIH:

Se dice que en la persona que se encuentra en el periodo inicial de la infección podemos ver un aumento de los niveles de células infectadas, pudiéndose observar de una en cien células y durante la persistencia de éste periodo éste número se puede elevar hasta el 1 en 10,000. Con el desarrollo de los síntomas y la reducción de la función inmunológica el número de células infectadas disminuye hasta 1 en 100 y eventualmente de 1 a 10. (10).

En los pacientes sintomáticos el número se eleva pudiendo ser tan alto como de 50,000/ML y el número de virus libres puede llevar hasta 1,000 partículas infecciosas. (10, 22).

Desde el momento en que se infecta un paciente, como anotamos anteriormente el virus prolifera, aunque a diferentes velocidades de replicación por lo que se distinguirán diferentes velocidades de replicación por lo que se distinguirán diferentes estadios de evolución de la enfermedad: a. Fase Precoz o Aguda, b. Fase Intermedia o Crónica, c. Fase Final o de Crisis.

A. FASE PRECOZ O AGUDA: la evolución a partir de éste momento es relativamente independiente al mecanismo de transmisión, aunque la dosis infectante y sobre todo la virulencia intrínseca de la cepa del virus y quizá también la capacidad de

respuesta del huésped, podrían tener importancia. Aunque algunos autores opinan que la ruta de transmisión es un factor importante debido a la cantidad de virus que se encuentran en las secreciones. (10, 2).

El paciente infectado cursará inicialmente con un síndrome mononucleósido, esto se observa en un 40% de los pacientes, caracterizado por un aumento del 50% de linfocitos atípicos en sangre periférica, también se puede observar una linfadenopatía. En la piel se puede ver como una característica, un rash eritematoso macular no prurítico en el tórax que se extiende a los brazos y piernas. La causa de este rash es desconocida pero puede ser el resultado del depósito en la piel de complejos inmunes que se producen durante la infección primaria. La linfadenopatía presente al examen histológico, muestra un hiperplasia reactiva. Esta patología es el reflejo del incremento en las células blancas (CD8) en los nódulos linfáticos, esto es el resultado de la respuesta inmunológica en contra del virus del SIDA. Otros signos de infección precoz incluyen candidiasis oral, ulceraciones en el esófago o en el canal anal, molestias gastrointestinales o una encefalitis. Estas condiciones aparecen en la primera, segunda y tercera semana, desapareciendo y recurriendo al mes. Eventualmente el infectado recobra su apariencia asintomática. (2, 10).

En la mayoría de pacientes en el día 20 - 30 de la infección irá apareciendo antígeno p24 circulante. (2).

B. FASE INTERMEDIA O CRONICA: durante esta fase, que generalmente dura varios años, la actividad proliferativa viral persiste, aunque a bajo nivel. En la práctica en la totalidad de los pacientes, se puede cultivar el VIH tanto en plasma como en células mononucleares. La actividad replicativa viral estaría limitada no por anticuerpos,

sino por linfocitos T citotóxicos activados y específicos. Los pacientes suelen estar asintomáticos sin o con adenopatías, plaquetopenia o mínimos trastornos neurológicos fácilmente detectables si se utilizan pruebas electrofisiológicas.

C. FASE FINAL O CRISIS: el incremento de la actividad reduplicativa del virus coincide clínicamente con la aparición de una severa alteración del estado general. (Wasting syndrome) de infecciones oportunistas de cierto tipo de neoplasias o trastornos neurológicos, y a partir de este momento diagnosticamos que el paciente tiene SIDA. La edad, la actividad de riesgo a través de la cuál se adquirió la infección y la forma de presentación, influyen en la supervivencia. Otros factores, la presencia de diarreas, la hipoalbuminemia, los trastornos neurológicos, la hipoxia, la anemia, la leucopenia, y la plaquetopenia y los niveles altos de neopterinina, también empeoran el pronóstico.

EPIDEMIOLOGIA:

Desde la descripción del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en 1981 hasta 1996 la incidencia de casos ha aumentado significativamente. Más de un millón de casos a nivel mundial ha ocurrido y se estima que al rededor de 10 millones de personas están infectadas principalmente en Africa. (12). En EE.UU. en octubre de 1985, habían ocurrido más de 14 mil casos con cerca de 7 mil defunciones y hasta el momento han sido reportados 200 mil casos y se estima que 1 a 1.5 millones de habitantes están infectados.

En Guatemala la Asociación Guatemalteca de Prevención y Control del SIDA (AGPCS) y las autoridades de salud han reportado un total de 1635 casos y se puede

estimar que existen al menos 50 mil personas infectadas con VIH localmente (12, 5). El número de defunciones en nuestro país hasta junio de 1996 era de 442 casos. (25).

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS:

El 89% de adultos con SIDA se encuentran comprendidos entre 20 y 49 años. Solo el 10% fueron mayores de 49 años. (15).

59% fue en personas blancas, el 26% en negros y el 14% en hispanos en los Estados Unidos. La mujer hispana tiene 9.5 veces más riesgos de tener SIDA que la mujer norteamericana. (25).

En Guatemala hasta junio de 1996 la infección por VIHs presentó así: 79% eran del sexo masculino y 21% eran del sexo femenino. (25).

