

11227

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL GENERAL TACUBA

ISSSTE

TERAPEUTICA ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES
CON INFECCION PRIMARIA DE VIH-1; REPERCUSION
EN LA CALIDAD DE VIDA Y PROGRESION A SIDA.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
Para obtener el Diploma en la especialidad de
MEDICINA INTERNA

Presenta:

caído
Dr. JORGE R. FRAGA CORTES



México, D.F. noviembre de 1998

2004



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.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Dr. Jorge R. Fraga Cortes

FECHA: 11/ Nov/04

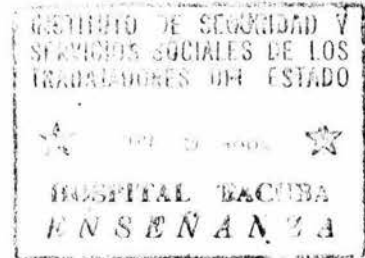
FIRMA: _____

Dr Enrique Rodrigo Jiménez
COORDINADOR DE MEDICINA INTERNA

Dr. Jaime Madariaga Márquez
COORDINADOR DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION

ASESOR

Dr. ENRIQUE RODRIGO JIMENEZ
COORDINADOR DE MEDICINA INTERNA



Dr. JORGE RICARDO FRAGA CORTES
MEDICINA INTERNA

DEDICATORIA

A MIS PADRES POR BRINDARME LA OPORTUNIDAD DE TRANSITAR POR EL CAMINO DEL CONOCIMIENTO.

A MI ESPOSA POR SU COMPRESIÓN Y APOYO DURANTE MI PERIODO DE ADIESTRAMIENTO.

A MI HIJO, QUE HA SIDO UN GRAN ALICIENTE PARA CONTINUAR POR ESTE ÁRIDO CAMINO.



Dr. JORGE RICARDO FRAGA CORTES
MEDICINA INTERNA

México, D.F. Otoño de 1998.

CONTENIDO:

❖ RESUMEN.

❖ SUMMARY.

❖ INTRODUCCION.

❖ MATERIAL Y METODOS.

❖ RESULTADOS.

❖ CONCLUSIONES.

TERAPEUTICA ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON INFECCION PRIMARIA DE VIH 1;
REPERCUCION EN LA CALIDAD DE VIDA Y PROGRESION A SIDA.

RESUMEN:

OBJETIVO: Evaluar el efecto sobre la calidad de vida y la progresión a SIDA, mediante el conteo de células CD4 y determinación de carga viral, en el manejo de pacientes con infección primaria de VIH 1. Determinar cual de los esquemas de manejo es mejor tolerado por la población estudiada, con menos efectos secundarios.

DISEÑO DEL ESTUDIO: Un estudio Observacional, longitudinal, prospectivo, comparativo y abierto, durante un periodo de observación de 44 semanas.

GRUPOS DE ESTUDIO: Participaron 44 pacientes con diagnóstico de VIH, en tratamiento con esquemas de AZT + ddC, AZT + ddI y AZT + 3TC controlados en el Hospital General Tacuba.

RESULTADOS: Fueron elegibles 44 de 64 pacientes, 23 pacientes recibieron AZT + ddC, (52%) 13 recibieron AZT + ddI, (30%) 8 pacientes recibieron AZT + 3TC, (18%). El valor inicial de CD4 grupo A 265.08, grupo B 154, grupo C 153.75 $P= 0.078$. CD4 final grupo A 300.56, grupo B 155.15, grupo C 188.5 $P= 0.071$. Reunieron los criterios de DSM-IV para depresión 6 personas del grupo A (26%), 2 personas del grupo B (15%) y 2 del grupo C (25%).

CONCLUSIONES: En el grupo C 75% de los pacientes aumentó su conteo celular CD4, vs 61% del grupo A y 46% del grupo B, El Karnofsky en el grupo C aumentó en el 50% de los pacientes en comparación con 30% y 23% de los grupos A y B respectivamente. Los efectos secundarios fueron ligeramente mayores en el grupo A, incluyendo neuropatía 13% vs 7.69% del grupo B y 0 del grupo C. A pesar del pronóstico adverso de los pacientes con diagnóstico de VIH+/SIDA se observó durante el presente estudio una notable estabilidad de la enfermedad y un retraso de la progresión a SIDA. No obstante, en estos tiempos surge la necesidad de incluir métodos que evalúen la calidad de vida similares a las disponibles para el paciente reumatológico y oncológico, además de vigilar los parámetros de CD4 y carga viral para una evaluación integral del paciente con infección VIH/SIDA. El principal inconveniente de los diferentes esquemas de antirretrovirales continúa siendo la incidencia de efectos secundarios, por lo que la esperanza se centra en la aparición de nuevos fármacos con mayor tolerabilidad por parte del paciente infectado con VIH/SIDA.

Palabras clave: HIV, SIDA, Calidad de vida, Karnofsky, depresión.

SUMMARY:

OBJECTIVE: To evaluate the effect on the quality of life and the progression to AIDS, by means of the count of cells CD4 and determination of viral load, in the handling of patient with primary infection of HIV 1. To determine which is tolerated better by the studied population of the handling outlines, with less secondary effects.

DESIGN OF THE STUDY: An Observational, longitudinal, prospective, comparative and open label study, during a period of observation of 44 weeks.

GROUPS OF STUDY: 44 patients participated with diagnosis of HIV, in treatment with outlines of AZT + ddC, AZT + ddI and AZT + 3TC controlled in the General Hospital Tacuba.

RESULTS: They were eligible 44 of 64 patients, 23 patients received AZT + ddC, (52%) 13 AZT received + ddI, (30%) 8 patients AZT received + 3TC, (18%). The initial value of CD4 group A 265.08, group B 154, group C 153.75 $P = 0.078$. CD4 final group A 300.56, group B 155.15, group C 188.5 $P = 0.071$. They gathered the approaches of DSM-IV for depression 6 people of the group A (26%), 2 people of the group B (15%) and 2 of the group C (25%).

DISCUSSION: In the group C, 75% of the patients increased their cellular count CD4, vs. 61% of the group A and 46% of the group B. The Karnofsky in the group C increased in 50% of the patients in comparison with 30% and 23% of the groups A and B respectively. The secondary effects were lightly bigger in the group A. Including neuropathy 13% vs. 7.69% of the group B and 0 of the group C. In spite of the adverse presage of the patients with diagnose of HIV+/AIDS it was observed during the present study a remarkable stability of the illness and a delay from the progression to AIDS. Nevertheless, in these times the necessity arises of including methods that evaluate the quality of life, similar to the available ones for the reumatologic and oncologic patients, besides watching over the parameters of CD4 and viral load for the patient's integral evaluation with infection HIV/AIDS. The main inconvenience of the different antiretrovirals outlines continues being the incidence of secondary effects, for what the hope is centered in the appearance of new drugs with more tolerability on the part of the patient infected with HIV/AIDS.

