

37
31
11227

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

"ETIOLOGIA INFECCIOSA MAS FRECUENTE DE LA DIARREA EN
PACIENTES MEXICANOS CON SIDA "

T E S I S

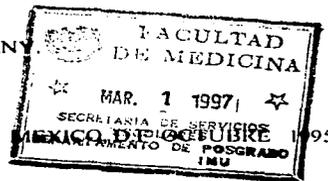
QUE COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL TITULO DE :

ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

PRESENTA

ARMANDO MENDOZA CORTES

ASESOR: MUSLIM SCHABIB HANY



I.S.S.S.T.E.

H. G. "DR. GONZALO CASTAÑEDA

JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
REGISTRO DE CIRCUNSTANCIAS Y
RECONOCIMIENTOS

LIBRO NUM. 01 HOJA 62
FOLIO NUM. 04
FECHA DE EXPEDICION 15/11/95
JEFE DE ENSEÑANZA _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1997



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

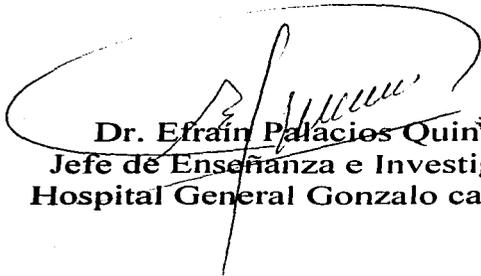
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Dr. Muslim Schabib Hany
Asesor de Tesis.



Dr. Mariano Beltrán Adame
Jefe de curso y coordinador de
Medicina Interna Hospital General
Gonzalo Castañeda



Dr. Efraín Palacios Quintero
Jefe de Enseñanza e Investigación
Hospital General Gonzalo castañeda



Dr. Armando Mendoza Cortés.
Autor de Tesis.

AGRADECIMIENTOS

**A DIOS: Por prestame salud y haberme permitido culminar una meta más
AGRADEZCO ESPECIALMENTE A MI ASESOR Y PROFESOR:**

Por su valioso asesoramiento, consejos, recomendaciones y colaboracion para que este trabajo resultara lo mejor posible.

A MI ESPOSA LAURA Y MI HIJA SUSY:

Por depositar su confianza en mi, y que en todo momento han sido mi principal estímulo para continuar hacia adelante.

A MIS PROFESORES:

M.I. MARIANO BELTRAN ADAME:

M.I. JOSE M. VALERO GONZALEZ

Por generar sus conocimientos para mi mejor formación como profesionista.

A MIS PADRES Y HERMANOS:

Por su incondicional apoyo y porque en todo momento puedo contar con ellos.

A MIS SUEGROS:

Por sus atenciones y facilidades prestadas

A MIS AMIGOS DE MINATITLAN, COLIMA:

VICENTE MADRIGAL M.

CARMEN ALVAREZ C.

ADELINA BELTRAN L.

Por brindarme su amistad y apoyo cuando lo necesite.

DIRECCION DEL AUTOR
CALLE 7 NUMERO 99
COLONIA JARDINES DE SANTA CLARA ECATEPEC ESTADO
DE MEXICO
TELEFONO 775 42 53

ÍNDICE

	PAGINAS
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN/ ANTECEDENTES	2
TABLA 1	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA/JUSTIFICACIÓN	6
OBJETIVOS	8
HIPÓTESIS	9
MATERIAL Y MÉTODOS	10
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	11
RESULTADOS	12
GRÁFICAS	14
DISCUSIÓN	35
CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES	37
BIBLIOGRAFÍA	38

RESUMEN

Se trató de conocer la importancia de la enteropatía -manifestada como síndrome diarético- entre los pacientes con SIDA de un hospital institucional (ISSSTE) mediante una evaluación intermedia en un hospital de segundo nivel de atención y definir los principales agentes infecciosos que pueden documentarse mediante coproparasitoscopia, tinciones de heces y coprocultivo. Los casos se analizaron retrospectivamente por medio de estadística descriptiva de sus antecedentes sociodemográficos y no patológicos y de los hallazgos patológicos. En un total de 63 pacientes con SIDA que llegaron al hospital con síndrome diarético se precisó la etiología en 26 casos, uno con doble infección para completar 27 estudios positivos: *Cryptosporidium spp.* en 8, *Shigella spp.* (principalmente *boydi* y *flexneri*) en 6, *Giardia lamblia* en 3, *Salmonella spp.* (sobre todo serogrupo B) en 3, *Escherichia coli* en 3, *Entamoeba histolytica* en 2 e *Isoospora belli* en 2; en 37 enfermos no se aisló ningún agente infeccioso. Lo anterior representa una mezcla de agentes oportunistas y verdaderos patógenos; viéndose estos favorecidos por el compromiso a nivel inmunitario que presentan los pacientes con SIDA y que determinan incluso el grado de virulencia, además de varios factores ambientales. Esto es importante para guiar el manejo empírico inicial hasta identificar el agente específico en el caso individual y para contribuir al establecimiento de normas más consistentes en la comunidad general.

INTRODUCCIÓN/ ANTECEDENTES

A finales del decenio de 1970, los médicos de las costas este y oeste de Estados Unidos empezaron a atender enfermos con complicaciones de una deficiencia inmunológica grave cuya causa, entonces, todavía era desconocida. Esos pacientes -varones homosexuales con actividad sexual- tenían sarcoma de Kaposi, neumonía por *Pneumocystis carinii* y otras infecciones de tipo oportunista conjuntamente con neoplasias características de depresión severa de la inmunidad mediada por células. Más tarde la enfermedad se designó como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). El desconcierto inicial reinante entre los médicos y científicos alentó la postulación de diversas teorías al respecto que fueron cambiadas con el tiempo.

En 1983, el Dr. Luc Montagnier -del Instituto Pasteur de París- obtuvo de un enfermo un virus al que atribuyó ser el causante de la enfermedad.. En Mayo de 1984, el Dr. Robert Gallo -Instituto Nacional de Salud. en Estados Unidos- aisló el virus que imputó como causa del SIDA. el cual fué agrupado entre los 5 retrovirus humanos conocidos y se llamó, después, "virus de la inmunodeficiencia humana" (V.I.H.). Hay retrovirus en casi todas las especies de animales. Con propósitos de vigilancia se distinguieron los casos de seropositivos sanos de aquellos con varias complicaciones importantes por inmunosupresión, se establecieron clasificaciones de los infectados y se profundizó en el conocimiento del virus, sus tipos (VIH 1 y 2) y las posibilidades de tratamiento.

El diagnóstico de infección por el VIH-1, el tipo cosmopolita, asienta en la detección del virus o de una respuesta serológica de anticuerpos específicos al mismo. El procedimiento recomendado consiste en la prueba de inmunoabsorción ligada a enzimas para anticuerpos contra el VIH (ELISA) y su confirmación por Western blot o inmunoelectrotransferencia en las muestras que se sospechan positivas. Otros métodos para detectar la infección por VIH-1 incluyen el aislamiento del virus en células mononucleares de sangre periférica mediante cultivo, demostración de ácidos nucleicos virales (amplificados por PCR) y cuantificación de antígeno p24 viral.

A nivel internacional, en 1993 la Organización Mundial de la Salud estimó que hay 2.5 millones de infectados por VIH-1 en América, 0.5 millones en Europa, 8 millones en África, 1.6 millones en Asia y 30,000 en Oceanía para un total de 13 millones . La diseminación del VIH-1 es, al principio, muy

sobrecrecimiento bacteriano y la infección por el mismo VIH. A pesar de predominar sus datos por efecto de masa también deben considerarse el sarcoma de kaposi y los linfomas del tracto gastrointestinal.

Las manifestaciones de una enterocolitis pueden ser determinadas en parte por el tipo de respuesta del organismo cuyos componentes abarcan los mecanismos de protección primaria y los remanentes de inmunidad específica celular y humoral. La evaluación de la diarrea en los pacientes con SIDA contempla la búsqueda de sus causas prevalentes: bacterias patógenas comunes: *Shigella*, *Salmonella* y *Campylobacter spp.* o *Escherichia coli* enterotoxigénica y de las toxinas del *Clostridium difficile*, sin omitir a géneros menos frecuentes (*Yersinia*, *Vibrio*, *Aeromonas*, *Plesiomonas*, etc.); estas bacterias, en esta condición, no son fáciles de erradicar y comportan una alta incidencia de bacteremia y recidivas que exigen terapia supresiva prolongada o indefinida; además protozoarios tipo *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia* y *Blastocystis hominis*, comunes en sujetos sexualmente promiscuos cuyo cólon suele albergar *Herpes simplex* u otro agente venéreo; *Strongyloides spp.*, algunas micobacterias y hongos pueden también ser importantes. Virus patógenos -de papel incierto en el SIDA- son los astrovirus, picobinavirus, calicivirus, adenovirus y rotavirus con variaciones geográficas de prevalencia.

Los microorganismos oportunistas entre los cuales destacan coccidias como *Cryptosporidium spp.*, *Isospora belli* y *microsporidia* que con el citomegalovirus, *Candida spp.*, hongos dimórfos como *Histoplasma capsulatum* y el complejo *Mycobacterium avium-intracellulare* (MAI) y las bacterias patógenas constituyen las causas -aisladas o asociadas- más frecuentes de diarrea en el SIDA. En muchos pacientes con SIDA, la evidencia de síntomas gastroenterales o malabsorción en ausencia de agentes infecciosos intestinales ha conducido, por técnicas diversas, a la identificación del VIH en células cromafines de las criptas mucosas y la lamina propia del intestino delgado; ésto promovió el concepto de enteropatía por el VIH que permanece aún controversial.

El estudio de la diarrea en el SIDA comprende **coprocultivo bacteriano** ("evaluación mínima"), **más parasitoscopia /tinción de heces** -para huevos/parásitos y protozoarios- y **hemocultivo** (".. media o limitada"), **más endoscopia** -esofagogastroduodenal y de cólon- y **biopsia** (".. completa"); el índice promedio de predicción diagnóstica para cada estrategia según Johanson et al. fué de 8, 40 y 65%, respectivamente. La evaluación es negativa hasta en un 30 a 45% de acuerdo con los estudios de Connolly et al. quien los atribuye al grado de la pérdida de peso y el volumen de las heces. No obstante,

explosiva (cuando llega a una población susceptible). Después la diseminación continúa de manera endémica.