El 92% de personas a nivel mundial con SIDA lo constituye los hombres homosexuales, bisexuales y las mujeres abusadoras de drogas IV.

RUTAS DE TRANSMISION:

1. TRANSFUSIONES: esta se puede producir en aquellos que recibieron sangre, plasma o productos de células sanguíneas. Hay estudios que sugieren que la progresión de la enfermedad, puede ser influenciada por el estado clínico del donador infectado. Aquellos que recibieron sangre de individuos que desarrollaron la enfermedad en 29 meses después de haber donado sangre tienen más oportunidad de desarrollar el SIDA que aquellos en que los donadores desarrollaron la enfermedad después del período. En raras ocasiones los recipientes de sangre infectada con el VIH no aparecen infectados, lo cuál se puede explicar al bajo número de células infectadas por el virus o las células CD8 que responden contra el virus del donador. En los

Estados Unidos actualmente el riesgo de adquirir la infección es de 1/22500 unidades de sangre o sea representa el 1% de casos de SIDA.

2. FACTORES DE COAGULACION: los pacientes hemofílicos están en riesgo de adquirir la enfermedad, debido a las transfusiones sanguíneas, factores de la coagulación u otros derivados sanguíneos. El virus está presente inicialmente en el plasma que puede sobrevivir al tratamiento que se necesita para producir los crioprecipitados o los liofilizados de las preparaciones de los factores VII y XI. La actividad del virus puede ser reestablecida una vez que el liofinizado es reconstituido con agua.

3. TRANSMISION HOMOSEXUAL: estudios epidemiológicos nos indican que el receptor en la práctica anal/genital es el más susceptible a la infección por el VIH. Anteriormente se pensaba que para que el virus ingresara era necesario abrasiones en el canal anal, pero nuevos estudios indican que en la mucosa del intestino hay células que pueden ser directamente infectadas por el VIH. Otro factor puede ser, la ruptura de la mucosa por el líquido seminal.

Un riesgo separado es el que se produce por el lavado del canal anal antes del contacto anal/genital. La transmisión de la infección del VIH por la pareja, a través del líquido seminal es incierta debido a los bajos niveles del virus en el semen (10 a 50 partículas infectantes).

En la realización de otras prácticas sexuales en el intercurso de la relación anal/genital, el riesgo es más bajo pero aún se mantiene el potencial de infección por el VIH.

4. TRANSMISION HETEROSEXUAL: el mantener contacto anal/genital intercalando vaginal acarrea un riesgo substancial de la infección por el VIH. La infección puede ser causada por la presencia de células infectantes en los líquidos seminales o secreciones vaginales, bajo estas condiciones la infección en las mujeres puede ser causada por la interacción de las células infectadas con las células cervicales, macrófagos, linfocitos o células lineales de la cavidad uterina. El epitelio escamoso de la vagina resulta ser una barrera contra el virus, la cuál puede ser destruida por procesos inflamatorios o traumas. Se sabe que las enfermedades de transmisión sexual aumentan el riesgo de infección. (10, 5).

Recientemente se evidenció que el uso de un componente antiespermicida (monoxidil 9) incrementa el riesgo de transmisión debido a la reacción inflamatoria que produce en la vagina. La parte masculina en la reacción vaginal puede ser infectada por las células de los fluidos genitales de la mujer. El riesgo aumenta si la mujer tiene una enfermedad venérea, en adición la ulceración del pene o una enfermedad de transmisión sexual en el hombre, incrementa la posibilidad de infección. Algunos estudios indican que los hombres no circuncidados, son más susceptibles a la infección que los no circuncidados.

5. TRANSMISION PERINATAL: el contacto del VIH de la madre al hijo está reportado en un 23 a 45% en unos estudios y en otros del 11 a 60% en los recién nacidos en madres sero positivas. Algunos investigadores han aislado el virus del VIH del tejido fetal de la placenta, lo mismo que en la leche.

Algunos investigadores no han encontrado virus en el cordón umbilical, pero estos niños al mes de edad se encuentran sero positivos, lo cuál indica que la infección ocurrió después del nacimiento o durante el mismo, aunque los niveles de virus en el cordón deben ser muy bajos para ser detectados.

La transmisión de la madre al hijo debe estar relacionada con la ausencia de anticuerpos neutralizantes para el HIV, altos niveles de virus en el plasma y bajos niveles de CD4 en la madre.

El recién nacido no solo puede ser contagiado en el útero, sino también por el contacto de las secreciones de la madre, sangre y líquido amniótico. Es de especial atención la limpieza del canal al momento del nacimiento para que no hayan secreciones de la madre en el mismo y así disminuir el riesgo de la infección. En el caso de las infecciones después del nacimiento se pudiera atribuir a la alimentación, pero se ha determinado que los niveles del virus VIH en la leche materna son tan bajos que no podrían producir la enfermedad, además la leche contiene factores antivirales y glicoproteínas que ayudan a evitar la infección.

