



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



Sesiones clínicas SARTD

Cuidados Críticos

Dr. Juan Carlos Valia Vera , Dr. Guido Mazzinari

**Servicio de Anestesia Reanimación y Tratamiento del Dolor
Consorcio Hospital General Universitario**

Valencia

Caso Clínico

- Varón de 34 años VIH estadio C3, ingresado en sala de infecciosas por neumonía por *Pneumocystis carinii*, que presenta insuficiencia respiratoria severa que obliga su ingreso en UCC.
-

Objetivos

- VIH C3
 - Ingreso en UCI
 - Neumonía por
Pneumocistis carinii
 - Infección por VIH
 - Criterios ingreso UCI
 - Características infección
por Pneumocistis
-

Objetivos

- Infección por VIH
 - Criterios ingreso UCI de pacientes con infección por VIH
 - Características de la infección por Pneumocistis
-

Objetivos

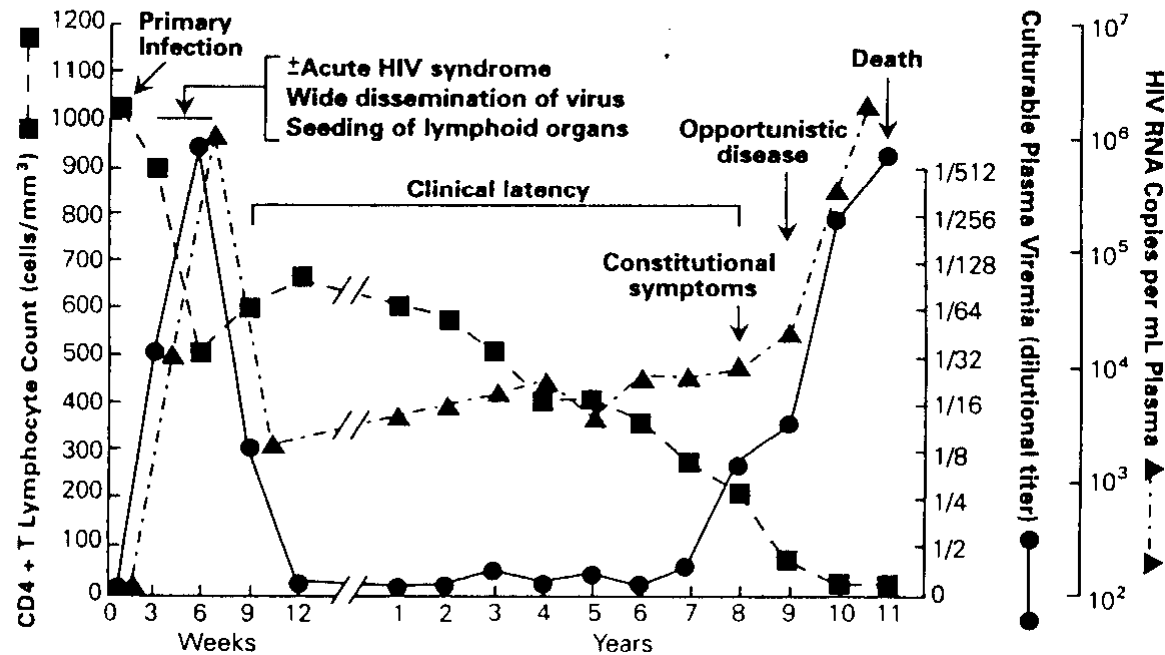
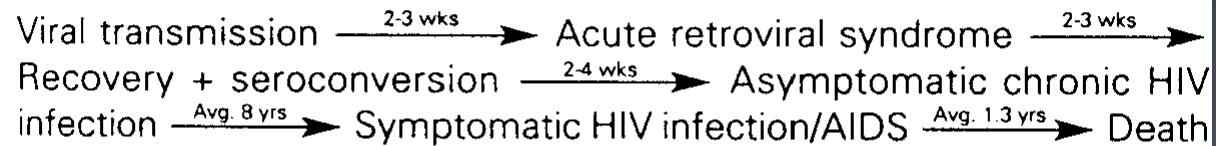
- Infección por VIH
 - Criterios ingreso UCI de pacientes con infección por VIH
 - Características la infección por Pneumocistis
-

