

**Factores de riesgo y adherencia terapéutica en paciente infectada por el VIH**  
**Risk factors and therapeutic adherence in HIV-infected patients**

Mg. Lic. Esp. Graciela de las Mercedes Quishpe Jara \*

\* Magíster en Gestión de los Servicios Hospitalarios, Magíster en Gerencia en Salud y Desarrollo Local, Licenciada en Enfermería, Especialista en Enfermería en Medicina Crítica. Universidad Técnica de Ambato. Carrera de Enfermería. GRUPO DE INVESTIGACIÓN ACADEMICA Y CIENTIFICA EN CIENCIAS BIOMÉDICAS CON PROYECCION SOCIAL K'USKIYKUY YACHAY SUNTUR

[gdm.quishpe@uta.edu.ec](mailto:gdm.quishpe@uta.edu.ec)

**Resumen.**

**Introducción:** Ecuador es uno de los cinco países de América Latina con más contagios nuevos de infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el periodo 2005-2015. Las estadísticas de ONUSIDA en el 2017 demostraron un incremento, 33.000 personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) en el país, de ellos 32.000 son adultos con edades comprendidas entre 15 y 49 años: 9.900 mujeres y 22.000 hombres.

**Objetivo:** Describir un caso clínico de paciente infectado por el VIH, haciendo énfasis en los factores de riesgo y adherencia terapéutica.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, presentación de caso clínico sobre la infección por el VIH.

**Resultados:** Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino, de 52 años, residente en Cotopaxi, con antecedentes de ser trabajadora sexual que acude por una lesión de piel, dolorosa y pruriginosa. Por lo cual es valorada en Consulta Externa, diagnosticándose u Herpes Zoster. Se confirmó la infección por el VIH, se inició TARV, logrando elevación del conteo de linfocitos T CD<sub>4</sub> y disminución de la carga viral, a los dos años desarrolló un Sarcoma de Kaposi.

**Conclusiones:** Para controlar la epidemia de infección por VIH es imprescindible identificar oportunamente los factores de riesgo, controlarlos, efectuar un diagnóstico precoz, un tratamiento oportuno y favorecer la adherencia terapéutica, lo cual permitirá reducir la carga viral, elevar el conteo de Linfocitos T CD<sub>4</sub>, retrasando la progresión hacia la fase SIDA y las complicaciones inherentes a la misma. El papel del personal de Enfermería resulta protagónico en el logro de estos objetivos.

**Palabras clave:** VIH, Factores de riesgo, Antivirales, Cumplimiento y Adherencia al tratamiento

**Abstract.**

**Introduction:** Ecuador is one of the five countries in Latin America with the newest contagion syinfection of Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection in 2005-2015. UNAIDS statistics in 2017 showed an increase, 33,000 people living with HIV/AIDS (PVVS) in the country, of which 32,000 are adults aged between 15 and 49: 9,900 women and 22,000 men.

**Objective:** Describe a clinical case of HIV-infected patient, emphasizing risk factors and therapeutic adherence.

**Material and methods:** A descriptive, retrospective, clinical case presentation study on HIV infection was conducted.

**Results:** The case of a female patient, 52 years old, resident in Cotopaxi, with a history of being a sex worker who comes from a painful and pruriginous skin injury. Therefore, it is valued in External Consultation, diagnosed or Herpes Zoster. HIV infection was confirmed, TARV was initiated, achieving elevation of CD<sub>4</sub> T cell counts and decreased viral load, within two years developed kaposi Sarcoma.

Conclusions: To control the epidemic of HIV infection it is essential to identify risk factors in a timely manner, control them, make an early diagnosis, timely treatment and promote therapeutic adherence, which will reduce the viral load, raise the CD4 T lymphocyte count, delaying progression to the AIDS phase and the complications inherent therein. The role of Nursing staff is a role in achieving these goals.