TRATAMIENTO:

1. ZIDOBUDINA (AZT): medicamento que fue aprobado por la FDA en el 1990, para el tratamiento de la infección por VIH, el cuál es un análogo de la timidina, potente inhibidor de la replicación del VIH in vitro, siendo su mecanismo de acción inhibir la enzima transcriptasa inversa y de las síntesis terminal del ADN. Se distribuye bien en todos los líquidos corporales, atravesando la barrera placentaria y hematoencefálica. Algunos estudios sugieren que altas dosis pueden causar deformaciones en el feto pero estos estudios sólo se han realizado en ratones y dosis

tan altas no serían tolerados por los seres humanos. El uso del AZT en los pacientes causa un aumento en los CD4 en contraposición y disminuye los niveles de antígeno PB24. Los pacientes refieren una sensación de bienestar al estar utilizando el medicamento causa que el virus se vuelva resistente a los 6 meses de iniciado el mismo, además los efectos que presenta son anomalías hematológicas, incluidas macricitosis, anemia y neutropenia, todo esto debido a la depresión de la médula o sea, algunos pacientes necesitan de transfusiones o el uso de eritropoyetina recombinante humana.

Existe la tendencia de que algunos la utilizan en estadios tempranos de la infección mientras que otros, esperan hasta que el nivel de los CD4 disminuya hasta 500, pero hasta ahora, no se ha encontrado una diferencia substancial para el inicio de la terapia. (8, 14, 18).

2. DIDANOSINA (ddi): es un análogo de los nucleósidos purínicos, su mecanismo de acción es similar al del AZT. Al igual que el AZT el ddi produce de pb24 en sangre; además los pacientes presentan una ganancia de peso y una sensación de bienestar. La utilidad de este medicamento es que se puede utilizar en aquellos pacientes que desarrollan resistencia al AZT. El tratamiento con ddi provoca un mejoramiento en la mayoría de pacientes pero no en todos.

La toxicidad observada consistió en pancreatitis, neuropatía periférica y hepatitis, la única complicación seria es la pancreatitis. (22, 2).

3. ZALCITAVINA (ddc): este medicamento in vitro es 100 veces más potente que el AZT, siendo el mecanismo de acción, similar al del AZT. Penetra parcialmente el cerebro.

El paciente inmunocomprometido que utiliza éste medicamento presenta disminución en los niveles de pb24, lo mismo que aumento transitorio de los niveles de CD4.

Los efectos tóxicos son: fiebre, exantema, estomatitis aftosa, neuropatía, no presenta toxicidad hematológica. (22, 2).

4. ALFA INTERFERON (2b): medicamento de origen recombinante que se había utilizado en el tratamiento de enfermedades oncológicas por su efecto sobre la expresión del oncogen antiproliferativo, función inmunomoduladora.

Interfiere con el ensamblaje y la liberación de las partículas de VIH, inhibe la replicación viral en las células mononucleadas periféricas.

El interferón alfa presenta actividad antiretroviral in vivo, que resulta más evidente en los pacientes con linfocitos CD4 elevados.

Tiene actividad antitumoral en el sarcoma de Kaposi, con un % de respuesta que oscila entre el 20% y 67%. La mejor respuesta se obtiene en los pacientes con CD4 mayores de 350.

En algunos pacientes produce fatigas, malestar general, mialgias, cefalea y sensación distérmica.

SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES

La probabilidad de sobrevivir, según estudios realizados en otros países sin tratamiento es de 2 años en un % superior del 30%-50% y en un % inferior del 10%-20% a los 4 años del diagnóstico. Con el tratamiento las perspectivas de supervivencia mejoran del 50%-75% a los 365 días de diagnóstico y parece que éstas expectativas se mantienen buenas por 3 años. En Guatemala para el año de 1993 la sobrevida para los pacientes con tratamiento es de 18.3 meses y para los que no reciben tratamiento es de 53.8 meses, según estudio del Dr. Mejía y colaboradores, realizado en el Hospital Roosevelt (no se menciona el tratamiento utilizado).

PREVENCION:

El estudio epidemiológico y los factores de riesgo relacionado con el SIDA, sugieren que la enfermedad no es fácilmente transmisible, el contacto sexual, la exposición a productos sanguíneos y la transmisión congénita sugieren que el agente causal del Síndrome se comporta de manera semejante al virus de Hepatitis B, pero parece ser menos contagiosa.

El Public Health Service recomienda las siguientes acciones: debe evitarse contacto sexual con personas que se sabe o sospecha que tienen SIDA, los miembros de los grupos de alto riesgo deben tener conciencia de que las parejas sexuales múltiples aumentan la probabilidad de adquirir el Síndrome.

Los miembros de grupos con mayor riesgo de SIDA deben evitar donar plasma, sangre o ambas cosas.

Utilización de preservativos al realizar las relaciones sexuales con personas del grupo de riesgo, así como evitar relaciones sexuales anales.

ATENCIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO DEL PACIENTE CON SIDA

En el resumen sobre los principales resultados y aspectos sobresalientes de la VI Conferencia Internacional sobre SIDA realizada en E.E.U.U en 1,996, se apunta que las actitudes de los médicos podrían construir un problema durante el próximo decenio para los pacientes infectados de VIH en sus esfuerzos para obtener atención médica apropiada.