Infección por VIH

- Inmunodeficiencia consecuencia de una deficiencia, cuantitativa y cualitativa de los linfocitos T colaboradores.
 - Los linfocitos T colaboradores expresan en su superficie la molécula CD4, que es el receptor primario del VIH.
 - Los correceptores CCR5 y CXCR4 son necesarios para la penetración del VIH en la célula.
 - Toda célula que exprese la molécula CD4 es susceptible de ser infectada por el VIH.
-

Infección por VIH

The natural history of untreated HIV infection is divided into the following stages:



Infección VIH

Clasificación 1993

Categoría CD4	Clínica <u>A</u> Asintomatico Infección aguda	Clínica <u>B</u> Sintomatico (no A o C)	Clínica <u>C</u> SIDA
	> 500/mm ³	A1	B1
200-499/mm ³	A2	B2	C2
< 200/mm ³	A3	B3	C3

Infección por VIH

Tratamiento

- Terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA o HAART)
 - Fármacos
 - Análogos de nucleosidos (AN):
 - didanosina, zalcitabina, estavudina, abacavir
 - Inhibidores de la transcriptasa inversa (IT)
 - Nevirapina, delavirdina, efavirenz
 - Inhibidores de la proteasa (IP)
 - Saquinavir, ritonavir, indinavir, nelfinavir, lopinavir
 - Pautas de tratamiento
 - AN+AN+IP
 - AN+AN+IT
-

Infección por VIH

Pronostico

- CD4 y carga viral son los mejores marcadores pronóstico de progresión a SIDA en pacientes VIH
 - CD4:
 - refleja la capacidad inmunológica actual
 - predice con mayor precisión la progresión a corto plazo
 - predice el desarrollo de enfermedad sintomática
 - correlaciona con el desarrollo de infecciones oportunistas
 - Carga viral:
 - predice la progresión a más largo plazo
 - predice respuesta al tratamiento
-

Objetivos

- Infección por VIH
 - Criterios ingreso UCI de pacientes con infección por VIH
 - Características la infección por Pneumocistis
-

Ingreso en UCC

- ¿Existen factores pronósticos específicos?
 - ¿Descartamos a los pacientes que no cumplimentan tratamiento antirretroviral?
 - ¿Existen criterios respecto a estadio?
 - ¿Qué criterios de ingreso utilizamos?
-

Ingreso en UCC

- ¿Existen factores pronósticos específicos?
 - ¿Descartamos a los pacientes que no cumplimentan tratamiento antirretroviral?
 - ¿Existen criterios respecto a estadio?
 - ¿Qué criterios de ingreso utilizamos?
-

¿Existen factores pronósticos?

Clinical Course, Prognostic Factors, and Outcome Prediction for HIV Patients in the ICU : The PIP (Pulmonary Complications, ICU Support, and Prognostic Factors in Hospitalized Patients With HIV) Study

Bekele Afessa and Bethany Green

Chest 2000;118;138-145
DOI 10.1378/chest.118.1.138

¿Existen factores pronósticos?

Table 2—Reasons for ICU Admission and Associated Mortality of Patients With HIV Infection

Variables	Admission, No.	Mortality, No. (%)
Respiratory failure	65	17 (26)
CNS dysfunction	28	9 (32)
Sepsis	25	11 (44)
GI bleeding	11	4 (36)
Drug overdose	9	0 (0)
Cardiopulmonary arrest	7	3 (43)
Renal failure	6	3 (50)
Pancreatitis	4	3 (75)
Diabetic ketoacidosis	3	0 (0)
Postoperation	3	0 (0)
Trauma	2	0 (0)
Hypertension emergency	2	0 (0)
Angina	1	0 (0)
Cardiac dysrhythmia	1	0 (0)
Thrombotic thrombocytopenic purpura	1	0 (0)
Uterine bleeding	1	0 (0)

Clinical Course, Prognostic Factors, and Outcome Prediction for HIV Patients in the ICU : The PIP (Pulmonary Complications, ICU Support, and Prognostic Factors in Hospitalized Patients With HIV) Study

Bekele Afessa and Bethany Green

Chest 2000;118:138-145
DOI 10.1378/chest.118.1.138

¿Existen factores pronósticos?

