



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

TESIS

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, SEROLÓGICAS Y
EPIDEMIOLÓGICAS EN PACIENTES CON SARCOMA DE
KAPOSI ASOCIADO A VIH/SIDA EN EL HOSPITAL DR JOSÉ
DANIEL RODRÍGUEZ MARIDUEÑA”**

ESTUDIO A REALIZARSE EN EL PERÍODO 2014 - 2017

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO

AUTORES:

SEMIRA ROCÍO ALVAREZ ZAMORA

NOMBRE DEL TUTOR

MG. GRACE NAVARRETE CHÁVEZ

GUAYAQUIL – ECUADOR

2017-2018



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Este Trabajo de Graduación con tema “Características clínicas, serológicas y epidemiológicas en pacientes con sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA”, estudio a realizarse en el Hospital Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña período 2014 – 2017, cuya autoría corresponde a **Semira Rocío Alvarez Zamora**, con número de Cédula **0929134336**, ha sido **aprobado**, luego de su defensa pública; en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Medicina como requisito parcial para optar

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

SECRETARIA

ESCUELA DE MEDICINA

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	<i>“Características clínicas, serológicas y epidemiológicas en pacientes con sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA”, estudio a realizarse en el hospital Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña periodo 2014 – 2017</i>		
AUTOR(ES)	Semira Rocío Alvarez Zamora		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	DR. Cesar Chalen / MG. Grace Navarrete		
INSTITUCIÓN:	Universidad de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Medicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:		No. DE PÁGINAS:	70 páginas
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud - Ciencias Médicas – Bienestar Social		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Sarcoma de Kaposi, VIH, CD4, carga viral, desnutrición		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>El S. Kaposi es la neoplasia con mayor frecuencia en pacientes con HIV, cuya frecuencia ha disminuido por aumento de la terapia antirretroviral; cuyas principales manifestaciones clínicas son las mucocutáneas, también pueden afectar órganos y demás regiones anatómicas; estas manifestaciones están sujetas al estado inmunológico de los pacientes, donde a mayor compromiso inmune (menor conteo CD4 y carga viral elevada) mayor riesgo de desarrollo de esta neoplasia. La falta de información a nivel local sobre este tema, demuestra la importancia de abarcar esta problemática de manera integral, por ello la mayor parte de los estudios son en regiones con mayor tasa epidemiológica de VIH. Nuestro estudio de forma retrospectiva, no experimental, observacional indirecta y mediante un análisis cualitativo en pacientes con diagnóstico de VIH y Sarcoma de Kaposi, se enfocó en determinar el estadio clínico, nutricional e inmune que afecta a esta población en el Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña durante el periodo 2014 -2017. Demostrando que predominio de variedad cutánea en el 52% de los casos y visceral 25%, clase T1S1 56%; con el IMC de la población fue de 17 kg/m², donde el 41% tenía desnutrición grado 3 y 38% desnutrición grado 1; con evolución favorable en 78% de los casos (alta 86%, fallecidos 6%); abandono de TARGA 22%, y afectación inmunológica con mayor frecuencia en pacientes con menor a 200 cell/ul CD4, y carga viral superior a 50000.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0960604321	E-mail: memi91@outlook.es	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Teléfono: +593-4-		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			



CERTIFICADO DE REVISOR DE TESIS

En mi calidad de REVISOR de trabajo de titulación para obtener el título de Médico en la Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas por las Srta. **Semira Rocío Álvarez Zamora**; con C.I **0929134336** cuyo tema: **“Características clínicas, serológicas y epidemiológicas en pacientes con sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA”**, estudio a realizarse en el hospital Dr. José Rodríguez Maridueña período 2014 – 2017

Certifico que he revisado y corregido el trabajo de titulación, aprobándose en su totalidad.

DR. Cesar Chalen Láinez

0906187414

**LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA
PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO
ACADÉMICOS**

Yo, **Semira Rocío Álvarez Zamora** con C.I. No. 0929134336 certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es **“Características clínicas, serológicas y epidemiológicas en pacientes con sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA”**, estudio a realizarse en el **hospital Dr. José Rodríguez Maridueña periodo 2014 – 2017**, son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente

Semira Rocío Alvarez Zamora

C.I. No. 0929134336

*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899 - Dic./2016) Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovación, artículos académicos, u otros análogos, sin perjuicio de que pueda existir relación de dependencia, la titularidad de los derechos patrimoniales corresponderá a los autores. Sin embargo, el establecimiento tendrá una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso



CERTIFICADO DE TUTOR DE TESIS

En mi calidad de TUTOR de trabajo de titulación para obtener el título de Médico en la Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas por las Srta. **Semira Rocío Álvarez Zamora**; con C.I 0929134336 cuyo tema: **“Características clínicas, serológicas y epidemiológicas en pacientes con sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA”**, estudio a realizarse en el hospital Dr. José Rodríguez Maridueña periodo 2014 – 2017

Certifico que he revisado y corregido el trabajo de titulación, aprobándose en su totalidad.

Mg. Grace Navarrete

0602651424

DEDICATORIA

En memoria de mis abuelos Alberto Alvarez y Marcos Zamora, que aunque ya no están físicamente, su cariño y anhelo de verme realizada profesionalmente siempre están conmigo y los llevaré eternamente en mi corazón.

A mi cuñado Carlos Eduardo, que siempre me motivaba con su frase “Vamos cuñada ya falta poco, DEEELE que ya llega.” Me vas a hacer falta para celebrar. ¡A tu nombre cuñado!.

AGRADECIMIENTO

A Dios por la vida y ser mi fuerza en momentos difíciles, a mis padres por su amor, brindándome su apoyo incondicional día a día, sus consejos certeros, su, la misma confianza que me brindada durante este tiempo que me permitió desenvolverme con seguridad, siendo ellos el eje de la consolidación de esta meta.

A mi tutora por su paciencia, consejos y conocimientos en el desarrollo del tema de mi tesis, a los docentes que aportaron con la semilla del conocimiento, especialmente a aquellos docentes que me incentivaron a esforzarme más y a quienes me inyectaron autoconfianza.

A mis abuelos Papunchi y papi Pali por su Fe en mí.

INDICE GENERAL

<i>TESIS.....</i>	<i>i</i>
<i>PRESIDENTE DEL TRIBUNAL.....</i>	<i>ii</i>
<i>REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA.....</i>	<i>iii</i>
<i>FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN</i>	<i>iii</i>
<i>CERTIFICADO DE REVISOR DE TESIS.....</i>	<i>iv</i>
<i>LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS</i>	<i>v</i>
<i>CERTIFICADO DE TUTOR DE TESIS.....</i>	<i>vi</i>
<i>DEDICATORIA</i>	<i>vii</i>
<i>AGRADECIMIENTO.....</i>	<i>viii</i>
<i>INDICE GENERAL.....</i>	<i>ix</i>
<i>ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS</i>	<i>xii</i>
<i>RESUMEN</i>	<i>xiv</i>
<i>ABSTRACT.....</i>	<i>xv</i>
<i>INTRODUCCIÓN</i>	<i>16</i>
<i>CAPÍTULO I.....</i>	<i>18</i>
<i>EL PROBLEMA.....</i>	<i>18</i>
<i>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</i>	<i>18</i>
<i>DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA</i>	<i>19</i>
<i>DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....</i>	<i>19</i>
<i>FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</i>	<i>20</i>
<i>JUSTIFICACIÓN.....</i>	<i>21</i>
<i>PREGUNTAS DE INVESTIGACION</i>	<i>23</i>

FORMULACIÓN DE OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	25
INDEPENDIENTES	26
DEPENDIENTES.....	26
OPERALIZACION DE VARIABLES	27
CAPÍTULO II.....	28
MARCO TEÓRICO	28
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	28
OBJETO DE ESTUDIO	28
CAMPO DE INVESTIGACIÓN.....	30
REFERENTES EMPÍRICOS.....	36
CAPÍTULO III.....	40
MATERIALES Y MÉTODOS	40
LOCALIZACIÓN / CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO	40
PERÍODO DE INVESTIGACIÓN	41
RECURSOS EMPLEADOS	41
DETERMINACIÓN DE UNIVERSO-POBLACIÓN-MUESTRA.....	42
UNIVERSO/POBLACIÓN.....	42
MÉTODO.....	42
TIPO DE INVESTIGACIÓN	42
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	42
PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN.....	43
CRITERIOS DE INCLUSIÓN / EXCLUSIÓN	44
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	44
ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	45
CAPÍTULO IV	46
RESULTADOS – GRÁFICOS Y TABLAS.....	46

DISCUSIÓN.....	62
CAPÍTULO V	63
CONCLUSIONES.....	63
CAPÍTULO VI	65
RECOMENDACIONES.....	65
CAPÍTULO VII	66
BIBLIOGRAFÍA.....	66
ANEXOS	70
INDICE DE TABLAS.....	70

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

<u>Tabla 1. Distribución de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA según sexo. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017.</u>	46
<u>Gráfico 1. Distribución de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA según sexo. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017.</u>	46
<u>Tabla 2. Distribución de pacientes edad con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA según grupo etario. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017.</u>	47
<u>Gráfico 3. Distribución de pacientes edad con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA según grupo etario. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017.</u>	47
<u>Tabla 3. Grupo de riesgo de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017.</u>	48
<u>Gráfico 3. Grupo de riesgo de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017.</u>	48
<u>Tabla 4. Días de hospitalización de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017</u>	49
<u>Gráfico 4. Días de hospitalización de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017</u>	49
<u>Tabla 5. Variables cuantitativas en distribución mediante medidas de tendencia central de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017</u>	50
<u>Gráfico 5.1 Variables cuantitativas: Edad de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017</u>	51
<u>Gráfico 5.2 Variables cuantitativas: Índice de masa corporal de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017</u>	51
<u>Gráfico 5.3 Variables cuantitativas: Días de hospitalización de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017</u>	52
<u>Gráfico 5.4 Variables cuantitativas CD4 en de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017</u>	52
<u>Gráfico 5.5 Variables cuantitativas: Carga viral de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017</u>	53
<u>Tabla 6. Grado de desnutrición de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017</u>	54
<u>Tabla 6. Grado de desnutrición de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017</u>	54

<u>Tabla 7. Resolución clínica de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017</u>	55
<u>Grafico 7. Resolución clínica de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017</u>	55
<u>Tabla 8. Comorbilidades clínicas de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017</u>	56
<u>Gráfico 8. Comorbilidades clínicas de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017</u>	56
<u>Tabla 9. Tiempo de evolución clínica de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017</u>	57
<u>Gráfico 9. Tiempo de evolución clínica de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017</u>	57
<u>Tabla 10. Presentación clínica de Sarcoma de Kaposi de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017</u>	58
<u>Gráfico 10. Presentación clínica de Sarcoma de Kaposi de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017</u>	58
<u>Tabla 11. Fase de Sarcoma de Kaposi de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017</u>	59
<u>Tabla 11. Fase de Sarcoma de Kaposi de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017</u>	59
<u>Tabla 12. Relación entre valores de CD4 y evolución clínica pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017</u>	60
<u>Tabla 13. Relación entre valores de Carga viral y evolución clínica pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017</u>	61

RESUMEN

El Sarcoma de Kaposi (SK) es la neoplasia con mayor frecuencia en pacientes con VIH, su frecuencia ha disminuido gracias al uso de la terapia antirretroviral, las manifestaciones de la enfermedad y su desenlace guardan relación con el estado inmunológico de los pacientes. **Objetivo:** El objetivo de este trabajo investigativo es determinar la característica clínicas, serológicas y epidemiológicas de los pacientes con SK asociado a VIH/SIDA. **Metodología:** Estudio descriptivo, retrospectivo, no experimental, de corte transversal, realizado en pacientes con diagnóstico de VIH y Sarcoma de Kaposi, del Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña durante el período 2014 - 2017. **Resultados:** Se estableció que la mayor parte de los pacientes son de sexo masculino, de entre 22 a 31 años de edad, heterosexuales, que presentaban comorbilidades asociadas al VIH. El SK de variedad cutánea representa el 52% de los casos y el visceral el 25%, según tipificación la clase T1S1 corresponde al 56% de los casos; la media del IMC de la población fue de 17 kg/m², el 41% tenía desnutrición grado 3 y 38% desnutrición grado 1. Se determinó que 22% de pacientes tenían antecedentes de abandono de TARGA, en cuanto a las características serológicas en su mayoría se presentaron cifras menores a 200 cell/ul CD4, y cargas virales superiores a 50000. Existe relación entre las características serológicas y los factores de desenlace (alta, fallecimiento). **Conclusión:** Las características de los pacientes con SK asociado a VIH/SIDA estudiados son coincidentes con el perfil clínico, epidemiológico y serológico encontrado en otros estudios y series de caso a nivel mundial.

