

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

FACTORES QUE INFLUYEN A LA ADHERENCIA DE MEDICAMENTOS
ANTIRRETROVIRALES EN PACIENTES DEL PROGRAMA VIH / SIDA DEL
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE JUAN PABLO PINA MARZO – ABRIL 2020.



Tesis de post grado para optar por el título de:

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Sustentantes:

Sugei Mota De León

Asesores:

Dra. Iris Margarita Paula (clínico)

Dra. Claridania Rodríguez (Metodológico)

Los conceptos emitidos en la presente tesis de post grado son de la exclusiva
responsabilidad de la sustentante del mismo.

Distrito Nacional: 2020

FACTORES QUE INFLUYEN A LA ADHERENCIA DE MEDICAMENTOS
ANTIRRETROVIRALES EN PACIENTES DEL PROGRAMA VIH / SIDA DEL
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE JUAN PABLO PINA MARZO – ABRIL 2020.

INDICE

Agradecimiento.....	i
Dedicatoria	ii
Resumen	iii
Abstract	iv

CAPÍTULO I

MARCO INTRODUCTORIO

I.1 Introducción	1
I.2 Antecedentes.....	4
I.3 Justificación	11
I.4 planteamiento del problema	13
I.5 Objetivos.....	15
I.5.1 Objetivo general.....	15
I.5.2 Objetivos específicos.....	15

CAPITULO II

MARCO TEORICO

II.1 Concepto de adherencia.....	17
II.2 Factores que influyen en la adherencia	17
II.2.1 Tipos de factores	17
II.2.2 Método para la valorar adherencia	20
II.2.2.1 Métodos Directos.....	20
II.2.2.2 Métodos Indirectos	21
II..3 Estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral.....	24
II.4 Organización del equipo asistencial	25
II.5 Requerimiento para el desarrollo e implementación de un programa de atención al paciente en tratamiento antirretroviral.	28
II.6 Historia de VIH.....	32
II.6.1. VIH-SIDA concepto.....	38
II.6.2 Etiología.....	38
II.6.3 Epidemiología.	40
II.6.4 clasificación.	43
II.6.5 Fisiopatología.	45
II.6.6 Categorías clínicas.	47
II.6.7 Categoría clínica n:.....	49
II.6.8 Categorías clínicas A.....	49
II.6.9 Categorías clínicas C.....	50
II.6.10 Complicaciones	51
II.6.11 Diagnóstico	53
II.6.12 Tratamiento de VIH-SIDA.	54
II.6.13 Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogo nucleótidos.....	55
II.6.14 Los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos o nucleótido	55
II.6.15 los inhibidores de la proteasa.	55
II.6.16 Inhibidores de la integrasa.....	55

II.6.17 Efectos secundarios de tratamiento antirretroviral	56
II.6.18 Pronóstico y evolución	56
II.6.19 Prevención	57

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

III.1 Operacionalización de las variables	63
III.2 Material y método	66
III.2.1 Tipo de estudio	66
III.2.2 Área de estudio.....	66
III.2.3 Universo	66
III.2.4 Muestra.....	66
III.2.5 Criterios de inclusión	66
III.2.6 Criterios de exclusión	66
III.2.7. Instrumento de recolección de datos	67
III.2.8. Procesamiento y análisis de datos	67
III.2.9. Aspectos éticos.....	67

CAPITULO IV

IV.1. Resultados	70
IV.2. Discusión.....	101

CAPITULO V

VI.1. Conclusión	104
VI.2. Recomendaciones.....	106

CAPITULO VI

VI.1 Referencias	108
VI.2 Anexos	113

DEDICATORIA

A Dios gracias mi amado padre me diste la oportunidad de emprender esta carrera deberás fue muy difícil pensé que moriría en el intento pero me ayudaste no me desamparaste tu sabiduría me sostuvo y no me dejaste gracias por sostenerme me tomaste y me diste una nueva forma me forjaste como el herrero al hierro hasta darme la forma perfecta que querías gracias Jesús.

A mi esposo

Evaristo Doñé Toledo gracia amor por estar en a cada paso que he dado en mi vida, por ti estoy de pie tus constantes oraciones y peticiones a Dios por mí ,tu pacencia, amor sin reservas ni condiciones eres mi bastón para continuar caminando , tus largas horas de espera y tu preocupación gracias por ser amigo , consejo , amante en las buenas y en las malas mil gracias .

A mis hijos Zacarías. Joel y Natanael mis tres príncipes gracias por sus abrazos y besos por levantarme cada día y pensar que yo era su heroína la súper mama, mis corazoncitos de mami los amo por toda una eternidad.

Mi familia

Mi súper abuela Simona Valenzuela precisa mujer soy lo que soy por ti tu trabajo no fue en vano ahora seguirás cosechando lo que con tanta lagrimas sembraste.

A mis padres gracias por creer que podía por sus llamadas constate por su mirada tierna y reconfortante gracias mil gracias. A mis hermanos Sandra, Ana, Manuel y mis bellos sobrinos a todas gracias por colaborar a que esta meta fuera alcanzada

A mis profesores

Dr. Elvin David Jiménez gracia por darme la oportunidad de crecer su enseñanza y por protegernos cuando nos querían dañar, así como la gallina cuida a sus polluelos así nos protegió para vernos crecer y ser mejores personas, como dice mi profesor el médico no solo sabe de medicina sino de todo su medio que los rodea eternamente agradecida por sus consejos, gracias

A Dra. Concepción Aurora Sierra

Gracias por todo por crear esa competencia académica aun con otras especialidades, estuvo siempre ahí mirando y observando para mejorar cada día más nuestros conocimientos académicos gracias por su confianza depositada en nosotros.

A los demás profesores de la academia por dedicar su tiempo a la enseñanza Dra. Paula, Dra. Ortiz, Dra. Quezada, Dra. Chaín, Dra. Lee, Dra. Graciano y Dr. García Márquez a todos ustedes gracias por aportar un grano de arena para la construcción de mi futuro.

A mi compañero

Julio Alberto barías feliz, hermano, amigo, confidente, aliado y paño de lágrimas eso describe lo que eres, fuiste más duro conmigo que con los demás. me exigías que diera todo mi potencial y que marcara la diferencia de los demás me amonestabas cuando hacia las cosa mal pero después me di cuenta que era para cambiar mi temperamento para hacerme más fuerte , más amigable y menos llorona , a ti te doy las gracia porque puedo dar honor a mi nombre que significa mariposa logre mi metamorfosis .Eres un verdadero amigo que nace de cada mil años uno y tuve el placer de conocerte, cuantas pruebas , luchas y muchas dificultades pero pudimos vencer contra el mundo entero, pero lo logramos ,viste si se puede. Me hiciste parte de tu familia y te lo agradezco, nos veremos pronto mi amigo más que hermano.

A mis compañeras

Dra., Sepúlveda Villar y Dra. Sepúlveda Corporán gracias por aguantar tres años hasta el final que Dios las bendiga.

A mis queridos R1

Dra. .Asencio te declare como la puerta de entrada para la bendición de la residencia llegaste como rayito de esperanza cuando todo parecía oscuro llegaste gracias por ser valiente y decidida; Dr. sosa eres especi-

bienaventurado entre todas las mujeres mantente firme y no retrocedas gracias por mantener esa disciplina que tanto te destaca cuídate; Dra. Montaña como guerrera valiente con espada desenvainada te quedas pero no estas solas lucha por lo que quieres dios se glorifica entus debilidades; Dra. Peña mi querida peña de buen corazón, sensible, humana y eres una excelente compañera gracias por darme tu apoyo cuando más lo necesitaba, a todos muchas gracias mis cuatro guerreros valientes del hospital juan pablo pina.

A mi otro hermano

Julio Noel Barias Feliz quise esconder lo que soy pero tu viste que realmente era miel y no vinagre como aparentaba, mi consejero, amigos de aventura y aliados en las buenas y en las malas. No perdiste la esperanza en que fuera mejor persona en conocimiento, siempre buscando como ayudarme, quedara plasmado en la historia y en mi corazón te quiero mucho mi manito querido.

Resumen

Con el objetivo de determinar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH / sida del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina Marzo – Abril 2020.

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, de fuente Prospectivo, el universo estuvo constituido por 810 pacientes registrados al programa de VIH – SIDA del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina. Con una muestra de 150 pacientes. se reportan que el sexo masculino se representa el 51 por ciento de adherencia a la terapia antirretroviral, la nacionalidad paciente que se someten al tratamiento de terapia antirretroviral es Dominicana en un 93%, . Los pacientes que se someten a la terapia antirretroviral corresponden a la zona urbana en el 61 por ciento de los casos. El 48 por ciento de los pacientes que reciben terapia antirretroviral son solteros, un 25 por ciento en unión libre seguido por un 19 por ciento casado, 8 por ciento viudo. Los pacientes que reciben terapia antirretroviral tienen un nivel de escolaridad primario en un 49 por ciento de los casos y secundario en un 45 por ciento de los casos.

En cuanto a los efectos secundarios de la terapia antirretroviral sólo aparecen un 11 por ciento de los casos y Los pacientes que se someten a la terapia antirretroviral en un 65 por ciento tienen más de 5 años tomando el tratamiento en un 11 por ciento más de 3 años, un 10 por ciento un año

Palabras claves: adherencia, tratamiento antirretroviral, VIH / Sida, factores de adherencias.

Abstract

In order to determine the factors that influence adherence to antiretroviral treatment in patients with HIV / AIDS at the Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina March - April 2020.

An observational, descriptive, prospective study was carried out. The universe consisted of 810 patients registered in the HIV - AIDS program of the Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina. With a sample of 150 patients. It is reported that the male sex represents 51 percent adherence to antiretroviral therapy, the nationality of the patient undergoing antiretroviral therapy is 93% Dominican. Patients who undergo antiretroviral therapy correspond to urban areas in 61 percent of cases. 48 percent of patients receiving antiretroviral therapy are single, 25 percent in common-law marriage, 19 percent respond to married relation, 8 percent widowed. Patients receiving antiretroviral therapy have a primary level of education in 49 percent of cases and secondary in 45 percent of cases.

As for the side effects of antiretroviral therapy, only 11 percent of cases appear. Patients who undergo antiretroviral therapy in 65 percent have been taking the treatment in 11 percent for more than 3 years and a 10 percent a year

Key words: adherence, antiretroviral treatment, HIV / AIDS, adherence factors.

CAPÍTULO I
MARCO INTRODUCTORIO

I.1 Introducción

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), un miembro de la familia de los Rotavirus, es el agente causante del síndrome de la inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Ataca a varios tipos de células del sistema inmunitario (células T CD4+ y monocitos), disminuyendo el número de células T CD4+ por debajo de un nivel crítico, y causando pérdida de la inmunidad mediada por células, lo que provoca que el organismo se vuelva cada vez más susceptible a las infecciones oportunistas y al cáncer.¹

El sida es el estadio final de una enfermedad crónica trasmisible de tipo progresivo, de causa viral, en la cual se establece una relación muy diversa entre el huésped y el virus. Según progrese la inmunodeficiencia y más elevada sea la replicación viral, aparecerán entonces enfermedades oportunistas o tumores raros.²

El VIH, que continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública mundial, se ha cobrado ya más de 32 millones de vidas. Sin embargo, habida cuenta del acceso creciente a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención eficaces del VIH, incluidas las infecciones oportunistas, la infección por el VIH se ha convertido en un problema de salud crónico llevadero que permite a las personas que viven con el virus llevar una vida larga y saludable.

A finales de 2018 había aproximadamente 37,9 millones de personas con el VIH.

Como resultado de los esfuerzos internacionales concertados para responder al VIH, la cobertura de los servicios ha ido aumentando constantemente. En 2018, el 62% de los adultos y el 54% de los niños infectados con el VIH en países de

1 Virus inmunodeficiencia humana (VIH) [Internet]. Inmunología en un Mordisco. [citado el 13 de enero de 2020]. Disponible en: <http://inmunologia.eu/microbios-patogenos-y-enfermedad/virus-de-la-inmunodeficiencia-humana-vih>

2 Roca Goderich R, Smith Smith VV, Paz Presilla E, Losada Gómez J, Bertha Serret Rodríguez, Llamos Sierra N, et al. Temas de Medicina Interna. 4ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 304-21.

ingresos bajos y medios estaban recibiendo tratamiento antirretrovírico (TAR) de por vida.³

República Dominicana es uno de los países de la región con mayor número de personas que viven con VIH y SIDA. En efecto, de acuerdo con las estimaciones y proyecciones nacionales de prevalencia de VIH y Carga de enfermedad 2014 de un total de 69,290 personas viviendo con VIH, 31,420 son mujeres y 34,710 hombres. El análisis de los datos existentes demuestra que República Dominicana experimenta una epidemia concentrada en grupos clave. La prevalencia de VIH en población de 15 a 49 años de edad, es de 0.8% (0.5-0.9% en mujeres) y (0.7-1.2% en hombres). La prevalencia es particularmente alta en hombres que tienen sexo con hombres 5.2%, trabajadoras sexuales 4.5%, migrantes haitianos 3.8% así como en mujeres en vulnerabilidad social 2.4%.⁴

Barreto, 2017. La mayoría de los factores para que se de esta infección por el VIH es la falta de recursos humanos y la falta de conocimiento de las personas sobre relaciones sexuales es una de las formas más comunes que se da la transmisión del VIH/SIDA.⁵

(Nasaiya, 2017). Afirma que: Que la guía de Atención Integral que se convierta en una herramienta vigorosa para mejorar y garantizar para poder dar una atención de calidad , y mejorar la salud de los pacientes que están llevando el tratamiento antirretroviral para que tengan una vida digna igual que los demás personas. Según la Guía del Ministerio de Salud Pública (MSP), se debe aplicar de forma obligatoria para la red pública y complementaria en la organización, gestión y control de procedimientos para el manejo esta infección, en todos los niveles de gerencia y atención, y debe ser aplicada por todos los implicados en la

3 VIH/sida [Internet]. [citado el 13 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

4 VIH/SIDA [Internet]. El PNUD en República Dominicana. [Citado el 13 de enero de 2020]. Disponible en: https://www.do.undp.org/content/dominican_republic/es/home/ourwork/hiv_aids/overview.html

5 MIRANDA AE, COMBADAÑO JMP, CERUTTI JUNIOR C, da Silva SFM, SARACENI V. Mortalidad y Predictores de Mortalidad En Niños Menores de 15 Años Que Adquirieron El VIH Por Transmisión Madre-hijo En El

atención integral y coordinada en los diferentes niveles, para alcanzar una atención humanizada y oportuna a los pacientes con VIH/SIDA ⁶

(Arribas, 2016). Afirma que: Que se debe aplicar la guía de forma obligatoria para el control de los procedimientos del manejo de esta infección en todos los niveles para alcanzar una oportuna atención en los pacientes que se encuentran infectados por el VIH/SIDA. En el Ecuador la gravedad y complejidad de la epidemia de VIH demanda, por tanto, de una respuesta transdisciplinaria y multisectorial, además de soluciones integrales y oportunas de prevención, tratamiento y apoyo a los pacientes. Se requiere una buena práctica profesional, pero también de la mejor relación del personal de salud con el paciente para mejorar la consejería y la adherencia al tratamiento.⁷

Cornejo Roja, Oscar Alberto en el 2018 realizaron un estudio sobre nivel de adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con VIH/sida .un descriptivo con 107 pacientes donde relaciona los niveles de adherencia al tratamiento que ofrece el servicio del centro de salud, se evidenció que un porcentaje significativo de la población presenta una adherencia baja y un porcentaje menor muestra una adecuada adherencia. ⁸

6 Nasaiya. (2017). La política pública de prevención del VIH-SIDA del gobierno mexicano. En La política pública de prevención del VIH-SIDA del gobierno mexicano (págs. 55,56). Méjico. . 15. 16). Quito: Pretien in Ecuador

7 Arribas. (2016). En D. N. Armas, Guía de atención integral para Adultos y Adolescentes con infección de VIH/SIDA (pág. 15). Quito Barreto. (2017). La pobreza y la Falta de educación. Guía del Ministerio de Salud Pública, 10. Pruciner. (2017). Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (UNDESA<http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/9313>),

8 Rojas Cornejo OA, Mechan Landacay NK. Nivel de adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con VIH/sida, de un hospital MINSA nivel II-1 de Ferreñafe – Lambayeque, durante agosto – diciembre, 2017. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo - USAT [Internet]. 2018 [citado el 13 de enero de 2020]; Disponible en: <http://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/1512>

I.2. Antecedentes

La adherencia es el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación en los hábitos de vida, se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario por lo que, Plasencia de la torre, Juan Carlos, Chan Gamboa, Elsy C. Salcedo, José el 2019 realizaron un estudio descriptivo, transversal y correlacionar variables psicosociales de la no adherencia a los antirretrovirales en personas con VIH – sida. La que estuvo conformada por 25 personas utilizando un cuestionario de adherencia al tratamiento sida miento para el VIH/sida (cat –VIH) y el cuestionario de factores relacionado con la adherencia al tratamiento para el VIH/ sida. Donde solo el 60 % de los evaluados presentan adherencia al tratamiento con antirretrovirales. En donde a mayores estados de estrés y depresión, menor serán los niveles de adherencia al tratamiento con antirretrovirales; por lo cual estas variables deben ser tomadas en cuenta para el diseño de estrategia de mejora de las personas con VIH / sida 1.

Pacifico J, Gutiérrez C en un estudio analítico de corte transversal titulado información sobre la medicación y tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima Perú, con una muestra de 364 pacientes se le aplicó un cuestionario SMAQ mediante entrevista, los resultados mostraron los factores asociados a la satisfacción con la información los cuales fueron: sexo femenino (ORa= 0,52; IC 95% 0,30- 0,90); el grado de instrucción superior (ORa=0,45; IC 95% 0,27-0,75) y la edad: ORa= 1,05 (IC 95% 1,02-1,08). Hubo mayor satisfacción con los informes recibidos sobre la acción y uso de los medicamentos frente a la información sobre sus potenciales reacciones adversas (48,9 vs. 43,1%; p=0,0291). Concluyendo que la satisfacción con la información recibida sobre los medicamentos no estuvo asociada a la adherencia a TARGA. La satisfacción con la información recibida sobre el TARGA se incrementa con la

edad y es menor en mujeres y el grado de instrucción superior. Hay deseos de más información sobre las potenciales reacciones adversas al TARGA.⁹

Rodríguez quezada P, en un estudio observacional descriptivo y prospectivo titulado factores de riesgo influyen[0:28 a. m., 23/6/2020] Julio Barías: pacífico J, Gutiérrez C en un estudio analítico de corte transversal titulado información sobre la medicación y tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima Perú, con una muestra de 364 pacientes se le aplicó un cuestionario SMAQ mediante entrevista, los resultados mostraron los factores asociados a la satisfacción con la información los cuales fueron: sexo femenino (ORa= 0,52; IC 95% 0,30- 0,90); el grado de instrucción superior (ORa=0,45; IC 95% 0,27-0,75) y la edad: ORa= 1,05 (IC 95% 1,02-1,08). Hubo mayor satisfacción con los informes recibidos sobre la acción y uso de los medicamentos frente a la información sobre sus potenciales reacciones adversas (48,9 vs. 43,1%; p=0,0291). Concluyendo que la satisfacción con la información recibida sobre los medicamentos no estuvo asociada a la adherencia a TARGA. La satisfacción con la información recibida sobre el TARGA se incrementa con la edad y es menor en mujeres y el grado de instrucción superior. Hay deseos de mayor información sobre las potenciales reacciones adversas al TARGA.¹⁰

Obando F, Youm ana M en un estudio observacional, transversal y descriptivo titulado adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA en el hospital de Especialidades Guayaquil Abel Gilbert Portón con una Muestra de 242 pacientes con VIH/Sida se les implementó el cuestionario multivariable SMAQ. Se recopilaron variables sociodemográficas y elementos que podrían influir en el incumplimiento del TAR. Los resultados obtenidos muestran que el nivel de no adherencia encontrada fue de 45,87 % (n: 111). El mayor porcentaje

⁹ Pacífico J, Gutiérrez C. Información sobre la medicación y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima, Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. enero de 2015;32(1):66–72.