Keywords: HIV, Risk factors, Antiviral agents, Treatment Adherence and Compliance

Recibido: 12-7-2019

Revisado: 07-8-2019

Aceptado: 08-8-2019

### Introducción.

Ecuador es uno de los cinco países de América Latina con más contagios nuevos de infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el periodo 2005-2015. Las estadísticas de ONUSIDA en el 2017, demostraron un incremento, 33.000 personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) en el país, de ellos 32.000 son adultos con edades comprendidas entre 15 y 49 años: 9.900 mujeres y 22.000 hombres; no obstante, no existe una caracterización epidemiológica de la infección ni evaluación rigurosa de los factores de riesgo que condicionan la incidencia del VIH, ni estudios sobre adherencia terapéutica a nivel país, ni en cada provincia. Siendo Cotopaxi una de las provincias más pobladas y extensas del país, constituida por 7 cantones, de los cuales se derivan parroquias urbanas y rurales, con una población estimada de 458.581 habitantes (15% indígenas). Resulta entonces imprescindible evaluar los factores predisponentes para la infección por VIH y la adherencia a la terapia antirretroviral (TARV) en los pacientes infectados por el VIH de la Provincia Cotopaxi-Ecuador. Presentamos el caso clínico de una paciente diagnosticada de infección por VIH en marzo del 2014 en el Hospital General Provincial Latacunga. Se aplicaron instrumentos de recolección de datos a través de una ficha epidemiológica diseñada y validada para tal fin, se realizaron entrevistas personales con la finalidad de conocer los factores asociados a la transmisión y a la adherencia o no al TARV. Además, se aplicó la estrategia educativa de intervención dirigida a los pacientes y sus familiares para fortalecer la prevención de la pandemia<sup>1-5</sup>.

### Objetivo

Describir un caso clínico de paciente infectado por el VIH, haciendo énfasis en los factores de riesgo y adherencia terapéutica.

### Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, presentación de caso clínico sobre la infección por el VIH.

### Resultados y discusión

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino, de 52 años, residente en Cotopaxi, con antecedentes de ser trabajadora sexual que acude por una lesión de piel, dolorosa y pruriginosa. Por lo cual es valorada en Consulta Externa, diagnosticándose u Herpes Zoster.

### Figura 1. Herpes zoster en cuello



**Fuente:** Datos tomados de la Historia Clínica.

Atendiendo a que se trataba de una trabajadora sexual, que se identificaba como bisexual, se sugirió la realización de estudios para descartar enfermedades de transmisión sexual.

Los resultados de Laboratorio mostraron positividad de la infección por VIH por pruebas rápidas y método de ELISA, conteo de Linfocitos CD<sub>4</sub> 150 y carga viral 52000 copias.

Se inició tratamiento con Tenofovir, Efavirenz y Emtricitabina (300/600/200 mg). Con una evolución satisfactoria, elevación del conteo de Linfocitos CD<sub>4</sub> a 400 y reducción de la carga viral a 100 copias.

Evolutivamente a los dos años aparecieron lesiones de piel en miembros inferiores se realizó Biopsia por Anatomía Patológica y Técnicas Inmunohistoquímicas que confirmó el diagnóstico de Sarcoma de Kaposi.

**Figura 2** Sarcoma de Kaposi en paciente con SIDA



**Fuente:** Datos tomados de la historia Clínica

La paciente con infección comprobada por el VIH, ya se diagnostica en fase avanzada, caso SIDA. Los factores de riesgo identificados fueron la promiscuidad, bisexualidad, bajo nivel socioeconómico, pobre educación sexual, poca percepción de riesgo<sup>6-15</sup>.

El éxito del tratamiento antirretroviral en esta paciente dependió de varios factores, para mantener un óptimo cumplimiento en la toma de los medicamentos. Lo cual permitió durante 2 años el control de la replicación viral, la reconstitución inmune, pero como el diagnóstico fue tardío y atendiendo a las malas condiciones socioeconómicas de vida de la paciente, se manifestó finalmente la progresión de la enfermedad<sup>10-30</sup>.

En pocos padecimientos médicos se requiere un apego tan estricto al tratamiento como en el TARV

(Terapia antirretroviral). Cuando hay adherencia subóptima, es decir, menor al 95% de las tomas indicadas, sus consecuencias son importantes, no solo en la propia persona, sino también para el resto de la población, al seleccionarse virus resistentes que pueden ser transmitidos a otras personas<sup>30-6</sup>. La adherencia deficiente se define como:

- Dificultades para iniciar el tratamiento, suspensión momentánea o abandono definitivo del mismo.
- Cumplimiento incompleto o insuficiente de las indicaciones, olvido (o equivocación) en la toma, dosis, tiempo y propósito de los medicamentos.
- Falta de cambios de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la salud.
- Automedicación, incluyendo la toma de otros fármacos o sustancias (como aquellas provenientes de la herbolaria) con interacciones farmacológicas desfavorables con los TARV.

