



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO



PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"

**EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO EMPÍRICO EN SÍNDROME
DIARREICO EN PACIENTES PORTADORES DE INFECCIÓN POR VIRUS
DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA/SIDA. CIUDAD HOSPITALARIA "DR.
ENRIQUE TEJERA" MAYO 2020 - MAYO 2024**

Autor: Omar Guzmán

Valencia, Septiembre de 2024



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO



PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"

**EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO EMPÍRICO EN SÍNDROME
DIARREICO EN PACIENTES PORTADORES DE INFECCIÓN POR VIRUS
DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA/SIDA. CIUDAD HOSPITALARIA "DR.
ENRIQUE TEJERA" MAYO 2020 - MAYO 2024**

**Trabajo Especial de grado que se presenta para optar al título de
Especialista en Medicina Interna**

Autor: Omar Guzmán
Tutor: Dra. Derika López

Valencia, Septiembre de 2024



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO EMPÍRICO EN SÍNDROME DIARREICO EN PACIENTES PORTADORES DE INFECCIÓN POR VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA/SIDA. CIUDAD HOSPITALARIA "DR ENRIQUE TEJERA" MAYO 2020 - MAYO 2024.

Presentado para optar al grado de **Especialista en en Medicina Interna**. por el (la) aspirante:

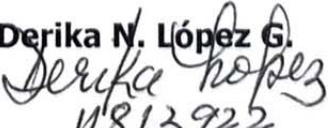
GUZMÁN G., OMAR D.
C.I. V-24.665.092

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a):...**Derika N. López G.**, titular de la C.I **V.- 11.813.922**, decidimos que el mismo está **APROBADO**

Acta que se expide en valencia, en fecha: **18/12/2024**


Prof. Aracelis Mostafa
C.I. 7683488
Fecha 18/12/24

TEG: 57-24

Prof. Derika N. López G.
(Pdte) 
C.I. 11813922
Fecha 18/12/2024




Prof. Gianmary L. Miozzi P.
C.I. 17065438
Fecha 18/12/2024

ACTA DE CONSTITUCIÓN DE JURADO Y DE APROBACIÓN DEL TRABAJO

Quienes suscriben esta Acta, Jurados del Trabajo Especial de Grado titulado:

"Efectividad del tratamiento Empírico en Síndrome de Barraco con pacientes portadores de infecciones por virus inmunodeficiencia Humana / SIDA. Ciudad hospitalaria Dr Enriquez Texeira Mayo 2020 - Mayo 2024"

Presentado por el (la) ciudadano (a): Omar A. Guzman,

titular de la cédula de identidad N° 24 665 092, Nos damos como constituidos durante el

día de hoy: 13/12/24 y convenimos en citar al alumno para la discusión de su

Trabajo el día: 18/12/24.

RESOLUCIÓN

Aprobado: ☒ Fecha: 18/12/24 *Reprobado: ☐ Fecha: _____.

Observación: _____

Derika Lopez

Presidente del Jurado

Nombre: Derika Lopez

C.I. 11813922

Aracelis Rostap

Miembro del Jurado

Nombre: Aracelis Rostap

C.I. 7683488

Samy Lopez

Miembro del Jurado

Nombre: Samy Lopez

C.I. 17065438

Nota:

1. Esta Acta debe ser consignada en la Dirección de Asuntos Estudiantiles de la Facultad de Ciencias de la Salud (Sede Carabobo), inmediatamente después de la constitución del Jurado y/o de tener un veredicto definitivo, debidamente firmada por los tres miembros, para agilizar los trámites correspondientes a la elaboración del Acta de Aprobación del Trabajo.
2. En caso de que el Trabajo sea reprobado, se debe anexar un informe explicativo, firmado por los tres miembros del Jurado.

ÍNDICE.

ÍNDICE DE TABLAS	v
ÍNDICE DE GRÁFICOS	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	9
MATERIALES Y MÉTODOS	10
RESULTADOS	12
DISCUSIÓN	14
CONCLUSIONES.....	17
RECOMENDACIONES	18
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19
ANEXO A.....	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución según sexo, edad, nivel socioeconómico, comorbilidades.....	
Tabla 2 Distribución según comorbilidades y estado inmunológico con conteo de TCD4.....	
Tabla 3 Agrupar a los pacientes de acuerdo a presencia de coproanálisis, coprocultivo y pruebas especiales.....	
Tabla 4 Relación entre el uso de tratamiento empírico y mejoría del síndrome diarreico.....	
Tabla 5 Relación entre el uso de tratamiento empírico y mejoría en el número de días con síndrome diarreico.....	
Tabla 6 Relación entre el uso de esquemas de tratamiento empírico y remisión del síndrome diarreico.....	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Relación entre conteo de TCD4 con gérmenes etiológicos en pacientes portadores de VIH/SIDA con síndrome diarreico.....

EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO EMPÍRICO EN SÍNDROME DIARREICO EN PACIENTES PORTADORES DE INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA/SIDA. CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA” MAYO 2020 - MAYO 2024.

Autor: Guzmán G. Omar D.

Año: 2024

RESUMEN

El Síndrome diarreico en los pacientes portadores de VIH/SIDA es un importante flagelo en la salud pública, reportándose síntomas gastrointestinales hasta en un 50,3% de los casos, causando gran impacto sobre la calidad de vida de estas personas. **Objetivo general:** Establecer la efectividad del tratamiento empírico en síndrome diarreico en pacientes portadores de infección por VIH/SIDA. **Materiales y métodos:** Se realizó investigación de campo, observacional, descriptiva, retrospectiva de corte longitudinal. Con una muestra no probabilística e intencional conformada por 50 pacientes tomada de portadores de VIH/SIDA que presentaron síndrome diarreico. **Resultados:** Las características predominantes fueron: sexo masculino 68%, edad entre 31 – 45 años con 44%, Graffar III represento el 54%. El 20% de los pacientes presentaron comorbilidades con mayor incidencia de Diabetes con 40%. El 38% de los pacientes presento conteo de TCD4. Coproanálisis se realizó en el 74%, el coprocultivo en el 42%, 14% se realizó pruebas especiales. Se pudo demostrar el agente etiológico en 50% de la muestra, la E. coli fue el microorganismo con mayor Incidencia con 36%, hubo mejoría con tratamiento empírico en el 64% de los pacientes, siendo predominante el esquema de Ceftriaxone y metronidazol en el 53,12%. **Conclusiones:** Se demostró buena respuesta con tratamiento empírico con el esquema conformado por ceftriaxone y metronidazol, siendo estadísticamente significativo con $p < 0,05$ mediante realización de prueba de chi cuadrado.

