



UNIVERSIDAD NACIONAL "PEDRO RUIZ GALLO"
Facultad de Medicina Humana
UNIDAD DE POSTGRADO



**PROGRAMA DE ESTUDIOS SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
HUMANA**

**"Etiología y Hallazgos Endoscópicos de la Hemorragia
Digestiva Baja en Pacientes VIH-SIDA del Hospital Almanzor
Aguinaga Asenjo Chiclayo 2013-2017"**

TRABAJO ACADEMICO

**PARA OPTAR EL TITULO DE:
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA**

AUTOR: DR. WALFO MANUEL GALLARDO CASTILLO

ASESOR: DR. JUAN MONDOÑEDO CHAVEZ.

LAMBAYEQUE-PERU 2018

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mis padres por su sacrificio e infinito apoyo sin el cual no hubiera podido convertirme en profesional.

A mi esposa e hijos que son mi inspiración y el principal motivo para seguir adelante y lograr las metas propuestas.

AGRADECIMIENTO

A mis asistentes que desde el inicio de mi residencia me brindaron sabias enseñanzas y orientación que han hecho posible la elaboración de esta investigación.

INDICE

I. ASPECTO INFORMATIVO	1
II. ASPECTO INVESTIGATIVO	2
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	2
2. MARCO METODOLOGICO	4
III. ASPECTO ADMINISTRATIVO	16
IV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	18
V. ANEXOS.....	21

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es determinar la etiología y los hallazgos endoscópicos más frecuente de la Hemorragia Digestiva Baja en Pacientes VIH-SIDA del servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, debido a que es una de las principales manifestaciones de afectación gastrointestinal en estos pacientes.

SUMMARY

The aim of this study is to determine the etiology and the most frequent endoscopic findings of Low Digestive Hemorrhage in HIV-AIDS patients of the Internal Medicine service of the Almanzor Aguinaga Asenjo National Hospital, because it is one of the main manifestations of gastrointestinal involvement in these patients.

I. ASPECTO INFORMATIVO

Título: “Etiología y Hallazgos Endoscópicos de la Hemorragia Digestiva Baja en Pacientes VIH-SIDA del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo 2013-2017”

Autor: R3 Wolfo Manuel Gallardo Castillo

Asesor de la especialidad: Dr. Juan Mondoñedo Chavez.

Asesor Metodológico: Dr. Cristian Díaz.

Línea o Prioridad de Investigación: Enfermedades Transmisibles.

Lugar de Ejecución (servicio): Servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

Fecha de Inicio: 01 de Enero del 2013.

II. ASPECTO INVESTIGATIVO

1. Planteamiento del Problema

1.1. Situación Problemática:

El sangrado gastrointestinal en Sida es poco frecuente, con <1% de la población. Esta entidad es causada tanto por infecciones oportunistas como por patologías no asociadas a Sida. En pacientes inmuno-comprometidos, las infecciones y neoplasias vistas exclusivamente en ellos raramente pueden causar sangrado GI. Estudios han mostrado que la etiología más frecuente en estos pacientes es parecida a la población general, con úlcera péptica como principal causa de sangrado gastrointestinal superior, desgarro de Mallory-Weiss entre otros y en contraste la colitis por CMV como causa de sangrado gastrointestinal inferior.

Patógenos entéricos como *Campylobacter*, *Shigella*, *Salmonella*, *E. histolytica* y *Chlamydia* pueden causar sangrado rectal por colitis o ulceración. También debe sospecharse otros patógenos como MAC, microsporidia y criptosporidia. Causas neoplásicas como linfoma de Burkitt o Kaposi pueden ulcerarse y en algún momento presentar episodios de sangrado espontáneo. La evaluación y el manejo de estos pacientes no debe diferir del de la población general, indicándose una endoscopia en todos estos pacientes, especialmente los que se presentan con inmunodeficiencia severa para descartar infecciones oportunistas o lesiones neoplásicas, así como también evaluar la posibilidad de intervención para parar la hemorragia.

1.2. Formulación del Problema

¿Cuál fue la Etiología y el hallazgo endoscópico más frecuente de la Hemorragia Digestiva Baja en Pacientes VIH-SIDA del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo 2013-2017”?

1.3. Hipótesis

La Colitis por Citomegalovirus y la presencia de úlceras en Colon es la causa principal y hallazgo endoscópico más frecuente respectivamente de sangrado digestivo bajo en pacientes VIH-SIDA del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo del 2013-2017.