Existen múltiples factores asociados a una baja adherencia en el tratamiento TARV, como son las características y actitudes propias del paciente, del personal de salud y del tratamiento TARV. Condiciones como contar con bajos ingresos, falta de acceso al transporte, el género, el estigma y la discriminación continúan siendo barreras en la atención. La inequidad de género, relacionada con cuestiones culturales y económicas, es una barrera importante en el acceso y adherencia de las mujeres al TARV. Una mayor desinformación en temas de salud sexual y reproductiva, menor independencia económica, mayor estigma social para mujeres que viven con VIH y otras formas de violencia de género se traducen en obstáculos durante el tratamiento. Se recomienda consultar la Guía de Salud Sexual y Reproductiva para Mujeres y VIH, del Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva<sup>15-30</sup>.

La calidad en un sistema de salud no se logra precisamente desde un concepto de abundancia de recursos materiales, sino por el apoyo y lugar que el sistema social proporciona a la salud. A su vez, todo sistema de salud se sustenta sobre bases científicas y sólido desarrollo de sus profesionales. Esta es una exigencia necesaria ante los desafíos que presenta la sociedad actual, así como todas las instituciones de salud, que deben asumir la misión de cuidar al ser humano durante toda su existencia. Por tanto, el cuidado es el

servicio que la enfermería profesional ofrece a la sociedad y sus funciones sirven como principios para fundamentar este. Una de las funciones que se le asigna a este profesional es la de cuidar la salud, se le sitúan además las de administrar el cuidado de enfermería, los servicios, unidades y educar para la salud. También se consideran como funciones de su práctica, la investigación y la docencia. A medida que transcurren las décadas, la enfermería parece tornarse cada vez más importante en los servicios de salud, más creativa y objetiva para analizar sus esfuerzos y metas profesionales<sup>15-30</sup>.

Los organismos internacionales reconocen siempre la importancia del trabajo de enfermería en el campo de la salud y se pronuncian sobre sus conocimientos y funciones. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), consideran que la enfermería debe contener una serie de conocimientos para que pueda realizar la misión que le corresponde dentro de los servicios de salud<sup>1-5,30-6</sup>.

Por tanto, esta profesión es parte integral del sistema de atención de salud, que abarca la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el cuidado de enfermos físicos, mentales e impedidos de todas las edades, en todos los sitios en los que brinda atención de salud y en otros servicios comunitarios.

Desde esta perspectiva, los modelos para la práctica de Enfermería en torno al paciente con VIH/SIDA deben dirigirse a la expansión de sus actividades en el futuro. El profesional de enfermería desarrolla un papel esencial, con una dedicación plena a la atención integral del paciente con VIH/SIDA. Es importante que entre el equipo asistencial y el enfermo llegue a conseguirse una relación de confianza, accesibilidad, confidencialidad y flexibilidad en todo momento.

Durante este proceso de asesoramiento el profesional de enfermería debe ayudar a los pacientes a aliviar su malestar físico o mental y no debe aumentar su sensación de incomodidad. Esta característica conlleva pues, a redefinir el alcance de la práctica asistencial de la enfermería e incluye un núcleo de competencias básico y obligatorio. Asimismo, profundizará en los hábitos

de vida, recursos personales y familiares del paciente, analizará sus conocimientos acerca de la enfermedad y sobre el grado de concienciación y confianza que tiene el paciente para iniciar el tratamiento. Con esta información planteará un plan de cuidados de enfermería, priorizará actividades y comunicará al médico si pueden existir problemas de índole personal o social que recomienden retrasar el inicio del tratamiento hasta su resolución.

A pesar de que la no adherencia es una práctica común, es poco detectada por los profesionales de la salud. Es una conducta difícil de medir por los diversos factores que influyen en ella. De acuerdo con la OMS, la medición y evaluación de la adherencia terapéutica es una necesidad continua que permite la planificación de tratamientos efectivos, eficientes y de calidad<sup>1-5,30-6</sup>.

La labor que se debe desempeñar desde este matiz debe ir encaminada a disminuir la incidencia y la mortalidad prematura por complicaciones que se asocian al VIH/SIDA, reconocer los factores de riesgo de la no adherencia al tratamiento, mejorar la calidad de vida de los pacientes y favorecer una mayor autonomía, al ofertar un modelo asistencial que se adapte a este fenómeno, propiciar la responsabilidad social e individual para la mejora del estado de salud de los pacientes y ayudar en la participación activa e implicación de su tratamiento y así lograr la eficacia de este.