Palabras clave: VIH, Diarrea, Infecciones Oportunistas.

EFFECTIVENESS OF EMPIRICAL TREATMENT IN DIARRHEA
SYNDROME IN PATIENTS WITH HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS
INFECTION/AIDS. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"
MAY 2020 - MAY 2024.

Author: Guzmán G. Omar D.

Year: 2024

ABSTRACT

Diarrheal syndrome in patients with HIV / AIDS is a major scourge in public health, with gastrointestinal symptoms reported in up to 50.3% of cases, causing a great impact on the quality of life of these people. **General objective:** To establish the effectiveness of empirical treatment in diarrheal syndrome in patients with HIV / AIDS infection. **Materials and methods:** A field, observational, descriptive, retrospective longitudinal research was carried out. With a non-probabilistic and intentional sample made up of 50 patients taken from HIV / AIDS carriers who presented diarrheal syndrome. **Results:** The predominant characteristics were: male sex 68%, age between 31 - 45 years with 44%, Graffar III represented 54%. 20% of the patients had comorbidities with a higher incidence of Diabetes with 40%. 38% of the patients had CD4 count. Stool analysis was performed in 74%, stool culture in 42%, and special tests were performed in 14%. The etiologic agent was demonstrated in 50% of the sample, E. coli was the microorganism with the highest incidence with 36%, there was improvement with empirical treatment in 64% of the patients, with the ceftriaxone and metronidazole regime being predominant in 53.12%. **Conclusions:** A good response was demonstrated with empirical treatment with the regimen consisting of ceftriaxone and metronidazole, being statistically significant with $p < 0.05$ by performing the chi-square test.

Keywords: HIV, Diarrhea, Opportunistic Infections.

INTRODUCCIÓN

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) fue aislado en 1983, pertenece a la familia de los retrovirus humanos (Retroviridae), dentro de la subfamilia lentivirus, este ocasiona la destrucción del sistema inmune, presentando tropismo por los macrófagos, especialmente por los linfocitos TCD4+. Existen dos tipos: VIH-1 y VIH-2, ambos se pueden transmitir por vía sexual, parenteral y vertical originando una amplia gama de manifestaciones clínicas, que van desde el estado de portador asintomático hasta procesos debilitantes y fatales relacionados con defectos de la inmunidad mediada por células ¹.

En el año 2021 a nivel mundial, según la ONU; 38,4 millones de personas vivían con el VIH y 1,5 millones contrajeron la infección. Para dicho año además 650.000 individuos murieron de enfermedades relacionadas con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y solo 28,7 millones de pacientes tenían acceso a la terapia antirretroviral (TAR).

En países de la región como Colombia, durante el 2019 aproximadamente 190.000 personas mayores de 15 años tenían VIH, con una incidencia de 27 casos por cada 100.000 habitantes; con una distribución porcentual de 80,6% en hombres y 19,4% en mujeres ^{2,3}. Con respecto a Venezuela para el año 2021, 94.000 pacientes portadores de VIH correspondían a individuos de 15 o más años, con predominio del sexo masculino, donde solo el 50% de los mismos recibían TAR, con una estimación de muerte por SIDA de 2.300 personas ^{2, 3, 4}.

En otro orden de ideas, la diarrea es el síntoma gastrointestinal más frecuente en las personas con VIH, entre el 40-80% de los pacientes sin TAR llegan a presentar este síntoma. Diferentes estudios reportados en la literatura han evidenciado que los síntomas gastrointestinales se presentan en un 50,3% de los casos, encontrándose con mayor frecuencia las infecciones por *Cryptosporidium* y microsporidios en el 10,4% y 29% respectivamente. Por su parte la prevalencia de parásitos como el *Blastocystis hominis* ha sido de 25,2% y de *Entamoeba histolytica* de 13% ⁵.

Por lo anteriormente mencionado, haciendo énfasis en el impacto sobre la calidad de vida de las personas portadoras de VIH con síndrome diarreico y las repercusiones que esta conlleva, tales como disminución en el rendimiento laboral, afectación de las relaciones interpersonales y en la autoestima (causando cambios físicos con pérdida de peso, debilidad generalizada y deshidratación), como un problema de índole de salud pública surgió la siguiente interrogante ¿Cuál es la efectividad del tratamiento empírico en pacientes portadores de infección por VIH/SIDA con síndrome diarreico, en las áreas de hospitalización y emergencia de adultos del servicio de Medicina Interna, en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, en el período comprendido de Mayo de 2020 a Mayo de 2024?.

Entre los antecedentes relevantes destacan el estudio publicado por Mathur M, et al en el año 2013, que se llevó a cabo en la India titulado “Estudio de infecciones parasitarias intestinales oportunistas en pacientes con VIH/SIDA”. Donde de 544 pacientes, 343 presentaron diarrea crónica, 57 diarrea aguda y 144 fueron casos asintomáticos, se detectaron patógenos entéricos en el 50,36% ⁶.

Así mismo en Valencia - Venezuela en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, Ramírez N, en el año 2015, en su estudio; “Características clínicas y epidemiológicas de la infección por VIH en pacientes mayores de 50 años”

Encontró que la edad promedio de los pacientes fue de 56,8 años; siendo predominante el sexo masculino con el 69,2%, las comorbilidades más frecuentes fueron enfermedad adictiva al tabaco con 38,5% e hipertensión arterial sistémica (HAS) con 28,2%. La mayoría de los pacientes estaban en estadios clínicos avanzados de la enfermedad, con un valor promedio de linfocitos TCD4 de 200 cel/uL. Las infecciones oportunistas más relevantes fueron el síndrome diarreico crónico que representó el 38,5% y Candidiasis oroesofágica con 25,6% ⁷.