Algunos de estos problemas ya se han presentado, como lo demuestra un estudio realizado en 1990, en Estados Unidos, en donde se encontró que la discriminación en relación con la infección por VIH/SIDA, ha limitado el acceso a los servicios de salud a los que padecen la enfermedad.

El miedo al contagio y la falta de interés respecto al problema, ha sido otra causa de la discriminación hacia los pacientes infectados con VIH; en 1990, por ejemplo, de 1045 médicos encuestados procedentes de 41 programas de salud de EUA, se encontró que 2/3 partes los médicos jóvenes que se incorporaban al ejercicio de la medicina, no estaban interesados en tratar a ese tipo de pacientes. De los que estaban interesados, la mitad, no quería comunicarlo por el temor a perder pacientes que ya no llegan a las consultas donde asisten enfermos de SIDA.

La principal razón de renuencia al trato de estos pacientes dada por los encuestados fue el miedo al contagio y la homofobia. Este estudio demostró que las mujeres, más que los varones tenían mejor disposición a tratar pacientes con la infección.

En América Latina las prácticas discriminatorias se han dejado sentir, como lo prueba la existencia de la Casa de Apoyo, creada por CAPA en Brasil, donde se

atienden a personas discriminadas por la sociedad como consecuencia del SIDA o de su condición homosexual. En Brasil, en 1988, se hizo una revisión de las normas de código de ética médica como consecuencia de la discriminación del paciente con SIDA. En lo referente a la relación médico paciente, se enfatiza que el médico no puede abandonar o negar atención al paciente infectado por VIH. En Santiago de Chile similares situaciones se han presentado como consecuencia de las actitudes negativas de la población y el apoyo de las actitudes condenatorias por parte de un sector de la población.

En Guatemala, como en el resto del mundo, el SIDA, es una problemática compleja que involucra actitudes tanto psicológicas, religiosas y éticas de los trabajadores de salud.

Es comprensible el temor que genera el SIDA tomando en cuenta que hasta el momento no existe vacuna ni tratamiento alguno con fines curativos, y que la infección puede llevarse en el medio intrahospitalario a través del contacto con sangre y secreciones infectadas. Sin embargo, el paciente con SIDA, no se le puede negar atención médica, a la luz de las normas, reglamentos y derechos humanos reconocidos tanto nacional como internacionalmente, que especifican claramente que debe prestársele atención médica, respetando su dignidad e integridad física, moral y psicológica, así como mantener el respeto y consideración a la familia del paciente.

Observaciones realizadas en el transcurso de la epidemia apuntan a afirmar que además del aislamiento a nivel del trato hospitalario, también los pacientes sufren gran discriminación a nivel laboral y de sus propias familias lo cual retarda su recuperación o la hace más complicada.

METODOLOGIA

1. TIPO DE ESTUDIO:

Observacional-Descriptivo.

2. UNIDAD DE ANALISIS:

Expedientes clínicos de los pacientes infectados por el VIH que consultaron al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt desde que inició la epidemia.

3. POBLACION A ESTUDIAR:

Todos los expedientes clínicos de los pacientes que consultaron al Hospital Nacional Pedro de Betancourt que son 44.

4. CRITERIOS DE INCLUSION:

- Paciente con diagnóstico de SIDA que haya sido seguido en el hospital.
- Que el expediente esté disponible y completo.

5. CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Papelería extraviada
- Pacientes referidos a otros hospitales
- Paciente que no acepte la entrevista

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEF. CONCEPTUAL	DEF. OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
VIH-SIDA	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad viral que afecta al sistema inmune de la persona, haciéndolo propenso a cualquier enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de papeletas con diagnóstico de infección. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nominal 	<ul style="list-style-type: none"> - VIH - SIDA
SUPERVIVENCIA	<ul style="list-style-type: none"> - Descrita como el tiempo de vida del paciente desde que se presenta la enfermedad hasta que fallece o el tiempo que el paciente ha vivido con la enfermedad y con el tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se medirá en años calculada desde la fecha antes del diagnóstico hasta el momento del estudio según el expediente clínico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ordinal Continua 	<ul style="list-style-type: none"> - Número de años de supervivencia.
SEXO	<ul style="list-style-type: none"> - Diferencia física y constitutiva del hombre y la mujer. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se dividirá en masculino y femenino según lo anotado en la papeleta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nominal Dicotómica 	<ul style="list-style-type: none"> - M - F
MORTALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Cantidad proporcional de defunciones correspondientes a población o tiempo determinado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Número de defunciones por SIDA en relación al total de pacientes diagnosticados en el tiempo que lleva la epidemia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ordinal 	<ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje
EDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Tiempo transcurrido desde el nacimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se medirá en años según el expediente clínico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ordinal 	<ul style="list-style-type: none"> - 0-10 - 10-20 - 21-30 - 31-40 - 41-50 - 51-60 - 61 y más
EVOLUCION CLINICA	<ul style="list-style-type: none"> - Comportamiento de las enfermedades que haya tenido el paciente desde que se le diagnosticó una enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> - De acuerdo a los registros y papeletas signos y síntomas, enfermedades asociadas, complicaciones que haya sufrido el paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nominal 	<ul style="list-style-type: none"> - Signos y síntomas, enfermedades asociadas y complicaciones.
CONDICION SOCIECONOMIC A	<ul style="list-style-type: none"> - Estatus que ocupa la persona en la sociedad según cultura e ingresos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Investigar en los registros y a través de entrevistas los cambios significativos ocurridos del paciente, desde que se diagnosticó la enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nominal 	<ul style="list-style-type: none"> - Empleo - Salario - Incapacidad - Integración Familiar - Rechazo Social