¹⁰ Pacífico J, Gutiérrez C. Información sobre la medicación y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima, Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. enero de 2015;32(1):66–72.

de pacientes no adherentes según el cuestionario fueron las mujeres con un 60,4 % (n: 67) en relación a varones con un 39,6 % (n: 44). Los pacientes no adherentes señalaron con más frecuencia los factores que dificultan la toma de la medicación: olvido. 64,86% (n: 72), incumplimiento del horario 16,22% (n: 18) y abandono por sentirse mal 18,92% , concluyendo que el método de registros en la consulta externa debe combinarse con la entrevista al paciente para detectar factores que incrementan la no adherencia y proponer estrategias de intervención¹¹

Vélez-Díaz-Pallarés M, Gramage-Caro T, Rodríguez-Sagrado MÁ, Montero-Llorente B, Bermejo-Vicedo T. en un estudio prospectivo titulado grado de satisfacción y conocimiento de pacientes positivos HIV ante el cambio de tenofovir a tenofovir-alafenamida en tratamiento Emtricitabina y rilpivirina, con una población de 116 pacientes a los cuales se analizaron mediante nueve preguntas, usando una escala de tipo Likert de 5 puntos para evaluar el grado de acuerdo. arrojado los siguientes resultados: Los pacientes jóvenes se mostraron menos satisfechos con el modo en que se les explicó el cambio ($p=0,0487$). Los pacientes estaban mejor informados sobre las ventajas renales (85 % de conocimiento) y óseas (82 %) de la nueva medicación, que sobre sus inconvenientes para el perfil lipídico (40 %). concluyendo que en general, los pacientes se mostraron satisfechos con el cambio de medicación y conocían la posología del medicamento y las ventajas de la tenofovir-alafenamida frente al tenofovir, pero no sus posibles efectos adversos¹².

Contreras, Rosa; John, Alexander, realizaron un estudio en el 2016 analítico, observacional y transversal prospectivo sobre la Influencia de la depresión sobre

¹¹ López M, María Y. Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón. 2016 [citado 22 de junio de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/5311>

¹² Vélez-Díaz-Pallarés M, Gramage-Caro T, Rodríguez-Sagrado MÁ, Montero-Llorente B, Bermejo-Vicedo T. Grado de satisfacción y conocimiento de pacientes positivos para HIV ante el cambio de tenofovir a tenofovir-alafenamida en tratamientos con emtricitabina y rilpivirina. *Biomédica*. el 1 de mayo de 2020;40(Supl. 1):132–8.

la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH, con una muestra de 76 pacientes todos con diagnóstico de VIH. La información se obtuvo de la ficha de recolección de datos, escala de depresión de Zung y Test de Morisky Green, la selección fue censal y se seleccionó aquellos que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión, descartando las que no lo hicieron. Determinando que un 90% de los pacientes con mala adherencia presentan depresión y un 62% con buena adherencia presentan depresión. Observando asociación estadísticamente significativa ($p < .01$) entre la depresión y la adherencia al tratamiento en los pacientes con VIH del Hospital de Apoyo II – Bagua, año 2016. Dando como resultado que la frecuencia de depresión fue de 65 casos, de los cuales un 88% presenta depresión y un 55% no presenta depresión, observando mala adherencia al tratamiento en ambos grupos, con predominio en los pacientes con depresión, se encontró que del 100% de pacientes que presentan mala adherencia, 44% presento depresión moderada, 43% depresión leve, 3% depresión severa y 10% no presentan depresión; las edades en las que con mayor frecuencia se presenta depresión es de 18 a 44 años. Se encontró que el 78% de pacientes con mala adherencia están entre 18 a 34 años de edad, el 66% de los casos de VIH se presentan en varones, con respecto a un 34% en mujeres.

Concluyeron que se encuentra asociación entre la depresión y la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH del Hospital de Apoyo II – Bagua, año 2016. Haciendo que los pacientes con depresión tengan 5.94 veces más riesgo de tener una mala adherencia respecto de los pacientes sin depresión, pudiendo variar con un 95% de confianza entre 2.08 y 16.91 veces más.

Gutiérrez Huanuni, Viviana realizó un estudio sobre el nivel de adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes adultos con VIH/sida del programa de control de enfermedades de transmisión sexual y sida del Hospital Nacional Hipólito Unanue enero 2018. Con una población de 50 pacientes, un estudio

cualitativo, descriptivo de corte transversal prospectivo utilizando como técnica la entrevista, el cuestionario de la adhesión al tratamiento antirretroviral (ceat-vih) elaborado y validado por remor en España 2002, alfa de cron Bach $\alpha=0.706$ estableciendo como resultado que el 42%(21) de los pacientes presentan una baja adherencia con mayor predominio. en la dimensión antecedentes de la falta de adherencia se encontró como fortaleza que el 72%(36) en ninguna ocasión ha dejado de tomar su medicamento si se ha sentido mejor y como debilidad un 40%(20) alguna vez ha dejado de tomar su medicamento cuando se ha encontrado triste o deprimido ,en la dimensión interacción enfermera-paciente, como fortaleza el 80%(40) califica que la relación con la enfermera es buena , en la dimensión cumplimiento del tratamiento, como fortaleza el 72% (36) no ha dejado en ninguna ocasión de tomar sus medicamentos un día completo y como debilidad el 42% (21) recuerda algunos de los medicamentos que están tomando. En la dimensión creencias de los pacientes relativo al tratamiento, como fortaleza, el 60%(30) no pierden nada de tiempo ocupándose en tomar su medicamento y como debilidad el 40%(20) refiere que la información sobre los antirretrovirales es regular. En la dimensión uso de estrategias para recordar la toma de los fármacos, como fortaleza el 60%(30) refiere que si utilizan alguna estrategia para acordarse de tomar su medicamento. Concluyeron que existe un mayor predominio de pacientes adultos con VIH/sida del programa de control de enfermedades de transmisión sexual y sida, que presentan baja adherencia al tratamiento.

Pérez Bastan, Jesús e., Viana Castaño, Luisa realizaron un estudio en el 2018 sobre Adherencia terapéutica a los antirretrovirales de gran actividad en personas con VIH/ sida. estudio descriptivo , observacional de corte transversal en la habana / cuba, con una muestra de 153 pacientes de 18 años y más, la información fue recolectada por las historias clínicas individuales y familiares y se aplicó un cuestionario estructurado para complementar la información requerida validado por Romero y otros . Se utilizó programa estadístico Epidat 3,0 y seleccionada por medio de la técnica de muestreo estratificado por sexo y

grupos de edades. Para establecer relación entre variables, se utilizó la prueba de Ji cuadrado (χ^2) con significación estadística, $p = 0,05$ y se identificaron variables cuyos coeficientes fueron significativamente diferentes de 0 ($p < 0,05$). El 70,5 % tuvo buena adherencia. Se encontró asociación estadística entre la adherencia terapéutica y la escolaridad, vínculo de pareja no estable, disfuncionalidad familiar, tiempo bajo tratamiento y presencia de reacciones adversa. Respecto al género, se pudo determinar que el 71,2 % de los hombres y el 67,8 % de las mujeres presentaron buena adherencia a la terapia antirretroviral de gran actividad. En relación al nivel de instrucción se pudo conocer que el 66,6 % de los pacientes con mala adherencia.

Al tratamiento, tenían un nivel primario de escolaridad, mientras que los universitarios con una proporción del 90,4 %, presentaron buena adherencia terapéutica. Los pacientes con buena adherencia terapéutica, tenían en mayor proporción un vínculo de pareja estable (88,2 %). calculado (80,33) supera el valor crítico del estadígrafo (3,841) correspondiente a primer grado de libertad, por lo que existe relación entre el tipo de vínculo de pareja y la adherencia terapéutica. La buena adherencia terapéutica se presentó en el 71,1 % de los que declararon ser homosexuales, en el 70 % de bisexuales y el 66,6 de los heterosexuales. Los pacientes con buena adherencia terapéutica, vivían en hogares funcionales (92,3 %), mientras que aquellos con mala adherencia al tratamiento, provenían de familias severamente disfuncionales (85,8%). El 54,2 % de los pacientes bajo tratamiento con TARGA, tenían más de 10 años de empleo de esta terapia. El 86,6 % de los pacientes con buena adherencia a la TARGA, no refirió reacciones adversas a los medicamentos empleados, mientras que el 39,7 % de los que presentaron reacciones adversas, tuvieron mala adherencia terapéutica.

Bautista M, Peralta H y Tercero M y Peralta H en los años 2013 y 2016 encontraron que la no adherencia era un factor de riesgo 5 veces más probable de no alcanzar el control virológico en los pacientes con VIH en esta unidad, por

lo que se realizó este estudio para determinar los factores de riesgo asociados con la no adherencia al TAR y diseñar estrategias de intervención para alcanzar la meta del control de la infección individual y trabajar hacia las cero nuevas infecciones. Se planteó la hipótesis que los factores asociados al paciente tenían asociación de riesgo con la no adherencia y se diseñó un estudio de tipo analítico, de cohortes retrospectivas, transversal. Se dividió la muestra (172) en dos cohortes (adherente y no adherente) encontrando inicialmente un 81% de adherencia. Para encontrar si existía asociación de riesgo entre los diferentes factores del paciente, del esquema terapéutico e institucionales, con la no adherencia, se utilizó la medición del riesgo relativo, intervalo de confianza y valor de p, encontrando asociación estadísticamente significativa en factores como: sexo masculino, baja escolaridad, desempleo, procedencia rural, soltería, el consumo de alcohol y/o drogas, tener un trastorno psicológico, el conteo de células CD4 menor de 350, y la carga viral detectable. En los relacionados a la terapia, el tener esquemas que cuenten con más de una píldora, y en los relacionados con la atención, la percepción de un mal trato por parte del personal asistencial, el no contar con adecuada infraestructura para la atención y el que no haya accesibilidad a la unidad y los servicios. Con los resultados y conclusiones, se elabora un plan de intervención con actividades estratificadas según los factores de riesgo , entre las que destacan el continuar la estrategia de simplificación de la terapia, la intervención del trabajador social como parte vital del EMD, para promover alianzas con la familia y allegados, ofrecer grupos de autoayuda para fortalecer estabilidad con sus parejas, construir sala de espera con los medios audiovisuales, aumentar el área de la clínica con el objetivo de brindar mayor privacidad en la atención.¹³

13 Mimbrenño Torres, José Santos (2017) Factores de riesgo asociados a no adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH-SIDA. Clínica de atención integral Hospital escuela Antonio Lenin Fonseca Managua. De Enero a Diciembre del año 2016. Otra tesis, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua URI: <http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/4350>

I.3 Justificación

La adherencia terapéutica se introdujo el termino 1975, complace en la literatura médicas de origen anglosajón para referirse al acatamiento o seguimiento que hacen lo paciente de la prescripción médicas. Los franceses por su parte, prefieren utilizar la palabra observance como Término más incluyente, pues no solo se refiere a la actitud de cumplimiento del paciente frente a la prescripción o formula médica, sino también a la creencia, percepciones, hábitos, comportamiento, respecto a las recomendaciones y ordene médica.¹⁴

La Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve la definición de adherencia o cumplimiento terapéutico como la medida en que los comportamientos del paciente coinciden con las recomendaciones médicas o del personal de salud, en término de toma de medicación, dieta y cambio en el estilo de vida. De otro lado, la OMS considera que la falta de adherencia terapéutica e un tema prioritario de salud pública en lo paciente que tienen enfermedades crónica, por la consecuencia tanto clínica como económica que se derivan de ella.

La OMS Indica que el VIH/SIDA se ha convertido en el principal problema sanitario a nivel mundial y a nivel de Latinoamérica, es más preocupante si consideramos que ocupa el cuarto puesto a nivel mundial, en función de la tasa de prevalencia y el tercero en cuanto al número total de personas diagnosticadas de VIH/SIDA en las distintas zonas geográficas del planeta.

La adherencia al tratamiento es un comportamiento que favorece la salud de las personas que viven con el virus de inmunodeficiencia adquirida, en donde Silvia

14 Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo Volumen 1, LA IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA. Artículo recibido en: febrero 2016 Aceptado para publicación en: abril 2016. Dirigir correspondencia: Lina María Martínez Sánchez Email: Lina maria Martínez.2-Chávez. (2017). Dermatitis Infecciosa pacientes con VIH/SIDA. En C. M. Evelyn, Alteraciones mucocutánea en pacientes VIH-SIDA (pág. 23.24). Guayaquil: Escuela de medicina

en el 2018 realizo un estudio transversal y correccional con una muestra de 18 pacientes adulto mayores donde se le aplico un cuestionario, dando como resultado que el 94 % de los pacientes tenían adherencia, que el 89 % tenía una percepción de beneficios y de escasez, barrera para el mismo.

(Chávez, 2017). Afirma que: Que la dificultad y complejidad de la infección por el VIH/SIDA además de las soluciones integrales y oportunas de la prevención del tratamiento y apoyo a las personas con VIH, que requieren de una buena práctica profesional y una buena relación del paciente con el personal de salud para que mejore su tratamiento antirretroviral en la unidad de atención integral.

Los pacientes infectados por el virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) que no toman en cuenta las indicaciones del médico para su tratamiento, pueden generar una propagación constante y continua dando paso a un problema de salud más grave a nivel mundial.

Se han descrito múltiples factores que pueden afectar la adherencia terapéutica, particularmente en paciente con enfermedades crónica algunos de ellos e n relacionado con el propio paciente, como la edad, sexo, escolaridad, dieta , actividad física y el conocimiento acerca de la enfermedad; otros en cambio, se asocian con la interacción profesional de la alud paciente, en término del tipo de información proporcionada acerca del tratamiento farmacológico y la motivación para el cumplimiento de meta terapéutica. Varios estudios han demostrado que los pacientes con mayor adherencia terapéutica logran también un mejor control de la enfermedad.

I.4 Planteamiento del problema

La adherencia es la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del tratamiento, que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral".

Algunos autores prefieren el término "adherencia", considerando que define una actitud del paciente, refleja un compromiso con respecto a la medicación prescrita por el médico con una participación activa en la elección y el mantenimiento del régimen terapéutico. El cumplimiento o la adherencia incorrecta incluyen aspectos como la omisión de tomas, reducción de la dosis prescrita, no respetar los intervalos o frecuencias de administración correctas, no ajustarse a los requerimientos de administración en relación con las comidas u otras circunstancias.¹La falta de adherencia, se ha asociado a una disminución de la calidad y de la esperanza de vida. Origina un peor control de la enfermedad, e incrementa sus complicaciones. Además, repercute en un aumento de las consultas, hospitalizaciones y pruebas complementarias, con el consiguiente incremento del gasto sanitario.

El tratamiento de la infección por el VIH presenta todos los factores que dificultan la adherencia: más de un fármaco, más de una toma al día, presencia de efectos adversos y tratamientos prolongados, por lo que alcanzar el objetivo de un cumplimiento óptimo representa un auténtico desafío para el paciente y para el personal sanitario.

El VIH/SIDA según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es considerado como un problema de salud pública a nivel mundial, ubicándose dentro de las 10 principales causas de muerte en el mundo. A pesar de tener un tratamiento, la

adherencia a la terapia antirretroviral sigue siendo un gran reto para todos los sistemas de salud, por lo que nos hacemos esta pregunta.¹⁵

¿Cuáles son los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antirretrovirales en pacientes con VIH / sida del hospital Juan Pablo Pina marzo – abril 2020?

15 Linto Imbago, Pamela Salome (2016), Factores que influyen en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de la clínica del SIDA - Hospital San Vicente de Paúl 2015 -2016. Recuperado de: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/6229>

I.5 Objetivos

I.5.1. Objetivo general

Determinar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH / sida del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina Marzo – Abril 2020.

I.5.2. Objetivo específicos

- Determinar los factores socio demográfico influyen en la adherencia.
- Relacionar los efectos secundarios de los antirretrovirales y la adherencia.
- Determinar el tiempo transcurrido al uso de antirretrovirales en la adherencia.
- Determinar la influencia de la relación médico-paciente en la adherencia.

CAPITULO II
MARCO TEÓRICO

II.1 Concepto de adherencia

En el año 2003 la OMS definió el término adherencia como «el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario»¹. Esta definición se basa en la propuesta por Haynes et al² del año 1976 para el término cumplimiento, aunque la principal diferencia es que la adherencia requiere el consentimiento del paciente con las recomendaciones recibidas, y expresa una colaboración activa entre el profesional sanitario y el paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud. Por el contrario, el término cumplimiento implica una conducta de sumisión y obediencia a una orden, propia de una relación paternalista entre los profesionales de la salud y el paciente. Esta falta de participación del paciente en la definición podría justificar el desuso del término cumplimiento en favor del de adherencia, pero en la práctica ambos términos continúan utilizándose de manera indistinta¹⁶

II.2 Factores que influyen en la adherencia

Factores sobre las barreras para la adherencia al tratamiento se identificaron:

II.2.1 Tipos de factores:

1. enfermedad
2. tratamiento
3. régimen terapéutico
4. entorno asistencial
5. sistema sanitario

16 Sackett DL, Haynes RB, Gibson ES, Hackett BC, Taylor DW, Roberts RS, et al. Randomised clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. Lancet. 31 de mayo de 2014; 1(7918):1205-7.

1. Enfermedad

En los años noventa, al inicio de la monoterapia con zidovudina, las expectativas de los pacientes eran altas y la mayoría de estudios reflejaban un grado de adherencia de alrededor del 60 %-80 % 69,70. Pasados 2 -3 años, el grado de aceptación y de adherencia bajó de forma considerable al 40 %-60 % debido, en parte, a los continuos fracasos del tratamiento antirretroviral, con lo que las expectativas bajaron considerablemente. Pero a partir de 1996, cuando aparecen los inhibidores de la proteasa y se inician los tratamientos con terapia combinada, los resultados se tornan optimistas y esperanzadores, las expectativas mejoran y el grado de confianza, aceptación y adherencia vuelve a recuperarse lentamente. Por este motivo, algunos pacientes que no eran cumplidores con la monoterapia pueden ser buenos cumplidores con las nuevas terapias más complejas.¹⁷

2. Tratamiento

En numerosos estudios se ha demostrado que la adherencia al tratamiento antirretroviral disminuye cuando aumenta la complejidad del mismo. En los últimos años, es probable que se haya alcanzado el máximo de la sencillez en cuanto a los esquemas posológicos. Un aspecto importante del régimen terapéutico, estudiado en los últimos años, es si en caso de omisión de dosis el riesgo de fracaso virológico es similar con todas las pautas. Algunos estudios parecen demostrar que con similares niveles de adherencia el riesgo de fracaso virológico es mayor con inhibidores de proteasa no potenciados, que con IPs potenciados y con NN. También se ha sugerido que los regímenes basados en no nucleótidos presentan menor riesgo de mala adhesión en comparación con regímenes basados en IPs.

17 Johan Betancourt Gambino (2018), Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes seropositivos

3. Régimen terapéutico

Cuando la interferencia con los hábitos, bien en el horario de trabajo o en ciertos momentos englobados en el contexto de la vida social del paciente, motiva que algunos de ellos dejen de tomar la medicación o que lo hagan en un horario incorrecto. La absorción de determinados fármacos (didanosina, ritonavir, saquinavir, nelfinavir, indinavir) se encuentra altamente condicionada a la presencia o ausencia de alimentos en el momento de la toma y requieren una pauta muy estricta de dosificación. Otro aspecto a considerar, con posibles implicaciones prácticas, es la relación entre la adhesión y el desarrollo de resistencias, que es más compleja que la idea establecida de que "la no adherencia aumenta el riesgo de resistencias".

4. Entorno asistencial

La adherencia al tratamiento antirretroviral está influida por la relación que se establezca entre el equipo asistencial y el paciente. La confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad con el médico y el resto del equipo son factores que influyen de manera favorable. La toma de decisiones conjuntas entre el médico y el paciente en un marco de confianza, así como el adecuado flujo de información acerca de la enfermedad entre ambos, es fundamental para favorecer la adherencia y conseguir un nivel óptimo de calidad asistencial. La calidad de esta relación es un factor importante de intervención para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral.⁷

5. Sistema sanitario

Factores relacionados con el sistema sanitario como la accesibilidad al centro, disponibilidad de transporte, disponibilidad de guarderías y conveniencia con los horarios también pueden influir en la adherencia.

Individuo

Las características demográficas (edad, sexo, raza, estudios, ocupación, así como el nivel cultural y la situación económica estable, la disponibilidad de un hogar, y depresión, y en los otros extremos aquellos como el abuso de sustancias, consumo de alcohol, que están relacionados con la no adherencia).

II.2.2 Métodos para valorar la adherencia

Debido a la elevada importancia del grado de adherencia al tratamiento antirretroviral, se han desarrollado a lo largo de los años diversos métodos de medida de la misma. Todos ellos presentan limitaciones, por ello, lo ideal es utilizar combinaciones de los mismos a fin de compensar sus carencias.

Los métodos para la valoración de la adherencia se clasifican en:

1. Directos
2. Indirectos

II.2.2.1 Métodos directos

Están basados en parámetros bioquímicos cuantificables. La determinación de concentraciones plasmáticas de antirretrovirales es la única medida objetiva y específica.

