



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

**ENTEROCOLITIS EN PACIENTES CON VIH/SIDA: FACTORES DE RIESGO
Y COMPLICACIONES**

Estudio a realizar en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Manriqueña
periodo 2015

TESIS PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MÉDICO

NOMBRE DEL ESTUDIANTE

LORENA MARIBEL TORO ENCALADA

NOMBRE DEL TUTOR

GUAYAQUIL –ECUADOR



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO: ENTEROCOLITIS EN PACIENTES CON VIH/SIDA:
FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES

Estudio A Realizar En El Hospital De Infectología Dr. José Daniel Rodríguez
Maridueña Periodo 2015.

AUTOR /ES:

Toro Encalada Lorena Maribel

REVISORES:

INSTITUCIÓN: Universidad
Guayaquil

de **FACULTAD:** Medicina

CARRERA: MEDICINA

FECHA DE PUBLICACIÓN:

Nº DE PÁGS:

ÁREAS TEMÁTICAS: ENTEROCOLITIS EN PACIENTES CON VIH/SIDA.

PALABRAS CLAVES:

RESUMEN: El síndrome de inmunodeficiencia adquirida se ha convertido en la última pandemia del Siglo XX. En el Ecuador se registran unos 8.000 casos de personas que viven con el VIH o el SIDA, de las cuales un número cada vez mayor son mujeres, el virus de inmunodeficiencia humana, es un retrovirus, perteneciente a la familia Lentoviridae, debido a su extenso periodo de latencia que ocurre entre la infección primaria y el daño que ocurre en el sistema inmunológico.

Se estima que un tercio de los pacientes con VIH, que se encuentran en fase SIDA.

La investigación evidencia las manifestaciones clínicas que se presentan con mayor frecuencia en pacientes en etapa SIDA, además se da conocimiento de los diagnósticos más frecuentes en ellos así mismo las complicaciones frecuentes, tras la enfermedad.

La metodología se basó en un estudio tipo no experimental, transversal y observacional, debido a que se ha tomado las historias clínicas de los pacientes ingresados en la unidad hospitalaria.

El estudio se realizó con el universo de 100 pacientes, los cuales se dividieron en 75 varones y 25 mujeres. Los datos recolectados fueron divididos en: a) Datos demográficos, b) Síntomas clínicos que sugieran afectación c) Los Diagnósticos más relevantes, d) Existencia de complicaciones y factores de riesgo. Entre las conclusiones, se observa que:

El género más afectado son los varones con 75, estuvo en la categoría de edad de 18-40 años de edad, así mismo el alto índice se debe al abandono o mala adherencia del paciente al tratamiento

A través de la investigación se podrán identificar los factores de riesgo y determinar su asociación con las complicaciones presentadas, será posible contribuir con información confiable para el diseño de estrategias de prevención.

N° DE REGISTRO:	N° DE CLASIFICACIÓN:
------------------------	-----------------------------

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF:	SI (X)	NO
---------------------	---------------	-----------

CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 072952285	E-mail: lorenattte25@hotmail.com
-------------------------------	-------------------------------	--

CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Universidad de Guayaquil, Escuela de Medicina
	Teléfono: 042288126
	E-mail:

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DE TESIS

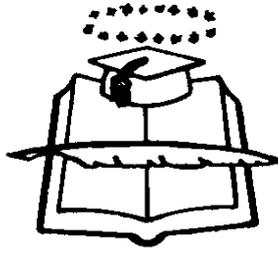
EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO Y REVISADO EL TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PRESENTADO POR EL SRTA. **LORENA MARIBEL TORO ENCALADA** CON C.I. # 0704933951

CUYO TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN **ES: ENTEROCOLITIS EN PACIENTES CON VIH/SIDA: FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DEL HOSPITAL DE INFECTOLOGIA DR. JOSE DANIEL RODRIGUEZ MARIDUEÑA EN VISION DE ENERO – DICIEMBRE DEL 2015.**

REVISADA Y CORREGIDO EL TRABAJO DE TITULACIÓN, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:

TUTOR



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Este Trabajo de Graduación cuya autoría corresponde a la Srta. Lorena Maribel Toro Encalada, 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 por el título de médico.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

SECRETARIA
ESCUELA DE MEDICINA

DEDICATORIA

El presente trabajo de Investigación lo dedico con mucho amor a Dios nuestro ser supremo celestial por darme la oportunidad de vida y existencia, a mi amado padre ahora fallecido Ángel Orlando Toro Albán por ser un excelente padre y amigo que con su esfuerzo, consejos y dedicación siempre me apoyo y saco adelante a la familia, a mi madre Luz Ercilia Encalada Samaniego por ser el pilar indispensable y brindarme todo su amor, apoyo y comprensión permanente, a mis adorables sobrinos: Hugo César y Amelia Zharick Ramírez Toro por ser mi motor y la razón de mi existencia, a mi hermana Maria Toro por ser la persona que me ayudado para poder concluir mi trabajo investigativo y a todos quienes hicieron posible culminar con éxito una de mis metas propuestas.

LORENA TORO

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a mi Dios por ser uno de sus escogidos, y poder estar en este mundo gracias por la procreación de mis amados padres Ángel Toro y Luz Encalada, a la vez por llenarme de bendiciones, a mis sobrinos adorables; ya que por ellos hay razón de ser y de vivir, de igual manera doy mi agradecimiento sincero a la quién con sus conocimientos me brindo todo su apoyo, sirviéndome como una guía para culminar con éxito la investigación; así como también agradecer a todas las autoridades , docentes y personal administrativo de la Universidad de Guayaquil quienes hicieron posible con sus sabios conocimientos y el gran apoyo de esta noble institución sacar adelante esta carrera profesional .

LORENA TORO

RESUMEN

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida se ha convertido en la última pandemia del Siglo XX. En el Ecuador se registran unos 8.000 casos de personas que viven con el VIH o el SIDA, de las cuales un número cada vez mayor son mujeres.

La proporción de pacientes con VIH/SIDA en el Ecuador sigue intensificándose de manera descontrolada; este problema de salud pública requiere acciones urgentes al respecto, ya que de lo contrario en unos pocos años se habrá consolidado como una epidemia muy difícil de contener.

La batalla contra el VIH/SIDA no solamente se fundamenta en encontrar los medios que posibiliten su eventual cura; sino en una lucha constante en contra las ideas, tabúes, discriminaciones y estigmas.

VIH – SIDA con lleva a múltiples complicaciones unas de las cuales es la enterocolitis por lo cual se hace el presente estudio para identificar su incidencia y los factores de riesgo en estos tipo de pacientes determinando la filiación registrando edad, sexo , procedencia , nivel económico y educativo en los pacientes atendidos en el hospital Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña en el periodo 201502016 en esta consideración propongo un estudio Descriptivo con un universo constituido por la población atendida en el Hospital considerando variables como incidencia, edad, sexo , factores de riesgo, agentes causales, el estudio se efectuará en base a Historias clínicas y estadísticas del hospital.

A través de la investigación se podrá identificar los factores de riesgo y determinar su asociación con las complicaciones presentadas, será posible contribuir con información confiable para el diseño.

PALABRAS CLAVES:

VIH, SIDA, INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO, ENTEROCOLITIS.

SUMMARY

The acquired immunodeficiency syndrome has become the last pandemic of the twentieth century. In Ecuador, about 8,000 cases of people living with HIV or AIDS, of which an increasing number are women are recorded.

The proportion of patients with HIV / AIDS in Ecuador continues to escalate out of control; this public health problem requires urgent action on this issue because otherwise in a few years will have established itself as a very difficult epidemic to contain.

The battle against HIV / AIDS is not only based on finding ways to enable their eventual cure; but in a constant struggle against ideas, taboos, discrimination and stigma.

HIV - AIDS leads to multiple complications some of which is enterocolitis which this study is to identify the incidence and risk factors in these types of patients determining parentage recording age, sex, origin, economic status and education in patients treated at the hospital Dr. Jose Daniel Rodriguez Maridueña in the period 201502016 in this regard I suggest a descriptive study with a universe consisting of the population treated at the hospital considering variables such as incidence, age, sex, risk factors, agents causal, the study will be made based on medical histories and hospital statistics.

KEYWORDS:

HIV, AIDS, IMPACT, RISK FACTORS, ENTEROCOLITIS.

INDICE

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA	II
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DE TESIS	IV
DEDICATORIA	VI
AGRADECIMIENTO.....	VII
RESUMEN	VIII
SUMMARY	IX
CAPITULO I	3
1. PROBLEMA	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2 JUSTIFICACIÓN	6
1.3 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA.....	7
1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	7
1.5 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	7
1.6 OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICO	8
1.6.1 OBJETIVO GENERAL.....	8
1.6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	8
2 MARCO TEORICO	9
2.1 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	9
2.2 HISTORIA DEL VIH	9
2.3 DEFINICIÓN DE VIH Y SIDA.....	11
2.4 BASES TEÓRICAS	12
2.5 ASPECTOS GENERALES DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).....	12
2.6 INMUNOPATOGENIA	13
2.7 CICLO DE REPLICACION DEL VIRUS	13
2.8 DIAGNOSTICO GENERAL DEL VIH	14

2.9	DIAGNOSTICO DE LA PRIMOINFECCION DEL VIH.....	14
2.10	FACTORES DE RIESGO PARA ADQUIRIR VIH/SIDA.	17
2.11	CONDICIONES PARA QUE PUEDA TRANSMITIRSE EL VIH	17
2.12	SÍNTOMAS DEL SIDA.	21
2.13	ENTEROCOLITIS PACIENTES CON VIH SIDA.....	24
	Prevención de la exposición.	34
	El tratamiento del agua con yodo o cloro puede ser menos efectivo que la ebullición, pero es una alternativa cuando no hay forma de hervir el agua (BIII).....	35
	Tratamiento:.....	35
	Prevención de recurrencia: profilaxis secundaria.	35
	Consideraciones especiales: Embarazo:	35
	Regímenes alternativos:	36
	Consideraciones generales:	37
	Prevención de recurrencia: profilaxis secundaria.	38
2.14	PRONÓSTICO.	40
2.15	TRATAMIENTO	41
2.16	HIPOTESIS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACION	44
2.17	VARIABLE	44
2.17.1	INDEPENDIENTE.....	44
2.17.2	DEPENDIENTE	44
3.	MATERIALES Y METODOS	45
3.1	MATERIALES	45
3.2	LUGAR DE LA INVESTIGACION	45
3.3	PERIODO DE LA INVESTIGACION	45
3.5	MUESTRA.....	45
3.6	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	46
3.6.1	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	46
3.6.2	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	46
3.7	VIABILIDAD	46
3.8	OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	47

3.9	METODOS	48
3.10	TIPO DE INVESTIGACIÓN	48
3.11	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.	48
3.12	PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACION	49
3.13	CONSIDERACIONES BIOÉTICAS	49
3.14	PLAN DE PROCEDIMIENTO DE DATOS - CRONOGRAMA	50
3.15	RECURSOS EMPLEADOS	51
3.15.1	Recursos humanos	51
3.15.2	Recursos físicos	51
3.16	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	51
3.17	METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	51
	CAPITULO IV	52
4.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	52
4.1	RESULTADOS	52
	TABLA Y GRAFICO 1	53
	TABLA Y GRAFICO 2	54
	TABLA Y GRAFICO 3	55
	TABLA Y GRAFICO 4	56
	TABLA Y GRAFICO 5	57
	TABLA 6	58
	TABLA Y GRAFICO 7	59
	TABLA 8	60
	TABLA 9	61
	TABLA 10	62
	TABLA 11	63
	TABLA 12	64
	CAPÍTULO V	65
5	CONCLUSIONES	65
	CAPÍTULO VI	66
6	RECOMENDACIONES	66

INTRODUCCIÓN

La proporción de pacientes con VIH/SIDA en el Ecuador sigue intensificándose de manera descontrolada; este problema de salud pública requiere acciones urgentes al respecto, ya que de lo contrario en unos pocos años se habrá consolidado como una epidemia muy difícil de contener. (OMS)

La batalla contra el VIH/SIDA no solamente se fundamenta en encontrar los medios que posibiliten su eventual cura; sino en una lucha constante en contra de ideas, tabúes, discriminaciones y estigmas. (OMS)

El primer caso de SIDA en el Ecuador fue notificado en el año de 1984. Un total de 12246 personas fueron reportadas hasta diciembre de 2007; de los cuales 4.640 presentaron el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y 1947 personas fallecieron. (INEC)

Investigaciones aisladas indican que estas cifras oficiales no evidencian la severidad de la epidemia.

En el año 2007 se documentaron 2413 casos nuevos de los cuales 1858 son VIH positivo y 555 se clasificaron como casos SIDA; el número de casos nuevos es un indicador de las necesidades existentes tanto en el sector sanitario como en el social.

Durante el año 2009, el hospital de Infectología “José Rodríguez Maridueña” registró 1637 casos nuevos de VIH/SIDA, de los cuales 636 pacientes fueron evaluados en hospitalización y 1001 pacientes por la consulta externa. El registro de admitidos al hospital correspondió a 1022 pacientes, de los cuales solo 386 eran subsecuentes.

La Tuberculosis sigue siendo la infección oportunista que prevalece en nuestro país; y esto se fundamenta en que el VIH incrementa la susceptibilidad de la tuberculosis aguda sea por infección primaria, por activación de infección latente, o por la re-infección con nuevas cepas del bacilo tuberculoso, a si mimo la enterocolitis es el síntoma gastrointestinal más frecuente en los pacientes infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). En los pacientes con menos de 50 linfocitos CD4

aumenta la probabilidad de desarrollar diarrea hasta en un 48.5% en un año y 74.3% a los dos años. Otros aspectos importantes que influyen en la prevalencia de la diarrea son la ubicación geográfica y los hábitos sexuales.

La condición inmunológica del paciente y el apego a la Terapia Antirretroviral (TAR) guardan una estrecha relación con el agente etiológico del cuadro diarreico, representando un reto diagnóstico por la gran variedad de agentes comunes y patógenos oportunistas que solo afectan a este tipo de pacientes.

El propósito de esta investigación es determinar los factores de riesgo y complicaciones de la Enterocolitis en pacientes con VIH-SIDA, mediante la observación indirecta en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña.

CAPITULO I

1. PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El VIH sigue siendo un importante problema de salud pública mundial, después de haberse cobrado más de 34 millones de vidas hasta ahora. En 2014, 1,2 [980 000-1,6] millones de personas fallecieron a causa del VIH en todo el mundo. A finales de 2014 había 36,9 [34,3-41,4] millones de personas infectadas por el VIH en todo el mundo, de los cuales 2 [1,9-2,2] millones de personas contrajeron el HIV en 2014.

El África subsahariana, donde había 25,8 [24-28,7] millones de personas infectadas por el VIH en 2014, es la región más afectada. Casi el 70% del total mundial de nuevas infecciones por VIH se registra en esta región.

En un estudio realizado por la OMS (2009) estimaba que más de 1 millón de personas se infectaban diariamente. Cerca del 60% de estas infecciones ocurrieron menores de 25 años, y de estos el 30% son menores de 20 años.

En Latinoamérica las cifras por contagio han presentado un considerable aumento, siendo Haití el país más afectado al cual el virus afecta un 6% de su población total. La India el segundo país del mundo con más enfermos de Sida detrás de Sudáfrica que tiene 5,3 millones de infectados significando un 20% de su población.

La infección por el VIH se suele diagnosticar mediante análisis de sangre en los que se detecta la presencia o ausencia de anticuerpos contra el virus. En general los resultados de estas pruebas están disponibles el mismo día de su realización, hecho esencial para el diagnóstico, el tratamiento y la atención precoces.