Words key: HIV, AIDS, Quality of life, Karnofsky, depression.

INTRODUCCION:

La más reciente evidencia de los ensayos clínicos sobre el manejo inicial de la terapéutica antirretroviral en pacientes VIH+, desaconseja el empleo de la monoterapia (1-8) ya que la respuesta es limitada por el tiempo, esto puede ser debido a que estos regímenes suprimen de manera incompleta la carga viral y permiten la aparición de poblaciones de virus resistentes a los fármacos y también debido a la naturaleza dinámica de la infección por HIV actualmente estando a favor de emplear dos o incluso tres fármacos (9-11) con lo que se aumenta la probabilidad de presentar efectos secundarios e interacciones medicamentosas, siendo la preocupación principal lograr un esquema eficaz, evaluando de manera secundaria su repercusión sobre la calidad de vida y la tolerancia a los medicamentos empleados para el tratamiento de la infección VIH 1. El objetivo del presente estudio fue evaluar el efecto sobre la calidad de vida y el tiempo de progresión a SIDA, valorando el uso de tres esquemas de antirretrovirales empleados en el Hospital General Tacuba para el manejo de pacientes con infección primaria de VIH 1, incluyendo el empleo de diferentes fármacos inhibidores de proteasa, durante un periodo de seguimiento de 44 semanas para determinar cual de los esquemas de manejo es mejor tolerado por la población estudiada, con menos efectos secundarios.

MATERIAL Y METODOS:

Pacientes

Fueron elegibles para el presente estudio pacientes con prueba de ELISA + para VIH, que contaran con prueba confirmatoria de Western Blott, actualmente en tratamiento con esquemas de AZT + ddC (esquema A), AZT + ddI (esquema B) y AZT + 3TC (esquema C). Además debieron reunir los siguientes criterios de inclusión: Diagnóstico de VIH+ por prueba de ELISA y confirmatoria de Western Blott. Edad igual o mayor a 18 años, hombres o mujeres no embarazadas. Sin presencia de enfermedad intercurrente al momento del conteo CD4+ y determinación de carga viral. Calificación de Karnofsky igual o mayor de 50 al inicio del estudio. Nivel de hemoglobina mayor de 85g/L o hematocrito mayor de 25% (En ausencia de transfusión sanguínea en las 2 semanas previas). Cuenta de neutrófilos mayor de 0.75×10^9 /L, cuenta de plaquetas mayor a 50×10^9 /L. Niveles de aminotransferasas y fosfatasa alcalina menores a cinco veces el límite superior normal. Nivel de creatinina sérica menor a 1.5 veces el límite superior normal. Niveles de ácido úrico en parámetros normales. Valores de amilasa menor a 2.1 veces el límite superior normal. Aceptar participar en el

protocolo de investigación. Los criterios de exclusión fueron abandono del tratamiento. Sarcoma de Kaposi conocido o sospechado con requiriendo quimioterapia con agentes citotóxicos. Demencia grado II o mayor. Abuso actual de sustancias psicoactivas. Empleo de medicamentos modificadores de la respuesta biológica o corticoesteroides 30 días antes de entrar al estudio. Historia de pancreatitis, diarrea intratable, o malabsorción. Presencia de crisis convulsivas inexplicables en los últimos 6 meses o el empleo de anticomiciales. Cardiopatía previa o actual con requerimiento de medicación. Rechazo a participar en el estudio. Los criterios de eliminación fueron: Violaciones al protocolo. Enfermedad intercurrente al momento del conteo CD4+ y/o carga viral. Falta de seguimiento adecuado.

Diseño del estudio:

El periodo de estudio fue diseñado originalmente para tener una duración de 40 semanas contadas a partir del primero de enero de 1998 hasta el 30 de septiembre de 1998, sin embargo debido a problemas de disponibilidad de pruebas para determinar sub-población celular CD4/CD8 y carga viral el periodo de seguimiento se extendió hasta las 45semanas, se realizaron evaluaciones cada 9 semanas, incluyendo determinaciones de laboratorio, valoración con escalas de Karnofsky, Minimental State y escalas de Depresión de Yesavege para evaluar la repercusión psicológica de su enfermedad crónica. Se evaluaron de los efectos secundarios de forma clínica y por parámetros de laboratorio los cuales incluyeron determinación de biometría hemática, electrolitos séricos, química sanguínea, pruebas de función hepática y examen general de orina los que se realizaron cada 9 semanas. Se determinó conteo celular CD4+/CD8+ al inicio y al término del periodo de estudio los cuales se procesaron en el Instituto Nacional de Referencia Epidemiológica INDRE. La determinación de carga viral por medio del método Digene Hybrid Capture Microplate System HIV RNA Quantitation Assay estuvo disponible sólo para 32 de los 44 pacientes y de ellas sólo 7 tuvieron dos determinaciones por lo que no pudieron ser empleadas para evaluar efecto de los esquemas terapéuticos empleando en su lugar CD4+/CD8 y su relación. El presente estudio se rigió bajo las normas del acta de Helsinki, y fue aprobada por el comité de bioética del HOSPITAL GENERAL TACUBA.

Se trató de un estudio observacional, longitudinal, prospectivo, comparativo y abierto.

Regímenes de tratamiento:

El grupo A: Zidovudina (AZT) –Retrovir- 200mg cada 8 horas o 300mg cada 12 horas + Zalcitabina (ddC) –Hivid- 0.75mg cada 8 horas.

El grupo B: Zidovudina (AZT) –Retrovir- 200mg cada 8 horas o 300mg cada 12 horas + Didanosina (ddI) Videx 200mg cada 12 horas para pacientes con >60kg o 125mg cada 12 horas para <60kg (tomados con el estómago vacío).

El grupo C: Zalcitabina (AZT) –Retrovir- 200mg cada 8 horas o 300mg cada 12 horas + Lamivudine (3TC) –Epirivir- 150mg cada 12 horas

Los regímenes anteriores podían incluir un inhibidor de proteasa por paciente. Sus efectos adversos y alteraciones de laboratorio fueron graduados de acuerdo a la escala de grados de toxicidad desarrollada por la división AIDS del National Institutes of Health.