Además, Vargas C, en el año 2015, en Perú realizó una investigación titulada "Frecuencia de coccidiosis y criptosporidiosis intestinal en pacientes diarreicos e infección con VIH", con una muestra de 34 pacientes, dónde se evidencio que 22 individuos tuvieron parásitos intestinales; representados por *Cystoisospora belli* en un 36% y *Cryptosporidium* con 14% ⁸.

Por su parte, Lira M, en el año 2017, en su tesis de postgrado titulada "Causas de mortalidad en pacientes con VIH en la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" en noviembre 2016 - marzo 2017, evidenció que 58 pacientes (37,9%) tenían entre 30 a 39 años, y el 69% eran del sexo masculino. Con mortalidad dada por Neuroinfección 39,1%, tuberculosis 13,0% y síndrome diarreico con 8,7% ⁹.

De igual forma Mohammed A, et al, en la India realizaron un estudio en el año 2020, titulado "Perfil de infecciones parasitarias intestinales en pacientes con VIH/SIDA". Obtuvieron una prevalencia de parasitosis intestinales de 40,99% de los casos, siendo predominante la infección por coccidios con el 85,13% (*Cryptosporidium parvum* fue la causa más frecuente de diarrea con el 70,64%, seguida de *Cystoisospora belli* y *Cyclospora spp.* con 23,81% y 5,55% respectivamente) ¹⁰.

Sánchez J, en el año 2021 en su Tesis Doctoral realizada en México titulada; “Detección de infecciones parasitarias intestinales asociadas a infección VIH/SIDA”, mediante exámenes de concentración y flotación (Faust), encontró que los agentes parasitarios más prevalentes fueron: *G. lamblia* con el 30%, *E. nana* con 28%, y *Blastocystis* spp y *Cryptosporidium* spp con el 26% y 22% respectivamente ¹¹.

Entre tanto, Botero J, et al, en Colombia en el año 2021 en su estudio titulado “Prevalencia de parásitos intestinales en una cohorte de pacientes infectados por el VIH”, evaluaron muestras de heces de 192 pacientes. Se evidenció una prevalencia global del 29,2%, siendo los gérmenes más frecuentes *Entamoeba* spp con 13,0% y *Blastocystis* con 12,0%. La mayoría de los individuos del estudio tenían una carga viral controlada y un recuento de TCD4 superior a 200 cel/ μ L ¹².

Seguidamente en el año 2022 en Perú, Montalvo R, et al, realizaron un estudio titulado “Evaluación de la diarrea crónica en pacientes con reciente diagnóstico de infección por VIH”, donde evaluaron resultados con el panel gastrointestinal FilmArray® para la detección simultánea de 22 patógenos. De los 24 pacientes infectados por el VIH con diarrea crónica se detectó bacterias enteropatógenas en el 69% (siendo *E. coli* enteropatógena y *E. coli* enteroagregativa las principales bacterias identificadas); parásitos en el 18% y virus en el 13% (Norovirus fue el agente viral más frecuente encontrado con 33%) ¹³.

Igualmente en el año 2022 Carvajal P, et al en Ecuador en su trabajo investigativo titulado; “Gastroenteritis en pacientes con VIH con y sin tratamiento antirretroviral”, evidenciaron que el 16% de los pacientes presentó manifestaciones clínicas gastrointestinales, con mayor incidencia en los hombres que en mujeres con predominancia de grupo etario comprendido

entre los 31 a 40 años, observándose finalmente, que el 61.97% de los pacientes no hacen uso del tratamiento antirretroviral ¹⁴.

Finalmente en el año 2023, Naranjo J, et al, en Ecuador en su estudio titulado "Relación de TCD4 y agente etiológico de diarrea crónica en pacientes con VIH - SIDA". Con una muestra de 19 pacientes, observaron una mayor prevalencia en el sexo masculino, con una edad promedio de 38 años, y se evidenció mayor incidencia de parasitosis en diarrea crónica asociada a un menor conteo de CD4 ¹⁵.

Cabe señalar, que la infección por VIH es causada por uno de dos retrovirus relacionados (VIH1 – VIH2). El VIH-1 es el responsable de la inmensa mayoría de los casos de enfermedad en nuestro medio, y en él se reconocen tres grupos: M (main o mayoritario), N y O (outliner o marginal); estos dos últimos solo se han identificado en Camerún y Gabón. El grupo M, a su vez, se divide en nueve subtipos (de A - J), siendo el A más prevalente a nivel mundial y el B el más frecuente en Europa y América. El grupo O, tiene cinco subtipos (de A - E).

Por su parte el VIH-2 presenta mayor homología evolutiva con el virus de la inmunodeficiencia en simios (VIS), se circunscribe al África subsahariana, y produce una infección menos agresiva, si bien presenta resistencia intrínseca a los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos. Para poder reproducirse, el VIH-1 debe ingresar en las células TCD4 lo que implica la interacción de glicoproteínas (gp) como la gp120 de la envoltura y un correceptor secundario de quimioquinas como los receptores CXCR4 y CCR5, este último se encuentra en células del sistema inmune y es por ello que son el blanco de la infección.

En tal sentido, esta interacción induce cambios conformacionales en gp120 y gp41, lo que lleva a la fusión del virus y las membranas celulares.

Dependiendo del correceptor utilizado para entrar a la célula, los aislamientos de VIH-1 se pueden clasificar como CCR5-trópicos (R5), CXCR4-trópicos (X4) o duales/mixtos (DM).

Ahora bien, cuando se habla de inmunodeficiencia, se refiere al compromiso de la función inmune, secundaria a una pérdida o déficit de un componente del sistema inmunológico. En este caso la infección por VIH ataca y destruye las células TCD4, ocasionando el SIDA; el cual es la fase más avanzada de la infección. Cuando no es controlada con TAR, la infección por este virus deteriora el sistema inmunitario en forma gradual, siendo más difícil para el individuo combatir las infecciones, haciéndose susceptible a diversos microorganismos oportunistas ¹⁶.