Palabras Claves: características, sarcoma de Kaposi, VIH, CD4, carga viral, desnutrición, desenlace.

ABSTRACT

Kaposi's sarcoma (KS) is the most frequent neoplasm in patients with HIV, its frequency has decreased thanks to the use of antiretroviral therapy, the manifestations of the disease and its outcome are related to the immunological status of patients. **Objective:** The objective of this research work is to determine the clinical, serological and epidemiological characteristics of patients with KS associated with HIV / AIDS. **Methodology:** A descriptive, retrospective, non-experimental, cross-sectional study was carried out in patients diagnosed with HIV and Kaposi's sarcoma, from the Dr. José Rodríguez Maridueña Hospital during the period 2014-2017. **Results:** It was established that the majority of patients are male, between 22 and 31 years of age, heterosexual, who had comorbidities associated with HIV. The SK of cutaneous variety represents 52% of the cases and the visceral 25%, according to classification the class T1S1 corresponds to 56% of the cases; the average BMI of the population was 17 kg / m², 41% had malnutrition grade 3 and 38% malnutrition grade 1. It was determined that 22% of patients had a history of abandonment of HAART, in terms of serological characteristics in their Most of the figures were lower than 200 cell / ul CD4, and viral loads higher than 50000. There is a relationship between the serological characteristics and the outcome factors (discharge, death). **Conclusion:** The characteristics of the patients with KS associated to HIV / AIDS studied are coincident with the clinical, epidemiological and serological profile found in other studies and case series worldwide.

Key words: characteristics, Kaposi's sarcoma, HIV, CD4, viral load, malnutrition, outcome.

INTRODUCCIÓN

El Sarcoma de Kaposi es una enfermedad sistémica de afectación predominantemente cutánea, debida a la proliferación de células endoteliales estimuladas por diversas citoquinas. (1) Actualmente se le considera un trastorno angioproliferativo que requiere infección por el virus del herpes humano 8 (HHV-8), también conocido como el virus del herpes asociado al sarcoma de Kaposi. Se manifiesta con manchas y nódulos dispersos predominantemente en miembros inferiores y tórax, se puede extender al tracto gastrointestinal, ganglios, pulmón conjuntiva ocular hígado y bazo. (2)

El SK se clasifica en cuatro tipos en función de las circunstancias clínicas en las que se desarrolla: clásico (el tipo descrito originalmente por Kaposi, que generalmente se presenta en la mediana edad o en la vejez), endémico (varias formas descritas en los africanos indígenas subsaharianos antes de la adquisición síndrome de inmunodeficiencia [SIDA] epidémico), iatrogénico (un tipo asociado con terapia inmunosupresora, típicamente visto en receptores de aloinjerto renal), y asociado con VIH/SIDA. (3)

Aunque se ha descrito en todo el mundo la enfermedad ha sido diagnosticada con mayor frecuencia en individuos de Europa Central y Oriental, siendo frecuente en Asia y América Latina. (4) La inmunosupresión, ya sea iatrogénica (es decir, en receptores de aloinjerto) o adquirida (es decir, en el contexto de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), está bien descrita como un factor de riesgo para el desarrollo de Sarcoma de Kaposi. (5) En pacientes VIH/SIDA las manifestaciones clínicas del SK son más frecuentes a nivel de mucosa oral y ganglios linfáticos.

La afectación mucosa y la linfedema son signo de mal pronóstico, el tratamiento sistémico con terapia antirretroviral combinada potente (ART) se recomienda para prácticamente todos los pacientes con Sarcoma de Kaposi relacionado con el SIDA. Por tal motivo se plantea el presente estudio de forma cuantitativa observacional indirecta retrospectivamente identificar la frecuencia de Sarcoma de Kaposi en pacientes con VIH/SIDA y su asociación con el estadio

serológico (CD4 – Carga Viral) determinando sus características clínicas, epidemiológicas e inmunológicas en el Hospital “José Daniel Rodríguez Maridueña” de Guayaquil durante el período 2014 – 2017.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de ser considerado un problema de salud pública con un elevado índice de morbilidad, hospitalizaciones, gastos en salud y mortalidad, que requiere acciones claras para prevenirla y evitar su rápida evolución, la bibliografía local publicada es muy escasa, no existen estudios en poblaciones amplias de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA en relación a la evolución de la enfermedad, sus características, desarrollo de las complicaciones y evaluación de los factores de desenlace en nuestro medio. De allí la necesidad de la pregunta: ¿Cuáles son las características clínicas, serológicas y epidemiológicas del Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA en los pacientes ingresados en el Hospital Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña durante el período 2014-2017?

DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

- Universidad de Guayaquil:
 - Línea de Investigación: Salud Humana
 - Sub Línea: Biomedicina y epidemiología
- Prioridades de Investigación Ministerio de Salud Pública
 - Naturaleza: Ciencias Médicas: Medicina Interna - Patología
 - Campo de investigación: Inmunología
 - Área de investigación: VIH/Tuberculosis
 - Línea de investigación: VIH
 - Sublínea de investigación: Infecciones oportunistas
 - Tema a investigar: Sarcoma de Kaposi
 - Lugar: Hospital José Daniel Rodríguez Maridueña
 - Período: 2014-2017

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Estudio de carácter retrospectivo observacional indirecto, de corte transversal no experimental con enfoque cuantitativo en pacientes con VIH/SIDA y sarcoma de Kaposi en el Hospital José Daniel Rodríguez Maridueña

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características clínicas, serológicas y epidemiológicas del Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA en pacientes ingresados en el Hospital Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña durante el período 2014-2017?

JUSTIFICACIÓN

El Sarcoma de Kaposi es la neoplasia de origen viral originada por el virus del herpes humano 8 (VHH-8) que se ha asociado a inmunosupresión por VIH/SIDA.

Como tumor mesenquimatoso es capaz de involucrar y afectar los vasos sanguíneos y linfáticos; en 1981 Friedman – Kien y colaboradores describieron más de 50 hombres jóvenes homosexuales previamente sanos con Sarcoma de Kaposi con afectación a ganglios linfáticos, vísceras, piel y mucosas y de manera concurrente se asociaron infecciones oportunistas que amenazaban la vida junto con un deterioro severo de la inmunidad celular, lo que se reconoce hoy en día como SIDA.

En el Ecuador a principios de los años 80 se observaron numerosos casos de pacientes jóvenes, estos morían por confección de VIH y pneumocystis carinii, nuestro país se ubica entre los cinco países de América Latina con más contagios de VIH en el periodo 2005 – 2015 presentando un 3.9% de nuevos casos al año según la BBC. Hoy en día existen sistemas de estadificación, el más comúnmente utilizado es el desarrollado por el AIDS Clinical Trials Oncology Committe nos permite pronosticar el curso de enfermedad de pacientes con Sarcoma de Kaposi VIH/SIDA. La necesidad de tratamiento más allá del tratamiento antirretroviral y la elección entre las diversas opciones dependen de la extensión de la enfermedad, la rapidez del crecimiento tumoral, la carga viral del VIH, el recuento de células CD4 y la condición médica general del paciente.

El propósito de este estudio es valorar la frecuencia, frecuencia, características clínicas, epidemiológicas y serológicas del Sarcoma de Kaposi asociado a VIH que se presentaron en el período 2014 y 2017 en el Hospital José Daniel Rodríguez Maridueña, ya que la información local sobre este tipo de infección oportunista es relativamente escasa, se realiza este estudio para correlacionar las cifras de nuevos casos con estudios previos y datos estadísticos de dicha institución, para enfocarse a la prevención y disminución de su frecuencia.

Se tomarán datos establecidos como variables de investigación basados en las manifestaciones clínicas, estado general de pacientes la carga viral, el conteo de Linfocitos CD4 y la principal estadificación de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA.

VIABILIDAD

Es viable por cuanto es de interés social y existen las autorizaciones correspondientes para su ejecución por lo cual se espera alcanzar los objetivos propuestos y brindar un aporte real a esta problemática social. Estudio capaz de realizarse sin ningún inconveniente, puesto que los datos a recabar están en la plataforma de mencionado hospital. La tabulación se empleará herramientas digitales y plataformas online para su interpretación. Doy a conocer que este estudio se llevara a cabo en el Hospital Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña durante el período 2014, donde además realizamos nuestro internado rotativo obligatorio.

La presente investigación es viable porque cursa con el apoyo de las autoridades y el departamento de docencia de la institución, el permiso correspondiente de la universidad y los recursos económicos del investigador.

PREGUNTAS DE INVESTIGACION

¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH en el Hospital Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña de Guayaquil en el período de estudio?

¿Cuál es el estado serológico presente en los pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado al VIH/SIDA?

¿Cuáles son las características epidemiológicas más frecuentes en pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA en el Hospital Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña en el período de estudio?

¿Cuál es la relación entre el estado serológico y los factores de desenlace en pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA en el Hospital Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña en el período de estudio?

FORMULACIÓN DE OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Objetivo Generales

- Determinar las características clínicas, serológicas y epidemiológicas del Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA en pacientes ingresados en el Hospital Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña durante el período 2014-2017

Objetivos Específicos

- Identificar las características clínicas más frecuentes en pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA en el Hospital Dr. Daniel Rodríguez Maridueña en el período de estudio
- Establecer el estado serológico presente en los pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado al VIH/SIDA.
- Determinar las características epidemiológicas más frecuentes en los pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado al VIH/SIDA.
- Correlacionar el estado serológico y los factores de desenlace en pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA en el Hospital Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña en el período de estudio

VARIABLES

INDEPENDIENTES

- Sarcoma de Kaposi asociado a VIH

DEPENDIENTES

- Características clínicas: estadificación de Sarcoma de Kaposi, días de estancia hospitalaria, estado nutricional, desenlace, comorbilidades, antecedente de TARGA, tiempo de TARGA, abandono de TARGA.
- Características serológicas: Carga viral (ARN-VIH copias/mL), Linfocitos CD4 en células/ μ .
- Características epidemiológicas: edad, sexo, procedencia, grupo de riesgo.

OPERALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA	INDICADOR	TIPO
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de aplicación del estudio	18- 27	AÑOS	Cuantitativo Intervalo
		28-37	AÑOS	
		38-47	AÑOS	
		48-57	AÑOS	
		58-67	AÑOS	
		>68	AÑOS	
GRUPO DE RIESGO	Personas que comparten rasgos o comportamientos que afectan su probabilidad de padecer de una enfermedad.	Enfermedades de Transmisión Sexual	SI O NO	Cualitativa Nominal
		Homosexualidad	SI O NO	
		Adicción a drogas por vía parenteral	SI O NO	
		Trabajadoras sexuales	SI O NO	
SEXO	Categoría para clasificar a las personas según sus características sexuales.	Masculino	SI O NO	Cualitativo Nominal
		Femenino	SI O NO	
PROCEDENCIA	Categoría para clasificar a las personas según su área de vivienda	Urbana	SI O NO	Cualitativo Nominal
		Rural	SI O NO	
DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA	Pacientes con más de 48 horas de estancia hospitalaria	Cantidad de días	Días	Cuantitativo
ESTADO NUTRICIONAL	Categoría para clasificar a los pacientes según su IMC	DESNUTRICION GRADO 3	SI O NO	Cualitativo Nominal
		DESNUTRICION GRADO 2	SI O NO	
		DESNUTRICION GRADO 1	SI O NO	
		NORMAL	SI O NO	
		SOBREPESO	SI O NO	
COMORBILIDADES	La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario. El efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales.	ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES	SI O NO	Cualitativo Nominal
		ENFERMEDADES GENERALES (DIGESTIVAS, CARDIACAS)	SI O NO	
		INFECCIONES OPORTUNISTAS (INFECCIONES)	SI O NO	
RESOLUCION	Curso final de la enfermedad	ALTA	SI O NO	Cualitativo Nominal
		FALLECIDO	SI O NO	
CARACTERISTICAS SEROLOGICAS	Estadificación de carga viral y linfocitos CD4	Carga viral (ARN-VIH copias/mL),	replicas	Cuantitativo
		Linfocitos CD4 en células/μ.	células	
SISTEMA DE ESTADIFICACION AIDS CLINICAL TRIAL GROUP	Sistema de clasificación y estadificación para el Sarcoma de Kaposi relacionado con HIV	Grado de Tumor	T0: Limitado a la piel y/o Ganglio o mínima afectación oral	Cualitativo Nominal
			T1: Edema o ulceración asociado a tumor	
			Extensa afectación Oral Afectación Visceral	
		Estado Inmunitario	Inmunidad I buen pronóstico: Linfocitos CD4 +>200 mm3	Cuantitativa Ordinal
			Inmunidad I mal pronóstico: Linfocitos CD4 9< 200 mm3	
			Gravedad de la Enfermedad Sistémica	
		Buen Pronóstico: No infección oportunista	No muguet	Cuantitativa Ordinal
			No Síntomas B	
			Karnosfky >50	
		Mal Pronóstico: Infección Oportunista	Muguet	Cuantitativa Ordinal
Síntomas B				
Karnosfky <70				
Encefalopatía y/o otras manifestaciones del HIV				
Tratamiento antirretroviral	Tratamiento empleado en relación a enfermedad inmunosupresión	Antecedente	si o no	Cualitativo Nominal
		Tiempo	meses	Cuantitativo
		Abandono	SI O NO	Cualitativo Nominal