Seguimiento:

Después de obtener una evaluación clínica y de laboratorio inicial los pacientes fueron citados con intervalos de 2 meses o un mes si se encontró alguna alteración relevante de laboratorio. La evaluación incluyó toma de constantes vitales, talla, peso, determinación del índice de masa corporal IMC. Cuestionarios dirigidos a detectar efectos secundarios atribuibles a los medicamentos, enfermedades clase B asociadas no definitivas de SIDA, y enfermedades clase C, definitivas de SIDA (criterios CDC 1993 revisados). Se realizó una evaluación de las escalas de KARNOFSKY, MINIMENTAL STATE, y escalas de depresión de YESAVEGE en cada visita. No se realizó la evaluación con la escala de deterioro global GDS debido a que no se diagnosticó demencia en ninguno de los pacientes incluidos en el estudio. La evaluación paraclínica incluyó determinación de biometría hemática: hemoglobina, hematócrito, leucocitos, porcentaje de neutrófilos, plaquetas. Electrolitos séricos: Na, Cl, K, Ca, química sanguínea: urea, creatinina, glucosa y ácido úrico, examen general de orina. Pruebas de función hepática: AST, ALT, ALP, DHL, BD, BI, TP, TPT, Colesterol, Albúmina. Determinaciones de amilasa y lipasa sérica (Ver tabla 1).

Se obtuvo determinación de subpoblación celular CD4+ y CD8+ al inicio y al final del estudio, la determinación de carga viral se obtuvo en una ocasión en 37 pacientes y en 2 ocasiones sólo en 7 pacientes.

Análisis estadístico:

Los resultados obtenidos fueron analizados con la X^2 , para comparar proporciones entre los grupos de estudio, se utilizó el análisis de varianza para comparar los promedios entre los grupos.

RESULTADOS:

De 64 pacientes en control por la consulta externa de esta unidad hospitalaria, fueron excluidos 10 pacientes por tener otros regimenes de tratamiento. Dos pacientes tenían Sarcoma de Kaposi y recibían citotóxicos al momento de iniciar el estudio. Seis pacientes fueron eliminados al perder el seguimiento, por no acudir a las citas no se dispuso de material completo. Dos pacientes fallecieron en las etapas iniciales del estudio, quedando 44 pacientes que fueron elegibles para el estudio los cuales incluyeron 37 personas del sexo masculino (84%) y 7 del sexo femenino (16%) la media de la edad para todos fue de 38.72 DE (8.05), los factores de riesgo identificables fueron: Homosexual 25 personas(57%), bisexual 10 personas (23%), heterosexual 9 personas (20%) en los que se incluyeron 7 mujeres con convivencia con pareja enferma de SIDA, y 2 pacientes masculinos heterosexuales que negaron practicas de riesgo. Veinte pacientes tuvieron diagnóstico de VIH y veinticuatro pacientes, diagnóstico de SIDA al inicio del estudio.

Características basales:

Como se muestra en la tabla 2 las características basales de los tres grupos no difirieron de manera significativa entre los tres grupos respecto a la edad el grupo A tuvo una media de 37.69 (DE 6.01), el grupo B 40.232 (DE 11.03), grupo C 39.25 (DE 8.24) para un valor de $P= 0.658$. La distribución por sexos muestra un predominio mayoritario del sexo masculino en los tres grupos con un porcentaje de 74, 100 y 88% para los grupos A, B y C respectivamente. El tiempo de diagnóstico de infección por VIH en meses fue Grupo A 23.08(DE 14.41) rango de 6/60, con varianza de 207.87; para el grupo B fue de 20.46 (DE 14.75) rango 6/52, varianza 217.6; el grupo C 41.5 (DE 40.9) rango 5/120, varianza de 1676 para un valor de $P= 0.082$.

Estado nutricional:

Se observó en el grupo A la presencia de dos pacientes con obesidad al inicio uno con obesidad grado II y otro con obesidad grado I, al término del periodo de estudio ambos pacientes seguían con obesidad pero ambos con grado I. Con peso normal se encontraron 6 pacientes del grupo A al inicio y al final del estudio, en el grupo B inicialmente no había ningún paciente, al término del estudio 1 paciente estaba en esta categoría, en el grupo C no hubo cambios, iniciaron tres pacientes con peso normal y al término había tres pacientes.

Con desnutrición grado I el grupo A inició con 8 pacientes y al final había 5 pacientes, el grupo B inició con 6 y terminó con 7 y en el grupo C tres pacientes sin cambios registrados. Con diagnóstico de desnutrición grado II el grupo A inició con 6 pacientes y terminó con 9, el grupo B inició con 5 y terminó con 5, el grupo C inició con 0 y terminó con uno. Con desnutrición grado III el grupo A inició con 1 y terminó con 1, el grupo B inició con 2 y terminó con 0, el grupo C con 2 y 1 respectivamente.

Factores de riesgo:

En el grupo A: 13 son personas homosexuales, 4 bisexuales y 6 heterosexuales, en el grupo B: 8 personas homosexuales, 3 bisexuales y 2 heterosexuales, en el grupo C: 4, 3 y 1 respectivamente.

Depresión:

Se detectó la presencia de depresión en la población estudiada por medio de escalas de Yesavege en el grupo A 6 pacientes (26%), en el grupo B 4 (31%), en el grupo C 2 (25%) con un valor de $P=0.729$.

Reunieron criterios de depresión DSM IV en el grupo A 6 pacientes (26%), en el grupo B 2 pacientes (15%), en el grupo C 2 pacientes (25%) para un valor de $P=0.45$. A la pregunta directa sobre sentirse con depresión, contestaron afirmativamente 8 pacientes del grupo A (35%), del grupo B 8 (62%) y del grupo C 2 pacientes (25%). Refirieron preocupación sobre pensamientos de muerte o suicidio 4 personas del grupo A (17%), del grupo B 2 personas (15), y del grupo C 4 (50%), estos pacientes fueron enviados para valoración por el servicio de psiquiatría para valorar inicio de tratamiento con antidepresivos. Con respecto a sentir falta de apoyo familiar por su enfermedad del grupo A 4 pacientes (17%) respondieron afirmativamente, del grupo B ninguno refirió falta de apoyo familiar y del grupo C 2 pacientes (25%) respondieron afirmativamente. Así mismo 16 pacientes del grupo A (70%), 8 (62%) del grupo B y 4 pacientes (50%) del grupo C manifestaron su deseo de participar en grupos y foros de apoyo de pacientes con infección por VIH.

