

11227  
45  
2oj.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL REGIONAL IGNACIO ZARAGOZA  
I. S. S. S. T. E.**

INFECCIONES Y ENTIDADES CLINICAS ASOCIADAS  
A LA INFECCION POR VIRUS DE LA INMUNO-  
DEFICIENCIA HUMANA EN ESTADIO IV  
(ANALISIS ESTADISTICO)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TESIS DE POSTGRADO**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
E S P E C I A L I S T A E N :  
M E D I C I N A I N T E R N A

P R E S E N T A :

**DR. RAUL JAIMES ARRIAGA**

ASESOR: DR. MUSLIM SCHABIB HANY



**ISSSTE**

México, D. F.

1992



## **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 está 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.

## I N D I C E

Introducción	Páginas I-2
Material y Métodos	Páginas 3-4
Resultados	Páginas 5-7
Tablas y Gráficas de Resultados	Páginas 8-19
Análisis	Páginas 20-23
Conclusión	Páginas 24-25
Bibliografía	Página 26

**Hipotesis:** Por ser un estudio epidemiológico de tipo encuesta no requiere hipótesis.

**Objetivos:** 1.- Conocer las infecciones asociadas a SIDA en los pacientes hospitalizados en nuestra Unidad.

2.- Conocer los aspectos epidemiológicos de los pacientes VIH positivos en estadio IVc

3.- Correlacionar infecciones y neoplasias.

## INTRODUCCION

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se ha constituido desde la década de los 80 en la infección más grave del siglo XX, por las repercusiones sobre la inmunidad celular, alcanzando ya proporciones de pandemia.

El espectro clínico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana va desde el portador asintomático -- hasta el paciente con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) ó etapa IV del Center for Diseases Control (CDC) de Atlanta Georgia en U.S.A., la cual se subclasifica en:

- A; Enfermedad orgánica ó constitucional.
- B; Enfermedad neurológica.
- C; Enfermedades infecciosas secundarias, subdividiéndose a su vez en C<sub>1</sub> y C<sub>2</sub>.
- D; Neoplasias secundarias.
- E; Otras situaciones asociadas a la infección por VIH.

Es la subclase C la presentación clínica más frecuente -- del SIDA y la causa número 1 de ingresos hospitalarios y -- defunciones.

En nuestro Hospital Ignacio Zaragoza del I.S.S.S.T.E. (Hospital Regional de concentración zona Oriente) se ha incrementado notablemente el ingreso de pacientes con infección por el VIH. Desde la creación de la subdivisión de Infectología del servicio de Medicina Interna, han aumentado las oportunidades de estos pacientes para recibir una mejor atención en base a diagnósticos oportunos y tratamientos -- más adecuados.

Se decidió realizar el presente estudio para conocer la -  
situación epidemiológica de nuestros pacientes con respec--  
to a la reportada en el resto del país.

## MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron todos los pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que fueron ingresados al servicio de Medicina Interna de nuestro Hospital, durante el periodo comprendido del mes de Enero de 1990 a Octubre de 1991.

Los criterios de diagnóstico fueron; sospecha clínica y -- confirmación con las pruebas de ELISA y Western blot.

Se seleccionaron aquellos pacientes con clínica y exámenes de laboratorio compatibles con el estadio IV de la CDC y de este la subclasificación C (1 y 2):

- C<sub>1</sub>; Enfermedad sintomática ó invasión debida a uno de los 12 tipos de infecciones considerados en la definición de SIDA - a los efectos de la vigilancia epidemiológica por el CDC; Neumonía por Pneumocistis carinii, criptosporidiasis crónica, toxoplasmosis del SNC, estrongiloidiasis extraintestinal, Isosporidiasis, candidiasis (esófago ó pulmón), criptococosis diseminada, infección por el complejo Mycobacterium avium-intracellulare ó M. kansasii, infección por citomegalovirus, infección por virus del Herpes simple (mucocutánea - crónica ó de patrón diseminado), leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- C<sub>2</sub>; Aquellos pacientes con enfermedades infecciosas invasivas ó sintomáticas comprendidas entre una de las 6 siguientes; Leucoplaquia oral vellosa, Herpes zoster que afecte a varios dermatomas o recurrente, bacteremia recurrente por salmonella sp., nocardiosis, tuberculosis y candidiasis orofaríngea.