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Objeto de estudio

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), fue aislado por primera vez en 1983, es el agente causal del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que representa la expresión clínica final de la infección. La característica más importante es la destrucción del sistema inmune, pero el VIH también origina una serie de manifestaciones neurológicas y tumorales. Esto se debe al doble tropismo del VIH; por un lado, como todos los lentivirus infecta las células de la estirpe macrófaga y por otro, presenta un tropismo especial por los linfocitos CD4. Se conocen 2 tipos de virus: VIH-1 y VIH-2, siendo VIH-1 el responsable de la epidemia en occidente. (6)

El VIH se transmite a través del intercambio de determinados líquidos corporales de la persona infectada, como la sangre, la leche materna, el semen o las secreciones vaginales. No es posible infectarse en los contactos ordinarios cotidianos como los besos, abrazos o apretones de manos o por el hecho de compartir objetos personales, agua o alimentos. (7)

Hay algunos comportamientos que aumentan el riesgo de que una persona contraiga el VIH entre los cuales se puede mencionar: Tener relaciones sexuales anales o vaginales sin preservativo; padecer otra infección de transmisión sexual como sífilis, herpes, clamidia, gonorrea o vaginosis bacteriana; compartir agujas, jeringuillas, soluciones de droga u otro material infectivo contaminado para consumir drogas inyectables; recibir inyecciones, transfusiones sanguíneas o trasplantes de tejidos sin garantías de seguridad o ser objeto de procedimientos médicos que entrañen cortes o perforaciones con instrumental no esterilizado; pincharse accidentalmente con una aguja, lesión que afecta en particular al personal de salud. (8)

El mecanismo de producción de patología en los pacientes con VIH es muy variado: por destrucción de células al ser infectadas por el virus, por disfunción del órgano debido a una infiltración linfocitaria o fenómenos de autoinmunidad y por infecciones o neoplasias oportunistas. Algunos de estos procesos se caracterizan porque pueden sugerir la infección aguda por el virus pueden aparecer cuando la situación inmunológica todavía no está gravemente afectada y el tratamiento antirretroviral puede mejorar su sintomatología.(8)

Las infecciones oportunistas se pueden clasificar en aquellas que no causan enfermedad en el huésped inmunocompetente (ej. *Pneumocystis carinii*), aquellas que causan enfermedad leve en el huésped inmunocompetente (ej.: *Toxoplasma gondii*, virus herpes simples) y aquellas que debido a la inmunodepresión producen una enfermedad debilitante en el huésped (ej.: *Mycobacterium tuberculosis*). Una de las infecciones oportunistas más frecuentes es la toxoplasmosis cerebral. Dentro de las infecciones fúngicas la frecuencia depende del país o región pero entre las micosis de distribución mundial, tenemos la neumocistosis, la candidiasis y la criptococosis. Las infecciones víricas más frecuentes son el Herpes simple (VHS) tipo 1 y 2, el Virus Varicela Zoster (VVZ), el Citomegalovirus (CMV), el Virus Herpes tipo 8 (VHH-8) y el Virus JC (causante de la leucoencefalopatía multifocal progresiva). Como infecciones oportunistas de origen bacteriano más frecuentes están las neumonías bacterianas (relacionadas con *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*), la salmonelosis y la endocarditis (*Staphylococcus aureus* en la mayoría de las ocasiones). (8)

En cuanto al desarrollo de tuberculosis, la infección por VIH constituye el principal factor de riesgo.. Se recomienda iniciar la profilaxis cuando el recuento de células CD4 es bajo, habitualmente inferior a 200 copias/ μ L. Las profilaxis de mayor prioridad son la profilaxis de la neumonía por *Pneumocystis carinii*, toxoplasmosis y tuberculosis. Hoy en día, con la introducción de los tratamientos antirretrovirales de gran actividad se están modificando las estrategias de profilaxis. En las últimas recomendaciones de GESIDA/ PNS11 se considera la interrupción de la profilaxis en CMV, *Mycobacterium avium*, *Pneumocystis carinii* y *Toxoplasma gondii* cuando el nivel de CD4 es superior a 200 copias/ μ L.). Las Neoplasias asociadas al SIDA con cualquier estado de inmunodeficiencia

presentan entre sus complicaciones una mayor frecuencia de neoplasias. Los pacientes con VIH durante la evolución de la infección desarrollarán en el 30-40% de los casos distintas neoplasias malignas. El sarcoma de Kaposi, el linfoma no Hodgkin y el cáncer cervical invasivo, se consideran neoplasias definitorias de SIDA, ya que su frecuencia es significativamente mayor que en la población general.(7,8)

El VIH, que continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública a nivel mundial, se ha cobrado ya más de 35 millones de vidas. En 2016, un millón de personas fallecieron en el mundo por causas relacionadas con este virus. A finales de 2016 había aproximadamente 36,7 millones de personas infectadas por el VIH en el mundo, y en el 2017 se produjeron 1,8 millones de nuevas infecciones. Según la OMS en la Región de África había 25,6 millones de personas infectadas en el 2016. Esta Región es la más afectada y en ella se registran casi dos tercios de las nuevas infecciones por el VIH en el mundo.

En Ecuador 39.224 personas viven con el virus, pero de ellas menos de la mitad (16.997) reciben el tratamiento, es decir, el 43 %, según datos del MSP. En el 2016 aumentaron el 54 % de casos. De 3.152 en el 2015 pasaron a 4.862 en el 2016. En promedio, cada día se detectan 13 nuevos contagios en Ecuador, el 50 % de ellos vive en Guayas (8)

Campo de investigación

De acuerdo con las estimaciones, solamente el 70% de las personas infectadas por el VIH conocen su estado serológico. Para alcanzar el objetivo fijado del 90%, otros 7,5 millones de personas necesitan acceder a servicios de diagnóstico de esta infección. A mediados de 2017, 20,9 millones de personas infectadas por el VIH estaban en programas de TAR.

Entre 2000 y 2016, el número de nuevas infecciones por el VIH se redujo en un 39% y las defunciones asociadas al virus disminuyeron en una tercera parte. Ello significa que se salvaron 13,1 millones de vidas gracias al TAR en ese periodo. Este logro fue fruto de enormes esfuerzos realizados en el marco de programas nacionales de lucha contra el VIH, con la ayuda de la sociedad civil y un conjunto de asociados para el desarrollo. (9)

Uno de los puntos importantes en la evaluación inicial del paciente infectado por VIH, es determinar el estadio de la enfermedad. Se han propuesto diferentes sistemas de clasificación, como el del CDC/OMS de 1986 revisado en 1997 y basado en las manifestaciones clínicas de la infección por VIH; la clasificación del Instituto *Walter Reed* de Estados Unidos y las clasificaciones de la OMS de 1990¹⁴ y de los CDC de 1993, que tienen en cuenta elementos clínicos y marcadores de progresión, fundamentalmente el conteo total de linfocitos CD4+ (10).

El sistema más utilizado es la revisión de 1993 de la CDC (Center Disease Control), que sustituye la clasificación de 1986: La categoría clínica A se aplica a la infección primaria y a pacientes asintomáticos con o sin linfadenopatías generalizadas persistentes (LGP). La categoría B se aplica a pacientes que presenten síntomas de enfermedades no pertenecientes a la categoría C, pero relacionadas con la infección por VIH (enfermedad de Mughet; candidiasis vulvovaginal persistente; displasia cervical; fiebre o diarrea de más de un mes; leucoplasia oral vellosa; herpes zoster; púrpura trombocitopénica idiopática; listeriosis; enfermedad inflamatoria pélvica; neuropatía periférica). La categoría C incluye pacientes que presenten las patologías incluidas en las enfermedades diagnósticas de sida. Los pacientes incluidos en las categorías C1, C2, C3, A3 y B3 se consideran afectados de sida. La supervivencia de estos pacientes no supera el 15- 30% a los 3 años. (10,11)

Categorías según CD4+	CATEGORÍAS CLÍNICAS		
	A	B	C (sida)
500 μ l (29%)	A1	B1	C1
200-499/ μ l (14-28%)	A2	B2	C2
< 199/ μ l (<14%) (SIDA)	A3	B3	C3

Fuente: Center Disease Control revisión de 1993

Se han desarrollado pruebas del VIH con el objetivo de: 1) analizar la sangre donada; 2) para vigilancia epidemiológica de la frecuencia o de las tendencias del VIH; y 3) el diagnóstico de la infección en las personas.

La mayoría de las pruebas se basan en la detección de anticuerpos contra el VIH en el suero o plasma. No obstante, también se dispone de pruebas que se aplican a la sangre entera, a gotas de sangre secas, a la saliva y a la orina. Como los procedimientos de recolección de esos especímenes alternativos son prácticos y se pueden llevar a cabo en casi cualquier lugar, son útiles para efectuar pruebas en los grupos de población de difícil acceso, como los de profesionales del sexo y de consumidores de drogas intravenosas. (11)

Las pruebas ELISA, que son las utilizadas más habitualmente, son apropiadas para los bancos de sangre que analizan más de 100 muestras diarias o efectúan pruebas sistemáticas para control. En otros contextos, son más adecuadas las pruebas sencillas y rápidas que no necesitan un equipo especial o un personal altamente capacitado. Ambos tipos de pruebas tienen la misma fiabilidad, siempre y cuando se empleen correctamente. Los resultados iniciales positivos no pueden considerarse concluyentes, de modo que siempre deben confirmarse usando otras pruebas suplementarias antes de notificar a una persona su estado serológico con respecto al VIH. (11)

El Western blot, es una técnica analítica usada en biología celular y molecular para identificar proteínas específicas en una mezcla compleja de proteínas. La técnica utiliza tres etapas para lograr esto: separación por tamaño, transferencia a un soporte sólido y, finalmente, visualización mediante la marcación de proteínas con el uso de anticuerpos primarios o secundarios apropiados. (11,12)

Aunque el VIH suele detectarse mediante la técnica ELISA, el Western Blot se usa como prueba confirmatoria cuando el ELISA da un resultado positivo en un grupo que no es de riesgo o en una población donde la frecuencia del virus es muy baja. Mediante el Western blot se buscan los anticuerpos anti-VIH en una muestra de suero humano. Se transfieren a una membrana las proteínas de células que, se sabe, están infectadas por el VIH. Entonces, se incuba el suero que hay que probar con esta membrana. Este paso es equivalente a la incubación con el anticuerpo primario; si hay anticuerpos anti-VIH en el suero, serán estos los que realicen el papel de anticuerpo primario. Se lava, para eliminar los anticuerpos no unidos, y la membrana se vuelve a incubar con un

anticuerpo secundario anti-humano unido a una enzima-señal. La aparición de bandas indica la presencia de proteínas contra las cuales el suero del paciente contiene anticuerpos, es decir, el paciente es seropositivo.(11,12)

Las pruebas de monitoreo son aquellas pruebas que sirven para realizar el seguimiento del paciente infectado y evaluar la eficacia del tratamiento antirretroviral. Estas pruebas son:

Contaje de linfocitos T CD4; esta prueba se utiliza en personas con VIH, al momento del diagnóstico y luego cada seis meses para monitorear la evolución de la respuesta inmunológica, independiente de que estén o no en tratamiento. Se expresa como número de células por mililitro de sangre. (11,12)

Cuantificación de la carga viral; (CV) que es el término utilizado para describir la cantidad de virus que existe en una determinada muestra de plasma o suero. Se expresa como número de copias de ARN viral/ml. La CV es un marcador de replicación del virus y se lo utiliza para monitorizar el TARV, además ayuda a estimar el riesgo de transmisión, la progresión en el curso de la infección por VIH e incluso ayuda al diagnóstico en ocasiones puntuales. Esta prueba debe realizarse al diagnóstico, y luego cada seis meses independiente de que estén o no en tratamiento. (11,12)