Importantes diferencias socioculturales, económicas y políticas conducen a variaciones regionales en la incidencia y prevalencia de la infección por VIH-1. Temas relacionados con el SIDA han permeado y penetrado toda la esfera de la existencia humana, investigación científica, ética, ley, mundo del arte, economía, relaciones internacionales e intimidad personal; actualmente están afectados todos estos aspectos y muchos más. En un sentido amplio, el SIDA y la infección por VIH-1 han servido para recordarnos que la existencia humana está inextricablemente relacionada con su entorno natural. Si bien puede anticiparse que ésto seguirá ocurriendo y originando nuevas enfermedades infecciosas, sólo pueden preverse vagamente las formas que adoptaran.

Alrededor de 50% de los varones con infección por VIH-1 progresa hacia SIDA en un promedio de 7 años, luego del reconocimiento de la infección por VIH. Aunque parece posible retrasar la aparición de una complicación oportunista en las personas infectadas por VIH-1, la mayoría de ellos desarrollará SIDA a la postre. Entre los factores que pueden determinar la tasa de progresión a la enfermedad se incluyen la carga viral y virulencia de la cepa infectante, raza, sexo y edad del paciente y localización geográfica. Así: es más rápida en niños o en adultos de mayor edad y más lenta en adultos jóvenes. La gama de manifestaciones comúnmente relacionadas con la infección que produce el VIH - síntomas y enfermedades- varía de un paciente a otro.

Uno de los sistemas más afectados en el transcurso y progresión de la infección por el VIH-1 es el tubo digestivo; se involucran, por orden de frecuencia, el esófago, el colon, intestino delgado, sistema hepatobiliar, páncreas y estómago. Se ha estimado que 30 a 90% de los pacientes con SIDA presentan diarrea durante la enfermedad.; 50 a 85% de estos episodios tienen causas infecciosas y cerca de la mitad de las infecciones son tratables con agentes antimicrobianos específicos. En los sujetos homo o bisexuales con VIH-1 es más probable que se identifique el agente infeccioso entérico a diferencia de los infectados por contacto heterosexual o consumo de drogas intravenosas. Las infecciones por organismos convencionales y oportunistas son la mayor causa de diarrea en pacientes con SIDA, pero, frecuentemente ésta es resultado de medicaciones, principalmente la didanosina (ddi) y algunos antibióticos. Se denomina síndrome de desgaste del SIDA a la caquexia de los pacientes con diarrea y malabsorción sin causa identificada. Otras causas propuestas de diarrea en pacientes con SIDA son el

No obstante, ante infecciones -inexorables para aprovechar los nichos de oportunidad que deja la sociedad humana- no cabe escatimar recursos razonables para su diagnóstico, máxime frente a la funesta carga biopsicosocial que el SIDA representa en el individuo y la comunidad.

Se bosqueja, a seguir, el manejo recomendado para microorganismos causantes de diarrea en el SIDA.

TABLA I: MANEJO ACTUAL DE LOS CAUSANTES COMUNES DE DIARREA EN EL SIDA.

MICROORGANISMO		TRATAMIENTO
<u>Bacterias</u>	<i>Salmonella spp.</i>	AMOXICILINA 1 g. c/8 horas 3-14 días g
		COTRIMOXAZOL 960mg. c/12 horas 14 días g
		<u>CIPROFLOXACINA 500mg. c/12 horas 7-14 días</u>
	<i>Shigella spp.</i>	COTRIMOXAZOL 960mg. c/12 horas 5-15 días g
		AMPICILINA 500mg. c/6 horas 5 días g
		<u>CIPROFLOXACINA 500mg. c/12 horas 7 días</u>
	<i>Campylobacter spp</i>	ERITROMICINA 250-500mg. c/6 horas 7 días g
		<u>CIPROFLOXACINA 500mg. c/12 horas 7-10 días</u>
	<i>Clostridium difficile</i>	METRONIDAZOL 500mg. c/8 horas 7-10 días g
		VANCOMICINA 125mg. c/6 horas 7-10 días
	<i>Mycobacterium avium-intracellulare (MAI)</i>	AMIKACINA I.V. * 7.5-10mg./k/d 4 semanas MÁS
		<u>ETAMBUTOL</u> * 15-25mg./k/d 12 semanas MÁS
<u>RIEAMPICINA</u> * 600mg. c/d 12 s.o Indef. MÁS		
CIPROFLOXACINA * 750mg. c/12 horas Idem. MÁS		
<u>CLOFAZIMINA</u> * 100mg. c/d Idem. MÁS		
<u>CLARITROMICINA</u> 500mg. c/12 horas Idem. MÁS		
<u>RIEABUTINA</u> 300mg. c/d. Idem.		
(requiere 2 o más drogas de la línea o alternativas *)		
<u>Virus</u>	<i>Cytomegalovirus</i>	<u>GANCICLOVIR</u> 5mg./k c/12 horas 14-21 días g
		FOSCARNET 60mg./k c/8 horas 14-21 días
	<i>Herpes simplex virus</i>	<u>ACYCLOVIR</u> 5mg./k c/8h I.V. g 1 g/d V.O. 5-7 días
<u>Protozoarios</u>	<i>Isospora belli</i>	<u>COTRIMOXAZOL</u> 960mg c/6h y c/12h 10 + 20 días g
		PIRIMETAMINA 75mg. c/d (+ AC.FOLÍNICO) 14 días
	<i>Cryptosporidium spp.</i>	OCTREÓTIDO g PAROMOMICINA g MACRÓLIDOS??
		ALBENDAZOL g dicta baja en grasas y residuo.....
	<i>Microsporidium</i>	<u>METRONIDAZOL</u> 750mg. c/8 horas 10 días MÁS
<i>Entamoeba histolytica.</i>	IODOQUINOL 650mg.x3 x 21d g PAROMOMICINA...	

NOTA: Los tratamientos subrayados representan esquemas de primera elección y los marcados (*) su mejor alternativa

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-1) encuentra y revela despiadadamente la vulnerabilidad de nuestro sistema de atención médica y nuestras estructuras sociales, económicas y políticas. Conforme esta enfermedad se extienda será raro el profesional del cuidado de la salud que no atienda a pacientes con infección por VIH-1. Esto resalta la necesidad de: asesorar al paciente, sus familiares y allegados para proporcionarles orientación racional y contribuir al afianzamiento de comunidades confundidas y atemorizadas para adecuar el control de las infecciones secundarias y promover nuevos métodos de diagnóstico y tratamiento.

Las afecciones del tracto gastrointestinal son comunes durante el curso de la enfermedad por VIH-1, en orden de frecuencia: luego del esófago, el colon e intestino delgado. Dado que hasta un 90% de los pacientes con SIDA cursan con síndrome diarréico en algún tiempo de la enfermedad y la diversidad de sus causas, infecciosas oportunistas o convencionales, no infecciosas e incluso mixtas al concurrir malignidad e infecciones, su atención reitera continuos desafíos de diagnóstico.

En general, los casos comparten características epidemiológicas y patogénicas peculiares que incluyen la transmisión del VIH por vía sexual, por sangre y sus productos, por jeringas contaminadas y por infección perinatal; también es característica su afección a diversos sistemas y órganos entre los que destaca el inmunitario y el nervioso central. La infección retroviral comprende las fases siguientes: fijación del virus a la célula huésped; pérdida de su cubierta; transcripción inversa de su material genético mediada por la enzima transcriptasa inversa que el virus codifica y transporta; integración de los ácidos nucleicos recién sintetizados en el DNA de la célula huésped; transcripción y traducción del mensaje genético viral en proteínas estructurales reguladoras y funcionales del virus; modificación postraduccional de las proteínas de las envolturas virales por proteasas codificadas por los virus y por enzimas glicosilantes del huésped, así como ensamblaje y liberación de virus mediante gemación o lisis celular. Casi todos los retrovirus sólo infectan células en replicación activa, pero son capaces de producir infección latente: lentamente progresiva con poca -o ninguna- síntesis viral activa. Esto les permite causar enfermedad lentamente progresiva con períodos de latencia prolongados. El dominio de estos aspectos citoquímicos, difícil en este medio, propicia líneas complejas de investigación avanzada.

La célula más importante que el VIH-1 infecta es el linfocito CD4+ (o T cooperador). Se basan en ellos la definición y clasificaciones que los C.D.C. han ideado. Sus presentaciones diversas hacen que la regla de parsimonia para intentar explicar los múltiples hallazgos con un diagnostico singular sea de limitado valor en los pacientes con SIDA y determinan cambios rápidos en los algoritmos para la evaluación y tratamiento de los pacientes. Gran parte de estos cambios resultan del incremento de la investigación clínica apoyada en algunas observaciones de origen experimental.

Existen numerosos estudios basados en la práctica clínica; son relevantes los que indagan las causas de diarrea en los pacientes con SIDA los cuales han permitido identificar a diversos organismos y han propuesto su terapia específica y su prevención; de este modo han promovido una apreciación racional del aparente orden ilimitado de entidades al que conlleva el sistema inmunológico alterado.

Los médicos requerimos estar preparados para afrontar los problemas gastrointestinales causantes de diarrea que ocurren en la infección por VIH-1, en México. Su alta incidencia entre los pacientes con SIDA y sus repercusiones en la esfera biopsicosocial de estos individuos y de su medio familiar y comunitario enmarcan la prioridad de esta condición. y directamente justifican el interés de contribuir en su investigación .

