

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA UNIDAD
MEDICINA FAMILIAR N° 13
TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.



TEMA:

**“PANORAMA EPIDEMIOLOGICO DE PERSONAS CON VIH/SIDA EN LA UNIDAD
MEDICA FAMILIAR NUMERO 13 DEL IMSS”.**

TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL GRADO DE:

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DRA. MATZA APARICIO JIMENEZ

MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

DIRECTORA Y ASESORA:

DRA. ROCÍO ALEJANDRA MARTÍNEZ CRUZ MÉDICO NO
FAMILIAR

TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS FEBRERO 2024

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA UNIDAD
MEDICINA FAMILIAR N° 13**

TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.



TEMA:

**“ PANORAMA EPIDEMIOLOGICO DE PERSONAS CON VIH/SIDA EN LA UNIDAD
MEDICA FAMILIAR NUMERO 13 DEL IMSS”.**

**TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL GRADO DE: MÉDICO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:

**DRA. MATZA APARICIO JIMENEZ
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N 13**

CORREO

ELECTRONICO: matza_aparicioj@hotmail.com

TELEFONO 9932651301

MATRICULA: 97070896

DIRECTORA Y ASESORA :

DRA. ROCÍO ALEJANDRA MARTÍNEZ CRUZ

**MÉDICO NO FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NO.25**

CORREO ELECTRONICO: mtz.dra@gmail.com

TELEFONO 9612157482

MATRICULA: 99078666

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS FEBRERO 2024.

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA UNIDAD
MEDICINA FAMILIAR N° 13

TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.



TEMA:

"PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DE PERSONAS CON VIH/SIDA EN LA UNIDAD
MÉDICA FAMILIAR NÚMERO 13 DEL IMSS".

TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL GRADO DE:
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DRA. MATZA APARICIO JIMENEZ

MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

DIRECTORA Y ASESORA :

DRA. ROCIO ALEJANDRA MARTINEZ CRUZ

MÉDICO NO FAMILIAR

AUTORIZACIONES:



DR. PAUL CONSTANTINO SANTIESTEBAN
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE
EDUCACIÓN EN SALUD, OOAD CHIAPAS



DR. HECTOR ARMANDO RINCON LEON
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE
INVESTIGACIÓN EN SALUD, OOAD CHIAPAS

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS FEBRERO 2024.

AGRADECIMIENTO

AGRADECIMIENTOS A MI DIRECTOR Y ASESOR DE TESIS.

Quisiera expresar mi más profundo agradecimiento a mi director de tesis, la Dra. Martínez. Su experiencia, comprensión y paciencia contribuyeron a mi experiencia en el complejo y gratificante camino de la investigación. Su guía constante y su fe inquebrantable en mis habilidades me han motivado a alcanzar alturas que nunca imaginé. No tengo palabras para expresar mi gratitud por su inmenso apoyo durante este viaje.

AGRADECIMIENTOS A COLEGAS Y COLABORADORES.

Asimismo, quisiera expresar mi gratitud a todas las personas que contribuyeron con el desarrollo de mi investigación. Agradezco a todos los que me ayudaron a recopilar datos y a aquellos que dedicaron su tiempo a revisar mi trabajo. Los comentarios de mejora, las sugerencias de bibliografía, las entrevistas y sendas conversaciones para revisar conceptos, propuestas y análisis son la base de estas páginas. Esta tesis no sería la que es sin sus recomendaciones.

Contenido

RESUMEN	1
MARCO TEÓRICO	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	26
JUSTIFICACIÓN.....	28
OBJETIVOS	30
Objetivo general	30
Objetivos específicos	30
HIPOTESIS	31
MATERIAL Y METODOS	32
Diseño de estudio	32
Criterios de selección	32
Criterios de inclusión	32
Criterios de exclusión	32
Criterios de eliminación	32
Análisis estadístico	33
Desarrollo del proyecto	33
Instrumento.	33
Variables de estudio	34
RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	36
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	37
RESULTADOS.....	44
DISCUSIÓN.....	53
CONCLUSIÓN	55
PROPUESTAS.....	56
BIBLIOGRAFÍA	57
ANEXOS.	59

RESUMEN

Título: PANORAMA EPIDEMIOLOGICO DE PERSONAS CON VIH/SIDA EN LA UNIDAD MEDICA FAMILIAR NUMERO 13 DEL IMSS

Autores. Investigador principal e investigadores asociados: Dra. Matza Aparicio Jiménez, Residente De Medicina Familiar de tercer año; Dra. Rocío Alejandra Martínez Cruz, Epidemióloga UMF 25.

Antecedentes: En el año 1986 se notifica el primer caso de VIH en Chiapas, actualmente hay un total de 17,433 casos y la proporción es del 5% respecto al nacional (345,980). A nivel mundial el VIH, continúa siendo uno de los mayores problemas de salud pública con una alta tasa de mortalidad.

Objetivo: Describir el panorama epidemiológico de personas con VIH/SIDA en la clínica número 13 del IMSS.

Material y métodos: estudio tipo descriptivo, transversal, que se llevó a cabo en la UMF número 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas en el periodo de marzo 2021 a marzo del 2022, muestreo no probabilístico a conveniencia. La información que se obtuvo se registró en el programa estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 23 en español para su análisis correspondiente, se empleó estadística descriptiva: se realizaron pruebas no paramétricas, medidas de tendencia central, y desviación estándar, con un nivel de confianza del 95%. Se efectuaron medidas de tendencia central (Media, mediana y moda) y medidas de dispersión. Los resultados se presentaron en gráficas de pastel y de barras, con referencia a los objetivos del estudio.

Resultados: 47 casos notificados, de los cuales el 85% es del sexo masculino y el 14.9% restante femenino, el grupo de edad con mayor porcentaje es de 25 a 34 años (44.3%), el mecanismo de transmisión es 100% sexual, el 34% fue diagnosticado en el estadio 1 de la enfermedad, la conducta sexual con mayor porcentaje es de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres

(HSH) con 53.2% y el grado de estudios con mayor porcentaje es licenciatura con 42.6%.

Conclusión: La totalidad de los casos fueron adquiridos por vía sexual, en su mayoría del sexo masculino, donde más del 40% cuentan con un grado académico alto, ubicados en una zona urbana, sin analfabetismo, ni son parte de una comunidad indígena.

Recursos e infraestructura: HUMANOS: Un médico residente en la Especialidad de Medicina Familiar, un asesor metodológico y de contenido. FÍSICOS: Área física: Unidad de Medicina Familiar No. 13 del IMSS.

Palabras clave: VIH, SIDA, epidemiología, panorama.

MARCO TEÓRICO

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH), es un patógeno viral que se encarga de debilitar al sistema inmunológico de la persona infectada hasta provocar el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, si no se administra un tratamiento con antirretrovirales de manera oportuna.¹

El descubrimiento del VIH fue en el año de 1983 primeramente, en París en el Instituto Pasteur y al año siguiente por el grupo de Robert Gallo en Bethesda Estados Unidos, en el Instituto Nacional de Cáncer.¹

Según la clasificación el VIH se puede identificar dos tipos, el VIH-1 y el VIH-2 que tienen un 40-50% de homología genética y una organización genómica similar, sin embargo, el causante de la pandemia mundial del síndrome de inmunodeficiencia adquirida es el VIH-1. Por otra parte, aunque el VIH-2 también produce SIDA, no es tan patogénico y transmisible como el VIH-1.¹

Existe la teoría en el cual se piensa, que el origen de la infección causada por el VIH en la raza humana provino de una variedad de chimpancé en el continente africano.¹

En la versión del virus en los chimpancés, llamado virus de inmunodeficiencia simia (VIS), el virus se transmitió del chimpancé al hombre a finales de los años ochenta. El medio de transmisión más factible fue al entrar en contacto con sangre infectada, al consumir carne de chimpancé.^{1,2}

Posteriormente la infección por VIH se mantuvo limitada a pequeños grupos de población hasta que alcanzó un núcleo urbano y donde se expandió, luego se propagó lentamente por toda África durante los años setenta. La vía de diseminación probablemente fue por transmisión sexual y por el contacto con materia contaminada.^{1,2}

El VIH desde su ingreso al continente americano a finales de los años 70, provoco los primeros registros de casos de la enfermedad en los Estados Unidos en estadios más graves durante los años de 1980 al 1981.¹

La clasificación del VIH-1 se ha realizado en tres grupos, de acuerdo con su homología genética en; grupo principal o main (M), grupo outlier (O), y grupo no M, no O (N). A su vez el grupo main se subdivide en 9 partes y en cepas recombinantes los cuales se forman por la composición de fragmentos genómicos, entre los nueve subtipos y se denominan “formas recombinantes circulantes” (CFR).¹

HISTORIA DEL VIH-SIDA EN MEXICO

En 1983 se reportó el primer caso de SIDA en México por el Instituto Nacional de la Nutrición, Salvador Zubirán.⁵

La presentación de la enfermedad en sus inicios era muy diferente a los conocidos y no se podía confirmar el diagnóstico por estudios de gabinete. La presentación clínica con mayor frecuencia era un hombre en etapa de joven con disminución de peso acelerado, evacuaciones frecuentes diarreicas, candidiasis orofaríngea, lesiones purpuras en la piel y neumonía con síndrome de insuficiencia respiratoria.⁴

Otras variables clínicas eran también pacientes con hipertermia, lesiones herpéticas múltiples, esofagitis, alteraciones neurológicas, linfadenopatía, tuberculosis de tipo miliar, crisis convulsivas, inflamación de la retina y pérdida de la visión.⁴

Aunque aún no se conocía el agente etiológico se sospechaba que se trataba de un virus con patrón de transmisión parecido al virus que provocaba hepatitis, y que ocasionaba un impacto alto en los centros de atención por la tasa de mortalidad a su paso.⁴

Tempranamente se pudo sistematizar un tratamiento para el manejo de las complicaciones más frecuentes, entre ellos cotrimoxazol, pentamidina, aciclovir, fluconazol, espiramicina, usados de forma empírica para resolver infecciones de vías respiratorias y entéricas.⁴

En un estudio realizado por Ponce de León, Macías y Cruz y colaboradores de 1983 hasta el primer día del año 1988 se habían atendido 127 enfermos en el Instituto nacional de la Nutrición, Salvador Zubirán.⁵

Dentro de los datos demográficos en el estudio realizado la edad promedio fue de 35.3 años, 94 casos del género masculino (88%) refirieron homosexualidad 61 (57%) y 33 (31%) de ellos se declararon bisexuales. La manifestación inicial de SIDA fue una infección oportunista, sarcoma de Kaposi en 21 y en ambos en 5, con porcentajes en 76%, 20% y 5% respectivamente.⁵

Durante los primeros años del 2000 la prevalencia de infección por VIH se difundió de manera rápida en la población a través de uno o más subgrupos. Y ahí se mantuvo constante la prevalencia, por arriba del 5% en por lo menos un subgrupo de población.⁶

La población clave de mayor riesgo se concentraba en hombres que se dedicaban al trabajo sexual, seguido de hombres que tienen sexo con otros hombres, usuarios de drogas inyectables, trabajadoras sexuales y por ultimo las personas en reclusorios. En porcentaje mucho menor se encontraban los clientes de trabajadores sexuales y los hombres y mujeres heterosexuales.⁶

Según estimaciones del ONUSIDA en conjunto con el Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA), para el año 2009 en México existían más de 200 000 personas mayores de edad con VIH, de los cuales el 60% correspondían a hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH), el 23% a mujeres de conducta heterosexual, 6% a personas que tienen relaciones sexuales con trabajadoras sexuales, el 5% correspondió a hombres de conducta heterosexual y el 3% a trabajadores sexuales. Finalmente, el 3% restante correspondió a las personas recluidas en cárceles y a usuarios de drogas inyectadas.⁶

En cuanto a la atención en salud, de las personas infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana, menos del 28% recibía tratamiento con antirretrovirales, en algún centro médico público o privado; y un porcentaje

menor al 15% habían sido detectados como portadores de VIH, pero aún no requerían iniciar el tratamiento. El 59% restante eran personas infectadas por el VIH, pero que desconocían su diagnóstico. ⁶

El grupo de edad con mayor afectación y porcentaje de casos de SIDA fue de 25-34 años, seguido de grupo 35 a 49 años y finalmente en tercer lugar jóvenes de 15 a 24 años. La tendencia histórica de la epidemia mostraba una disminución en la proporción de casos de SIDA en los grupos de edad más avanzados. ⁶

EPIDEMIOLOGIA EN CHIAPAS

Chiapas es un estado que se ubica en la frontera sur de México. Tiene una población total de 5, 543, 828 habitantes, el 4.4 % del total del país, de los cuales 48.8% son hombres y 51.2% son mujeres. La población chiapaneca es mayormente joven con una pirámide poblacional de tipo progresiva. Un gran porcentaje de la población pertenece a una comunidad indígena, según las estadísticas, 28 personas de tres años por cada 100, habla una lengua indígena. En cuanto a su distribución el 49% es población urbana y el 51% se ubica en zona rural. ⁷

En 1986 se notificó el primer caso de SIDA en Chiapas y para el año 2020 Chiapas ya se ubicaba en el cuarto lugar en el número de casos acumulados a nivel nacional.⁷

Actualmente según el reporte del primer cuatrimestre del 2021 del CENSIDA, Chiapas tiene un total de 15,992 casos acumulados, donde 11, 610 son hombres y 4,382 son mujeres. Con 57 nuevos casos notificados durante este periodo, 49 del sexo masculino y 8 del sexo femenino, el 50% de ellos se encuentra en estadio 1 de la enfermedad. ²¹