Table 6—The Relationship Between the Observed and APACHE II-Predicted Mortality

Predicted Mortality, %	Patients, No.	Observed Mortality, No. (%)
0–10	23	0 (0)
11–20	22	2 (9)
21–30	19	2 (11)
31–40	16	5 (31)
41–50	20	7 (35)
51–60	15	6 (40)
61–70	15	3 (20)
71–80	9	5 (56)
81–90	9	5 (56)
91–100	21	15 (71)

Table 1—The Demographic Characteristics, Exposure Categories, CD4⁺ Lymphocyte Count, Serum Albumin, APACHE II Scores, and Predicted Mortality of 169 HIV-Infected Patient Admissions Treated in the ICU*

Variables	Data
Age, yr	39.0 ± 9.0
Sex	
Male	96 (57)
Female	73 (43)
Race	
African American	141 (83)
White	24 (14)
Hispanic	4 (2)
Exposure category	
Injection drug use	43 (25)
Homosexuality	21 (12)
Heterosexual contact	19 (11)
Commercial sex work	9 (5)
Commercial sex work and injection drug use	3 (2)
Homosexuality and injection drug use	2 (1)
Blood transfusion	1 (1)
Needle stick	1 (1)
Unidentified	70 (41)
CD4 ⁺ lymphocyte count, cells/μL (median)	148 ± 228 (45)
Serum albumin, g/L (median)	2.5 ± 0.8 (2.5)
APACHE II score, (median)	24.5 ± 10.1 (23)
Predicted mortality, %	45.2 ± 29.7

*Data are presented as mean ± SD or No. (%) unless otherwise indicated.

Clinical Course, Prognostic Factors, and Outcome Prediction for HIV Patients in the ICU : The PIP (Pulmonary Complications, ICU Support, and Prognostic Factors in Hospitalized Patients With HIV) Study

Bekele Afessa and Bethany Green

Chest 2000;118:138-145
DOI 10.1378/chest.118.1.138

¿Existen factores pronósticos?

Table 7—Logistic Regression Analysis Showing the Relationship of the Observed Mortality With Origin of Admission, Serum Albumin Level, CD4⁺ Lymphocyte Count, and APACHE II Score*

Characteristics	Survivors (n = 119)	Nonsurvivors (n = 50)	p Value	OR (95% CI)
APACHE II score	21.7 ± 8.6	31.2 ± 10.3	< 0.0001	1.11 (1.05–1.16)
Serum albumin, g/L	2.6 ± 0.8	2.3 ± 0.9	0.1587	0.69 (0.41–1.16)
CD4 count/ μ L	160 ± 226	121 ± 233	0.7618	1.0 (0.998–1.002)
Origin of admission			0.0191	3.03 (1.20–7.68)
Direct	99 (76)	32 (24)		
Transfer	20 (53)	18 (47)		

*Data are presented as mean ± SD or No. (%) unless otherwise indicated.

Clinical Course, Prognostic Factors, and Outcome Prediction for HIV Patients in the ICU : The PIP (Pulmonary Complications, ICU Support, and Prognostic Factors in Hospitalized Patients With HIV) Study

Bekele Afessa and Bethany Green

Chest 2000;118:138-145
DOI 10.1378/chest.118.1.138

¿Existen factores pronósticos?

- Elevados scores APACHE II.
- No correlación con
 - CD4
 - Diagnóstico
- Es decir: igual que pacientes sin infección VIH, no existen factores pronósticos específicos.

