



1122771-26

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO



**LA EVOLUCION DE PACIENTES CON
SIDA EN EL HOSPITAL JUAREZ DE
MEXICO**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
P R E S E N T A:
GUTIERREZ ROJAS ANDRES

DIRECTOR DE TESIS
DR. ARIEL ESTRADA AGUILERA
JEFE DEL CURSO UNIVERSITARIO:
DR. JOSE MANUEL CONDE MERCADO

MEXICO, D. F.

1997

**TESIS CON
FALTA DE ORIGEN**



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.

**DIRECTOR DE INVESTIGACION Y ENSEÑANZA
DR. AQUILES AYALA RUIZ**

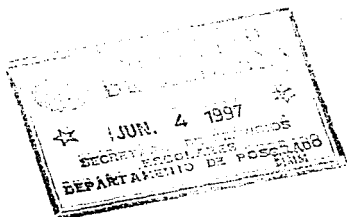
**JEFE DE LA DIVISION DE ENSEÑANZA
DR. JORGE ALBERTO DEL CASTILLO MIRANDA**



**SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
DIVISION DE ENSEÑANZA**

**JEFE DEL CURSO UNIFICADO
DR. JOSE MANUEL QUINTANA MERCADO**

**DIRECTOR DE TESIS
DR. ARIEL ESTRADA AGUILERA.**



INDICE GENERAL

Agradecimientos.....	1
Resumen.....	2
Justificación.....	3
Introducción.....	4
Hipótesis de trabajo.....	8
Objetivos.....	8
Diseño.....	8
Materiales y métodos.....	8
Conducción del estudio.....	8
Análisis de la información.....	8
Resultados.....	9
Discusión.....	21
Conclusiones.....	26
Glosario.....	27
Bibliografía.....	30
Anexo.....	34

AGRADECIMIENTOS

A Dios por su infinito amor.

A mi padre que se encuentre donde se encuentre siempre le tengo a mi lado y le agradezco su enseñanza y gran amor que siempre me tuvo.

A mi madre por su amor y ternura para conmigo.

A Rosana que ha demostrado en todo momento y ante cualquier situación su inmensa capacidad de amar, de tolerar y hacer sentir su filantropía.

A mis tíos (Pancho y Aurelia) por su apoyo moral y amor desinteresado. Gracias por incluirme a formar parte de su familia.

Al Departamento de Infectología por su ayuda en el estudio realizado.

Al Dr Ariel Estrada, mi respeto y admiración por ser un verdadero Internista-infectólogo.

A la Licenciada Sandra Vega, porque su colaboración en la obtención de registros fue invaluable.

A Paty Lemus y Francisco Aguilar por su apoyo y amistad incondicional.

Al servicio de archivo clínico, por su disponibilidad ante el trabajo.

RESUMEN

Este es el primer estudio en el Hospital Juárez de México que determina la distribución de pacientes con SIDA, sus factores socioculturales, patologías asociadas, tratamiento, evolución de tratamiento y mortalidad tomando en cuenta las clasificaciones de CAPS, CD4, y Karnofsky.

Nuestro estudio evaluó un total de 305 expedientes, estos fueron colectados desde Enero de 1991 hasta Diciembre de 1996. Del total de expedientes evaluados fueron eliminados 51 debido a la ausencia de datos y la no comprobación del diagnóstico de SIDA.

La distribución por sexo reportó el 89.27 % de pacientes masculinos y un 10.62 % de pacientes femeninos. La edad predominante fue en la población económicamente activa. El nivel económico bajo ocupó el 65.7 % del total y se relacionó con escolaridad baja y una calidad de alimentación mala (49.2 %). Nuestra población fue predominantemente originaria del D, F (72.44 %) y la adquisición del virus de la inmunodeficiencia fue secundario a heterosexualidad en un 46.06%.

La mortalidad global fue de 39.4%. Las tasas de mortalidad utilizando el Sistema de Clasificación Clínica Pronóstica (CAPS) en los estadios I-IV fueron : 4.54 %, 27.77 %, 54.09 % y 80% respectivamente ($p < .0001$). Con respecto a la clasificación por CD4 la mortalidad en los estadios I-III fué : 18 %, 30 % y 50 % respectivamente. El estatus funcional evaluado mediante la escala de Karnofsky reportó una mortalidad del 100 % en la escala 10 de ésta clasificación ($p < .001$).

Con respecto al tratamiento éste se dividió en categorías de medicamentos y fueron: Antivirales, Citoquinas, Inmunorreguladores, Antiinfecciosos y "otros". Se observó que las Citoquinas y los Inmunorreguladores sólo se emplearon en 1.18 % y 11.81 % respectivamente, mientras que la utilización de Antivirales fué progresiva a través del estudio (17.6 % en el año de 1991 para un 64.7 % en el año de 1996).

Se concluyó que los sistemas de clasificación CAPS, CD4 y Karnofsky son evidentemente útiles en el pronóstico de mortalidad. La evolución en el tratamiento en los pacientes con SIDA ha sido importante en dos categorías: Antivirales y Antiinfecciosos.

JUSTIFICACION

El campo de las enfermedades infecciosas ha sido el centro de una extraordinaria e intensa actividad y de un rápido progreso en los últimos años. En el curso de estos importantes avances, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) ha mantenido un sitio principal y probablemente continúe así en el futuro.

El fenómeno del SIDA, ha ocasionado una explosión de conocimientos, ha estimulado el progreso extraordinariamente al definir el genoma de los virus de la inmunodeficiencia.

Así como aumentan los descubrimientos científicos como resultado de la epidemia del SIDA, así ha incrementado la pérdida de vidas humanas. A medida que el número de pacientes inmunodeprimidos aumenta, los micro-organismos patógenos y los tradicionalmente no patógenos ocasionan enfermedades cada vez con más frecuencia (1,2).

La perspectiva es sombría para los países como el nuestro en vías de desarrollo y la interrogante es si la evolución en el tratamiento del SIDA ha mostrado efectos en las tasas de morbi-mortalidad (3, 4, 5). Dado que no existe cura y todos los medicamentos disponibles tienen sólo una actividad limitada y una relativa alta toxicidad, la pregunta de ¿cuál medicamento o cuáles combinaciones usar y en quiénes? continúa siendo en nuestro hospital y en el mundo una respuesta a determinar (6, 7).

INTRODUCCION

Durante la última década del presente siglo se han observado muchos avances en la práctica de la medicina clínica, pero estos han sido acompañados por nuevos retos. En junio de 1981, se reportaron 71 muertos en los E.U. como resultado de el SIDA. Una década después más de 110,000 personas solamente en los E.U. habían muerto como resultado del virus de inmunodeficiencia humana (2, 3, 4, 5, 8).

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) fue originalmente definido por el Centro de Control de Enfermedades (CDC) como la presencia de una enfermedad "oportunistas" que es al menos indicativa de un defecto en la inmunidad mediada por células en la ausencia de causas conocidas de defectos inmunes tales como inmunosupresión iatrogénica o neoplasias malignas. No existe una clara diferencia entre el complejo avanzado relacionado con el SIDA y SIDA, sin embargo un cuadro clínico de inmunosupresión de menor grado con signos y síntomas no específicos y con o sin una substancial disminución de las células CD4 se ha definido como complejo relacionado con el SIDA (1, 2).