Según el centro para el control y prevención de enfermedades (CDC por sus siglas en inglés), las Infecciones Oportunistas (IO) se definen como infecciones que ocurren con mayor frecuencia y son más graves en individuos con deterioro del sistema Inmune, incluyendo personas con VIH/SIDA. Las IO son menos frecuentes actualmente que en los primeros años de la epidemia por VIH/SIDA en la década de los 80 del siglo XX, esto se explica debido al uso de los actuales tratamientos. Sin embargo muchas personas con VIH todavía desarrollan IO por no estar diagnosticadas y así mismo no contar con TAR o el mismo puede no mantener sus niveles de carga viral lo suficientemente bajos como para que su sistema inmunológico evite infecciones.

Se han propuesto varios sistemas para clasificar la infección y la enfermedad por el VIH. El sistema de clasificación del CDC de 1993 para VIH, categoriza a los individuos según agrupamientos clínicos y de niveles de células TCD4+. Las categorías clínicas son grupo A, infección por VIH aguda asintomática o linfadenopatías generalizadas persistentes; grupo B, enfermedad sintomática por VIH, y grupo C, enfermedades indicadoras de SIDA. Las categorías del

nivel de células TCD4+ son: 1) 500/mm³ o más, 2) 200 – 499/mm³ y 3) menos de 200/mm³.^{16,17}

Evidentemente, de forma directa o indirecta las IO siguen siendo las responsables de la mayoría de las muertes de pacientes con infección por VIH/SIDA. La Diarrea se define como la expulsión de heces no formadas o anormalmente líquidas, con una mayor frecuencia de defecación, tres o más veces por día o por lo menos 200 gramos al día. Se clasifica por tiempo de evolución en aguda si dura hasta 14 días, persistente (subaguda) si la duración es de 14 a 28 días y crónica si el tiempo es mayor a 28 días; siendo igualmente la diarrea durante más de 01 mes, junto con pérdida de peso, una condición incluida en la definición de SIDA.^{5,18}

Sin dudas, la infección parasitaria intestinal es uno de los mayores problemas de salud entre los pacientes seropositivos por VIH. La diarrea infecciosa de múltiples etiologías, entre las que se encuentran las producidas por parásitos como *Entamoeba histolytica*, *Giardia duodenalis*, *Balantidium coli*, *Strongyloides stercoralis* y *Blastocystis hominis* entre otras, constituye una complicación común en sujetos con VIH, pero la infección por protozoos oportunistas representa una de las mayores infecciones de impacto significativo sobre la calidad de vida de estos pacientes.

Así pues, se ha estimado que entre 30% y 50% de los pacientes con SIDA en Estados Unidos y 90% de pacientes en Haití y África sufren de diarrea crónica, y son los protozoos intestinales formadores de esporas (*Cryptosporidium* sp., *Cyclospora* sp., *Isospora belli* y microsporidios), los patógenos mayormente implicados en diarrea grave y síndrome de mala absorción.¹⁹

En efecto, esta infección parasitaria no es diferenciable clínicamente, pero sí a través de técnicas de laboratorio en materia fecal, aunque se presenta una

gran dificultad en el diagnóstico de microsporidiosis, debido al tamaño de las esporas de las diferentes especies que infectan el ser humano. Lamentablemente muchas de estas enfermedades pasan desapercibidas, esto se debe a la falta de estandarización de protocolos y desconocimiento del perfil epidemiológico de IO en esta población.^{18, 19, 20}.

En el caso de las diarreas de origen viral son generalmente autolimitadas. El tratamiento para Isospora y Cyclospora puede ser cotrimoxazol; en el caso de microsporidia, albendazol o fumagilina. Para la infección por cryptosporidium no hay fármacos eficaces. No obstante, la mejor opción terapéutica en estas infecciones intestinales por parásitos, es la mejoría de la situación inmunológica del paciente mediante la introducción del TAR.

En este sentido, entre las medidas claves para tratar las enfermedades diarreicas en pacientes con infección por VIH/SIDA destacan las siguientes: Solución de sales de rehidratación oral (SRO) en caso de no existir deshidratación o de que ésta sea moderada, o fluidos intravenosos en caso de deshidratación severa o estado de shock, así como complementos de zinc lo cuales reducen un 25% la duración de los episodios de diarrea y se asocian con una reducción del 30% del volumen de las heces. El tratamiento de elección es metronidazol (vía oral o intravenosa) y, como alternativa en pacientes con formas más graves de infección con alto grado de sospecha de infecciones por clostridium, vancomicina por vía oral (de tal modo que lleve a cabo la mayor parte de su acción antibacteriana en la luz del propio tubo digestivo)^{21, 22}.

En dado caso que este asociado al uso de antibióticos, se recomienda retirar si es posible, el antibiótico causal y sustituirlo por una familia farmacológica diferente. Los antidiarreicos, se usan para tratar el síntoma, pero en forma concomitante se debe tratar el origen de la diarrea. El difenoxilato, aminora la motilidad gastrointestinal, por su fijación a la musculatura circular y

longitudinal del intestino y disminuye la secreción gastrointestinal. Mientras que la loperamida por su parte se une a los receptores opiáceos de la pared e inhibe, la liberación de acetil colina y prostaglandinas y aumenta el tono del esfínter anal ^{5,21}.

No cabe la menor duda de que, la diarrea representa una causa importante de morbilidad, en pacientes con VIH/SIDA en Venezuela, por lo que es necesaria una mayor educación, oportuna evaluación del paciente, y la implementación de protocolos empíricos efectivos para la solución de este problema que produce afectación en la calidad de vida.

Objetivo General

Establecer la efectividad del tratamiento empírico del síndrome diarreico en pacientes portadores de infección por VIH/SIDA.

Objetivos Específicos.

Caracterizar a los pacientes portadores de VIH/SIDA que acuden con Síndrome Diarreico, por variables demográficas, Comorbilidades y estado inmunológico con conteo de TCD4.

Agrupar a los pacientes de acuerdo a presencia de coproanálisis, coprocultivo, y pruebas especiales.

Relacionar el Contaje de TCD4 con Gérmenes etiológicos.

Determinar el número de días necesarios para remisión de síntomas en paciente con el uso del tratamiento empírico.

Definir el esquema de tratamiento empírico y establecer su efectividad de acuerdo a la mejoría en la evolución hospitalaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación de campo, de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo de corte longitudinal. Donde la población se refirió al total de pacientes con diagnóstico de infección por VIH/SIDA, que fueron ingresados por el servicio de medicina interna de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en las áreas de emergencia de adultos, medicina interna “A” y “B”.

