



Resumen

“FRECUENCIA, MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DE LABORATORIO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS EN PACIENTES CON V.I.H./S.I.D.A. DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD DE CUENCA PERÍODO 2001-2007.”

Objetivo: Determinar la frecuencia, manifestaciones clínicas y laboratorio de infecciones respiratorias en pacientes con V.H.I./S.I.D.A. en el área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso de la Ciudad de Cuenca-Ecuador durante el período Julio del año 2001 – Junio del año 2007.

Tipo de estudio: Es descriptivo, para la obtención de los datos se revisó y recolectó la información necesaria obtenidas de las historias clínicas de todos los pacientes diagnosticados de V.I.H.(+) en el departamento de clínica.

Materiales y métodos para el análisis estadístico: Se utilizó los programas S.P.S.S. versión 10.0 para Windows y Microsoft Excel 2007, en la presentación de los datos se utilizó cuadros y gráficos en correspondencia con el tipo de variable y asociación que se deseó.



Resultados: De un total de 7709 hospitalizados, 200 pacientes se encontraron infectados con V.I.H.(+), de los cuales 81 pacientes presentaron afección respiratoria, el 78% de estos correspondió a los hombres, la mayoría se encontró entre los 26-35 años, la mortalidad se presentó en el 27,16%; en los datos demográficos se encontró que los residentes de la sierra, católicos, solteros, un tipo de educación secundaria, la actividad manual sobresalían en los grupos de los pacientes; las principales patologías encontradas fueron Candidiasis Orofaringea, Neumonía por P. Jirovecii, Tuberculosis Pulmonar y Neumonía Adquirida en la Comunidad. Se encontraron patrones en Radiología y Linfocitos CD4+ según principales patologías respiratorias.

Conclusiones: El sexo masculino es el más frecuente dentro de los 81 pacientes V.I.H. que presentaron patologías respiratorias en el área de clínica, donde el sexo masculino fue el más frecuente, se presentó mortalidad alta en las primeras dos semanas de hospitalización, los datos demográficos son semejantes a



nuestra región, la Candidiasis Oral y neumonía por *P. Jirovecii* fueron las principales afecciones en vías aéreas superior e inferior respectivamente, se encontró relación entre características radiológicas y linfocitos C.D.4+ asociadas con infecciones respiratorias en pacientes con V.I.H/S.I.D.A.

PALABRAS CLAVES: VIH....SIDA, Neumonía por *P. Jirovecii*, Tuberculosis Pulmonar, NAC, Linfocitos CD4.

2.2 Il Résumént.

Un but: Déterminer la fréquence, les manifestations cliniques et le foyer d'infections respiratoires chez des patients avec V.I.H./S.I.D.A. dans le domaine d' clinique de l'Hôpital Vicente Corral Moscoso de la Ville de Cuenca - Équateur durant la période de Juillet 2001 – à Juin 2007.

Un type d'étude: Il est descriptif, pour l'obtention des données l'information nécessaire a été révisée et a obtenue à partir des histories cliniques de tous les patients diagnostiqués de V.I.H. (+) dans le département clinique.



Matériels et méthodes pour l'analyse statistique: Gnt été

utilisés les programmes S.P.S.S. 10.0 version 10.0 pour Windows et Microsoft Excel 2007, dans la présentation des données, à travers carrés et des graphiques correspondant au type de variable et association désirée.

Des résultats: d'un total 7709 hospitalisés, 200 patients ont été infectés par le V.I.H. (+), desquels 81 patients ont présenté une affection respiratoire, 78 % de ceux-ci sont des hommes, la majorité a entre 26-35 ans, la mortalité est de 27,16 %; dans les données démographiques on a trouvé que les résidants des montagne, les catholiques, les célibataires, au type d'éducation secondaire, a activité manuelle caractérisaient les groupes des patients; les pathologies principales ont été Candidiasis Orofaríngea, la Pneumonie par *P. Jirovecii*, une Tuberculose Pulmonaire et une Pneumonie Acquisée dans la Communauté. Des patrons sont été détectés à la radiologie, ainsi que des Lymphocytes CD4 +, selon les principales pathologies respiratoires.



Des conclusions: Le sexe masculin est le le plus fréquent à l'intérieur des 81 patients V.I.H. qui ont présenté pathologies respiratoires dans le domaine clinique, on a contrasté une haute mortalité dans les deux premières semaines d'hospitalisation, les données démographiques sont semblables à notre région, le Candidiasis Oral et pneumonie par *P. Jirovecii* ont été les affections principales dans des voies aériennes supérieures et inférieures respectivement, une relation à été trouvée entre des caractéristiques radiologiques et linfocitos C.D.4 + associées aux infections respiratoires chez des patients avec V.I.H/S.I.D.A.

6. ÍNDICE.

1.	Título.....	1
2.	Resumen.....	1
2.1	Resumen.....	1
2.2	Summary.....	3
2.3	Reessume.....	11
3.	Responsabilidad.....	13
4.	Agradecimiento.....	14
5.	Dedicatoria.....	15



6.	Índice de contenidos.....	5
7.	Planteamiento del problema.....	16
8.	Justificación.....	19
9.	Marco teórico.....	21
9.1	Definición.....	21
9.2	Epidemiología.....	22
9.3	Etiología.....	30
9.4	Patogenia.....	31
9.5	Características clínicas.....	32
9.6	Diagnóstico y evolución.....	48
10.	Objetivos.....	53
10.1	Objetivo general.....	53
10.2	Objetivos específicos.....	53
11.	Diseño y Metodología.....	55
11.1	Definiciones operacionales.....	55
11.2	Tipo y diseño general del estudio.....	60
11.3	Universo de estudio.	60
11.4	Área de Estudio.....	61
11.5	Criterios de inclusión y exclusión.....	61
11.5.1.	Criterios de inclusión.....	61
11.5.2.	Criterios de exclusión.....	61
11.6	Métodos, técnicas e instrumentos.....	62
11.7	Proceso de recolección.....	62
11.8	Procedimientos.....	63



12. Aspectos éticos.....	66
13. Estadística.....	66
13.1. Plan de tabulación y análisis de los resultados	66
14. Resultados.....	67
14.1 Frecuencia.....	67
14.1.1 Pacientes con y sin V.I.H.....	67
14.1.2 Pacientes V.I.H. sin y con patología respiratoria	68
14.1.3 Sexo en pacientes sin y con patología respiratoria.....	69
14.1.4 Condición de egreso en pacientes sin y con patología respiratoria.....	70
14.1.5 Frecuencia por año en pacientes sin y con de patología respiratoria.....	71
14.2 Sexo.....	72
14.3 Edad.....	73
14.4 Sexo y edad.....	74
14.5 Condición de egreso.....	75
14.6 Edad y condición de egreso.....	75
14.7 Residencia.....	76
14.8 Religión.....	77
14.9 Estado civil.....	78
14.10 Estado civil y edad.....	79
14.11 Instrucción.....	80
14.12 Ocupación.....	81
14.13 Días de hospitalización.....	82
14.14 Días de hospitalización y condición de egreso...	83



14.15	Ubicación en vía aérea.....	84
14.16	Patologías de vía aérea superior.....	84
14.17	Patologías de vía aérea inferior.....	85
14.18	Otras patologías concomitantes.....	86
14.19	Síntomas y signos.....	87
14.19.1	Síntomas y signos en candidiasis orofaríngea...	87
14.19.2	Síntomas y signos locales en Neumonía por P. Jirovecii.....	88
14.19.3	Síntomas y signos generales en Neumonía por P. Jirovecii.....	89
14.19.4	Síntomas y signos locales en Tuberculosis Pulmonar.....	90
14.19.5	Síntomas y signos generales en Tuberculosis Pulmonar.....	91
14.19.6	Síntomas y signos locales en N.A.C.....	92
14.19.7	Síntomas y signos generales en N.A.C.....	93
14.20	Patrón radiológico.....	94
14.20.1	Patrón radiológico en neumonía por P. Jirovecii.....	94
14.20.2	Patrón radiológico en Tuberculosis Pulmonar.....	95
14.20.3	Patrón radiológico en N.A.C.....	96
14.21	Linfocitos CD4+.....	96
14.21.1	Linfocitos CD4+ en neumonía por P. Jirovecii.	96
14.21.2	Linfocitos CD4+ en Tuberculosis Pulmonar.....	97
14.21.3	Linfocitos CD4+ en N.A.C.....	98



15. Discusión.....	99
16. Conclusión.....	117
17. Recomendación.....	120
18. Referencias Bibliográficas.....	122
19. Anexos.....	138
19.1. Tablas de resultados.....	138
19.2. Tala de variable, forma de presentación y aspectos a mostrar.....	162
19.3. Formulario N° 1:	167
19.4. Formulario N° 2.....	169



UNIVERSIDAD DE CUENCA.
FACULTAD DE CENCIAS MÉDICAS.
ESCUELA DE MEDICINA.

**“FRECUENCIA, MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DE
LABORATORIO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS EN
PACIENTES CON V.I.H./S.I.D.A. DEL HOSPITAL
VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD DE
CUENCA PERÍODO 2001-2007.”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO.

AUTOR:

GERARDO ANDRÉS MARCHANT GUAMÁN.

DIRECTOR:

DR. JOSÉ ANDINO VÉLEZ.

ASESOR:

DR. SERGIO GUEVARA PACHECO.

CUENCA- ECUADOR.

2008.



2.3 ABSTRAC.

Objective: Determines the frequency, clinical manifestations and laboratory of respiratory infections in patients with H.I.V./S.I.D.A. in the area of clinic of the Hospital Vicente Corral Moscoso of the City of Cuenca - Ecuador during the period on July 2001 - June 2007.

Type of study: It's descriptive, for the obtaining of the information the necessary information was checked and gathered obtained of the clinical histories of all the patients diagnosed of V.I.H. (+) in the department of clinic.

Materials and methods for the statistical analysis: There was in use the programs S.P.S.S. version 10.0 for Windows and Microsoft Excel 2007, in the presentation of the information one used pictures and graphs in correspondence with the type of variable and association.

Results: Of a whole of 7709 hospitalized ones, 200 patients were infected by H.I.V. (+), of which 81 patients presented respiratory affection, 78 % of these corresponded to the

men, the majority was between 26-35 old years, the



mortality appeared in 27,16 %; in the demographic information one thought that the residents of the mountain region, Catholics, bachelors, a type of secondary education, the manual activity were principally in the groups of the patients; the principal pathology were Candidiasis Orofaringea, Pneumonia for P. Jirovecii, Pulmonary Tuberculosis and Pneumonia Acquired in the Community. Bosses were in Radiology and Lymphocytes CD4 + according to principal respiratory pathology.

Conclusions: The masculine sex is the most frequent inside 81 patients H.I.V. who presented respiratory pathology in the area of clinic, where the masculine sex was the most frequent, one presented high mortality in the first two weeks of hospitalization, the demographic information is similar to our region, the Candidiasis Oral and pneumonia for P. Jirovecii was the principal affections in airways superior and low respectively, one found relation among radiological characteristics and lymphocytes C.D.4 + associated with respiratory infections in patients with H.I.V./S.I.D.A.



3. RESPONSABILIDAD.

El siguiente trabajo de investigación es de completa responsabilidad del autor, GERARDO ANDRES MARCHANT GUAMAN, cuyos datos han sido obtenidos gracias a la investigación realizada por el mismo en el hospital Vicente Corral Moscoso (H.V.C.M.) durante el año 2007-2008.



4. AGRADECIMIENTO.

Agradezco a todos los que han facilitado la obtención de estos datos tanto directa o indirectamente y en especial a los pacientes todos.



5. DEDICATORIA.

A MI PADRE.

GERARDO MARCHANT ACEVEDO.

A MI MADRE.

GLADYS GUAMAN RAMIREZ.

A MIS HERMANOS.

EDUARDO Y DIEGO.



7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En 1981 se describe por primera vez una rara enfermedad que afecta directa y profundamente al sistema inmunológico, causando un amplio espectro de manifestaciones clínicas con numerosas infecciones oportunistas y neoplasias, que terminan siendo letales para el individuo, y que se denominó Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A). Dos años más tarde, en 1983 se identificó el causante de esta enfermedad: el virus de la inmunodeficiencia humana o V.I.H.^{1, 2.}

Desde entonces el crecimiento del número de casos, unos 5 millones por año (según la O.M.S.), la altísima mortalidad en ausencia de tratamiento (mayor del 90%), el desconocimiento de gran parte de los mecanismos que intervienen en la infección y la falta de un tratamiento efectivo contra la enfermedad, hacen del S.I.D.A. una de las enfermedades más importantes del siglo XX y XXI.^{1, 2, 3.}



Esta infección viral se destaca por ser la gran pandemia de los últimos años, comprometiendo a todos los sectores de la población sin distinción de edad, sexo, raza, ubicación geográfica o condición social.^{1, 2, 4.}

En el Ecuador, desde 1984, año en el que se registra el primer caso, hasta Diciembre del 2006 se han reportado 9.833 casos V.I.H./S.I.D.A. (5.748 casos V.I.H. y 4.085 casos S.I.D.A.). Han fallecido por esta causa 1.844 personas.^{5.}

En el año 2005 se reportaron 1.472 casos de V.I.H./S.I.D.A., de los cuales 67,9% fueron hombres; en la provincia del Azuay se reportaron 23 casos.^{6.}

Las infecciones de vías respiratorias constituyen la principal causa de mortalidad que complica la infección por V.I.H./S.I.D.A., la presencia de infecciones pulmonares puede corroborar el diagnóstico de S.I.D.A. y suele ser la primera manifestación del síndrome.^{1, 2, 7.}



El objetivo de la presente investigación es determinar la frecuencia y describir las manifestaciones clínicas y de laboratorio de infecciones respiratorias en pacientes con V.H.I./S.I.D.A. en el área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca durante el período Julio 2001- Junio 2007.

Durante el curso de mi carrera he estado en contacto con pacientes infectados por V.I.H./S.I.D.A., y me he dado cuenta de que hay muy pocos estudios respecto a esta enfermedad nueva y creciente en la región, debido a esto, creo que es necesario investigaciones sobre este tema, para asentar los conocimientos y de tal manera fomentar las bases para las futuras investigaciones y soluciones sobre este tema en particular, y en este marco me viene la pregunta. ¿CUÁL ES LA FRECUENCIA Y LAS PRINCIPALES MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DE LABORATORIO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS EN PACIENTES CON V.I.H./S.I.D.A?



Es por ello que en el presente documento daré a conocer un estudio de tipo cuantitativo descriptivo, que se realizó en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca y toma como universo al total de pacientes diagnosticados de V.I.H.(+) en el área de clínica; para la recolección de los datos se utilizarán formularios previamente validados, que recogerán la información pertinente de las historias clínicas, los mismos que serán llenados por el autor de la investigación, luego la información será ingresada a un ordenador para su ulterior análisis y procesamiento mediante los programas S.P.S.S. versión 10.0 para Windows y Microsoft Excel 2007, posteriormente y previa aprobación se procederá a la difusión de nuestra investigación.

8. JUSTIFICACION.

La infección por V.I.H./S.I.D.A. se ha convertido en un reto para la humanidad, los organismos de salud, las instituciones y los gobiernos, debido a que es una entidad



asociada a la conducta sexual humana, es una infección altamente transmisible, además crónica, compleja, costosa y técnicamente difícil de abordar coadyuvado por la facilidad de los viajes por negocios, migración, turismo, etcétera hacia diferentes zonas en el mundo. Debido a estas circunstancias y a la continua expansión de la infección a nivel global especialmente en países en vías de desarrollo como el nuestro, y existiendo un conocimiento pobre en las estadísticas actuales sobre la infección en nuestro medio, además, de la falta de investigaciones sobre el tema, y tomando en cuenta que las enfermedades pulmonares en pacientes V.H.I./S.I.D.A. son la mayor causa de morbilidad y mortalidad, hacen de la enfermedad un problema de salud pública.

Por lo anterior es imprescindible la investigación para tener un enfoque real de la magnitud del problema, y de esta manera, con nuestro estudio dar a conocer la frecuencia de infecciones respiratorias y sus manifestaciones clínicas y de laboratorio en los pacientes con V.I.H./S.I.D.A. en el



área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, describiendo cómo se distribuye este fenómeno de acuerdo a las diferentes variables.

Los resultados serán difundidos y publicados a través de charlas y medios informativos (artículos, páginas web, revistas, prensa escrita), que irán dirigidos a estudiantes, profesionales del área de la salud y a la población en general. Se realizará un análisis sobre la problemática en base a los resultados, y con la colaboración de los docentes de la Facultad de Ciencias Médicas, se proporcionará información a los estudiantes.

9. MARCO TEORICO.

9.1. Definición

El SIDA es una enfermedad producida por el retrovirus de la inmunodeficiencia adquirida (V.I.H.) y se caracteriza por inmunosupresión marcada que da lugar a infecciones



oportunistas, neoplasias secundarias y manifestaciones neurológicas. ^{1, 2, 8.}

El síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (S.I.D.A.) se caracteriza por la presencia de infecciones y enfermedades oportunistas que son, en última instancia, las principales causas de morbilidad, mortalidad, discapacidad y muerte en personas afectadas. Hasta el momento se han identificado más de 100 patógenos, entre ellos virus, bacterias, hongos, protozoarios, helmintos y artrópodos capaces de producir infecciones y enfermedades oportunistas en personas infectadas por el V.I.H. ^{1, 2, 9.}

9.2. Epidemiología.

Aunque la epidemia se identificó por primera vez en Estados Unidos de Norteamérica (hace más de 2 décadas) y poco después en Europa Occidental, es muy probable que comenzara en África Subsahariana, zona que ha sido especialmente devastada por la epidemia, en efecto, dos tercios se encuentran en África Subsahariana. ^{1, 2, 9.}



De hecho en ciertos países de África Subsahariana, como Zimbabwe y Botswana, los datos disponibles sobre la seroprevalencia indican que más del 25% de la población adulta entre 15 y 49 años está infectada por el V.I.H.; el 47% de los casos son mujeres. ¹.

Aunque en los países asiáticos, especialmente India y Tailandia, la epidemia ha sido siempre algo por detrás de la de África, el número de casos nuevos en esos países está aumentando rápidamente, y se calcula que su magnitud superará la de África Subsahariana en este siglo XXI. La cifra calculada de casos en China es todavía relativamente pequeña, sin embargo, en una nación cuya población supera los 1.000 millones de personas, es muy probable que la epidemia se extienda de forma grave. ^{1,9}.

En la actualidad el V.I.H. se propagó a todo el mundo, con focos epidemiológicos importantes en los continentes. Además, a escala mundial, la epidemia evoluciona ahora como una enfermedad principalmente de transmisión



heterosexual del mundo en vías de desarrollo y, cada vez más, de las poblaciones menos privilegiadas en el mundo industrializado. En este aspecto la infección por V.I.H. se asemeja a las enfermedades infecciosas “clásicas” y afectas de manera desproporcionada a las personas más vulnerables desde los puntos de vista social y económico. ^{1, 2, 9}

- ❖ Personas que vivían con V.I.H./S.I.D.A. a finales del 2005: 38,6 millones.
- ❖ Nuevas infecciones por V.I.H. en el 2005: 4,1 millones.
- ❖ Muertes por V.I.H./S.I.D.A. en el 2005: 2,8 millones.

UNAIDS, OMS.

Se estima que 38,6 millones (33,4-46,0 millones) de personas en todo el mundo estaban viviendo con el V.I.H. a finales del 2005; que el 2005 se infectaron 4,1 millones (3,4-6,2 millones) de personas, y que 2,8 millones (2,4-3,3 millones) perdieron la vida como consecuencia del S.I.D.A. Se cree que, en conjunto, la tasa de incidencia del V.I.H. (la



proporción de personas que se han infectado por el virus) alcanzó su cuota máxima a finales de los años 1990 y que se ha estabilizado desde entonces, a pesar de su incidencia creciente en varios países. En diversos países, las tendencias favorables en la incidencia se relacionan con los programas de prevención y con cambios de comportamiento. Las variaciones en la incidencia, junto con la mortalidad creciente a causa del S.I.D.A., han provocado una estabilización de la prevalencia mundial del V.I.H. (proporción de personas que viven con el virus). Sin embargo, el número de personas que viven con el V.I.H. ha seguido aumentando debido al crecimiento de la población y, en fechas más recientes, a los efectos de la terapia antirretroviral sobre la esperanza de vida.⁹

En América Latina, el V.I.H. infectó a unas 140 000 (100 000-420 000) personas durante 2005, lo que eleva a 1,6 millones (1,2-2,4 millones) el número total de personas que viven con el virus. Las mayores epidemias de la región corresponden a los países más populosos, especialmente



el Brasil, que alberga a más de un tercio de todas las personas que viven con el V.I.H. en América Latina. Sin embargo, las epidemias más intensas se están desarrollando en países pequeños como Bécice y Honduras, en cada uno de los cuales el 1,5% o más de los adultos vivían con el V.I.H. en el 2005. Mientras que en países como la Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, México, Panamá, Uruguay y Venezuela han conseguido avances notables en el acceso al tratamiento del V.I.H., los países mas pobres de América Central y los de la Región andina del sur del continente (entre ellos Ecuador) siguen esforzándose por ampliar el acceso al tratamiento y superar los obstáculos de accesibilidad financiera.⁹

En el Ecuador, desde 1984, año en el que se registra el primer caso, hasta Diciembre del 2006 se han reportado 9.833 casos V.I.H./S.I.D.A. (5.748 casos V.I.H. y 4.085 casos S.I.D.A.). Han fallecido por esta causa 1.844 personas.⁵



En el año 2005 se reportaron 1.472 casos de V.I.H./S.I.D.A., de los cuales 67,9% fueron hombres; en la provincia del Azuay se reportaron 23 casos.⁶

La enfermedad pulmonar es la causa principal de la morbimortalidad en pacientes infectados por virus de la inmunodeficiencia humana (V.I.H.).^{1, 2, 10.}

En Colombia, aproximadamente el 70% de infectados tendrá al menos un episodio de enfermedad respiratoria durante el curso del padecimiento. Se calcula que el 90% de las autopsias de pacientes V.I.H. positivos presentaron algún compromiso pulmonar.^{4.}

Las infecciones de vías respiratorias constituyen la principal causa mortal que complica la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (V.I.H.). La presencia de infecciones pulmonares puede corroborar el diagnóstico de S.I.D.A. y suele ser la primera manifestación del síndrome. Las infecciones más comunes son la Neumonía por *Pneumocystis Jirovecii* (antes llamada *P. Carinii*),



Mycobacterium Tuberculosis, Neumonía bacteriana y Citomegalovirus.^{1, 2, 4.}

La incidencia y el espectro de la enfermedad pulmonar asociada con V.I.H. cambia como resultado del uso tanto de estrategias de profilaxis eficaces contra la infección oportunista como de tratamientos antirretrovirales de combinación más nuevos, sobre todo los regímenes que contienen inhibidores de la proteasa. Aún antes de la era de los inhibidores de la proteasa las muertes por Neumonía por Pneumocystis Carinii estaban en declinación, mientras que las muertes por Neumonía bacteriana estaban en aumento. La neumonía por microorganismos no especificados era la principal causa secundaria de muerte entre las personas que fallecían por infección por V.I.H. para 1992, y sobrepasaba a la Neumonía por Pneumocystis Jirovecii. Aunque es menos frecuente en los Estados Unidos la infección por Mycobacterium Tuberculosis es la enfermedad pulmonar asociada con V.I.H. más importante en el mundo en vías de desarrollo.



Los regímenes que contienen inhibidores de la proteasa también pueden alterar las manifestaciones de las infecciones oportunistas, y se comunicaron tanto mejores pronósticos como manifestaciones inusuales.¹⁰

En Estados Unidos de Norteamérica (E.U.A.), el *Pneumocystis Jirovecii* es el germen más frecuente que causa infección pulmonar, mientras que en el África o Haití es menos común, predominando la infección por *Mycobacterium Tuberculosis*. Este hecho puede reflejar en parte a las mejores capacidades diagnósticas en los países industrializados. La influencia del medio ambiente en las infecciones oportunistas es sugerida por el aumento en la incidencia de Histoplasmosis y Coccidiomicosis en pacientes que viven en áreas endémicas del valle del río Mississippi y en el sudoeste de Estados Unidos de América. El sarcoma de Kaposi se observa casi exclusivamente en hombres homosexuales, el *M. Tuberculosis* es considerablemente más común en el grupo de pacientes con alta prevalencia de infección como



drogadicción, negros, hispanos o en pacientes provenientes de países en vías de desarrollo. En los niños la enfermedad pulmonar se debe a infecciones bacterianas recurrentes, Neumonía intersticial linfoide, y *P. Jirovecii*, menos del 1% desarrollan neoplasias.^{3, 11.}

9.3. Etiología.

El S.I.D.A. está producido por el V.I.H., un retrovirus humano no mutable, que pertenece a la familia de Lentivirus. Se han aislado dos formas del V.I.H., genéticamente diferentes pero relacionadas, denominadas *VHI-1* y *VIH-2*, de pacientes con S.I.D.A. El VIH-1 es el tipo más frecuente, asociado con el S.I.D.A en Estados Unidos, Europa y África central, mientras que el VIH-2 produce una enfermedad similar, principalmente en África Occidental e Italia. Aunque distintos, el VIH-1 y el VIH-2 comparten algunos antígenos. Sin embargo ya están disponibles las pruebas específicas para el VIH-2, y en la sangre para



trasfusión se hace detección selectiva rutinaria para seropositividad frente al VIH-1 y al VIH-2. ^{1, 2, 8, 12.}

9.4. Patogenia.

Aunque la infección por el V.I.H. puede infectar a muchos tejidos, hay dos dianas principales para la infección por el V.I.H.: el sistema inmunitario y el sistema nervioso central.