Los elementos anteriores y las características epidemiológicas del SIDA en México: más de 25000 casos (la mitad fallecidos) en poco más de una década, para colocarse en el nada-honorable 11° a 14° lugar en el mundo, la predilección por la población en edad altamente productiva y las perspectivas de agravamiento de una infección muy letal y sin control resaltan la importancia del tema y mi interés dirigido a encontrar bases racionales para tratar un tópico relevante de la enfermedad, accesible desde el modelo de práctica médica vigente, la que, pese a sus limitados recursos -endoscopías restringidas- puede enriquecerse por medio de la definición de la afección del paciente, ubicado en su contexto social y de la valoración multidisciplinaria de sus repercusiones sanitarias y socioculturales.

De este marco surgieron las inquietudes y preguntas que delinear los objetivos de nuestra investigación.

OBJETIVOS

- 1.- Conocer las características generales no-patológicas y patológicas que matizan el perfil concreto de los pacientes mexicanos con SIDA.

- 2.- Conocer los principales agentes infecciosos causantes de diarrea en pacientes mexicanos portadores de SIDA, demostrables a través de estudios de heces para huevos y parásitos, tinciones para protozoarios y coprocultivos -a veces complementados con hemocultivo- para bacterias enteropatógenicas, es decir, mediante la denominada estrategia de evaluación intermedia disponible en un hospital de 2º nivel..

- 3.- Establecer bases y proponer lineamientos para normar el tratamiento empírico inicial y las medidas de tipo preventivo correspondientes, asentadas en el reconocimiento de los agentes etiologicos comunes y frecuentes en el origen de la diarrea de los pacientes con SIDA y en la percepción de sus repercusiones.
bio-psico-sociales.

HIPOTESIS

En México, el entorno determina el perfil sociodemográfico, epidemiológico y microbiológico de los pacientes con SIDA y diarrea; ésto es que la diarrea de estos pacientes se asocia frecuentemente a la infección por microorganismos prevalentes en el medio, más que a verdaderos agentes oportunistas.

HIPOTESIS NULA.

En la diarrea presente en los casos mexicanos con SIDA no hay predominio de causa., (ni un perfil social o epidemiológico particular del paciente).

DISEÑO, MATERIAL Y METODOS.

En el 2º semestre de 1995, se realizó un estudio descriptivo entre la población -mexicana de nivel socioeconómico medio y bajo- constituida por enfermos con SIDA -infección por VIH-1 etapa C- que llegaron a consulta y/o fueron hospitalizados en el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (H.R.G.I.Z./I.S.S.S.T.E.) en los 18 meses comprendidos entre Septiembre/1 de 1993 y Febrero/28 de 1995, por síndrome diarreico y los cuales fueron sometidos a exámenes coproparasitológicos, tinciones de heces y coprocultivo bacteriano -a veces con hemocultivo-, bajo lineamientos técnicos estandarizados: 3 muestras de heces recientes examinadas mediante **preparación húmeda directa, teñida con yodo y por concentración -al inicio Faust y posteriormente N.C.C.L.S para flotación/sedimentación-, más un frotis fijado para Kinyoun modificado** y la siembra de un hisopado anorrectal en medios de cultivo apropiados para incubación, resiembra, pruebas bioquímicas y **aglutinación subsiguiente** para identificar especies y serogrupos de las bacterias patógenas del tubo digestivo; lo anterior enmarcado en los mínimos de la estrategia designada como la "evaluación intermedia" de Johanson. Los datos generales, clínicos y resultados se recolectaron y se resumieron y tabularon para efectuar los análisis de frecuencias correspondientes mediante la revisión de expedientes clínicos complementados con los registros de la sección de Microbiología del Laboratorio Central y alguna información pertinente recabada por Trabajo Social y por otros servicios auxiliares de diagnóstico, por ejemplo Citología en el citado hospital. Las variables indagadas sólo permiten el empleo de estadística descriptiva básica: frecuencias, razones, medidas de tendencia central y de dispersión apropiadas para descubrir y sintetizar observaciones categóricas y algunas ordinales.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Se incluyeron los expedientes clínicos y la información complementaria de los pacientes con SIDA y diarrea que fueron sometidos a coproparasitoscopia, tinciones y coprocultivo durante el protocolo para la búsqueda del agente etiológico.

Se excluyeron los expedientes de los casos de SIDA sin diarrea, de aquellos que durante su evaluación no completaron sus estudios mediante exámenes microscópicos de heces más coprocultivo y aquellos que no tuvieron registro adecuado de todos estos datos.

RIESGOS Y CONSIDERACIONES ETICAS

Este tipo de investigación no representó riesgos y no atentó contra aspectos éticos en los pacientes, o el investigador ni en el contexto hospitalario o comunitario

Explicaremos brevemente las técnicas que más frecuentemente se utilizaron para la determinación de los patógenos. Técnicas de concentración: Dado que los elementos parasitarios microscópicos no se multiplican como lo hacen algunos de ellos en ciertas condiciones, la razón de su concentración a partir de las materias fecales es separarlos de la masa de material de la muestra formada por bacterias, alimentos no digerido, etc. Para este propósito se emplean dos métodos sedimentación y flotación, o una combinación de los dos, empleándose en ocasiones colorantes ácido resistentes. Y.- Sedimentación lleva a cabo suspendiendo las heces en agua corriente y dejando que se verifique un asentamiento natural, o bien se puede acelerar el proceso mecánicamente por medio de centrifugación. II.- Flotación. al contrario que en la sedimentación, en la cual los parásitos microscópicos, que son más pesados que las bacterias, y las partículas de alimentos no digeridos van al fondo del recipiente, la flotación utiliza un medio líquido de suspensión más pesado que los parásitos y estos suben a la superficie y pueden ser recogidos de la película superficial. Métodos Bacteriológicos para el aislamiento como por ejemplo para *Salmonella* y *Shigella*, la muestra se pone en caldos de selenita F o de tetrionato, cualquiera de los cuales inhibe la duplicación de las bacterias intestinales normales y permite la multiplicación de las salmonelas, después de incubación durante uno a dos días, se efectúa siembra en medios diferenciales y selectivos o se examinan las colonias mediante inmunofluorescencia directa. Las colonias sospechosas desarrolladas en medios sólidos se identifican mediante sus patrones de reacción bioquímica y pruebas de aglutinación en laminilla con cueros específicos. Se emplean también técnicas serológicas para identificar los cultivos con sueros conocidos, y también para determinar los títulos de anticuerpos en los pacientes que tienen una enfermedad no identificada.

RESULTADOS

Se incluyeron 63 pacientes que llenaron los criterios anotados y quedaron excluidos por diferentes causas 48 casos. De las características encontradas entre estos pacientes -con SIDA y enteropatía manifestada como síndrome diarréico- destacamos las siguientes:

El sexo predominante fue el masculino con un porcentaje de 83 contra 17% del sexo femenino, para una razón aproximada H/M: 4.7 a 1 (gráficas # 1 y 2). Los rangos de edad más frecuentes fueron entre 28-34 y 35-41 años que sumaron más del 65%; los adultos menores de 28 años y mayores de 45 no llegaron al 35%; la edad promedio fue de 33.22 años (gráfica # 3). Fueron solteros los principales afectados por la enfermedad la cual también fué importante en otras categorías (gráfica # 4). Predominó entre nuestros casos el grado de escolaridad medio superior que sumado a aquellos con estudios superiores superó el 60%; aunque el nivel socioeconómico más común fué medio, los clasificados en los niveles medio-bajo y bajo rebasaron el 54% (gráficas # 5 y 6). Su ocupación abarcó el espectro de actividades de la población derechohabiente del ISSSTE (gráfica # 7).

El lugar de residencia en los 6 meses previos a la enteropatía fue la ciudad de México o los municipios conurbados al D.F. en el estado de México en el 95% de pacientes (gráfica # 8). En cuanto a la frecuencia de alimentos en vía pública la mayoría lo hacía higiénicamente en su domicilio, pero había mantenido éste hábito junto con deficiencias higiénicas generales o alimentarias y promiscuidad por convivencia con mascotas intradomiciliarias hasta el inicio de manifestaciones de la enfermedad - reconocidas después sólo en el 10% de los casos- (gráficas # 9 y 10). En general se refirió ausencia de intolerancia a grupos de alimentos.

Entre las toxicomanías usuales, se anotaron porcentajes similares de exceso de alcoholismo y negación del mismo (gráfica # 11), polarización replicada respecto a los grados de su tabaquismo (gráfica # 12).

Menos de 10% de los pacientes tuvo antecedente significativo de administración de hemoderivados: crioprecipitados en 2 hemofílicos y transfusión de paquetes globulares en los demás. Sólo 3% del total de casos admitió la drogadicción intravenosa (gráfica # 13).

El comportamiento sexual de la mayoría de los enfermos fué heterosexual con múltiples parejas, seguido por bisexualidad, heterosexualidad con una pareja y homosexualidad con una o con 2 o más parejas (gráfica # 14). La vía sexual representó la forma más probable de transmisión con riesgos aparentemente mayores en la conducta heterosexual con alto recambio de parejas; sin embargo la bisexualidad conjuntamente con la homosexualidad con una pareja y con 2 o más parejas superaron el 54% (gráfica # 15).

5 de cada 6 pacientes estuvieron hospitalizados antes del cuadro enteral (gráfica # 16)y más del 68% con profilaxis secundaria (gráfica # 17). Las principales entidades concurrentes encontradas fueron: pneumocistosis, tuberculosis, candidiasis, sarcoma de Kaposi, toxoplasmosis e infección por citomegalovirus (gráfica # 18). 1/4 tuvo anemia severa, 2/3 leucopenia, 1/6 trombocitopenia grave , 1/3 aumento de DHL total y 10% de aminotransferasas (gráfica # 19). Los linfocitos CD4 determinados en cerca de 65% de casos refrendaron la etapa C3 en 3/4 de éstos (extrema: 0 a 100 células/mm3 en la mitad) y las etapas C2 y C1 en 15 y 10% respectivamente.