Por otro lado, Chiapas junto a Oaxaca y Guerrero se encuentra dentro de los estados con mayor rezago en materia de salud reproductiva, el cual se manifiesta en mayor incidencia de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH-

SIDA. Esto se debe a la menor oportunidad de acceso a la información en salud sexual y reproductiva, que es característica de esta región. Tanto es así que en el año 2007, por cada 1, 000 habitantes solo se contaba con un médico y la falta de atención para los chiapanecos era la cifra más baja en todo el país, con más de un millón de habitantes, de los que resaltan la población indígena.⁸

Según la Encuesta Nacional de Juventud, en el año 2000 más del 45%, de la población joven tuvo su primera relación sexual con una trabajadora sexual.⁸

En el año 2006 la incidencia de casos confirmados de VIH o SIDA fue de 350 nuevos pacientes. De los cuales dos terceras partes corresponde al sexo masculino y un tercio aproximadamente a mujeres. La vía de transmisión principal fue la sexual con casi el 90%, y la ocupación laboral estaba concentrada primeramente en personas dedicadas al hogar, secundariamente al trabajo de campo y pescadores, y en tercer lugar los agentes de ventas.⁸

La incidencia de casos en Chiapas es totalmente desigual en cada región, mientras que en el centro del estado y la franja costera se mantiene en un porcentaje cercano al 1%, en la ciudad de Tapachula, Chiapas la cantidad de casos nuevos reportados por 100 000 habitantes es un poco mayor que en el Distrito Federal. El distrito federal es el estado con la tasa de incidencia más alta a nivel nacional.⁸

En la capital del estado la Jurisdicción Sanitaria número uno, entre los años 2008 a 2009 hubo un aumento de casos del 75%, la razón hombre-mujer fue de 1:4, pero incrementando la incidencia en mujeres amas de casa y población del medio urbano.⁸

Según el Instituto de Salud del estado de Chiapas, el padrón epidémico se concentraba en la población clave con conductas sexuales de riesgo como, hombres homosexuales, trabajadoras sexuales, personas recluidas en cárceles, personas que usan drogas vía parenteral y embarazadas adolescentes.⁸

En el 2006 fue creado el Consejo Estatal para la Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (COESIDA), el cual es un organismo constituido por instituciones de gobierno, estatal, federal, municipal y sociedad municipal.⁸

Actualmente se cuenta con dos Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención de VIH-SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), en las ciudades de Tuxtla Gutiérrez y Tapachula. Los cuales fueron propuestos por el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH-SIDA (CENSIDA), como parte de una estrategia para proveer atención médica ambulatoria a las personas que viven con esta enfermedad.⁸

En el mes de junio de 2009 empezó a laborar el CAPASITS de Tuxtla Gutiérrez bajo estándares muy por debajo de los estipulados por el CENSIDA. Para mediados de ese mismo año había sólo había 21 pacientes captados y no se había logrado la comunicación interinstitucional de la Jurisdicción Sanitaria I, y que los provenientes del Hospital general “Rafael Pascacio Gamboa” fueran canalizados a esta nueva institución.⁸

Dentro de los principales obstáculos en Chiapas podría ser la cifra exacta de casos nuevos y el lugar de registro de estos, siendo mayormente afectada la población indígena, donde no se tiene información de casos confirmados por el VIH-SIDA. Aunado a esto el subregistro que existe por abandono de tratamiento debido al problema de migración.⁸

En este panorama, Chiapas es uno de los estados con mayor predisposición a contraer enfermedades infecciosas de transmisión sexual, porque las características geográficas, sociodemográficas y culturales impiden implementar las acciones preventivas necesarias.^{8,9}

PANORAMA DEL VIH-SIDA EN EL MUNDO

A nivel mundial el VIH, continúa siendo uno de los mayores problemas de salud pública que ha cobrado desde su inicio más de 30 millones de vidas. Sin embargo, esta infección se ha convertido en un problema de salud crónico, debido al acceso creciente a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención eficaz de la enfermedad, y también las infecciones oportunistas (IO).¹⁰

Son llamadas infecciones oportunistas aquellas enfermedades de tipo infecciosas que se presentan con mayor prevalencia y con mayor gravedad en personas inmunodeprimidas como las personas VIH positivas, comparados con personas inmunocompetentes.¹¹

Estas infecciones pueden ser de distinta etiología que incluye hongos, virus, parásitos o bacterias y transmitidos hacia la persona inmunodeprimida de diferentes maneras, incluso por los alimentos. Las IO de importancia para personas con diagnóstico de VIH incluyen candidiasis, salmonella o tuberculosis.¹¹

Según la OMS para finales del año 2019 había una prevalencia de 38 millones de pacientes que vivían con el virus de inmunodeficiencia humana, de los cuales más del 60% de los adultos y la mitad de los niños con diagnóstico positivo, estaban en tratamiento con antirretrovirales (TAR).¹⁰

Se calcula que a finales del 2019 el 81% de las personas con el VIH conocían su estado serológico. El 67% de ellos había recibido TAR y el 59% había logrado evitar el riesgo de infectar a otros individuos suprimiendo el virus; en África oriental y meridional unos 30 millones de varones adolescentes y adultos se habían sometido a la circuncisión médica masculina voluntaria.¹⁰

Como consecuencia de la pandemia de COVID-19, la disminución en la cantidad de detección y los obstáculos en el suministro del TAR, la cantidad de pacientes nuevos que iniciaron terapia antirretroviral fueron mucho menor de los esperadas para la fecha.

A pesar de todo, las nuevas infecciones entre los años 2000 al 2019 redujeron en casi el 40%, y la mortalidad por el virus en más del 50% y sobrevivieron aproximadamente 15 millones de personas gracias al TAR. Este logro fue por el trabajo en conjunto de los programas nacionales e internacionales más la sociedad civil.¹⁰

Incluso la reducción de la incidencia y mortalidad ya se había estancado antes de la enfermedad de covid-19. Por lo que el éxito es diferente en las diferentes regiones, países o tipo de población. Como consecuencia no se pudo lograr el objetivo mundial del programa de acción específico “90-90-90” para el 2020.¹¹

Según el programa de acción específico 90-90-90, los países deben cumplir las metas globales para poner fin a la epidemia de VIH para el 2030, consiste en que, del 90% de las personas que viven con VIH conozcan su estado serológico respecto al VIH, que del 90% de las personas diagnosticadas con el VIH reciban tratamiento antirretroviral, y que el 90% de las personas que reciben TAR, tengan la cantidad mínima del virus. Por otro lado, en México en el 2018, se estima que del total de casos de personas que viven con VIH, menos del 80% está informado del estadio de la enfermedad, un poco más del 70% recibe TAR y menos del 60% alcanza la supresión viral.¹³

Por otro lado durante el año 2019, por inconsistencias en la prevención de la enfermedad del VIH, la mortalidad alcanzó un número de casi 700 000 personas y más de 1,5 millones de personas adquirieron la infección.¹⁰

A nivel mundial solo 14 países han logrado las metas de tratamiento 90-90-90, de los cuales se encuentra Eswatini, país perteneciente al continente africano y que ahora está en camino de lograr las metas 95-95-95 con fecha prevista para el 2030.¹⁴

Sin embargo, las poblaciones clave no se han favorecido dentro de los esfuerzos de prevención y tratamiento del VIH. Tan solo una minoría de los países tienen programas para reducir el riesgo de transmisión para trabajadores sexuales, en menos de 90 países, la población de hombres que tienen relaciones sexuales

con otros hombres conoce su estado serológico y la mayor proporción de países no administra terapia de sustitución con fármacos opioides o acceso de material estéril para las personas usuarias de drogas inyectables.¹⁵

En el nuevo objetivo mundial para poner fin a la epidemia del SIDA «95/95/95», se tendrá que redoblar esfuerzos para evitar el escenario más desfavorable como consecuencia de las interrupciones en el servicio durante la pandemia de COVID-19 y la de la respuesta de salud pública frente al VIH.¹⁰

Estas nuevas estrategias serán aplicadas a la población que se quedaron atrás en el 2019, los grupos de población clave y sus parejas sexuales.¹²

La OMS define como poblaciones clave aquellas personas de determinados grupos de población que corren un mayor riesgo de adquirir el VIH en todos los países y regiones. Entre los que se encuentran: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que se inyectan drogas, personas reclusas en cárceles y otros entornos cerrados, trabajadores del sexo y sus clientes y personas transgénero.¹⁰

Cada vez se dispone de pruebas de diagnóstico rápido para la detección del VIH, que constituyen una alternativa eficaz y aceptable de aumentar la cobertura de acceso a los servicios de salud y captación de nuevos casos por tamizaje. Estas pruebas y autopruebas han facilitado el diagnóstico, el tratamiento y atención.¹⁶

Hasta la fecha no se dispone de una cura ni de una vacuna para tratar y proteger a todas las personas que viven actualmente con el VIH o están en riesgo de contraerlo. Sin embargo, existen tratamientos de prevención eficaces que mantienen controlado el virus y evitar la transmisión a otra persona.¹⁰

CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES DEL VIH.

El VIH es un patógeno viral que pertenece a la familia de los retrovirus, subfamilia de los lentivirus, tiene características que determinan su compleja patogenia de la infección que causa. Estas características específicas son:

- Diversidad genética amplia (virus ARN) y genoma muy complejo tipo lentivirus.³
- Ciclo vital de dos fases: virión infectante (ARN), y provirus (ADN).³
- Replicación inversa por la enzima transcriptasa inversa (TI).³

En su fase intermedia provirus (DNA), el VIH inicia la integración en el genoma del huésped (células CD4+, macrófagos, células nerviosas de la microglía y de Langerhans), lo que permite prolongados periodos asintomáticos o de latencia.³

La forma del VIH es esférica, con un diámetro de 100-120 nm, y su estructura está conformada por una envoltura externa y un nucleocápside.^{1,3}

La envoltura externa es una doble capa de lípidos, que fue tomada de la membrana de una célula del humano, esta envoltura consiste en un heterotrímero formado por tres moléculas llamado glucoproteína 120 (gp120), y de una estructura que atraviesa la membrana conformada a su vez por tres glucoproteínas.^{1,3}

Los retrovirus se caracterizan por su gran capacidad de variabilidad en su replicación en especial al VIH-1, dada por el proceso de retrotranscripción donde tiene lugar una alta tasa de errores, a lo que se añade la combinación de fragmentos genómicos si varias partículas hacen su efecto en una sola célula.¹

Esta variabilidad genética hace posible que en una sola persona infectada coexistan genomas con relación entre ellos, sin ser exactamente iguales, conocidos como cuasiespecies víricas.¹

La formación de cuasiespecies víricas se logra por un cambio progresivo de mutación, competición y selección de los genomas con mayor adaptación al ambiente. Y en teoría si alguna de estas variantes desarrolla una característica con mayor ventaja selectiva como resistencia al tratamiento ARV o a las células de respuesta inmunitaria, lo que le confiere a esa secuencia selección positiva. Estos procesos selectivos son uno de los mayores obstáculos para el diseño de vacunas o fármacos antivirales.¹

HISTORIA NATURAL DE LA INFECCION POR VIH

La infección causada por el virus de inmunodeficiencia humana ataca a las defensas del sistema inmune ocasionando debilidad y predispone a contraer enfermedades de tipo infecciosas o cancerígenas. Conforme avanza la infección las células de respuesta inmune son destruidas y el sistema de la persona enferma progresivamente deja de responder ante los agentes infecciosos.¹⁰

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida es la fase más avanzada de la infección por el VIH en ocasiones tarda muchos años en dar sintomatología de la persona, sin un tratamiento. Los infectados en esta fase son susceptibles ante afecciones oportunistas, algunos cánceres u otras patologías que no son curables solo tratables.¹⁰

La patogenia inicia con la entrada del virus al sistema del ser vivo al transmitirse a través de tejidos mucosos o sanguíneos posteriormente cruza al sistema linfático a través de ganglios regionales.¹⁷

Cualquier estímulo antigénico como la presencia del VIH, provoca el estímulo de los linfocitos CD4 y de los glóbulos blancos fagocitarios ganglionares que a su vez comienzan a secretar algunas proteínas como el factor de necrosis tumoral (TNF) y la interleucina-6. Las citocinas secretadas provocan la mayor expresión de CD4 por los linfocitos en su superficie.¹⁷

El VIH penetra al interior de los linfocitos CD4 a través de la glicoproteína gp 120, a partir de ahí viaja a otros tejidos orgánicos de la linfa dentro de los

linfocitos con el virus. En este punto la reproducción del virus se está realizando en los tejidos de la linfa y la sangre, dos semanas después aproximadamente, inician las respuestas inmunes celulares y humorales que atacan de manera directa al virus de inmunodeficiencia humana.¹⁷

Las células del sistema inmune tipo CD8 citotóxicos son los encargados de destruir a las células CD4 que contienen la infección y lo manifiestan en su exterior y anticuerpos que atacan a diferentes virus se unen a moléculas virales que posteriormente son secuestradas para ser eliminadas en los ganglios linfáticos.¹⁷

De este modo la infección es parcialmente controlada al disminuir la cantidad de células infectadas que desarrollan virus y moléculas que viajan por el circuito sanguíneo. Sin embargo, la respuesta inmunitaria en los ganglios del sistema linfático es diferente a la que se lleva en sangre durante esa fase de la infección, esto se debe a que la cantidad de virus en los ganglios linfáticos es cinco a diez veces mayor que en el torrente sanguíneo, y a que la producción del virus puede llegar a ser hasta 100 veces mayor que la que se produce en sangre. Todo esto ocurre durante la etapa de latencia de la infección.¹⁷

Después de muchos meses, la persistente reacción inflamatoria provoca la destrucción de la estructura fisiológica de los ganglios que es necesaria para realizar el filtro al VIH y mantenerlo secuestrado. De forma parecida disminuyen las cualidades del sistema inmune, humorales y celulares que impedían la producción masiva del virus. Concluyendo en el aumento explosivo de este, disminución de los linfocitos CD4 y aparición de las infecciones y neoplasias oportunistas que caracterizan al SIDA.¹⁷

Todos estos fenómenos ocurren, en menos de 10 años aproximadamente después de contraída la infección. Sin embargo, no todos los pacientes infectados con VIH evolucionan al síndrome de inmunodeficiencia adquirida, aunque hayan sido contagiados por el virus en un tiempo mínimo de 7 años, y

sin haber recibido nunca un tratamiento ARV. Se desconoce hasta la fecha porque motivo sucede de esta manera.¹⁷

PRESENTACIÓN CLÍNICA.