ESCALAS MINIMENTAL STATE:

Todos los pacientes tuvieron buenos resultados en esta prueba, la puntuación menor encontrada fue de 25 puntos (normal), sin embargo de manera marginal se encontró que aumentaron su puntuación en el grupo A 1 (5%), en el grupo B 1 (8%) y en el grupo C 3 (38%); disminuyeron su puntuación en el grupo A 10 pacientes (45%), grupo B 7 (54%), en el grupo C 2 (25%), se mantuvieron sin cambio del grupo A 11 pacientes (50%), del grupo B 5 (38%), del grupo C 3 (38%).

CELULARIDAD CD4+/CD8+ Y CARGA VIRAL:

Al inicio del estudio el grupo A tuvo una celularidad CD4+ media de 265.08 DE 173.80, el grupo B 154.61 DE 145.78, el grupo C 153.75 DE 123.21 (Valor de P= 0.078) Al término del estudio el nivel del grupo A fue de 300.56 DE 226.16, el grupo B 155.15 DE 102.38, el grupo C 188.5 DE 171.33 (valor de P= 0.071). La celularidad CD8+ inicial del grupo A fue de 901.73 DE 390, el grupo B 1,006 DE 713 y el grupo C de 1,036 DE 703 (valor de P= 0.787). Al finalizar el estudio los valores para el grupo A fueron de 995.91 DE 421, grupo B 1,136.84 DE 719 y el grupo C 945.62 DE 702 (valor de P= 0.706).

La media de los valores de carga viral para el grupo A fue de 70,702.18 DE 184,035, el grupo B 109,744.44 DE 135,252 y el grupo C 194,874.71 DE 368,672.

Laboratorio:

La comparación de los datos de laboratorio se muestra en la tabla 1 con su respectiva desviación estándar las principales alteraciones correspondieron al ácido úrico grupo A 5.71 (DE1.99), grupo B 6.49 (1.14), grupo C 5.72 (2.17). Amilasa, grupo A 79.1 (DE 30.3), grupo B 113.3 (41.2), grupo C 116.57 (36.6).

DHL grupo A 205.3 (DE 222.7), grupo B 178.4 (47.4) y grupo C 367.4 (302.2) ALP grupo A 107.8 (DE 147.1), grupo B 256.6 (126.4), grupo C 176.7 (313.2).

Efectos secundarios:

Los efectos secundarios encontrados y que fueron atribuibles a los medicamentos empleados fueron Náusea grupo A 5 pacientes (22%), grupo B 3 (23%), grupo C 3 (38%); Vómito grupo A 3 pacientes (13%), grupo B 1 (8%), grupo C 1 (13%); Malestar grupo A 3 (13%), grupo B 1 (8%), grupo C 1 (13%); Neuropatía periférica grupo A 3 (13%), grupo B 1 (8%), grupo C 0; Cefalea grupo A 1 (4%), grupo B 1 (8%), grupo C 0; Dolor abdominal grupo A 1 (4%), grupos B y C 0; Exantema grupo A 1 (4%), grupo B 1 (8%), grupo C ninguno.

CONCLUSIONES: En el grupo C se presentó el mayor número de casos de pacientes que aumentaron su conteo celular CD4 75% de los pacientes, vs 61% del grupo A y 46% del grupo B, el conteo celular CD8 aumentó en un 75% de los pacientes en el grupo C vs 57% del grupo A y 54% del grupo B, sin embargo esto no se reflejó en los pacientes que tenían diagnóstico inicial de SIDA vs pacientes con diagnóstico inicial de VIH+ cuyas proporciones iniciales se mantuvieron sin cambios, estos cambios no fueron de significancia estadística ($P < 0.05$). El Karnofsky en el grupo C aumentó aunque de manera marginal en el 50% de los pacientes en comparación con 30% y 23% de los grupos A y B respectivamente aunque no mostró diferencia estadística significativa.

Los efectos secundarios fueron ligeramente mayores en el grupo A, incluyendo mayor proporción de neuropatía 13% vs 7.69% del grupo B y 0 del grupo C. Dolor abdominal sólo se documentó en un paciente del grupo A, el cual no fue asociado a pancreatitis.

La Nausea fue mas frecuente en el grupo C 3(37.5%) comparado con 5(21%) del grupo A y 3(23%) del grupo B.

A pesar del pronóstico adverso de los pacientes con diagnóstico de VIH+/SIDA se observó durante el presente estudio una notable estabilidad de la enfermedad, un retraso de la progresión a SIDA y cambios marginales de mejoría en los parámetros utilizados para medir calidad de vida. El principal inconveniente de los diferentes esquemas de antirretrovirales continúa siendo la incidencia de efectos secundarios. El problema de depresión se reveló como un importante factor que se debe tener en cuenta ya que incide de manera negativa sobre esta población, la importancia reside en que es un factor modificable si se le identifica. Así surge la necesidad de evaluar de manera sistemática la calidad de vida, con instrumentos similares a los disponibles para el paciente reumatológico y oncológico y no limitarse a vigilar las cifras de CD4 y carga viral, para una evaluación integral del paciente con infección VIH/SIDA.

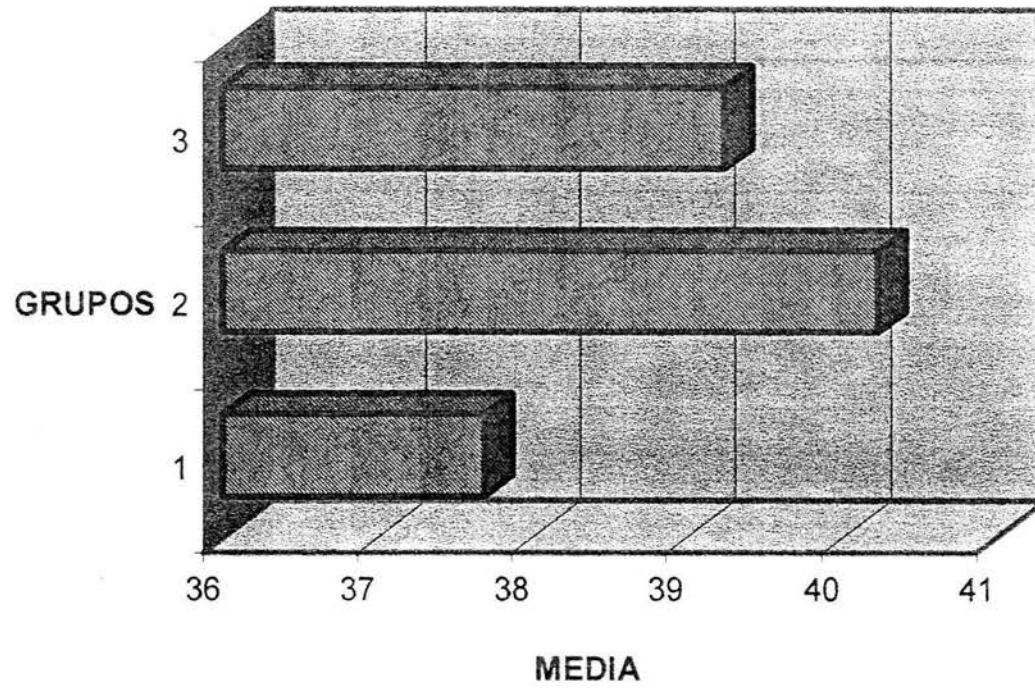
CARACTERÍSTICA	TODOS	GPO A	GPO B	GPO C	VALOR DE P
MEDIA DE LA EDAD	38.72	37.69	40.23	39.25	0.658
Desviación Estándar	8.05	6.01	11.03	8.24	
Rango	26/64	26/48	25/64	29/52	
PACIENTES	44	23	13	8	
SEXO Masc. n(%)	37(84)	17(74%)	13(100%)	7(88%)	
EDO. NUTRICIONAL					
obesidad ini/fin	2/2	2/2			
normal inicial/final	9/10	6/6	0/1	3/3	
Desn. Grado I	17/15	8/5	6/7	3/3	
Desn. Grado. II	11/15	6/9	5/5	0/1	
Desn. Grado. III	5/2	1/1	2/0	2/1	
DEPRESION Escalas n(%)	12(51)	6(26)	4(31)	2(25)	0.729
Criterios depresión DSM IV	10	6(26)	2(15)	2(25)	0.45
DX de SIDA por CD4+ I/F	24/24	9/9	10/10	5/5	