PLAN PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Después de obtener los permisos correspondientes en el Hospital, se procederá a buscar los expedientes que reúnan los criterios de inclusión. La información necesaria se obtendrá en dos etapas: primero a través de la revisión del expediente y luego entrevistando a los pacientes que se logre contactar tanto hospitalizados como en visitas domiciliarias. Para ambas etapas se elaboraron boletas que contienen los aspectos de evolución clínica la primera y los aspectos socioeconómicos la segunda.

ASPECTOS ETICOS

El estudio no compromete la integridad física ni mental de los pacientes. Se respetará la voluntad de los mismos para acceder a la entrevista y a la información que deseen proporcionar.

RECURSOS

RECURSOS MATERIALES:

- a. Económicos, los aportados por el investigador.
- b. Instalaciones del Hospital Pedro de Bethancourt.
- c. Papeletas de los pacientes.
- d. Computadora Personal.

RECURSOS HUMANOS:

- a. Pacientes.
- b. Personal paramédico y administrativo del hospital.

EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACION:

se inicia la investigación solicitando al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala los expedientes de los pacientes infectados con VIH desde el inicio de la epidemia que fue en octubre de 1,993. Los expedientes se encontraron ordenados como fichas clínicas, para lo cual contamos con la ayuda de las enfermeras profesionales las que tienen a su cargo dichos pacientes, toda la información fué recabada en la boleta de recolección de datos diseñada para el estudio.

Se pudo obtener la información adicional de los pacientes ya que ellos cada mes asisten para recibir pláticas y su tratamiento.

PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO #1

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON VIH POSITIVO SEGÚN EDAD Y SEXO, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETANHCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA DESDE EL INICIO DE LA EPIDEMIA HASTA AGOSTO DE 1997.

Grupo Etáreo años	Masculino	Femenino	Total
0 - 10	2	0	2
11 - 20	1	1	2
21 - 30	18	10	28
31 - 40	4	1	5
41 - 50	2	3	5
51 - 60	2	1	3
60 - más	1	0	1
Total	30	16	46

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO # 2

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON VIH POSITIVO SEGÚN MORTALIDAD QUE HAN SIDO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA DESDE EL INICIO DE LA EPIDEMIA HASTA AGOSTO DE 1997

MORTALIDAD	PACIENTES
VIVOS	27
FALLECIDOS	19
TOTAL	46

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO # 3

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON VIH POSITIVO SEGÚN MOTIVO DE CONSULTA QUE HAN SIDO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT

MOTIVO DE CONSULTA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
FIEBRE	6	1	7
PERDIDA DE PESO	5	1	6
INFECCION RESPIRATORIA	2	0	2
TOS PRODUCTIVA	3	2	5
DIARREA	2	3	5
OTROS	1	1	2
TOTAL	19	9	27

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO # 4

ENFERMEDADES ASOCIADAS QUE HAN PADECIDO LOS PACIENTES CON VIH POSIVO EN EL TRANCURSO DE SU ENFERMEDAD

ENFERMEDAD	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
NEUMONIA	7	25
TB	6	22
DIARREA CRONICA	12	44
CANDIDIASIS ORAL	2	7
TOTAL	27	100

Cuadro # 4.1

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON VIH POSITIVO SEGÚN ESTADIO CLINICO DE LA ENFERMEDAD

ESTADIO CLINICO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
I	2	1	3
II	3	2	5
III	10	4	14
IV	4	1	5
TOTAL	19	8	27

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO #5

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON VIH POSITIVO SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA

LUGAR	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Antigua Guatemala	15	55
Chimaltenango	5	18
San Lucas	2	7
Patzicia	2	7
Sacatépequez	3	11
Total	27	100

Fuente: Boleta de recoleccion de datos.

Cuadro # 6

DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES SEGÚN LA SUPERVIVENCIA
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE ANTIGUA GUATEMALA

SUPERVIVEN- CIA (MESES)	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
0 - 6			
7 - 12	1	1	2
13 - 18	9	7	16
19 - 24	7	4	11
25 - 30	5	2	7
31 - 36	5	1	6
37 - 42	3	1	4
TOTAL	30	16	46

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO # 7

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON VIH POSITIVO SEGÚN
TRATAMIENTO UTILIZADO

TRATAMIENTO UTILIZADO	NUMERO DE PACIENTES
DIDANOSINA + INTERFERON	3
ISONIAZIDA	24
TOTAL	27

CUADRO # 8

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON VIH POSITIVO SEGÚN RECHAZO
SOCIAL

RECHAZO SOCIAL	NUMERO DE PACIENTES
SI	24
NO	3
TOTAL	27

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO # 9

CAMBIOS EN LA CONDICION LABORAL DE PACIENTES VIH
POSITIVO

PERDIDA DEL EMPLEO POR DESPIDO O INCAPACIDAD	NUMERO DE PACIENTES
SI	24
NO	3
TOTAL	27

Fuente: Boleta de recolección de datos.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La población de pacientes estudiados diagnosticados como VIH positivos son el reflejo de una población de alto riesgo, ya que entre ellos se encontraron prostitutas, homosexuales y empleadas domésticas entre otros, éstas últimas aunque no ejercen la prostitución como profesión si refirieron conducta sexual de múltiples parejas.