El seguimiento al tratamiento antirretroviral es una arista de la atención al paciente con VIH/SIDA que tiene un abordaje multidisciplinar y en el que el profesional de enfermería, durante su desempeño coherente y flexible, debe lograr actitudes que favorezcan índices elevados de adherencia terapéutica. Esta categoría es poco emprendida, por lo que se hace necesario un análisis valorativo de sus enfoques desde referentes en el contexto internacional.

La estrategia educativa que desarrollamos en esta paciente y familiares comprendió:

- Prevención de la infección por VIH considerando a los contactos, como personas expuestas al VIH, los que son sexualmente activos sin protección, los hijos adultos de la paciente infectada, haciendo énfasis en las infecciones de transmisión sexual y cómo prevenirlas. Modos de transmisión. Medidas de prevención. Educación en el uso de preservativos. Análisis de sangre de

donantes y control de los hemoderivados. Se solicitó apoyo de la Consulta de Psicología atendiendo a que se trataba de una trabajadora sexual. Educación para el cambio de comportamiento y el uso de preservativos. Sexo seguro, uso sistemático del preservativo. Reducción en el número de parejas sexuales. También se trabajó en la educación al personal de enfermería para el reconocimiento de signos de alarma (epidemiológicos y clínicos).

### Conclusión

Para controlar la epidemia de infección por VIH es imprescindible identificar oportunamente los factores de riesgo, controlarlos, efectuar un diagnóstico precoz, un tratamiento oportuno y favorecer la adherencia terapéutica, lo cual permitirá reducir la carga viral, elevar el conteo de Linfocitos T CD<sub>4</sub>, retrasando la progresión hacia la fase SIDA y las complicaciones inherentes a la misma. El papel del personal de Enfermería resulta protagónico en el logro de estos objetivos.

### Referencias bibliográficas

1. Weiss RA. Special anniversary review: twenty-five years of human immunodeficiency virus research: successes and challenges. *Clin Exp Immunol.* 2008; 152:201-10.
2. Informe ONUSIDA.2014. Disponible en: <http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/2014/2014gapreport/videofootage>.
3. UNAIDS. 2004 report on the global HIV/AIDS epidemic: 4th global report Disponible en: [http://www.unaids.org/Global-Reports/Bangkok-2004/unaidbangkokpress/gar2004html/gar2004\\_00\\_en.htm](http://www.unaids.org/Global-Reports/Bangkok-2004/unaidbangkokpress/gar2004html/gar2004_00_en.htm)
4. Steinbrook R. The AIDS epidemic in 2004. *N Engl J Med* 2004 Jul 8; 351(2): 115-117
5. Wang H. and GBD 2015 HIV Collaborators. Estimates of global, regional, and national incidence, prevalence, and mortality of HIV, 1980–2015: the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet HIV* 2016; 3: e361–87 Published Online July 19, 2016 [http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018\(16\)30087-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018(16)30087-X)
6. Situación Laboral de las Personas que viven con VIH en Ecuador Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR) Corporación Kimirina y Coalición Ecuatoriana de Personas que Viven con VIH/Sida (CEPVVS). 2013. <http://www.coalicionecuatoriana.org/web/home.php?p?c=43>
7. Auger S., Storno R. Chagas y SIDA, la importancia del diagnóstico precoz. 2005 365: e31 2.
8. Sotolongo P., Carrillo P., Carrillo C. Toxoplasmosis cerebral durante la infección por el virus de inmunodeficiencia humana. *Rev cubana Med* 2002; 41(5)
9. Oropesa L, Sánchez L, Berdasquera D, Gala A, Pérez J, Lantero MI. Debut clínico de Sida en Cuba. *Rev cubana Med Trop.* 2007;59(2):127-33.
10. Klatt EC. Pathology of AIDS. Versión 22. Savannah: Mercer University School of Medicine. 2011:44-56.
11. ONUSIDA. 2017. <http://www.unaids.org/es/statementarchive/2017/november/>
12. Ministerio de Salud Pública. Programas y Servicios. Estrategia Nacional de Salud Pública para VIH/Sida-ITS. <http://www.salud.gob.ec/programa-nacional-de-prevencion-y-control-de-vihsida-its/>
13. Ministerio de Salud Pública, OPS. Guía de Atención integral para adultos y adolescentes con infección por VIH. 4 edición. Ecuador. 2010
14. SENPLADES. (2015). Plan de desarrollo y ordenamiento territorial. Jipijapa, Manabí, Ecuador: SENPLADES.
15. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Difusión de Resultados Definitivos del censo Nacional de Vivienda 2010, Provincia de Manabí. <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/base-de-datos-censo-de-poblacion-y-vivienda/>
16. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y Sida/México: Secretaría de Salud. GUÍA DE MANEJO ANTIRRETROVIRAL DE LAS PERSONAS CON VIH. Séptima edición, 2018.

