

## Factores de predicción de diagnósticos de enfermería en personas viviendo con el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida<sup>1</sup>

Richardson Augusto Rosendo da Silva<sup>2</sup>  
Romanniny Hévillyn Silva Costa<sup>3</sup>  
Ana Raquel Cortês Nelson<sup>4</sup>  
Fernando Hiago da Silva Duarte<sup>5</sup>  
Nanete Caroline da Costa Prado<sup>6</sup>  
Eduardo Henrique Fagundes Rodrigues<sup>7</sup>

Objetivo: identificar los factores de predicción de diagnósticos de enfermería en personas viviendo con el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida. Método: estudio transversal, realizado con 113 personas viviendo con el SIDA. Los datos fueron recolectados con un guión de entrevista y examen físico. Para analizar los datos, fue utilizada la regresión logística, considerando un nivel de significación de 10%. Resultados: los factores de predicción identificados fueron: para el diagnóstico de enfermería conocimiento deficiente - seguimiento inadecuado de instrucciones y verbalización del problema - para el diagnóstico de enfermería falta de adhesión - años de estudio, comportamiento indicativo de falta de adhesión, participación en el tratamiento y olvido - y para el diagnóstico de enfermería disfunción sexual - renta familiar, frecuencia disminuida de la práctica sexual, déficit percibido de deseo sexual, limitaciones percibidas impuestas por la enfermedad y función corporal alterada. Conclusión: los factores de predicción, de esos diagnósticos de enfermería, participaron: características sociodemográficas y clínicas, características definidoras y factores relacionados, las que deben ser consideradas durante la asistencia prestada por el enfermero.

Descriptores: Procesos de Enfermería; Diagnóstico de Enfermería; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

<sup>1</sup> Artículo parte de la disertación de maestría "Sistematização da Assistência de Enfermagem em Pacientes com AIDS", presentada el Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

<sup>2</sup> PhD, Profesor Adjunto, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

<sup>3</sup> MSc, Enfermero, Instituto Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

<sup>4</sup> Enfermera, Especialista em Enfermería del Trabajo.

<sup>5</sup> Enfermero, Estudiante del curso de especialización en Unidade de Terapia Intensiva, Faculdade Metropolitana, CENPEX, Natal, RN, Brasil.

<sup>6</sup> Enfermera, Estudiante del curso multiprofesional de especialización en Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

<sup>7</sup> Estudiante del curso de graduación em Medicina, Departamento de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

## Introducción

Se estima que 35 millones de personas están viviendo con el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (HIV). Desde el inicio de la epidemia del SIDA en 1980 hasta diciembre de 2013, fueron identificados cerca de 1,5 millones de muertes, que tuvieron como causa básica el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)<sup>(1)</sup>. En ese sentido, el SIDA todavía se presenta como un problema de salud pública, demandando, por tanto, la atención tanto de administradores como de profesionales de la salud, en lo que se refiere a las medidas de prevención, tratamiento y rehabilitación de los individuos.

El enfermero entra en este contexto como un importante facilitador del cuidado a las personas viviendo con el SIDA, sea realizando los procedimientos de enfermería durante la internación hospitalaria o evaluando y suministrando orientaciones sobre su estado de salud, por ejemplo exámenes, medicamentos, dieta, prevención de la transmisión del virus, entre otros asuntos. Para esto, es necesario que esas acciones sean realizadas de forma sistemática.

La Sistematización de la Asistencia de Enfermería ocurre a partir de la aplicación del Proceso de Enfermería, el cual está compuesto por las cinco etapas interrelacionadas, interdependientes y recurrentes: 1) recolección de datos (histórico), 2) diagnóstico de enfermería, 3) planificación, 4) implementación, y 5) evaluación de enfermería. Mediante esto, la práctica del enfermero será guiada por el juzgamiento clínico, por una mayor organización y calidad del cuidado. Para tal, es primordial que ese profesional haga que sean participes las personas viviendo con el SIDA y sus familiares<sup>(2)</sup>.

En ese sentido, la identificación de los diagnósticos de enfermería y de sus predictores, los cuales están relacionados a las respuestas humanas, facilitan la implementación de las intervenciones de enfermería las que serán más adecuadas a las reales necesidades de las personas viviendo con el SIDA y a su contexto socioeconómico y cultural.

