

Paciente con VIH y Co-infectado por el HPV: Un estudio de caso

Patient with HIV and Co-infected by HPV: A case study

Máyda Pereira Vilela Ferreira¹,
Raphael Oliveira Ramos Franco Netto¹,
Juliana de Almeida Rodrigues Franco Netto¹,
Jéssica González Escobar¹,
Berenice Moreira²
Marcos Arturo Ferreira Agüero¹

¹ Universidad Internacional Tres Fronteras-UNINTER-PJC- Paraguay

² Universidad del Rio Verde- GO-Brasil

Resumen

Actualmente las infecciones causadas por el virus y el VPH se consideran un gran problema de salud pública mundial. El objetivo fue analizar el impacto del VIH y el VPH en la vida familiar, sexual y social; Identificar los diagnósticos y relacionar la carga viral y CD4 y evaluar la adhesión a la TARV. Paciente del sexo masculino, 52 años con diagnóstico de VIH y VPH, fue posible identificar los principales diagnósticos multidisciplinares de acuerdo con la NANDA, siendo un total de 11 diagnósticos. Se sugiere una mirada más reflexiva del médico y su equipo multidisciplinario en lo que se refiere a la salud pública, pues no basta con tratar al paciente infectado, es necesario que el paciente reciba orientaciones sobre el proceso salud-enfermedad del paciente VIH con coinfección por el VIH HPV con el fin de promover la prevención secundaria

Palabras clave: verrugas genitales; recidivas; terapia antirretroviral

Abstract

Currently, infections caused by HIV and HPV are considered a major public health problem worldwide. The objective was to analyze the impact of HIV and HPV on family, sexual and social life; To identify the diagnoses and to relate the viral and CD4 load and to evaluate the adherence to ART. A 52-year-old man with a diagnosis of HIV and HPV was able to identify the main multidisciplinary diagnoses according to NANDA, with a total of 11 diagnoses. It is suggested a more reflective look by the physician and his multidisciplinary team regarding public health, since it is not enough to treat the infected patient, it is necessary that the patient receive guidance about the health-disease process of the HIV patient with co-infection by the HPV in order to promote secondary prevention

Key words: genital warts; recurrences; antiretroviral therapy

Fecha de recepción: 21/11/2018.
Fecha de aceptación: 05/12/2018.

Correspondencia:

Raphael Oliveira Ramos Franco Netto
raphael_fn@hotmail.com

Introducción

El papiloma humano (VPH) es un gran problema de salud pública mundial, siendo uno de los más comunes de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), que provocan lesiones en los órganos genitales masculinos y femeninos, con mayor prevalencia en el sexo femenino ⁽¹⁾.

Las principales manifestaciones clínicas causadas por la infección del VPH son las verrugas genitales, verrugas cutáneas, papilomas o displasias. Su principal forma de transmisión es a través de la relación sexual con las personas infectadas por el virus, aunque existen otras formas de transmisión como: transmisión vertical e infección por fotonos ^(2,3).

Entre el individuo portador del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), puede aumentar la prevalencia del VPH, pues ese paciente tiene su sistema inmunológico fragilizado, debido a la débil respuesta del sistema inmune. Recordando que los pacientes portadores del VIH, a menudo tendrán una mayor incidencia de recidivas, por tener sus manifestaciones clínicas más agresivas y difíciles de controlar, teniendo un desenlace desfavorable, sobre todo si el portador del VIH no tiene una buena adhesión a la Terapia Antirretroviral (TARV) ⁽²⁻⁴⁾.

De esta forma, se hace necesario un estudio junto al paciente VIH co-infectado por el VPH, de forma que el médico pueda identificar los diagnósticos multidisciplinarios, permitiendo a él y su equipo comprender mejor el proceso salud-enfermedad del paciente VIH con coinfección por el VIH. HPV.

Caso Clínico

Paciente de sexo masculino, 52 años, 59 kg, 1,75m, divorciado, heterosexual, negro, tres hijos, escolaridad primaria (fundamental incompleto), albañil, jubilado, católico. Vive en casa propia, no tiene diabetes y hipertensión arterial.