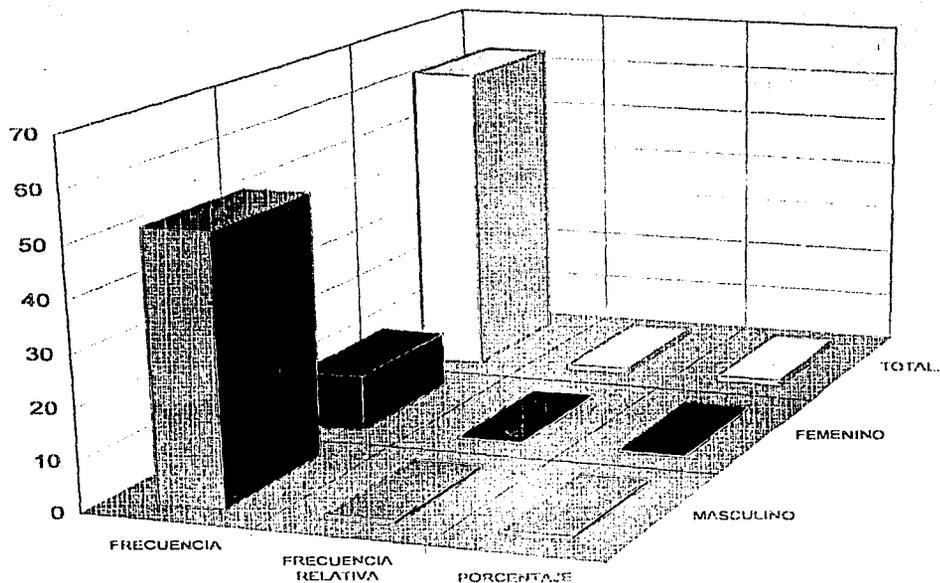
Los agentes infecciosos más frecuentemente demostrados en los casos incluidos en el estudio fueron: *Cryptosporidium spp.*, *Shigella spp.*-sobretodo *boydii* y *flexneri*-, *Escherichia coli*, *Salmonella spp.*-serogrupo B, predominantemente-, *Giardia lamblia* , *Entamoeba histolytica* e *Isospora belli* (gráfica # 20); no se aislaron agentes infecciosos en una proporción alta y uno tuvo 2 patógenos (gráficas # 21). No hubo diferencias clínicas relevantes en la descripción de la diarrea, cualquiera haya sido su causa.

Retomados los casos, al incorporar aquellos que no llenaron los criterios de inclusión debido a la falta por omisión (¿o extravío de resultados?) y al desfase/no simultaneidad de alguno de los procedimientos diagnósticos y al extender el periodo estudiado a 3 años (del 1/9/92 al 31/8/95) el número de sujetos llegó a 196 sin cambios en el perfil sociodemográfico y permitió ampliar el panorama microbiológico de su enfermedad; se encontraron 83 exámenes positivos, 5 de ellos mixtos para 88 microbios totales: 17 (19%) con *Shigella spp.*, 13 (15%) con *Salmonella spp.*, igual que con *Cryptosporidium*, o con *E.coli* -incluso serogrupos EPEC "puros"-, 7 (8%) con *Isospora belli* , 4 (5%) con *Giardia lamblia*, lo mismo que con *Plesiomonas shigelloides*; o con *Strongyloides*, 3 con *Entamoeba histolytica* o con *Aeromonas spp.*, 2 con uncinarias y 1 con *Balantidium coli*. Además por citología (o biopsias) anorrectales: citomegalovirus (3) y *Gardnerella vaginalis* (1).

TABLA Num. 1

SEXO	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	PORCENTAJE
MASCULINO	52	0.825	83%
FEMENINO	11	0.175	17%
TOTAL.	63	1.000	100%

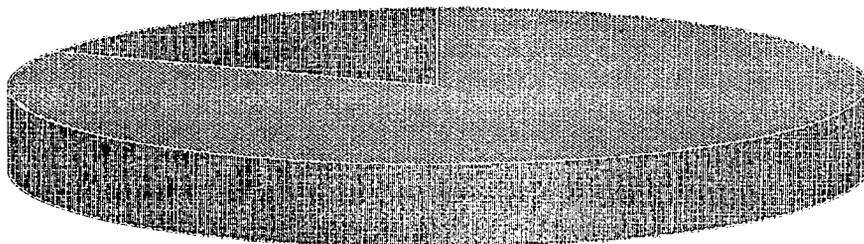
GRAFICO NUM. 1



GRAFICA NO. 2

SEXO

FEMENINO
17%



MASCULINO
83%

TABLA Num: 2

EDAD	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	PORCENTAJE
21 - 27	8	0.127	13%
28 - 34	21	0.333	33%
35 - 41	20	0.317	32%
42 - 48	9	0.143	14%
49 - 55	3	0.048	5%
56 - 62	1	0.016	2%
63 - 67	1	0.016	2%
TOTAL	63	1.000	100%

GRAFICA NUM. 3

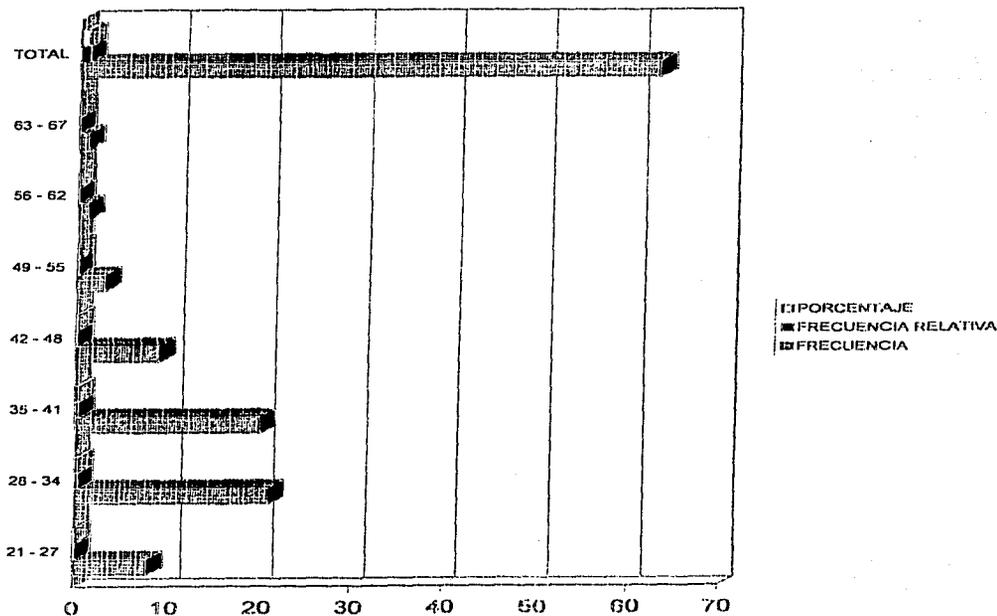


TABLA Num. 3

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	PORCENTAJE
CASADOS	19	0.302	30%
SOLTEROS	27	0.429	43%
VIUDO	6	0.095	10%
DIVORCIADOS	2	0.032	3%
INDETERMINADOS	8	0.127	13%
UNION LIBRE	1	0.016	2%
TOTAL	63	1.000	100%

GRAFICA NUM 4

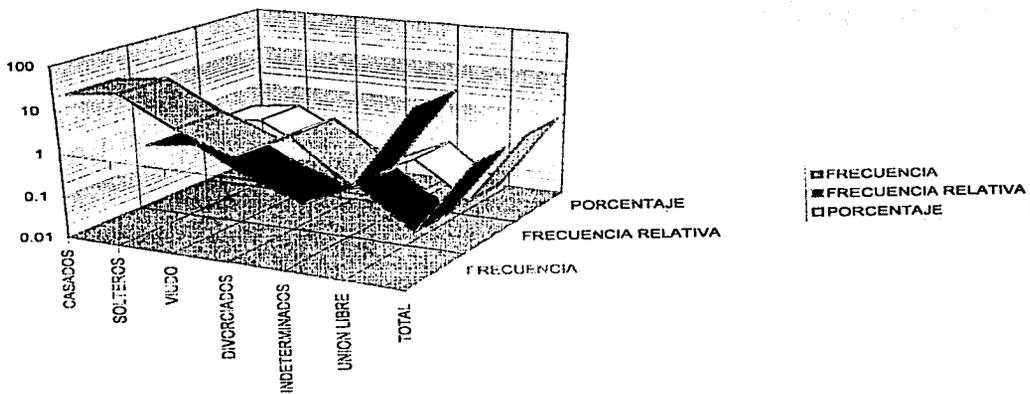


TABLA Num. 4

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	PORCENTAJE
PRIMARIA	8	0.127	13%
SECUNDARIA	7	0.111	11%
MEDIO SUPERIOR	25	0.397	40%
SUPERIOR	13	0.206	21%
INDETERMINADOS	10	0.159	16%
TOTAL	63	1.000	100%

GRAFICA NUM. 5

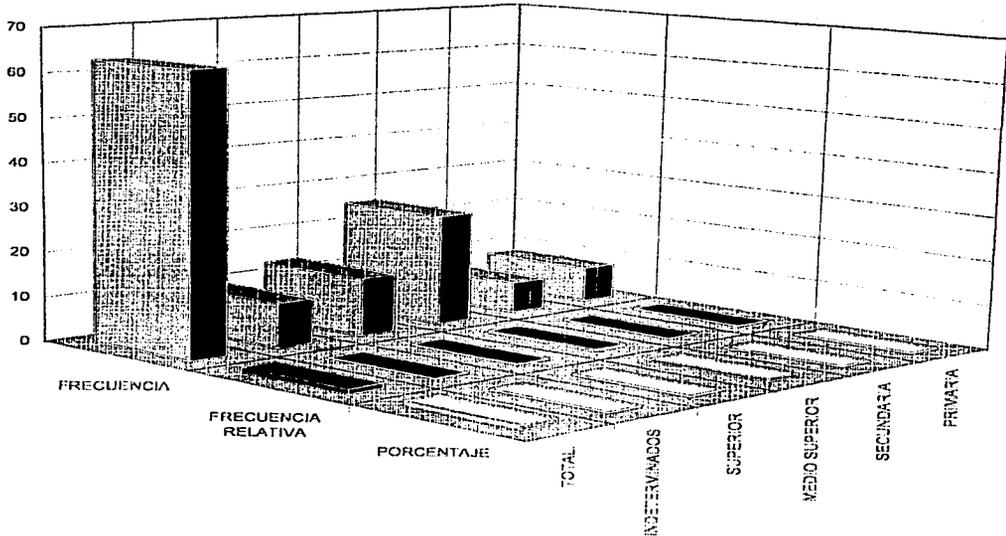


TABLA Num. 5

NIVEL SOCIOECONOMICO	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	PORCENTAJE
MEDIO	29	0.460	46%
MEDIO BAJO	24	0.381	38%
BAJO	10	0.159	16%
TOTAL.	63	1.000	100%