Debido a los efectos de HIV sobre las células T CD4, múltiples alteraciones inmunológicas se asocian con el SIDA. Estas alteraciones incluyen: linfopenia (sobre todo de células T CD4) y disminución de la función de las células T in vivo con susceptibilidad aumentada para neoplasias (por ejemplo, linfoma de células B o sarcoma de Kaposi) e infecciones por microorganismos oportunistas (Pneumocystis Carinii, Micobacterias atípicas, Herpes Virus, Criptococo, Toxoplasma, Citomegalovirus y diversas infecciones micóticas).

Los cambios en la función In vitro de células T incluyen: disminución de la reactividad a alérgenos, antígenos y aloantígenos, disminución de la citotoxicidad específica e inespecífica y una capacidad disminuida para proveer de ayuda a los linfocitos B. Existe activación policlonal de las células B como consecuencia de la disminución de las subpoblaciones de células ayudadoras e inductoras debido probablemente a la falta de control de las subpoblaciones reguladoras CD8.

Esto se acompaña de niveles elevados de inmunoglobulinas séricas y complejos inmunes circulantes y de incapacidad para montar una respuesta serológica de novo al antígeno, aumento de células B secretoras de inmunoglobulinas de manera espontánea, resistencia a las señales normales de activación para células B y pérdida de la regulación del crecimiento de células B que puede sustentar el aumento de las neoplasias de células B que se observa en el SIDA.

Además en las infecciones por HIV pueden observarse defectos sutiles en la función monocito-macrófago relacionados directamente con el macrófago como sitio potencial de infección por HIV y también relacionada con escasez de los factores de las células T que se requieren para la reactivación y función óptimas del sistema fagocítico mononuclear. La deficiencia del factor de crecimiento hematopoyético, o la pérdida de las células precursoras o de su capacidad de respuesta puede contribuir a la anemia y otras citopenias observadas en el SIDA.

Estos defectos inmunes y profundos interactúan en diversas combinaciones para dar la base a las numerosas presentaciones de SIDA y padecimientos relacionados (4,5,6,7).

El período entre la infección y el desarrollo de síntomas es largo, pero variable. Modelos matemáticos sugieren que la media del período de incubación para adultos es de aproximadamente 8 a 10 años, mientras que niños menores de 5 años de edad generalmente desarrollan síntomas en 2 años.

Estudios prospectivos indican que después de aproximadamente 7 años de infección, 36 por ciento ha progresado a un cuadro clínico de SIDA y otro 40 por ciento presentan otras manifestaciones de infección, sólo un 20 por ciento permaneció libre de síntomas (4, 5, 7,8).

Estas personas que permanecen asintomáticas durante más de ocho años en algunos casos hasta dieciséis presentan algunas características asociadas con una competencia inmunopersistente, carga viral baja, cepas de HIV relativamente no citopáticas, ausencia de anticuerpos intensificadores y una respuesta de las células TH 1 mayor que la respuesta de las células TH2..

Se ha propuesto que este tipo de pacientes conservan células capaces de producir (CAF) un factor antiviral soluble de la célula CD8+, que bloquea la transcripción de HIV tras la integración viral (6,7).

Es difícil caracterizar el SIDA en México de manera global pues existen a lo largo del país regiones que por la magnitud del problema y los patrones epidemiológicos que las distinguen, indican la existencia de diversas subepidemias (1).

Se puede afirmar que a nivel nacional y a lo largo del tiempo, la epidemia ha presentado tres tipos de tendencia en cuanto a su magnitud:

- de 1983 a 1986 el crecimiento fue lento
- de 1987 a 1990 fue de tipo exponencial
- y a partir de 1991 ha sido un crecimiento exponencial amortiguado con una tendencia a la estabilización.

La mortalidad por SIDA en hombres entre 25 a 44 años se ha desplazado rápidamente a los primeros lugares y las tasas de mortalidad por esta causa es cada vez mayor. La estimación del número real de casos de SIDA en México es de 36,790 acumulando hasta el 1o. de enero de 1996. Del total de los casos han fallecido aproximadamente 57 por ciento, continúan vivos el 35.7 por ciento y en un 7.3 por ciento se desconocen datos de su evolución (1, 8, 13).

Un gran reto en el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es el investigar en forma objetiva el estado de severidad de la enfermedad y la diferencia en el resultado clínico debido a la intervención terapéutica (3, 8, 9, 10, 11, 12, 13). Se ha confirmado esta correlación y cualquier investigación que se proponga determinar los factores que modifiquen la morbi-mortalidad de los pacientes con SIDA , enfocará al menos los aspectos de organización hospitalaria, cuidados especiales, medicamentos y severidad de la enfermedad (2, 14, 15, 16, 18). No existe cura para el SIDA y ningún régimen ha demostrado ser capaz de eliminar completamente el virus de HIV de individuos infectados .

En general se acepta que el régimen ideal químico terapéutico para pacientes con infección por HIV, sería una combinación de agentes antirretrovirales actuando en diferentes fases del ciclo de vida del HIV junto con un agente inmunoestimulante (15).

El desarrollo de agentes antivirales, inmunoestimulantes, vacunas y su manejo integral es una herramienta importante en la estrategia para el control y tratamiento de la epidemia del SIDA. Este tipo de terapia está prolongando tanto el tiempo libre de enfermedad activa, así como el tiempo libre de infecciones oportunistas en personas con SIDA (16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 31).

Las decisiones de cuando iniciar un tipo de tratamiento y los cambios de éste durante el curso de la enfermedad, actualmente se basa en una gran proporción en el juicio clínico del médico . Un juicio apropiado en el manejo de la terapia del SIDA requiere de un conocimiento del proceso de la enfermedad, de la farmacología y las limitaciones de los agentes empleados (27, 28, 30, 32, 33).

HIPOTESIS DE TRABAJO

Por las características del trabajo no se establece hipótesis.

OBJETIVOS:

1. Caracterizar epidemiológicamente el grupo de estudio.
2. Caracterización del tipo de enfermedades relacionadas con el SIDA.
3. Caracterización de los esquemas de tratamiento en los pacientes con SIDA.

DISEÑO

Se trata de estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y longitudinal.

MATERIAL Y METODOS

Se incluirán a todos los pacientes que hayan presentado el diagnóstico de HIV/SIDA en el período de tiempo comprendido entre Enero de 1991 y Diciembre de 1996. Los criterios diagnósticos, son los reportados en el sistema de clasificación revisado para infección por HIV en 1992 (3). Con el fin de clasificar en los pacientes el riesgo de mortalidad se emplearán los sistemas de clasificación clínica de CAPS , CD4 y el sistema de clasificación funcional de Karnofsky (9,10,13).

CONDUCCION DEL ESTUDIO

Las variables fueron obtenidas del expediente clínico por medio de una hoja de captación de datos (anexo 1).

ANALISIS DE LA INFORMACION.

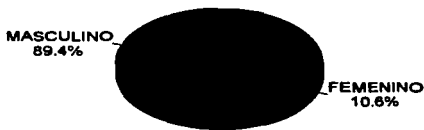
La metodología estadística, el diseño de la muestra y el análisis de las variables fué realizada en una base de datos del programa de computación Excel y se analizará en el programa Statgraphics.

