

DRA. DAVILA RODRIGUEZ MARLEN

PERFIL EPIDIMIOLOGICO DE PACIENTES CON VIH EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCION

2024



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES CON VIH EN UNA
UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCION**

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de la

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Marlen Dávila Rodríguez
Medico Residentes del Curso de Especialización en Medicina
Familiar

Dirigido por:
MCE. Ma. Azucena Bello Sánchez

Querétaro, Qro. a Febrero 2024



Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales
de Información



Perfil epidemiológico de pacientes con VIH en una
unidad de primer nivel de atención

por

Marlen Dávila Rodríguez

se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional](#).

Clave RI: MEESN-302686



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad en Medicina Familiar

“PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES CON VIH EN UNA UNIDAD DE
PRIMER NIVEL DE ATENCION”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Especialidad en MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Marlen Dávila Rodríguez

Medico Residentes del Curso de Especialización en Medicina Familiar

Dirigido por:

MCE. Ma. Azucena Bello Sánchez

Co-dirigido por:

Mtra. Ma. Azucena Bello Sánchez

Presidente

Mtro. Iván Martínez Garrido

Secretario

Med. Esp. Oscar Miguel Robledo Abarca

Vocal

Mtro. Omar Rangel Villicaña

Suplente

Med. Esp. Rodrigo Miguel González Sánchez

Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Fecha de aprobación por el Consejo Universitario (Febrero, 2024).
México.

RESUMEN

Antecedentes: El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un retrovirus del género Lentivirus de la familia Retroviridae, que tiene especial tendencia a las células CD4+ pertenecientes al sistema inmunitario celular, pudiendo infectar y destruir células. A pesar de que hay demasiada información acerca de esta enfermedad, sigue siendo un reto para el sector salud, debido a que la pandemia sigue en avance y aun no se cuenta con un tratamiento curativo, es por ello que es indispensable conocer el perfil epidemiológico de pacientes con VIH en una unidad de primer nivel de atención para así conocer la población que acude a dicha unidad, y así poder efectuar un plan estratégico para frenar la prevalencia de dicho padecimiento. **Objetivo del estudio:** determinar perfil epidemiológico de paciente con VIH en una unidad de primer nivel de atención. **Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal descriptivo en expedientes de pacientes con diagnóstico de VIH de la Unidad de Medicina Familiar No 15 de Santiago de Querétaro, Querétaro. El tamaño de la muestra se obtuvo mediante la fórmula para estudios descriptivos para población infinita con un total de 226 pacientes. Las variables estudiadas fueron: sociodemográficas (sexo, escolaridad, estado civil, edad, religión, ocupación) y conductas de riesgo (toxicomanías, mecanismo de transmisión, inicio de vida sexual, número de parejas sexuales y preferencia sexual). **Resultados:** En cuanto a los factores socioculturales se determinó que el sexo de mayor prevalencia fue el masculino en 89.4%, en un rango de edad entre 31 a 40 años con 44.7%; en cuanto a la ocupación 78.3% fueron empleados, con una escolaridad de licenciatura en 44.7%. La mayoría de la población de este estudio refirió no profesar ninguna religión en 60.2% y con estado civil de solteros en 71.2%. En relación a las conductas de riesgo se encontró que la edad de inicio de la vida sexual fue la adolescencia con 66.8%, con un predominio de la vía sexual como mecanismo de transmisión en 97.8%, así mismo se vio un predominio de la orientación sexual homosexual en 69.9%. La mayoría de los pacientes presentaba una alta promiscuidad con un promedio de 1-10 parejas sexuales representado con un 78.8% y por último en cuanto a toxicomanías con 83.6% de los pacientes negaron consumir algún tipo de sustancia. **Conclusiones:** La población infectada por VIH, se caracteriza por el predominio del sexo masculino, adquisición por relaciones sexuales entre homosexuales y pertenecer al grupo de edad entre 31-40 año

SUMMARY

Introduction: The human immunodeficiency virus (HIV) is a retrovirus of the Lentivirus genus of the Retroviridae family, which has a special tendency to CD4+ cells belonging to the cellular immune system, being able to infect and destroy cells. Although there is too much information about this disease, it continues to be a challenge for the health sector, because the pandemic continues to advance and there is still no curative treatment, which is why it is essential to know the epidemiological profile of patients with HIV in a first level care unit in order to know the population that comes to said unit, and thus be able to carry out a strategic plan to stop the prevalence of said condition. *Objective of the study:* determine the epidemiological profile of patients with HIV in a primary care unit.

Material and methods: A descriptive cross-sectional study was carried out on records of patients diagnosed with HIV from the Family Medicine Unit No. 15 of Santiago de Querétaro, Querétaro. The sample size was obtained using the formula for descriptive studies for an infinite population with a total of 226 patients. The variables studied were: sociodemographic (sex, education, marital status, age, religion, occupation) and risk behaviors (drug addiction, transmission mechanism, beginning of sexual life, number of sexual partners and sexual preference).

Results: Regarding the sociocultural factors, it was determined that the most prevalent sex was male at 89.4%, in an age range between 31 to 40 years with 44.7%; Regarding occupation, 78.3% were employees, with 44.7% having a bachelor's degree. The majority of the population in this study reported not professing any religion in 60.2% and with single marital status in 71.2%. In relation to risk behaviors, it was found that the age of initiation of sexual life was adolescence with 66.8%, with a predominance of sexual means as a transmission mechanism in 97.8%, likewise a predominance of sexual orientation was seen. homosexual in 69.9%. The majority of patients presented a high level of promiscuity with an average of 1-10 sexual partners, represented by 78.8% and finally, in terms of drug addiction, 83.6% of patients denied consuming any type of substance.

Conclusions: The HIV-infected population is characterized by the predominance of the male sex, acquisition through sexual relations between homosexuals and belonging to the age group between 31-40 years.

Dedicatoria:

Esta dedicatoria va en memoria a mi padre Enrique Dávila Becerril, que a pesar de que hace 7 meses partió a otra vida, está conmigo en todo momento y a cada paso que doy, papa este logro te lo dedico a ti, gracias por haberme apoyado desde el inicio de mi carrera, tu eres un ejemplo a seguir, tu perseverancia te hizo el gran hombre que fuiste, fuiste lo máspreciado para mí, y no tengo palabras para agradecerte todo lo que hiciste por mí. Tus enseñanzas me ayudan a enfrentar la vida y tu ejemplo me estimula a luchar por lo que quiero. Tus frases célebres estarán en mi mente en cada momento. Gracias papa por haber existido y por ser hoy la luz de mi vida.

Así mismo dedico este trabajo a mi mama Maribel Rodríguez Cruz, por siempre ser mi apoyo y por ser mi guía, mama eres la persona más fuerte que conozco, gracias por estar conmigo siempre, y por enseñarme a seguir adelante a pesar de las adversidades, eres la razón por la que siempre sonríó, no hay nadie como tu mama, eres única y especial en mi vida.

Quiero dedicar y agradecer también a mis hermanos: Luis Enrique Dávila Rodríguez y Mireya Dávila Rodríguez por acompañarme en este duro camino, por apoyarme desde principio hasta fin por ser tan buenos y admirables y sobre todo por darme tanto mal y tanto amor. Son tan increíbles y únicos, son lo mejor que la vida me ha dado, sin duda mi mejor ejemplo de amor y trabajo duro, gracias por estar conmigo en todo momento, son sin duda lo mejor de lo mejor.

Mi trabajo en general va dedicado a mi familia, mi pilar más importante en esta vida, son mi fortaleza y mi impulso para seguir adelante, los amo demasiado, quizás no tenga todas las cosas que quisiera tener, pero tengo el mayor tesoro que existe: tenerlos a ustedes como mi familia.

“No importa si las personas te caen bien o mal, siempre saluda con amabilidad y siempre se humilde”.-- Enrique Dávila Becerril

Agradecimientos:

Agradezco enormemente a la Dra. Ma. Azucena Bello Sánchez por su paciencia, entusiasmo, apoyo y sabiduría al haberme llevado de la mano a lo largo de este proceso, por haberme orientado, aconsejado y revisado con la paciencia, ética y empatía que la caracteriza y juntas haber podido concluir este trabajo.

Así mismo quiero agradecer a todos mis profesores las enseñanzas brindadas por todos y cada uno de ellos a lo largo de estos 3 años que estuve en la especialidad de Medicina Familiar. De todos me llevo algo muy especial y sé que lo aprendido gamas lo olvidare.

