

11227

95



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

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

HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

FRECUENCIA DE SINTOMATOLOGIA DIGESTIVA ASOCIADA AL TRATAMIENTO RETROVIRAL EN LOS PACIENTES VIH POSITIVO.

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA EL: DR. ENRIQUE RAFAEL GRANADOS REYES PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA INTERNA



ISSSTE

MEXICO, D. F.

ENERO - 2000

2002

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIO DE POSGRADO

ISSSTE

HOSPITAL REGIONAL  
"LIC ADOLFO LOPEZ MATEOS"

FRECUENCIA DE SINTOMATOLOGIA DIGESTIVA ASOCIADA AL TRATAMIENTO  
RETROVIRAL EN LOS PACIENTES VIH POSITIVO.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA

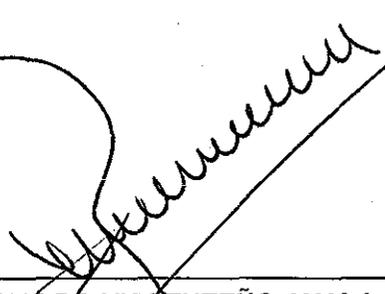
DR. ENRIQUE RAFAEL GRANADOS REYES

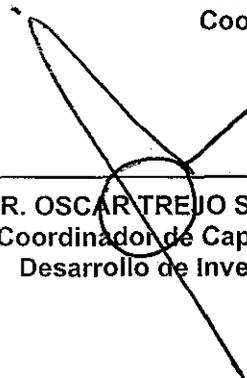
PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE

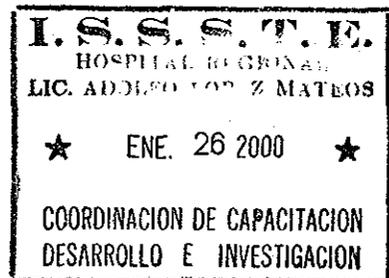


MEDICINA INTERNA

  
DRA. GABRIELA SALAS PEREZ  
Profesora titular de Clases de  
Medicina Interna

  
DR. HERMENEJILDO VISCENTEÑO AYALA  
Coordinador del servicio de Medicina Interna

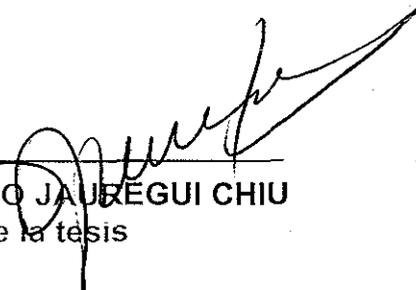
  
DR. OSCAR TREJO SOLORZANO  
Coordinador de Capacitación y  
Desarrollo de Investigación

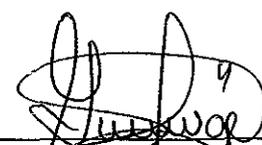


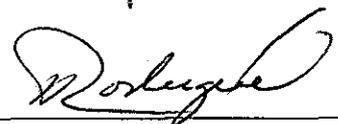
# FRECUENCIA DE SINTOMATOLOGIA DIGESTIVA ASOCIADA AL TRATAMIENTO RETROVIRAL EN LOS PACIENTES VIH POSITIVO.

AUTOR: ENRIQUE RAFAEL GRANADOS REYES

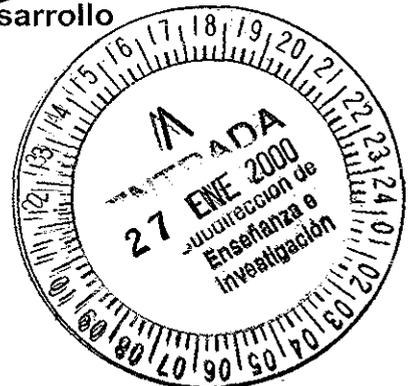
DOMICILIO: HERNADEZ Y DAVALOS No 253, COL. AMPLIACION ASTURIAS, DEL. CUAHUTEMOC, MEXICO D.F.

  
DR. MARIO JAUREGUI CHIU  
Asesor de la tesis

  
DRA. GABRIELA SALAS PEREZ  
Profesora titular del curso de Medicina Interna

  
DRA. HILDA RODRIGUEZ ORTIZ  
Jefe de Investigación

  
DR. JULIO CESAR DIAZ BECERRA  
Jefe de capacitación y desarrollo



DEDICATORIA:

A MI ESPOSA

Por el gran apoyo que me ha brindado y que siempre ha estado conmigo en todo tipo de situación.

A MI FAMILIA

Que con esfuerzo me han brindado el apoyo las facilidades para ser una persona de bien para la sociedad.

A MI HIJA MARIA INES

Que me ha dado toda la fuerza para salir adelante.

A MIS SUEGROS

Quienes han creído en mí.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# INDICE

RESUMEN	.....	1
SUMMARY	.....	2
INTRODUCCION	.....	3
MATERIAL Y METODO	.....	5
RESULTADOS	.....	6
DISCISION Y CONCLUSION	.....	9
ANEXO	.....	10
BIBLIOGRAFIA	.....	19

## RESUMEN

### Objetivos:

Determinar la asociación de la sintomatología digestiva en pacientes con infección por VIH, en relación con el tratamiento con los retrovirales. Según esquema, carga viral, y total de CD4.

### Diseño:

Se realizó un estudio de tipo transversal y descriptivo, los pacientes se seleccionaron de un grupo de 199 pacientes con VIH positivos en tratamiento en la clínica VIH-SIDA del Hospital regional Lic. Adolfo López. De los cuales se seleccionaron 126 pacientes que acudieron a consulta en los meses de julio - agosto de 1999. De este grupo solo 112 pacientes cumplieron con los requisitos de estudio.

### Pacientes:

Pacientes activos en tratamiento retrovirales durante un periodo mínimo de 6 meses con y con presencia de controles de carga viral y conteo de CD4.

### Material y método:

Se realizó una evaluación a los pacientes que acuden a control periódico para el manejo de HIV, Para determinar la sintomatología digestiva, se le aplico a todos la misma encuesta. Posteriormente se evaluó en cada paciente los niveles de CD4 y carga viral para correlacionar la respuesta al tratamiento. Se determino la frecuencia de los síntomas, los cuales se presentaran en los resultados. Los datos obtenidos se analizaron con la prueba de Chi cuadrada ( $\chi^2$ ) para poder comparar entre dos o más grupos. Aquellos pacientes que manifestaron mas de cuatro síntomas se les realizó una endoscopia con toma de biopsia.

### Material:

1. Instrumento de recolección de datos (Encuesta)
2. Endoscopio de fibra óptica (Olimpus 15)
3. Prueba de Ureasa rápida para determinar H. pyloris y tinción de HE.
4. Coproparasitoscópico y coprocultivo seriados (Parásitos, tinción de A.A.R. y tinta china).

### Palabra claves:

Retrovirales, carga viral, Linfocitos CD4, macrófagos, sintomatología digestiva, SIDA, VIH positivo, TARA.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **SUMMARY:**

### **Objective:**

To determine the association of the digestive symptom in patients with infection by HIV, in relation to the retroviral therapy. According to combination therapy, viral load, and total of CD4 cells.

### **Design:**

A study of cross-sectional and descriptive type was made, the patients selected of a group of 199 patients with positive HIV who are under the HIV – AIDS Clinical treatment in at the regional Hospital Lic. Adolfo Lopez Mateos. On 126 patients were selected from those who went to consultation in the months of July - August 1999. Of this single group 112 patients fulfilled the study requirements.

### **Patients:**

Retroviral active patients under treatment during a minimum period of 6 months with presence of viral load determination and CD<sub>4</sub> cells count.

### **Material and method:**

An evaluation to the patients who go to periodical checking for the HIV handling was made. To determine the digestive symptom, the same survey was applied to all of the patients. later on, the CD4 cell levels and the viral load were evaluated in each patient in order to correlate the answer to the treatment. The frequency of the symptoms, which appeared in the results. Was determined the collected data were analyzed with the test of square Chi (x<sup>2</sup>) in order to among between two or more groups. Those patients who declared more that four were submitted to an endoscopy symptoms, with biopsy.

### **Material:**

1. Instrument of data collection (Survey)
2. Endoscope optical fiber (Olimpus 15)
3. Fast Ureasa test to determine H. pyloris and tinción of I HAVE.
4. Serial Coproparasitoscopico and coprocultivo (Parasitos, A.A.R.r colouring. and Chinese ink).

### **Key word:**

Retrovirale, viral load, Lymphocytes CD4, macrophages, digestive symptom, AIDS, positive HIV, HAART.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## INTRODUCCIÓN

El virus de inmunodeficiencia adquirida es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo. Los recientes avances en la comprensión de la virología de la infección por VIH han conducido a nuevos tratamientos, nuevos métodos para monitorear la terapia y un nuevo optimismo con respecto al tratamiento de la infección temprana por VIH<sup>(1)</sup>. Cinco grandes ensayos clínicos<sup>(2-6)</sup> sugieren que el tratamiento antiretroviral de combinación es superior a la monoterapia con análogos de nucleósido, así como los cambios a corto plazo en la carga viral.