RESULTADOS

En nuestro hospital se obtuvo una cifra total de 307 expedientes registrados de Enero de 1991 hasta Diciembre de 1996, de ellos fueron excluidos 51 debido a la ausencia de datos y no comprobación al menos por el método de ELISA de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Los 254 expedientes restantes estuvieron disponibles para la obtención de datos, sin embargo en sólo 84 de ellos (33.07 %) se realizó la determinación de CD4. En el caso de la determinación de IgE se reportó en 55 expedientes (21.65 %) y finalmente el estudio de Inmunorreacciones fue realizado en 80 pacientes (31.49 %).

Se realizó la determinación de la distribución de la población por sexo y éste reportó una cifra de 227 masculinos (89.37 %) y 27 femeninos (10.62 %) . La mortalidad global determinada por sexo fue de 39 % para masculinos y de 37 % para femeninos (*gráfica 1*).

POBLACION DE PACIENTES CON SIDA DISTRIBUCION POR SEXO



gráfica 1

En el caso de la distribución por edades la mayor frecuencia se observó en la población económicamente activa. El rango de edad con mayor porcentaje fué en la categoría comprendida entre los 21 a 30 años (43.30 %). Se observó que en los parámetros comprendidos entre los 21 a 40 años existe el 77.55 % del total de nuestra población (*tabla 1*).

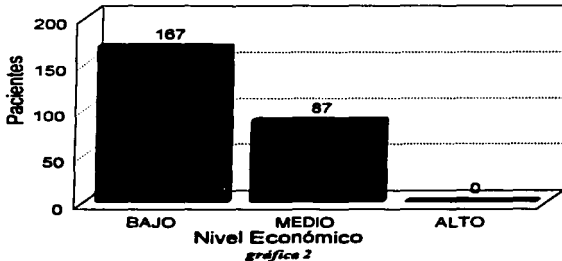
DISTRIBUCION POR EDAD

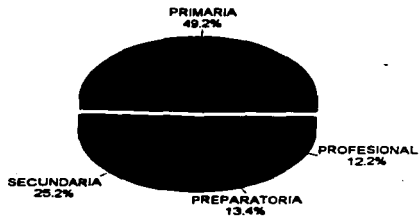
EDAD (AÑOS)	NÚMERO	PORCIENTO
10 A 20	8	3.14
21 A 30	110	43.3
31 A 40	87	34.25
41 A 50	23	9.05
51 A 60	20	7.87
61 A 70	2	0.78
71 A 80	0	0
MAYOR DE 81	4	1.57

tabla 1

Tomamos en cuenta la distribución sociocultural debido al tipo de población que atiende nuestro hospital y que en su mayoría fue de nivel socioeconómico bajo (65.74 %). Lo mismo sucedió con respecto a la escolaridad de nuestra población la cual en sólo el 12 % registró estudios profesionales. Finalmente en este renglón la dieta fue dividida en buena, regular y mala esta última categoría ocupó el 49.21 % de la población (gráficas 2,3 y 4).

DISTRIBUCION SOCIOCULTURAL



**DISTRIBUCION SOCIOCULTURAL
ESCOLARIDAD***gráfica 3***DISTRIBUCION SOCIOCULTURAL
CALIDAD DE ALIMENTACION***gráfica 4*

Se determinó el origen de los pacientes por estado de la República obteniéndose que el 72.44 % de la población fue originaria del D.F. Se incluyó en "otros" a los originarios de los estados de Chihuahua, San Luis Potosí , Tamaulipas, cada uno de ellos con un registro, dos casos más correspondieron a los Estados Unidos de Norteamérica y Uruguay (tabla 2).

DISTRIBUCION SOCIOCULTURAL ORIGEN

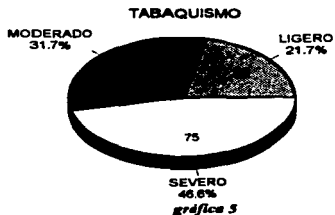
ORIGEN	NUMERO	PORCENTO
AGUASCALIENTES	2	0.78
D.F.	184	72.44
EDO. DE MEXICO	8	3.14
GUANAJUATO	8	3.14
GUERRERO	2	0.78
HIDALGO	4	1.57
JALISCO	4	1.57
MICHOACAN	2	0.78
OAXACA	7	2.75
PUEBLA	13	5.11
SINALOA	2	0.78
TLAXCALA	6	2.36
VERACRUZ	7	2.75
OTROS	5	1.96

tabla 2

Fuente de información: Archivo clínico del Hospital Juárez de México

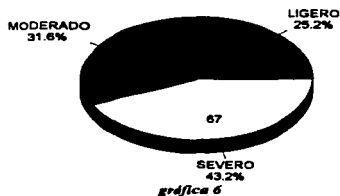
Las toxicomanías no fueron ajenas a nuestra población y a este respecto se determinó que el 63.38 % fué positivo para tabaquismo, la distribución por grados de intensidad se muestra en el siguiente grafico (gráfica 5) .

POBLACION DE PACIENTES CON SIDA TOXICOMANIAS



En este mismo punto el alcoholismo se reportó con un porcentaje de positividad del 61.02 % y también es reportado en grados de intensidad por consumo (gráfica 6).

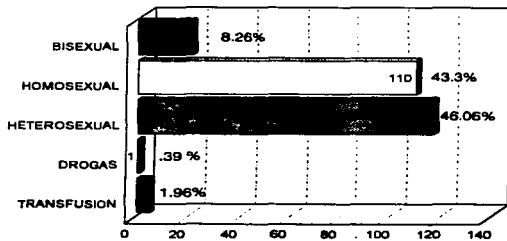
POBLACION DE PACIENTES CON SIDA TOXICOMANIAS ALCOHOLISMO



gráfica 6

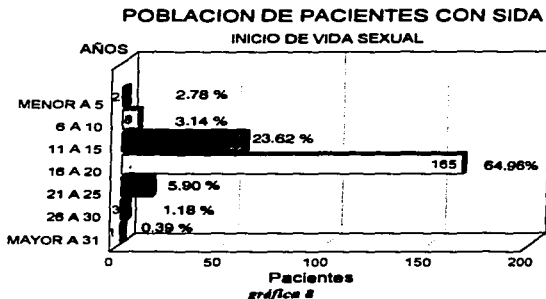
La adquisición del virus de inmunodeficiencia fue en su mayoría por homosexualidad y heterosexualidad (43.30 % y 46.06 % respectivamente). Llama la atención la existencia de 5 casos que representan casi un 2 % de nuestra población fue secundario a transfusión (gráfica 7).

POBLACION DE PACIENTES CON SIDA DISTRIBUCION POR CATEGORIA DE CONTAGIO



Pacientes
gráfica 7

El inicio de la vida sexual en nuestro estudio reportó que el 64.96 % fue en el rango entre los 16 a 20 años, el resto de distribución de la población estudiada se muestra en la gráfica 8.