1.4. Objetivos General y Específicos

Objetivo General:

Determinar la Etiología y el hallazgo endoscópico más frecuente de la Hemorragia Digestiva Baja en Pacientes VIH-SIDA del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo 2013-2017.

Objetivos Específicos:

- Determinar la incidencia de Hemorragia Digestiva Baja con respecto a otras manifestaciones gastrointestinales.
- Determinar la incidencia de Hemorragia Digestiva Baja por sexo, edad y opción sexual.
- Identificar las diversas etiologías infecciosas y tumorales de la Hemorragia Digestiva Baja.

1.5. Justificación e Importancia

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, la importancia y la repercusión clínica de la hemorragia digestiva baja en pacientes con SIDA.

Según la literatura previamente revisada la hemorragia digestiva baja representa una manifestación gastrointestinal poco frecuente; Pero cuando se presenta complica el estado hemodinámico del paciente con SIDA poniendo en riesgo su vida.

La justificación de nuestro trabajo se basa en la ausencia de estudios específicos sobre la etiología más frecuente de sangrado digestivo bajo en hospitales del

Perú, que permitan un abordaje terapéutico precoz para evitar complicaciones y disminuir la morbilidad asociada a esta entidad.

1.6. Limitaciones y viabilidad

Limitaciones

- Que por diversas situaciones no todos los pacientes con hemorragia digestiva baja se hayan realizado Endoscopia baja.
- Que no se les haya realizado análisis microbiológicos o serología para los agentes infecciosos más frecuentes.
- Que no se haya tomado Biopsia de la lesión y por lo tanto no hayan resultados de Patología.

Viabilidad

El presente proyecto es viable pues se cuenta con los recursos financieros, humanos y materiales para realizar la investigación y son los suficientes para terminarla.

2. Marco Teórico

2.1. Antecedentes

Laguado Luis, et al (2016), En el estudio denominado Hallazgos endoscópicos y patológicos en pacientes con VIH y síntomas digestivos de un Hospital Universitario, realizado en la Unidad de Gastroenterología del Hospital Universitario de Santander de Bucaramanga, Colombia. Se diseño un estudio observacional, descriptivo, donde se recolectó una serie de pacientes que ingresaron al Hospital desde el 01 de enero hasta el 31 de diciembre de 2014. Se realizaron 41 endoscopías altas y 29 colonoscopías en 54 pacientes. A todo paciente se le practicó biopsia.

Los resultados fueron la edad promedio fue de 39 años, la sintomatología digestiva con mayor reporte fue la diarrea y las lesiones orales; Los diagnósticos más frecuentes por anatomía patológica diferentes a normalidad fueron: Candidiasis (17%) en esófago, gastritis crónica moderada (26.7%) en estómago

y colitis crónica moderada (26.7%) tanto en colon izquierdo (44.8%) como en colon derecho (51,7%).

Conclusiones: los hallazgos endoscópicos y patológicos concuerdan con la frecuencia de presentaciones reportadas en la literatura, aunque no se encontraron neoplasias ni agentes infecciosos como micobacterias. Los oportunistas más frecuentes fueron la cándida y el citomegalovirus. Al confrontar el diagnóstico de normalidad entre el endoscopista y la anatomía patológica, solamente en esófago había una concordancia aceptable, a diferencia del estómago y el colon, donde la disparidad es evidente. Por lo anterior, en pacientes con VIH/ SIDA que requieran endoscopia sería importante siempre considerar la toma biopsias de manera protocolizada¹.

Alva Edgar, Vásquez J, et al (2010), Se reporta caso de paciente mujer de 48 años, sin antecedentes importantes (niega transfusión de sangre), con cuatro meses con diarrea y pérdida ponderal de 8 kg. Presenta episodio de hematoquezia y anemia aguda que requirió transfusión. Se realizó colonoscopia intrahemorragica detectando tres lesiones ulceradas: una a 10 cm del ano, otra en colon transverso distal, otra úlcera de similares características en el transverso proximal. Las biopsias mostraron tejido de granulación de úlcera, abundantes macrófagos con estructuras intracitoplasmáticas consistentes con histoplasmosis. Los exámenes no demostraron tuberculosis, ni parasitosis intestinal. Las pruebas de VIH (ELISA y Western Blot) fueron positivas. El recuento de linfocitos CD4 (78 células) y la histoplasmosis extrapulmonar fueron los criterios que definieron el estadio SIDA. La histoplasmosis extrapulmonar define el estadio IV en pacientes inmunosuprimidos por el VIH. La hemorragia digestiva baja por úlceras colónicas secundarias a Histoplasma es una forma de presentación infrecuente como manifestación diagnóstica de SIDA².