De la misma manera, agradezco a todos y cada uno de mis compañeros de la especialidad, me llevo muy gratos recuerdos de estos 3 años, aprendí mucho de ustedes y siempre los llevare en mi corazón.

Por otro lado, también quiero agradecer el apoyo incondicional de mi novio Alejandro Serrano Cruz, por estar conmigo en este largo camino, gracias por amarme, valorarme, comprenderme, caminar a mi lado para alcanzar este sueño.

Y, por último, pero no por eso menos importante, le agradezco especialmente a mi amiga Cristina Paola Aguilar Jaimes, tu apoyo incondicional significa el mundo para mí. Eres una persona increíble, y estoy agradecida por cada momento que compartimos. Cada día me haces sentir más agradecida de tenerte en mi vida. Tus actos de bondad no pasan desapercibidos; gracias por todo y por haber estado en los momentos más difíciles que presente este último año de especialidad, en verdad gracias por ser tan especial, eres una excelente persona con un corazón enorme.

INDICE:	
Contenido	Página
Resumen	III
Summary	IV
Dedicatoria	V
Agradecimiento	VI
Índice	VII
Índice de cuadros	IX
Abreviaturas y siglas	X
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
III. Fundamentación teórica	6
III.1 Epidemiología	6
III.2 Vías de transmisión	8
III.3 Fases de la infección por VIH	9
III.4 Diagnostico	10
III.5 Tratamiento	11
IV. Hipótesis	12
V. Objetivos	14
V.1 General	14
V.2 Específicos	14
VI. Material y Métodos	15
VI.1 Tipo de investigación	15
VI.2 Población o unidad de análisis	15
VI.3 Muestra y tipo de muestra	15
VI.3.1 Criterios de selección	16
VI.3.2 Variables estudiadas	16
VI.4 Procedimiento	16
VI.4.1 Análisis Estadístico	17
VI.4.2 Consideraciones éticas	17
VII. Resultados	19

VIII.	Discusión	26
IX.	Conclusiones	29
X.	Propuestas	30
XI.	Bibliografía	32
XII.	Anexos	37
	XII.1 Hoja de recolección de datos	37
	XII.2 Excepción a la carta de consentimiento informado	38
	XII.3 Carta de no inconvenientes	39
	XII.4 Dictamen de SIRELCIS	40
	XII.5 Carta anti plagio	41

Índice de cuadros:

Cuadro		Página
1	Características de la población en relación a sexo	30
2	Características de la población en relación a la edad	30
3	Características de la población en relación a la ocupación	31
4	Características de la población en relación a la religión	31
5	Características de la población en relación a la escolaridad	32
6	Características de la población en relación al estado civil	32
7	Características de la población en relación al inicio de vida sexual	33
8	Características de la población en relación a la preferencia sexual	34
9	Características de la población en relación a la vía de transmisión	34
10	Características de la población en relación al número de parejas sexuales	35
11	Características de la población en relación a las toxicomanías	36

Abreviaturas y siglas:

OMS: Organización Mundial de la Salud
VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana
SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SSA: Secretaria de Salud
INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía
ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
HSH: hombres que tienen sexo con hombres
PID: Personas que se Inyectan Drogas
IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social
CDC: Centros para el Control y Prevención de Enfermedades
ITS: Infecciones de Transmisión Sexual
GESIDA: Grupo de Estudio de Sida
ELISA: Enzimoinmunoanálisis de adsorción
CD4: Tipo de glóbulo blanco y de linfocito
PPD: Prueba Tuberculínica
VDRL: Venereal Disease Research Laboratory
TAR: Tratamiento Antirretoviral
CVP: Carga Viral Presente
ITIAN: Inhibidores de Transcriptasa Inversa Análogos de los Nucleósidos
INI: Inhibidores de Integrasa
ITINN: Inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de los nucleósidos
UMF: Unidad de Medicina Familiar
SIMF: Expediente Clínico Electrónico del IMSS
IC: Intervalo de confianza

I. Introducción

El VIH/SIDA es uno de los problemas de salud pública más apremiantes que enfrenta la humanidad en las últimas décadas. Es una enfermedad devastadora que tiene un impacto psicológico, social, económico y político devastador en las personas, familias y comunidades afectadas (Crabtree, et al., 2020).

Según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del SIDA de la Secretaría de Salud (SSA), 341 mil 313 personas fueron diagnosticadas con VIH en México desde 1983 al primer semestre de 2022, 278 mil 599 (81.6%) eran hombres y 62 mil 714 (18,4%) eran mujeres. La Ciudad de México es el centro federal con más casos confirmados, 46 mil 653 (13.7%). Precedido por el Estado de México con 34.405 casos (10,1%), el estado de Veracruz con 31.866 casos (9,3%) y el estado de Jalisco con 19.575 casos (5,7%). Los estados que presentaron las tasas más bajas son Aguascalientes con 2.082 (0,6%), Zacatecas con 2.094 (0,6%), Baja California Sur con 2.120 (0,6%) y Durango con 2.221 (0,6%). (INEGI, 2022).

Con la realización de este trabajo de investigación se dará la oportunidad de conocer el perfil epidemiológico de los pacientes con VIH en una unidad de primer nivel de atención, el cual nos permitirá conocer todas aquellas características epidemiológicas para establecer las medidas necesarias en la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno, así como brindar la información recabada al servicio de epidemiología de la UMF 15 para el seguimiento, manejo y control de los pacientes y evitar la progresión de la infección por VIH.

Para poder controlar la enfermedad se requiere la participación de todos los sectores de la población: salud, educación, medios de

comunicación, sociedad civil y personas afectadas por el VIH/SIDA. (Vaillant y Gulick, 2023).

El estudio actual es relevante porque, a pesar de la concientización y el desarrollo de estrategias de prevención en los últimos años, la infección por VIH sigue siendo prevalente y va aumentando en todo el mundo. Actualmente, no existe cura ni vacuna eficaz, lo que plantea un desafío para los esfuerzos sanitarios en todo el mundo.

En diciembre de 2013, el Comité Directivo de ONUSIDA buscó reforzar los esfuerzos de los países para establecer nuevos objetivos de tratamiento del VIH. La estrategia llamada 90-90-90 establece lo siguiente para 2020: las personas que viven con VIH conocen su estado serológico, el 90% de las personas diagnosticadas con VIH continúan recibiendo tratamiento antirretroviral y el 90% de todas las personas que reciben terapia antirretroviral dejaron de recibirlo. (ONUSIDA, 2018).

Por todo ello, creemos que conocer las características de los pacientes con VIH al momento del diagnóstico de la enfermedad nos permitirá definir los grupos diana que puedan servir como referencia para el futuro para implementar programas de prevención.

II. Antecedentes

En el año 2019 se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal con 331 pacientes con VIH/SIDA que buscaron atención en las clínicas especializadas en la ciudad de San Paulo, Brasil, en este estudio los datos fueron recolectados a través de entrevistas cara a cara con el paciente; se observó que el 50.5% eran hombres, en su mayoría de edades comprendidas entre los 30 y los 39 años (40.5%), el 40.5% eran solteros, 82.12% declararon que eran heterosexuales, 12.99% homosexuales y 4.83% bisexuales, así mismo el 84.59% informaron de que habían sido infectados a través de contacto sexual. Se concluye que la mayoría de las personas infectadas con VIH/SIDA que participaron en este estudio eran pacientes jóvenes, con un nivel de educación básica y que declararon que habían sido infectados por vía sexual, lo que demuestra la necesidad de hacer conciencia pública sobre los métodos de prevención del VIH y el diagnóstico precoz, para permitir el tratamiento oportuno. (Castro, et al., 2019).

En 2018 se realizó un estudio transversal con 558 pacientes en Chile. En la primera fase los datos se recogieron en base a datos clínicos, en la segunda fase con datos socioculturales, y la tercera sección consta de: diagnóstico y tratamiento. Las dos últimas secciones son preguntas directas a los pacientes. La mayoría de los pacientes confirmados fueron del sexo masculino con 53.1%, heterosexuales, con edad en promedio de 36,7 años, con escolaridad e ingresos bajos. La conclusión es que, debido a que los pacientes tienen perfiles diferentes según su nivel socioeconómico e ingresos, existe una enorme disparidad a la hora de recibir el tratamiento adecuado y oportuno. (Alarcón, et al., 2018).