El tratamiento retroviral es solo una rama del cuidado de los pacientes con infección por VIH. Otros aspectos que requieren nuestra atención incluyen los cuidados psicológicos y sociales, el tratamiento y la prevención de las infecciones oportunistas, y la prevención de la transmisión del VIH.

El uso de los regímenes de triples esquemas, con frecuencia llamados terapia antiretroviral altamente activa (TARAA), que generalmente incluye a dos análogos de nucleósidos y un inhibidor de proteasa de VIH, se han asociado con una notable reducción de la incidencia de nuevos eventos de SIDA y la morbilidad a través de todo el mundo y con una menor admisión hospitalaria de pacientes.

El estudio DELTA encontró que las combinaciones de dos análogos nucleósidos eran mejores que la monoterapia, tanto en los pacientes que eran asintomáticos como en los sintomáticos (incluyendo SIDA) al comienzo del estudio<sup>(4)</sup>.

La sintomatología digestiva en los pacientes con VIH se ha asociado con un componente de enteropatía secundaria al VIH<sup>(7)</sup>. May GR et-al, estudiaron 258 pacientes infectados con VIH encontraron que la sintomatología digestiva es la más vista comúnmente en los pacientes con SIDA establecida y determinaron: 1- La frecuencia de sintomatología digestiva en los pacientes no seleccionados infectados de VIH y 2- Si hay un predictor de sintomatología en el desarrollo de pacientes asintomáticos inicialmente. No hubo ninguna asociación entre la presencia de los síntomas y coproparasitoscópico. Encontrándose en el 51% de los pacientes. 165 pacientes inicialmente eran asintomáticos el 72% desarrollaron sintomatología después de 36 meses de seguimiento<sup>(8)</sup>.

En una revisión realizada por Sievert W et-al, encontraron que la enfermedad gastrointestinal era común en los pacientes infectados con VIH y representa la primera significancia clínica. Diarrea, disfagia, dolor abdominal, ictericia o la sangría gastrointestinal puede ser el resultado de enfermedades oportunistas, neoplasia relacionada al SIDA o infecciones asociadas al VIH<sup>(9)</sup>.

Gill MJ et-al, aislaron el virus de por lo menos de un sitio, de los cultivos de muestras del tracto digestivo en 40 de 49 pacientes con VIH, con la siguiente frecuencia: en la biopsia esofágica fue el lugar más frecuente de aislamiento con

46%, seguido de la biopsia duodenal 44% y biopsia rectal en 43% y biopsia gástrica 27%. La obtención del VIH no fue relacionada con algún signo o sintoma. El VIH fue recuperado en las biopsias de los dos grupos de pacientes: sintomáticos con las cuentas mayor de 500 linfocitos CD<sub>4</sub> y también de pacientes con una enfermedad más avanzada que recibían terapia de Zidovudina. Con los síntomas o signos de VIH, todo el aparato gastrointestinal parece ser un sitio de reservorio a través del curso de infección del VIH<sup>(16)</sup>.

Los ITRNN parecen bien tolerados, la mayoría de los eventos adversos que ocurren se presentan dentro de las primeras semanas y los porcentajes de supresión del tratamiento en general son < 5% por toxicidad relacionada con los fármacos<sup>(10)</sup>. Los eventos adversos más frecuentes con ITINN son el exantema, y generalmente alteraciones de corta duración en el SNC con Efavirez<sup>(10)</sup>. Abacavir se asocia con una reacción de hipersensibilidad en el 2 al 5% de los pacientes, que usualmente se maneja con la supresión de fármacos<sup>(11)</sup>.

Hasta la fecha no se tienen estudio a largo plazo(mas de 2 años) que evalúe la seguridad de los retrovirales. Así como los datos obtenidos en cuanto a su seguridad. En la actualidad el régimen TARAA, son frecuentes contribuyentes de los efectos adversos observados durante la terapia y tienen las probabilidades de ser usados ampliamente. Los efectos adversos de estos agentes se presentan como efectos secundarios con respecto a la inhibición de la g polimerasa de ADN humano. La incidencia de eventos adversos severos o el incremento de la severidad parece similar a la observada con monoterapia de Zidovudina o con combinación de Zidovudina y Zalcitavine o Didanosina en pacientes sintomáticos<sup>(3,12,13,14,15,17)</sup>.

## OBJETIVO

- Establecer la sintomatología digestiva de los pacientes VIH en tratamiento sin considerar el tipo de esquema.
- Evaluar en frecuencia de sintomatología digestiva con relación a la replicación viral y los niveles de linfocitos CD<sub>4</sub>.
- Determinar alternativa agregada al origen medicamentoso y su repercusión en la mucosa digestiva.
- Persisten las lesiones de mucosa y patrones de riesgo conocido a pesar de la mejoría de la replicación viral y el conteo de linfocitos CD<sub>4</sub> que oriente la sintomatología.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

46%, seguido de la biopsia duodenal 44% y biopsia rectal en 43% y biopsia gástrica 27%. La obtención del VIH no fue relacionada con algún signo o sintoma. El VIH fue recuperado en las biopsias de los dos grupos de pacientes: sintomáticos con las cuentas mayor de 500 linfocitos CD<sub>4</sub> y también de pacientes con una enfermedad más avanzada que recibían terapia de Zidovudina. Con los síntomas o signos de VIH, todo el aparato gastrointestinal parece ser un sitio de reservorio a través del curso de infección del VIH<sup>(16)</sup>.

Los ITRNN parecen bien tolerados, la mayoría de los eventos adversos que ocurren se presentan dentro de las primeras semanas y los porcentajes de supresión del tratamiento en general son < 5% por toxicidad relacionada con los fármacos<sup>(10)</sup>. Los eventos adversos más frecuentes con ITINN son el exantema, y generalmente alteraciones de corta duración en el SNC con Efavirez<sup>(10)</sup>. Abacavir se asocia con una reacción de hipersensibilidad en el 2 al 5% de los pacientes, que usualmente se maneja con la supresión de fármacos<sup>(11)</sup>.

Hasta la fecha no se tienen estudio a largo plazo(mas de 2 años) que evalúe la seguridad de los retrovirales. Así como los datos obtenidos en cuanto a su seguridad. En la actualidad el régimen TARAA, son frecuentes contribuyentes de los efectos adversos observados durante la terapia y tienen las probabilidades de ser usados ampliamente. Los efectos adversos de estos agentes se presentan como efectos secundarios con respecto a la inhibición de la g polimerasa de ADN humano. La incidencia de eventos adversos severos o el incremento de la severidad parece similar a la observada con monoterapia de Zidovudina o con combinación de Zidovudina y Zalcitavine o Didanosina en pacientes sintomáticos<sup>(3,12,13,14,15,17)</sup>.

## OBJETIVO

- Establecer la sintomatología digestiva de los pacientes VIH en tratamiento sin considerar el tipo de esquema.
- Evaluar en frecuencia de sintomatología digestiva con relación a la replicación viral y los niveles de linfocitos CD<sub>4</sub>.
- Determinar alternativa agregada al origen medicamentoso y su repercusión en la mucosa digestiva.
- Persisten las lesiones de mucosa y patrones de riesgo conocido a pesar de la mejoría de la replicación viral y el conteo de linfocitos CD<sub>4</sub> que oriente la sintomatología.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se le realizó un estudio transversal de tipo descriptivo a pacientes que presentaban infección por VIH y que por lo menos tenían 6 meses de tratamiento mínimo. De los 199 pacientes que acuden a control al servicio de la clínica de VIH se tomaron 126 pacientes. Sin embargo, 112 pacientes cumplieron con todos los criterios, los pacientes que se excluyeron fueron por no presentar un dato de laboratorio que se había determinado para correlacionar la sintomatología. Se les aplicó a todos los pacientes un cuestionario para obtener datos generales del paciente, así como también preguntas tales como: fecha de diagnóstico e inicio de tratamiento, así como la severidad de los síntomas que presentaban en ese momento (Ver anexo el cuestionario). Los pacientes que presentaban más de 5 síntomas se le realizó endoscopia así como la realización de biopsia,

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## RESULTADOS

En el estudio realizado se obtuvo una muestra poblacional de 112 pacientes de ambos sexo de los cuales 89.29% eran del sexo masculino y el 10.71% del sexo femenino con una relación por sexo de 8.3:1. Encontrándose una edad media de 39 años + 8 DE, el promedio de CD<sub>4</sub> y carga viral del grupo de estudio fue de 298 cel/mm<sup>3</sup> y 48248 copias de ARN-VIH1. Del grupo de estudio el 59.82% de los pacientes se presentaban con linfocitos CD<sub>4</sub> >200 cel/mm<sup>3</sup> y el 47.33% carga viral por debajo de 5000 copias. (Ver Tabla No 1 y 2)

En nuestro estudio encontramos que la población en estudio presentó un logaritmo de 3.4 con una desviación estándar de 0.84 así como la fecha promedio de diagnóstico fue de 3 años en el grupo de estudio y de inicio de tratamiento fue de 1 año aproximadamente (1.15 años).