A) los indicadores de salud: entre ellos están las pruebas en sangre, estas no han podido documentar la correspondencia 1:1 entre la adherencia al régimen y el control que muestran las pruebas del laboratorio. Su elevado coste y sofisticación limita su aplicación en la práctica clínica diaria. Por otro lado, existen muchas variables intra e interindividuales que condicionan el comportamiento cinético de los fármacos antirretrovirales, por lo que el establecimiento de un umbral estándar para clasificar a los pacientes como adherentes o no resulta cuestionable.

B) Los informes proporcionados por el personal médico: en este caso tienden a clasificar a los pacientes como adherentes o no adherentes y no suelen especificar en qué conductas las personas tienen más dificultades para cumplir con el tratamiento. La evolución clínica y el resultado virológico e inmunológico no deberían considerarse métodos de estimación de la adherencia, sino más bien la consecuencia de esta. Este sistema tiende a sobreestimar la adherencia a los tratamientos frente a otros métodos. La sensibilidad es muy baja, no identificándose a muchos pacientes no adherentes, por lo que no se recomienda su utilización.

II.2.2.2 Métodos indirectos

Son los más utilizados por su sencillez, aunque no son totalmente objetivos y por tanto, son menos fiables.

A) Las observaciones conductuales: estos son los instrumentos que han mostrado mayor eficacia tanto por su especificidad como por su habilidad de detectar si la persona tiene algún déficit en la habilidad o falta de conocimientos para seguir su tratamiento.

B) El recuento de la medicación sobrante: por otro lado el recuento de la medicación sobrante, requiere de un alto nivel de inversión. *Recuentos de medicación* Este método consiste en calcular la adherencia mediante la siguiente fórmula:

$$\% \text{ adherencia} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de unidades prescritas} - \text{N}^{\circ} \text{ de unidades dispensadas}}{\text{N}^{\circ} \text{ de unidades devueltas}} \times 100$$

Se ha utilizado con éxito en otras enfermedades crónicas debido a su bajo coste y sofisticación, pero presenta importantes limitaciones cuando se aplica al cálculo de la adherencia al TAR, porque devolver la medicación sobrante es molesto y aparatoso para el paciente, y recontarla resulta complejo para los profesionales

sanitarios. Además es una medida fácilmente manipulable por parte del paciente. Actualmente se considera un método aceptable, pero en combinación con:

C) La entrevista personalizada: finalmente en los informes personalizados, en ocasiones son alterados pues las personas están preocupadas por la imagen que quieren dejar al médico sobre su cumplimiento.

D) Cuestionarios: en la actualidad son unos de los métodos más utilizados, tanto por su sencillez como por su economía. El procedimiento consiste en solicitar al paciente que conteste unas preguntas previamente definidas para, en función de sus respuestas, poder valorar el grado de adherencia. Es un sistema que requiere pocos recursos, asequible y adaptable a las características de cada centro.

Existe una escasa homogeneidad entre ellos y son muy subjetivos, aunque se ha demostrado una correlación entre la adherencia auto-referida y la eficacia antirretroviral. El cuestionario diseñado por Knobel, et al., del grupo GEEMA, fue el primero validado en población española para estimar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Se trata de un cuestionario tipo Morinsky denominado SMAQ (Simplifie Medicación Adherente Questionare) que incluye seis puntos. Integra el carácter multidimensional de la adherencia al tratamiento y la medida de las dosis olvidadas, aunque tiene como limitaciones la predisposición del paciente a omitir aquellos aspectos negativos de su cumplimiento, así como su carácter retrospectivo, lo que hace que dependa del recuerdo.⁹

E) La monitorización electrónica o Sistemas de control electrónico: los sistemas de control electrónico de apertura de envases tipo MEMS (*MedicationEvent Monitoring System*) o EDEM (Electronic Drug Exposure Monitor) son, hasta el momento, los métodos indirectos más objetivos y fiables para medir la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con infección por VIH, pero actualmente su uso está prácticamente restringido al ámbito de la investigación clínica. Son dispositivos a modo de tapa que contienen

un microprocesador que registra la hora y día en que se ha abierto el envase. Por el momento se han convertido en el sistema más parecido al "*Gold estándar*". No obstante, la utilidad de los MEMS ha sido cuestionada, no sólo por su alto coste económico, sino por otras limitaciones, como la posibilidad de que el paciente extraiga del dispositivo más de una dosis cada vez.

F) Registros de dispensación: el control de la dispensación en los centros de salud pueden ser manipuladas pues el usuario puede desechar los medicamentos en vez de ingerirlos o incluso venderlos. Se basan en la asunción de que un paciente no puede tomar la medicación que no le es dispensada y de que toma de forma adecuada aquella que se le dispensa. Así, un paciente no será adherente si no recoge a los intervalos adecuados la medicación necesaria para cubrir el periodo de tratamiento para el que se dispensa la misma, que habitualmente suele ser de 1 o 2 meses. Este método suele ser empleado de forma rutinaria por los farmacéuticos implicados en la atención farmacéutica a los pacientes VIH, porque el sistema de dispensación de medicación establecido en nuestro país permite aplicarlo fácilmente. Pero también posee limitaciones, como que la dispensación de la medicación no es sinónimo de cumplimiento correcto, o la subestimación de la adherencia cuando el paciente está hospitalizado, puesto que no recoge la medicación durante el ingreso. Sin embargo, desde la óptica del Servicio de Farmacia el estudio de los registros de dispensación se alza como preferente en combinación con la aplicación de cuestionarios.⁹

Como se ha mencionado con anterioridad, es difícil establecer un solo sistema o método que determine con fiabilidad el grado de adherencia, por lo que se aconseja combinar varios de ellos. Se proponen los siguientes:

- Entrevista con el paciente.
- Comprobación de la asistencia a las dispensaciones / visitas programadas.
- Recuento medicación sobrante.
- Evolución de la carga viral.

II.3 Estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral

Las recomendaciones publicadas por GESIDA/SEFH/PNS resumen las estrategias para mejorar la adherencia al TAR en tres tipos:

a) Apoyo y ayuda

Estas deben estar dirigidas al paciente, independientemente de su nivel de adherencia, y estar centradas en la educación sanitaria, la comunicación y el apoyo psicosocial. La capacidad de trabajo en equipo de todos los integrantes del equipo pluridisciplinar de atención al paciente con VIH resulta fundamental. El inicio del TAR debe posponerse hasta que el paciente esté preparado para afrontar la responsabilidad del mismo. El paciente debe estar informado, motivado y preparado antes de comenzar el TAR, y deben haberse resuelto los posibles trastornos concomitantes, si los hubiere (alcoholismo, depresión, adicción a drogas, etc.). Es imprescindible que conozca con detalle el tratamiento que se le prescribe, proporcionándole información oral y por escrito de forma clara y comprensible y procurando la máxima disponibilidad posible del equipo asistencial para resolver las dudas y problemas que el paciente presente a lo largo del tratamiento.

b) De intervención

Las estrategias de intervención individualizadas son basadas en estrategias psicoeducativas y de asesoramiento personal, con capacidad para adaptar el esquema terapéutico a los hábitos de vida del paciente y proporcionar estrategias de resolución de problemas han demostrado ser eficaces para incrementar la adherencia al tratamiento y mejorar la respuesta del mismo. La intervención más frecuente y sencilla es la basada en la información y educación del paciente, haciéndole comprender el objetivo del tratamiento propuesto y los motivos e importancia de la adherencia. El tratamiento directo observado es otra estrategia de intervención que consiste en la observación directa del tratamiento, en la cual una persona entrenada y supervisada observa al paciente mientras este ingiere

los comprimidos. Aunque esta estrategia no puede recomendarse de forma generalizada.

c) Estrategias en la pauta terapéutica

Recientemente se han producido avances en la terapia antirretroviral que han implicado la posibilidad de realizar tratamientos sencillos de alta potencia teniendo en cuenta la complejidad del régimen terapéutico constituye una barrera importante para conseguir una adherencia óptima durante periodos prolongados en el tiempo. La simplificación del TAR se entiende como el cambio de un régimen con el que se ha conseguido una adecuada respuesta virológica e inmunológica por otro que mantenga esta eficacia y permita reducir la complejidad del tratamiento, proporcionando así un beneficio en la calidad de vida del paciente que pueda traducirse en una mayor adherencia. Las razones para modificar y simplificar un tratamiento pueden ser: reducir el número de comprimidos o la frecuencia de administración, eliminar las restricciones alimentarias, mejorar una toxicidad actual o posible, reducir el riesgo de interacciones y aprovechar la conveniencia de las nuevas formulaciones, de las nuevas indicaciones o de los nuevos fármacos.

- Reducción en el número de fármacos tras un tratamiento de inducción

Reducción en el número de comprimidos o de dosis Estrategias de impacto en la adherencia al tratamiento antirretroviral

Cada centro hospitalario debe adaptarse a su realidad asistencial según el número de pacientes que atiende, recursos de personal y servicios de apoyo.

II.4 Organización del equipo asistencial

Papel del médico. Recomendaciones para la prescripción de medicamentos

Antes de iniciar la prescripción el médico debe tener en cuenta unas premisas básicas: la mejor oportunidad para conseguir una supresión máxima de la carga

viral la constituye el primer tratamiento. La prescripción de fármacos antirretrovirales pasa por tres fases diferenciadas:

Fase informativa

A lo largo de esta fase, el médico debe conocer la situación social, laboral y familiar del paciente, su estilo de vida, horarios y actividades cotidianas, situación psicológica (ansiedad, depresión) y actitudes o creencias acerca de la enfermedad y su tratamiento.¹⁸

Fase de consenso y compromiso

Teniendo en cuenta información obtenida en la primera fase, el paciente y el médico realizan un consenso respecto a la pauta terapéutica. La pauta de tratamiento debe ser individualizada según los hábitos y necesidades del paciente.

Fase de mantenimiento y soporte.

Una vez instaurado el tratamiento, requiere una correcta programación de las visitas de control. Primera visita de control se debe programar a los 15 días o, a lo sumo, al mes de iniciado.¹⁰

Papel del farmacéutico. Recomendaciones para la dispensación de medicamentos.

Etapas de Presentación

En esta primera etapa y coincidiendo con la primera visita, el farmacéutico, además de presentarse al paciente, le indicará el procedimiento a seguir en el futuro para la dispensación de medicamentos. Asimismo, insistirá sobre los beneficios que representa el disponer este servicio de atención farmacéutica y sobre la relevancia de adherirse a la terapia prescrita por el médico.

18 H Knobel (2016), Adherencia al tratamiento TBC/VIH. Papel del Clínico, recuperado de: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/156/355>

Etapa de Prospección

El farmacéutico a través de una simple conversación ha de tener la habilidad suficiente para averiguar el nivel de conocimientos que el paciente tiene sobre su enfermedad y concretamente sobre su tratamiento.

Etapa de Información

En esta fase el farmacéutico debe transmitir al paciente los conocimientos suficientes para conseguir una correcta utilización de los medicamentos y, por tanto, obtener el máximo beneficio, optimizando así, la terapia antirretroviral.

Etapa de Dispensación y cita próxima visita

La medicación debe dispensarse para períodos no superiores a dos meses (preferiblemente entre 1-2 meses) coincidiendo, a ser posible, con la visita médica.

Papel de enfermería

La actuación de enfermería se centra en el apoyo al paciente, complementando la actuación del médico.

Papel del equipo de soporte psicológico y el entorno familiar y social

El apoyo psicológico es importante para aquellas personas que sufren una enfermedad crónica en la cual los cuidados continuados son necesarios. El caso de la infección por el VIH se acompaña, además, de connotaciones sociales que, unidas a las físicas, agravan la situación psicológica de los pacientes.¹¹

Costos de la falta de adherencia Terapéutica en VIH/SIDA

Otro aspecto relevante es la eficiencia (relación coste/efectividad) de la terapia antirretroviral. Los estudios realizados muestran que entre un 20 % y un 50 % de pacientes con TAR activo presentan una adherencia inadecuada al mismo. Por ello, la falta de adherencia al TAR debe ser contemplada, en el seno de un Sistema Público de Salud, como un problema de ineficiencia que impide alcanzar

la efectividad clínica que puede conseguirse con los recursos de que se dispone para el tratamiento de la infección por el VIH.¹⁹

El coste de los fármacos antirretrovirales en nuestro país se ha valorado alrededor de 1,2-1,5 millones de pesos por paciente y año, el gasto para años futuro puede haber alcanzado los 50 000 millones. En una sociedad como la nuestra donde los recursos son limitados y en la que se aplican medidas, no se cumplen los programas que garanticen el uso correcto de los mismos. En primer lugar el trabajador comienza a ausentarse por presentar complicaciones de la enfermedad, lo que es seguido de una discapacidad que lo dejará al auspicio de su familia o su red social cercana.

II.5 Requerimientos mínimos para el desarrollo e implantación de un programa de atención al paciente en tratamiento antirretroviral

- Ofrecer en la visita médica un entorno agradable y confortable para atender adecuadamente a los pacientes.
- Disponer de personal médico y de enfermería suficientes.
- Adecuación de los servicios de farmacia para atender de forma individualizada a los pacientes.
- Disponibilidad de personal farmacéutico y de soporte especializado en la atención a pacientes VIH (psicólogos y psiquiatras).
- Programa informático para ofrecer información de los medicamentos a los pacientes.
- Programa informático para el registro y seguimiento de las dispensaciones de medicación.
- Material de soporte en la atención a los pacientes.

Principales resultados de la revisión

Se encontraron nueve estudios bien diseñados con 23 255 pacientes. Todos los estudios se realizaron en el ámbito ambulatorio. Se encontró que la información a

¹⁹ Johan Betancourt Gambino (2018), Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes seropositivos, recuperado de: Rev Cubana Med Gen Integr vol.34 no.3 Ciudad de La Habana jul.-set. 2018

los médicos acerca de la adherencia a la medicación de los pacientes puede dar lugar a poca o ninguna diferencia en la adherencia, los resultados de los pacientes o el uso de recursos de salud, aunque puede mejorar los procesos de atención. La información a los médicos de forma aislada probablemente es insuficiente para afectar la adherencia. La certidumbre de la evidencia para cada resultado es baja.²⁰

A través de nueve estudios, se observó poca o ninguna evidencia de que la provisión de información a los médicos con respecto a la adherencia de los pacientes a la medicación prescrita mejoró la adherencia a la medicación, los resultados de los pacientes, o el uso de recursos de salud. La información acerca de la adherencia a la medicación puede mejorar los procesos de atención, aunque debido al número pequeño de estudios que evaluaron este resultado y al alto riesgo de sesgo, no es posible establecer conclusiones firmes sobre el efecto de la información en este resultado. La investigación futura debe usar una definición clara y estandarizada de adherencia a la medicación, y la asignación al azar por grupos para evitar el riesgo de contaminación.

El papel de la familia en la adherencia

Como en todo en la vida, la familia y quienes nos acompañan tienen un papel fundamental en la adherencia: desde tranquilizarnos ante los miedos hasta ayudar a los que nos cuesta un poco tomarnos la medicación.

Aunque seamos independientes, siempre es aconsejable que quienes nos rodean (padres, pareja) sepan qué medicación tomamos y para qué. Además, implicarlos en nuestro tratamiento y seguimiento nos dará unos buenos consejeros cuando tengamos que tomar decisiones en salud.

20 Zaugg V, Korb-Savoldelli V, Durieux P, Sabatier B (2018), Información a los médicos sobre la adherencia a la medicación para los pacientes con enfermedades crónicas que toman medicamentos a largo plazo, recuperado de: https://www.cochrane.org/es/CD012042/EPOC_informacion-los-medicos-sobre-la-adherencia-la-medicacion-para-los-pacientes-con-enfermedades

Los tratamientos deben ajustarse a las necesidades del paciente, a su vida diaria y tener un balance riesgo-beneficio adecuado. Se debe facilitar información sobre los posibles efectos adversos y la relevancia de los mismos, sobre las interacciones y proporcionar información verbal y escrita precisa respecto a la prescripción. Para mejorar las tasas de cumplimiento hay que transmitir de forma adecuada y comprensible para el paciente la información sobre la enfermedad y su gravedad, el objetivo del tratamiento que tiene que seguir, la dosis exacta, frecuencia de administración y la duración de la terapia. Otro de los factores claves es la comunicación entre médico-paciente. Como afirmó Juan Ignacio Barrero, defensor de la Oficina del Paciente de la Comunidad de Madrid, “los profesionales sanitarios defienden que informar adecuadamente al paciente y tener una buena comunicación puede evitar muchos problemas.

Consecuencias de la falta de adherencia terapéutica

Es evidente que si una persona no sigue el tratamiento los síntomas no se aliviarán o el trastorno no se curará. Sin embargo, la no adherencia puede tener otras consecuencias graves o costosas. Se estima que no seguir un tratamiento puede causar 125 000 muertes por enfermedades cardiovasculares (como ataque al corazón y accidente cerebrovascular) cada año. Además, si las personas tomaran la medicación según las indicaciones recibidas, se evitarían muchos ingresos en centros médicos y hospitalarios, numerosas consultas médicas y pruebas diagnósticas, además de tratamientos innecesarios.

La no adherencia al tratamiento no solo aumenta el coste de la atención médica, sino que también puede empeorar la calidad de vida. Por ejemplo, dejar de tomar dosis de un fármaco puede dar lugar a lesiones del nervio óptico y ceguera en las personas con glaucoma, y en las que tienen una cardiopatía puede dar lugar a arritmias y paro cardíaco, o en caso de hipertensión puede desencadenar un accidente cerebrovascular. El hecho de no tomar todas las dosis prescritas de un antibiótico puede ocasionar una reactivación de la infección y contribuir a la aparición de bacterias resistentes al fármaco.

Adherencia terapéutica en los niños

Los niños presentan una menor disposición que los adultos a tomar fármacos de acuerdo con las indicaciones. Un estudio realizado en niños con infecciones estreptocócicas a los que se prescribió un tratamiento con penicilina durante 10 días mostró que el 56% dejó de tomar el fármaco al tercer día, el 71% lo abandonó al sexto y el 82% lo dejó al noveno. En los niños con enfermedades crónicas, como diabetes mellitus tipo 1 o asma, el cumplimiento terapéutico resulta difícil de lograr porque el tratamiento es complejo y de larga duración. No suele ser fácil conseguir que los niños tomen fármacos que tienen mal sabor, que impresionan o asustan (como las gotas para los ojos o los que requieren el uso de mascarilla), o que se administran mediante inyección.²¹

A veces ocurre que los padres no entienden las instrucciones del médico. Además, los padres (y las personas afectadas), como término medio, un cuarto de hora después de la consulta con el médico han olvidado más o menos la mitad de la información que este les ha dado. Recuerdan mejor el primer tercio de la conversación y tienen más presente el diagnóstico que los detalles del tratamiento. Esta es la razón por la cual los médicos intentan establecer un plan terapéutico sencillo y a menudo dan sus instrucciones por escrito.

Aunque es probable que la vejez por sí misma no afecte al cumplimiento terapéutico, este se ve influido por varios factores que son frecuentes en las personas mayores, como el deterioro físico o mental, la utilización de varios fármacos y el riesgo aumentado de interacciones farmacológicas y de efectos secundarios. El hecho de tomar varios medicamentos de forma simultánea hace más difícil recordar cuándo se debe tomar cada uno y aumenta el riesgo de interacciones adversas entre fármacos, en particular cuando también se toman algunos de venta libre. Para mejorar el cumplimiento y reducir el riesgo de interacciones, el médico puede simplificar el régimen farmacológico usando un

21 Shalini S. Lynch PharmD, (2017) Adherencia al tratamiento farmacológico, University of California San Francisco School of Pharmacy Última revisión completa mar. 2017, recuperado de: <https://www.msdmanuals.com/es-do/hogar/f%C3%A1rmacos/factores-que-influyen-en-la-respuesta-del-organismo-a-los-f%C3%A1rmacos/adherencia-al-tratamiento-farmacol%C3%B3gico>

fármaco que cumpla dos propósitos, o bien reduciendo el número de veces que debe tomarse el medicamento.

Debido a que las personas mayores son, por lo general, más sensibles a los fármacos que la gente joven, es mucho más probable que tengan reacciones adversas y que necesiten una dosis menor de ciertos fármacos (ver Fármacos y envejecimiento).

II.6 Historia de VIH.

Los primeros casos notificados en África y Europa datan de 1959, y en Norteamérica de 1968. Los virus que causan el SIDA, el VIH-1 y el VIH-2, podrían constituir una invención antigua de la naturaleza, según sospechan los biólogos; pertenecen a la familia de los retrovirus, virus cuya información genética está contenida en una molécula de ARN en vez de ADN, como es habitual en la mayoría de los seres vivos.²²

En los últimos años, los científicos han identificado en **simios africanos** numerosos virus emparentados con los VIH, aunque no provocan ninguna enfermedad grave salvo en el caso de los macacos. Desde el punto de vista genético, los dos virus que causan el SIDA están más próximos a algunos de ellos que entre sí mismos.