En el trabajo realizado por Cevallos, en Madrid, España en el año 2016, sobre un análisis descriptivo transversal, donde se estudiaron las variables de sexo, edad, lugar de nacimiento y mecanismo de transmisión en pacientes que vivían con VIH/SIDA, se concluyó que la tasa de prevalencia por 100.000 habitantes fue de 242.6 casos. El 79.8% eran hombres, la edad media fue de 43.5

años, en relación al mecanismo de transmisión los más relevantes fueron: 41.6% hombres que tienen sexo con hombre (HSH) y 26.8% personas que se inyectan drogas (PID). Por tal motivo se concluye que la población infectada por VIH se caracteriza por el predominio del sexo masculino, con adquisición de relaciones homosexuales y pertenecer un grupo de edad entre 40-49 años. (Cevallos, et al.,2016).

En México en el 2018, se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo transversal y unicèntrico, de 151 pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA que se atendieron en el servicio de infectología en el HGZ32 IMSS, donde la recolección de datos se hizo en una hoja de captación de tasa epidemiológicos; se pudo observar que la mayoría de los casos pertenecen al sexo masculino con 90%. (136casos) con una relación hombre-mujer del 9:1. El promedio de edad para hombres y mujeres fue de 37 años y 40 años respectivamente. El mecanismo de transmisión fue 10% sexual; siendo de estos 90% con tendencia a la homosexualidad, 4% heterosexual y 6% bisexual. Por lo que se concluye que a pesar de la información existente y de la amplia difusión, se requiere aumentar la pesquisa de pruebas rápidas en los diferentes niveles de atención para así detectar los casos nuevos oportunamente y así implementar las acciones y tratamientos adecuados. (Sandoval, et al., 2018).

En el periodo comprendido de enero 2010 a diciembre del 2019, en la ciudad de Guantánamo, Cuba se realizó un estudio descriptivo, constituido por 88 pacientes de 50 años con diagnóstico de VIH/SIDA, donde se determinaron las siguientes variables: edad, sexo, orientación sexual, grupo de pesquisa, diagnostico por año y número de defunciones por sexo. Los resultados que se obtuvieron fue que hubo un predominio del grupo de edad 50 a 59 años en ambos sexos con 68.1%, correspondiendo al sexo masculino en el 79.5%. Del total de las personas diagnosticadas con VIH/SIDA fallecieron 15.9%. En conclusión, se necesita abordar la problemática desde un enfoque clínico epidemiológico diferente, mediante estrategias educativas que nos permitan abordar un buen diagnóstico precoz. (Daudinot, 2022).

Resultado de un estudio realizado en Mayabeque, Cuba en el año 2021, sobre 154 pacientes con VIH, a través de un muestreo aleatorio, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, donde se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, orientación sexual, antecedente de ITS, el tiempo de evolución y las manifestaciones clínicas; donde la información se obtuvo a través, de entrevista, historia clínica y de salud familiar. Los resultados obtenidos fueron el rango de edad que predominó fue de 20 a 29 años en un 34.7%, donde el 44.3% tenían una orientación bisexual, predominando los de 5 años o menos de diagnóstico en un 53.7% y las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron fiebre 95.7% y pérdida de peso en el 86.3%. Por lo que se concluyó que la enfermedad predomina en adultos jóvenes, con antecedente de otras ITS y con conductas de riesgo. (Carbajales y Medina, 2021).

III. Fundamentación teórica

El VIH es un virus que afecta el sistema inmunológico celular principalmente y pertenece a la familia de los lentivirus, por lo que es considerado un retrovirus. (Abdulghani, et al., 2020)

Debido a la propagación entre especies de un virus que infecta a los chimpancés, se cree que los primeros casos humanos de infección por VIH se produjeron en la República Democrática del Congo (África) alrededor de 1920. La información actualmente disponible apunta al inicio de la actual epidemia a mediados de 1970, que finalmente se extendió por todo el mundo. (Abdulghani, et al., 2020)

La palabra SIDA fue usada por primera vez en septiembre de 1982. Los primeros casos de mujeres con parejas con SIDA se informaron a la CDC en enero de 1983. De tal manera en septiembre de 1983 se determinaron las principales vías de transmisión del VIH, descartando la transmisión por alimentos, agua, aire o superficies. (Abdulghani, et al., 2020)

III.1 Epidemiología:

Durante el periodo 2010-2020, hubo una disminución del 31% en los casos nuevos, pasando de 2.1 millones a 1.5 millones en el 2020. En el mismo periodo, las nuevas infecciones por el VIH en niñas y niños descendieron 53%, de 320 mil (210–510 mil) en 2010 a 150 mil (100–240mil) en 2020. En 2020, alrededor de 680 mil (480 mil–1 millón) personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida, con una disminución de más de 64%, respecto a 2004 (año con mayor número de defunciones) y de 48% respecto a 2010. (INEGI, 2021)

En el mundo durante 2020, hubo 37.7 millones personas con diagnóstico de VIH: de las cuales 36.0 millones eran personas adultas mayores de 15 años y 1.7 millones eran niños de 0-14 años. (SSA, 2020)

En el año 2021, a nivel nacional hubo 4 662 fallecimientos por la infección de VIH: 3 896 fueron hombres y 766 mujeres. Por ende, la tasa de mortalidad se estableció en 3.7 fallecimientos por cada 100 mil personas. Lo relevante de estas defunciones fue que 40.3 % de las muertes, los pacientes no contaban con afiliación a una institución de salud, por lo que no contaban con diagnóstico ni tratamiento. Veracruz ocupó el primer lugar a nivel nacional por contar con 605 fallecimientos. (INEGI, 2021)

En México se han diagnosticado 341 313 personas con VIH desde 1983 y hasta el primer semestre de 2022. Con una prevalencia 81.6 % en hombres y 18.4 % en mujeres. La ciudad de México es la entidad federativa que ocupa el primer puesto, con la mayor cantidad de casos diagnosticados, con 13.7 %, seguida por el Estado de México, con 10.1 %; seguido de Veracruz 9.3 % y Jalisco, con 5.7 %. (SSA, 2020)

El periodo comprendido del 2010 a julio de 2022 se registraron 168 293 casos nuevos de VIH. Sin embargo, el año de mayor prevalencia fue el 2018, con 17 486 casos. (INEGI, 2021)

En México el sexo de mayor prevalencia es el masculino en un 90%, con una relación hombre-mujer de 9:1. Las edades de mayor prevalencia fueron de 19-84 años para hombres y de 25-54 años en mujeres. (Sandoval et al., 2018).

En cuanto a la religión la mayoría de los pacientes se declaran como católicos en un 37.9%, espiritualistas en un 25.3%, evangélicos 19.3% y un 17.5% no tenían ninguna religión o creencia. Así mismo en cuanto a la religión se determinó que el 47% de los pacientes informaron haber completado la primaria, 36.1% la secundaria y el 16.9% haber cursado la educación superior completa. (Morales, et al., 2021).

Con respecto al estado civil Villena (2019) demostró que en relación al estado civil el 49.48% de los pacientes infectados con VIH, eran solteros, en contraste en otro estudio halló que el 54.2% de los infectados con VIH eran casados. Las personas solteras tienden a tener una vida sexual más liberal y abierta con tendencia a la promiscuidad.

El estudio de Huánuco encontró que el 60% de los pacientes tenía nivel secundario, y sólo el 10% tenía nivel superior. Esto puede estar relacionado con el hecho de que niveles más altos de educación conducen a un mejor conocimiento de las enfermedades y las formas de prevenirlas (Indacohea y Villena, 2021).

Desde en relación al número de parejas sexuales, se divide en dos categorías: pacientes promiscuos y pacientes no promiscuos donde se encuentra que la prevalencia de pacientes promiscuos es de un 85,43%. (Indacohea y Villena, 2021).

En cuanto a la ocupación de los pacientes con VIH Cabrera (2018) concluyó que el 34.3% son pensionados o jubilados, el 50% son empleados, los que trabajan por cuenta propia en un 24.3% y los que realizan otras actividades en un 12.8%. Acerca del número de parejas sexuales, se subdividió en dos grupos: pacientes promiscuos y no promiscuos (la definición de promiscuo incluye a aquellos pacientes que tuvieron más de dos parejas sexuales, según la OMS), siendo un 85,43 %.