En cuanto al número de síntomas con relación al total de linfocitos CD<sub>4</sub> se distribuyó en tres categorías según la clasificación de la CDC de Atlanta. De los cuales tuvimos la siguiente distribución: con linfocitos CD<sub>4</sub> menores de 200 cel/mm<sup>3</sup> se presentó en 45 pacientes (40.18%) del total de la muestra. Sin ninguna manifestación de síntomas digestivos se encontró a 16 pacientes (14.29%), de 1 a 3 síntomas se encontró a 14 pacientes (12.5%), de 4 a 6 síntomas se presentó en 10 pacientes (8.93%), más de 7 síntomas 5 pacientes (4.46%). Con CD<sub>4</sub> 200 a 499 cel/mm<sup>3</sup> se presentó en 47 pacientes (41.96%) del total de la muestra. De este grupo se encontró que 19 pacientes sin síntomas digestivos (16.96%) de 1 a 3 síntomas 17 pacientes (15.18%), de 4 a 6 síntomas 7 pacientes (6.25%), con más de 7 síntomas 4 pacientes (3.57%). Con linfocitos CD<sub>4</sub> de más de 500 cel/mm<sup>3</sup> se presentó en 20 pacientes (17.86%). De los cuales 7 pacientes (6.25%) de 1 a 3 síntomas 8 pacientes (7.14%), de 4 a 6 síntomas 1 paciente (3.57%). (Ver tabla No 3)

En relación con la carga viral el número de copias de ARN-VIH<sub>1</sub> se distribuyó en cinco categorías tenemos que la presentación de sintomatología se presentó de la siguiente manera: Con menos de 400 copias de ARN-VIH<sub>1</sub> fueron 23 pacientes (20.54%): Los pacientes que se presentaron sin síntomas fueron 10 pacientes (8.93%), con uno a tres síntomas 9 pacientes (8.04%) con 4 a 6 síntomas 2 pacientes (1.79%) con más de 7 síntomas 2 pacientes (1.79%). Con 400 a 5000 copias de ARN-VIH<sub>1</sub> hubo 30 pacientes (26.79%) encontrándose 13 pacientes sintomáticos (11.61%), con 1 a 3 síntomas 9 pacientes (8.04%), de 4 a 6 síntomas 6 pacientes (5.36%), más de 7 síntomas 2 pacientes (1.79%), con 5001 a 30000 copias de ARN-VIH<sub>1</sub> se presentaron 33 pacientes (29.46%) de los cuales 11 pacientes eran sintomáticos (9.82%), de 1 a 3 síntomas 13 pacientes (11.61%), de 4 a 6 síntomas 9 pacientes (8.04%), con más de 7 síntomas 3 pacientes (2.71%). De 30001 a 100000 copias de ARN-VIH<sub>1</sub> se presentaron 15 pacientes (13.39%) encontrándose 5 pacientes sintomáticos (4.46%) con 1 a 3 síntomas 4 pacientes (3.57%) de 4 a 6 síntomas 4 pacientes (3.57%), más de 7 síntomas 2 pacientes (1.79%). De más de 100000 copias de ARN-VIH<sub>1</sub> se

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

encontraron a 11 pacientes de los cuales 3 pacientes eran sintomáticos (2.68%) de 1 a 3 síntomas 4 pacientes (3.57%) de 4 a 6 síntomas 3 pacientes (2.68%) y más de 7 síntomas 1 paciente (0.89%). (Ver la tabla No 4)

Según la tabla No 7 los cinco esquemas más usados en el grupo de estudio fue el siguiente: AZT/3TC/SQV con cuarenta pacientes que representa el 35.71 %, seguido del 3TC/SQV/d4T con veintidós pacientes que representa el 19.64%, 3TC/SQV/d4T con trece pacientes que representa el 11.61%, seguido de diez pacientes con 3TC/d4T/IDV que representa el 8.93% y por ultimo el AZT/3TC/IDV con seis pacientes que representa el 5.36%. Si traspolamos al 100% cada esquema retroviral encontramos lo siguiente: los que se encontraron con menos de 400 copias de ARN-HIV<sub>1</sub> tenemos que los esquemas se distribuyeron de la siguiente manera: AZT/ddC/SQV represento el 30%, el 3TC/d4T/IDV el 20%, 3TC/SQV/d4T con 18.18%, 3TC/SQV/d4T con 15.8%, AZT/3TC/IDV CON 16.67% Entre 400 y 500 copias de ARN-HIV<sub>1</sub> 3TC/d4T/IDV CON 40%, AZT/ddC/SQV con 22.73%, AZT/3TC/SQV con 27.5%, 3TC/SQV/d4T con 15.38%.

El síntomas que menos se presento fueron las disfgia en 91.96% pacientes, el dolor abdominal 90.2% y en un igual porcentaje la hiporexia 90.2%. (Ver tabla No 10 y 11)

Los síntomas que se presentaron con mayor frecuencia son los siguientes de acuerdo al grado de severidad tenemos entre los de sintomatología leve a la Diarrea en el 17.86% de los pacientes, meteorismo en el 14.29%, reflujo en igual porcentaje. Los de sintomatología moderado tenemos la dispepsia con 16.96%, nauseas en el 10.71% y reflujo en 9.82% y los que se presentaron con sintomatología severa encontramos a la dispepsia en el 9.82%, la nausea en el 6.25% y el meteorismo en el 5.36%. los que se presentaron con sintomatología grave tenemos a un paciente con dispepsia y uno con diarrea que representa al 0.89% respectivamente para cada síntoma. La dispepsia fue el síntoma mas frecuente como podemos ver el cual se presento en 44 pacientes (39.29%).

Relacionando estos datos con los CD<sub>4</sub> y las cargas virales tenemos que los pacientes que se presentaron sin síntomas tenían unos linfocitos CD<sub>4</sub> en los rangos siguientes: en el rango de 200 y 499 cel/mm<sup>3</sup> el 37.5% correspondía a la disfgia; el Dolor abdominal y la hiporexia 40.18% en un igual porcentaje respectivamente. Los que presentaron sintomatología leve la mayor frecuencia se presento de la siguiente manera: la diarrea con linfocitos CD<sub>4</sub> menores a 200 cel/mm<sup>3</sup> con un 8.93%, en el reflujo entre 200 y 499 cel/mm<sup>3</sup> CD<sub>4</sub> con 7.14%, el meteorismo entre 200 y 499 cel/mm<sup>3</sup> CD<sub>4</sub> con un 7.14%. (Ver tabla No 11)

En relación con la carga viral tenemos que los pacientes asintomáticos con disfgia presentaron con carga viral igual entre 5001-30000 copias de ARN-VIH<sub>1</sub> con una frecuencia de 27.7%, la hiporexia con 28.60%; el dolor abdominal con una frecuencia de 26.8%. Los pacientes con sintomatología leve con igual rango de carga viral se presento con diarrea en el 8.93%, el meteorismo con 6.25%; el reflujo con 5.36%. Los pacientes con sintomatología moderada la dispepsia y la

nauseas se encontró entre 400 y 5000 copias de ARN-VIH<sub>1</sub> con 5.36% con igual porcentaje, el reflujo se encontró con igual porcentaje con dos picos de los cuales menos de 400 y 30001-100000 copias de ARN-VIH<sub>1</sub> se encontraban respectivamente con 2.68%. Los que presentaban sintomatología severa tenía Carga viral con menos de 5000 copias de ARN-VIH<sub>1</sub> con 5.35% de los cuales el 50% del total se encontraba con carga viral con menos de 400 copias de ARN-VIH<sub>1</sub>, los que presentaron nauseas tenían un número de copias de ARN-VIH<sub>1</sub> entre 400 y 5000 copias de ARN-VIH<sub>1</sub> con 3.27%, y meteorismo con 1.64% con un número de copias de ARN-VIH<sub>1</sub> entre 50001-30000. (Ver tabla No 10)

En relación con el número de síntomas con linfocitos CD<sub>4</sub> tenemos en relación con la chi cuadrada un valor calculado de 20.50 para un grado de libertad de 18 la  $X^2$  para 0.005 tenemos un valor esperado de 9.390 lo cual no cumple la condición de que la sintomatología se encuentre asociado con la ingestión de retrovirales.

En relación con el número de síntomas con relación a la carga viral se encuentra que la chi cuadrada calculada es de 28.42 para un grado de libertad de 36 tenemos que  $X^2$  a 0.005 se encontró que el valor esperado era de 17.192 el cual no cumple con la condición haciendo que se rechace la hipótesis nula.

En relación con el número de síntomas con el número de esquemas de retrovirales se encuentra que la chi cuadrada calculada es de 126.06 para un grado de libertad de 171 tenemos que  $X^2$  a 0.005 se encontró que el valor se encuentra fuera de los valores de las tablas. Para un grado de libertad de 90 y 100 para una  $X^2$  de 0.05 encontramos que los valores respectivos son 69.126 y 77.296 respectivamente. El cual no cumple con la condición haciendo que se rechace la hipótesis nula.