En Venezuela la incidencia de estas enfermedades guarda los mismos patrones que la situación latinoamericana, de solo tres casos que se registraron en el año 1983 hoy alcanza los 3.500 casos registrados a nivel mundial, lo que indica un crecimiento muy por encima

de mil por ciento sin considerar la población de infectados que aún no ha desarrollado la enfermedad y el grupo de personas que desconoce que padece de la misma. La prevalencia del SIDA en los diferentes Estados del país ubica en primer lugar la ciudad de Caracas con 1582 casos registrados, seguido de Mérida 355 casos y el Estado Cojedes con 4 casos registrados.

El VIH – SIDA afecta tanto a mujeres como a hombres, sin embargo, los factores discriminatorios de género de orden social, cultural, económico, legal, biológico y especialmente la violencia sexual, hacen que mujeres y hombres enfrenten la enfermedad de distintas maneras. Fisiológicamente, las mujeres y adolescentes son de 2 o 4 veces más susceptible al VIH que los hombres, ya que sus órganos genitales presentan mayor superficie, la mucosa donde pueden presentarse lesiones microscópicas. Los adolescentes, cuyo aparato reproductor no está plenamente desarrollado, son aún más vulnerable al VIH (publicación científica 2009).

Entre 2000 y 2015 las nuevas infecciones por el VIH han disminuido en un 35%, y las muertes relacionadas con el sida en un 24%, lo cual significa 7,8 millones de vidas humanas salvadas gracias a los esfuerzos internacionales que llevaron a la consecución mundial de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionadas con el VIH.

La ampliación del tratamiento antirretrovírico a todas las personas con VIH y el aumento de las opciones preventivas podrían ayudar a evitar 21 millones de muertes relacionadas con el sida y 28 millones de nuevas infecciones para 2030.

Una vez que se analiza la complicación VIH – SIDA debe decidirse el tipo de intervención tratamiento requerido y suministrar cuidado de apoyo. La calidad de vida siempre debe ser una prioridad en cualquier decisión relacionada con la atención del paciente, el propósito es prevenir, curar o minimizar las complicaciones de enterocolitis que pongan en peligro la vida mediante medidas profilácticas, la detección precoz y una terapia eficaz. El tratamiento de una complicación depende de muchos factores importantes relacionados con el paciente y la enfermedad subyacente que deben considerarse antes de ponerlo en práctica.

La enfermedad de VIH – SIDA como una de las complicaciones principal la ENTEROCOLITIS pueden presentarse durante el diagnóstico, el tratamiento o con la evolución de la enfermedad. Se requiere un enfoque de equipo para evitar los prejuicios, como el aumento de volumen, fluidez o frecuencia de las deposiciones en relación con el hábito intestinal normal de cada individuo.

Afecta a todas las edades y razas étnicas, constituyendo una causa importante de morbilidad y mortalidad mundial. Los factores de riesgo como el contagio de persona a persona, manejo de corto punzantes contaminadas y fluidos, riesgo por uso de alcohol y drogas, riesgo por falta de información, debemos de prevenir y tratar el contagio de VIH – SIDA

En el Ecuador por medio del Ministerio de Salud Publica en el año 2009-2010 se realizó un sub- diagnóstico para el VIH-SIDA que se determinan que las estadísticas sean imprecisas y limitadas, imposibilitando la elaboración de un mapa de riesgo.

En el País se han reportado 12.246 casos de VIH-SIDA desde 1984 al 2009, de ellos 2.358 se reportaron en el año 2009 es decir el 19% del total de casos. El 75.3% de los casos del 2009 se reportaron en la región Costa y de ellos el 4% corresponde de la provincia de Esmeraldas, desconociéndose aspectos relevantes sobre las características de la misma, en áreas geográficas pequeñas (CANTONES, PARROQUIAS Y COMUNIDADES) y en áreas rurales, información que permitiría una mejor planificación de actividades de prevención. (OMS/OPS. PUBLICACION CIENTIFICA, 2009).

En el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña por ser de referencia nacional se encuentra una alta frecuencia de casos con complicaciones de Enterocolitis.

Se ha detectado este último año un incremento de complicaciones y mortalidad de pacientes con esta patología, pero se desconoce cuáles son las causas asociadas para poder hallar cual es el factor de riesgo, al existir anomalías en la información estadística de las manifestaciones de los pacientes no se puede realizar un adecuado análisis para identificar las causas que genera este alto incremento, es necesario realizar y sustentar una propuesta de investigación que contribuya a tomar decisiones de manera más precisa para identificar los factores de riesgo.

1.2 JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto pretende analizar las complicaciones, conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo sobre el VIH- SIDA.

En el Plan Nacional del Buen Vivir se considera que se debe haber acceso universal a la salud, y en este grupo vulnerable es necesario facilitar mediante la investigación de los factores de riesgo y complicación para contribuir con información que permita el diseño de estrategias como aporte a las metas del Buen Vivir.

La incidencia de personas con VIH SIDA sigue siendo muy alta y por consiguiente un problema de salud pública que todos estamos obligados a enfrentar. Por ello en la ciudad de Guayaquil cuenta con el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña en beneficio de la población de quien padezca esta enfermedad.

La prevención, la detección precoz, las decisiones adecuadas y el tratamiento indicado de las complicaciones del VIH – SIDA son de vital importancia cuando se administra el cuidado a estos pacientes.

El objetivo es ofrecer información precisa, y aliviar los síntomas y brindar opciones apropiadas a los pacientes y sus familias encaminadas a mejorar la calidad de vida del enfermo y reducir el impacto en sus vidas.

1.3 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

La presente investigación está enfocada en determinar cuáles son los FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES CON ENTEROCOLITIS en pacientes con Síndrome inmunodeficiencia adquirida - SIDA: Estudio realizado en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña periodo 2015”

Los resultados obtenidos se utilizarán para la identificación de las características clínicas iniciales de enfermedad en pacientes con VIH-SIDA, para prevenir sus complicaciones.

1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Campo: Medicina

Área: Infectología

Aspecto: VIH/SIDA

Tema de Investigación: Enterocolitis en pacientes con VIH/SIDA: Factores de Riesgo y Complicaciones en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña, periodo de Enero – Diciembre del 2015.

Lugar: Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña.

1.5 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cómo influyen los factores de riesgo en el desarrollo de Enterocolitis y sus Complicaciones, en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña, periodo de ENERO – DICIEMBRE del 2015?

1.6 OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICO

1.6.1 OBJETIVO GENERAL.

- Determinar los factores de riesgo y complicaciones de Enterocolitis en pacientes con VIH-SIDA, mediante la observación indirecta en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña en el periodo de Enero – Diciembre del 2015.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar a los pacientes con Enterocolitis y VIH/SIDA en el Hospital de Infectología.
- Identificar los factores de riesgo en pacientes con VIH/SIDA.
- Diagnosticar las complicaciones de Enterocolitis en pacientes con VIH/SIDA.
- Relacionar los factores de riesgo con las complicaciones de Enterocolitis.

CAPITULO II

2 MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

En la mayoría de los países, los datos sobre VIH-SIDA se envían a los organismos sanitarios pertinentes, los profesionales de atención de Salud, las universidades, ONG, investigadores y medios generales de comunicación. En general, los países consideran que la distribución ampliada es útil ya que los trabajadores de salud están mejor informados del perfil de la epidemia, hay una mayor colaboración entre las autoridades sanitarias y se planean más intervenciones como resultados de la información contenidas en los boletines e informes.

A nivel de los países, se ha logrado mucho los últimos años. Los esfuerzos se han concentrado en obtener apoyo político para una respuesta nacional eficaz a la epidemia. Ha habido importantes actividades encaminadas a instalar a los líderes nacionales a comprometerse en la lucha contra el VIH-SIDA.

2.2 HISTORIA DEL VIH

La era del SIDA empezó oficialmente el 5 de junio de 1981, cuando los Centers of Disease Control (CDC) de Estados Unidos convocó a una conferencia de prensa donde describió cinco casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* diagnosticados en el centro médico de la Universidad de California en Los Ángeles.

Al mes siguiente se constataron varios casos de sarcoma de Kaposi, las primeras comprobaciones de estos casos fueron realizadas por el Dr. Michael Gottlieb de San Francisco. La mayoría de estos pacientes eran Yambay, M & Zapata, J. Postgrado de Anatomía Patológica. ISP.FCM.UCE.2012 hombres homosexuales sexualmente activos, muchos de los cuales también sufrían de otras enfermedades crónicas que más tarde se identificaron como infecciones oportunistas. Las pruebas sanguíneas realizadas a estos pacientes mostraron que carecían del número adecuado de TCD4+

Por la aparición de unas manchas de color rosáceo en el cuerpo del infectado, la prensa comenzó a llamar al SIDA, la «peste rosa», causando una confusión, atribuyéndola a los homosexuales, aunque pronto se hizo notar que también la padecían los inmigrantes haitianos en Estados Unidos, los usuarios de drogas inyectables y los receptores de transfusiones sanguíneas.

En 1982, Bruce Voeller, ex director de la National Gay Task Force, propone llamarla a la nueva enfermedad como "Acquired Immune Deficiency Syndrome" cuyo acrónimo en castellano es SIDA, pasando más tarde a ser admitido el término como sustantivo por la Real Academia de la Lengua, y en septiembre los CDC aceptan este nombre. En Enero de 1983, en Francia, el profesor Luc Montagnier, del Instituto Pasteur, examina un ganglio extraído a un enfermo y determina que existen rastros de actividad de la enzima retro transcriptasa, sugiriendo con ello que la enfermedad puede estar causada por un retr

En Abril de 1984, la secretaría de salud de EE. UU, anuncia que el equipo de científicos del profesor Roberto Gallo ha descubierto el HTLV-III (Human T- cell Leukemia Virus III), virus que se considera causante del SIDA. A finales de 1984 un científico inglés, Robin Wriss, demuestra que el LAV y el HTLV-III son el mismo virus y en 1985 se confirma que los virus son idénticos. En 1987, la Food Drugs Administration de EEUU (FDA) aprueba el primer fármaco antirretroviral, el AZT (o zidovudina). En la década de los 90, se lleva a cabo una acción más positiva en la lucha contra el SIDA. Una segunda droga para el tratamiento del VIH, fue aprobada y estudios clínicos de terapia combinada empezaron a realizarse, "cocktail", quedando como tratamiento estandarizado hasta la presente fecha.

En 1995, la FDA aprueba el primer inhibidor proteasa (IP) Inivirase saquinavir). En los siguientes años, dos más IPs; Norvir (ritonavir) y Crixivan (indinavir), son aprobados con otras nuevas clases de drogas, los inhibidores no-nucleósidos de la transcriptasa reversa(INNTR), la cual incluye Sustiva (efavirenz) y el Viramune (nevirapine). En 1996, la Conferencia Internacional de SIDA, revela la eficacia de la llamada Highly Active Antirretroviral Therapy (HAART), en español TARGA, que es la combinación de

dos inhibidores de la transcriptasa inversa y un inhibidor de la proteasa, convirtiéndose en la terapia estándar para el VIH. Esto representó el comienzo del final de las muertes por VIH y SIDA. Comenzando la era de VIH como una enfermedad crónica manejable.

En el 2000, se lleva a cabo una Conferencia Internacional en el continente más afectado África (concretamente en Durban), en donde se presentó la Declaración de Durban: más de 5000 científicos y 12 premios Nobel firman un documento que reafirma que el VIH es la causa del SIDA, poniendo fin a la controversia sobre el origen de la enfermedad.

A partir del año 2001, los acontecimientos, en lo que se refiere a nuevos fármacos o descubrimiento relevantes sobre el VIH, se han ido enlenteciendo. Y en el 2007 las Naciones Unidas asegura que de los veinte mil millones de dólares precisos para la lucha contra el SIDA solamente se dispuso de la mitad. Esto hace que, 27 años después de la notificación de los primeros casos y 21 después de la comercialización del primer antirretroviral, cada día mueran en el mundo 6000 personas a causa de una enfermedad que, al menos teóricamente, puede ser evitada y para la que existen tratamientos eficaces.

2.3 DEFINICIÓN DE VIH Y SIDA

VIH es la sigla correspondiente a “virus de la inmunodeficiencia humana”.

Es un retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario (principalmente las células T CD4 positivas y los macrófagos, componentes clave del sistema inmunitario celular) y destruye o daña su funcionamiento. La infección por este virus provoca un deterioro progresivo del sistema inmunitario, lo que deriva en "inmunodeficiencia".

SIDA es un término que corresponde a “síndrome de inmunodeficiencia adquirida”, se aplica para las etapas más avanzadas de la infección por el VIH, momento en el que se manifiesta alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o cánceres relacionados con el VIH. Además, el CDC (Centro para el Control y Prevención de Enfermedades) define al SIDA en función de que el nivel de células T CD4 positivas presentes en la sangre sean menor a

2.4 BASES TEÓRICAS

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha provocado una epidemia de SIDA que se ha propagado a todos los rincones del mundo, está provocando el retroceso de importantes avances en el desarrollo, acabando con millones de vidas, ensanchando las diferencias entre ricos y pobres, y socavando la seguridad social y económica.

2.5 ASPECTOS GENERALES DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

El virus del VIH pertenece a la familia de los retrovirus, una clase de virus RNA que se distingue por la presencia de una enzima llamada transcriptasa reversa, que traduce el RNA viral en DNA con la capacidad de integrarse en el genoma de las células del cuerpo humano.

La estructura del virus se asemeja a un icosaedro, su diámetro es de 110 nanómetros. Se distinguen una cobertura y un núcleo. La cobertura presenta 70 prominencias compuestas por glicoproteínas, las cuales van a hacer interacción con los componentes proteicos del receptor CD4 de las células localizadas a nivel del sistema hematopoyético, gastrointestinal, linfóide y sistema nervioso.

El núcleo posee cuatro proteínas virales, la p24 -la de mayor tamaño-, p17-matriz del virus- y dos proteínas estructurales del genoma viral - p7 y p9-. Dentro de estas estructuras están presentes tres enzimas indispensables para la replicación del virus: la transcriptasa reversa, integrasa y proteasa. La composición genética del virus es compleja y heterogénea comparada con otras estructuras virales (1,2).

El VIH se subdivide en dos tipos estructuralmente diferentes; VIH1 y VIH2. El VIH1 es el principal agente etiológico del SIDA mientras que el VIH2 está asociado con inmunodeficiencia múltiple encontrándose de manera endémica en el occidente de África.

Las diferencias entre estas cepas han hecho posible un seguimiento epidemiológico relacionado con el patrón de transmisión de la enfermedad. De igual modo los cambios en la configuración de la envoltura proteica de cada cepa han estado asociados con posibles dificultades de la reactividad de la prueba de ELISA similar al efecto de los medicamentos antirretrovirales (3)

2.6 INMUNOPATOGENIA

Las principales vías de transmisión del virus son: la vía sexual, intravenosa y vía vertical (de madre a hijo durante el embarazo, parto vaginal o lactancia). El virus ingresa al organismo ya sea directamente por el torrente sanguíneo, o por las mucosas, ingresando como un virus libre o dentro de las células infectadas.

La integración del virus al genoma celular, hace que la principal vía de transmisión son las células infectadas. También el ingreso del virus puede producirse por la unión al receptor galactosilceramida ubicado en las células del recto, por lo que la infección puede producirse a este nivel sin necesitar una previa exposición de sangre.

