

Artículo Original

Kasmera 51:e5134196, 2023

ISSN 0075-5222 E-ISSN 2477-9628

doi:<https://doi.org/10.56903/kasmera.5134196>



Características clínicas-serológicas de los pacientes adultos con VIH-SIDA atendidos ambulatoriamente

Clinical-serological characteristics of adult patients with HIV-AIDS treated on an outpatient basis

Peñafiel-Urgilés Álvaro Gabriel ¹, Aspiazu-Hinostroza Karla Alexandra ², Hugo-Merino Gabriel Anibal ³, Espinosa-Martin Lizette ⁴, Salazar-Torres Zoila Katherine [✉]

¹Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Departamento Medicina General. Cuenca-Azuay, Ecuador. ²Universidad Católica de Cuenca. Departamento de Investigación. Cuenca-Azuay, Ecuador. ³Universidad Católica de Cuenca. Departamento de Titulación. Cuenca-Azuay, Ecuador. ⁴Universidad Católica de Cuenca. Centro de Investigación de la Unidad Académica de Salud y Bienestar. Cuenca-Azuay, Ecuador.

Resumen

La infección por el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un problema de salud pública mundial. El objetivo del estudio fue determinar las características clínicas-serológicas de los pacientes adultos con VIH-SIDA, atendidos ambulatoriamente en el Hospital Homero Castanier Crespo. Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, analítico, observacional, cuantitativo. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes con infección por VIH atendidos por la consulta externa. El total de pacientes en seguimiento fue de 54, predominando el sexo masculino (72,2%), heterosexuales (75,9%), y mayor frecuencia de casos en el rango de edades de 18 a 35 años. Ocupacionalmente el grupo estudiado era diverso. En pacientes del sexo femenino (N: 15) predominaron las amas de casas (10/15) (66,6%). La mayoría habían sido diagnosticados en los últimos 5 años. Con relación a la carga viral de control al año de tratamiento, presentaban carga viral indetectable (menor a 40 copias/mL) el 48,1%, carga viral entre 40 a 10.000 copias/mL el 16,7%, mayor a 10.000 copias/mL el 7,4% y el 27,8% se encontraba en tratamiento menor a 1 año. Alrededor del 50% tenían un recuento de linfocitos T CD4 mayor a 200 mm³. La combinación antirretroviral en la mayoría de los pacientes (77,8%) era tenofovir/emtricitabina/efavirenz.

Palabras claves: VIH, Linfocitos T4, carga viral.

Abstract

Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection is a public health problem worldwide. The aim of this study was to determine the clinical characteristics of patients with HIV-SIDA infection under follow-up at the outpatient clinic of the Homero Castanier Crespo Hospital. A retrospective sectional, analytical, observational, and quantitative study was done. All patients with HIV infection on control and follow-up at the outpatient clinic were included in the study. The total number of patients followed - up was 54. Predominant male (72.2%), heterosexual (75.9%), and higher frequency of cases in the age range of 18 to 35 years. Occupationally the group studied was diverse. In female patients (N: 16) housewives predominated (10/15) (66.6%). Most had been diagnosed in the last 5 years. Regarding the control viral load at one year of treatment, 48.1% had undetectable viral load (less than 40 copies / mL), viral load between 40 to 10,000 copies/mL 16.7%, more than 10,000 copies/mL 7.4% and 27.8% were under treatment less than 1 year. About 50% had a CD4 T lymphocyte count greater than 200 mm³. The antiretroviral combination in most patients (77.8%) was tenofovir / emtricitabine / efavirenz.

Key words: HIV, T4 lymphocytes, viral load.

Recibido: 07/03/2022

Aceptado: 03/11/2022

Publicado: 15/01/2023

Como Citar: Peñafiel-Urgilés ÁG, Aspiazu-Hinostroza KA, Hugo-Merino GA, Espinosa-Martin L, Salazar Torres ZK. Características clínicas-serológicas de los pacientes adultos con VIH-SIDA atendidos ambulatoriamente. Kasmera. 2023;51:e5134196. DOI: [10.56903/kasmera.5134196](https://doi.org/10.56903/kasmera.5134196)

Autor de Correspondencia: Salazar Torres Zoila Katherine. E-mail: zsalazart@ucacue.edu.ec

©2023. Los Autores. **Kasmera**. Publicación del Departamento de Enfermedades Infecciosas y Tropicales de la Facultad de Medicina, Universidad del Zulia, Maracaibo-Venezuela. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons atribución no comercial (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>) que permite el uso no comercial, distribución y reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre y cuando la obra original sea debidamente citada.



Introducción

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana hoy en día representa a nivel mundial un gran problema de salud. El último reporte realizado en el año 2018 por la ONUSIDA muestra que 37,9 millones de personas viven con esta enfermedad en todo el mundo. Solamente el 61% de estos; es decir 23,3 millones de enfermos tuvieron acceso a la terapia antirretrovírica en 2018, cifra que, no obstante, en términos absolutos, representó un aumento en relación con las del año 2015 (7,1 millones) y de 2010 (7,7 millones). En 2018, alrededor de 1.7 millones de personas contrajeron la enfermedad y 770.000 fallecieron por causa de enfermedades relacionadas con el SIDA (1).