El 92% del grupo de estudio fueron manejados con 3 antirretrovirales, de los cuales el 83.93% eran del sexo masculino, y 3.57% de los pacientes se encontraban en rescate con 4 antirretrovirales los cuales eran del sexo masculino así como un igual porcentaje se encontraban con un esquema doble siendo el 1.78% del sexo masculino.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## DISCUSIÓN Y CONCLUSION:

Se ha encontrado que no hay asociación en cuanto a la sintomatología digestiva y el tratamiento retroviral lo cual podríamos asociar muy probablemente que la sintomatología sea debida muy probablemente al mismo VIH que estuviese provocando trastorno en la funcionalidad del tubo digestivo, además estos pacientes a pesar de encontrarse con valores de CD4 por arriba de 67% con mas de 200 CD4, y con una carga viral con por debajo de 30000 copias de ARN-VIH<sub>1</sub> en un porcentaje de 76.79% nos habla que los pacientes se encuentra con una respuesta adecuada al manejo retroviral, lo cual haría pensar que debería mejorar la frecuencia de infecciones oportunista. Se ha visto que últimamente los pacientes tratados con Saquinavir de cápsula blanda han aumentado la sintomatología digestiva aunque habria que correlacionarlo para ver que tan cierta seria esta aseveración.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ANEXO

Tabla No 1: Distribución de los linfocitos CD<sub>4</sub> por sexo en 112 pacientes con VIH en el HRLALM de julio – agosto de 1999.

CD4 cel/mm3	SEXO				Total	%
	Masculino	%	Femenino	%		
< 200	40	35.71	5	4.46	45	40.18
200-499	41	36.61	6	5.36	47	41.96
> 500	19	16.96	1	0.89	20	17.86
Total	100	89.29	12	10.71	112	100.00

Fuente: Expedientes clínicos

Tabla No 2: Distribución de la carga viral por sexo en 112 pacientes con VIH en el HRLALM de julio – agosto de 1999.

CARGA VIRAL Copias de ARN-VIH1	SEXO		Total	%
	Masculino	Femenino		
<400	18	5	23	20.54
400-5000	27	3	30	26.79
5001-30000	30	3	33	29.46
30001-100000	14	1	15	13.39
>100000	11		11	9.82
Total	100	12	112	100

Fuente: Expedientes clínicos

Tabla No 3: Linfocitos CD<sub>4</sub> en relación con el No de síntomas en 112 pacientes con VIH en el HRLALM de julio – agosto de 1999.

CD4	No DE SINTOMAS										TOTAL	%
	S/S	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
< 200	16	5	4	5	2	6	2	3	2	0	45	40.18
200-499	19	5	9	3	0	5	2	3	0	1	47	41.96
> 500	7	5	3	0	3	1	0	1	0	0	20	17.86
TOTAL	42	15	16	8	5	12	4	7	2	1	112	100.00

Fuente: Expedientes clínicos y encuesta aplicada.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Tabla 4: Carga viral en relación con el No. de síntomas en 112 pacientes con VIH en el HRLALM de julio – agosto de 1999.

CARGA VIRAL	No DE SINTOMAS										Total	%
	S/S	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
< 400	10	4	4	1		1	1	2			23	20.54
400-5000	13	2	4	3	2	3	1	1	1		30	26.79
5001-30000	11	7	6		1	4	1	3			33	29.46
30001-100000	5	1	1	2	2	1	1	1	1		15	13.39
> 100000	3	1	1	2		3				1	11	9.82
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>112</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Expedientes clínicos y encuesta realizada.

Tabla No 5: Distribución del esquema retroviral por el sexo con VIH en el HRLALM de julio – agosto de 1999.

ESQUEMAS	SEXO		Total	%
	Masculino	Femenino		
3TC/D4t/ddC	1		1	0.89
3TC/d4T/IDV	9	1	10	8.93
3TC/SQV/d4T	11	2	13	11.61
3TC/SQV/d4T/RTV	4		4	3.57
3TC/SQV/ddC	1		1	0.89
AZT/3TC/ABC	1		1	0.89
AZT/3TC/ddC	2		2	1.79
AZT/3TC/DLV	1		1	0.89
AZT/3TC/IDV	6		6	5.36
AZT/3TC/RTV	1		1	0.89
AZT/3TC/SQV	37	3	40	35.71
AZT/ddC	1		1	0.89
AZT/ddC/IDV	2		2	1.79
AZT/ddI/	1		1	0.89
AZT/ddI/IDV	2		2	1.79
AZT/SQV/ddC	16	6	22	19.64
AZT/SQV/ddI/IDV	1		1	0.89
d4T/ddI/IDV	1		1	0.89
SQV/d4T/ddC	1		1	0.89
SQV/d4T/ddI/RTV	1		1	0.89
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>112</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Expedientes clínicos

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Tabla No 6:Esquema de retrovirales en relación con el conteo de linfocitos CD4 en 112 pacientes con VIH en el HRLALM de julio – agosto de 1999.

ESQUEMA	CD4			Total	%
	< 200	200-499	> 500		
3TC/D4T/ddC		1		1	0.89
3TC/d4T/IDV	6	3	1	10	8.93
3TC/SQV/d4T	5	6	2	13	11.61
3TC/SQV/d4T/RTV	3	1		4	3.57
3TC/SQV/ddC			1	1	0.89
AZT/3TC/ABC	1			1	0.89
AZT/3TC/ddC	1	1		2	1.79
AZT/3TC/DLV	1			1	0.89
AZT/3TC/IDV	2	4		6	5.36
AZT/3TC/RTV			1	1	0.89
AZT/3TC/SQV	12	19	9	40	35.71
AZT/ddC			1	1	0.89
AZT/ddC/IDV	1	1		2	1.79
AZT/ddI/	1			1	0.89
AZT/ddI/IDV	2			2	1.79
AZT/SQV/ddC	7	11	4	22	19.64
AZT/SQV/ddI/IDV	1			1	0.89
d4T/ddI/IDV	1			1	0.89
SQV/d4T/ddC			1	1	0.89
SQV/d4T/ddI/RTV	1			1	0.89
Total	45	47	20	112	100

Fuente: Expedientes clínicos

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Tabla No 7: Esquema retroviral en relación al conteo de carga Viral en 112 pacientes con VIH en el HRLALM de julio – agosto de 1999.

ESQUEMA	CARGA VIRAL					Total	%
	< 400	400-5000	5001-30000	30001-100000	> 100000		
3TC/D4I/ddC			1			1	0.89
3TC/d4T/IDV	2	4	1	2	1	10	8.93
3TC/SQV/d4T	2	2	5	1	3	13	11.61
3TC/SQV/d4T/RTV		1	1	2		4	3.57
3TC/SQV/ddC			1			1	0.89
AZT/3TC/ABC			1			1	0.89
AZT/3TC/ddC	1		1			2	1.79
AZT/3TC/DLV				1		1	0.89
AZT/3TC/IDV	1	1	2	1	1	6	5.36
AZT/3TC/RTV	1					1	0.89
AZT/3TC/SQV	12	11	12	4	1	40	35.71
AZT/ddC		1				1	0.89
AZT/ddC/IDV		1			1	2	1.79
AZT/ddI/		1				1	0.89
AZT/ddI/IDV			2			2	1.79
AZT/SQV/ddC	4	7	5	3	3	22	19.64
AZT/SQV/ddI/IDV				1		1	0.89
d4T/ddI/IDV		1				1	0.89
SQV/d4T/ddC			1			1	0.89
SQV/d4T/ddI/RTV					1	1	0.89
Total	23	30	33	15	11	112	100

Fuente: Expedientes clínicos y encuesta aplicada.

Tabla No 8: Distribución del número de síntomas en relación al sexo en 112 pacientes con VIH en el HRLALM de julio y agosto de 1999.

No de sintoma	SEXO				Total	%
	Masculino	%	Femenino	%		
Sin síntomas	37	33.04	5	4.46	42	37.50
1	13	11.61	2	1.79	15	13.39
2	14	12.50	2	1.79	16	14.29
3	6	5.36	2	1.79	8	7.14
4	5	4.46	0	0.00	5	4.46
5	12	10.71	0	0.00	12	10.71
6	3	2.68	0	0.00	3	2.69
7	7	6.25	1	0.89	7	6.25
8	2	1.79	0	0.00	2	1.78
9	1	0.89	0	0.00	1	0.89
Total	100	89.29	12	10.71	112	100.00

Fuente: encuestas aplicada.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Tabla No 9: Esquema de retrovirales en relación con el No. de síntomas en 112 pacientes con VIH en el HRLALM de julio – agosto de 1999.