A los días de producida la infección, el virus es detectado por los ganglios linfáticos, aquí es donde da comienzo la replicación viral. Hay que recordar que no existe periodo de latencia, ya que los órganos y tejidos linfoides son el principal reservorio y fuente constante de replicación. Luego, estos nuevos virus migran al torrente sanguíneo, produciéndose una infección masiva de células. Esta etapa, coincide con pico de viremia o carga viral, la cual irá en descenso por la respuesta de los linfocitos CD8, existiendo posteriormente la destrucción gradual de linfocitos CD4, constituyendo el sello de la infección. La fase final o etapa SIDA, hay una disminución drástica de los linfocitos CD4, aumenta en demasía la carga viral, apareciendo de la mano las enfermedades marcadoras de SIDA.

2.7 CICLO DE REPLICACION DEL VIRUS

El escenario principal para la replicación del VIH lo constituye el receptor CD4 el cual muestra una gran afinidad por las partículas proteicas del virus. El receptor CD4 es un compuesto proteico presente en la superficie de monocitos, macrófagos, células dendríticas, linfocitos T y células gliales entre otros.

Al igual que los receptores CD4, existen dos tipos de receptores alternos que interactúan con los macrófagos y linfocitos llamados receptores CCR5 y CXCR4. (4, 5).

La transcriptasa reversa modifica la cadena única de RNA viral en una cadena sencilla inicial de nucleótidos de DNA y posteriormente genera dos cadenas que harán parte del genoma humano por medio de una enzima, la VIH integrasa. Esto ocasiona una secuencia

potencial de errores genéticos sobre un código previamente diseñado llamado complejo proviral, cuya integración con el genoma celular se presenta de una manera variable a través del tiempo. El complejo proviral aun no está expresado como RNA viral, proteínas virales o viriones pero si permanece en actividad continua por medio de la DNA polimerasa (6).

2.8 DIAGNOSTICO GENERAL DEL VIH

Las anormalidades más frecuentes en los exámenes de laboratorio son la linfopenia en la fases iniciales, que progresa a linfocitosis reactiva, la velocidad de eritrosedimentacion elevada, aumento leve de transaminasas, fosfatasa alcalina alta y plaquetopenia.

A lo que refiere al conteo de linfocitos, en la fase inicial, la cuentan total de linfocitos disminuye proporcionalmente a la relación CD4/CD8. Luego los recuentos de CD4 y CD8 empiezan a aumentar, en mayor prevalencia los CD8, por lo que la relación CD4/CD8 se invierte y permanece así hasta que se resuelve el periodo.

La cuenta total de los linfocitos se eleva, pudiendo encontrar linfocitos atípicos en los frotis de sangre periférica.

2.9 DIAGNOSTICO DE LA PRIMOINFECCION DEL VIH

Actualmente se disponen de dos tipos de pruebas para detectar la presencia de anticuerpos anti-VIH en el suero humano, los cuales aparecen entre las 6 semanas a 3 meses después de la infección, y una pequeña parte puede detectarse al año de la misma. Existen diferentes tipos de pruebas para la detección de los anticuerpos para el VIH. (11)

Las dos pruebas que se emplean son el enzimo inmune análisis inmunoespecífico ligado a enzimas (ELISA) y la inmunoelectrotransferencia (Western Blot).

CRITERIOS DE POSITIVIDAD PARA VIH POR LA TECNICA DE WESTERN BLOT

Criterio	Positividad frente a:
OMS	Dos glicoproteínas cualquiera de la envoltura: gp160, gp120, gp41
FDA	gp24 + p 32 + dos bandas de envoltura (gp41 o gp120 o gp160).
CDC	gp24 + dos bandas de envoltura (gp41 o gp120 o gp160) o gp41 + (gp120 o gp160).

LA PRUEBA ELISA

Son pruebas cuantitativas que permiten detectar anticuerpos y/o antígenos.

Pueden realizarse en sangre total, plasma y suero, dependiendo del fabricante. Para su uso es necesario contar con una infraestructura de laboratorio y el equipo lector de Elisa. Permiten analizar grandes volúmenes de muestras.

Para mayor información, se recomienda revisar el Manual de normas y procedimientos para el diagnóstico del VIH, elaborado por el Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical Leopoldo Izquieta Pérez (actualmente Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública).

Los test de tamizaje en algunas ocasiones pueden reaccionar durante la prueba a otros analíticos y diferentes al VIH, lo que ocasiona un resultado falso positivo.

Situaciones que pueden determinar resultados falsos positivos y falsos negativos en las pruebas de tamizaje

falsos positivos
Interferencia de: Anticuerpos como los que se dirigen frente a antígenos de músculo liso, células parietales, mitocondriales, nucleares, leucocitarios y de células T. Presencia de anticuerpos IgM frente al core del virus B de la hepatitis y frente al virus A de la hepatitis. Anticuerpos frente a antígenos leucocitarios de clase II de células H9 que pueden estar presentes en mujeres embarazadas multíparas y sujetos poli- transfundidos.
Enfermedades del hígado como hepatopatía alcohólica grave, cirrosis biliar primaria o colangitis esclerosante.

falsos negativos
Período de incubación de la infección o enfermedad aguda antes de la seroconversión (período ventana).
Tratamientos inmunosupresores intensivos o prolongados.
Procesos malignos.
Transfusión de reposición.
Trasplante de médula ósea.
Disfunciones de las células B.
Interferencia de factores reumatoideos.

Se usa inicialmente para realizar una detección sistemática (screening) en un gran número de muestras. Es sensible y razonablemente específica. Los resultados positivos se confirman con Western Blot, prueba más sensible y específica (12). Encargada de detectar anticuerpos contra diferentes proteínas específicas del virus.

Es importante realizar otras pruebas, como biometrías hemáticas y química sanguínea de rutina, así mismo pruebas serológicas para descartar otros tipos de enfermedades de transmisión sexual. Es necesario realizar exámenes seriados de anticuerpos a lo largo de varios meses, para confirmar o no un diagnóstico de VIH, para la orientación del paciente, prevención de nuevas transmisiones y por la posibilidad de iniciar el tratamiento antirretroviral temprano que ayude a mejorar el pronóstico.

DETECCION DEL ACIDO NUCLEICO DEL VIRUS

Estas pruebas se basan en la identificación del ARN viral o del ADN provirus, mediante la técnica PCR, es un método de elección para confirmar la infección en niños menores de 18 meses, hijos de madres seropositivas, así mismo son una alternativa para la confirmación en casos donde el Western blot es indeterminado.

EXAMENES DE SEGUIMIENTO DEL PACIENTE INFECTADO

Son aquellas que se utilizan para el monitoreo o seguimiento del paciente portador del virus, así mismo para evaluar si el tratamiento antirretroviral sigue siendo efectivo o no. Esta incluye el conteo de linfocitos CD4 y la Carga Viral.

CONTEO DE LINFOCITOS CD4

Se realiza en personas portadoras del virus, al momento del diagnóstico y en controles mensuales según el criterio médico, para evaluar la evolución de la respuesta inmune, independiente si se está en tratamiento o no. Va de la mano con la Carga viral, en general, si esta disminuye, los CD4se elevan.

Aunque se pueden presentar discordancias entre la clínica y el laboratorio, obligatoriamente se debe repetir el conteo de CD4 y CV.

CARGA VIRAL

Es el término usado para describir la cantidad de virus que existen en una muestra. Es un marcador de replicación viral, se utiliza para monitoreo del tratamiento antirretroviral, también ayuda a estimar el riesgo de transmisión y la progresión en el curso de la infección.

factores que incrementan la CV	factores que disminuyen la CV
<ul style="list-style-type: none">• Infección activa no VIH y otras enfermedades agudas• Inmunizaciones	<ul style="list-style-type: none">• Falsamente bajas CV: subtipo no B que no se detecta con algunos test• Infección por VIH 2

2.10 FACTORES DE RIESGO PARA ADQUIRIR VIH/SIDA.

- Riesgos por prácticas sexuales sin protección.
- Riesgos por uso de alcohol y drogas.
- Riesgo por falta de información.
- Riesgo por condición social y económica: la pobreza es una condición de vulnerabilidad frente al VIH.
- Riesgo por transfusiones de sangre o de sus derivados.
- Riesgo de infección de madres embarazadas a sus hijos e hijas

2.11 CONDICIONES PARA QUE PUEDA TRANSMITIRSE EL VIH

Para que pueda haber transmisión del virus tienen que darse tres condiciones. Este concepto es muy importante para comprender el riesgo.

EL VIH DEBE ESTAR PRESENTE

Parece evidente, pero el VIH solamente puede transmitirse si una de las personas es portadora del VIH. Algunas personas presuponen que ciertas conductas (tales como el sexo anal) de por sí pueden causar el SIDA. Esto no es correcto; algunas conductas son más riesgosas, pero solamente si el VIH está presente.

TIENE QUE HABER SUFICIENTE VIRUS

Incluso cuando hay VIH, lo importante es la concentración de VIH que haya en la sangre, por ejemplo, el virus está muy concentrado. Una pequeña cantidad de sangre es suficiente para infectar a alguien. Pero la misma cantidad de otros fluidos y el VIH deben entrar en la corriente sanguínea.

FLUIDOS INFECCIOSOS EL VIH

El VIH puede ser transmitido de una persona infectada a otra a través de los siguientes fluidos:

- a) Sangre (incluyendo la sangre menstrual) La sangre contiene la concentración más alta de virus, seguido de semen y de fluidos vaginales
- b) Semen
- c) Secreciones vaginales
- d) De la madre al bebé a través de la leche materna.

FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH

Existen tres vías de transmisión

RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCIÓN

El HIV se transmite más comúnmente a través de actividad sexual sin protección.

- a). - **Coito sexual anal o vaginal**: En los genitales y el recto, el VIH puede infectar las membranas mucosas directamente o entrar por cortadas o heridas ya existentes o que se hagan durante el acto sexual. Muchas de estas pueden ser indoloras y por lo tanto la persona no sabe que las tiene.
- b). - **Sexo oral** (contacto boca-pene, boca-vagina, boca-ano): La boca es un entorno muy poco hospitalario para el VIH. Esta ruta es mucho menos riesgosa que el coito anal o vaginal. Sin embargo, se han dado casos documentados de transmisión del VIH por vía oral, así que no podemos decir que recibir semen, fluido vaginal o sangre infectada en la boca no tenga riesgo.

c). - **Transmisión heterosexual:** Es evidente, a la vista de las investigaciones epidemiológicas y por simple sentido común, que el VIH puede transmitirse por vía sexual entre hombres y mujeres. Varias investigaciones con parejas femeninas de hemofílicos VIH positivos demuestran que la transmisión sexual puede ocurrir de hombre a mujer.

Esta conclusión está apoyada por las estadísticas de mujeres que tienen SIDA cuyo único factor de riesgo fue el de tener relaciones sexuales con un hombre que tuviera SIDA. La transmisión sexual de mujer a hombre parece ser menos efectiva, pero definitivamente puede ocurrir.

Con cada una de éstas prácticas la pareja receptiva está en mayor riesgo. En sexo heterosexual, las mujeres corren mayor peligro de infectarse que los hombres.

A TRAVÉS DE SANGRE INFECTADA O PRODUCTOS DE SANGRE INFECTADOS

A) COMPARTIR JERINGAS: una jeringa puede pasar sangre directamente de una persona a otra, esta es la manera más eficaz de transmitir el VIH.

B) ACCIDENTES CON JERINGAS: Esto sucede con frecuencia entre los drogadictos que comparten agujas y jeringuillas para inyectarse droga.

C) TRANSFUSIONES DE SANGRE: Hace varios años, algunas personas se infectaron con el VIH al recibir transfusiones de sangre, pero hoy en día es obligatorio en la mayoría de los países que los donantes de sangre se hagan unas pruebas especiales para detectar si tienen o no el virus. Los profesionales de la salud que trabajan con enfermos con SIDA deben tomar precauciones especiales para evitar el contacto con la sangre del enfermo o pincharse con algún instrumento que pueda tener restos de sangre.

D) TRATAMIENTOS CONTRA LA HEMOFILIA: La hemofilia es una enfermedad genética (normalmente afecta a los hombres) por la que una persona no tiene la capacidad de coagular sangre.

Para controlar la enfermedad, los hemofílicos usan un factor de coagulación, llamado Factor VIII, que se prepara con la sangre de muchos donantes

E) OTROS PRODUCTOS SANGUÍNEOS: además de la sangre entera, las plaquetas (células rojas) pueden transmitir el virus. Pero este producto también se analiza actualmente para descartar la presencia de VIH. No hay otros productos sanguíneos que transmitan el VIH.

La gamma globulina y la vacuna de la hepatitis B no transmiten el VIH. La gamma globulina puede, en ocasiones, transmitir anticuerpos al VIH, pero no el propio virus, y estos anticuerpos desaparecen después de algunos meses.

DE FORMA VERTICAL

A) - DE MADRE A HIJO: la transmisión vertical, o de madre a hijo, puede suceder antes o durante el parto, y a través de la leche materna. Solamente el 25% de los bebés nacidos de una madre VIH+ nacen con el VIH, y eso sin que la madre tome ningún tratamiento.

Este porcentaje puede reducirse al 5% a 8% si la madre toma AZT (azitodina) en las últimas etapas del embarazo. Los recientes estudios presentados en la 12ª Conferencia Mundial sobre el SIDA señalan que el riesgo puede reducirse incluso al 2% si la madre toma AZT y tiene un parto por cesárea. Se están llevando a cabo otros estudios para determinar si el lavado vaginal y el empleo de supositorios antivirales por vía vaginal antes del parto son eficaces para reducir la transmisión perinatal. La leche materna contiene VIH, y aunque una pequeña cantidad de leche no representa un riesgo significativo de infección para los adultos, sí es riesgosa para los niños. En la 12ª Conferencia Mundial sobre el SIDA, la Organización Mundial de la Salud de las Naciones Unidas presentó la recomendación de que las mujeres VIH positivas no dar el pecho a sus hijos. Incluso si la madre está tomando AZT, la transmisión del VIH mediante la leche materna es del 5%.

B). - INSEMINACIÓN ARTIFICIAL: el semen donado se analiza para descartar la presencia del virus. Los donantes reciben la prueba de anticuerpos cuando dan la muestra. El semen se congela durante seis meses, y al término de este periodo, el donante recibe una segunda prueba para confirmar el análisis. El semen no se utiliza antes de completar este procedimiento.

2.12 SÍNTOMAS DEL SIDA.

A medida que la infección va debilitando su sistema inmunitario, el sujeto puede presentar otros signos y síntomas, como inflamación de los ganglios linfáticos, pérdida de peso, fiebre, diarrea y tos. En ausencia de tratamiento podrían aparecer también enfermedades graves como tuberculosis, meningitis por criptococos o diversos tipos de cáncer.

Generalmente tiene un comienzo agudo asintomático, luego tiene una evolución crónica, la cual se ha logrado gracias a la cantidad de drogas antivirales existentes, que han permitido que en muchos casos se transforme en una enfermedad crónica que muchas veces permite que a la paciente viva muchos años posteriores al diagnóstico.

En cuanto a la evolución de la infección por HIV se podría hablar de tres Etapas:

1) ETAPA AGUDA DEL SIDA.

Una vez producida la infección, el virus se extiende particularmente en los ganglios linfáticos (Linfocitos T CD4, Linfocitos T CD8, macrófagos, monocitos, etc.), invadiendo y multiplicándose por todo el organismo, y comienza a destruir el Sistema Inmunológico (dicho Sistema permite a las personas defenderse frente a los distintos microorganismos existentes en el medio ambiente, como virus, bacterias, hongos, etc.) lo cual lleva a padecer, con el transcurso del tiempo las denominadas Enfermedades Oportunistas o Enfermedades Malignas presenta fiebre, ganglios generalizados, erupciones en piel, enrojecimiento de las fauces, etc.

2) ETAPA INTERMEDIA.

Generalmente dura muchos años, por eso se podría decir que tiene una Evolución Crónica. En esta Etapa continúa la destrucción del Sistema Inmunológico.