En el transcurso de la investigación se pudo constatar que el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt cuenta con el recurso humano capacitado para tratar éste tipo de pacientes, pero que las limitaciones de los recursos muchas veces retardan el diagnóstico o no permiten dar el tratamiento ideal.

CUADRO # 1:

el cuadro nos muestra la distribución de pacientes infectados por VIH según grupo étnico y sexo, se puede observar que es un problema que afecta a la población adulta, presentándose mayormente en las edades de 21 a 30 años y con predominio de sexo masculino con un 65% y un 34% para hombres y mujeres respectivamente, lo que nos indica que éste grupo de personas se encuentran en edad reproductiva y que es la época en que más se tiene el riesgo de infección especialmente por contactos sexuales riesgosos.

CUADRO # 2:

éste cuadro nos muestra el número de pacientes fallecidos desde que se inició la epidemia, un 41% de pacientes muertos contra un 58% de pacientes vivos lo que representa una mortalidad elevada como lo describe la literatura; otro aspecto importante es que la condición socioeconómica de los pacientes y el Hospital no les permite adquirir medicamento antiviral que de alguna manera prolongaría su supervivencia.

CUADRO # 3:

éste cuadro nos muestra los signos más frecuentes en los pacientes infectados con VIH y observamos que la fiebre con un 25% ocupa el primer lugar, luego pérdida de peso con 22% y la tos productiva y diarrea con un 18% esto se explica ya que cuando hay una infección presente la primera defensa del cuerpo es

la fiebre luego se manifiesta la pérdida de peso. Las manifestaciones clínicas encontradas guardan relación con la deficiencia inmunológica descrita en el SIDA.

CUADRO # 4:

se puede observar que todas las enfermedades mencionadas están relacionadas con el compromiso inmunológico del paciente VIH positivo y que muchas de ellas son frecuentemente el primer signo de sospecha del diagnóstico.

CUADRO # 4.1

éste cuadro muestra el estadio que presentan los pacientes al consultar por primera vez al Hospital presentándose con mayor frecuencia el estadio III tanto en hombres como en mujeres y el estadio IV, lo que se interpreta debido a que la enfermedad presenta un periodo de ventana muy largo en el que el paciente no presenta ninguna manifestación y cuando se llega por fin a deteriorar su sistema inmunológico es susceptible a cualquier infección por gérmenes oportunistas por lo que lo obliga a pedir ayuda médica; en los estadios de menor prevalencia los pacientes pueden presentar una afección menor o encontrarse asintomáticos.

CUADRO # 5:

éste cuadro muestra la distribución de pacientes según el lugar de origen y se puede observar que la Antigua Guatemala tiene un 55% luego Chimaltenango con 18% y Sacatepéquez con 11%; la primera explicación es que el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt es el centro de referencia del Departamento y los pacientes de Chimaltenango acuden a él no por correspondencia si no que probablemente por el prestigio en la calidad de atención para éste tipo de problema.

Por otro lado en la Antigua se concentra la mayor cantidad de turismo extranjero lo que podría explicar el mayor número de casos y también Chimaltenango es el lugar que más centros de prostitución tiene.

CUADRO # 6:

éste cuadro indica que en el mayor número de pacientes VIH positivo la supervivencia oscila entre 13 - 24 meses llegando algunos pacientes hasta los 37 - 42 meses; nuevamente es probable que la falta de medicamentos sea un factor que influya en la corta supervivencia de los pacientes tratados en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

CUADRO # 7:

el tratamiento utilizado con más frecuencia es la Isoniazida a razón de 300mg/día y únicamente a tres pacientes se les brinda tratamiento antiviral que son los que se han referido al IGSS. El motivo del uso de la Isoniazida es como preventivo de la tuberculosis, es de hacer mención que el Hospital brinda todo tipo de apoyo a la sintomatología de los pacientes pero desafortunadamente no cuenta con los antivirales referidos.

CUADRO # 8:

nos muestra la distribución de pacientes según aceptación o rechazo social y observamos que un 95% han sentido discriminación tanto por su familia como la sociedad y esto es debido a la falta de conocimientos acerca de la enfermedad ya que la mayoría de personas sienten miedo o temor a ser contagiados.

CUADRO # 9:

a la mayoría de pacientes después que se le hizo el diagnóstico se les despidió de sus empleos y algunos de ellos lo dejaron por incapacidad de continuar laborando, lo anterior significa un deterioro dramático de su situación socioeconómica.