GRAFICA NUM. 6

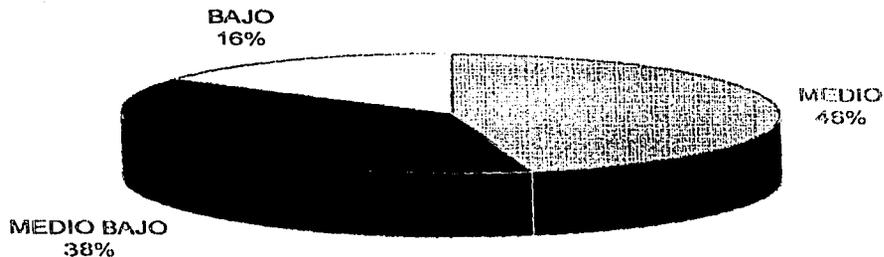


Tabla Num. 6

ULTIMA OCUPACION	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	PORCENTAJE
EMPLEADOS	14	0.222	22%
SERVIDORES PUBLICOS	10	0.159	16%
PROFESIONISTAS	7	0.111	11%
TECNICOS	6	0.095	10%
PROFESORES	5	0.077	8%
AMA DE CASA	3	0.048	5%
COMERCIAENTES	3	0.048	5%
JUBILADOS	2	0.032	3%
ESTUDIANTES	1	0.016	2%
INDETERMINADOS	12	0.190	19%
TOTAL	63	1.000	100%

GRAFICA NUM. 7

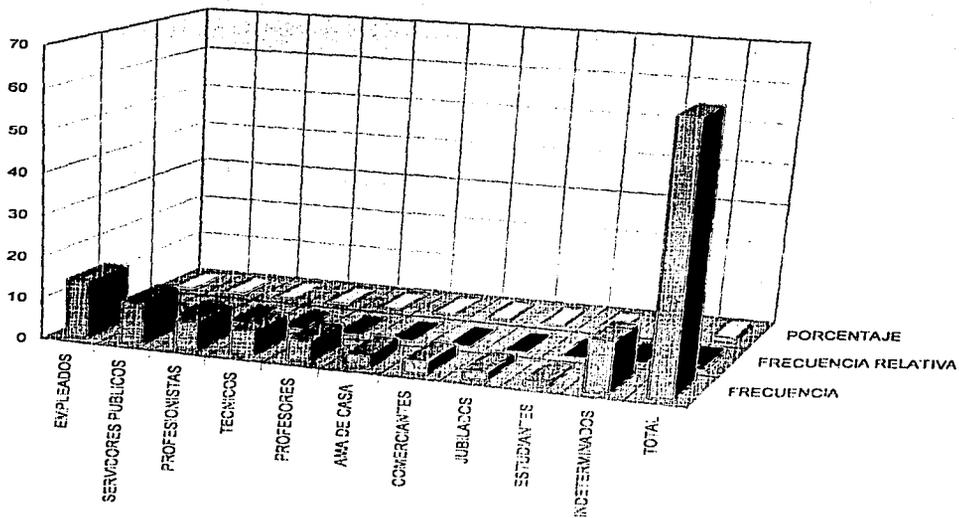


TABLA Num. 7

RESIDENCIA PREVIA	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	PORCENTAJE
MEXICO D.F.	55	0.873	87%
ESTADO DE MEXICO	5	0.079	8%
HIDALGO	1	0.016	2%
GUANAJUATO	1	0.016	2%
QUINTANA ROO	1	0.016	2%
TOTAL	63	1.000	100%

GRAFICA NUM. 8

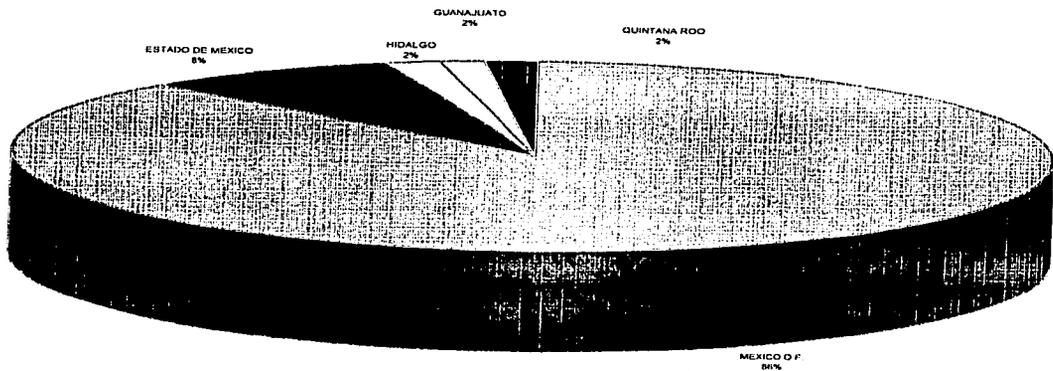


TABLA Num. 8

ALIMENTOS EN VIA PUBLICA	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	PORCENTAJE
DOMICILIO	27	0.429	43%
FONDA	20	0.317	32%
CALLE	16	0.254	25%
TOTAL.	63	1.000	100%

GRAFICA NUM. 9

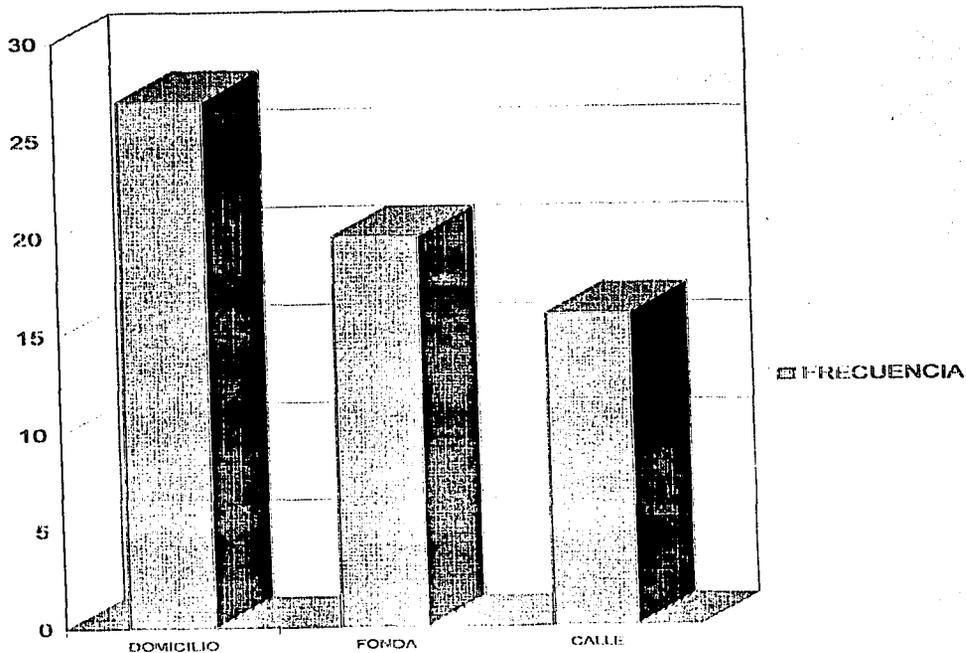


TABLA Num. 9

PROMISCUIDAD CON ANIMALES	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	PORCENTAJE
POSITIVO	6	0.095	10%
NEGADO	57	0.905	90%
TOTAL	63	1.000	100%

GRAFICA NUM. 10

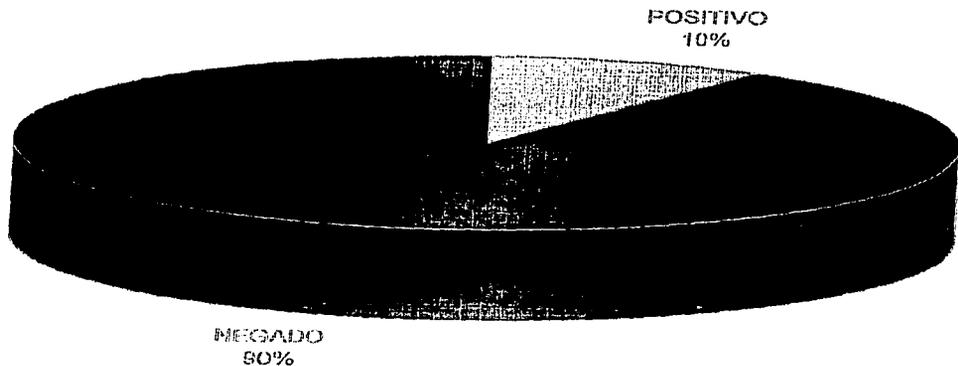


TABLA Num. 10

ALCOHOLISMO	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	PORCENTAJE
NEGADO	18	0.286	29%
LEVE	12	0.190	19%
MODERADO	17	0.270	27%
SEVERO	16	0.254	25%
TOTAL	63	1.000	100%