En este sentido, se tomó una muestra no probabilística, intencional donde se definió como criterio de inclusión todo paciente con diagnóstico de infección por VIH/SIDA y presencia de síndrome diarreico, durante el periodo de mayo 2020 a mayo del 2024. El procedimiento establecido para la recolección de datos consistió en la revisión documental de historias clínicas de pacientes que cumplieran con dichos criterios.

Así mismo la técnica de recolección de dato, fue de campo utilizándose como instrumento una ficha elaborada en Microsoft Word por el autor (ANEXO A), donde se obtuvieron los datos sobre las variables en estudio; la cual constaba de IV segmentos especificados a continuación; Segmento I con los datos demográficos, comorbilidades y estado serológico, Segmento II con el Tiempo de evolución de Infección por VIH y presentación de Síndrome diarreico, Segmento III con la etiología del síndrome diarreico, la realización de coproanálisis, coprocultivo, y pruebas especiales y finalmente el Segmento IV que consta del esquema de tratamiento empírico y número de días necesarios para remisión de síntomas.

Posteriormente fueron vaciados en tablas de Microsoft Excel, siendo procesada y analizada la información a través del paquete estadístico de licencia libre Past 4.13, luego los resultados se presentaron en frecuencias

absolutas y relativas, en tablas y gráficos según los objetivos específicos propuestos. Se corroboró el ajuste de las variables cuantitativas a la distribución normal a través de la prueba Kolmogorov – Smirnov, por lo que se describió la media y desviación estándar. Para demostrar la independencia de las variables: presencia de infecciones oportunistas y de tumores con relación al conteo de linfocitos T CD4+ se utilizó la prueba de Chi cuadrado, con un 95% de confianza y 1 grado de libertad. Siendo realizado la operación de Chi cuadrado para las variables cualitativas. Para los análisis de significación estadística se utilizó un criterio de error de menos de 5% ($P < 0.05$).

RESULTADOS

Se estudió una muestra de 50 pacientes con Síndrome Diarreico en pacientes portadores de VIH, en donde se obtuvieron los siguientes resultados: el sexo masculino predominó con un 68% (n:34), los grupos etarios predominantes fueron los comprendidos en edades de 31 – 45 años y 46 – 60 años con el 44% y 30% respectivamente, siendo la edad mínima estudiada 18 años y máxima de 66 años, con una mediana de 39,5. (Tabla 1)

Los grupos sociales predominantes fue el Graffar III con el 54%, siendo mayor la incidencia del sexo masculino en ambos grupos. El 20% (n:10) de los pacientes presentaban estados comórbidos siendo la Diabetes la de mayor incidencia con el 40%(n:4) seguido de la Enfermedad Renal Crónica con el 20% (n:2). Con respecto al estado serológico solo el 28% de los pacientes (n:14) presentaba conteo de TCD4, de este porcentaje de pacientes el 57,14% correspondió al grupo de 200 - 499 cel/mm³. (Tabla 2)

En cuanto a los estudios; el coproanálisis se realizó en el 74% (n: 36), mientras que el coprocultivo se logró realizar en un 42% (n: 21), y solo el 14% de los pacientes se logró realizar de pruebas especiales (Tabla 3). Se pudo demostrar el agente etiológico en 25 pacientes lo que representó el 50% de la muestra, siendo la E. coli el microorganismo con mayor Incidencia en un 36% (n:9), predominando en el grupo que desconoce su estado serológico 28% (n:7). Mientras que dentro del grupo que conocían su estado serológico con conteo de TCD4 entre 200 - 499 cel/mm³, el germen con mayor Incidencia fue el I. belli con el 12%(n:3). (Grafico 1).

Para finalizar encontramos que hubo buena evolución con tratamiento empírico en el 64% de los pacientes (n:32), (Tabla 4). La cantidad de días

necesario para presentar mejoría predominante fue menor a 5 días con el 68,75% (n:22), (Tabla 5). Prepondero el esquema conformado por Ceftriaxone y metronidazol representando el 53,12% (n:17), (Tabla 6).

DISCUSIÓN

La infección por VIH hace que en consecuencia haya un estado de inmunosupresión con disminución del conteo de TCD4 en la evolución de la historia natural de la enfermedad. Siendo los síntomas gastrointestinales uno de los flagelos más importantes y limitantes de esta infección, resultando en una problemática de salud pública.

En la muestra de 50 pacientes de este estudio; el sexo preponderante fue el masculino, y el grupo etario predominante fue el comprendido en edades de 31 – 45 años, lo que concuerda con los estudios de Carvajal, et al y Naranjo J, et al, esto probablemente se deba a que a nivel mundial los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) tienen 25 veces más probabilidades que la media de contraer VIH, según informa ONUSIDA, Igualmente los hombres son más propensos a no tomar la medicación preventiva y no tener apego al TAR, en este grupo hay mayor porcentaje de uso de drogas endovenosas que pueden condicionar a conductas que culminan en prácticas sexuales no seguras, así mismo este grupo etario tiende a ser sexualmente más activo con un factor de riesgo importante como la promiscuidad ^{14, 15}.

El grupo social predominante fue el Graffar III, lo que contrasta con el estudio de Lira M donde preponderó el IV. La Comorbilidad con mayor incidencia fue la Diabetes no guardando similitud con el estudio de Sandoval M, et al, donde se evidenció que la comorbilidad más frecuente fue la HTA. En cuanto al conteo de TCD4, dominó el grupo de 200 - 499 cel/mm³ lo que difiere de Rojas G, donde fue el estadio 3 el de mayor predominancia (<200 cel/mm³) ^{9, 16, 19}. En el apartado socio-económico es complejo la lectura en vista que la situación económica en Venezuela es crítica con sueldos en promedio que no alcanzan para cubrir la cesta básica alimentaria, por lo que los estratos

más afectados son aquellos que conforman los Graffar III, IV y V que en conjunto representó el 94% siendo en estos grupos más difícil el acceso a la educación y a acciones de políticas de salud.