Se excluyeron aquellos pacientes con infección por VIH en estadio diferente al IV y los de estadio IV diferente al C - (no presentaban infecciones asociadas).

No se eliminó ningún paciente una vez incluido en el estudio.

Se prestó atención a la edad, sexo, estado civil, escolaridad, factor de riesgo, tiempo de diagnóstico desde la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y entidades clínicas asociadas, así como al estado actual de los pacientes

Los diagnósticos de infecciones asociadas se llevaron a cabo en base a sospecha clínica y búsqueda intencionada, según el caso, empleándose los auxiliares de diagnóstico disponibles en nuestro Hospital, a saber;  
Tinción de Giemsa, búsqueda de BAAR, coproparasitoscópicos, coprocultivos, hemocultivos, mielocultivos, análisis de LCR- (citoquímico, cultivo, serología y tinciones), Serología (--TORCH), biopsia de piel, Endoscopia de tubo digestivo alto - y/o bajo según el caso, Radiografías simples de tórax y abdomen y Tomografía axial computada de craneo.

Se analizaron los resultados en porcentajes para comparación con los datos epidemiológicos reportados en el resto del país.

Se captaron 37 pacientes (varios reingresos) con diagnóstico de infección por VIH, de los cuales se excluyeron 6 - pacientes por presentar estadio diferente al IV<sub>C</sub> de la CDC.

De los 31 pacientes restantes 26 fueron hombres (83.87%) y 5 fueron mujeres (16.13%), con una Razón de 5:1 . (tabla y gráfica 1).

La edad promedio de los hombres fue de 42.5 años y rangos de 17 a 68 años.

La edad promedio de las mujeres fué de 30 años con rangos de 25-35 años.

Se presentaron 3 casos (11.15%) en el grupo de edad de 15 a 24 años, 19 casos (73%) en el grupo de edad de 25-44 años, 3 casos (11.15%) en el grupo de edad de 45-64 años, y 1 caso en el grupo de edad de 65 ó más años (3.8%), lo anterior en los casos masculinos. (tabla y gráfica 2).

En las mujeres el 100% de los casos se presentaron en el grupo de edad de 25-44 años (5 casos). (tabla y gráfica 3).

En cuanto al estado civil; en el grupo de los hombres 6 fueron casados (23.07%), 19 fueron solteros (73.07%) y 1 caso en unión libre (3.84%). (gráfica 4).

En el grupo de mujeres 4 fueron casadas (80%) y una soltera (20%). (gráfica 5).

En relación al grado de escolaridad, en el grupo de hombres; sin ninguna preparación 1 caso (3.84%), educación -- primaria 6 casos (23.07%), secundaria 6 casos (23.07%), preparatoria 1 caso (3.84%) y profesional 12 casos (46.15%), (gráfica 6).

Mujeres; escolaridad nula 1 caso (20%), primaria 2 casos - 40%), educación secundaria 1 caso (20%), educación de pre-

paratoria 1 caso (20%). (gráfica 7).

En relación al factor de riesgo; en el grupo de los hombres 12 fueron homosexuales (46.15%), 8 fueron heterosexuales en contacto frecuente con prostitutas (30.76%), 5 bisexuales (19.2%) y 1 caso asociado a hemoderivados (factor VIII por hemofilia) (3.84%). En 4 casos se registraron 2 factores de riesgo (homosexual y contacto con prostitutas), no hubo usuarios de drogas IV. (gráfica 8).

En el grupo de las mujeres se presentaron 2 casos asociados a transfusión de hemoderivados (40%), 1 caso a exdonadora remunerada (20%), 1 caso con factor de riesgo de hemotransfusión y promiscuidad sexual (20%) y 1 caso con factor de riesgo no identificado (antecedente quirúrgico 4 años antes), -- constituyendo el otro 20%. (gráfica 9).

En relación al tiempo de evolución desde el diagnóstico de infección por VIH hasta el estadio IVc:

Hombres; menos de 1 año 13 casos (50%), 1 a 3 años 13 casos (50%). (gráfica 10).

Mujeres; menos de 1 año 4 casos (80%), 1 a 3 años un caso (20%) (gráfica 11).

En relación a defunciones y tiempo de evolución desde el diagnóstico de infección por VIH:

Hombres; menos de 1 año 7 casos (77.77%), uno a 3 años 2 casos (22.22%).