Los síntomas clínicos son poco frecuentes. A veces se presentan ganglios periféricos o algunos desordenes de origen neurológico o psiquiátrico, que son difíciles de detectar.

La carga viral continúa, por lo cual podría decirse que se trata de un Período de Latencia con un Cuadro Clínico escaso o nulo (generalmente asintomático), pero si el enfermo no conoce su condición y no practica las

medidas de prevención, contagia y se extiende la Cadena Epidemiológica, aumentando aún más el número de infectados.

3) **ETAPA FINAL (SIDA).**

Se produce debido a la destrucción masiva del sistema inmune. Este Período transcurre desde que se contrae la infección y la aparición del SIDA, es muy variable y depende de cada individuo e influye también el tratamiento precoz con las drogas antivirales. Pueden transcurrir hasta 10 años o más, para que aparezcan los primeros síntomas.

La fase avanzada de la infección o SIDA se caracteriza por presentar un recuento de linfocitos CD4+ inferiores a 200/ul y un aumento en la tasa de replicación viral. Se observa descenso de la actividad de los linfocitos T citotóxicos anti-VIH y destrucción de la arquitectura linfática.

Clínicamente se producen infecciones oportunistas definatorias de SIDA, precedidas o no de síntomas constitucionales. No es infrecuente, que el paciente refiera una historia progresiva de pérdida de peso con o sin febrículas/fiebre y/o con/sin diarrea antes del primer evento definitorio de SIDA. Así mismo, pueden aparecer tumores relacionados con la inmunodepresión, de forma más agresiva que cuando aparecen con recuentos mayores de CD4+. Sin embargo, no es obligatorio tener un recuento de linfocitos CD4+ por debajo de 200/ul; algunas de las enfermedades definatorias de SIDA pueden aparecer con niveles superiores.

La clasificación, actualmente vigente, de la infección por VIH-1 y que entró en vigor en Enero de 1993, se basa en el número de CD4+ y en la 14 Histomorfología Placentaria y VIH-1 Postgrado de Anatomía Patológica. ISP. FCM. UCE. 2012 existencia de distintas situaciones clínicas que se incluyen en tres categorías: A, B y C. La categoría A se aplica a la infección primaria y a pacientes asintomáticos, aunque presenten un cuadro linfadenopático persistente y los procesos definatorios de las categorías B y C. Los pacientes que sufren o han sufrido un evento de la categoría C son considerados casos de SIDA.

**SISTEMA DE CLASIFICACION REVISADO PARA LA INFECCION
POR VIH Y DEFINICION MÁS AMPLIA DE CASO DE VIGILANCIA
DEL SIDA EN ADOLESCENTES Y ADULTOS.**

CATEGORIA A	Paciente asintomático Linfadenopatía generalizada persistente (LGP) Primoinfección por VIH.
CATEGORIA B	Síntomas de infección documentada por VIH y síntomas no incluidos en la categoría C, que cumplan al menos uno de los siguientes criterios, aunque no se limitan a ellos: Angiomatosis bacilar Candidiasis Orofaríngea Vulvo vaginitis candidiásica persistente, frecuente o de pobre respuesta a terapia. Displasia cervical (moderada o severa), carcinoma cervical in situ Síntomas constitucionales tales como fiebre (38,5° C) o diarrea de duración mayor de un mes Virus herpes zóster que implique al menos dos episodios distintos o más de un dermatoma Púrpura trombocitopénica idiopática Enfermedad inflamatoria pélvica Neuropatía periférica
CATEGORIA C	Eventos definidores de sida para adultos. Candidiasis de esófago, tráquea, bronquios o pulmones Cáncer cervical invasivo Coccidioidomicosis extrapulmonar Criptosporidiasis con diarrea más de 1 mes Enfermedad por citomegalovirus no localizada en hígado, bazo y sistema ganglionar Bronquitis, neumonitis o esofagitis, o úlceras cutáneas crónicas por herpes simple (mayor de 1 mes) Histoplasmosis extrapulmonar Demencia asociada al VIH Síndrome de desgaste: pérdida de peso > 10 Isosporiasis con diarrea más de 1 mes Sarcoma de Kaposi en pacientes menores de 60 años Linfoma no Hodgkin o a células B, o de un fenotipo inmunológico Desconocido, linfoma primario de cerebro o sarcoma inmunoblástico Micobacteriosis por <i>M. avium</i> o <i>M. kansasii</i> diseminada Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar Neumonía por <i>Pneumocystis carinii</i> (actualmente llamado <i>P. jiroveci</i>) Neumonía bacteriana recurrente, más de 2 episodios en 1 año Leucoencefalopatía multifocal progresiva Sepsis por salmonela (no typhi) recurrente Estrongiloidosis extraintestinal Toxoplasmosis de órganos internos (cerebral)

Clasificación del CDC. Clasificación revisada de 1993 de la infección por VIH en adultos y adolescentes.

Categorías según CD4	Categorías clínicas		
	A	B	C
	Asintomático, linfadenopatía persistente	Sintomático (No A ni C)	Evento definido
1 > 500 cél./mm ³	A	B	C
2 200-499	A2	B2	C2
3 ⁴ < 200	A3	B3	C3

2.13 ENTEROCOLITIS PACIENTES CON VIH SIDA

Las manifestaciones gastrointestinales son las segundas complicaciones más comunes de inmunodeficiencia primaria, después de la enfermedad pulmonar y se han reportado en aproximadamente 5 a 50 por ciento de los pacientes con diferentes tipos:

- Diarrea intratable
- Mala absorción
- Retraso del crecimiento (ITF)
- Enfermedad inflamatoria intestinal, que a menudo no responden como se esperaba a las terapias convencionales

El tracto gastrointestinal es uno de los órganos más grandes del sistema inmunitario, con una superficie amplia y el mayor reservorio de linfocitos en el cuerpo humano. Muchas enfermedades gastrointestinales relacionadas con relacionadas con el VIH, como la esofagitis por Candida, la criptosporidiosis biliar y la colitis por citomegalovirus representan infecciones oportunistas que son resultado de la inmunosupresión avanzada, mientras que otros procesos gastrointestinales, como la hepatitis viral crónica y la toxicidad relacionada con los medicamentos del VIH.

La ENTEROCOLITIS puede definirse como el aumento de volumen, fluidez o frecuencia de las deposiciones en relación con el hábito intestinal normal de cada individuo. Se considera que una diarrea es crónica cuando persiste durante más de tres semanas.

Afecta a todas las edades y razas étnicas, constituyendo una causa importante de morbilidad y mortalidad mundial.

En los países en vías de desarrollo la diarrea de origen infeccioso es una de las principales causas de mortalidad infantil.

Las complicaciones gastrointestinales en los pacientes que desarrollan SIDA son frecuentes.

Entre el 30 y el 70%, e incluso más según la zona geográfica, pueden desarrollar diarrea crónica que suele acompañarse de pérdida de peso y dolor abdominal.

En muchos de los casos se identifica el agente causal (bacterias, parásitos, virus u hongos), aunque la causa no siempre tiene que ser infecciosa.

Las complicaciones gastrointestinales ocurren entre 50 y 90 % de los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) y la diarrea es la manifestación clínica más frecuente (60 – 90 % de los casos).

El 30-70 % de los pacientes infectados por el HIV desarrolla diarrea crónica en algún momento de su evolución (la incidencia acumulada de diarrea puede llegar hasta 90 % en África y en algunos países como Haití). La inmunidad de la mucosa intestinal se halla disminuida en estos pacientes. Las alteraciones de los linfocitos T-colaboradores y T-supresores contenidos en la lámina propia son similares a las que se pueden observar en la sangre periférica, provocan disminución de la secreción de IgA que comporta mayor capacidad de los microorganismos de adherirse a la mucosa intestinal. Además, suele ocurrir disminución de la acidez gástrica que provoca aumento de la colonización bacteriana, así como neuropatía del sistema nervioso autónomo y alteraciones de la motilidad intestinal que dificultan el aclaramiento de los patógenos intestinales a través de las heces. La diarrea se acompaña a menudo de deficiencias nutricionales, pérdida de peso y dolor abdominal.

En la mayoría de los casos se puede identificar el microorganismo causal (bacterias, virus o protozoos), aunque la etiología no siempre es infecciosa.

Finalmente, varios medicamentos antirretrovirales (nelfinavir, ritonavir y didanosina, entre otros) que se utilizan en las modernas pautas terapéuticas, pueden provocar dispepsia y diarrea como efectos secundarios.

FACTORES HUMANOS

Flora saprofita

El 99 % de la flora intestinal saprofita, situada predominantemente en el último tramo del intestino delgado y en el colon, está constituido por microorganismos anaerobios (*BACTEROIDES*, *CLOSTRIDIUM*, *PEPTOSTREPTOCOCCUS*, *PEPTOCOCCUS* y muchos otros).

Otras bacterias, como *E. COLI*, *PROTEUS*, *KLEBSIELLA* Y *ENTEROCOCCUS*, representan el 1 % restante. Esta flora constituye un mecanismo de defensa eficaz que impide la colonización de bacterias entero patógenas.

Asimismo, pueden seleccionarse otros microorganismos, como *Pseudomonas*, *Klebsiella*, *Clostridium* y *Candida*, que colonizan el intestino, con el riesgo de infección sistémica, sobre todo en el paciente hospitalizado e inmunodeprimido.

ACIDEZ GÁSTRICA

La mayoría de los microorganismos patógenos nunca alcanza el tracto intestinal por la barrera ácida gástrica.

El pH gástrico normal (inferior a 4) destruye 99,9 % de las enterobacterias ingeridas en 30 min. Situaciones de hipo/aclorhidria (antiácidos, anti-H2) o en gastrectomizados comportan mayor riesgo de infecciones entéricas (*Salmonella*, *Shigella*) y parasitarias (*G. lamblia*). Algunos microorganismos son estables en medio ácido (rotavirus), y otros como *H. pylori* pueden alterar la acidez gástrica e incrementar la susceptibilidad del individuo a otros enteropatógenos.

La importancia de mantener adecuada acidez gástrica se ha puesto de manifiesto en pacientes tratados con anti-H₂ que tienen un mayor riesgo de colonización faríngea, traqueal y gástrica por bacilos gramnegativos e incluso neumonía nosocomial, que aquellos tratados con sucralfato, el cual mantiene inalterado el medio ácido gástrico.

Peristaltismo

La motilidad intestinal es un importante mecanismo para el aclaramiento de microorganismos del tracto gastrointestinal proximal. La alteración del peristaltismo causada por opiáceos, anomalías anatómicas (fístulas, divertículos, etc.) o enfermedades que cursen con disminución de la motilidad (diabetes, esclerodermia, etc.) confiere mayor facilidad para el sobre crecimiento bacteriano. El tratamiento sintomático con opiáceos para inhibir la motilidad intestinal en el curso de una gastroenteritis aguda por *Salmonella* o *Shigella* aumenta la probabilidad de bacteriemia o fiebre prolongada.

Inmunidad

En la lámina propia del intestino delgado (placas de Peyer) y colon existen células linfoides que se disponen en nódulos. Tanto la respuesta celular inmune como la producción de anticuerpos desempeñan un papel importante en la protección del huésped frente a las infecciones gastrointestinales. El amplio espectro de infecciones víricas, parasitarias, bacterianas y fúngicas en pacientes con SIDA resalta la importancia de la inmunidad celular en la protección del huésped frente a estos patógenos.

Diversos componentes del moco y de las secreciones intestinales, como el lisosoma y la lactoferrina y quizás los leucocitos que exudan en la superficie de las mucosas, contribuyen a reducir la población bacteriana del colon

Los posibles orígenes de las infecciones oportunistas en los pacientes con SIDA son:

- A. Reactivación de una infección latente adquirida años antes (producidas por microorganismos intracelulares).
- B. Infección exógena “de Novo,” por Ej.: por vía digestiva, las infecciones por *Isospora belli* y *Criptosporidium*; y por vía respiratoria, la criptococosis.

C. Proliferación de microorganismos saprofitos de la piel y las mucosas.

Factores microbianos

Tamaño del inóculo

El número de microorganismos ingeridos capaz de causar enfermedad varía considerablemente de una especie a otra. En el caso de *Shigella*, *Entamoeba* o *Giardia lamblia* son suficientes de 10 a 100 bacterias o quistes para provocar infección, mientras que se requiere la ingesta de 10^5 - 10^8 microorganismos para causar enfermedad en el caso de *Salmonella* o *Vibrio cholerae*.

Adherencia

La capacidad para causar enfermedad por parte de la mayoría de microorganismos enteropatógenos depende no solamente de su capacidad para penetrar a través de la mucosa o producir enterotoxinas o citotoxinas, sino también de su capacidad para adherirse y colonizar la mucosa. Esta propiedad ha sido bien descrita en *E. coli* enterotoxigénica, la cual debe adherirse y colonizar el epitelio intestinal previamente a la producción de la enterotoxina. Las cepas enteropatógenas y enterohemorrágicas de *E. coli* producen factores de virulencia que le permiten adherirse y destruir el borde en cepillo del epitelio intestinal. *V. cholerae* se adhiere al borde en cepillo de los enterocitos del intestino delgado mediante adhesinas de superficie específicas.

Producción de toxinas

La producción de una o más exotoxinas por diversos microorganismos enteropatógenos es importante en la patogénesis de la diarrea. Las toxinas pueden estar preformadas en los alimentos o bien ser liberadas por el agente causal en la luz intestinal. Se distinguen las enterotoxinas, responsables de diarrea acuosa, que actúan directamente en los mecanismos secretores de la mucosa intestinal; las citotoxinas, que provocan la destrucción de las células de la mucosa intestinal y originan diarrea inflamatoria, y las neurotoxinas, que actúan directamente en el sistema nervioso central o periférico.

Algunas exotoxinas actúan por diferentes mecanismos; así, *Shigella dysenteriae* tipo 1, por ejemplo, produce una enterotoxina que tiene actividad enterotóxica y citotóxica. Entre éstas cabe destacar las toxinas de *S. aureus* y *Bacillus cereus*, que actúan en el sistema nervioso central y provocan vómitos.

Invasión

Los cuadros disenteriformes pueden resultar no solamente de la producción de citotoxinas, sino también de la invasión bacteriana y destrucción de las células de la mucosa intestinal. Las infecciones causadas por *Shigella* y *E. coli* enteroinvasiva, por ejemplo, están caracterizadas por la invasión de las células epiteliales de la mucosa intestinal, multiplicación intraepitelial y posterior diseminación a las células adyacentes. *Salmonella*, por otra parte, causa diarrea por invasión de la mucosa intestinal, pero generalmente no está asociada con la destrucción de enterocitos y, consecuentemente, tampoco con el síndrome disentérico completo. *S. typhi* y *Y. enterocolitica* pueden penetrar a través de una mucosa intestinal intacta, multiplicarse intracelularmente en las placas de Peyer y nódulos linfáticos intestinales y diseminarse posteriormente a través del torrente sanguíneo causando fiebre entérica, síndrome caracterizado por fiebre, cefalea, bradicardia relativa, dolor abdominal, esplenomegalia y leucopenia.

Principales causas de gastroenterocolitis en los pacientes con SIDA

-ENTEROCOLITIS:	ENTEROBACTERIAS <ul style="list-style-type: none">-Salmonella spp.-Shigella spp.-Campilobacter spp.-Aeromonas spp. y Plesiomonas spp.-Clostridium difficile.-Escherichia coli.-Yersinia enterocolitica-Vibrio parahemolyticus⁷
-MICOBACTERIAS:	<ul style="list-style-type: none">-Mycobacterium tuberculosis.-Mycobacterium avium-Intracellulare.⁸
-PROTOZOOS:	<ul style="list-style-type: none">-Cryptosporidium.-Microsporidium.-Cyclospora spp.-Isospora belli.-Giardia Lamblia.-Entamoeba Hystolytica.-Blastomcystis hominis.
-VIRUS:	<ul style="list-style-type: none">-Citomegalovirus (CMV)-Herpes Simples.-Astrovirus y Picornavirus.
-PROCTITIS:	<ul style="list-style-type: none">-Neisseria Gonorrhoeae.-Clamidia trachomatis.-Herpes simplex.-Treponema pallidum.
- NO INFECCIOSAS:	<ul style="list-style-type: none">-Sarcoma de Kaposi.-Linfoma.-Idiopática.-Medicamentosa.