La característica principal del S.I.D.A. es la inmunosupresión profunda, afectando primariamente a la inmunidad celular. Esta es la consecuencia principalmente de la infección y la pérdida intensa de células CD4+, así como de un deterioro en la función de las células T colaboradoras supervivientes. Los macrófagos y las células dendríticas también son dianas de la infección por el V.I.H. El V.I.H. penetra en el cuerpo a través de las mucosas lesionadas de los tejidos (frecuente en homosexuales y heterosexuales), de la sangre tanto directa o indirectamente (hemoderivados, transfusiones, trasplante de órganos, instrumentos médicos contaminados) y de



madre-hijo (perinatal, leche materna), infecta primeramente a las células T así como a las células dendríticas y a los macrófagos. La infección queda establecida en los tejidos linfoides, donde el virus puede permanecer latente durante largos períodos. La replicación vírica activa se asocia con más infección de células y progresión hasta el S.I.D.A. ^{1, 2, 8, 9.}

9.5. Características Clínicas.

La patología del S.I.D.A. se divide en tres categorías generales: Hiperplasia Linfoide; Neoplasias inusuales, la mayoría de las veces Sarcoma de Kaposi o Linfomas de alto grado de malignidad, e infecciones oportunistas. ^{8.}

Más de la mitad de los pacientes adquieren Neumonía por *Pneumocystis Jirovecii* y a menudo esta es la primera infección oportunista que se detecta. La Neumonía suele ser subaguda, pero, en los pacientes no tratados por último es mortal. ^{8.}



Manifestaciones pulmonares de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.)

Causas de enfermedad pulmonar asociada con la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Categoría.	Patógeno o Entidad.
Micobacteriana.	<i>M. tuberculosis.</i> <i>M. kansasii.</i> <i>Complejo M. avium.</i>
Otras bacterianas.	<i>Streptococcus pneumonia.</i> <i>Staphylococcus aureus.</i> <i>Haemophilus influenzae.</i> <i>Enterobacterias.</i> <i>Pseudomonas aeruginosa.</i> <i>Moraxella catarrhalis.</i> <i>Streptococcus del grupo A.</i> <i>Especies de Nocardia.</i> <i>Especies de Legionella.</i> <i>Rhodococcus equi.</i> <i>Chlamydia trachomatis.</i>
Micótica.	<i>Pneumocystis Carinii o P. Jirovecii.</i> <i>Cryptococcus neoformans.</i> <i>Histoplasma</i>



	<p><i>capsulatum.</i> <i>Coccidioides immitis.</i> <i>Especies de</i> <i>Aspergillus.</i> <i>Blastomyces</i> <i>dermatitidis.</i> <i>Penicilinium marneffey.</i></p>
Viral.	<p><i>Citomegalovirus.</i> <i>Virus herpes simple.</i> <i>Adenovirus.</i> <i>Virus sincitial</i> <i>respiratorio.</i> <i>Virus influenza.</i> <i>Virus parainfluenza.</i></p>
Otras.	<p><i>Toxaplasma gondii.</i> <i>Strongyloides</i> <i>stercaralis.</i> <i>Sarcoma de Kapposi.</i> <i>Linfoma.</i> <i>Cáncer de pulmón.</i> <i>Neumonitis intersticial</i> <i>difusa.</i> <i>Neumonía intersticial</i> <i>inespecífica.</i> <i>Bronquiolitis obliterante</i> <i>con neumonía.</i> <i>Organizada.</i> <i>Hipertensión pulmonar.</i> <i>Neumotórax.</i></p>

ELABORADO POR: AUTOR., FUENTE: ¹⁰.



Las afecciones respiratorias son muy frecuentes en pacientes con V.I.H./ S.I.D.A. Si el paciente presenta fiebre alta, menos de 7 días de clínica e infiltrado lobar, lo más probable es que se trate de Neumonía Bacteriana, el Neumococo es el germen más frecuente. Casi siempre existe bacteriemia. Por el contrario si el cuadro clínico posee más de 7 días de duración y la radiología muestra un patrón intersticial, lo más probable es que se trate de una Neumonía por *P. Jirovecii* y/o Tuberculosis.¹

Aunque la radiografía de tórax es muy sensible, se han descrito casos de Neumonía por *P. Carinii* con radiología normal, por lo que en un paciente infectado por V.I.H. con muguet, leucoplasia vellos, linfopenia o menos de 200 linfocitos CD4 y sintomatología respiratoria subaguda (tos irritativa no productiva) y rayos X normal, debe efectuarse exámenes complementarios.^{1,2}

PATOGENOS Y ENTIDADES ESPECÍFICAS.



Infecciones Bacterianas.

La infección bacteriana en el tracto respiratorio inferior es la afección pulmonar grave más frecuente en la infección por V.I.H. Es más común en pacientes infectados por V.I.H. que en los que no presentan esta infección, y es más frecuente entre los infectados por V.I.H. adictos a las drogas intravenosas. Aunque la tasa de neumonía bacteriana aumenta a medida que disminuye el recuento de células CD4+, las bacterias aún son la causa más probable de neumonía en paciente con infección por V.I.H. y recuento de células CD4+ alto. En particular, la Neumonía neumocócica a menudo se presenta en un paciente que no tiene antecedente alguno de infecciones oportunistas.

Aunque muchos patógenos son responsables de la Neumonía bacteriana, los frecuentes incluyen *S. pneumoniae*, *S. aureus*, *H. influenzae*, y microorganismos Gram negativos, en mayor medida *Klebsiella* y *Pseudomonas*. En los casos típicos la Neumonía



Neumocócica se manifiesta en forma aguda de una manera similar a la de los huéspedes sanos: fiebre, tos, escalofríos, disnea y dolor torácico pleurítico con consolidación segmentaria, lobular o multilobular localizada. La Neumonía bacteriemia es más frecuente en los pacientes con infección por V.I.H., y el diagnóstico se puede realizar mediante hemocultivo en un 60% de los pacientes.

Aunque la Neumonía neumocócica se puede caracterizar por infiltrados intersticiales, la provocada por H. influenzae es más probable que se asemeje a la neumonía por Pneumocystis que la Neumocócica. P. auriginosa es un patógeno importante y a menudo adquirido en la comunidad que se asocia con enfermedad por V.I.H. avanzada; dado que exige un enfoque antibiótico que difiere del utilizado para los patógenos adquiridos en la comunidad, tiene un lugar importante en el diagnóstico diferencial de la neumonía en los pacientes con S.I.D.A. Se presentó neumonía, tanto cavitaria como no cavitaria en alrededor de un tercio al 50% de las infecciones por



Pseudomonas asociadas con V.I.H. Se ha descrito una enfermedad fulminante con síndrome de sepsis y una enfermedad crónica o subaguda. Alrededor del 50% de los pacientes estarán bacteriémicos y la recaída es frecuente. La infección por Legionella es una causa poco habitual de neumonía asociada con V.I.H, pero, se la debe considerar sobre todo en casos de Neumonía hospitalaria. ^{10, 11, 12, 13.}

Neumonía bacteriana.

La neumonía bacteriana es muy común en personas con V.I.H., se presenta usualmente antes del desarrollo del S.I.D.A. y aumenta en medida en que los CD4 disminuyen. Se estima que la prevalencia de ataque anual oscila entre el 17.9 al 44.5 por 1000, cuando en la población general es de 2.6 por 1000.

Los patógenos más comúnmente identificados en los pacientes V.I.H.+ son H. influenzae S. pneumoniae, S. aureus, y bacilos Gram negativos.



El cuadro clínico de la neumonía es similar al observado en ausencia de V.I.H.. Sin embargo, en algunos casos, especialmente enfermos muy comprometidos, el curso clínico puede ser rápidamente progresivo hacia la insuficiencia respiratoria y muerte. En casos de Neumonía nosocomial, la respuesta clínica es mala y la mortalidad alta, especialmente cuando los patógenos son Gram negativos.

El número de complicaciones es elevado, tales como cavitación, absceso pulmonar empiema y muerte. En la Neumonía, la radiografía del tórax con frecuencia es atípica, en un 47% de los casos semeja la presencia del P. Carinii. ^{10, 11, 13.}

Neumonía por Pneumocystis Jirovecii (ó Carinii.).

La Neumonía por Pneumocystis Jirovecii puede tener un inicio más insidioso en un paciente infectado por V.I.H. que en otros. Dado que el pronóstico de la Neumonía por P. Jirovecii (ó P. Carinii) empeora con la enfermedad más



grave, el diagnóstico y el tratamiento rápido contribuyen con declinaciones en la mortalidad. Los síntomas constitucionales con fiebre, sudoración, pérdida de peso, fatiga y tos no productiva pueden haber estado presentes durante semanas; la disnea al inicio es de esfuerzo y luego progresa a medida que se deteriora de manera progresiva el intercambio gaseoso. El esputo purulento no es una característica de la Neumonía por *Pneumocystis*. A menudo aparece un malestar retroesternal típico con la inspiración y ese malestar puede ser el primer síntoma que reconoce un paciente con neumonía por *Pneumocystis* previa como indicativo de recurrencia. El dolor torácico grave o pleurítico es infrecuente. El examen torácico más a menudo es normal, aunque puede estar inhibida la inspiración completa. Aunque un infiltrado intersticial difuso bilateral es la anomalía más frecuente en la radiografía de tórax (que se presenta en un 80% de los pacientes), se han descrito anomalías de todo tipo, entre las que incluyen infiltrados alveolares, infiltrados focales, derrames



pleurales, nódulos, atelectasias, lesiones quísticas, cavidades, imágenes en panel de abejas, neumatoceles, burbujas, bullas y en una cantidad importante de pacientes con enfermedad temprana una radiografía de tórax normal. No hay seguridad alguna de que cualquier anomalía radiológica en un paciente con enfermedad por V.I.H. no sea causada por este patógeno. Además, *P. Jirovecii* (ó *P. Carinii*) suele presentarse con otros patógenos, lo que confunde más sus posibles manifestaciones clínicas.

La Neumonía originada por este microorganismo es la más frecuente infección clínicamente reconocida en los pacientes con S.I.D.A., y su presencia se considera diagnóstica del síndrome cuando aparece en un individuo V.I.H. positivo.

En más del 10% de los casos se han encontrado manifestaciones radiológicas atípicas, observándose a veces una afectación predominante en los lóbulos superiores, la formación de quistes en el parénquima, así



como, la aparición del neumotórax son complicaciones frecuentes, se ha descrito además calcificación de adenopatías hiliares y mediastínicas que reflejan presumiblemente la presencia de necrosis. Es común la recurrencia después del tratamiento.¹⁴

La radiografía de tórax puede ser normal en los estadios iniciales y más tarde puede tener un patrón de vidrio esmerilado, típicamente el patrón es el de un infiltrado intersticial bilateral y difuso, el cuál puede progresar a opacidades alveolares. Se han observado una serie de alteraciones radiológicas tales como infiltrados localizados típicos de una Neumonía bacteriana, en ocasiones infiltrados semejantes a los observados en tuberculosis, nódulos, adenopatías mediastinales e hiliares y cavitación. Ocasionalmente el neumotórax espontáneo se puede observar como signo de presentación.

El diagnóstico se sustenta con la demostración de quistes o trofozoítos de *Pneumocystis Jirovecii* (ó *P. Carinii*) en las



secreciones pulmonares o en la histopatología. La inducción del esputo se ha utilizado como el procedimiento inicial de elección para confirmar el diagnóstico, pero su sensibilidad es baja por lo que se prefiere iniciar tratamiento empírico o realizar una broncoscopia con lavado broncoalveolar. La biopsia transbronquial aumenta la positividad diagnóstica hasta un 90%.

El diagnóstico de Neumonía por *Pneumocystis Carinii* se establece por medio del examen de una muestra respiratoria para formas quísticas y trofozoítos. Las técnicas varían según la preferencia y la experiencia de la institución, pero incluyen las tinciones argéntica, de Diff-Quik, de azul de toluidina O y de anticuerpos inmunofluorescentes directos. Un hallazgo de *Pneumocystis* en una muestra de esputo o de lavado broncoalveolar puede considerarse diagnóstico de neumonía por *Pneumocystis* por que la colonización verdadera por *P. Jirovecii* no se documenta; sin embargo se ha demostrado que el microorganismo persiste durante



semanas después de completado el tratamiento exitoso en algunos pacientes. Las pruebas basadas en la reacción en cadena de la polimerasa (P.C.R.) no se encuentran ampliamente disponibles, aunque continúa la investigación sobre la prueba basada en P.C.R. en esputo inducido y otras muestras. Es posible que la P.C.R. no ofrezca ventaja alguna en las muestras de lavado. Ningún método de cultivo es útil para detectar el microorganismo. ^{10, 11, 14,15.}

Citomegalovirus.

La infección por citomegalovirus (C.M.V.) es la infección viral que más comúnmente afecta a la población de personas infectadas con el V.I.H. Más de la mitad de las personas mayores de 50 años en países desarrollados son seropositivos para C.M.V., y la mayoría son asintomáticos. Entre el 60 al 90% de los pacientes con S.I.D.A. desarrollan una reactivación a la infección por C.M.V. Es difícil precisar el papel del C.M.V. como agente responsable primario en la infección pulmonar, ya que con frecuencia se asocia a



otros patógenos como por ej. P. Jirovecii, el cual puede contribuir a la lesión pulmonar. Típicamente los pacientes presentan una infección avanzada ($CD4 < 100 \text{mm}^3$) caracterizada por fiebre, tos y disnea. Las series de autopsias han descrito un 60 a 80% de prevalencia de inclusiones virales en los especímenes pulmonares, pero, la contribución de la infección a la muerte y a la disfunción orgánica es más difícil de definir, de tal manera que la infección por C.M.V. sea poco probable la causa primaria de neumonía y muerte en pacientes con S.I.D.A.

El diagnóstico depende de la presencia de un síndrome atribuible al virus y a la solidez de las pruebas de laboratorio que confirmen la presencia de una infección activa. Un cuadro clínico compatible es la insuficiencia respiratoria con infiltrados pulmonares difusos y un cuadro histológico que demuestre muchas inclusiones por C.M.V. con cambios inflamatorios de daño alveolar difuso, en presencia de otros patógenos.^{8, 10, 14.}



Aspergilosis.

Raramente se reporta en el paciente infectado por V.I.H., se desarrolla casi exclusivamente en personas con severa inmunodeficiencia, especialmente en aquellas con neutropenia o en quienes reciben esteroides o antibióticos de amplio espectro. La Aspergilosis diseminada es difícil de diagnosticar en vida y en los casos informados generalmente representan una superinfección en personas severamente infectadas.

La Aspergilosis en pacientes con V.I.H. tiene dos formas e presentación, la forma invasiva con tos y fiebre predominante, y la forma bronquial obstructiva con disnea, tos, sibilancias y dolor torácico.^{10, 14.}

La **Criptococosis** ocurre en cerca del 10% de los pacientes, aunque provoca más frecuentemente meningoencefalitis, es común la afectación concomitante del pulmón.^{14.}



Candidiasis.

La candidiasis de la mucosa oral se observa con alta frecuencia en los pacientes infectados con el V.I.H. El compromiso oro-esofágico o cutáneo se presenta en el 80 al 90% de los pacientes con S.I.D.A. Si bien la candidiasis orofaríngea en su mayor cantidad es asintomática, aunque puede presentarse con sensación urente, alteración en la percepción del sabor y dificultad para deglutir sólidos y líquidos. Aparece generalmente como una discreta confluencia en la mucosa oral y para faríngea de la boca y lengua (llamada pseudomembranosa o muguet que es la forma más frecuente de presentación) Otras formas menos comunes de presentación son la candidiasis atrófica, la candidiasis hiperplásica o la queilitis angular. El recuento de CD4 es el factor más importante de aparición de candidiasis y de respuesta al tratamiento. El diagnóstico de la candidiasis es fundamentalmente clínico.^{16.}



La Neumonía por **cándida** es una rara causa de neumonía aguda en los pacientes con infección V.I.H. ¹⁴.

9.6 Diagnóstico y Evolución.

En un paciente nuevo, la primera tarea puede ser establecer un diagnóstico de infección por V.I.H. Se debe mantener un índice elevado de sospecha porque la falta de conciencia del estado del V.I.H. y la ausencia de una asistencia regular son razones importantes para la falta de prevención de una Neumonía por *Pneumocystis*. La anamnesis y el examen físico deben intentar delinear el grado de inmunosupresión del paciente, así como la extensión y la gravedad de la enfermedad pulmonar, que incluye la evaluación de manifestaciones extrapulmonares. Las preguntas apropiadas se dirigen a los síntomas y su duración; el riesgo de V.I.H. en un paciente de estado infeccioso desconocido (uso de drogas inyectables, hombre homosexual, exposición a trabajadores sexuales, numerosos compañeros(as) sexuales, encarcelación, compañero(a) sexual con infección conocida); el estado de



enfermedad por V.I.H. (infecciones oportunistas, recuento de células CD4, carga viral); la enfermedad pulmonar previa; la exposición a tuberculosis, y estado del derivado proteico purificado; el uso de fármacos y el cumplimiento con ellos, sobre todo la profilaxis anti-Pneumocystis; los antecedentes de tabaquismo y de viajes. Los antecedentes sociales también proporcionan índices; por ejemplo, la falta de vivienda, la encarcelación, el uso de drogas inyectables, o el origen de una zona de endemidad sugieren mayor riesgo de tuberculosis, mientras el Sarcoma de Kaposi es más frecuente en los hombres que tienen relaciones homosexuales. Son importantes los lugares de residencia y de viajes; por ejemplo, dentro de los Estados Unidos la incidencia de micosis pulmonares como Coccidioidomocosis e Histoplasmosis varían según la región y *Penicilium marneffe* solo debería esperarse en un paciente con exposición geográfica apropiada. ^{1, 2, 7, 10.}

El grado de inmunosupresión de un paciente es un indicio importante de las causas posibles de la enfermedad



pulmonar. Los detalles acerca de trastornos previos asociados con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (S.I.D.A.), los recuentos de células CD4+ y la carga viral, así como la presencia o la ausencia de signos como muguet o caquexia ayudan a delinear el grado de inmunosupresión. En un paciente, sin un diagnóstico conocido de infección por V.I.H o en el que no tuvo un monitoreo reciente del sistema inmune, un recuento de linfocitos totales reducido calculado a partir del hemograma completo y diferencial puede ser un indicio de inmunosupresión.

El recuento de células CD4+ de un paciente puede ser muy útil para establecer un diagnóstico diferencial. La enfermedad pulmonar con recuento de células CD4+ mayores es más probable que sea bacteriana o tuberculosa, la Neumonía por *Pneumocystis* es rara en pacientes con recuento de células CD4+ por encima de 200u/L. Los pacientes con aspergilosis, complejo *Mycobacterium Avium* (MAC) o enfermedad por



Citomegalovirus(CMV) tienen recuento de células CD4+ muy bajos, por lo general por debajo de 50 células u/L. Por lo tanto, la intensidad de la evaluación de un paciente con tos y fiebre a menudo es muy diferente en un individuo en general sano con un recuento de células CD4+ de 500 que en uno con enfermedad más avanzada. No obstante, un recuento de células CD4+ por encima de 200/uL no excluye la neumonía por *Pneumocystis*, sobre todo en un paciente con muguet o fiebre persistente o en uno con carga viral alta, en que los recuentos de células CD4+ pueden declinar con rapidez. La neumonía por *Pneumocystis* es menos frecuente en los pacientes que reciben profilaxis; las excepciones son más frecuentes en los pacientes tratados mediante regímenes distintos a Trimetoprí- Sulfametoxazol y en los que presentan recuentos de células CD4+ muy bajos.

Aunque las infecciones respiratorias superiores y las bronquitis agudas son muy frecuentes en los pacientes con V.I.H., también lo son las infecciones pulmonares que



pueden ser fatales. El examen físico es útil para dirigir la evaluación, pero, un resultado normal del examen pulmonar es frecuente en la Neumonía por *Pneumocystis* y no debe ser el factor decisivo para obtener una radiografía de tórax. Una radiografía de tórax no aportará un diagnóstico específico y las manifestaciones atípicas son tan frecuentes que el patrón radiológico tiene una utilidad limitada en el diagnóstico, pero, las radiografías ayudan a enfocar la orientación diagnóstica. La lista de posibles pruebas diagnósticas es grande, y la anamnesis, el examen físico y la radiografía de tórax deben sugerir cuales son apropiadas y cuales pueden diferenciarse. Las tomografías computarizadas (TC) de tórax, en especial de TC de alta resolución, pueden aportar información adicional al mostrar la extensión de la infiltración, linfadenopatía, nódulos miliares, cavitación oculta o anomalías en vidrio esmerilado.^{7, 10.}



10. OBJETIVOS.

10.1 Objetivo General.

- ❖ **Determinar la frecuencia, manifestaciones clínicas y de laboratorio de infecciones respiratorias en pacientes con V.I.H./S.I.D.A. en el área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, durante el período Julio del año 2001 – Junio del año 2007.**

10.2 Objetivos Específicos.

- Determinar la frecuencia de pacientes con V.I.H./S.I.D.A. en el área de clínica del H.V.C.M. de la ciudad de Cuenca, durante el período Julio del 2001 a Junio del 2007.
- Establecer la frecuencia de infecciones respiratorias en pacientes con V.I.H./S.I.D.A. en el área de clínica del H.V.C.M. de la ciudad de Cuenca, durante el período Julio del 2001 a Junio del 2007.



- Distribuir los casos de acuerdo a edad, sexo, estado civil, lugar de residencia, nivel de instrucción y ocupación de pacientes con infecciones respiratorias en pacientes con V.I.H./S.I.D.A. en el área de clínica del H.V.C.M. de la Ciudad de Cuenca, durante el período Julio del 2001 a Junio del 2007.
- Determinar la condición al egreso por infecciones respiratorias en pacientes con V.I.H./S.I.D.A. en el área de clínica del H.V.C.M. de la ciudad de Cuenca, durante el período Julio del 2001 a Junio del 2007.
- Conocer las principales manifestaciones clínicas por patología respiratoria y cuadro clínico (síntomas y signos) de las infecciones respiratorias en pacientes con V.I.H./S.I.D.A. en el área de clínica del H.V.C.M. de la ciudad de Cuenca, durante el período Julio del 2001 a Junio del 2007.
- Describir la relación entre infecciones respiratorias con hallazgos radiológicos y niveles de linfocitos CD4+ en pacientes con V.I.H./S.I.D.A. en el área de clínica del



H.V.C.M. de la ciudad de Cuenca, durante el período

Julio del 2001 a Junio del 2007.

11. DISEÑO Y METODOLOGIA.

11.1. Definiciones operacionales.

En relación con los objetivos planteados, a continuación se describe las variables que se tomaron en cuenta para la realización del estudio:

VARIABLE.	DEFINICIÓN.	DIMENSIÓN.	INDICADOR.	ESCALA.
Casos de V.I.H./S.I.D.A.	Total de personas diagnosticadas de la patología en cuestión.	--	Prueba de V.I.H. positivo con técnica de microelisa.	Nº de casos.
Casos de V.I.H./S.I.D.A. con infección respiratoria.	Total de personas diagnosticadas de la patología en cuestión.	--	Informe de anamnesis, examen físico, imagenológico s y laboratorio.	Nº de casos.
Edad.	Tiempo que lleva viviendo una persona desde que nació.	--	Nº de años.	16 – 25 26 – 35 36 – 45 46 – 55 56 – 65 66 – 75
Sexo.	Características fenotípicas.	--	Hombre. Mujer.	Nº de casos.
Estado civil.	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Soltero/a. Casado/a. Divorciado/a. Viudo/a. Unión libre.	Informe de anamnesis. Informe de anamnesis. Informe de anamnesis. Informe de anamnesis. Informe de	Nº de casos.



			anamnesis.	
Lugar de residencia.	Sitio en donde vive habitualmente.	Costa. Sierra. Oriente.	Informe de anamnesis. Informe de anamnesis. Informe de anamnesis.	N° de casos.
Nivel de instrucción.	Se señala aquí el nivel de escolaridad al que llevo.	Analfabeto. Primaria. Secundaria. Superior.	Informe de anamnesis. Informe de anamnesis. Informe de anamnesis. Informe de anamnesis.	Si. No.
Ocupación.	Trabajo o actividad en que el individuo emplea el tiempo. Empleo, oficio o dignidad, etc.	Manual. Intelectual.	Informe de anamnesis. Informe de anamnesis.	Si. No.
Condición al egreso.	Estado del paciente al final de la hospitalización.	Vivo. Muerto.	Informe de libro de egresos y epicrisis. Informe de libro de egresos y epicrisis.	N° de casos. N° de casos.
Patologías respiratorias.	Anormalidades que afectan las vías respiratorias.	Candidiasis orofaríngea. Faringoamigdalitis. Bronquitis. Neumonía adquirida en la comunidad. Neumonía intrahospitalaria	Clínica y laboratorio. Clínica y laboratorio. Clínica, radiología, laboratorio. Clínica, radiología, laboratorio. Clínica, radiología, laboratorio.	N° de casos. N° de casos. N° de casos. N° de casos. N° de casos.



		Neumonía por P. Jirovecii.	radiología, laboratorio. Baciloscopía, bacilo de Koch.	N° de casos.
		Tuberculosis pulmonar.	Criterios clínicos, radiológicos y laboratorio (Baciloscopía, bacilo de Koch).	N° de casos.
		Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar.	Criterios clínicos, radiológicos y laboratorio.	N° de casos.
		Micosis pulmonar.	Criterios clínicos, radiológicos y laboratorio.	N° de casos.
		Enfermedades Mixtas Pulmonares.	Criterios clínicos, radiológicos y laboratorio.	N° de casos.
Cuadro Clínico.	Conjunto de síntomas y signos que se relacionan con una enfermedad en sí.	Tos seca.	Datos de historia clínica.	Si.
		Tos productiva.	Datos de historia clínica.	No.
		Expectoración.	Datos de historia clínica.	
		Disnea.	Datos de historia clínica.	
		Cefalea.	Datos de historia clínica.	
		Astenia.	Datos de historia clínica.	
		Hiporexia.	Datos de historia clínica.	
		Diaforesis.	Datos de historia clínica.	
		Dolor torácico.	Datos de historia clínica.	
		Alza térmica no cuantificada.	Datos de historia clínica.	
		Fiebre.	Datos de historia clínica.	
		Taquicardia.	Datos de historia clínica.	
		Taquipnea.	Datos de historia	



		Cianosis.	clínica.	
		Epistaxis.	Datos de historia clínica.	
		Rinorrea.	Datos de historia clínica.	
		Faringe congestiva.	Datos de historia clínica.	
		Placas blanquecinas bucofaríngeas.	Datos de historia clínica.	
		Ganglios cervicales palpables.	Datos de historia clínica.	
		Hemoptisis.	Datos de historia clínica.	
		Escalofríos.	Datos de historia clínica.	
		Pérdida de peso.	Datos de historia clínica.	
		Tiraje.	Datos de historia clínica.	
		Frémito aumentado.	Datos de historia clínica.	
		Elasticidad y expansibilidad torácica disminuidas.	Datos de historia clínica.	
		Matidez a la percusión torácica.	Datos de historia clínica.	
		Disminución del murmullo vesicular.	Datos de historia clínica.	
		Roncus.	Datos de historia clínica.	
		Sibilancias.	Datos de historia clínica.	
		Pectoriloquia.	Datos de historia clínica.	
		Estertores.	Datos de historia clínica.	
		Bacilo de Koch.	Datos de historia clínica.	



			clínica. Datos de historia clínica. Datos de historia clínica. Baciloscopia y/o Ziel-Nielsen.	
Patrón radiológico.	Manifestaciones radiológicas observadas.	Infiltrado intersticial. Infiltrado parahiliar. Infiltrado alveolar. Condensación. Cavitaciones. Calcificaciones. Derrame pleural. Imágenes granulomatosas. . Densidades inespecíficas.	Informe radiológico. Informe radiológico.	Nº de casos.