En Ecuador, en el informe publicado por la ONUSIDA sobre VIH y SIDA en el año 2016 se estimó que entre 24.000 y 41.000 personas estarían infectadas, pero solamente 52% recibiría tratamiento. Unas 30.000 personas habrían sido diagnosticadas, pero apenas 17.000 estaban en control y tratamiento. En el último informe publicado en 2018 estimó que el número total de adultos y niños con VIH podría ubicarse entre 29.000 y 71.000 habitantes de los cuales solo 25.000 se encontrarían con terapia antirretroviral. La incidencia se calculó en alrededor de 2.200 personas (2).

Actualmente, a nivel mundial, las autoridades de salud han buscado impulsar estrategias para prevenir más muertes y promover un tratamiento adecuado (3). En los últimos 10 años hay notables mejoras que ayudan al conocimiento del desarrollo de esta infección, por lo que se han adaptado grandes mejoras en las intervenciones sanitarias. Pero el curso del VIH y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida no se pueden predecir, ya que el curso de la enfermedad dará síntomas a corto, mediano o largo plazo, de acuerdo al estado inmunológico de cada persona (4).

Con el desarrollo y notorio avance del tratamiento antirretroviral (TARV) se ha logrado un mejor control de la viremia y los síntomas en los pacientes, gracias a lo cual, la infección por VIH y SIDA hoy en día es considerada un padecimiento crónico-degenerativo mas no una enfermedad mortal como hace algunos años (5). La adherencia estricta a la TARV prescrita conduce en la mayor parte de los casos a mantener los linfocitos T CD4 en rango normal así como a una reducción significativa de la carga viral, incluso hasta niveles indetectables (6). En los pacientes tratados se puede observar usualmente una mejoría en su estado general y sobrevida, reduciendo el número de visitas hospitalarias (7).

De tal manera que puede decirse que la TARV constituye un gran éxito clínico y representa una de las mejores estrategias costo-beneficio de los últimos tiempos. Sin embargo, este éxito depende lógicamente de la adherencia del paciente a su TARV, lo cual se evidencia, como se mencionó previamente, en una mejoría o remisión de sus síntomas, normalización de sus cifras de T CD4 y reducción de la carga viral (8).

El presente estudio tiene por finalidad conocer la situación en una consulta externa del Ecuador, específicamente en la del hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues, provincia de Cañar, de los pacientes con infección por VIH, cuadro sintomático, y datos de laboratorio en respuesta a diferentes esquemas de TARV. Se pretende además identificar características sociodemográficas de la población de pacientes en control en dicha consulta.

Metodología

Tipo y diseño de estudio: se trata de un estudio retrospectivo, analítico, descriptivo, cuantitativo. Utilizando datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes. Área de estadística del Hospital Homero Castanier Crespo en la ciudad de Azogues, provincia del Cañar, Ecuador.

Población y muestra de estudio: el universo está conformado por 54 fichas de pacientes con VIH atendidos en el Hospital Homero Castanier Crespo durante el periodo 2008-2019. No se tomó muestra ya que se trabajó con toda la población del estudio.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión:

- Historias clínicas de pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA atendidos ambulatoriamente en el Hospital Homero Castanier Crespo en el período establecido.
- Historias clínicas de pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA completas desde su diagnóstico y que estén mínimo en tratamiento 6 meses en el periodo 2008-2018.
- Historias clínicas de pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA completas, mayores de edad.

Criterios de Exclusión:

- Historias clínicas de pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA que no se encuentren completas.
- Historias clínicas de pacientes sin diagnóstico de VIH-SIDA.

Recolección de la información: en esta investigación se obtuvieron los datos por medio de la revisión de las historias clínicas posterior a la autorización al acceso de las mismas en el área de estadística del Hospital Homero Castanier Crespo.

Análisis estadístico: para el análisis de los datos obtenidos se utilizó el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) en la versión 15. El análisis estadístico se realizó mediante métodos estadísticos descriptivos y analíticos, utilizando el Chi cuadrado con un intervalo de confianza del 95%.

Aspectos éticos: aprobación del protocolo por el Comité de Bioética de la Universidad Católica de Cuenca. En consideración de los principios éticos en el

estudio que se realizó, el mismo no infringe derechos de pacientes. El presente estudio no implica riesgo para los pacientes que participen en él, con absoluta confidencialidad de todos los datos obtenidos ya que serán usados solamente con fines académicos. Cada paciente tiene un código en el programa al momento de presentar resultados.

Resultados

En la [Tabla 1](#), podemos observar que, del total de pacientes 54 con VIH, 29 pacientes están en el rango de edad de 18 a 35 años (53,7%) que predominó, seguido de 22 pacientes están en el rango de edad de 36 a 50 años, (40,7%), y 3 pacientes se encuentran en el rango de edad de 51 a 64 años de edad (5,6%).