En la infección por VIH, los síntomas varían según la etapa en que se encuentren, algunas personas no manifiestan ningún síntoma, pero otras, pueden presentar un cuadro seudogripal.¹⁰

En las siguientes 2 a 4 semanas que siguen al contagio, de la infección aguda por el VIH, pueden presentarse manifestaciones clínicas parecidas a la influenza. Estos síntomas pueden tener una duración de algunos días o algunos meses. Dentro de lo probables síntomas encontramos:

- Elevación de la temperatura mayor a 38 °C,
- Escalofríos,
- Manifestaciones en la piel,
- Diaforesis,
- Mialgias,
- Odinofagia,
- Astenia,
- Adenopatías y,
- Enantema.²

Otros signos y síntomas que la persona infectada puede presentar durante el debilitamiento del aparato inmune son: pérdida ponderal, evacuaciones abundantes y tos. Si no se inicia tratamiento aparecen otras enfermedades graves e infecciosas como tuberculosis (TB), meningitis criptocócica, infecciones

bacterianas graves o determinados cánceres como linfomas o sarcoma de Kaposi. ¹⁰

FASES DEL VIH

Infección aguda por el VIH o Fase 1

La persona infectada tiene una gran cantidad de VIH en la sangre, esta fase es muy contagiosa, los síntomas que pueden presentar son similares al de la influenza. Es posible que algunas personas se encuentren asintomáticos inmediatamente o en absoluto. ²

Infección crónica por VIH o fase 2

En esta fase de infección crónica, también llamada de infección sin síntomas o de latencia clínica, el virus permanece en acción, pero su reproducción se encuentra muy disminuido en cantidad.²

Si no se toman medicamentos para el VIH, la duración de esta fase puede ser de una década o más, y en algunas personas la progresión puede llegar a ser más rápida. Las personas infectadas pueden estar asintomáticos y el VIH se puede ser transmitido. ²

Al término de esta fase, la cantidad del VIH aumenta en la sangre (carga viral), y el recuento de células CD4 se reduce. Conforme la infección va avanzando y la carga viral aumenta, los individuos infectados llegan a manifestar algunos síntomas. ²

En los pacientes que inician un tratamiento antirretroviral específico, se puede detener la progresión y nunca llegar a la siguiente etapa. ²

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o fase 3.

Esta es la etapa más severa de la enfermedad, la supervivencia sin tratamiento en las personas con SIDA es de tres años aproximadamente. ²

El sistema inmunitario de las personas con SIDA se encuentra muy deteriorado, que comienzan a surgir las enfermedades oportunistas en una cantidad cada vez mayor.²

Se diagnostica la fase tres cuando los reportes de CD4 se encuentra en cantidades menores de 200 células/mm en las personas con VIH, o al presentar ciertas infecciones oportunistas. Las personas en esta fase presentan una carga viral demasiado alta y son capaces de contagiar a muchas personas.²

TRANSMISION

La transmisión del VIH se logra a través del intercambio de determinados líquidos corporales de la persona infectada, como son; la sangre, la leche materna, el semen o las secreciones vaginales.²

La actividad sexual con mayor riesgo de transmisión del VIH son las relaciones sexuales de tipo anales. En estas actividades existe el riesgo muy alto para el integrante receptor, debido a que la mucosa que recubre al recto es delgada y puede permitir la entrada del virus al cuerpo.²

También el integrante incentivo presenta riesgo, porque el virus puede entrar al cuerpo por la uretra, por el prepucio si el pene no está circuncidado o por pequeños cortes, rasguños o llagas abiertas en cualquier parte del pene.²

Los niños también pueden contraer el VIH, durante el embarazo, el parto o el amamantamiento, llamadas transmisión perinatal o transmisión de madre a hijo.²

Las personas que se inyectan drogas están en riesgo de contraer el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, si comparte agujas, jeringas u otros implementos para la inyección de drogas con alguien que tiene el VIH.²

Otras formas pocos comunes que se ha logrado transmitir el VIH son las siguientes:

- En las relaciones sexuales orales,

- Al lastimarse por punción con un objeto punzocortante que se encuentra contaminado,
- En alimentos premasticados, (los únicos casos conocidos son en bebés),
- En mordeduras donde se ha involucrado un traumatismo grave con daño extenso a los tejidos y presencia de sangre líquido corporal
- En besos profundos de boca abierta si las dos personas tienen llagas o sangrado en las encías y la sangre de la persona infectada entra al torrente sanguíneo de la persona con VIH negativa.
- De mujer a mujer a través de la exposición de las mucosas a secreciones vaginales o la sangre menstrual.
- A través de tatuajes o perforaciones corporales, si el equipo que se usa para estos procedimientos tiene la sangre de otra persona o si se comparte la tinta. ²

El tratamiento antirretroviral ha logrado que algunas personas infectadas por el virus no sean contagiosas para sus parejas sexuales al suprimir la carga viral. Por lo tanto, el inicio temprano al tratamiento y la oportunidad para continuarlos son esenciales para mejorar la calidad de vida del paciente y reducir la transmisión de la enfermedad. ²

FACTORES DE RIESGO.

Las conductas de riesgo que aumentan la probabilidad de contraer la infección por el virus de inmunodeficiencia humana son:

- Realizar alguna actividad sexual de tipo vaginal o anal sin método de protección;
- Estar infectado por otra enfermedad que se transmita de manera sexual;

- Ser usuario de drogas inyectables y compartir objetos punzantes contaminados;
- Ser transfundido o recibir un órgano que no cumpla con las medidas de protección de adquirir alguna enfermedad transmisible
- Ser manipulado por procedimientos de tipo curativo que requiera heridas o cortes con material no esterilizado.
- Sufrir un accidente con un objeto punzante, en un medio hospitalario. ²

DIAGNOSTICO

Actualmente el virus de inmunodeficiencia humana se diagnostica fácilmente a través de pruebas rápidas, de resultado inmediato, de esta manera se puede iniciar un tratamiento de manera inmediata o también las personas se pueden realizar ellas mismas pruebas de detección del virus. Es importante mencionar que ninguna prueba aislada confirma el diagnostico de infección de VIH. ¹⁶

Existen pruebas precalificadas por la OMS que diagnostican con gran exactitud la infección por VIH. Este mismo organismo recomienda la estrategia que se basa en realizar tres pruebas por los trabajadores de salud capacitados en los domicilios o en unidades de salud. ²

En la mayoría de las personas, los anticuerpos contra el VIH aparecen en los 28 días posteriores a la infección. Las pruebas de diagnóstico del VIH detectan estos las inmunoglobulinas que se desarrollan como resultado de la respuesta inmune ante el VIH. Durante este periodo llamado de seroconversión, las personas infectadas no han desarrollado anticuerpos en cantidad necesaria para ser detectadas en pruebas estándar y quizá no manifiesten datos clínicos de infección, pero si son contagiosos para otros individuos.

A los pacientes que resulten positivos en una sola prueba, se necesita confirmar con otra prueba antes de iniciar tratamiento, con el fin de descartar un falso

positivo. Finalmente, cuando se ha realizado el diagnóstico de la infección y se ha iniciado el tratamiento, ya no deben realizarse nuevas pruebas de detección.²

En el caso de los recién nacidos y hasta el año con 6 meses de edad, hijos de mujeres con VIH, las pruebas virológicas no son suficientes para hacer la detección de la enfermedad, debido a que la mujer es capaz de transferir anticuerpos durante la gestación y periodo de alimentación con leche materna. Por este motivo es necesario hacer la detección por pruebas en el momento inmediato del parto o antes de las siete semanas de edad.²

DETECCIÓN.

La realización de la detección del VIH debe realizarse con consentimiento de la persona involucrada. Obligar a una persona de manera involuntaria, constituye una violación de los derechos humanos y es contraria a la buena práctica de la salud pública.²

Tienen mayor probabilidad de ser VIH positivos todas aquellas personas se inyectan drogas junto a otras personas enfermas y las que tienen relaciones sexuales con personas infectadas.²

Las atenciones y promociones de salud otorgados a las parejas sexuales de personas enfermas o usuarios de drogas inyectables deben aceptadas por las personas que se desea ayudar, con el objetivo de no dañar su estado psicológico o social.²

La OMS recomienda cinco principios fundamentales con los que deben regirse todos los servicios prestados para la detección de la infección por VIH:

- Afirmación de manera escrita con información;
- Privacidad;
- Advertencia;
- Minimizar la tasa de errores en el diagnóstico;

- Derivar al manejo terapéutico y a otros departamentos de salud.²

PREVENCIÓN

Existen medidas que cualquier individuo puede realizar para disminuir el riesgo de contraer la enfermedad por VIH. Los principales métodos de prevención debes ser aplicados conjuntamente.²

El uso de métodos de barrera como condones de látex, usados correctamente ofrecen protección de más del 80%, contra infecciones de transmisión sexual incluidos el causado por el VIH. ²

Otra manera de prevenir la transmisión de la enfermedad en las personas usuarias de drogas intravenosas es utilizando objetos estériles en cada aplicación además de que cada una de ellas use equipo de manera individual y desecharlas inmediatamente. Ayuda a reducir el riesgo de transmisión del VIH, el manejo farmacológico de sustitución con opioides para los usuarios de estos fármacos y a la vez que el paciente cumpla la pauta terapéutica prescrita. ²

Es altamente recomendado en hombres y mujeres con cualquiera de los factores que predisponen mayor prevalencia de contraer infecciones de transmisión sexual y VIH, de realizarse tamizaje del virus de inmunodeficiencia humana, así como demás infecciones, esta medida otorga al paciente la información acerca de su salud y la oportunidad de iniciar medidas de protección y terapéutica en caso de ser necesario.²

Otra medida que reduce en un 50% a 60% aproximadamente el riesgo de adquirir infección en un hombre por el VIH al mantener relaciones sexuales heterosexuales es la circuncisión médica masculina. Además, es procedimiento medico ofrece menor predisposición de adquirir muchas más enfermedades que se transmiten por contacto sexual y como consecuencia algunos tipos de cáncer en los genitales.²

Respecto a esta práctica, la OMS en el 2020 vuelve a promover que es conveniente realizar la circuncisión masculina preventiva a partir de los 15 años.²

PREVENCIÓN CON ANTIRETROVÍRICOS

La organización mundial de salud emite recomendaciones acerca del uso de manera temprana con terapia antirretroviral a las personas infectadas, con el fin de eliminar la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana. Esta recomendación está respaldada por múltiples estudios científicos, que comprobaron que, si una persona con VIH logra suprimir la cantidad de virus hasta ser indetectable, no es contagiosa para su pareja sexual sana.²

Otra recomendación de este organismo es la prevención de transmitir VIH en las personas con factores de riesgo de contraer la infección y que se aplica antes de la exposición. Está dirigido a mujeres que no tienen la infección, durante el embarazo y la alimentación con leche materna y también para los hombres con conductas homosexuales. Este método consiste en ingerir 4 veces un fármaco, el primero un día antes de la exposición, un segundo 2 horas antes de la relación, un tercero un día después, por último, una cuarta parte de tableta dos días después de la primera toma.²

Otra forma de este método de profilaxis es la que se realiza posterior a la exposición, consiste en el consumo de comprimidos al tercer día posterior a la conducta de riesgo, así mismo debe estar incluidos, la información, pruebas de tamizaje, atención médica y el otorgamiento de la terapia antirretroviral por lo menos 28 días. Esta medida está dirigida a menores y mayores de edad, que por alguna circunstancia estuvieron expuestos al virus del VIH.²

ERRADICACION DE LA TRASNMISSION VERTICAL

Esta denominación de transmisión se refiere al tipo de contagio que se da entre una madre y su hijo durante el periodo de gestación o a alimentación con leche materna. La probabilidad de adquirir la enfermedad en estos periodos puede llegar a ser más del 44% si no se realiza alguna medida de profilaxis y es posible eliminar este factor de riesgo casi a la totalidad si se otorga el tratamiento antirretroviral a los dos involucrados en los periodos ya mencionados.²

El organismo mundial de la salud emite la recomendación de ofrecer tratamiento antirretroviral sin suspender a toda persona con la enfermedad de VIH sin importar el estadio de la patología o la cantidad de células CD4, incluyendo a las personas capaces de transmitir el virus de manera vertical.²

Durante los últimos años se ha logrado que del total de mujeres embarazadas con VIH más del 80% han logrado reducir la transmisión al recibir tratamiento antirretroviral logrando así que en muchos países las tasas de transmisión vertical sean muy bajas.²

Sin embargo, en México no se ha logrado disminuir el contagio de VIH por transmisión vertical a menos del 2% y de 0.5% de sífilis congénita, lo que refleja que no se está haciendo la suficiente prevención y promoción de estas enfermedades.¹³

TRATAMIENTO.