El VIH-2, endémico en África occidental y que se ha propagado principalmente a la India y Europa, está emparentado con el virus SIVsm del mono mangabey y el SIVmac del macaco. Y el pariente simiesco más próximo del VIH-1, endémico en África central, desde donde se ha extendido a América del Norte y Europa, es el virus SIVcpz del chimpancé. El estudio de los genes de estos virus y de otros hallados más recientemente, como el SIVmnd del mandril y el SIVagm del **mono verde**, apunta a que todos ellos se separaron al mismo tiempo de un antecesor común.

22 Historia del VIH (2016), recuperado de: <https://www.stopvih.org/faqs/historia-del-vih/>

El descubrimiento en 1989 del VIH-2 ALT, una variante del VIH-2 más remota que algunos SIV, parece indicar que el virus que causa el SIDA existía en el continente africano casi un siglo antes de que surgiera la epidemia.

Definitivamente, la historia del SIDA no comienza en Los Ángeles (California, EEUU) en 1981. La primera comunicación médica muestra casos de personas fallecidas en África en los años 70.

1982

En Julio se le da un nombre al nuevo “flagelo”. Las autoridades sanitarias de EE.UU. comienzan a utilizar el término: AIDS, siglas en inglés de «Adquirid immuno-deficiency síndrome»; SIDA en castellano, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

1983

En enero, en Francia, en el hospital parisino de la Pitié, el equipo del profesor W. Rozenbaum extirpa un ganglio cervical a F. Bugiere, un paciente de 33 años del que se sospechaba estuviera infectado con el virus que causa el SIDA. El profesor Luc Montagnier del Instituto Pasteur, examina el ganglio enfermo y determina que existían rastros de la actividad bioquímica de un retrovirus.

1984

Muere Gaetan Dugas, auxiliar de abordaje de Air Canadá, quien será considerado durante mucho tiempo como el «**paciente cero**», el que habría comunicado la enfermedad a sus diferentes parejas homosexuales.

1985

En Enero Montagnier y Gallo publican las secuencias genéticas de los virus causante del SIDA que han identificado. Francia y EE.UU. comparten los derechos de la patente.

Marzo, **primera prueba de anticuerpos contra el VIH** en EE.UU. que se utiliza para examinar el suministro de sangre de la Nación. Además de la búsqueda de anticuerpos circulantes anti VIH en las personas, se abre un nuevo campo para la prevención, los estudios epidemiológicos y clínicos.

1986

Se identifica en París, una variante del virus causante del SIDA en un paciente originario de Cabo Verde, la variedad es denominada HIV-2. El mundo médico y las autoridades piensan que la epidemia se limita al África Occidental.

En mayo, la Comisión de Nomenclatura de Virus decide que el agente del SIDA se llamará definitivamente Virus de Inmunodeficiencia Humana (**VIH**).

1987

El presidente de Estados Unidos, Ronald Reagan y el entonces, primer ministro francés Jacques Chirac, emiten un comunicado común que pone fin a la controversia sobre la paternidad del descubrimiento del nuevo virus. A partir de ese momento ambos científicos **Gallo y Montagnier** son descritos como los «**co-descubridores del VIH**».

1988

El SIDA registra eventos únicos en la historia de la medicina. Una sesión especial de la Asamblea General de la ONU se reunió en 1988, declarando por unanimidad el interés universal en la lucha coordinada contra el SIDA.

1989

La FDA aprueba la Pentamidina aerosolizada para la prevención del «Pneumocistis Carinii», una de las mayores amenazas para los pacientes de SIDA.

1990

Investigadores estadounidenses anuncian una prueba capaz de detectar el VIH.

La mujer es la protagonista del “Día Mundial del Sida” de este año ante el avance del VIH y Sida entre las personas del sexo femenino.

1991

La **OMS** estima que en el mundo hay cerca de **10 millones de infectados**.

A partir de 1991 el AZT se vio acompañado por otras drogas contra VIH (ddl, ddC, 3TC, d4T). Esto abrió el camino a tratamientos combinados, es decir, tratamientos basados en el uso de 2 ó más drogas para aprovechar sus efectos terapéuticos, y aminorar sus efectos tóxicos.

1992

Se publican los resultados del primer tratamiento de fármacos combinados.

Muere de Sida el actor estadounidense Anthony Perkins.

El popular tenista estadounidense, Arthur Ashe, admite públicamente que se encuentra infectado por el VIH debido a una transfusión de sangre recibida en 1983.

1993

Se crea la Fundación Mundial de Investigación y Prevención del Sida y se valora positivamente la aplicación de tratamientos combinados de AZT, DDI y U-90.

Fallece en París el bailarín de origen ruso Rudolf Nureyev.

1994

El 1º. De Diciembre de 1994, día mundial de la lucha contra el SIDA, los Jefes de Estado o representantes de 42 países reunidos en Francia, firmaron la Declaración de la Cumbre sobre SIDA en París que declara a la humanidad amenazada por la pandemia del SIDA, y compromete a los países firmantes a implementar estrategias adecuadas para enfrentar la emergencia sanitaria.

1996

Las Naciones Unidas **crean** el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y Sida (**ONUSIDA**). Las características de la enfermedad hacen que escape a las competencias de la OMS. Se trata de acentuar que la epidemia es más que un problema de salud y requiere una aproximación diferente para darle respuesta efectiva. El belga Peter Piot es nombrado director ejecutivo del nuevo organismo.

Se extiende el uso de las llamadas tris-terapias, que empiezan a transformarse en el tratamiento de referencia del VIH y SIDA.

1997

Brasil se convierte en el primer país en vías de desarrollo en facilitar terapia antirretroviral a través del su sistema de salud pública.

1999

En una **sentencia de la Sala Político Administrativa C.B.** y otros contra MSAS, el Tribunal Supremo de Justicia (15 de julio de 1999) declaró con lugar el Amparo mediante el cual se acuerda ordenar al MSAS **la entrega de los medicamentos antirretrovirales**, medicamentos para las enfermedades oportunidad, realización de exámenes, implementación de campañas de información y divulgación así como de asistencia a favor de las personas con VIH y Sida de **Venezuela**.

2000

El **Consejo de Seguridad de la ONU** aprueba una resolución en la que señala que esta enfermedad representa una **amenaza para la paz**.

2001

El 1 de junio muere a los 12 años en Ciudad del Cabo, **Nkosi Johnson**, el niño sudafricano símbolo en la lucha contra el SIDA, después de agonizar durante meses. Nkosi que emocionó al mundo con un discurso leído durante la última

Conferencia sobre el SIDA en 2000, había nacido seropositivo en 1989 en Johannesburgo, África del Sur.

2003

Fracasa el primer ensayo de gran escala de una vacuna contra el Sida.

2007

Estudios realizados en África descubren que la circuncisión masculina podría reducir hasta un 60% la posibilidad de infección por el VIH y Sida.

2008

La Iglesia católica filipina autoriza el uso del preservativo o condón en matrimonios en los que uno de los cónyuges es portador del VIH y Sida.

2009

Dada la urgente necesidad de la articulación y trabajo organizado en el sector comunitario para fortalecer la respuesta nacional y mitigar el impacto del VIH y Sida en Venezuela, nació la Coalición de ONGs en VIH del Interior del País (COVIP), conformada originalmente por 15 ONGs de 11 estados de la geografía nacional.

Por primera vez, el Estado venezolano invita a la Sociedad Civil Organizada, a participar activamente en la mesa técnica de trabajo en el monitoreo y seguimiento de los indicadores para la elaboración del Informe País UNGASS a presentarse en el mes de marzo del año 2010.

2010

En el mes de Marzo, La República Bolivariana de Venezuela presenta por primera vez en la historia, el Informe Nacional Relativo a los Avances en la Implementación de la Declaración de Compromisos Sobre VIH sida (2001) y la Declaración Política sobre VIH sida (2006 – 2011).

2011

La República Bolivariana de Venezuela comienza con la elaboración del Plan Estratégico Nacional que regirá la respuesta al VIH sida en el país para el período 2012 – 2019.

2012

En el mes de Marzo, La República Bolivariana de Venezuela presenta por segunda vez en la historia, el Informe Nacional Relativo a los Avances en la Implementación de la Declaración de Compromisos Sobre VIH sida y la Declaración Política sobre VIH sida, Venezuela presentó también entre Junio y Agosto el Plan Nacional de Prevención de VIH sida en todos los estados del país. Para diciembre el mismo año, el Ministerio del Poder Popular para la Salud presentó el Plan Estratégico Nacional para la respuesta al VIH sida 2012-2019.

II.6.1. VIH-SIDA concepto.

VIH es el virus de inmunodeficiencia humana, causante de la infección del mismo nombre. El sida es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, es la fase avanzada de la infección por el VIH .ataca el sistema inmune específicamente los linfocitos cd4, combatiendo la enfermedad causando gran pérdida del sistema inmunológico.

II.6.2 Etiología.

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un Retrovirus del género Lentivirus, considerado así por su lento proceso para replicarse, ataca el sistema inmunitario y debilita las defensas, ocasionando la presencia de infecciones y algunos tipos de cáncer. Modo de transmisión Sexual: ocurre por contacto directo con secreciones genitales (semen o líquidos vaginales) en piel o mucosas abiertas, de una persona infectada con una persona sana. Materno-infantil: ocurre cuando la madre infectada con VIH transmite a su hijo el virus durante el embarazo, en el momento del parto o a través de la leche materna. Sanguínea o

percutánea: ocurre como producto de la exposición a sangre o productos sanguíneos de personas infectadas a personas sanas.

Las formas de exposición más frecuentes son por transfusión de sangre o hemoderivados, accidentes laborales (personal de salud), reutilización de elementos para realizar tatuajes, acupuntura y similares, por compartir cuchillas de afeitar y cepillos de dientes provenientes de personas infectadas. Reservorio Los seres humanos Período de incubación Desde el momento de la infección hasta la aparición de anticuerpos detectables pueden transcurrir entre uno y nueve meses (con una media de dos a tres meses).

La duración de este período estará relacionada con la cantidad de partículas virales que ingresaron al organismo al momento de la infección, el estado inmunológico previo y la edad. Período de transmisibilidad Una persona infectada con VIH puede transmitir el virus en cualquier momento del curso de la infección, sin embargo, la probabilidad de transmisión será proporcional a la carga viral o cantidad de partículas virales circulantes en un momento determinado y a la cantidad de inóculo (líquido infectante) que ingrese al cuerpo de la persona sana. Los momentos considerados de mayor transmisibilidad, teniendo en cuenta el aumento en la carga viral, incluyen el período de seroconversión donde la replicación del virus es muy alta y la persona no ha sido diagnosticada o en ausencia de tratamiento antirretroviral (TAR).

Susceptibilidad y resistencia La susceptibilidad es generalizada, cualquier persona que se exponga al virus ya sea por contacto sexual, contacto con fluidos corporales, o de una gestante con VIH a su hijo, sin las debidas medidas de protección, pueden adquirir la enfermedad. Aunque existen poblaciones con una mayor vulnerabilidad como son los hombres que tiene sexo con hombres, los trabajadores sexuales, las mujeres transgénero, la población privada de la libertad, los habitantes de la calle, las personas que se inyectan drogas, entre otros.

II.6.3 Epidemiología.

La pandemia por VIH/sida ha generado numerosas pérdidas humanas, deterioro de la calidad de vida de millones de personas, consecuencias económicas negativas derivadas del incremento de los recursos necesarios para la atención en salud, la incapacidad médica y muerte de miles de personas en edad productiva que la sitúan como uno de los mayores desafíos para la humanidad.

Comportamiento del evento Situación epidemiológica mundial De acuerdo con los cálculos realizados por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), a finales del 2015 había en el mundo unos 36'700.000 personas infectadas por el VIH; ese mismo año, contrajeron la infección alrededor de 2'100.000 personas, entre ellas, 150.000 niños y 1'100.000 murieron por causas relacionadas con el sida. Situación epidemiológica en América La Unicef reportó que Centroamérica es la sub-región más afectada después del Caribe por la epidemia de VIH/sida, en la región de Latino América. Se estima que en Centroamérica hay actualmente 208.600 personas que viven con VIH, 1'700.000 en América Latina y 250.000 en el Caribe. Situación epidemiológica nacional.

El primer caso reportado en el país fue en la ciudad de Cartagena en el año de 1983 cuyo proceso de notificación lo realizaba en aquella época el Ministerio de Salud, hoy Ministerio de Salud y Protección Social, a partir del año 2000 hasta la fecha, el seguimiento lo realiza el Instituto Nacional de Salud con el apoyo de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Salud y Protección Social.

Teniendo en cuenta los criterios de clasificación en el mundo, la situación de la epidemia en Colombia es concentrada dada la prevalencia en por lo menos una de las poblaciones con factores de vulnerabilidad, hombres que tienen sexo con hombres (HSH) superan el 5 %, mientras que la prevalencia en mujeres gestantes no es superior al 1 %; su tendencia es creciente y la población de mayor afectación por edad se encuentra en el grupo de 25 a 34 años. Los grupos más expuestos a factores de vulnerabilidad y riesgo de infección por VIH en Colombia son los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadores

sexuales, usuarios de drogas inyectables, usuarios de drogas de alto riesgo (CODAR), adolescentes, mujeres (en especial las gestantes), población privada de la libertad, población en situación de desplazamiento forzado y los habitantes de la calle. Para el año 2016 se reportaron un total de 11.992 casos.

El comportamiento demográfico y social del evento indica que el 78,9 % de los casos de VIH/sida se registraron en el sexo masculino; el 49,4 % en el régimen contributivo seguido por un 40,6 % en el régimen subsidiado y el 34,2% se registraron para el grupo de 25 a 34 años. 1.2. Estado del arte Descripción del evento La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) tiene una evolución crónica, que afecta el sistema inmunitario de la persona y que en ausencia de tratamiento lleva al desarrollo del sida y a la muerte. Cuando se produce la infección, aparecen un conjunto de síntomas inespecíficos los cuales frecuentemente pasan desapercibidos y en muchos casos el diagnóstico de la enfermedad se realiza cuando la persona ha desarrollado sida.

El VIH, que continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública mundial, se ha cobrado ya más de 32 millones de vidas. Sin embargo, habida cuenta del acceso creciente a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención eficaces del VIH, incluidas las infecciones oportunistas, la infección por el VIH se ha convertido en un problema de salud crónico llevadero que permite a las personas que viven con el virus llevar una vida larga y saludable.

A finales de 2018 había aproximadamente 37,9 millones de personas con el VIH. Como resultado de los esfuerzos internacionales concertados para responder al VIH, la cobertura de los servicios ha ido aumentando constantemente. En 2018, el 62% de los adultos y el 54% de los niños infectados con el VIH en países de ingresos bajos y medios estaban recibiendo tratamiento antirretrovírico (TAR) de por vida.

Una gran mayoría (82%) de las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia infectadas con el VIH también estaban en tratamiento con Antirretrovíricos, lo que no solo protege su salud, sino que también previene que transmitan el virus a sus hijos.

Sin embargo, no todas las personas pueden acceder a las pruebas de detección del VIH, al tratamiento y a la atención. En particular, las metas aceleradas de 2018 para reducir a 40 000 las nuevas infecciones pediátricas por el VIH no se cumplieron. Las metas mundiales para 2020 corren el riesgo de no alcanzarse si no se toman medidas rápidas.

Debido a las deficiencias en los servicios relacionados con el VIH, en 2018 murieron 770000 personas por causas relacionadas con el VIH y 1,7 millones de personas contrajeron la infección.

En 2018, las personas pertenecientes a los grupos de población clave y sus parejas sexuales representaron por primera vez más de la mitad de todas las nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo (aproximadamente el 54%) en 2018. En las regiones de Europa oriental, Asia central, Oriente Medio y África septentrional, estos grupos representaron aproximadamente el 95% de las nuevas infecciones.

Los grupos de población clave son: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; personas que se inyectan drogas; personas recluidas en cárceles y otros entornos cerrados; trabajadores del sexo y sus clientes; y personas transgénero.

Además, dadas sus circunstancias de vida, otros grupos poblaciones pueden ser particularmente vulnerables y correr un mayor riesgo de infección por el VIH, como las adolescentes y las mujeres jóvenes de África meridional y oriental y los pueblos indígenas de algunas comunidades.

El aumento de la vulnerabilidad al VIH suele estar asociado a factores legales y sociales, lo que aumenta la exposición a situaciones de riesgo y crea obstáculos para acceder a servicios de prevención, detección y tratamiento del VIH eficaz, de calidad y asequible.

Más de dos tercios de todas las personas con el VIH viven en la Región de África de la OMS (25,7 millones). Si bien el VIH es prevalente entre la población en general en esta Región, un número cada vez mayor de nuevas infecciones se producen entre los grupos de población clave.

El VIH se puede diagnosticar mediante pruebas de diagnóstico rápido que pueden proporcionar resultados el mismo día. Esto facilita enormemente el diagnóstico y la vinculación con el tratamiento y la atención.

Aunque no existe cura para la infección por el VIH, el tratamiento con antirretrovíricos eficaces permite mantener controlado el virus y prevenir la transmisión a otras personas.

A finales de 2018, se estima que el 79% de las personas con el VIH conocían su estado serológico. Se calcula que 23,3 millones de personas infectadas con el VIH (el 62% del total) estaban en tratamiento antirretrovírico y que el 53% había logrado suprimir el virus y, por tanto, el riesgo de infectar a otros. Entre 2000 y 2018, las nuevas infecciones por el VIH disminuyeron en un 37% y las muertes relacionadas con el VIH en un 45%, y se salvaron 13,6 millones de vidas salvadas gracias al TAR. Este logro fue el resultado de los grandes esfuerzos realizados por los programas nacionales sobre el VIH con el apoyo de la sociedad civil y los asociados internacionales en favor del desarrollo.²³

II.6.4 clasificación.

En las primeras semanas de la infección, el VIH desencadena el síndrome retroviral agudo, un estado con manifestaciones inespecíficas y variables. Luego,

23 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

sobreviene un período de varios años en el que la mayoría de los casos no presentan manifestaciones clínicas, pero el sistema de defensas se deteriora de manera gradual.

Posteriormente, puede surgir una serie de síntomas o enfermedades, cuya presencia indica una alteración en el sistema inmunitario celular y que se consideran síntomas de la infección por VIH. En una etapa tardía de la infección –8 a 10 años después– podrían aparecer las enfermedades defensoras de sida, las cuales eventualmente podrían provocar la muerte tras un tiempo variable, por lo general de dos a cuatro años. De acuerdo con la evolución de la infección por VIH, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades en Estados Unidos (CDC, según sus siglas en inglés) definió una clasificación basada en ciertas condiciones clínicas y en el recuento de linfocitos T CD4+.

Hay tres categorías clínicas:

1. **A**, que incluye la infección asintomática, la primo infección aguda y la linfadenopatía generalizada persistente.
2. **B**, que abarca síntomas y signos de enfermedades que se asocian con una inmunidad celular afectada, pero que no entran en la categoría.
3. **C**, las condiciones cuyo curso clínico o manejo terapéutico se ven complicados por la infección por VIH, y por último la categoría C, en la que se encuentran las enfermedades defensoras de sida (1) (5). Una vez que se está en la categoría B o C, aunque la condición se revierta, la clasificación no puede volver a la categoría anterior.

Sistema de clasificación de la CDC para infección del VIH3 Conteo de células CD4 Categorías clínicas A B C:

1. $\geq 500/\text{mm}^3$ A1 B1 C1
2. $200 - 499/\text{mm}^3$ A2 B2 C2
3. $< 200/\text{mm}^3$ A3 B3 C3

II.6.5 Fisiopatología.

El VIH infecta a las células T a través de interacciones de alta afinidad entre la glicoproteína de cubierta del virión (gp120) y la molécula CD4. La infección se favorece por el correceptor de célula T, llamado CXCR4, mientras que en monocitos se debe a la interacción con el correceptor CCR5., después de que gp120 se una a CD4 en la célula T, las nucleocápsidas que contienen el genoma viral y las enzimas entran en la célula infectada, donde la transcriptasa reversa del virus cataliza la reacción de transcripción reversa del ssRNA para formar híbridos DNA-RNA. Para conseguir dsDNA, el RNA que sirve de plantilla es parcialmente degradado por la ribonucleasa H, formándose así la segunda cadena.