Tabla 1. Distribución de pacientes con VIH-SIDA según variables sociodemográficas. Hospital Homero Castanier Crespo, período 2008-2019.

Rango de edad de pacientes con VIH-SIDA		
Edad	Frecuencia	Porcentaje
18-35 años	29	53,7%
36-50 años	22	40,7%
51-64 años	3	5,6%
Total	54	100,0%
Sexo de pacientes con VIH-SIDA		
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	39	72,2%
Femenino	15	27,8%
Total	54	100,0%
Residencia de pacientes con VIH-SIDA		
Residencia	Frecuencia	Porcentaje
Cañar	42	77,8%
Azuay	9	16,7%
Guayas	1	1,9%
El Oro	2	3,7%
Total	54	100,0%
Ocupación de pacientes con VIH-SIDA de sexo masculino		
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	4	10,2%
Empleado privado	13	33,3%
Empleado público	6	15,3%
Estudiante	7	17,9%
Agricultor	9	23,0%
Total	39	100,0%
Ocupación de pacientes con VIH-SIDA de sexo femenino		
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Empleado privado	2	13,3%
Estudiante	2	13,3%
Agricultor	1	2,5%
Ama de casa	10	66,6%
Total	15	100%

Al clasificar a los pacientes por sexo, se puede observar que la mayor parte está representada por el sexo

masculino con el 72,2%, y el sexo femenino con el 27,8%. Al conocer por lugar de residencia a nuestra población se observó que la mayoría son de la provincia de Cañar con un 77,8%, seguido por Azuay con 16,7%, El Oro con 3,7% y Guayas con 1,9%. Al dividir por ocupación se observa en el sexo masculino que los más afectados con los empleados privados con el 33,3%, agricultores en el 23,0%, estudiantes en el 17,9%, empleados públicos en el 15,3% y el 10,2% que no desempeñan ninguna ocupación. En cambio, en el sexo femenino las más afectadas las amas de casa en el 66,6%, empleados privados y estudiantes en el 13,3%, y agricultores el 2,5%.

En la [Tabla 2](#), se observa que solamente el 9,3% presentó otras enfermedades de transmisión sexual, describiéndose sífilis con el 5,6% (3 pacientes y uno de ellos también presentó hepatitis B al mismo tiempo), como solo hepatitis B, con el 3,7%. Encontramos que el grupo heterosexual (HSM) fue el más frecuente con VIH-SIDA con el 75,9%, seguido por el homosexual (HSH) con 20,4% y bisexual (HSHM) 3,7%. Con relación al uso de drogas de drogas por vía parenteral, y trabajadores sexuales el 100% de los pacientes negaron estas actividades durante la anamnesis de su historia clínica.

Tabla 2. Grupos de riesgo de pacientes con VIH-SIDA. Hospital Homero Castanier Crespo, período 2008-2019.

Otras enfermedades de transmisión sexual pacientes con VIH-SIDA		
Enfermedades	Frecuencia	Porcentaje
Sífilis	3	5,6%
Hepatitis B	2	3,7%
Ninguna	50	90,7%
Total	54	100,0%
Conducta sexual de pacientes con VIH-SIDA		
Conducta sexual	Frecuencia	Porcentaje
HSM	41	75,9%
HSH	11	20,4%
HSHM	2	3,7%
Total	54	100,0%
Uso de drogas por vía parenteral en pacientes con VIH-SIDA		
Drogas	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0,0%
No	54	100,0%
Total	54	100,0%
Trabajadores sexuales en pacientes con VIH-SIDA		
Trabajadores sexuales	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0,0%
No	54	100,0%
Total	54	100,0%

En la [Tabla 3](#), de nuestra población estudiada se observa que el índice de Masa Corporal (IMC) predominante es de 18,5-24,9 con 59,3%, de 25,0-29,9 con un 29,6%, de 30-34,9 con el 9,3% y <18,5 con el 1,9%, estos datos fueron evaluados en las historias clínicas a los seis meses de evolución con el tratamiento antirretroviral.

Se aprecia que las infecciones oportunistas más comunes en los pacientes son infecciones digestivas con el 13,0%, infecciones micóticas (candidiasis) con 11,1%, infecciones respiratorias con 3,7% e infecciones del SNC

Tabla 3. Características clínicas de pacientes con VIH-SIDA. Hospital Homero Castanier Crespo, período 2008-2019.

Estado nutricional por índice de masa corporal en pacientes con VIH-SIDA a los 6 meses de tratamiento		
Índice de masa corporal	Frecuencia	Porcentaje
IMC<18,5	1	1,9%
IMC 18,5-24,9	32	59,3%
IMC 25,0-29,9	16	29,6%
IMC 30,0-34,9	5	9,3%
Total	54	100,0%

Infecciones oportunistas en pacientes con VIH-SIDA		
Infecciones oportunistas	Frecuencia	Porcentaje
Infecciones respiratorias	2	3,7%
Infecciones digestivas	7	13,0%
Infecciones del SNC	1	1,9%
Infecciones micóticas	6	11,1%
Ninguna	38	70,4%
Total	54	100,0%