ESQUEMA	No DE SINTOMAS									Total	%	
	S/S	1	2	3	4	5	6	7	8			9
3TC/D4T/ddC			1								1	0.89
3TC/d4T/IDV	1		1	1	3	1	1	1	1		10	8.93
3TC/SQV/d4T	6		1	2	1	2	1				13	11.61
3TC/SQV/d4T/RTV	1		2	1							4	3.57
3TC/SQV/ddC		1									1	0.89
AZT/3TC/ABC								1			1	0.89
AZT/3TC/ddC	1		1								2	1.79
AZT/3TC/DLV							1				1	0.89
AZT/3TC/IDV	3		1	1				1			6	5.36
AZT/3TC/RTV	1										1	0.89
AZT/3TC/SQV	17	7	6	1		6		2	1		40	35.71
AZT/ddC	1										1	0.89
AZT/ddC/IDV	2										2	1.79
AZT/ddI/				1							1	0.89
AZT/ddI/IDV	1	1									2	1.79
AZT/SQV/ddC	7	5	3	1	1	2	1	1		1	22	19.64
AZT/SQV/ddI/IDV								1			1	0.89
d4T/ddI/IDV	1										1	0.89
SQV/d4T/ddC		1									1	0.89
SQV/d4T/ddI/RTV						1					1	0.89
Total	42	15	16	8	5	12	4	7	2	1	112	100.00

Fuente: Expedientes clínicos

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla No 10: Relación de la carga viral con la severidad de los síntomas presentados en 112 pacientes con VIH en el HRLALI de julio – agosto de 1999

CARGA VIRAL	Fiebre		Nauseas		Vomito		Diarrea		Dispepsia				
	S/S	LEVE	MODERADO	SEVERO	S/S	LEVE	MODERADO	SEVERO	S/S	LEVE	MODERADO	SEVERO	GRAVE
<400	23	18	3	2	22	1	1	22	1	15	1	4	3
400-5000	30	19	1	4	27	3	1	29	1	18	3	6	3
5001-30000	33	27	4	2	31	2	2	31	2	22	4	5	2
30001-100000	15	11	1	1	13	2	2	12	2	8	3	1	2
>100000	11	5	4	2	9	2	1	9	1	5	2	3	1
Total	112	80	13	12	102	13	2	103	7	68	13	19	11

CARGA VIRAL	Total		Reflejo		Hiporexia		Dolor Epigástrico		Dolor Abdominal		
	S/S	LEVE	MODERADO	SEVERO	S/S	LEVE	MODERADO	SEVERO	S/S	LEVE	MODERADO
<400	23	16	2	3	22	1	20	1	1	23	1
400-5000	30	21	5	1	28	2	26	3	1	27	3
5001-30000	33	25	6	2	32	3	26	3	4	30	3
30001-100000	15	9	2	3	11	3	12	1	1	12	2
>100000	11	8	1	2	8	2	9	1	1	9	1
Total	112	79	16	11	101	11	77	9	7	101	9

CARGA VIRAL	Total		Diarrea		Meteorismo		Constipación	
	S/S	LEVE	MODERADO	SEVERO	S/S	LEVE	MODERADO	SEVERO
<400	23	19	3	1	19	3	1	19
400-5000	30	28	3	1	23	3	3	27
5001-30000	33	21	10	2	23	7	1	28
30001-100000	15	12	3	1	12	2	2	15
>100000	11	9	1	1	9	1	1	11
Total	112	89	20	6	86	16	8	100

Fuente : Expedientes clínicos y encuesta aplicada

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Tabla No 11: Relación de los linfocitos CD4 con la severidad de los síntomas presentados síntomas en 112 pacientes con VIH en el HRLA.L.I.1 de julio - agosto de 1999.

CD4	Total	Nauseas			Vómito			Distagia			Ospesis		
		S/S	LEVE	SEVERO	S/S	LEVE	SEVERO	S/S	LEVE	SEVERO	S/S	LEVE	SEVERO
<200	45	32	5	3	20	3	2	41	2	1	41	2	1
200-499	47	34	5	3	44	3	3	42	5		42	5	
≥500	20	14	3	2	18	2	2	20			20		
Total	112	80	13	12	102	8	7	103	7	1	103	7	1

CD4	Total	Reflujo			Hipotexia			Dolor Espasmodico			Dolor Abdominal		
		S/S	LEVE	SEVERO	S/S	LEVE	SEVERO	S/S	LEVE	SEVERO	S/S	LEVE	SEVERO
<200	45	30	6	8	37	5	1	34	7	2	37	6	2
200-499	47	34	8	2	45	2	4	41	2	4	45	2	2
≥500	20	13	2	1	18	1	1	18		1	19	1	1
Total	112	79	16	11	101	8	6	93	9	7	101	9	5

CD4	Total	Diarrea			Intelectismo			Constipacion		
		S/S	LEVE	SEVERO	S/S	LEVE	SEVERO	S/S	LEVE	SEVERO
<200	45	35	10	1	35	7	2	42	3	3
200-499	47	35	8	2	34	6	3	42	3	2
≥500	20	17	2	1	17	1	1	16	3	1
Total	112	87	20	4	86	16	6	100	9	6

Fuente: Expedientes clínicos y encuesta aplicada.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Tabla No 12: Esquema de retrojiral ; severidad de los síntomas en 112 pacientes con VIH en el HRLA-LM de julio - agosto de 1999.

Esquema	Tos			Nauseas			Diarrea			Dispepsia		
	S/S	LEVE	SEVERO	S/S	LEVE	SEVERO	S/S	LEVE	SEVERO	S/S	LEVE	SEVERO
3TC D4I/d4c	1			1			1			1		
3TC d4T/DV	6	2	2	9	1		5	1		1		
3TC SQV 3HT	12	1		12	1		12			7		1
3TC SQV 3HT RT	2	1		4			4			2		
3TC SQV/d4c	1			1			1			1		
AZT/3TC/ABC	1			1			1			1		
AZT/3TC/d4c	2			2			2			1		
AZT/3TC/DLV	1			1			1			1		
AZT/3TC/IDV	6	2	1	5	1		5	1		4	1	
AZT/3TC/RTV	1			1			1			1		
AZT/3TC/SQV	40	7	2	37	2		37	3		28	6	3
AZT/d4c	1			1			1			1		
AZT/d4c IDV	2			2			2			2		
AZT/ddr	1			1			1			1		
AZT/ddr IDV	2			2			2			2		
AZT/SQV/ddr IDV	22	3	1	19	3		21	1		16	1	4
d4T/ddr IDV	1			1			1			1		
SQV/d4T/d4c	1			1			1			1		
SQV/d4T/ddr/RTV	1			1			1			1		
<b>21 esquemas</b>	<b>180</b>	<b>13</b>	<b>7</b>	<b>102</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>103</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>65</b>	<b>13</b>	<b>11</b>

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

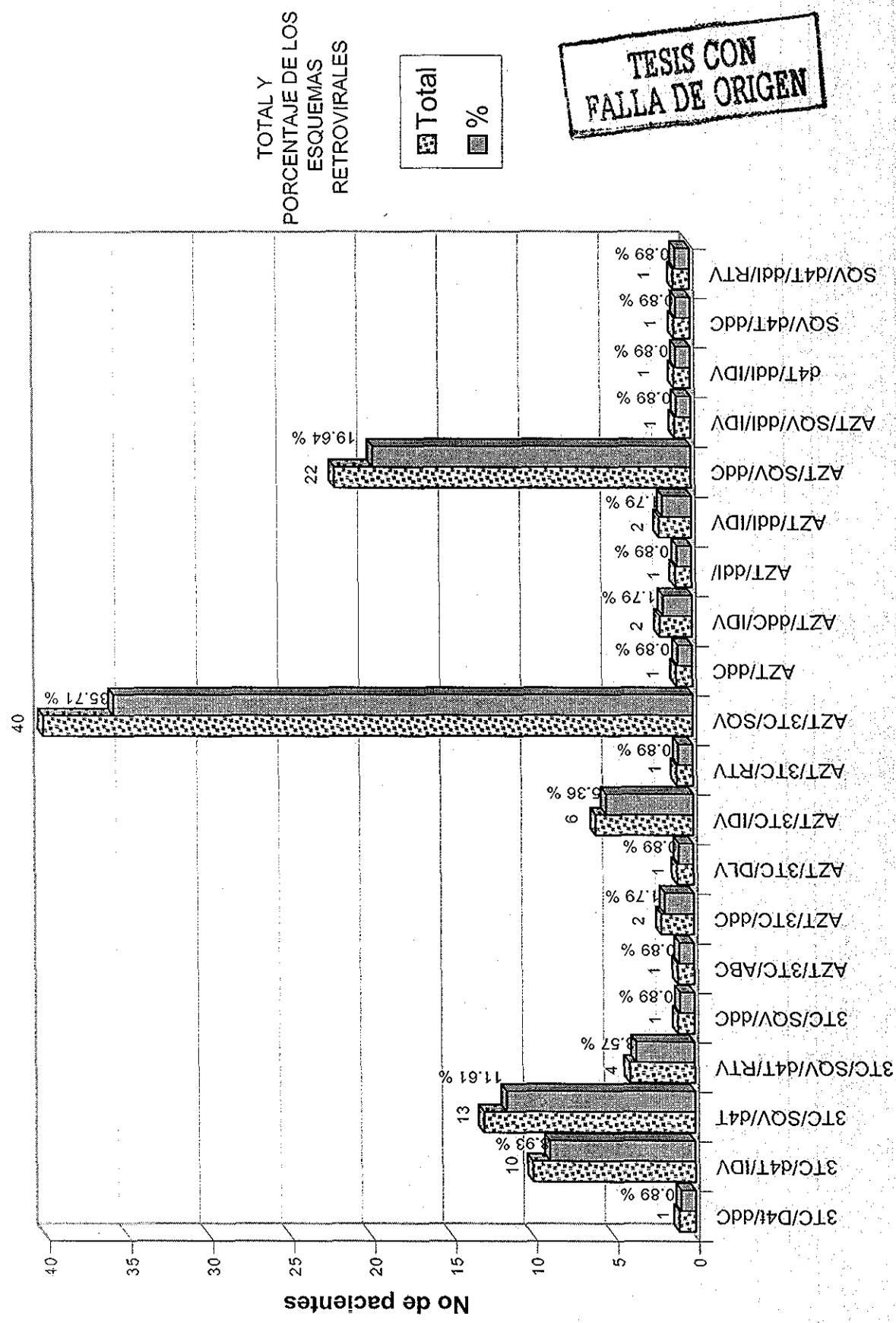
Esquema	Total			Reflujo			Hiporexia			Dolor Epigastrico			Dolor Abdominal		
	S/S	LEVE	SEVERO	S/S	LEVE	SEVERO	S/S	LEVE	SEVERO	S/S	LEVE	SEVERO	S/S	LEVE	SEVERO
3TC/D4I/d4c	1														
3TC/d4T/IDV	10	2	2	5	2	8	1	4	3	1	7	3			
3TC/SQV/d4T	13	10	1	1	13		10	3			13				
3TC/SQV/d4T RTV	4	3	1	1	3	1	4				4				
3TC/SQV/d4c	1						1				1				
AZT/3TC/ABC	1			1			1				1				
AZT/3TC/d4c	2			2			2				2				
AZT/3TC/DLV	1			1			1				1				
AZT/3TC/IDV	6			6			5	1			6				
AZT/3TC/RTV	1			1			1				1				
AZT/3TC/SQV	40	31	7	1	38	1	36	2	2		39	1			
AZT/d4c	1			1			1				1				
AZT/d4c IDV	2			2			2				2				
AZT/ddr	1			1			1				1				
AZT/ddr IDV	2			2			2				2				
AZT/SQV/d4c	22	17	2	2	19	2	1	20			2	19	2		1
AZT/SQV/ddr IDV	4			4			4				4				
d4T/ddr IDV	1			1			1				1				
SQV/d4T/d4c	1			1			1				1				
SQV/d4T/ddr/RTV	1			1			1				1				
<b>21 esquemas</b>	<b>112</b>	<b>79</b>	<b>16</b>	<b>61</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>93</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>101</b>	<b>9</b>	<b>2</b>		