GRAFICA NUM. 11

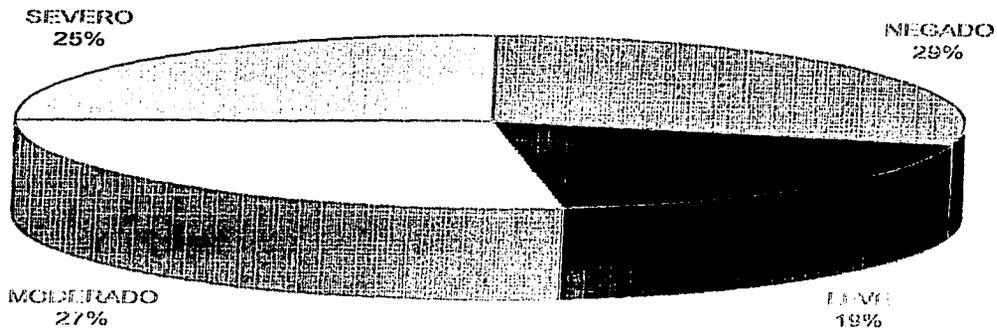
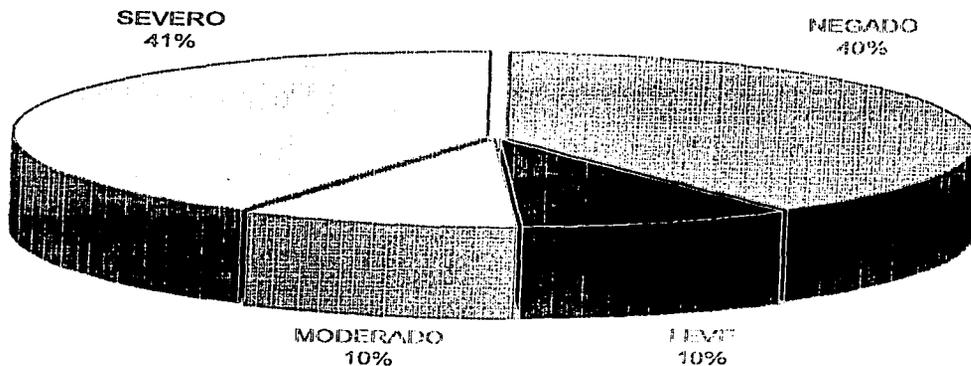


TABLA Num. 11

TABAQUISMO	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	PORCENTAJE
NEGADO	25	0.397	40%
LEVE	6	0.095	10%
MODERADO	6	0.095	10%
SEVERO	26	0.413	41%
TOTAL	63	1.000	100%

GRAFICA NUM. 12



TAHLA Num. 12

DROGADICCIÓN Y CONTACTOS CON HEMODERIVADOS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	PORCENTAJE
DROGADICCIÓN POSITIVA I. V.	2	0.032	3%
DROGADICCIÓN NEGADO	55	0.873	87%
TRANSFUSIONES POSITIVAS	4	0.063	6%
CRIOPRECIPITADOS POSITIVOS	2	0.032	3%
TOTAL	63	1.000	100%

GRAFICA NUM. 13

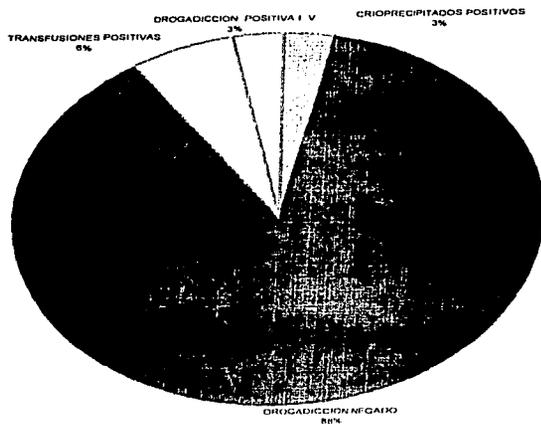


Tabla Num. 13

COMPORTAMIENTO SEXUAL	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	PORCENTAJE
HETEROSEXUAL	11	0.175	17%
HETEROSEXUAL CON MAS DE UNA PAREJA	17	0.270	27%
HOMOSEXUAL	9	0.143	14%
HOMOSEXUAL CON MAS DE UNA PAREJA	9	0.143	14%
BISEXUAL	16	0.254	25%
SIN RELACIONES	1	0.016	2%
TOTAL	63	1.000	100%

GRAFICA NUM. 14

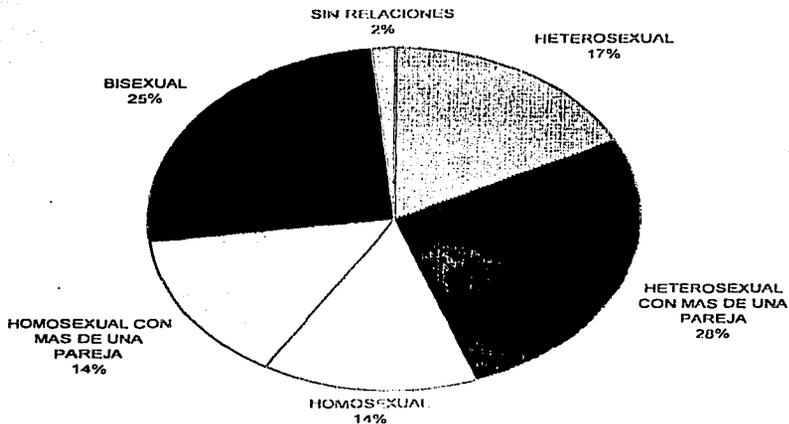


TABLA Num. 14

MODO PROBABLE DE TRANSMISION.	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	PORCENTAJE
HOMOSEXUAL	18	0.286	29%
BISEXUAL	16	0.254	25%
HETEROSEXUAL	23	0.365	37%
TRANSFUSION	4	0.063	6%
HEMOFILICO	2	0.032	3%
DROGAS INTRAVENOSAS	0	0.000	0%
TOTAL.	63	1.000	100%

GRAFICA NUM. 15

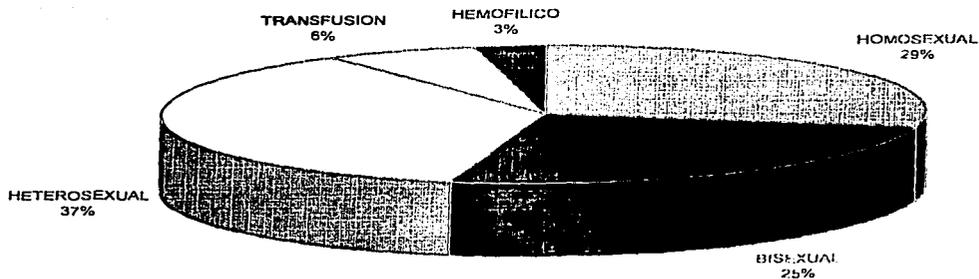


TABLA Num 15

INTERNAMIENTOS PREVIOS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	PORCENTAJE
SI	52	0.825	83%
NO	11	0.175	17%
TOTAL	63	1.000	100%

GRAFICA NUM. 16

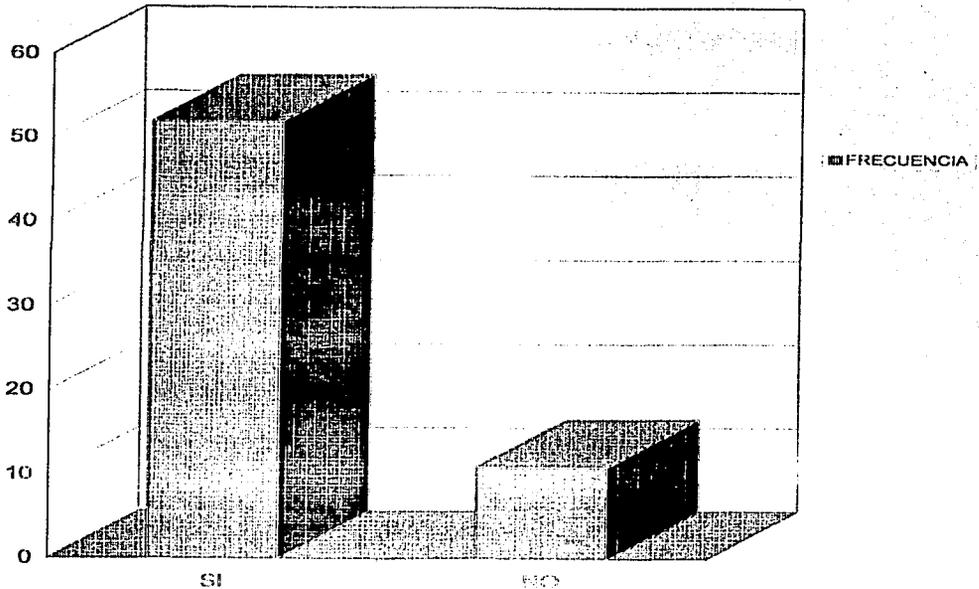
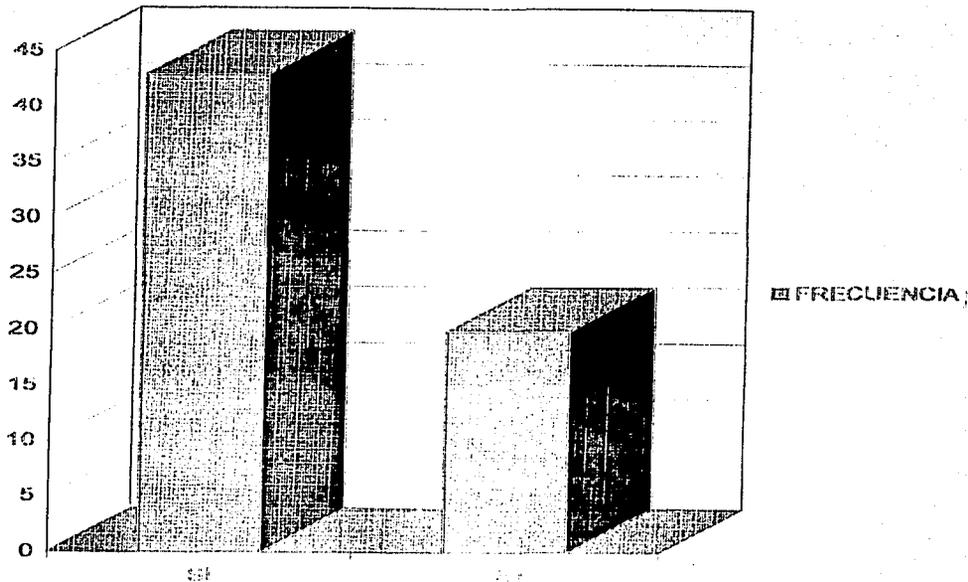