Corti M, Villafañe M, et al (2006), En el estudio Linfomas del tubo digestivo y glándulas anexas en pacientes con SIDA. Serie de casos. Se analizaron de manera retrospectiva las características epidemiológicas, clínicas, virológicas, inmunológicas e histopatológicas de 8 pacientes con diagnóstico de linfomas

del tracto gastrointestinal y glándulas anexas (hígado y parótida) asistidos en la División de VIH-/SIDA del Hospital de Enfermedades Infecciosas F J Muñiz de Buenos Aires, Argentina, entre enero de 1997 y diciembre de 2004. Todos los pacientes fueron evaluados por tomografía computarizada y examen de la médula ósea, además de los exámenes endoscópicos de diagnóstico. Resultados: todos los pacientes fueron varones; 4 eran heterosexuales, 2 homosexuales, uno hemofílico y uno adicto a drogas endovenosas. Tres pacientes presentaron coinfección por el virus de la hepatitis C. La mediana de edad fue de 42 años y la mediana de linfocitos T CD4 + fue de 87 células/uL al momento del diagnóstico de la neoplasia. La incidencia global de linfomas (primarios del sistema nervioso central, no Hodgkin sistémicos y de Hodgkin) durante el período de estudio fue de 2,9% (54 casos); 17 pacientes (32%) tuvieron diagnóstico de LNH sistémicos; 10 (58,8%) de ellos tuvieron presentación extranodal al momento del inicio de las manifestaciones clínicas y 8 (80%) comprometieron el tubo digestivo y las glándulas anexas (parótida, cavum, esófago, estómago, duodeno, colon derecho en 2 casos e hígado en el restante), como LNH primarios, de alto grado y de fenotipo "B".

El linfoma de duodeno fue el único de tipo Burkitt en esta serie y se detectó el genoma del virus de Epstein-Barr en las muestras de biopsias del tumor, así como también en el que comprometió el hígado. Cuatro pacientes recibieron tratamiento con quimioterapia sistémica más factor estimulante de colonias de granulocitos y TARGA; 2 de ellos (cavum y uno de los de colon) tienen una sobrevida prolongada con reconstitución inmune luego de 5 y 6 años del diagnóstico, respectivamente. La mediana de supervivencia de los pacientes tratados con TARGA más quimioterapia fue de 33 meses.

Conclusión: los LNH del tracto gastrointestinal son una grave complicación de la enfermedad VIH/SIDA avanzada. El diagnóstico precoz seguido del tratamiento combinado de quimioterapia más TARGA mejora el pronóstico y la supervivencia de estos pacientes³.

Sánchez J, Lárraga A, et al (2005), En el estudio Manifestaciones clínicas y características endoscópicas del sarcoma de Kaposi en pacientes con SIDA, realizado en el Instituto Nacional de Cancerología en un periodo desde 1999 hasta 2002 donde se analizaron 12 casos con SIDA y Sarcoma de Kaposi, Se

analizaron datos clínicos, seropositividad, riesgo, estado inmune (leucocitos, linfocitos, carga viral, CD4, CD8, relación CD4/CD8), enfermedad sistémica: infecciones oportunistas, tumores y características por endoscopia e histología. Resultados: fueron 11 hombres y una mujer con edad promedio de 37.3 años. Los síntomas observados: pérdida de peso en seis casos, anemia, seis; dolor abdominal, seis; fiebre, seis; melena, cuatro; odinofagia, tres; diarrea, cuatro; hematemesis, dos; distensión abdominal, dos; disfagia, dos; rectorragia, uno. Distribución de las lesiones: paladar duro, siete; blando, dos; laringe, tres; esófago, dos; estómago, 10; duodeno, dos; colon, cinco; y en conducto anal, uno. El aspecto endoscópico en la mayoría fue de lesión elevada multinodular color púrpura-azul o placas rojo-castaño de diversos tamaños. Conclusiones: el SK se presenta como lesión múltiple con aspecto y tamaño diversos, de color púrpura-azul o rojo-castaño. Hay correlación entre mayor número de lesiones, órganos afectados, estado inmunológico y la mortalidad⁴.