Tabla No 12: Esquema de retroviral y severidad de los síntomas en 112 pacientes con VIH en el HRL ALMA de julio - agosto de 1999.

Esquema	Total	Diarrea						Meteorismo						Constipación			
		LEVE		MODERADO		SEVERO		LEVE		MODERADO		SEVERO		LEVE	MODERADO	SEVERO	
		S/S	%	S/S	%	S/S	%	S/S	%	S/S	%	S/S	%	S/S	%	S/S	%
3TC/D4/d6C	1																
3TC/d4T/IDV	10	8	2														
3TC/SQV/d4T	13	11	2														
3TC/SQV/d4T/RTV	4	4															
3TC/SQV/d6C	1																
AZT/3TC/ABC	1																
AZT/3TC/d6C	2	2															
AZT/3TC/DLV	1																
AZT/3TC/IDV	1																
AZT/3TC/RTV	6	4	2														
AZT/3TC/SOV	40	29	9	2													
AZT/d6C	1	1															
AZT/ddC/IDV	2	2															
AZT/d6H	1	1															
AZT/ddH/IDV	2	2															
AZT/SQV/d6C	22	17	2	1	1												
AZT/SQV/ddH/IDV	1	1															
d4T/ddH/IDV	1	1															
SQV/d4T/d6C	1	1															
SQV/d4T/ddH/RTV	1	1															
<b>Totales</b>	<b>112</b>	<b>87</b>	<b>20</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>16</b>	<b>4</b>	<b>16</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

NUMERO DE ESQUEMAS DE RETROVIRALES DADOS A 112 PACIENTES CON VIH EN EL HRLALM DE JULIO - AGOSTO DE 1999

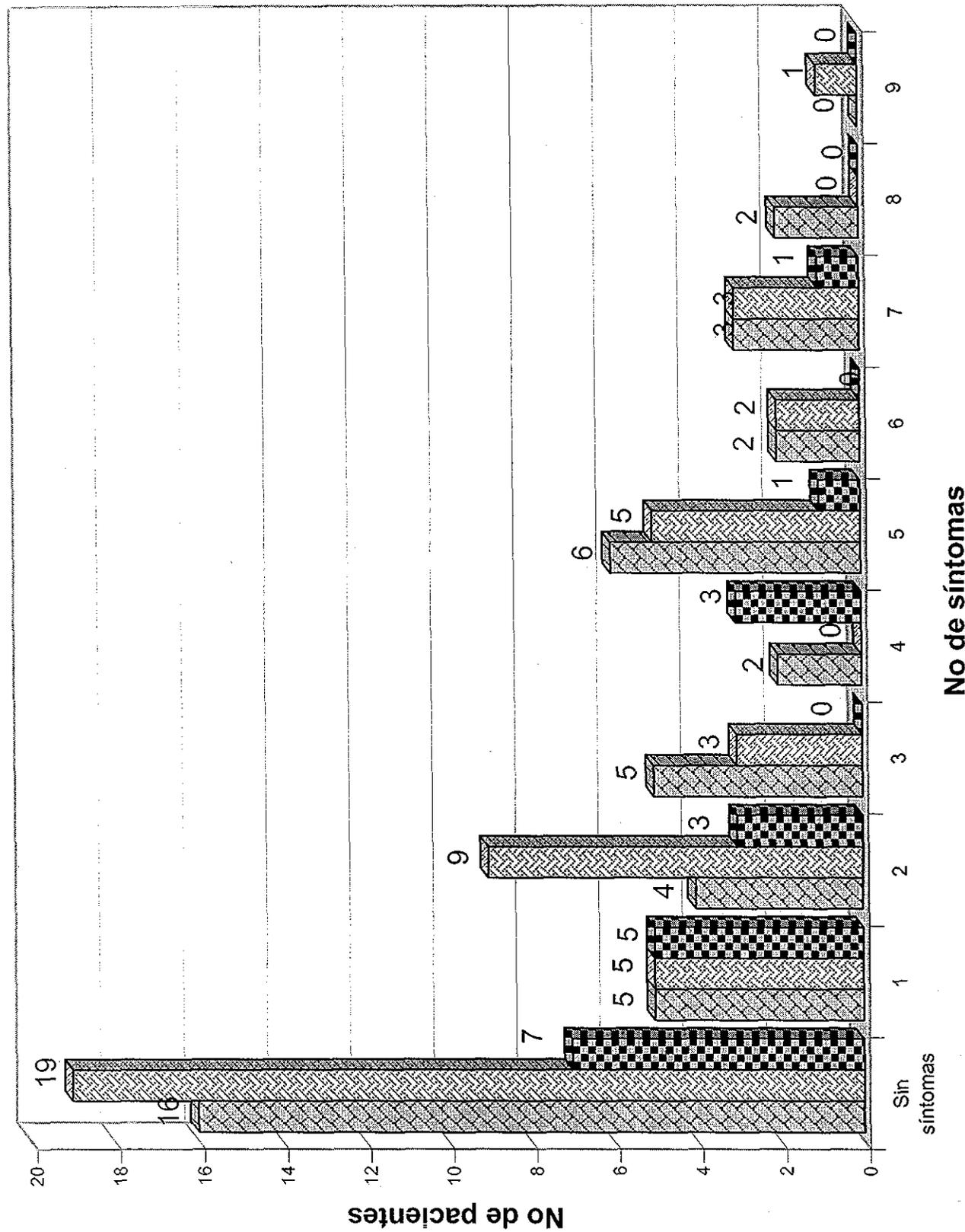


Esquema Antiviral

FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE HISTORIA CLINICA

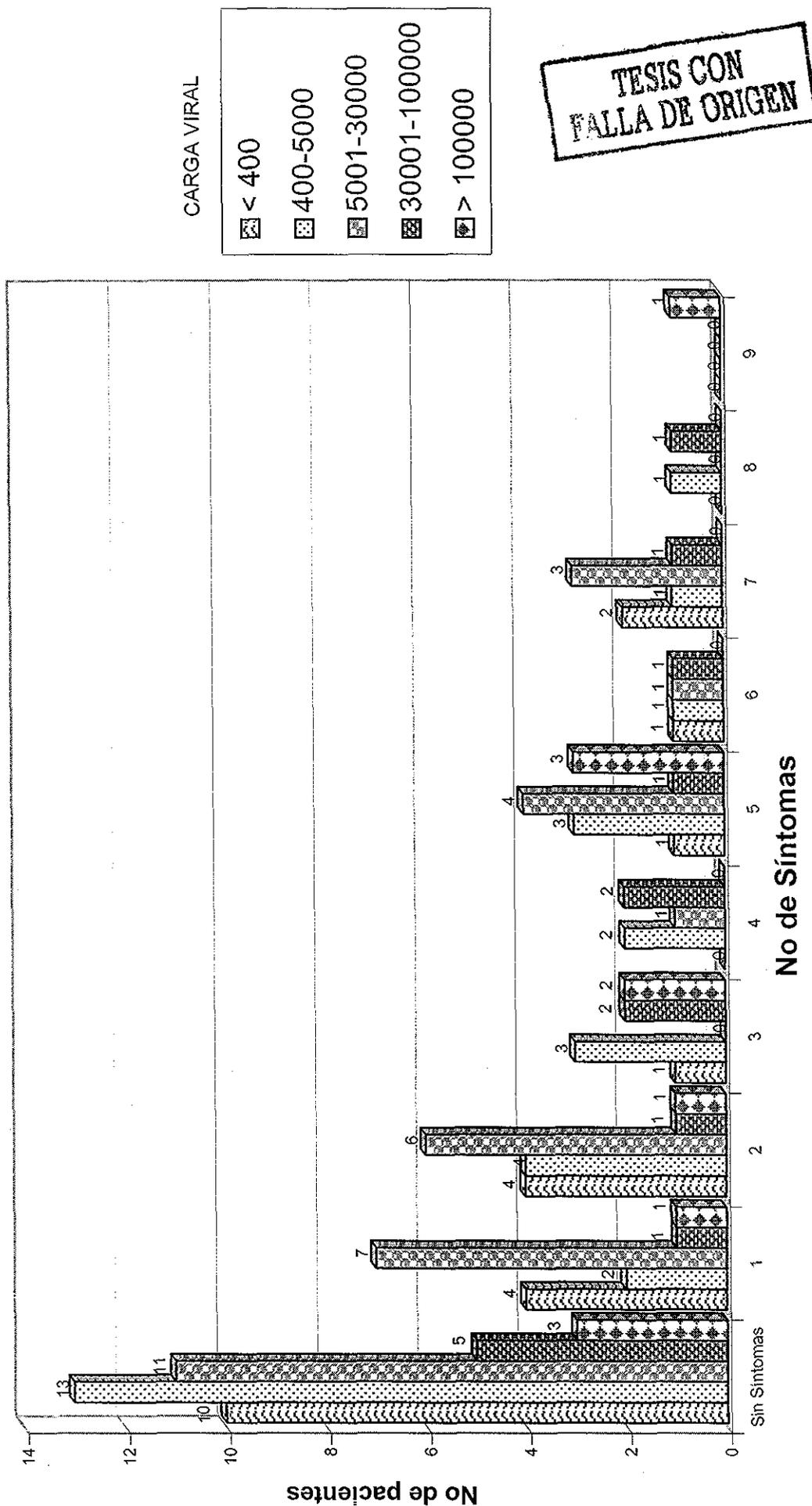
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