III.2 Vías de transmisión:

Vía sexual: Se da por la penetración (anal, vaginal u oral) sin el uso de protección (condón) con alguien que vive con el VIH. Si hay presencia de lesiones ulcerativas, como sífilis, herpes genital y linfogranuloma, se aumenta el riesgo ya que las úlceras facilitan la entrada del virus. (Abdulghani, et al., 2020)

Vía sanguínea: Se da por compartir agujas, jeringas y utensilios que hayan estado en contacto con sangre; al perforar la piel con instrumentos

(tatuajes, agujas de acupuntura, perforaciones/perforaciones en las orejas) que no hayan estado debidamente esterilizadas. (Abdulghani, et al., 2020)

Vía materno-infantil: Solo ocurre en 1 de cada 5 embarazos de mujeres con VIH que no reciben tratamiento o que tienen una carga viral detectable en sangre. (Abdulghani, et al., 2020)

En México, un estudio determinó que el mecanismo de transmisión más prevalente es el sexual en un 100%, de los cuales los pacientes tenían una preferencia homosexual en el 90%, heterosexuales en un 4% y bisexuales 6%. (Sandoval, et al., 2018).

III.3 Fases de la infección por VIH:

Fase temprana: Es la infección aguda. Aparece de 2 a 10 semanas después de que una persona se infecta con el virus. Los síntomas mas frecuentes son fiebre, dolor de cabeza, inflamación de los ganglios linfáticos y erupción maculopapular o morbiliforme diseminada en el tronco y los brazos. En esta fase el virus se multiplica rápidamente y se propaga a todo el cuerpo. (GESIDA, 2022)

Fase intermedia: Es la infección asintomática o latencia clínica, por lo que se considera que es la etapa crónica. El virus continúa replicándose destruyendo los linfocitos CD4, en esta fase solo puede presentarse adenomegalias como única manifestación clínica. (GESIDA, 2022)

Fase avanzada: Es la etapa llamada SIDA. Hay destrucción del sistema inmunológico por parte del virus, por lo que hay susceptibilidad a que se presenten infecciones oportunistas y tumores (como Pneumocystis spp. sarcoma de Kaposi, tuberculosis diseminada o atípica y neumonía). Además, en ocasiones hay presencia de una serie de

síntomas clínicos como fiebre, diarrea o pérdida de peso, debido el crecimiento descontrolado del virus. (GESIDA, 2022)

III.4 Diagnóstico:

La prueba rápida es el paso inicial para diagnosticar con precisión y rapidez la infección por VIH. Al obtener el resultado nos la pauta para la implementación de una serie de intervenciones, como la realización de una vigilancia epidemiológica suficiente, la prevención de la progresión de la enfermedad y el manejo de la terapia antirretroviral, entre otras. (SSA, 2020)

Para el diagnóstico se utilizan dos pruebas, la prueba ELISA es la más empleada de primera instancia debido a su alta sensibilidad. Si los resultados son positivos, se procede a realizar una prueba confirmatoria llamada Western blot. Estas pruebas se realizan utilizando muestras de sangre o saliva. Siempre que se vaya a realizar una prueba de detección del VIH debe darse a todo paciente el consentimiento informado. (SSA, 2020)

Del mismo modo siempre debemos contar con el número de células T CD4 ya que nos permite estimar el riesgo de contraer infecciones oportunistas. El recuento de células CD4 disminuyen alrededor de 700/L después de la seroconversión. Cuando el recuento de linfocitos CD4 es menor de 200 células/L se establece el diagnóstico final de la enfermedad que comprende la etapa de SIDA. (ONUSIDA,2018)

El principal indicador de la tasa de replicación del virus es la carga viral. Es importante esta determinación porque nos permite estadificar al paciente. Los pacientes que cuentan con cargas virales superiores a 30.000/ μ L tienen 20 veces más riesgo de morir de SIDA que los que tienen una carga indetectable. (SSA, 2020)

Por otra parte, como parte del manejo integral del paciente se debe solicitar a todo paciente test para descartar tuberculosis (PPD), citomegalovirus, sífilis (RPR o VDRL), test de gonococo y de clamidia, serología de hepatitis A, B y C, y anticuerpos anti-Toxoplasma para determinar el estado basal del paciente. (SSA, 2020)

III.5 Tratamiento:

El tratamiento retroviral tiene como principales objetivos el lograr la supresión máxima y duradera de la CVP, restaurar y preservar la función inmunológica, reducir la morbilidad y su impacto en otras comorbilidades, aumentar la supervivencia y prevenir la transmisión del VIH. Todo tratamiento antirretroviral debe individualizarse para así establecer el mejor momento para comenzarlos, de acuerdo al estado físico, clínico, psicológico y emocional del paciente. (ONUSIDA, 2018)

A todo paciente con VIH, se recomienda administrar TAR, con el fin de prevenir la progresión de la enfermedad, limitar el impacto negativo sobre las posibles comorbilidades y prevenir la propagación del virus. (GESIDA,2022)

Se recomienda iniciar el TAR tan pronto como sea posible, idealmente en los primeros 14 días tras el diagnóstico. (GESIDA,2022)

En la actualidad los tratamientos iniciales recomendados consisten en una combinación de dos o tres fármacos. Los principales esquemas empelados son: el esquema triple debe incluir dos ITIAN asociados a un INI, a un ITINN o a DRV/p. Así mismo el único esquema doble permitido por el consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el SIDA consiste en la combinación de un ITIAN (3TC) y un INI (DTG). Utilizando estas bases de tratamiento se consigue una CVP <50 copias/mL a las 48 semanas de tratamiento en más del 85% de los casos. (GESIDA,202

IV. Hipótesis

Ho. La prevalencia del sexo masculino en los pacientes con VIH en una unidad de primer nivel es igual o menor a 55.5 %

Ha. La prevalencia del sexo masculino en los pacientes con VIH en una unidad de primer nivel es mayor a 55.5%

Ho. La prevalencia de pacientes de 30-40 años con VIH en una unidad de primer nivel es igual o menor a 40 %

Ha. La prevalencia de pacientes de 30-40 años con VIH en una unidad de primer nivel es mayor a 40%

Ho. La prevalencia de pacientes solteros con VIH en una unidad de primer nivel es igual o menor a 49.48 %

Ha. La prevalencia de pacientes solteros con VIH en una unidad de primer nivel es mayor a 49.48%

Ho. La prevalencia de pacientes católicos con VIH en una unidad de primer nivel es igual o menor a 25.3%

Ha. La prevalencia de pacientes católicos con VIH en una unidad de primer nivel es mayor a 25.3%

Ho. La prevalencia de pacientes homosexuales con VIH en una unidad de primer nivel es igual o menor a 90 %

Ha. La prevalencia de pacientes homosexuales con VIH en una unidad de primer nivel es mayor a 90%

Ho. La prevalencia de pacientes que tuvieron una transmisión sexual de VIH en una unidad de primer nivel es igual o menor a 100 %

Ha. La prevalencia de pacientes que tuvieron una transmisión sexual de VIH en una unidad de primer nivel es mayor a 100%

Ho. La prevalencia de pacientes que tienen escolaridad licenciatura con VIH en una unidad de primer nivel es igual o menor a 52.4 %

Ha. La prevalencia de pacientes que tienen escolaridad licenciatura con VIH en una unidad de primer nivel es mayor a 52.4%

Ho. La prevalencia del tabaquismo en pacientes con VIH en una unidad de primer nivel es igual o menor a 35 %

Ha. La prevalencia de tabaquismo en pacientes con VIH en una unidad de primer nivel es mayor a 35%

Ho. La prevalencia de pacientes con VIH con vida sexual promiscua en una unidad de primer nivel es igual o menor a 85.43%

Ha. La prevalencia de pacientes con VIH con vida sexual promiscua en una unidad de primer nivel es mayor a 85.43%

Ho. La prevalencia de pacientes que tienen una ocupación de empleado con VIH en una unidad de primer nivel es igual o menor a 50%

Ha. La prevalencia de pacientes que tienen una ocupación de empleado con VIH en una unidad de primer nivel es mayor a 50%

V. Objetivos

V.1. Objetivo General

Determinar el perfil epidemiológico de paciente con VIH en una unidad de primer nivel de atención

V.2. Objetivos Específicos

-Determinar los factores socioculturales que influyen en presentar infección por VIH:

- Sexo
- Escolaridad
- Estado Civil.
- Edad
- Religión.
- Ocupación

-Determinar conductas de riesgo que influyen en presentar infección por VIH:

- Toxicomanias
- Mecanismo de transmisión.
- Inicio de vida sexual
- Número de parejas sexuales
- Preferencia sexual

VI. Material y Métodos:

VI.1 Tipo de investigación:

Se realizó un estudio observacional, transversal descriptivo, restropectivo; de los pacientes con diagnóstico de VIH, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No 15, del Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación Querétaro.