Lesiones bucales

La enfermedad gastrointestinal es una característica común de la infección por VIH y suele obedecer a una infección secundaria. La mucosa bucal además de lesionarse en el muguet, leucoplasia vellosa oral y sarcoma de Kaposi, puede mostrar úlceras aftosas dolorosas y superficiales.

La etiología de estas lesiones, que a veces producen un dolor tal que impide la ingestión de alimentos, es desconocida. No se conoce ningún tratamiento específico, aunque según algunas publicaciones, la administración de ciclos breves de esteroides en altas dosis o talidomida, alivia el dolor.

LESIONES ESOFÁGICAS

La esofagitis suele manifestarse por odinofagia y dolor retroesternal y es producida por *Candida*, CMV y virus del *Herpes simplex*; además, el esófago puede afectarse por el

sarcoma de Kaposi, el linfoma de la mucosa esofágica; al igual que la bucal, la mucosa esofágica puede afectarse por úlceras dolorosas de etiología poco clara.

LESIONES DEL ESTÓMAGO

La aclorhidria es frecuente en los enfermos con infección por VIH, pero los problemas gástricos son poco frecuentes. El sarcoma de Kaposi y el linfoma pueden afectar el estómago.

LESIONES DEL INTESTINO DELGADO Y EL GRUESO

Las infecciones del intestino delgado y del grueso constituyen los problemas gastrointestinales más representativos de los pacientes con infección por VIH, habitualmente se manifiestan por diarreas, dolor abdominal, fiebre ocasional y, en los casos graves, adelgazamiento.

Además de las infecciones secundarias específicas, los enfermos pueden sufrir un síndrome de diarreas crónicas en el que no se ha encontrado ningún agente específico, aparte del VIH; este cuadro suele conocerse como enteropatía del SIDA o del VIH. Se trata de un trastorno clínico parecido a la gastroenterocolitis crónica que cursa con diarreas de más de un mes de evolución. El estudio histológico del intestino delgado muestra una atrofia de bajo grado de la mucosa con una disminución de mitosis, lo que sugiere un estado de hipo regeneración. A menudo presentan un descenso o ausencia de lactasa en el intestino delgado y malabsorción con la consiguiente pérdida de peso.

Las lesiones del recto son frecuentes en estos pacientes, sobre todo las úlceras y erosiones perirectales secundarias a una reactivación del virus del *Herpes simplex*, pueden ser totalmente atípicas, sin ninguna vesícula, pero responden bien al tratamiento con Aciclovir. Las demás lesiones rectales comprenden el condiloma acuminado, el sarcoma de Kaposi y la neoplasia intraepitelial.

El cuadro clínico más característico es el de la disentería aguda causado por alguno de los microorganismos siguientes: *Shigella*, *Salmonella*, *Campylobacter*, *E. coli* invasiva, *Yersinia enterocolitica*, *Vibrio parahemolyticus* o por parásitos como *E. histolytica*. El

período de incubación varía entre 6 h a varios días. En el caso de la *Salmonella*, el cuadro de enterocolitis puede acompañarse de bacteriemia que con una frecuencia variable (5-40 %) puede producir complicaciones sépticas metastásicas graves. La edad inferior a 1 año y superior a 50 años y la presencia de inmunodepresión son los factores de riesgo más importantes de la bacteriemia. Algunos microorganismos producen manifestaciones clínicas extraintestinales, como *Yersinia enterocolitica* y, con menor frecuencia, *Shigella*, *Salmonella* y *Campylobacter*. Las más frecuentes son poliartritis migratoria, síndrome de Reiter y eritema nudoso. Recientemente se ha reconocido al síndrome de Guillain-Barre como complicación frecuente en el curso de la infección por *Campylobacter*. *Yersinia enterocolitica* es causa ocasional de adenitis mesentérica con dolor en la fosa ilíaca derecha y puede simular clínicamente una apendicitis aguda

Otros microorganismos con capacidad invasiva pueden ocasionar cuadros clínicos graves, como es el caso de la enterocolitis necrosante del niño (*E. coli*, otras bacterias, hongos y virus) y del adulto (*C. perfringens*). Suele afectar a recién nacidos de bajo peso, prematuros o con antecedentes de exsanguineotransfusión.

La clínica se caracteriza por vómitos, distensión abdominal y diarrea sanguinolenta. Puede complicarse con perforación intestinal y *shock* séptico. La mortalidad se acerca al 70 %. En los adultos cursa con anorexia, vómitos, dolor abdominal, diarrea con sangre, toxemia y *shock*.

Puede complicarse y ocasionar íleo paralítico, perforación intestinal y peritonitis. La mortalidad sigue siendo considerable, alrededor de 40 %. Algunos de los pacientes que sobreviven presentan estenosis u obstrucción intestinal y fístulas secundarias. *E. coli* enterohemorrágica provoca diarrea con sangre como consecuencia de una verocitotoxina.

Esta colitis hemorrágica cursa frecuentemente sin fiebre, puede ser epidémica (contaminación de la cadena de alimentos) y la presencia de sangre en heces sin apenas leucocitos debe sugerir esta posibilidad.

La listeriosis se reconoce cada vez con mayor frecuencia como causa de diarrea infecciosa. Puede ocurrir de forma epidémica por consumo de alimentos contaminados. Los más frecuentes son la leche cruda y pasteurizada, el queso y ensaladas vegetales.

LESIONES HEPATOBILIARES

Los enfermos con infección por VIH muestran diferentes formas de enfermedad hepatobiliar. La estenosis papilar y las colangitis escleróticas se han descrito en el contexto de la *Cryptosporidiosis*, infección por CMV y el sarcoma de Kaposi. La enfermedad hepática puede adoptar la forma de lesión hepatocelular por los virus de las hepatitis, lesión granulomatosa por micobacterias u hongos o masas hepáticas secundarias a abscesos tuberculosos o peliosis hepática. También se ha descrito una infiltración grasa y se ha propuesto su relación con el tratamiento con nucleótidos en algunos enfermos.

LESIONES PANCREÁTICAS

La enfermedad pancreática suele ocurrir por toxicidad medicamentosa, especialmente con la pentamidina y los didesoxinucleósidos. Hasta 50 % de los enfermos muestran datos bioquímicos de lesión pancreática y, a menudo, se aprecian signos de infección pancreática por CMV y MAC en las necropsias. Menos de 5 % de los pacientes muestran signos de pancreatitis clínica no relacionada con toxicidad farmacológica.

En conclusión, se destaca la importancia de las manifestaciones digestivas en el SIDA por su alta frecuencia, pues se presentan en más de la mitad de los enfermos y hay estadísticas que acercan estas cifras al 90 %. La diarrea es la forma más frecuente de afectación del sistema digestivo en el SIDA (90 %) y trae como consecuencia la desnutrición y muchas otras de las afectaciones sistémicas.

Existe una confluencia de factores humanos y de los agentes biológicos que repercuten, de no ser tratados, en el comportamiento a corto plazo de la integridad de estos pacientes.

Cuando el agente causal tiene capacidad invasiva, el período de incubación y la duración de la enfermedad suelen ser superiores a las gastroenteritis producidas por toxinas.

Esta revisión sirvió para organizar las manifestaciones clínicas localizadas en los distintos segmentos del sistema digestivo y señalar los cuadros más frecuentes.

La participación del hígado y el páncreas se debe, con mayor frecuencia, al uso de medicamentos específicos y/o a los agentes que se usan para controlar las enfermedades oportunistas.

BACTERIANAS

Las más frecuentes son las ocasionadas por *Salmonella* sp, *Shigella* sp y *Campylobacter* sp.

Las infecciones por *Salmonella* se asocian a defectos de los linfocitos T mientras que las causadas por *Shigella* y *Campylobacter* se asocian sobre todo a defectos de los linfocitos. La infección por *Salmonella* puede manifestarse como síndrome febril aislado o como enteritis; rara vez se produce shock o metástasis sépticas. Una característica de este germen es su recurrencia, sobre todo cuando se suprime el tratamiento antibiótico.

En el SIDA se estima que la incidencia de la infección por *Salmonella* es 20 veces superior a la de la población general y que, respecto a otros pacientes con salmonelosis, la bacteriemia es mucho más frecuente (hasta 25% más).

Los tratamientos antirretrovíricos o el empleo del cotrimoxazol, como profilaxis de la NPC, pueden haber disminuido la incidencia de salmonelosis.

INFECCIONES INTESTINALES DE ORIGEN BACTERIANO

Prevención de la exposición.

- Evitar el consumo de alimentos crudos o con cocción incompleta.
- Sugerir el lavado de frutas y verduras con agua clorada o hervida (BIII).
- Insistir en el lavado de manos y de utensilios que hayan estado en contacto con alimentos crudos.
- Evitar ingerir quesos blandos y alimentos elaborados (embutidos, fiambres, salchichas) por la asociación existente con la listeriosis.
- Evitar adquirir animales domésticos menores de seis meses de edad (BIII).
- Evitar contacto con animales con diarrea, así como el contacto con sus heces (BIII).

- Evitar el contacto con reptiles (lagartijas, iguanas, tortugas) (BIII).
- Durante los viajes, insistir en las medidas antes mencionadas y evitar el consumo de alimentos de dudosa procedencia (AII).

El tratamiento del agua con yodo o cloro puede ser menos efectivo que la ebullición, pero es una alternativa cuando no hay forma de hervir el agua (BIII).

Tratamiento:

- Pacientes con gastroenteritis por salmonela pueden recibir TMP/SMX 160/800 mg cada 12 horas durante 14 días en casos leves.
- En casos severos o con bacteriemia o CD4 < 200, ciprofloxacina 750 mg cada 12 horas o trimetoprim sulfam, y prolongar este tratamiento por 4-6 semanas.

Prevención de recurrencia: profilaxis secundaria.

- Pacientes con bacteriemias por salmonela necesitan tratamiento a largo plazo (2-3 meses) a iguales dosis. La Ciprofloxacina o TMP/SMX son las drogas de elección (BII).
- Los contactos domésticos deben ser investigados para saber si son portadores asintomáticos de salmonela o shigella, y que reciban tratamientos adecuados (CIII).

Consideraciones especiales:

Embarazo:

Pacientes con gastroenteritis por salmonela, deben recibir tratamiento con Ampicilina, Cefalosporinas de tercera generación o TMP/SMX (BIII). No administrar quinolonas.

PARASITARIAS (PROTOZOOS)

Entre las gastroenterocolitis infecciosas, los protozoos *Cryptosporidium* y *Isospora belli* son los microorganismos que más frecuentemente ocasionan diarrea crónica en el SIDA.

Se comportan como patógenos entéricos y provocan enteritis cuya clínica es, en muchos casos, grave, persistente y recurrente.

La diarrea puede manifestarse de forma aguda, crónica o intermitente y su gravedad es también variable. Se puede producir deshidratación grave, malnutrición y pérdida de peso importante. Se han descrito portadores asintomáticos, aunque la mayoría de los casos progresan a enfermedad sintomática.

Con mayor frecuencia son niños y varones homosexuales los más afectados y cuando la cifra de CD4 es inferior a 100/mm³ es más frecuente la diarrea recidivante.

Con el *Cryptosporidium* se pueden presentar alteraciones de las vías biliares y este reservorio biliar contribuye a la cronicidad de la infección y a la dificultad para erradicar el microorganismo.

La prevalencia de enteritis por *Isospora belli* no se conoce con exactitud, aunque se estima del orden del 0,3% pero es superior en países tropicales y subtropicales.

En el paciente no inmunosuprimido la diarrea por estos protozoos es diferente a la que presentan los pacientes con SIDA; por lo general es aguda, poco severa, no recurrente y evoluciona favorablemente aun sin tratamiento (autolimitada), pero en algunos casos ocasionados por *I. belli*, puede existir un síndrome diarreico crónico con mal absorción.

Se han identificado microorganismos del género *Cyclospora*, similar al *Cryptosporidium*, que pueden causar diarrea tanto en pacientes con SIDA como en inmunocompetentes.

CRITOSPORIDIASIS

En cuanto al tratamiento, el régimen preferido es el siguiente:

Iniciar TARGA debido a que el incremento de CD4 a más de 100 cél./mm³ cura la enfermedad. Tratamiento sintomático: hidratación (AIII), suplemento nutricional y agentes antidiarreicos una vez descartadas otras causas de diarrea (BIII).

Regímenes alternativos:

- La efectividad es variable, por lo que su recomendación está limitada (CIII).

- Nitazoxamida 500 mg c/12 h VO por 14 días.

Prevención de la exposición:

- Evitar el contacto con heces humanas o de animales. Debe lavarse las manos después del contacto con heces humanas o de animales domésticos, y después de haber estado en contacto con tierra.
- Deben abstenerse de mantener conductas sexuales que las expongan al contacto con heces, como las relaciones oro-anales.

Prevención de recurrencia:

No hay regímenes eficaces.

INFECCIÓN POR BARTONELLA

En cuanto al tratamiento, el régimen preferido es el siguiente:

Eritromicina 500 mg c/6h/VO o Doxiciclina 100 mg/VO BID, por 2-3 meses (AII)

Regímenes alternativos:

Azitromicina 600 mg/día o Claritromicina 500 mg c/12 h.VO de 2 a 4 mese

Consideraciones generales:

- Doxiciclina es la droga de elección en afectaciones del sistema nervioso central (AII).
- Los pacientes que presentan recaídas deberían ser tratados de por vida (AIII).

Prevención de la exposición:

- Existe un riesgo potencial de transmisión de esta enfermedad por los gatos (CIII).
- Las personas infectadas por VIH no deberían exponerse a situaciones en que puedan recibir rasguños de gatos (BIII).

- No se ha confirmado el beneficio de realizar pruebas rutinarias o serológicas a los gatos para detectar infección por bartonella (DII).

Prevención de la enfermedad:

No hay datos que respalden el uso de quimioprofilaxis (CIII).

Prevención de recurrencia: profilaxis secundaria.

Se ha recomendado el uso de Macrólidos o Doxiciclina.(CIII) de por vida en caso de una recaída

Consideraciones especiales:

Embarazo: En caso necesario se recomienda Eritromicina u otro macrólido, no usar tetra- cíclicas.

El Cytomegalovirus puede ocasionar infección entérica sobre todo en varones homosexuales; la diarrea es muchas veces sanguinolenta y con frecuencia existen lesiones ulceradas en el colon.

Varones homosexuales con clínica de proctitis pueden presentar infección ano rectal por Herpes simple (tipo 2 en más del 90% de los casos).

La proctitis herpética se suele presentar acompañada de dificultad urinaria, molestias del sacro, neuralgia e impotencia. Las vesículas rectales pueden ser focales o formar úlceras confluentes. Los Astro virus y picornavirus causan a menudo diarreas persistentes.

Candida albicans produce con frecuencia infecciones digestivas, aunque su localización suele ser en los tramos superiores (oro faríngeo y esófago) y raras veces provoca diarrea.