Para respaldar y justificar el desarrollo del estudio, se realizó una revisión integradora buscando producciones científicas publicadas en los últimos cinco años, sobre la temática en cuestión. Así, se utilizaron las bases de datos informatizadas de la Biblioteca Virtual de la Salud (BVS): Literatura Latino-Americana y del Caribe (LILACS) y Literatura Internacional en Ciencias de la Salud y Biomédica (MEDLINE); Scopus y CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), empleándose los siguientes cruzamientos: Nursing diagnosis and Acquired immunodeficiency syndrome, Nursing process and Acquired immunodeficiency

syndrome. Se verificaron pocos estudios que abordaban los Diagnósticos de Enfermería en personas viviendo con el SIDA<sup>(2-6)</sup>, encontrándose investigaciones sobre perfil y prevalencia de los diagnósticos y ausencia de investigaciones sobre sus factores de predicción.

A partir del vacío de conocimiento identificado sobre el asunto, en la literatura científica, se cuestiona: ¿Cuáles son los factores de predicción de los diagnósticos de enfermería en personas viviendo con el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida?

Delante de esto, el objetivo de este estudio fue identificar los factores de predicción de los diagnósticos de enfermería en personas viviendo con el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida.

## Método

Se trata de un estudio transversal, realizado en un hospital público, localizado en el Noreste de Brasil. La población del estudio consistió en 158 personas con el diagnóstico de SIDA, las cuales se encontraban internadas en el hospital seleccionado. Para tal, se contabilizó una internación para cada paciente. El cálculo del tamaño de la muestra se hizo con la fórmula para poblaciones finitas, llevando en consideración el nivel de confianza de 95% ( $Z_{\infty}=1,96$ ), el error del muestreo de 5% y el tamaño de la población<sup>(7)</sup>. La muestra quedó constituida por 113 personas viviendo con el SIDA, seleccionadas por conveniencia, del tipo consecutiva.

Fueron incluidas en el estudio las personas que poseían el diagnóstico de SIDA, presentaban edad arriba de 18 años, habían sido internadas hace, por lo menos, 12 horas. Se excluyeron aquellas que no estaban en condiciones físicas o psíquicas para participar del estudio o aquellas que desconocían el diagnóstico de la enfermedad. Se destaca que las personas viviendo con el SIDA internadas nuevamente, que ya habían sido entrevistadas en el presente estudio, no fueron nuevamente incluidas en la muestra.

La recolección de datos ocurrió en el período de marzo a septiembre de 2014, correspondiendo al intervalo de tiempo necesario para alcanzar la muestra calculada. Durante el abordaje a los sujetos, era realizada la presentación de la propuesta de la investigación y lectura del Término de Consentimiento Libre e Informado. Para esto, era dado el tiempo que el paciente necesitaba para tomar su decisión. Caso de desease colaborar con el estudio, eran realizados la anamnesis y el examen físico en una sala separada, en el referido hospital, respetando la privacidad del paciente. En todo el proceso de recolección de datos,

se utilizó un lenguaje accesible para que no existiesen dudas o embarazos.

Los instrumentos utilizados en la recolección de datos, para realización de la anamnesis y del examen físico, fueron adaptados<sup>(2,8-9)</sup>; los mismos presentaban preguntas abiertas y cerradas sobre los datos sociodemográficos y clínicos. Además de eso, se abordaron las características definidoras (señales y síntomas), factores relacionados de riesgo, subdivididos en 12 dominios (promoción de la salud, nutrición, eliminación y cambios, actividad/reposo, percepción/cognición, autopercepción, papeles y relacionamientos, sexualidad, enfrentamiento/tolerancia al estrés, seguridad/protección y confort) presentes en la taxonomía II de la NANDA Internacional. Para la adaptación, se adicionaron preguntas específicas para personas viviendo con el SIDA, como: forma de transmisión, tiempo de diagnóstico, presencia de infecciones oportunistas y coinfecciones, medicamentos utilizados e informaciones sobre los exámenes de laboratorio realizados.

Los instrumentos fueron validados por ocho profesores con doctorado y experiencia en diagnósticos de enfermería y síndrome de la inmunodeficiencia adquirida, los cuales participaron como jueces. La evaluación del instrumento se realizó partiendo de la clasificación de cada ítem, considerando la opinión de los jueces sobre la concordancia o discordancia de que el ítem permaneciese en los instrumentos. Además de eso, sugerencias también pudieron ser realizadas. Se incorporaron a los instrumentos los ítems que alcanzaron un índice de concordancia  $\geq 0,80$  entre los profesores participantes del estudio fueron considerados validados. Los referidos instrumentos fueron aplicados, bajo la forma de preprueba, a diez personas viviendo con el SIDA, en el local del estudio. No hubo necesidad de hacer alteraciones y los participantes fueron incluidos en la muestra del estudio.

Se utilizó el NANDA Internacional, versión 2012-2014<sup>(9)</sup>, para clasificar los diagnósticos de enfermería, las características definidoras y los factores relacionados o de riesgo. El proceso de inferencia diagnóstica fue realizado por dos investigadores y ocurrió en dos etapas: análisis (categorización de los datos e identificación de los vacíos) y síntesis (agrupamiento, comparación, identificación y relación de los factores causadores).