VI.2 Población o unidad de análisis:

Se elaboró una revisión de expedientes de pacientes con VIH positivo atendidos en la UMF 15, Querétaro.

VI.3 Muestra y tipo de muestra:

El tamaño de la muestra se obtuvo con la fórmula para estudios descriptivos para población infinita; con nivel de confianza del 95%:($Z\alpha=1.64$), prevalencia del nivel socioeconómico bajo de 50% ($p=0.50$), y margen de error del 5 %. ($d= 0.05$)

$$n=(Z\alpha^2PQ)/D^2$$

n: Es el tamaño de la muestra que se desea conocer.

$Z\alpha$: La distancia de la medida del valor significativo propuesto

P: Proporción de sujetos, portadores del fenómeno de estudio: 0.50

Q: 1-P complementario, sujetos que no tienen la variable de estudio:

0.50

D: Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar:

0.05

$$n= ((1.64)^2(0.5)(0.5))/(0.05)^2$$

$$n= (2.6896) (0.5) (0.5) / (0.0025)$$

$$n= (0.6724) / (0.0025)$$

$$n=225.9$$

$$n=226$$

VI.3.1 Criterios de selección:

Se incluyeron expedientes de pacientes con diagnóstico confirmado de VIH, derechohabientes de la UMF 15. Se realizó exclusión de todos aquellos expedientes que no contaron con los datos completos requeridos. No hubo criterio de eliminación.

VI.3.2 Variables estudiadas

Las variables a estudiar fueron variables sociodemográficas: edad, sexo, religión, escolaridad, ocupación, estado civil y conductas de riesgo: preferencia sexual, toxicomanías, número de parejas sexuales, inicio de vida sexual activa y mecanismo de transmisión.

VI.4 Procedimientos

Posterior a la autorización por el comité local de investigación, se solicitó permiso mediante oficio firmado por la directora de tesis, a las autoridades correspondientes para realizar la investigación.

Se acudió al departamento de epidemiología de la UMF 15 para solicitar el censo de los pacientes con diagnóstico confirmado de VIH, previa autorización del director de la misma.

Se acudió en un horario matutino y vespertino a la Unidad de Medicina Familiar No 15 de la delegación 23 de Querétaro, y con el permiso del Jefe de departamento Clínico se pudo ingresar al sistema SIMF y de acuerdo al censo de pacientes con diagnóstico de VIH se procedió a la revisión de los expedientes; posteriormente se seleccionaron todos aquellos expedientes que contaban con la información completa requerida y se realizó una base de datos, en relación a una hoja de recolección.

VI.4.1 Análisis estadístico

Se realizó un análisis estadístico descriptivo. Para las variables cualitativas, el análisis descriptivo se realizará con frecuencias y porcentajes y las variables cuantitativas, se emplearán media y desviación estándar. Se utilizarán tablas y gráficos para presentar la información.

VI.4.2 Consideraciones éticas

Se consideró la reglamentación ética vigente al someterse a un comité de investigación local en salud, ante el cual se presentó su revisión, evaluación y aceptación. Únicamente se usó para el cumplimiento de los objetivos del estudio. Dentro del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en su artículo 17 esta investigación se clasificó como una investigación sin riesgo, debido que es un estudio que empleó técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos.

También se obtuvo una conciliación de acuerdo a los principios éticos:

- **AUTONOMÍA.** Por tratarse de una investigación donde NO se obtuvo una participación del paciente no se requiere de su autorización, pero si una excepción del consentimiento informado, además el compromiso como investigadores de resguardar la información y la confidencialidad de los datos obtenidos de los expedientes.

- **BENEFICENCIA.** Los datos obtenidos, nos permitieron identificar las características actuales de la población con VIH con el objetivo de darlos a conocer a las autoridades correspondientes y de la delegación Querétaro para la adecuada programación de actividades inherentes a este tema prioritario.

- **NO MALEFICENCIA.** Al tratarse de un estudio transversal y cuya participación de los investigadores fue exclusivamente observacional, no se modificaron variables fisiológicas o psicológicas de los individuos, por lo cual, no se exponen a riesgos a los sujetos de investigación.

- JUSTICIA. Se incluyeron los pacientes, independientemente de su religión, filiación política, nivel socioeconómico, género, prácticas sexuales u otra condición de discriminación potencial.

VII. Resultados

Cuadro 1. Características de la población en relación al sexo.

			IC 95%	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	MINIMO	MAXIMO
MASCULINO	202	89.4	85.4	93.4
FEMENINO	24	10.6	6.6	14.6

n=226

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por investigador "Perfil epidemiológico de pacientes con VIH en una unidad de primer nivel de atención", 2023.

De los 226 pacientes estudiados se encontró que el sexo masculino fue del de mayor prevalencia con 89.4 % (IC 95%: 85.4-93.4). (Cuadro 1)

Cuadro 2. Características de la población en relación a la edad.

			IC 95%	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	MINIMO	MAXIMO
10 A 20 AÑOS	1	0.4	0.4	1.2
21 A 30 AÑOS	60	26.5	20.7	32.3
31 A 40 AÑOS	101	44.7	38.2	51.2
41 A 50 AÑOS	34	15	10.3	19.7
51 A 60 AÑOS	22	9.7	5.8	13.6
61 A 70 AÑOS	4	1.8	0.1	3.5
71 A 80 AÑOS	4	1.8	0.1	3.5

n=226

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por investigador "Perfil epidemiológico de pacientes con VIH en una unidad de primer nivel de atención", 2023

Los grupos de edad que predominaron fueron: 31 a 40 años con 44.7% (IC 95%: 38.2-51.2) seguido del de 21 a 30 años con 26.5% (IC 95% 20.7-32.3). (Cuadro 2)

Cuadro 3. Características de la población en relación a la ocupación.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	IC 95%	
			MINIMO	MAXIMO
EMPLEADO	177	78.3	72.9	83.7
OBRERO	1	0.4	0.4	1.2
PROFESIONISTA	21	9.3	5.5	13.1
AMA DE CASA	12	5.3	2.4	8.2
JUBILADO	8	3.5	1.1	5.9
OTRO	7	3.1	0.8	5.4

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por investigador "Perfil epidemiológico de pacientes con VIH en una unidad de primer nivel de atención", 2023.

En cuanto a la ocupación 78.3% (IC 95%: 72.9-83.7) son empleados, el 9.3% (IC 95%: 5.5-13.1) profesionistas, 5.3% (IC 95%: 2.4-8.2) fueron amas de casa y 3.5%(IC 95%: 1.1-5.9) son jubilados. (Cuadro 3)

Cuadro 4. Características de la población en relación a la religión.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	IC 95%	
			MINIMO	MAXIMO
CATOLICO	85	37.6	31.3	43.9
CRISTIANO	1	0.4	0.4	1.2
TESTIGO DE JEHOVA	4	1.8	0.1	3.5
NINGUNO	136	60.2	53.8	66.6

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por investigador "Perfil epidemiológico de pacientes con VIH en una unidad de primer nivel de atención", 2023

Con respecto a la religión se pudo observar que 60.2% (IC 95%: 53.8-66.6) de los pacientes no profesaban ninguna religión y solo el 37.6% (IC 95%: 31.3-43.9) eran católicos. (Cuadro 4)

Cuadro 5. Características de la población en relación a la escolaridad.

	n=226			
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	MINIMO	IC 95% MAXIMO
PRIMARIA	1	0.4	0.4	1.2
SECUNADARIA	24	10.6	6.6	14.6
BACHILLERATO	95	42.0	35.6	48.4
TECNICO	2	0.9	0.3	2.1
LICENCIATURA	101	44.7	38.2	51.2
POSGRADO	3	1.3	0.8	5.4

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por investigador “Perfil epidemiológico de pacientes con VIH en una unidad de primer nivel de atención”, 2023.

En relación a la escolaridad prevaleció licenciatura con 44.7% (IC 95%: 38.2-51.2), seguido de los que cuentan con bachillerato 42.0% (IC 95%: 35.6-48.4) y en menor porcentaje con 1.3% (IC 0.8-5.4) los que contaban con algún posgrado. (Cuadro 5)

Cuadro 6. Características de la población en relación al estado civil.

	n=226			
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	MINIMO	IC 95% MAXIMO
SOLTERO	161	71.2	65.3	77.1
UNION LIBRE	35	15.5	10.8	20.2
CASADO	18	8.0	4.5	11.5
DIVORCIADO	1	0.4	0.4	1.2
VIUDO	11	4.9	2.1	7.7

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por investigador “Perfil epidemiológico de pacientes con VIH en una unidad de primer nivel de atención”, 2023.