El tratamiento antirretroviral (TAR) con asociaciones de 3 drogas antiretrovirales (ARV) suprime la replicación viral con lo que la CV se hace indetectable en más del 70% de los casos, se recupera cualitativa y cuantitativamente la respuesta inmune y se reduce la morbilidad asociada, la progresión y la mortalidad por SIDA. Desafortunadamente no se logra erradicar el genoma viral de los tejidos reservorio, debido a que durante los estadios iniciales de la infección se establecen reservorios en el genoma de células latentes que persisten a pesar de la supresión intensa y duradera de la replicación viral. Por esto, las interrupciones de una TAR exitosa llevan a la reaparición de virus circulante y nuevo deterioro inmunológico y clínico. Las terapias actuales deben, por tanto, mantenerse de por vida, siendo necesario con frecuencia efectuar cambios de esquema terapéutico por toxicidad de las drogas o aparición de resistencia viral, la cual puede ser caracterizada mediante estudios de genotipificación viral. (11,12)

El recuento de CD4 al inicio de la TAR es el factor individual más estrechamente asociado a progresión y muerte. La elevada tasa de progresión a SIDA y muerte en pacientes con recuentos CD4 menores de 200 células/ mm³ sin TAR y diferentes estudios de cohorte que muestran el impacto de las terapias en reducir la morbilidad en este grupo de pacientes constituyen evidencia suficiente para recomendar el inicio de TAR en pacientes con CD4 inferiores a 200 células/ mm³ y/ o con síntomas de inmunodeficiencia. En el subgrupo de pacientes con recuentos inferiores a 100 células/ mm³ al inicio de la TAR, la mortalidad en TAR es aún mayor, sin embargo una proporción significativa de estos pacientes logra una adecuada recuperación inmune y accede a los beneficios de largo plazo de la TAR (13)

Los ARV se clasifican de acuerdo al mecanismo de acción mediante el cual impiden la replicación viral. Se dispone de 6 Inhibidores de la enzima transcriptasa reversa (TR) de tipo nucleósidos y nucleótidos (INTR), 3 Inhibidores de la enzima transcriptasa reversa no nucleósidos (INNTR), 7 Inhibidores de la enzima proteasa (IP), 2 Inhibidores de entrada y 1 Inhibidor de la enzima integrasa. Las combinaciones de drogas antiretrovirales que han demostrado mayor eficacia son aquellas que combinan 2 INTR con 1 INNTR o con 1 IP. En Ecuador las combinaciones de drogas usadas son:

- AZT+ 3TC (Zidovudina + Lamivudina)
- ABC+ 3TC (Abacavir + Lamivudina)
- TDF+ FTC (Tenofovir + Emtricitabina)
- TDF+FTC+EFV (Tenofovir + Emtricitabina + Efavirenz)

El sarcoma de Kaposi es un tumor vascular de bajo grado asociado con la infección por herpes virus del sarcoma de Kaposi / herpes humano (KSHV/HHV8). Las lesiones del sarcoma de Kaposi se presentan predominantemente en sitios mucocutáneos, pero pueden afectar a todos los órganos y lugares anatómicos. Las formas epidemiológicas clínicas reconocidas de Sarcoma Kaposi incluyen el Sarcoma de Kaposi clásico, africano (endémico), asociado con el SIDA (epidémico) y iatrogénico.(12,13,14)

También se ha asociado a la enfermedad de Castleman en su variante multicéntrica o plasmoblástica y al linfoma de cavidades. Es un virus oncogénico. Se integra en el ADN celular y tiene diferentes efectos que promueven la producción de tumor como incremento de la proliferación celular por inhibición de genes que regulan el ciclo celular como p53 y Rb. Promueve producción de citoquinas proangiogénicas como IL6, IL8, TNF beta y VEGF (factor de crecimiento del endotelio vascular)(13,14)

El Sarcoma de Kaposi se considera la neoplasia maligna asociada al SIDA más común, con un aumento del riesgo entre las personas con VIH con un estado inmunológico reducido. Desde el advenimiento de la terapia antirretroviral combinada (cART), la frecuencia de SK epidémico ha disminuido drásticamente en los países de altos ingresos. (13,14)

El Sarcoma de Kaposi clásico se presenta más en Europa del Este, judíos y países del mediterráneo, es más común en varones que en mujeres con una relación 10/1. Entre los 50 a 80 años de edad. El Sarcoma de Kaposi Endémico se presenta en adultos negro africanos, de 25 a 40 años. El Sarcoma Adenolinfático se observa en niños negros de entre 2 a 15 años con una media de 3. El Sarcoma de Kaposi Iatrogénico se presenta en pacientes con enfermedades autoinmunes, conectivopatías de entre 20 a 60 años es más común en hombres que en mujeres en una relación 2/1. Y el Sarcoma de Kaposi Epidémico se presenta mayormente en homosexuales.(13-14)

Se caracteriza por la aparición de manchas, placas o nódulos violáceos de diferentes tamaños generalmente cutáneos, aunque existen formas de presentación ganglionar sin lesiones de la piel o como lesiones de las mucosas de boca e intestino. Las manchas del sarcoma de Kaposi se encuentran típicamente en la mitad superior del cuerpo: cabeza, cuello y parte alta del tórax, aunque pueden presentarse en cualquier parte de la anatomía humana. También es frecuente la afectación de la mucosa de la boca, sobre todo del paladar La presencia de edema o ulceración, afectación extensa de mucosa oral y el compromiso visceral distinto de la ganglionar son considerados como factores negativos del pronóstico. La afectación visceral es frecuente; en la

mitad de los pacientes con lesiones de la piel se detecta dicho compromiso, sobre todo a nivel intestinal, aunque también se puede producir afectación de hígado, pulmón, ganglios linfáticos, cerebro y corazón. En general, si el SK sólo afecta a la piel, la enfermedad no puede ser causante de muerte. Si el SK se disemina, sin embargo, los tumores pueden ser suficientemente grandes como para causar problemas serios: La afectación de la mucosa oral puede causar problemas para la ingesta de alimentos; En el estómago o los intestinos puede ser fatal, causando hemorragias internas y bloqueos de los órganos afectados; El compromiso pulmonar suele ser rápidamente fatal, simulando una neumonía por P. Carini; si el SK afecta a los ganglios linfáticos, puede causar una hinchazón severa de las extremidades, la cara o del escroto. (13)

El diagnóstico diferencial de KS y sus variantes es amplio. La historia clínica, como la infección por VIH o el estado posterior al trasplante, pueden apoyar firmemente el diagnóstico de KS. Incluso en estos entornos clínicos, las lesiones KS cutáneas en etapa de parche deben diferenciarse del hemangioma hemosiderótico dirigido a objetivo, el histiocitoma fibroso y el granuloma anular intersticial. El diagnóstico diferencial histológico del sarcoma de Kaposi en estadio en placa incluye angioma con mechón, hemangioma hemosiderótico dirigido a hemitóides, hemangioma microvenular y acroangiodermatitis ("sarcoma pseudo-Kaposi"). Las lesiones que pueden confundirse con KS nodular incluyen angiomatosis bacilar, otros tumores vasculares (p. Ej., Hemangioma fusiforme y hemangioendotelioma kaposiforme), tumores fibrohistiocíticos (p. Ej., Células, angiomatoides y variantes atípicas de histiocitoma fibroso y dermatofibrosarcoma protuberans), que resuelven la dermis fascitis, melanoma de células fusiformes y varias otras neoplasias mesenquimales de células fusiformes (p. ej., leiomioma cutáneo). Las formas avanzadas y más agresivas de KS deben diferenciarse del angiosarcoma. (15,16)

Referentes empíricos

Krown en su análisis del 2017 indica como el sarcoma de Kaposi endémico o africano afecta a hombres adultos jóvenes en África ecuatorial con un sistema inmune normal. Hasta el 9% de los hombres ugandeses sufren de esta condición. A veces los niños también pueden verse afectados. En ellos el cáncer

invade los ganglios linfáticos y los canales linfáticos y ahorra la piel. Esto suele asociarse con la diseminación a otros órganos puede ser fatal. Sarcoma de Kaposi relacionado con el trasplante o adquirido. Los pacientes después de un trasplante de órganos necesitan fármacos supresores de inmunidad. Esto evita que la inmunidad del paciente ataque y mate al órgano recientemente trasplantado. Estos pacientes con fármacos supresores de inmunidad están en riesgo de sarcoma de Kaposi. Epidemias o sarcoma de Kaposi asociado al VIH. Esta es la causa más común del sarcoma de Kaposi. (2)

Rohner en el 2016, indico como los hombres son más comúnmente afectados. En los países africanos los pacientes varones que no son VIH positivos son más frecuentemente afectados con el virus que las mujeres. Los hombres de origen mediterráneo, medio-oriental o africano y de descendencia judía askenazi corren mayor riesgo. Esto podría deberse a una vulnerabilidad heredada al virus HH8. (11)

Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres tienen más riesgo. Los homosexuales, así como los compañeros heterosexuales de los pacientes con sarcoma de Kaposi están en riesgo de infección por HH8. (11)

Aquellos con una inmunidad suprimida con infección por VIH /SIDA tienen un mayor riesgo de sarcoma de Kaposi. Aquellos con diabetes y con corticosteroides orales están en riesgo. Estas condiciones conducen a una disminución de la inmunidad y por lo tanto pueden conducir a la predisposición. Tal y como lo demuestra en el mismo estudio Rohner en el 2016 (11)

Los objetivos del tratamiento de KS incluyen la paliación de los síntomas, la prevención de la progresión del KS, la mejora de la estética y la reducción del edema asociado, el compromiso del órgano y el estrés psicológico. En la actualidad, no hay cura para KS. La extirpación quirúrgica está restringida para las lesiones KS que alteran cosméticamente, para aliviar la incomodidad o para controlar el crecimiento tumoral local. Otras terapias locales están indicadas en

las siguientes situaciones: a) número limitado de lesiones cutáneas; b) enfermedad localizada, y c) mejoría estética de lesiones aisladas. Entre las modalidades de tratamiento local, contamos con: Crioterapia con nitrógeno líquido. Con esta sencilla técnica podemos obtener una respuesta parcial o completa del 85%. Sin embargo, no suele conseguirse una curación histológica, ya que persisten células tumorales en la dermis reticular profunda, tal y como Chalya lo expone en su análisis de 10 años durante el 2015 (15). Quimioterapia intralesional o citostáticos más empleados localmente son la vinblastina o la vincristina a dosis de 0,1-0,2 mg/cm² de lesión. Comparada con la crioterapia, tiene mejor respuesta en lesiones más de 1 cm de diámetro, pero con más efectos adversos (hiperpigmentación postinflamatoria, dolor, edema, úlceras, alopecia).

Orana, explica como la Radioterapia está especialmente indicada para aliviar síntomas producidos por efecto masa (lesiones orales, adenopatías dolorosas, linfedema localizado de extremidades y genitales). Produce una mucositis grave sobre lesiones orofaríngeas. No se aconseja su uso con fines estéticos. (13)

Actualmente, las antraciclinas y taxanos liposómicos son la columna vertebral de la terapia citotóxica sistémica contra el SK. Se han intentado varias terapias novedosas con cierto éxito, incluyendo interferón α , talidomida, antiherpesterapia, imatinib e inhibidores de metaloproteinasas de matriz (por ejemplo, COL-3). Si bien HHV8 es susceptible a los medicamentos antivirales (p. Ej., Ganciclovir) en la fase lítica, desafortunadamente la mayoría de las células en las lesiones KS albergan a HHV8 en su fase latente (16).

Según estudios de Galleu, 2017, pronóstico depende no tanto del grado de afectación sistémica tumoral sino de la cifra de linfocitos CD4. Así, la mediana de supervivencia no llegó a alcanzarse entre los pacientes con linfocitos CD4 $\geq 150 \times 10^6/l$ y poca afectación tumoral, resultó de 35 meses para los que tenían CD4 $\geq 150 \times 10^6/l$ y afectación tumoral extensa y fue solo de 12 meses para aquellos con linfocitos CD4 $< 150 \times 10^6/l$ con independencia de la extensión tumoral. 7 El sarcoma de Kaposi con afectación de la piel no es causa de muerte, pero cuando ya es sistémico o compromete vísceras como tracto gastrointestinal o

respiratorio puede terminar con la vida del paciente en no más de 6 meses después del inicio de las complicaciones (16)

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

LOCALIZACIÓN / CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

Área de estadística del Hospital Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña, mediante carpetas y sistema informático ligado al ambiente de hospitalización

Este Hospital fue bautizado el 7 de agosto de 1985 con el nombre del ilustre médico Guayaquileño, Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña, destacado científico e investigador de la medicina ecuatoriana. Su historia se inicia en el año 1946 en un local del asilo de ancianos Hospicio Corazón de Jesús, de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, con el nombre de LAZARETO, albergando a pacientes de Hansen y fiebre de tifoidea. Este hospital enfrenta una de las terribles enfermedades mortales, por la que el hombre es atacado, SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. Aparecieron los primeros casos de VIH-SIDA, teniendo el primer ingreso hospitalario el día 30 de agosto de 1985.