Clinical Course, Prognostic Factors, and Outcome Prediction for HIV Patients in the ICU : The PIP (Pulmonary Complications, ICU Support, and Prognostic Factors in Hospitalized Patients With HIV) Study

Bekele Afessa and Bethany Green

Chest 2000;118;138-145
DOI 10.1378/chest.118.1.138

Ingreso en UCC

- ¿Existen factores pronósticos específicos?
 - ¿Descartamos a los pacientes que no cumplimentan tratamiento antirretroviral?
 - ¿Existen criterios respecto a estadio?
 - ¿Qué criterios de ingreso utilizamos?
-

¿El cumplimiento de tratamiento antirretroviral excluye el ingreso?

Intensive Care in Patients With HIV Infection in the Era of Highly Active Antiretroviral Therapy

Mangala Narasimhan, Adam J. Posner, Vera A. DePalo, Paul H. Mayo
and Mark J. Rosen

Chest 2004;125:1800-1804

¿El cumplimiento de tratamiento antirretroviral excluye el ingreso?

Table 2—ICU Admission Diagnosis and Outcomes (2001 vs 1991–1992)*

Diagnosis Category	Admissions 2001	Survival to Hospital Discharge 2001	Admissions 1991–1992	Survival 1991–1992
Total	63 (100)	45 (71)	65 (100)	32 (49)
Respiratory failure (all causes)	14 (22)†	8 (57)	35 (54)	13 (37)
<i>P #rotecti</i> pneumonia	2 (3)†	0	22 (34)	8 (36)
Bacterial pneumonia	6 (10)	5 (83)	6 (9)	4 (67)
Pulmonary tuberculosis	0	0	3 (5)	1 (33)
ARDS	1 (2)	1 (100)	2 (3)	0
Kaposi sarcoma	1 (2)	0	1 (2)	0
Hemoptysis	1 (2)	0	0	0
Lung cancer	1 (2)	0	0	0
Asthma	2 (3)	2 (100)	0	0
Unknown	0	0	1 (2)	0
Sepsis syndrome	10 (16)	6 (60)	10 (15)	5 (50)
Neurologic disease	6 (10)‡	4 (67)	8 (12)	5 (63)
Drug overdose	7 (11)	7 (100)	5 (8)	3 (60)
Cardiac	2 (3)	1 (50)	4 (6)	3 (75)
Hypotension	0	0	3 (5)	3 (100)
GI	7 (11)§	4 (57)	0	0
Renal	8 (13)§	7 (88)	0	0
Metabolic	3 (5)	3 (100)	0	0
Angioedema	2 (3)	2 (100)	0	0
Pulmonary hypertension	2 (3)	1 (50)	0	0
Dislodged endotracheal tube	1 (2)	1 (100)	0	0
Unknown	1 (2)	1 (100)	0	0

*Values given as No. (%).

† $p < 0.001$ (compared to 1991–1992).

‡ $p < 0.05$ (compared to 1991–1992).

§ $p < 0.01$ (compared to 1991–1992).

Intensive Care in Patients With HIV Infection
in the Era of Highly Active Antiretroviral
Therapy

Mangala Narasimhan, Adam J. Posner, Vera A. DePaolo, Paul H. Mayo
and Mark J. Rosen

Chest 2004;125:1800-1804

¿El cumplimiento de tratamiento antirretroviral excluye el ingreso?

Table 3—Patients and Mortality by CD4+ Lymphocyte Count, 2001

CD4+, cells/ μ L	Patients, No.	Mortality Rate, %
> 200	19	16
100–199	9	33
50–99	4	25
0–49	17	29
Unknown	4	50

- 52% recibieron HAART
- No se hallaron diferencias significativas por recibir o no el tratamiento HAART

Intensive Care in Patients With HIV Infection in the Era of Highly Active Antiretroviral Therapy

Mangala Narasimhan, Adam J. Posner, Vera A. DePalo, Paul H. Mayo and Mark J. Rosen

Chest 2004;125:1800-1804

¿El cumplimiento de tratamiento antirretroviral excluye el ingreso?