Se construyó un banco de datos, en el cual se registró a todas las variables sociodemográficas y clínicas, las características definidoras, los factores relacionados y los diagnósticos de enfermería identificados. El análisis de los datos se realizó de forma descriptiva, mediante obtención de frecuencias absolutas y relativas. Para las variables numéricas, fueron presentadas las medidas de tendencia central.

La estadística inferencial se realizó utilizando la regresión logística por el método stepwise para identificar los factores de predicción de los diagnósticos de enfermería que influenciaban el proceso del establecimiento de las respuestas humanas, presentadas por personas viviendo con el SIDA, y se consideró un nivel de significación de 10%. Se destaca que no fue posibilidad realizar las pruebas estadísticas con el diagnóstico de enfermería "protección ineficaz", debido a que presentó una frecuencia de 100% entre los participantes del presente estudio.

De esa forma, se realizó la regresión logística para los tres diagnósticos más prevalentes en este estudio con las variables sociodemográficas y clínicas, contenidas en el instrumento de la investigación (sexo, intervalo etario, situación conyugal, procedencia, creencia religiosa, años de estudio, renta familiar, situación ocupacional, coinfección con HIV actual, infección oportunista actual, existencia de otras enfermedades, uso de antirretrovirales, reacciones adversas a los antirretrovirales en las primeras semanas, motivo de la internación actual, abandono de tratamiento, dificultad de acceso al servicio, tabaquismo, usuario de alcohol y drogas ilícitas, dificultad para aprender cosas nuevas, existencia de duda sobre el tratamiento, satisfacción con la apariencia y el estilo de vida, modificación corporal relacionada a la enfermedad, vida sexual activa, frecuencia disminuida de la práctica sexual, como también las características definidoras y los factores relacionados que presentaron una prevalencia de 15%.

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la Universidad Federal del estado de Rio Grande do Norte (Parecer nº508.445/2014), atendiendo las normas nacionales e internacionales de ética en investigación en que participan seres humanos.

## Resultados

La mayoría de las personas viviendo con el SIDA era del sexo masculino ( $n=82/72,6\%$ ), con edad promedio de 39 años ( $\pm 9,81$ ), heterosexuales ( $n=81/71,7\%$ ), poseía hasta 8 años de estudio ( $n=74/65,5\%$ ), renta familiar de hasta un salario mínimo ( $n=66/58,5\%$ ), y residía en el interior del estado ( $n=60/67,8\%$ ). El tiempo de diagnóstico del SIDA fue, en promedio, de 5 años ( $\pm 5,38$ ), y 69 ( $n=78$ ) ya habían abandonado el tratamiento por descreimiento ( $n=16/20,5\%$ ).

Fueron identificados 56 diagnósticos de enfermería, prevaleciendo cuatro en más de 50% de las personas que vivían con el SIDA, los que fueron: protección ineficaz ( $n=113/100\%$ ), conocimiento deficiente ( $n=91/80,5\%$ ), falta de adhesión ( $n=78/69\%$ ) y

disfunción sexual (n=61/54%). Las frecuencias de las características definidoras del Diagnóstico de Enfermería (DE) protección ineficaz fueron: deficiencia de la inmunidad (n=113/100%), alteración de la coagulación (n=76/67,2%), fatiga (n=70/61,9%), debilidad (n=52/46%), y disnea (n=28/24,7%). Para los factores relacionados las frecuencias fueron:

disturbios inmunológicos (n=113/100%), perfiles sanguíneos anormales (n=96/84,9%), abuso de drogas (n=51/45,1%), nutrición inadecuada (n=25/22,1%) y terapia medicamentosa (n=16/14,1%). La Tabla 1 presenta la distribución de los factores de predicción de los diagnósticos de enfermería, identificados en pacientes con el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida, excepto del DE protección ineficaz.