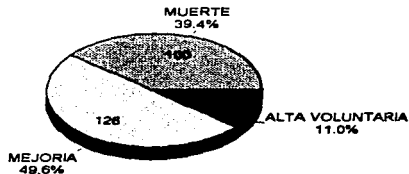
Se determinó como días de estancia intrahospitalaria el último internamiento de cada paciente y su egreso. La distribución por días de internamiento demostró que el 28.74 % presentó una estancia menor de siete días, pero esta estancia incluyó pacientes con alta voluntaria, moribundos y pacientes los cuales se ingresaron para la realización de estudios paraclínicos, por lo tanto aún cuando el porcentaje de estancia intrahospitalaria entre los ocho y catorce días fue de 20.47 % este es en realidad el rango con mayor frecuencia en nuestra población *tabla 3*.

ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA

DURACION DE INTERNAMIENTO (DÍAS)	PACIENTES	PORCENTO (%)
MEJOR DE 7	73	28.74
8 A 14	52	20.47
15 A 21	39	15.35
22 A 30	25	9.84
31 A 40	16	6.29
41 A 50	9	3.54
51 A 60	16	6.29
61 A 70	8	3.14
71 A 80	4	1.57
81 A 90	6	2.36
91 A 100	3	1.18
MAS DE 100	3	1.18

tabla 3

En la gráfica se muestra la distribución en el destino del egreso de los pacientes con SIDA, la mortalidad global fue de un 39.37 %, los casos de alta voluntaria sumaron un 11 % y finalmente como mejoría se reportó el 49.60 % (gráfica 9).

POBLACION DE PACIENTES CON SIDA
DESTINO DEL EGRESO

gráfica 9

En acuerdo a lo que la mayoría de la literatura mundial ha reportado, las patologías asociadas al SIDA más frecuentes determinadas por nuestro estudio fueron Candidiásis oral (36.61 %), Neumonía por *Neumocystis carinii* (33.46 %) y Síndrome diarreico por HIV (28.74 %).

En nuestro análisis la combinación de diferentes patologías en un mismo paciente fue la mayoría de los casos, se incluyó en "otros" a patologías no consideradas como B o C del Sistema de clasificación para HIV y dada su baja frecuencia se determinó incluirlas en esta categoría (tabla 4 y 5).

DISTRIBUCION DE CONDICIONES ASOCIADAS AL SIDA

1era PARTE

CONDICION	NO. CASOS	POC. RELATIVAS
CANDIDIASIS ORAL	93	36.61
NEUMONIA POR N. CARINI	85	33.46
S± DIARRHEICO POR HIV	73	28.74
OTROS	54	21.25
TIRA	24	9.34
TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR	22	8.66
LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL	21	8.26
SARCOMA DE KAPOSÍ	18	7.48
TOXOPLASMOSIS	18	7.48
TUBERCULOSIS PULMONAR	18	7.08
CANDIDIASIS ESOFAGICA	16	6.29
CRUPTOCOCOSIS CEREBRAL	16	6.29
HERPES ZOSTER	14	5.61
CMGV INTESTINAL	13	5.11
NEUMONIA BACTERIANA	12	4.72

CMGV: Citomegalovirus
tabla 4

DISTRIBUCION DE CONDICIONES ASOCIADAS AL SIDA

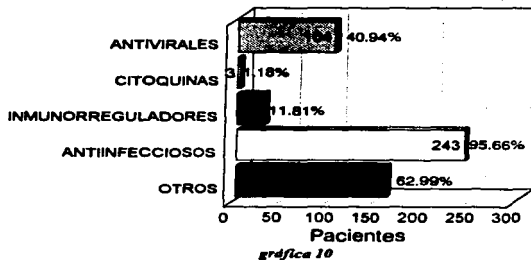
2a PARTE

CONDICION	NO. CASOS	POC. RELATIVAS
MOLUSCO CONTAGIOSO	8	3.54
CITOMEGALOVIRUS CEREBRAL	7	2.75
CITOMEGALOVIRUS PULMONAR	6	2.36
STDA	6	2.36
CRUPTOCOCOSIS INTESTINAL	5	1.96
HEPATITIS B	5	1.96
HERPES SIMPLE	5	1.96
NEUROPATIA PERIFERICA	5	1.96
STDB	5	1.96
HEPATITIS C	3	1.18
LINFOMA HODGKIN	3	1.18
LINFOMA BURKITT	2	0.78
LINFOMA DE CELULAS GRANDES	1	0.39
XANTOPLASMA GASTRICO	1	0.39
HISTOPLASMOSIS	1	0.39

SDTA: sangrado de tracto digestivo alto
SDTB: sangrado de tracto digestivo bajo
tabla 5

Con respecto al tratamiento este se dividió en categorías de medicamentos y fueron : Antivirales, Citoquinas, Inmunorreguladores, Antiinfecciosos y "Otros" ésta última categoría incluyó antimbianos, antiparasitarios, medicamentos tópicos, radioterapia y procedimientos quirúrgicos. Existió al igual que las patologías asociadas al SIDA combinaciones de medicamentos estas en un inicio no fueron protocolizadas y la combinación varió en cada internamiento . El porcentaje de utilización por categorías de medicamentos se reporta en la *gráfica 10*, en donde se observó que las Citoquinas y los Inmunorreguladores sólo se emplearon en 1.18 % y 11.81 % respectivamente en el espacio de tiempo estudiado que abarcó de 1991 a 1996.

MEDICAMENTOS EN LA POBLACION DE PACIENTES CON SIDA



En un intento de observar la evolución en la utilización en las diferentes categorías de medicamentos en nuestra población se determinó el porcentaje por año y se observó que en la categoría de Antivirales su utilización fue progresiva (17.6 % en el año de 1991 para un 64.7 % en el año de 1996). Sin embargo a excepción de los Antiinfecciosos esta conducta no se observó en Citoquinas e Inmunorreguladores (*tabla 6*).

TIPO DE MEDICAMENTO Y SU DISTRIBUCION POR AÑO

AÑO (no. Pacientes)	ANTIVIRALES	OTROS ANTI-SIDA	NEURÓLOGICOS	ANTI-OPORTUNISTAS	OTROS
1994 (24)	6 (17.6 %)	0 (0.0%)	3 (8.8 %)	29 (85.0%)	16 (47.0%)
1995 (18)	4 (26.6 %)	1 (6.6 %)	0 (0.0 %)	14 (93.3%)	09 (60.0%)
1996 (20)	6 (18.6 %)	1 (2.7 %)	1 (2.7 %)	33 (91.6%)	25 (69.4%)
1997 (27)	18 (31.5 %)	0 (0.0 %)	9 (15.7 %)	58(98.2 %)	48 (84.2%)
1998 (76)	46 (61.5 %)	1 (1.3 %)	15(19.2 %)	77(98.7 %)	47 (60.2%)
1999 (24)	22 (64.0 %)	0 (0.0 %)	2 (5.8 %)	34(100 %)	15 (44.1%)

Tabla 6

La distribución de pacientes por estadios fue realizada de acuerdo a la clasificación de CAPS (13) y CD4 (10) como se describe en la tabla 7. Considerando la clasificación de CAPS (sistema de clasificación clínica pronóstica del SIDA) en esta se observó que la mortalidad presentó una distribución binomial en los diferentes estadios: Estadio I 4.55 % (Límite inferior : 0.95.Límite superior: 12.71, $p < .0001$), estadio II 27.78 % (Límite inferior: 17.88. Límite superior 39.59, $p < .0001$), estadio III 54.10 % (Límite inferior: 40.85.Límite superior 66.94, $p < .0001$), estadio IV 80 % (Límite inferior : 67.03 %. Límite superior 89.57 %. $p < .0001$). A diferencia de la mortalidad reportada en el sistema de CAPS, la clasificación por CD4 demostró una distribución binomial en el estadio III de 50 % de mortalidad (Límite superior : 64.94. Límite inferior : 36.84). La significancia estadística al analizar el estadio III con respecto a los estadios I-II fué de $p = .04$. El riesgo de mortalidad se incrementó 1.94 veces en los pacientes con estadio mayor a I.