Impact of HAART advent on admission patterns and survival in HIV-infected patients admitted to an intensive care unit

Enrique Casalino, Michel Wolff, Philippe Ravaud^a,
Christophe Choquet, Fabrice Bruneel and Bernard Regnier

AIDS 2004, 18:1429–1433

Effect of antiretroviral therapy on admissions of HIV-infected patients to an intensive care unit

R Palacios,¹ A Hidalgo,¹ C Reina,² MV de la Torre,² M Márquez¹ and J Santos¹

HIV Medicine (2006), 7, 193–196

Commentary

Open the intensive care unit doors to HIV-infected patients with sepsis

Jean-François Timsit

Critical Care 2005, 9:629-630

¿El cumplimiento de tratamiento antirretroviral excluye el ingreso?

- No se debe excluir a los pacientes que no cumplan el tratamiento HAART
 - Si bien
 - Ha mejorado el pronóstico del fracaso respiratorio
 - Los ingresos por patología no relacionada con el VIH ha aumentado
 - El conteo de CD4 no influye en el pronóstico
 - Es el “momento del incidente”, es el que determinará el ingreso, no la infección por VIH.
-

Ingreso en UCC

- ¿Existen factores pronósticos específicos?
 - ¿Descartamos a los pacientes que no cumplan con el tratamiento antirretroviral?
 - ¿Existen criterios respecto a estadio?
 - No hay diferencias respecto a niveles de CD4
 - No se objetivan diferencias globales respecto a la clínica
 - ¿Qué criterios de ingreso utilizamos?
-

Ingreso en UCC

- ¿Existen factores pronósticos específicos?
 - No
 - ¿Descartamos a los pacientes que no cumplimentan tratamiento antirretroviral?
 - No
 - ¿Existen criterios respecto a estadio?
 - No
 - ¿Qué criterios utilizamos?
 - Los aplicados al resto de pacientes que son susceptibles de ingreso en UCI
-

Objetivos

- Infección por VIH
 - Criterios ingreso UCI de pacientes con infección por VIH
 - Características de la infección por Pneumocistis
-