Linfocitos CD4+	Son un tipo de linfocitos T, encargados del proceso de inmunidad celular.	--	Conteo de CD4 por laboratorio.	<50u/L. 50-200u/L. 201- 500u/L. >500u/L.
-----------------	---	----	--------------------------------	---

Elaborado por: Autor.

11.2. Tipo y diseño general del estudio.

Se trata de un estudio de tipo descriptivo, mediante el cual se pretende conocer la frecuencia de infecciones respiratorias y sus manifestaciones clínicas y de laboratorio en el Hospital Vicente Corral Moscoso, la población a estudiar está constituida por todos los pacientes diagnosticados de V.I.H./S.I.D.A. en la área de Clínica.

11.3. Universo de estudio.

El universo está constituido por los pacientes hospitalizados con diagnóstico de V.I.H./S.I.D.A. en el área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso en el período Julio del año 2001 - Junio del año 2007.



11.4. Área de Estudio.

Hospital Vicente Corral Moscoso (todos los pacientes atendidos y diagnosticados de V.I.H./S.I.D.A. en al área de clínica, durante el período Julio 2001 hasta Junio de 2007).

11.5.

11.5.1 Criterios de Inclusión.

- Todos los pacientes atendidos y diagnosticados de V.I.H. Positivo con patología respiratoria en el departamento de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca desde el mes de Julio del 2001 hasta el mes de Junio del 2007.

11.1.5.2 Criterios de Exclusión.

- Pacientes con patología crónica pulmonar de base.
- Pacientes con reingresos por la misma patología en un tiempo igual o menor a tres meses.



11.6. Métodos, técnicas e instrumentos.

Para la obtención de los datos se revisó y recolectó la información necesaria obtenida de las historias clínicas de todos pacientes diagnosticados de V.I.H./S.I.D.A. en el departamento de clínica durante el período Julio 2001 – Junio 2007, y en base a los cuales, se llenó los formularios N° 1 y N° 2 diseñados y validados para el análisis de los mismos (anexo 1 y 2).

11.7. Proceso de recolección.

El proceso de recolección siguió los siguientes pasos:

- Elaboración de los formularios.
- Validación de los formularios.
- Revisión del libro de egresos mensuales.
- Llenado del formulario N° 1.(Anexo N° 1)
- Revisión los números de las historias clínicas de los pacientes con V.I.H./S.I.D.A. del área de clínica en los libros de egresos mensuales del H.V.C.M.



- Revisión de las historias clínicas de los pacientes con V.I.H./S.I.D.A. con afección respiratoria.
- Llenado del formulario N° 2 (Anexo N° 2) con los datos proporcionados.
- Revisión e introducción de los datos al ordenador (programa S.P.S.S. versión 10.0 para Windows y Microsoft Excel 2007.).

11.8. Procedimientos.

- Antes de iniciar el proceso de recolección de datos fué necesario solicitar, mediante un oficio, la autorización respectiva para la realización del estudio al Director del Hospital Vicente Corral Moscoso y al Director de Investigación y Docencia del Hospital Vicente Corral Moscoso para acceder sin dificultad a las historias clínicas.
- Según lo planteado en el estudio se diseñó los formularios, en el cuál se deberá recoger de forma concreta las variables a estudiarse.



➤ Acto seguido se asistió al Departamento de Estadística del H.V.C.M. en la cual se presentó las autorizaciones mencionadas, en primera instancia se fué al libro de egresos mensuales en el cual se revisó mes por mes los pacientes egresados con V.I.H./S.I.D.A. del área de clínica desde Julio del 2001 a Junio del 2007 ; encontrado el paciente se anotó en el formulario N° 1 los datos respectivos, (año, mes, orden en el libro, inicial del nombre del paciente, apellidos completos del paciente, número de historia clínica, edad del paciente, fecha de ingreso, fecha de egreso y su diagnóstico de egreso) ; posteriormente se llevó los datos a un ordenador , y luego se seleccionó los pacientes con V.I.H./S.I.D.A. Como segundo paso en el Departamento de Estadística se realizó una búsqueda de las historias clínicas una por una y se seleccionaron los pacientes con V.I.H./S.I.D.A. mas un diagnóstico relacionado a vías respiratorias junto a los criterios de exclusión



mencionados anteriormente, de la cual se extrajeron los datos según el formulario N° 2 (V.I.H. positivo, edad, sexo, estado civil, lugar de residencia, nivel de instrucción, ocupación, condición de egreso, patologías respiratorias, cuadro clínico: síntomas y signos presentados al ingreso, patrón radiológico y conteo de linfocitos CD4), para ello nos ayudamos de la anamnesis, examen físico, epicrisis y exámenes complementarios fijándonos siempre en la fecha correspondiente. Posteriormente se ingresaron al ordenador para su posterior análisis.

- Durante el proceso de realización del estudio, se presentaron continuamente los avances que se obtuvieron y se pidió las recomendaciones pertinentes al director y asesor de tesis sobre la marcha de la investigación, con el afán de una completa y correcta supervisión.



12. ASPECTOS ETICOS.

Durante este proceso se consiguió los permisos respectivos, ya mencionados anteriormente, y se comprometió a guardar estricta confidencialidad de los datos obtenidos; y su utilización se limitó a un uso estrictamente de tipo académico, su uso y no difusión de los resultados personales a otras entidades es de exclusiva responsabilidad del autor de esta tesis.

13. ESTADISTICA.

13.1. Plan de tabulación y análisis de los resultados.

Para este propósito se utilizó los programas S.P.S.S. versión 10.0 para Windows y Microsoft Excel 2007, en la presentación de los datos se utilizó cuadros y gráficos en correspondencia con el tipo de variable y asociación. (Ver Anexo. Tabla # 38).

Para no incurrir en errores durante el análisis de los datos, se revisó conjuntamente con el director y asesor de la tesis



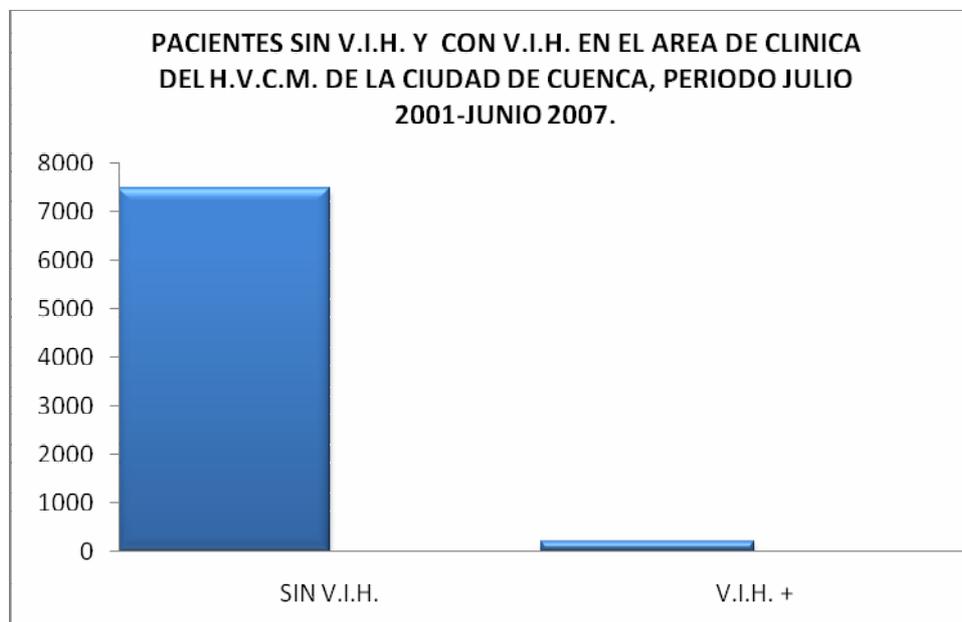
para reconocer dónde se está errando en el análisis de la investigación.

14. RESULTADOS.

INFECCIONES RESPIRATORIAS EN PACIENTES V.I.H./S.I.D.A. EN EL AREA DE CLINICA DEL H.V.C.M. DE LA CIUDAD DE CUENCA, PERÍODO JULIO2001- JUNIO2007.

14.1. FRECUENCIA.

GRAFICO # 1.

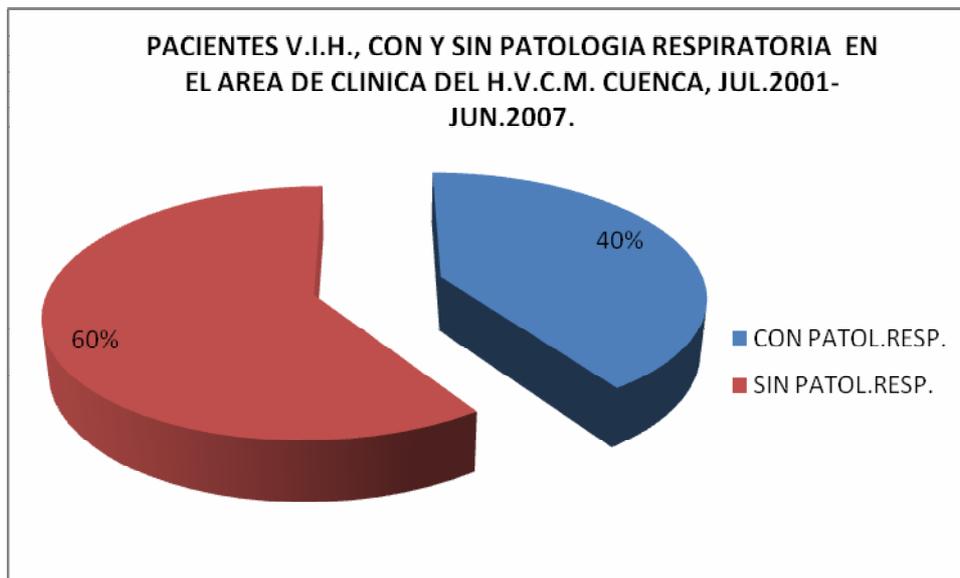


*Elaborado por: Gerardo Marchant G.
Fuente: Hospital Vicente Corral Moscoso
(H.V.C.M.).*



Se presentaron 7709 pacientes hospitalizados en el área de clínica durante el período Julio 2001-Junio 2007, el 97,4% (7509 pacientes) no estaban diagnosticados con el V.I.H. y el 2,59% (200 pacientes) se encontraron infectados por el V.I.H. (Ver Anexo: tabla #1).

GRAFICO # 2.



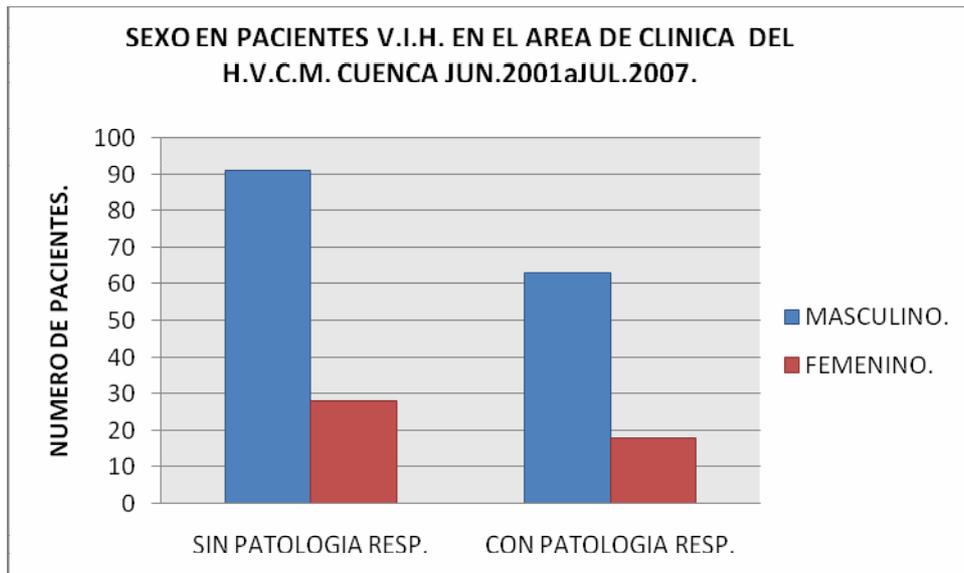
Elaborado por: Gerardo Marchant G.

Fuente: H.V.C.M.

Se observa que del total de 200 pacientes hospitalizados con V.I.H., el 40,5% (119 pacientes) presentó algún tipo de patología respiratoria, mientras que el 59,5% (81pacientes) no presentó ningún tipo de patología respiratoria. (Ver Anexo: tabla #2).



GRAFICO #3.

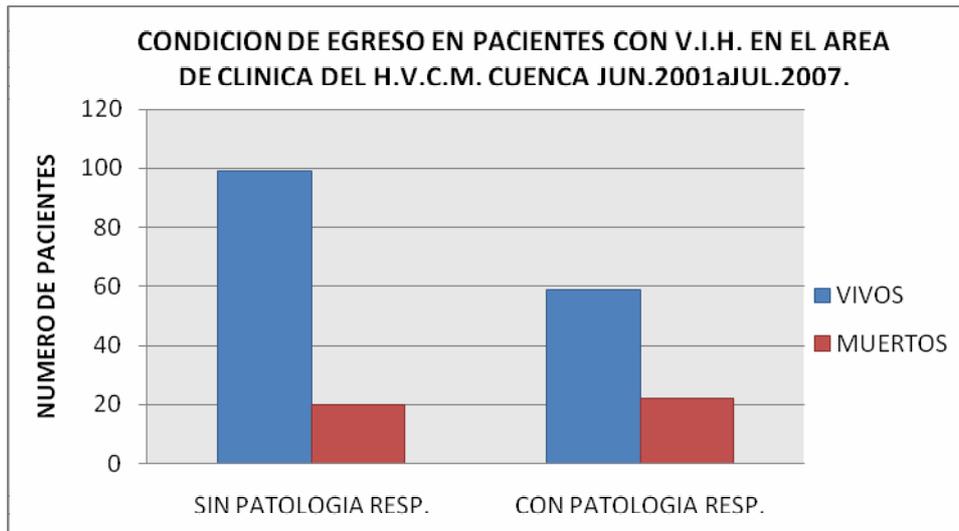


*Elaborado por: Gerardo Marchant G.
Fuente: H.V.C.M.*

La relación entre barras de sexo es muy similar para ambos, exceptuando por la cantidad de los pacientes (119 sin patología respiratoria y 81 con patología respiratoria). Además, se observa una presencia mayor en el sexo masculino (76,47% sin patología respiratoria y 77,77% con patología respiratoria). (Ver Anexo: tabla #3).



GRAFICO #4.



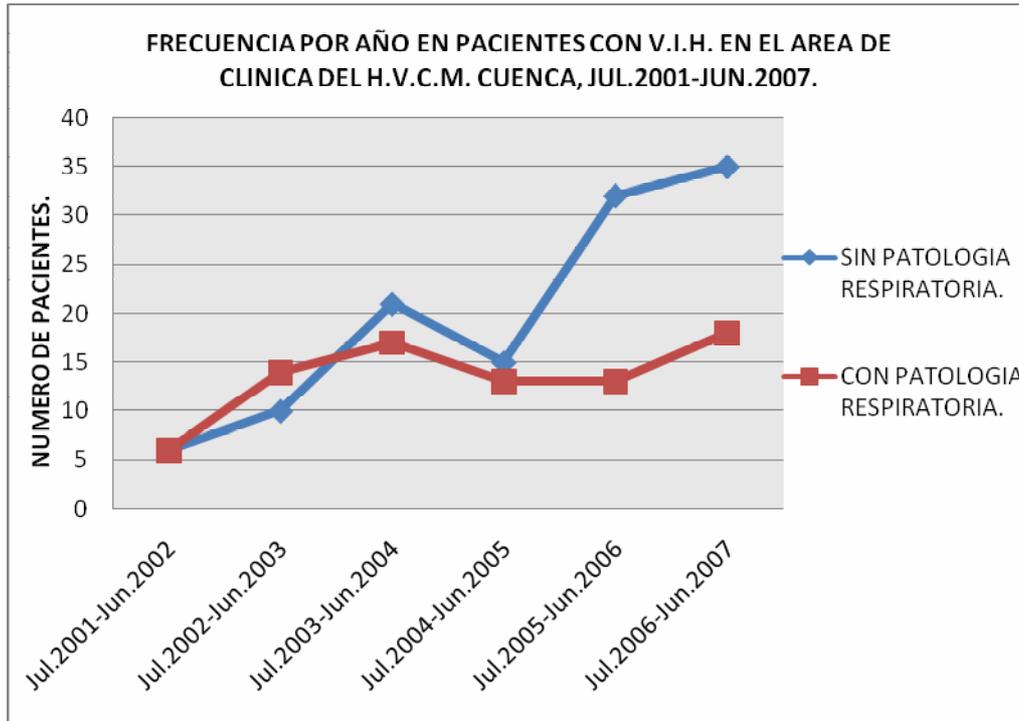
Elaborado por: Gerardo Marchant G.

Fuente: H.V.C.M.

Se observa que las muertes en pacientes V.I.H. con patología respiratoria son mayores (22pacientes= 27,16%) que la producidas en pacientes V.I.H. con otra patología que no sea respiratoria (20 pacientes=16,8%), a pesar de que el número de pacientes sin patología respiratoria es mayor. (Ver Anexo: tabla #4). Chi cuadrado: 0,106.



GRAFICO #5.



Elaborado por: Gerardo Marchant G.

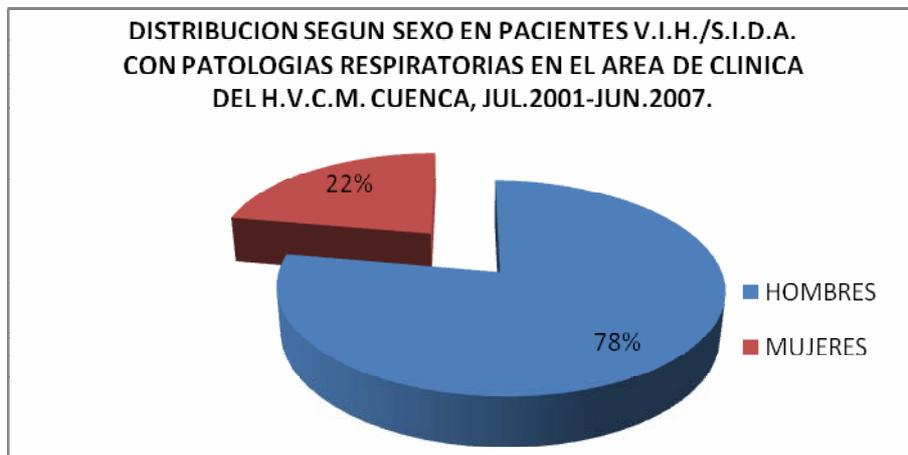
Fuente: H.V.C.M.

Se puede apreciar un ascenso en el transcurso de los años, observándose que el período en el que menos pacientes V.I.H./S.I.D.A. sin y con afección respiratoria fue durante el período 2001-2002 con 6 pacientes en ambos, mientras que el mayor número se observó en el período 2006-2007 con 35 y 18 pacientes respectivamente. (Ver Anexo: tabla #5).



14.2. SEXO.

GRAFICO # 6.



Elaborado por: Gerardo Marchant G.

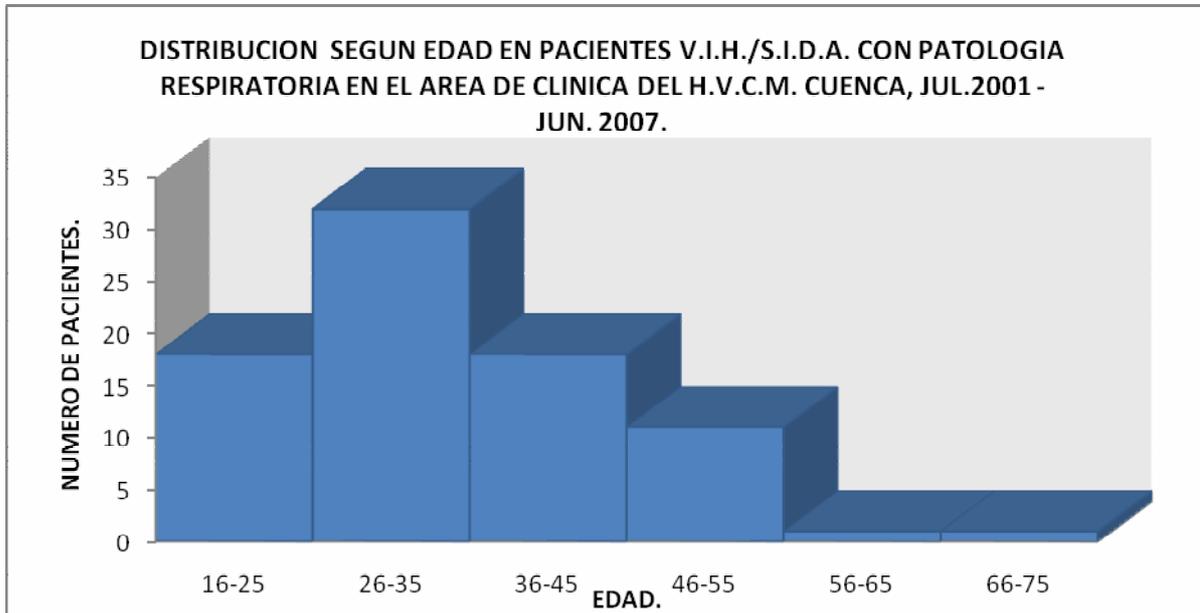
Fuente: H.V.C.M.

De los 81 pacientes con afección respiratoria con V.I.H./S.I.D.A., 63 pacientes (77,77%) son hombres, y 18 pacientes (22,22%) son mujeres. La proporción hombre: mujer es 3,5: 1 respectivamente. (Ver Anexo: tabla #6).



14.3. EDAD.

GRAFICO # 7.



Elaborado por: Gerardo Marchant G.

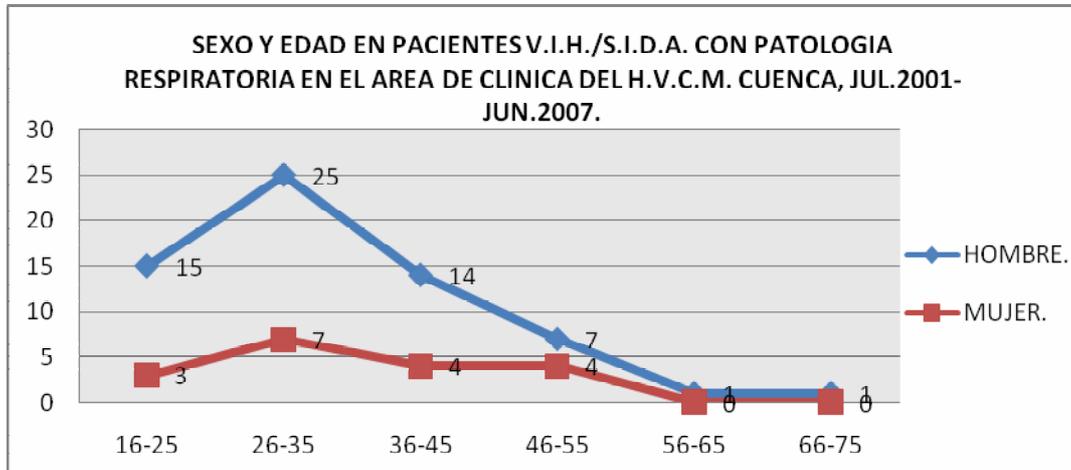
Fuente: H.V.C.M.

El mayor rango se encuentra entre los 26-35 años de edad con 32(39,50%) pacientes, continúa el rango entre 16-35 y 36-45 años con 18 cada uno, 46-55 con 11 pacientes, 56-65 y 66-75 años con 1 paciente cada uno. Desvío estándar: 10,216; mediana: 32; media: 33,84; I.C.: 95%. (Ver Anexo: tabla #7).



14.4. SEXO Y EDAD.

GRAFICO # 8.



Elaborado por: Gerardo Marchant G.

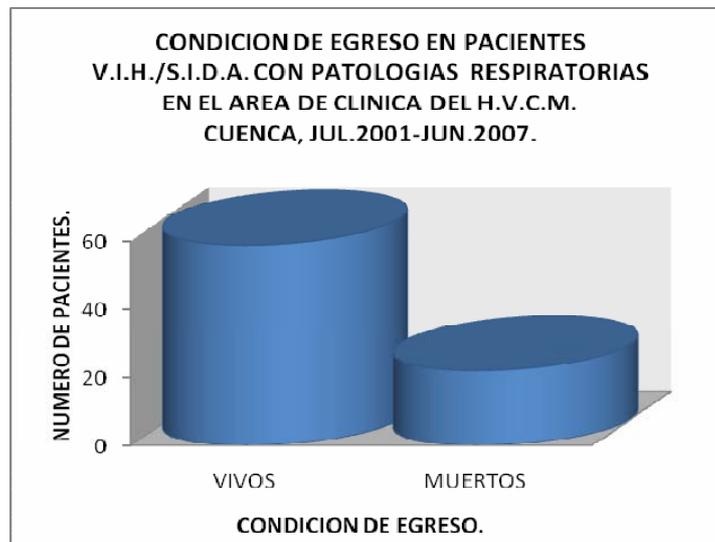
Fuente: H.V.C.M.