Comorbilidades asociadas en pacientes con infección por VIH		
Comorbilidades asociadas	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión arterial	1	1,9%
Dislipidemias	1	1,9%
Ninguna	52	96,3%
Total	54	100,0%

Tipo de tratamiento en pacientes con VIH-SIDA		
Tipo de tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Tenofovir/emtricitabina	2	3,7%
Tenofovir/emtricitabina/efavirenz	42	77,8%
Abacavir/lamivudina/efavirenz	3	5,6%
Zidovudina/lamivudina/efavirenz	1	1,9%
Zidovudina/lamivudina+lopinavir/ritonavir	2	3,7%
Tenofovir/emtricitabina+lopinavir/ritonavir	4	7,4%
Total	54	100,0%

Tiempo de diagnóstico de pacientes con VIH-SIDA		
Tiempo de diagnóstico de VIH-SIDA	Frecuencia	Porcentaje %
Entre 6 meses y 1 año	15	27,8%
Entre 1 año y 5 años	28	51,9%
Mas de 5 años	11	20,4%
Total	54	100,0%

Tiempo de tratamiento antirretroviral de pacientes con VIH-SIDA		
Tiempo de tratamiento antirretroviral	Frecuencia	Porcentaje %
Entre 6 meses y 1 año	15	27,8%
Mayor a 1 año	37	68,5%
Abandono de tratamiento	2	3,7%
Total	54	100,0%

con 1,9%. El 96,3% de pacientes no presentan comorbilidades asociadas seguido por 1,9% con hipertensión arterial y dislipidemias. Detalla que, de los distintos esquemas antirretrovirales, el 77,9% de pacientes se mantienen con tratamiento de tenofovir/emtricitabina/efavirenz, el 7,4% se tratan con tenofovir/emtricitabina+lopinavir/ritonavir, el 5,6% con abacavir/lamivudina/efavirenz, el 3,7% con tenofovir/emtricitabina y Zidovudina/lamivudina+lopinavir/ritonavir y el 1,9% con zidovudina/lamivudina/efavirenz. Del total de pacientes el 51,9% fueron diagnosticados entre 1 año y 5 años, el 27,8% se diagnosticaron entre 6 meses y 1 año; y el 20,4% con

diagnóstico de más de 5 años. El 68,5% están en tratamiento en un tiempo mayor a 1 año, el 27,8% encuentran en tratamiento entre 6 meses y 1 año; y el 3,7% con abandonaron el tratamiento.

En la [Tabla 4](#), al inicio de tratamiento los pacientes se encontraban con una carga viral mayor a 10000 copias/mL el 38,9%, seguido por la carga viral de 40-10000 copias/mL el 31,5% y una carga viral menor a 40 copias/mL el 29,6%. Al realizar los exámenes de control posteriores al año de recibir la terapia antirretroviral se observó la buena respuesta al tratamiento predominando con el 48,1% los pacientes con carga viral menor a 40 copias/mL, carga viral de 40-10000 copias/mL con 16,7% y carga viral mayor a 10000 copias/mL el 7,4%. Al inicio de tratamiento los pacientes se encontraban con linfocitos T CD4 <200 mm³ el 46,3%, seguido por linfocitos T CD4 200-500 mm³ el 37% y linfocitos T CD4+ 500 mm³ 16,7%. Al realizar los exámenes de control posteriores a recibir la terapia antirretroviral se observó la respuesta al tratamiento predominando con el 33,3% los pacientes con linfocitos T CD4 200-500 mm³, linfocitos T CD4 <200 mm³ el 22,2% y linfocitos T CD4+ 500 mm³ 16,7%.

Tabla 4. Características serológicas de pacientes con VIH-SIDA. Hospital Homero Castanier Crespo, período 2008-2019.

Carga viral al inicio de tratamiento antirretroviral		
Carga viral	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 40 copias/mL	16	29,6%
Carga viral 40-10000 copias/mL	17	31,5%
Mayor de 10000 copias/mL	21	38,9%
Total	54	100,0%

Carga viral al año de tratamiento antirretroviral		
Carga viral	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 40 copias/ mL	26	48,1%
Carga viral 40-10000 copias/mL	9	16,7%
Mayor de 10000 copias/mL	4	7,4%
Total	39	72,2%
En tratamiento menor a 1 año 2019	15	27,8%
Total	54	100,0%

Linfocitos T CD4 al inicio de tratamiento antirretroviral		
Linfocitos T CD4	Frecuencia	Porcentaje
Linfocitos CD4+ 500 mm ³	9	16,7%
Linfocitos CD4 200-500 mm ³	20	37,0%
Linfocitos CD4 <200 mm ³	25	46,3%
Total	54	100,0%

Linfocitos T CD4 al año de tratamiento antirretroviral		
Linfocitos TCD4	Frecuencia	Porcentaje
Linfocitos CD4+ 500 mm ³	8	16,7%
Linfocitos CD4 200-500 mm ³	18	33,3%
Linfocitos CD4 <200 mm ³	12	22,2%
Total	39	72,2%
En tratamiento menor a 1 año 2019	15	27,8%
Total	54	100,0%

En la [Tabla 5](#), se analizó el tratamiento con antirretroviral tenofovir/ emtricitabina /efavirenz versus la carga viral encontrando una asociación neutral (OR 1), sin mostrarse asociación estadísticamente significativa.