RELACION DE CD<sub>4</sub> CON EL NUMERO DE SINTOMAS EN 112 PACIENTES CON VIH EN EL HRLALM DE JULIO - AGOSTO DE 1999.



FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE ENCUESTA APLICADA

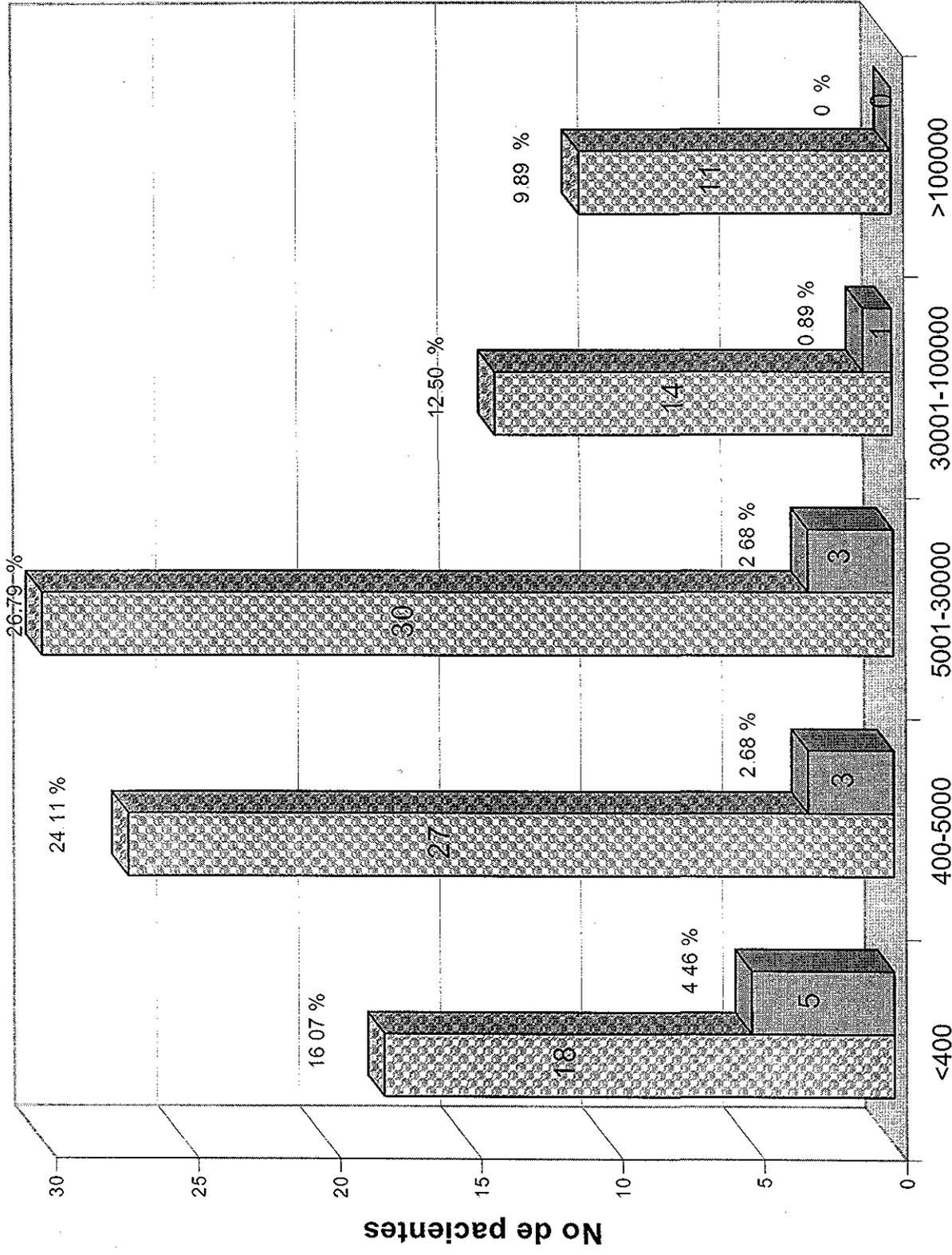
RELACION DE LA CARGA VIRAL Y EL NUMERO DE SINTOMAS EN 112 PACIENTES CON VIH EN EL  
 HRLALM DE JULIO - AGOSTO DE 1999.



FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE ENCUESTA APLICADA

DISTRIBUCION DE LA CARGA VIRAL POR SEXO EN 112 PACIENTES CON VIH EN EL HRLALM DE JULIO AGOSTO 1999.

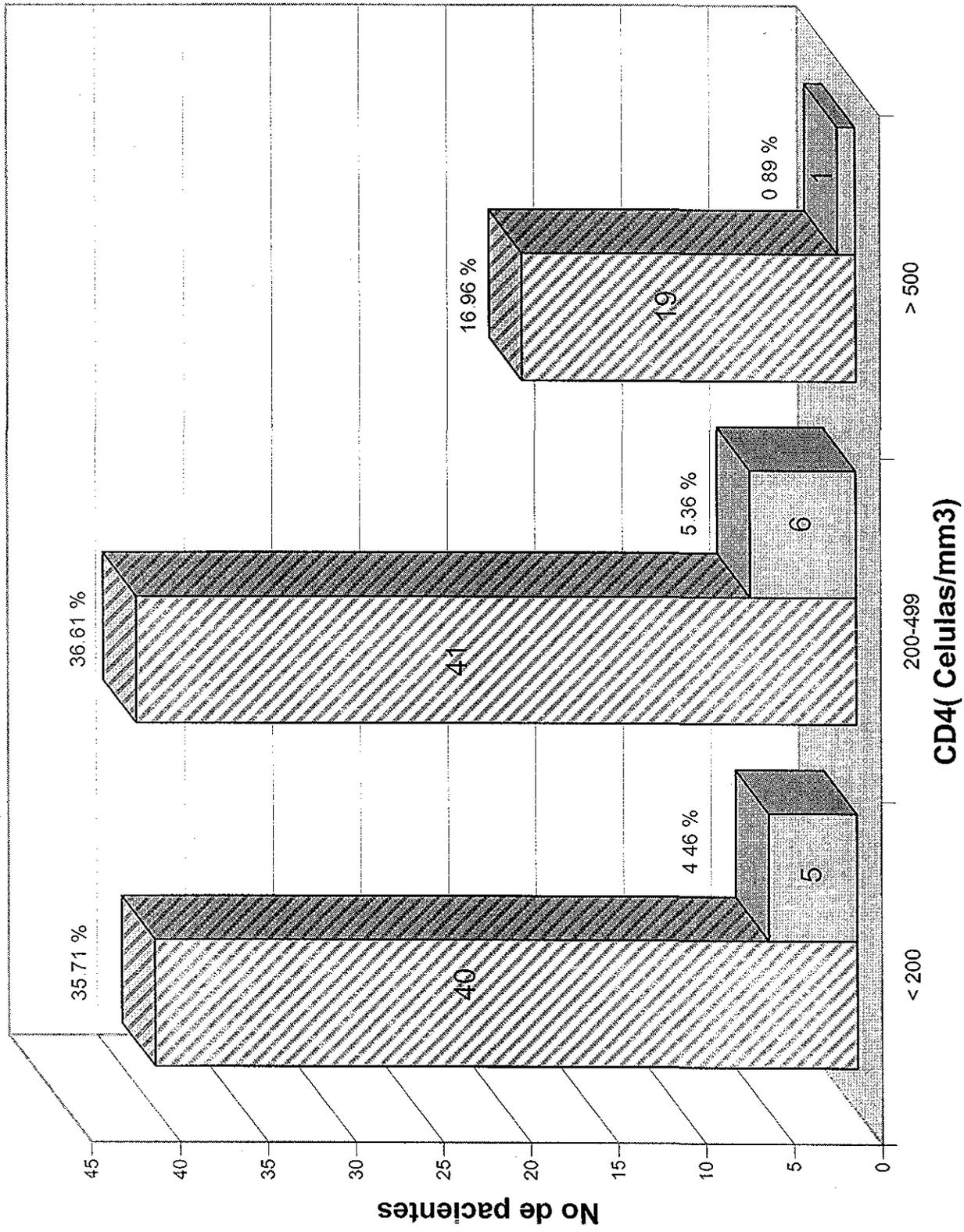
TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Carga Viral (copias de ARN-VIH1)

FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE HISTORIA CLINICA

DISTRIBUCION DE LOS CD<sub>4</sub> POR SEXO EN 112 PACIENTES CON VIH EN EL HRLALM DE JULIO - AGOSTO DE 1999.