Mujeres; menos de un año, 3 defunciones (100%).

La situación actual de los pacientes hasta la fecha de conclusión de este estudio; el 38.70% de los casos han fallecido (12 casos) y el 61.29% de los pacientes se encuentran vivos - (19 casos). (gráfica 12).

En relación a las infecciones y entidades clínicas detectadas, los resultados se muestran en las tablas 4, 5, 6 y 7 .

En relación a la detección de poliinfecciones;  
Hombres; 18 casos (72%).  
Mujeres; 5 casos (100%).

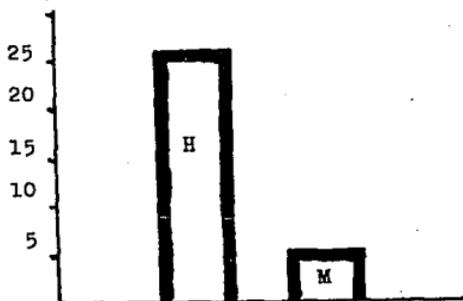
En el 28% de los casos (7 pacientes) sólo se detectó infección única, de estos 7 pacientes en el 42.85% (3 pacientes) se detectó neoplasia asociada, que en el 100% de los casos -- fué Sarcoma de Kaposi (las infecciones asociadas al SK fueron neumocistosis pulmonar, tuberculosis ganglionar y Herpes z.).

De los 37 pacientes ingresados se detectaron las siguientes neoplasias;

Sarcoma de Kaposi 8 casos (21.62% del total de ingresos).  
Linfoma no Hodgkin 1 caso ( 2.70% del total de ingresos).  
Cáncer testicular 1 caso ( 2.70% del total de ingresos).  
Todas las neoplasias se presentaron en hombres (10 casos), - constituyendo el 27.02% del total de ingresos.  
El Sarcoma de Kaposi ocupó el 80% de los casos y el linfoma - no Hodgkin y el Cáncer testicular 10% cada uno.

(1) TABLA DE FRECUENCIA CASOS DE SIDA IV<sub>c</sub>  
SEGUN SEXO

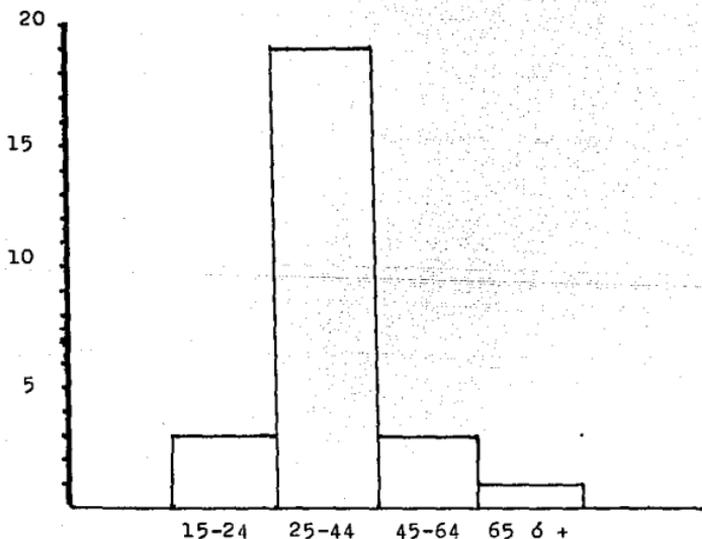
	#	%	Razón
M	26	83.87	
F	5	16.13	5:1
T	31	100	



(1) GRAFICA DE FRECUENCIA CASOS DE SIDA IV<sub>c</sub>  
SEGUN SEXO

(2) Tabla de frecuencia de casos SIDA  
según grupos de edad hombres

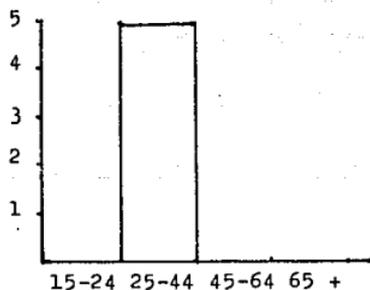
clase	f	fac	%	fac %
15-24	3	3	11.15	11.15
25-44	19	22	73.07	84.22
45-64	3	25	11.15	95.37
65 +	1	26	3.84	99.21