Paciente con diagnóstico de VIH y VPH. Relata haber sentido su primera señal y síntoma del virus VIH a través de los síntomas como: diarrea frecuente (llegando hasta la internación), deshidratación, fiebre, gripes y moniliasis oral. Se diagnosticó portador del virus VIH en el año 1994 y en 1996 inició el tratamiento con TARV a lo largo de estos 16 años, fueron varios episodios de abandono al tratamiento, fallas en la adhesión a la medicación e incluso escapando de la atención de salud en todos los casos (Médico, farmacológico, psicología, grupos de adhesión, etc.), el paciente hace consultas psicológicas y sociales para el apoyo y orientación en el tratamiento del alcoholismo, pues el paciente tiene un grave problema de abuso del alcohol.

Se presenta pérdida de peso progresiva, tiene una alimentación irregular, se queja de falta de apetito y relata el uso de suplementos alimenticios y estimulante de apetito.

Desde el inicio de la TARV hasta los días actuales, se realizaron cuatro alteraciones medicamentosas. El 27/10/2003 se prescribieron los siguientes medicamentos: Zidovudina 300 mg 2x / día; Lamivudina 150 mg 2x / día; Nelfinavir 750 mg 3x / día. En 09/06/2006 hubo algunos cambios en el tratamiento, siendo: mantuvo Zidovudina y Lamivudina; Se ha producido la sustitución de Nelfinavir por Efavirenz 600 mg 1x / día por la noche al acostarse, pues si se toma durante el día tendrá efectos adversos como delirios y alucinaciones.

En el 07/02/2008 se intercambiaron algunos de los medicamentos: Tenofovir 300 mg 1x / día; Lamivudina 150 mg 2 comprimidos; Lopinavir y Ritonavir respectivamente 200/50 mg, siendo estos últimos que tienen efectos adversos como síntomas relacionados con diarrea y constantes dolores en el estómago; Fusión (T20) 90 mg / ml inyectable, 1 ampolla de 12/12 horas.

El 23/09/2010 mantuvo el Tenofovir y Lamivudina, y se introdujo Darunavir 300 mg 2 comprimidos de 12/12 horas; Ritonavir 100 mg 2x / día; Raltegravir 400 mg 1 comprimido de 12/12 horas todos los días. El paciente mantiene este tratamiento hasta los días actuales, recordando que a lo largo de ese período el paciente presentó una baja adhesión al tratamiento.

Los exámenes de recuento de linfocitos T CD4 + / CD8 + se mostraron inestables (Tabla 1), en relación a la carga viral y CD4 +, realizado en el Laboratorio Central de Salud Pública de Goiás, a través del material biológico: sangre total, de la siguiente manera:

Tabla 1. Relación Carga Viral y CD4+.

FECHA DE COLECTA	CARGA VIRAL	CD4+
07/02/2012	-----	14
06/02/2012	256	-----
06/09/2011	-----	5
05/09/2011	14.365	-----
15/03/2011	-----	7
14/03/2011	199.911	-----
22/02/2010	-----	10
11/01/2010	244.291	-----
12/05/2009	132.981	85
25/11/2008	20.680	-----
22/07/2008	-----	24
29/04/2008	8.710	17
04/09/2007	86.154	-----
24/07/2007	7.814	7
30/05/2006	5.933	-----
25/05/2006	-----	56
10/01/2006	293.504	5

A lo largo de los años los exámenes de laboratorio apuntan que la carga viral se presenta constantemente en un nivel muy alto. Los resultados apuntan a un nivel muy bajo de las células CD4 +, verificándose que el paciente está en el estado de inmunosupresión permanente.

En 2006, tuvo el primer relato del virus VPH, presentando verrugas genitales (pene y ano) y verrugas vulgar (palma de la mano izquierda). Su última cauterización ocurrió en

el año 2011. Hoy relata no tener ninguna lesión y el paciente contrajo los virus VIH y VPH sexualmente.

Demostó tener conocimiento y conciencia de su enfermedad, pero se mostró negligente con algunas decisiones. Se mostró satisfecho con el apoyo de su familia, que es esencial para su tratamiento, evidenciando de manera positiva su autoestima y autoimagen.