17. Villacres-García F, Ruiz del Valle D, Ochoa-Loor J. Factores que influyen en la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA hospital "Martin Icaza". 2017; Vol. 3(2): 849-865.
18. Barreda-Velit C y Salcedo-Pereda R. Estigma relacionado a VIH/SIDA y no adherencia al tratamiento antirretroviral. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 2017; 34(2): 347-348.
19. Santamaria Galeano C y Uribe Rodríguez A. Adherencia al tratamiento en pacientes vih+ y terapia de aceptación y compromiso (act). I+D *Revista de Investigaciones*, 2017; 10 (2): 102-115.
20. Almanza Avendaño A y Gómez San Luis A. Barreras para la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en mujeres con VIH. *Psicología y Salud*. 2017; Vol. 27(1): 29-39.
21. Espinosa Aguilar A, Gibert Lamadrid M, Ávila Sánchez M. El profesional de enfermería en el seguimiento a la adherencia al tratamiento antirretroviral. *Revista Cubana de Enfermería*. 2016; Vol. 32(3). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/969/192>
22. Vargas A, Flores W, Valdez E, Caballero V. La adherencia a los antirretrovirales de las personas que viven con el VIH o SIDA en Bolivia. *Rev med. (Cochabamba)*. 2007; Vol.18 (28): 68-75.
23. Rodríguez- López M, Arrivillaga M, Holguín-Ruiz J, Ávila A. Perfil del paciente hiperfrecuentador y su asociación con el trastorno ansioso depresivo en servicios de atención primaria de Cali, Colombia. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*. 2016; 33(3).
24. Bautista LM, Johanna S, Johanna J. Desempeño laboral de los enfermeros (a) egresados de la Universidad Francisco de Paula Santander. *Revista Ciencia y Cuidado*. 2012;9(2):64-70.
25. Torres J. Reflexiones sobre funciones del personal de enfermería. *Rev. Cuban. Salud Publ*. 2015; 30(4) 1-9.
26. Lara K. De Sena. La educación de enfermería: búsqueda de la formación crítica y reflexiva y de las competencias profesionales. *Rev. Latino-Am. Enfermagem Brasil*. 2006; 14(5):4-5.
27. Schneider J, Kaplan SH, Greenfield S, Li W, Wilson IB. Better physician-patient relationships are associated with higher reported adherence to antirretroviral therapy in patients with HIV infection. *J Gen Intern Med*. 2004; 19(11):1096-103.
28. Knobel H, Codina C, Miró JM, Carmona A, García B, Antela A. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2008; 18(1):1-37.
29. Veliz L, Mendoza S, Barriga OA. Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovasculares en usuarios de atención primaria. *Enfermería Universitaria*. 2015; 12(1):3-11.
30. Ministerio de Salud Pública. Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control de las ITS/VIH/SIDA/2014-2018. La Habana; 2013. Disponible en: <http://files.sld.cu/sida/files/2014/03/pen-primera-parte.pdf>
31. HIV. gov. Is the Risk of HIV Different for Different People? 2017; <https://www.hiv.gov/hiv-basics/overview/about-hiv-and-aids/who-is-at-risk-for-hiv>
32. Uribe A, Orcasita L, Vergara Vélez T. Factores de riesgo para la infección por VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*. 2010; vol. 13 (1): 11-24.
33. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000 Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington

2002 Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. Asociación médica mundial - Todos los derechos reservados.

<http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp>

34. Sierra Bravo R. Técnicas de Investigación Social. Teoría y ejercicios. Decimocuarta Edición. Editorial Paraninfo. 2002, pp 173-703. Madrid España.

35. OMS. Ciclo de vida. Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA). Disponible en: [http://www.who.int/elena/life\\_course/es/](http://www.who.int/elena/life_course/es/)

36. Eduardo Lazcano-Ponce E, Fernández E, Salazar-Martínez E, Hernández-Avila M. Estudios de cohorte. Metodología, sesgos y aplicación. Salud Pública de México. 2000; Vol. 42 (3). Disponible en: <http://saludpublica.mx/index>.

37. Mocroft A, Lundgren JD, Ross M, Law M, Reiss P, Kirk O. Development and Validation of a Risk Score for Chronic Kidney Disease in HIV Infection Using Prospective Cohort Data from the D: A:D Study. PLoS Med. 2015; 12(3): e1001809.