Del 100% de los pacientes al momento del estudio 71.2%(IC 95%: 65.3-77.1) eran solteros y 15.5% (IC 95%: 10.8-20.2) permanecían en unión libre al momento del estudio. (Cuadro 6)

Cuadro 7. Características de la población en relación al inicio de vida sexual.

	n=226			
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	MINIMO	IC 95% MAXIMO
6 A 11 AÑOS INFANCIA	5	2.2	0.3	4.1
12 A 18 AÑOS ADOLESCENCIA	151	66.8	60.7	72.9
18 A 26 AÑOS JUVENTUD	70	31.0	25.0	37.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por investigador “Perfil epidemiológico de pacientes con VIH en una unidad de primer nivel de atención”, 2023.

En cuanto a las prácticas de riesgo el grupo de edad que predominó para el inicio de la vida sexual fue la adolescencia que comprende de los 12 a los 18 años con 66.8% (IC95%: 60.7-72.9). (Cuadro 7)

Cuadro 8. Características de la población en relación a la preferencia sexual.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	IC 95%	
			MINIMO	MAXIMO
HOMOSEXUAL	158	69.9	63.9	75.9
HETEROSEXUAL	51	22.6	17.1	28.1
BISEXUAL	17	7.5	4.1	10.9

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por investigador “Perfil epidemiológico de pacientes con VIH en una unidad de primer nivel de atención”, 2023.

Existió un predominio de la orientación sexual homosexual en 69.9% (IC 95%: 63.9-75.9) de los pacientes, seguido de los heterosexuales con 22.6% (IC 95%: 17.1-28.1). (Cuadro 8)

Cuadro 9. Características de la población en relación a la vía de transmisión.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	IC 95%	
			MINIMO	MAXIMO
SEXUAL	221	97.8	95.9	99.7
SANGUINEA	5	2.2	0.3	4.1

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por investigador “Perfil epidemiológico de pacientes con VIH en una unidad de primer nivel de atención”, 2023.

La vía de transmisión que sobresalió fue la sexual con 97.8% (IC 95%: 95.9-99.7) y en menor porcentaje con el solo 2.2% la vía sanguínea. (Cuadro 9)

Cuadro 10. Características de la población en relación al número de parejas sexuales.

	n=226			
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	MINIMO	IC 95% MAXIMO
1 A 10 PAREJAS SEXUALES	178	78.8	73.5	84.1
11 A 20 PAREJAS SEXUALES	25	11.1	7.0	15.2
21 A 30 PAREJAS SEXUALES	10	4.4	1.7	7.1
31 A 40 PAREJAS SEXUALES	4	1.8	0.1	3.5
51 A 99 PAREJAS SEXUALES	2	0.9	33.6	46.4
100 A 300 PAREJAS SEXUALES	7	3.1	0.8	5.4

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por investigador “Perfil epidemiológico de pacientes con VIH en una unidad de primer nivel de atención”, 2023.

Así mismo se pudo determinar que la mayoría de los pacientes presentaba una alta promiscuidad con un promedio de 1-10 parejas sexuales representado con un 78.8% (IC 95%: 73.5-84.1). (Cuadro 10)

Cuadro 11. Características de la población en relación a las Toxicomanías.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	IC 95%	
			MINIMO	MAXIMO
TABAQUISMO	26	11.5	7.3	15.7
CONSUMO DE DROGAS	11	4.9	2.1	7.7
NINGUNA	189	83.6	78.8	88.4

n=226

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por investigador “Perfil epidemiológico de pacientes con VIH en una unidad de primer nivel de atención”, 2023.

Y por último en cuanto a toxicomanías con 83.6% (IC 95%: 78.8-88.4) de los pacientes negaron consumir algún tipo de sustancia y solo con 11.5% (IC 95%: 7.3-15.7) tenía una predilección por el tabaco. (Cuadro 11)

VIII. Discusión

En este estudio se estudiaron a 226 pacientes cuyas características fueron principalmente del sexo masculino con 89.4% y que se encuentran en un rango de edad entre los 31-40 años con 44.7%; que, en comparación con un estudio efectuado en Sao Paulo, Brasil por Castro en el 2019, mostraron resultados parecidos, con 650 pacientes, en donde se encontró que el rango de edad con mayor concentración de pacientes con VIH es de los 30-39 años en un 40.5% y con una prevalencia del 50.45% del sexo masculino; se pudo determinar esta situación debido a que las personas que se encuentran en estos rangos de edad tienen una vida sexual más activa y por ende el que sean hombres por su misma naturaleza los impulsa a tener muchas relaciones sexuales o en dado caso no tener un control.

Con respecto a la ocupación y escolaridad Villena e Indacochea en su estudio realizado en Lima, en el 2019, con 487 pacientes, se observó que la mayoría de los pacientes tenían una ocupación no profesionalista en 86.0% y con una escolaridad de bachillerato en el 85.9% , que en relación a este estudio 78.3% afirmaron ser empleados con una escolaridad de licenciatura en 44.7%. Lo que nos permite determinar que, aunque se tenga un nivel educativo bueno, y se tengan conocimientos sobre los factores de riesgo sobre adquirir el VIH, los jóvenes y adultos no lo aplican a su vida cotidiana, por lo que se determina que el conocimiento no impide que sean vulnerables, puesto a que no toman ni siguen las medidas preventivas.

Así mismo de acuerdo al estado civil Castro (2019) demostró que su estudio efectuado con 650 pacientes, 40.48% permanecían solteros y que 35.95% negaban pertenecer a algún tipo de religión, datos que tienen similitud con nuestro estudio ya que 60.2% no profesaban ninguna religión y 71.2% estaban solteros al momento del estudio. Esto se debe a que cuando se tiene una pareja estable la conducta de promiscuidad se ve modificada por la monogamia.

En otro estudio realizado por Castro y colaboradores en Madrid en el 2016, donde se analizaron 147 pacientes, se determinó que la identidad sexual de predominio fue la homosexualidad en 64.9% y con una vía de transmisión sexual de 62%, que en este estudio comparte dichos resultados ya que 69.9% tenían una preferencia sexual de homosexualidad con una prevalencia de 97.8% de vía de transmisión sexual. El alto porcentaje de hombres con tendencia a la homosexualidad que son seropositivos significa que, como grupo, tienen un mayor riesgo de exposición al VIH, así mismo las actitudes negativas como la homofobia, estigma y la discriminación acerca de la preferencia sexual podría desanimar a los hombres homosexuales a hacerse el tamizaje de esta patología y de buscar atención médica para prevenir y tratar la enfermedad. Así mismo la mayoría de los homosexuales contraen la infección por medio de las relaciones sexuales por vía anal, lo que es un factor de riesgo importante ya que la mucosa del recto es delgada y puede lastimarse o generar lesiones que permitan que el virus penetre al cuerpo.

Acerca del número de parejas sexuales en este estudio se determinó que la mayoría de los pacientes contaban con 1 a 10 parejas sexuales en 78.8%, considerando a este tipo de pacientes promiscuos (la definición promiscua incluye a aquellos pacientes que tuvieron más de dos parejas sexuales, según la OMS). Un estudio encontró realizado por Villegas Prado en el 2019 determino que 84.8% habían tenido dos a tres parejas sexuales luego de saber que tenían el diagnóstico de VIH. Dentro de este grupo se determinó que 50.3% no presentaba ninguna toxicomanía, resultado que se comparte con este estudio ya que 83.6% negaron consumir algún tipo de sustancia nociva para la salud. Esto se ve favorecido por las prácticas sexuales de riesgo tales como la falta de uso de preservativos, el consumo de sustancias nocivas para la salud y/o el ambiente en el que ocurren.

Por ultimo un estudio epidemiológico realizado en Chile, por Veges y colaboradores en el 2019, con 73 paciente, obtuvo que 34.7% iniciaron su vida

sexual en la adolescencia, resultado similar al de este estudio donde 66.8% inicio su vía sexual en un promedio de edad 12 a 18 años, que corresponde a la etapa de adolescencia. La presencia de relaciones sexuales en una edad temprana se debe a situaciones como presión y aceptación social, falta de apoyo familiar para la búsqueda de métodos de planificación familiar tipo barrera para evitar contraer la enfermedad.