CLASIFICACION CLINICA PRONOSTICA Y CD4
MORTALIDAD %

	I	II	III	IV
CD4 Mayor a 350	4.54 %	27.77 %	54.09 %	80 %
CD4 Entre 250 y 350	66	72	61	55
CD4 Entre 150 y 250	18 %	30 %	50 %	
CD4 Menor a 150	11	20	53	

tabla 7

En nuestro estudio la escala de Karnofsky empleada para valorar el estatus funcional del paciente y su correlación con la mortalidad demostró por distribución binomial que los pacientes clasificados en la categoría 10 de esta escala presentaron una mortalidad del 100% (Límite superior : 100%. Límite inferior: 71.51. $p < .0001$). El incremento en la mortalidad fué de 8.12 veces cuando los pacientes presentaron un estatus igual o menor a 60 (*tabla 8*).

ESTATUS FUNCIONAL
ESCALA DE KARNOFSKY

ESTATUS	10	40	60	100
MORTALIDAD	100 %	24.09 %	28.12 %	8.12 %
PACIENTES	11	90	102	51

tabla 8

Finalmente un punto interesante fué la correlación entre niveles séricos bajos de sodio y mortalidad. Se observó que niveles séricos por abajo de 135 mEq/dl se relacionaron con un porcentaje de mortalidad del 50.4% mientras que en niveles séricos de 136 o mayores presentaron una correlación de 29.32 %.

La mortalidad se incrementó 2.4 veces en los pacientes que presentan hiponatremia (≤ 135 mEq/dl) con una $p < 0.001$ (tabla 9).

NIVELES SERICOS DE Na

Nivel Sérico	< 135 mEq/dl	> 136 mEq/dl
	20.4%	1.8%
Pacientes	121	133

tabla 9

DISCUSION

Este es el primer estudio realizado en nuestro hospital que determina el tipo de población con SIDA, su distribución, factores socioculturales, patologías asociadas, tratamiento y mortalidad tomando en cuenta la clasificación reportada en CAPS, CD4 y Karnofsky (9, 10, 13).

La determinación global de estudios paraclínicos dentro de los cuales se incluyó : CD4, IgE, e Inmunorreacciones fue de sólo el 28.73 %, la explicación a este bajo porcentaje en la utilización y aplicación de estudios paraclínicos es debido a que dentro de los primeros años del estudio la utilización y protocolización de estos fue baja, pero ya en el año de 1996 el porcentaje de realización con respecto a las Inmunorreacciones e IgE aumentaron respectivamente lo cual es secundario a una protocolización establecida en este tipo de pacientes.

La población se caracterizó por ser predominantemente masculina con un 89.4 % lo que se encuentra en acuerdo con lo reportado en la literatura. El rango de edad de nuestra población que ocupó el 77.55% fue entre los 21 a 40 años, lo que demuestra que es en la población económicamente activa en donde se encuentran el mayor número de casos .

El nivel económico fue bajo en el 65.74 % pero este nivel no es exclusivo de los pacientes con SIDA y es realmente un reflejo del total de la población que maneja el hospital y el nivel económico del país. La escolaridad también estuvo en relación al nivel económico y el mayor porcentaje de los pacientes presentaron nivel de primaria (49.2 %); se incluyó en escolaridad primaria a los pacientes que realizaron desde un año hasta la terminación de esta, la suma total de los pacientes en este nivel de escolaridad representó casi la mitad del total de nuestra población. Se esperaba una calidad de alimentación mala y efectivamente en esta categoría se reportó el 49.2 % de la población estudiada . Sumandose al nivel económico y escolaridad baja las toxicomanías se presentaron en un porcentaje importante en nuestra población. El tabaquismo fue positivo en un 46.6 % y la severidad de esta toxicomanía fue intensa en casi el 50 % , pero al parecer debido a que nuestra población fue relativamente joven el efecto sobre morbi-mortalidad del tabaquismo sumada a la morbi-mortalidad del SIDA no es posible realizarla en este estudio. Lo mismo sucedió con el alcoholismo el cual fue positivo en un 61.02 % pero con una intensidad severa del 43.2 %.

La población fue estudiada también tomando en cuenta el origen de residencia y se determinó que la mayoría de nuestros pacientes correspondió al D.F. con un 72.44 % y que los estados cercanos a este fueron los que más aportaron pacientes a nuestro hospital.

Dentro de las categorías de contagio se determinó que la mayoría de los pacientes con SIDA adquirieron la enfermedad por heterosexualidad (46.06 %), por otro lado es posible que el reporte de contagio secundario a drogas pueda no ser totalmente real debido al bajo registro reportado en nuestro estudio y que tomando en cuenta el reporte de las toxicomanías arriba señaladas se esperaría una mayor participación por esta vía lo cual no se obtuvo al analizar los datos.

Se tomó en cuenta el inicio de vida sexual de la población y se determinó que el 5.92 % la inició a los 10 años de edad o antes. Un dato agregado es que del total de estos pacientes el inicio de actividad sexual fue por violación a diferencia de los pacientes que iniciaron su actividad sexual por arriba de los 11 años los cuales fueron en su mayoría por heterosexualidad.

Al momento de analizar la estancia intrahospitalaria se reportó en forma alarmante que casi el 29 % de la población de pacientes con SIDA tuvo una duración de internamiento de menos de 7 días , sin embargo este dato se explica por la inclusión , en este grupo, de los pacientes con alta voluntaria o pacientes moribundos los cuales en promedio presentaron una estancia intrahospitalaria de tres días . La determinación de incluir pacientes muy graves con apenas un día de estancia intrahospitalaria o pacientes con más de cien días de internamiento fue tomada en base a exponer el total de población y se debe considerar que esto conlleva a factores de error en la interpretación de los resultados.

El destino del egreso de los pacientes en nuestro estudio fue hacia la mejoría en el 49.6% lo cual corresponde a lo reportado en la literatura mundial, con respecto a los casos de alta voluntaria que sumaron el elevado porcentaje del 11.0% fue debido a que se incluyó también en esta categoría a todos los pacientes que fueron egresados por máximo beneficio, pacientes moribundos de primer contacto en estadio terminal lo que explica en gran medida el porcentaje mencionado.