Tabla 1 – Distribución de los factores de predicción de los diagnósticos de enfermería, identificados en pacientes con el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida. Natal, RN, Brasil, 2014

| Factores de predicción                              | Diagnósticos de enfermería |             | Valor p | Cox & Snell R2 | Nagelkerke R2 |
|---|----------------------------|-------------|---------|----------------|---------------|
|   | Presente (%)               | Ausente (%) |         |                |               |
| Seguimiento inadecuado de instrucciones             | Conocimiento deficiente    |             |         |                |               |
| Presente  | 80,5                       | 3,5         | 0,002   |                |               |
| Ausente   | 0,0                        | 16,0        |         | 0,627          | 1,000         |
| Verbalización del problema                          |                            |             |         |                |               |
| Presente  | 80,5                       | 5,5         | 0,002   |                |               |
| Ausente   | 0,0                        | 14,0        |         |                |               |
| Años de estudio                                     | Falta de adhesión          |             |         |                |               |
| Hasta 8 años de estudio                             | 44,2                       | 21,3        | 0,071   |                |               |
| Arriba de 8 años de estudio                         | 25,3                       | 9,2         |         |                |               |
| Participación en el tratamiento                     |                            |             |         |                |               |
| Presente  | 59,9                       | 6,4         | 0,076   |                |               |
| Ausente   | 5,0                        | 28,7        |         | 0,705          | 1,000         |
| Comportamiento indicativo de falta de adhesión      |                            |             |         |                |               |
| Presente  | 61,9                       | 4,4         | 0,005   |                |               |
| Ausente   | 7,0                        | 26,7        |         |                |               |
| Olvido  |                            |             |         |                |               |
| Presente  | 64,6                       | 0,0         | 0,097   |                |               |
| Ausente   | 4,4                        | 31,0        |         |                |               |
| Renta familiar                                      | Disfunción sexual          |             |         |                |               |
| Hasta 1 salario-mínimo                              | 31,8                       | 26,7        | 0,098   |                |               |
| Arriba de 1 salario-mínimo                          | 21,9                       | 19,6        |         |                |               |
| Frecuencia disminuida de la práctica sexual         |                            |             |         |                |               |
| Presente  | 53,9                       | 2,6         | 0,038   |                |               |
| Ausente   | 0                          | 43,5        |         |                |               |
| Déficit percibido del deseo sexual                  |                            |             |         |                |               |
| Presente  | 52,2                       | 8,8         | 0,005   | 0,749          | 1,000         |
| Ausente   | 1,8                        | 37,2        |         |                |               |
| Limitaciones percibidas impuestas por la enfermedad |                            |             |         |                |               |
| Presente  | 51,3                       | 7,9         | 0,005   |                |               |
| Ausente   | 2,6                        | 38,2        |         |                |               |
| Función corporal alterada                           |                            |             |         |                |               |
| Presente  | 43,4                       | 10,6        | 0,058   |                |               |
| Ausente   | 10,6                       | 35,4        |         |                |               |

Los factores de predicción identificados fueron: para el diagnóstico de enfermería conocimiento deficiente (seguimiento inadecuado de instrucciones y verbalización

del problema); para el diagnóstico de enfermería falta de adhesión (años de estudio, comportamiento indicativo de falta de adhesión, participación en el tratamiento y olvido;

y, para el diagnóstico de enfermería disfunción sexual (renta familiar, frecuencia disminuida de la práctica sexual, déficit percibido de deseo sexual, limitaciones percibidas impuestas por la enfermedad y función corporal alterada).

## Discusión

La epidemia del SIDA, en Brasil, ha sido, en los últimos años, marcada por un cambio en el perfil epidemiológico caracterizado por la heterosexualización, pauperización e interiorización<sup>(10)</sup>. Estudios realizados, con personas viviendo con el SIDA, muestran que eran predominantemente pacientes del sexo masculino y edad de hasta 40 años, de forma similar a lo encontrado en esta investigación<sup>(4-6)</sup>.

El diagnóstico de enfermería protección ineficaz presentó, en general, las características definidoras y los factores relacionados vinculados a la alteración en el estado inmunológico, incluyendo las alteraciones de las células hematológicas. Investigaciones realizadas anteriormente corroboran este hallazgo<sup>(2,4-5)</sup>.

Se sabe que el HIV actúa uniéndose a la superficie de las células inmunológicas del individuo, principalmente destruyendo las células CD4, pero, también, puede alcanzar los glóbulos rojos, plaquetas y leucocitos, llevando a un cuadro de fatiga, disnea, anemia, infecciones y hemorragia. Esas alteraciones hematológicas también pueden ser somatizadas por el propio efecto inmunosupresor de las infecciones oportunistas y neoplásicas y por los efectos mielotóxicos que algunos antirretrovirales o que los medicamentos corticoides y antineoplásicos pueden generar<sup>(11)</sup>.

La literatura también apunta la presencia de alteraciones gastrointestinales como factor predictivo para el agravamiento del cuadro inmunológico, una vez que el cuadro de diarrea, juntamente con la propia acción del virus, provoca alteración en la absorción de nutrientes y metabolismo de lípidos, contribuyendo para el surgimiento del cuadro de desnutrición<sup>(12-14)</sup>.