Se observa que en los rangos de mayor afección, existe, mayor diferencia en cuanto al sexo. De los 63 hombres, la media estuvo en 33,68; I.C:95%; mediana: 32; desvío estándar con 10,525; mientras que, en las 18 mujeres la media fue de 34,39; I.C:95%; mediana: 34; desvío estándar: 9,312. (Ver Anexo: tabla #8).



14.5. CONDICION DE EGRESO.

GRAFICO # 9.



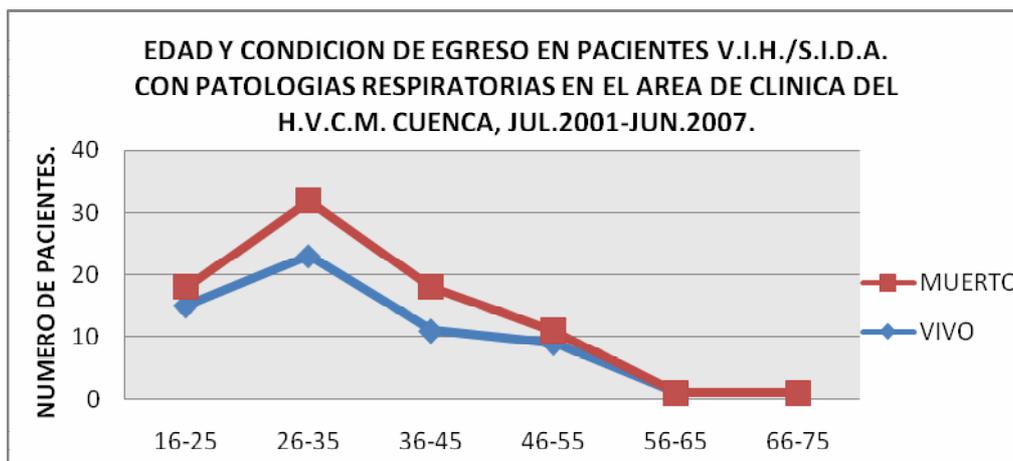
Elaborado por: Gerardo Marchant G.

Fuente: H.V.C.M.

En los 81 pacientes, los egresados vivos fueron del 72,83% (59 pacientes) y la mortalidad estuvo en 27,16% (22 pacientes). (Ver Anexo: tabla #9).

14.6. EDAD Y CONDICION DE EGRESO.

GRAFICO # 10.



Elaborado por: Gerardo Marchant G.

Fuente: H.V.C.M.



Se observa que los trazos son semejantes, pero, tienden a juntarse en los extremos. En los egresados vivos encontramos una media de 33,98; I.C.: 95%, mediana: 32, desvío estándar: 10,874; mientras que, en los fallecidos se obtuvo una media de 33,43; I.C.: 95%, mediana: 32, desvío estándar: 8,268. (Ver Anexo: tabla #10).

14.7. RESIDENCIA.

GRAFICO # 11.



Elaborado por: Gerardo Marchant G.

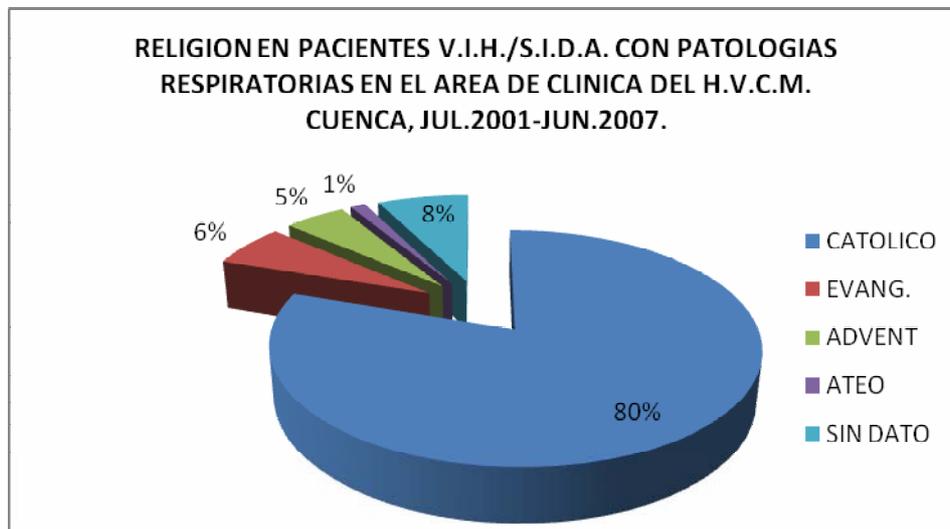
Fuente: H.V.C.M.

De los 81 pacientes, residen en su mayor parte en la región Sierra 53 pacientes (65,43%), seguidos por residentes de la Costa con 25 pacientes (30,86%) y del Oriente con 3 pacientes (3,70%). No hubo pacientes que residan en la región Insular, ni en el extranjero. (Ver Anexo: tabla #11).



14.8. RELIGION.

GRAFICO # 12.



Elaborado por: Gerardo Marchant G.

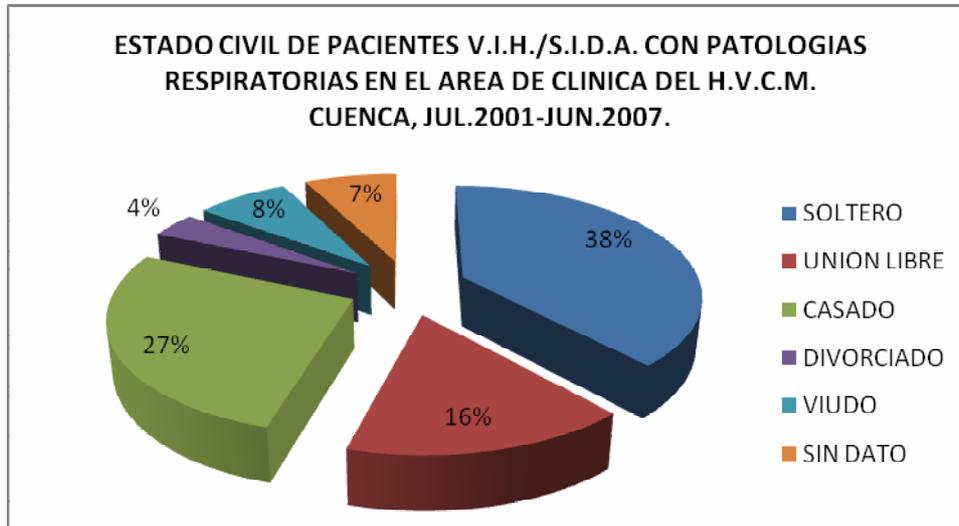
Fuente: H.V.C.M.

Se observa que de 81 pacientes V.I.H./S.I.D.A. con patología respiratoria la mayoría de los pacientes son de religión católica con 80,24% (65 pacientes), seguidos por evangélicos con un 6,17% (5 pacientes), adventistas con un 4,93% (4 pacientes), ateo con un 1,23%. (1 paciente). No se encontraron los datos de 6 expedientes clínicos. (Ver Anexo: tabla #12).



14.9. ESTADO CIVIL.

GRAFICO # 13.



Elaborado por: Gerardo Marchant G.

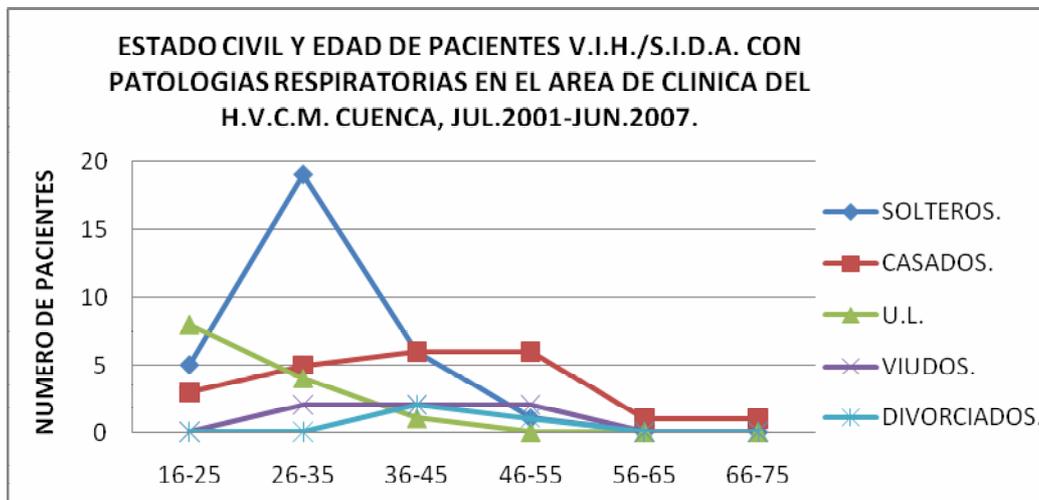
Fuente: H.V.C.M.

De 81 pacientes, 31 pacientes son solteros que equivalen a un 38,27%, seguidos por 22 pacientes casados que equivalen a 27,16%, 13 pacientes poseen unión libre que equivale a 16,04%, 6 son viudos que equivalen a 7,4%, 3 divorciados que equivalen a 3,7%. No se encontraron 6 datos en los expedientes clínicos. (Ver Anexo: tabla #13).



14.10. ESTADO CIVIL Y EDAD.

GRAFICO # 14.



Elaborado por: Gerardo Marchant G.

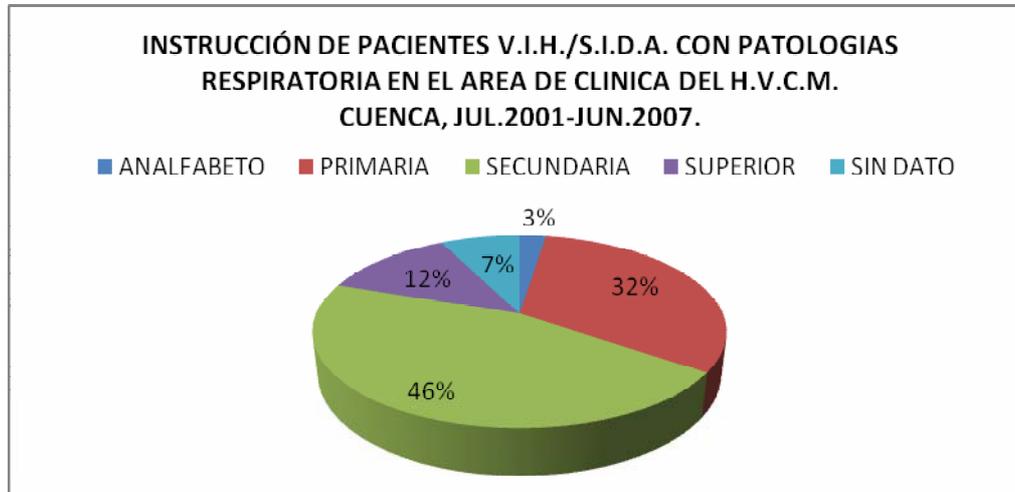
Fuente: H.V.C.M.

Se observa que los solteros y casados son el mayor número, los solteros se encuentran concentrados especialmente en el rango entre 26-35 años con un brusco ascenso anterior y descenso siguiente, mientras que la línea de los casados hay un ascenso paulatino, para al final descender. En solteros la media fue de 31,35; I.C.:95%; mediana: 32; desvío estándar: 6,575; en casados la media fue de 39,32; I.C.: 95%, mediana: 40; desvío estándar: 12,729; en unión libre se obtuvo una media de 26,38; I.C.:95%, mediana: 25; desvío estándar: 6,265; en viudos se obtuvo una media de 39; I.C.: 95%; mediana: 37; desvío estándar: 9,274; en divorciados se obtuvo media de 44,67; I.C.:95%; mediana 44; desvío estándar: 7,024. (Ver Anexo: tabla #14).



14.11. INSTRUCCIÓN.

GRAFICO # 15.



Elaborado por: Gerardo Marchant G.

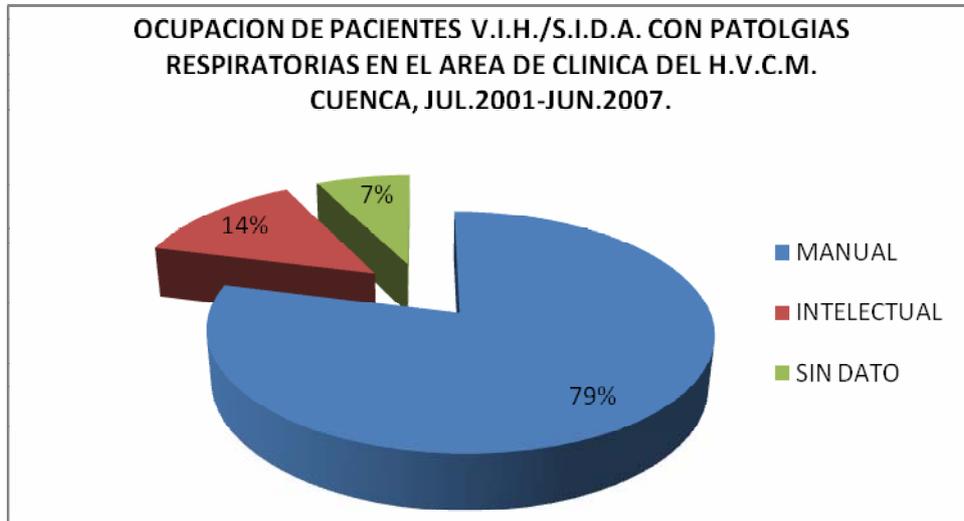
Fuente: H.V.C.M.

De los 81 pacientes, 37(45,67%) poseen una educación de tipo secundaria, seguidos por primaria con 26(36,08%), superior con 10 (12,34%), analfabetos con 2 (2,46%). No se encontraron los datos de 6 historias clínicas. (Ver Anexo: tabla #15).



14.12. OCUPACION.

GRAFICO # 16.



Elaborado por: Gerardo Marchant G.

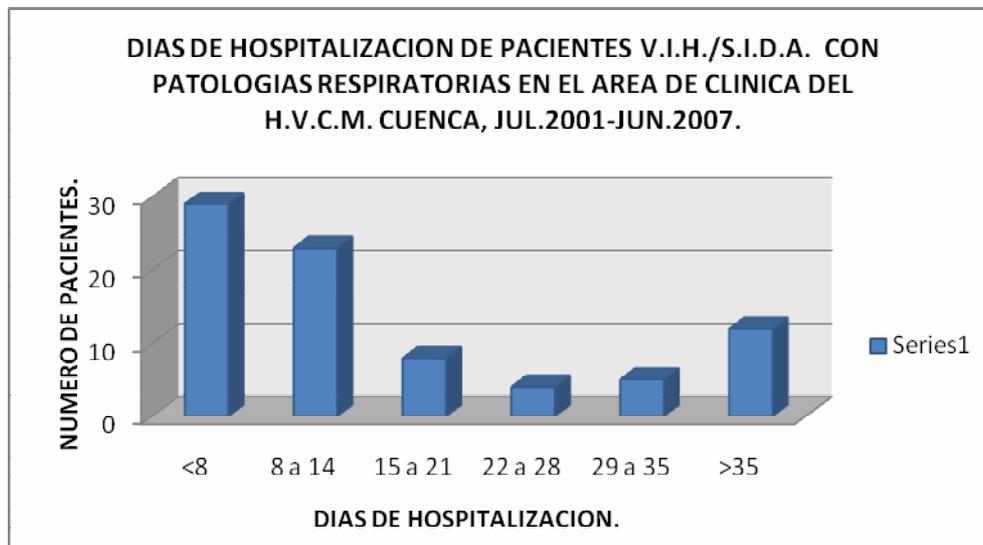
Fuente: H.V.C.M.

De los 81 pacientes, 64 (79,01%) pacientes realizan una actividad de tipo manual y 11 (13,58%) realizan una actividad de tipo intelectual en su trabajo. No se encontraron 6 datos en las historias clínicas. (Ver Anexo: tabla #16).



14.13. DIAS DE HOSPITALIZACION.

GRAFICO # 17.



Elaborado por: Gerardo Marchant G.

Fuente: H.V.C.M.

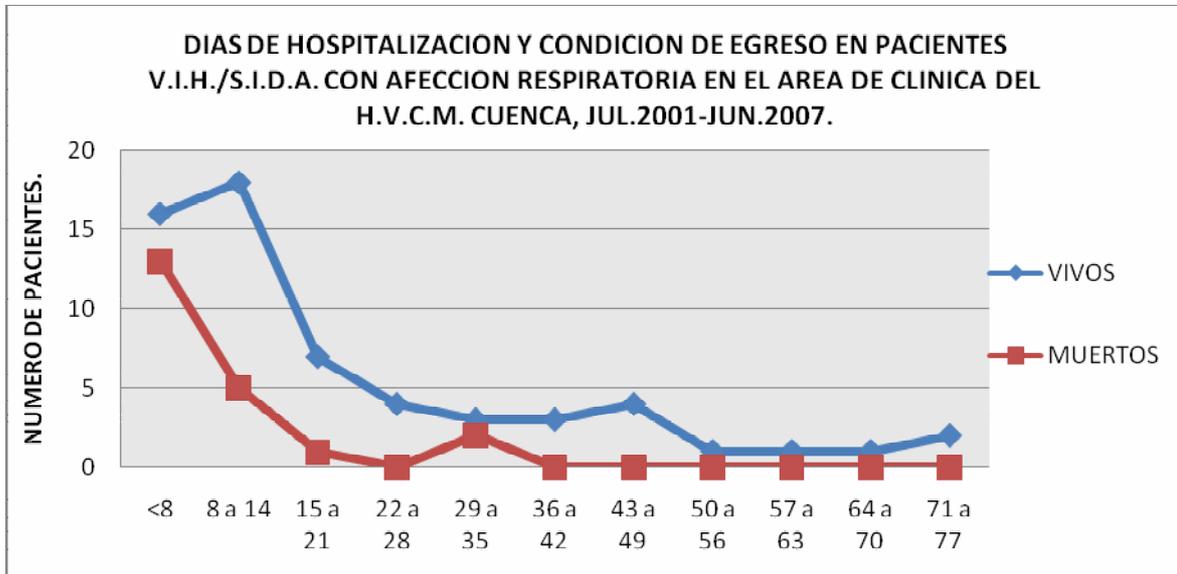
De los 81 pacientes, en 29 (35,80%) su estadía hospitalaria fue menor a 8 días, en 23(28,39%) pacientes su hospitalización fue entre 8 a 14 días, 8 (9,87%) pacientes se hospitalizaron entre 15 a 21 días, 4 (4,93%) pacientes se hospitalizaron entre 22 a 28 días, 5(6,17%) pacientes se hospitalizaron entre 29 a 35 días y 12(14,81%) pacientes se hospitalizaron por más de 35 días. media: 17,09 días, desvió estándar: 17,349. (Ver Anexo: tabla #17).



14.14. DIAS DE HOSPITALIZACION Y CONDICION DE EGRESO.

EGRESO.

GRAFICO # 18.



Elaborado por: Gerardo Marchant G.

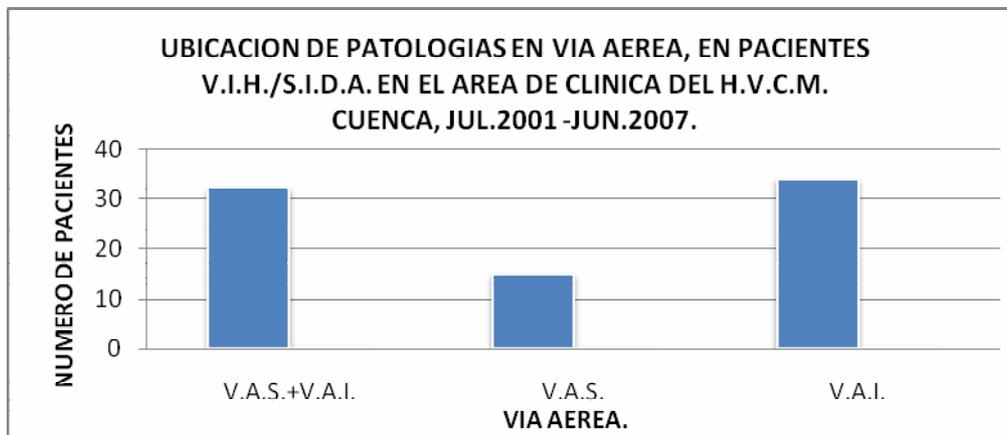
Fuente: H.V.C.M.

Podemos observar que la hospitalización principalmente llega hasta las primeras 2 semanas y las muertes se presentan especialmente durante las 2 primeras semanas de hospitalización, posteriormente se experimenta un descenso, luego de los 35 días de hospitalización la mortalidad no se presenta a pesar de que existen pacientes más allá de los 70 días de hospitalización. En los vivos se encontró una media de 20,10; I.C.:95%, mediana: 13, desvío estándar 18,478; mientras que en los fallecidos la media fue de 8,48, I.C.:95%; mediana: 5; desvío estándar: 9,569. (Ver Anexo: tabla #18).



14.15. UBICACION EN VIA AEREA.

GRAFICO # 19.



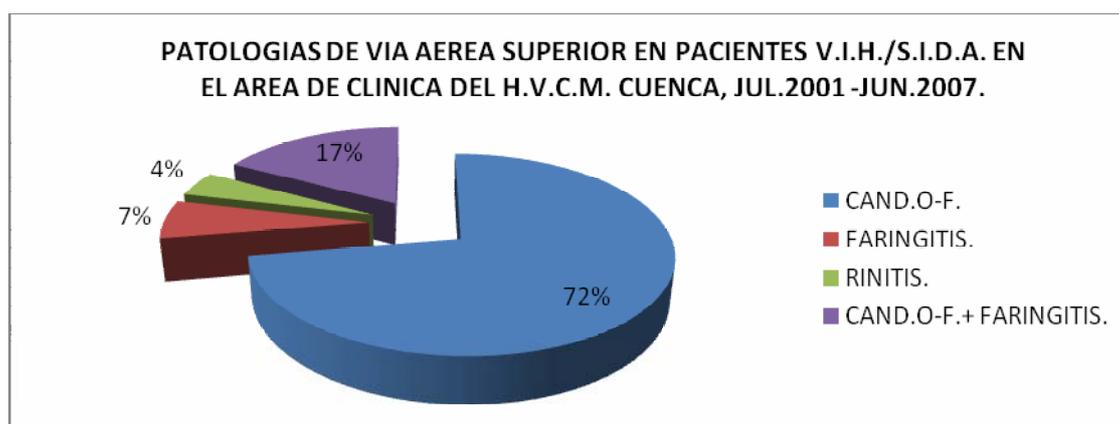
Elaborado por: Gerardo Marchant G.

Fuente: H.V.C.M.

De los 81 pacientes, 32 (39,50%) tienen patologías conjuntas de vías aéreas superiores e inferiores, 15 (18,51%) presentaron patologías solo de vías aéreas superiores y 34 (41,97%) presentaron solo patologías de vías aéreas inferiores. (Ver Anexo: tabla #19).

14.16. PATOLOGIAS DE VIA AEREA SUPERIOR.

GRAFICO # 20.



Elaborado por: Gerardo Marchant G.

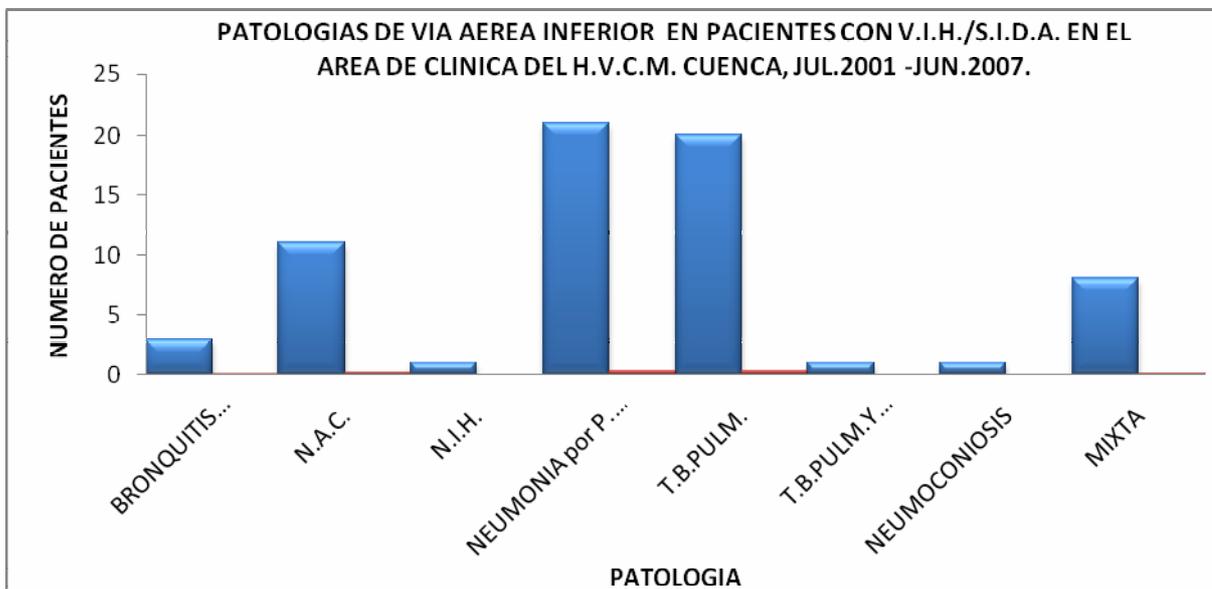
Fuente: H.V.C.M.



En los 47 pacientes con afección de las vía aérea superior, la principal patología encontrada fue candidiasis orofaríngea en 34 (72,34%) pacientes, seguido por candidiasis orofaríngea mas faringitis en 8(17,02%), faringitis en 3 (6,38%), y rinitis en 2 (4,25%) pacientes. (Ver Anexo: tabla #20).

14.17. PATOLOGIAS DE VIA AEREA INFERIOR.

GRAFICO # 21.



Elaborado por: Gerardo Marchant G.