Actualmente el hospital cuenta con mejoras en infraestructura y equipamiento se realizó la construcción de un tercer bloque 3 para la atención en consulta externa. Se han efectuado adecuaciones en las áreas de esterilización, la construcción de la sala de aislamiento y se ha fortalecido el talento humano.

PERÍODO DE INVESTIGACIÓN

Período 2014-2017

RECURSOS EMPLEADOS

HUMANOS

- Autores
- Tutor de la tesis.
- Personal del departamento Estadístico del Hospital Teodoro Maldonado Carbo

FÍSICOS

- Historias Clínica
- Papel bond
- Bolígrafos
- Computadora
- Tinta de impresora
- Otros

DETERMINACIÓN DE UNIVERSO-POBLACIÓN-MUESTRA

UNIVERSO/POBLACIÓN

El Universo está conformado por todos los pacientes que ingresaron al Hospital José Daniel Rodríguez Maridueña con diagnóstico de Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA durante el periodo de estudio, que comprende desde enero del 2014 a diciembre del 2017. La muestra estará conformada por los pacientes que cumplan los criterios de inclusión.

MÉTODO

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio a realizarse en el Hospital Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña, en el área de hospitalización, con enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, observacional, analítico y descriptivo, indirecto y retrospectivo de corte transversal

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

No Experimental

Este proyecto es una investigación observacional y descriptiva de tipo no experimental porque no existe la intervención del autor, son datos ajenos a la voluntad del investigador.

El tipo de investigación es transversal porque las variables son medidas en una sola ocasión, utilizando datos estadísticos del hospital y de las historias clínicas de los pacientes seleccionados para el estudio.

PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN

Los datos se obtendrán de la revisión de las historias clínicas y llenado de fichas de recolección de datos, instrumento que fue elaborado por la autora. En este estudio los pacientes tendrán un diagnóstico de base de VIH/SIDA asociado a Sarcoma de Kaposi, se realizarán las respectivas variables de investigación y se estadificarán los casos que incluiremos en el universo de pacientes.

La información recopilada por el instrumento será codificada en una matriz del Programa Microsoft Excel 2010 y tabulados así mismo por el programa Excel y SPSS, el análisis estadístico se realizará mediante métodos estadísticos descriptivos y analíticos, y en el caso de variables de asociación se utilizará medidas de inferencia estadística, chi cuadrado y t de student.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN / EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA que presenten asociación de Sarcoma de Kaposi que hayan sido estadificados.
- Pacientes que hayan sido ingresado en el área de hospitalización con una estancia hospitalaria mínima de 48 horas.
- Pacientes mayores de 18 años.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no cuenten con todos los datos necesarios para el estudio en su historia clínica.
- Fallecidos en menos de 48 horas de ingreso.
- Exámenes complementarios incompletos.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Con las fichas de investigación se trabajará en las diferentes variables que se tomarán en consideración. Las fichas serán procesadas en una base de datos, la misma será analizada para la elaboración de estadísticas, con las cuales luego de presentadas se llegará a conclusiones y recomendaciones según los datos obtenidos.

Se utilizará el programa Microsoft Office Excel 2010 en donde se realizarán tablas simples, cruce de variables y gráficos para cumplir con los objetivos del estudio, evitando márgenes de error. Los resultados serán analizados estadísticamente con el programa SPSS y discutidos con la literatura científica

consultada. Se tomará como margen de error 5%, con un nivel de confianza de 95%.

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Se tendrán en cuenta los principios éticos que rigen la investigación con seres humanos, la deontología médica; y las leyes de la República del Ecuador. El estudio que se realizará, no transgrede los derechos de las pacientes, debido a que en ningún momento viola su privacidad pues no se tomarán nombres de los pacientes, no se aplicará tratamiento alguno, ya que es un estudio de tipo observacional. Por otro lado la observación se regirá según las normas de Buena Práctica Médica.

Se contará además con la autorización del Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Guayaquil para ejecutar este proyecto de tesis. El estudio se enmarca en las leyes y reglamentos de la nueva Constitución del Ecuador, que resguardan la intimidad del individuo pero que favorecen la investigación científica para el mejoramiento de la atención en las instituciones del país.

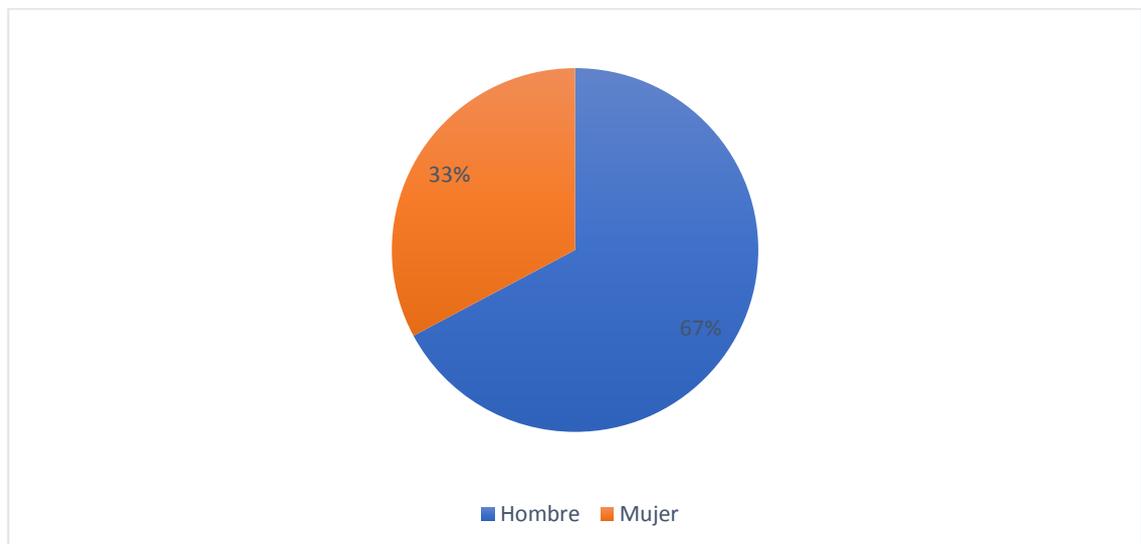
CAPÍTULO IV

RESULTADOS – GRÁFICOS Y TABLAS

Tabla 1. Distribución de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA según sexo. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017.

SEXO	N	%
Hombre	43	67%
Mujer	21	33%
TOTAL	64	100%

Gráfico 1. Distribución de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA según sexo. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017.



Fuente: Base de datos del estudio.

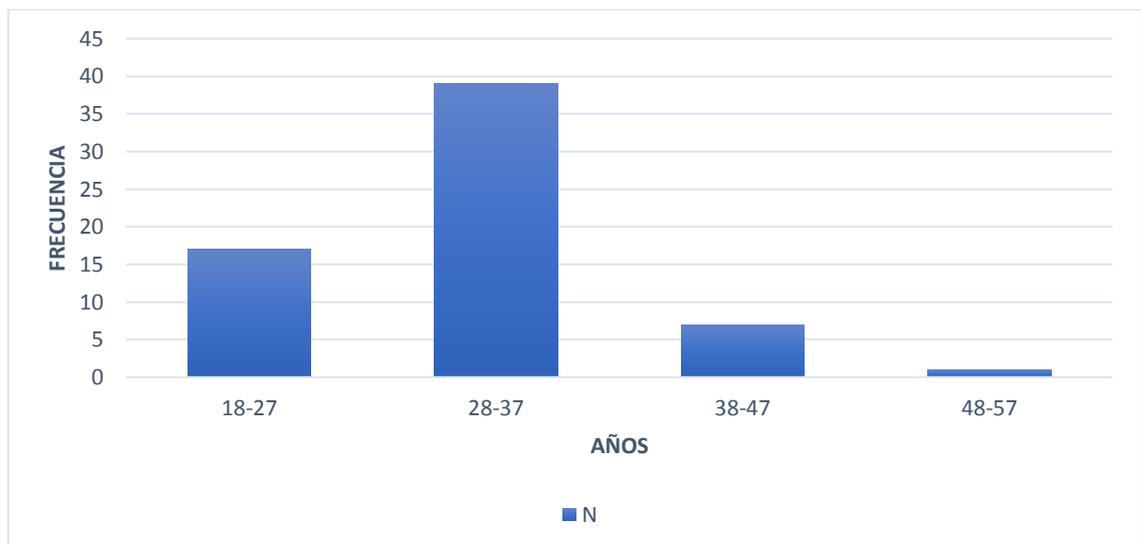
Elaborado por: Autora

En el gráfico 1, se evidencia que de los 64 pacientes observados, 43 casos fueron hombres (67%), y 21 pacientes mujeres (33%).

Tabla 2. Distribución de pacientes edad con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA según grupo etario. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017.

GRUPO ETARIO (AÑOS)	N	%
18-27	17	27%
28-37	39	61%
38-47	7	11%
48-57	1	2%
TOTAL	64	100%

Gráfico 3. Distribución de pacientes edad con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA según grupo etario. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017.



Fuente: Base de datos del estudio.

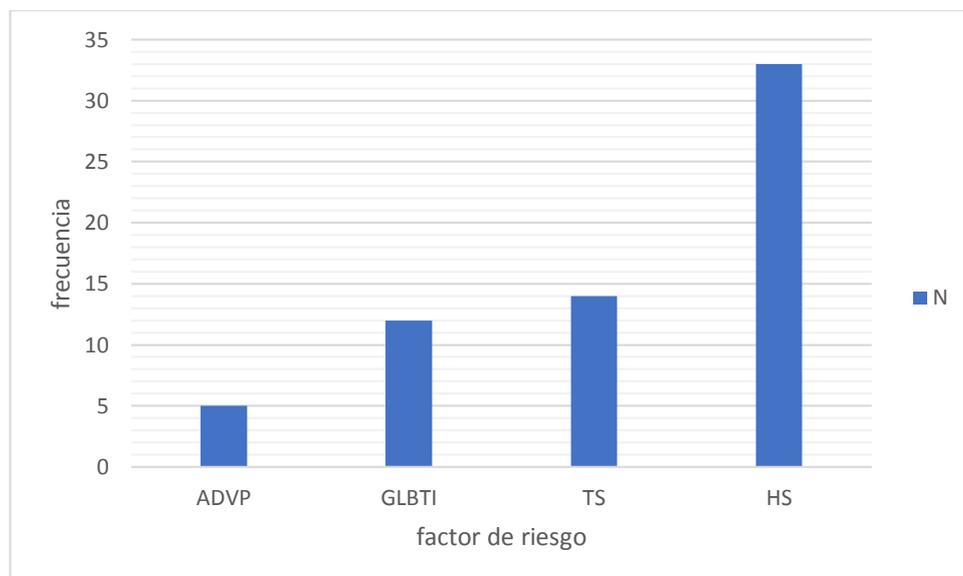
Elaborado por: Autora

Al clasificar por grupo de edad, la mayor parte de ellos se encontraba entre los 28 -37 años en el 61% de los casos, seguidos por 18 -27 años en el 27%.

Tabla 3. Grupo de riesgo de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017.

GRUPO DE RIESGO	N	%
ADVP	5	8%
GLBTI	12	19%
TS	14	22%
HS	33	52%
TOTAL	64	100%

Gráfico 3. Grupo de riesgo de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017.



Fuente: Base de datos del estudio.