(2) Gráfica de distribución según grupos de edad  
casos SIDA Hombres

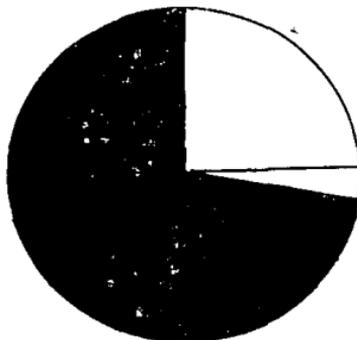
(3) Tabla de frecuencia de casos SIDAc  
segun grupos de edad mujeres

clase	f	fac	%	fac %
15-24	0	0	0	0
25-44	5	5	100	100
45-64	0	0	0	100
65 +	0	0	0	100



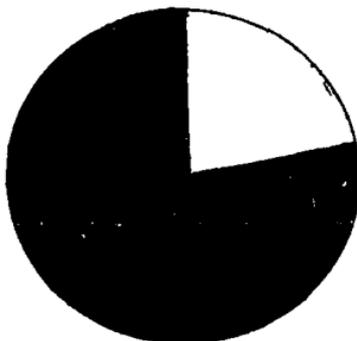
(3) Gráfica de distribución casos SIDAc  
segun grupos de edad mujeres

CASADOS = 23.07%   
 SOLTEROS= 73.07%   
 U. Libre= 3.84% 

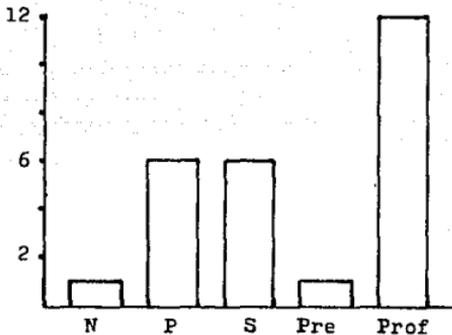


{4) GRAFICA PACIENTES CON SIDA IV<sub>c</sub> SEGUN  
 ESTADO CIVIL HOMBRES

CASADAS = 80%   
 SOLTERAS= 20% 

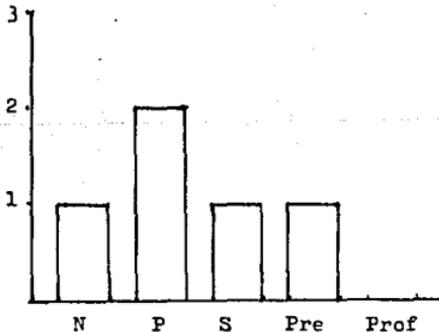


{5) GRAFICA PACIENTES CON SIDA IV<sub>c</sub> SEGUN  
 ESTADO CIVIL MUJERES



(6) Gráfica de distribución pacientes con SIDA  
según grado de escolaridad hombres

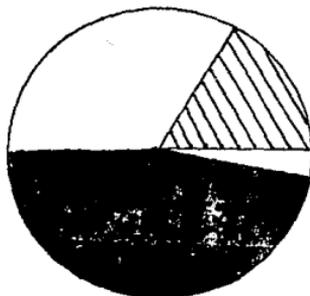
N= nula P= primaria S= secundaria Pre= preparatoria Prof= profesio  
nal



(7) Gráfica de distribución pacientes con SIDA  
según grado de escolaridad mujeres

N= nula P= primaria S= secundaria Pre= preparatoria

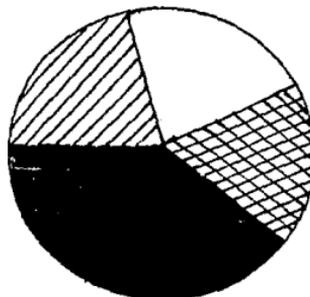
HMS= 46.15%   
 HTS= 30.76%   
 BSX= 19.23%   
 HEM= 3.84% 



HMS=HOMSEXUALES  
 HTS=HETEROSEXUALES  
 PROSTITUTAS  
 BSX=BISEXUALES  
 HEM=HEMODERIVADOS

(8) GRAFICA SEGUN FACTOR DE RIESGO HOMBRES  
 PACIENTES CON SIDA IV<sub>c</sub>

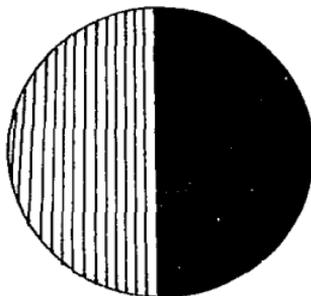
HEM= 40%   
 EDR= 20%   
 HEM= 20%   
 PSX   
 NOI= 20% 