Tabla 2. Características generales de la población estudiada.

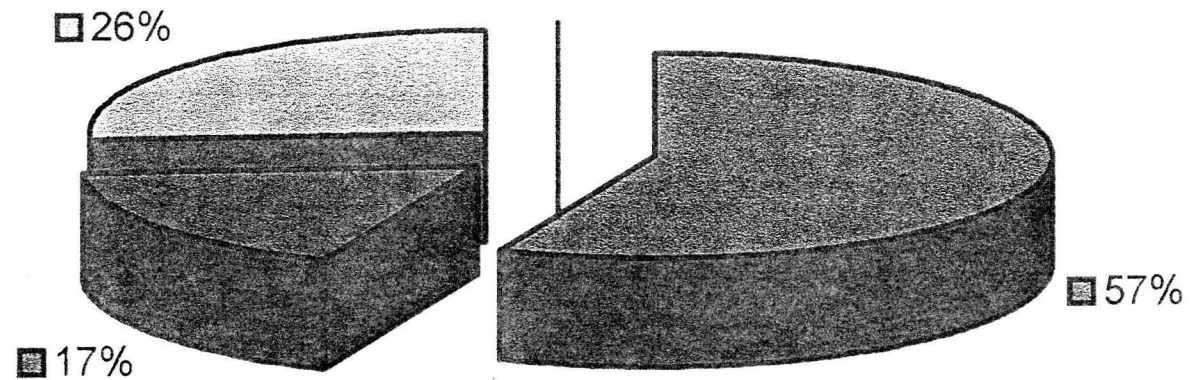
	HB	HTO	LEUC	NEUT	PLAQ				
GPO A	14.30434783	1.063219066	43.43478261	3.348155452	5.539130435	1.818275689	10.21024054	210.0434783	51.555
GPO B	14.07692308	1.497861724	43.15384615	4.793157516	6.069230769	1.788101701	8.282666485	188.1538462	80.769
GPO C	12.875	2.531938839	39.5	7.964205637	4.9875	1.27999721	9.054399089	258.5	112.93
	UREA	CREAT	AC URIC	AST	ALT				
GPO A	26.69565217	7.150554858	0.93	0.169514536	5.71	1.991006093	50.23505356	43.81818182	35.853
GPO B	25.38461538	4.233565509	1.08	0.235066821	6.491666667	1.142929516	25.00666578	51.30769231	34.793
GPO C	22.75	7.106335202	0.81	0.17268882	5.72	2.170714168	61.125	44.93944338	55.456
	ALP	DHL	AMILASA						
GPO A	107.8095238	147.1382408	205.3181818	222.7179267	75.0952381	30.2884545			
GPO B	156.5833333	126.435365	178.4166667	47.40628714	113.3333333	41.22802445			
GPO C	176.75	313.1958538	367.375	302.854957	116.5714286	36.64176644			

Tabla 1. Datos de laboratorio en los grupos de estudio, se incluyen desviaciones estándar.

EDAD POR GRUPOS

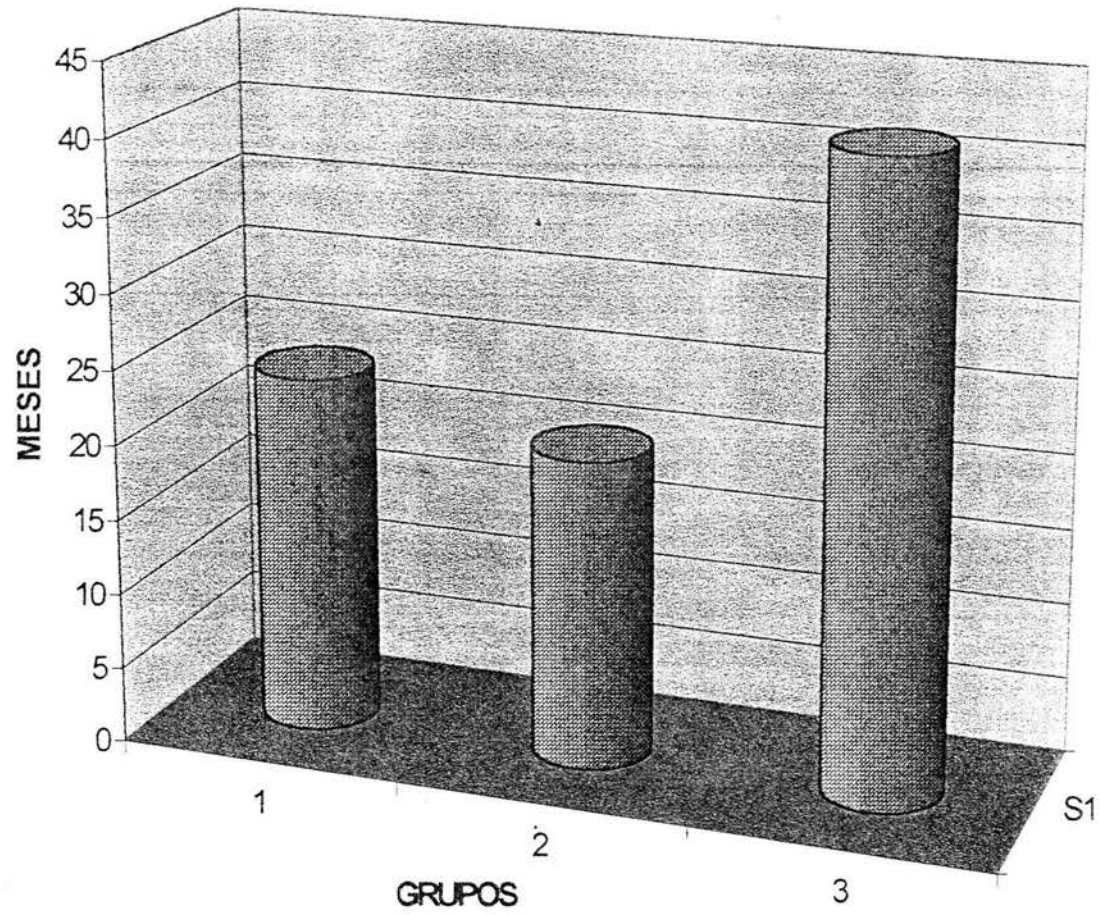


FACTORES DE RIESGO



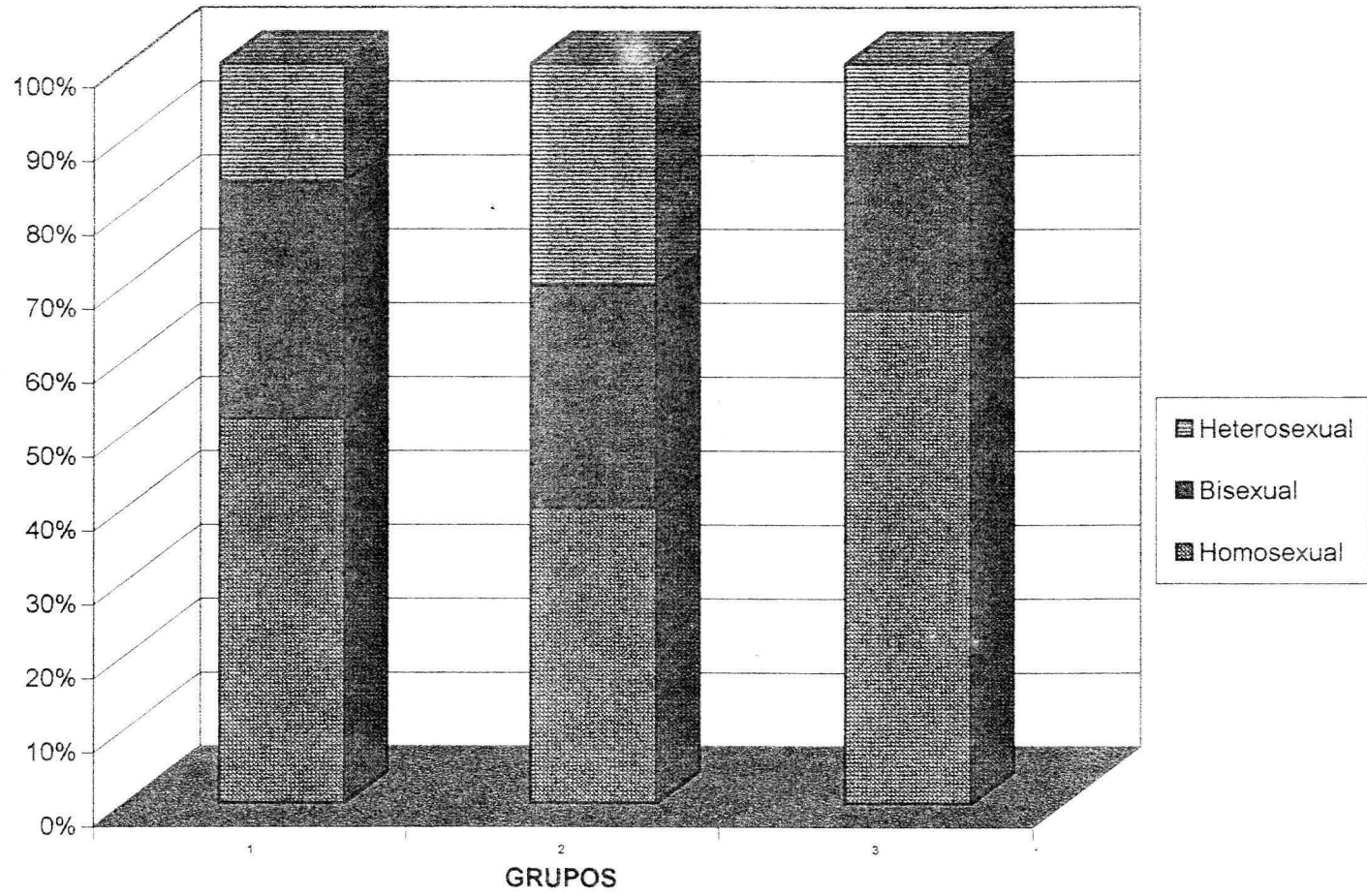
Factores de riesgo en toda la población en estudio. Homosexual 57%, bisexual 26%, heterosexual 17%.

DX DE VIH

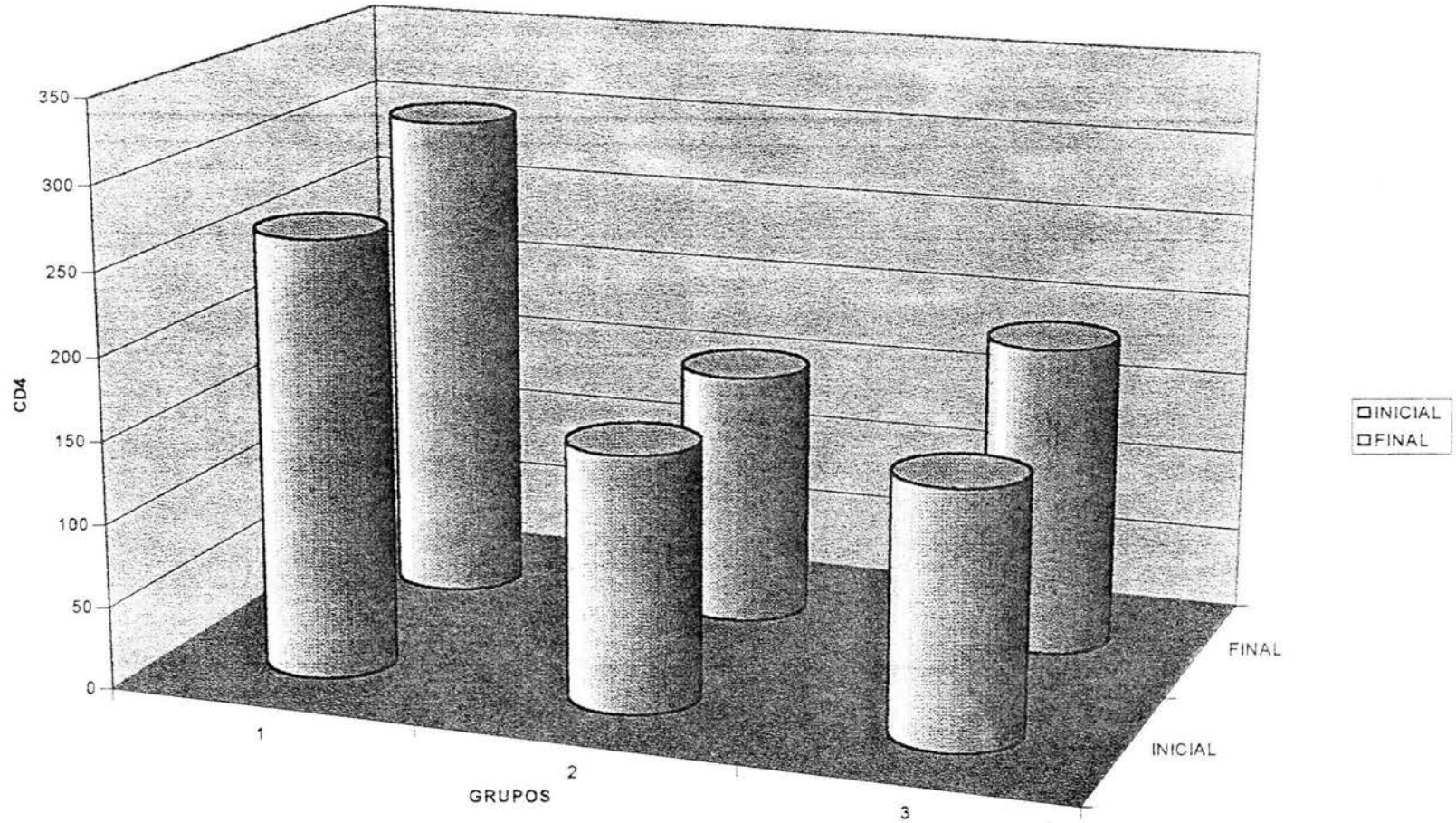


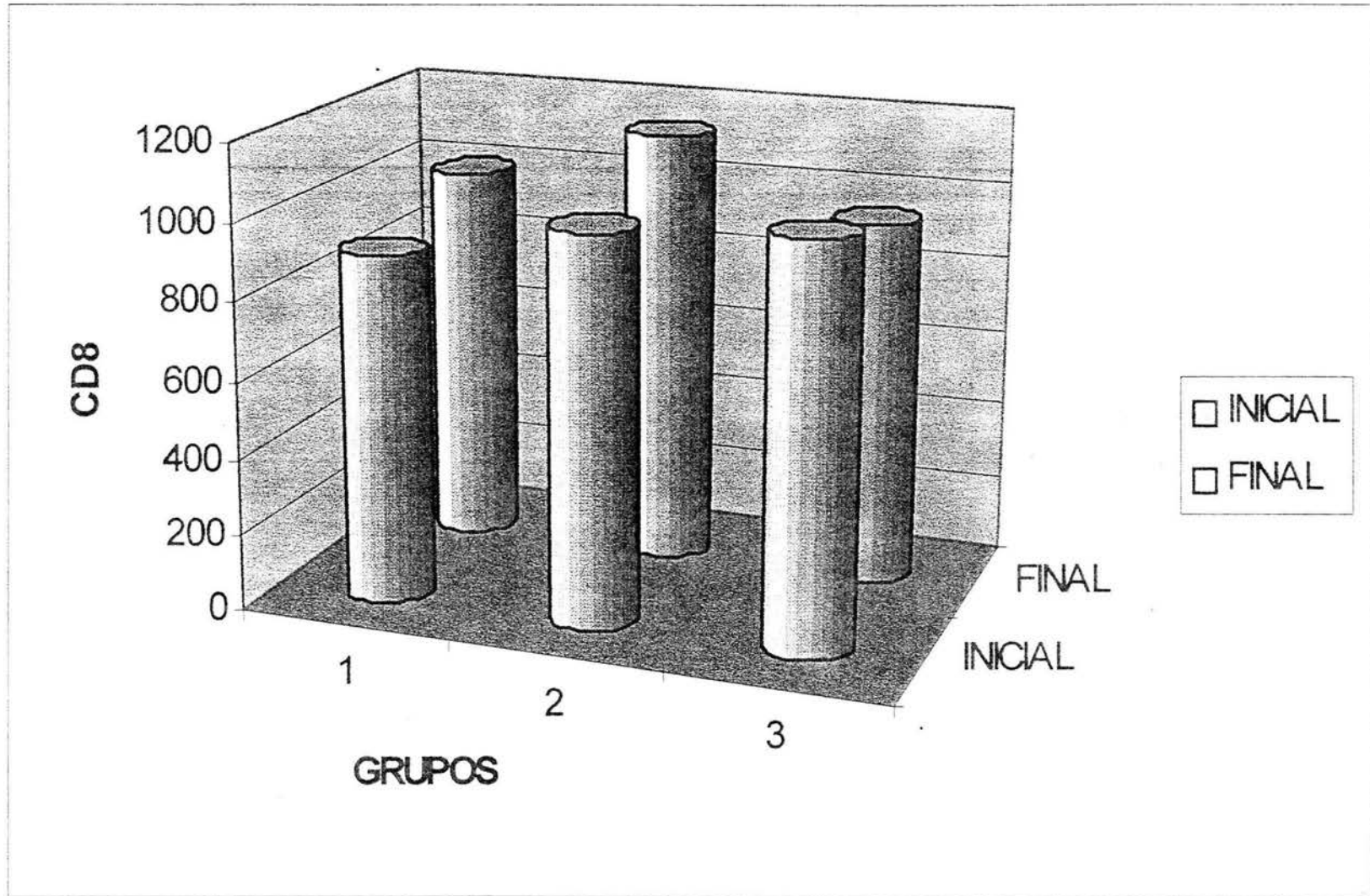
S1

FACTORES DE RIESGO

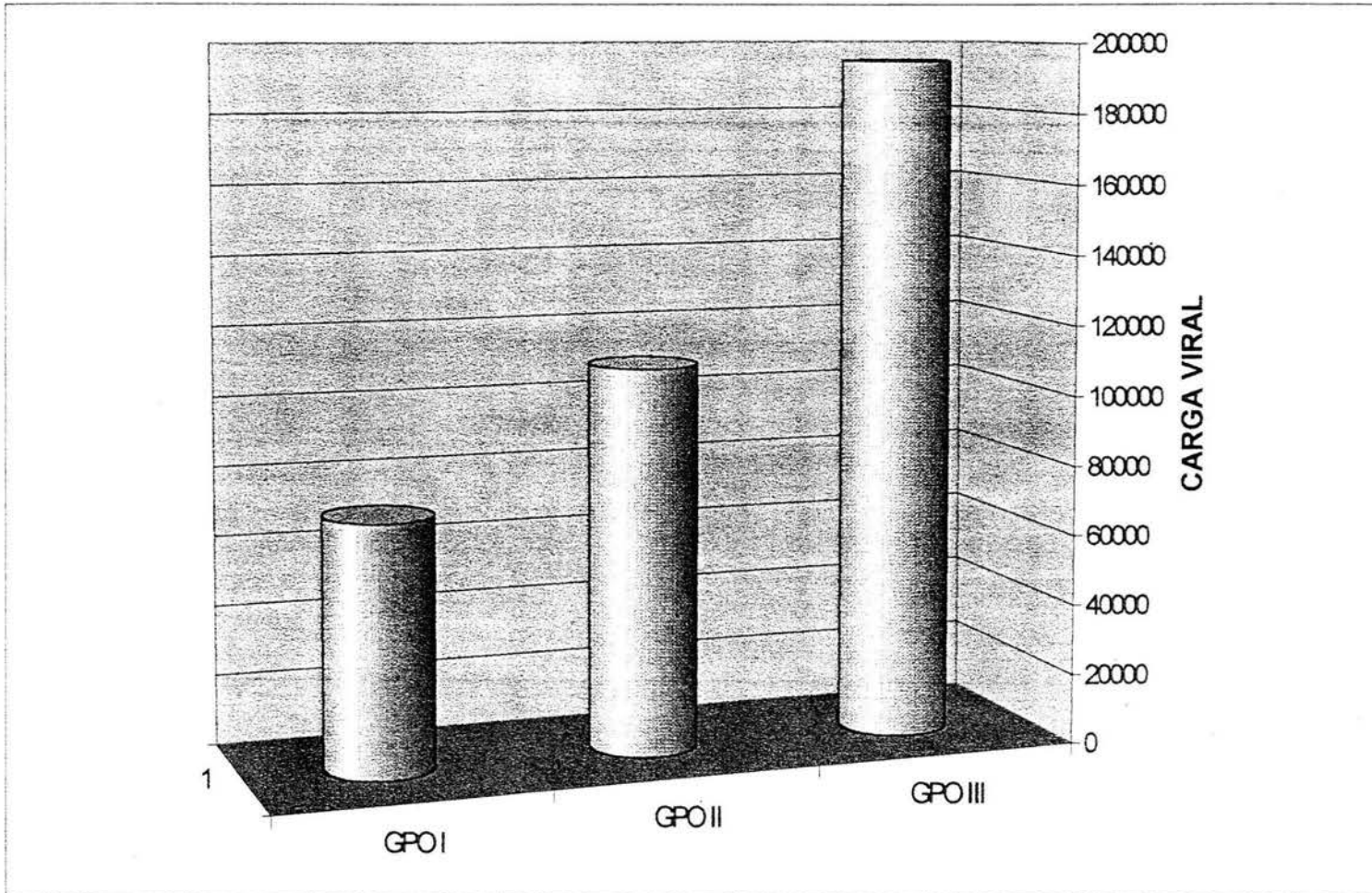


CELULARIDAD CD4





ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA



BIBLIOGRAFIA:

1. Cao Y, Qin L, Zhang L, et al: Virologic and immunologic characterization of longterm survivors of human immunodeficiency virus type 1 infection. *N Engl J Med* 332:201-208, 1995.
2. Bozzette SA, Forthal D, Sattler FR, et al: The tolerance for zidovudine plus thrice weekly or daily trimethoprim-sulfamethoxazole with and without leucovorin for primary prophylaxis in advanced HIV disease. *Am J Med* 98:177-182, 1995
3. Carpenter CC, Fischl MA, Hammer SM, et al: Antiretroviral therapy for HIV infection in 1996. Recommendations of an international panel. International AIDS Society-USA. *JAMA* 276:146-154, 1996
4. Centers for Disease Control: USPHS/IDSA guidelines for the prevention of opportunistic infections in persons infected with human immunodeficiency virus: A summary. *MMWR* 44(RR-8): 1-34, 1995
5. Chaisson RE, Keruly JC, Moore RD: Race, sex, drug use, and progression of human immunodeficiency virus disease. *N Engl J Med* 333:751-756, 1995
6. Sande MA, Carpenter CC, Cobbs CG, et al: Antiretroviral therapy for adult HIV infected patients: Recommendations from State-of-the-art conference. National Institute of Allergy and infectious diseases State-of-the-art Panel on Anti-Retroviral Therapy for Adult HIV-Infected Patients. *JAMA* 270:2583-2589, 1993
7. Hughes MD, Stein DS, Gundacker HM, et al: Within-subject variation in CD4 lymphocyte count in asymptomatic human immunodeficiency virus infection: Implications for patient monitoring. *J Infect Dis* 169:28-36, 1994
8. Schuurman R, Nijhuis M, Van Leeuwen R, et al: Rapid changes in human immunodeficiency virus type 1 RNA load and appearance of drug-resistant virus populations in persons treated with lamivudine (3TC). *J Infect Dis* 171:1411-1419, 1995
9. Barlett JA, Benoit SL, Johnson VA, et al: Lamivudine plus Zidovudine compared with Zalcitabine plus Zidovudine in patients with HIV infection. *Ann Intern Med.* 1996; 125:161-172.
10. Fischl MA, Stanley KS, Collier AC et al. Combination and monotherapy with Zidovudine and Zalcitabine in patients with advanced HIV disease. *Ann Intern Med.* 1995; 122:24-32.
11. Montaner JS, Schechter MT, Rachlis A et al. Didanosine compared with continued Zidovudine therapy for HIV-Infected patients with 200 to 500 CD4 cells/mm³. *Ann Intern Med.* 1995; 123:561-571.