En la [Tabla 6](#), interpretamos que mantener el tratamiento antirretroviral tenofovir/emtricitabina/efavirenz es un factor de asociación que favorece (OR:

1,375) para aumentar el recuento de linfocitos T CD4 >200 mm³.

Tabla 5. Asociación entre tipo de tratamiento antirretroviral y carga viral al año de tratamiento en pacientes con VIH-SIDA. Hospital Homero Castanier Crespo, período 2008-2019

Asociación entre tipo de tratamiento antirretroviral y carga viral al año de tratamiento en pacientes con VIH-SIDA								
Tratamiento tenofovir/emtricitabina/efavirenz		Carga viral mayor de 40 copias/mL			Total	Intervalo de confianza de 95 %		Valor p:
		Si	No			Inferior	Superior	
Si	Recuento	10	20	30	Inferior	Superior	0,206	4,856
	Porcentaje	76,9%	76,9%	76,9%				
No	Recuento	3	6	9				
	Porcentaje	23,1%	23,1%	23,1%				
Total	Recuento	13	26	39				
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%				

Tabla 6. Relación entre tipo de tratamiento antirretroviral y linfocitos T CD4 >200 mm³ al año de tratamiento en pacientes VIH-SIDA. Hospital Homero Castanier Crespo, período 2008-2019

Relación entre tipo de tratamiento antirretroviral y linfocitos T CD4 al año de tratamiento en pacientes con VIH-SIDA								
Tratamiento tenofovir/emtricitabina/efavirenz		Linfocitos T CD4 >200 mm ³			Total	Intervalo de confianza de 95 %		Valor p
		Si	No			Inferior	Superior	
Si	Recuento	22	8	30	Inferior	Superior	0,2762	6,8434
	Porcentaje	78,6%	72,7%	76,9%				
No	Recuento	6	3	9				
	Porcentaje	21,4%	27,3%	23,1%				
Total	Recuento	11	28	39				
	Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%				

Discusión

La infección por VIH-SIDA afecta a personas de todas las edades. Según nuestros resultados; en el presente estudio el mayor número de afectados se encontraba entre los 18 y 35 años, siendo la mayoría del género masculino. Este mismo predominio de género fue encontrado por Álvarez SR., (2); en un estudio realizado en 2018 en Guayaquil, donde la mayoría de los pacientes estaban en el rango de edad de 18 a 37 años. Igualmente, Oliva D, y cols. (10) en un estudio similar realizado en La Habana, Cuba reporta el rango de edad de 20 a 39 años como el de mayor número de infectados, y con predominio del sexo masculino. Estos resultados podrían orientar las acciones de los programas de detección, control y prevención en nuestra población.

A nivel del Ecuador, de acuerdo con las cifras del Ministerio Salud Pública (MSP) en su guía del año 2019, el mayor número de casos de infección por VIH ocurre en las provincias costeras como Guayas, El Oro y Manabí, además de Pichincha en la sierra (11). En relación con la variable residencia en nuestro estudio, los pacientes que acuden a retirar medicación en la consulta externa del Hospital Homero Castanier, provenían, dada la ubicación geográfica de este hospital, en su gran mayoría de la provincia de Cañar (77,8), Azuay (16,7%), nada más 2

pacientes de la provincia de El Oro (3,7%), y 1 de Guayas (1,9%).

Entre las personas afectadas por el virus, las ocupaciones fueron diversas (empleados privados, agricultores, estudiantes, empleados públicos, etc.). Algunos afirmaron estar desempleados, En el grupo de pacientes del sexo femenino (N: 15 predominaron las amas de casas (10/15) (66,6%), lo que sugeriría un contagio por vía de su cónyuge o pareja. En cambio, Castañeda E y col. (12) en su estudio con pacientes con infección por VIH en Cuba reportó una mayor frecuencia de infección en personas sin ninguna ocupación, seguida por personas que laboran en sectores de salud y educación. Sin embargo, en el estudio de Sánchez B y col. (13) con pacientes ecuatorianos, en relación con la variable situación laboral encontraron un predominio alarmante de las amas de casa, seguido por estilistas, profesores, estudiantes y, por último, desempleados. Estos últimos resultados son concordantes con los obtenidos en el presente estudio en los que llama la atención el predominio de amas de casa probablemente infectadas por vía de su cónyuge o pareja en nuestro país. Alrededor del 7% de los pacientes estudiados no tenían ocupación. No se pudo establecer si esto estaba vinculado al hecho de estar infectado por VIH, es decir, si esto era resultado de algún tipo de prejuicio o discriminación máxime hablando de pacientes de edades entre 18 y 35 años.