Anteriormente en la república mexicana cuando no se había establecido un tratamiento para el VIH las personas no lograban llegar a los dos años de vida con la infección, a partir de los años noventa con la introducción de los antirretrovirales la supervivencia aumento considerablemente en las personas enfermas, así como la calidad de vida. Se demostró que los IP, combinados con, los inhibidores de la transcriptasa ya existentes lograban retrasar el daño del sistema inmunológico y mejorar sustancialmente la calidad de vida de las personas con VIH. A esta combinación se denominó tratamiento antirretroviral de alta actividad o TARAA.¹⁸

En el tratamiento combinado usando tres tipos de antirretrovirales, se puede suprimir la carga viral del virus de inmunodeficiencia humana y aunque no se logre curar la enfermedad permite a la persona infectada mejorar su sistema inmunológico y evadir las enfermedades oportunistas, así como procesos cancerígenos.²

Desde el año 2019, la organización mundial de salud recomienda el tratamiento con antirretrovirales dolutegravir o efavirenz, como fármacos de primera línea, en concentraciones pequeñas. Y para el 8 de julio del mismo año se adoptó este sistema como tratamiento para las personas enfermas para ser administrados por los trabajadores de la salud en todas las instituciones de salud del país.^{2,19}

El antirretroviral dolutegravir en caso de no usarse como primera opción, es necesario administrarlo como segunda opción de tratamiento y se recomienda que la combinación de darunavir junto a ritonavir sean los fármacos usados en tercera opción o en su defecto como la segunda.²

Actualmente en México existe la disponibilidad de administrar más de 19 fármacos para tratar al VIH, dispuestos en más de 30 presentaciones para edades tempranas o mayores. Las organizaciones institucionales de salud deciden que combinación de fármacos utilizara para sus derechohabientes dependiendo sus acuerdos políticos.¹⁸

El principal riesgo de transmisión de una persona con VIH es la cantidad de virus en sangre. El tratamiento antirretroviral a dosis y en combinaciones eficaces, hace su efecto disminuyendo esa carga viral, así mismo disminuye el contagio a otras personas que comparten una vida sexual con la persona enferma.¹⁸

Gracias a estudios epidemiológicos y cálculos matemáticos, se ha logrado plantear que administrar el tratamiento antirretroviral en la población tiene como efecto la disminución de nuevos casos, así como de los ya existentes, por este motivo se considera que el uso del TAR es una excelente estrategia con resultados positivos de salud pública.¹⁸

RESISTENCIA AL TRATAMIENTO DEL VIH.

A la característica del VIH de poder seguir multiplicando aun en presencia de drogas antirretrovirales se le conoce como farmacorresistencia. Este mecanismo conlleva consecuencias graves dentro de ellas, la falla al tratamiento, el contagio del virus con mayor adaptación y sin respuesta al tratamiento, y por último la

administración de nuevos fármacos como segunda y tercera opción, con mayor complejidad y mayor costo.²⁰

Distintas organizaciones mundiales y regionales recomiendan aplicar programas de vigilancia de la resistencia a fármacos del VIH como parte de la salud pública, en los países donde se te implementando el uso de antirretrovirales.²⁰

Como parte de respuesta a la amenaza creciente de la resistencia a la primera línea de fármacos contra el VIH, la organización mundial de la salud creo el plan de acción mundial contra la farmacorresistencia durante los años 2017 al 2021. Sus principales objetivos están enfocados a la prevención, seguimiento, vigilancia, así como la facilitación de procesos administrativos y de material, en la búsqueda de nuevos métodos de administración de fármacos.²⁰

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El propósito de este estudio de investigación es describir el panorama epidemiológico de las personas con diagnóstico de VIH-SIDA en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez. Para lograr este objetivo se tomarán las siguientes variables, el mecanismo de transmisión, el sexo al nacimiento, edad, ocupación laboral, estado civil e identidad de género. Las cuales son las más frecuentes a nivel nacional y mundialmente y respaldadas en el marco de referencia. El estudio se llevará a cabo en la unidad médica familiar número 13 del IMSS, ubicada en la Ciudad capital del estado de Chiapas. Como instrumento se utilizará el formato de notificación y estudio epidemiológico de VIH, que contiene los datos demográficos necesarios para llevar a cabo este tipo de estudios.

El VIH-SIDA a nivel mundial, continúa siendo uno de los mayores problemas de salud pública, actualmente existe más de 38 millones de personas infectadas, se calcula que aproximadamente el 81% de estas personas conocían su estado serológico y solo el 67% había recibido tratamiento antirretroviral. Durante el año 2019 y como consecuencia de la pandemia COVID-19, hubo reducción en el número de pruebas de VIH por lo tanto su detección e inicio de tratamiento antirretroviral.

Según estimaciones del ONUSIDA en conjunto con el Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA), para el año 2009 en México existían 220 000 personas adultas infectadas por el VIH, de los cuales el 60% correspondían a hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), el 23% a mujeres heterosexuales, 6% a clientes de trabajadoras sexuales, el 5% correspondió a hombres heterosexuales y el 3% a trabajadores sexuales. Finalmente, el 3% restante correspondió a las personas privadas de su libertad y a usuarios de drogas inyectadas. ⁶

En el estado de Chiapas, el contexto sociodemográfico le adjudica limitantes dentro de las más severas es la falta de conocimiento de la magnitud de la incidencia de casos y la ubicación de éstos. Con mayor afectación en las poblaciones indígenas, donde no se conoce con certeza a los habitantes

afectados por el VIH-SIDA. Aunado a esto subregistro que existe, porque que no hay un seguimiento de las personas que viven con VIH por motivos referentes a la migración o al abandono del tratamiento.

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta.

¿Cuál es el panorama epidemiológico de las personas con VIH/SIDA en la clínica número 13 del IMSS?

JUSTIFICACIÓN.

La infección por VIH es la enfermedad de transmisión sexual que desde sus inicios hasta la actualidad ha cobrado más 30 millones de vida en todo el mundo. Actualmente según la OMS se estima que hay 38 millones de personas con VIH y de ellos al menos el 50% se encuentra en tratamiento con antirretrovirales.

La mortalidad por este diagnóstico debido a las deficiencias en los servicios relacionados con VIH alcanzo una cifra de 690 000 personas durante el año 2019, y 1.7 millones de personas adquirieron la infección.

Los grupos de población clave son aquellas personas de determinados grupos de población que corren mayor riesgo de adquirir el VIH, entre ellos se encuentran hombres que tienen relaciones con otros hombres, personas que se inyectan drogas, personas recluidas en cárceles, trabajadores sexuales, personas transgéneros y personas indígenas de algunas comunidades.

A pesar de que existen tratamientos de prevención eficaces que mantienen controlado el virus y evitan la transmisión, no todos los grupos de población clave en alto riesgo se han beneficiado con estas medidas, solo unos cuantos países tienen programas de reducción del riesgo para profesionales de salud, mientras que el acceso a los servicios de prevención del VIH continúa siendo bajo entre los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres. La mayoría de los países no proporcionan terapia de sustitución de opioides o accesos a agujas y jeringas estériles para las personas que se inyectan drogas.

Chiapas es uno de los estados del sur de México, con mayor rezago en materia de salud reproductiva, así como en atención médica, la población en este estado es mayormente joven y gran porcentaje de ellos inicio su vida sexual activa con trabajadoras sexuales.

En Chiapas se notificó el primer caso de VIH en 1986 y actualmente, hay un total de 15, 992 de casos acumulados, el mayor porcentaje es del sexo masculino. La principal vía de transmisión es sexual, y la población clave destacan los hombres

que tienen sexo con otros hombres, trabajadores sexuales, personas privadas de la libertad, usuarios de drogas inyectables. La ocupación laboral con mayor afección de infectados es las personas que se dedican al hogar, seguidos de campesinos y pescadores y por último agentes de ventas.

El presente estudio que se realizó en la unidad médica familiar número 13 del IMSS, tuvo como objetivo describir el panorama epidemiológico de las personas que viven con el diagnóstico VIH-SIDA, en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez en el estado de Chiapas, con los resultados se conoce cuál es la población clave, y en donde se deben realizar cambios en los programas de prevención y promoción de la salud respecto a enfermedades de transmisión sexual específicamente VIH-SIDA.

OBJETIVOS:

Objetivo general:

Describir el panorama epidemiológico de personas con VIH/SIDA en la clínica número 13 del IMSS

Objetivos específicos:

1. Describir el mecanismo de transmisión con mayor frecuencia de las personas con VIH-SIDA que acuden a la UMF número 13
2. Describir la edad con mayor frecuencia de las personas con VIH-SIDA que acuden a la UMF número 13.
3. Describir el sexo con mayor frecuencia de las personas con VIH-SIDA que acuden a la UMF número 13.
4. Describir la escolaridad con mayor frecuencia de las personas con VIH-SIDA que acuden a la UMF número 13.
5. Describir el comportamiento sexual con mayor frecuencia de las personas con VIH-SIDA que acuden a la UMF número 13

HIPOTESIS

Para este trabajo no se requieren hipótesis

MATERIAL Y METODOS

Diseño de estudio

El estudio de investigación presentado tiene un diseño cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal.

Lugar de estudio: UMF 13 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Periodo de estudio: 01 marzo del 2021 – 01 marzo del 2022.

Universo: todas las personas con diagnóstico de VIH/SIDA que fueron diagnosticados en la clínica número 13 del IMSS.

Tipo de Muestreo: no probabilístico, a conveniencia, se tomaron todos los pacientes con diagnóstico de VIH /SIDA de la clínica número 13 del IMSS.

Periodo de recolección de datos: 01 de enero del 2021 al 01 de enero del 2022.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Pacientes adscritos a la UMF número 13 de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez.
- Pacientes con diagnóstico de VIH /SIDA que acudan a la UMF número 13.

Criterios de exclusión

- Pacientes que se encuentren fuera del periodo de tiempo de la recolección de datos.
- Encuestas que no tengan consentimiento informado.

Criterios de eliminación

- Pacientes con estudio epidemiológico de VIH/SIDA incompletos.

Análisis estadístico

La información que se obtuvo se registró en el programa estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 23 en español para su análisis correspondiente, se empleó estadística descriptiva: se realizaron pruebas no paramétricas, medidas de tendencia central, y desviación estándar, con un nivel de confianza del 95%. Se efectuaron medidas de tendencia central (Media, mediana y moda) y medidas de dispersión. Los resultados se presentaron en gráficas de pastel y de barras, con referencia a los objetivos del estudio.

Desarrollo del proyecto

El protocolo se sometió a revisión del Comité Local de Investigación y Ética en Salud (CLIESIS) número 703 de la Unidad de Medicina Familiar No.13 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas luego de su aceptación se registró en el Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación para su aceptación final, registrado al Sistema de Registro Electrónico del Comité de Investigación (SIRELCIS) con numero de registro R-2021-703-096.

Una vez registrado se proporcionó los oficios convenientes para que el director de la Unidad nos brindara las facilidades para la realización del estudio.

A las derechohabientes que cumplieron con los criterios de inclusión, se les realizó la recolección de datos del formato de notificación y estudio epidemiológico de VIH.

Posteriormente la información recabada se sometió a análisis estadístico con referencia a objetivos del estudio, por último, se realizó la discusión y reporte de resultados.

Instrumento.

Se utilizó el formato de estudio epidemiológico de caso de VIH emitido por la secretaria de salud y Censida así como base de datos VIH SIDA UMF 13.

Variables de estudio

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Escolaridad
- Conducta sexual
- Estadio clínico
- Mecanismo de transmisión
- Parejas sexuales
- Semana de notificación

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición	Naturaleza	Escala	Indicador
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Cuantitativa	Continua	Número de años cumplidos.
Sexo	Se refiere a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres. (OMS,2015)	Cualitativa	Categorico	Mujer Hombre
Estado civil	Situación en la que se encuentra una persona según sus circunstancias y la legislación y a la que el ordenamiento concede ciertos efectos jurídicos. Enciclopedia jurídica 2021.	Cualitativo	Nominal	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre Separado
Escolaridad	Grado máximo de estudios realizados por el individuo en el momento de la encuesta.	Cuantitativo	Nominal	Último año aprobado
Conducta sexual	Es la expresión conductual de la sexualidad personal, donde el componente erótico es el más evidente y en la mayoría de los casos está ligada a la obtención de placer.	Cualitativo	Nominal	Heterosexuales Bisexuales HSH Lesbiana Intersexuales Trabajadores sexuales Trabajadoras sexuales Transgenro/ travesti/ transexual.
Estadio clínico	Etapas de la enfermedad en la que se encuentra al momento del estudio.	Cuantitativo	Ordinal	Estadio clínico 1 Estadio clínico 2 Estadio clínico 3 Estadio clínico 4
Mecanismo de transmisión	Cualquier mecanismo por virtud del cual un agente infeccioso se propaga desde una fuente o reservorio hasta una persona. (OPS/OMS, 1987)	Cualitativo	Nominal	Sexual Transfusional Drogas inyectables Ocupacional Vertical Desconocido
Número de parejas sexuales	Numero de personas con las que mantiene relaciones sexuales	Cuantitativo	Ordinal	1, 2, 3.
Semana de notificación epidemiológica	Notificación o comunicación que debe realizarse, transmitiendo información concentrada de todos los padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica, cada semana.	Cuantitativo	Ordinal	1-52

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

RECURSOS HUMANOS:

1. Un residente de medicina familiar
2. Un asesor de tesis

RECURSOS MATERIALES

1. Una computadora portátil.
2. Memoria USB
3. Internet

RECURSOS FINANCIEROS

Recursos propios del investigador.