Chincha O, Cáceres J, et al (2017), reporta un caso que muestra una causa inusual de hemorragia digestiva alta y baja en un paciente con infección por VIH sin tratamiento anti-retroviral. Las causas más frecuentes de hemorragia digestiva alta en un paciente con infección por VIH con recuento de linfocitos T CD4 < 200 céls/mm³ son el sarcoma de Kaposi, úlceras esofágicas virales (citomegalovirus, herpes simplex) y micóticas (candidiasis) y linfoma no Hodgkin, mientras que en el diagnóstico diferencial de sangrado digestivo bajo incluye: linfoma no Hodgkin, carcinoma, enfermedad diverticular e infecciones entéricas por *Yersinia enterocolitica*, *Histoplasma capsulatum* y citomegalovirus. En el Perú y en otros países endémicos debe considerarse la TBC gastrointestinal dentro del diagnóstico diferencial para una hemorragia digestiva baja. La localización más frecuente de la TBC gastrointestinal es la región ileocecal, en 90% de los casos, seguido de colon y yeyuno.

Nagashahi y cols., reportaron un paciente con infección por VIH de reciente diagnóstico con evidencia de sangrado intestinal bajo masivo, en el cual se realizó una cirugía de emergencia que logró controlar el sangrado.

El procedimiento diagnóstico de elección es usualmente la colonoscopia y la endoscopia digestiva alta con toma de muestras mediante biopsia. El diagnóstico definitivo de TBC gastrointestinal se establece por la tinción de Ziehl-Neelsen, cultivos convencionales en medio de Lowenstein Jensen y las características histopatológicas del tejido intestinal⁵.

2.2. Marco Teórico

Hemorragia Digestiva Baja

Se define anatómicamente como aquella que se origina en un punto del tubo digestivo distal al ángulo de Treitz. También puede ser denominada como sangrado intestinal al abarcar tanto el intestino delgado como el grueso. En el 75-80% de los casos tiene su origen en el colon y recto, y se estima que en un 15% se localiza en el intestino delgado⁶.

El signo guía de la HDB es la emisión de sangre por el recto que recibe distintas denominaciones (por ejemplo, rectorragia, hematoquecia, sangrado rectal, etc.)⁷. Este síndrome puede manifestarse como una hemorragia aguda severa con compromiso hemodinámico, como cuadros subagudos generalmente autolimitados y sin compromiso hemodinámico, o como cuadros de sangrado crónico oculto⁸.

Los exámenes complementarios para la evaluación del sangrado digestivo bajo son:

Anoscopía-proctosigmoidoscopia y fibrosigmoidoscopia: exploración instrumental indicada cuando la hemorragia se ha manifestado en forma de rectorragia, en especial cuando se sospecha una lesión en la zona anorrectosigmoide, como hemorroides, fisuras, proctitis ulcerosa o infecciosa, úlcera o cáncer rectal. Su realización entraña dificultades cuando la hemorragia es activa y de alto débito en el momento de la exploración. Es el primer procedimiento que podría efectuarse ante la sospecha de una hemorragia digestiva baja. Permite obtener muestras para estudio de contenido fecal (examen parasitológico directo, coprocultivo), y tomar biopsias para estudio histológico⁹.

Colonoscopía: consigue visualizar hasta el ciego en el 90% de los casos. Esta técnica requiere generalmente una preparación previa del colon con enemas de

limpieza o soluciones osmóticas por vía oral y sedación del paciente. Permite establecer el diagnóstico en alrededor del 30-40% de los casos de hemorragia digestiva baja en los que el enema opaco no había conseguido detectar la lesión⁹.

Manifestaciones Gastrointestinales de la Infección por el VIH.