CONCLUSIONES

1. Los hombres se encuentra más afectados que las mujeres con una relación de 3:1.
2. Las edades más afectadas por el VIH en el presente estudio se encuentran en el rango de 21 – 30 y de 30 – 40 años, que es la edad productiva y reproductiva.
3. El mayor número de pacientes que fueron estudiados en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt en la Antigua Guatemala desde el inicio de la epidemia se presentaron en el estadio III y IV.
4. En el mayor número de pacientes infectados con VIH la supervivencia fué entre los 0 – 36 meses, no encontrándose diferencia importante entre hombres y mujeres.
5. El Hospital no cuenta con tratamiento específico antiviral y únicamente ofrece tratamiento preventivo y de las complicaciones.
6. La mortalidad de los pacientes desde el inicio de la epidemia es de 41% lo cuál se considera elevada ya que con más recursos ésta podría disminuirse.
7. En todos los pacientes, desde que se les hizo el diagnóstico definitivo hubo cambios en el aspecto socioeconómico, ya que en sus trabajos fueron despedidos y otros por el efecto de la enfermedad ya no pudieron seguir desempeñando sus obligaciones.
8. Todos los pacientes con VIH positivo han sentido de una u otra forma rechazo social, pero con su pareja han sentido apoyo emocional.

RECOMENDACIONES

1. Brindar educación sexual a todos los pacientes con VIH positivo, con el fin de enseñar métodos de protección sexual, y con ello contribuir a que la epidemia no se expanda.
2. Concientizar a los pacientes con VIH positivo que han dejado de asistir a sus citas de la importancia de los controles y chequeos médicos para ayudar a aumentar su supervivencia y calidad de vida.
3. Incentivar a otros médicos para que realicen estudios similares a éste para tener un mejor control de las estadísticas y características de los pacientes con SIDA en nuestro país.
4. Mantener una continua vigilancia de los pacientes, para así contar con datos concretos acerca de la características epidemiológicas, clínicas y socioeconómicas que permitan mejorar la atención al paciente con SIDA.

RESUMEN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es una enfermedad que ataca principalmente al sistema inmunológico de la persona, haciéndolo propenso a cualquier tipo de infección por gérmenes oportunistas.

El presente estudio se realizó con el fin de conocer la evolución clínica y cambios en la condición socioeconómica de los pacientes con SIDA, desde el inicio de la epidemia hasta agosto de 1997 en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala y se logró determinar que el número de pacientes atendidos es de 46. De los cuales 19 han fallecido y 27 están vivos, de ellos 19 son del sexo masculino y 8 corresponden al sexo femenino, la mayoría de pacientes tenían como antecedente conductas de alto riesgo, la sintomatología y complicaciones encontradas guardan relación directa con el compromiso inmunológico del paciente. El diagnóstico de la mayoría se hizo en estadio avanzado y la supervivencia fue corta no solo por el deterioro de salud si no por la falta de medicamentos antivirales.

Los pacientes se enfrentan a múltiples problemas no solo de salud por las constantes infecciones por gérmenes oportunistas sino que también sufren de problemas emocionales ya que constantemente sufren rechazos por parte de su familia, pareja, amigos y la sociedad en sí lo cual implica disminución en sus ingresos ya que la mayoría pierden sus empleos o los abandonan por los efectos de la enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

1. - AMOFAG. G.K. AIDS In Ghana: PROFILE STRATEGIES AND CHALANGES. AIDES Analysis Africa, 1992 sep-oct 2 (5):5.
2. -BRUCE. D. AGINS. EFFECT OF COMBINED THERAPY WITH ANSAMUCIN, CLOGAZIMINE, ETHAMBUTOL, AND SONIAZID FOR MYCOBACTERIUM AVIUM INFECTION IN PATIENTS WITH AIDS. The journal of infectious diseases. 1989. April.
3. -B. CLOTET. TRATAMIENTO DE LA INFECCION POR EL VIH. GUIA PRACTICA DEL SIDA. 2da. Ed. Barcelona 1992. 226-259.
4. -BOODMAN, SANDRA G. HISPANIC CULTURE REDIFINES AIDS FIGHT THE WHASIN GTON POST. December 28 1987. Sec. A-15, vol 1.
5. - BENNETT, F.J. AIDS AS A SOCIAL PHENOMENON. Science Medicine. 1987. 25 (6) 529-539.
6. - CORWIN, AL; OLSON J.G.; OMAR MA.; RAZAKY WATTS Dm HIV-1 IN SOMALIA: PREVALENCIA AND KNOW LEDGE AMONG PROSTITUTES. AIDS jul; 5(7): 902-904.
7. -COYNE, BONNIE; LONDER, DARIO. THE IMMUNOLOGY OF HIV DISSAGE AND PREGNANCY AND POSSIBLE INTERACTIONS OBSTRETICS AND GYNECOLOGY CLINICS OF NORTH AMERICA, vol 17 No. 3 sep 1990. 595-605.
8. -DIDIER, E.S. ISOLATION AND CHARACTERIZACION OF NEW HMAN MICROSPORIDIANM, ENCEPHALITOOZOOM HELLEM FROM THREE AIDS PATIENTS WITH KERATOCONJUNTIVITIS. The journal of infectious diseases. March, 1992, 617-621.
9. -DEPARTAMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES. Legal Restrics your rights as persons with AIDS or related conditions. San Francisco 1988. sp.
10. - F. ENRIQUEZ. EXPOSICION DEL MEDICO Y DEL ESTUDIANTE DE MEDICINA A ENFERMEDADES TRANSMISIBLES., A TRAVES DE ACCIDENTES OCUPACIONALES POR OBJETOS PUNZO-CORTANTES, revista del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala. 1993, mayo; 21-30.
11. - G, JONH. CIRCUMSICION AND HETEROSEXUAL TRANSMISSION OF HIV INFECTION TO MEN. The New Englad Jou Med January; 1987, 1545.
12. -GARCIA, JORGE. EFICIENCIA Y EFICACIO DEL TRATAMIENTO ACORTADO EN LA TUBERCULOSIS PULMONAR. Junio 1995.