La Candidiasis oral, Neumonía por P carinii y el Síndrome diarreico por HIV fueron las patologías más frecuentemente asociadas al SIDA, las dos primeras patologías son reportadas en la literatura en acuerdo a lo encontrado en nuestro estudio, sin embargo el Síndrome diarreico por HIV se determinó en 73 casos lo que representó el 28.74 % del total de pacientes, una explicación de este resultado es la inclusión en esta categoría de todos los pacientes posterior a descartar serológicamente las patologías que explicarían un cuadro diarreico y por lo tanto se catalogó al virus de Inmunodeficiencia Humana como la causa de esta patología, una segunda razón es la existencia de pacientes con estancia intrahospitalaria corta que impidió la realización de estudios paraclínicos que explicarían la etiología de un síndrome diarreico y que finalmente éstos fueron incluidos en esta categoría.

El tratamiento para nuestra población se basó prácticamente en dos categorías de medicamentos, los Antiinfecciosos cuya utilización global fué de 95.66 % y para los Antivirales se reportó una utilización global del 40.94 %. La evolución en el tratamiento respecto a los Antiinfecciosos ha sido progresiva ya que en el año de 1991 sólo el 85 % de los casos recibió algún tipo de Antiinfeccioso; se observó a través del tiempo estudiado el incremento progresivo en la utilización de éstos, ya en el año de 1996 se reportó que el 100 % de los casos recibió algún medicamento de esta categoría.

Los Antivirales también presentaron un incremento progresivo en su utilización ya que para el año de 1991 sólo se utilizó en forma global un 17.6 % de esta categoría permaneciendo sin grandes cambios durante los años de 1992 y 1993, sin embargo para el año de 1994 se inició un incremento más importante y finalmente en el año de 1996 se reportó que la utilización fué ya del 64 %.

Las Citoquinas han sido utilizadas sólo en tres pacientes en el transcurso de tiempo estudiado, pero se debe señalar que el costo de este tipo de medicamentos y la situación económica son factores que determinan la evolución en la utilización de esta categoría de medicamentos.

Lo mismo ha sucedido con los Inmunoreguladores los cuales presentaron una evolución irregular desde una utilización del 0.0 % hasta un 19.2 % en el año de 1995, pero al igual que las citoquinas existe el factor económico que impide la utilización protocolizada. En un intento de probar si la monoterapia o la combinación de categorías de medicamentos tienen una significancia estadística en nuestro hospital sobre las tasas de morbi-mortalidad, la combinación de categorías de medicamentos y la repercusión que tiene las diferentes combinaciones de ellos es un punto a determinar a partir de este primer reporte de pacientes portadores de SIDA.

Es evidente que al analizar el resultado obtenido de las clasificaciones CAPS, CD4 y Karnofsky que la orientación para el pronóstico de mortalidad es alta, al parecer la utilización combinada de un sistema de clasificación clínica con un sistema funcional como lo es el de Karnofsky resulta en una mejor orientación pronóstica en este tipo de pacientes. El sistema de clasificación clínica pronóstica (CAPS) demostró en nuestro estudio que la mortalidad se incrementó alrededor de 11 veces cuando el paciente presentaba una variable o más positivas, es decir un estadio II o mayor.

Cuando se analizó el sistema CD4 se determinó que los cambios en el porcentaje de mortalidad no fueron tan importantes como en el sistema CAPS, pero al analizar el estadio I vs II y III se observó que el riesgo de mortalidad se incrementó 1.94 veces.

El estatus funcional determinado por la escala de Karnofsky fue obtenido de manera indirecta de acuerdo a la historia clínica y notas de enfermería. El valor en la determinación de la mortalidad de esta clasificación llega hasta el 100 % cuando la categoría es de 10, al parecer la explicación de este resultado puede ser por la inclusión de pacientes con un estado de gravedad severo los cuales en los estudios de la literatura (8, 9) no son incluidos sino hasta cuando su estado de salud permitía al menos 3 días de seguimiento.

La existencia de un estatus de 60 o menor en la escala de Karnofsky representó un incremento en la mortalidad de 8.12 veces con respecto a los pacientes con un Karnofsky mayor, este punto ha sido señalado en la literatura pero el incremento en la mortalidad es un dato interesante encontrado en nuestro estudio.

La existencia de hiponatremia se reportó en nuestro estudio en un 47.6% del total de pacientes estudiados y tuvo una repercusión en la mortalidad del 50.41 % de los pacientes que la presentaron, al analizar el incremento de la mortalidad de los pacientes sin hiponatremia contra los que presentaron hiponatremia la mortalidad se incrementó 2.4 veces en éste último grupo.

CONCLUSIONES

A partir de este trabajo es posible observar las variables determinantes tanto en el estudio del paciente con SIDA como en su pronóstico. Nuestros pacientes son predominantemente del sexo masculino (89.4 %). La edad promedio está entre los rangos de 21 a 30 años, su nivel sociocultural es bajo y la mortalidad global fue de 39.4 %.

En acuerdo a lo reportado en la literatura las tres patologías más frecuentemente asociadas al SIDA en nuestro estudio fueron: Candidiasis oral (36.61 %), Neumonía por *Neumocystis carinii* (33.46 %) y síndrome diarreico por HIV (28.74 %).

Los sistemas de clasificación CAPS, CD4 y Karnofsky son evidentemente útiles en el pronóstico de mortalidad, reportándose por distribución binomial significancia estadística, la cual ha sido corroborada también en estudios anteriores.

El esquema de tratamiento de los pacientes con SIDA ha sido basado predominantemente en dos categorías: Antivirales y Antifélicos, éstos en nuestro estudio reportaron una utilización global en los seis años de revisión del 40.49 % y 95.66 % respectivamente. La utilización de Citoquinas e Inmunorreguladores solo fué del 1.18 % y 11.81 % respectivamente, lo que demuestra una subutilización en este tipo de medicamentos en nuestra población de pacientes.

GLOSARIO

Albumina: Proteína sérica sintetizada en las células hepáticas considerándose como compromiso nutricional importante valores menores de 2.5 mg/dl.

Aciclovir: Análogo del nucleósido de guanosina que es el sustrato de la timidina- cinasa virus del herpes simple y varicela-zoster.

Amfotericina B: Medicamento base en el tratamiento de la mayoría de las micosis sistémicas causadas por criptococo, blastomicosis e histoplasmosis.

Aspergilosis: Infección causada por *Aspergillus*.

Candidiasis: Infección micótica usualmente localizada en áreas cutáneas húmedas incluyendo piel, boca, esófago y tracto respiratorio.

CAPS (Sistema de estratificación pronóstica clínica del SIDA): Consideramos en esta escala sólo siete variables: cuenta linfocitaria menor a 150 cel/cc, hematócrito menor al 30 por ciento, cuenta plaquetaria menor de 140,000 cel/cc, compromiso neurológico, presión arterial de oxígeno (PaO₂) menor de 50 mmHg, albúmina menor de 2.5 mg/dl, diarrea constante por más de dos semanas. Se clasificó en 4 estadios: estadio I=0 variables, estadio II=1 variable, estadio III=2 variables, estadio 4=3 ó más variables.

Cefalosporinas: Antibióticos que poseen un anillo betalactámico considerados agentes de amplio espectro y que son clasificados en 4 grupos dependiendo de su espectro antimicrobiano.