SEXO

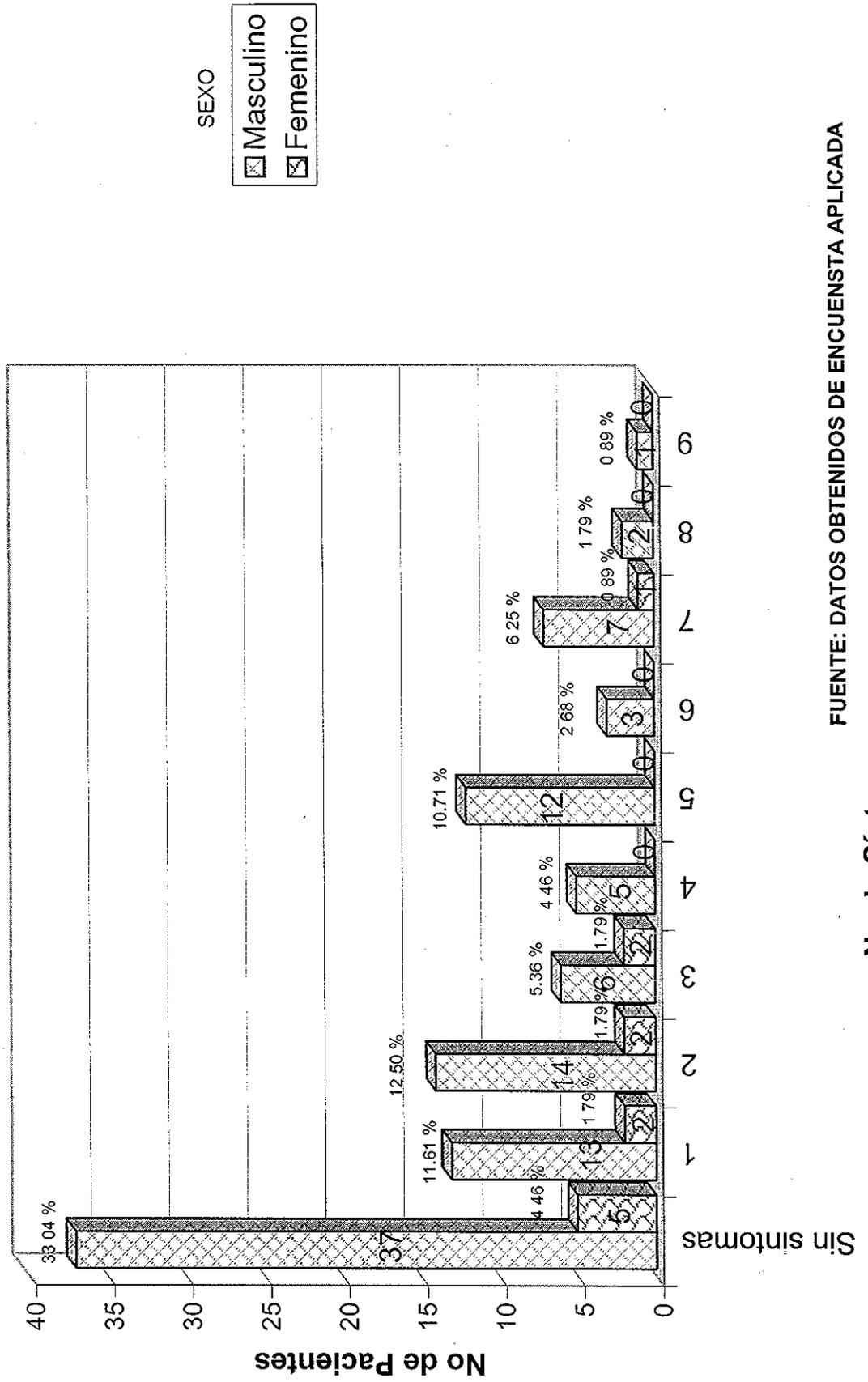
Masculino

Femenino

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE HISTORIA CLINICA

NUMERO DE SINTOMAS EN 112 PACIENTES CON VIH EN EL HRLALM DE JULIO - AGOSTO DE 1999.



FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE ENCUESTA APLICADA

No de Síntomas

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## Bibliografía:

1. Jonthan bjm 5 avances recientes infección por HIV.
2. Saravolatz LD, Winslow DL, Collins G, et-al. Zidovudine alone or in combination with didanosine or zalcitavine in HIV-infected patients with the acquired immune deficiency syndrome or fewer than 200 CD4 cells per cubic millimeter. *N Engl J Med* 1996;335: 1099-106.
3. Hammer SM, Katzenstein DA, Hughes Md, et-al. A trial comparing nucleoside monotherapy with combination therapy in HIV-infected adults with CD4 cell counts from 200-500 per cubic millimeter. *N Engl J Med* 1996;335: 1081-90.
4. DELTA co-ordinating committee. DELTA: a randomised double-blind controlled trial comparing combinations of zidovudine plus didanosine or zalcitabine or zidovudine alone in HIV infected individuals. *Lancet* 1996: 348:283.
5. Lalezari J, Haubrich R, Burger HU, et-al. Improved survival and decreased disease progression of HIV in patients treated with saquinavir plus HIVID. XI International Conference on AIDS (Vancouver, July, 1996); LB.B. 6033
6. Katlama C on behalf of the CAESAR co-ordinating committee. Clinical and survival benefit of 3tc in combination with zidovudine containing regimens in HIV-1 infection: interim results of the CAESAR study. 3rd International Congress on Drug Therapy in HIV infection (Birmingham, UK, November 1996) abstr SS2.1.
7. Ullrich R; Heise W; Bergs C; L'age M; Riecken EO; Zeitz M. Gastrointestinal symptoms in patients infected with human immunodeficiency virus: relevance of infective agents isolated from gastrointestinal tract. *SO. Gut* 1992 Aug;33(8): p1080 - 4 (abstr)
8. May GR, Gill MJ, Church DL, Sutherland LR. Gastrointestinal symptoms in ambulatory HIV-infected patients. *Dig Dis. Sci* 1993 Aug; 38(8):1388-94.
9. Sievert W; La Brooy Jt. HIV related gastrointestinal disease. *Med J. Aust* 1993 Feb 1;158 (3): 175-8.
10. Hammer SN, Squires KE, Hughes MD, et-al. A controlled trial of two nucleoside analogues plus indinavir in persons with human immunodeficiency virus infections and CD4 cell count of 200 per cubic millimeter or less. *N Engl J Med* 1997;337:725-33.
11. Foster RH, Faulds, D. Abacavir. *Drugs* 1998; 55 729-36.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

12. Volverding PA, Lagakos SM, Koch MA, et-al. Zidovudine in asymptomatic human immunodeficiency virus infection--- a controlled trial in person with fewer than 500 CD4 positive cells per cubic millimeter. *N Engl J med* 1990;322:941-9.
13. Concorde coordinating committee. Concorde: MRC/ANRS randomized double-blind controlled trial of immediate and deferred zidovudine in symptom-free HIV infection. *Lancet* 1994;343:871-81.
14. Delta coordinating committee. Delta: a randomised double-blind controlled trial comparing combinations of zidovudine plus didanosine or zalcitabine with zidovudine alone in HIV-infected individuals. *Lancet* 1996;348: 283-91.
15. Staszewski S, Morales Ramirez J, Tashima K, et-al. A phase III, multicenter, randomized, open label study to compare the retroviral activity and tolerability of efavirenz + indinavir versus efavirenz + zidovudine + lamivudine versus indinavir + zidovudine + 3tc at 24 weeks [study DMP 266-006] [abstract 22336]. 12th world AIDS conference 1998 Jun 28-Jul 3: Geneva.
16. Gill MJ; Sutherland LR; Church DL. Gastrointestinal tissue cultures for HIV in HIV infected/AIDS patients. *AIDS* 1992 Jun;6(6):553-6.
17. CAESAR coordinating committee. Randomised trial of addition of lamivudine or lamivudine plus zalcitabine to zidovudine-containing regimen for patients with HIV-infection: the CAESAR trial. *Lancet* 1997; 349: 1413-21.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN