

# Infecciones Pulmonares Comunitarias en Pacientes HIV (+)

RAMÍREZ L\*, ROMERO P, RUIZ G, MONTIEL GD, HASIN G, PEREZ D

SERVICIO NEUMOLOGÍA-DPTO DE MEDICINA INTERNA (HOSPITAL NACIONAL, Itaugua Paraguay)

**Objetivo:** Describir los aspectos clínicos, laboratoriales, radiológicos y de morbimortalidad intrahospitalaria de pacientes con HIV(+) internados por infección respiratoria baja adquirida en la comunidad (IRBAC/HIV+).

**Material y Métodos:** Estudio observacional y descriptivo con componente analítico de registros clínicos de pacientes > 18 años de edad, HIV+ y con infecciones pulmonares comunitarias vistos entre 2000-2004. Las variables cualitativas se expresan en frecuencias y las cuantitativas en medias±desvío standard. De una cohorte (2003) internada por Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) y excluyendo casos de HIV+, colagenopatías, ICC, EPOC, nefropatías, neoplasia y antecedente previo hospitalización, se extrajeron datos de 36 pacientes (grupo NAC/HIVindeterminado) para análisis comparativo que se realizó mediante software Epi-Info 2002

## Resultados:

**Demografía:** De 61 casos de pacientes HIV(+), hemos encontrado 10 casos (7Masc/3Fem) de pacientes con IRBAC con los sgtes datos: edad 36±12años, tabaquismo 60%(p<0,01), etilismo 33%; tiempo de inicio de síntomas: > 14 días 30%;

**Síntomas:** tos 100%, esputo 90%, sensación febril 90%, disnea 90%, pérdida de peso 60%, diarrea 40% y dolor torácico;

**Examen físico:** auscultación pulmonar anormal 100% (p<0,01), tiraje 60%, aleteo nasal 20%, rigidez de nuca (1 c/ VDRL+);

SIGNOS VITALES	IRBAC/ HIV+	NAC/HIV ind.
Frec.Resp (xmin)	31 ± 12	32.02 ± 15
Frec. Card(xmin)	103 ± 17	103.2 ± 22
PA s (torr)	112 ± 13	116 ± 15
PA d(torr)	67 ± 10.6	69 ± 8.8
T (°C)	37.5 ± 0.8	37.5 ± 1.2

**Laboratorio:** Hgb 11,8±2g%, Hto 36±4%, GB 10465±4945/mm3, Neutrofilos 79±15%(p=0,05), linfocitos<1000/mm3 50%, VSG1h 78±44;

LABORATORIO	IRBAC/ HIV+	NAC/HIV ind.
Hgb(g%)	11.8 ± 1.6	11.2 ± 2.2
Hto(%)	36 ± 4.5	34.33 ± 6.6
Leucocitos(/mm3)	10465 ± 4945	15479 ± 9452
Neutrofilia(%)	79 ± 15	85 ± 6
VSG1h (mm)	78 ± 44	83 ± 35
Glicemia(g%)	119 ± 26.7	185 ± 33.8
Urea(g%)	60 ± 48	32 ± 28

**Rx tórax:** compromiso bilateral 80%, patrón vidrio esmerilado 30%, normal (1);

**Microbiología:** BAAR en esputo(1), *Aspergillus* en esputo (1), *enterobacter sp*(1), *staph aureus* esputo y hemocultivo (1), *bacillus sp* hemocultivo (1);

**Tto:** poli ATB 50%, TMPSMX 50%, corticoides 30%;

**Morbimortalidad intrahospitalaria:** 50% ARM(p<0,01), 20% derrame pleural (1 tabicado) y 30% mortalidad(p=0,02).

**Conclusiones:** Existen rasgos diferenciales entre los pacientes IRBAC/HIV+ y NAC/HIVind aquí estudiados. Desde el punto de vista laboratorial: la neutrofilia fue de menor escala en pacientes IRBAC/HIV+. La afección pulmonar en su gran mayoría fue bilateral y con patrón rx ground glass en un tercio de dichos pacientes. El perfil microbiológico obtenido, que no corresponde a la etiología de las NAC/HIV+ citadas en la literatura, se debe probablemente a que entre las IRBAC/HIV+ se incluyeron 3 pacientes > 14 días de historia. La buena evolución de pacientes con vidrio esmerilado(rx) y tratados con TMPSMX+corticoides presume etiología por *pneumocystis jiroveci* que no se aísla en muchos de nuestros hospitales. Es patente la morbimortalidad mayor en pacientes con IRBAC/HIV+. Se necesitan estudios mejor delineados y con mayor n° de pacientes para optimizar el análisis nacional de los desenlaces reales de este perfil de pacientes que iremos viendo con mayor frecuencia ya que las perspectivas de detención de LA EPIDEMIA son oscuras.

Presentado en el V Congreso Paraguayo de Infectología, 2005