El dsDNA viral es traslocado al núcleo e integrado en el genoma del hospedador a través de integrasas virales. Los factores de transcripción transcriben el DNA proviral a ssRNA genómico, el cual es exportado al citoplasma. Una vez allí, los ribosomas del hospedador catalizan la síntesis de proteínas precursoras, que son procesadas en proteínas virales a través de proteasas del virus. El ssRNA y las proteínas se ensamblan a medida que pasan por la membrana plasmática de la célula, formando yemas. La maduración ocurre en estas protuberancias o después de la liberación. Durante ese proceso, las proteasas del VIH cortan las poliproteínas en proteínas funcionales. Los viriones maduros pueden entonces infectar a otras células.²⁴

Respuesta innata al VIH

Las células innatas (células dendríticas y célula natural killer) son la primera línea de defensa a la que el VIH se enfrenta.

Macrófagos. Los macrófagos residentes de tejidos pueden ser infectados por el virus. Estos portan el virus y funcionan como fuente de proteínas víricas. Sin

24 1. Virus inmunodeficiencia humana (VIH) | Inmunología en un Mordisco [Internet]. [citado el 13 de enero de 2020]. Disponible en: <http://inmunologia.eu/microbios-patogenos-y-enfermedad/virus-de-la-inmunodeficiencia-humana-vih>

embargo, los macrófagos infectados pierden la habilidad de ingerir y destruir microbios patógenos y presentar antígenos a las células T. Esto puede contribuir a la disfunción inmunológica causada por la infección.

Células dendríticas (DCs). Las células dendríticas son células grandes con extensiones citoplasmáticas en forma de dendritas. Estas células presentan antígenos procesados a los linfocitos T en los nódulos linfáticos. Las DCs epidérmicas, que expresan CD1a y gránulos de Birbeck, están probablemente entre las primeras células que combaten al VIH en las superficies mucosas. Estas células transportan el VIH desde el sitio de infección al tejido linfático. Las DCs foliculares, que se encuentran en los tejidos linfoides, también son clave en la presentación de antígenos, atrapando y presentado antígenos en su superficie. En los folículos de los nódulos linfáticos, las DCs proveen señales de activación a las células B.

Células natural killer (NK). Las células NK tienen actividad lítica frente a células cuya expresión del complejo principal de histocompatibilidad (MHC) I está disminuida. Debido a que se requiere la presencia de MHC de clase I para la presentación de péptidos a los receptores de célula T, las células NK son importantes para la defensa frente a VIH cuando éste escapa de las respuestas celulares. Estas células proliferan en respuesta a interferones de tipo 1, secretados por las DCs. Las NK activadas liberan citosinas como interferón γ (IFN- γ), factor de necrosis tumoral α (TNF- α) y quimiocinas para activar la proliferación de células T (respuesta celular). Las células NK también inhiben la replicación del virus mediante IFN- γ .

Respuesta adaptativa al VIH

Respuesta celular. La respuesta celular se induce tras la entrada del VIH en las células (por ejemplo linfocitos T) y síntesis de las proteínas virales (Figura 1). El MHC de clase I presenta fragmentos intracelulares del virus para que puedan ser reconocidos por los receptores de células T (TCR) de las células T CD8+ (Figura

3). Estos linfocitos lisan las células infectadas y secretan citosinas, como IFN- γ , TNF- α , y quimiocinas como MIP-1 α , MIP β y RANTES, que inhiben la replicación viral y bloquean la entrada de virus a las células T CD4+. La respuesta de células T CD8+ es crucial para el control de la replicación del virus, ya que permite disminuir la carga vírica tras la infección primaria. En los estadios tempranos de la infección, las células T CD4+ pierden su capacidad para proliferar, por lo que su contribución al control del VIH es menor. Sin embargo, durante las infecciones crónicas, estas células son capaces de secretar interleucina 2 (IL-2) o citosinas, como IFN- γ , para controlar la viremia.²⁵

Respuesta humoral. La respuesta inmune humoral ocurre de forma tardía. Por ello, los niveles de anticuerpos durante la infección aguda son muy bajos. Los anticuerpos no neutralizantes, frente a proteínas estructurales (como P17 o P24), son los primeros que aparecen y no suelen persistir. Los tardíos, con capacidad de neutralizar y específicos de proteínas involucradas en la entrada del virus, son los siguientes en aparecer. Estos son específicos de (1) la región variable de gp120 (V3), (2) sitios de unión a CD4 y receptores de quimiocinas (CXCR4 y CCR5) y (3) la proteína transmembrana gp41. Se ha visto que anticuerpos con una alta capacidad de neutralización juegan un papel importante en el control de la infección en algunos individuos VIH+ libres de síntomas que mantienen niveles altos de células T CD4+ y baja carga viral.

II.6.6 Categorías clínicas

La infección por VIH puede ser inicialmente asintomática o manifestarse como un síndrome similar a una mononucleosis aguda (infección aguda), con fiebre, fatiga, malestar general, mialgia, artralgias, sudoración, anorexia, pérdida de peso, fotofobia, dolor de garganta, náuseas, vómito, diarrea, cefalea, eritema maculopapular transitorio o adenopatías; también puede haber anomalías

²⁵ Jesús Gil, Würzburg (2018) Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) | Shokouh Makvandi-Nejad, Universidad de Oxford, Reino Unido, recuperado de: <http://inmunologia.eu/microbios-patogenos-y-enfermedad/virus-de-la-inmunodeficiencia-humana-vih>.

neurológicas, entre ellas, encefalitis, meningitis, neuropatía periférica, alteraciones del conocimiento o afectivas.²⁶

Esta enfermedad aguda se manifiesta generalmente de dos a cuatro semanas después del momento de la infección y puede durar varias semanas con resolución completa, posteriormente, en el curso natural de la infección, existe un período de latencia en el cual hay ausencia de síntomas durante años (persona infectada asintomática) debido a que no existe un deterioro grave en la función del sistema inmunitario.

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida/sida Durante este período reaparecen algunas anomalías neurológicas y el paciente puede describir problemas con la memoria anterógrada o con la incapacidad para realizar tareas simples; pueden verse afectados el estado de ánimo o la personalidad, más a menudo con un cambio hacia la apatía o la depresión y pueden tener conductas maníacas o agitación; es posible que se observen neuropatías, como el síndrome de Guillan Barré, esclerosis múltiple, entre otras. Dependiendo del compromiso del sistema inmunitario, durante este período, determinado en parte por el tratamiento antirretroviral (TAR), se pueden presentar infecciones oportunistas menores como la varicela-zóster, papiloma virus, molusco contagioso diseminado, funiculitis bacteriana y dermatofitosis. Cuando la capacidad de respuesta del sistema inmunitario está seriamente comprometida, aparecen manifestaciones clínicas como las ocasionadas por infecciones oportunistas, síntomas generales y neurológicos, hasta el estado más avanzado de infección o síndrome de inmunodeficiencia adquirida, sida.

El período desde la infección del VIH hasta el diagnóstico de sida se encuentra entre los dos meses y 5-10 años o más, teniendo en cuenta el tratamiento con

26 Organización Panamericana de la Salud. Coinfección TB/VIH. Guía Clínica Regional. Actualización 2017. Washington, D.C.: OPS; 2017 <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34855>

antirretrovirales, el inicio a tiempo de la profilaxis de infecciones oportunistas y el tratamiento de trastornos nutricionales alarga este período.

Criterios clínicos para el diagnóstico de sida para menores de 13 años

II.6.7 Categoría clínica n:

Asintomático Niño que no tiene signos o síntomas considerados como resultado de infección por VIH o que tiene sólo una de las condiciones de la categoría A.

II.6.8 Categorías clínicas A

.

Levemente sintomático Niño con 2 o más de las siguientes condiciones, pero sin las condiciones de las categorías B o C.

- Linfadenopatía de 0.5 cm en más de dos sitios, cuando es bilateral equivale a un sitio.
- Hepatomegalia.
- Esplenomegalia.
- Dermatitis.
- Parotiditis.
- Infección vías respiratorias superiores, sinusitis u otitis media recurrente o persistente. Tomado de: Protocolo de vigilancia en salud pública VIH - SIDA, Ministerio de Salud y Protección social – Instituto Nacional de Salud, Colombia

II.6.8 Categorías clínicas A.

Moderadamente sintomático Niño que tiene condiciones diferentes a las categorías A o C que son atribuidas a la infección VIH. Ejemplos de estas condiciones son las siguientes, aunque no se limitan a éstos:

- Anemia (hemoglobina <8 mg/dl), neutropenia (<1000 mm³) o trombocitopenia (<100.000/mm³) persistente por 30 días.
- Meningitis bacteriana, neumonía o sepsis (episodio único).

- Candidiasis oro faríngea persistente (> 2 meses) en niños mayores de seis meses.
- Cardiomiopatía.
- Infección por citomegalovirus con inicio antes del primer mes de edad.
- Estomatitis herpética por HSV recurrente (> 2 episodios por año).
- Hepatitis.
- Diarrea recurrente o crónica.
- Bronquitis, esofagitis o neumonitis herpética por HSV con inicio antes del primer mes de edad.
- Herpes zoster con al menos dos episodios distintos o más de un dermatoma.
- Leiomiosarcoma.
- Neumonía intersticial linfocítica o hiperplasia linfocítica pulmonar compleja.
- Neuropatía.
- Nocardiosis.
- Fiebre persistente, mayor de un mes.
- Varicela diseminada.
- Toxoplasmosis de comienzo antes del primer mes de edad.

Tomado de: Protocolo de vigilancia en salud pública VIH - SIDA, Ministerio de Salud y Protección social – Instituto Nacional de Salud, Colombia.

II.6.9 Categorías clínicas C

- Gravemente sintomático. Infección bacteriana grave, múltiple o recurrente (confirmadas con cultivo en un periodo de dos años) tipo: septicemia, neumonía, artritis séptica, osteomielitis o absceso de un órgano interno o cavidad corporal (excepto otitis media, absceso mucoso, superficial o fístula de infecciones relacionadas con catéter).
- Encefalopatía con al menos uno de los siguientes hallazgos progresivos presentes durante al menos dos meses en ausencia de enfermedad diferente a VIH que pudiese explicarla: retardo psicomotor o capacidad intelectual verificada, interrupción del crecimiento cerebral o microcefalia

adquirida demostrada o atrofia cerebral demostrada por TC o RMN; déficit motor simétrico con paresia, reflejos patológicos, ataxia o disturbio de la marcha. Candidiasis esofágica o pulmonar. Coccidioidomicosis diseminada.

- Criptococosis Extra pulmonar. Criptosporidiosis o isosporiasis con inicio de síntomas después del primer mes de edad (sitio diferente a hígado, bazo o ganglios).
- Infección por HSV que causa úlcera mucocutánea que persiste > 1 mes o bronquitis, neumonitis o esofagitis en niño mayor de un mes.
- Histoplasmosis diseminada extra pulmonar o adicional a pulmonar o nodos linfáticos iliares.

II.6.10 Complicaciones

La infección por el VIH debilita el sistema inmunitario, lo que te hace mucho más propenso a tener numerosas infecciones y a padecer ciertos tipos de cáncer.

Infecciones frecuentes del VIH/sida

- Tuberculosis. En los países de recursos limitados, la tuberculosis es la infección oportunista más frecuente asociada con el VIH. Es una de las principales causas de muerte entre las personas con sida.
- Citomegalovirus. Este virus del herpes frecuente se transmite mediante líquidos corporales, como la saliva, la sangre, la orina, el semen y la leche materna. Un sistema inmunitario sano desactiva el virus, por lo que permanece inactivo en el cuerpo. Si el sistema inmunitario se debilita, el virus reaparece y causa daño en los ojos, el tubo digestivo, los pulmones u otros órganos.
- Candidiasis.

La candidiasis es una infección frecuente asociada con el VIH. Provoca inflamación, así como un recubrimiento blanco y espeso en las membranas mucosas de la boca, la lengua, el esófago o la vagina.

- Meningitis criptocócica. La meningitis es una inflamación de las membranas y del líquido alrededor del cerebro y de la médula espinal

(meninges). La meningitis criptocócica es una infección frecuente del sistema nervioso central asociado con el VIH y provocado por un hongo que se encuentra en la tierra.

- Toxoplasmosis. Esta infección potencialmente mortal es provocada por el *Toxoplasma gondii*, parásito que contagian principalmente los gatos. Los gatos infectados transmiten los parásitos a través de sus heces, y así luego pueden contagiar a otros animales y a los humanos. Las convulsiones se producen cuando se disemina al cerebro.
- Criptosporidiosis. Esta infección es provocada por un parásito intestinal que comúnmente se encuentra en los animales. Se contrae al beber o comer alimentos o agua contaminada. El parásito crece en los intestinos y en los conductos biliares, y provoca diarrea intensa y crónica en personas con sida.

Tipos de cáncer frecuentes en las personas con VIH/SIDA

- Sarcoma de Kaposi
 - Es un tumor de las paredes de los vasos sanguíneos. Este cáncer es poco común en personas que no están infectadas con el VIH, pero frecuente en personas que sí lo están. Por lo general, se manifiesta a través de lesiones rosas, rojas o violetas en la piel y en la boca. En personas con piel más oscura, las lesiones pueden parecer marrones oscuras o negras. El sarcoma de Kaposi también puede afectar los órganos internos, incluidos el tubo digestivo y los pulmones. Linfoma primario de cerebro. Linfoma de Burkitt inmunoblástico, de células grandes o de fenotipo inmunológico desconocido. *Mycobacterium tuberculosis* diseminado o extra pulmonar. *Mycobacterium* de otras especies o no identificada, diseminada, extra pulmonar o adicional a pulmonar, de piel, cervical o a nodos linfáticos iliares. Complejo *M. avium* o *kansasii* diseminada, extra pulmonar o adicional a pulmonar, de la piel, cervical o a nodos linfáticos aliares. Neumonía por *Pneumocystis carinii*. Leuco encefalopatía multifocal progresiva. Septicemia recurrente por *Salmonella* no tiphy. Toxoplasmosis

cerebral de inicio después del 1er mes de edad. Síndrome de desgaste o emaciación en ausencia de una enfermedad concurrente que pueda explicar: pérdida de peso persistente mayor de 10% del peso inicial; disminución en dos percentiles de la curva peso para la edad en un niño de un año en dos mediciones consecutivas con diferencia de 30 días más enfermedad diarreica crónica o fiebre documentada intermitente o constante por mayor 30 días.

Depresión, ansiedad y dificultad para caminar. Una de las complicaciones neurológicas más frecuentes es el complejo de demencia del sida, que produce cambios en la conducta y una disminución de las facultades mentales.

- Enfermedad renal

La nefropatía asociada al VIH consiste en la inflamación de los pequeños filtros de los riñones que eliminan el exceso de líquidos y de desechos de la sangre y los transportan a la orina. Afecta con mayor frecuencia a afroamericanos e hispanos. Cualquier persona que padezca esta complicación debe iniciar un tratamiento antirretrovírico.

II.6.11 Diagnóstico

Las pruebas serológicas, entre ellas los análisis rápidos y los enzimoimmunoanálisis (EIA), detectan la presencia o ausencia de anticuerpos contra el VIH-1, el VIH-2 y el antígeno p24 del virus. Ninguna prueba permite diagnosticar por sí sola la presencia del VIH. Es importante combinar estas pruebas en un orden específico que haya sido validado basándose en la prevalencia del virus en la población objeto de examen. La infección por el VIH se puede detectar con gran exactitud mediante pruebas precalificadas por la OMS en el marco de un enfoque validado.

Es importante señalar que las pruebas serológicas permiten detectar los anticuerpos que se generan como parte de la respuesta inmunitaria para luchar contra patógenos externos, y no el propio VIH.

En la mayoría de las personas, los anticuerpos contra el VIH aparecen a los 28 días de la fecha en que se contrajo la infección y, por tanto, no se pueden detectar antes. Este lapso se denomina periodo de seroconversión y es el momento de mayor infectividad, pero la transmisión puede producirse en todas las fases de la infección.²⁷

La práctica más correcta es realizar una nueva prueba de detección a todas las personas que hayan dado positivo en una primera prueba diagnóstica antes de atenderlos y tratarlos, con el fin de descartar que los resultados sean incorrectos o se haya proporcionado una información equivocada. Sin embargo, una vez se ha diagnosticado la infección y se ha empezado el tratamiento no se deben realizar nuevas pruebas diagnósticas. Encontrar pruebas de detección que faciliten el diagnóstico de los lactantes expuestos a la transmisión del VIH siempre ha sido difícil. Las pruebas serológicas no bastan para detectar la infección en los lactantes y los niños menores de 18 meses de edad, por lo que se deben realizar pruebas virológicas (a las seis semanas de edad o antes, incluso en el momento del nacimiento) para detectar el virus en los niños de madres infectadas. No obstante, están apareciendo nuevas técnicas que permiten hacer la prueba en el lugar donde se presta la asistencia y obtener un resultado en el mismo día, lo cual permite también atender al paciente e iniciar el tratamiento con mayor rapidez.²⁸

II.6.12 Tratamiento de VIH-SIDA.

El VIH y SIDA no tienen cura, pero existe una variedad de medicamentos disponibles para controlar el virus. Dicho tratamiento se conoce como

²⁷ Coinfección TB/VIH. Guía Clínica Regional. Actualización 2017

²⁸ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

«tratamiento antirretroviral». Cada clase de medicamento bloquea el virus de maneras diferentes.

Las clases de medicamentos contra el VIH son las siguientes:

1. Los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleótidos.
2. Los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleótidos o nucleótidos.
3. Los inhibidores de proteasa.
4. Los inhibidores de entrada o fusión.

II.6.13 Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogo nucleótidos.

Encargados de desactivar una proteína que el VIH necesita para reproducirse. Algunos ejemplos son el efavirenz (Sustiva), la etravirina (Intelence) y la nevirapina (Viramune).

II.6.14 Los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos o nucleótido

Estos son una versiones defectuosas de los componentes esenciales que el VIH necesita para reproducirse. Algunos ejemplos son el abacavir (Ziagen), y la combinación de los medicamentos emtricitabina-tenofovir (Truvada), tenofovir alafenamida-emtricitabina (Descovy), lamivudina-zidovudina (Combivir).

II.6.15 los inhibidores de la proteasa.

Desactivan la proteasa del VIH, que es otra proteína que el VIH necesita para reproducirse. Algunos ejemplos son el atazanavir (Reyataz), el darunavir (Prezista), el fosamprenavir (Lexiva) y el indinavir (Crixivan).

II.6.16 Inhibidores de la integrasa.

Actúan desactivando una proteína denominada «integrasa» que el VIH utiliza para introducir su material genético en los linfocitos T CD4. Algunos ejemplos son el raltegravir (Isentress) y el dolutegravir (Tivicay). El tratamiento contra la infección por el VIH es particularmente importante en las siguientes situaciones:

- Tienes síntomas graves.
- Tienes una infección oportunista.
- Tu recuento de linfocitos CD4 es inferior a 350.
- Estás embarazada.
- Tienes una enfermedad renal asociada al VIH.
- Estás en tratamiento por hepatitis B o C.

Los planes de tratamiento contra la infección por el VIH pueden suponer que debas tomar muchas pastillas en horarios específicos todos los días durante el resto de la vida. Cada medicamento tiene su propio conjunto de efectos secundarios. Es importante tener consultas de seguimiento periódicas con el médico para controlar tu salud y el tratamiento.

II.6.17 Efectos secundarios del tratamiento antirretroviral

- Náuseas, vómitos o diarrea
- Enfermedad cardíaca
- Disminución de la masa ósea o debilitamiento óseo
- Rotura del tejido muscular (rabdomiólisis)
- Niveles anormales de colesterol
- Nivel de azúcar en sangre más alto
- Delirio
- Ginecomastia

II.6.18. Pronóstico y evolución

Es de mal pronóstico, el VIH es el causante del sida. El sida que significa síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Este se transmite de persona a persona, el VIH destruye las células importantes del sistema inmunitario los cd4 o células t que tienen como función proteger de las infecciones. el sida es la fase más grave de la infección por VIH y con el tiempo termina con infecciones oportunista provocando la muerte.²⁹

²⁹ Organización Mundial de la Salud, OMS, (2017), recuperado de : https://www.who.int/topics/hiv_aids/es/

II.6.19.PREVENCIÓN

No existe una vacuna para prevenir la infección por VIH, ni una cura para el sida.

Una persona puede reducir el riesgo de infección por el VIH limitando su exposición a los factores de riesgo. A continuación se explican los principales métodos para prevenir el contagio, que se suelen usar conjuntamente.

Uso de preservativos masculinos y femeninos

El uso correcto y sistemático del preservativo masculino o femenino en el curso de la penetración vaginal o anal puede proteger de la propagación de enfermedades de transmisión sexual, entre ellas la infección por el VIH. Los datos demuestran que los preservativos masculinos de látex tienen un efecto protector contra la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) que llega como mínimo a un 85%.

Pruebas de detección del VIH y las ITS y asesoramiento al respecto

Se aconseja vivamente a toda persona expuesta a cualquiera de los factores de riesgo que se someta a pruebas de detección del VIH y otras ITS, para así conocer su estado y, llegado el caso, acceder sin demora a los servicios oportunos de prevención y tratamiento. La OMS recomienda también que se proponga realizar la prueba a las parejas de los infectados y a las personas que practiquen sexo con ellos, y que se ofrezca asesoramiento a las personas infectadas por el VIH para informar de ello a sus parejas sexuales, ya sea solas o con ayuda de profesionales sanitarios.

Vínculos de las pruebas de detección y asesoramiento con la prevención y el tratamiento de la tuberculosis

La tuberculosis es la enfermedad que padecen con más frecuencia las personas infectadas por el VIH y la que causa más defunciones entre ellas. Es letal si no se

detecta y se trata, y constituye la principal causa de muerte en los VIH-positivos (1 de cada 3 defunciones asociadas al VIH).

La detección precoz de la tuberculosis y el vínculo rápido con el tratamiento antituberculoso y el antirretrovírico pueden evitar esas defunciones. En los servicios de atención a la infección por el VIH debería ofrecerse sistemáticamente la realización de pruebas de la tuberculosis, y a todas las personas diagnosticadas de tuberculosis o en quienes se sospeche esta enfermedad se les debería ofrecer la posibilidad de someterse a pruebas de detección del VIH. Las personas a las que se ha diagnosticado la infección por el VIH y la tuberculosis activa deberían iniciar urgentemente el TAR y el tratamiento con fármacos contra la tuberculosis multirresistente. Además, se debería proponer un tratamiento preventivo de la tuberculosis a las personas infectadas por el VIH que no tengan tuberculosis activa.

Circuncisión voluntaria a cargo de personal sanitario cualificado

La circuncisión, siempre que la practique personal sanitario cualificado, reduce aproximadamente en un 60% el riesgo de que un hombre resulte infectado por el VIH al mantener relaciones heterosexuales. Se trata de una intervención profiláctica fundamental que se ayuda a llevar a cabo en 15 países de África Oriental y Meridional con una alta prevalencia del VIH e índices bajos de circuncisión masculina. La circuncisión voluntaria a cargo de personal sanitario cualificado se considera también una buena forma de incluir en los servicios de asistencia a los varones adultos y adolescentes que no suelen acudir a los centros de salud. Desde que la OMS recomendó en 2017 esta práctica como estrategia preventiva complementaria, se ha prestado a casi 15 millones de varones adultos y adolescentes de África Oriental y Meridional un conjunto de servicios que incluyen las pruebas diagnósticas de la infección por el VIH y actividades educativas sobre el sexo sin riesgo y el uso del preservativo.

Prevención con antirretrovíricos

Ventajas del uso profiláctico del TAR

En un ensayo realizado en 2011 se confirmó que, cuando un individuo VIH-positivo sigue una pauta de TAR eficaz, se reduce en un 96% el riesgo de que transmita el virus a su pareja sexual no infectada. La recomendación de la OMS de iniciar el TAR en todos los individuos infectados por el VIH contribuirá significativamente a reducir la transmisión.

Profilaxis anterior a la exposición para los individuos no infectados por el VIH

En las personas no infectadas por el VIH, la administración de antirretrovíricos por vía oral es la práctica diaria habitual para evitar el contagio por este virus. En más de 10 estudios controlados con asignación aleatoria se ha demostrado que esta práctica reduce eficazmente la transmisión del VIH en una serie de grupos poblacionales como las parejas heterosexuales serodiscordantes (es decir, aquellas en las que un individuo está infectado y el otro no), los hombres que tienen relaciones homosexuales, las mujeres transexuales, las parejas heterosexuales con un riesgo elevado de transmisión y los consumidores de drogas inyectables.

La OMS recomienda la profilaxis anterior a la exposición en todas las personas que corren un riesgo sustancial de contraer la infección por el VIH como parte de un conjunto de estrategias preventivas. Además, estas recomendaciones se han ampliado a las mujeres VIH-negativas durante el embarazo y la lactancia.

Profilaxis posterior a la exposición al VIH

Este método consiste en tomar antirretrovíricos en las 72 horas siguientes a la exposición al VIH, a fin de prevenir la infección. Esta profilaxis incluye también asesoramiento, primeros auxilios, pruebas de detección del VIH y la administración de antirretrovíricos durante 28 días, junto con atención complementaria. La OMS recomienda esta forma de profilaxis para los adultos y

los niños que han estado expuestos a la infección, ya sea en el trabajo o en otro contexto.

Reducción de daños en los consumidores de drogas inyectables

Las personas que se inyectan drogas pueden protegerse de la infección por el VIH utilizando en cada inyección material estéril, en particular la aguja y la jeringuilla, y no compartiendo soluciones de droga o material infectivo. El tratamiento de la dependencia y, en especial, el tratamiento sustitutivo con opioides para los dependientes de estas sustancias, también ayuda a reducir el riesgo de transmisión y a que el paciente cumpla la pauta terapéutica prescrita. Las medidas de prevención y tratamiento de la infección por el VIH que se deben aplicar conjuntamente son:

- programas de distribución de agujas y jeringas;
- tratamiento sustitutivo con opioides para los dependientes de estas sustancias y otros tratamientos de esta dependencia cuya eficacia se haya demostrado mediante pruebas científicas;
- asesoramiento y pruebas de detección del VIH;
- tratamiento contra el VIH y atención a los infectados
- educación e información sobre la reducción de riesgos, y suministro de naloxona;
- acceso a preservativos; y
- tratamiento de las ITS, la tuberculosis y las hepatitis víricas.

Eliminación de la transmisión del VIH de la madre al niño

La transmisión del VIH de una madre infectada a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia se denomina transmisión vertical o materno infantil. Si no se interviene de ninguna forma durante estos periodos, las tasas de transmisión pueden ser del 15% al 45%. Es posible prevenir totalmente este tipo de

transmisión administrando antirretrovíricos tanto a la madre como al niño tan pronto como sea posible durante la gestación y el periodo de lactancia.³⁰

La OMS recomienda el TAR de por vida para todas las personas infectadas por el VIH, incluidas todas las mujeres embarazadas y que amamantan, con independencia de su recuento de CD4 y de su estado clínico. En 2016, el 76% de las aproximadamente 1,4 millones de embarazadas infectadas por el VIH en el mundo estaban en tratamiento con antirretrovíricos para prevenir la transmisión a sus hijos. Cada vez son más los países donde la tasa de transmisión materna infantil es muy baja, y algunos de ellos (Armenia, Belarús, Cuba y Tailandia) han recibido la validación oficial de que se ha eliminado esta vía de contagio. Por otro lado, varios países con tasas elevadas de infección por este virus están logrando grandes progresos en su camino hacia la eliminación.³¹

30 ONUSIDA. Datos mundiales sobre el VIH. 2015. Disponible en:

<http://www.unaids.org/es/resources/factsheet> [Consultado mayo 2016] 2. Guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años de edad o más) y adultos. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Otros_conv/GPC_VIH_adolescentes/GPC_Comple_VIHADULTOS_web.pdf 3.

31 Organización Mundial de la Salud, OMS (2018), recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/hiv-aids>

CAPITULO III
MARCO METODOLOGICO

III.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta su fallecimiento.	Años cumplidos	ordinal
Sexo	Estado fenotípico condicionado genéticamente y que determina el género al que pertenece un individuo	Femenino Masculino	Nominal
Nacionalidad	Es el estado al que pertenece una persona que ha nacido en una determinada nación o ha sido naturalizado.	Dominicanos Extranjeros	Nominal
Procedencia	Lugar, cosa o persona que procede alguien o algo.	Zona urbana Zona rural	nominal
Estado civil	Situación de la persona que determina sus relaciones de familia proveniente del matrimonio o del parentesco que establezca con la otra persona opuesta.	Soltero casado unión libre viudo	nominal
Escolaridad	Periodo de tiempo donde una persona asiste a la	Analfabeto Primaria	nominal

	escuela para estudiar y aprender el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.	Secundaria universitaria	
Efectos secundarios	Son las reacciones indeseadas que produce cierta sustancia	Nauseas Aumento de peso Ginecomastia Vómitos Alteración del estado de animo	Nominal
Tiempo transcurrido al uso de medicamento	Es la fecha del tratamiento de una enfermedad hasta que empieza a mejorar o diseminarse la enfermedad.	1 años 2 años 3 años 4 años 5 años Mayor de 5 años	Nominal
Relación médico – paciente	Es una modalidad de las múltiples relaciones interpersonales que realización, que permite al enfermo satisfacer su deseo y necesidad de salud	Excelente Muy Buena regular Mala	Nominal

	y al médico cumplir con una de sus funciones sociales.		
Adherencia terapéutica	Es el compromiso activo y voluntario del paciente con tratamiento indicado por el profesional de salud, que tiene como objetivo lograr un resultado específico que es acordado entre el paciente y el médico.	Excelente Muy buena Buena Regular mala	Nominal

III.2 Material y método

III.2.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, de fuente Prospectivo con el objetivo de determinar los factores que influyen a la adherencia de medicamentos antirretrovirales en pacientes del programa VIH – SIDA del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina durante el periodo Marzo – Abril 2020.

III.2.2 Área de estudio

El estudio se realizó en el Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal, República Dominicana Ubicado en la comunidad de San Cristóbal, Está delimitado; Al Norte, Por La Calle Santomé; Al Este, Por La Calle Presidente Billini; Al Sur Por La Calle Juan Tomas Díaz; Al oeste, por la Calle Manuel María Seijas.

III.2.3 Universo

Estuvo constituido por 810 pacientes registrados al programa de VIH – SIDA del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina.

III.2.4 Muestra

Estuvo constituido por 150 pacientes que acudieron al programa de VIH -SIDA en el Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina durante el periodo Marzo – Abril 2020.

III.2.5 Criterios de inclusión

Todos los pacientes que acudan al programa de VIH- sida del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina.

Todos los pacientes que acepten.

III.2.6 Criterios de exclusión

Pacientes que rehúsen a la investigación.

Pacientes con enfermedad mental.

Todo paciente con barrera idiomática.

Pacientes embarazadas.

Pacientes menores de edad.

III.2.7. Instrumento de recolección de datos

Mediante entrevistas y se elaborara un cuestionario, el cual contenga las variables a investigar.

III.2.8. Procesamiento y análisis de datos

La investigación se llevara a cabo por el sustentante de la tesis se encargara de recopilar los datos, basados en el protocolo estandarizado, descrito, utilizando como fuente de información un cuestionario de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión ye establecidos.

Se realizó mediante técnicas estadísticas a presentar en tabla y gráficos estadísticos para su mejor comprensión, asistido por el programa EPI-INFO-6.0. Los datos obtenidos se presentaran en frecuencia simple.

III.2.9. Aspectos éticos

El presente estudio será ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki¹ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).² El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo serán sometidos a la revisión del Comité de Ética de la Universidad, a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como a la Unidad de enseñanza del hospital regional docente Juan Pablo Pina, cuya aprobación será el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio implica el manejo de datos identificatorios ofrecidos por personal que labora en el centro de salud (departamento de sai). Los mismos serán manejados con suma cautela la información será manejada únicamente por la investigadora. Todos los informantes identificados durante esta etapa serán abordados de manera personal con el fin de obtener su permiso para ser contactadas en las etapas subsecuentes del estudio.

Todos los datos recopilados en este estudio serán manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de los/as contenida en los expedientes clínicos será protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente puedan identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento.

Finalmente, toda información incluida en el texto del presente anteproyecto, tomada en otras autores, será justificada por su llamada correspondiente.

CAPITULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

IV.1. Resultados

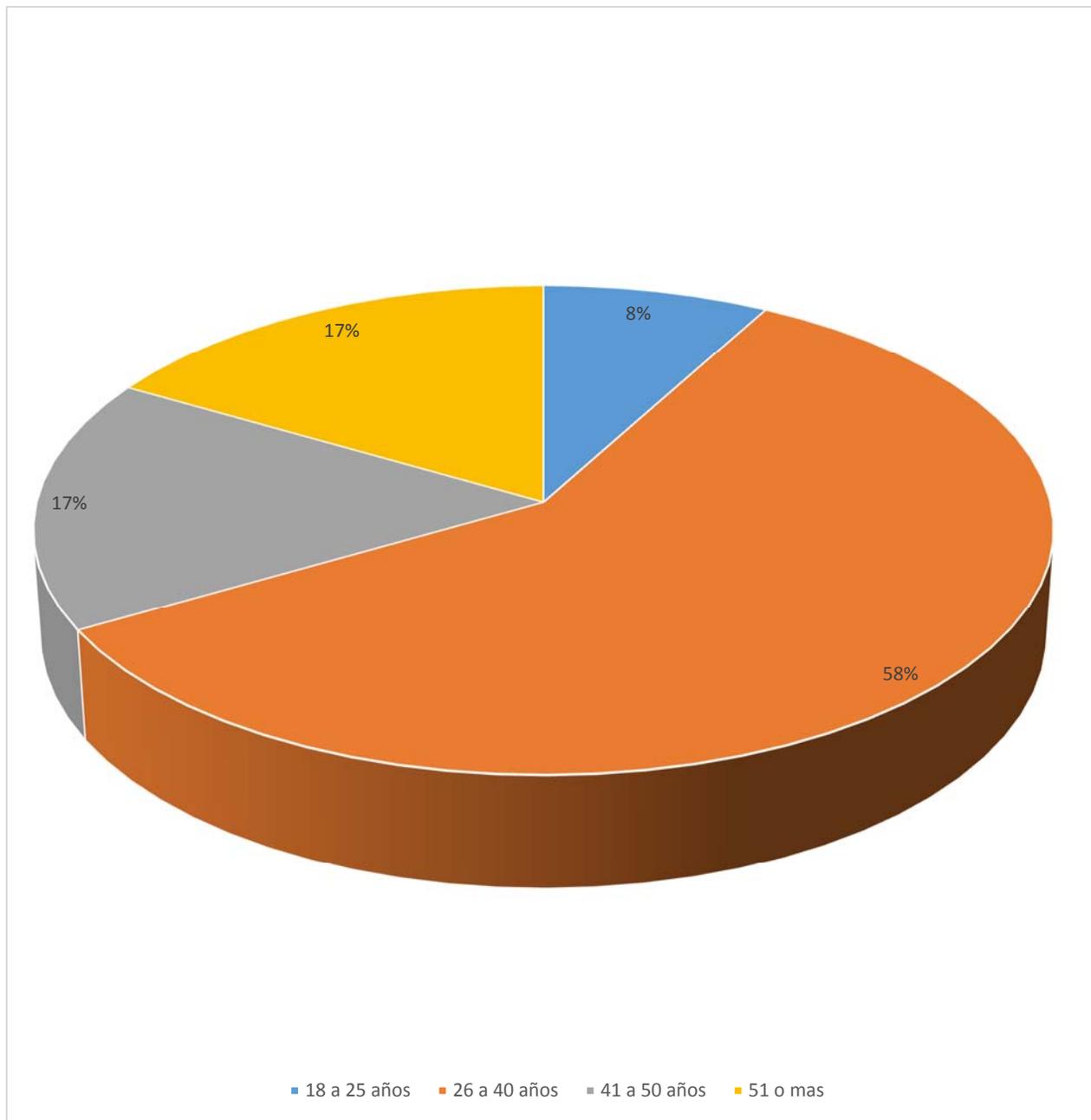
Tabla no.1: Edad y su influencia en la adherencia de medicamentos antirretrovirales en pacientes del programa VIH – SIDA del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina durante el periodo Marzo – Abril 2020.

Edad	Frecuencia	%
18 a 25 años	12	8
26 a 40 años	88	58
41 a 50 años	25	17
51 o más	25	17
Total	150	100

Fuente 1: Cuestionario aplicado a pacientes del programa VIH / Sida Del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina Marzo – Abril 2020.

Al analizar el siguiente cuadro se observó que las edades de 18-25 años obtuvo un 8 %, 26 - 40 años un 58 % ,41–50 años 17%, más de 51 años 17%.

Gráfico No.1. Edad y su influencia en la adherencia de medicamentos antirretrovirales en pacientes del programa VIH – SIDA del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina durante el periodo Marzo – Abril 2020.



Fuente: Tabla No.1

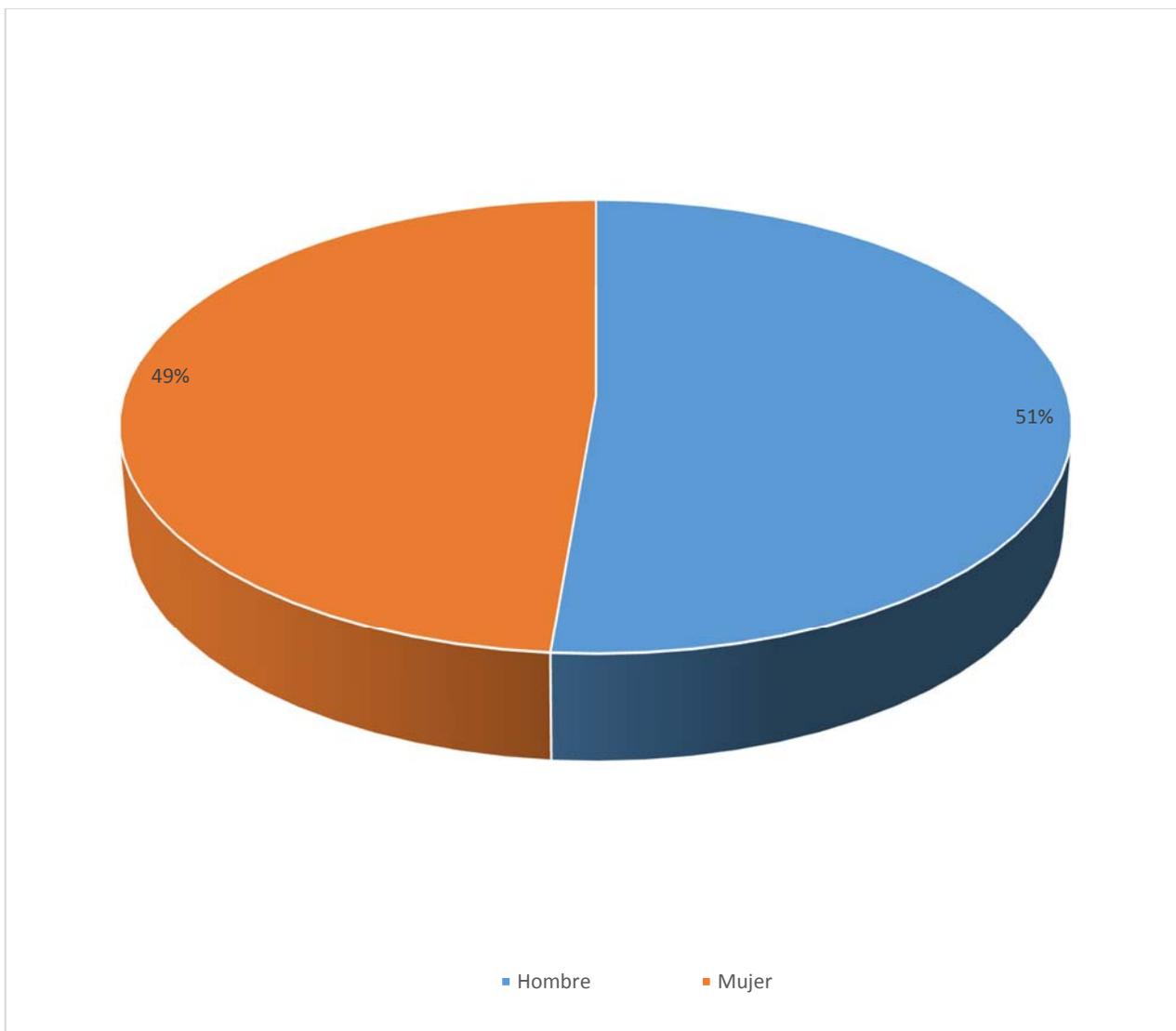
Tabla no.2. Sexo y su influencia en la adherencia de medicamentos antirretrovirales en pacientes del programa VIH – SIDA del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina durante el periodo Marzo – Abril 2020.

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	77	51
Femenino	73	49
Total	150	100

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes del programa VIH / Sida Del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina Marzo – Abril 2020.

Al analizar el siguiente cuadro el sexo masculino obtuvo un 51%y el femenino 49%.