La hemorragia digestiva baja es poco frecuente. En un estudio, 18 de 691 pacientes consecutivos con sida (2,6%) presentaron hemorragia digestiva baja, y fueron seguidos durante un período de seis años; la cifra media de linfocitos CD4+ en este estudio fue de 46. La causa más frecuente de hemorragia digestiva baja fue la colitis por CMV, que resultó ser la etiología en el 39% de los pacientes; en segundo lugar, aparecían las úlceras idiopáticas del colon (28%). En la colitis por CMV, la imagen endoscópica es muy variable y va desde úlceras profundas penetrantes a úlceras superficiales, hemorragia submucosa, colitis segmentaria o aspecto de la mucosa normal con biopsias positivas. En otro estudio, la causa más frecuente de hemorragia digestiva baja fue también la colitis por CMV (25,3%), seguida del linfoma (12,2%) y la colitis inespecífica. Finalmente, las nuevas técnicas como la cápsula endoscópica pueden ser de ayuda en la hemorragia digestiva de origen incierto¹⁰.

En algunos casos de colitis por CMV se puede producir la perforación del colon, lo cual precisa tratamiento quirúrgico, aunque la mayoría de los pacientes mejora con la administración de ganciclovir, foscarnet o bien de forma espontánea. El pronóstico general de estos pacientes era malo, falleciendo el 28% de los mismos durante la hospitalización, y un 17% más en los siguientes seis meses. Esto refleja un estadio avanzado de la enfermedad.

Las hemorroides y la fisura anal pueden causar hemorragia importante en los pacientes VIH, casi siempre en el contexto de trombocitopenia .

También puede verse hemorragia digestiva alta en el contexto de diarrea por infecciones enteroinvasivas (*Salmonella*, *Campylobacter*), infecciones de transmisión sexual por *Chlamydia* sp. y *E. histolytica* (homosexuales), tuberculosis intestinal y amiloidosis. El sarcoma de Kaposi, frecuente en las series más antiguas, ha dejado paso al linfoma como causa tumoral más frecuente en las más recientes (43). La hiperinfestación por *Strongiloides*

stercolaris puede causar pérdidas hemáticas agudas o crónicas en forma de sangre oculta en heces¹⁰.

Las lesiones del recto son frecuentes en estos pacientes, sobre todo las úlceras y erosiones perirrectales secundarias a una reactivación del virus del *Herpes simplex*, pueden ser totalmente atípicas, sin ninguna vesícula, pero responden bien al tratamiento con Aciclovir. Las demás lesiones rectales comprenden el condiloma acuminado, el sarcoma de Kaposi y la neoplasia intraepitelial¹¹.

Estudios han mostrado que la etiología más frecuente en estos pacientes es parecida a la población general, con úlcera péptica como principal causa de sangrado gastrointestinal superior, desgarro de Mallory-Weiss entre otros y en contraste la colitis por CMV como causa de sangrado gastrointestinal inferior. Causas neoplásicas como linfoma de Burkitt o Kaposi pueden ulcerarse y en algún momento presentar episodios de sangrado espontáneo¹².

La evaluación y el manejo de estos pacientes no debe diferir del de la población general, indicándose una endoscopia en todos estos pacientes, especialmente los que se presentan con inmunodeficiencia severa para descartar infecciones oportunistas o lesiones neoplásicas, así como también evaluar la posibilidad de intervención para parar la hemorragia¹².

El toxoplasma no es causa de hemorragia digestiva baja (sólo un caso en la literatura en forma de diarrea. La Leishmaniasis visceral puede afectar al tracto gastrointestinal, sobre todo a nivel de intestino delgado (aunque hay casos descritos en colon; en contra no existe esplenomegalia, muy frecuente en esta patología (80% de los casos), y tiene una médula ósea sin parásitos (sensibilidad: 70-90%)¹³.

Las micobacterias, tuberculosa (TBC) y atípicas (MAI), y el Citomegalovirus explicarían la plaquetopenia y sangrado digestivo por lo que se mantienen en el diagnóstico diferencial. La afectación gastrointestinal es frecuente en pacientes VIH (hasta un 50%)¹³.

Se ha observado mayor incidencia de neoplasias en pacientes VIH respecto a la población general (excepto el cáncer de próstata). El SK es el tumor más frecuente en VIH. La afectación gastrointestinal es la presentación extracutánea

más frecuente, pudiendo ser el único signo (raro). Los corticoides pueden inducir o exacerbar el SK. A nivel endoscópico se pueden encontrar nódulos hemorrágicos, siendo el diagnóstico definitivo la anatomía patológica¹³.