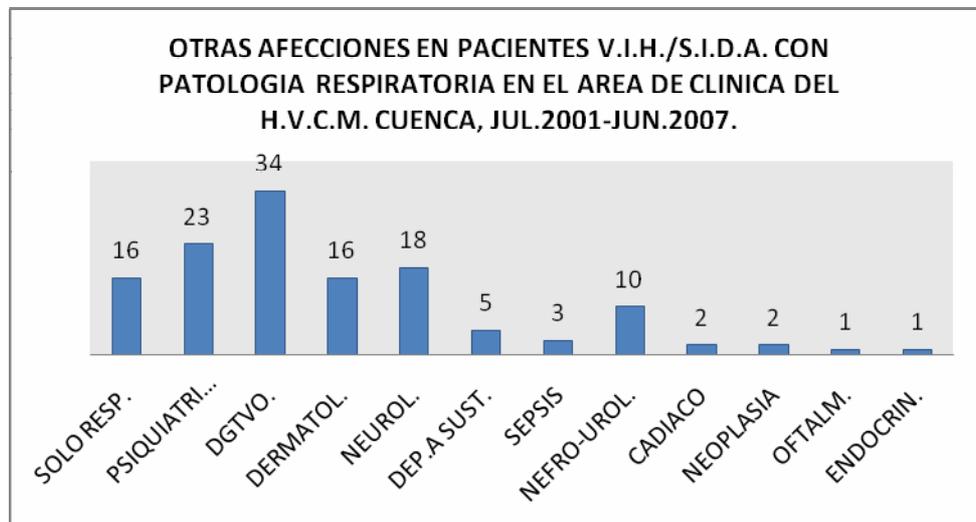
Fuente: H.V.C.M.

En los 66 pacientes con afección de vía aérea inferior, la principal patología encontrada fue Neumonía por P. Jirovecii con 21 (31,81%) pacientes, seguidos por Tuberculosis Pulmonar en 20 (30,30%) pacientes, Neumonía Adquirida en la Comunidad 11 (16,66%) pacientes, Enfermedades Mixtas Pulmonares en 8 (12,12%) pacientes, Bronquitis Aguda en 3 (4,54%) pacientes y en Neumonía Intrahospitalaria, Tuberculosis Pulmonar mas Extrapulmonar y Neumoconiosis cada una con 1 (1,51%) paciente. (Ver Anexo: tabla # 21, 36 y 37).



14.18. OTRAS AFECCIONES CONCOMITANTES.

GRAFICO # 22.



Elaborado por: Gerardo Marchant G.

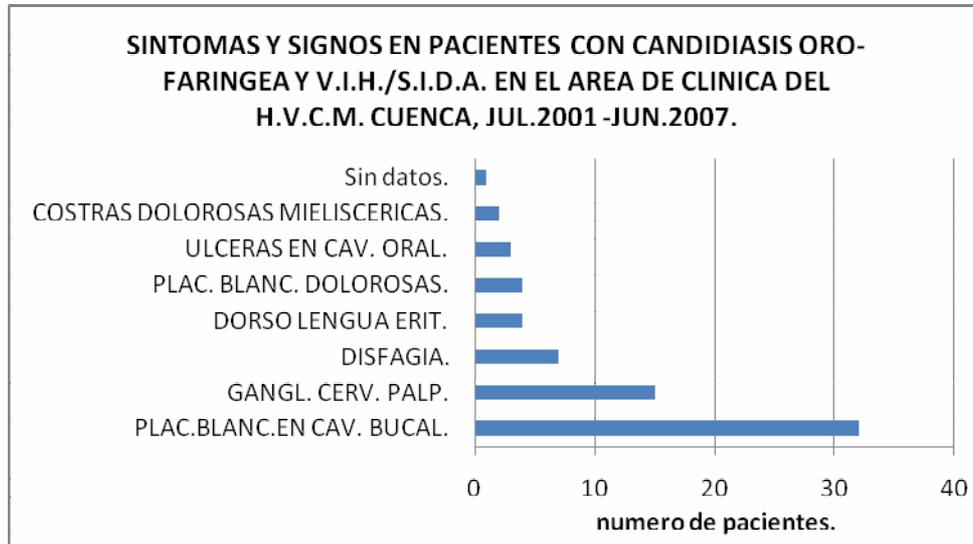
Fuente: H.V.C.M.

En los 81 pacientes en estudio se encontraron otras afecciones concomitantes, las principales fueron digestivas y psiquiátricas en 34 y 23 pacientes respectivamente, seguidas por neurológicas en 18, dermatológicas en 16, nefro-urológicas en 10 pacientes, dependencia a sustancias en 5, sepsis en 3, cardíacas en 2, neoplasias en 2, oftálmicas en 1 y endócrinas en 1 paciente. En 16 pacientes se encontró solo afección respiratoria. (Ver Anexo: tabla #22). No se tomaron en cuenta afecciones de tipo hematológicas.



14.19. SINTOMAS Y SIGNOS.

GRAFICO # 23.



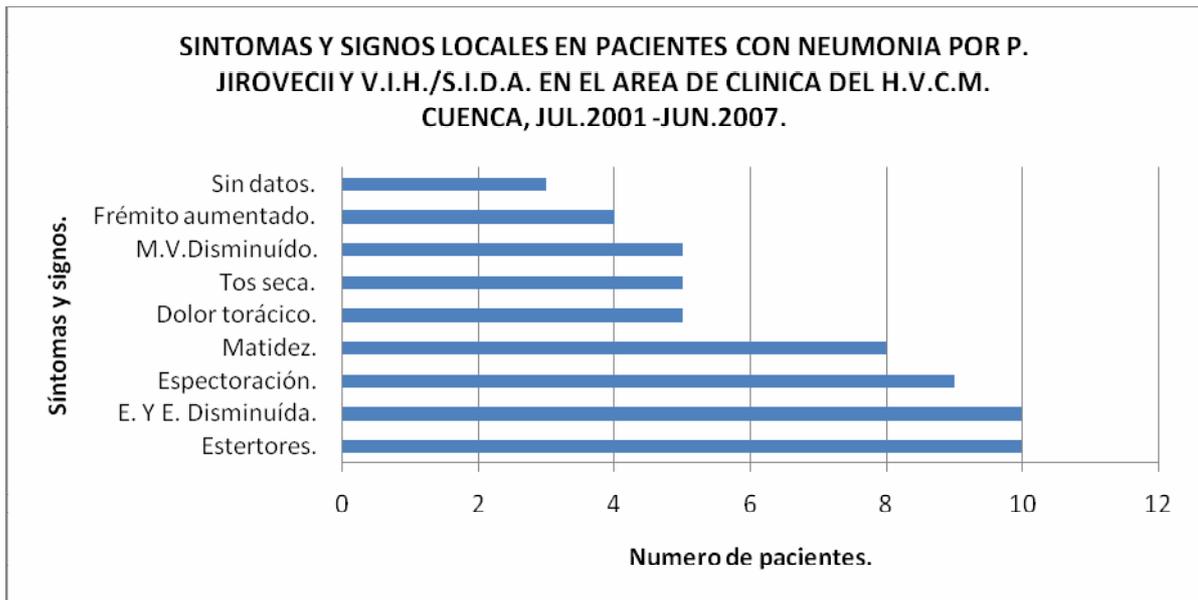
Elaborado por: Gerardo Marchant G.

Fuente: H.V.C.M.

De los 42 pacientes que presentaron candidiasis oro-faríngea, se encontraron que las placas blanquecinas (32) y los ganglios cervicales (15) son las principales presentaciones, seguidos por disfagia (7), dorso de lengua eritematoso (4), úlceras en cavidad oral (3), costras dolorosas mieliscéricas (2). (Ver Anexo: tabla #23).



GRAFICO # 24.



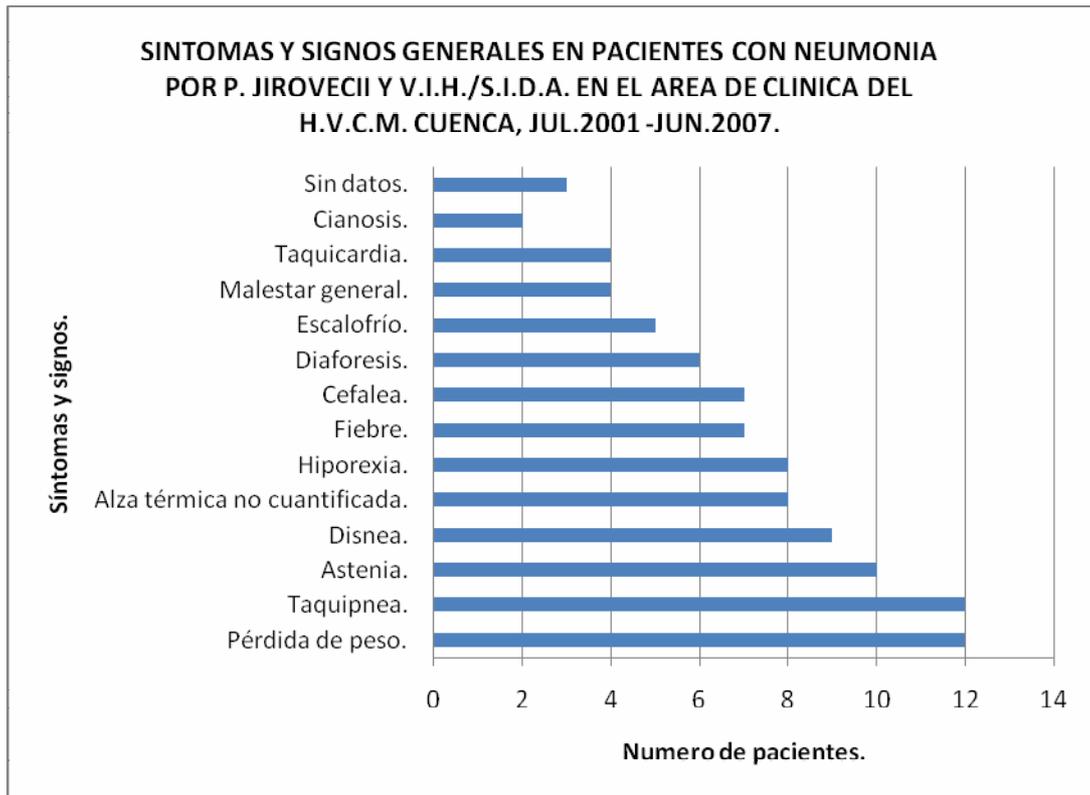
Elaborado por: Gerardo Marchant G.

Fuente: H.V.C.M.

Los principales signos y síntomas locales que presentaron los 21 pacientes con neumonía por P. Jirovecii fueron estertores (10), elasticidad y expansibilidad disminuidos (10), expectoración (9) y matidez (8), además, presentaron dolor torácico (5), tos seca (5), murmullo vesicular disminuido (5) y frémido aumentado (4). (Ver Anexo: tabla #24).



GRAFICO # 25.



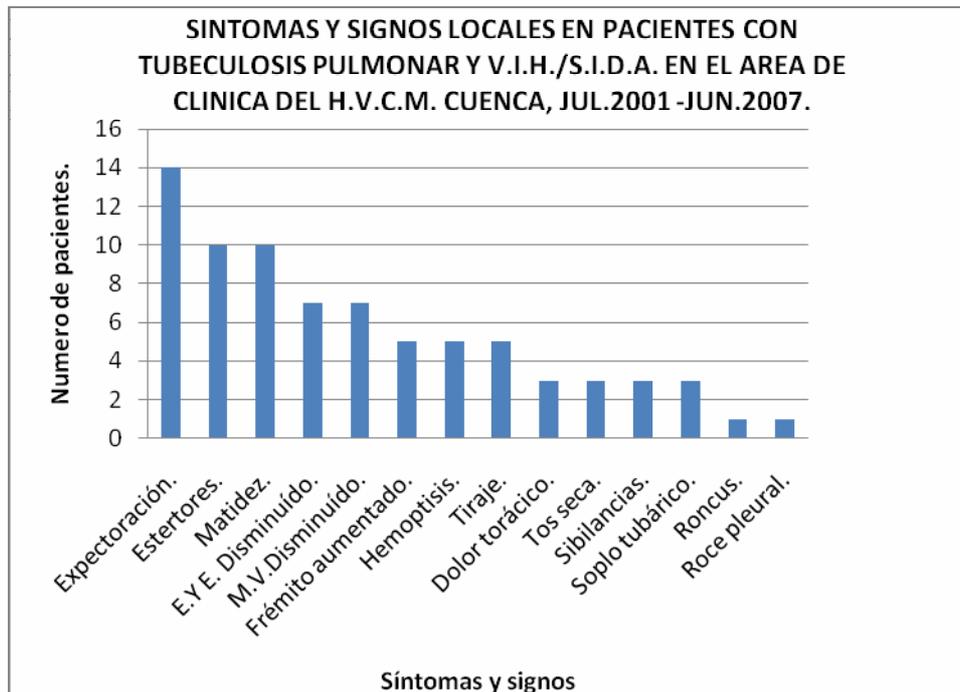
Elaborado por: Gerardo Marchant G.

Fuente: H.V.C.M.

De 21 pacientes que presentaron neumonía por *P. Jirovecii*, los principales síntomas y signos generales fueron pérdida de peso(12), taquipnea(12), astenia(10), seguidos por disnea(9), alza térmica no cuantificada(8), Hiporexia(8), fiebre(7), cefalea(7), diaforesis(6), escalofrió(5), malestar general(4), taquicardia(4), cianosis(2). (Ver Anexo: tabla #25).



GRAFICO # 26.

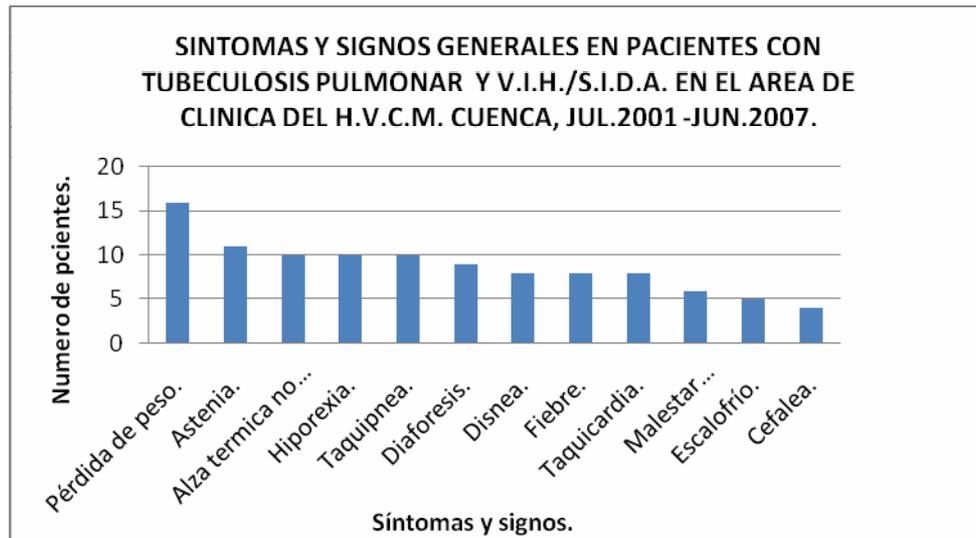


*Elaborado por: Gerardo Marchant G.
Fuente: H.V.C.M.*

De 21 pacientes que presentaron Tuberculosis Pulmonar, los síntomas y signos locales fueron expectoración(14), estertores(10), matidez(10), elasticidad y expansibilidad disminuido(7), murmullo vesicular disminuido(7), frémito aumentado(5), hemoptisis(5), tiraje(5), dolor torácico (3), tos seca (3), sibilancias(3), soplo tubárico(3),roncus(1), roce pleural(1). (Ver Anexo: tabla #26).



GRAFICO # 27.



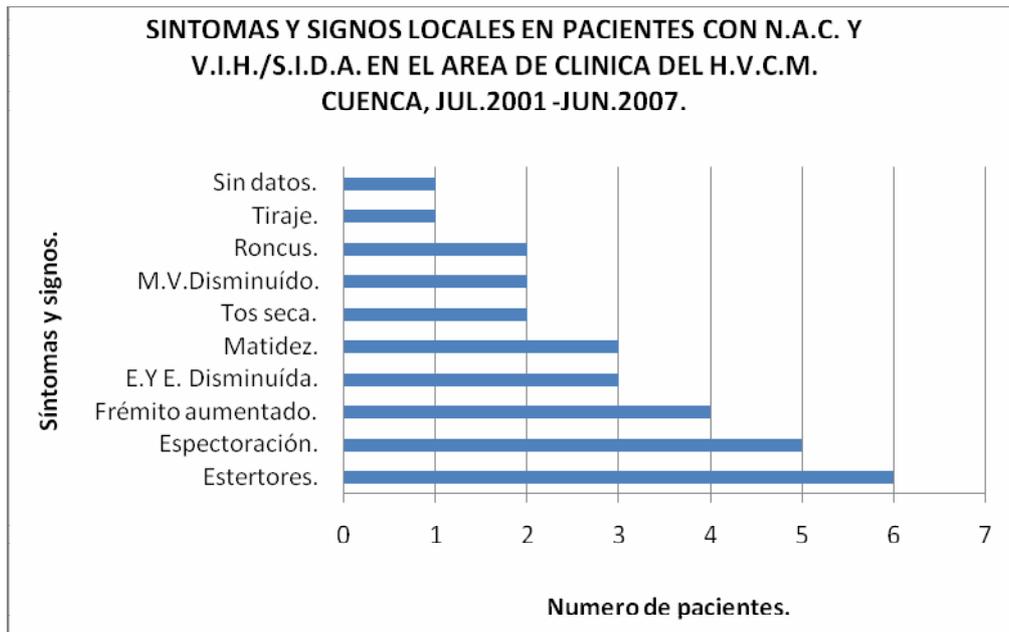
Elaborado por: Gerardo Marchant G.

Fuente: H.V.C.M.

De 21 pacientes que presentaron Tuberculosis Pulmonar, los síntomas y signos generales fueron pérdida de peso (16), astenia(11), alza térmica no cuantificada(10), hiporexia(10), taquipnea(10), diaforesis(9), disnea(8), fiebre(8), taquicardia(8), malestar general(6), escalofrió(5), cefalea(4). (Ver Anexo: tabla #27).



GRAFICO # 28.



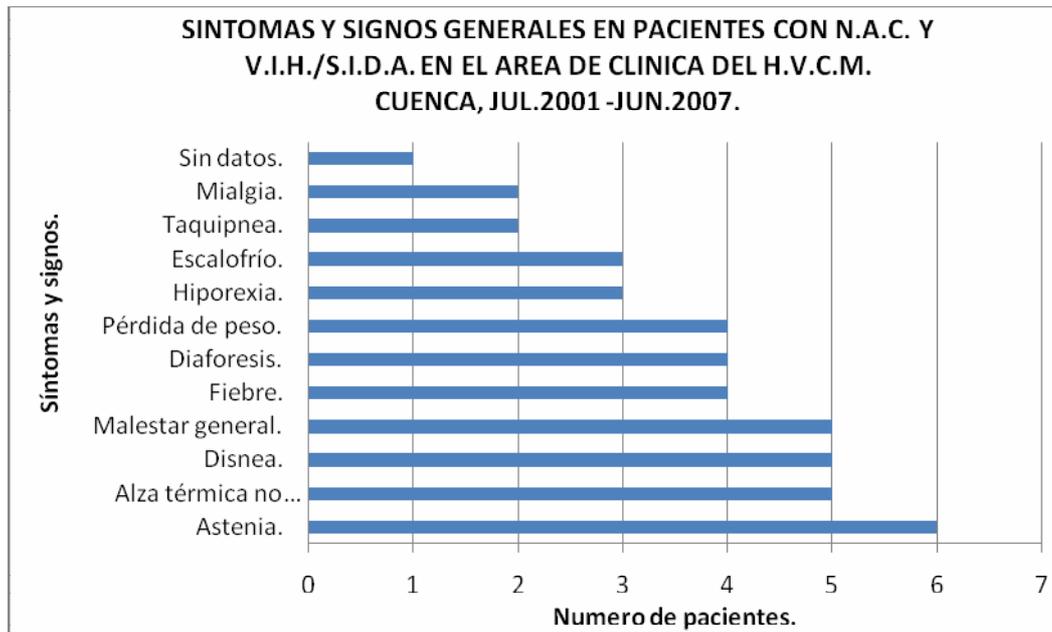
Elaborado por: Gerardo Marchant G.

Fuente: H.V.C.M.

De 10 pacientes que presentaron neumonía adquirida en la comunidad, los síntomas y signos locales fueron estertores (6), expectoración (5), frémite aumentado (4), elasticidad y expansibilidad disminuido (3), matidez (3), tos seca (2), murmullo vesicular disminuido (2), roncus (2), tiraje (1). (Ver Anexo: tabla #28).



GRAFICO # 29.



*Elaborado por: Gerardo
Marchant G.*

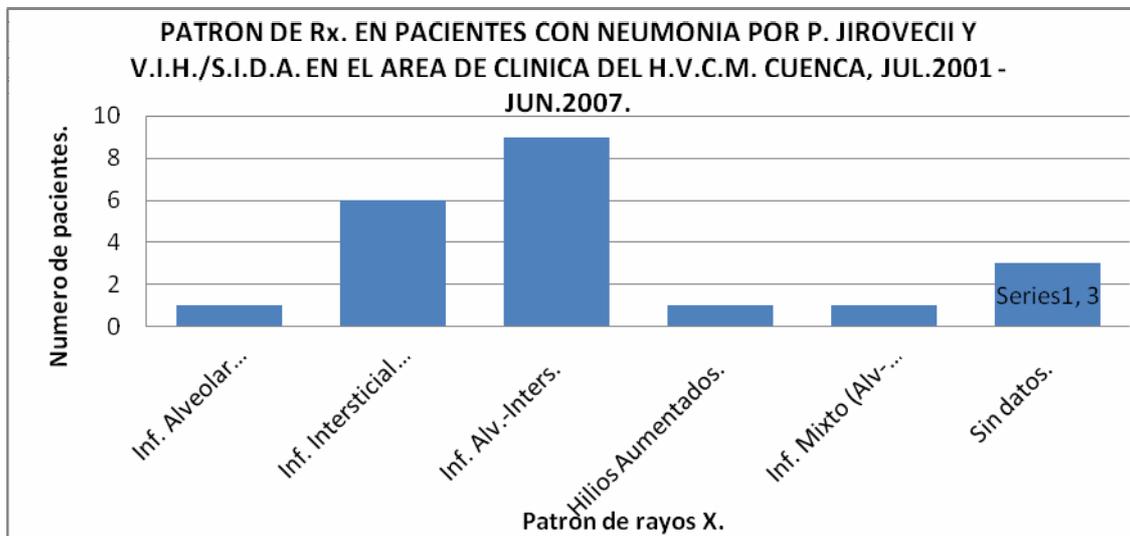
Fuente: H.V.C.M.

De 10 pacientes que presentaron neumonía adquirida en la comunidad, los síntomas y signos generales fueron astenia(6), alza térmica no cuantificada(5), disnea(5), malestar general(5), fiebre(4), diaforesis(4), pérdida de peso(4), hiporexia(3), escalofrió(3), taquipnea(2), mialgia(2). (Ver Anexo: tabla #29).



14.20. PATRON RADIOLOGICO.

GRAFICO # 30.



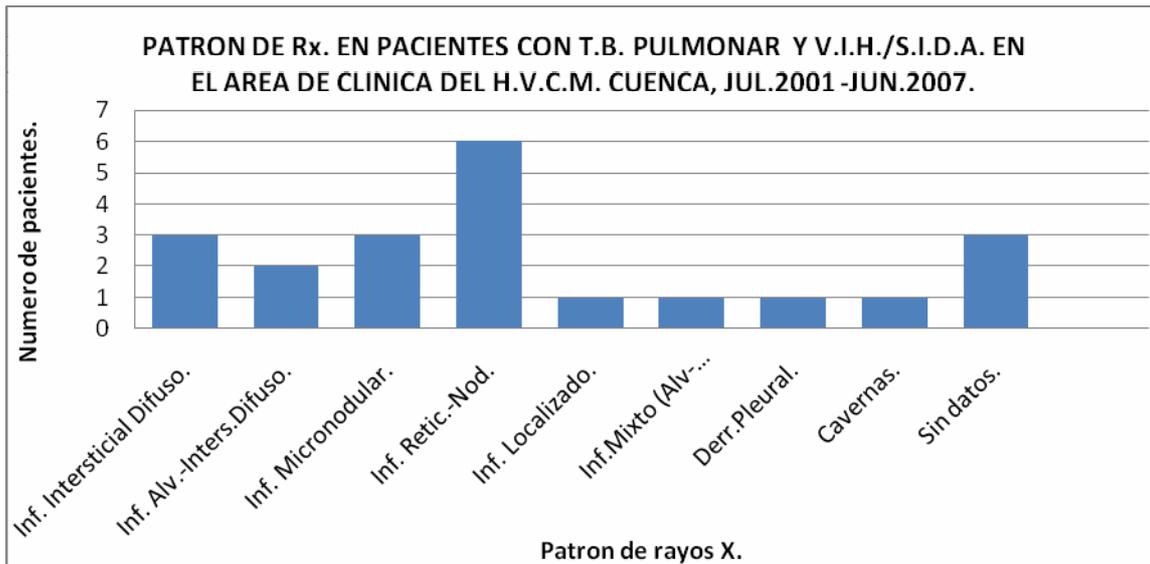
Elaborado por: Gerardo Marchant G.

Fuente: H.V.C.M.

En 21 pacientes, el patrón radiológico preponderante en la neumonía por P. Jirovecii fue infiltrado alveolo-intersticial difuso (9) e intersticial difuso (6), seguidos por infiltrado alveolar difuso (1), hilios aumentados (1) e infiltrado mixto (alveolo-intersticial y retículo-nodular) (1). (Ver Anexo: tabla #30).



GRAFICO # 31.