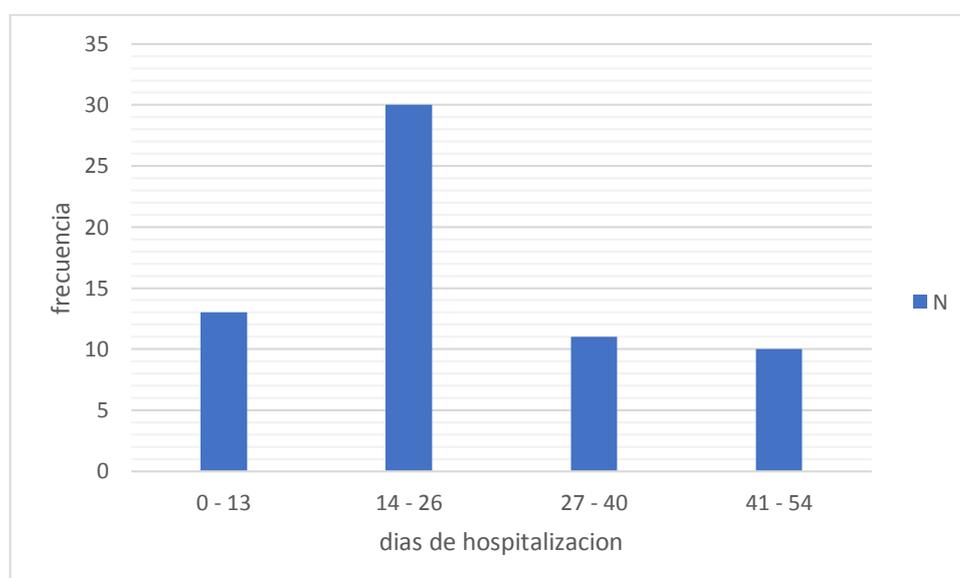
Elaborado por: Autora

El grupo con mayor afectación en nuestra población fue HS con el 52% de los casos, TS en el 20%, GLBTI 19%, ADVP 8%.

Tabla 4. Días de hospitalización de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017

DIAS DE HOSPITALIZACION	N	%
0 - 13	13	20%
14 - 26	30	47%
27 - 40	11	17%
41 - 54	10	16%
TOTAL	64	100%

Gráfico 4. Días de hospitalización de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017



Fuente: Base de datos del estudio.

Elaborado por: Autora

El 47% de los pacientes se mantuvo ingresado entre 13 a 26 días, seguidos por 0 a 13 en el 20%, y 27 a 40 con 17%. Mantenido cifras alta de hospitalización.

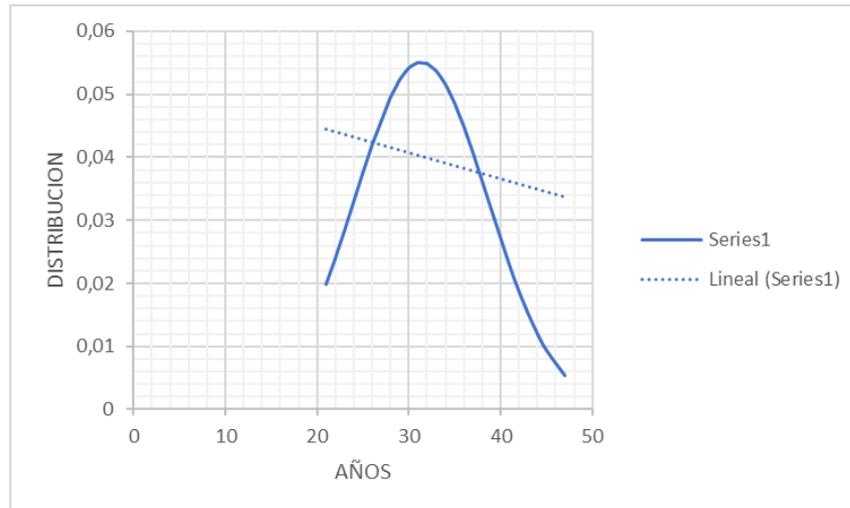
Tabla 5. Variables cuantitativas en distribución mediante medidas de tendencia central de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017

VARIABLE	PROMEDIO (DE)	MÁXIMO	MÍNIMO
EDAD (AÑOS)	27 (+/- 2,8)	55	18
IMC (KG/M2)	17 (+/- 2)	22	10
DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	23.7 (+-12.9)	54	3
CD4 (CÉL/dL)	133 (+- 109.5)	412	12
CARGA VIRAL (COPIAS/MM3)	6000000 (+- 50000)	89035892	648

Fuente: Base de datos del estudio.

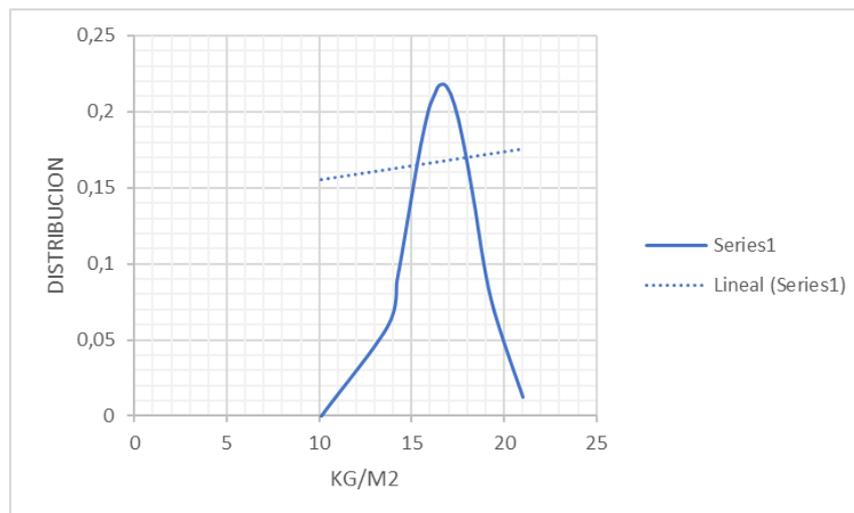
Elaborado por: Autora

Gráfico 5.1 Variables cuantitativas: Edad de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017



Fuente: Base de datos del estudio.
Elaborado por: Autora

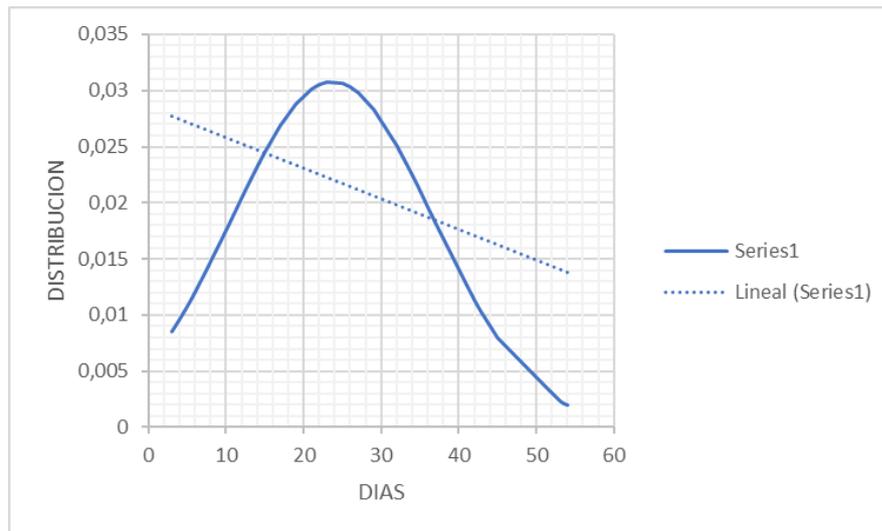
Gráfico 5.2 Variables cuantitativas: Índice de masa corporal de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017



Fuente: Base de datos del estudio.
Elaborado por: Autora

El promedio de IMC fue de 17 kg/m², indicando un grado elevado de desnutrición, con DS de 2, moda de 15 y máximo registrado de 22 y mínimo de 10.

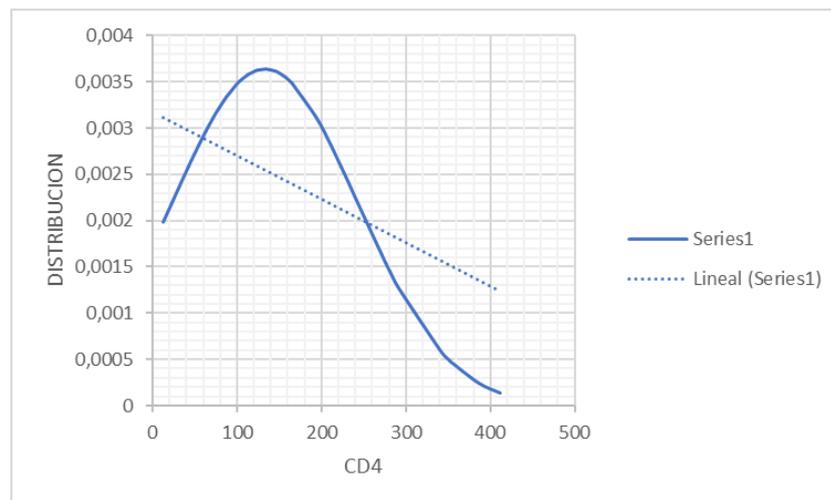
Gráfico 5.3 Variables cuantitativas: Días de hospitalización de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017



Fuente: Base de datos del estudio.

Elaborado por: Autora

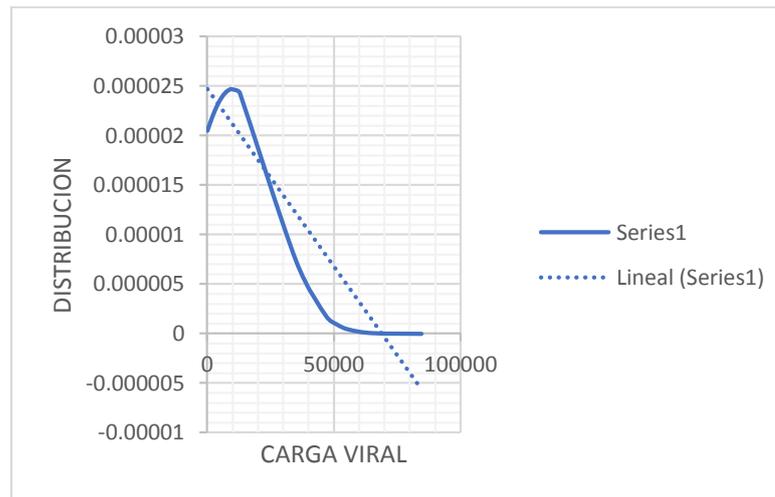
Gráfico 5.4 Variables cuantitativas CD4 en de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017



Fuente: Base de datos del estudio.

Elaborado por: Autora

Gráfico 5.5 Variables cuantitativas: Carga viral de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017



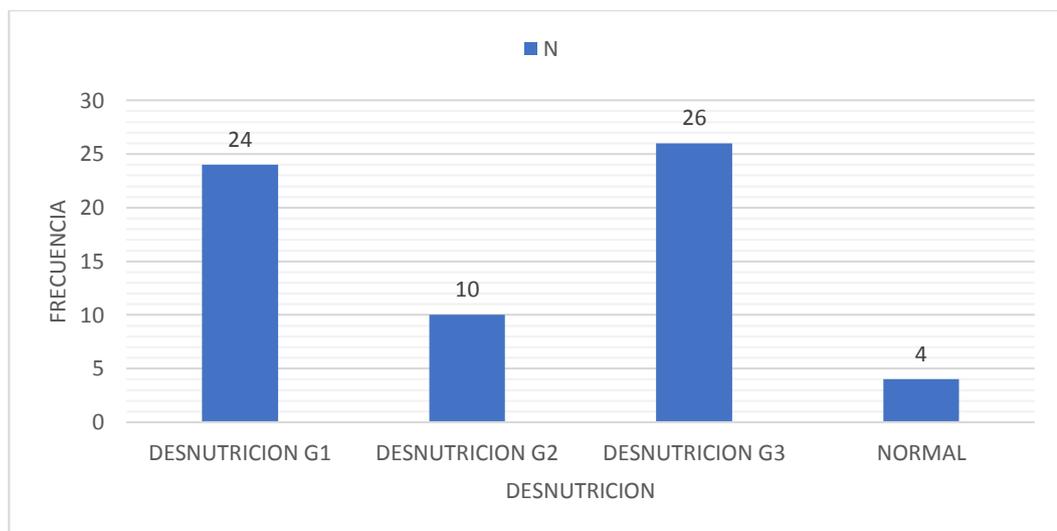
Fuente: Base de datos del estudio.

Elaborado por: Autora

Tabla 6. Grado de desnutrición de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017

DESNUTRICIÓN	N	%
DESNUTRICIÓN G1	24	38%
DESNUTRICIÓN G2	10	16%
DESNUTRICIÓN G3	26	41%
NORMAL	4	6%
TOTAL	64	100%

Tabla 6. Grado de desnutrición de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017



Fuente: Base de datos del estudio.