13. - JAWETS. E; MAELNIC J; ADELBERG E. MICROBIOLOGIA MEDICA. Ed El Manual Moderno, S.A. de C.V. 1987. cap. 47 pág. 555-560.

14. - KEITH H; POISEZ B. BIOLOGY OF RETROVIRUS HIV DISEASE IN PREGNANCY OBSTRETICS AND GYNECOLOGY CLINICS OF NORTH AMERICA, vol 17 septem 489-511.

15. - KRUGMAN S, KATZ S; GRSHON A A; WILFRED CM; SIDA ENFERMEDADES INFECCIOSAS cap I 8va. ed. 1988. 1-7.

16. - KLOUDA, TONY. EL SIDA Y LA SALUD MENTAL. Londres, Oct. 1988.

17. - MACKEGANEY, N; BERNARD M. SELENGER FEMALE STREET PROSTITUTION HIV RISK BEHAVIUR IN GLASGOW AIDS CARE, 1992. 395-407.

18. - MEJIA, C. INFECCION POR VIH EN GUATEMALA. Revista del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala. 1992 Oct. 9-18.

19. - MANN, JONATHAN. CONDOM USE AND HIV INFECTION AMONG PROSTITUTES IN ZAIRE. New England 1987. July 345.

20. - RAMIREZ, MONICA. ELABORACION DEL VIH EN LA EPIDEMIOLOGIA DE LA TUBERCULOSIS. Tesis 1994, mayo.

21. - SHUSTER, EVELINE. A SURGERON WITH AIDS: A TREAT TO PATIENT SAFETY THE CASE OF WILLIAM H. Behringer. Am Jou Med 1993. January; 93-98.

22. - PROGRAMA MUNDIAL DEL SIDA, OMS. Vigilancia del SIDA en las Americas Revista del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, Mayo-Agosto de 1993. 47-57.

23. - VIGILANCIA Y CONTROL DEL SIDA, L9 QUE USTED DEBE SABER ACERCA DEL SIDA. DGSS 1996.

24. - TOLTZIS, PHILIP. ZIDOVUDINE-ASSOCIATED EMBRYONIC TOXICITY IN MICE. Jou Inf Dis 1991. June; 1212-1218.

25. - VOLVERDING, PAUL. ZIDOVUDINE IN ASYMPTOMATIC HIV INFECTION. New Englad. Jou Med 1987. May; 1410-1411.

26. - VERNON, A. DISSEMINATED PHEUMOCUSTI CARINII INFECTION IN AIDS. New Englad Jou Med 1987.

Evolución clínica y cambios en la condición socioeconómica de los pacientes con SIDA atendidos en el Hospital Nacional Pedro de Betancourt, de Antigua Guatemala, desde el inicio de la epidemia. Agosto de 1997.

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS # 1

DATOS GENERALES

1. EDAD

- a. 0 - 10
- b. 10 - 20
- c. 21 - 30
- d. 31 - 40
- e. 41 - 50
- f. 51 - 60
- g. 61 - y más

2. SEXO

Masculino:

Femenino:

3. PROFESION U OFICIO

- a. Comerciante:
- b. Agricultor:
- c. Jornalero:
- d. Estudiante:
- e. Artesano:

- f. Asalariado:
- g. No Trabaja:
- h. Otros

4. ESTADO CIVIL

- a. Casado: Soltero: Unido:

5. LUGAR DE ORIGEN

- a. Antigua Guatemala:
- b. Chimaltenango:
- c. San Lucas:
- d. Paztcia:
- e. Sacatepéquez:

6. RELIGION

- Católico: Evangélico: Otros:

EVOLUCION CLINICA

7. SUPERVIVENCIA

- a. 0 - 6 meses
- b. 7 - 12 meses
- c. 13 - 18 meses
- d. 19 - 24 meses
- e. 25 - 30 meses

- f. 31 - 36 meses
- g. 37 - 42 meses

8. ESTADIO DE LA ENFERMEDAD

- a. I
- b. II
- c. III
- d. IV

9. MOTIVO DE LA CONSULTA

- a. Fiebre
- b. Pérdida de peso
- c. Infección Respiratoria
- d. Tos productiva
- e. Diarrea
- f. Otros

10. ENFERMEDADES PADECIDAS DESDE EL DIAGNOSTICO

- a. Respiratorias (neumonía IRS)
- b. Gastrointestinales (diarrea, infección intestinal)
- c. Dermatológicas (sarkoma de Kaposi, dermatitis seborreica)
- d. Producidas por Hongos (candiasis oral, esofágica)
- e. Otras: