

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña

Facultad de ciencias de la salud
Residencia de medicina familiar

**Incidencia de Abandono del Tratamiento en Pacientes Con VIH de la Unidad
de VIH del Centro de Salud de la Yolanda Guzmán 2016-2017**



**Tesis de post grado para optar por el título de magister en la especialidad
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Sustentate

Dra. Nersida Fernández Feliz

Asesores:

Dra. Claridania Rodríguez (metodológico)

Dra. Lucina Mercedes Llaugel Victorino (clínico)

Los conceptos expuestos en la presente tesis son de la exclusiva responsabilidad del sustentantes de

Distrito Nacional: 2019

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Por permitirme llegar a esta meta, lograr este objetivo de esta tesis por darme la fuerza por haber culminado esta investigación gracias Señor por ser tan maravilloso y misericordioso conmigo

A la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña

Por abrir las puertas de esta alta casa de estudio, por la oportunidad brindada que han sido excelente e insuperable y entregar a la sociedad como profesional de medicina familiar

Nersida Fernández Feliz

DEDICATORIA

A ti mi Dios:

Padre celestial y eterno, por ser mi refugio, escudo y roca firme en mi caminar, con tu gracia he podido vencer tantas pruebas. Gracias por permitirme llegar a cumplir un sueño más, por darme sabiduría para afrontar cualquier situación, si no fuere por tu gracia...

Por darme fuerzas para continuar, fue largo y difícil el camino recorrido, pero me aferre a ti y lo logre. Hoy con toda la humildad de mi corazón dedico mi tesis a ti Dios...

Gracias señor.

A mis padres

A mi madre:

María Trinidad Feliz Segura Es aquí tu obra madre porque con tu afán y tus buenos consejos me han dirigido por el camino del triunfo, sin ti no lo hubiese logrado, este mérito es también suyo, gracias por educarme bien, no tengo palabra para agradecerte lo feliz que me siento de que sea mi madre. Sé que se siente orgullosa de su hija por ver como he podido llegar al final de esta meta.

Te amo mami

A mi padre:

Nelson Fernández gracias por haberme dado la vida, que a voluntad de Dios hoy no se encuentra con nosotros, sé que donde quiera que estés se siente orgullosa de su hija por ver como he podido llegar al final de esta meta, que aunque no esté en presencia sé que desde el cielo celebra este triunfo, siempre en mi mente y mi corazón y sé que siempre cuida de mí.

Te amo papi donde quiera que este

A mis hijos:

Cosme y Damián, ustedes son mi fuente de inspiración y motivación diaria. Sus afectos y tu cariño son detonante de mi felicidad, de mi esfuerzo ustedes son el motor por soportar con buena cara las tantas ausencias gracias por estar en mi vida.

A mi esposo

Juan Carlos Romero Marin, por ser mi soporte y apoyo a lo largo de esta meta tanto en lo económico como emocional. Por motivarme a alcanzar mis sueños.

A mis hermanos:

Neftalí Fernández, Harold Fernández, Juan Carlos Fernández, Pedro Jesús Heredia Barrios y Horsy de León: Ustedes son mis pilares, les dedico este logro y estar ahí para apoyarnos mutuamente. Este es otro motivo para celebrar.

A mis tíos y tías:

Marlenis, Daysi, Wtania, Janeiro, Gloria, Victor (tuto), Fulver, Wilfrido, Ruber Porque me enseñaron que cuando tienen el apoyo de tus seres queridos todo es posible, gracias por todo.

A mis sobrinos:

Nelson, Perla, Dalía, Zailin, Brini, Emil, Juan Carlito, Gordi gracias por su apoyo, por formar parte de mi vida.

Nersida Fernández Feliz

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

I.1. Planteamiento Del Problema	1
I.2. Objetivos	4
I.2.1. Objetivo General.....	4
I.2.2. Objetivos específicos.....	4
I.3. Preguntas de Investigación	5
I.4. Justificación	6
I.5. Antecedentes	8

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

II. MARCO TEÓRICO	11
II.1. VIH/SIDA.....	11
II.1.1. Concepto	12
II.1.1.1 Historia de la enfermedad	13
II.1.2. Estructura del VIH.....	14
II.1.3. Morfología del VIH	15
II.1.4. Ciclo vital del VIH.....	16
II.1.5. Epidemiología	16
II.1.6. Fisiopatología	18
II.1.7. Carga viral.....	20
II.1.8 Ciclo de replicación.....	21
II.1.9. Signos y síntomas del VIH	23
II.1.10. Población al riesgos	25
II.1.10.1. Situación del VIH en la República Dominicana	27
II.1.11. Diagnóstico del VIH.....	29
II.1.12. Tratamiento.....	31
II.2. Farmacovigilancia	35
II.2.1 Estrategias de intervención del tratamiento	37
II.2.2 Programa de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad...37	
II.2.3 Factores que predisponen los antiretrovirales	38

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

III.1. Tipo de investigación o estudio	41
III.2. Operacionalización de las variables.....	41
III.3. Métodos y Técnicas de Investigación	43
III.4 Instrumento de Recolección de Datos	43
III.5 Consideraciones Éticas.....	43
III.6. Criterios de Inclusión.....	44
III.7. Criterios de exclusión.....	44
III.8 Selección de Población y Muestra	44
III.9 Procedimiento para el procesamiento y análisis de datos.	44
III.10. Aspectos legales	45

CAPÍTULO IV

IV.1. Resultado de estudio	47
IV.2. Discusión	55
VI.3. Conclusión.....	59
VI.4. .Recomendación.....	60
VI.5. Referencias bibliográficas.....	62

ANEXOS

RESUMEN

La investigación es de tipo descriptivo-trasversal donde evaluamos el cumplimiento de los objetivos. Por su diseño, es de tipo no experimental ya que se analizaran relaciones entre variables sin manipular ninguna en particular. La investigación se realizara en el Centro de Salud de la Yolanda Guzmán en Santo Domingo, República Dominicana. El tiempo de realización del estudio será en el año 2016-2017. El universo fue todo el paciente del programa de tratamiento de VIH, que es su total 185 de expedientes de VIH. La muestra será 65 expedientes. El 64.9% de los expedientes revisado los paciente no abandonaron el tratamiento, mientras que 35.1 % si lo abandono. El sexo más frecuentes es el masculino con un 7.8% y el femenino tiene un por ciento inferior que es 26.2%. Se observa que 35.5% tenían edad de más de 40 años. Se determinó que el estado civil más frecuente es el soltero con un 38.5%. Se presenta que 24.6% arrojo que los Factores propio del paciente que influyen en el abandono es Falta de dinero. Los Factores relacionado a la terapia que asocian al abandono del tratamiento el 37.3 % que li abandono por la Cantidad de pastillas. Se demostró que los Factores de atención hospitalaria que influyen en el abandono del tratamiento son Miedo a ser identificado en el hospital con un 40.0%. el 38.5% presento Cansancio como Efectos adverso en el abandono del tratamiento

Palabras claves: Abandono, Tratamiento, Pacientes, VIH

INTRODUCCIÓN

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) constituye una pandemia y es una de las primeras causas de mortalidad a nivel mundial. Se calcula que existen más de 33 millones de personas infectadas por VIH en el mundo, y aunque gracias a los programas de prevención se ha producido una disminución en el número de nuevos casos, más de 2 millones de personas se infectan cada año, principalmente en África

La erradicación de la infección por VIH, hoy por hoy, no es posible a corto ni a medio plazo; sin embargo, la aparición en la década de los noventa de los tratamientos antirretrovirales de gran actividad ha permitido que la enfermedad, irremediamente mortal hasta entonces, se haya convertido en una enfermedad crónica. La ampliación del acceso al tratamiento está salvando vidas y mejorando la calidad de vida de las personas infectadas. Después de décadas de mortalidad creciente, el número anual de fallecimientos por SIDA en todo el mundo ha disminuido.

Según se indica en el último reporte publicado por el programa conjunto de las Naciones Unidas para el Virus de la inmunodeficiencia humana /Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) en los últimos 30 años ha pasado de ser una enfermedad mortal a una enfermedad crónica y los pacientes con infección por VIH a tener una supervivencia similar a la de las personas no infectadas (UNAIDS. 2016)

Un factor fundamental ha sido la administración de tratamiento antirretroviral de gran actividad, contribuyendo a la reducción en la progresión de la enfermedad, una mejoría en la supervivencia y una disminución en el número de infecciones oportunistas, así como de ingresos hospitalarios de los pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2017).

Un factor clave del incumplimiento es por un lado la falta de adherencia al tratamiento que muchas veces está asociado a abandono. La falta de cumplimiento con el régimen terapéutico conlleva múltiples consecuencias, tanto clínicas como económicas, derivadas del incremento de la mortalidad o la morbilidad observado en los pacientes no cumplidores (Dilla, T. 2018)

CAPITULO I: EL PROBLEMA

I.1 Planteamiento del problema

I.2 Objetivos

I.3. Preguntas de investigación

I.4. Justificación

1.5 Antecedente

I.1. Planteamiento Del Problema

El VIH es un virus oportunista que se encarga de destruir las defensas del organismo llamadas células CD4 llevarlas a sus niveles más bajos y ocasionar una descompensación en el organismo que con esta destrucción se muestra incapaz de combatir cualquier otra infección, así como hay disminución de estas células se da un aumento exponencial de las cargas virales o desarrollo del virus en el organismo de su hospedador, que se quiere al ingerir la terapia son 2 los objetivos terapéuticos

Sin embargo, la adherencia a la terapia antirretroviral (TARV) es uno de los más grandes retos para el éxito del tratamiento del VIH. Adherencia al tratamiento, en sentido farmacológico, puede ser definida como la concordancia entre la prescripción médica y el comportamiento de la persona en la ingestión de las medicinas.

Existe un común acuerdo en que la principal causa de fracaso terapéutico en los pacientes con VIH, es el abandono o el incumplimiento del tratamiento, y se ha demostrado que la adherencia no es sólo un factor predictor de la eficacia terapéutica, sino también un factor predictor independiente de progresión a sida y muerte. El incumplimiento terapéutico puede generar la aparición de cepas mutantes resistentes a los fármacos, incrementar el número de ingresos hospitalarios y la prescripción de terapias de rescate, generalmente de mayor coste económico; y en sentido general provoca incremento de la morbilidad y la mortalidad.

La atención a las personas con VIH en República Dominicana se sustenta en tres principios generales del Sistema Nacional de Salud: accesibilidad, universalidad y gratuidad. En el año 2011 se inicia en el programa de Tratamiento Antirretroviral (TARV) con 100 % de acceso gratuito para todos los pacientes con VIH, lo que se reporta que ha contribuido a la disminución mortalidad por esta enfermedad. Sin

embargo, pese a los beneficios y gratuidad de la terapia, muchos pacientes lo abandonan o consumen de manera irregular. (OPS, 2010)

Cuando un régimen antirretroviral no consigue suprimir por completo la replicación del VIH, el virus produce mutaciones capaces de replicarse, a pesar de la presencia de los fármacos. Cuando estas mutaciones superan en número a las cepas originales del virus, se dice que el virus se ha vuelto resistente a dichos fármacos. El mal uso de los medicamentos puede desencadenar consecuencias graves como estas ya expuestas disminuyendo totalmente todas las posibilidades de vida ya que la no ingesta del medicamento y el rechazo por la adherencia a la misma le da al virus la oportunidad de desarrollarse libremente.

unos de los factores asociando al abandono del tratamiento de VIH en la unidad de VIH del Centro de Salud de la Yolanda Guzmán son el olvido o falta de cumplimiento con el horario de la ingesta del medicamento, desconocimiento o creencias erróneas de la enfermedad y su tratamiento, horario de trabajo de los padres o cuidadores, falta de compromiso y responsabilidad por parte de los cuidadores, comentarios negativos que no favorecen la adherencia, el estrés de los padres o cuidadores, estado de salud física y mental de los cuidadores, consumo de alcohol o drogas de los padres o cuidadores, ausencia prolongada de padres o cuidadores.

La edad de los pacientes agrega situaciones especiales como casa en el horario de las tomas, temor a que los amigos puedan hacer preguntas, cansancio y agotamiento de las tomas diarias, vergüenza de tomar medicamentos frente a sus amigos, estrés y depresión, falta de educación acerca de la importancia de la adherencia al TAR”

En cuanto al sistema de salud, la inadecuada relación entre el personal de salud, los familia res, el maltrato o discriminación por parte de los prestadores de salud, decencia en los servicios de salud, mala planeación en las consultas médicas, no

disponibilidad y desabastecimiento de los medicamentos, proceso de consultas médicas engorroso y largo, el personal de salud no siempre es claro en las orientaciones relacionadas al TAR. (OMS, 2008)

Los factores más importantes asociados al esquema de tratamiento son horarios inadecuados o difíciles de llevar, dificultad para deglutir. (Sabor amargo), faltan medicamentos en versiones pediátricas, náuseas y vómitos, ardor en el estómago, diarreas, dolor

Ya que el Abandono del Tratamiento en Pacientes Con VIH afecta con más frecuencia a personas relacionadas con la atención de la salud entre los cuales se incluyen los médicos residentes de distintas especialidades nos hacemos la interrogante de:

¿Cuál es la Incidencia de Abandono del Tratamiento en Pacientes Con VIH de la Unidad de VIH del Centro de Salud de la Yolanda Guzmán 2016-2017?

I.2. Objetivos

I.2.1. Objetivo General.

Determinar la Incidencia de Abandono del Tratamiento en Pacientes Con VIH de la Unidad de VIH del Centro de Salud de la Yolanda Guzmán 2016-2017

I.2.2. Objetivos específicos.

1. Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes en estudio.
2. Identificar los factores propios del paciente que influyen en el abandono de la terapia antirretroviral, en el grupo de estudio
3. Determinar los factores relacionados con la terapia antirretroviral que se asocian al abandono de la terapia, en el grupo de pacientes estudiados.
4. Explorar los factores de la atención hospitalaria que influyeron en el abandono de los pacientes de la terapia antirretroviral, en el grupo de estudio
5. Identificar los efectos adversos más comunes en el abandono de la terapia antirretroviral.

I.3. Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes en estudio?
- ¿Cuáles son los factores propios del paciente que influyen en el abandono de la terapia antirretroviral, en el grupo de estudio?
- ¿Cuáles son los factores relacionados con la terapia antirretroviral que se asocian al abandono de la terapia, en el grupo de pacientes estudiados.?
- ¿Cuáles son los factores de la atención hospitalaria que influyeron en el abandono de los pacientes de la terapia antirretroviral, en el grupo de estudio?
- ¿Cuáles son los efectos adversos más comunes en el abandono de la terapia antirretroviral?

I.4. Justificación

Es de gran importancia saber que abandono del tratamiento de VIH trae consigo complicaciones en paciente con VIH en República Dominicana son muy frecuente según el informe consolidado de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ya que en el año 2014 se registraron 397 caso con complicaciones

En nuestra unidad de salud contamos con una terapia simplificada la cual es segura, gratis debido a que los pacientes están ingresados al programa de VIH/SIDA a pesar de esto se reportan anualmente que un grupo de pacientes abandona el programa. En nuestra unidad se reportó una tasa de abandono del 15% en el 2015 y del 12% en el 2016.

Las nuevas combinaciones de medicamentos antirretrovirales para controlar el VIH/sida, conocidas también como terapia antirretroviral altamente activa (TARGA) han demostrado ser eficaces para reducir la carga viral y mejorar los resultados clínicos, la sobrevivencia y la calidad de vida. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud señala que sólo un 60% de los pacientes que reciben terapia antirretroviral no toman su medicación adecuadamente, poniendo de manifiesto tasas de adherencia al tratamiento subóptimas y el poco impacto de éstas en el control de la enfermedad y el abandono completo alcanza hasta un 20%

Este trabajo de investigación será de vital importancia, debido al número significativo de abandono de antiretrovirales en los últimos años y como la mayor prevalencia en paciente con VIH está demostrada hay que determinar cuántos de estos contribuyen a esta causa.

El propósito de esta investigación es de demostrar la problemática creciente de la de abandono de antiretrovirales con respecto a la edad, sexo y el riesgo que ocupa una persona, y de esta forma estimular el diseño de intervenciones desde la política pública dirigidas a la prevención de las muertes por dicha causa.

Considerando la magnitud y trascendencia del abandono de antiretrovirales tanto en la alteración del proceso de salud, como los daños, se hace necesario investigar la relación que tiene el abandono del tratamiento con las complicaciones, las cuáles son las causas del aumento desmedido de las complicaciones por dicha causa.

Esperamos que con la realización del presente estudio se amplíen los conocimientos sobre la relación y características de dicho tema. Debido a lo investigado consideramos que este trabajo servirá de referencia para futuros estudios.

1.5. Antecedentes

Cano y colaboradores en el 2013 estudiaron la adherencia en 61 pacientes con VIH y SIDA que asistían a la clínica de enfermedades infecciosas del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales de la ciudad de León, estimando una tasa de adherencia al tratamiento de 59,0%. El no pertenecer a ninguna religión, uso de drogas como alcohol, marihuana o cocaína, la presencia de trastornos psíquico y la emigración a otras ciudades o país, se asociaron a la no adherencia al tratamiento.

De Miranda y colaboradores publicaron en el 2013 un informe auspiciado por el PNUD sobre la adherencia a la terapia antirretroviral (TAR) de personas con VIH de la Red de Hospitales del Ministerio de Salud de El Salvador. Entre los principales hallazgos los investigadores reportaron que La procedencia de los participantes (urbana y rural) es uno de los factores determinantes de la adherencia a la terapia antirretroviral. Las personas con procedencia rural tienen más bajos niveles de adherencia a la terapia antirretroviral. Los autores remarcan que la mayor parte de las personas no adherentes son solteras y que uno de los principales determinantes es el apoyo familiar. Se observó que únicamente el 14.9% de las personas entrevistadas manifiesta que recibe amor y cariño de su familia y amigos, el 17.9% expresa que cuenta con personas que se preocupan de lo que sucede, el 84.86% fue abandonado por su familia al enterarse de que vivía con VIH y únicamente el 29% le ha compartido a su familia que es una persona con VIH. Para el caso de estudio, la familia no es una fuente de apoyo, las personas sienten temor de decirle a su familia que viven con VIH. El apoyo de la familia influye en la adherencia al tratamiento. Por otro lado los investigadores observaron que en la población estudiada son frecuentes los indicadores de depresión: El 91.1% ha deseado estar muerto y lejos de todo. El 85.1% ha presentado sentimientos de que la vida no merece la pena. El 84.4% ha pensado que no vale la pena. El 12.4% no se siente capaz de tomar decisiones. Solo el 11.3% fue capaz de disfrutar sus actividades diarias

Carlos Manuel Revolle Robles en su trabajo de investigación Factores asociados a falla en la adherencia de la terapia antirretroviral de gran actividad en adultos con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana que acuden a consulta ambulatoria de infectología en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, en el periodo de diciembre de 2012 a febrero de 2013, concluye que el fracaso al TARGA es el principal motivo que lleva al cambio de esquema de terapia antirretroviral. La RAM más importante fue la dislipidemia; la edad promedio, 38,8 años (22-80 años); 73 % fueron de sexo masculino y 17 % fueron mujeres, en los antecedentes patologiso el 54.5% dijo que si y el 45.5 % dijo que no

CAPÍTULO II
II. MARCO TEÓRICO

II. MARCO TEÓRICO

II.1. VIH/SIDA

VIH significa virus de la inmunodeficiencia humana. Éste daña el sistema inmunitario mediante la destrucción de los glóbulos blancos que combaten las infecciones. El sistema inmunitario es la defensa natural de nuestro cuerpo frente a los microorganismos infecciosos, como las bacterias, virus y hongos capaces de invadir nuestro organismo.

En concreto, el VIH ataca y destruye los linfocitos CD4, que son un tipo de células que forman parte del sistema inmune y que se encargan de la fabricación de anticuerpos para combatir las infecciones causadas por estos agentes externos.

El VIH suele contagiarse a través de relaciones sexuales sin protección con una persona infectada. También puede propagarse por intercambio de agujas para inyectarse drogas o por contacto con la sangre de una persona infectada. Las mujeres pueden infectar a sus bebés durante el embarazo o el parto.

Los primeros síntomas de la infección por VIH pueden ser inflamación de los ganglios y síntomas parecidos a la gripe. Estos pueden aparecer y desaparecer dentro de dos a cuatro semanas. Los síntomas graves pueden no aparecer hasta meses o años después.

El VIH se propaga por medio de contacto con ciertos líquidos corporales de una persona que tiene el VIH.

Esos líquidos incluyen:

- ❖ Sangre
- ❖ Semen
- ❖ Líquido preseminal
- ❖ Secreciones vaginales
- ❖ Secreciones rectales
- ❖ Leche materna

El VIH es una transacción personal y efectiva de propagación del virus. Existe un riesgo único de psicología en el sistema de predicación, por lo que la transmisión de madre a hijo no se incluye en la lactancia. En los Estados Unidos, una persona VIH positiva con VIH se propaga principalmente a través de relaciones sexuales o equipos de inyección de drogas.

La infección por ARTHV no cura, pero puede ayudar a las personas VIH positivas con una vida larga y saludable. También tiene una transmisión de vacaciones.

II.1.1. Concepto

El virus de VIH es el causante del SIDA. SIDA es una sigla que significa síndrome de inmunodeficiencia adquirida. VIH y SIDA no son lo mismo. La gente con VIH no siempre tiene SIDA.

El VIH es el virus que se transmite de persona a persona. Con el tiempo, el VIH destruye un tipo de células importante del sistema inmunitario (denominado células CD4 o células T) que nos protegen de las infecciones. Cuando no tienes suficientes células CD4, tu cuerpo no puede combatir las infecciones como lo haría normalmente.

El SIDA es la enfermedad causada por el daño que el VIH produce en el sistema inmunitario. Una persona tiene SIDA cuando contrae infecciones peligrosas o tiene un número extremadamente bajo de células CD4. El SIDA es la fase más grave de la infección por VIH y, con el tiempo, termina provocando la muerte. Es una de las primeras causas de pérdida de vidas humanas, en la edad productiva a nivel mundial, por lo que la pandemia afecta no solo a la salud, sino también el desarrollo del mundo.

Sin tratamiento, generalmente toma 10 años para que alguien con VIH desarrolle SIDA. El tratamiento desacelera el daño que causa el virus y ayuda a que los infectados se mantengan sanos durante varias décadas.

Es una enfermedad que es grave y que causa la muerte a millares de personas sin importar su edad, raza, sexo o religión, nivel social, nacionalidad o apariencia física. El VIH continúa siendo un problema de salud mundial de una magnitud sin precedentes. Desconocido 30 años atrás, el VIH ya ha provocado un estimado de 25 millones de fallecimientos en todo el mundo y ha generado profundos cambios demográficos en los países más afectados (Aguilar S 2015)

II.1.1.1 Historia de la enfermedad

El origen del virus de inmunodeficiencia humana es incierto, pero las teorías más aceptadas plantean que llegó al humano como muchas otras enfermedades por Zoonosis (Enfermedad transmisible al ser humano desde el huésped animal, como la rabia) transmitida del SIV (virus de inmunodeficiencia del simio) al humano, mutando en lo que ahora se conoce como VIH. Jawetz, Melnick y Adelberg. (2014)

Se piensa que el virus puede provenir de los simios de África donde hay numerosos casos de SIV entre los simios, probablemente cuando los cazadores ingleses iban a cazar al norte de África. Tal vez consumieron carne de simio cruda o simplemente una herida con exposición de fluido sanguíneo tuvo exposición directa a sangre infectada.

El Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Atlanta, Georgia, Estados Unidos en junio de 1981 reportó un brote inusitado de Neumonía por *Pneumocystis carinis* en una población de varones homosexuales, que puso en alerta a todo el mundo con la posible aparición de una nueva situación de inmunosupresión, después siguieron otros casos de esta misma patología, así

como Sarcoma de Kaposi, candidiasis oral, entre otras patologías asociadas a la inmunodeficiencia humana, con una manifiesta disminución de la respuesta de las células CD4.

El virus fue descubierto tres años después del primer caso documentado de SIDA en Francia por el equipo de investigadores de L. Montagnier en el instituto Pasteur de Paris en el 1983 y luego Robert Gallo y Jay Levy, en 1984 aislaron de forma independiente un virus linfotrópico de células T.

En 1986 el Comité Internacional para la Taxonomía de Virus, llegó al acuerdo de denominar a este nuevo virus como Virus de la Inmunodeficiencia Humana, siendo en este mismo año cuando se aisló a partir de pacientes del oeste de África un nuevo retrovirus que causaba síntomas similares descritos en el SIDA, llegando a la conclusión de que trataba de un nuevo tipo, (VIH2) por lo que a partir de entonces este Virus de Inmunodeficiencia Humana pertenece a la familia retroviridae, subfamilia lentiviridae, en la cual es incluido por la similitud de su efecto citopático este grupo; dentro de sus características están el tener un genoma de ácido ribonucleico (ARN) y una cubierta externa (Llop Hernández (2011))

II.1.2. Estructura del VIH

El virión del VIH es aproximadamente esférico, mide entre 20 y 180 nanómetros de diámetro, tiene un centro cilíndrico y está rodeado por una capa lipídica con lipoproteínas de envoltura gp120 y gp41. Su genoma tiene dos copias a ARN (una sola hebra), es lineal en general (VIH1 y VIH2) mide entre 9.8 y 10.3kpb. En su interior cuenta con tres tipos de proteínas específicas necesarias para su replicación viral: 1. Transcriptasa inversa (RT) 2. Integrasa (RP) 3. Proteasa (IN) El VIH 1 presenta 9 genes.

Tres de ellos forman proteínas estructurales comunes en los retrovirus (Los genes gag, Pol y env), los otros 6 no son estructurales codifican para dos proteínas reguladoras (genes tat y Rev.) y 4 para proteínas accesorias (genes vpu, vpr, vif y nef). El VIH 2. Le falta un gen vpu, presentando en su lugar otro llamado vpx. Las proteínas estructurales son codificadas por los genes gag, pol y env, y su secuencia cubre la mayor parte del genoma viral, quedando sólo una parte menor para el resto de los genes. Blanco J, Mallolas J, Pérez-cuevas J y Gatell J. (2012).

VIH-1 y VIH-2 son básicamente iguales, solo se ven diferenciados en sus proteínas de envoltura.

Características similares en VIH-1 y VIH-2:

- ❖ Largo periodo de incubación.
- ❖ Complican el sistema hematopoyético.
- ❖ Atacan linfocitos T CD4+.
- ❖ Tienen pleomorfismo, especialmente en la envoltura.
- ❖ Poseen actividad citopática en cultivo Celular.

II.1.3. Morfología del VIH

El VIH es un lentivirus (lentiviridae) virus humano que pertenece a la familia de los retrovirus (retroviridae) entre los que se encuentran el VIS (Virus de la Inmunodeficiencia del Simio) el VIF (Virus de la Inmunodeficiencia Felina) el VIB (Virus de la Inmunodeficiencia Bovina) Virus Visna de la oveja y el Virus de la Anemia Infecciosa Equina. El VIH presenta dos variantes : VIH-1 que es la forma más común en los países Europeos, América, África Central mientras que el VIH-2 se distribuye por África Occidental (Cabo Verde, Guinea Bissau, Costa de Marfil, Gambia, Malí, Nigeria, Sierra Leona) y Asia.

El VIH-1 presenta 3 grupos (M (main o mejor) N (new o Non-M) y O (outlier u otros). El grupo M está formado por 9 subtipos (A,B,C,D,F,G,H,J,K) con diferencias muy escasas entre ambos. En E.E.U.U. el grupo M, subtipo B es el

responsable del 98% de las cepas de VIH-1. El grupo M en general es el responsable del 90% de las cepas encontradas. Los grupos O y N son muy raros y se encuentran mayoritariamente en Camerún y Gabón.

II.1.4. Ciclo vital del VIH

El ciclo de vida de los retrovirus se diferencia del ciclo de vida de todos los demás virus. Primero el virión libre de las células se une a la célula blanco mediante una interacción de la envoltura viral y la membrana de la célula huésped. (Se une específicamente la envoltura gp120 con la membrana de los linfocitos T CD4). Después se fusionan las membranas y se internalizan el complejo viral y el de la nucleoproteínas. Guerrero, N y o. c. Garcia (2012).

Después se lleva a cabo la transcripción inversa que forma un ácido desoxirribonucleico (DNA) (doble hebra) a partir del RNA del virus y éste migra al núcleo de la célula huésped. El ácido desoxirribonucleico (DNA) viral se integra (de forma covalente) en el DNA de la célula formando un "pro virus". El ácido ribonucleico (RNA) mensajero se traduce en proteínas virales al tiempo que se forman nuevos viriones en la superficie celular. De este modo la célula solo vive para generar más viriones, por lo que mientras que el cuerpo trata de producir más linfocitos para combatir la enfermedad, genera más linfocitos infectados (viriones de VIH) por lo cual la pérdida de linfocitos T CD4+ es exponencial y cada vez hay menos.

II.1.5. Epidemiología

En algunos países de Asia, América Latina y África subsahariana, el número anual de nuevas infecciones producidas por el VIH se encuentra en disminución. También ha disminuido la tasa estimada de fallecimientos por sida, en parte como resultado del éxito alcanzado en la ampliación del acceso a los medicamentos antirretrovirales en lugares de recursos limitados. Aun así, estas tendencias

favorables no se manifiestan de manera uniforme ni dentro de las regiones ni entre ellas, lo que subraya la necesidad de un avance integral en la puesta en práctica de políticas y programas eficaces. (Anexos 5 y 6). A escala mundial, la epidemia de VIH se ha estabilizado, pero los niveles de nuevas infecciones y de fallecimientos por sida son inaceptablemente altos ONUSIDA (2014)

Se estima que, en todo el mundo, 33 millones [30 millones–36 millones] de personas vivían con el VIH en 2007. El número anual de nuevas infecciones por el VIH disminuyó de 3,0 millones [2,6 millones– 3,5 millones] en 2001 a 2,7 millones [2,2 millones–3,2 millones] en 2007.

En total, 2,0 millones [1,8 millones– 2,3 millones] de personas fallecieron a causa del sida en 2007, mientras que las estimaciones para 2001 fueron de 1,7 millones [1,5 millones– 2,3 millones].

Mientras que el porcentaje de personas que viven con el VIH se ha estabilizado a partir de 2000, el número total de personas que viven con el VIH ha ido aumentando de manera uniforme debido a las nuevas infecciones que ocurren cada año, a los tratamientos que prolongan la vida y a que las nuevas infecciones aún superan en número a los fallecimientos provocados por el SIDA.

África meridional continúa soportando una parte desproporcionada de la carga mundial de VIH: En 2007, el 35% de las infecciones por el VIH y el 38% de los fallecimientos por sida se produjeron en esa subregión. En conjunto, África subsahariana alberga al 67% de todas las personas que viven con el VIH.

Las mujeres representan la mitad de las personas que viven con el VIH en todo el mundo, y más del 60% de las infecciones por el VIH en África subsahariana. Durante los últimos 10 años, la proporción de mujeres entre personas que viven con el VIH ha permanecido estable a nivel mundial, pero ha crecido en muchas regiones.

Los jóvenes entre 15 y 24 años representan el 45% estimado de las nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo. Se estima que, en 2007, 370 000 [330 000– 410 000] niños menores de 15 años se infectaron con el VIH. A nivel mundial, el número de niños menores de 15 años que viven con el VIH aumentó de 1,6 millones [1,4 millones–2,1 millones] en 2001 a 2,0 millones [1,9 millones–2,3 millones] en 2007. Casi el 90% vive en África subsahariana.

II.1.6. Fisiopatología

Luego de su entrada al cuerpo a través de mucosas o de la sangre, el VIH es atrapado en los ganglios linfáticos regionales. La presencia de VIH, al igual que la presencia de cualquier otro estímulo antigénico, causa una activación de los linfocitos T CD4+ y de los macrófagos ganglionares que comienzan entonces a secretar citocinas como el factor de necrosis tumoral (TNF) y la interleucina-6 (IL-6). Estas citocinas causan una mayor activación de números crecientes de linfocitos, con una mayor expresión de moléculas CD4 en su superficie. El VIH tiene la capacidad de adherirse a estas moléculas a través de la glicoproteína capsular gp120, y es así que penetra al interior de los linfocitos T CD4. Podemos ver que en una forma paradójica la respuesta inmune normal al VIH causa que un número cada vez mayor de linfocitos CD4 sea infectado.

El VIH se disemina a otros órganos del sistema linfático a través de la migración de los linfocitos infectados, y comienza en este punto una reproducción masiva del virus tanto en el tejido linfático como en la sangre. Aproximadamente 2 semanas después de la infección inicial, comienzan a aparecer respuestas inmunes celulares y humorales dirigidas específicamente contra el VIH. Los linfocitos CD8+, citotóxicos, destruyen a los linfocitos CD4 infectados que expresan antígenos virales en su superficie, y anticuerpos dirigidos a diferentes antígenos virales se unen a las partículas virales que son luego atrapadas y destruidas por las células del sistema dendrítico folicular en los ganglios linfáticos. De esta manera

disminuye el número de células productoras de VIH y el número de partículas virales circulantes en sangre, y la infección es parcialmente controlada. Sin embargo, existe una gran diferencia entre la interacción del sistema inmune y el virus en sangre comparada con la misma interacción en los ganglios linfáticos durante este estadio de la enfermedad.

La carga viral en los ganglios linfáticos es de 5 a 10 veces más alta que la carga en sangre, y la cantidad de virus que se produce en los ganglios es de 10 a 100 veces más alta que la producida en sangre. Estos eventos corresponden a la fase de latencia clínica de la enfermedad.

Al cabo de varios años, esta constante inflamación en los ganglios termina destruyendo su arquitectura normal, la cual es indispensable para filtrar al virus y mantenerlo atrapado dentro de los mismos. De una manera similar, se van perdiendo las respuestas inmunes celulares y humorales que mantienen la reproducción viral bajo control. El resultado final es un aumento explosivo en la reproducción viral, los linfocitos CD4 disminuyen de manera marcada y comienzan a aparecer las infecciones y neoplasias oportunistas que definen al SIDA. Estos fenómenos finales ocurren, en promedio, 7 a 10 años después de contraída la infección.

No todos los pacientes infectados con HIV evolucionan inexorablemente a SIDA. Se ha reportado que un 5-8% de pacientes, a pesar de haber estado infectados con HIV por un mínimo de 7 años y de nunca haber recibido terapia antirretroviral, nunca desarrollan infecciones oportunistas y mantienen un número normal de linfocitos CD4. Es todavía incierto por qué estos individuos responden de esta manera a la infección por el HIV. En la minoría de pacientes este fenómeno probablemente se deba a una infección con cepas atenuadas y poco patogénicas del VIH, generalmente por la falta de uno de los genes que parecen ser indispensables para que el virus mantenga su virulencia. En la gran mayoría, este control eficiente de la reproducción viral probablemente se deba a una

habilidad intrínseca a resistir la infección por el VIH, aunque aún no se han logrado descubrir los mecanismos exactos que permiten que esto suceda. La cantidad de virus presente en estos pacientes es por lo general significativamente más baja que en los pacientes en los cuales la infección progresa. Específicamente, la cantidad de virus en sus células mono nucleares tanto en sangre como en los ganglios linfáticos, es de 5 a 7 veces menor que en individuos con la evolución normal del VIH, y la carga viral en el plasma es hasta 23 veces menor que en la mayoría de pacientes.

II.1.7. Carga viral

Es la cuantificación del nivel de virus presente en plasma, suero e incluso en tejidos. Los avances en la dinámica de la infección por VIH y la relación entre carga viral y progresión de la enfermedad proporcionan una información crucial para el control de los pacientes infectados. Existen diferentes técnicas de cuantificación de la carga viral y, aunque difieren en su metodología, todas están basadas en una de las propiedades del ARN y ADN, que es la complementariedad de secuencia. Esto proporciona una alta especificidad a la prueba. Las pruebas de cuantificación de carga viral pueden dividirse en métodos de amplificación de la señal y métodos de amplificación de la secuencia; todas ellas presentan sensibilidad, reproductibilidad y especificidad similares. Otra forma de cuantificar retrovirus es mediante el uso de la actividad retro transcriptasa de los virus presentes en la muestra analizada; el resultado obtenido proporciona información real sobre la cantidad de virus infecciosos presentes en la muestra, sin tener en cuenta los fragmentos correspondientes a virus defectuosos.

El uso clínico de la carga viral Desde 1996 se sabe que la carga viral predice la evolución más o menos rápida a sida en individuos infectados por VIH, de manera independiente de la cifra de linfocitos CD4. En la actualidad, las recomendaciones para el inicio de tratamiento antirretroviral, así como la evaluación y seguimiento de los individuos infectados por VIH, se basan en el examen conjunto de la viremia

basal y el recuento de linfocitos CD4. El criterio que mejor define el éxito o el fracaso del tratamiento antirretroviral, y que se ha impuesto en la práctica clínica, es la cuantificación de la viremia plasmática. Los cambios precoces en la carga viral en respuesta al tratamiento antirretroviral predicen su eficacia a largo plazo. El mayor beneficio clínico se observa en los sujetos con reducciones intensas y precoces de la carga viral.

Los niveles de carga viral deben disminuir rápidamente tras el inicio del tratamiento, del orden de 1,5 a 2 logaritmos (logs). Sería una disminución exponencial de su carga, por ejemplo bajando de 100.000 copias a 15-20.000 en las primeras 12 semanas. En líneas generales, se considera éxito lograr una supresión máxima de la replicación viral, definida como “viremia indetectable” y mantenida en el tiempo. El fracaso terapéutico se establece, cuando no se logran estos objetivos o cuando, tras haberse logrado, hay un rebrote de la carga viral, reflejo de un escape viral, quizás como consecuencia del desarrollo de variantes mutantes resistentes o de una falta de cumplimiento correcto del tratamiento. La mayoría de pacientes mantiene una replicación activa en lugares protegidos, como monocitos-macrófagos o el sistema nervioso central

II.1.8 Ciclo de replicación

Es células que el VIH invade son esencialmente los linfocitos T CD4+, pero también en menor medida los monocitos/macrófagos, las células dendríticas, las células de Langerhans y las células de microglía del cerebro. La replicación viral tiene pues lugar en tejidos diversos (de ganglios linfáticos, intestino, cerebro, timo). Los órganos linfoides, sobre todo los ganglios linfáticos, constituyen la principal sede de su replicación. El virus está presente en numerosos líquidos del organismo, en particular la sangre y las secreciones genitales.

La replicación del virus se desarrolla en las siguientes etapas:

- ❖ La fijación: representa la primera etapa en la invasión de una célula.

Se basa en el reconocimiento mutuo y acoplamiento de proteínas de la envoltura del virión, las gp120 y gp41, y los receptores de la célula blanca, los CD4. Este reconocimiento no es posible sin ayuda de correceptores propios de las células susceptibles de ser invadidas; en el caso de los macrófagos son los CCR5 y en el caso de los LT4, los CXCR4, que interactúan con la proteína superficial. Macrófagos y LT4 tienen en común su principal receptor: el receptor CD4. Este reconocimiento es condición obligada para que el virus llegue a penetrar en la célula y continuar con el proceso de infección.

❖ La penetración: es el segundo paso, una vez reconocido el virión por los receptores de superficie, se vacía dentro de la célula fusionándose la envoltura lipídica del virión con la membrana plasmática de la célula. Protegidos por la cápside y los núcleos cápsides, los dos ARN mensajeros que forman el genoma viral y sus proteínas asociadas se encuentran ahora en el citoplasma. Luego ocurre la eliminación de las cubiertas proteicas, cápside y núcleo cápsides, quedando el ARN vírico libre en el citoplasma y listo para ser procesado.

❖ La transcripción inversa del ARN vírico para formar ADNc (ADN complementario, monocatenario) con la misma información: Cada una de las dos moléculas de ARN llega desde el virión asociada a una molécula de transcriptasa inversa que se ocupa del proceso. Las dos moléculas de ADNc se asocian para formar una molécula de ADN, que es la forma química de guardar la información que una célula eucariota es capaz de procesar.

❖ Integración del genoma vírico en el genoma de la célula huésped: Para ello penetra en el núcleo y se inserta en el ADN celular con ayuda de una integrasa, que procede del virión infectante.

❖ La transcripción del ADN vírico por los mecanismos normales de la célula: El resultado de la transcripción es un ARNm (ARN mensajero). El ARNm obtenido es complejo, constituido por una sucesión de intrones (partes no informativas) y exones (partes informativas). Debe ser procesado por

cortes y reempalmes antes de que la información que contiene pueda servir para fabricar las proteínas correspondientes. Una vez procesado, el ARNm puede salir del núcleo a través de los poros nucleares.

❖ Traducción: Una vez en el citoplasma el ARNm proporciona la información para la traducción, es decir, la síntesis de proteínas, que es realizada a través del aparato molecular correspondiente, del que forman la parte fundamental los ribosomas. El resultado de la traducción no consiste inmediatamente en proteínas funcionales, sino en poliproteínas que aún deben ser cortadas en fragmentos.

❖ Por acción de peptidasas específicas del VIH, las poliproteínas producto de la traducción son procesadas, cortándolas, para formar las proteínas constitutivas del virus. Las proteínas víricas fabricadas se ensamblan, junto con ARN provirales, para formar los componentes internos de la estructura del virión, los que constituyen la cápside y su contenido.

❖ Gemación: El último paso, ocurre cuando los nucleoides víricos se aproximan a la membrana plasmática y se hacen envolver en una verruga que termina por desprenderse, formando un nuevo virión o partícula infectante. En cada célula infectada se ensamblan varios miles de nuevos viriones, aunque muchos son incompletos y no pueden infectar.

II.1.9. Signos y síntomas del VIH

La mayoría de las personas que se han infectado por el VIH no lo saben ya que los síntomas no se manifiestan inmediatamente después de contraer el virus. Sin embargo, algunas desarrollan el "síndrome retroviral agudo" durante la seroconversión, una enfermedad parecida a la mononucleosis infecciosa, que causa fiebre, erupciones, dolor articular e inflamación de los nódulos linfáticos. La seroconversión alude al desarrollo de anticuerpos contra el VIH y generalmente tiene lugar entre la primera y la sexta semana tras a la infección. Una persona

infectada por el VIH, independientemente de que tenga o no síntomas iniciales, es altamente contagiosa durante este periodo inicial.

La única forma de determinar si el VIH está presente en el cuerpo es mediante pruebas para detectar anticuerpos del VIH o el propio VIH. Una vez que el VIH ha provocado un deterioro progresivo del sistema inmunitario, la vulnerabilidad ante diferentes infecciones puede hacer visibles los síntomas. El VIH se divide en diferentes etapas establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en función de diversos indicios, síntomas, infecciones y cánceres.

Etapas clínicas provisionales del VIH y el sida y definiciones de caso para la vigilancia de la OMS (2005)

- ❖ Infección primaria por el VIH: puede ser asintomática o manifestarse mediante el síndrome retroviral agudo.
- ❖ Etapa clínica I: asintomática o inflamación general de los nódulos linfáticos.
- ❖ Etapa clínica II: pequeñas pérdidas de peso, manifestaciones mucocutáneas leves e infecciones recurrentes de las vías respiratorias altas.
- ❖ Etapa clínica III: diarrea crónica sin causa aparente, fiebre persistente, candidiasis o leucoplaquia oral, infecciones bacterianas graves, tuberculosis pulmonar e inflamación necrotizante aguda en la boca. Algunas personas tienen sida en esta etapa.
- ❖ Etapa clínica IV: incluye 22 infecciones oportunistas o cánceres relacionados con el VIH. Todas las personas que se encuentran en esta etapa tienen sida.

La mayoría de estas afecciones son infecciones oportunistas que se podrían tratar fácilmente en personas sin inmunodeficiencia.

II.1.10. Población al riesgos

El VIH/sida tiene diferente curso y consecuencias en cada grupo poblacional, como es el caso de las mujeres, los adolescentes y niños. Dentro del campo de la epidemiología y prevención del VIH, es importante tener en cuenta los diferentes sectores poblacionales vulnerables al VIH y/o afectados de cara a la adecuada comprensión de la evolución de la epidemia a través de los datos epidemiológicos y el diseño e implantación de estrategias preventivas del VIH.

La población femenina es sin duda uno de los sectores más vulnerables ante el VIH/sida. Los datos barajados hasta el momento muestran que la transmisión del VIH de hombre a mujer es más probable que de mujer a hombre. Además de esta vulnerabilidad biológica, la vulnerabilidad de la mujer se encuentra también incrementada por diversos factores socioculturales y políticos de desigualdad a nivel mundial que la sitúan en una delicada situación de riesgo frente al VIH/sida.

Una complicación es problema médico que se presenta durante el curso de una enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento. La complicación puede deberse a una enfermedad, el procedimiento o el tratamiento, o puede no tener relación con ellos.

Complicaciones relacionadas al uso de antirretrovirales:

- ❖ Neuropatía periférica
- ❖ Pancreatitis
- ❖ Enfermedades cardiovasculares
- ❖ Hepatotoxicidad
- ❖ Pancreatitis
- ❖ Osteoporosis
- ❖ Diabetes

La infancia es otro de los sectores poblacionales en riesgo, las tasas de casos VIH/sida de carácter pediátrico continúan creciendo especialmente en los países en vías de desarrollo.

Por su parte, la adolescencia es el período en el que se inicia generalmente la actividad sexual. Es una etapa en la que el comportamiento sexual se ve sujeto a infinidad de condiciones procedentes del entorno del adolescente, circunstancia que puede favorecer una disminución del control de la situación y una mayor desprotección frente al VIH, otras infecciones de transmisión sexual y a los embarazos no deseados (Theron, Roodin y Gorman, 1998). Se trata de condicionantes o influencias como el consumo de drogas, la falta de planificación de las relaciones sexuales, la novedad de las parejas, la baja disponibilidad de preservativos, etc. Todos estos factores constituyen un riesgo añadido a la propia actividad sexual de los jóvenes, colocándoles en una posición de mayor vulnerabilidad ante la infección por VIH.

Desde que se diagnosticaron los primeros casos de VIH/SIDA en el mundo, se han unido esfuerzos por desarrollar tecnologías que permitan no sólo el diagnóstico precoz sino también el tratamiento antirretroviral más óptimo de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). La medicina es una de las disciplinas que ha tenido mayores avances en el abordaje de la infección por el VIH con la investigación de nuevos tratamientos antirretrovirales y de nuevas fórmulas terapéuticas que pretenden mejorar la calidad y cantidad de vida de las personas diagnosticadas. De igual forma, y como lo plantean Gordillo, Del Amo, Soriano y González-Lahoz (1999) la evaluación y la intervención psicológica con las personas diagnosticadas de VIH/SIDA contribuyen significativamente a la calidad de vida principalmente con la adherencia terapéutica.

Sin embargo, estos esfuerzos no han sido suficientes y, a través de la historia se ha enfatizado en diferentes estrategias de intervención sobre el VIH con fines preventivos. Inicialmente se realizó un énfasis en lo relacionado con la

identificación de casos de VIH/SIDA y su caracterización, con el fin de identificar los agentes causales de la enfermedad y el control de las enfermedades oportunistas. Posteriormente, se establecieron los grupos de riesgo relacionados con la infección por el VIH, con base en las características de las personas diagnosticadas (homosexuales, trabajadores sexuales, consumidores de drogas, etc.). Con estos elementos se iniciaron las primeras estrategias de prevención centradas en la difusión de la información sobre la infección por el VIH y la búsqueda de la desestigmatización de la misma. Ante la expansión de la infección a otros grupos de riesgo como los niños y los heterosexuales, se evaluaron las formas de transmisión y se enfatizó en que esta infección tenía un alto componente conductual, por lo cual se inició un trabajo de investigación interdisciplinario para diseñar programas efectivos de prevención a nivel primario, secundario y terciario.

Por tanto, es relevante continuar con la identificación de factores de riesgo relacionados con la infección por el VIH; hasta el momento los factores de riesgo más mencionados e incluidos en las investigaciones se relacionan con el nivel de conocimientos, las actitudes, la percepción de riesgo y la auto eficacia percibida frente a la infección por el VIH. Sin embargo, otros autores han identificado como relevante el estudio de variables relacionadas con la conducta y los factores cognitivos, como son el autocontrol, el autoconocimiento, los rasgos psicopatológicos, etc.; los cuales no han sido investigados en profundidad ni relacionados con las conductas de riesgo asumidas por las poblaciones estudiadas de manera conjunta.

II.1.10.1. Situación del VIH en la República Dominicana

Del 1990 al 2005, la incidencia del VIH en el país se ha mantenido relativamente en un 5.1 por mil habitantes según el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Entre los años 2006 y 2008 esta disminuyó a un promedio de 2

por 100 mil habitantes, lo que representa alrededor del 40% del promedio de incidencia en los 16 años anteriores.

Para el 2008 se habían registrado 19,500 personas infectadas, mientras se estimaba que para el 2009 57,260 personas con VIH, de las cuales 48,550 estaban entre 15-49 años.

de acuerdo a la Encuesta de Demografía y Salud (ENDESA) de 2007 y la Encuesta de Comportamiento con vinculación serológica de 2008, la prevalencia de VIH en la población general es de 0.8%. Es particularmente alta en la población de los bateyes y en determinados grupos de personas, como trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con otros hombres y usuarios de drogas, así como en mujeres sin escolaridad.

Se estima que desde el 2009 hasta el 2015 habrá una prevalencia de 0.85% de la enfermedad en el país. La terapia antirretroviral introducida en el 2013 ha disminuido las defunciones por causa de VIH en país, en el 2009 74.12% de las necesidades de cobertura estaban siendo suplidas en cuanto a pacientes tratados, aunque aún son muchas las personas que necesitan ingresar., incluyendo aproximadamente 1,970 niños, Sin contar las 21,500 posibles personas que desconocían su estado serológico.

En marzo del 2013 El director del Consejo Nacional para el VIH y el SIDA (CONAVIHSIDA), Víctor Terrero, expresó "Estar preocupados por el aumento de los casos de VIH en las mujeres, especialmente en las jóvenes, y queremos exhortarlas a que exijan a sus parejas, sean permanentes u ocasionales, el uso del condón", esto debido a que el número de mujeres infectadas es mayor que el de hombres en el país. Para la fecha en el país había 43,945 personas que viven con VIH y SIDA de las cuales 25,230 eran mujeres y 18,715 hombres.

Ese mismo año el director de DIGECITSS, el doctor Félix Báez, indicando que actualmente el país cuenta con 77 SAI o Servicios de atención integral donde reciben atención 34,674 pacientes, entre ellos 33,437 adultos y 1,237 niños. Afirmando que existían 152 adolescentes en seguimiento y 11,616 adultos en seguimiento, personas infectadas por el virus del VIH, pero que tienen controlada su carga viral y no requieren de tratamiento con antirretrovirales. Por otra parte había 21,826 adultos en tratamiento y 1,085 niños y adolescentes. El sistema contaba con 36 Servicios Pediátricos en todo el país.

Según análisis y estimaciones realizadas, la epidemia en el país se mantendrá estable, pero los esfuerzos para cubrir las debilidades, como la cobertura de tratamiento para adultos y niños, así como en embarazadas para disminuir la transmisión vertical y que todo dominicano su estado serológico deben continuar aumentando los esfuerzos para eliminarlas.

II.1.11. Diagnóstico del VIH

El diagnóstico de VIH/SIDA trae consigo repercusiones clínicas, sociales y psicológicas. Este se obtiene a partir de serología generalmente, mediante la detección de los anticuerpos VIH-1 o VIH-2, la detección simultánea de los anticuerpos VIH-1, VIH-2 y del antígeno p24 del VIH-1 y de sus ácidos nucleicos.

El virus VIH-1 es el más prevalente, el VIH-2 se encuentra distribuido con mayor frecuencia en África occidental, este último no es detectable por técnicas de detección y cuantificación de carga viral, ya que estas pruebas solo son específicas para el VIH-1.

Las pruebas serológicas pueden ser:

A) Pruebas de cribados: son aquellas pruebas que identifican las muestras reactivas y poseen una sensibilidad superior 99% y una buena especificidad, se realizan como primera opción en aquellos individuos en los que se sospecha de

infección por el VIH. Entre ellas se pueden destacar los ensayos inmuno enzimáticos (ELISA en todas sus variantes), aglutinaciones y las llamadas pruebas rápidas.

B) Pruebas de confirmación: son aquellas pruebas que permiten conocer si las muestras reactivas con un ensayo de cribado contienen anticuerpos específicos para el VIH-1 o VIH-2 y poseen una especificidad superior. La más utilizada de todas es la inmunoelectrotransferencia (western blot), otras pruebas que se realizan son la inmunofluorescencia y la radioinmunoprecipitación.

C) Pruebas suplementarias: son aquellas pruebas que se realizan para valorar el sistema inmunológico del paciente VIH y predecir la progresión de la enfermedad.

Las más utilizadas son la cuenta de carga viral y linfocitos CD4:

- ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay).

Es una prueba inmunológica a través de la cual se detecta el antígeno inmovilizado, mediante un anticuerpo unido a una enzima capaz de generar un cambio de coloración. Puede darse el caso de falsos positivos como la enfermedad de Lyme, la sífilis y el lupus. Las pruebas negativas no deben descartarse debido al periodo de ventana inmunológica y en caso de ser positiva debe realizarse la prueba de Western blot para confirmación.

- Pruebas rápidas.

Son pruebas de rápida ejecución, los resultados obtenidos son subjetivos ya que su lectura es visual, se puede obtener del fluido oral, sangre, suero y plasma. Tienen una alta especificidad y sensibilidad aunque menor que los inmuno ensayos.

- Western blot.

Son pruebas inmunológicas que se utilizan para determinar la presencia y cantidad de antígenos y de anticuerpos específicos. Se emplean antígenos virales, mediante electroforesis se separan las diferentes proteínas víricas por su peso molecular, luego se transfieren a papel de nitrocelulosa y se incuban con el suero.

Los anticuerpos se detectan añadiendo una anti-IgG humana marcada con una enzima peroxidasa que produce una banda coloreada al añadir un sustrato. En la actualidad es el estudio confirmatorio más empleado para el diagnóstico del SIDA.

Existen pruebas para el diagnóstico perinatal, tales como el cultivo convencional del virus, en el cual se utilizan células mononucleares estimuladas con interleucina 2, estas pruebas son muy costosas y de baja disponibilidad. Más utilizadas son las pruebas de amplificación genética que detectan DNA proviral o RNA del VIH estas se utilizan como medio diagnóstico y para seguimiento, ya sea para decidir el inicio del tratamiento y ver la respuesta del mismo.

Las pruebas principales que miden la carga viral del VIH-1 y que se utilizan en el seguimiento de los pacientes son: la PCR-RNA, el bDNA y el NASBA. La PCR-RNA es la que da lectura más alta.

II.1.12. Tratamiento

El VIH/SIDA no es curable pero se puede combatir mediante la combinación de dos o más fármacos antirretrovíricos. Los antirretrovirales controlan la replicación del virus dentro del organismo del individuo, contribuyen a fortalecer su sistema inmunitario dando como resultado la reducción de la morbilidad y mejorando la calidad de vida.

Los factores pronóstico a la hora de iniciar el tratamiento antirretroviral (TARV) son el recuento de linfocitos CD4, la carga viral y la situación clínica debido a que son los mejores predictores de la progresión de la enfermedad. El tratamiento se inicia en aquellos pacientes con manifestaciones de SIDA o con recuento de linfocitos CD4 < 200/mcl, en pacientes asintomáticos con recuento de linfocitos CD4 entre 200- 350/mcl con altos niveles de viremia y en aquellos con valores de carga viral > 55,000/mcl o 4,7 log y con recuento de linfocitos CD4 > 350/mcl.

Existen 5 grupos familiares de fármacos antirretrovirales estos son:

1. Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos y nucleótidos (ITIAN)
2. Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos
3. Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos(ITINAN)
4. Inhibidores de la proteasa(IP)
5. Inhibidores de la fusión (IF)
6. Inhibidores de la integrasa(II)

Inhibidores de la transcriptasa inversa análogo de nucleósidos y nucleótidos

Son fármacos que inhiben la Transcriptasa inversa de manera competitiva y son estructuralmente similares a los 2-desoxinucleótidos, con los que compiten por el sitio de unión a la enzima. Tanto los análogos de nucleósidos como los análogos de nucleótidos necesitan ser activados, es decir, ser trifosforilados y bifosforilados, respectivamente, por enzimas celulares para poder ejercer su acción inhibidora. Esta acción inhibidora que producen es doble.

Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos (ITINAN)

Son fármacos que se fijan a un “bolsillo” hidrófobo en la subunidad p66 de la transcriptasa inversa del VIH-1. Este bolsillo no es indispensable para la función de la enzima y se sitúa lejos de un sitio activo. Estos compuestos inducen un

cambio en la conformación de la estructura tridimensional de la enzima, que reduce considerablemente su actividad, de manera que actúan como inhibidores no competitivos. Estos fármacos son: Nevirapina (NVP), Efavirenz (EFV), Delavirdina (DLV), Etravirina, Rilpivirina, MK-1439

Inhibidores de la proteasa (IP)

Son fármacos que actúan sobre la enzima proteasa que es la responsable de la segmentación de una proteína del VIH en unidades con capacidad infecciosa. Si las proteínas no se cortan, el nuevo virus no madura y no puede infectar a otra célula. Estos fármacos son: Lopinavir- Ritonavir (Lavar), Darunavir, Indinavir, Saquinavir, Fosamprenavir, Ritonavir, Atazanavir, Tipranavir.

Inhibidores de la fusión (IF)

Se trata de fármacos que dificultan o impiden la unión del VIH a los receptores que los linfocitos CD4 tienen en su superficie. Los IF lo que hacen es evitar o dificultar el anclaje del virus a la célula y, con ello, impedir que la membrana del linfocito se vuelva permeable al virus. Si el virus no consigue su objetivo de introducirse en la célula, no puede reproducirse y su ciclo vital se detiene.

Los posibles inhibidores de la entrada viral se pueden dividir en tres clases según su mecanismo de acción:

- Inhibidores de la fijación: impiden la fijación del VIH a la membrana externa de la célula anfitriona (CD4).
- Inhibidores de los correceptores: impiden la interacción del VIH con los correceptores CCR5 y CXCR4 en la superficie de la célula huésped.
- Inhibidores de la fusión: impiden que el VIH se fusione con la membrana celular y que infecte así a la célula. Estos fármacos son: Maraviroc (Celsentri) y Enfuvirtida (Fuzeon).

Inhibidores de la integrasa (II)

Estos fármacos actúan inhibiendo la integrasa que es la enzima responsable de la integración del material genético del virus en el material genético de la célula infectada. Paso indispensable para la replicación del VIH. Estos fármacos son: Raltegravir, Elvitegravir, Dolutegravir. Poma Q, Olga j. (2014.)

Esquemas recomendados para inicio de tratamiento Antirretroviral.

Los esquemas para iniciar tratamiento deben estar conformados por una combinación de 3 o 4 fármacos. Esta combinación contiene una base de dos análogos de nucleótidos y un tercer componente que puede ser un inhibidor de la transcriptasa reversa no nucleósido o bien, un inhibidor de proteasa potenciado con ritonavir. Los esquemas con dos nucleósidos y un inhibidor de integrasa o un bloqueador de receptor CCR5 no se recomiendan para el inicio de tratamiento.

En pacientes sin tratamiento previo se recomienda comenzar con uno de los regímenes que se detallan a continuación:

- AZT + 3TC + EFV
- AZT + 3TC + NVP
- TDF + 3TC (o FTC) + EFV
- TDF + 3TC (o FTC) + NVP

Fármacos de segunda línea:

- TDF + 3TC o FTC + ATV/r o LPVr
- AZT + 3TC + ATV/r o LPVr
- AZT + TDF + 3TC o FTC + ATV/r o LPVr

Fármacos tercera línea:

- RAL, ETV, DRV/r y RTV

II.2. Farmacovigilancia

La primera experiencia documentada sobre problemas relacionados con los medicamentos fue a finales del siglo XIX en 1864, cuando se describen 109 muertes súbitas asociadas al uso del anestésico cloroformo. Fue en 1867 cuando se creó un comité para el estudio de este suceso en el Reino Unido. Organización Mundial De La Salud. (2014., Pp. 5-6.)

En el siglo XX la primera advertencia seria sobre los riesgos de los medicamentos tienen lugar en los Estados Unidos en 1937, cuando un elixir de sulfonamida produce la muerte de 107 personas, en su mayoría niños, debido al dietilenglicol que se utilizaba como excipiente en su preparación. A partir de entonces se dictan leyes que obligan a supervisar la seguridad de los medicamentos antes de su comercialización, para lo cual se crea la Food and Drug Administration (FDA) la primera agencia reguladora de medicamentos que aparece en el mundo.

La aparición epidémica de un problema congénito causado por Talidomida a principios de los años 60 en Europa, por el cual nacieron en todo el mundo más de 10.000 niños malformados, la mitad de los cuales murieron por malformaciones incompatibles con la vida. EDWARDS, R. Y OTROS., (2013., Pp. 548-557).

A partir de este trágico episodio de la historia surgieron consecuencias positivas los gobiernos empezaron a exigir a las compañías farmacéuticas pruebas de toxicidad en animales más exhaustivas, los ensayos clínicos controlados se propugnaron como herramienta básica para que los nuevos medicamentos demostraran eficacia y seguridad y se propusieron diversas estrategias para evitar accidentes similares, que tomaron cuerpo en lo que hoy conocemos como Farmacovigilancia.

La historia de la farmacovigilancia internacional comenzó hace más de treinta años, cuando la vigésima Asamblea Mundial de la Salud acordó una resolución

para iniciar un proyecto de viabilidad de un sistema internacional de seguimiento de las reacciones adversas de los medicamentos. Esta resolución fue la base del Programa Internacional de Farmacovigilancia de la OMS.

En 1968 se puso en marcha el Programa OMS de Vigilancia Farmacéutica Internacional con la idea de aglutinar los datos existentes sobre las reacciones adversas a los medicamentos. En un principio se trataba de un proyecto piloto implantado en 10 países que disponían de un sistema de notificaciones de reacciones adversas. Desde entonces la red se ha ampliado considerablemente, a medida que países de todo el mundo se iban dotando de centros nacionales de farmacovigilancia para registrar las reacciones adversas a los medicamentos. Para el 2004 ya eran 86 países los que participaban en el programa, coordinado por la OMS y su centro Colaborador de Uppsala. Este último se ocupa del mantenimiento de Vigibase, base de datos mundial sobre reacciones adversas a los medicamentos en la que constan ya más de tres millones de notificaciones.

La Farmacovigilancia, junto con la evaluación de la utilización de medicamentos, complementan una actividad general cuyo objeto es conocer el comportamiento de los medicamentos en las poblaciones; ambas actividades vienen a constituir la Fármaco epidemiología, la cual consiste en el estudio descriptivo del uso de los recursos terapéuticos, farmacológicos, así como en el análisis de sus efectos, en términos de beneficios, efectos indeseables y costo.

Diferentes estudios realizados a nivel mundial, indican que del 1 al 15% de los pacientes que ingresan a los hospitales, lo hacen como resultado de una reacción adversa a medicamentos (RAM), tal es el caso del estudio realizado en España “Reacciones adversas a medicamentos en pacientes que acudieron a un hospital general: un meta- análisis de resultados”, en el que se encontró que la estimación conjunta de RAM en pacientes españoles fue del 13% (IC95%). LAPORTE JR, Y OTROS., (2013. Pp. 95-115)

La FDA (Food and Drug Administración) reportó en diciembre de 2003 que en Estados Unidos de América ingresaron a los hospitales por RAM, 3 millones de pacientes. De los cuales cerca de los 100 mil fallecieron, en ese año. El gasto en hospitalizaciones aumentó en 17 billones de dólares anuales. El creciente ingreso al mercado de nuevos medicamentos exige una permanente actitud de vigilancia. Tribiño, G. Y otros., (2016., Pp. 31-41.)

II.2.1 Estrategias de intervención del tratamiento

Hay tres estrategias que han demostrado disminuir la incidencia de la infección por VIH en UDI y se han implementado masivamente en estos pacientes en algunos lugares, pero se estima que solamente las reciben el 10% de UDI Estas estrategias son la terapia de sustitución de opiodes (TSO), programas de intercambio de jeringas (PIJ) y la terapia antirretroviral altamente efectiva (TAR), además de estas tres, se han realizado otras intervenciones que no han tenido resultados tan definitivos en disminuir la incidencia de VIH en esta población, pero que pueden tener otras ventajas comparativas, estas son: La realización de prueba de VIH a todo UDI para que conozca su estado, consejería individual, de pareja o de grupo para conocer y controlar el riesgo de transmisión, terapia con antagonistas de opiodes, tratamiento farmacológico para la dependencia a psicoestimulantes, terapia cognitivo comportamental para adicción a psicoestimulantes, centros de inyección supervisada y centros de detención para usuarios de drogas intravenosas. Ralf Jürgens (2015). Se ha demostrado que para que las estrategias sean efectivas deben ser combinadas, y que cubran gran parte de la población sostenidamente por largos períodos de tiempo.

II.2.2 Programa de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad

La terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), es el tratamiento estándar para las personas infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH); esta comprende la combinación de tres o más drogas antirretrovirales (ARV). Desde

1996 la TARGA fue pautaada con dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogo de los nucleósidos (ITIAN) en combinación con un inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de los nucleósidos (ITINN) o un inhibidor de proteasa (IP). Los objetivos de la TARGA son la máxima supresión viral, recuperación del estado inmunológico, reducción de la morbimortalidad y el aumento de la calidad de vida de los pacientes (Kumarasamy N, Patel A, Pujari S. 2011)

Se ha estimado que algo más de 35 millones de personas viven con VIH en todo el mundo según estadísticas de la OMS para el año 2013. En Venezuela, según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, se consideró que para el 2012 entre 74.000 y 160.000 personas vivían con VIH, la mayor parte de ellos en edades comprendidas entre 15 y 49 años. (Organización mundial Salud 2014)

Diversos estudios han demostrado la efectividad de la TARGA en diferentes cohortes sin embargo, sus beneficios se ven afectados por la toxicidad y las reacciones adversas medicamentosas (RAMs) como resultado del consumo crónico de ARV, siendo estas últimas la causa más frecuente de cambio del régimen de la TARGA de primera línea. La incidencia de RAMs ha sido reportada hasta en un 90% en un estudio reciente; no obstante, su asociación con cambio de TARGA de primera línea se ha encontrado entre 11% y 79%. Las RAMs más relacionadas con la TARGA de primera línea son la intolerancia gastrointestinal entre 19 y 44,2%, reacciones de hipersensibilidad entre 9,3 y 26,7% y la anemia entre 5,9 y 14,6%(Cantudo MR, Cantudo M. 2014)

II.2.3 Factores que predisponen los antiretrovirales

La enfermedad aterosclerótica es un grave problema de salud en los países desarrollados, y en las últimas décadas, su creciente prevalencia predice que será la principal causa de morbimortalidad en este nuevo siglo, pronosticándose una

epidemia mundial de enfermedad arterial coronaria y enfermedad vascular cerebral. La enfermedad aterosclerótica es una enfermedad sistémica, que puede evolucionar de modo asintomático por mucho tiempo, pero en su evolución puede presentar súbitas complicaciones cardiovasculares o cerebrovasculares, con secuelas invalidantes, e incluso la muerte. Es conocido que los pacientes con enfermedad arterial coronaria tienen como primer síntoma, en el 25 % de los casos, un episodio de muerte súbita. (Landrove O, Gámez AI. 2015)

Los factores de progresión de la aterosclerosis y de producción de eventos cardiovasculares involucran a factores de riesgo causales: edad, tabaquismo, hipertensión, hipercolesterolemia, LDL-colesterol elevado, HDL-colesterol bajo, y diabetes a factores de riesgo condicionales: incremento de triglicéridos, lipoproteína (a), homocisteína y a factores de la coagulación [fibrinógeno, inhibidor del activador del plasminógeno (PAI-1) y factores de riesgo predisponentes: obesidad, inactividad física, historia familiar de enfermedad arterial coronaria prematura, sexo masculino, alteraciones o enfermedades psíquicas, socioeconómicas y étnicas, El gran número de factores de riesgo nuevos o emergentes, hacen difícil una completa evaluación de todos ellos. (Vascular Programme. Putting Prevention 2017)

CAPÍTULO III
DISEÑO METODOLÓGICO

CAPITULO III. DISEÑO METODOLÓGICO

III.1 Tipo de investigación o estudio

La investigación es de tipo descriptivo-trasversal donde evaluamos el cumplimiento de los objetivos. Por su diseño, es de tipo no experimental ya que se analizaran relaciones entre variables sin manipular ninguna en particular.

III.2 Operacionalización de las variables

Variable	Tipo y Subtipo	Definición	Indicador
Sexo	Cualitativa Nominal.	Condición orgánica que distingue al macho de hembra en los seres humanos	Masculino y Femenino.
Edad	Cuantitativa Discreta.	Cantidad de años cumplidos	24-29 años 30-35 años 35-40 años Más de 40 años
Estado Civil	Cualitativa y nominal.	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Soltero. Casado. Viudo. Divorciado. Unión libre. Separado.
Factores propio del paciente que influyen en el abandono	Cualitativa Nominal.	Son Aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los	<ul style="list-style-type: none">• Falta de dinero• Viaja con frecuencia• Ignoraba beneficios de la tratamiento

		hechos.	<ul style="list-style-type: none"> • Temor a ser descubierto o identificado como VIH • .Falta de motivación a tomar la TAR • En el trabajo no le dan permiso • Depresión • Falta de apoyo familiar • Otros
Factores relacionado a la terapia que asocian al abandono del tratamiento	Cualitativa y nominal.	son factores asociados con la respuesta a la terapia o resistencia es esta	<ul style="list-style-type: none"> • Efecto adversos de la terapia • Falta de apoyo familiar • Relación con los alimentos • Cantidad de pastillas • Accesibilidad del hospital • Otros
Factores de atención hospitalaria que influyen en el abandono	Cualitativa y nominal.	Son los factores predisponente que se puede presentar en el programa de tratamiento de VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Horario de atención es inconveniente • Ambiente del área de atención • Atención del

			despachador <ul style="list-style-type: none"> • Duración de la Atención • Miedo a ser identificado en el hospital • Falta de información • Falta de confianza al personal(pena o miedo)
Efectos adverso en el abandono del tratamiento	Cuantitativa continúa.	Son los efectos secundarios comunes del tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor de cabeza • mareo ocasional • Inflamación de la garganta • lesión del hígado • anemia

III.3. Métodos y Técnicas de Investigación

Con la autorización de la gerencia de enseñanza, el comité de ética del centro y el apoyo de las distintas gerencias y coordinadores de las distintas especialidades médicas y la participación de los pacientes con VIH, se escogieron 65 expediente a los cuales se les aplico el cuestionario en el periodo de estudio

III.4 Instrumento de Recolección de Datos.

Se diseñará un cuestionario con las variables y objetivos que permiten recopilar información necesaria para la investigación.

III.5 Consideraciones Éticas

En la realización de este proyecto de investigación se respetaron los principios éticos requeridos por el comité de ética del centro, incluyendo la

elaboración de un cuestionario de consentimiento informado para los participantes y la propiedad intelectual compartida.

III.6 Criterios de Inclusión

Se incluyeron todos los paciente abandonaron en tratamiento de VIH e la Unidad de VIH del Centro de Salud de la Yolanda Guzmán 2016-2017

Incidencia de Abandono del Tratamiento en Pacientes Con VIH de la Unidad de VIH del Centro de Salud de la Yolanda Guzmán 2016-2017

III.7 Criterios de exclusión

Se excluyeron los pacite que no estuvieran adscritos al programa VIH de la Unidad de VIH del Centro de Salud de la Yolanda Guzmán 2016-2017.

III.8 Selección de Población y Muestra

La investigación se realizara en el **Centro de Salud de la Yolanda Guzmán** en Santo Domingo, República Dominicana. El tiempo de realización del estudio será en el año 2016-2017. El universo fue todo el paciente del programa de tratamiento de VIH, que es su total 185 de expedientes de VIH. La muestra será 65 expedientes

III.9 Procedimiento para el procesamiento y análisis de datos.

Se utilizó el programa de Microsoft Word para digitación y Microsoft Excel para la realización de graficas e interpretar los datos obtenidos.

III.10. Aspectos legales

1. Permiso del hospital.
2. Consentimiento informado.
3. Respeto a la privacidad.

**CAPÍTULO IV:
RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS**

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

IV.1. Resultado de estudio

A continuación se presentan los resultados del estudio realizado, organizado en tablas de frecuencia y gráficos de porcentajes para ilustrar y comparar los datos. Se encuentran en el orden en que se realizaron las preguntas de investigación para dar respuestas a los objetivos planteados.

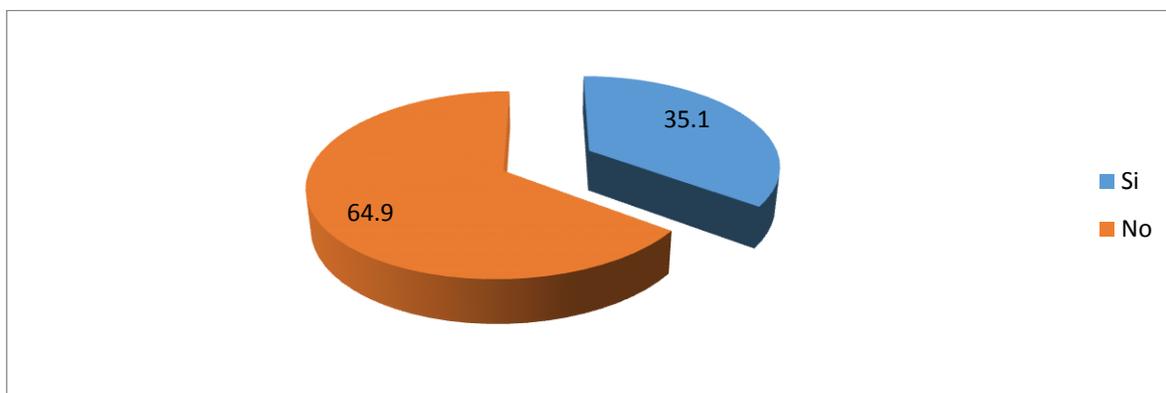
Tabla 1. -¿Abandono de tratamiento?

Alternativa	Frecuencia	%
Si	65	35.1
No	120	64.9
Total	185	100.0

Fuente: encuesta aplicada a los expedientes de los pacientes con VIH que abandonaron el tratamiento

La Tabla 1 mostró que el 64.9% de los expedientes revisado los paciente no abandonaron el tratamiento, mientras que 35.1 % si lo abandono

Grafico No.1



Fuente Cuadro 1.

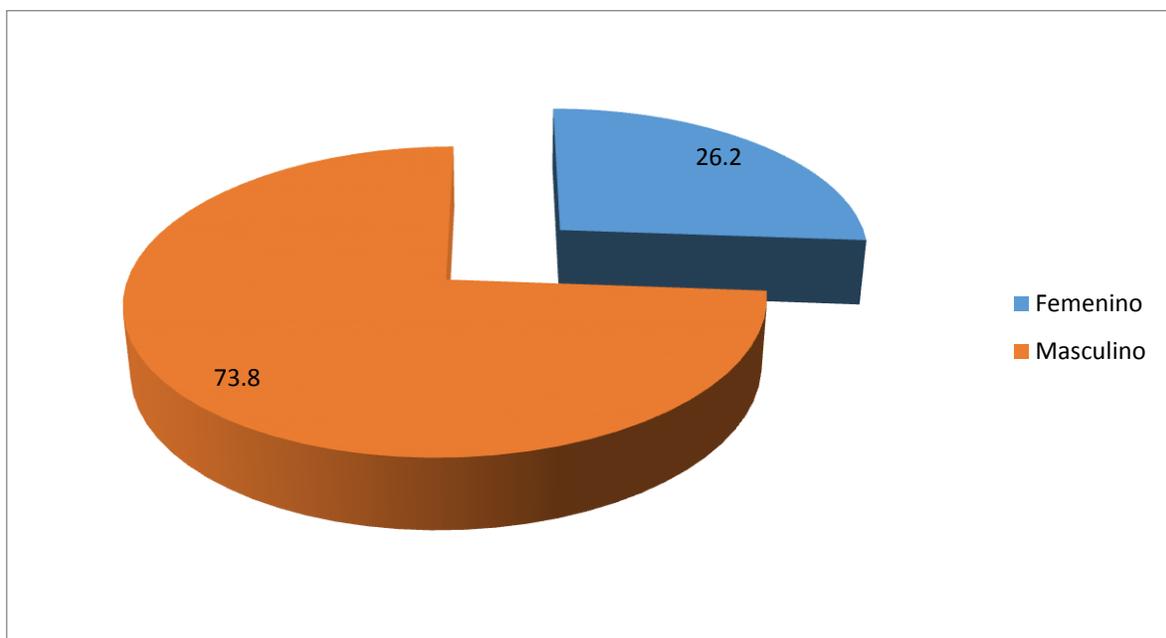
Tabla 2-¿Sexo?

Alternativa	Frecuencia	%
Femenino	17	26.2
Masculino	48	73.8
Total	65	100.0

Fuente: encuesta aplicada a los expedientes de los pacientes con VIH que abandonaron el tratamiento

En la Tabla 2 se observa que el sexo más frecuentes es el masculino con un 73.8% y el femenino tiene un por ciento inferior que es 26.2%

Grafico No.2



Fuente cuadro 2.

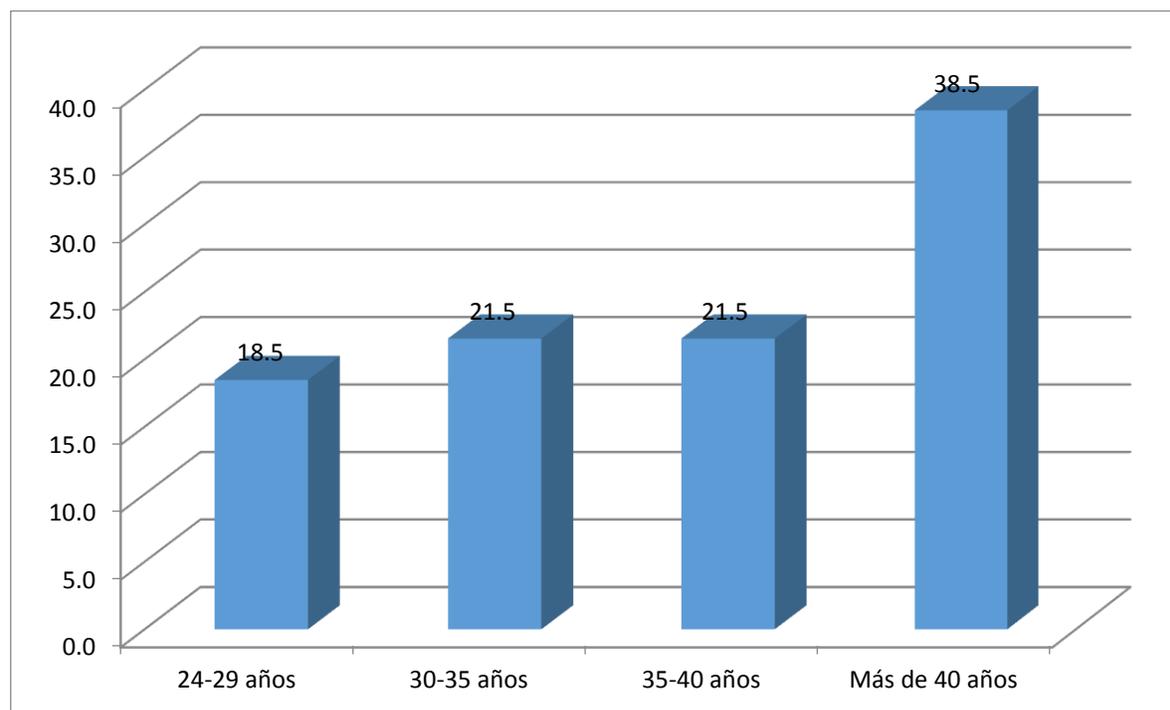
Tabla 3-¿Edad?

Alternativa	Frecuencia	%
24-29 años	12	18.5
30-35 años	14	21.5
35-40 años	14	21.5
Más de 40 años	25	38.5
Total	65	100.0

Fuente: encuesta aplicada a los expedientes de los pacientes con VIH que abandonaron el tratamiento

En la Tabla 3 se observa que 38.5% tenían edad de más de 40 años, seguido de 21.5% para la edades de 30-35 años, seguido por otro 21.5% para 35-40 años y un 18% para la edades de 24-29 años

Grafico No.3



Fuente cuadro 3.

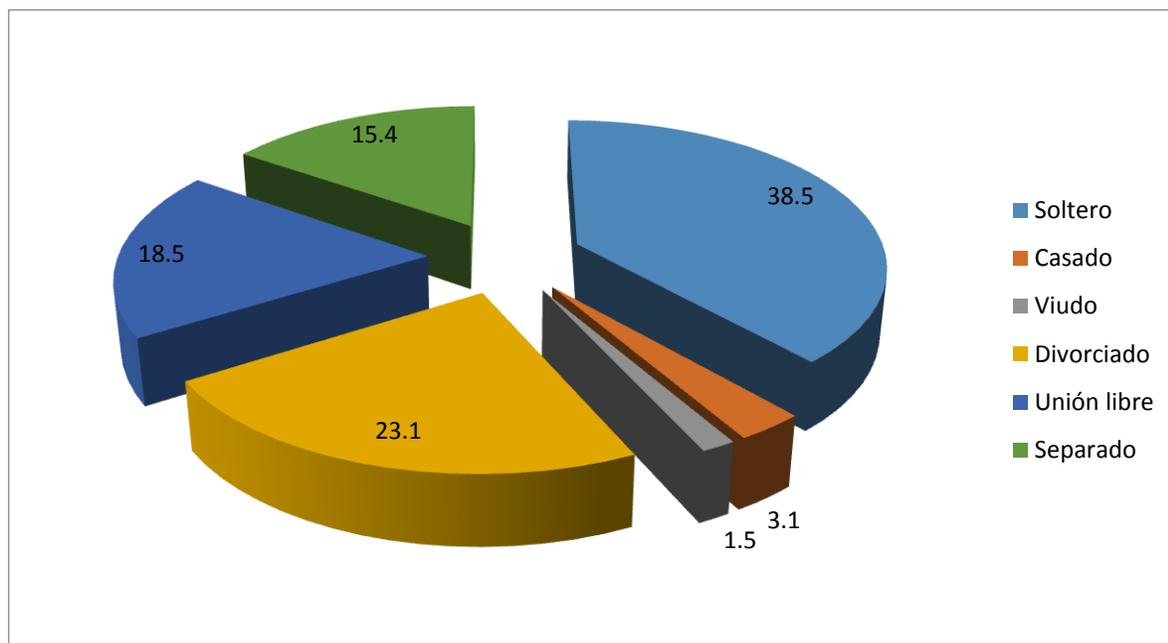
Tabla 4-¿Estado Civil?

Alternativa	Frecuencia	%
Soltero	25	38.5
Casado	2	3.1
Viudo	1	1.5
Divorciado	15	23.1
Unión libre	12	18.5
Separado	10	15.4
Total	65	100.0

Fuente: encuesta aplicada a los expedientes de los pacientes con VIH que abandonaron el tratamiento

En la Tabla 4 se determinó que el estado civil más frecuente es el soltero con un 38.5%, seguido de 23.1% que eran divorciado, mientras que 18.5 % vivían en unión libre, un 15% estaba separado, el 3.1% eran casado y un 1.5% son viudo

Grafico No.4



Fuente cuadro 4.

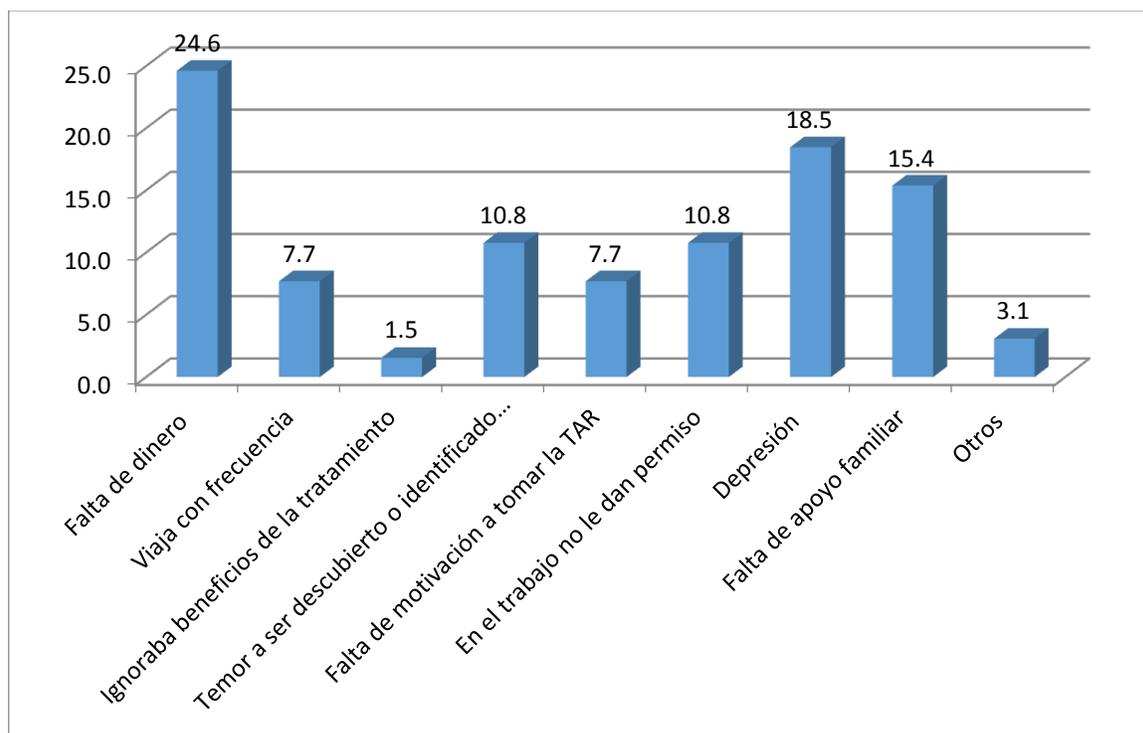
Tabla.5. -¿Factores propio del paciente que influyen en el abandono?

Alternativa	Frecuencia	%
Falta de dinero	16	24.6
Viaja con frecuencia	5	7.7
Ignoraba beneficios de la tratamiento	1	1.5
Temor a ser descubierto o identificado como VIH	7	10.8
Falta de motivación a tomar la TAR	5	7.7
En el trabajo no le dan permiso	7	10.8
Depresión	12	18.5
Falta de apoyo familiar	10	15.4
Otros	2	3.1
Total	65	100.0

Fuente: encuesta aplicada a los expedientes de los pacientes con VIH que abandonaron el tratamiento

En la Tabla 5 se presenta que 24.6% arrojo que los Factores propio del paciente que influyen en el abandono es Falta de dinero, mientras que 18.5% arrojo que abandono por Depresión, seguido por el 15.4% para Falta de apoyo familiar, el 10.8% abandono el tratamiento por Temor a ser descubierto o identificado como VIH, otro 10.8% con En el trabajo no le dan permiso, un 7.7% que lo abandono por Viaja con frecuencia, mientras que otro 7.7 Falta de motivación a tomar la TAR, un 3.1% para otro y el 1.5% arrojo que Ignoraba beneficios de la tratamiento

Grafico No.5



Fuente cuadro 5.

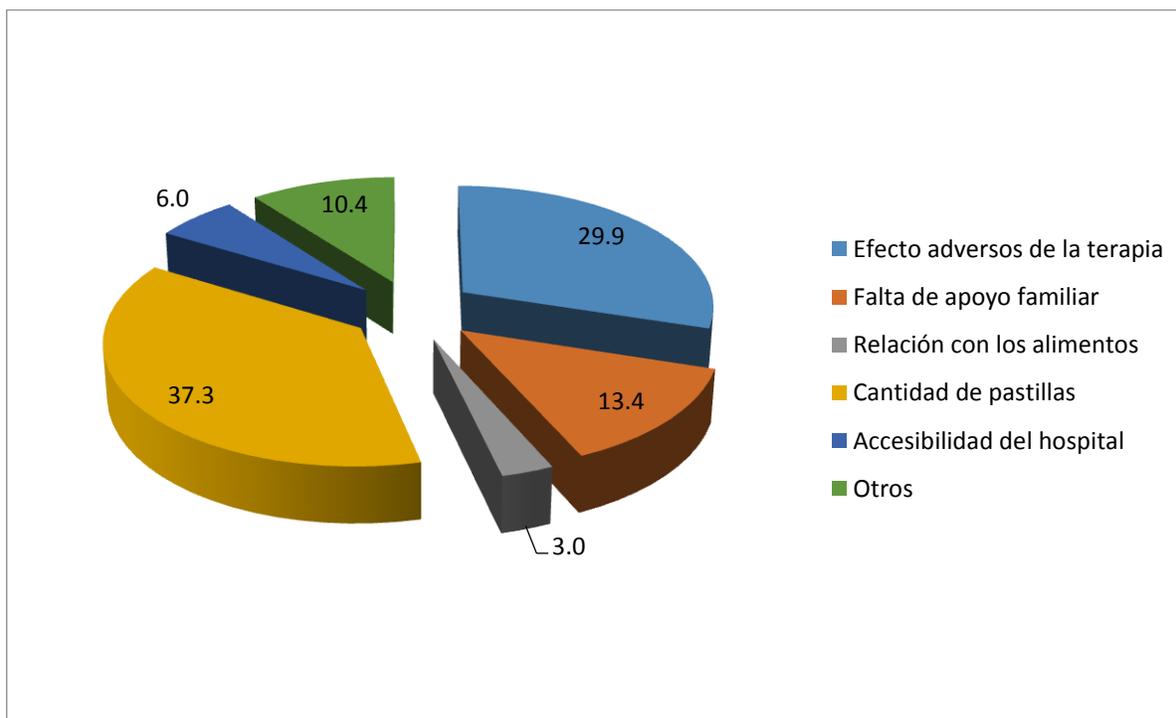
Tabla 6-¿Factores relacionado a la terapia que asocian al abandono del tratamiento?

Alternativa	Frecuencia	%
Efecto adversos de la terapia	20	29.9
Falta de apoyo familiar	9	13.4
Relación con los alimentos	2	3.0
Cantidad de pastillas	25	37.3
Accesibilidad del hospital	4	6.0
Otros	7	10.4
Total	67	100.0

Fuente: encuesta aplicada a los expedientes de los pacientes con VIH que abandonaron el tratamiento

En la Tabla 6 arrojo que los Factores relacionado a la terapia que asocian al abandono del tratamiento el 37.3 % que li abandono por la Cantidad de pastillas, seguido del 2.9% que lo abandono por Efecto adversos de la terapia, mientras que 13.4% con Falta de apoyo familiar, el 10.4% lo abandono por Otros motivos, un 6.4% se demostró que por Accesibilidad del hospital un 3.0% que por Relación con los alimentos

Grafico No.6



Fuente cuadro 6.

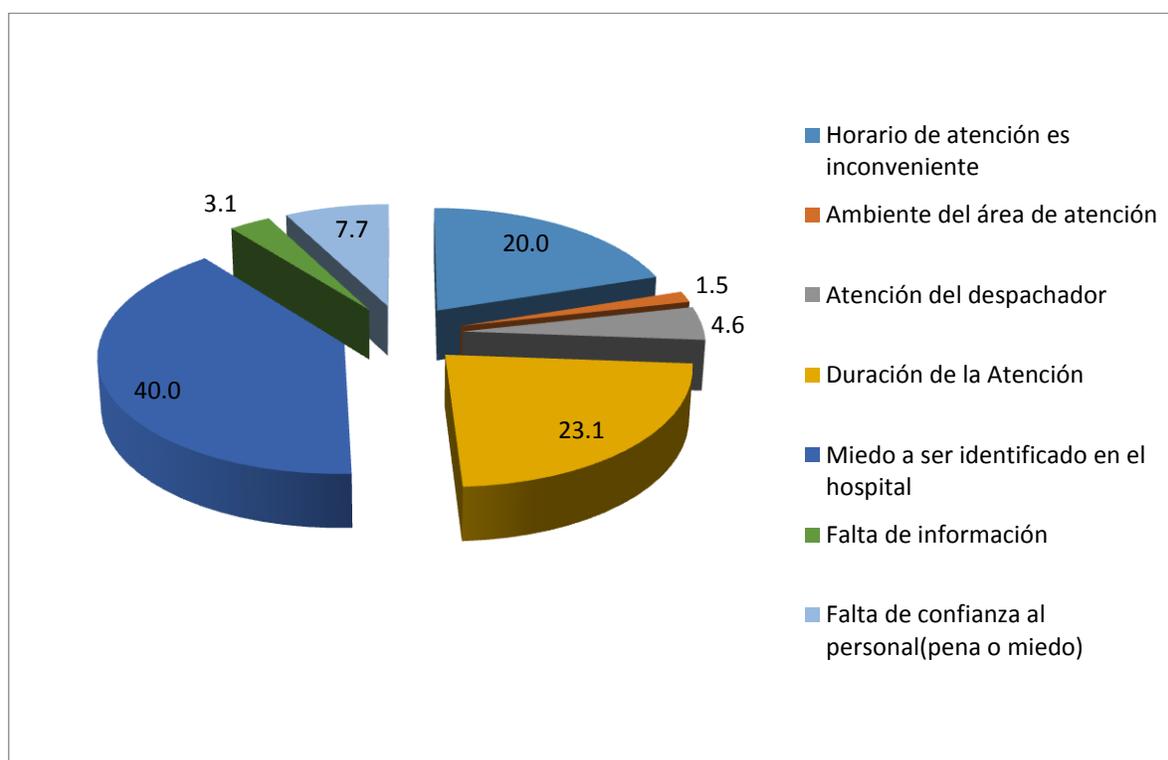
Tabla 7-¿Factores de atención hospitalaria que influyen en el abandono?

Alternativa	Frecuencia	%
Horario de atención es inconveniente	13	20.0
Ambiente del área de atención	1	1.5
Atención del despachador	3	4.6
Duración de la Atención	15	23.1
Miedo a ser identificado en el hospital	26	40.0
Falta de información	2	3.1
Falta de confianza al personal(pena o miedo)	5	7.7
Total	65	100.0

Fuente: encuesta aplicada a los expedientes de los pacientes con VIH que abandonaron el tratamiento

En la Tabla 7 se demostró que los Factores de atención hospitalaria que influyen en el abandono del tratamiento son Miedo a ser identificado en el hospital con un 40.0%, el 23.1% para Duración de la Atención, seguido 20.0% con Horario de atención es inconveniente, mientras que 7.7% arrojo que lo abandono por Falta de confianza al personal (pena o miedo), el 4.6%para Atención del despachador, un 3.1% por Falta de información y el 1.5% para Ambiente del área de atención

Grafico No.7



Fuente cuadro 7.

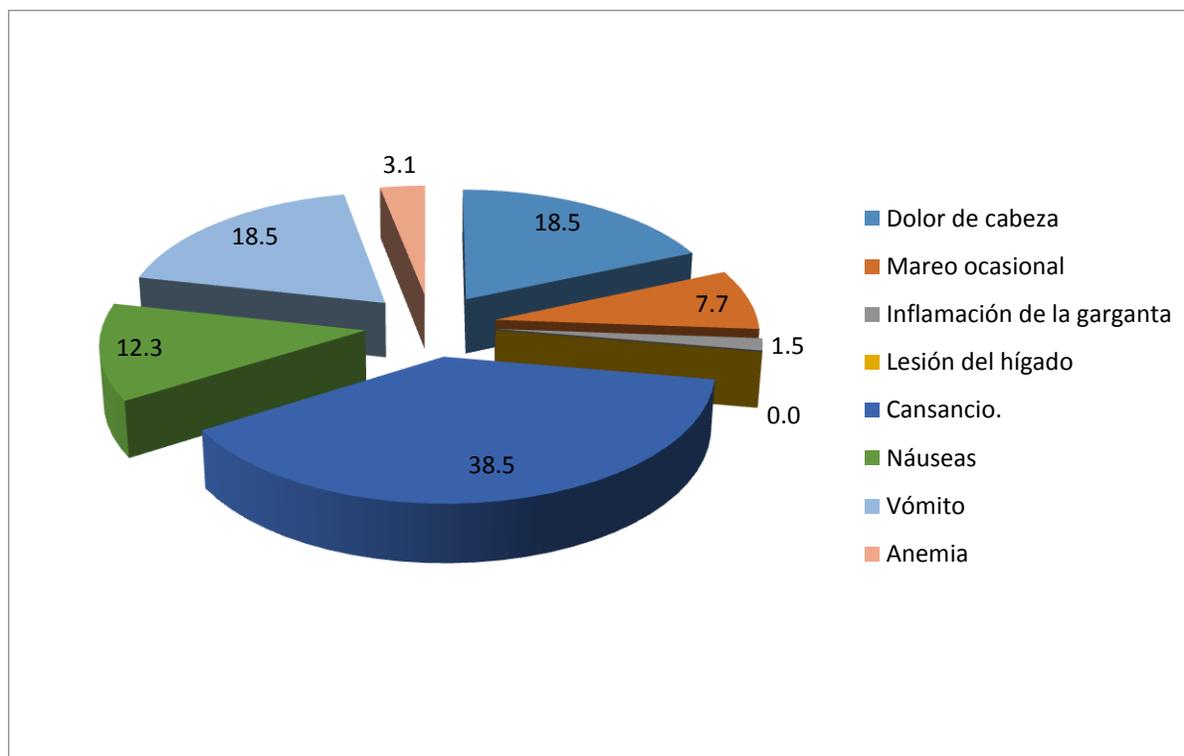
Tabla 8-¿Efectos adversos en el abandono del tratamiento?

Alternativa	Frecuencia	%
Dolor de cabeza	12	18.5
Mareo ocasional	5	7.7
Inflamación de la garganta	1	1.5
Lesión del hígado	0	0.0
Cansancio.	25	38.5
Náuseas	8	12.3
Vómito	12	18.5
Anemia	2	3.1
Total	65	100.0

Fuente: encuesta aplicada a los expedientes de los pacientes con VIH que abandonaron el tratamiento

En cuanto a la tabla 8 el 38.5% presentó Cansancio como Efectos adversos en el abandono del tratamiento, mientras que un 18.5% arrojó que presentó Dolor de cabeza, seguido de 18.5% para Vómito, un 12.3% para Náuseas, el 7.7% para Mareo ocasional, mientras que 3.1% con Anemia y un 1.5% para Inflamación de la garganta

Grafico No.8



Fuente cuadro 8.

IV.2. Discusión

De acuerdo con los objetivos planteados para la realización de este trabajo, y siguiendo el esquema de los resultados, se procedió a comparar los datos obtenidos de la misma con otros estudios de la literatura. Para la realización de este estudio se tomaron 65 expedientes. El universo fue todo el paciente del programa de tratamiento de VIH, que es su total 185 de expedientes de VIH. La muestra será 65 expedientes. La Tabla 1 mostró que el 64.9% de los expedientes revisado los paciente no abandonaron el tratamiento, mientras que 35.1 % si lo abandono.

Lo que difiere de un estudio por Cano y colaboradores en el 2013 estudiaron la adherencia en 61 pacientes con VIH y SIDA que asistían a la clínica de enfermedades infecciosas del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales de la ciudad de León, estimando una tasa de adherencia al tratamiento de 59,0%. El no pertenecer a ninguna religión, uso de drogas como alcohol, marihuana o cocaína, la presencia de trastornos psíquico y la emigración a otras ciudades o país, se asociaron a la no adherencia al tratamiento.