Algo fundamental en casos de infección por VIH es la detección de los grupos de riesgo, los cuales fueron evaluados a partir de los datos de las historias clínicas. Un 9,3% de los pacientes estudiados tenían otras enfermedades de transmisión sexual, como sífilis y hepatitis B. Un estudio realizado por Tapia W, (14) en Quito en el año 2015 en pacientes portadores de VIH, en relación con la coexistencia de otra enfermedad de transmisión sexual, este autor encontró que las más frecuentes eran sífilis seguida del virus del papiloma humano. Sánchez B, y col. (13) encontró en su estudio un predominio en la coexistencia de otras enfermedades de transmisión sexual entre los pacientes HSM infectados con VIH que en los HSH. En nuestro estudio la prevalencia de otras enfermedades de transmisión sexual entre pacientes con infección VIH fue ciertamente baja pero dado el número relativamente pequeño de nuestra muestra no es posible sacar conclusiones definitivas.

Con relación a orientación sexual, la predominancia se encontró en personas HSM del mismo modo, Sánchez B, y col. (13), a nivel nacional, encontraron un mismo predominio en grupo HSM; seguido por HSH. En cambio, Castañeda E, y col. (12), en su estudio en Santiago de Cuba nos muestra resultados diferentes al presentar una población con VIH con predominio en HSH representando hasta un 55,0%. A nivel nacional observamos resultados análogos a nuestra investigación predominando HSM, sin embargo, a nivel internacional en Cuba se encontró mayor predominio en HSH. Representando una mayor tendencia de HSH que a nivel local.

Demás grupos de riesgo se encontró: trabajadores sexuales y uso de drogas por vía parenteral, habían sido negadas en la totalidad de la población. Grupo de ayuda mutua (GAM) 2017, afirma que a nivel nacional hasta un 3,7% de trabajadores sexuales son portadores del virus (11). De acuerdo con Folch C, y col. (15) en un estudio realizado en Cataluña, España, sobre tendencias de prevalencia del VIH y conductas de riesgo asociadas en mujeres trabajadoras del sexo, encontró estabilización en la prevalencia de VIH, aunque el uso de drogas, una práctica que lleva a un mayor riesgo de contagio, se mantuvo. Hay que tomar en consideración que las trabajadoras sexuales incluidas en nuestro estudio, podrían haber negado la actividad en su anamnesis; lo que puede conducir a una subestimación de la cifra de pacientes de riesgo. Por otro lado, tanto a nivel nacional como en el estudio en Cataluña, la baja prevalencia de VIH en trabajadoras sexuales podría atribuirse a un mejor control sanitario de este grupo.

El estado nutricional, por medio del índice de masa corporal en estos pacientes es algo fundamental; podría ser un parámetro de la evolución de la misma, al ser una enfermedad crónica con compromiso sistémico. Al ser analizado, se obtuvo que el IMC predominante en nuestros pacientes fue de 18,5-24,9 kg/m², es decir dentro de los límites normales. De igual manera, en el estudio realizado por Tapia W, (14) en Quito en pacientes con VIH; reporta un IMC de acuerdo a género, en el cual en hombres predomina IMC normal, mientras que en mujeres

predomina sobrepeso. Igualmente, a nivel internacional, Massip T, y col. (16), en su estudio realizado en la Habana, Cuba en pacientes asintomáticos y en fase SIDA, se encontró un IMC normal predominante con valores entre 21,44 kg/m² y 24,01 kg/m² como media. Al cotejar los diferentes estudios ambulatorios, observamos que los pacientes presentan un IMC normal, lo que indicaría que se puede mantener un IMC en rango normal, llevando el control adecuado.

La situación nutricional de los pacientes con infección por VIH, puede favorecer el desarrollo de otras enfermedades crónicas, es decir alguna comorbilidad asociada a su patología principal. Al revisarse la variable comorbilidades asociadas, se encontró que solo un paciente del sexo masculino presentaba hipertensión arterial (1,9%) y una paciente del sexo femenino presentaba dislipidemia (1,9%). De igual manera, Álvarez S, (2) en su estudio en Guayaquil estudió enfermedades crónicas no transmisibles, dentro de características de pacientes con VIH, en los resultados no reportan la existencia de las mismas. Sin embargo, Massip T y col. (16) en su estudio en La Habana, encontraron hipertriglicéridemia en grupo SIDA (57,6%), y en individuos con infección por VIH asintomáticos (33,3%). Debe tomarse en cuenta que las edades predominantes de nuestro estudio fueron entre 18 y 35 años; que no es un rango de edad para presentar enfermedades crónicas no transmisibles. Dato importante al estudiar la hiperlipidemia es la palicación del tratamiento antirretroviral ya que el uso de Lopinavir/ritonavir esta asociado a Síndrome dismetabólico, por lo cual, sería adecuado el seguimiento a largo plazo de los pacientes.