Gráficos No.2. Sexo y su influencia en la adherencia de medicamentos antirretrovirales en pacientes del programa VIH – SIDA del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina durante el periodo Marzo – Abril 2020.



Fuente: Tabla No.2

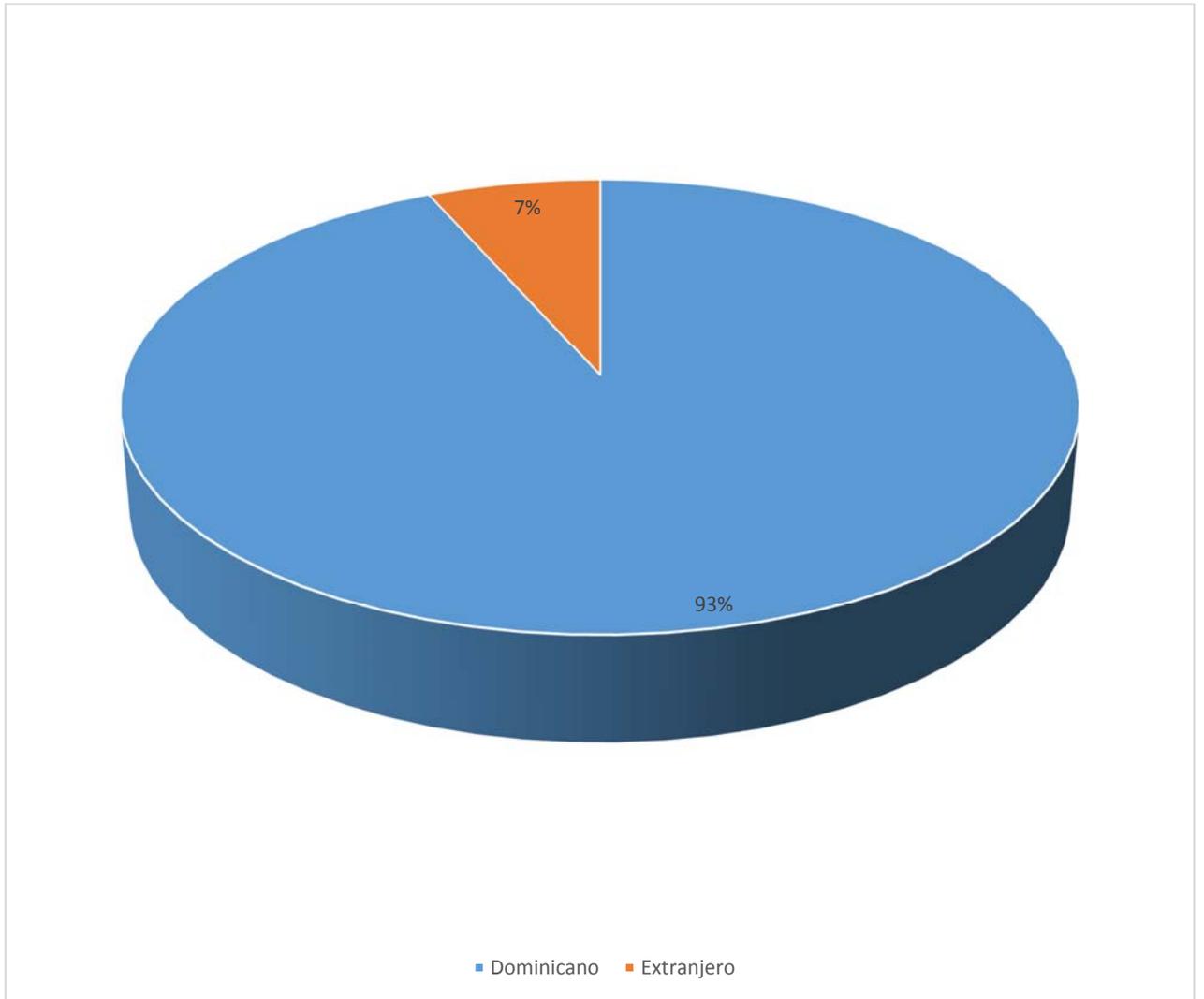
Tabla no.3: Nacionalidad y su influencia en la adherencia de medicamentos antirretrovirales en pacientes del programa VIH – SIDA del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina durante el periodo Marzo – Abril 2020.

Nacionalidad	Frecuencia	%
Dominicano	140	93
Extranjero	10	7
Total	150	100

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes del programa VIH / Sida Del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina Marzo – Abril 2020.

Al analizar el siguiente cuadro evidencia que la nacionalidad dominicana obtuvo un 93% y extranjeros un 7 %.

Gráfico No.3. Nacionalidad y su influencia en la adherencia de medicamentos antirretrovirales en pacientes del programa VIH – SIDA del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina durante el periodo Marzo – Abril 2020.



Fuente: Tabla No.3

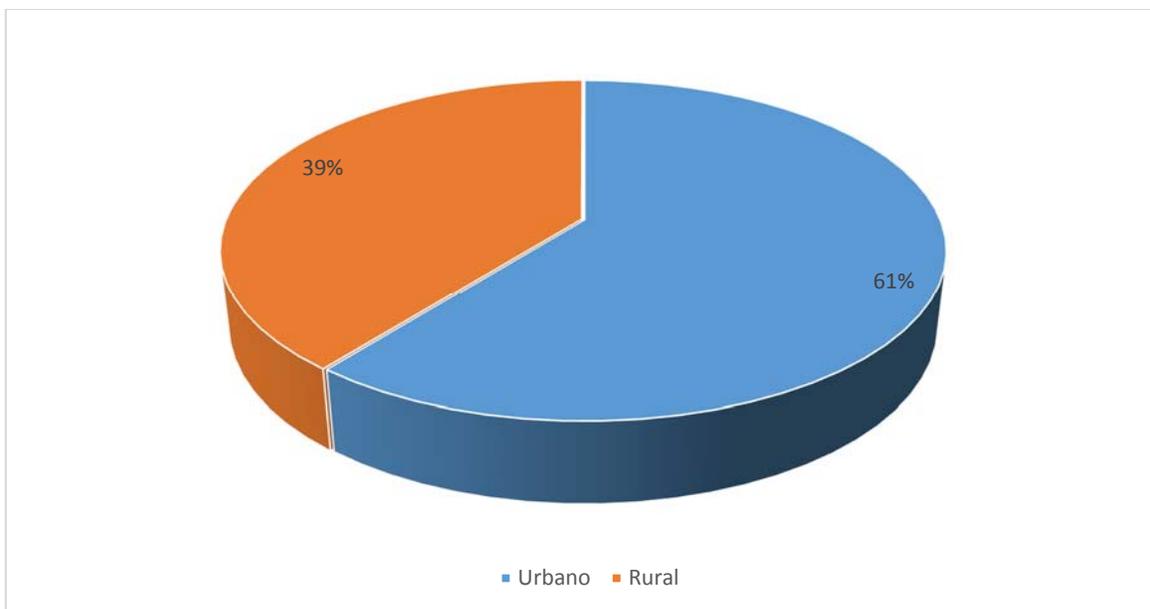
Tabla no.4: Procedencia y su influencia en la adherencia de medicamentos antirretrovirales en pacientes del programa VIH – SIDA del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina durante el periodo Marzo – Abril 2020.

Procedencia	Frecuencia	%
Zona Urbano	91	61
Zona Rural	59	39
Total	150	100

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes del programa VIH / Sida Del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina Marzo – Abril 2020.

Al analizar el cuadro de la procedencia la zona urbana obtuvo 61% mientras que la zona rural 39%.

Gráfico No.4. Procedencia y su influencia en la adherencia de medicamentos antirretrovirales en pacientes del programa VIH – SIDA del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina durante el periodo Marzo – Abril 2020.



Fuente: Tabla No.4

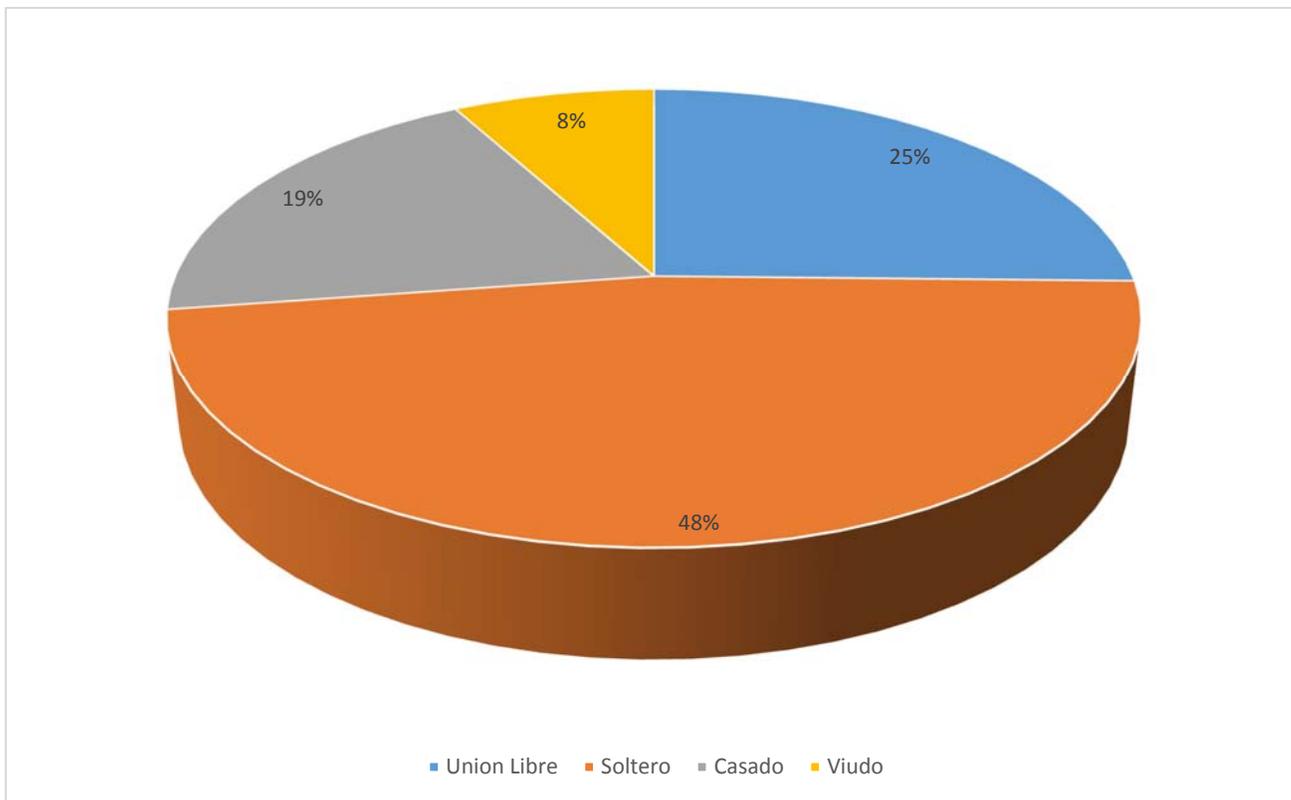
Tabla No.5. Estado civil y su influencia en la adherencia de medicamentos antirretrovirales en pacientes del programa VIH – SIDA del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina durante el periodo Marzo – Abril 2020.

Estado Civil	Frecuencia	%
Soltero	71	48
Casado	29	19
Unión libre	38	25
Viudo	12	8
Total	150	100

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes del programa VIH / Sida Del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina Marzo – Abril 2020.

Al analizar el siguiente cuadro el estado civil los solteros obtuvieron 48 %, casado 19%, Unión libre 25%, viudo un 8 %.

Gráfico No.5. Estado civil y su influencia en la adherencia de medicamentos antirretrovirales en pacientes del programa VIH – SIDA del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina durante el periodo Marzo – Abril 2020.



Fuente: Tabla No.5

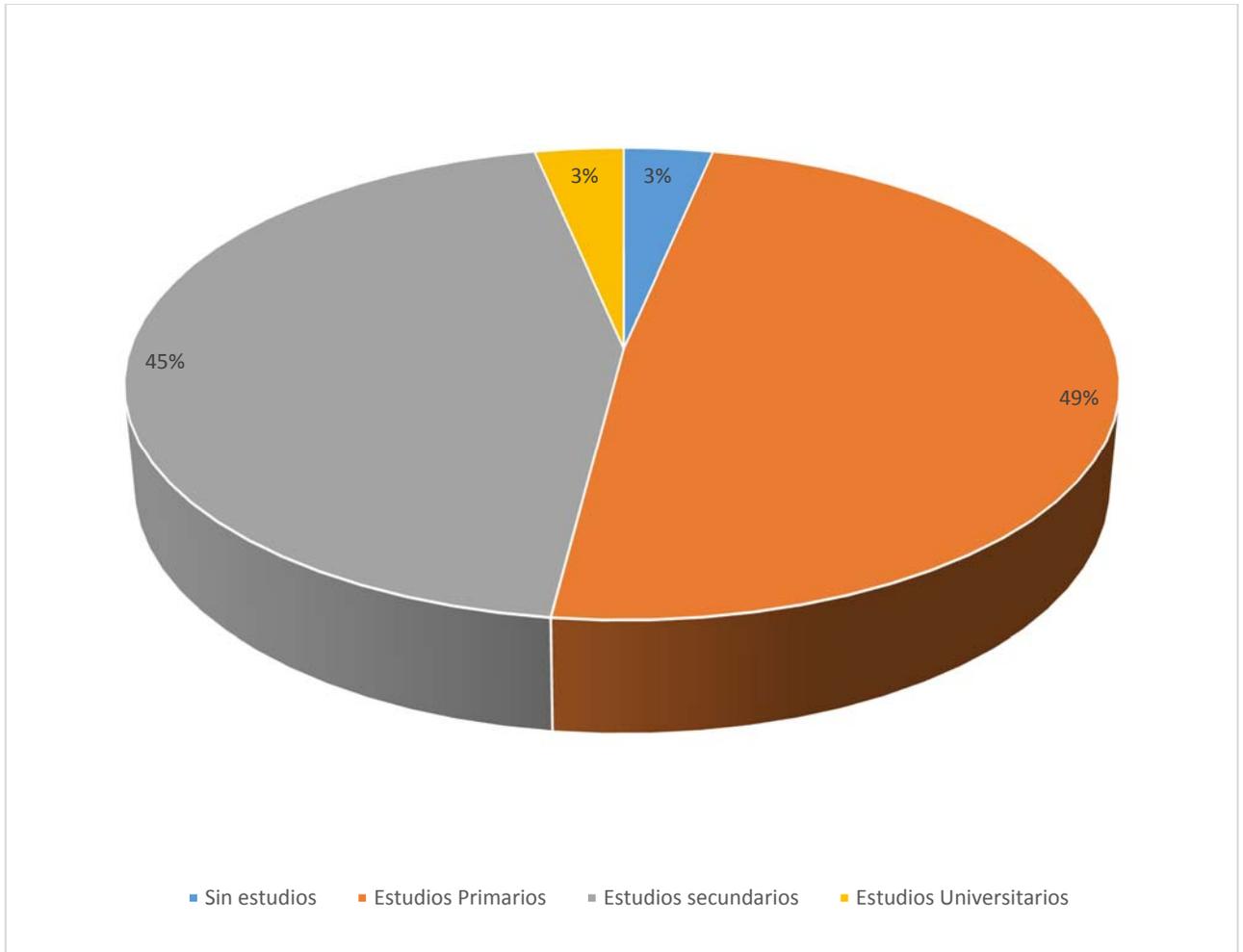
Tabla No.6. Escolaridad y adherencia de medicamentos antirretrovirales en pacientes del programa VIH – SIDA del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina durante el periodo Marzo – Abril 2020.

Escolaridad	Frecuencia	%
Analfabeto	5	3
Estudios Primarios	73	49
Estudios secundarios	67	45
Estudios Universitarios	5	3
Total	150	100

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes del programa VIH / Sida Del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina Marzo – Abril 2020:

Al analizar cuadro de la escolaridad reporta los analfabetos con un 5 %, estudios primarios un 49%, estudios secundarios 45 % y los universitarios un 3 %.

Gráfico No.6. Escolaridad y adherencia de medicamentos antirretrovirales en pacientes del programa VIH – SIDA del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina durante el periodo Marzo – Abril 2020.



Fuente: Tabla No.6

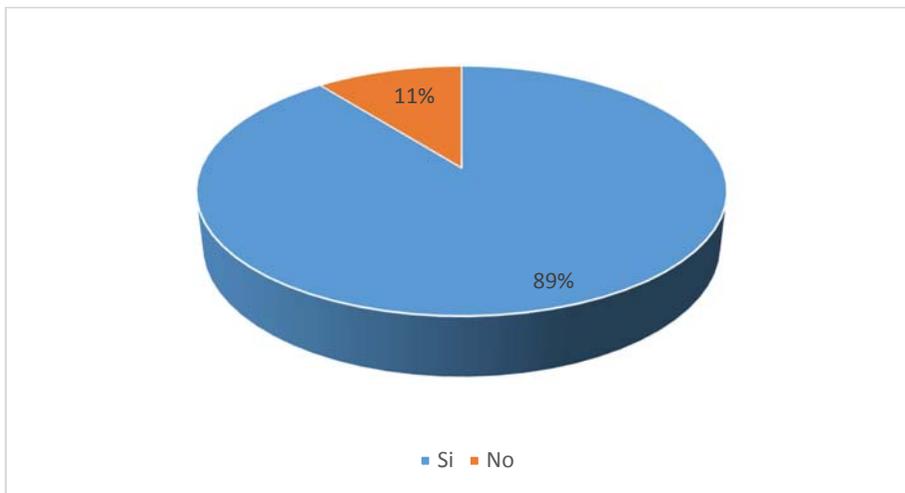
Tabla No.7. Efectos secundarios y su influencia en la adherencia de medicamentos antirretrovirales en pacientes del programa VIH – SIDA del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina durante el periodo Marzo – Abril 2020.

¿Durante el tratamiento con antirretrovirales ha presentado efectos secundarios?	Frecuencia	%
Si	134	11
No	16	89
Total	150	100

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes del programa VIH / Sida Del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina Marzo – Abril 2020.

El análisis de los efectos secundarios obtuvimos que el 11 % dijo (si) y un 89% dijo (no).

Grafico No.13. 7 Efectos secundarios y su influencia en la adherencia de medicamentos antirretrovirales en pacientes del programa VIH – SIDA del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina durante el periodo Marzo – Abril 2020.



Fuente: Tabla No.7

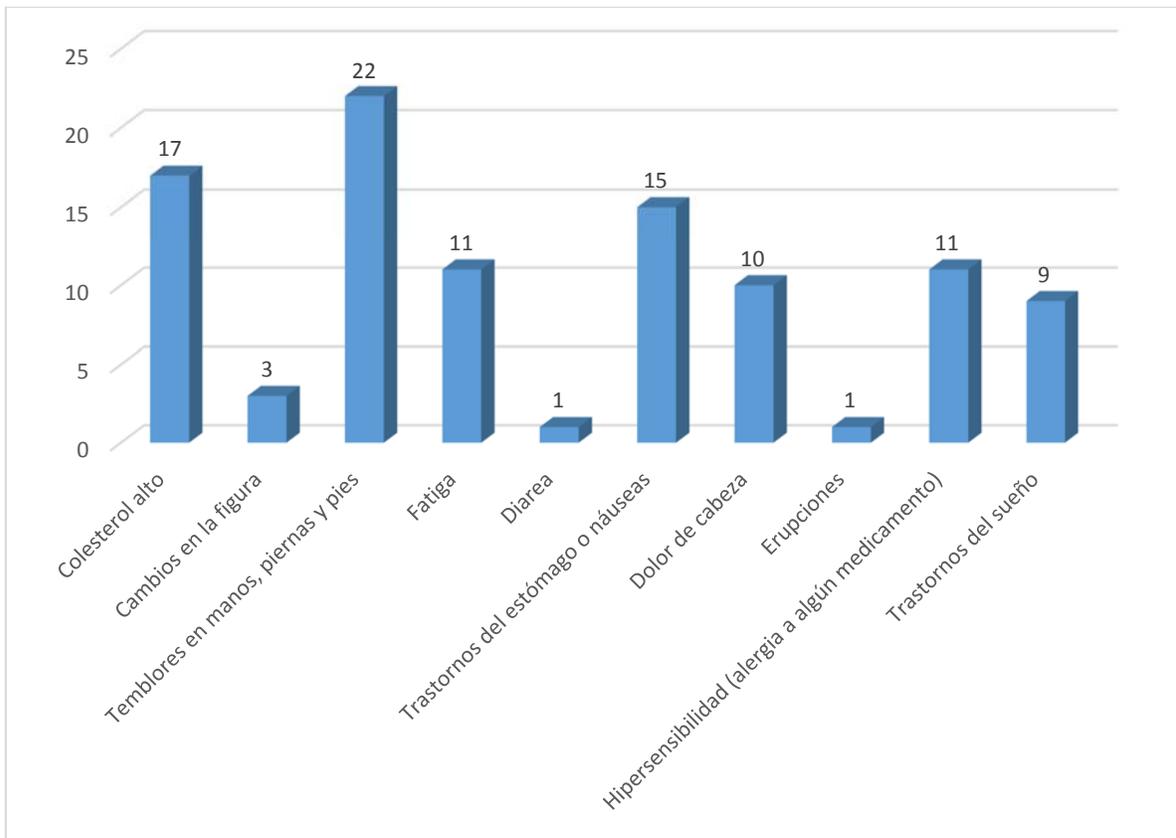
Tabla No.8. Efectos secundarios y su influencia en la adherencia de medicamentos antirretrovirales en pacientes del programa VIH – SIDA del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina durante el periodo Marzo – Abril 2020.