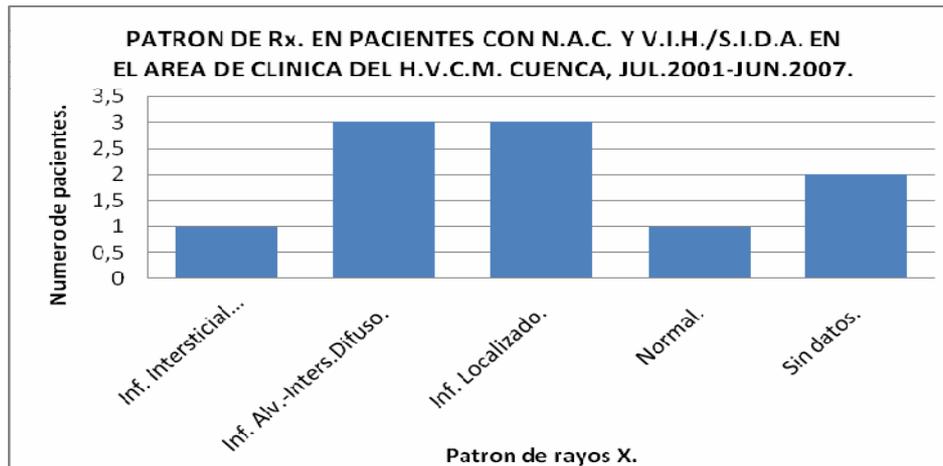


*Elaborado por: Gerardo Marchant G.
Fuente: H.V.C.M.*

En 21 pacientes, el patrón radiológico preponderante en la tuberculosis pulmonar fue infiltrado retículo-nodular (6), seguido por infiltrado micro-nodular (3), infiltrado intersticial difuso (3), infiltrado alveolo-intersticial difuso (2), infiltrado localizado (1), infiltrado mixto (alveolo-intersticial difuso y micro y macro-nodular) (1), derrame pleural (1), cavernas (1). (Ver Anexo: tabla #31).



GRAFICO # 32.



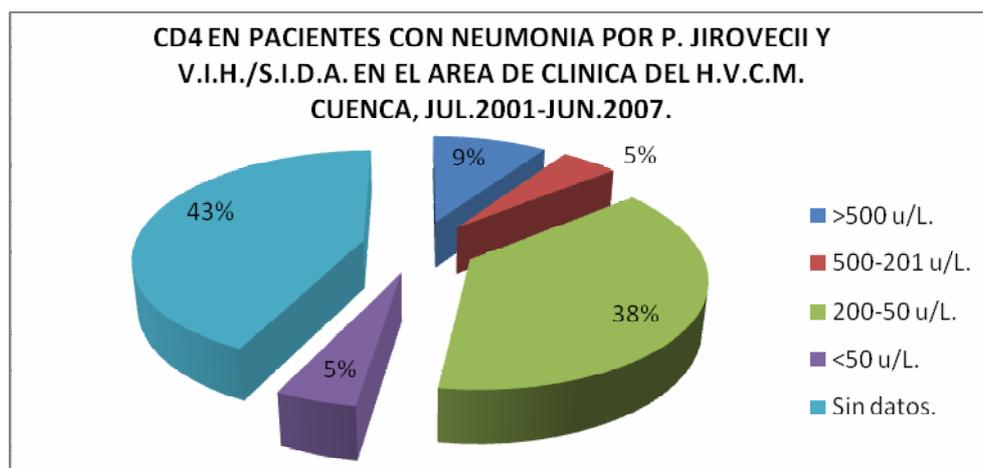
Elaborado por: Gerardo Marchant G.

Fuente: H.V.C.M.

En 10 pacientes, los patrones radiológicos encontrados en la neumonía adquirida en la comunidad (N.A.C.) fueron infiltrado alveolo-intersticial difuso (3), infiltrado localizado (3), infiltrado intersticial difuso (1) y radiología normal (1). (Ver Anexo: tabla #32).

14.21. LINFOCITOS CD4+.

GRAFICO # 33.



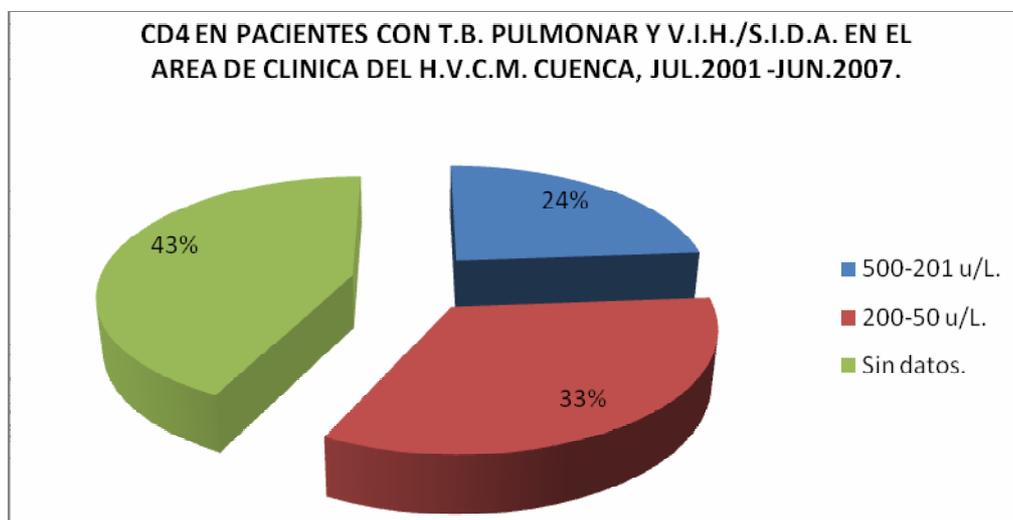
Elaborado por: Gerardo Marchant G.

Fuente: H.V.C.M.



En 21 pacientes con neumonía por *P. Jirovecii* los CD4 se encontraron en su mayor parte en el rango entre 200-50 u/L. con ocho pacientes, mayor a 500u/L. dos pacientes y entre 500-2001u/L. y menor 50u/L. con un paciente para cada uno. En 9 pacientes no se obtuvieron datos. (Ver Anexo: tabla #33).

GRAFICO # 34.

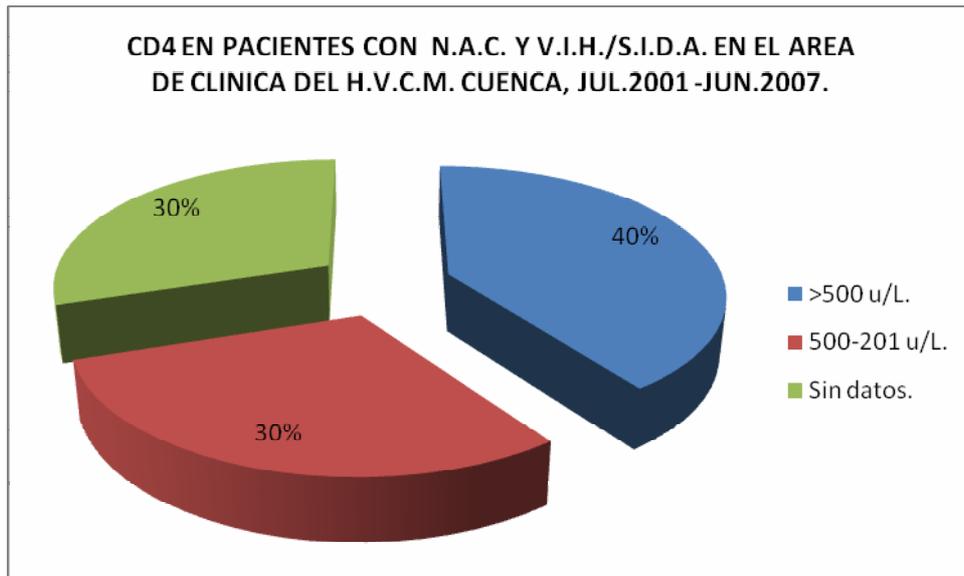


Elaborado por: Gerardo Marchant G.
Fuente: H.V.C.M.

En 21 pacientes con tuberculosis pulmonar los CD4 se encontraron entre el rango entre 200-50 u/L. con siete pacientes y entre 500-201 u/L. con cinco pacientes. En 9 pacientes no se obtuvieron datos. (Ver Anexo: tabla #34).



GRAFICO # 35.



*Elaborado por: Gerardo Marchant G.
Fuente: H.V.C.M.*

En 10 pacientes con neumonía adquirida en la comunidad los CD4 se encontraron mayor a 500 u/L. en cuatro pacientes y entre el rango 500-2001 u/L. con tres pacientes. En 3 pacientes no se obtuvieron datos. (Ver Anexo: tabla #35).



15. DISCUSIÓN.

Los pacientes hospitalizados en el área de clínica con V.I.H. presentan una tasa de prevalencia del 2,59 por cada 100 pacientes, los datos no son tan alarmantes si consideramos que a finales de 1998 la tasa de prevalencia media de V.I.H. en Latinoamérica en la población en general (no exclusivamente hospitalizados) era de 0,57 por cada 100 habitantes, muy similar a la tasa de América del Norte (0,56) y el doble de la de Europa Occidental (0,25) o la de la región del Caribe donde la tasa de prevalencia es de 1,96 y de la prevalencia media mundial (1,1). Por tanto la epidemia en los pacientes hospitalizados en el H.V.C.M. (Hospital Vicente Corral Moscoso) tiene características superiores a la de los países desarrollados y Latinoamérica de la población general. Sin embargo, los datos no son tan preocupantes con respecto a África Subsahariana donde la tasa de prevalencia ya ha alcanzado a 8 infectados por cada 100 habitantes, incluso encontrándose aquí



(África Subsahariana) epicentros con prevalencias en la población adulta que alcanzan el 33%. Si tomamos la prevalencia en la población en general del Ecuador que es inferior al 0,1 por 1.000 habitantes, es elevada con los datos encontrados en el H.V.C.M. En un estudio hecho en un hospital en Chile (Instituto nacional del tórax) que comprendió 55 meses desde el año 1999 al 2003 los pacientes infectados con V.I.H. correspondieron al 1,2% del total de egresos del hospital.^{13, 17, 18.}

A todo esto, tenemos que tener presente que, los datos mencionados en este párrafo se comparan con una población de tipo general, y no hospitalizada exclusivamente (exceptuando por el último). Además, tenemos que tener presente, que las complicaciones del V.I.H. y por tanto su hospitalización se redujeron a escala mundial principalmente debido a la prolongación de la vida por drogas Inhibidoras de la Proteasa conocidas como “el coctel del S.I.D.A.”, introducidos desde 1985 y en 1996 gracias a la instauración del



tratamiento antirretroviral de gran eficacia (T.A.R.G.A.), de las cuales por fortuna ya cuenta nuestro país; sin embargo, los reportes a nivel mundial hasta Diciembre del 2007 refieren que el número total de personas infectadas con V.I.H. está aumentando, debido a la incesante propagación de la infección por V.I.H. y a la mayor sobrevida de las personas con infección por V.I.H./S.I.D.A., en una población general de crecimiento constante^{5,13,19,20,21}.

Existió un importante número de pacientes que presentó algún tipo de afección respiratoria llegando esta a un 40,5% en nuestro estudio, si los estudios exponen que, la mayor parte de pacientes con V.I.H. presentará una afección de tipo respiratoria durante el curso de su enfermedad, nos damos cuenta que nuestra región no está exenta de estos hallazgos elevados. Si bien, el tipo de enfermedad pulmonar que se observa en una población de pacientes infectados con V.I.H. dependerá del grado de inmunodepresión, del uso de terapia



antirretroviral efectiva, uso de profilaxis específica y también de factores demográficos y geográficos.^{1,2,4,18.}

Los datos bibliográficos comentan que esta infección desde su descubrimiento (1981) ha estado en un crecimiento constante a nivel mundial, en nuestros resultados observamos que existió un ascenso en el transcurso de los años tanto en pacientes sin y con patología respiratoria.^{1, 2, 13.}

En cuanto a la distribución por sexo, los porcentajes obtenidos tanto en pacientes sin patología respiratoria (hombres 76,47%) como en patología respiratoria (77,77% hombres) además de semejantes, son cifras muy similares tanto a nuestra región de Latinoamérica como en América del Norte y Europa Occidental, registrándose en estos 80 hombres por cada 20 mujeres infectadas, lo cual es considerablemente diferente a la zona Subsahariana, donde, los porcentajes son alrededor del 50 % para cada sexo. Tomando en cuenta que durante



el año 2005 en Ecuador se reportó una cifra en la cual el 67,9% correspondían a hombres la cifra nos resulta menor, pero no distante, con relación al estudio en el hospital. Estudios reportan una tendencia a igualarse la brecha hombre-mujer.^{2, 6, 17, 20, 22.}

Con relación a la edad, existen zonas como U.S.A., Norte y Occidente de Europa en la que se encuentra que el grueso de la población afectada está entre los 35-44 años de edad, sin embargo encontramos diferencias a nivel mundial de aproximadamente 5 a 10 años en relación hombre-mujer con una superioridad en los hombres, siendo la diferencia menor en estas regiones; por lo mencionado, existen regiones como el Este y Sur de África en donde la mayoría de los afectados se encuentra entre los 25-29 años para las mujeres y entre 30-34 años para los hombres, en tanto que para Australia las cifras se sitúan entre 30-34 años en mujeres y 30-39 en hombres, mientras que en nuestra región de América del Sur la mayor cantidad se



encuentra entre los 25- 34 años para las mujeres y 30-34 años para los hombres. Así, tenemos que en nuestro estudio las cifras se situaron en mayor cantidad para ambos sexos entre los 26-35 años, con curvas semejantes, con medias muy similares en los sexos, obteniéndose para mujeres un 34,39 y en los hombres fue de 33,68; cifras más en relación con nuestro continente Sudamericano. Esta diferencia en la edad con los países desarrollados es responsable en gran medida a la introducción y su cumplimiento con mayor anterioridad de drogas Inhibidoras de la Proteasa prolongando así la vida y por tanto del retardo en la edad de la hospitalización.^{13, 19, 20, 23, 24.}

La mortalidad es mayor en pacientes con patología respiratoria (27,16%) en relación a los que no poseen una patología respiratoria (16,8%) y si tomamos en cuenta con la mortalidad en hospitalizaciones en general y con un Cohorte de 1187 pacientes con V.I.H. entre 1989-1997 de V.I.H. estudiado en España, en la que se



encontró que la tasa de mortalidad mayor fue de 23,7 por 100 personas-año en 1994 y la menor registrada fue de 4,2 por 100 personas durante el primer semestre del 1997($p=0,001$). Mientras que los datos no son tan alarmantes como en un estudio hecho en Haití en el año 2000 en donde el S.I.D.A. fue la primera causa de mortalidad con 8,7 % del total de certificados con diagnósticos bien definidos en este país; la cifra se elevó en este mismo estudio a 22,7 % en el grupo de edad de 25 a 44 años. La edad y su condición al egreso esta en proporción a su edad y número afecto de pacientes siendo el grupo entre los 26-35 años el más afectado.¹
13, 25, 26.

Respecto a la procedencia sin duda coincide con la ubicación del hospital, pero, llama la atención la gran cantidad de personas provenientes de la región Costa, lo cual, nos abre interrogantes en cuanto a sus causas.



La religión católica es predominante, en educación la secundaria y la ocupación manual son similares con los datos de nuestra región y sus cifras con estudios semejantes.^{20, 27.}

Lamentablemente los datos exactos de la orientación sexual no se encuentra en las historias de los pacientes, por motivos de registro, tabú, en fin; sin embargo, podemos estudiar indirectamente, así, el número de los que poseen una unión estable de pareja es significativa en Casados (27,16%) y Unión Libre (16,04 %). Ahora bien, si nos fijamos que la línea de los solteros, que es el mayor grupo, a partir de los 26-35 años desciende bruscamente, tenemos que un gran número de pacientes posee al menos una pareja heterosexual. Si bien esta enfermedad en sus inicios se la vinculó con la homosexualidad, hoy por hoy, en su mayor parte corresponden a personas heterosexuales. Además, estos datos estadísticos coinciden con la región.^{1, 27.}



Con relación a los días de hospitalización en nuestro estudio la mayor cantidad de pacientes estuvieron menos de 2 semanas en el hospital, presentándose en estos días la mayor mortalidad, además, su permanencia en el hospital es apreciable, extendiéndose hasta por más de 70 días, no encontrándose fallecidos mas allá de los 35 días, lo que nos expone periodos de mayor preocupación de muerte. Tengo que mencionar que estos datos si bien no se contaban en los objetivos, creí por su importancia no desperdiciarlos.

Existe una alta frecuencia de enfermedades respiratorias, si bien estudios comentan que hasta el 70% de los pacientes infectados con V.I.H. pueden presentar una enfermedad pulmonar durante su evolución, datos a nivel mundial, relatan afección especialmente de la vía aérea inferior ^{1, 3, 13, 18, 28.}

La bibliografía refiere que las enfermedades respiratorias que prevalecen durante todas las fases de la infección



de V.I.H. son la Sinusitis y Bronquitis, pero, a nivel hospitalario es diferente; la afección oral es común en pacientes con afección por V.I.H sin duda que referente a la afección de vías aéreas superiores en hospitalizados, los estudios marcan una gran diferencia con la Candidiasis Oro-Faríngea en su frecuencia, nuestro estudio no escapa de esto, a pesar de que, la candidiasis orofaríngea en su mayor cantidad es asintomática y siendo el diagnóstico de la candidiasis fundamentalmente clínico.^{1, 16.}

Las principales patologías de vía aérea inferior encontradas son Neumonías por *P. Jirovecii* (ó anteriormente llamada *Pneumocystis Carinii*), Tuberculosis Pulmonar, Neumonía Adquirida en la Comunidad (N.A.C.) con diagnósticos clínicos y/o radiológicos y/o de laboratorio, sin lugar a duda la Neumonía por *P. Jirovecii* se encuentra encabezando los estudios de infecciones oportunistas en pacientes con V.I.H. a nivel mundial; si tomamos en cuenta estadísticas



del primer mundo, tanto de Estados Unidos de Norteamérica o Europa Occidental la tuberculosis resulta importante en nuestro estudio, además, pensemos que la tuberculosis se encuentra incrementada en países en vías de desarrollo y dentro de estos a la población con menos recursos económicos, además, que ha aumentado coincidiendo con el surgimiento y expansión del V.I.H., así, hay zonas como India en donde alrededor del 5% de los de los nuevos casos de Tuberculosis se encuentran infectados con V.I.H y zonas dramáticas en zonas de África Sub-Sahariana en donde hasta el 80% de los nuevos casos de Tuberculosis se encuentran infectados con el V.I.H., mientras que, la prevalencia de infección por V.I.H. en pacientes con T.B. supera 10% en Uruguay. En un estudio realizado en Sudáfrica (Bojanala), pacientes que acudieron a la clínica del S.I.D.A. de Rustenburg entre Abril del 2004 y Noviembre del 2005 en la que se atendieron 4 339 pacientes, de los cuales 918 casos (21,2%) desarrollaron enfermedad



oportunista, la tuberculosis pulmonar fue la más frecuente (63,1%) del total de las enfermedades oportunistas que se desarrollaron en el período, y estuvo presente en 13,3% del total de la muestra, en tanto que 1,5% presentaron tuberculosis extrapulmonar como comorbilidad al VIH, por lo que la tuberculosis como enfermedad se asoció, aproximadamente, en 15 % del total de pacientes. ^{1, 29, 30, 31 ,32, 33.}

La neumonía por *P. Jirovecii* (antes llamada *P. Carinii*) es el diagnóstico de egreso más frecuente en pacientes infectados con V.I.H. estudiados en nuestro hospital, este es el oportunista más frecuente en pacientes con V.I.H. a nivel mundial, además, coincidiendo con un estudio semejante hecho en un hospital en Chile que comprendió 55 meses desde el año 1999 al 2003, sin embargo, el porcentaje encontrado en aquel estudio fue de 42,2% en 206 pacientes, en contraste con nuestro



31,81% durante 6 años en 81 pacientes con patología pulmonar, tenemos que tener presente que la epidemiología de esta ha cambiado con posterioridad a la introducción de las terapias antirretrovirales (T.A.R.V.) de alta actividad, en pacientes con S.I.D.A., en esta era post T.A.R.V. los nuevos casos corresponden principalmente a pacientes con S.I.D.A. sin T.A.R.V., o con fracaso de esta terapia. En este mencionado estudio las siguientes patologías encontradas fueron N.A.C. y luego Tuberculosis Pulmonar, a diferencia con nuestro estudio en la que la segunda patología pulmonar encontrada fue Tuberculosis seguida por N.A.C., esto podría estar explicado por la alta incidencia de Tuberculosis existente en nuestro medio y dado el importante subregistro de casos, siendo la verdadera extensión de la epidemia de tuberculosis en general en Ecuador elevado y desconocida.^{18, 30, 34, 35.}

Semejante resultado se encontró en un estudio en México en el hospital del Instituto Nacional de



Enfermedades Respiratorias del primero de Enero de 1991 a 31 Diciembre del 2001 en la que se revisaron expedientes clínicos de 1,182 pacientes con diagnóstico de V.I.H./S.I.D.A., correspondientes a 1,837 admisiones hospitalarias, se obtuvo 1229 expedientes clínicos de los cuales la neumonía por *P. Jirovecii* fue el principal motivo de ingreso(55,2%), seguida por neumonía bacteriana, insuficiencia respiratoria y neumopatía como segundo grupo de enfermedades(21,7%), y en tercer lugar, la tuberculosis pulmonar activa o por secuelas de tuberculosis (18,9%). Además, se encontró afección neumológica en el100% de los pacientes y las principales enfermedades concomitantes fueron candidiasis y desnutrición severa.³⁶.

Las principales afecciones concomitantes en nuestro estudio fueron digestivas, psiquiátricas y neurológicas, encabezando las digestivas con 34 de 81 pacientes con afección pulmonar; por lo general los estudios relatan una semejanza y dentro de estas es la diarrea la más



frecuente con la subsiguiente secuela de la desnutrición (No se tomaron parámetros hematológicos, que estudios refieren ser muy frecuentes.)^{1, 2, 37.}

La relación entre la candidiasis bucal y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida es tal, que esta afección se considera un importante marcador de progresión de la infección viral. Si bien la candidiasis orofaríngea en su mayor cantidad es asintomática, aunque puede presentarse con sensación urente, alteración en la percepción del sabor y dificultad para deglutir sólidos y líquidos, siendo su diagnóstico principalmente clínico. Nuestros principales signos y síntomas encontrados fueron placas blancas en cavidad oral, ganglios cervicales palpables, disfagia, eritema en dorso de lengua, úlceras en cavidad oral, costras mieliscéricas.^{16, 38.}

Los síntomas y signos más frecuentes de la Neumonía por *P. Jirovecii*. que relata la literatura internacional



(disnea, tos no productiva, febrícula, dolor torácico), si bien en nuestro estudio no hay un síntoma o signo presente de forma predominante, si lo encontramos a partir de un 57,14% de pacientes con neumonía por *P. Jirovecii.*, en donde entre los síntomas locales más frecuentes (estertores, elasticidad y expansibilidad disminuída, expectoración) no encontramos al dolor torácico o a la tos no productiva encabezando los cuadros, igualmente sucede con los generales (pérdida de peso, taquipnea, astenia) aunque la disnea se encuentra en cuarto lugar^{1, 30}.

La epidemia por el virus de la inmunodeficiencia humana (V.I.H.) incrementó el problema de la tuberculosis (T.B.) y de las enfermedades micobacterianas diseminadas en los enfermos con S.I.D.A. Si bien depende su manifestación del grado de inmunodepresión, es característico de ellos presentar fiebre, tos, disnea de esfuerzo, adelgazamiento, sudoración nocturna, desdibujándose estas características según avanza la



inmunodepresión, en nuestro estudio sin duda llama la atención las manifestaciones generales destacando la pérdida de peso en 16 de 21 pacientes seguido por astenia(11), alza térmica(10), hiporexia(10), taquipnea(10), diaforesis(9), en tanto que, en los síntomas locales destacaron estertores, expectoración y frémito aumentado.^{1, 29, 31, 39, 40.}

La N.A.C. es la patología de vías aéreas inferiores que mostró mayor clínica en los pacientes.^{1, 2.}

Los patrones de rayos X son muy semejantes a lo relatado por la literatura en las principales patologías encontradas, así, en la neumonía por P. Jirovecii (infiltrado alveolo–intersticial, infiltrado alveolar), en Tuberculosis Pulmonar (Infiltrado retículo-nodular) y en la N.A.C (infiltrado alveolo intersticial difuso y Infiltrado localizado).^{1, 41.}



El recuento de Linfocitos CD4 es el factor más importante de aparición de candidiasis y de respuesta al tratamiento.¹⁶.

Existe una estrecha relación entre el recuento de linfocitos CD4+ y la probabilidad de desarrollar cierto tipo de infecciones pulmonares. Con recuentos superiores a 201 u/L. predominan las Neumonías Adquiridas en la Comunidad, entre 500-50u/L. se ubican los casos de Tuberculosis Pulmonar y entre 200-50 u/L. se ubica la mayor cantidad de neumonías por *P. Jirovecii*, todo esto es muy semejante a lo que ocurre a escala mundial y llama la atención la brecha en la afección de tuberculosis pulmonar, posiblemente debido a la elevada frecuencia de esta en países en vías de desarrollo como el nuestro. La terapia antirretroviral de gran actividad (T.A.R.G.A.), con la marcada reducción en la carga viral y el incremento de la cantidad de linfocitos T CD4⁺ que genera, ha disminuido mucho la incidencia de las



infecciones oportunistas en los pacientes SIDA. 1, 3, 30, 38,

42.

16. CONCLUSIONES.

En base a los objetivos planteados al inicio de la investigación, se extrae a continuación las siguientes conclusiones:

- El V.I.H. tiene una frecuencia del 2,59% en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca en los pacientes que se hospitalizaron en el área de clínica durante el período Julio 2001-Junio 2007. De estos, en 81 pacientes se encontraron patologías respiratorias.
- Existe una superioridad de las hospitalizaciones en los hombres, tanto en pacientes sin patología y con patología respiratoria, encentrándose en una razón hombre: mujer de 3,5: 1 respectivamente en los pacientes con patología respiratoria. En estos pacientes con patología respiratoria el pico de edad



de afectación es el comprendido entre, los 26-35 años con una media de 33,84., sin embargo, la afección se encuentra en todos los estratos de edad, a pesar de ser una enfermedad nueva.

- La mortalidad intrahospitalaria alcanzó un 16,8% en los 119 pacientes sin patología respiratoria y 27,16% de los 81 pacientes con patología respiratoria.
- El grueso de los pacientes (65,43%) proviene de la región Sierra del país. Sin embargo resalta la elevada (30,86%) hospitalización de personas que residen en la Costa. La religión predominante es la Católica (80,24%). Los Solteros son el mayor grupo, sin embargo el número de los que poseen una unión estable de pareja es significativa en Casados (27,16%) y Unión Libre (16,04 %). Los pacientes con una educación Primaria (36,08%) y Secundaria (45,67%) son los que predominan. En alrededor de una sexta parte realizan una actividad de tipo Manual



en su trabajo. Todo esto no es lejano a nuestra realidad general.