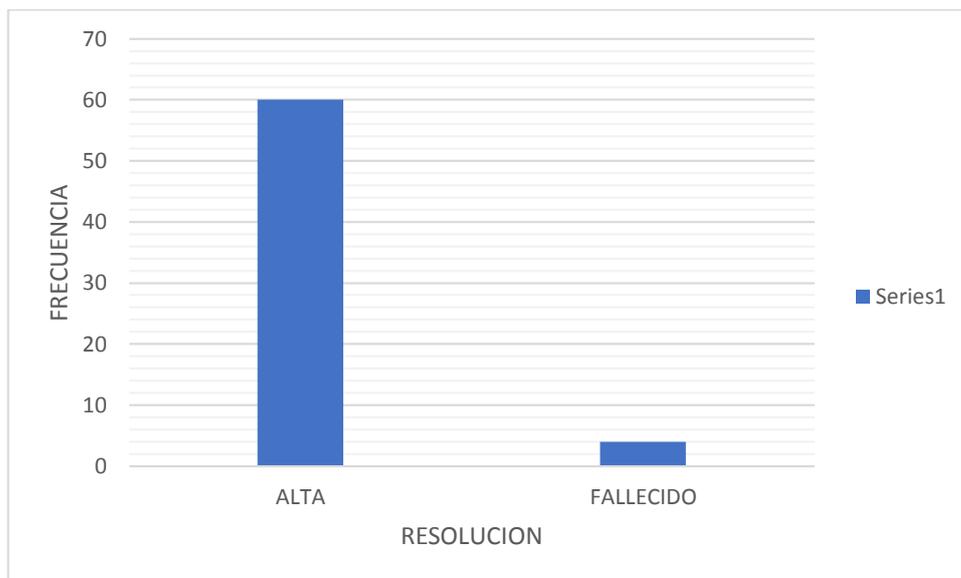
Elaborado por: Autora

Analizado por el personal de nutrición, el 41% de la población presento desnutrición grado 3, el 38% grado 1 y 16% grado 2, y apenas el 6% tenía indicaciones de normalidad.

Tabla 7. Resolución clínica de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017

RESOLUCIÓN CLÍNICA	N	%
ALTA	60	94%
FALLECIDO	4	6%
TOTAL	64	100%

Grafico 7. Resolución clínica de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017



Fuente: Base de datos del estudio.

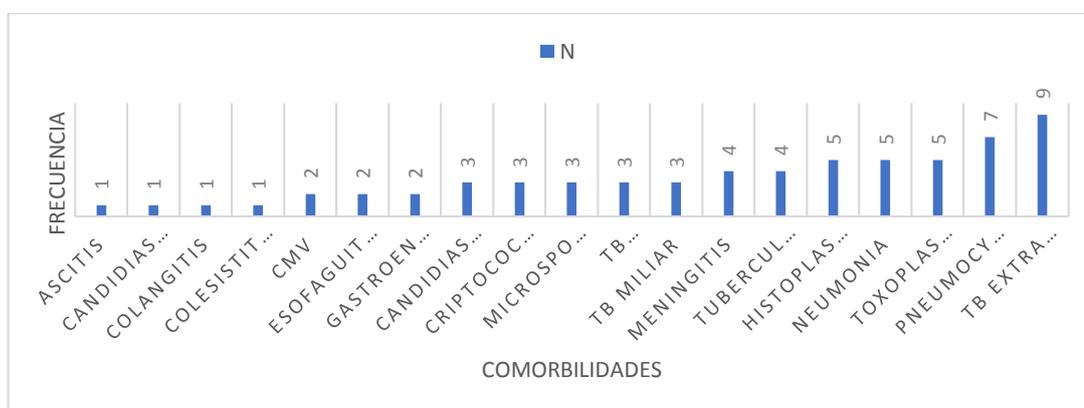
Elaborado por: Autora

El 6% de los pacientes seleccionados fallecieron, 94% fueron dados de alta.

Tabla 8. Comorbilidades clínicas de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017

COMORBILIDADES	N	%
ASCITIS	1	2%
CANDIDIASIS ORAL + DIARREAUDA AG	1	2%
COLANGITIS	1	2%
COLESISTITIS	1	2%
CMV	2	3%
ESOFAGUITIS CANDIDIASICA + CMV	2	3%
GASTROENTERITIS	2	3%
CANDIDIASIS VAGINAL	3	5%
CRIOPTOCOCOSIS	3	5%
MICROSPORIDIOSIS	3	5%
TB MENINGEA	3	5%
TB MILIAR	3	5%
MENINGITIS	4	6%
TUBERCULOSIS PULMONAR	4	6%
HISTOPLASMOSIS	5	8%
NEUMONIA	5	8%
TOXOPLASMOSIS +TB	5	8%
PNEUMOCYSTIS	7	11%
TB EXTRA PULMONAR	9	14%
TOTAL	64	100%

Gráfico 8. Comorbilidades clínicas de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017



Fuente: Base de datos del estudio.

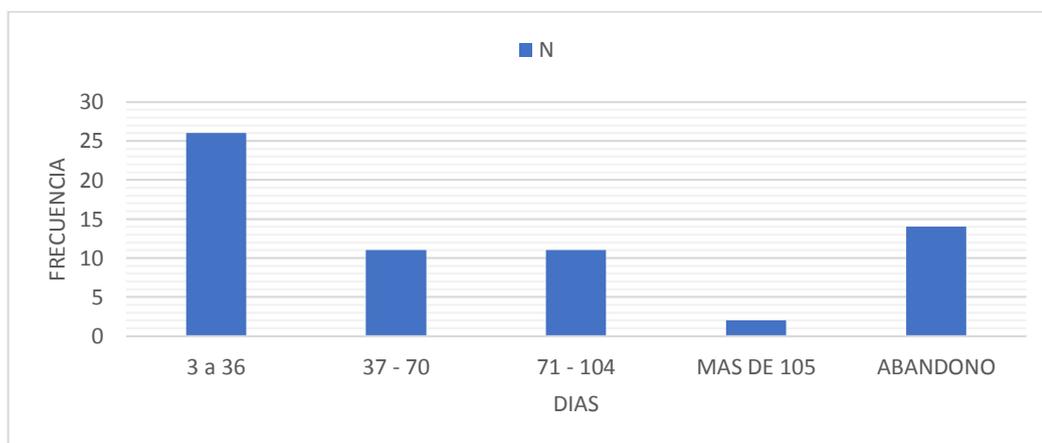
Elaborado por: Autora

La tuberculosis extrapulmonar se presentó como comorbilidad más común en nuestro grupo de análisis.

Tabla 9. Tiempo de evolución clínica de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017

TIEMPO DE TARGA	N	%
3 a 36	26	41%
37 - 70	11	17%
71 - 104	11	17%
MAS DE 105	2	3%
ABANDONO	14	22%
TOTAL	64	100%

Gráfico 9. Tiempo de evolución clínica de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017



Fuente: Base de datos del estudio.

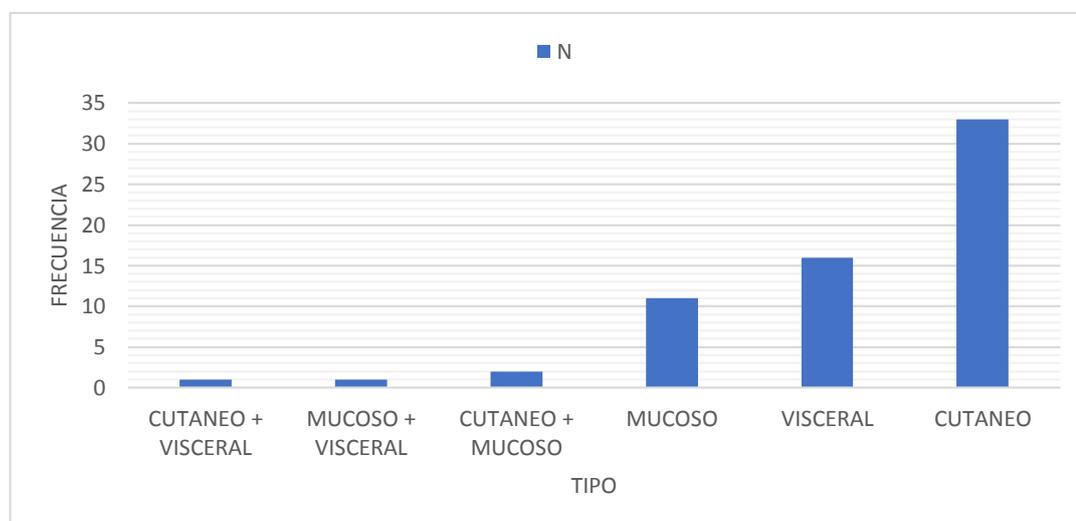
Elaborado por: Autora

El 41% de los pacientes tenía de 3 a 36 meses con tratamiento efectivo, mientras que el 37% tenían más de 37 meses bajo el esquema terapéutico. Sin embargo el 22% con 14 casos presentaron abandono terapéutico al momento del diagnóstico definitivo de sarcoma de Kaposi.

Tabla 10. Presentación clínica de Sarcoma de Kaposi de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017

TIPO DE KAPOSI	N	%
CUTÁNEO + VISCERAL	1	2%
MUCOSO + VISCERAL	1	2%
CUTÁNEO + MUCOSO	2	3%
MUCOSO	11	17%
VISCERAL	16	25%
CUTÁNEO	33	52%
TOTAL	64	100%

Gráfico 10. Presentación clínica de Sarcoma de Kaposi de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017



Fuente: Base de datos del estudio.

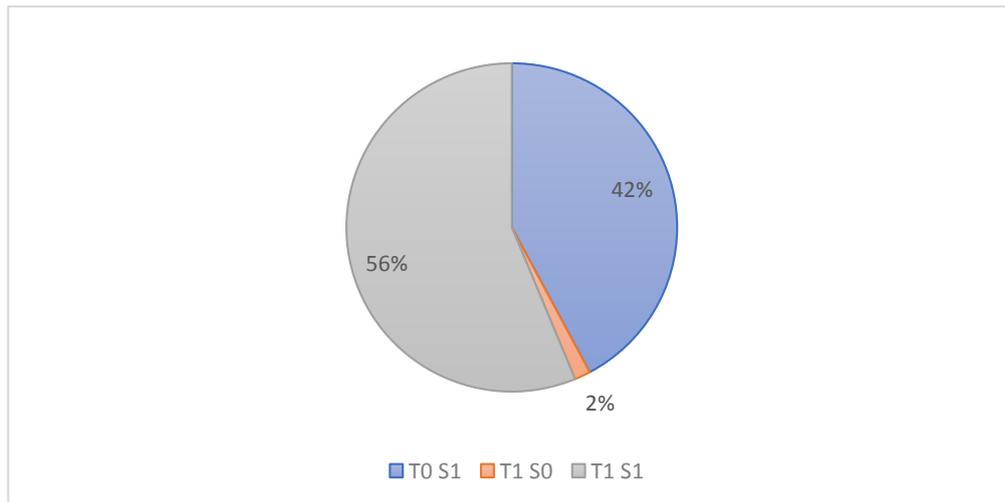
Elaborado por: Autora

El sarcoma de tipo cutáneo fue el más frecuente, pues se frecuentó en el 52% de los casos, seguidos del visceral en el 25% y mucoso en el 17%, para su diagnóstico el análisis clínico y patológico fueron necesarios y mandatorios.

Tabla 11. Fase de Sarcoma de Kaposi de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017

FASE DE KAPOSI	N	%
T0 S1	27	42%
T1 S0	1	2%
T1 S1	36	56%
TOTAL	64	100%

Tabla 11. Fase de Sarcoma de Kaposi de pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017



Fuente: Base de datos del estudio.

Elaborado por: Autora

Según la clasificación internacional tenemos que las afectaciones más comunes fueron el T1S1 en el 56% de los casos, cifras que se corroboran al ver que el tipo más común fue el sarcoma cutáneo de índole diseminado.

Tabla 12. Relación entre valores de CD4 y evolución clínica pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017

OBSERVADOS	EVOLUCIÓN CLÍNICA			
	CD4	ALTA	FALLECIDO/TRANSFERIDO	TOTAL
MENOR A 200		40	7	47
MAYOR A 200		15	2	17
TOTAL		55	9	64

La relación clínica de los pacientes con S. Kaposi con los efectos del CD4, muestran una mayor frecuencia de casos en el grupo con CD4 menor a 200 igual que la tasa de mortalidad con 40 y 7 casos respectivamente. La media de CD4 registrado fue de 133, con mínimo de 12 y máximo de 412, con una desviación estándar de 109, se aprecia un claro patrón hacia la disminución de estas cifras, incidiendo en fases avanzadas de SIDA.