En la Tabla 2 se observa que el sexo más frecuentes es el masculino con un 7.8% y el femenino tiene un por ciento inferior que es 26.2%. En la Tabla 3 se observa que 35.5% tenían edad de más de 40 años, seguido de 21.5% para la edades de 30-35 años, seguido por otro 21.5% para 35-40 años y un 18% para la edades de 24-29 años. En la Tabla 4 se determinó que el estado civil más frecuente es el soltero con un 38.5%, seguido de 23.1% que eran divorciado, mientras que 18.5 % vivían en unión libre, un 15% estaba separado, el 3.1% eran casado y un 1.5% son viudo

Lo que se asemeja a un estudio realizado por Carlos Manuel Revolle Robles en su trabajo de investigación Factores asociados a falla en la adherencia de la terapia antirretroviral de gran actividad en adultos con infección por el virus de la

inmunodeficiencia humana que acuden a consulta ambulatoria de infectología en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, en el periodo de diciembre de 2012 a febrero de 2013, concluye que el fracaso al TARGA es el principal motivo que lleva al cambio de esquema de terapia antirretroviral. La RAM más importante fue la dislipidemia; la edad promedio, 38,8 años (22-80 años); 73 % fueron de sexo masculino y 17 % fueron mujeres, en los antecedentes patologiso el 54.5% dijo que si y el 45.5 % dijo que no

En la Tabla 5 se presenta que 24.6% arrojo que los Factores propio del paciente que influyen en el abandono es Falta de dinero, mientras que 18.5% arrojo que abandono por Depresión, seguido por el 15.4% para Falta de apoyo familiar, el 10.8% abandono el tratamiento por Temor a ser descubierto o identificado como VIH, otro 10.8% con En el trabajo no le dan permiso, un 7.7% que lo abandono por Viaja con frecuencia, mientras que otro 7.7 Falta de motivación a tomar la TAR, un 3.1% para otro y el 1.5% arrojo que Ignoraba beneficios de la tratamiento

En la Tabla 6 arrojo que los Factores relacionado a la terapia que asocian al abandono del tratamiento el 37.3 % que li abandono por la Cantidad de pastillas, seguido del 2.9% que lo abandono por Efecto adversos de la terapia, mientras que 13.4% con Falta de apoyo familiar, el 10.4% lo abandono por Otros motivos, un 6.4% se demostró que por Accesibilidad del hospital un 3.0% que por Relación con los alimentos

Lo que se asemeja de un estudio realizado por De Miranda y colaboradores publicaron en el 2013 un informe auspiciado por el PNUD sobre la adherencia a la terapia antirretroviral (TAR) de personas con VIH de la Red de Hospitales del Ministerio de Salud de El Salvador. Entre los principales hallazgos los investigadores reportaron que La procedencia de los participantes (urbana y rural) es uno de los factores determinantes de la adherencia a la terapia antirretroviral. Las personas con procedencia rural tienen más bajos niveles de adherencia a la terapia antirretroviral. Los autores remarcan que la mayor parte de las personas no adherentes son solteras y que uno de los principales determinantes es el apoyo

familiar. Se observó que únicamente el 14.9% de las personas entrevistadas manifiesta que recibe amor y cariño de su familia y amigos, el 17.9% expresa que cuenta con personas que se preocupan de lo que sucede, el 84.86% fue abandonado por su familia al enterarse de que vivía con VIH y únicamente el 29% le ha compartido a su familia que es una persona con VIH. Para el caso de estudio, la familia no es una fuente de apoyo, las personas sienten temor de decirle a su familia que viven con VIH. El apoyo de la familia influye en la adherencia al tratamiento. Por otro lado los investigadores observaron que en la población estudiada son frecuentes los indicadores de depresión: El 91.1% ha deseado estar muerto y lejos de todo. El 85.1% ha presentado sentimientos de que la vida no merece la pena. El 84.4% ha pensado que no vale la pena. El 12.4% no se siente capaz de tomar decisiones. Solo el 11.3% fue capaz de disfrutar sus actividades diarias

En la Tabla 7 se demostró que los Factores de atención hospitalaria que influyen en el abandono del tratamiento son Miedo a ser identificado en el hospital con un 40.0%, el 23.1% para Duración de la Atención, seguido 20.0% con Horario de atención es inconveniente, mientras que 7.7% arrojo que lo abandono por Falta de confianza al personal (pena o miedo), el 4.6% para Atención del despachador, un 3.1% por Falta de información y el 1.5% para Ambiente del área de atención. En cuanto a la tabla 8 el 38.5% presento Cansancio como Efectos adverso en el abandono del tratamiento, mientras que un 18.5% arrojo que presentó Dolor de cabeza, seguido de 18.5% para Vómito, un 12.3% para Náuseas, el 7.7% para Mareo ocasional, mientras que 3.1% con Anemia y un 1.5% para Inflamación de la garganta

Lo que difiere de un estudio realizado por Miranda y colaboradores publicaron en el 2013 un informe auspiciado por el PNUD sobre la adherencia a la terapia antirretroviral (TAR) de personas con VIH de la Red de Hospitales del Ministerio de Salud de El Salvador. Entre los principales hallazgos los investigadores reportaron que La procedencia de los participantes (urbana y rural) es uno de los factores determinantes de la adherencia a la terapia antirretroviral. Las personas

con procedencia rural tienen más bajos niveles de adherencia a la terapia antirretroviral. Los autores remarcan que la mayor parte de las personas no adherentes son solteras y que uno de los principales determinantes es el apoyo familiar. Se observó que únicamente el 14.9% de las personas entrevistadas manifiesta que recibe amor y cariño de su familia y amigos, el 17.9% expresa que cuenta con personas que se preocupan de lo que sucede, el 84.86% fue abandonado por su familia al enterarse de que vivía con VIH y únicamente el 29% le ha compartido a su familia que es una persona con VIH. Para el caso de estudio, la familia no es una fuente de apoyo, las personas sienten temor de decirle a su familia que viven con VIH. El apoyo de la familia influye en la adherencia al tratamiento. Por otro lado los investigadores observaron que en la población estudiada son frecuentes los indicadores de depresión: El 91.1% ha deseado estar muerto y lejos de todo. El 85.1% ha presentado sentimientos de que la vida no merece la pena. El 84.4% ha pensado que no vale la pena. El 12.4% no se siente capaz de tomar decisiones. Solo el 11.3% fue capaz de disfrutar sus actividades diarias

VI.3. Conclusión

Luego de ser revisados y analizados los resultados de la presente investigación, se listan las siguientes conclusiones relacionadas a la Incidencia de Abandono del Tratamiento en Pacientes Con VIH de la Unidad de VIH del Centro de Salud de la Yolanda Guzmán 2016-2017.

- ❖ El 64.9% de los expedientes revisado los paciente no abandonaron el tratamiento, mientras que 35.1 % si lo abandono
- ❖ El sexo más frecuentes es el masculino con un 7.8% y el femenino tiene un por ciento inferior que es 26.2%
- ❖ Se observa que 35.5% tenían edad de más de 40 años
- ❖ Se determinó que el estado civil más frecuente es el soltero con un 38.5%
- ❖ Se presenta que 24.6% arrojo que los Factores propio del paciente que influyen en el abandono es Falta de dinero
- ❖ Los Factores relacionado a la terapia que asocian al abandono del tratamiento el 37.3 % que li abandono por la Cantidad de pastillas
- ❖ Se demostró que los Factores de atención hospitalaria que influyen en el abandono del tratamiento son Miedo a ser identificado en el hospital con un 40.0%
- ❖ el 38.5% presento Cansancio como Efectos adverso en el abandono del tratamiento

VI.4. .Recomendación

Luego de realizada la investigación, obtenida la información concerniente y conclusiones, se pueden considerar las siguientes recomendaciones:

Al Ministerio de Salud Pública

- ✓ Continuar reforzando los programas de orientación a la población en general, a través de las diferentes instituciones públicas y privadas. dirigido a concientizar sobre los efectos adversos por el Abandono del Tratamiento en pacientes con VIH.

A los Infectólogos

- ✓ Dar seguimientos a los pacientes que abandonaron el tratamiento de VIH antes, durante y después de cualquier procedimiento, evitando así las complicaciones que se puedan presentar.
- ✓ Recomiendan que se amplíe el acceso a las pruebas de CD4 y el seguimiento de la carga vírica cuando sea necesario. Sin embargo, el acceso al tratamiento antirretrovírico no debe negarse si no se dispone de estas pruebas de monitorización.

Al Hospital

- ✓ Brindar un servicio de calidad tomando en cuenta los protocolos establecido por el departamento de infectología en la atención de pacientes con VIH, ya que estos requieren atención inmediata en algunos casos, para su pronto recuperación aunque no en todos los casos.

A la población

- ✓ A los Pacientes; Se le recomienda la concientización de las complicaciones que se puedan presentar por el abandono de antirretrovirales en caso de no acceder a llevar el proceso de tratamiento que se le indica en las consultas.

VI.5. Referencias bibliográficas

1. UNAIDS. (2016) (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), Geneva Switzerland.
2. OMS. (2017). Guía de tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH en adultos y adolescentes: Recomendaciones para un enfoque de salud pública Edición 2013. (Organización Mundial de la Salud (OMS).
3. Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L. & Sacristán, J. A. (2018) Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Atención primaria 41, 342-348
4. WHO. (2014) Antiretroviral treatment working group treatment wv hite paper. pdf.
5. OMS. Guía de tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH en adultos y adolescentes: Recomendaciones para un enfoque de salud pública Edición 2010. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2011).
6. PNUD.(2013). Estudio de Medición de la Adherencia a la Terapia Antirretroviral (TAR) de Personas con VIH de la Red de Hospitales del Ministerio de Salud de El Salvador, durante los Meses de Marzo – Abril de 2013. (Programa de las naciones unidas para el desarrollo componente VIH-SIDA del Fondo Mundial, San Salvador, El Salvador,
7. Cano Juárez, L. E. (2013).Factores asociados a la falta de adherencia del tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH y SIDA que asisten a la clínica de enfermedades infecciosas en el HEODRA, en el periodo febrero 2012-septiembre 2013,
8. Carlos Manuel Revolle Robles (2013) en su trabajo de investigación Factores asociados a falla en la adherencia de la terapia antirretroviral de gran actividad en

adultos con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana que acuden a consulta ambulatoria de infectología en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, en el periodo de diciembre de 2012 a febrero de 2013,

9. Kumarasamy N, Patel A, Pujari S. (2011) Antiretroviral therapy in Indian setting: When & what to start with, when & what to switch to?. Indian J Med Res; 134(6): 787-800.
10. Aguilar S. (2015) Proyecto de acción SIDA de Centro América: Situación de la epidemia de VIH-SIDA en Guatemala; Guatemala: MSPAS
11. JAWETZ, MELNICK Y ADELBERG. (2014) Origen del VIH. MICROBIOLOGÍA MÉDICA Editorial Manual Moderno, 17ª. Edición, Santa Fé de Bogotá, Colombia.
12. LLOP HERNÁNDEZ, A; VALDÉS DAPENA VIVANCO M. Y ZUAZO SILVA JL. (2011) Microbiología y Parasitología Médica T-2. Cap. 70, p. 279-292.
13. BLANCO JL, MALLOLAS J, PÉREZ-CUEVAS JB Y GATELL JM. (2012). Historia natural, clasificación y pronóstico de la infección por el VIH-1. En J.M. Gatell, B. Clotet, D. Podzamczar, J.M. Miró y J. Mallolas. Guía práctica del SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento. Barcelona: Masson S.A. p. 47-58.
14. GUERRERO, N Y O.C. GARCIA (2002). El SIDA desde los efectos .Casa Editorial Abril. La Habana.
15. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Organización Mundial de la Salud. (2014) Situación de la epidemia de SIDA; Ginebra: ONUSIDA
16. Poma Q, Olga j. (2014) Percepción del personal de salud sobre VIH-SIDA en el Hospital Municipal de Yacuiba segundo trimestre 2008. (Tesis postgrado medicina). Bolivia: Universidad Mayor San Andrés.

17. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD., (2014) Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos., La Farmacovigilancia: garantía de seguridad en el uso de los medicamentos., Ginebra – Suiza., N°9., Pp. 5-6.
18. EDWARDS, R. Y OTROS., (2013) El Programa de Vigilancia Farmacéutica Internacional de la OMS., Efectos secundarios de los medicamentos., Editorial Científico-Técnica., Madrid –España., N° 26., Pp. 548-557.
19. LAPORTE JR, Y OTROS., (2013) Principios de Epidemiología del Medicamento., 2ª Ed., Barcelona-España., Masson-Salvat.,, Pp. 95-115.
20. TRIBIÑO, G. Y OTROS., (2016) Costos directos y aspectos clínicos de las reacciones adversas a medicamentos en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna de una institución de tercer nivel de Bogotá., Biomédica., CaliColombia., N°26., Pp. 31-41.
21. Ralf Jürgens, Joanne Csete, Joseph J Amon, Stefan Baral, Chris Beyrer. People who use drugs, (2010) HIV and human rights. Lancet. 7;376:475 - 485.
22. World Health Organization [home page on internet] (2014). [Cited: 2014/08/25]. Available from: URL <http://www.who.int/campaigns/aids-day/2013/en>
23. Cantudo MR, Cantudo M, Gomez C, Blanquez D, Damas R, Monje P, Calvo E, Borrego Y, Robustillo MA, Morillo R. (2014) Analysis of antiretroviral treatment changes in HIV-infected patients. Eur J Hosp Pharm; 21: A12.
24. Landrove O, Gámez AI. (2015) Transición epidemiológica y las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas y en Cuba: el programa de intervención cubano. Reporte Técnico Vigilancia; 10(6):1-18.
25. Vascular Programme. (2014)

26. Putting Prevention First-Vascular Checks: Risk Assessment and Management. London: Department of Health; 2017.
27. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000500006
28. http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/483/Alcantara_gd.pdf?sequence=1&isAllowed=y
29. <http://repositorio.unan.edu.ni/4348/1/96854.pdf>
30. <http://www.bvs.hn/APH/pdf/APHVol6/pdf/APHVol6-2-2015-2016-3.pdf>
31. <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/147/Carolina%20Potes%20Lopez.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

ANEXOS

Instrumentos para la recolección de datos



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Instrumento de recolección de datos para determinar e Identificar la Incidencia de Abandono del Tratamiento en Pacientes Con VIH de la Unidad de VIH del Centro de Salud de la Yolanda Guzmán 2016-2017´

1-¿Abandono de tratamiento?

- a) Si
- b) No

2-¿Sexo?

- a) Femenino
- b) Masculino

3-¿Edad?

- a) 24-29 años
- b) 30-35 años
- c) 35-40 años
- d) Más de 40 años

4-¿Estado Civil?

- a) Soltero.
- b) Casado.

- c) Viudo.
- d) Divorciado.
- e) Unión libre.
- f) Separado.

5-¿Factores propio del paciente que influyen en el abandono?

- a) Falta de dinero
- b) Viaja con frecuencia
- c) Ignoraba beneficios de la tratamiento
- d) Temor a ser descubierto o identificado como VIH
- e) Falta de motivación a tomar la TAR
- f) En el trabajo no le dan permiso
- g) Depresión
- h) Falta de apoyo familiar
- i) Otros

6-¿Factores relacionado a la terapia que asocian al abandono del tratamiento?

- a) Efecto adversos de la terapia
- b) Falta de apoyo familiar
- c) Relación con los alimentos
- d) Cantidad de pastillas
- e) Accesibilidad del hospital
- f) Otros

7-¿Factores de atención hospitalaria que influyen en el abandono?

- a) Horario de atención es inconveniente
- b) Ambiente del área de atención
- c) Atención del despachador
- d) Duración de la Atención
- e) Miedo a ser identificado en el hospital
- f) Falta de información
- g) Falta de confianza al personal(pena o miedo)

8-¿Efectos adversos en el abandono del tratamiento?

- a) Dolor de cabeza
- b) Mareo ocasional
- c) Inflamación de la garganta
- d) Lesión del hígado
- e) Anemia