IX. Conclusiones

En cuanto a los factores socioculturales se determinó que el sexo de mayor prevalencia fue el masculino en 89.4%, en un rango de edad entre 31 a 40 años con 44.7%; en cuanto a la ocupación 78.3% fueron empleados, con una escolaridad de licenciatura en 44.7%. La mayoría de la población de este estudio refirió no profesar ninguna religión en 60.2% y con estado civil de solteros en 71.2%.

Por ultimo en relación a las conductas de riesgo se encontró que la edad de inicio de la vida sexual fue la adolescencia con 66.8%, con un predominio de la vía sexual como mecanismo de transmisión en 97.8%, así mismo se vio un predominio de la orientación sexual homosexual en 69.9%. La mayoría de los pacientes presentaba una alta promiscuidad con un promedio de 1-10 parejas sexuales representado con un 78.8% y por último en cuanto a toxicomanías con 83.6% de los pacientes negaron consumir algún tipo de sustancia.

X. Propuestas

Como Médico Familiar implementar y poner en práctica en nuestra consulta la estrategia de realizar un interrogatorio dirigido con la finalidad de identificar a todo paciente que tenga conductas de riesgo, para que podamos derivar por medio de una hoja 4-30-200 al servicio de medicina preventiva para la implantación de realizar pruebas rápidas de detección de VIH, con el propósito de hacer un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Continuar haciendo el tamizaje a toda paciente embarazada, por lo menos una vez cada trimestre, para detectar probables casos infección por VIH en el embarazo y evitar la transmisión perinatal.

Poner atención especialmente a los jóvenes, ya que ellos son el principal grupo vulnerable por comportamiento sexual, uso de sustancias ilícitas, falta de acceso a información sobre el VIH y a los servicios de salud o, bien, por razones económicas y sociales.

Es por ello que hay que apoyarnos con el personal de Trabajo social y el Jefe de Enseñanza, para conformar equipos de trabajo con becarios principalmente pasantes de medicina y médicos residentes, que acudan a las escuelas para brindar temas de educación sexual, para que los adolescentes y jóvenes adquieran el conocimiento, las competencias, valores y actitudes necesarias para limitar la transmisión de la infección por VIH. Y así mismo poder evaluar a los residentes según lo estipulado en el Anexo 7, que evalúa el área formativa del residente como profesor.

Así mismo gestionar con el Jefe de Departamento Clínico y el servicio de epidemiología, para normar una capacitación sobre el tratamiento PrEP, que se imparta durante 1 mes, todos los miércoles de sesión general dentro de la UMF, para que todo el personal médico esté capacitado y tenga conocimiento sobre dicho tratamiento y así nosotros como médicos identifiquemos a todas aquellas

personas que hayan tenido una exposición al VIH para poder ofrecerles dicho tratamiento o en dado caso derivarlo al servicio correspondiente, con la finalidad de prevenir la transmisión del virus; ya que la PrEP reduce el riesgo de contraer el VIH en las relaciones sexuales en aproximadamente un 99% cuando se toma de manera sistemática. Entre las personas que se inyectan drogas, la PrEP reduce el riesgo de contraer el VIH en al menos un 74% cuando se toma de manera constante

El siguiente paso para este estudio sería aplicar las formulas estadísticas correspondientes para determinar todas aquellas variables que puedan identificarse como factores principales de riesgo para adquirir la infección por VIH.

XI. Bibliografía

Abdulghani. (2020). infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (vih). síndrome de inmunodeficiencia adquirida. disponible en : www.geuvih.org/wp-content/uploads/2020/10/infección-por-el-virus-de-la-inmunodeficiencia-humana-vih.-síndrome-de-inmunodeficiencia-adquirida.pdf

Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el vih/ sida. comunicado de prensa núm. 710/22 29 de noviembre de 2022. disponible en: www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/eap_luc_havssida_21.pdf

Documento de consenso de gesida/plan nacional sobre el sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (actualización enero 2022). disponible en: https://gesidaseimc.org/wpcontent/uploads/2022/01/guias2022_borrador.pdf

Casanova-seuma jm, garcia de la fuente mr, fernández-armenteros jm, aguayo-ortiz r, sanmartín-novell v. lesiones genitales premalignas y malignas. fmc: formación médica continuada en atención primaria. 2018; 25:270-80.

Lineamientos para la toma, manejo y envío de muestras para diagnóstico a la red nacional de laboratorios de salud pública indre septiembre 2018.

Onusida. 90-90-90: tratamiento para todos. disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/909090>

Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana. disponible en: https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manual/es/37_manual_vih-sida_2020.pdf

- Borrego p, goncalves mf, gomes p, aráujo l, moranguinho i, figueiredo ib, et al. Assessment of the cavid exavir load assay for monring plasma viral load in hiv-2-infected patients. *j clin microbiol.* 2017; 55:2367-79.
- Documento de consenso de gesida/plan nacional sobre el sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. actualización enero 2022. disponible en: <https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2023/01/guiagesidaplannacionalsobreelsidarespectoaltratamientoantirretoviralenadultosinfectadosporelvirusdelainmunodeficienciahumanaactualizacionenero2022.pdf>
- Hoja de ruta de prevención del VIH para 2020. Disponible en: www.cedhnl.org.mx/bs/vih/secciones/planes-y-programas/Hoja-de-ruta-de-prevencion-del-VIH-para-2020.pdf
- Vaillant A., Gulick P. (2023). Practica actal de la enfermedad por VIH. Dispobible en: [Práctica actual de la enfermedad del VIH - StatPearls - Estantería NCBI \(nih.gov\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10000000/)
- Navarrete-Ochoa, B. V., Jiménez-Vázquez, V., Amaro-Hinojosa, M. D., & Orozco-Gómez, C. (2021). Autoeficacia para prevenir el VIH y prácticas sexuales en estudiantes de un bachillerato de Chihuahua, México. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 21(1), 230-244. doi:10.21134/haaj.v21i1.564
- Rodríguez Otero, L.M. y Lara Rodríguez, M.G. (2022). Redes de apoyo en los procesos de estigma asociado al VIH en Nuevo León (México). *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 22(1), 40-54. doi: 10.21134/haaj.v22i1.602
- Treviño-Pérez SC, Vega-Yáñez A, Martínez-Abarca CI, Estrada-Zarazúa G, Pérez-Camargo LA, Borrayo Sánchez G. Atención a personas que viven con VIH en el IMSS. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2022;60 Supl 2:S96-102.
- Martha Campos Muñoz, Daniela de la Claridad Rodriguez, Osmel Daniel Chacon Reyes. Impacto psicosocial del diagnostico del VIH/sida en

la familia Revista Cubana de Medicina General Integrasl. 2023;39 (1):e2025.

Díaz, Y. M. S., Orlando-Narváez, S. A. y Ballester-Arnal, R. (2019). Comportamientos de riesgo para la infección por VIH. Una revisión de las tendencias emergentes. Conductas de riesgo hacia la infección por VIH. Una revisión de tendencias emergentes. *Ciencia & saude coletiva*, 24(4), 1417–1426. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.02322017>

Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS para los grupos de población clave. (2023). Organización Panamericana de la Salud.

Crabtree-Ramírez, B., Belaunzarán-Zamudio, P. F., Cortes, C. P., Morales, M., Sued, O., Sierra-Madero, J., Cahn, P., Pozniak, A. y Grinsztejn, B. (2020). La epidemia del VIH en América Latina: un momento para reflexionar sobre la historia de éxito y los desafíos futuros. *Revista de la Sociedad Internacional del SIDA*, 23(3), e25468. <https://doi.org/10.1002/jia2.25468>

Magidson, J. F., Biello, K. B., Safren, S. A., Rosenberger, J. G., Novak, D. S., Mayer, K. H. y Mimiaga, M. J. (2015). Participación en la atención del VIH y comportamiento de riesgo de transmisión sexual entre hombres que tienen sexo con hombres utilizando redes sociales / sexuales en línea en América Latina. *Atención del SIDA*, 27(8), 1055–1062. <https://doi.org/10.1080/09540121.2015.1017796>

Martin Conde, M. T., Monte Boquet, E., Navarro Aznares, H., Robustillo Cortes, M. L. A., Rodríguez González, C., Serrano López de Las Hazas, J. I. y Morillo-Verdugo, R. (2023). Actualización 2022 de los indicadores de calidad de la atención y atención farmacéutica para personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana. Actualización 2022 de los indicadores para la calidad asistencial y la atención farmacéutica a las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana. *Farmacia hospitalaria : organo oficial de*

expresion cientifica de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, 47(3), 113–120.