- La mayoría de los pacientes se hospitalizó no más a dos semanas, coincidiendo con el número de mayor mortalidad.
- La principal vía aérea afectada fue la inferior en 66 pacientes de los 81. La patología principal fue Neumocistosis, seguido por Tuberculosis Pulmonar y N.A.C. En la vía aérea Superior la afección por excelencia fue la Candidiasis Oro-faríngea.
- Las mayores afecciones que se encontraron concomitantemente con el cuadro respiratorio fueron dermatológicas y psiquiátricas.
- Los principales síntomas en la Neumonía por *P. Jirovecii* fueron: en los generales pérdida de peso, taquipnea y astenia, y los locales estertores, elasticidad y expansibilidad disminuidos y expectoración, mientras que en la Tuberculosis



Pulmonar fueron pérdida de peso, astenia, alza térmica, hiporexia, taquipnea (general) expectoración, estertores y matidez (local), en la N.A.C. encontramos estertores, expectoración, frémito aumentado (local) astenia, alza térmica, disnea, malestar general.(general). En la candidiasis orofaríngea fue la evidencia de placas blanquecinas.

- Los hallazgos radiográficos y Linfocitos CD4 se relacionaron según patología, sin embargo, los datos son pobres en número de pacientes.

17. RECOMENDACIONES.

En conocimiento de los hallazgos de la investigación planteo las siguientes recomendaciones:

- ✓ Contar con un formulario o base de registro uniforme de datos en el hospital en base a anamnesis, clínica, datos de orientación sexual, tratamiento, sin con esto pretender perder características únicas de cada paciente.



- ✓ Categorizar a los pacientes V.I.H./S.I.D.A. con patología respiratoria en las primeras 48 horas como de alto riesgo de mortalidad.

- ✓ Investigar el ¿por qué? de la gran cantidad de personas hospitalizadas provenientes de la región Costa.

- ✓ Aumentar las campañas de difusión del V.I.H. especialmente en los grupos de mayor concentración (católicos, solteros, grupo de edad entre 25-35 años, personas que desempeñan una actividad de tipo manual.), sin con esto descuidar todos los rincones de la población.



18. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. **Harrison, Braunwald, Fauci, Kasper, Hauser, Longo, Jameson**, *Principios de Medicina Interna*, 15ta. Edición, Editorial Mc. Graw Hill Interamericana España, S.A.V. año 2002 Cap.309 Pág. 2164-2234.; Cap.249 Pag.1693-1696.
2. **Farreras, Rozman**, *Medicina Interna* 14ta. Edición, Editorial Harcourt España año 2000, Vol. 2, Cap.333 Pág. 2870-2882; Cap.292 Pág. 2644-2649; Cap.308 Pág. 2737-2739.
3. **Regueiro J, López C, González S, Martínez E**, *Inmunología, Biología y Patología del Sistema Inmune*, 3ra edición, Editorial Panamericana, Madrid España, Año 2004. Pág. 143-144.
4. **Vélez H, Rojas W, Correa A, Velásquez G**, *Fundamentos de Medicina, Enfermedades Infecciosas*, 6ta edición, Editorial Corporación para investigaciones biológicas, Medellín Colombia, Año 2003. Pág. 642-669.



5. **Erréis A, Durán E**, Programa Nacional de

V.I.H./S.I.D.A.: Respuesta del M.S.P. a la epidemia.

Disponible en la World Wide Web:

<http://www.dpsp.gov.ec/html/docs/VIHARTICULO.pdf>

[26- Sep- 07](#)

6. **Ministerio de Salud Pública**, Programa Nacional de

Control y Prevención del V.I.H./S.I.D.A. – ITS,

Información epidemiológica, Direcciones provinciales

de salud, Año 2005.

7. **Dantzker, Scharf**, *Cuidado Intensivo*

Cardiopulmonares, 3ra edición, Editorial Mc Graw-Hill

Internacional, México DF Año 2000, Cap. 21 Pág. 503-

507.

8. **Kumar V, Abbas A, Fausto N**, *Patología Estructural y*

Funcional de Robbins y Cotran, 7ma edición, Editorial

Elsevier, Madrid España. Año 2005. Pág. 249-270.

9. **UNAIDS** - *Joint United Nations Programme on*

HIV/AIDS (accesskey:1). Uniting the world against

AIDS. About UNAIDS · Policy and Practice · Country



Responses

...

Disponible en la World Wide Web:

[http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/
GlobalReport/2006-GR_es.asp](http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2006-GR_es.asp)

10. **Mandell G, Bennett J, Dolin R, Falloon J.**
Enfermedades Infecciosas Principios y Prácticas,
Volumen1, 5ta ed., Editorial Panamericana, Madrid
España, Año 2002. Pág. 1727-1738.
11. **Vélez A, Rojas M, Borrero R, Restrepo M,**
Fundamentos de Medicina Neumológica, 5ta edición,
Editorial Corporación para investigaciones biológicas,
Medellín Colombia Año 1998, Pág. 226-232.
12. **Brooks G, Batel J, Morse S,** Microbiología
Médica de Jawetz, Melnick, Adelberg, 17a edición,
Editorial El Manual Moderno México DF. Año 2002.
Pág. 641-656.
13. **Betts R, Chapman S, Penn R, Resse & Betts**
Enfermedades Infecciosas, Ed. Marban, Madrid
España. Año 2004. Pág. 701-760.



14. **Fraser R, Paré P, Sinopsis de Enfermedades del Tórax**, 2da edición, Editorial Marban, Madrid España, Año 1996. Pág. 297-300.
15. **Forbes C, Jackson W, Atlas de Medicina Interna**, 2da edición, Editorial Harcourt Brace, Madrid España, Año 1998. Pág. 11-16.
16. **G. Pulido Cortijo, A. Camacho Espejo, Criado y A. Rivero Román. Infección por Hongos Levaduriforme: Candida sp. Y Cryptococcus sp. Unidad de gestión Clínica de enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. Rev. Medicine Unidad Temática 57. Mayo del 2006 Novena serie. Rev. méd. España. Pág. 3963-3964.**
17. **BUELA-CASAL, Gualberto, BERMUDEZ S, María Paz, SANCHEZ G, Ana I et al. Situación del VIH/SIDA en Latinoamérica al final del siglo XX: Análisis de las diferencias entre países. Rev. méd. Chile. [online]. ago. 2001, vol.129, no.8 [citado 17**



Mayo 2008], p.944-954. Disponible en la World Wide

Web:

<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000800015&lng=es&nrm=iso>.

ISSN 0034-9887.

18. **CHERNILO S, Sara, TRUJILLO V, Sergio,**

KAHN CH, Mariana et al. *Enfermedades pulmonares*

en pacientes infectados con VIH hospitalizados en el

Instituto Nacional del Tórax. Rev. méd. Chile. [online].

mayo 2005, vol.133, no.5 [citado 16 Mayo 2008],

p.517-524. Disponible en la World Wide Web:

<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000500002&lng=es&nrm=iso>.

ISSN 0034-9887.

19. **Agency for Healthcare Research and Quality,**

Hospitalizations for complications from H.I.V declined

between 1998 and 2005.U.S.A. [Citado 22 Junio

2008], Disponible en la World Wide Web:

<<http://www.ahrq.gov/research/jan08/0108RA26.htm>>.



20. **GARCIA O, Maritza e OLEA N, Andrea.**

Evolución y situación epidemiológica de la infección por virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida en Chile. Rev. chil. infectol. [online]. jun. 2008, vol.25, no.3 [citado 27 Junho 2008], p.162-170. Disponible na World Wide Web:

<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182008000400003&lng=pt&nrm=iso>.

ISSN 0716-1018.

21. **EDUARDO GOTUZZO, H. SIDA en el Perú:**

impacto de la Terapia Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA). Rev Med Hered. [online]. oct./dic. 2007, vol.18, no.4 [citado 24 Junio 2008], p.181-183. Disponible en la World Wide Web:

<http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2007000400001&lng=es&nrm=iso>.

ISSN 1018-130X.



22. **Arias Miranda I. M., González García M. E., García-Alcalde Fernández M. L., Fuente García B. de la, Campoamor Serrano M. T., Morís de la Tassa J.** *Hospital morbidity in H.I.V. infected patients. An. Med. Interna (Madrid). [serial on the Internet]. 2006 Nov. [cited 2008 June 27] ; 23(11): 519-524. Disponible en la World Wide Web: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992006001100003&lng=en&nrm=iso>.*
23. **UNAIDS** - *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS . UNAIDS. Reference group on Estimates, Models and Projections of H.I.V../S.I.D.A. Estimación y Proyección de Epidemias Nacionales de VIH/SIDA Formato de archivo: Microsoft Powerpoint - [Versión en HTML](#) [Citado 07 Junio 2008], Disponible en la World Wide Web: http://www.data.unaids.org/Topics/Epidemiology/Presentations/spectrum_es.ppt ->*



24. **Centro Nacional para la Prevención y el**

Control del V.I.H./S.I.D.A.,VIH/SIDA en jóvenes:

Edad de las personas infectados por el VIH o las personas que se les diagnostico el SIDA durante el

2004. Atlanta, U.S.A. [Citado 07 Junio2008],

Disponible en la World Wide Web: <

<http://www.cdc.gov/hiv/spanish/resources/factsheets/youth.htm> - 65k - >

25. **San Andrés Rebollo F. J., Rubio García R.,**

Castilla Catalán J., Pulido Ortega F., Palao G.,

Pedro Andrés I. de et al. Estudio de la mortalidad y

supervivencia en una cohorte de 1.115 pacientes con

infección V.I.H. (1989-97). An. Méd. Interna (Madrid-

España). [periódico na Internet]. 2004 Nov. [citado

2008 Jun. 27]; 21(11): 11-22. Disponible en la World

Wide

Web:

<[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992004001100002&lng=pt&nrm=iso)

[=S0212-71992004001100002&lng=pt&nrm=iso.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992004001100002&lng=pt&nrm=iso)>



26. **Moya Jose, Sanabria Jose, Magloire Roc, Hedvivert Charleine.** Principales causas de mortalidad registradas en Haití durante el año 2000:El Impacto del S.I.D.A. Rev. Cubana Hig. Epidemiol. [online 2007 Abr. [Citado 2008 jun. 27]; Vol.45 no.1. Disponible en la World Wide Web: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid+S1561-30032007000100002&lng=es&nrm=iso>
27. **I.N.E.C.** Instituto Nacional de Estadística del Ecuador. Ecu. [citado el 07 Junio, 1,7,12 de Julio del 2008] Disponible en la World Wide Web en:< <http://www.inec.gov.ec>>
28. **Adam Malin, M.D.** Universidad del Valle.: Enfermedades Respiratorias y V.I.H. Rev. méd. Colombia. [online]. 1995, vol.26, no.01 [citado 16 Mayo 2008], p.35-37. [Citado el 28 de Mayo del 2008] Disponible en la World Wide Web en: < <http://www.colombiamedica.univalle.edu.co/VOL26NO1/sida.html> - 15k ->



29. **CABRERA, Susana, MEDINA, Julio,**

SALABERRYBORDA, Alejandra et al. *Dificultad en el diagnóstico de tuberculosis en pacientes infectados por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y variables que determinan el inicio de un tratamiento empírico antituberculoso. Rev. Méd. Urug. [online]. Sept. 2007, vol.23, no.3 [cited 03 July 2008], p.164-172. Available from World Wide Web: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-32952007000300005&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0303-3295.*

30. **Charles F.Thomas, Jr., M.D. and Andrew H.**

Lipmper, M.D., *Pneumocystis Pneumonia. The New England Journal of Medicine 2008. Massashusetts Medical Society.- US.A.Review. Article. Mwdical Progress, June 10, 2004. Vol.350:2487-2489. Number 24.[Citado el 28 de Abril del 2008.Dispnible en la World Wide Web en:*

<<http://www.nejm.org/aboutnejm/copyright.asp>>



31. **Richard E. Chaisson, M.D., and Neil A.**

Martinson, M.B., B.Ch., M.P.H., Tuberculosis in

Africa — Combating an H.I.V.-Driven Crisis. The New

England Journal of Medicine 2008. Massashusetts

Medical Society.- US.A.Review. Article. Medical

Progress, March 13, 2008. Vol.358:1089-1092.

Number 11.[Citado el 05 de July of 2008].Dispñible en

la World Wide Web en: <

<http://content.nejm.org/cgi/content/full/358/11/1089>>

32. **Robert Steinbrook, M.D., Tuberculosis and**

H.I.V. in India. The New England Journal of Medicine

2008. Massashusetts Medical Society.- US.A.Review.

Article. Medical Progress, March 22, 2007.

Vol.356:1198-1199. Number 12.[Citado el 05 de July

of 2008].Dispñible en la World Wide Web en:

<<http://content.nejm.org/cgi/content/full/356/12/1198>>

33. **Larrea Fabra Roberto, Roque Acosta María**

del Carmen. Opportunistic diseases: Experiences in

the South African A.I.D.S. population. Rev. cubana



méd. [serial on Internet.]2007 Sept. [Cited 2008 July

03]; Vol.46, No.3: Available from:

<http://scielo.sdl.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232007000300005&lng=en&nrm=iso>

34. **BAHAMONDES M, Laura, VILLAR Z, M. José,**

ORELLANA C, Carolina et al. Características de la

neumonía por *Pneumocystis jiroveci* en adultos con

SIDA con y sin terapia antiretroviral. *Rev. chil. infectol.*

[online]. sep. 2006, vol.23, no.3 [citado 27 Junio 2008],

p.215-219. Disponible en la World Wide Web:

<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182006000300003&lng=es&nrm=iso>.

ISSN 0716-1018.

35. **Organización Panamericana de la Salud.** Base

de Datos de Indicadores Básicos en Salud de la OPS:

Situación General y Tendencias. Ecuador cód.218

[citado el 03 de Julio del 2008] Disponible en la World

Wide Web en:

<http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_218.htm>



36. **María Cecilia García Sancho, Lina Edith Pérez**

González, Francisco Franco Marina, Gustavo

Reyes Terán; Infecciones Oportunistas Pulmonares

en pacientes con Infección por el Virus de la

Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) Del Instituto

Nacional de Enfermedades Respiratorias, 1991-2001.

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias,

Secretaría de Salud, México. Rev. Inst. Nal. Enf.

Resp. Méx 2003; Vol. 16(1):6-10, [Citado el 15 de

Mayo del 2008]. Disponible en la World Wide Web en:

<<http://bvssida.insp.mx/boletin/Infecciones%20Oportunistas%20Pulmonares.pdf>>

37. **CASTRO DANOS, José, SCERPELLA, Ernesto**

y ESPINOZA, Luis. Anemia severa en pacientes

adultos hospitalizados V.I.H. seropositivos en el

Jackson Memorial Hospital de la ciudad de Miami.

U.S.A. Acta méd. peruana. [online]. ene./abr. 2007,

vol.24, no.1 [citado 16 Mayo 2008], p.15-17.

Disponible en la World Wide Web:



<[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext
&pid=S1728-59172007000100004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172007000100004&lng=es&nrm=iso)>.
ISSN 1728-5917.

38. **Prieto Santa Anna Luz Marina, Illnait Zaragoz**
María Teresa, Ramos Radallegas Edna G., Lazcano
Herrero Bonfilio, Márquez Sánchez Norma,
Cantelar de Francisco Nereyda et. al. *Candidiasis*
Oral en pacientes seropositivos al V.I.H. y casos
S.I.D.A.: Aspectos clínicos, micológicos, y
terapéuticos. Rev. Cubana Med. Trop. La Habana-
Cuba.[periódico en la internet]. 2006 Dic. [Citado 2008
Jul. 03]; Vol. 58(n3). Disponible en la World Wide
Web en:
<[http://scielo.sdl.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=
S0375-07602006000300001&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sdl.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602006000300001&lng=es&nrm=iso)>.

39. **COITINHO, C., BRANDES, E., PARDINAS, M. et**
al. *Enfermedades micobacterianas diseminadas en*
pacientes con VIH/SIDA. Evaluación de los
hemocultivos por método rápido. Rev. Argent.



Microbiol. [online]. oct./dic. 2005, vol.37, no.4 [citado 27 Junio 2008], p.196-198. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-75412005000400006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0325-7541.

40. **Reyes Corcho Andrés, Díaz Jidy Manuel, Pérez Rodríguez Antonio.** *Tuberculosis y S.I.D.A. algunos aspectos clínicos y epidemiológicos en 72 enfermos cubanos. Rev. Cubana Méd. Trop. [Periódico en la internet]. 2004 Abr. [Citado 2008 Jun. 27]; 56(1): 35-41. Disponible en la World Wide Web en:*
- <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602004000100007&lng=es&nrm=iso>*

41. **MIRANDA G, Gonzalo, DIAZ P, Juan Carlos, ARANCIBIA H, Patricia et al.** *MANIFESTACIONES RADIOGRAFICAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR. Rev. chil. radiol. [online]. 2004, vol.10,*



no.4 [cited 28 May 2008], p.178-182. Available from

World Wide Web:

<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082004000400006&lng=en&nrm=iso>.

ISSN 0717-9308.

42. **Dr. Carlos Pérez Cortés** Dpto. de Medicina

Pontificia Universidad Católica de Chile, Neumonías

en pacientes con infección por V.I.H, Rev. Boletín.

Vol.28, No3, Pág.1-6 [citado 31 Mayo 2008],

Disponibile en la World Wide Web:

<<http://www.escuela.med.puc.cl/publ/Boletin/Neumonia/Neumonia10.html>>

43. **Ortiz J**, Como elaborar una tesis de postgrado,

Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias

Médicas, Cuenca- Ecuador. Año 2002. Pág. 4-12, 17-

26, 13-16.

44. **Microsoft R Encarta2008**. C 1993-2007

Microsoft Corporation."Microsoft Student/Microsoft

Student son Encarta Premium 2008DVD/EDICT.EXE".



19. Anexos.

19. 1 Tablas de resultados.

TABLA # 1.

TOTAL DE PACIENTES SIN V.I.H. Y CON V.I.H. EN EL AREA DE CLINICA DEL H.V.C.M. DE LA CIUDAD DE CUENCA, JULIO2001-JUNIO2007.

JUL2001- JUN2007.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
SIN V.I.H.	7509	97,40%
V.I.H. +	200	2,59%
TOTAL	7709	100%

ELABORADO POR: GERARDO
MARCHANT G.
FUENTE: H.V.C.M.

TABLA # 2.

PACIENTES V.I.H.+, SIN Y CON PATOLOGIA RESPIRATORIA EN EL AREA DE CLINICA DEL H.V.C.M. DE LA CIUDAD DE CUENCA, JULIO2001-JUNIO2007.

JUL.2001- JUN.2007.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
SIN PATOL.RESP.	119	59,50%
CON PATOL.RESP.	81	40,50%
TOTAL V.I.H.+	200	100%

ELABORADO POR: GERARDO MARCHANT
G.
FUENTE: H.V.C.M.



TABLA # 3.

SEXO EN PACIENTES V.I.H., SIN Y CON PATOLOGIA RESPIRATORIA EN EL AREA DE CLINICA DEL H.V.C.M. DE LA CIUDAD DE CUENCA, JULIO2001-JUNIO.2007.

JUL.2001- JUN.2007.	SIN PATOLOGIA RESPIRATORIA.	PORCENTAJE.	CON PATOLOGIA RESPIRATORIA.	PORCENTAJE.
MASCULINO.	91	76,47%	63	77,77%
FEMENINO.	28	23,52%	18	22,22%
TOTAL.	119	100%	81	100%

ELABORADO POR: GERARDO
MARCHANT G.
FUENTE: H.V.C.M.

TABLA # 4.

CONDICION AL EGRESO EN PACIENTES V.I.H., SIN Y CON PATOLOGIA RESPIRATORIA EN EL AREA DE CLINICA DEL H.V.C.M. DE LA CIUDAD DE CUENCA, JULIO2001-JUNIO.2007.

JUL.2001- JUN.2007.	SIN PATOLOGIA RESPIRATORIA.	PORCENTAJE.	CON PATOLOGIA RESPIRATORIA.	PORCENTAJE.
VIVOS	99	83,19%	59	72,83%
MUERTOS	20	16,80%	22	27,16%
TOTAL.	119	100%	81	100%

ELABORADO POR: GERARDO MARCHANT G.
FUENTE: H.V.C.M.

TABLA# 5.

FRECUENCIA POR AÑO EN PACIENTES CON V.I.H./S.I.D.A., SIN Y CON PATOLOGIA RESPIRATORIA EN EL AREA DE CLINICA DEL H.V.C.M. DE LA CIUDAD DE CUENCA, JULIO2001-JUNIO.2007.

AÑO.	SIN PATOLOGIA RESPIRATORIA.	PORCENTAJE.	CON PATOLOGIA RESPIRATORIA.	PORCENTAJE.
Jul.2001- Jun.2002.	6	5,04%	6	7,40%
Jul.2002-	10	8,40%	14	17,28%



Jun.2003.				
Jul.2003- Jun.2004.	21	17,64%	17	20,98%
Jul.2004- Jun.2005.	15	12,60%	13	16,04%
Jul.2005- Jun.2006.	32	26,89%	13	16,04%
Jul.2006- Jun.2007.	35	29,41%	18	22,22%
Total:	119	100,00%	81	99,96%

ELABORADO POR: GERARDO MARCHANT G.
FUENTE: H.V.C.M.

TABLA # 6.
DISTRIBUCION SEGUN SEXO EN PACIENTES
V.I.H./S.I.D.A. CON PATOLOGIAS RESPIRATORIAS EN
EL AREA DE CLINICA DEL H.V.C.M. DE LA CIUDAD DE
CUENCA, PERIODO JULIO 2001 -JUNIO 2007.

SEXO.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
HOMBRES.	63	77,77%
MUJERES.	18	22,22%
Total:	81	100,00%

ELABORADO POR: GERARDO MARCHANT
G.
FUENTE: H.V.C.M.



TABLA # 7.
DISTRIBUCION SEGUN EDAD EN PACIENTES
V.I.H./S.I.D.A. CON PATOLOGIAS RESPIRATORIAS EN
EL AREA DE CLINICA DEL H.V.C.M. DE LA CIUDAD DE
CUENCA, PERIODO JULIO 2001 -JUNIO 2007.

EDAD.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
16-25	18	22,22%
26-35	32	39,50%
36-45	18	22,22%
46-55	11	13,58%
56-65	1	1,23%
66-75	1	1,23%
Total:	81	100,00%

ELABORADO POR: GERARDO MARCHANT
G.

FUENTE: H.V.C.M.



TABLA # 8.

SEXO Y EDAD EN PACIENTES V.I.H./S.I.D.A. CON
PATOLOGIA RESPIRATORIA EN EL AREA DE CLINICA
DEL H.V.C.M. DE LA CIUDAD DE CUENCA, PERIODO
JULIO 2001 -JUNIO 2007.

EDAD	HOMBRE	PORCENTAJE	MUJER	PORCENTAJE
16-25	15	18,51%	3	3,70%
26-35	25	30,86%	7	8,64%
36-45	14	17,28%	4	4,93%
46-55	7	8,64%	4	4,93%
56-65	1	1,23%	0	0,00%
66-75	1	1,23%	0	0,00%
Total:	63	77,75%	18	22,20%

ELABORADO POR: GERARDO MARCHANT G.

FUENTE: H.V.C.M.

TABLA # 9.

CONDICION DE EGRESO EN PACIENTES V.I.H./S.I.D.A.
CON PATOLOGIAS RESPIRATORIAS EN EL AREA DE
CLINICA DEL H.V.C.M. DE LA CIUDAD DE CUENCA,
PERIODO JULIO 2001 -JUNIO 2007.

CONDICION AL EGRESO.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
VIVOS.	59	72,83%
MUERTOS.	22	27,16%
Total:	81	100%

ELABORADO POR: GERARDO MARCHANT
G.

FUENTE: H.V.C.M.



TABLA # 10.

EDAD Y CONDICION AL EGRESO EN PACIENTES
V.I.H./S.I.D.A. CON PATOLOGIAS RESPIRATORIAS EN
EL AREA DE CLINICA DEL H.V.C.M. DE LA CIUDAD DE
CUENCA, PERIODO JULIO 2001-JUNIO2007.

EDAD.	VIVO.	PORCENTAJE.	MUERTO.	PORCENTAJE.
16-25	15	19%	3	3,70%
26-35	23	28,39%	9	11,11%
36-45	11	13,58%	7	8,64%
46-55	9	11%	2	2,46%
56-65	1	1,23%	0	0,00%
66-75	1	1,23%	0	0,00%
Total:	60	74%	21	25,91%

ELABORADO POR: GERARDO MARCHANT G.
FUENTE: H.V.C.M.

TABLA # 11.

RESIDENCIA POR REGION EN PACIENTES
V.I.H./S.I.D.A. CON PATOLOGIAS RESPIRATORIAS EN
EL AREA DE CLINICA DEL H.V.C.M. DE LA CIUDAD DE
CUENCA, PERIODO JULIO 2001 -JUNIO 2007.

RESIDENCIA.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
SIERRA.	53	65,43%
COSTA.	25	30,86%
ORIENTE.	3	3,70%
TOTAL.	81	100,00%

ELABORADO POR: GERARDO MARCHANT
G.
FUENTE: H.V.C.M.



TABLA # 12.

RELIGION EN PACIENTES V.I.H./S.I.D.A. CON
PATOLOGIAS RESPIRATORIAS EN EL AREA DE
CLINICA DEL H.V.C.M. DE LA CIUDAD DE CUENCA,
PERIODO JULIO 2001 -JUNIO 2007.

RELIGION.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
CATOLICO	65	80,24%
EVANGEL.	5	6,17%
ADVENT.	4	4,93%
ATEOS	1	1,23%
SIN DATO	6	7,40%
TOTAL	81	100,00%

ELABORADO POR: GERARDO
MARCHANT G.
FUENTE: H.V.C.M.

TABLA # 13.

ESTADO CIVIL DE PACIENTES V.I.H./S.I.D.A. CON
PATOLOGIAS RESPIRATORIAS EN EL AREA DE
CLINICA DEL H.V.C.M. DE LA CIUDAD DE CUENCA,
PERIODO JULIO 2001 -JUNIO 2007.