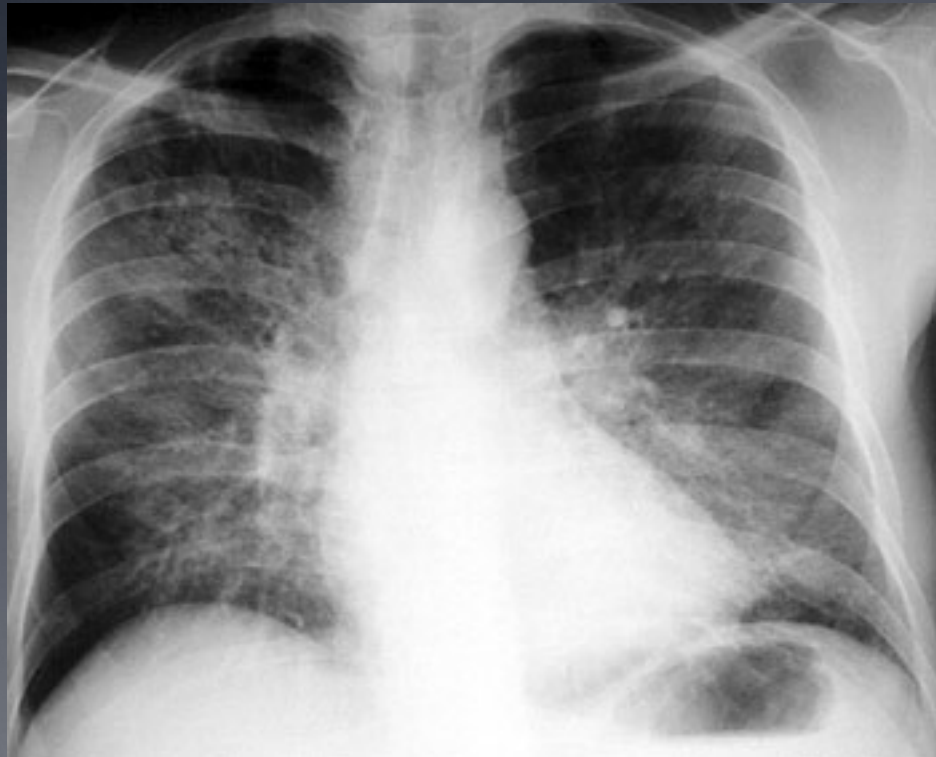
Neumonía por Pneumocystis

- *Pneumocystis jirovecii* es el patógeno en el humano.
 - Es la causa más común de infección oportunista.
 - Con la HAART ha dejado de ser la primera causa de mortalidad.
 - En algunas series no es la primera causa de ingreso en UCI, aunque sigue siendo muy frecuente.
 - Suele aparecer con CD4 <200.
-

Neumonía por Pneumocystis

- Clínica:
 - Disnea, fiebre y tos sin expectoración
 - Comienzo insidioso, días o semanas
 - Rx variable
 - Hipoxemia
 - Afectación extrapulmonar: hígado, bazo, ganglios linfáticos
 - Diagnóstico
 - Identificación del pneumocystis: no posible hasta 20%
 - Diferentes muestras respiratorias
 - Rentabilidad en paciente IOT (95%)
 - ¿Biopsia?
-

Neumonia por Pneumocystis



Neumonía por Pneumocystis

Tratamiento

- 1ª línea
 - TMP 15-20 mg/Kg + SMX 75-100 mg/kg 21 días
 - Prednisona 40 mg/12h VO:
 - Si $pO_2 < 70$ mmHg o $G A-a O_2 > 35$ mmHg
 - Metilprednisolona 20 mg/8h IV (via oral no posible)
 - Efectos 2ª TMP-SMX en VIH:
 - Presentes hasta en un 30-40%
 - Fiebre, exantema, náuseas, vómitos, leucopenia
 - Más frecuentes síntomas digestivos
-

Neumonía por Pneumocystis

Tratamiento

- 2ª línea:
 - Indicada:
 - Efectos 2º de primera línea
 - Ausencia de respuesta clínica a los 5 días de tratamiento
 - Fármacos
 - Pentamidina:
 - 3-4 mg/kg/día
 - Toxicidad: insuf. Renal, alargamiento QT, pancreatitis
 - Clindamicina 600 mg/6h VO o IV + Primaquina 30 mg/día
-

Neumonia por Pneumocystis

Table 3—Predictors of Hospital Mortality*

Variable	Alive	Dead	p Value
Age, yr	63.5 (46–79)	63 (25–78)	0.69
Female/male gender	6/4	11/9	0.81
APACHE III day 1†	44.5 (23–94)	73 (33–118)	0.06
PPV, d	4 (1–7)	8 (1–42)	0.003
NIPPV, d	10.5 (7–30)	49 (12–132)	0.024
Time to intubation, h†	4 (0.1–96)	48 (0.1–192)	0.033
Pneumothorax	0	7	0.033

*Data are presented as median (range) or No.

†The delay in intubation is associated with higher hospital mortality rate after adjusting for severity of illness ($p = 0.03$; odds ratio, 1.04; 95% confidence interval, 1.01 to 1.09).

**Acute Respiratory Failure Due to
Pneumocystis Pneumonia in Patients
Without Human Immunodeficiency Virus
Infection: Outcome and Associated Features**

Emir Festic, Ognjen Gajic, Andrew H. Limper and Timothy R. Aksamit

Chest 2005;128:573-579

Neumonia por Pneumocystis

Table 4

Outcome

	HIV-negative cases n = 27	HIV-positive cases n = 46
Occurrence of ALI/ARDS, number (percentage of all cases)	16 (59)	14 (30) ^a
Occurrence of pneumothorax, number (percentage of all cases)	5 (19)	7 (15)
Occurrence of ventilator-assisted pneumonia, number (percentage of ventilated cases)	5 (26)	5 (14)
Days alive with mechanical ventilation, median (range)	9 (2–75)	9 (1–60)
ICU length of stay in days, median (range)	10 (4–131)	6 (1–93)
In-ICU mortality, number (percentage of all cases)	13 (48)	8 (17) ^a
28-day mortality, number (percentage of all cases)	14 (52)	12 (26) ^a
90-day mortality, number (percentage of all cases)	16 (59)	14 (30) ^a

^a $P < 0.05$ versus HIV-negative cases. ALI/ARDS, acute lung injury/acute respiratory distress syndrome; ICU, intensive care unit.