<https://doi.org/10.1016/j.farma.2023.01.007>

Carrión, C., Morales, M. M. y Llopis, A. (s/f). *Perfil epidemiológico en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (vih)*. Sidastudi.org. Recuperado el 27 de agosto de 2023, de <https://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/dd3350.pdf>

De Castro Castrighini, C., & Reis, R. K. (s/f). *Caracterización epidemiológica de personas que viven con VIH/sida Caracterización epidemiológica de personas que viven con VIH/SIDA*. Sld.cu. Recuperado el 27 de agosto de 2023, de <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v35n1/1561-2961-enf-35-01-e1683.pdf>

RMdS. (2018, mayo 23). *Prevalencia y perfil epidemiológico de las personas infectadas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en la Comunidad de Madrid*. *Revistamultidisciplinardelsida.com*. <https://www.revistamultidisciplinardelsida.com/prevalencia-y-perfil-epidemiologico-de-las-personas-infectadas-por-el-virus-de-la-inmunodeficiencia-humana-en-la-comunidad-de-madrid/>

Alarcón, A. M., Chahin, C., Muñoz, S., Wolff, M. y Northland, R. (2018). *Perfil de personas con infección por VIH/SIDA: diferencial étnico, económico y socio-cultural en Chile*. *Revista Chilena de Infectología: Organo Oficial de La Sociedad Chilena de Infectología*, 35(3), 276–282. <https://doi.org/10.4067/s0716-10182018000300276>

Camejo, C. S. (2022). *Infección por el VIH/sida en personas de 50 años y más en la provincia de Guantánamo*. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 59(0). <https://revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/view/1152/1136>

Dra, I., Emma, B., Carbajales, L., & li, G. M. (s/f). *Características clínicas y epidemiológicas de pacientes con VIH/sida Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con VIH/SIDA*. Medigraphic.com. Recuperado el 28 de agosto de 2023, de

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2021/cmh213d.pdf>

Vilena-Prado J.J., Indacochea S., (2019). Factores epidemiológicos y conductas de riesgo asociados al estadio sida en pacientes mayores de 15 años con infección VIH. *Revista Sociedad de Peru Medicina Interna*; Vol 32(3).

Gabriela, S., Alonso, C., Dalchiele, Z. A., José, J., Rouco, M., Fiorella, C. y Ferrari. (s/f). *Calidad de vida relacionada a la salud en personas con VIH y factores asociados*. Edu.uy. Recuperado el 28 de agosto de 2023, de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v34n1/1688-0390-rmu-34-01-00003.pdf>

Agustí, C., Martín-Rabadán, M., Zarco, J., Aguado, C., Carrillo, R., Codinachs, R., Carmona, J. M., & Casabona, J. (2018). Diagnóstico precoz del VIH en atención primaria en España. Resultados de una prueba piloto de cribado dirigido basado en condiciones indicadoras, criterios conductuales y de origen [Early diagnosis of HIV in Primary Care in Spain. Results of a pilot study based on targeted screening based on indicator conditions, behavioral criteria and region of origin]. *Atencion primaria*, 50(3), 159–165. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.02.008>

Montúfar Andrade, F., Quiroga, A., Builes, C., Saldarriaga, C., Aguilar, C., Mesa, M. y Zuleta Tobón, J. (2016). Epidemiología de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana en pacientes hospitalizados en una institución de alta complejidad y enseñanza universitaria en Medellín, Colombia. *Infectio: revista de la Asociación Colombiana de Infectología*, 20(1), 9–16. <https://doi.org/10.1016/j.infect.2015.05.004>

Recomendaciones, E. y. (s/f). *DEL PACIENTE ADULTO CON INFECCIÓN POR EL VIH*. Gob.mx. Recuperado el 28 de agosto de 2023, de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guia>

XII. Anexos

XII.1 Hoja de recolección de datos:



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN QUERÉTARO
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 15
 UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
 FACULTAD DE MEDICINA



Ins

Edad:			1.Homosexual
Sexo:	1.Masculino	Preferencia sexual:	2.Heterosexual
	2.Femenino		3.Bisexual
Religión:	1.Catòlica	Toxicomanias	1.Tabaquismo
	2.Cristiana		2.Consumo alcohol
	3.Testigo de Jehová		3.Consumo de drogas
	4.Ninguna		4.Ninguna
Escolaridad:	1.Primaria	Núm. parejas sexuales:	
	2.Secundaria	Inicio de vida sexual:	1.Sexual
	3.Bachillerato		2.Sanguinea
	4.Tècnico		3.Vertical
	5.Licenciatura	Mecanismo transmisión:	1.Empleado
	6.Posgrado		2.Obrero
Estado civil:	1.Soltero		Ocupación:
	2.Union libre	4.Desempleado	
	3.Casado	5.Ama de casa	
	4.Divorciado	6.Jubilado	
	5.Viudo	7.Otros	

XII.2 Excepción a la carta de consentimiento informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Excepción a la carta de consentimiento informado

Fecha: 15 de Julio del 2023

SOLICITUD AL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACION EXCEPCION DE LA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para dar cumplimiento a las disposiciones legales nacionales en materia de investigación en salud, solicito al Comité de Ética en Investigación de **la Unidad de Medicina Familiar No. 15** que apruebe la excepción de la carta de consentimiento informado debido a que el protocolo de investigación **"Perfil epidemiológico de los pacientes con VIH en una unidad de primer nivel"** es una propuesta de investigación sin riesgo que implica la recolección de los siguientes datos ya contenidos en los expedientes clínicos:

- Sexo
- Escolaridad
- Estado Civil.
- Edad
- Religión.
- Toxicomanías
- Mecanismo de transmisión.
- Inicio de vida sexual
- Número de parejas sexuales
- Ocupación

MANIFIESTO DE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCION DE DATOS

En apego a las disposiciones legales de protección de datos personales, me comprometo a recopilar solo la información que sea necesaria para la investigación y esté contenida en el expediente clínico y/o base de datos disponible, así como codificarla para imposibilitar la identificación del paciente, resguardarla, mantener la confidencialidad de esta y no hacer mal uso o compartirla con personas ajenas a este protocolo.


La información recabada será utilizada exclusivamente para la realización del protocolo título del protocolo propuesto cuyo propósito es producto comprometido (tesis, artículo, cartel, presentación, etc.)

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones que procedan de conformidad con lo dispuesto en las disposiciones legales en materia de investigación en salud vigentes y aplicables.

Atentamente 
Ma. Azucena Bello Sánchez.
Investigador Responsable

Excepción a la carta de consentimiento informado

XII.3 Carta de no inconvenientes:

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL	<i>Carta de no inconveniencia</i>
---	-----------------------------------

Fecha: 10 de Julio del 2023


*Comité Local de Investigación en Salud
Comité de Ética en Investigación
Presente*

En mi carácter de Director (a) de la Unidad de Medicina Familiar No. 15 declaro que no tengo inconveniente en que se lleve a cabo en esta Unidad, el protocolo de investigación con título "Perfil epidemiológico de pacientes con VIH en una unidad de primer nivel de atención" que será realizado por la dra. Ma. Azucena Bello Sánchez con matrícula 99234797, como Investigador (a) Responsable en caso de que sea aprobado por ambos Comités de Evaluación.

A su vez, hago mención de que esta Unidad cuenta con la infraestructura necesaria, recursos financieros y personal capacitado para atender cualquier evento adverso que se presente durante la realización del protocolo autorizado.

Sin otro particular, reciba con el presente un saludo cordial.

Atentamente


Dr. Oscar Pérez Ramírez
Director UMF 15

XII.4 Dictamen SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 2201.
H. GRAL REGIONAL NUM 1.

Registro COPEPRIS 17 CI 22 014 021

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 22 CEI 001 2018073

FECHA Lunes, 28 de agosto de 2023

Doctor (a) María Azucena Bello Sánchez

PRESENTE


Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Perfil epidemiológico de paciente con VIH en una unidad de primer nivel de atención** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**.

Número de Registro Institucional

R-2023-2201-099

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


Eduardo Rafael Sánchez Méjía
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2201

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL

XII.5. Carta anti plagio



Resumen del informe



Advertencia: Su documento contiene algunos textos que son casi idénticos a algunos contenidos que encuentra en Internet. Hemos mostrado estos resultados para su información, pero hay una baja posibilidad de plagio. Es posible que desee comprobar los resultados de todos modos.

Página	Similarity
1	5.5%
4	2.9%
6	9.9%
7	6.9%
8	12.4%