Célula CD4: Linfocitos con receptores CD4 cuya función es un incremento en la respuesta inmune, los rangos están definidos en la publicación del CDC publicado 1992. Se consideró en esta clasificación tres estadios : Estadio I = > 500 cel. Estadio II = 499 - 200 cel. Estadio III = < 200 cel.

Célula CD8: Linfocitos con receptores CD8 con función citotóxica-supresora.

Citoquina: Proteína natural que regula o modifica el crecimiento de una célula específica.

Citomegalovirus: Infección oportunista que tiene importante repercusión sistémica y puede ser fatal en pacientes con SIDA.

Complejo relacionado con el SIDA (CRS): Definido como un estado de inmunosupresión sintomática de menor grado a un proceso de HIV avanzado, generalmente presentando una a dos manifestaciones de inmunosupresión.

Compromiso neurológico: Considerado ante la presencia clínica de letargia, confusión, parálisis o fotofobia.

Diabetes mellitus: Se considera cuando la glucosa postprandial de una hora es de 170 mg/100cc ó mayor.

Didanosina: Es un dideoxinucléosido cuyo mecanismo es la inhibición de la transcriptasa con una menor agresión sobre la médula ósea pero con cierto factor de riesgo incrementado para pancreatitis.

Edad: Tiempo en años desde el nacimiento hasta el día de su ingreso al hospital.

Escolaridad: Nivel de estudios hasta el momento de su ingreso al hospital.

Estancia intrahospitalaria: Tiempo en días desde el ingreso hasta el egreso del paciente ya sea por mejoría o por defunción.

Ganciclovir: Derivado del aciclovir que ha sido usado en el tratamiento de las infecciones severas ocasionadas por citomegalovirus en los pacientes inmunosuprimidos.

Herpes virus/Varicela: Considerando al virus en sus manifestaciones de conjuntivitis folicular, queratitis intersticial profunda y las localizaciones a nivel de piel y genital.

Histoplasmosis: Enfermedad caracterizada por infección micótica sistémica.

HIV-Positivo: Presencia de anticuerpos para el virus de inmunodeficiencia en sangre.

Inicio de vida sexual: Edad en años de la primera relación sexual.

Inmunoglobulina IgE: Proteína monomérica presente en el suero cuya relación con las células Th es el incremento en la síntesis de la inmunoglobulina mientras que las células T_s suprimen esta síntesis.

Inmunorreacción: Antígenos comunes (PPD, candidina, varidasa (SA/SO), toxoide tetánico) para valorar la inmunidad celular, considerándose como positiva cuando la induración es > 5mm. La sumatoria de los diámetros de las induraciones debe ser > 16mm para considerar al paciente 100 por ciento inmunocompetente.

Karwofsky: Escala de medición del estatus funcional y en la que se consideró 4 divisiones: escala de 100 representando un estatus funcional normal y sin evidencia de enfermedad, 60 con necesidad de asistencia ocasional, 40 con discapacidad y la necesidad de cuidados especiales y 10 representando un proceso fatal de rápido desarrollo (moribundo).

Linfocitos: Células mononucleares encargados de la producción de inmunoglobulinas y la expresión de la inmunidad celular.

Linfoma: Cáncer en el cual las células de tejido linfóide encontradas fundamentalmente en nódulos linfáticos y bazo, se multiplican sin control. Existen dos variedades linfoma Hodgkin y linfoma No-Hodgkin en el cual la malignidad depende de la naturaleza y actividad de las células.

Medio socioeconómico: Estatus social al cual pertenece el paciente.

Meningitis criptoélica: Infección micótica que afecta meninges y médula espinal.

Neumonía por *Pneumocystis-carinii*: Infección pulmonar determinada en casi el 80 porciento de los pacientes con SIDA en el transcurso de su enfermedad.

Neuropatía periférica: Se considera como un proceso de enfermedad, inflamación o daño de los nervios periféricos.

Penicilina: Agente betalactámico agrupado en dos divisiones los resistentes a penicilinas y el activo contra bacterias Gram-negativas.

Plaquetas: Cuerpos celulares de 2 a 3 u de diámetro cuya función es la participación en la hemostasia mediante la formación de trombos y promoción de la producción de trombina.

Presión arterial de oxígeno: Considerando como la cantidad de oxígeno en mmHg en el sistema arterial.

Ribavirina: Es un análogo nucleósido que se supone es un inhibidor competitivo de la guanosina en la posición 5' terminal del RNA mensajero y posiblemente un inhibidor de la RNA polimerasa.

Sarcoma de Kaposi: Tumor maligno de la piel que en pacientes con SIDA presenta una variedad característica en esta asociación.

Síndrome de desgaste: Cualquier número de condiciones que provoquen una pérdida de la masa corporal.

Toxoplasmosis: Infección secundaria a *Toxoplasma gondii*.

Zalcitabina: Análogo nucleósido con efectos similares a los otros análogos cuyo efecto colateral principal es la neuropatía periférica.

Zidovudina: Análogo de la timidina cuyo mecanismo de acción es inhibir la transcriptasa reversa viral incrementando los niveles de linfocitos CD4 y disminuye los niveles de antígeno p24.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA

1. Situación Epidemiológica del SIDA. Datos actualizados para el cuarto trimestre, 1995. SIDA-ETS 1996;1(3).
2. Brown J, Sprung CL. Ethical Considerations in the Treatment of AIDS Patients in the Intensive Care Unit. Crit Care Med 1993;9(1):115-123.
3. Revised Classification System for HIV Infection and Expanded AIDS surveillance Case Definition for Adolescents and Adults. U.S Department of Health and Human Services Public Health Service Centers for Disease Control Atlanta, Georgia. MMWR 1992;41(N0RR-17).
4. Chaisson RE. Living with AIDS. JAMA 1990;263:434-435.
5. Gallant JE. Infectious complications of HIV disease. Emerg-Med-Clin-North-Am 1995;13(1):73-104.
6. Pauza CD, Streblov DN. Therapeutic approaches to HIV infection based on virus structure and the host pathogen interaction. Curr-Top-Microbiol-Immunol 1995;202:117-132.
7. Myers SA, Prose NS, Bartlett JA. Progress in the understanding of HIV infection: an overview. J Am Acad Dermatol 1993;29(1):1-21.
8. Justice AC, Aiken LH, Smith HL, Turner BJ. The Role of Functional Status in Predicting in Patient Mortality with AIDS: A comparison with current predictors. J Clin Epidemiol 1996;49(2):193-201.
9. Mor V, Laliberte L, Morris J, Wiemman M. Karnofsky Performance Status Scale: an examination of its reliability and validity in a research setting. Cancer 1984;53:2002-2007.