Histoplasmosis Colónica

La histoplasmosis es una infección sistémica causada por un hongo dimórfico denominado *Histoplasma capsulatum*, descrita por primera vez por Darling en 1906, especialmente endémica en los valles de Ohio, Missisipi y Missouri en los Estados Unidos, y en el Caribe, Centro y Sudamérica; en el Perú es endémica en la amazonía, especialmente en Tingo María, Pucallpa e Iquitos.

Afecta principalmente al íleon terminal y al colon, aunque puede comprometer cualquier segmento del tubo digestivo, presentándose como lesiones únicas o múltiples, ulceradas, granulomatosas o pseudopolipoides que pueden producir dolor abdominal, sangrado digestivo, perforación u obstrucción intestinal. Las lesiones pueden ser parecidas a las producidas por otras enfermedades como la tuberculosis o las neoplasias¹⁴.

En el mismo reporte mencionan que los síntomas más frecuentes de la histoplasmosis gastrointestinal fueron dolor abdominal, fiebre, pérdida de peso y diarrea, sin embargo, la hemorragia y la obstrucción fueron raras; las lesiones gastrointestinales se localizaron en intestino grueso (61%), intestino delgado (25%) y en ambos (11%)¹⁴.

El diagnóstico de la histoplasmosis colónica se basa en el estudio endoscópico e histopatológico. El diagnóstico diferencial se debe hacer con tuberculosis, Crohn, colitis infecciosa, colitis ulcerativa, cáncer y amiloidosis¹⁴.

Infección por Citomegalovirus

La infección por citomegalovirus en personas inmunocompetentes suele pasar inadvertida y asintomática; pero, en ocasiones, puede causar síndrome mononucleósico. Su curso depende del estado general previo y de comorbilidades, aunque suelen responder muy bien al tratamiento. En cambio, en pacientes inmunodeprimidos, la infección por citomegalovirus cuando se presenta es más grave y, ocasionalmente, se presenta como citomegalovirus diseminado. Los sistemas frecuentemente más afectados son: el tubo digestivo,

que es el más frecuente (colon, estómago y esófago) en forma de sangrado digestivo bajo, el respiratorio; el hematológico; el cerebro (encefalitis), y la retina¹⁵.

2.3. Definición de Variables

Variable Independiente: Factores Epidemiológicos, Inmunológicos.

Variable Dependiente: Hemorragia Digestiva Baja.

2.4. Operacionalización de Variables

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	CRITERIO DE EVALUACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
INDEPENDIENTE:				
FACTORES EPIDEMIOLOGICOS		SEXO EDAD	MASCULINO FEMENINO PROMEDIO DE EDAD	NOMINAL RAZON
FACTORES INMUNOLOGICOS		Linfocitos CD4	<200/mm ³ 200-499/mm ³ >500/mm ³	RAZON
DEPENDIENTE:				
HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA	ASPECTOS CLINICOS	RECTORRAGIA HEMATOQUEZIA MELENA	PRESENTE AUSENTE	NOMINAL
	ETIOLOGÍA	CITOMEGALOVIRUS LINFOMA. INFECCIONES ENTEROINVASIVAS (SALMONELLA, CAMPILOBACTER, E.HISTOLYTICA). HISTOPLASMOSIS. CRYPTOCOCOSIS. TUBERCULOSIS. SARCOMA DE KAPOSI. HERPES VIRUS. INESPECIFICA.	PRESENTE. AUSENTE	NOMINAL.
	HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS	ULCERAS. COLITIS. TUMORACIÓN. FISURAS. HEMORROIDES.	PRESENTE. AUSENTE.	NOMINAL.

	SEGMENTO INTESTINAL AFECTADO	YEYUNO ILEON COLON RECTO ANO	SI NO	NOMINAL
--	------------------------------------	--	-------	---------

3. Marco Metodológico

3.1. Diseño de Investigación, tipo de estudio.

Diseño no experimental, Estudio Descriptivo retrospectivo.

3.2. Población y Muestra, criterios de inclusión y exclusión.

La población estará conformada por todos los pacientes con diagnóstico de Enfermedad por VIH-SIDA hospitalizados en el servicio de Medicina Interna en el periodo 2013-2017, que según registros de aproximación es de 500.