Critical care management and outcome of severe *Pneumocystis* pneumonia in patients with and without HIV infection

Xavier Monnet^{1,2}, Emmanuelle Vidal-Petiot^{1,2}, David Osman^{1,2}, Olfa Hamzaoui^{1,2}, Antoine Durrbach³, Cécile Goujard^{4,5}, Corinne Miceli^{5,6}, Patrice Bourée^{2,7} and Christian Richard^{1,2}

Critical Care 2008, **12**:R28 (doi:10.1186/cc6806)

Neumonia por Pneumocystis

Table 5

Bivariate analysis: predictors of intensive care unit mortality

	Survivors n = 52	Non-survivors n = 21	P value
HIV-positive status, number (percentage)	38 (73)	8 (38)	0.01
Age in years, median (range)	39 (18 to 80)	52 (25 to 82)	0.01
Simplified Acute Physiology Score II, median (range)	28 (6 to 56)	56 (22 to 112)	<0.01
Occurrence of pneumothorax, number (percentage)	5 (10)	7 (33)	<0.01
Occurrence of renal failure, number (percentage)	5 (10)	4 (19)	0.27
Hemodynamic failure at admission, number (percentage)	17 (33)	11 (52)	0.12
Non-invasive mechanical ventilation failure, number (percentage)	4 (8)	8 (38)	<0.01
Time between diagnosis of PCP and appropriate therapy in days, median (range)	0 (-2 to 3)	0 (-1 to 4)	0.50
PaO ₂ /FiO ₂ ratio, mm Hg, median (range)	179 (38 to 322)	154 (59 to 377)	0.20

PaO₂/FiO₂, arterial partial pressure of oxygen/fraction of inspired oxygen; PCP, *Pneumocystis jiroveci* pneumonia.

Critical care management and outcome of severe *Pneumocystis* pneumonia in patients with and without HIV infection

Xavier Monnet^{1,2}, Emmanuelle Vidal-Petiot^{1,2}, David Osman^{1,2}, Olfa Hamzaoui^{1,2}, Antoine Durrbach³, Cécile Goujard^{4,5}, Corinne Miceli^{5,6}, Patrice Bourée^{2,7} and Christian Richard^{1,2}

Neumonia por Pneumocystis

Improved survival for HIV infected patients with severe *Pneumocystis jirovecii* pneumonia is independent of highly active antiretroviral therapy

R F Miller, E Allen, A Copas, M Singer and S G Edwards

Thorax 2006;61:716-721; originally published online 6 Apr 2006;

Table 3 Admission oxygenation (PaO₂, breathing room air) for all patients with microbiologically confirmed PCP and for those admitted to the ICU with microbiologically confirmed PCP

Study period/patient group	Admission PaO ₂ (kPa, breathing room air)*
1990-1993	
ICU PCP (n=14)	7.9 (3.9-13.1)
All PCP (n=137)	9.4 (3.9-13.2)
1994-1997	
ICU PCP (n=28)	7.7 (4.8-13.6)
All PCP (n=148)	9.4 (5.0-13.6)
1998-2001	
ICU PCP (n=5)	6.2 (4.0-10.1)
All PCP (n=44)	9.3 (4.0-13.2)
2002-2005	
ICU PCP (n=13)	6.9 (5.2-8.7)
All PCP (n=38)	7.9 (5.2-11.4)

Values are median (range).

*In a comparison of patients presenting before mid 1996 and those presenting subsequently, PaO₂ was lower in those admitted to the ICU (p=0.003) and overall (p<0.001).