La mayoría de pacientes del estudio, se encontraban en tratamiento con 2 INTI (Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa) más 1 INNTI (Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa) (tenofovir/emtricitabina/efavirenz), diagnosticados entre 1 año y 5 años, con tiempo de TARV mayor a 1 año. Al inicio de tratamiento, predomino la carga viral mayor a 10.000 copias/mL, y un recuento de linfocitos T CD4 menor a 200 mm³. Tras recibir TARV durante un año, se evidenció la buena respuesta al tratamiento, predominando los que suprimieron la carga viral hasta niveles indetectables (menor a 40 copias/mL), con un recuento de linfocitos T CD4 mayor a 200 mm³. De igual manera, en el estudio Sánchez B y col. (13) los pacientes tenían un tiempo diagnóstico que predomino desde el 2014 a 2018, con un recuento al diagnóstico de linfocitos T CD4 menor a 350 mm³. Tras recibir la TARV, se observó que el 79,5% suprimieron la carga viral. Sin embargo, en este estudio no especifican el esquema de TARV que se utilizó en la mayoría de pacientes. Del mismo modo, Pacífico J y col. (8) en su estudio realizado en Lima, Perú, reportaron un promedio de 5 años del diagnóstico de los pacientes, los cuales tenían un promedio de 4 años recibiendo la TARV, con un esquema a base de INTI más INNTI., lo cual muestra la buena respuesta por parte de los pacientes estudiados, al presentar una carga viral suprimida en el 77,5%, y un recuento de linfocitos T CD4 con promedio de 432 mm³. En la revisión de la literatura, tanto a nivel nacional e

internacional; se observa la similitud de tiempo diagnóstico, tiempo y tipo de TARV de los pacientes.

En la correlación que se estableció entre las características serológicas al año en tratamiento de la infección; con las características clínicas (estado nutricional por Índice de Masa Corporal, tipo de tratamiento) de los pacientes, no se encontró resultados estadísticamente significativos. A nivel nacional no se encontró datos de estudios similares. Sin embargo, Roca M, (12), realizó un estudio en Castellón, España. Reportando que la falta de supresión de carga viral, está asociado con pacientes que presentan índice de masa corporal en niveles inferiores, edades más jóvenes y linfocitos T CD4 disminuidos. En resumen, el mal estado nutricional predispone a un recuento de linfocitos TCD4 disminuido, por lo que es importante el consejo nutricional, en los pacientes para evitar el deterioro o síndrome de desgaste. En relación al tratamiento, se está utilizando un esquema adecuado al ser un factor favorecedor, para mantener un buen recuento de linfocitos T CD4

Agradecimientos

Al personal del Hospital Homero Castanier Crespo que ayudaron para la ejecución del mismo, en especial al Dr. Oscar Martínez. A la Universidad Católica de Cuenca y a sus profesionales capacitados que colaboraron en el trabajo; y a todas las personas que directa e indirectamente formaron parte de esta investigación.

Conflicto de Relaciones y Actividades

Los autores declaran que la investigación se realizó en ausencia de relaciones comerciales o financieras que pudieran interpretarse como un posible conflicto de relaciones y actividades.

Financiamiento

Esta investigación no recibió financiamiento de fondos públicos o privados, la misma fue autofinanciada por los autores.

Referencias Bibliográficas

1. UNAIDS. Hoja informativa - Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida | ONUSIDA [Internet]. ONUSIDA. 2021. p. 1-7. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
2. ONUSIDA. ECUADOR ONUSIDA [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/ecuador>
3. Mascort J, Aguado C, Alastrue I, Carrillo R, Fransi L, Zarco J. VIH y atención primaria. Volver a pensar en el SIDA. Atención Primaria [Internet]. 2017;49(2):65-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656717300550>. DOI: [10.1016/j.aprim.2017.01.001](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.01.001) PMID [28209235](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28209235/) PMCID [PMC6875960](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/PMC6875960/)

4. Miranda Gómez O, Fariñas Reinoso AT, Coutín Marie G, Nápoles Pérez M, Lara Fernández H, Lago Alfonso T. Comportamiento de la epidemia de VIH en Cuba. Rev Médica Electrónica [Internet]. 2012;34(1):7-24. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242012000100002#:~:text=Cuba%20ha%20logrado%20mantener%20una,debajo%20de%200%2C1%20%25.&text=La%20epidemia%20est%C3%A1%20caracterizada%20como%20un%20ADnimo%20en%20la%20poblaci%C3%B3n%20infantil
5. Rely K, Martínez Valverde S, Salinas Escudero G. Análisis de Minimización de Costo e Impacto Presupuestario del Tratamiento ARV con Abacavir/Lamivudina para el VIH/SIDA en México. Value Heal Reg Issues [Internet]. 2013;2(3):368-74. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212109913000307>. DOI: [10.1016/j.vhri.2013.03.005](https://doi.org/10.1016/j.vhri.2013.03.005) PMID [29702772](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29702772/)
6. Lemos-Luengas E, Quevedo-Franco E, Castro-Solarte E. Correlación inversa entre Carga Viral y recuento de Linfocitos t cd4 entre pacientes VIH/SIDA atendidos en un hospital distrital de Bogotá. Medicina (B Aires) [Internet]. 2013;35(1):29-40. Disponible en: <https://www.revistamedicina.net/index.php/Medicina/artic le/view/51>
7. dos Santos IK, de Azevedo KPM, Melo FCM, Maia UMC, de Medeiros HJ, Knackfuss MI. Ejercicios resistidos, parámetros hematológicos, virológicos y perfil antropométrico en personas que viven con VIH/SIDA. Rev Andaluza Med del Deport [Internet]. 2016;9(3):110-3. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1888-75462016000300003. DOI: [10.1016/j.ramd.2016.02.013](https://doi.org/10.1016/j.ramd.2016.02.013)
8. Pacífico J, Gutiérrez C. Información sobre la medicación y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2015;32(1):66-72. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000100010. PMID [26102107](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26102107/)
9. Álvarez-Zamora SR. Características clínicas, serológicas y epidemiológicas en pacientes con sarcoma de Kaposi asociado a VIH/SIDA en el Hospital Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña [Internet]. [Grado en Medicina]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina; 2018. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/30640>
10. Oliva Venereo D de la C, Ning Toirac E, Viñas Martínez AL. Características clínico-epidemiológicas de mujeres con Virus de Inmunodeficiencia Humana. Boyeros. 1986-2016. Rev Habanera Ciencias Médicas [Internet]. 2021;20(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2021000300016
11. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en adolescentes y adultos. [Internet]. Guía práctica Clínica Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP]. Quito-Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2019. 156 p. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_VIH_acuerdo_ministerial05-07-2019.pdf
12. Castañeda Vargas E, Baute Pareta N, Silva Sánchez M, Ibarra Sayas D, Jiménez Cardero M. Comportamiento de