El diagnóstico diferencial de la enterocolitis en una persona con inmunosupresión grave es amplio y se debe hacer con patógenos bacterianos, protozoos y virus

Entre los parásitos que infectan el intestino delgado y grueso se incluyen los protozoos formadores de esporas, Cryptosporidium, microsporidios (como Enterocytozoon bienuesi y Septata intestinalis), Isospora y Cyclospora, y Entamoeba histolytica y Giardia lamblia.

La infección amebiana y la giardiasis pueden aparecer en cualquier estadio de la enfermedad por VIH y se suelen asociar a factores de riesgo convencionales, por ejemplo prácticas sexuales y exposiciones relacionadas con los viajes.

La enfermedad causada por *Cryptosporidium* es más frecuente y grave en las personas con VIH con inmunodeficiencia avanzada y lleva a infección persistente (en el 60% de los casos), enfermedad biliar (29%) e incluso enfermedad fulminante .

PRINCIPALES DERECHOS

El artículo 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos señala que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, y dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos a los otros. Un informe publicado por la ONU señala que la promoción y protección de los Derechos Humanos es un factor esencial para prevenir la transmisión y reducir los efectos del VIH.

- La promoción y protección de los Derechos Humanos es un factor esencial para proteger la dignidad de las personas con VIH/SIDA.
- El Derecho a la no discriminación, a la protección igual ante la ley
- El Derecho a la Vida
- El Derecho a la Libertad y a la Seguridad de la Persona
- El Derecho a la Libertad de circulación
- El Derecho al trabajo GG
- El Derecho al nivel más alto posible de salud física y mental
- El Derecho de acceso a la educación
- Nadie tiene derecho a restringir la libertad o los derechos de las personas por el único motivo de ser éstas personas que conviven con el VIH, cualquiera sea su raza, nacionalidad, religión, sexo u orientación sexual.

PREVENCIÓN

- Usar siempre preservativo
- No compartir agujas, jeringuillas, y solo aceptando transfusiones de sangre garantizadas.

- Cada mujer tiene derecho a realizarse la prueba del VIH dentro de la ley de la maternidad gratuita y cuando resulta VIH positiva puede recibir tratamiento que impide la transmisión del VIH a su bebe.
- La única forma de evitar completamente el contagio sexual con VIH es abstenerse de toda actividad sexual con otras personas.
- La próxima forma de segura es tener actividad sexual con una pareja que no esté infectada que a su vez solo tenga sexo con usted.
- Esta estrategia funciona solamente si su prueba de anticuerpos al VIH es confiable (debe hacerse seis meses después del último contacto riesgoso) y si su pareja es fiel.
- Para personas que tienen múltiples parejas sexuales, reduciendo el número de parejas y averiguando más acerca de sus historias sexuales. Estos factores ayudan a reducir riesgos, pero practicar sexo más seguro es esencial.

2.14 PRONÓSTICO.

Si bien, por el momento, no existe cura ni vacunas disponibles, la aparición de los medicamentos antiretrovirales elaborados por la industria farmacéutica, permiten mejorar la expectativa y la calidad de vida de los pacientes tratados, convirtiéndose en una enfermedad crónica.

“Estos son los datos más importantes acerca del SIDA. El SIDA es una enfermedad mortal.

- Cualquiera se puede contagiar con el SIDA muchos adolescentes (ambos, niños y niñas) han sido infestados.
- Los condones pueden reducir el riesgo de contagiarse con el SIDA.
- El SIDA se puede contraer después de una sola inyección con una aguja contaminada o de un solo acto sexual con una persona que tiene el VIH/SIDA.

2.15 TRATAMIENTO

“Por el momento, no es posible curar a un paciente infectado con VIH. La causa es la existencia de reservorios del virus, cuya eliminación no parece posible con los medios hasta ahora disponibles.

Es sensato hablar de un "Control de la infección por VIH y/o supresión crónica de la infección".

De manera esquemática, los tratamientos antirretrovirales consiguen suprimir la replicación del virus y el enfoque inmunológico de la infección completaría la estrategia terapéutica. Este último enfoque concita actualmente un enorme interés científico.

La medicación antirretroviral ha disminuido en forma categórica la mortalidad asociada al VIH, al punto de conceder a estas personas una expectativa de vida similar a la de las personas contagiadas con esta enfermedad infectocontagiosa como el VIH/SIDA.

Junto a este hecho, las personas que reciben tratamiento antirretroviral pueden llevar un estilo de vida y calidad de vida, no muy diferente a la de otras personas que reciben tratamiento por otras enfermedades crónicas, como la diabetes o la hipertensión arterial, entre otras.

ANTIRRETROVIRAL

Es un medicamento que inhibe la replicación del VIH. Actualmente existen combinaciones de antirretrovirales que logran detener casi por completo la replicación del virus, consiguiendo con el tiempo que no se detecte en la sangre.

Desafortunadamente en los reservorios mencionados existen virus muy difíciles de eliminar. Por ello, si se interrumpe el tratamiento, los virus que quedan en estos reservorios pueden diseminarse nuevamente.

INICIO DEL TRATAMIENTO

El inicio y la elección del tratamiento debe ser una decisión del médico frente a cada caso en particular, consensuada con el paciente. El uso inadecuado de los medicamentos puede tener consecuencias negativas

La recomendación de un tratamiento, no significa que haya necesariamente empeorado la salud del paciente. Actualmente los tratamientos antirretrovirales se utilizan mucho antes de que las defensas o la salud se vean afectadas seriamente por el VIH, con la intención de prevenir y reducir el efecto del virus sobre el cuerpo.

En la actualidad es posible inhibir casi por completo la reproducción del VIH. Al suprimir la reproducción del VIH, utilizando combinaciones de tres o más antirretrovirales, no sólo se reduce la posibilidad de progresar en la enfermedad, sino que permitimos al cuerpo ir reconstruyendo las defensas dañadas. El proceso de recuperación inmunológica es muy lento y requiere años manteniendo el virus en niveles indetectables. Inicialmente sí. Si se suspende el tratamiento se produce un rebrote de la carga viral, de modo casi constante y se acompaña de una disminución de los linfocitos CD4.

Los pacientes que requirieran tratamientos deben cumplirlo estrictamente. Esto permitirá reducir drásticamente la Carga Viral, aumentar sus defensas y prevenir la aparición de resistencias. Los especialistas conocen las dificultades de su cumplimiento y suelen disponer de alternativas, si aparecieran problemas (disminuir o cambiar las píldoras, apoyo Psico-social, etc.).

RESISTENCIAS

Desarrollar resistencias a la medicación quiere decir que los fármacos que toman para frenar la reproducción del virus ya no hacen efecto y la carga viral sube.

Cuando los virus se enfrentan a los fármacos pueden identificar su mecanismo de acción, mutar y tornarse resistentes.

Las resistencias pueden desarrollarse:

- Por tomar incorrectamente la medicación
- Por descuidar repetidamente la toma de la medicación
- Por re-infectarte
- Por mala absorción, o problemas que dificultan el paso a la sangre de los medicamentos. (Cuando el virus presenta resistencia a la medicación, el tratamiento fracasa: es lo que se llama “fallo terapéutico”)

2.16 HIPOTESIS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACION

El control de los factores de Riesgo en pacientes con VIH/SIDA evitara la Enterocolitis y sus Complicaciones.

¿Cuáles son las manifestaciones clínicas s más frecuentes en los pacientes que están hospitalizados?

¿De qué manera se puede identificar las complicaciones en los pacientes ingresados en la unidad hospitalaria?

2.17 VARIABLE

2.17.1 INDEPENDIENTE

- Paciente con VIH/SIDA con Enterocolitis

2.1.7.2 DEPENDIENTE

- Complicaciones
- Factores de Riesgo

3. MATERIALES Y METODOS

3.1 MATERIALES

Historia clínica, formulario de recolección de datos, hoja de encuesta, entrevistas.

3.2 LUGAR DE LA INVESTIGACION

Es estudio se realizará en el hospital de infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña el mismo que se encuentra ubicado en la ciudad de GUAYAQUIL. En el Hospital se ha detectado este último año un incremento de complicaciones y mortalidad de pacientes con esta patología, pero se desconoce cuáles son las causas asociadas para poder hallar cual es el factor de riesgo, al existir anomalías en la información estadística de las manifestaciones de los pacientes no se puede realizar un adecuado análisis para identificar las causas que genera este alto incremento, es necesario realizar y sustentar una propuesta de investigación que contribuyan a tomar decisiones de manera más precisa para identificar los factores de riesgo.

3.3 PERIODO DE LA INVESTIGACION

El periodo de la investigación será de enero a diciembre del 2015

3.4 UNIVERSO

El universo está constituido por pacientes atendidos en Hospital de infectología durante el periodo de enero a diciembre del 2015

3.5 MUESTRA

Está constituida por 100 pacientes que presentaron Complicaciones de enterocolitis en el hospital durante el periodo de enero a diciembre del 2015

3.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.6.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Paciente con VIH-SIDA con factores de riesgo y complicaciones, en el periodo 2015.

3.6.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Paciente con enterocolitis no VIH-SIDA.

3.7 VIABILIDAD

Este trabajo de titulación es un estudio viable, porque se dispone tanto de recursos humanos y físicos. Además de ser factible debido al incremento de los pacientes con VIH que ingresan en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña que permitió el acceso a las historias clínicas. Es de interés de la institución que existan datos estadísticos que demuestren la complicación y sus factores de riesgo asociados. Del mismo modo, se cuenta con el personal de salud (residente, especialistas, enfermeras), equipos, tratamientos y materiales necesarios para dicha investigación. Y permitirá al personal médico conocer los factores de riesgo y las complicaciones más frecuentes en dichos pacientes.

3.8 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	INDICADORES	ESCALA VALORATORIA	FUENTE
V. INDEPENDIENTE: Paciente con VIH-SIDA	Paciente que desarrolla la enfermedad del SIDA como consecuencia de la destrucción progresiva del sistema inmunitario	Manifestaciones clínicas	Diarrea Vomito Fiebre Dolor abdominal	Historia Clínica
Enterocolitis	Es una infección en el revestimiento del intestino delgado causada por la bacteria salmonela.	Laboratorio	CD4 < 200 cel, Copro Carga Viral, ELISA Western Blot	
V. DEPENDIENTE: FACTORES DE RIESGO	En epidemiología un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.	Enfermedades de transmisión sexual	VIH Sífilis Gonorrea entre otros	Historia Clínica
		Drogas Alcohol Riesgo por falta de información Relación con hombres entre hombres Uso de jeringuillas contaminadas	Edad más frecuente 18- 30 a Más frecuente sexo masculino	
Complicaciones	Trastornos que sobrevienen al curso de la enfermedad y que agravan el pronóstico	Enterocolitis por criptosporidio.	Deshidratación	Historia Clínica
		<input type="checkbox"/> Diarreas constantes por parásitos.	LESIONES HEPATOBILIARES	

3.9 METODOS

Será un trabajo Descriptivo- Correlacional.

3.10 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

- Retrospectivo
- Descriptivo
- Exploratorio

3.11 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

El diseño metodológico de este proyecto NO EXPERIMENTAL es de acción e intervención y utilizará el marco lógico con todas sus herramientas que son:

- Matriz de involucrados
- Árbol de problemas
- Árbol de objetivos
- Árbol de alternativas
- Matriz del marco lógico

La investigación de ENTEROCOLITIS Y FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON VIH- SIDA requiere de una serie de actividades; relacionadas, coordinadas y ejecutadas por un equipo humano definido.

La acción de este proyecto va dirigido al personal que laboramos en este Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña el mismo que se encuentra ubicado en la ciudad de GUAYAQUIL el paciente y familiar, el cual será aplicado mediante talleres de capacitación, asistencia técnica y supervisión, con la respectiva evaluación de los conocimientos adquiridos.

Este proyecto será muy útil para el personal que labora en dicha institución, el paciente y familia y quedará abierto para que los directivos sigan supervisando y evaluando el

cumplimiento de atención y poder actuar y disminuir la morbi -mortalidad del paciente con VIH - SIDA.

3.12 PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACION

Luego de la aprobación del anteproyecto de tesis, se procedió al análisis estadístico basado en las listas de aquellos pacientes diagnosticados con VIH, y se identificó aquellos que presentaron síntomas o signos.

Los datos recolectados fueron tabulados en los datos demográficos, síntomas clínicos que sugieran afectación, diagnósticos más relevantes y la posible existencia de complicaciones.

Luego se procedió a tabulación de los mismos. También se elaboró las barras estadísticas, se analizó los resultados obtenidos y finalmente, se procede a redactar las conclusiones y recomendaciones.

3.13 CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

Es primordial explicar de la manera más correcta, respetuosa y oportuna que se guardará total confidencialidad de los datos obtenidos de las historias clínicas de cada paciente.

3.14 PLAN DE PROCEDIMIENTO DE DATOS - CRONOGRAMA

Cronograma de actividades	Ag	Se	Oc	No	Di	En	Fe	Ma	Ab	Responsable
Elaboración de hoja recolección datos										Investigador
Análisis bibliográfico										Investigador
Identificación de requerimientos										Investigador
Elaboración de marco teórico referencial										Investigador
Recolección de datos estadísticos										Investigador
Análisis de datos estadísticos										Investigador
Revisión de borrador de anteproyecto										Tutor
Correcciones										Investigador
Revisión de anteproyecto										Tutor
Borrador de tesis										Investigador
Redacción tesis										Investigador
Presentación del trabajo de investigación										Investigador

3.15 RECURSOS EMPLEADOS

3.15.1 Recursos humanos

- La investigadora
- El tutor

3.15.2 Recursos físicos

- Computadora
- Impresora
- Historias clínicas
- Libros, revistas, folletos
- Diapositivas
- Tinta para impresora
- Cámara digital
- Esferográficos

3.16 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

La información requerida se obtuvo mediante del departamento de archivo clínico y estadística del Hospital que proporcionó el número de historia clínica de todos los pacientes que fueron atendidos con diagnóstico de enterocolitis. Se recabo la información necesaria en una hoja de recolección de datos (ver anexos). Con la información recabada se conformó una base de datos de los pacientes en una hoja de cálculo de Microsoft Excel.

3.17 METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para el análisis de los resultados se realizó en hojas de cálculo del programa de Microsoft Excel, donde todos los datos se expresaron como frecuencia absoluta y porcentaje. Posteriormente la información fue analizada en el programa estadístico para la confección de tablas y gráficos. Para la descripción de las variables se emplearon frecuencias simples, porcentajes, promedios, desviación estándar e intervalos de confianza al 95%.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

La presente investigación ha sido planteada con el objetivo de correlacionar los hallazgos de las complicaciones de la enterocolitis y los factores de riesgo en el Hospital de Infectología en el periodo 2015 de Enero a Diciembre, a través de la información obtenida de las historias clínicas y cuestionarios entregados a los pacientes.

Obtenida la información se procedió al recuento, clasificación, tabulación y representación gráfica, proceso que permitió conocer los resultados de la investigación de campo. La información recopilada hemos resumido en tablas y gráficos. En función de los objetivos y de la hipótesis se procedió al análisis e interpretación de resultados.