Entre las infecciones oportunistas y coinfecciones se destacan: pneumocistosis, toxoplasmosis, tuberculosis, meningitis criptocócica e infección por citomegalovirus y herpes zoster, entre otras<sup>(13,15)</sup>.

Algunas de esas infecciones no se relacionan, exclusivamente, a la disminución de las células T CD4, como en los casos de la tuberculosis y candidiasis. La reacción paradójica, proveniente del tratamiento de la tuberculosis, puede ser causada por la liberación de la proteína del bacilo durante su destrucción. Ese contenido proteico puede ser entendido por el organismo como un antígeno, ocasionando, así, una respuesta inmune innata y adaptativa exacerbada. La infección por *Cándida* es observada con cualquier nivel

de células T CD4, de modo que la disminución de esas células influencia apenas en su frecuencia y gravedad<sup>(16)</sup>.

Delante de lo expuesto, el apareamiento de las complicaciones de la enfermedad puede estar relacionado a varios factores, por ejemplo: mecanismos de acción del virus, efecto paradójico del tratamiento de la tuberculosis, alteraciones en las células leucocitarias y efectos de los medicamentos antirretrovirales. Estos factores pueden llevar al desinterés por el tratamiento, contribuyendo para su abandono.

El enfermero precisa monitorear el cuadro clínico de las personas viviendo con el SIDA, prestando atención para los marcadores sanguíneos y la sintomatología, objetivando identificar las complicaciones causadas por la enfermedad. Además, es importante que esas personas tengan consciencia sobre su estado clínico actual y su pronóstico y, sobre todo, de qué manera pueden contribuir para minimizarlos.

Con relación al diagnóstico de enfermería conocimiento deficiente, se sabe que el seguimiento inadecuado de instrucciones y la verbalización del problema, pueden influenciar la forma como las personas, viviendo con el SIDA, lidian con la enfermedad, así como la adhesión al tratamiento y los comportamientos saludables<sup>(17)</sup>.

En ese sentido, el enfermero debe estimular a las personas viviendo con el SIDA a relatar dudas, angustias y dificultades relacionadas al tratamiento, principalmente en el momento de descubrir la enfermedad, una vez que es común que presenten irritabilidad, culpa, apatía, entre otros sentimientos negativos, hecho que puede interferir en la adhesión de esas personas al tratamiento<sup>(18)</sup>.

Se entiende que las personas viviendo con el SIDA cuanto más esclarecidas, más capaces serán de lidiar y comprender mejor que el cambio en el estilo de vida y la necesidad de tener un compromiso con el tratamiento son cruciales para un mejor pronóstico de la enfermedad y, consecuentemente, para una buena calidad de vida.

La participación en el tratamiento puede estar bastante vinculada al grado de información que los individuos tienen sobre la enfermedad, sobre todo acerca de las consecuencias que la irregularidad del tratamiento puede causar, como infecciones oportunistas y alteraciones sistémicas.

El enfermero puede intervenir para minimizar los factores de predicción del diagnóstico de enfermería conocimiento deficiente, suministrando orientaciones sobre la enfermedad, pronóstico, tratamiento y hábitos de vida, que pueden favorecer la mejor calidad de vida. Es preciso considerar también la manera como serán pasadas esas informaciones, principalmente para aquellos que poseen bajo nivel de escolaridad.

En lo que se refiere al factor de predicción años de estudio, del diagnóstico de enfermería falta de adhesión,

algunos estudios apuntan que la baja escolaridad de personas viviendo con el SIDA prevalece como un aspecto que puede influenciar la falta de adhesión al tratamiento de la enfermedad<sup>(3-4,19)</sup>.

En un estudio realizado en los Estados Unidos, que tuvo como objetivo analizar la relación entre el conocimiento de los individuos sobre el HIV y su adhesión al tratamiento, se verificó que el conocimiento del estado de salud, incluyendo aspectos relacionados al desarrollo de la enfermedad, como conteo de CD4 y carga viral, contribuía para la participación de las personas, viviendo con el SIDA, en la adhesión al tratamiento<sup>(17)</sup>.

Otros factores son apuntados por algunos estudios como posibles intervinientes en la adhesión al tratamiento: dificultades financieras, factores nutricionales, descreencia, falta de interés, uso de drogas, síntomas de depresión, ocurrencia de reacciones adversas durante la toma de los comprimidos y cantidad de antirretrovirales ingeridos por día<sup>(16,20-21)</sup>.

Las dificultades financieras limitan el acceso a una alimentación adecuada para minimizar el cuadro de debilidad física, caracterizado por debilidad muscular y bajo peso, provenientes de la propia acción del virus, como también de las reacciones adversas de los medicamentos o síntomas de las infecciones oportunistas<sup>(20-22)</sup>. La descreencia en el tratamiento puede estar relacionada al entendimiento de que los antirretrovirales no son eficaces, por el hecho de ser una enfermedad incurable<sup>(18)</sup>.