A partir del juicio clínico fue posible elaborar once diagnósticos (Tabla 2) siendo: seis diagnósticos reales; Dos diagnósticos de promoción de la salud y tres diagnósticos de riesgos, de la siguiente manera:

Tabla 2. Diagnósticos

DIAGNÓSTICO REAL
<p>1. Diarrea: Relacionado a procesos infecciosos, abuso de alcohol y efectos adversos de medicamentos, caracterizado por dolor abdominal y al menos tres evacuaciones de heces líquidas por día.</p> <p>2. Mantenimiento ineficaz de la salud: Relacionado al enfrentamiento individual ineficaz, caracterizado por incapacidad de asumir la responsabilidad de atender las prácticas básicas de salud y falta de interés expresa en mejorar comportamientos de salud.</p> <p>3. Auto negación: Relacionado al abuso de sustancias, estilo de vida / opciones, mantenimiento del control, caracterizado por falta de adhesión a actividades de salud.</p> <p>4. Nutrición desequilibrada: menos que las necesidades corporales: Relacionado a factores biológicos, caracterizado por diarrea, dolor abdominal, mucosas pálidas, pérdida de cabello, pérdida de peso e informe de ingesta inadecuada de alimentos, menor que la PDR (porción diaria recomendada) .</p> <p>5. Falta de adhesión: Relacionado al conocimiento relevante para el comportamiento del régimen de tratamiento, complejidad, caracterizado por comportamiento indicativo de falta de adherencia y falla en mantener compromisos programados.</p> <p>6. Negación ineficaz: Relacionado la falta de control sobre la situación de vida, caracterizado por no percibe la relevancia personal de los síntomas, rechaza asistencia de salud y retrasa la demanda de la asistencia a la salud.</p>
DIAGNÓSTICO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD
<p>1. Disposición para auto concepto mejorado: Caracterizado por expresar satisfacción con la identidad personal y acepta sus limitaciones.</p> <p>2. Disposición para procesos familiares mejorados: Caracterizado por la familia se adapta a cambios, comunicación adecuada, el respeto por los miembros de la familia es evidente y los vínculos entre los miembros de la familia se mantienen</p>
DIAGNÓSTICO DE RIESGO
<p>1. Riesgo de infección: Relacionado a agentes farmacéuticos (inmunosupresores), desnutrición, enfermedad crónica e inmunosupresión.</p> <p>2. Riesgo de desequilibrio electrolítico: Relacionado con la diarrea y los efectos secundarios relacionados con el tratamiento (medicamentos).</p> <p>3. Comportamiento de salud propenso a riesgo: Relacionado la actitud negativa en relación a la atención de salud, exceso de alcohol, caracterizado por no puede actuar de forma a prevenir problemas de salud y no logra alcanzar una completa sensación de control.</p>

Discusión

A partir de estas evaluaciones el médico y su equipo multidisciplinario podrán planificar y desarrollar cada asistencia. Por lo tanto, un juicio clínico tanto en el aspecto emocional y fisiológico, para entonces evaluar su eficacia y efectividad.

Los diagnósticos encontrados en el paciente posibilitaron apuntar las principales evidencias asociadas a un paciente portador de los virus VIH y VPH, a través de la recolección de datos y revisión del prontuario.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida resulta en varios signos y síntomas desde los más simples como una infección viral a los más complejos, se considera una enfermedad grave, teniendo como una de las principales características la inmunosupresión, pudiendo resultar en las infecciones oportunistas. Candidiasis oral, fiebre, pérdida de peso y diarrea son los síntomas más asociados a este tipo de enfermedad ⁽⁵⁾.

Se observó que el paciente presentó la diarrea, siendo constantes estos episodios. La diarrea se caracteriza por el aumento anormal del líquido en las heces (pudiendo llevar la deshidratación), siendo una de las complicaciones más frecuentes en pacientes con VIH y que hacen el uso de la terapia antirretroviral ⁽⁶⁾.

Se observó también la pérdida de peso progresiva en el paciente, debido a la falta de apetito y alimentación irregular. Una alimentación adecuada trae beneficios y mejora en la calidad de vida, un importante factor que favorece la promoción de la salud. Los nutrientes como: proteínas, carbohidratos, lípidos, vitaminas y minerales son esenciales para tener una buena alimentación y un estilo de vida más sano. A través de estos alimentos es posible restaurar la inmunidad (linfocitos T CD4 +), hay una mejora del cuadro diarreico y aumenta la absorción de nutrientes, siendo un gran factor para la mejora de la calidad de vida de un paciente portador del virus VIH ⁽⁷⁾.

La adhesión a TARV varía desde el cumplimiento de la terapia, hasta los más simples cuidados como: ingestión de los medicamentos; El cumplimiento de los horarios; Hábitos de vida como higiene y alimentación; Consultas de acompañamientos regulares; Prevención de nuevas enfermedades; Cumplimiento de los exámenes; Relación con el equipo multidisciplinario, comprensión de su enfermedad, etc. Por lo tanto, se trata de un abordaje que involucra tanto al paciente como al equipo de salud, para alcanzar los objetivos deseables de la TARV como: mejora en la calidad de vida y expectativa de vida; Aumento de la inmunidad y prevención de nuevas infecciones ^(8,9).