Neumonía por Pneumocystis

Table 2 Multivariate analysis of factors associated with mortality

Characteristic	Odds ratio (95% CI)	p value
Age (log* years)	19.76 (1.74 to 224.34)	0.016
Year of PCP diagnosis (after mid 1996)	0.14 (0.03 to 0.59)	0.008
Mechanical ventilation and/or pneumothorax	5.18 (1.16 to 23.15)	0.031

*Natural log.

- La mejor tasa de supervivencia se relaciona con el mejor manejo de fracaso respiratorio
- Es importante el ingreso en UCI precoz

Improved survival for HIV infected patients with severe *Pneumocystis jirovecii* pneumonia is independent of highly active antiretroviral therapy

R F Miller, E Allen, A Copas, M Singer and S G Edwards

Thorax 2006;61;716-721; originally published online 6 Apr 2006;

Conclusiones

- Los síntomas clínicos y los niveles de CD4 determinan el estadio de la infección por VIH.
 - Terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA o HAART) ha mejorado notablemente el pronóstico a largo plazo.
 - CD4 y carga viral son los mejores marcadores pronóstico de progresión a SIDA en pacientes VIH.
 - Los criterios de ingreso en UCI serán los aplicados al resto de pacientes. No se debe excluir a los pacientes que no cumplan el tratamiento HAART.
 - El pronóstico en UCI depende de los índices de gravedad, no del estadio, ni de los niveles de CD4.
-

Conclusiones

- *Pneumocystis jirovecii* es el patógeno en el humano y es la causa más común de infección oportunista.
 - El tratamiento de 1ª línea: TMP 15-20 mg/Kg + SMX 75-100 mg/kg 21 días + Prednisona 40 mg/12h VO (Si pO₂ < 70 mmHg).
 - El pronóstico de la neumonía por pneumocistis depende de los factores del fracaso respiratorio agudo no del VIH .
 - El ingreso en UCI ha de ser precoz, una vez realizada la indicación, con aplicación de medidas de soporte ventilatorio necesarias.
 - La mejor tasa de supervivencia se relaciona con el mejor manejo de fracaso respiratorio en UCI, no por la terapia HAART.
-

Categoría B:

Procesos que condicionan la evolución

- Endocarditis bacteriana, meningitis, neumonía o sepsis.
 - Candidiasis vulvovaginal persistente (más de 1 mes) o de mala respuesta terapéutica.
 - Candidiasis orofaríngea.
 - Carcinoma cervical o displasia cervical grave.
 - Alteración constitucional, con fiebre ($+ 38,4^{\circ}\text{C}$) o diarrea de duración superior a un mes.
 - Herpes zóster (dos o más episodios o multidérmico).
 - Púrpura trombocitopénica idiopática.
 - Listeriosis.
 - Tuberculosis pulmonar.
 - Norcadiosis.
 - Enfermedad inflamatoria pélvica.
 - Neuropatía periférica.
-

Categoría C:

Define SIDA en VIH+

- Candidiasis bronquial, traqueal o pulmonar.
- Candidiasis esofágica.
- Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar.
- Criptococosis extrapulmonar.
- Criptosporidiosis intestinal de más de un mes de duración.
- Enfermedad por CMV (afectación de órganos distintos a hígado, bazo o ganglios).
- Retinitis por citomegalovirus (con pérdida de visión).
- Encefalopatía por VIH.
- Herpes simple con úlceras crónicas (más de un mes de duración).
- Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar.
- Isosporidiasis intestinal de más de un mes de duración.
- Sarcoma de Kaposi.
- Linfoma de Burkitt o equivalente.
- Linfoma inmunoblástico o equivalente.
- Linfoma cerebral primario. (p)Infección por MAI o M. Kansasii diseminada o extrapulmonar.
- Tuberculosis diseminada, pulmonar, o extrapulmonar. Infecciones por otras micobacterias diseminadas o extrapulmonares.
- Neumonía por P. carinii.
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- Sepsis recurrente por Salmonella Sp.
- Toxoplasmosis cerebral.
- Enfermedad debilitante ("wasting syndrome") debida al VIH.
- Neumonías recurrentes.
- Cancer invasivo de cuello uterino.