Además de eso, los efectos adversos de esos medicamentos pueden ocasionar alteraciones anatómicas, metabólicas y neuropsiquiátricas, así como efectos gastrointestinales de diferentes intensidades<sup>(12)</sup>. Otro aspecto importante se refiere a la cantidad de antirretrovirales ingeridos por día, lo que también contribuye para que las personas que viven con el SIDA presenten resistencia a la toma de la medicación, o se olviden de los horarios de ingestión de los comprimidos<sup>(12,19)</sup>.

Se sabe, sin embargo, que los medicamentos antirretrovirales poseen un importante papel en el control, supervivencia y mejoría de la calidad de vida de las personas viviendo con el SIDA, a medida que actúan en la supresión viral y mantienen los niveles de las células CD4 más elevadas, permiten, así, mejorar el sistema inmunológico y disminuir la ocurrencia de infecciones oportunistas<sup>(13,15)</sup>.

Es importante destacar que, a pesar de que este estudio no obtuvo una significación estadística entre el diagnóstico falta de adhesión y las variables relacionadas al consumo de bebida alcohólica, tabaco y drogas ilícitas, es interesante notar que los factores relacionados (comportamiento indicativo de falta de adhesión y

olvido) pueden ser provenientes de ese estilo de vida tan prevalente entre los participantes de esta investigación.

Algunos estudios afirman que los comportamientos de vida no saludables, entre ellos el consumo de drogas, pueden ser determinantes tanto en el contagio del HIV como en la adhesión al tratamiento de la enfermedad, una vez que esas personas, comúnmente, al ingerir alcohol o consumir otras drogas, disminuyen el grado de cognición y asumen determinados comportamientos, como la práctica de sexo inseguro, múltiples compañeros, compartir jeringas y olvido de la toma de los medicamentos antirretrovirales<sup>(20-23)</sup>. Además, los usuarios de drogas, en virtud de su alto grado de dependencia, prefieren consumirla a ingerir los medicamentos, considerando que el uso concomitante puede aumentar los efectos adversos de los antirretrovirales, o inclusive por el hecho de considerar el uso de las drogas como mecanismos de escape para las adversidades de la vida<sup>(12,21)</sup>.

En ese sentido, el enfermero debe estar atento a los múltiples factores que influyen la adhesión al tratamiento, principalmente aquellos referentes a aspectos del comportamiento. La participación y el sentimiento de responsabilidad son fundamentales para el éxito terapéutico. El apoyo familiar y psicológico también es esencial en ese proceso, en el sentido de estimular a las personas viviendo con el SIDA a seguir adecuadamente el tratamiento, incluyendo los cambios comportamentales que poseen tanto impacto para obtener un mejor pronóstico de la enfermedad. Es necesario que las personas participen en su proceso salud/enfermedad, principalmente suministrándoles la posibilidad de escoger conjuntamente con el equipo de salud cómo se realizará su tratamiento, considerando, también, los factores extrínsecos, como los socioeconómicos y culturales.

El diagnóstico de enfermería disfunción sexual presentó como factores de predicción: función corporal alterada, renta familiar, frecuencia disminuida de la práctica sexual, déficit percibido del deseo sexual y limitaciones percibidas impuestas por la enfermedad.

Un estudio apunta que existe una gran incomodidad con relación a los cambios corporales causados por el SIDA y los antirretrovirales, principalmente aquellos relacionados a la pérdida de peso y a la lipodistrofia. Ese cambio en la imagen corporal, a veces, puede causar inseguridad o vergüenza en las personas viviendo con el SIDA, pudiendo interferir en su autoestima y relaciones personales y sexuales, principalmente cuando está relacionada a un cuadro de depresión<sup>(4)</sup>.

La principal forma de transmisión de la enfermedad puede interferir en el modo en que las personas, viviendo con el SIDA, experimentan su sexualidad, sea por el recelo de transmitir el virus, o por asociar la práctica sexual a su condición de salud actual, principalmente cuando esas



personas presentan varias internaciones hospitalarias en un corto período de tiempo<sup>(4)</sup>.

La disfunción sexual posee causas multifactoriales, las cuales pueden ser orgánicas o psicológicas. Algunos estudiosos apuntan que una disfunción endotelial puede suceder como consecuencia del cuadro de dislipidemia, obesidad y diabetes mellitus, causado por la propia acción del HIV, o por los efectos adversos de los antirretrovirales. Ese proceso altera el relajamiento vascular y el flujo sanguíneo, interfiriendo, así, en la función sexual de las personas viviendo con el SIDA<sup>(24)</sup>.