ESTADO CIVIL.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
SOLTERO.	31	38,27%
UNION LIBRE.	13	16,04%
CASADO.	22	27,16%
DIVORCIADO.	3	3,70%
VIUDO.	6	7,40%
SIN DATO.	6	7,40%
TOTAL.	81	100,00%

ELABORADO POR: GERARDO MARCHANT G.
FUENTE: H.V.C.M.



TABLA # 14.
ESTADO CIVIL Y EDAD DE PACIENTES V.I.H./S.I.D.A.
CON PATOLOGIAS RESPIRATORIAS EN EL AREA DE
CLINICA DEL H.V.C.M. DE LA CIUDAD DE CUENCA,
PERIODO JULIO 2001 -JUNIO 2007.

EDAD.	SOLTEROS.	CASADOS.	U.L.	VIUDOS.	DIVORCIADOS.
16-25	5	3	8	0	0
26-35	19	5	4	2	0
36-45	6	6	1	2	2
46-55	1	6	0	2	1
56-65	0	1	0	0	0
66-75	0	1	0	0	0
Total:	31	22	13	6	3

ELABORADO POR: GERARDO MARCHANT G.
FUENTE: H.V.C.M.

TABLA #15.
INSTRUCCION DE PACIENTES V.I.H./S.I.D.A. CON
PATOLOGIAS RESPIRATORIA EN EL AREA DE CLINICA
DEL H.V.C.M. DE LA CIUDAD DE CUENCA, PERIODO
JULIO 2001 -JUNIO 2007.

INSTRUCCIÓN.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
ANALFABETO.	2	2,46%
PRIMARIA.	26	32,08%
SECUNDARIA.	37	45,67%
SUPERIOR.	10	12,34%
SIN DATO.	6	7,40%
TOTAL.	81	100,00%

ELABORADO POR: GERARDO MARCHANT G.
FUENTE: H.V.C.M.



TABLA #16.

OCUPACION DE PACIENTES V.I.H./S.I.D.A. CON
PATOLGIAS RESPIRATORIAS EN EL AREA DE CLINICA
DEL H.V.C.M. DE LA CIUDAD DE CUENCA, PERIODO
JULIO 2001 -JUNIO 2007.

ACTIVIDAD.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE
MANUAL.	64	79,01%
INTELECTUAL.	11	13,58%
SIN DATO.	6	7,40%
TOTAL	81	100,00%

ELABORADO POR: GERARDO MARCHANT G.
FUENTE: H.V.C.M.

TABLA # 17.

DIAS DE HOSPITALIZACION DE PACIENTES
V.I.H./S.I.D.A. CON PATOLOGIAS RESPIRATORIAS EN
EL AREA DE CLINICA DEL H.V.C.M. DE LA CIUDAD DE
CUENCA, PERIODO JULIO 2001 -JUNIO 2007.

DIAS DE HOSPITALIZACION JUL2001-JUN2007.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
<8	29	35,80%
8 a 14	23	28,39%
15 a 21	8	9,87%
22 a 28	4	4,93%
29 a 35	5	6,17%
>35	12	14,81%
TOTAL.	81	100,00%

ELABORADO POR: GERARDO MARCHANT G.
FUENTE: H.V.C.M.



TABLA # 18.
DIAS DE HOSPITALIZACION Y CONDICION AL EGRESO
EN PACIENTES V.I.H./S.I.D.A. CON AFECCION
RESPIRATORIA EN EL AREA DE CLINICA DEL H.V.C.M.
DE LA CIUDAD DE CUENCA, PERIODO JULIO 2001 -
JUNIO 2007.

DIAS DE HOSPITALIZACION.	VIVOS.	PORCENTAJE.	MUERTOS.	PORCENTAJE.	TOTAL.
<8	16	27%	13	61,90%	29
8 a 14	18	30,00%	5	23,80%	23
15 a 21	7	11,66%	1	4,76%	8
22 a 28	4	7%	0	0,00%	4
29 a 35	3	5,00%	2	9,52%	5
36 a 42	3	5,00%	0	0,00%	3
43 a 49	4	7%	0	0,00%	4
50 a 56	1	1,66%	0	0,00%	1
57 a 63	1	1,66%	0	0,00%	1
64 a 70	1	1,66%	0	0,00%	1
71 a 77	2	3,33%	0	0,00%	2
Total:	60	100%	21	100,00%	81

ELABORADO POR: GERARDO
MARCHANT G.
FUENTE: H.V.C.M.



TABLA # 19.

UBICACIÓN EN LA VIA AEREA DE LAS PATOLOGIAS RESPIRATORIAS EN PACIENTES V.I.H./S.I.D.A. EN EL AREA DE CLINICA DEL H.V.C.M. DE LA CIUDAD DE CUENCA, PERIODO JULIO 2001 –JUNIO 2007.

JUL2001- JUN2007	FRECUENCIA	PORCENTAJE
V.A.S.+V.A.I.	32	39,50%
V.A.S.	15	18,51%
V.A.I.	34	41,97%
AFECC.RESP.	81	100%

ELABORADO POR: GERARDO
MARCHANT G.
FUENTE: H.V.C.M.

TABLA # 20.

PATOLOGIAS DE VIA AEREA SUPERIOR EN PACIENTES V.I.H./S.I.D.A. EN EL AREA DE CLINICA DEL H.V.C.M. DE LA CIUDAD DE CUENCA, PERIODO JULIO 2001 –JUNIO 2007.

PATOLOGIAS V.A.S.	RECUENCIA	PORCENTAJE
CAND.O-F.	34	72,34%
FARINGITIS.	3	6,38%
RINITIS.	2	4,25%
CAND.O-F.+ FARINGITIS.	8	17,02%
TOTAL.	47	100,00%

ELABORADO POR: GERARDO
MARCHANT G.
FUENTE: H.V.C.M.



TABLA # 21.
PATOLOGIAS DE VIA AEREA INFERIOR EN
PACIENTES CON V.I.H./S.I.D.A. EN EL AREA DE
CLINICA DEL H.V.C.M. DE LA CIUDAD DE CUENCA,
PERIODO JULIO 2001 -JUNIO 2007.

PATOLOGIAS DE V.A.I. JUL.2001- JUN.2007.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
BRONQUITIS AGUDA.	3	4,54%
N.A.C.	11	16,66%
N.I.H.	1	1,51%
NEUMOMONIA POR P. JIROVECII.	21	31,81%
T.B.PULM.	20	30,30%
T.B.PULM.Y EXTRAPULM.	1	1,51%
NEUMOCONIOSIS.	1	1,51%
MIXTA.	8	12,12%
TOTAL.	66	100,00%

ELABORADO POR: GERARDO MARCHANT G.
FUENTE: H.V.C.M.



TABLA # 22.

OTRAS AFECCIONES ENCONTRADAS EN PACIENTES V.I.H./S.I.D.A. CON PATOLOGIA RESPIRATORIA EN EL AREA DE CLINICA DEL H.V.C.M. DE LA CIUDAD DE CUENCA, PERIODO JULIO 2001 -JUNIO 2007.

OTRAS AFECCIONES.	FRECUENCIA.
SOLO RESPIRATORIAS.	16
PSIQUIATRICO.	23
DIGESTIVO.	34
DERMATOLOGICO.	16
NEUROLOGICO.	18
DEPENDENCIA A SUSTANCIAS.	5
SEPSIS.	3
NEFRO-UROLOGICAS.	10
CARDIACAS.	2
NEOPLASIAS.	2
OFTALMOLOGICAS.	1
ENDOCRINOLOGICAS.	1
REUMATOLOGICAS.	1

ELABORADO POR: GERARDO
MARCHANT G.
FUENTE: H.V.C.M.



TABLA # 23.

SINTOMAS Y SIGNOS EN PACIENTES CON CANDIDIASIS OROFARINGEA Y V.I.H./S.I.D.A. EN EL AREA DE CLINICA DEL H.V.C.M. DE LA CIUDAD DE CUENCA, PERIODO JULIO 2001 -JUNIO 2007.

Síntomas y Signos de Candidiasis orofaríngea.	En 42 pacientes.
Placas blancas en cavidad oral.	32
Ganglios cervicales palpables.	15
Disfagia.	7
Dorso de lengua eritematoso.	4
Placas blancas dolorosas.	4
Ulceras en cavidad oral.	3
Costras dolorosas mieliscéricas.	2
Sin datos.	1

ELABORADO POR: GERARDO MARCHANT G.
FUENTE: H.V.C.M.

TABLA # 24.

SINTOMAS Y SIGNOS LOCALES EN PACIENTES CON NEUMONIA POR P. JERUVECII Y V.I.H./S.I.D.A. EN EL AREA DE CLINICA DEL H.V.C.M. DE LA CIUDAD DE CUENCA, PERIODO JULIO 2001 -JUNIO 2007.

Neumonía por P. Jirovecii en 21 pacientes. Síntomas y Signos Locales.	FRECUENCIA.
Estertores.	10
E. Y E. Disminuída.	10
Expectoración.	9
Matidez.	8
Dolor torácico.	5
Tos seca.	5



M.V. Disminuído.	5
Frémito aumentado.	4
Sin datos.	3

ELABORADO POR:
GERARDO MARCHANT G.
FUENTE: H.V.C.M.

TABLA # 25.

SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES EN PACIENTES CON NEUMONIA POR P. JIROVECII Y V.I.H./S.I.D.A. EN EL AREA DE CLINICA DEL H.V.C.M. DE LA CIUDAD DE CUENCA, PERIODO JULIO 2001 -JUNIO 2007.

Neumonía por P. Jirovecii en 21 pacientes. Síntomas y Signos Generales.	FRECUENCIA.
Pérdida de peso.	12
Taquipnea.	12
Astenia.	10
Disnea.	9
Alza térmica no cuantificada.	8
Hiporexia.	8
Fiebre.	7
Cefalea.	7
Diaforesis.	6
Escalofrío.	5
Malestar general.	4
Taquicardia.	4
Cianosis.	2
Sin datos.	3

ELABORADO POR:
GERARDO MARCHANT G.
FUENTE: H.V.C.M.



TABLA # 26.

SINTOMAS Y SIGNOS LOCALES EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR Y V.I.H./S.I.D.A. EN EL AREA DE CLINICA DEL H.V.C.M. DE LA CIUDAD DE CUENCA, PERIODO JULIO 2001 -JUNIO 2007.

T.B. Pulmonar en 21 pacientes. Síntomas y Signos Locales.	FRECUENCIA.
Expectoración.	14
Estertores.	10
Matidez.	10
E. Y E. Disminuído.	7
M.V. Disminuído.	7
Frémito aumentado.	5
Hemoptisis.	5
Tiraje.	5
Dolor torácico.	3
Tos seca.	3
Sibilancias.	3
Soplo tubárico.	3
Roncus.	1
Roce pleural.	1

ELABORADO POR: GERARDO
MARCHANT G.
FUENTE: H.V.C.M.



TABLA # 27.

SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR Y V.I.H./S.I.D.A. EN EL AREA DE CLINICA DEL H.V.C.M. DE LA CIUDAD DE CUENCA, PERIODO JULIO 2001 -JUNIO 2007.

T.B. Pulmonar en 21 pacientes.	
	FRECUENCIA.
Síntomas y Signos Generales.	
Pérdida de peso.	16
Astenia.	11
Alza térmica no cuantificada.	10
Hiporexia.	10
Taquipnea.	10
Diaforesis.	9
Disnea.	8
Fiebre.	8
Taquicardia.	8
Malestar general.	6
Escalofrío.	5
Cefalea.	4

ELABORADO POR:
GERARDO MARCHANT
G.
FUENTE: H.V.C.M.



TABLA # 28.

SINTOMAS Y SIGNOS LOCALES EN PACIENTES CON N.A.C. Y V.I.H./S.I.D.A. EN EL AREA DE CLINICA DEL H.V.C.M. DE LA CIUDAD DE CUENCA, PERIODO JULIO 2001 -JUNIO 2007.

N.A.C. en 10 pacientes. Síntomas y Signos Locales.	FRECUENCIA.
Estertores.	6
Expectoración.	5
Frémido aumentado.	4
E.Y E. Disminuída.	3
Matidez.	3
Tos seca.	2
M.V. Disminuído.	2
Roncus.	2
Tiraje.	1
Sin datos.	1

ELABORADO POR: GERARDO
MARCHANT G.
FUENTE: H.V.C.M.



TABLA # 29.

SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES EN PACIENTES CON N.A.C. Y V.I.H./S.I.D.A. EN EL AREA DE CLINICA DEL H.V.C.M. DE LA CIUDAD DE CUENCA, PERIODO JULIO 2001 -JUNIO 2007.

N.A.C. en 10 pacientes.	FRECUENCIA.
Síntomas y Signos Generales.	
Astenia.	6
Alza térmica no cuantificada.	5
Disnea.	5
Malestar general.	5
Fiebre.	4
Diaforesis.	4
Pérdida de peso.	4
Hiporexia.	3
Escalofrío.	3
Taquipnea.	2
Mialgia.	2
Sin datos.	1

ELABORADO POR:
GERARDO MARCHANT G.
FUENTE: H.V.C.M.



TABLA # 30.

PATRON DE Rx. EN NEUMONIA POR P. JIROVECII Y V.I.H./S.I.D.A. EN EL AREA DE CLINICA DEL H.V.C.M. DE LA CIUDAD DE CUENCA, PERIODO JULIO 2001 -JUNIO 2007.

Patrón de Rx. en Neumonía por J. Jirovecii.	
Inf. Alveolar.	1
Inf. Intersticial.	6
Inf. Alveolo-Intersticial.	9
Hilios Aumentados	1
Inf. Mixto (Alveolo-Intersticial y retículo-nodular).	1
Sin datos.	3

ELABORADO POR:
GERARDO MARCHANT G.
FUENTE: H.V.C.M.



TABLA # 31.

PATRON DE Rx. EN T.B. PULMONAR Y V.I.H./S.I.D.A. EN EL AREA DE CLINICA DEL H.V.C.M. DE LA CIUDAD DE CUENCA, PERIODO JULIO 2001 -JUNIO 2007.

Patrón de Rx. en T.B. Pulmonar.	
Inf. Intersticial Difuso.	3
Inf. Alveolo-Intersticial Difuso.	2
Inf. Micronodular.	3
Inf. Retículo-Nodular.	6
Inf. Localizado.	1
Inf. Mixto (Alv.-Inters.Difuso. y Micro o Macrodular.)	1
Derrame Pleural.	1
Cavernas.	1
Sin datos.	3

ELABORADO POR: GERARDO MARCHANT G.

FUENTE: H.V.C.M.

TABLA # 32.

PATRON DE Rx. EN PACIENTES CON N.A.C. Y V.I.H./S.I.D.A. EN EL AREA DE CLINICA DEL H.V.C.M. DE LA CIUDAD DE CUENCA, PERIODO JULIO 2001 -JUNIO 2007.

Patrón de Rx. en N.A.C.	
Inf. Intersticial Difuso.	1
Inf. Alv.-Inters.Difuso.	3
Inf. Localizado.	3
Normal.	1
Sin datos.	2

ELABORADO POR:
GERARDO MARCHANT G.

FUENTE: H.V.C.M.



TABLA # 33.

CD4 EN PACIENTES CON NEUMONIA POR P. JIROVECII Y V.I.H./S.I.D.A. EN EL AREA DE CLINICA DEL H.V.C.M. DE LA CIUDAD DE CUENCA, PERIODO JULIO 2001 -JUNIO 2007.

Linfocitos CD4+ en Neumonía por J. Jirovecii.	
>500 u/L.	2
500-201 u/L.	1
200-50 u/L.	8
<50 u/L.	1
Sin datos.	9

ELABORADO POR:
GERARDO MARCHANT G.
FUENTE: H.V.C.M.

TABLA # 34.

CD4 EN PACIENTES CON T.B. PULMONAR Y V.I.H./S.I.D.A. EN EL AREA DE CLINICA DEL H.V.C.M. DE LA CIUDAD DE CUENCA, PERIODO JULIO 2001 -JUNIO 2007.

Linfocitos CD4+ en T.B. Pulmonar.	
500-201 u/L.	5
200-50 u/L.	7
Sin datos.	9

ELABORADO POR:
GERARDO MARCHANT
G.
FUENTE: H.V.C.M.



TABLA # 35.

CD4 EN PACIENTES CON N.A.C. Y V.I.H./S.I.D.A. EN EL AREA DE CLINICA DEL H.V.C.M. DE LA CIUDAD DE CUENCA, PERIODO JULIO 2001 -JUNIO 2007.

Linfocitos C.D.4+ en N.A.C.	
>500 u/L.	4
500-201 u/L.	3
Sin datos.	3

ELABORADO POR:
GERARDO MARCHANT
G.
FUENTE: H.V.C.M.

TABLA # 36.

ENFERMEDADES MIXTAS PULMONARES ENCONTRADAS EN PACIENTES V.I.H./S.I.D.A. EN EL AREA DE CLINICA DEL H.V.C.M. DE LA CIUDAD DE CUENCA, PERIODO JULIO 2001 -JUNIO 2007.

ENF.MIXTAS PULMONARES.	En 8 ptes.
N.A.C. + T.B.PULMONAR.	1
N.POR PNEUM.JIROVECII + T.B.PULMONAR.	2
N.A.C. + N. por PNEUM.JIROVECII.	2
N.A.C.+T.B.MILIAR.	1
N.I.H.+ N. por PNEUM. JIROVECII.	1



N. por PNEUM. JIROVECII. + T.B.MILIAR.	1
---	----------

ELABORADO POR:
GERARDO MARCHANT
G.
FUENTE: H.V.C.M.

TABLA # 37.

ENFERMEDADES MICOBACTERIANAS ENCONTRADAS EN PACIENTES V.I.H./S.I.D.A. EN EL AREA DE CLINICA DEL H.V.C.M. DE LA CIUDAD DE CUENCA, PERIODO JULIO 2001 -JUNIO 2007.

MICOBACTERIANAS:	
MICOBACTERIA TUBERCULOSIS:	21
T.B.PULMONAR.	10
T.B.MILIAR.	9
T.B.GANGLIONAR.	0
T.B.PULMONAR+T.B.GANGLIONAR.	0
T.B.MILIAR Y GANGLIONAR.	1
TUBERCULOMA.	1
T.B.PLEURAL.	0
T.B.PULMONAR Y PLEURAL.	0
T.B.PLEURAL+GANGLIONAR.	0
MICOBACTERIA AVIUM-COMPLEX(M.A.C.).	0

ELABORADO POR: GERARDO
MARCHANT G.
FUENTE: H.V.C.M.



19.2 Tablas de variable, forma de presentación y aspectos a mostrar.

Anexo Tabla #38.

VARIABLE (S).	FORMA DE PRESENTACIÓN.	ASPECTOS A MOSTRAR.
Casos de V.I.H./S.I.D.A.	Tabla simple. Diagrama de Barras.	Frecuencia, porcentaje.
Casos de V.I.H./S.I.D.A. con y sin patología respiratoria.	Tabla simple. Diagrama Circular.	Frecuencia, porcentaje.
Casos de V.I.H./S.I.D.A. por sexo con y sin patología respiratoria.	Tabla simple. Diagrama de Barras.	Frecuencia, porcentaje.
Condición de egreso y V.I.H./S.I.D.A. con y sin patología respiratoria.	Tabla simple. Diagrama de Barras.	Frecuencia, porcentaje. Chi cuadrado.
Casos de V.I.H./S.I.D.A. por año con y sin patología respiratoria.	Tabla simple. Diagrama de Barras.	Frecuencia, porcentaje.
Sexo.	Tabla Simple Diagrama	Frecuencia, porcentaje,



	Circular.	proporción.
Edad.	Tabla simple. Diagrama de Barras.	Frecuencia, porcentaje, media, I.C.: 95%, mediana, D.S.
Edad y Sexo.	Tabla Simple Tabla de Asociación Lineal.	Frecuencia, porcentaje, media, I.C.: 95%, mediana, D.S.
Condición al Egreso.	Tabla simple. Diagrama de Barras.	Frecuencia, porcentaje.
Edad y Condición de Egreso.	Tabla Simple Tabla de Asociación Lineal.	Frecuencia, porcentaje, media, I.C.: 95%, mediana, D.S.
Lugar de residencia.	Tabla simple. Diagrama en Anillo.	Frecuencia, porcentaje.
Religión.	Tabla simple. Diagrama Circular.	Frecuencia, porcentaje.
Estado civil.	Tabla simple. Diagrama Circular.	Frecuencia, porcentaje.
Estado Civil y Edad.	Tabla simple. Tabla de Asociación Lineal.	Frecuencia, porcentaje, media, I.C.: 95%, mediana, D.S.
Nivel de	Tabla simple.	Frecuencia,



instrucción.	Diagrama Circular.	porcentaje.
Ocupación.	Tabla simple. Diagrama Circular.	Frecuencia, porcentaje.
Días de hospitalización.	Tabla simple. Diagrama de Barras.	Frecuencia, porcentaje, media, I.C.: 95%, mediana, D.S.
Días de hospitalización y condición al egreso.	Tabla simple. Tabla de Asociación Lineal.	Frecuencia, porcentaje, media, I.C.: 95%, mediana, D.S.
Ubicación en Vía Aérea.	Tabla simple. Diagrama de Barras.	Frecuencia, porcentaje.
Patologías de Vía Aérea Superior.	Tabla simple. Diagrama Circular.	Frecuencia, porcentaje.
Otras afecciones NO Respiratorias.	Tabla simple. Diagrama Circular.	Frecuencia, porcentaje.
Síntomas y Signos de Candidiasis Orofaringea.	Tabla simple. Diagrama de Barras.	Frecuencia, porcentaje.
Síntomas y Signos Locales de neumonía por P. Jirovecii.	Tabla simple. Diagrama de Barras.	Frecuencia, porcentaje.



Síntomas y Signos Generales de neumonía por P. Jirovecii.	Tabla simple. Diagrama de Barras.	Frecuencia, porcentaje.
Síntomas y Signos Locales de Tuberculosis.	Tabla simple. Diagrama de Barras.	Frecuencia, porcentaje.
Síntomas y Signos Generales de Tuberculosis.	Tabla simple. Diagrama de Barras.	Frecuencia, porcentaje.
Síntomas y Signos Locales de N.A.C.	Tabla simple. Diagrama de Barras.	Frecuencia, porcentaje.
Síntomas y Signos Generales de N.A.C.	Tabla simple. Diagrama de Barras.	Frecuencia, porcentaje.
Patrón Radiológico en neumonía por P. Jirovecii.	Tabla simple. Diagrama de Barras.	Frecuencia, porcentaje.
Patrón Radiológico en Tuberculosis Pulmonar.	Tabla simple. Diagrama de Barras.	Frecuencia, porcentaje.
Patrón Radiológico en N.A.C.	Tabla simple. Diagrama de Barras.	Frecuencia, porcentaje.
Linfocitos CD4 en neumonía por P. Jirovecii.	Tabla simple. Diagrama de Barras.	Frecuencia, porcentaje.



Linfocitos CD4 en Tuberculosis Pulmonar.	Tabla simple. Diagrama Circular.	Frecuencia, porcentaje.
Linfocitos CD4 en N.A.C.	Tabla simple. Diagrama Circular.	Frecuencia, porcentaje.

Elaborado por: Autor.



19.3 Anexo Formulario N° 1.

“FRECUENCIA, MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DE LABORATORIO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS EN PACIENTES CON V.I.H./S.I.D.A. DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD DE CUENCA PERIODO 2001-2007.”

1).Año del Libro de Egresos.: _____

2).Mes del Libro de Egresos.: _____

3).Número de Orden.: _____

4).Iniciales de los Nombres: _____

5).Apellidos.: _____

6) Número de Hist. Clínica.*: _____

6) Fecha de Ingreso*: _____

7) Fecha de Egreso*: _____

8) Condición al Egreso*: _____

9) Dx. De V.I.H.*: _____

*Estos datos se repiten en el formulario #2 con el objetivo de corroborar los datos.



19.4 Anexo Formulario N° 2.

“FRECUENCIA, MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DE LABORATORIO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS EN PACIENTES CON V.I.H./S.I.D.A. DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD DE CUENCA PERIODO 2001-2007.”

Formulario N°: _____ Fecha de recolección: _____
 ____/____/____

1) Pba. V.I.H.* _____

2) HC*: _____

3) Fecha del diagnostico*: ____/____/____

4) Fecha de Egreso ____/____/____

productiva.

5) Edad: _____

Expectoración.

6) Sexo: () Hombre. () Mujer.

7) Estado civil:

() Soltero.

() Casado.

() Divorciado.

() Viudo.

() Unión libre.

Cuantificada.

8) Lugar de Residencia:

() Costa.

() Sierra.

() Oriente.

9) Nivel de Instrucción:

() Analfabeto.

() Primaria

() Secundaria.

Blanquecinas Bucofaríngeas.

() Superior.

Palpables.

10) Ocupación:

() Manual.

() Intelectual.

11) Condición de egreso*:

() Vivo.

() Muerto.

expansibilidad disminuidas.

15) Cuadro Clínico.

() Tos seca.

() Tos

()

() Disnea.

() Cefalea.

() Astenia.

() Hiporexia.

() Diaforesis.

() Dolor Torácico.

() Alza Térmica no

() Fiebre.

() Taquicardia.

() Taquipnea.

() Cianosis.

() Epistaxis.

() Rinorrea.

() Faringe Congestiva.

() Placas

() Ganglios Cervicales

() Hemoptisis.

() Escalofríos.

() Pérdida de peso.

() Tiraje.

() Frémito Aumentado.

() Elasticidad y

() Matidez Pulmonar.



12) Enfermedades respiratorias:

Disminuido.

- Infección de vías aéreas superiores:

- Bronquitis.
 N.A.C.
 N.I.H.
 Neumonía por P. Jirovecii.
 Tuberculosis pulmonar.
 Tuberculosis pulmonar y Extrapulmonar.

 Micosis Pulmonar.

 Enf. Mixtas Pulmonares.

 Otras: _____

13) Linfocitos CD4. Si () No ().

14) CD4+ () < 50u/L.

- 50-200u/L.
 201-500u/L.
 >500u/L.

formulario #1 son para

estos datos mas fidedignos.

Murmullo Vesicular

- Roncus.
 Sibilancias.
 Pectoriloquia.
 Estertores.
 Baciloscopia.
 Otros.

16) Patrón Radiológico:

*** Las preguntas repetidas del
corroborar con**