FACTIBILIDAD

El presente trabajo de investigación fue posible de realizar, ya que se cuenta con la experiencia del asesor y la infraestructura de la unidad de medicina familiar fue suficiente para obtener la información.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proyecto de investigación se apegó a la Ley General de Salud y a las normas éticas. Se sometió a evaluación por el Comité Local de Investigación en Salud 703 y Comité de Ética en Investigación 7038, ambos del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Unidad de Medicina Familiar no.13 donde fu sometido a análisis para valorar su factibilidad y realización. La información es confidencial, se protegió la privacidad de los encuestados involucrados en el estudio.

De acuerdo con lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de investigación para la salud en México (secretaría de Salud, 1996), se tomó en cuenta lo establecido en el título segundo “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”. La presente investigación se considera sin riesgo de acuerdo a lo establecido en el capítulo I Disposiciones comunes, Artículo 17 Párrafo I: Investigación sin riesgo.

Prevalecerá al respecto a la dignidad de los pacientes, protección de sus derechos y bienestar. Para proteger la privacidad de los participantes, el instrumento de recolección de datos no llevara nombre, ni número de seguridad social, ni dirección, antes de aplicarlo se brindará explicación clara y completa de tal forma que pudiera comprenderla, sobre la justificación y objetivos de la investigación, la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta, aclaración a cualquier duda del procedimiento, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se crearan perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento según las fracciones I, VI, VII y VIII del artículo 21. Respecto al consentimiento informado, contemplar el artículo 20 y 21 para que se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla. El consentimiento informado deberá formularse por escrito, esto de acuerdo con el Artículo 22.

Además, este estudio tendrá base en los principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial; “Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos” Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial. Helsinki, Finlandia (1964) y revisada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, (Tokio 1975) y enmendada por la 35ª Asamblea Médica Mundial, (Venecia, 1983) y la 41ª Asamblea Médica Mundial (Hong Kong 1989). 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, (octubre 1996) 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, (octubre 2000), Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, (Washington 2002), Nota de Clarificación agregada por la Asamblea General de la AMM, (Tokio 2004), 59ª Asamblea General, (Seúl, Corea, octubre 2008), 64ª Asamblea General, (Fortaleza, Brasil, octubre 2013). En mencionada Declaración se menciona los siguientes principios:

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo debe ser aplicado con consideración de todos los otros párrafos pertinentes.
2. Conforme al mandato de la AMM, la Declaración está destinada principalmente a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres Declaración de Helsinki de la AMM Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.
3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la formula “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”, y el Código Internacional de Ética Médica afirma que “El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica”.

4. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.
6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.
7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.
8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.
9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad la integridad, el derecho a la autodeterminación la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.
10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países,

al igual que los jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético. Legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquier medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

11. La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.
12. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificada apropiadamente.
13. Los grupos que están subrepresentados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.
14. El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación solo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.
15. Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.
16. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación.

17. Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga. Se deben implementar medidas para reducir al mínimo los riesgos. Los riesgos deben ser monitoreados, evaluados y documentados continuamente por el investigador.
18. Los médicos no deben involucrarse en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Cuando los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados definitivos, los médicos deben evaluar si continua, modifican o suspenden inmediatamente el estudio.
19. Algunos grupos y personas sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y pueden tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional. Todos los grupos y personas deben recibir protección específica.
20. La investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable. Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación.
21. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe

cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

22.El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre el financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y la información sobre las estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación. En los ensayos clínicos, el protocolo también debe describir los arreglos apropiados para las estipulaciones después del ensayo.

23.El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.

24.Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ninguna enmienda en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité. Después que termine el estudio, los investigadores deben presentar un informe final al comité con un resumen de los resultados y conclusiones del estudio.

Con el objeto de evitar repeticiones, surgió la necesidad de facilitar la aceptación de datos surgidos de los ensayos clínicos, aunque fueran realizados en diferentes países. En la actualidad mediante la Conferencia Internacional de Armonización (ICH), la Comunidad Europea, los EEUU y Japón (y entre otros en carácter de observadores, Canadá y la Organización Mundial de la Salud), han producido guías que unifican criterios sobre diferentes temas relativos a medicamentos. En el marco de la Conferencia Internacional de Armonización surgieron las guías de Buenas Prácticas Clínicas, que definen una serie de pautas a través de las cuales los estudios clínicos puedan ser diseñados, implementados, finalizados, auditados, analizados e informados para asegurar su confiabilidad. Esta investigación se basará en las buenas prácticas clínicas.

RESULTADOS

Se realizó la recolección de los datos de acuerdo con la base de información proporcionada por el servicio de epidemiología, con 47 casos notificados en el año 2021 encontrando lo siguiente:

Sexo

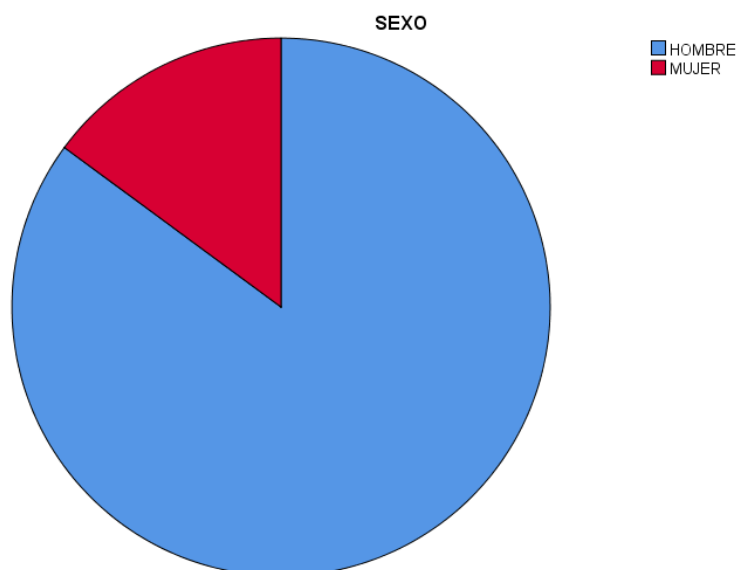
Se encuentra un porcentaje del 85.1% (40) para hombres y 14.9% (7) son mujeres. (Tabla 1, Gráfico 1).

TABLA 1. SEXO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	HOMBRE	40	85.1	85.1	85.1
	MUJER	7	14.9	14.9	100.0
	Total	47	100.0	100.0	

Fuente; elaboración propia con base en el trabajo panorama epidemiológico de personas con VIH/SIDA en la unidad médica familiar número 13 del IMSS.

GRÁFICO 1. SEXO



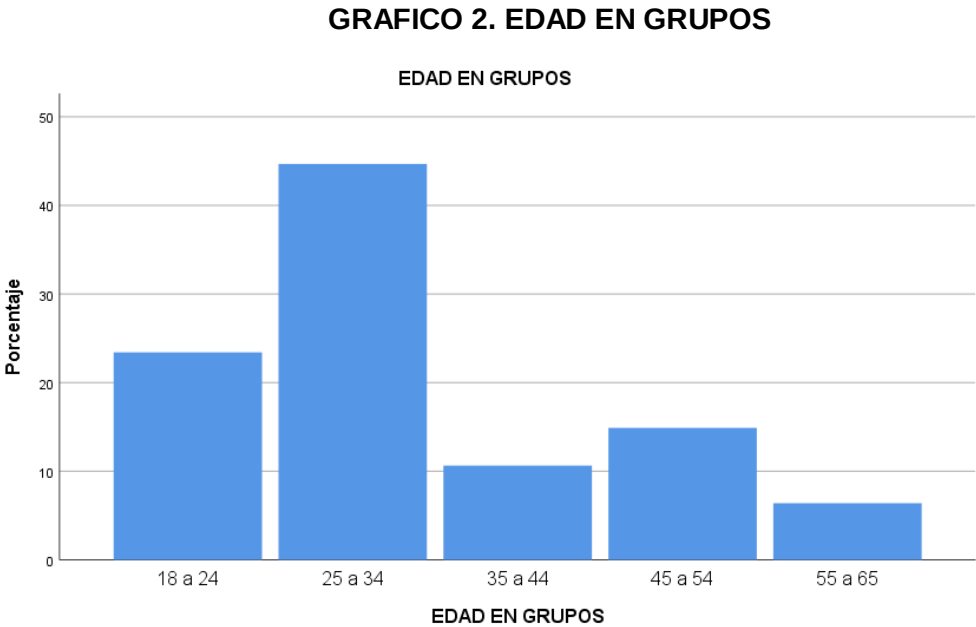
Fuente; elaboración propia con base en el trabajo panorama epidemiológico de personas con VIH/SIDA en la unidad médica familiar número 13 del IMSS.

Respecto a la edad, se obtuvo que la media es de 33 años, la mediana 28 años, la moda 27 años, la edad mínima 18 años y finalmente la edad máxima de presentación de casos notificados fue de 62 años, como se muestra en la tabla número 2.

TABLA 2. ESTADISTICA		
EDAD		
N	Válido	47
	Perdidos	0
Media		33.04
Mediana		28.00
Moda		27
Desv. Desviación		11.390
Mínimo		18
Máximo		62

Fuente; elaboración propia con base en el trabajo panorama epidemiológico de personas con VIH/SIDA en la unidad médica familiar número 13 del IMSS.

Y de acuerdo con los grupos de edad, se encontró que el mayor porcentaje 44.7% se encuentra entre los hombres y mujeres de 25 a 34 años y el grupo menos afectado es el de 55 a 65 años con un porcentaje de 6.4%. (grafico 2)



Fuente; elaboración propia con base en el trabajo panorama epidemiológico de personas con VIH/SIDA en la unidad médica familiar número 13 del IMSS.

El mecanismo de transmisión de la enfermedad resulto que la totalidad de los casos notificados adquirió la enfermedad por vía sexual (47) como lo muestra la tabla número 3.

TABLA 3. MECANISMO DE TRANSMISION

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SEXUAL	47	100.0	100.0	100.0

Fuente; elaboración propia con base en el trabajo panorama epidemiológico de personas con VIH/SIDA en la unidad médica familiar número 13 del IMSS.

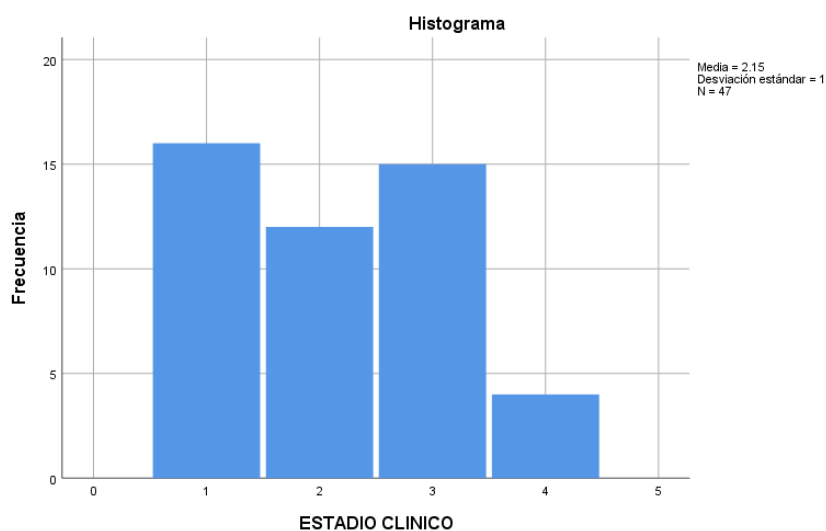
De acuerdo a los resultados de casos notificados, el 34% (16) se encuentra en estadio 1, seguido del estadio 3 con un porcentaje de 31%, en tercer lugar, el estadio 2 con el 25.5 % (12), y por último el cuarto lugar el estadio clínico 4 con el 8.5% (4). (Tabla 4, grafico 3).

TABLA 4. ESTADIO CLINICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	16	34.0	34.0	34.0
	2	12	25.5	25.5	59.6
	3	15	31.9	31.9	91.5
	4	4	8.5	8.5	100.0
	Total	47	100.0	100.0	

Fuente; elaboración propia con base en el trabajo panorama epidemiológico de personas con VIH/SIDA en la unidad médica familiar número 13 del IMSS.

GRAFICO 3. ESTADIO CLINICO



Fuente; elaboración propia con base en el trabajo panorama epidemiológico de personas con VIH/SIDA en la unidad médica familiar número 13 del IMSS.