El hipogonadismo posee patogénesis multifactorial, pudiendo ocurrir por causa de los efectos citopáticos del virus en células testiculares, del uso de drogas gonadotóxicas, de la desnutrición, de las infecciones oportunistas y de las neoplasias que afectan el testículo. Los niveles bajos de testosterona pueden estar relacionados al hipogonadismo y causar la pérdida de masa y fuerza muscular, la reducción de la densidad mineral ósea y lipodistrofia, y la disfunción sexual<sup>(24)</sup>.

Por último, el diagnóstico de enfermería disfunción sexual presentó la renta familiar como uno de los factores de predicción. Convivir con una enfermedad que todavía es tan estigmatizada por la sociedad, dificulta el acceso del individuo al mercado de trabajo<sup>(4)</sup>, contribuyendo para el desempleo y, consecuentemente, para las dificultades financieras.

Delante de la multicausalidad que puede contener el diagnóstico de enfermería disfunción sexual, es importante que el enfermero establezca una relación de vínculo y respeto con las personas viviendo con el SIDA, a las cuales presta cuidados, para que pueda conocer los factores de predicción que pueden indicar la ocurrencia de esas disfunciones, o que ya causaron impacto en la calidad de vida de esas personas.

Como contribuciones para el avance del conocimiento científico, se destaca que la identificación de los factores de predicción confiere mayor poder clínico al enfermero, ya que permite el conocimiento de los aspectos que están relacionados a las respuestas humanas de las personas viviendo con el SIDA y cuanto de estos poseen una dimensión multicausal y están interconectados. Esa identificación facilita establecer intervenciones de enfermería más adecuadas a las reales necesidades de esas personas y a su contexto socioeconómico y cultural, además de posibilitar la minimización de las complicaciones del tratamiento y de la propia vivencia con la enfermedad, pudiendo, también, proporcionar una base para la enseñanza de los diagnósticos de enfermería.

Los límites del estudio estuvieron relacionados al tipo de muestreo no probabilístico, el que no garantiza la representatividad de la muestra. Otro aspecto identificado consiste en el hecho de que la evaluación clínica es un proceso subjetivo; así el proceso de diagnóstico está

sujeto a incertidumbres. Se destaca que la pequeña cantidad de estudios que abordaron los diagnósticos de enfermería en personas viviendo con el SIDA y que utilizaron la estadística inferencial, generó cierta dificultad para comparar los hallazgos de la presente investigación.

En ese sentido, se sugiere que otros estudios sean desarrollados con el objetivo de obtener una base mayor para la práctica asistencial del enfermero delante de personas viviendo con el SIDA, principalmente con relación a los diagnósticos de enfermería y a su de predicción.

## Conclusión

El estudio permitió identificar que los factores de predicción de los diagnósticos de enfermería: conocimiento deficiente, falta de adhesión y disfunción sexual, encontrados en las personas viviendo con el SIDA y contuvieron características sociodemográficas, clínicas, características definidoras y factores relacionados, los cuales pueden ser utilizados por los enfermeros para identificar el riesgo aumentado para el desarrollo de respuestas humanas específicas y complicaciones relacionadas a la enfermedad.

## Referencias

1. Granich R, Gupta S, Hersh B, Williams B, Montaner J, Young B, et al. Trends in AIDS Deaths, New Infections and ART Coverage in the Top 30 Countries with the Highest AIDS Mortality Burden; 1990–2013. *PLoSOne*. 2015;10(7):1-16.
2. Faria JO, Silva GA. Diagnósticos de enfermagem em pessoas com HIV/aids: abordagem baseada no modelo conceitual de Horta. *Rev RENE*. 2013; 14(2):290-300.
3. Faria JO, Silva GA. Diagnósticos de enfermagem do domínio segurança e proteção em pessoas com HIV/Aids. *Rev Eletrônica Enferm*. [Internet]. 2014 [Acesso 11 nov 2014];16(1):93-9. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v16/n1/pdf/v16n1a11.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a11.pdf)
4. Cunha GH, Galvão MTG. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com o Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em assistência ambulatorial. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(4):526-32.
5. Gómez JJ, Mayorga CME, Pérez MJO, Rojas SLZ, Orozco VLC, Camargo FFA. Prevalencia de diagnósticos de enfermería en personas con VIH/SIDA. *Enferm Glob*. 2013;12(32):1-10.
6. Brasileiro ME, Cunha LC. Diagnósticos de enfermagem em pessoas acometidas pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em terapia antirretroviral. *Rev Enferm UERJ*. 2011 19(3):392-6.
7. Fontelles MJ, Simões MG, Almeida JC, Fontelles RG. Metodologia da pesquisa: diretrizes para o cálculo do tamanho da amostra. *Rev Paran Med*. 2010; 24:(1):57-64.