En los pacientes con VIH se ha evidenciado aumento de resistencia a la insulina lo que puede predisponer a los pacientes al desarrollo de Diabetes en su mayoría de tipo 2. En estos pacientes en base al compromiso de la función inmune, secundaria a una pérdida en el número de linfocitos T CD4+ se ha evidenciado que a menor conteo de TCD4 mayor predisposición a Infecciones Oportunistas entre ellas las que corresponden a las infecciones gastrointestinales con la presencia de diarrea.

La realización de pruebas especiales estuvo presente en el 14%. Lo que contrasta con el estudio de Montalvo et al, donde se usó el sistema especializado de PCR multiplex FilmArray. En Venezuela es difícil el acceso a sistemas especializados tipo panel, o de pruebas moleculares, teniendo en cuenta la situación socioeconómica actual. En cuanto al agente etiológico fue la E. coli el microorganismo con mayor Incidencia, lo que contrasta con el estudio de Mercado M, en donde se logró identificar el microorganismo causal en el 49.1%; siendo el más frecuente el *Cryptosporidium* spp. Son diversos los mecanismos para que el VIH origine una afectación gastrointestinal entre ellos el daño primario a los enterocitos, más el trastorno inflamatorio crónico, así mismo hay hipótesis que sugieren replicación en el tejido mucoso, así como las colitis bacterianas pueden resultar del crecimiento incontrolado de la flora intestinal normal entre ellas el E. coli como efectivamente se notó en la muestra estudiada ^{13, 23}.

Finalmente hubo buena respuesta con el tratamiento empírico, siendo predominante el esquema conformado por Ceftriaxone y metronidazol, lo que contrasta con el estudio de Yang H. H, donde el tratamiento empírico fue dado por fluoroquinolonas entre ellos ciprofloxacino más un amebicida. En

todo caso el tratamiento está dirigido hacia amebas, y enterobacterias que como se ha demostrado son parte importante de los agentes etiológicos del síndrome diarreico infecciosos en pacientes portadores de VIH.

CONCLUSIONES

De la muestra estudiada que cumplieron con los criterios de inclusión, se puede concluir que existió mayor frecuencia en pacientes masculinos y en edad productiva con predominancia de la tercera década de la vida.

A pesar que el Graffar III fue preponderante no se puede pasar en alto que del total de la muestra el 94% perteneció a clases sociales correspondiente al Grupo III, IV y V en conjunto. Esto dificulta la posibilidad de realizarse la carga viral y el conteo de TCD4 como se ha visto reflejado en esta investigación.

La Diabetes fue el estado comórbido con mayor incidencia seguido de Enfermedad Renal Crónica. Menos de la mitad de los pacientes presentó conteo de TCD4, y de estos más de las dos partes correspondió al grupo de 200 - 499 cel/mm³.

El coproanálisis se realizó en tres cuartas partes de la muestra estudiada, y las pruebas especiales se lograron realizar en un cuarto del total de pacientes. En el 50% se logró demostrar el agente etiológico, la E. coli fue el microorganismo con mayor incidencia. Dentro del grupo que se conocía su estado serológico el germen con mayor incidencia fue el I. belli.

Para finalizar se encontró que hubo buena respuesta con tratamiento empírico, siendo menos de 5 los días necesarios para presentar mejoría, el esquema con mejor tasa de efectividad fue el conformado por Ceftriaxone y metronidazol con una $p < 0.05$ con χ^2 : 6,50.

RECOMENDACIONES

Es necesario implementar políticas y estrategias en salud, para mejorar los indicadores antropométricos. Promover campañas nacionales para la educación, orientando hacia el apego al TAR y al control periódico para evitar Infecciones Oportunistas, entre ellas las que afectan al tracto gastrointestinal.

Emplazar a las entidades de salud para la puesta a punto de estudios básicos como el coproanálisis, y coprocultivo, así como la modernización y actualización para la realización de pruebas especiales, entre ellas la PCR Multiplex. Así mismo estimular al paciente sobre la realización de las mismas y la importancia del conteo de TCD4 y carga viral para evaluar su respuesta inmunológica y virológica.

Desarrollar sistema que permita la monitorización y seguimiento de los pacientes en cuestión, así como en base a los estudios especializados y posteriormente a la identificación de los gérmenes responsables llevar control de los patrones de resistencia. Igualmente la importancia del departamento de historias médicas para la recolección de datos, y un mejor manejo de las historias clínicas para futuros estudios de investigación.

Usar de manera definitiva esquema de tratamiento empírico que se oriente a los posibles gérmenes etiológicos, siempre con prontitud para obtener mejoría en la evolución hospitalaria.

Finalmente elaborar en base a esta investigación un protocolo de tratamiento donde el esquema con ceftriaxone y metronidazol sea la piedra angular del mismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carvajal M et al. Virus de inmunodeficiencia humana hallazgos útiles en el diagnóstico, prevención y tratamiento. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología*, vol. 39, núm. 2, abril-junio 2019 *Actualidades Enf Inf Microbiol* 2019 39 (2): 65-70 disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/micro/ei-2019/ei192e.pdf>
2. Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de SIDA, centro de prensa, ONU- ONUSIDA, 2021 (15 de Febrero de 2023). Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
3. Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes Guía para profesionales de la salud. Min. Salud – Bogotá - Colombia, Guía Actualización parcial 2021-39 ISBN: 978-958-8543-09-3 disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/P/ET/gpc-vih-adultos-version-profesionales-salud.pdf>
4. Hoja informativa — Ficha de países – República Bolivariana de Venezuela, Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de SIDA - centro de prensa, ONU- ONUSIDA, 2021 (16 de Febrero de 2023). Disponible en: <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/venezuela>
5. Álvaro A, et al. "Enfoque de la diarrea en pacientes infectados con VIH." *Revista colombiana de Gastroenterología* 33.2 (2018): 150-160.
6. Mathur MK. Study of opportunistic intestinal parasitic infections in human immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome Patients. *J Glob Infect Dis.* 2013 Oct;5(4):164-7. doi: 10.4103/0974-777X.122012. PMID: 24672179; PMCID: PMC3958987. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24672179/>
7. Nathaly M. Características clínicas y epidemiológicas de la infección por VIH en pacientes mayores de 50 años. *Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera"*. 2005 – 2015. Universidad de Carabobo – Venezuela disponible en: <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/handle/123456789/3215>
8. Vargas CG. Frecuencia de coccidiosis y criptosporidiosis intestinal en pacientes diarreicos e infección con el virus de la inmunodeficiencia humana, en un hospital de Chiclayo, Perú." *Revista Experiencia en Medicina del Hospital Regional Lambayeque* 5.1 (2019): 39-42.
9. Lira M. Causas de mortalidad en pacientes VIH en la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" noviembre 2016 - marzo 2017". Universidad de Carabobo – Venezuela, disponible en: <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/handle/123456789/5369>