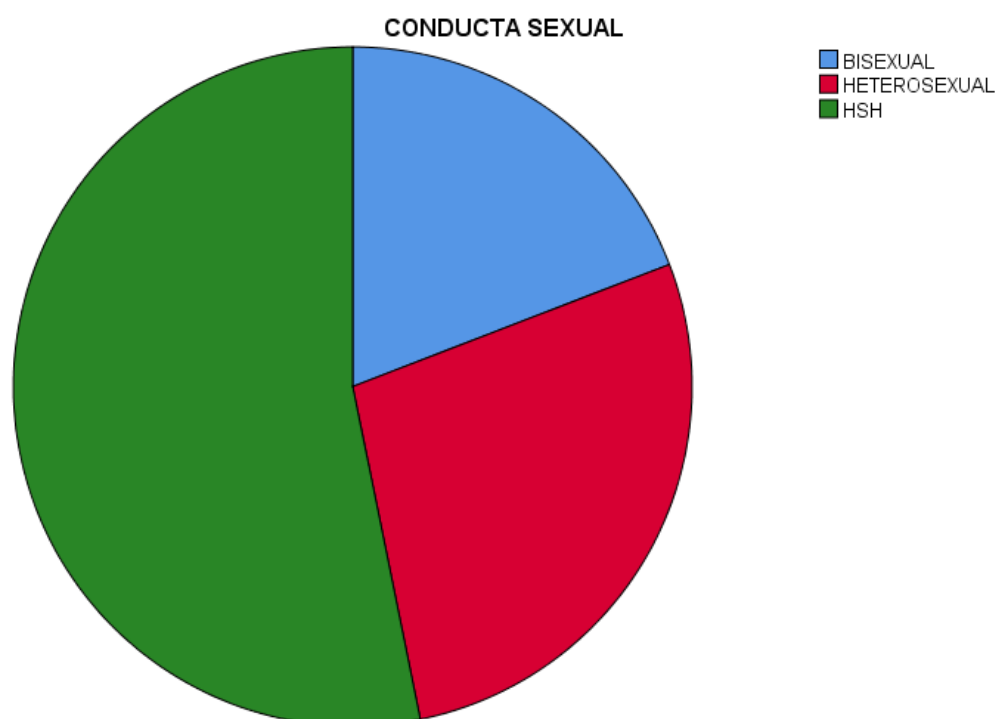
Respecto a la conducta sexual, de nuestra población estudiada se encontró que el 53% (25) son hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, el 27.7% (13) son personas mantienen conductas heterosexuales y finalmente el 19.1 % (9) tiene conducta bisexual. (Tabla 5, grafico 4).

TABLA 5. CONDUCTA SEXUAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	BISEXUAL	9	19.1	19.1	19.1
	HETEROSEXUAL	13	27.7	27.7	46.8
	HSH	25	53.2	53.2	100.0
	Total	47	100.0	100.0	

Fuente; elaboración propia con base en el trabajo panorama epidemiológico de personas con VIH/SIDA en la unidad médica familiar número 13 del IMSS.

GRAFICO 4. CONDUCTA SEXUAL



Fuente; elaboración propia con base en el trabajo panorama epidemiológico de personas con VIH/SIDA en la unidad médica familiar número 13 del IMSS.

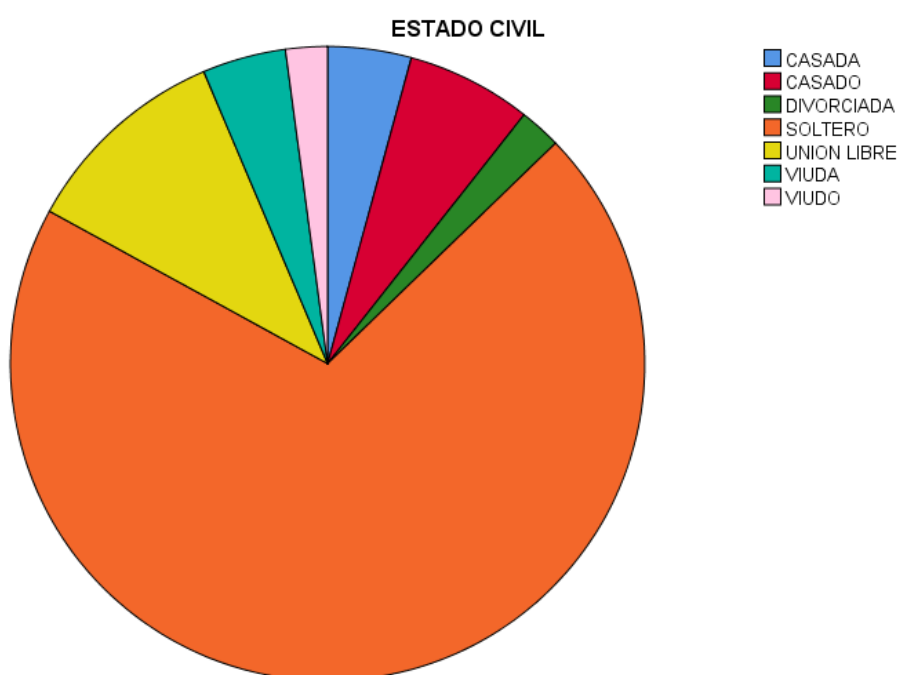
Dentro del estado civil el 70% (33) es soltero, el 10% (5) se encuentra en unión libre y otro 10% (5) se encuentra casado, el 6% (3) se encuentra en estado de viudez y por último el 2% (1) se encuentra divorciado. (tabla 6, grafico 5).

TABLA 6. ESTADO CIVIL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CASADA	2	4.3	4.3	4.3
	CASADO	3	6.4	6.4	10.6
	DIVORCIADA	1	2.1	2.1	12.8
	SOLTERO	33	70.2	70.2	83.0
	UNION LIBRE	5	10.6	10.6	93.6
	VIUDA	2	4.3	4.3	97.9
	VIUDO	1	2.1	2.1	100.0
	Total	47	100.0	100.0	

Fuente; elaboración propia con base en el trabajo panorama epidemiológico de personas con VIH/SIDA en la unidad médica familiar número 13 del IMSS.

GRAFICO 5. ESTADO CIVIL



Fuente; elaboración propia con base en el trabajo panorama epidemiológico de personas con VIH/SIDA en la unidad médica familiar número 13 del IMSS.

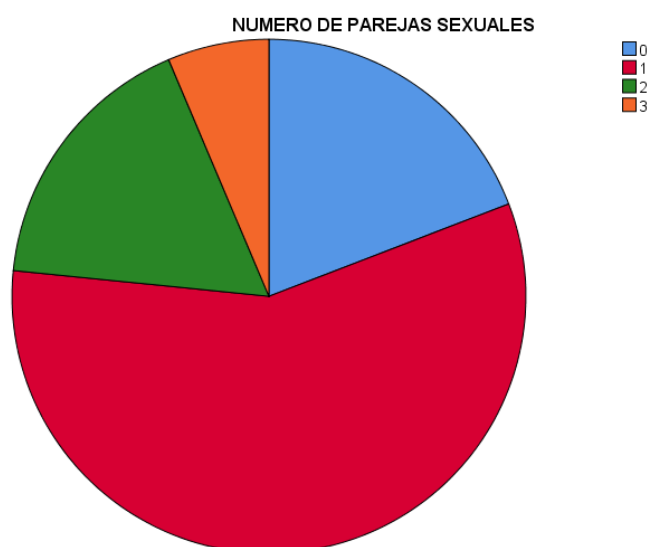
De acuerdo con el número de parejas sexuales, el 57.4% (27), refiere tener una sola pareja sexual, el 19.1% (9) refiere tener cero parejas sexuales, el 17% (8) tiene 2 parejas sexuales y por último solo el 6.4% (3) refiere tener 3 parejas sexuales. (tabla 7, grafico 6).

TABLA 7. NUMERO DE PAREJAS SEXUALES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	9	19.1	19.1	19.1
	1	27	57.4	57.4	76.6
	2	8	17.0	17.0	93.6
	3	3	6.4	6.4	100.0
	Total	47	100.0	100.0	

Fuente; elaboración propia con base en el trabajo panorama epidemiológico de personas con VIH/SIDA en la unidad médica familiar número 13 del IMSS.

GRAFICO 6. NUMERO DE PAREJAS SEXUALES



Fuente; elaboración propia con base en el trabajo panorama epidemiológico de personas con VIH/SIDA en la unidad médica familiar número 13 del IMSS.

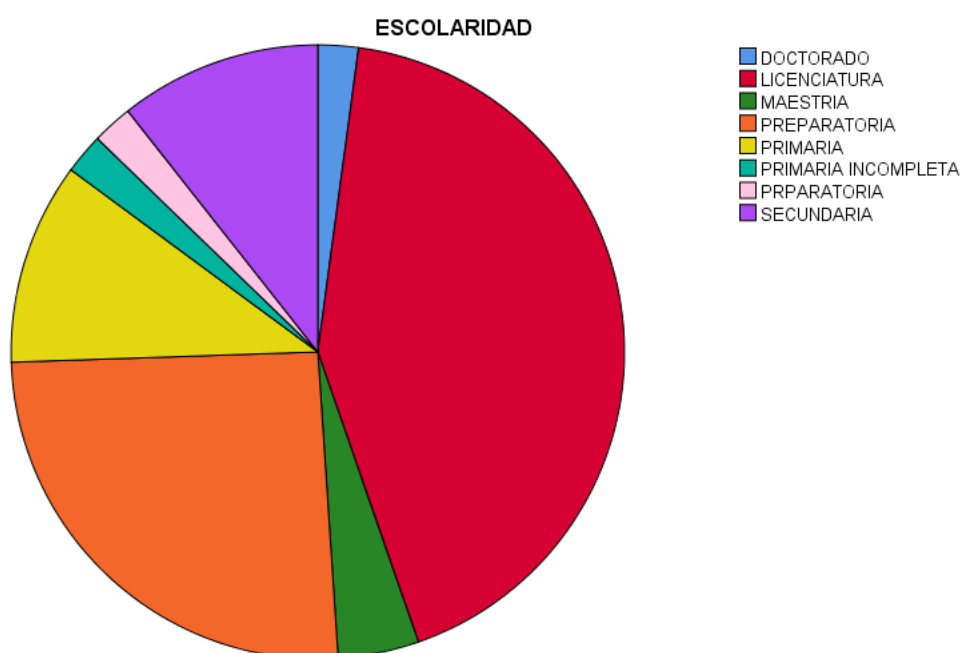
Ahora bien, de acuerdo con el grado de estudios, el mayor porcentaje se presenta en el 42.6% (20) con un grado de estudios de licenciatura, el 25.5% (12) nivel preparatoria, el 10.6% (5) nivel secundaria y otro 10.6% (5) en nivel primaria, dentro de los más representativos como se muestra en la tabla 8 y grafico 7.

TABLA 8. ESCOLARIDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	DOCTORADO	1	2.1	2.1	2.1
	LICENCIATURA	20	42.6	42.6	44.7
	MAESTRIA	2	4.3	4.3	48.9
	PREPARATORIA	12	25.5	25.5	74.5
	PRIMARIA	5	10.6	10.6	85.1
	PRIMARIA INCOMPLETA	1	2.1	2.1	87.2
	PRPARATORIA	1	2.1	2.1	89.4
	SECUNDARIA	5	10.6	10.6	100.0
	Total	47	100.0	100.0	

Fuente; elaboración propia con base en el trabajo panorama epidemiológico de personas con VIH/SIDA en la unidad médica familiar número 13 del IMSS.

GRAFICO 7. ESCOLARIDAD



Fuente; elaboración propia con base en el trabajo panorama epidemiológico de personas con VIH/SIDA en la unidad médica familiar número 13 del IMSS.

Finalmente se obtuvieron los casos reportados de acuerdo con la semana de notificación encontramos que la media se encuentra en la semana 26.45, la mediana en la semana 26 y finalmente la moda es la semana número 10 de notificación de casos. (tabla 9, grafico 8)

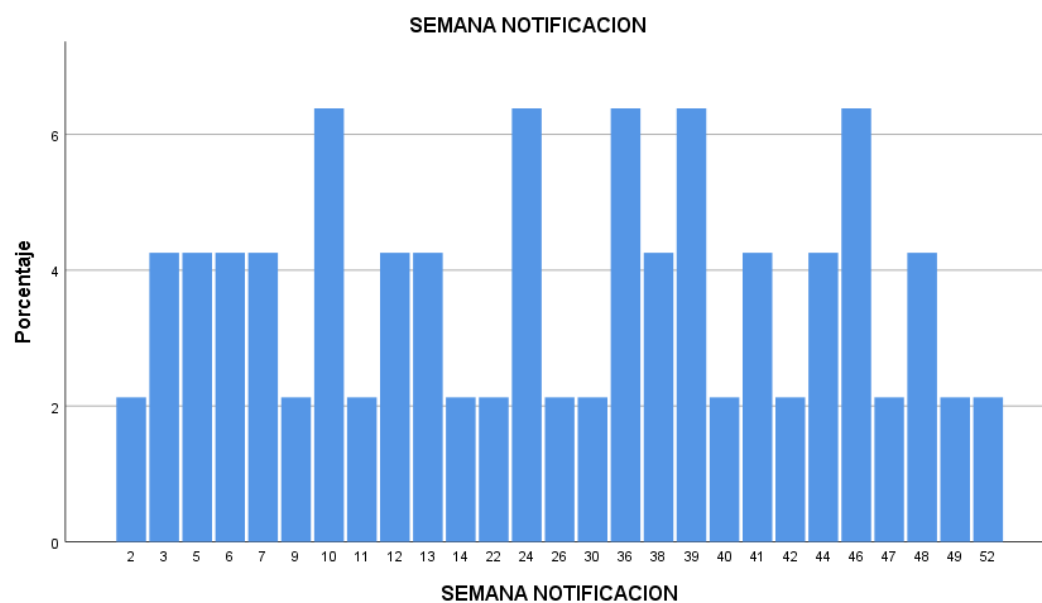
TABLA 9. SEMANA DE NOTIFICACION

SEMANA NOTIFICACION		
N	Válido	47
	Perdidos	0
Media		26.45
Mediana		26.00
Moda		10 ^a
Desv. Desviación		16.608

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

Fuente; elaboración propia con base en el trabajo panorama epidemiológico de personas con VIH/SIDA en la unidad médica familiar número 13 del IMSS.