8. Lira ALBC, Lopes MVO. Pacientes transplantados renais: análise de associação dos diagnósticos de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010; 31(1):108-14.
9. Herdman TH. *International nursing diagnoses: definitions and classification, 2012-2014.* Oxford, UK: Wiley-Blackwell; 2012.
10. Souza CC, Mata LRF, Azevedo C, Gomes CRG, Cruz GECP, Toffano SEM. Interiorização do HIV/aids no Brasil: um estudo epidemiológico. *Rev Bras Ciênc Saúde.* 2013;11(35):25-30.
11. Kotwal J, Singh V, Kotwal A, Dutta V, Nair V. A study of haematological and bone marrow changes in symptomatic patients with human immune deficiency virus infection with special mention of functional iron deficiency, anaemia of critically ill and haemophagocyticlymphohistiocytosis. *Med J Armed Forces India.* 2013;69(4):319-25.
12. Sousa Filho MP, Luna IT, Silva KL, Pinheiro PNC. Pacientes vivendo com HIV/aids e coinfeção tuberculose: dificuldades associadas à adesão ou ao abandono do tratamento. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012;33(2):139-45.
13. Moges NA, Kassa GM. Prevalence of opportunistic infections and associated factors among HIV positive patients taking anti-retroviral therapy in Debre Markos referral hospital, northwest Ethiopia. *J AIDS Clin Res.* 2014; 5(5):1-300.
14. Santos AC, Almeida AM. Nutritional Status and CD4 Cell Counts in Patients with HIV/AIDS Receiving Antiretroviral Therapy. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2013;46(6):698-703.
15. Mitiku H, Weldegebreal F, Teklemariam Z. Magnitude of opportunistic infections and associated factors in HIV-infected adults on antiretroviral therapy in eastern Ethiopia. *HIV/AIDS - Res Palliative Care.* 2015; 2015(7):137-44.
16. Saharia KK, Koup RA. T cell susceptibility to HIV influences outcome of opportunistic infections. *Cell.* 2013;155(3):505-14.
17. Jones D, Cook R, Rodriguez A, Valverde DW. Personal HIV Knowledge, Appointment Adherence and HIV Outcomes. *AIDS Behav.* 2013;17:242-9.
18. Camargo LA, Capitão CG, Filipe EMV. Mental health, family support and treatment adherence: associations in the context of HIV/aids. *Psico USF.* 2014;19(2):221-32.
19. Melo GC, Rodrigues STC, Trindade RFC, Holanda JBL. Adesão ao tratamento: representações sociais sobre a terapia antirretroviral para pessoas que vivem com HIV. *Rev Enferm UFPE online [Internet].* 2014 [Acesso 12 jan 2015];8(3):572-80. Disponível em: file:///C:/Users/malerbo/Downloads/4159-53397-1-PB.pdf
20. Berhe N, Tegabu D, Alemayehu M. Effect of nutritional factors on adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected adults: a case control study in Northern Ethiopia. *Infectious Dis.* 2013;13:233-42.
21. Barroso J, Voss JG. Fatigue in HIV and aids: An Analysis of Evidence. *J Assoc Nurses Aids Care.* 2013;24(1):1-10.
22. Fagbami O, Oluwasanjo A, Fitzpatrick C, Fairchild R, Shin A, Donato A. Factors Supporting and Inhibiting Adherence to HIV Medication Regimen in Women: A Qualitative Analysis of Patient Interviews. *Open AIDS J.* 2015; 9:45-50.
23. Naidoo P, Chirinda W, Mchunu G, Swartz S, Anderson J. Social and structural factors associated with vulnerability to HIV infection among young adults in South Africa. *Psychol Health Med.* 2014;15:1-11.
24. Romero-Velez G, Lisker-Cervantes A, Villeda-Sandoval CI, Zavaleta MS, Olvera-Posada D, Sierra-Madero JG, Arreguin-Camacho LO, Castillejos-Molina RA. Erectile Dysfunction Among HIV Patients Undergoing Highly Active Antiretroviral Therapy: Dyslipidemia as a Main Risk Factor. *Sex Med.* 2014;2:24-30.

Recibido: 18.7.2015

Aceptado: 21.11.2015

Correspondencia:

Romanniny Hévillyn Silva Costa  
 Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Departamento de Enfermagem  
 Campus Universitário Lagoa Nova, s/n  
 Bairro: Lagoa Nova  
 CEP: 59078-970, Natal, RN, Brasil  
 E-mail: romanniny@yahoo.com.br

**Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.