- portadores de VIH/SIDA en el municipio de Il Frente. MEDISAN [Internet]. 2014;18(6):793-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30192014000600007&lng=en&nrm=iso&tlng=es
13. Sánchez Jiménez B, Hernández-Trejo M. Conocimiento y aprendizaje de enfermeras(os) sobre infecciones de transmisión sexual. Perinatol y Reprod humana [Internet]. 2005;19(3-4):177-86. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372005000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 14. Tapia W. Relación del factor de necrosis tumoral alfa en pacientes portadores de VIH-SIDA, recientemente diagnosticados con la carga viral detectable, en la consulta externa del servicio de medicina interna del hospital de especialidades "Eugenio Espejo" de la ciudad de Quito, durante el período de febrero y junio del año 2015. [Internet] [Grado en Medicina]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Facultad de Medicina; 2015. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/10469>
 15. Folch C, Casabona J, Sanclemente C, Esteve A, González V. Tendencias de la prevalencia del VIH y de las conductas de riesgo asociadas en mujeres trabajadoras del sexo en Cataluña. Gac Sanit [Internet]. 2014;28(3):196-202. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112014000300004 DOI: [10.1016/j.gaceta.2013.11.004](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.11.004) PMID [24393261](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24393261/)
 16. Massip N T, Nicot B G, Massip N J, Valdés V A, Pimienta S A. Evaluación nutricional de personas con VIH/SIDA. Rev Chil Nutr [Internet]. 2015;42(2):131-8. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182015000200003#:~:text=La%20evaluaci%C3%B3n%20nutricional%20consisti%C3%B3n%20en,de%20alimentos%3B%20medici%C3%B3n%20de%20par%C3%A1metros
 17. Roca Sanz M. Factores relacionados con el insuficiente control de la infección por el VIH en la Cohorte Española VACH [Tesis Doctoral]. Castellón-España: Universitat Jaume I; 2017. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/454985>

Autores:

Peñafiel-Urgilés Álvaro Gabriel. <https://orcid.org/0000-0001-8483-7948>. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Departamento Medicina General. Cuenca-Azuay. Ecuador. E-mail: alvaropenafielurgiles@gmail.com

Aspiazu-Hinostroza Karla Alexandra. <https://orcid.org/0000-0002-6016-4109>. Universidad Católica de Cuenca. Departamento de Investigación. Cuenca-Azuay. Ecuador. E-mail: kaspiazuh@ucacue.edu.ec

Hugo-Merino Gabriel Anibal. <https://orcid.org/0000-0003-4287-4841>. Universidad Católica de Cuenca. Departamento de Titulación. Cuenca-Azuay. Ecuador. E-mail: ghugom@ucacue.edu.ec

Espinosa-Martin Lizette. <https://orcid.org/0000-0002-3455-4437>. Universidad Católica de Cuenca. Centro de Investigación de la Unidad Académica de Salud y Bienestar. Cuenca-Azuay. Ecuador. E-mail: lespinosam@ucacue.edu.ec

Correspondencia: Salazar-Torres Zoila Katherine. <https://orcid.org/0000-0002-7663-8049>. Universidad Católica de Cuenca. Departamento de Investigación. Dirección Postal: Universidad Católica de Cuenca, Pio Bravo y Manuel Vega. Código postal: 010104. Cuenca-Azuay. Ecuador. E-mail: zsalazart@ucacue.edu.ec

Contribución de los Autores:

PRAG: conceptualización, metodología, validación, análisis, curación de datos. redacción-revisión, visualización. **AHKA, HMGA, EML y STZK:** análisis formal, investigación, redacción-revisión y edición, visualización.