Calculando en base a la tabla anterior:

chi cuadrado	0,75
Incidencia en Expuestos	72,73
Incidencia en No Expuestos	77,78
Riesgo Relativo	0,94
Odds Ratio	0,76
Riesgo atribuible	-5,05

Tabla 13. Relación entre valores de Carga viral y evolución clínica pacientes con Sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA. Hospital Dr. José Rodríguez Maridueña. Período 2014-2017

OBSERVADOS	EVOLUCIÓN CLÍNICA		
	ALTA	FALLECIDO/TRANSFERIDO	TOTAL
CARGA VIRAL			
MENOR A 50000	16	1	17
MAYOR A 50000	39	8	47
TOTAL	55	9	64

La relación clínica de los pacientes con S. Kaposi con los efectos del carga viral, muestran una mayor frecuencia de casos en el grupo con carga viral mayor a 50000 réplicas igual que la tasa de mortalidad con 39 y 8 casos respectivamente.

Calculando en base a la tabla anterior:

chi cuadrado	0,26
Incidencia en Expuestos	29,09
Incidencia en No Expuestos	11,11
Riesgo Relativo	2,62
Odds Ratio	3,28
Riesgo atribuible	17,98

DISCUSIÓN

El sarcoma de Kaposi, es una de las neoplasias más comunes en pacientes con VIH, su riesgo aumenta en países sub desarrollados, pues el riesgo es 2,5 veces mayor en estas regiones (África, américa latina) (14), estudios realizados, en su mayoría en África (donde el VIH es una de las epidemias con mayor tasa de mortalidad), en el 2015 se realizó un estudio enfocado en pacientes en estadio final de la enfermedad SIDA, con un promedio de 36 años a predominio masculino (62.3%), con un promedio sintomático de 6 meses antes de acudir a consulta y diagnosticados entre 1 a 14 meses, mostro una frecuencia de 67.2% de sarcoma de Kaposi con predominio de lesión mucocutánea diseminada, y cuya resolución clínica fue favorable en solo el 53.4% y mortalidad del 24.2%, donde aquellos pacientes con evolución desfavorable no tenían acceso al tratamiento antirretroviral o habían abandonado el tratamiento, con conteo CD4 con menos de 200 cel/ul, y carga viral incontable (15) (15). Nuestro estudio demostró que el sarcoma de Kaposi en el Hospital de Infectología en el periodo analizado fue de 64 casos registrados, donde el promedio de IMC fue de 17 kg/m², y el 41% tenía desnutrición grado 3, 38% desnutrición grado 1, 16% grado 2, y apenas el 6% tenía cifras de normalidad, indicando grado severo de desnutrición. Con CD 4 con cifras promedio de 133 y carga viral con valores superiores a 50000 en más del 70% de la población se denota el serio compromiso inmunológico y fase avanzada de la enfermedad, considerándose el sarcoma de Kaposi predominante en la población con mayor afectación inmunológica siendo el sarcoma más común el cutáneo con (52%) y fase T1S1 en el 56%.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

- La relación del CD4 con la evolución clínica, muestra con mayor tendencia y susceptibilidad a los pacientes con CD4 menor de 200 con 40 casos y mortalidad de 7 pacientes, en este grupo; mientras que el análisis de la carga viral muestra un claro predominio por pacientes con replicas superiores a 50000 con 39 casos y mortalidad del 8; que al comparar con los otros parámetros muestran mayor tendencia a la severidad y frecuencia de casos. El tipo de sarcoma más común fue el cutáneo pues su presencia se dio en 52% (mayoritariamente), visceral 25% y mucoso 17%; siendo el T1S1 con mayor relevancia al visualizarse en el 56%.
- Los pacientes seleccionados la población analizada fue en total de 64 pacientes, de ellos el 67% fueron hombres y 33% mujeres; la edad promedio fue de 31.4 años con DS de 7.24, mínima de 21 y máxima registrada de 56, conservando el 61% de los pacientes entre 28 - 37 años y el 21% de 18 - 27 años; un 86% de todos los casos en niveles socioeconómicos bajos; de los días de hospitalización el promedio fue de 23.7 en pacientes con diagnóstico de VIH y Sarcoma de Kaposi, donde el 47% se mantuvo ingresado por 13 a 26 días y el 20% entre 1 a 13 días; la población analizada presento un compromiso nutricional importante pues con tendencia a la desnutrición (promedio de 17 kg/m²), indica grado severo de afectación nutricional (SIDA), con el 41% en grado 3 de desnutrición, 38% grado 1, 16% grado 2; con evolución desfavorable en el 78% de los casos y alta médica 86%.
- De los 64 casos, como patologías asociadas el 14% tenía tuberculosis extra pulmonar, el 11% afectados con pneumosis y 8% asociado la tuberculosis a toxoplasmosis; los pacientes con S. Kaposi, mostraron encontrarse en fases avanzadas de SIDA, pues CD 4 promedio fue de 133 con una moda de 34 y mediana de 108, agravando su estadio evolutivo además de elevar las réplicas virales en todos los casos hacia incontables; todos los pacientes tenían tratamiento

antirretroviral a su disposición pues estando en fases avanzadas es obligatorio su uso, siendo LPV+RTV+EFV el más común usado en el 45% de los y el FTC +EFV+RTV en el 22%; siendo prevalente el uso de este tratamiento en el 78% de los casos (41% con menos de 36 meses) pero el abandono se dio en el 22% de todos los casos; a pesar que el 64% de los casos fueron detectados antes de los 30 días.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

- En siguientes investigaciones debe analizarse el motivo de consulta (clínica inicial) para determinar si estos influyen en la mortalidad y morbilidad de los pacientes afectados con S. Kaposi en el Hospital de Infectología; y de manera prospectiva y longitudinal determinar la tasa de mortalidad y morbilidad de este grupo
- La base de datos expuesta anteriormente es producto de la escasa información disponible tanto física como digital del área epidemiológica de nuestro hospital, pues la falta de organización y correcto archivo, mostró datos en fuga por lo que la población fue reducida; además que los resultados patológicos confirmatorios no estaban en todos los archivos.
- Además, que en próximas investigaciones, deben recabarse más datos en relación a los niveles farmacológicos y el apego minucioso a los datos, ya que el abandono terapéutico es considerado un factor de riesgo, que junto con un análisis poblacional en pacientes sin otras enfermedades oportunistas nos hubiera dado la frecuencia.

CAPÍTULO VII

BIBLIOGRAFÍA

1. CENETEC. Sarcoma de Kaposi asociado a HIV, Guia Practica Clinica. Guia Practica Clinica del Gobierno Federal de Mexico. 2015.
2. Krown S. Sarcoma de Kaposi Clasico: Epidemiologia, Factores de rieso, patologia y patogenesis molecular. 2017 Abril 12.
3. Maniscotti D. Sarcoma de Kaposi en pacientes con HIV. Rosario, Santa Fe, Argentina: Universidad Nacional de Rosario , Facultad de Ciencias Medicas ; 2012.
4. Peterman B. Sarcoma de Kaposi entre personas con SIDA. Lancet. 2015.
5. Martín MdIP. Sarcoma de Kaposi Clasico. Revista Española de Geriatria y Gerontologia. 2015.
6. C. CODINA MTMOI. La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. 2010.
7. MSP. Guía de Atención Integral VIH-SIDA Adultos. Ministerio de Salud Publica. 2012.
8. MSP. VIH. ; 2017.
9. OMS. VIH. ; 2017.
10. Díaz Torres Héctor LCA. Definición de caso y clasificación de la infección por VIH y SIDA. ; 2010.
11. Rohner E yc. Incidence rate of Kaposi sarcoma in HIV-infected patients on antiretroviral therapy in Southern Africa: a prospective

- multicohort study. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2016 Dec; 1(1): p. 547-54.
12. J.A. Avilés Izquierdoa CRGAMHB. Sarcoma de Kaposi. *LA MEDICINA HOY.* 2014.
 13. Oana Radu M, Liron Pantanowitz M. Kaposi Sarcoma. *Arch Pathol Lab Med.* 2013.
 14. Basra P. Disseminated Kaposi Sarcoma with Epithelioid Morphology in an HIV/AIDS Patient; A Previously Unreported Variant. *J Cutan Pathol.* 2018 Mar; 16.
 15. Chalya P. Kaposi's sarcoma: a 10-year experience with 248 patients at a single tertiary care hospital in Tanzania. *BMC Res Notes.* 2015 Sep; 8(440).
 16. Galleu A. CD4+ and CD8+ T-cell skewness in classic Kaposi sarcoma. *Neoplasia.* 2013 Jun; 14(6).
 17. Kristen Stolka a *PNJHFajIP. Risk factors for Kaposi's sarcoma among HIV-positive individuals in a case control study in Cameroon. *The International Journal of Cancer Epidemiology, Detection, and Prevention.* 2014.
 18. TELEGRAFO E. EL TELEGRAFO. [Online].; 2014. Available from: WWW.ELTELGRAFO.COM.
 19. SALCEDO JAF. SARCOMA DE KAPOSI ASOCIADO AL VIH SIDA. *SANID MILIT MEX.* 2015;; p. 476-479.
 20. RUIZ EH. SARCOMA DE KAPOSI. *EDUACION MEDICA CONTINUADA.* 2012;; p. 39-48.
 21. OMS. VIH/sida. Suecia;; 2017.
 22. OMS. VIH SIDA DATOS Y CIFRAS. OMS. 2016;; p. 1-6.

23. MORILLAS M. SARCOMA DE KAPOSI. ANALES DE MEDICINA INTERNA. 2003;; p. 7-10.
24. MAYA A. SARCOMA DE KAPOSI EN REGION ORO Y MAXILO FCAIAL UNA NEOPLASIA OLVIDADA. REV ESPAÑOLA DE CIRUGIA ORAL Y MAXILO FACIAL. 2017;; p. 1-5.
25. MANISCOTTI DM. SARCOMA DE KAPOSI EN PACIENTES CON VIH. UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO CIENCIAS MEDICAS. 2010;; p. 1-42.
26. JC TP. CLASIFICACION VIH SIDA. MEDICINA Y LABORATORIOS. 2008;; p. 1.2.
27. INEC. Compendio estadístico 2014. Quito;; 2014.
28. INEC. Anuario de Estadísticas Vitales - Nacimiento y Defunciones 2014. Quito;; 2014.
29. INEC. Anuario de defunciones 2013. Quito;; 2013.
30. HN L. Age patterns of Kaposi's sarcoma incidence in a cohort of HIV-infected men. Cancer Med. 2014;; p. 1635-43.
31. GARCIA UT. INFECCION POR VIH SIDA DOS MUNDOS QUE E APARTAN. FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNAM. 2016;; p. 36-41.
32. Feller L. Human immunodeficiency virus-associated Kaposi sarcoma as an immune reconstitution inflammatory syndrome: a literature review and case report. J Periodontol. 2008;; p. 362-8.
33. CASTILLO MJAL. INFECCIO VIH SIDA MUNDO ACTUAL. MEDISAN. 2014;; p. 18-117.
34. Bohlius J. Kaposi's Sarcoma in HIV-infected patients in South Africa: Multicohort study in the antiretroviral therapy era. Int J Cancer. 2014;; p. 135.

35. Antonio Maya. Sarcoma de Kaposi en región oral y maxilofacial, una neoplasia olvidada. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*. 2017;; p. 7.
36. A A, AK A, GW. R. Treatment of Kaposi sarcoma in children with HIV-1 infection. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;; p. 1-75.
37. Meireles P; Albuquerque G; Vieira M. Kaposi sarcoma incidence in Mozambique: national and regional estimates. *Eur J Cancer Prev*. 2015;; p. 529-534.
38. Letang E. Immune reconstitution inflammatory syndrome associated with Kaposi sarcoma: higher incidence and mortality in Africa than in the UK. *AIDS*. 2013. 2013 Jun; 27(10).
39. Gbabe O. Treatment of severe or progressive Kaposi's sarcoma in HIV-infected adults. *Cochrane Database Syst Rev*.. 2014; 9.
40. Mohanlal R. Variability of HHV8 LNA-1 Immunohistochemical Staining Across the 3 Histologic Stages of HIV-Associated Mucocutaneous Kaposi Sarcoma: Is There a Relationship to Patients' CD4 Counts? *Am J Dermatopathol*. 2015 Jul; 37(7).
41. Radu O. Kaposi sarcoma. *Arch Pathol Lab Med*. 2013 Feb; 137(2).

ANEXOS

INDICE DE TABLAS

SIGLA	SIGNIFICADO
ADVP	Adicción de las drogas por vía parenteral
DS	Desviación estándar
GLBTI	Gay lesbianas bisexuales transexuales intereses
HS	Heterosexual
IMC	Índice de masa corporal
MAX	Máximo
MIN	Mínimo
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SK	Sarcoma de Kaposi
TARGA	Tratamiento antirretroviral
TS	Transexuales
VIH	Virus de Inmunodeficiencia humana