HEM= HEMODERIVADOS  
 EDR= EXDONADORA \$  
 HEM = Hemoderivados  
 +  
 PSX Promiscuidad  
 sexual  
 NOI= NO IDENTIFICADO

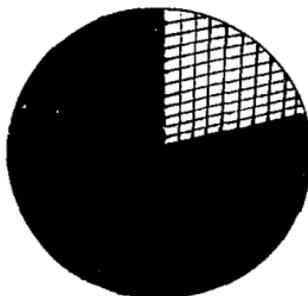
(9) GRAFICA SEGUN FACTOR DE RIESGO MUJERES  
 PACIENTES CON SIDA IV<sub>c</sub>

- DE 1 AÑO = 50%   
 1-3 AÑOS = 50% 

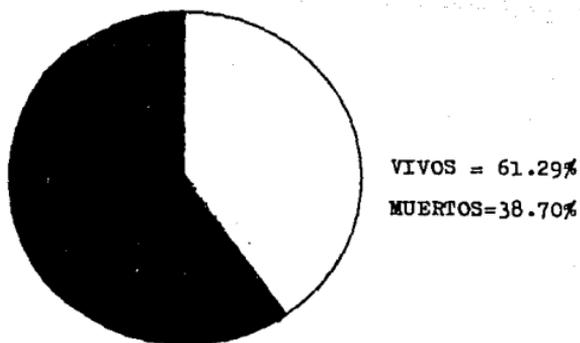


(10) GRAFICA DE TIEMPO EVOLUCION DESDE DIAGNOSTICO  
 INFECCION POR VIH PACIENTES SIDA IV<sub>c</sub> HOMBRES

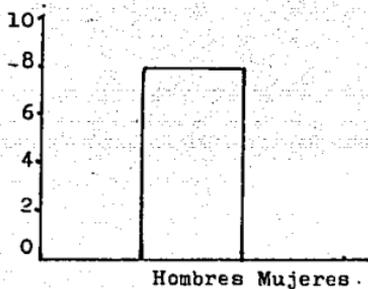
- DE 1 AÑO = 80%   
 1-3 años = 20% 



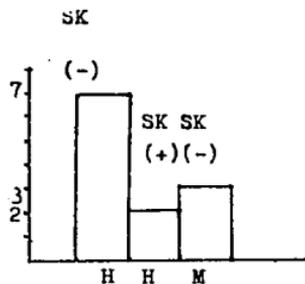
(11) GRAFICA DE TIEMPO EVOLUCION DESDE DIAGNOSTICO  
 INFECCION POR VIH PACIENTES CON SIDA IV<sub>c</sub> MUJERES



(12) GRAFICA DE SITUACION ACTUAL DE PACIENTES  
CON SIDA IV<sub>c</sub> ATENDIDOS EN NUESTRO HOSPITAL



(13) Gráfica de incidencia de Sarcoma de Kaposi de acuerdo al sexo.



(14) Gráfica de mortalidad en SIDA con relación a sexo y presencia ó no de Sarcoma de Kaposi.

TABLA 4 INFECCIONES EN SUBCLASE C<sub>1</sub>

INFECCION	# CASOS	%
Neumonía por P. carinii	9 casos	14.75
Toxoplasmosis del S.N.C.	2 casos	3.27
Estrongiloidosis	1 caso	1.63
Isosporidiasis	1 caso	1.63
Candidiasis (esófago/pulmón) (4 y 1 caso resp.)	5 casos	8.19
Criptococosis S.N.C.	1 caso	1.63
Citomegalovirus	3 casos	4.91
Herpes Simple	4 casos	6.55

TABLA 5 INFECCIONES EN SUBCLASE C<sub>2</sub>

INFECCION	# CASOS	%
Leucoplaquia oral vellosa	2 casos	3.27
Herpes zoster	4 casos	6.55
Salmonela	2 casos	3.27
Tuberculosis	7 casos	11.47
Candidiasis orofaríngea	14 casos	22.95

Nota: el porcentaje reportado es de acuerdo al # de infecciones diagnosticadas.

TABLA 6 OTRAS INFECCIONES NO INCLUIDAS  
EN EL ESTADIO IV<sub>c</sub> DE LA CDC

INFECCION	# CASOS	%
Ascaris lumbricoides	1 caso	6.66
Gastroenteritis inespecífica	6 casos	9.83
Shigella (soneii y flexnerii)	2 casos	13.33
Condilomatosis anal	3 casos	9.67
Varicela diseminada	1 caso	6.66
Giardia lámblia	2 casos	13.33
Entamoeba histolítica	1 caso	6.66
Molusco contagioso	2 casos	13.33
Endolimax nana	1 caso	6.66
Escabiasis	1 caso	6.66
Dermatomicosis	1 caso	6.66

Nota; los porcentajes reportados son en relación a la frecuencia de estas infecciones.

TABLA 7 INFECCIONES EN PACIENTES CON ESTADIO  
IV<sub>c</sub> EN ORDEN DE FRECUENCIA

INFECCION	# CASOS	%
Candidiasis orofaríngea	14 casos	22.95%
Neumocistosis pulmonar	9 casos	14.75%
Tuberculosis	7 casos	11.47%
Gastroenteritis inespecífica	6 casos	9.83%
Candidiasis (esófago y pulmón)	5 casos	8.19%
Herpes zoster	4 casos	6.55%
Herpes simple	4 casos	6.55%
Citomegalovirus	3 casos	4.91%
Toxoplasmosis SNC	2 casos	3.27%
Leucoplaquia oral vellosa	2 casos	3.27%
Salmonela	2 casos	3.27%

INFECCION	# CASOS	%
Estrongiloidosis	1 caso	1.63%
Isosporidiasis	1 caso	1.63%
Criptococosis	1 caso	1.63%

Nota; La gastroenteritis inespecífica fué incluida en esta tabla debido a que los posibles agentes causales son tan variables como; citomegalovirus, el mismo VIH, el S.K. etc.

## ANALISIS

Aunque nuestra casuística es pequeña, la relación hombres/mujeres es igual a la reportada en el país con una Razón de 5:1 .

El mayor porcentaje de presentación de casos con respecto a la edad se identificó en el grupo de edad de 25-44 años (73%), al igual que el reporte en el resto del país (66.1%). En las mujeres el 100% de los casos se presentó en este mismo grupo de edad. En los grupos de 15-24 y 45-64 nuestros resultados fueron similares a los obtenidos en el resto del país (11.15%, 11.15%, contra -- 13.5% y 14.4% en el país). En el grupo de edad de 65 ó más años identificamos un 3.8% contra 2.8% en el país.

En cuanto al estado civil en los hombres el mayor número de casos se presentó en solteros (73.07%), el segundo lugar lo ocuparon los casados (23.07%) y en unión libre el tercer lugar con 3.84%. En las mujeres el 80% fueron casadas y el 20% solteras.

En cuanto al grado de escolaridad, en los hombres el mayor porcentaje se presentó en profesionales (46-15%), el segundo lugar los pacientes con educación primaria y secundaria (23.07%) y el último lugar los pacientes con escolaridad preparatoria y escolaridad nula (3.84%). Aunque no se realizó análisis de tipo laboral, estos datos van de acuerdo a los reportados en el país en donde la mayor incidencia es en personal administrativo. En las mujeres el mayor porcentaje (40%) se presentó en pacientes con educación primaria y el resto de los grupos con un 20%, a excepción de que no se presentaron casos con nivel profesional. Datos que también son similares a los obtenidos en el país, ya que nuestras pacientes la mayoría fueron amas de casa y en el país ocupan un lugar bajo como presentación de casos.

En relación al factor de riesgo, en hombres el mayor número de casos se presentó en homosexuales (46.15%), segundo lugar los heterosexuales en contacto con prostitutas (30.76%), el tercer lugar los bisexuales (19.2%) y el último lugar en asociación con hemoderivados (3.84%), no hubo usuarios de drogas IV. La estadística del país reporta resultados semejantes con tendencia a disminución de los homosexuales y aumento de los heterosexuales en los 2 últimos años, muy probablemente debido al aumento en el número de bisexuales que no admiten homosexualismo (nota del INDRE). En las mujeres nuestros resultados son semejantes a los reportados en el país, ocupando el primer lugar la asociación a hemoderivados (40%), contra 62.6% en el país, la transmisión heterosexual y exdonadoras remuneradas en nuestro estudio fué del 20% en cada caso el país reporta segundo lugar por heterosexuales (33.6%) y tercer lugar por exdonadoras., La discrepancia posiblemente sea debido al número de casos que nosotros analizamos., En nuestro estudio se presentó un caso con factor de riesgo no identificado, sólo antecedente quirúrgico 4 años antes, desconociéndose la actividad sexual de su compañero.

Con respecto a la presentación del SIDA subclase C y el tiempo de evolución del diagnóstico de infección por VIH; en los hombres se desarrolló en el 50% de los casos en menos de un año y el otro 50% en uno a tres años. En las mujeres el 80% lo desarrollaron en menos de un año y el resto en uno a tres años.

La situación actual de los pacientes con SIDA, en nuestro estudio el 61.29% aun se encuentran vivos y el 38.70% han fallecido. De las defunciones el 77.77% fallecieron en menos de 1 año del diagnóstico de infección por VIH y el 22.22% en uno a tres años. Las mujeres el 100% de los casos fallecieron en menos de un año del diagnóstico de infección por VIH. En el país la situación actual de los pacientes es 43.3% se encuentran vivos. Lo anterior probablemente sea debido al retraso en el diagnóstico de infecciones oportunistas asociadas.

En cuanto a las infecciones ó entidades clínicas asociadas a la infección por VIH nuestro estudio reportó:

El primer lugar la candidiasis, acumulando un porcentaje de 31.14, muy similar al reportado en el resto del país en donde también ocupa el primer lugar con 32.88%.

El segundo lugar lo ocupó el *Pneumocistis carinii* con 14.75% y en el país también ocupa el segundo lugar con 10.80%.

El tercer lugar lo ocupó la tuberculosis con 11.47%, siendo le reportado en el país de 11.21%, ocupando también el tercer lugar.

El cuarto lugar en nuestro estudio lo ocupa una entidad clínica, la gastroenteritis inespecífica (no se aisló agente causal) con un 9.83%, en el país lo ocupó también una entidad clínica, la neumonía inespecífica con un 8.25%.

El quinto lugar en nuestro estudio lo ocupó el Herpes zoster con un 6.55% y en el resto del país igual lugar con 8.12%.

Similares datos se encontraron en relación a otras infecciones como:

Criptococosis 1.63 en nuestro estudio y en el país 1.88%.

Toxoplasmosis 3.27 en nuestro estudio y en el país 1.56%.

Citomegalovirus 4.91 en nuestro estudio y en el país 1.05%.

Estos 2 últimos datos probablemente tengan su explicación a que en el país no en todos los estados se cuenta con medios de diagnóstico adecuados.

Llama la atención que en la mayoría de los pacientes (72% de los hombres y 100% de las mujeres) se detectan poliinfecciones y cuando son únicas en el 42.85% de los casos se encuentra neoplasia asociada que en el 100% de los casos de nuestro estudio fué el Sarcoma de Kaposi, como sí el tener Sarcoma de Kaposi brindara protección a la infección, además los pacientes con SK tienen una mayor sobrevivida, comparada con los Sarcoma de Kaposi negativos (gráfica 13 y 14), esto pudiera ser en relación a que los pacientes con SK (+) se infectan menos que las infecciones son la causa número 1 de las defunciones.

Finalmente y aunque no es motivo de este estudio, la frecuencia de neoplasias en nuestros 37 casos fué del 27.02%, ocupando el Sarcoma de Kaposi el 80% de las neoplasias, el Linfoma N.H.-10% y adenocarcinoma testicular 10%, comparado con el porcentaje del país de 73.5%, 12% y 0.3% de estas neoplasias respectivamente.

## CONCLUSION

Se estudiaron en forma prospectiva todos los pacientes con Infección por VIH ingresados al servicio de Medicina Interna del Hospital Ignacio Zaragoza del I.S.S.S.T.E., durante el periodo de tiempo de Enero del 90 a Octubre del 91, con el objeto de determinar la frecuencia de infecciones asociadas al estadio IV<sub>c</sub> de la clasificación del CDC de Atlanta, y analizar asimismo la edad, sexo, escolaridad, factor de riesgo, estado civil, tiempo de diagnóstico de infección por VIH y situación actual de nuestros pacientes. Con el fin de obtener la epidemiología y compararla con el resto del país.

Los resultados son semejantes a los reportados en el resto del país, teniendo nuestra población de derechohabientes con SIDA (estado IV<sub>c</sub>) un comportamiento practicamente igual en cuanto a incidencias de infecciones, edad de presentación, sexo, factores de riesgo, sobrevida y mortalidad., a la reportada en la población Nacional.

En cuanto aspectos particulares de nuestro estudio encontramos que hasta el momento tenemos;

- 1.- Mayor sobrevida a 3 años en nuestra población y que corresponde a 61.29% y el reporte Nacional es de 43.3%, esto probablemente sea debido al contar con una área infectológica específica y el diagnóstico y tratamiento oportunos.
- 2.- La incidencia de Sarcoma de Kaposi asociada al estadio IV<sub>c</sub> en nuestra población conlleva a un menor número de infecciones y cuando hay infección ésta es por germen único. No sabemos si esto tenga realmente una relación causa-efecto en la cual el Sarcoma de Kaposi lleve por algun mecanismo a un estado de resistencia a la infección en estos pacientes sin embargo el hacer hipótesis a este respecto es prematuro teniendo en cuenta el número de casos presentados.

- 3.- La mortalidad es mayor en las mujeres y a menor tiempo de evolución desde el diagnóstico de infección por VIH, y tampoco sabemos que relación guarde el sexo como factor que pueda prolongar la sobrevida y que pudiera pensarse en algún determinante de tipo hormonal regulador-dependiente de acción androgénica, pero esto no deja de ser más que una suposición y requiere de seguimiento a largo plazo y los estudios pertinentes.
- 4.-La mortalidad a 3 años es menor en los pacientes con Sarcoma de Kaposi que en los que no lo tienen (gráfica 14), y esto probablemente en relación a las infecciones asociadas en los pacientes Sarcoma de Kaposi negativos, ya que el curso de las mismas y/o su localización en muchas ocasiones son de consecuencias fatales.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Glamm E., Chirgwin., Sheldon H.. Treatment of infections associated with immunodeficiency human virus. N Engl J Med. 1989;318:1449-56.
- 2.- Goldman K.. AIDS and tuberculosis. Br J Med. 1987;27 (275) 511-13.
- 3.- Desforges J., Horsburgh C.. Mycobacterium avium complex-infection in the acquired immunodeficiency syndrome. Current concepts, Review articles. N Engl J Med.,1991;324: 1332-37.
- 4.- Schupbach J.. The etiology of AIDS and its relevance for AIDS related neoplasias. AIDS recent results. Cancer Research.,1988;112:6-16.
- 5.- Hopewell P.. Tuberculosis and Human Immunodeficiency Virus infection. Seminars in Respiratory Infections. 1989., Vol 4, No 2:111-122.
- 6.- Hirsch M.. Chemoterapy of human immunodeficiency virus - infections. Current practices and future prospects. J Inf Dis. 1990;161;845-57.
- 7.- Nasur H.. Problems in the management of opportunistic infections in patients infected with Immunodeficiency Virus. J Inf Dis. 1990;161;858-64.
- 8.- Moore R., Hidalgo J., Barbara W., Chaisson R., Zidovudine and the natural history of the Acquired Immunodeficiency-Syndrome., Special article. N Engl J Med. 1991;324;1412-16.
- 9.- Small P., Schector G., Goodman P., Sande M., Chaisson R., Hopewell P.. Treatment of tuberculosis in patients with - advanced human immunodeficiency virus infections. N Engl J Med. 1991;324;289-94.
- 10.-Epstein F., Greene W.. The molecular biology of human immunodeficiency virus type I infection. Mechanism of disease, Review article. N Engl J Med. 1991;324;308-16.
- 11.-Mycoses in AIDS patients, 3rd Syposium Topics in Mycology The Pasteur Institute, Paris France. 1989, November 20-23.
- 12.-SIDA/ETS boletín mensual, año 5, número 9, Septiembre de 1991. Editado por la Dirección General de Epidemiología - del Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica. México D.F.
- 13.-SIDA/ETS Boletín mensual, año 5, número 2, Febrero de 1991 Editado por la Dirección General de Epidemiología del Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica México D.F.