GRAFICO 8. SEMANA DE NOTIFICACION



Fuente; elaboración propia con base en el trabajo panorama epidemiológico de personas con VIH/SIDA en la unidad médica familiar número 13 del IMSS.

DISCUSIÓN.

En el año 1986 se notificó en Chiapas el primer caso de VIH y actualmente según el informe histórico de VIH en México desde el año 1983 al 2022, hay un total de 17,433 casos y la proporción es del 5% respecto al nacional (345,980). ⁽²²⁾

En el año 2022 la detección de casos en Chiapas fue de un total de 571 casos con una incidencia de 9.7, donde 474 son hombres y 97 son mujeres y más del 50% de casos reportados se encontraba en el estadio 1 de la enfermedad y en menor porcentaje en el estadio 3. ⁽²²⁾

A nivel nacional en el año 2021 de 15 580 casos reportados en el 99.2% el mecanismo de transmisión fue de tipo sexual y el 0.8% restante fueron de tipo vertical y usuarios de drogas inyectables. Por otra parte, no se ha reportado ningún caso transmitido por vía sanguínea durante los últimos 5 años. ⁽²²⁾

El contexto sociodemográfico de nuestro estado presenta limitantes dentro de las más severas es la falta de conocimiento de la magnitud de la incidencia de casos de VIH y la ubicación de éstos, y hasta el año 2019 Chiapas ocupaba el cuarto lugar de casos acumulados respecto al nacional. El presente estudio realizado tuvo como objetivo describir el panorama epidemiológico de VIH/SIDA en la unidad médica familiar número 13 del IMSS de Tuxtla Gutiérrez, durante el año 2021 con datos obtenidos del área de epidemiología de la unidad.

Dentro de los resultados obtenidos de casos notificados en la clínica 13 del seguro social de Tuxtla Gutiérrez, encontramos un total 47 personas con diagnóstico positivos y confirmados de VIH. De acuerdo con el sexo se encontró un mayor porcentaje de hombres con un 85%, este resultado es similar a un estudio de tipo descriptivo realizado en España donde se estudiaron los nuevos casos de VIH durante el año 2021⁽²³⁾ donde se obtuvieron un total de 2,786 nuevos casos y el 86.1% pertenecen al sexo masculino. Hay una pequeña diferencia en otro estudio revisado, de tipo descriptivo transversal realizado en una unidad médica familiar de San Luis Potosí (SLP) del seguro social donde se obtuvieron un total de 215 casos, el sexo masculino represento el 90.2%. ⁽²⁴⁾

En relación con la edad, se encontró que en España la edad promedio es de 36 años y el grupo de edad mayormente afectado fue de 25 a 34 años ⁽²³⁾, en SLP el grupo de edad fue 18 a 38 años ⁽²⁴⁾ y en la UMF 13, la edad promedio fue de 32 años y el grupo de edad con mayor porcentaje fue de 25 a 34 años (44.3%).

Respecto al mecanismo de transmisión, en España se encontró que un porcentaje de 1.6% es usuaria de drogas intravenosas ⁽²³⁾, en nuestro estudio se encontró que el 100% de casos es adquirido por vía sexual.

Por otra parte, la conducta sexual en quienes se reportaron mayor porcentaje en España, así como en nuestro estudio son en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres con un porcentaje de 56.3%⁽²³⁾ y 53% respectivamente, seguidos de personas con conductas heterosexuales

En cuanto al diagnóstico en nuestro estudio la detección de casos el mayor porcentaje se realizó en el estadio 1 de la enfermedad mientras que en España durante el 2021 el 49.8% fueron diagnosticados en un estadio avanzado. ⁽²³⁾

CONCLUSIÓN

El panorama epidemiológico de las personas que acuden a la UMF 13 del IMSS ubicado en Tuxtla Gutiérrez Chiapas, durante el año 2021-2022 muestra un comportamiento similar al de otros estados y nacionalidades en estudios realizados durante el mismo año. Como primera variable estudiada, el sexo masculino predomina sobre el femenino.

La edad promedio se ubica entre el rango de edad de 25 a 34 años para hombres como mujeres, en los cuales predomina una conducta homosexual, pero también la conducta heterosexual, lo cual es importante destacar porque si bien podemos decir que los hombres se contagian al tener relaciones sexuales con otros hombres, las mujeres adquieren las enfermedades al tener relaciones sexuales con personas del sexo opuesto.

La totalidad de los casos fueron adquiridos por vía sexual, al tener conductas de riesgo sin uso de métodos de protección, además teniendo en cuenta que mas del 40% cuentan con un grado académico alto, podemos decir que en nuestra población es de medio urbano, no tiene problemas de analfabetismo ni es parte de una comunidad indígena, podemos concluir que las medidas preventivas e información para evitar enfermedades de transmisión sexual deben ser otorgadas a todas la personas, en las diferentes etapas de la vida principalmente en la edad reproductiva, a hombres y mujeres no importando la orientación sexual y conducta sexual, hacer énfasis que las mujeres y hombres heterosexuales no están libres de adquirir la infección por VIH, pero sí de tener un diagnóstico tardío al no ser parte de la población clave.

PROPUESTAS.

Se sugiere promover a la detección oportuna de VIH con pruebas rápidas a toda la población en el momento de la primera consulta en la unidad médica familiar, sea este el motivo de consulta o no.

Realizar mayor promoción de prevención a la población clave o personas que no se encuentren dentro de la población de alto riesgo de contagio.

Solicitar mayor participación de las escuelas de nivel primaria, secundaria, medio superior en educación sexual, haciendo uso de los derechos sexuales y reproductivos, especialmente en métodos de barreras de acuerdo con cada orientación y conducta sexual, de manera indiscriminada.

Se sugiere que en la unidad de medicina familiar número 13, cuente con personal altamente capacitado y experto en educación sexual, el cual debe cumplir con la promoción a la salud orientado a la educación sexual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rafael Delgado. Características virológicas del VIH. Elsevier España [Internet]. 2013 [citado 03 mayo 2021]; 29 (1): 58-65. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0213005X10004040>
2. CDC. [Internet]. Centros para el control y la prevención de Enfermedades: Información básica del VIH. [citado 03 mayo 2021]; revisado 29 de marzo del 2021. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/whatishiv.html>
3. Pascual, Corral. El virus de la inmunodeficiencia humana. Inmunopatogenia. Pachón, Pujol, Rivero, editores. La infección por VIH: Guía práctica. 2ª edición. Andalucía: sociedad andaluza de enfermedades infecciosas: 2003. p. 29-36.
4. Ponce de León. Inicio de la epidemia. Moheno, Iglesias, Flores, et al, editores. Treinta años del VIH- SIDA: Perspectivas desde México. Volumen 14, numero 1. México: editorial histórica: 2001. P. 13-15.
5. Ponce, Macías, Cruz, Calva, Tinoco, Ruiz et al. Los primeros cinco años de la epidemia de SIDA en México. Departamento de Infectología, Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. [Internet]. 1988 [citado 04 mayo 2021]; 30 (4): 58-65. Disponible en: <https://saludpublica.mx › spm › article>
6. Izazola. El VIH/SIDA en México 2009. Centro Nacional para la prevención y Control del SIDA. 1ª edición. 2009. México DF.
7. INEGI. [Internet]. Información por entidad: Chiapas [citado 09 mayo 2021. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/chis/default.aspx?tema=me&e=07>
8. Ramírez López. Un estudio en tres regiones de Chiapas. Ponce, Núñez, Báez, editores. Informe final de la consulta sobre VIH-SIDA y pueblos indígenas en áreas fronterizas. Primera edición: México D.F.: 2001. P. 19-44.
9. Gómez, Gómez, Krug, Mohela. Evaluación del sistema de información de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA en Chiapas. Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. [Internet]. 2018 [citado 08 mayo 2021]; 56 (5): 468-477. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=134671702&lang=es&site=ehost-live>
10. OMS. [Internet]. VIH/SIDA: datos y cifras [citado 19 abril 2021. Revisado 30 de noviembre del 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
11. HIVinfo. [Internet]. Afecciones relacionadas con el VIH/SIDA [citado 17 de mayo 2021. Revisado 06 de octubre del 2020. Disponible en: <https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/que-es-una-infeccion-oportunista>
12. OMS. VIH/SIDA Tratamiento antirretrovírico. [citado 19 de mayo 2021]; Disponible en: <https://www.who.int/hiv/topics/treatment/es/>

13. Secretaría de Salud. Virus de inmunodeficiencia humana y otras infecciones de transmisión sexual. Programa de acción específico 2020-2024. Disponible en: <https://www.gob.mx/censida>.
14. ONUSIDA. El informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida; COVID-19 arriesga desviar los avances en VIH fuera de curso. GINEGRA. Julio de 2020. [citado 24 mayo 2021]; Disponible en: <http://onusidalac.org/1/index.php/sala-de-prensa-onusida/item/2611-el-informe-de-onusida-sobre-la-epidemia-mundial-de-sida-muestra-que-los-objetivos-de-2020-no-se-cumpliran-debido-a-un-exito-profundamente-desigual-covid-19-arriesga-desviar-los-avances-en-vih-fuera-de-curso>.
15. ONUSIDA. FAST-TRACK. ENDING THE AIDS EPIDEMIC BY 2030. Ginebra Suiza. 2014.
16. OMS. Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH, 2016-2021. JUNIO 2016 [citado 09 mayo 2021]; Disponible en: <https://www.who.int/hiv/strategy2016-2021/ghss-hiv/es/>
17. OPS. Directrices sobre la autodetección del VIH y la notificación a parejas o compañeros. Washington, D.C.: 2018. Puede consultarse en: <http://iris.paho.org>
18. Censida, secretaria de salud. Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH. Décima edición (2019). Ciudad de México. Disponible en: www.gob.mx/censida.
19. Campo, Scerpella. Avances recientes en VIH/SIDA: patogénesis, historia natural y carga viral. University of Miami School of Medicine, Department of Medicine Special Immunology. Miami. 1996; 7: 182-188. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v7n4/v7n4tr1.pdf>
20. OPS. [Internet]. Farmacorresistencia [citado 19 de junio del 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/farmacorresistencia-vih>.
21. Secretaría de Salud. [Internet]. Sistema de vigilancia epidemiológica de VIH, informe histórico de VIH 1er trimestre 2021. (citado 01 de agosto del 2021). https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/647383/VIH-Sida_1erTrim_2021.pdf
22. Ceballos, Carbajal, Arellanos et al. INFORME HISTÓRICO DE VIH 3ER TRIMESTRE . 2022.
23. Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2021: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III/ División de control de VIH, ITS, Hepatitis virales y tuberculosis. Ministerio de Sanidad. Madrid; noviembre 2022.
24. Trejo, Becerra, Esparza, relación entre apoyo social/familiar y adherencia terapéutica en pacientes de la clínica de VIH de hospital general de zona con unidad de medicina familiar no. 2.

ANEXOS.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad y fecha	2021					2022			2023			2024	
	Mar	Abr	May	Jun-Ago	Sep-Dic	Ene-Feb	Marzo	Abril-Dic	Ene-Mar	Abr-Jun	Jul-Dic	Ene-Feb	Mar
Delimitación del tema													
Planteamiento del problema													
Recuperación, revisión y selección de bibliografía													
Elaboración del protocolo													
Presentación y revisión por el comité de investigación													
Recolección y tabulación de datos													
Análisis estadístico y resultados													
Elaboración de reporte final													
Presentación final													
Otras actividades (difusión y/o publicación)													

Instrumento.