TABLA Y GRAFICO 1

Distribución de los 100 pacientes con Enterocolitis pacientes de VIH/SIDA complicaciones y factores de riesgo en el Hospital de Infectología. De enero / diciembre, del 2015

Año de ingreso	Frecuencia	Porcentaje
Enero /junio	50	50%
Julio/ diemb	50	50%
Total	100	100%

Ilustración 1 Distribución de los 100 pacientes con Enterocolitis pacientes de VIH/SIDA complicaciones y factores de riesgo en el Hospital de Infectología. De enero / diciembre, del 2015



TABLA Y GRAFICO 2

Distribución por genero de los 100 pacientes con Enterocolitis pacientes de VIH/SIDA complicaciones y factores de riesgo en el Hospital de Infectología. De enero / diciembre, del 2015

	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	75	75%
Mujer	25	25%
Total	100	100%

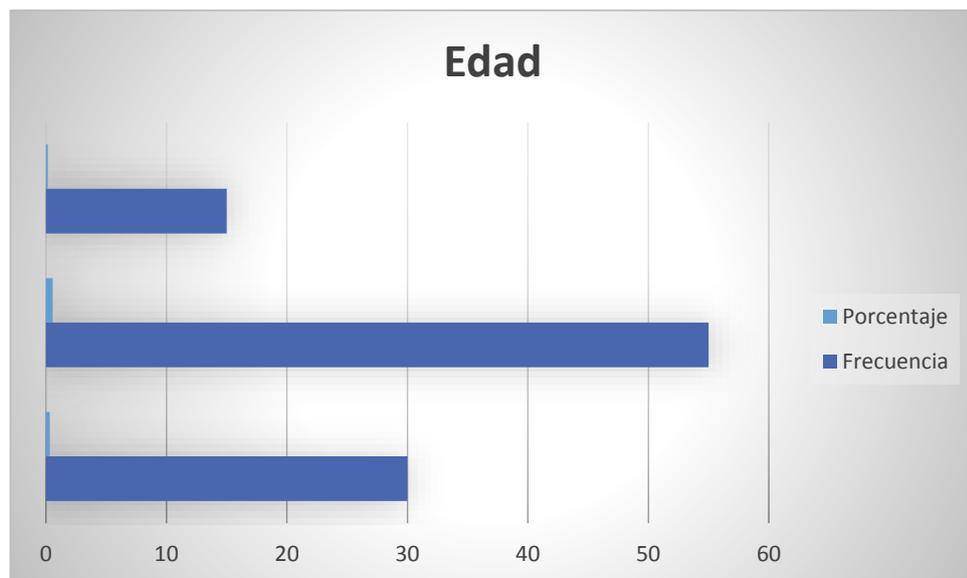
Ilustración 2 Distribución de los 100 pacientes con Enterocolitis pacientes de VIH/SIDA complicaciones y factores de riesgo en el Hospital de Infectología. De enero / diciembre, del 2015



TABLA Y GRAFICO 3

Distribución por edad de los 100 pacientes con Enterocolitis pacientes de VIH/SIDA complicaciones y factores de riesgo en el Hospital de Infectología. De enero / diciembre, del 2015

Edad	Frecuencia	Porcentaje
17-40	55	55%
41- 60	30	30%
mas de 61	15	15%
Total	100	100%



CUADRO 3 EDAD: revela que el mayor porcentaje de afección, se presenta en la edad comprendida entre los 17-40 (55%), seguido por el rango de 41-60 años, con un 30% , por ultimo hay un bajo porcentaje en pacientes mayores de 61 años, con un 15%.

TABLA Y GRAFICO 4

Distribución por residencia de los 100 pacientes con Enterocolitis pacientes de VIH/SIDA complicaciones y factores de riesgo en el Hospital de Infectología. De enero / diciembre, del 2015

Residencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	15	15%
Urbano	85	85%
Total	100	100%

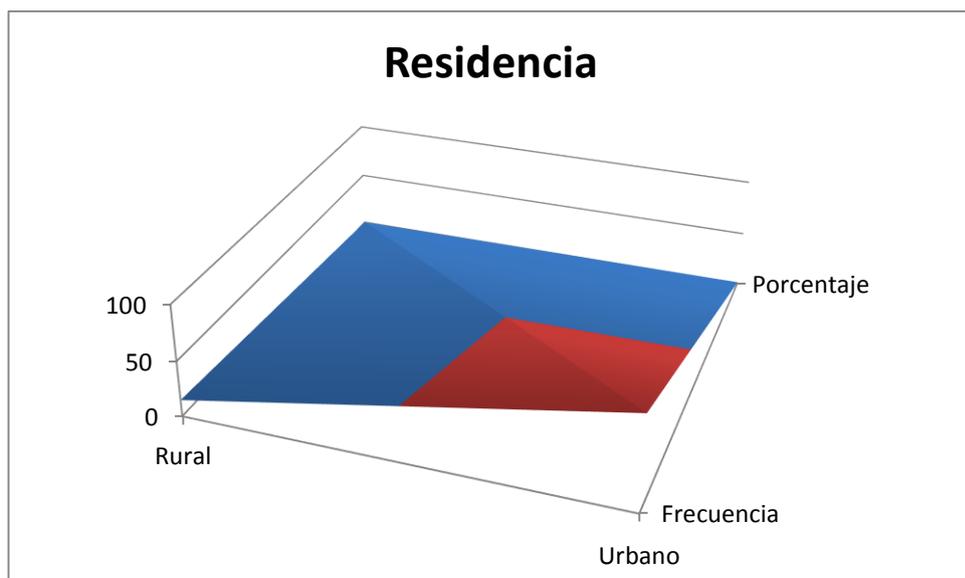
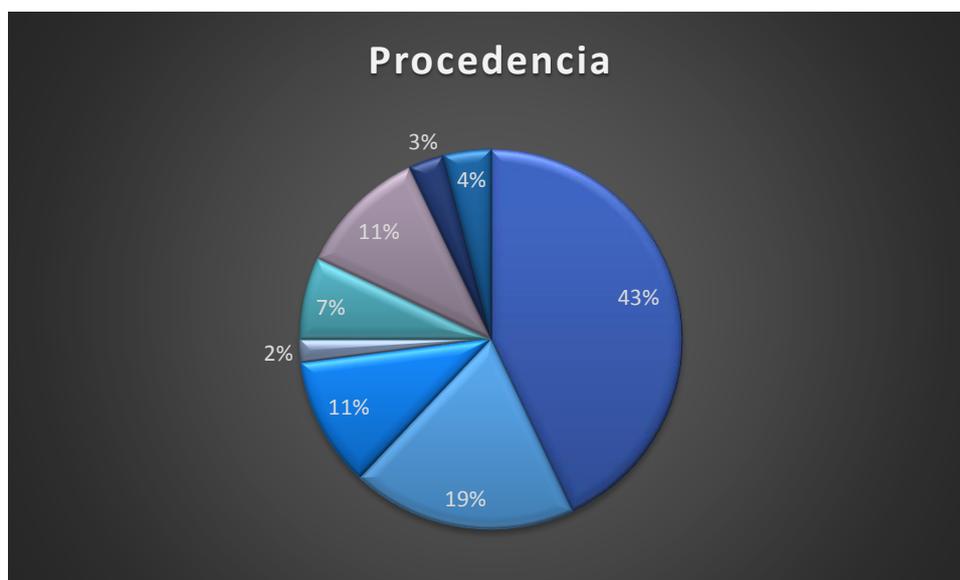


GRAFICO 4: Revela que el 85% de los pacientes viven en el ámbito urbano; el 15% en zonas rurales.

TABLA Y GRAFICO 5

Distribución por procedencia de los 100 pacientes con Enterocolitis pacientes de VIH/SIDA complicaciones y factores de riesgo en el Hospital de Infectología. De enero / diciembre, del 2015

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Guayas	43	43%
Santa Elena	19	19%
Duran	11	11%
Los ríos	2	2%
Esmeraldas	7	7%
El oro	11	11%
Manabí	3	3%
Otros	4	4%
Total	100	100%

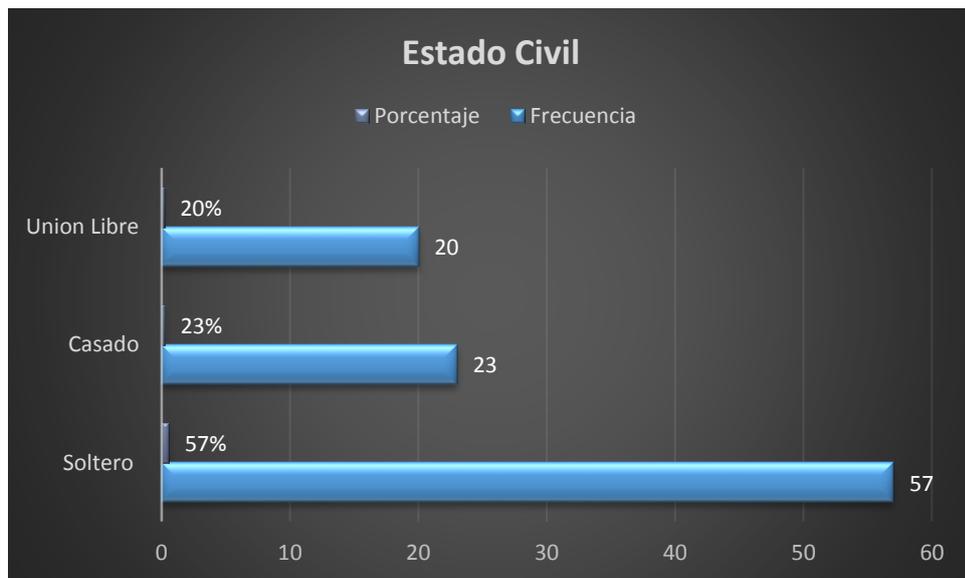


CUADRO 5 PROCEDENCIA: Revela que la provincia del guayas tiene un predominio de 43% frente a otras procedencias.

TABLA 6

Distribución por estado civil de los 100 pacientes con Enterocolitis pacientes de VIH/SIDA complicaciones y factores de riesgo en el Hospital de Infectología. De enero / diciembre, del 2015

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	57	57%
Casado	23	23%
Union Libre	20	20%
Total	100	100%



CUADRO 6 ESTADO CIVIL: revela que el mayor porcentaje se encuentra en pacientes solteros, con un predominio de 57%, mientras que los pacientes casados abarcan un 23%, seguido de aquellos en unión libre con el 20%.

TABLA Y GRAFICO 7

Tabla 7 Distribución por manifestaciones clínicas de los 100 pacientes con Enterocolitis pacientes de VIH/SIDA complicaciones y factores de riesgo en el Hospital de Infectología. De enero / diciembre, del 2015

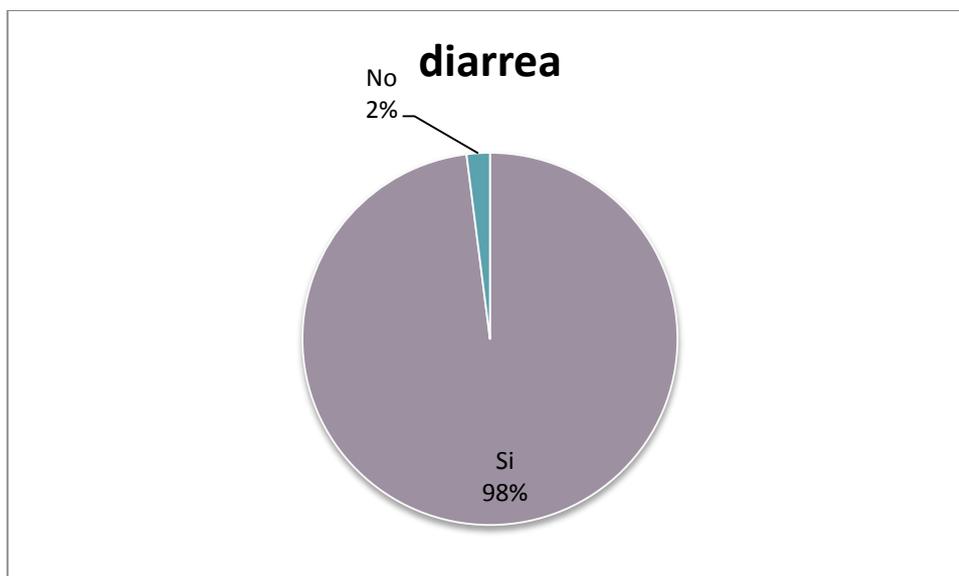
Síntomas y Signos	Frecuencia	Porcentaje
Diarrea	57	57%
Dolor abdominal	20	20%
Vómito	10	10%
Fiebre	9	9%
Otros	4	4%
Total	100	100%



TABLA 8

Distribución por deposiciones diarreas de los 100 pacientes con Enterocolitis pacientes de VIH/SIDA complicaciones y factores de riesgo en el Hospital de Infectología. De enero / diciembre, del 2015

Diarrea	Frecuencia	Porcentaje
Si	98	98%
No	2	2%
Total	100	100%

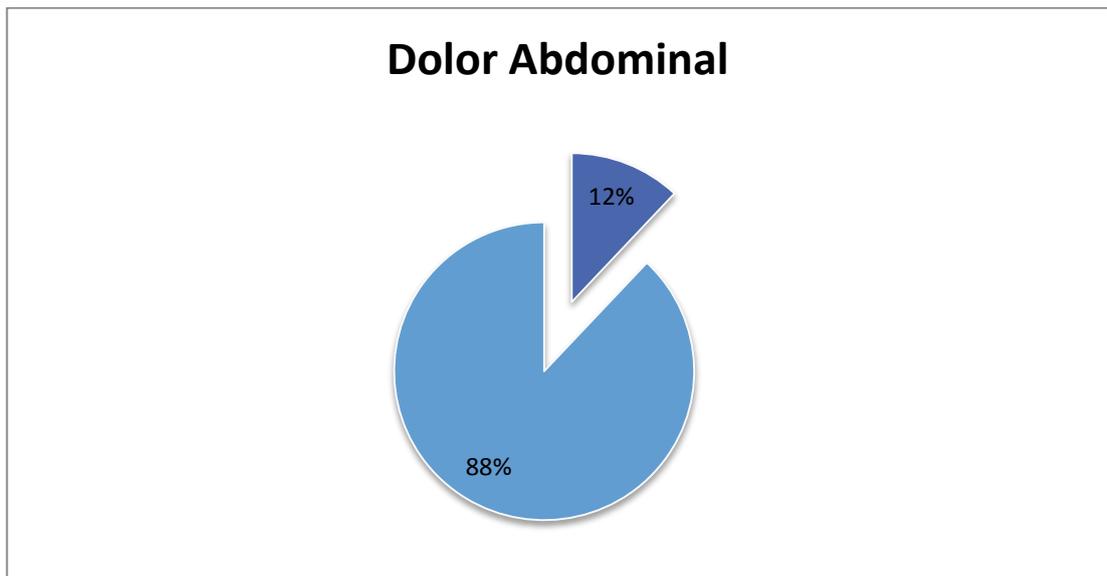


CUADRO 8 PACIENTES QUE PRESENTARON diarrea Revela que el 98% de los pacientes, presentaron diarrea como síntoma dominante, frente al 2% de los que no presentaron diarreas, sea o no presuntiva de sintomatología digestiva.