10. Mills GD, Jones PD. Relationship between CD4 lymphocyte count and AIDS mortality, 1986-1991. *AIDS* 1993;7:1383-1386.
11. Stone VE, Seage GR, Hertz T, Epstein AM. The relation between hospital experience and mortality for patients with AIDS. *JAMA* 1992;268:2655-2261.
12. Taylor JM, Fahey JL, Detels R, Giorgi JV. CD4 percentage, CD4 number and CD4:CD8 ratio in HIV infection: wick to choose and how to use. *J AIDS* 1989;2:114-124.
13. Justice AC, Feinstein AR, Wells CD. A new prognostic staging system for the acquired immunodeficiency syndrome. *N Engl J Med* 1989;320:1388-1393.
14. Stretcher B. Management of antiretroviral drug therapy in human immunodeficiency virus infection. *Crit Rev Clin Lab Sci* 1994;31(2):169-196.
15. Khoo SH, Wilkins EG. Controversies in anti-retroviral therapy of adults. *J Antimicrob Chemother* 1995;35(2):245-262.
16. García-García ML, Zacarias F, Valdesino-Gómez JL, García-Sancho MC, Sepulveda AJ. Epidemiology of AIDS and Tuberculosis. *Bull Pan Am Health Organ* 1995;29(1):37-58.
17. Gallicchio VS, Hughes NK. Influence of human granulocyte-macrophage colony stimulating factor/interleukin-3 fusion protein (PIXY321) on the hematopoietic toxicity associated with anti-viral drugs (zidovudina and didanosine) in vitro using normal human marrow cells. *Life-Sci* 1995;57(8):265-273.
18. Schriber JR, Negrin RS. Use and toxicity of the colony-stimulating factors. *Drug-Saf* 1993;8(6):457-468.

19. Ribas MM, Ribas BA, Gale RP. Clinical use of hematopoietic growth factors (hematopoietins). *Med Clin Barc* 1993;100(18):707-711.
20. Katlema C. The impact of the prevention of cerebral Toxoplasmosis. *J Neuroradiol* 1995;22(3):193-195.
21. Barbaro G, Barberini G, Di-Lorenzo G. Fluconazole vs Flucytosine in the treatment of esophageal candidiasis in AIDS patients: a double-blind, placebo-controlled study. *Endoscopy* 1995;27(5):377-383.
22. Pasko MT, Piscitelli SC, Van Stoeten AD. FLUCONAZOLE: A new triazole antifungal agent. *DICP Ann Pharmacother* 1990;24:860-867.
23. Lauta VM. Update on the use of interferons in clinical practice. *Clin Ter* 1995;146(67):393-448.
24. Kamali F. Clinical pharmacology of zidovudina and other 2', 3'-dideoxynucleoside analogues. *Clin Investig* 1993;71(5):392-405.
25. Coker RJ, Viviani M, Gazzard BG, Du Pont B, Pohle HD et al. Treatment of Cryptococcosis with liposomal amphotericin B (Ambisome) in 23 patients with AIDS. *AIDS* 1993;7(6):829-835.
26. La Rocco M. *Cryptococcus neoformans*. *Clin Micro Newsletter* 1992;14(23):177-184.
27. Bernstein L, Hamilton AS. The epidemiology of AIDS- related malignancies. *Curr Opin Oncol* 1993;5(5):822-830.
28. Tappero JW, Conant MA, Wolfe SF, Berger TG. Kaposi's Sarcoma. Epidemiology, pathogenesis, histology, clinical spectrum, staging criteria and therapy. *J Am Acad Dermatol* 1993;28:371-395.

29. O'Riordan TG, Baughman RP, Dohn MN, Smaldone GC. Lobar Pentamidine Levels and Pneumocystis carinii Pneumonia Following Aerosolized Pentamidine. Chest 1994;105(1):53-56.
30. Remick SC, McSharry JJ, Wolf BC, Blanchard CG, Eastman AY et al. Novel Oral Combination Chemotherapy in the Treatment of Intermediate-Grade and High-Grade AIDS-Related Non-Hodgkin's Lymphoma. J Clin Oncol 1993;11:1691-1702.
31. Whittington R, Brogden RN. Zalcitabine. A review of its pharmacology and clinical potential in acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). Drugs 1992;44(4):656-683.
32. Torres RA, Franke RG, Barr MR. Future therapies in the management of critically ill AIDS patients. Crit Care Clin 1993;9(1):153-176.
33. Johnston MI, Hoth DF. Present status and future prospects for HIV therapies. Science 1993;260(5112):1286-1293.

ANEXO

NOMBRE _____ **REGISTRO** _____
EDAD _____ **FECHA DE INGRESO** _____ **FECHA EGRESO** _____
CAUSA EGRESO: Muerte
 Mejoría
 Máximo Beneficio

ESCOLARIDAD : 1) Primaria 2) Secundaria 3) Preparatoria 4) Profesional
LUGAR DE ORIGEN : _____
NIVEL ECONOMICO : Bajo
 Medio
 Alto

DIETA: Buena Regular Mala
TABAQUISMO: S N TIPOT: Ligero Medio Intenso
ALCOHOLISMO: S N TIPOA: Ligero Medio Intenso
IVSA : _____ **VIA DE CONTAGIO :** Homosexual Bisexual Heterosexual
 Transfusión Drogas

DX DE INGRESO
 2) Candidiásis oral 3) Candidiásis esofágica
 4) Candidiásis pulmonar 5) Citomegalovirus pulmonar
 6) Citomegalovirus intestinal 7) Citomegalovirus cerebral
 8) Criptococosis cerebral 9) Criptococosis intestinal
 11) Hepatitis B 12) Hepatitis C
 13) Herpes Zoster 14) Leucoencefalopatía multifocal
 15) Linfoma Burkitt 16) Linfoma primario de Cel grandes
 17) Linfoma Hodgkin 18) Molusco contagioso
 19) Neumonía por P. carinii 20) Neumonía bacteriana
 22) Sangrado de tracto digestivo alto (STDA) 23) Tifia
 24) Síndrome x diarreico por HIV 25) Tuberculosis pulmonar (TBP)
 26) TB extrapulmonar 27) Neuropatía periférica
 28) Sarcoma de Kaposi 30) Xantoplasma gástrico
 31) Toxoplasmosis cerebral 32) Otros
 33) Sangrado de tracto digestivo bajo (STDB)
 34) Herpes simple 35) Histoplasmosis

MEDIO DIAGNOSTICO UTILIZADO: 1) Clínico 2) Serológico 3) Micológico
 4) Microbiológico 5) Biopsia 6) Radiológico 7) W. Blot 8) Otros

TRATAMIENTO: 1) Antiviral 2) Citoquina 3) Inmunorregulador 4) Antiinfecciosos
 5) Otros

E.F. AL INGRESO: PESO _____ TALLA _____ TA SIST _____ TADIAST _____

KARNOFSKY: 100 60 40 10

SNC: 1) Letargia 2) Confusión 3) Parálisis 4) Fotofobia

LABORATORIO CENTRAL :

CD4 : 1) >500 2) 499 - 200 3) < 200

Hb _____ Hto _____ Leucos _____ Linfos _____ CD8 _____ IgE _____
 Inmunorreacciones _____ PPD _____ Candidina _____
 Varidasa _____ Toxoide/Plaquetas _____ Tp _____ TPT _____ G _____ U _____ C _____ TGP
 BT _____ BDDHL _____ Albúmina _____ Globulina _____ Colesterol _____ FOSF. ALC _____
 Na Sérico _____ Ksérico _____ PaO2 _____ pHa _____ PaCo2 _____ HCO3
 EB _____ SaO2% _____ Dep. creat en orina de 24 hrs _____