10. Namaji MA. Profile of intestinal parasitic Infections in Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome patients in Northeast India. *Indian J Sex Transm Dis AIDS*. 2020 Jan-Jun; 41(1):93-96. doi: 10.4103/ijstd.IJSTD_115_17. Epub 2020 Jun 18. PMID: 33062990; PMCID: PMC7529158. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33062990/>
11. Sánchez J. Detección de infecciones parasitarias intestinales asociadas a infección VIH/SIDA. 2021. Tesis Doctoral. Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en: <https://sociedadchilenaparasitologia.cl/wp-content/uploads/2022/01/TL-ARNULFO-MORALES-DETECCI%C3%93N-DE-INFECCIONES-PARASITARIAS....pdf>
12. Botero J et al. Prevalence of intestinal parasites in a cohort of HIV infected patients from Antioquia, Colombia. *Biomedica*. 2021 Oct 15;41 (Sp. 2): 153-164. doi: 10.7705/biomedica.5992. PMID: 34669286; PMCID: PMC8625018. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34669286/>
13. Montalvo R, et al. Evaluación de la diarrea crónica en pacientes con reciente diagnóstico de infección por VIH mediante el panel gastrointestinal FilmArray®. *Revista de Gastroenterología de México* (2023). [citado 2023 Marzo 10]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090623000058>
14. Carvajal A, et al. Gastroenteritis en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana con y sin tratamiento antirretroviral. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina, 2022. [citado 2023 Abril 09]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/66032/1/CD%203424-%20CARVAJAL%20PLUAS%2C%20ANTONIO%20ISAAC%3B%20MATAMOROS%20NIETO%2C%20MAURICIO%20STEEVEN.pdf>
15. Naranjo J, et al. Relación de CD4 y Agente Etiológico de Diarrea crónica en pacientes con VIH/SIDA. *Domino de las Ciencias* 9.1 (2023): 857-868, [citado 2023 Abril 10]. Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/3165>
16. Sandoval M, et al. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en servicios de medicina. *Rev. Soc. Ven. Microbiol.* [Internet]. 2008 Dic [citado 2023 Febrero 10]; 28(2): 116-120. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-25562008000200008&lng=es
17. Pimentel Z. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el trabajo, sometimiento frente a una realidad. *Salud de los Trabajadores* [Internet]. 2016 Dic [citado 2023 Febrero 11]; 24(2): 145-148. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382016000200009&lng=es

18. Sánchez JA, et al. Diarrea Infecciosa en pacientes VIH. Art. Revisión, Revista Médica MD Volumen 3 (2); octubre - diciembre 2011 disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2011/md112g.pdf>
19. Rojas GA. Infecciones oportunistas en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana - Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" Septiembre 2016-febrero 2017. Universidad de Carabobo – Venezuela disponible en: <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/handle/123456789/4787>
20. Pérez J. Infecciones oportunistas en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Universitario del Caribe. 2012-2014. [Internet]. 2015 [citado: 2023, febrero 15]. Disponible en: <https://bibliotecadigital.usb.edu.co/entities/publication/6c0aba7b-d208-4cc1-a05f-487004220360>
21. Parrales MA, et al. Apuntes de fundamentos teóricos sobre el estudio de las enfermedades diarreicas en pacientes VIH/SIDA. Revista Electrónica, Entrevista Académica (REEA), ISSN-e 2603-607X, Vol. 1, N°. 3, 2019, págs. 314-329. [citado: 2023, febrero 14] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7815648>
22. Lasso M. Diagnóstico y tratamiento de infecciones oportunistas en el paciente adulto con infección por VIH/SIDA. Comité Consultivo de SIDA. Sociedad Chilena de Infectología. Hospital Dr. Sotero del Río. 2011; 28 (5): 440-460.
23. Padilla M. et al. Elasticidad arterial y porcentaje de riesgo cardiovascular en pacientes con infección por VIH. 2012. Universidad de Carabobo – Venezuela disponible en <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/handle/123456789/3108>.
24. Mercado M. et al. Caracterización de los pacientes con diarrea y VIH/SIDA en el Hospital General de Barranquilla, período junio a diciembre 2017. 2018. Disponible en <https://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/17776/8650156.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
25. Yang H. H. Caracterización clínica y epidemiológica del paciente vih con tratamiento antirretroviral y diarrea.2018. Disponible en <https://recursosbiblio2.url.edu.gt/tesisjrkd/2018/09/18/Lee-Hsin.pdf>



ANEXO A

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Fecha. _____

Segmento I; Datos demográficos, comorbilidades y estado serológico

Iniciales. _____ Edad: _____ años Graffar. I. _____ II. _____ III. _____ IV. _____

Dirección. _____

Género: Masculino _____ Femenino _____

Presencia de Comorbilidades. SI _____ NO _____ CUAL _____

Inmunofenotipaje (recuento TCD4): SI _____ NO _____

Valor CD4: Menor 200/mm³ _____ 200-499/mm³ _____ Mayor o igual 500/mm³ _____

Categoría clínica TCD4: B1 _____ B2 _____ B3 _____ C1 _____ C2 _____ C3 _____

Segmento II; Tiempo de evolución de Infección por VIH y presentación de Síndrome diarreico.

Tiempo de Diagnóstico VIH/SIDA. 0-1 año _____ 1-2 años _____ 2-3 años _____ 3 o más años _____

Segmento III; Etiología de síndrome diarreico, realización de coproanálisis, coprocultivo, y pruebas especiales.