Muestra:

$$n = \frac{NZ^2 pq}{d^2 (N-1) + Z^2 pq}$$

N: 500 (tamaño de la población)

Z: 1.96 (nivel de confianza)

p : 2.6%

q: 97.4%

d: 0.05 (nivel de precisión absoluta)

$$n = \frac{500 \times (1.96)^2 \times 0.026 \times 0.97}{0.0025 \times 499 + 3.8416 \times 0.026 \times 0.97}$$

$$n = 377$$

Criterios de Inclusión:

-) Diagnóstico de Enfermedad por VIH-SIDA con recuentos de CD4<500.
-) Sintomatología gastrointestinal de sangrado digestivo alto y bajo.
-) Que se les haya realizado colonoscopia.
-) Que se les haya tomado biopsia de las lesiones.
-) Que de acuerdo al resultado endoscópico y de anatomía patológica tengan exámenes microbiológicos y serológicos que complementen el diagnóstico.

Criterios de Exclusión:

-) Seropositivos que ingresen por otra comorbilidad que no sea propia de la infección por VIH.

3.3. Instrumento de recolección de datos: validez y confiabilidad.

Como Instrumento de recolección de datos se utilizará una ficha en la que constaran todas las variables de estudio.

Validez: Grado en el que un instrumento mide la variable que se busca medir.

Confiabilidad: Grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes.

El instrumento a utilizar reúne ambas condiciones de validez y confiabilidad.

3.4. Procedimientos para la Recolección de Datos

La recolección de datos se hará directamente de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de Enfermedad por VIH hospitalizados en el servicio de Medicina Interna.

3.5. Aspectos éticos del estudio

Debido que al recolectar información directamente de las historias clínicas de pacientes con enfermedad por VIH expone su identidad y datos de su esfera sexual, se guardara absoluta reserva de ambos aspectos.

No se pondrá en riesgo la confiabilidad de la misma, pues la ficha de recolección de datos será anónima y solo se limitará a recolectar datos relacionados con las variables en estudio.

3.6. Análisis Estadístico

Los datos se consolidarán en tablas unidimensionales y bidimensionales.

El análisis estadístico de los datos se realizará a través de cifras porcentuales para determinar las incidencias.

Para determinar la relación de las variables en estudio se utilizara la prueba Chi Cuadrado (X^2) leída a 95% de confiabilidad.

III.ASPECTO ADMINISTRATIVO

Cronograma de Actividades

ACTIVIDADES	2017					2018					
	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
PLANIFICACION											
Elección del Tema											
Revisión Bibliografica											
Elaboración del proyecto											
ORGANIZACIÓN											
Entrega de proyecto a comité de investigación y carta al director de Hospital donde se ejecutara											
Aceptación de los permisos											
EJECUCIÓN											
Aplicación de instrumento de recolección de datos.											
ANALISIS DE DATOS											
Procesamiento de los datos y análisis de los resultados.											
Elaboración de los resultados.											
INFORME FINAL											

Presupuesto

CATEGORÍA	RECURSOS	DESCRIPCIÓN	FUENTE FINANCIADORA	MONTO
PERSONAL	APOYO ESPECIALIZADO	Asesoría de Especialidad	Médico del servicio de Medicina.	
	APOYO SECRETARIAL	solicitud para acceso a historias clínicas.	Secretaria del servicio de Medicina.	
BIENES	MATERIAL DE ESCRITORIO	lapices, lapiceros, corrector.	personal	S/ 50.00
	MATERIAL DE IMPRESIÓN	hojas para impresión de borradores.	personal	S/ 40.00
SERVICIOS	MOVILIDAD Y VIATICOS	Traslado a Hospital y refrigerio	personal	S/ 200.00
	SERVICIOS DE IMPRESIÓN	Impresión de hojas de recolección de datos	personal	S/ 30.00
	SERVICIOS DE COMPUTACIÓN	Software para procesar información	personal	S/ 200.00
		Internet	personal	S/ 50.00
TOTAL				S/ 570.00

Fuentes de Financiamiento

El proyecto será financiado en su totalidad por el investigador.