Otros datos apuntaron la dificultad que el paciente tuvo en tratar sus recidivas causadas por el VPH, consecuentemente causadas por la no adhesión al tratamiento. La debilidad inmunológica, deja al individuo susceptible a sufrir varias infecciones pudiendo ser bacterianas o virales, incluso los tipos de VPH más agresivos, causando verrugas genitales de tamaños más grandes, más resistentes y con mayor número de recidivas. Sin embargo, si se utiliza a la medicación correctamente (TARV), puede contribuir de manera positiva, en el control de nuevas recidivas ⁽¹⁰⁻¹²⁾.

De otro modo, se evidenció un dato positivo en relación a la familia, sexualidad y convivencia social. El paciente relató tener el apoyo de su familia, principalmente de los hijos, no deja de tener relaciones sexuales debido al hecho de tener una enfermedad sin curación y transmisible, frecuente cualquier ambiente sin temor y miedo. Se convierte en un gran factor beneficioso, que juega un papel importante en relación a su tratamiento, calidad de vida y autoconfianza, trayéndole grandes beneficios como la salud física y emocional.

Por lo tanto, es evidente la importancia que la adhesión al tratamiento influye positivamente en el bienestar del paciente. El diagnóstico de una ETS para la mayoría de

las personas en especial el VIH, puede traer diversos sentimientos negativos como temor, miedo o vergüenza. Sin embargo, el paciente no ha demostrado que este diagnóstico haya comprometido su relación con la familia y su sexualidad. Sin embargo, la adhesión a TARV y el seguimiento ambulatorial en el SAE nunca fueron satisfactorios, tal vez por el uso excesivo del alcohol o la no aceptación de su enfermedad.

De esta forma, corresponde al profesional médico y su equipo multidisciplinario realizar consultas periódicas para favorecer la comprensión y la importancia de seguir el tratamiento correcto, explicar sobre el uso incorrecto de la TARV principalmente a los usuarios de drogas / alcohol, interacción medicamentosa, efectos colaterales y buscar las causas del abandono del tratamiento. Es fundamental que el paciente comprenda las metas de la terapia para entonces obtener el éxito del tratamiento. Otro factor fundamental para la mejora de la calidad de vida del paciente es promover la prevención secundaria, incentivando el uso del preservativo e intensificar medidas de profilaxis de las enfermedades oportunistas.

Referencias bibliográficas

1. Crow JM. HPV: The global burden. *Nature*. 2012;488(7413):S2–3.
2. Stanley M. Pathology and epidemiology of HPV infection in females. Vol. 117, *Gynecologic Oncology*. 2010.
3. Palefsky JM. HPV infection in men. *Dis Markers*. 2007;23(4):261–72.
4. Dunne EF, Park IU. HPV and HPV-associated diseases. Vol. 27, *Infectious Disease Clinics of North America*. 2013. p. 765–78.
5. Stevenson M. HIV-1 pathogenesis. *Nat Med*. 2003;9(7):853–60.
6. Hemelaar J. Implications of HIV diversity for the HIV-1 pandemic. Vol. 66, *Journal of Infection*. 2013. p. 391–400.
7. Seidl EMF, Zannon CML da C, Trócoli BT. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicol Reflexão e Crítica*.
8. Gaspar J, Reis RK, Pereira FMV, de Souza Neves LA, de Castro Castrighini C, Gir E. Qualidade de vida de mulheres vivendo com o HIV/aids de um município do interior paulista. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(1):230–6.
9. Geocze L, Marco MA De, Mucci S, Nogueira-Martins LA, Citero DA. Qualidade de vida e adesão ao tratamento anti-retroviral de pacientes portadores de HIV. *Rev Saude Publica*. 2010;44(4):743–9.
10. Pincinato AL, Horta HC, Ramacciotti Filho PR, Formiga GJS. Recidiva de lesões associadas ao HPV em pacientes HIV positivos após tratamento cirúrgico. Vol. 29, *Rev. bras. colo-proctol*. 2009. p. 169–73.
11. CDC. HIV Basics. *Centers Dis Control Prev*. 2015;1. Available from: <http://www.cdc.gov/actagainststids/basics/>
12. Scudellari M. HPV: Sex, cancer and a virus. *Nature*. 2013;503(7476):330–2.