Tabla Num. 16

TRATAMIENTO PROFILACTICO PREVIO	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	PORCENTAJE
SI	43	0.683	68%
NO	20	0.317	32%
TOTAL	63	1.000	100%

GRAFICA NUM. 17



ENFERMEDADES FRECUENTEMENTE ASOCIADAS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	PORCENTAJE
INFECCION POR CITOMEGALOVIRUS	4	0.079	8%
CANDIDIASIS	9	0.143	14%
TUBERCULOSIS	11	0.175	17%
NEUMOCISTOSIS	11	0.175	17%
SARCOMA DE KAPOSI	8	0.127	12%
TOXOPLASMOSIS	7	0.111	11%
VIRUS HERPES ZOOSTER	2	0.032	3%
HISTOPLASMOSIS	2	0.032	3%
NEUROINFECCION POR CRIPTOSPORIDIUM	2	0.032	3%
ABSESOS PERITONEAL TESTICULAR	2	0.032	3%
DIATESIS HEMORRAGICA	3	0.046	5%
LINFOMA DE HODGKIN	1	0.016	2%
TOTAL	43	1.000	100%

GRAFICA NUM. 18

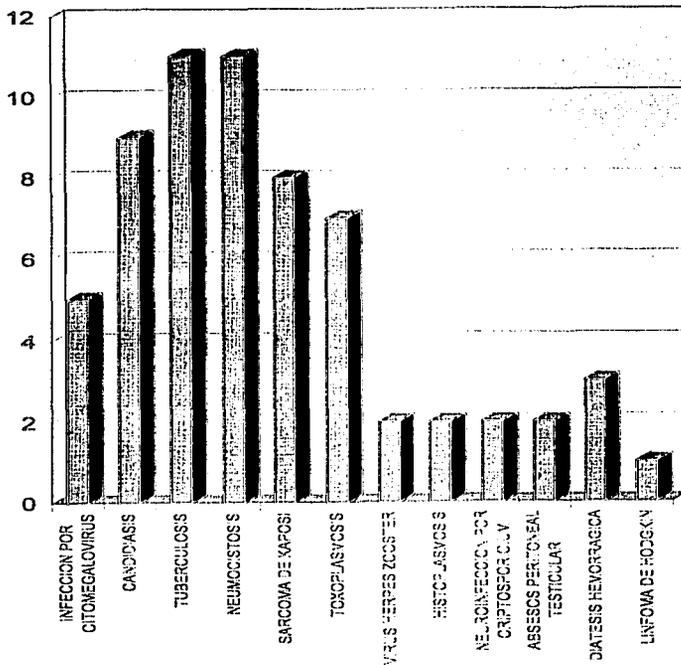


TABLA Num. 18

CARACTERISTICAS LABORATORIALES	FRECUENCIA
ANEMIA SEVERA	16
LEUCOPENIA	42
TROMBOCITOPENIA	11
AUMENTO DE DHL	21
AUMENTO DE AMINOTRANSFERASAS	6

GRAFICA NUM. 19

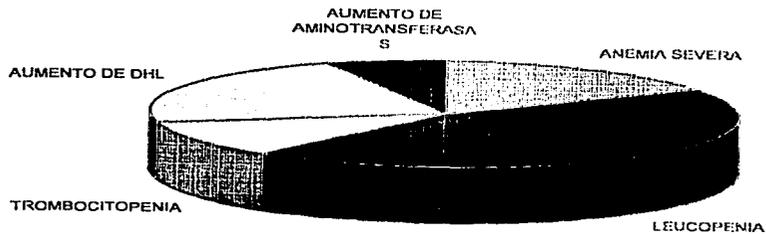
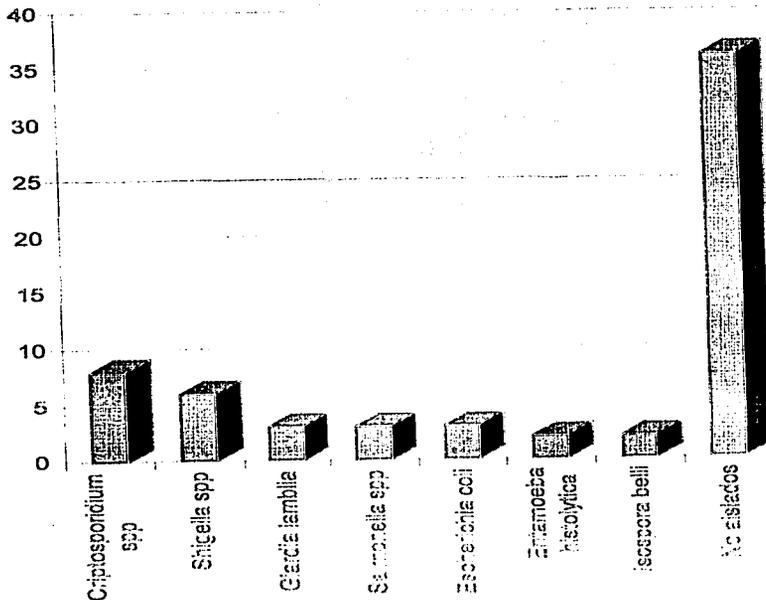


TABLA Num. 19

AGENTES INFECCIOSOS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	PORCENTAJE
Criptosporidium spp	8	0.127	13%
Shigella spp	6	0.095	10%
Giardia lamblia	3	0.048	5%
Salmonella spp	3	0.048	5%
Escherichia coli	3	0.048	5%
Entamoeba histolytica	2	0.032	3%
Isospora belli	2	0.032	3%
No aislados	36	0.571	57%
Total	63	1.000	100%

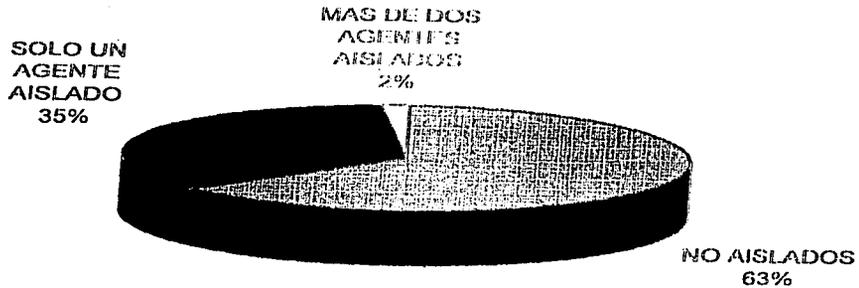
GRAFICA NUM. 20



TAULA Num. 20

FRECUENCIA DE AGENTES INFECCIOSOS AISLADOS POR PACIENTES	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	PORCENTAJE
NO AISLADOS	40	0.635	63%
SOLO UN AGENTE AISLADO	22	0.349	35%
MAS DE DOS AGENTES AISLADOS	1	0.016	2%
TOTAL	63	1.000	100%

GRAFICA NUM. 21



DISCUSION

Los trastornos gastrointestinales son complicaciones muy comunes entre los pacientes con SIDA y entre sus efectos condiciona un síndrome de desgaste. Se comenta en la literatura que la diarrea es un sintoma que puede presentarse hasta un 90% (De Ward N. et al;1988). En este trabajo revisamos su etiología infecciosa más frecuente en pacientes con SIDA de un hospital de 2º nivel, investigada mediante coproparasitoscopia, tinciones y coprocultivo, medios con los que podemos contar en un hospital de ese tipo; con ellos se alcanzan diagnósticos hasta el rango de 30 a 60% de los casos que aumentaría a 41-80% al disponer de panendoscopia, colonoscopia y biopsias (Greeson J. Belitsos et al 1991 y Johanson J.F. et al 1990).

La bibliografía inicial restringía la enfermedad a varones homosexuales; la proporción de casos en el sexo femenino y en la población heterosexual ha ido incrementandose hasta una razón sexual nacional de 6:1, o menos y una vulnerabilidad equiparable entre heterosexuales y homosexuales de sexo masculino; en este trabajo existe aún predominio masculino pero con una razón Hombre:Mujer menor al 5% y prácticamente porcentajes comparables respecto a la conducta sexual; corroboramos que la edad de presentación más frecuente es alrededor de los 33.22 años por el mayor período de latencia de la enfermedad.(Dorothy A. et al 1992). Se notaron patrones epidemiológicos, inmunológicos, biológicos y socioculturales relativos al perfil del enfermo y las manifestaciones clínicas de su enfermedad (Edward N.1988). En la población derechohabiente del ISSSTE de nuestro estudio hubo un nivel de educación alto; aunque el nivel socioeconómico fué medio y por lo tanto mejor que el de otras infecciones es probable que la figura cambie determinada por la crisis manifiesta en las últimas décadas; los solteros mayoritarios-tienden a dejar de serlo al incrementarse la infección en parejas integrantes de familias nucleares. Las ocupaciones caben en el espectro profesional del derechoahabiente en un sesgo que se atenúa al interior del grupo como se infiere de la dispersión o polarización en su hábito alcohólico o tabáquico.

Es importante señalar que la residencia previa al ingreso hospitalario de la casi totalidad de pacientes fué la ciudad de México y su área metropolitana. hecho que refleja la ubicación del hospital y aunado a los patrones alimentarios e higiene cuestiona la valoración complaciente del saneamiento urbano y los hábitos higienicos, máxime al develar causas endémicas y transmisión fecal-oral en el origen de las diarreas.

Como se desprende de los antecedentes de hospitalización, del tratamiento profiláctico - básicamente para neumocistosis y micosis-, del tipo y severidad de las entidades concurrentes y los parámetros de laboratorio, en especial del recuento de subpoblaciones linfocitarias nuestros pacientes eran verdaderos enfermos con SIDA avanzado y no portadores de diarrea en estadios precedentes tempranos con mayores probabilidades de reflejar las enfermedades infecciosas del entorno.