SALUD		SEDENA		MARINA		SNDIF		INPI		IMSS		ISSSTE		PEMEX									
FORMATO DE NOTIFICACIÓN Y ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE VIH																							
I	DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	N° AFILIACIÓN:		FOLIO:																			
		CURP:		NO. DE EXPEDIENTE:																			
		NOMBRE:																					
		Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre (s)																	
		FECHA DE NACIMIENTO		ESTADO:		MUNICIPIO:		SEXO AL NACIMIENTO:															
		13/08/1951		CHIAPAS				Masculino ☐ Femenino ☐															
		dd / mm / aaaa		de nacimiento		de nacimiento																	
		EDAD:		ESTADO CIVIL:		IDENTIDAD DE GENERO:		SE IDENTIFICA COMO:															
		Años Meses Días		Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐		Hombre ☐		Heterosexual ☐ Bisexual ☐ HSH ☐															
		OCUPACIÓN:		Unión Libre ☐ Separado ☐		Mujer ☐		Transexual ☐ Transgénero ☐ Travesti ☐															
ESCOLARIDAD:		(Actual o última)		Hombre transgénero ☐		Gay ☐ Lesbiana ☐ Intersexual ☐																	
RESIDENCIA ACTUAL:		(Último año aprobado)		Mujer transgénero ☐																			
Calle		Número		Colonia		Estado																	
Jurisdicción Sanitaria		Municipio		Localidad		C.P.		Delegación IMSS		Delegación ISSSTE													
Entre qué calle:		y calle:																					
¿HA TENIDO HIJOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS?		SI ☐ NO ☐		NO APLICA ☐		¿Cuántos?		DE ACUERDO A SU CULTURA SE CONSIDERA INDÍGENA:		SI ☐ NO ☐													
ES MIGRANTE		1= SI, 2= NO		PAÍS DE NACIONALIDAD		PAÍS DE ORIGEN		SE CONSIDERA AFRODESCENDIENTE: SI ☐ NO ☐															
PAÍSES DE TRANSITO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES		1.-		2.-		3.-																	
4.- OTRO:-				FECHA DE INGRESO AL PAÍS		dd / mm / aaaa																	
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR (en caso de menores de edad y/o persona con discapacidad):																							
II	UNIDAD NOTIFICANTE	Clave Unidad		Estado / Delegación		Jurisdicción Sanitaria		Municipio		Localidad													
		Institución		Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros)																			
		FECHA DE DETECCIÓN COMO PERSONA EN RIESGO DE TENER VIH 12		dd/mm/aaaa		FECHA DE DIAGNÓSTICO		dd/mm/aaaa															
		FECHA DE INICIO DE ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO		dd/mm/aaaa		FECHA DE NOTIFICACIÓN A JURISDICCIÓN		dd/mm/aaaa															
FECHA DE NOTIFICACIÓN AL ESTADO		dd/mm/aaaa		FECHA DE NOTIFICACIÓN AL DGE		dd/mm/aaaa																	
III	ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	1.- COMPORTAMIENTO SEXUAL																					
		A. HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON HOMBRERES: SI ☐ NO ☐ SE DESCONOCE ☐ NO APLICA ☐																					
		B. HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON MUJERES: SI ☐ NO ☐ SE DESCONOCE ☐ NO APLICA ☐																					
		C. HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON PERSONAS QUE SON:																					
		HETEROSEXUALES		SI ☐ NO ☐ ? ☐		TRABAJADORAS SEXUALES		SI ☐ NO ☐ ? ☐		MIGRANTES		SI ☐ NO ☐ ? ☐											
		BISEXUALES		SI ☐ NO ☐ ? ☐		TRABAJADORES SEXUALES		SI ☐ NO ☐ ? ☐		PERSONAS HEMOFÍLICAS		SI ☐ NO ☐ ? ☐											
		HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES		SI ☐ NO ☐ ? ☐		TRANSGÉNERO/TRANSVESTITRANSEXUAL		SI ☐ NO ☐ ? ☐		PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD		SI ☐ NO ☐ ? ☐											
		LESBIANA		SI ☐ NO ☐ ? ☐		USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES		SI ☐ NO ☐ ? ☐		PERSONAS VIVIENDO CON VIH		SI ☐ NO ☐ ? ☐											
		INTERSEXUAL		SI ☐ NO ☐ ? ☐						RECEPTORAS DE TRANSFUSIÓN SANGÜÍNEA		SI ☐ NO ☐ ? ☐											
										O DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS/TEJIDOS		SI ☐ NO ☐ ? ☐											
D. ES O HA SIDO TRABAJADOR SEXUAL:		SI ☐ NO ☐ SE DESCONOCE ☐ NO APLICA ☐		E. HA RECIBIDO ALGÚN PAGO POR TENER RELACIONES SEXUALES:		SI ☐ NO ☐ SE DESCONOCE ☐ NO APLICA ☐		F. HA PAGADO POR TENER RELACIONES SEXUALES:		SI ☐ NO ☐ SE DESCONOCE ☐ NO APLICA ☐													
G. HA SIDO VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL:		SI ☐ NO ☐ SE DESCONOCE ☐		Fecha en que ocurrió: dd/mm/aaaa		Fecha de Serconversión a VIH: dd/mm/aaaa		Recibo profilaxis post-exposición VIH: SI ☐ NO ☐ ? ☐		Fecha de Inicio: dd/mm/aaaa													
Cuántas horas después de la violación: días		Duración de la Quimioprofilaxis: días		2.- HA ESTADO EN UN CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL O JUVENIL: SI ☐ NO ☐ SE DESCONOCE ☐		SE LE DIAGNOSTICÓ VIH: ANTES DE SU INGRESO DURANTE SU ESTANCIA		AL CERESO ☐ EN EL CERESO ☐		DESPUES DE SU ESTANCIA EN EL CERESO ☐													
3.- HA RECIBIDO TRANSFUSIONES: SI ☐ NO ☐ SE DESCONOCE ☐		UNIDAD 1: dd / mm / aaaa		Clave Unidad		Estado / Delegación		Jurisdicción Sanitaria		Municipio		Localidad											
UNIDAD 2: dd / mm / aaaa		Clave Unidad		Estado / Delegación		Jurisdicción Sanitaria		Municipio		Localidad													
4.- ES UNA PERSONA HEMOFÍLICA: SI ☐ NO ☐ SE DESCONOCE ☐		5.- ES UNA PERSONA USUARIA DE DROGAS INYECTABLES: SI ☐ NO ☐ SE DESCONOCE ☐		6.- HA DONADO SANGRE: SI ☐ NO ☐ SE DESCONOCE ☐		7.- HA RECIBIDO TRANSPLANTES DE ÓRGANOS/TEJIDOS O INSEMINACIÓN ARTIFICIAL: SI ☐ NO ☐ SE DESCONOCE ☐		TIPO DE INTERVENCIÓN		Clave Unidad		Estado / Delegación		Jurisdicción Sanitaria		Municipio		Localidad					
FECHA: dd / mm / aaaa		Localidad		Institución		Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros)		8.- EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A SANGRE O SECRECIONES CON VIH: SI ☐ NO ☐ SE DESCONOCE ☐		EXPOSICIÓN A: SANGRE SI ☐ NO ☐ SECRECIONES: SI ☐ NO ☐ SE DESCONOCE ☐		FECHA DE EXPOSICIÓN: dd/mm/aaaa		FECHA DE SEROCONVERSIÓN A VIH: dd/mm/aaaa		RECIBIO QUIMIOPROFILAXIS: SI ☐ NO ☐ SE DESCONOCE ☐		FECHA: dd/mm/aaaa		Cuántas horas después de la exposición: días		Duración de la Quimioprofilaxis: días	
9.- SOSPECHA DE TRANSMISIÓN VERTICAL: SI ☐ NO ☐ SE DESCONOCE ☐		(Si la respuesta es afirmativa pase a la sección IV)																					
IV	TRANSMISIÓN VERTICAL	SÓLO LLENAR ESTE APARTADO EN CASOS CON SOSPECHA DE TRANSMISIÓN VERTICAL: ¿LA MADRE TIENE O HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES?																					
		1. SE SABE PORTADORA DE VIH: SI ☐ NO ☐ ? ☐		2. FALLECIDA POR VIH: SI ☐ NO ☐ ? ☐																			
		3. TRABAJADORA SEXUAL: SI ☐ NO ☐ ? ☐		33. RECIBIO CONSEJERÍA PARA LA DETECCIÓN DE VIH DURANTE EL EMBARAZO: SI ☐ NO ☐ ? ☐																			
		4. RELACIONES SEXUALES CON HOMBRERES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRERES: SI ☐ NO ☐ ? ☐		34. RECHAZÓ LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE VIH DURANTE EL EMBARAZO: SI ☐ NO ☐ ? ☐																			
		5. HA RECIBIDO TRANSFUSIONES: SI ☐ NO ☐ ? ☐		35. MOMENTO EN QUE SE LE REALIZÓ EL DIAGNÓSTICO DE VIH: SI ☐ NO ☐ ? ☐																			
		6. RELACIONES SEXUALES CON PERSONAS TRANSFUNDIDAS: SI ☐ NO ☐ ? ☐		36. SEMANA DE GESTACIÓN CUANDO LE DIAGNOSTICARON INFECCIÓN POR VIH: SI ☐ NO ☐ ? ☐																			
		7. USUARIA DE DROGAS INYECTABLES: SI ☐ NO ☐ ? ☐		37. SEMANA DE GESTACIÓN AL INICIO CON ARV: SI ☐ NO ☐ ? ☐																			
		8. RELACIONES SEXUALES CON USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES: SI ☐ NO ☐ ? ☐		38. RECHAZÓ EL TRATAMIENTO CON ARV: SI ☐ NO ☐ ? ☐																			
		9. HA RECIBIDO TRANSPLANTES DE ÓRGANOS/TEJIDOS O INSEMINACIÓN ARTIFICIAL: SI ☐ NO ☐ ? ☐		39. INSTITUCIÓN DONDE RECIBIÓ TRATAMIENTO ARV: SI ☐ NO ☐ ? ☐																			
		10. RELACIONES SEXUALES CON PERSONAS CON INFECCIÓN POR VIH: SI ☐ NO ☐ ? ☐		20. EL MENOR FUE OBTENIDO POR: PARTO ☐ CESÁREA ☐																			
11. ESTABA EN TRATAMIENTO ARV ANTES DEL EMBARAZO: SI ☐ NO ☐ ? ☐		21. EL MENOR FUE ALIMENTADO CON LECHE MATERNA: SI ☐ NO ☐ ? ☐																					
12. INSTITUCIÓN DE RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO: SI ☐ NO ☐ ? ☐																							
V	MECANISMO DE TRANSMISIÓN	1 SEXUAL ☐ HSH ☐ Bisexual ☐ Heterosexual ☐		2 TRANSFUSIONAL ☐ 3 DROGAS INYECTABLES ☐ 4 OCUPACIONAL ☐ 5 VERTICAL ☐ 6 DESCONOCIDO ☐																			

NOTA: ÚNICAMENTE PERSONAL MÉDICO REGISTRARÁ Y MANEJARÁ LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMATO. LA INFORMACIÓN DE VIH ES CONFIDENCIAL Y DEBERÁ ENVIARSE EN SOBRE CERRADO.

Página 1 de 2

informado.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	PANORAMA EPIDEMIOLOGICO DE PERSONAS CON VIH/SIDA EN LA UNIDAD MEDICA FAMILIAR NUMERO 13 DEL IMSS.						
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA						
Lugar y fecha:	UNIDAD MEDICA FAMILIAR NO. 13 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. 2021						
Número de registro:	EN TRAMITE						
Justificación y objetivo del estudio:	El presente estudio que se realizara en la unidad médica familiar número 13 del IMSS, tiene como objetivo describir el panorama epidemiológico de las personas que viven con el diagnostico VIH-SIDA, en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez en el estado de Chiapas, con los resultados se podrá conocer cuál es la población clave, y de ser necesario realizar cambios en los programas de prevención y promoción de la salud.						
Procedimientos:	Se analizará y determinará el panorama epidemiológico de VIH en la UMF NO. 13, con datos obtenidos del formato de notificación y estudio epidemiológico de VIH.						
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer el panorama epidemiológico de VIH de la población que acude a la UMF No. 13 del IMSS.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados se difundirán en la UMF 13 de Tuxtla Gutiérrez.						
Participación o retiro:	Las dudas surgidas han sido aclaradas, mi participación en el estudio en de manera voluntaria, soy libre de continuar, no formar parte o retirarme en cualquier momento si esto afecta la atención médica.						
Privacidad y confidencialidad:	Los datos que se recopilen en esta encuesta son confidenciales, utilizados solamente para el investigador.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table><tr><td>☐</td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td>☐</td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td>☐</td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	☐	No autoriza que se tome la muestra.	☐	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	☐	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
☐	No autoriza que se tome la muestra.						
☐	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
☐	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):							
Beneficios al término del estudio:							
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	DRA. MATZA APARICIO JIMENEZ						
Colaboradores:	DRA. ROCIO ALEJANDRA MARTINEZ CRUZ						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx							
_____ Nombre y firma del sujeto Testigo 1	_____ DRA. MATZA APARICIO JIMENEZ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2						
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma						
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.							

Carta de no inconveniente



GOBIERNO DE
MÉXICO



OOAD CHIAPAS
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Medicina Familiar No. 13
Dirección UMF 13



Oficio: 070104252110/0249/2021

Tuxtla Gutiérrez Chiapas A 09 Agosto De 2021.

DRA. MATZA APRICIO JIMENEZ.
RESIDENTE DE PRIMER AÑO DE LA ESPECIALIDAD
FAMILIAR DE LA UMF 13.

Por medio del presente y en relación a oficio sin número de fecha 05 de agosto 2021, me permito informar a usted que se **AUTORIZA** a usted realice la investigación titulada **"Panorama Epidemiológico de personas con VIH/SIDA"** en esta unidad a mi cargo, por lo que al concluir su investigación solicito a usted comparta los resultados obtenidos de dicha investigación ya que es aportación en beneficio de la Unidad.

Para su conocimiento y seguimiento correspondiente.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E



Dr. Francisco Ricardo Escobar Díaz
NS3 Director de la Unidad UMF 13
Blvd. Art. 123 Esquina Presa Chicoasen, Col. Las
Palmas, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. CP. 29040
Teléfono: (01961)-6141388
francisco.escobardi@imss.gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Estatal en Chiapas
Unidad Médica Familiar No. 13