Coproanálisis. SI _____ NO _____ Observación _____

Coprocultivo. SI _____ NO _____ Se estableció agente etiológico: SI _____ NO _____

Germen Etiológico. _____

Antibiograma. SI _____ NO _____ Hallazgo _____

Pruebas Especiales. SI _____ NO _____ Cual _____

Resultados Pruebas Especiales. _____

Segmento IV; Esquema de tratamiento empírico y número de días necesarios para remisión de síntomas.

Esquema de Tratamiento Empírico: Cef/Metr _____ Cef/Met/Nit _____

Cef/Met/Azt _____ Metr _____ Cef _____ Otro _____

Evolución con tratamiento empírico. Mejoría: SI _____ NO _____

Tiempo de mejoría con Tratamiento Empírico: <5 días _____ 6-10 días _____

11-15 días _____ >15 días _____

Tabla 1

Distribución según sexo, edad, nivel socioeconómico de la muestra estudiada.

Grupos Etarios (años)	Femenino		Masculino		F	%
	F	%	F	%		
15-30	4	8%	7	14%	11	22%
31-45	7	14%	15	30%	22	44%
46-60	5	10%	10	20%	15	30%
61-75	0	0%	2	4%	2	4%
TOTAL	16	32%	34	68%	50	100%
Graffar						
II	1	2%	2	4%	3	6%
III	7	16%	20	38%	27	54%
IV	7	14%	8	16%	15	30%
V	1	2%	4	8%	5	10%
TOTAL	16	32%	13	68%	50	100%

Fuente: Datos de la investigación (Guzmán, 2024).

Tabla 2.

Distribución según sexo, comorbilidades y estado inmunológico con conteo de TCD4 de la muestra estudiada.

Comorbilidades	Femenino		Masculino		F	%
	F	%	F	%		
HTA	1	2%	0	0%	1	2%
Diabetes	1	2%	3	6%	4	8%
ERC	1	2%	1	2%	2	4%
Miocardopatía	0	0%	1	2%	1	2%
Esquizofrenia	1	2%	0	0%	1	2%
Asma Bronquial	0	0%	1	2%	1	2%
Niega	13	26%	27	54%	40	80%
TOTAL	17	34%	33	66%	50	100%
Contaje de TCD4 (cel/mm3)						
>500	0	0%	1	2%	1	2%
200 – 499	3	6%	5	10%	8	16%
<200	2	4%	3	6%	5	10%
No Presenta	12	24%	24	48%	36	72%
TOTAL	17	34%	33	66%	50	100%

Fuente: Datos de la investigación (Guzmán, 2024).

Tabla 3

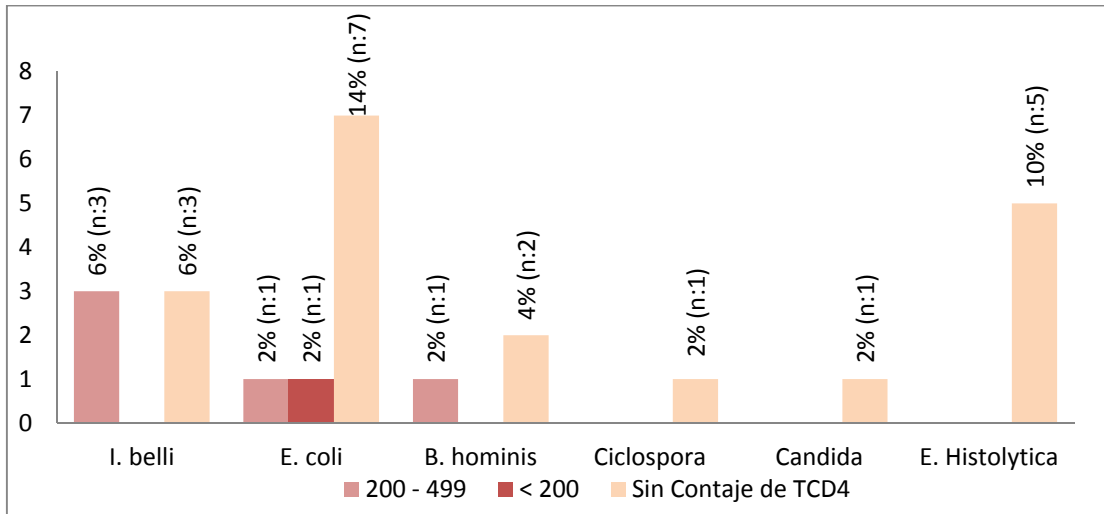
Agrupar a los pacientes de acuerdo a presencia de coproanálisis, coprocultivo y pruebas especiales.

Coproanálisis	Frecuencia	Porcentaje
SI	37	74%
NO	13	26%
TOTAL	50	100%
Coprocultivo		
SI	21	42%
NO	29	58%
TOTAL	50	100%
Pruebas Especiales		
SI	7	14%
NO	43	86%
TOTAL	25	100%

Fuente: Datos de la investigación (Guzmán, 2024).

Grafico 1.

Relación entre Contaje de TCD4 con Gérmenes etiológicos en pacientes portadores de VIH/SIDA que acuden con Síndrome Diarreico.



Fuente: Datos de la investigación (Guzmán, 2024).

Tabla 4

Relación entre el uso de tratamiento empírico y mejoría del síndrome diarreico.

Mejoría	F	%
SI	32	64
NO	18	36
TOTAL	50	100

Fuente: Datos de la investigación (Guzmán, 2024).

Tabla 5

Relación entre el uso de tratamiento empírico y mejoría en el número de días con síndrome diarreico.

Mejoría con tratamiento (días)	SI		NO	
	F	%	F	%
< 5	11	22%	0	0%
6 – 10	7	14%	0	0%
11 – 14	8	16%	0	0%
> 15	6	12%	18	36%
TOTAL	32	64%	18	36%

Fuente: Datos de la investigación (Guzmán, 2024).

Tabla 6

Relación entre el uso de esquemas de tratamiento empírico y remisión del síndrome diarreico.

Mejoría con tratamiento	SI		NO	
	F	%	F	%
Ceft/Metr*	17	34%	3	6%
Ceft/Metr/Nit	8	16%	7	14%
Otros	7	14%	8	16%
TOTAL	32	64%	18	36%

* P <0.05, X2: 6.50.

Fuente: Datos de la investigación (Guzmán, 2024).