IV.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Laguado L, Rodríguez RM, Gómez J, Bonilla RA, Rojas, G. Hallazgos endoscópicos y patológicos en pacientes con VIH y síntomas digestivos de un Hospital Universitario. Rev Col Gastroenterol. 2016. 31(2): 111-118

Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-99572016000200004&script=sci>

2. Alva E, Vásquez J, Frisancho O, Yoza M, Yábar A. Histoplasmosis colónica como manifestación diagnóstica de SIDA. Rev. Gastroenterol. Perú; 2010; 30(2): 163-166

Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292010000200010&script=sci_arttext

3. Corti M, Villafañe M, Lewi D, Schtirbu R, Narbaitz M, Soler M. Linfomas del tubo digestivo y glándulas anexas en pacientes con SIDA. Serie de casos. Acta Gastroenterol Latinoam 2006;36: 190-196

Disponible en:

<http://www.redalyc.org/html/1993/199317400006/>

4. Sánchez J, Lárraga A, Elguera E. Manifestaciones clínicas y características endoscópicas del sarcoma de Kaposi en pacientes con SIDA. Rev Gastroenterol Mex 2005; 70(4): 417-423

Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/gastro/ge-2005/ge054g.pdf>

5. Chinchá O, Cáceres J, Seas C. Tuberculosis gastrointestinal como causa de hemorragia digestiva masiva en un paciente con infección por VIH. Rev Chilena Infectol 2017; 34 (4): 393-396

Disponible:

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182017000400393&script=sci_arttext

6. Villanueva C, García J, Hervás J. Hemorragia Gastrointestinal. En: Montoro M. García J, et al, editores. Práctica Clínica en Gastroenterología y Hepatología. Vol 2. Madrid: CTO Editorial; 2016. P. 55-85.
7. Guardiola J, García P, Rodríguez F, Brullet E, Salo J, Alba E, et al. Manejo de la Hemorragia Digestiva Baja Aguda. Gastroenterol Hepatol 2013; 36: 534-545
Disponible:
<http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-manejo-hemorragia-digestiva-baja-aguda-S0210570513001283>
8. Rodríguez A. Hemorragia Digestiva Baja. Revista de Gastroenterología 2010; 14:34-40
Disponible:
https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/gastroenterologia/vol-142/gastro14299_hemorragia/
9. Romero L, Montes M, Montes S. Hemorragia Digestiva Baja. Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina - N° 156 – Abril 2006
Disponible:
https://med.unne.edu.ar/revista/revista156/5_156.pdf
10. Aznar Muñoz R. Manifestaciones Gastrointestinales de la infección por VIH. Servicio de Medicina Interna, Unidad de infecciosas, Hospital de Barbastro. 2000
Disponible:
<https://es.scribd.com/document/324013337/Manifestaciones-Gastrointestinales-de-La-Infeccion-Par-El-VIH>
11. Hernández JC. Manifestaciones digestivas del SIDA. Rev cubana med v.45 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2006
Disponible:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232006000100007

12. Echeverría OL. Manifestaciones gastrointestinales del VIH. Revista - Clínica de Enfermedades Infecciosas 2016 - 7 (4): 1-11
Disponible:
<http://infecciosashr.org/wp-content/uploads/2016/02/4.-Manifestaciones-gastrointestinales-del-VIH.pdf>
13. Carrillo P, Delgado E, Murillas J. VIH con trombopenia y rectorragias. Medicina Balear 2014; 29 (3); 59-64
Disponible:
http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/medicinaBalear/import/2014_v29_n3/Medicina_Balear_2014_vol29_n3p059.pdf
14. Cañari L, Frisancho O, Palacios F, Palomino A, Carrera D y Yabar A. Hemorragia Digestiva Baja en Histoplasmosis Sistémica. Enfermedades del Aparato Digestivo 2002; 5(3):24-26.
15. Mosquera A, Guevara F, Alvarez C. Citomegalovirus diseminado: a propósito de un caso. Revista Javeriana. Bogotá (Colombia), 55 (1): 71-75, enero-marzo, 2014
Disponible:
revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/download/16275/13057

V.ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.FACTORES EPIDEMIOLOGICOS.

EDAD: ____años.

SEXO:

Masculino ()

Femenino ()

CONTEO DE LINFOCITOS: _____

2. ASPECTOS CLÍNICOS.

Rectorragia ()

Hematoquezia ()

Melena ()

3. ETIOLOGÍA

Citomegalovirus () Linfoma () Histoplasmosis () Cryptococosis ()

TBC () Sarcoma de Kaposi () Herpes virus () Inespecifica ()

4.HALLAZGOS ENDOSCOPICOS

Úlceras () Colitis () Tumoración () Fisuras () Hemorroides ()

5.SEGMENTO INTESTINAL AFECTADO

Yeyuno () Ileón () Colon () Recto () Ano ()