La escasez de algunos patógenos oportunistas comunes en las etapas avanzadas de enfermedad como fué el caso de nuestros pacientes en lo tocante al *Cytomegalovirus* (CMV), complejo del *Mycobacterium avium-intracellulare* (MAI) y *microsporidia* (M^o) es en parte atribuible a lo inapropiado de los especímenes y lo insuficiente de las técnicas y recursos disponibles en hospitales como la sede del estudio. Es probable que el aislamiento de especies como las del genero *Campylobacter* hayan sido igualmente afectadas. La detección de otros agentes frecuentes en el SIDA como *Isospora belli* y *Cryptosporidium* (Smith PD et al; 1992) aparentemente corresponde a la realidad y coincide con lo esperado para la estrategia de evaluación empleada. La proporción de estudios negativos está mejor que la media alcanzada en estudios similares. No obstante, al margen de las deficiencias anotadas y el tipo de aislamientos que se ven afectados por éstas (CMV, MAI y M^o) los agentes aislados muestran una amplia gama de causas que, aunque todas han sido comunicadas en el paciente con VIH en etapa C -en menores proporciones- su alta incidencia en nuestro medio delata el efecto del deficiente saneamiento imperante en el medio y lo relativo de las valoraciones subjetivas, muy complacientes, en lo que se refiere a la higiene en general. Resaltan en mayor grado la importante proporción de *Shigella*, *Salmonella* y algunos protozoarios y hasta helmintos difundidos en individuos inmunocompetentes cuya virulencia resulta favorecida por la precaria inmunidad de los pacientes con SIDA, además de indudables factores ambientales variados.

Al contar con técnicas de estudio más sensibles será menester conservar el sentido crítico y tenacidad indispensables para reducir el 35% de estudios negativos estimado por Johanson para la llamada evaluación completa y hasta bajar la marca del 20% de agentes no detectables según Laughon et al (1988).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al realizar este estudio comprobamos que el Síndrome de Inmunodeficiencia humana causado por el VIH1 promueve una diversidad de enfermedades y manifestaciones clínicas entre las cuales la diarrea es una de las más frecuentes y portanto condicionante de grán morbilidad -directamente y /o mediada por complicaciones agudas y crónicas-. Se observó cómo la enteropatía interfiere la vida y quehaceres cotidianos del individuo y genera malestar físico general que comúnmente se acompañan de depresión psíquica secundaria agravante del “desgaste orgánico” y de la pobre calidad de vida del paciente.

Al tener como principales agentes causales, entre oportunistas de limitado alcance terapéutico a algunas bacterias y parásitos de tipo común como algunas enterobacterias (*Shigella spp*, *E. coli* y *Salmonella spp.*) y protozoarios (como la *Isospora belli*, *Giardia lamblia*, o *Entamoeba histolytica*.) cuyo abordaje terapéutico se ha beneficiado de los enfoques multidisciplinarios de las actividades humanas que aparte de tratamientos farmacológicos específicos siempre más eficaces y con menores efectos colaterales -quinolonas, benzimidazoles y cotrimoxazol- protocolizables en esquemas a corto plazo y viables para la profilaxis indefinida, añade otras medidas -consecuentes con esos puntos de vista- en el terreno de la organización y de actitudes y voluntades más participativas y capaces de revertir los factores estructurales de los que depende el saneamiento ambiental, la alimentación y otros tópicos de la vida comunitaria a la que se prestan como indicadores.

BIBLIOGRAFIA

ADISS DG, MATHEWS et al: Evaluation of a commercially available enzyme-linked immunoabsorbent assay for *Giardia lamblia* antigen in stool. J. Clin Microbiol. 1991; 29: 1137 - 1142.

ALLASON J.E. et al.: *Entamoeba Histolytica* as a comensal intestinal parasite in homosexual men. N England J Med. 1986; 315: 353-356

ANNIE N. et al: *Cytomegalovirus* infection of the gastrointestinal tract in Non-Aids patients. The Am..J. Gastroenterology 1993; 88(11): 1882-1886.

BARTLETT JG, BELITSOS PC, SEARS CL: AIDS enteropathy. Clin Inf Dis 1992., 15: 726-35

BUDHRAJA M.L.H. et al: Duodenal mucosal T cell subpoblation and bacterial cultures in acquired immune deficiency syndrome. Am J.Gastroenterol 1987; 82: 427-431.

CAMERON D W, SIMONSEN E et al.: Female to male transmission of human immunodeficiency virus type 1: risk factors for seroconversion in men. Lancet 1989; 2: 403-407.

CARLSON S, EHRENPREIS E, CRAING RM. Studies in AIDS enteropathy. Amer J. Gastroent.1992; 87: 1312.

CELUM CL, CHAISSON RE, RUTHIRTARD GW. et al.: Incidence of salmonellosis in patients with AIDS J.Infect Dis.1987; 156: 998-1002.

CONNOLLY GM, FORBES A. GAZZARD BG. Investigation of seemingly pathogen-negative diarrhoea in patients infected with HIV-1 Gut 1990; 31: 886-889.

COOPER DA, GOLD J.M. et al. Acute AIDS retrovirus infection: Definition of a clinical illness associated with seroconversion. Lancet 1985; 1: 537-540.

DOROTHY J. W. et al.: Tratamiento médico de pacientes con SIDA. Clínicas Médicas de Norte America 1992; 76(1): 1-17 y 43-55.

DRYDEN MS, SHANSON: The microbial causes of diarrhea in patients infected with the human immunodeficiency virus. *J. Infect* 1988; 17: 107-114.

EHRENPREIS DE, PATTERSON BK, BRAINER JA., YOKOO H. et al.: Histopathologic findings of duodenal biopsy specimens in HIV infected patients with and without diarrhea and malabsorption. *Amer J Clin Path* 1992; 97: 21-28.

FAUCI AS: The human immunodeficiency virus: Infectivity and mechanisms of pathogenesis. *Science* 1988; 239: 617-622.

FISCHL MA, DICKINSON GM, SINAVE C, et al. Salmonella bacteremia as manifestation of acquired immunodeficiency syndrome *Arch Intern Med.* 1986; 146: 113-115.

GREENSON JK, BELITSOS et al. AIDS enteropathy: occult enteric infections and duodenal mucosal alterations in chronic diarrhea. *Ann Intern Med.* 1991; 114: 366-370.

HEISE C, DANDEKAR S, KUMAR P, et al. Human immunodeficiency virus infection of enterocytes and mononuclear cells in human jejunum mucosa. *Gastroenterol.* 1991; 100: 1521-1527.

HORSBURG Jr. CR, Mycobacterium avium complex infection in the acquired immunodeficiency syndrome. *N Engl J. Med.* 1991; 324: 1332-1338.

JANOFF EN, ORENSTEIN JM, et al: Adenovirus colitis in the acquired immunodeficiency syndrome. *Gastroenterology* 1991; 100: 976-974.

JANOFF EN, PHILLIP D, SMITH. -et al:-*Gastroenterology clinics of North America* 1988 Vol. 17: 451-464.

JOHANSON M.A., SONNEMBERG A.: Efficient management of diarrhea in the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Ann. Intern Med* 1990: 112: 942.

KOTLER DP, FRANCISCO A, CLAYTON. et al. Small intestinal injury and parasitic diseases in AIDS. *Ann Int. Med.* 1990; 113: 444-449.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

JOHANSON M.A., SONNEMBERG A.: Efficient management of diarrhea in the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Ann. Intern Med* 1990; 112: 942.

KOTLER DP, FRANCISCO A, CLAYTON, et al. Small intestinal injury and parasitic diseases in AIDS. *Ann Int. Med.* 1990; 113: 444-449.

L. RABENECK MA et al. Effect of HIV transmis category and CD4 count on the occurrence of diarrhea in HIV-infected patients. *The Am. J. Gastroenterol.* 1993;88:10 1720-1722.

LAKE BAKAAR G, QUANDROS et al. Gastric secretory failure in patients with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Ann Intern Med.* 1988;109: 502-4.

LAUGHON BE, DRUCKMAN DA, VERONON AA, et al, Prevalence of enteric pathogens in homosexual men with an without AIDS. *Gastroenterology* 1988; 94: 984-93

LONG E, EBRAHIMZADEH A, WHITE E, et al. Algae associated with diarrhea in patients with acquired immunodeficiency syndrome and in travelers *J. Clin Microbiol* 1990; 28:1101-1104.

PIOT P, LAGA et al: The global epidemiology of HIV infection: Continuity, Heterogenety, and change. *J AIDS.* 1990; 3: 403-412.

POVOLOTSKY J, GOLD et al: Differences in human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) anti-p24 reactivities in serum of HIV-1 infected subjects: Analysis of indeterminate western blot reactions. *J.Infect. Dis* 1991 ;163: 247-251

SAIN. LU, JONATHAN et al, Clostridium difficile associated diarrhea in patients with HIV positivity and AIDS A prospective controlled stydy. *The Am. J. Gasteoenterology* 1994; 89: 1226-1228

SMITH PD, LANE HC, GIL VJ et al Intestinal infections in patients with the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). Etiology and response to therapy. *Ann Intern Med.* 1988; 328 - 33

SMITH PD, QUINN TC, Strober W et al, gastrointestinal infections in AIDS. Ann Int Med. 1992; 116:63 - 77

ULLRICH R, HEISE W, BERGS C, et al Effects of zidovudine treatment on the small intestinal mucosa in patients infected with the human immunodeficiency virus Gastroenterol 1991; 101: 1483 - 1492

ULLRICH R, ZEITZ M, HEISE W et al Small Intestinal structure and function in patients infected with human immunodeficiency virus (HIV) evidence of HIV-induced enteropathy. Ann Int Med 1980; 111: 15-21

ULLRICH R, ZEITZ M, RIECKEN EO Enteric immunologic abnormalities in human immunodeficiency virus infection. Sem. Liver Dis 1992; 12: 167- 174