TABLA 9

Distribución por dolor abdominal de los 100 pacientes con Enterocolitis pacientes de VIH/SIDA complicaciones y factores de riesgo en el Hospital de Infectología. De enero / diciembre, del 2015

Dolor abdominal	Frecuencia	Porcentaje
no	12	12%
si	88	88%
Total	100	100%

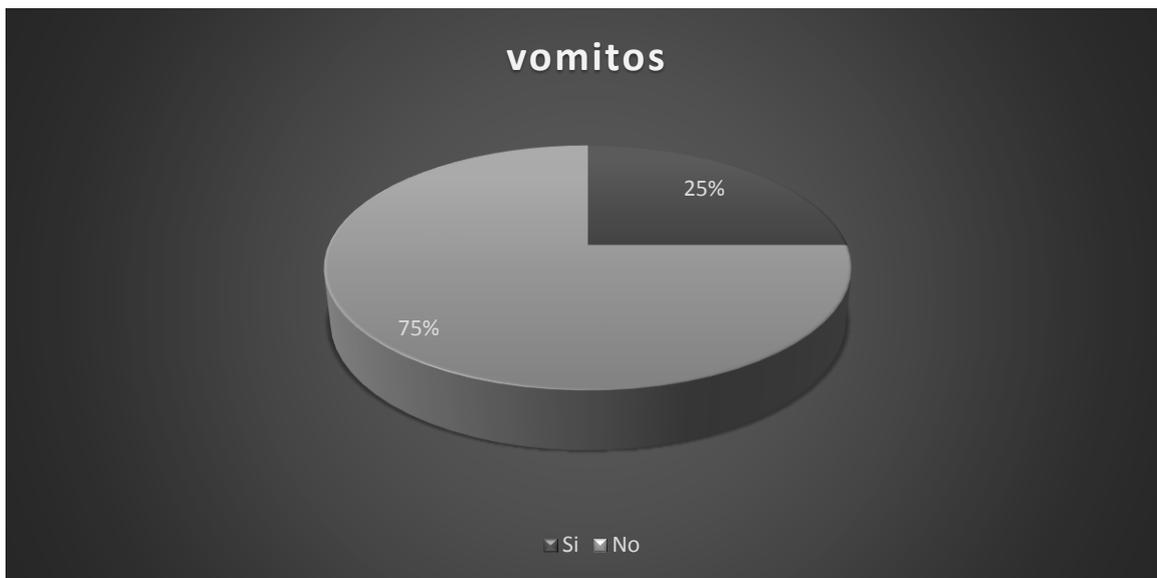


CUADRO 9 dolor abdominal : Revela que la mayoría de los pacientes presentaron además dolor abdominal con 88%, el restante 12% no lo presentó como síntoma predominantemente n

TABLA 10

Distribución por vómitos de los 100 pacientes con Enterocolitis pacientes de VIH/SIDA complicaciones y factores de riesgo en el Hospital de Infectología. De enero / diciembre, del 2015

Vómitos	Frecuencia	Porcentaje
Si	25	25%
No	75	75%
Total	100	100%

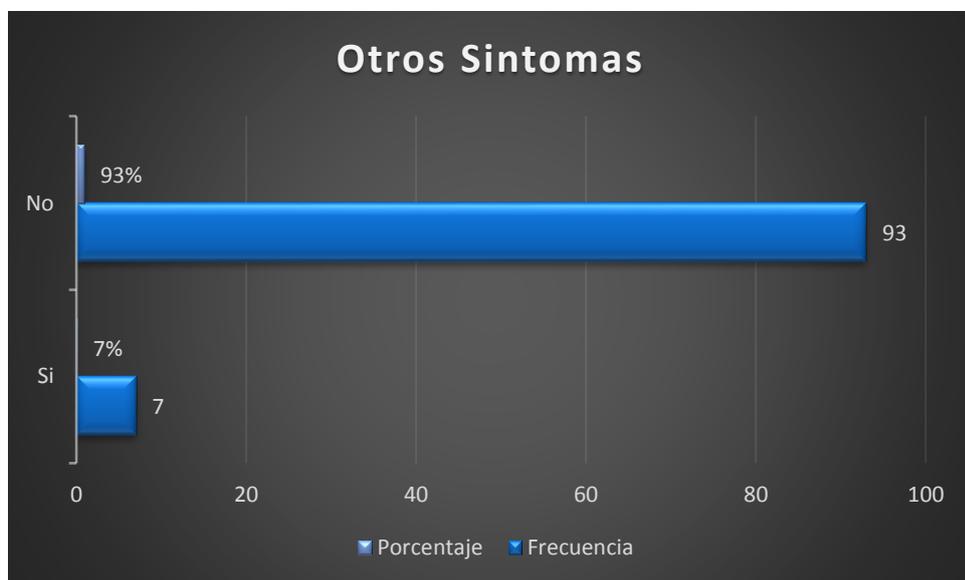


CUADRO 10 :Revela que conjuntamente a los otros síntomas se presentó vomito en el 75% de los pacientes, con un 25%, los cuales no presentaron.

TABLA 11

Distribución de los 100 pacientes con Enterocolitis pacientes de VIH/SIDA complicaciones y factores de riesgo en el Hospital de Infectología. De enero / diciembre, del 2015 con otros tipos de sintomatología.

Otros síntomas	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	7%
No	93	93%
Total	100	100%



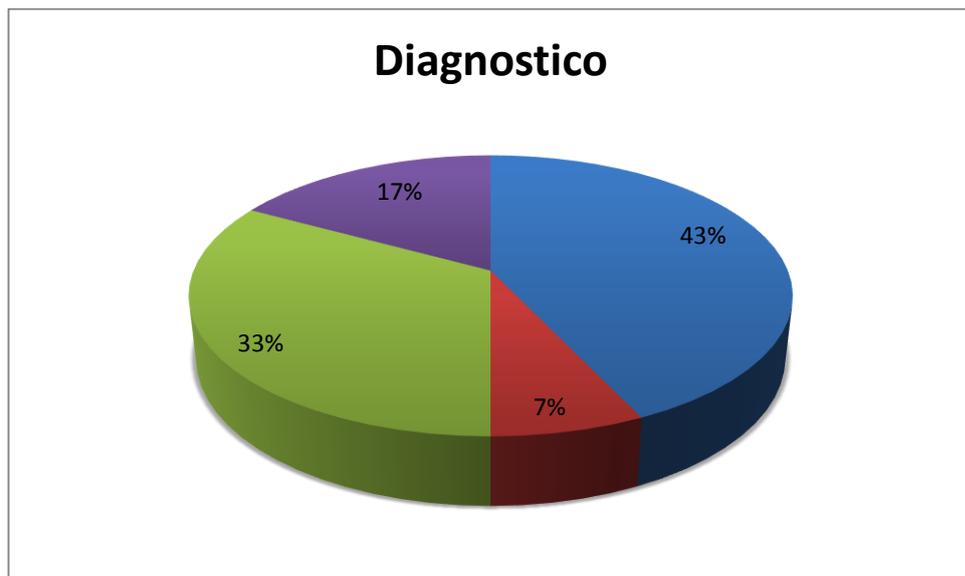
CUADRO 11 OTRA SINTOMATOLOGIA

Revela que el 93% de los pacientes, no presentó otro tipo de sintomatología llamativa o no. El 7% restante, si manifestó otra sintomatología.

TABLA 12

Distribución por diagnóstico de los 100 pacientes con Enterocolitis pacientes de VIH/SIDA complicaciones y factores de riesgo en el Hospital de Infectología. De enero / diciembre, del 2015

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Enterocolitis	43	43%
Deshidratación	7	7%
Síndrome de consumo	33	33%
Otro	17	17%
Total	100	100%



CAPÍTULO V

5 CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos con la investigación, señalan predominio del género masculino a padecer en algún momento de la enfermedad, sintomatología digestiva con o sin la complicación consecuente. Al igual que el estado civil, el predominio recae sobre la población soltera.

Mientras que los pacientes que manifiestan compromiso, el porcentaje es menor. La edad proclive se sitúa entre los 17. 40 años, debido a múltiples factores, entre los cuales destacan la drogadicción, alcoholismo o por la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral.

La procedencia juega un papel importante en la investigación, debido a que el mayor índice se presenta en el ámbito urbano, lo que concuerda con los factores de riesgo ya mencionados anteriormente, los cuales son más disponibles a conseguir en las ciudades.

Dentro de los síntomas más relevantes tenemos deposiciones líquidas y dolor abdominal.

El diagnóstico más frecuentemente encontrado fue la deshidratación, síndrome de consumo y entre otros al cuadro inicial.

Hay un menor porcentaje de pacientes que cursan sin complicación, por el otro lado, el resto no está excluido por completo, debido a que en la condición inmunodeprimida, se puede presentar algún tipo de complicación asociada o no al VI

CAPÍTULO VI

6 RECOMENDACIONES

- Establecer grupos de riesgo que permitirán optimizar del tratamiento y mejorar los tiempos de los pacientes.
- Se debe realizar seguimiento de los pacientes por un lapso mayor de tiempo para la evaluación de complicaciones tardías y mejoramiento de comorbilidades pre existentes.
- Registrar la evolución clínica siguiendo formato protocolizado
- Crear un formato de registro de la evolución clínica, para evitar pérdida de información en el seguimiento de los pacientes, que permitirá una evaluación más precisa de los resultados clínicos.
- Recomiendo además la continuidad del presente trabajo de investigación a los médicos residentes.

ANEXOS

Nombre	HCI	Genero	Edad	Estado Civil	Lugar de Residencia
NN	111717	Masculino	17	Soltero	Urbano
NN	222334	Masculino	40	Soltero	Urbano
NN	555767	Masculino	33	Soltero	Urbano
NN	666787	Masculino	34	Union Libre	Urbano
NN	567890	Masculino	35	Soltero	Urbano
NN	234567	Masculino	36	Soltero	Urbano
NN	875345	Masculino	22	Soltero	Urbano
NN	456784	Masculino	20	Union Libre	Rural
NN	456789	Masculino	23	Union Libre	Urbano
NN	123456	Masculino	24	Soltero	Urbano
NN	566777	Masculino	27	Soltero	Urbano
NN	543323	Masculino	30	Soltero	Urbano
NN	456789	Masculino	33	Casado	Urbano
NN	097533	Masculino	30	Soltero	Urbano
NN	344556	Masculino	34	Soltero	Urbano
NN	334530	Masculino	35	Soltero	Urbano
NN	133438	Masculino	36	Casado	Urbano
NN	131513	Masculino	32	Soltero	Urbano
NN	130739	Masculino	34	Union Libre	Urbano
NN	126632	Masculino	22	Soltero	Rural
NN	124948	Masculino	34	Casado	Urbano
NN	122878	Masculino	34	Soltero	Urbano
NN	118972	Masculino	33	Soltero	Urbano
NN	115623	Masculino	23	Soltero	Urbano
NN	115376	Masculino	23	Soltero	Rural
NN	112770	Masculino	23	Union Libre	Urbano
NN	108157	Masculino	25	Union Libre	Rural
NN	107612	Masculino	25	Soltero	Urbano
NN	106571	Masculino	25	Soltero	Urbano
NN	105435	Masculino	27	Soltero	Urbano
NN	105383	Masculino	40	Casado	Urbano
NN	104922	Masculino	34	Soltero	Rural
NN	957683	Masculino	35	Soltero	Urbano
NN	950832	Masculino	35	Soltero	Urbano
NN	934875	Masculino	36	Soltero	Urbano
NN	932753	Masculino	37	Union Libre	Urbano

NN	915118	Masculino	38	Soltero	Urbano
NN	785745	Masculino	35	Soltero	Rural
NN	290193	Masculino	34	Union Libre	Urbano
NN	299537	Masculino	32	Casado	Urbano
NN	453077	Masculino	33	Soltero	Urbano
NN	496398	Masculino	23	Soltero	Urbano
NN	563435	Masculino	22	Casado	Urbano
NN	579464	Masculino	21	Union Libre	Rural
NN	766458	Masculino	21	Casado	Urbano
NN	675456	Masculino	21	Soltero	Urbano
NN	937137	Masculino	21	Soltero	Urbano
NN	108863	Masculino	20	Soltero	Urbano
NN	153867	Masculino	20	Casado	Rural
NN	187436	Masculino	19	Casado	Urbano
NN	186403	Masculino	17	Union Libre	Urbano
NN	244223	Masculino	19	Casado	Rural
NN	344555	Masculino	19	Soltero	Urbano
NN	555664	Masculino	18	Casado	Urbano
NN	677855	Masculino	34	Union Libre	Urbano
NN	4322223	Masculino	41	Soltero	Urbano
NN	3334456	Masculino	42	Soltero	Urbano
NN	677784	Masculino	42	Soltero	Rural
NN	4456789	Masculino	44	Soltero	Urbano
NN	1123457	Masculino	43	Soltero	Urbano
NN	2234452	Masculino	43	Casado	Urbano
NN	3445677	Masculino	45	Soltero	Urbano
NN	7778997	Masculino	45	Union Libre	Urbano
NN	0006667	Masculino	46	Soltero	Rural
NN	6566778	Masculino	60	Union Libre	Urbano
NN	4456789	Masculino	44	Soltero	Urbano
NN	6446744	Masculino	55	Soltero	Urbano
NN	4556789	Masculino	56	Soltero	Urbano
NN	4567783	Masculino	56	Soltero	Rural
NN	3345666	Masculino	57	Soltero	Urbano
NN	2234556	Masculino	56	Soltero	Urbano
NN	2333455	Masculino	45	Soltero	Urbano
NN	3356788	Masculino	45	Soltero	Urbano
NN	2345678	Masculino	46	Soltero	Rural

NN	1112345	Femenino	43	Casado	Urbano
NN	2122455	Femenino	47	Soltero	Urbano
NN	7789075	Femenino	46	Union Libre	Urbano
NN	5556777	Femenino	45	Casado	Urbano
NN	7777889	Femenino	45	Casado	Rural
NN	9900866	Femenino	47	Casado	Urbano
NN	1023636	Femenino	46	Soltero	Urbano
NNN	100783	Femenino	48	Casado	Rural
NN	998513	Femenino	46	Casado	Urbano
NN	20752	Femenino	43	Union Libre	Urbano
NN	301496	Femenino	43	Casado	Urbano
NN	752590	Femenino	67	Soltero	Urbano
NN	579442	Femenino	61	Union Libre	Urbano
NN	832831	Femenino	62	Soltero	Urbano
NN	875339	Femenino	62	Soltero	Urbano
NN	380231	Femenino	70	Union Libre	Urbano
NN	439073	Femenino	66	Soltero	Urbano
NN	579783	Femenino	66	Soltero	Urbano
NN	576083	Femenino	78	Casado	Urbano
NN	755893	Femenino	78	Soltero	Urbano
NN	896183	Femenino	76	Union Libre	Urbano
NN	851675	Femenino	76	Casado	Urbano
NN	839250	Femenino	77	Casado	Urbano
NN	803413	Femenino	78	Union Libre	Urbano
NN	783483	Femenino	67	Union Libre	Urbano

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Augutin Bayot ACySA. Tratamiento del habito de fumar. In editorial , editor. Tratamiento del habito de fumar. Valencia: Promolibro; 1995. p. 68.
2. OMS. Sistema de Vigilancia del Programa Nacional del VIH/SIDA. cientifico. Azuay : MSP , programa nacional de VIH/SIDA ; 2009.
3. INEC. Censo Poblacional de Personas con VIH/SIDA. Estadistico. Azuay: INEC, Instituto Ncional de Estadisticas y Censos; 2011.
4. VIH. TAYTsd. Terapia Antiretroviral y Transmisión sexual del VIH. [Online].; 2008 [cited 2009 07 05. Available from: http://data.unaids.org/pub/PressStatement/2008/080201_hivtransmission_s_p_es.pdf
5. . INEC. Censo poblacional de personas con VIH/SIDA. Estadistico. Ecuador/Azuay : INEC , Instituto Nacional de Estadisticas y Censos; 2011.
6. Plus M. VIH/SIDA[Online]. [Online].; 2010 [cited 2013 Diciembre 17. Available from: www.nlm.nih.gov.
7. Onusida. Situación de la epidemia de sida. [Online].; 2010 [cited 2014 02 25. Available from: WWW.Onusida-OMS.gob. ec.
8. L L. Adolescentes y sus conocimientos sobre VIH. In L L.. Cuba: Camagüey; 2010. p. 99,100.
9. Onusida. Situación de la epidemia de sida. Informativo. Ginebra: OMS , Organizacion Mundial de la Salud ; 2010.
10. GELMNJ CM. Conocimiento de las mujeres sobre el SIDA. In. Ginebra : SEMG; 2011. p. 51(109- 120).
11. ONUSIDA. Vivir en un mundo con VIH y SIDA. Publico. Peru: OMS , Programa de VIH/SIDA; (2010).