En caso afirmativo	Frecuencia	%
Colesterol alto	25	17
Cambios en la figura	4	3
Temblores en manos, piernas y pies	33	22
Fatiga	16	11
Diarrea	1	1
Trastornos del estómago o náuseas	23	15
Dolor de cabeza	15	10
Erupciones	2	1
Hipersensibilidad (alergia a algún medicamento)	17	11
Trastornos del sueño	14	9
Total	150	100

Fuente: Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina

al analizar este cuadro sobre los efectos secundarios mas frecuente obtuvimos que el colesterol alto un 17%, cambio de figura un 3 %, hipersensibilidad temblores de manos piernas y pies 22%, fatiga un 11%, diarrea 1%, trastorno de estómago náuseas un 15 %, dolor de cabeza un 10 %, erupciones un1%, hipersensibilidad 11% y trastorno del sueño 9%.

Gráfico No.8. Efectos secundarios y su influencia en la adherencia de medicamentos antirretrovirales en pacientes del programa VIH – SIDA del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina durante el periodo Marzo – Abril 2020



Fuente: Tabla No.8

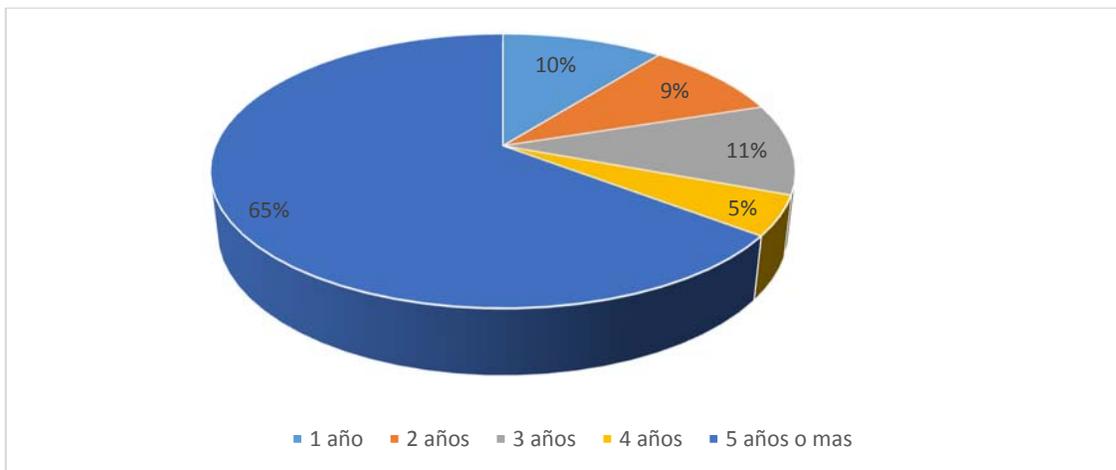
Tabla No.9. Tiempo transcurrido desde el inicio de tratamiento y su influencia en la adherencia de medicamentos antirretrovirales en pacientes del programa VIH – SIDA del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina durante el periodo Marzo – Abril 2020.

Tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento antirretroviral	Frecuencia	%
1 año	16	10
2 años	14	9
3 años	16	11
4 años	7	5
5 años o mas	97	65
Total	150	100

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes del programa VIH / Sida Del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina Marzo – abril 2020.

Al analizar el siguiente cuadro sobre el tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento antirretroviral obtuvimos que el 10 % tenía un año, 9 % dos años, 11% 3 años, 65% 5 años con su tratamiento.

Gráfico No.9. Tiempo transcurrido desde el inicio de tratamiento y su influencia en la adherencia de medicamentos antirretrovirales en pacientes del programa VIH – SIDA del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina durante el periodo Marzo – Abril 2020.



Fuente: Tabla No.9

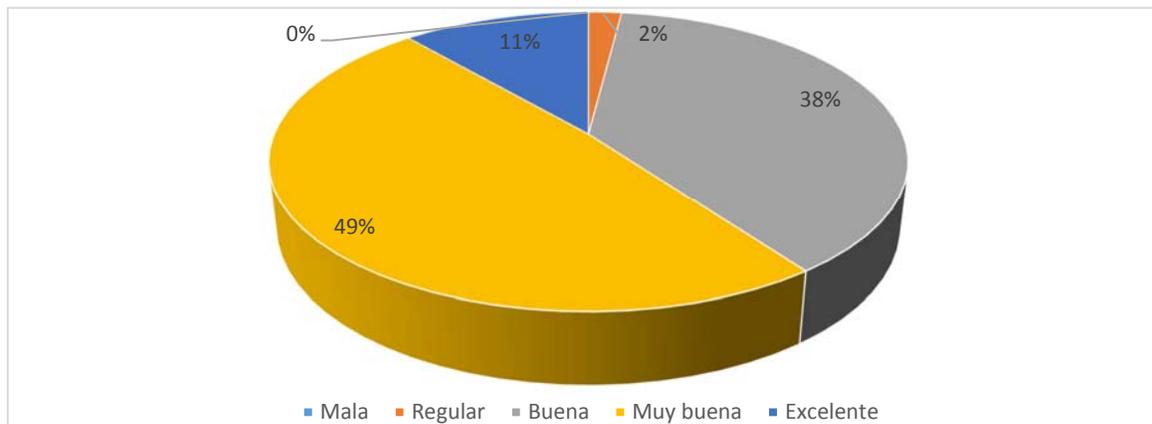
Tabla No.10. Relación médico-paciente y su influencia en la adherencia de medicamentos antirretrovirales en pacientes del programa VIH – SIDA del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina durante el periodo Marzo – Abril 2020.

Relación médico-paciente	Frecuencia	%
Mala	0	0
Regular	3	2
Buena	57	38
Muy buena	73	49
Excelente	17	11
Total	150	100

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes del programa VIH / Sida Del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina Marzo – Abril 2020.

Al analizar este cuadro sobre la relación médico - paciente respondieron un 11% era excelente, un 49% muy buena, 38% buena y 2% regular.

Gráfico No.10 Relación médico-paciente y su influencia en la adherencia de medicamentos antirretrovirales en pacientes del programa VIH – SIDA del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina durante el periodo Marzo – Abril 2020.



Fuente: Tabla No.10

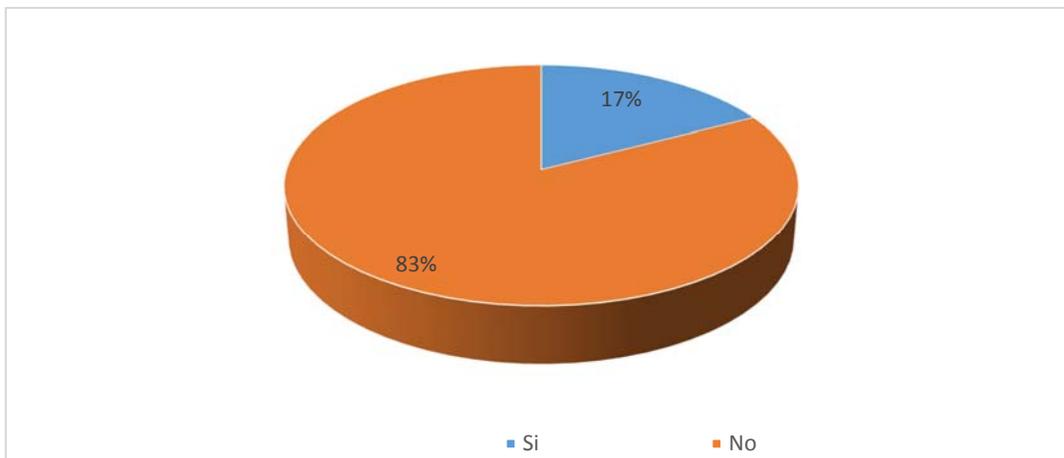
Tabla No.11. Memoria y su influencia en la adherencia de medicamentos antirretrovirales en pacientes del programa VIH – SIDA del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina durante el periodo Marzo – Abril 2020.

¿Se olvida alguna vez de tomar la medicación?	Frecuencia	%
Si	26	17
No	124	83
Total	150	100

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes del programa VIH / Sida Del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina Marzo – Abril 2020.

Al analizar el siguiente cuadro obtuvimos que el 83 % (no) se le olvida tomar su medicación mientras que 17 % (si).

Gráfico No.11 Memoria y su influencia en la adherencia de medicamentos antirretrovirales en pacientes del programa VIH – SIDA del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina durante el periodo Marzo – Abril 2020.



Fuente: Tabla No.11

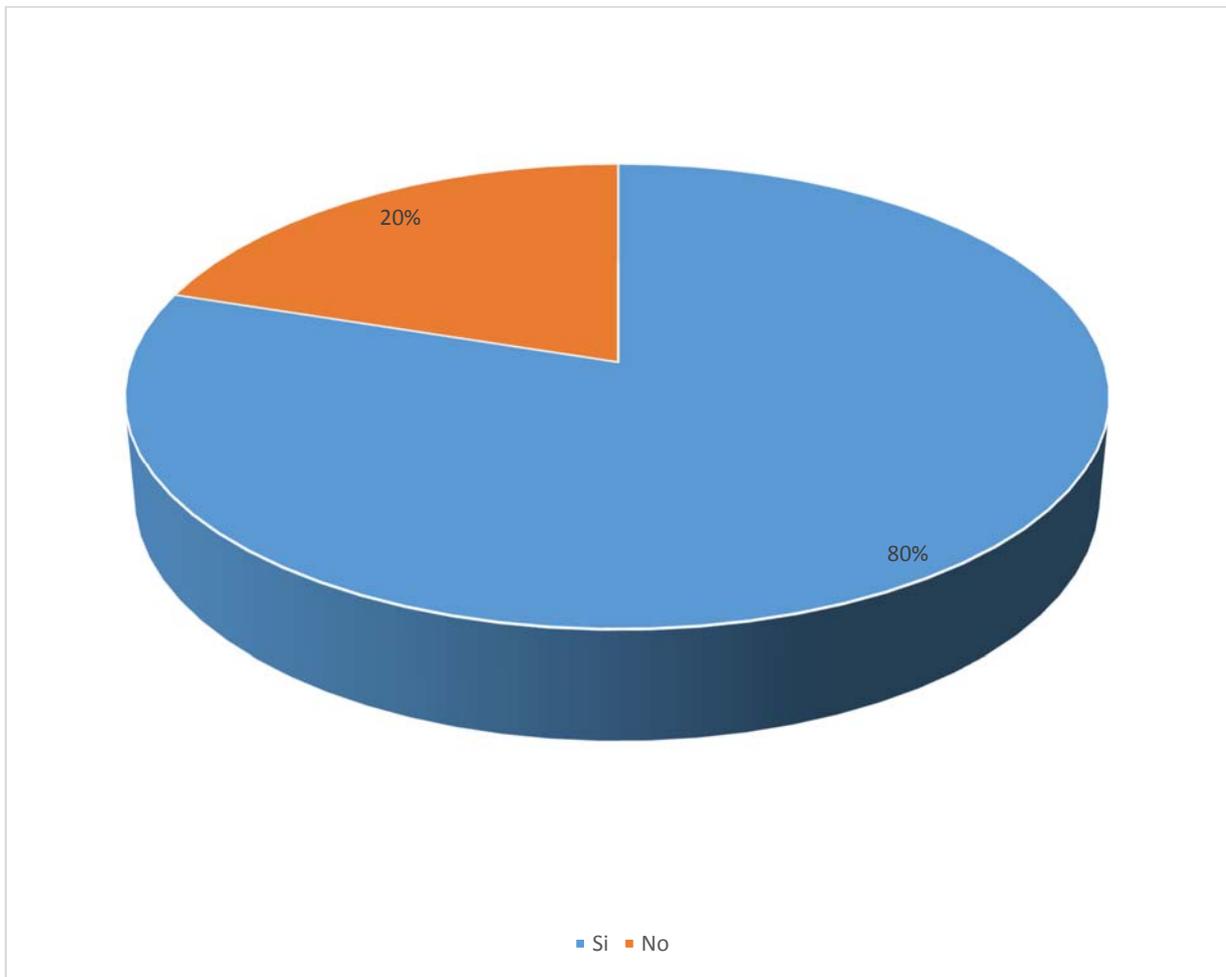
Tabla No.12. Tiempo de medicación y su influencia en la adherencia de medicamentos antirretrovirales en pacientes del programa VIH – SIDA del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina durante el periodo Marzo – Abril 2020.

¿Toma siempre su medicación a la hora indicada?	Frecuencia	%
Si	120	80
No	30	20
Total	150	100

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes del programa VIH / Sida Del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina Marzo – Abril 2020.

En la presentación de este cuadro sobre la medicación a una misma hora el 80 % respondieron (si) y el 20 % (no).

Gráfico No.12. Tiempo de medicación y su influencia en la adherencia de medicamentos antirretrovirales en pacientes del programa VIH – SIDA del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina durante el periodo Marzo – Abril 2020.



Fuente: Tabla No.12

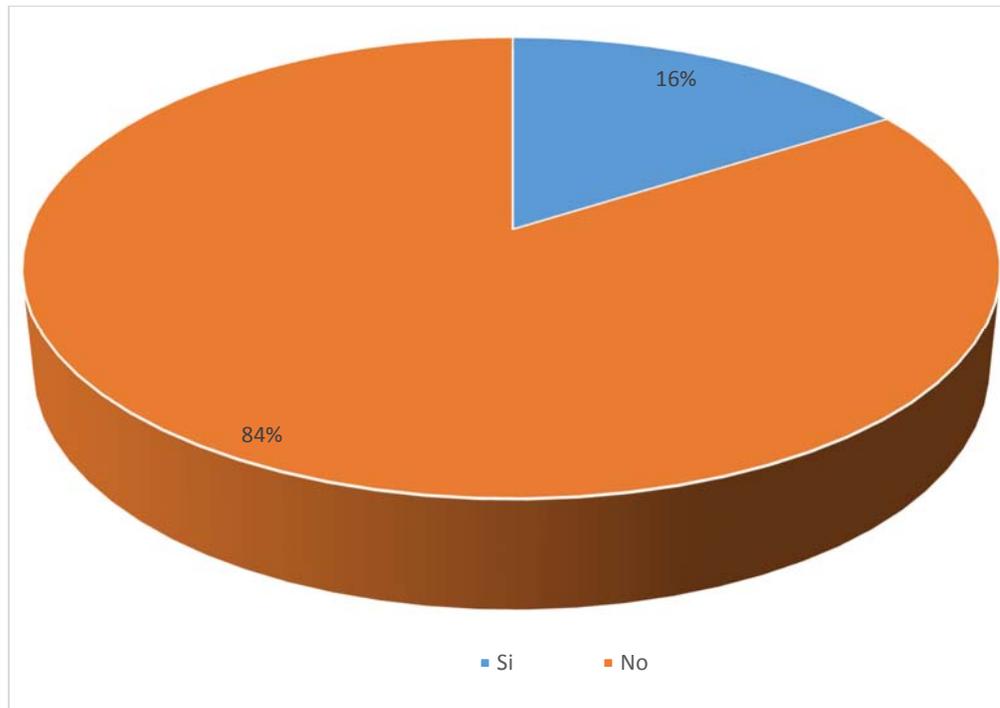
Tabla no.13: Malestar general y su influencia en la adherencia de medicamentos antirretrovirales en pacientes del programa VIH – SIDA del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina durante el periodo Marzo – Abril 2020.

Alguna vez ¿deja de tomar los fármacos si se siente mal?	Frecuencia	%
Si	24	16
No	126	84
Total	150	100

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes del programa VIH / Sida Del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina Marzo – Abril 2020.

Este cuadro representa que el 84 % (no) deja de tomar sus medicamentos antirretrovirales cuando sienten malestar general y el 16% (si) deja de tomarlo cuando se sienten mal.

Gráfico No.13. Malestar general y su influencia en la adherencia de medicamentos antirretrovirales en pacientes del programa VIH – SIDA del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina durante el periodo Marzo – Abril 2020.



Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes del programa VIH / Sida Del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina Marzo – Abril 2020.

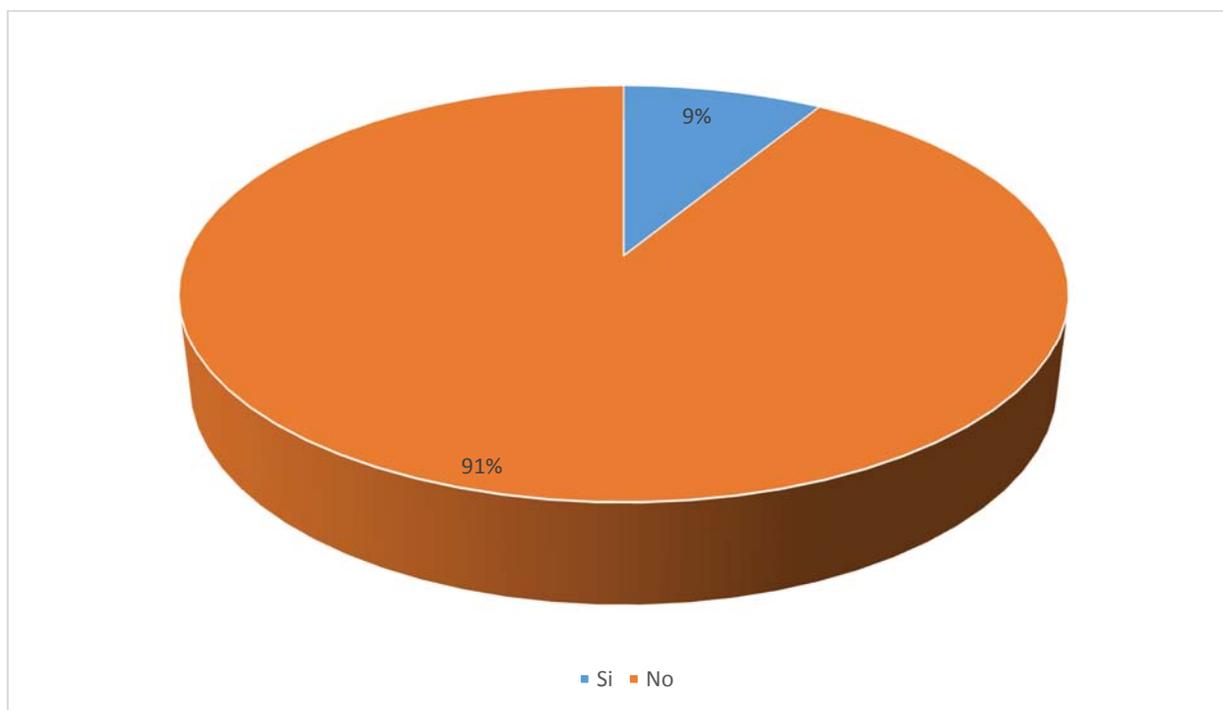
Tabla No.14. Falla de medicación durante el fin semana y su influencia en la adherencia de medicamentos antirretrovirales en pacientes del programa VIH – SIDA del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina durante el periodo Marzo – Abril 2020.

¿Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana?	Frecuencia	%
Si	13	9
No	137	91
Total	150	100

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes del programa VIH / Sida Del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina Marzo – Abril 2020.

Al analizar este cuadro abstruvimos que el 91 % no deja de tomar su medicación fin de semana mientras que 9% si lo deja de tomar.

Gráfico No.14. Falla de medicación durante el fin semana y su influencia en la adherencia de medicamentos antirretrovirales en pacientes del programa VIH – SIDA del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina durante el periodo Marzo – Abril 2020.



Fuente: Tabla No.14

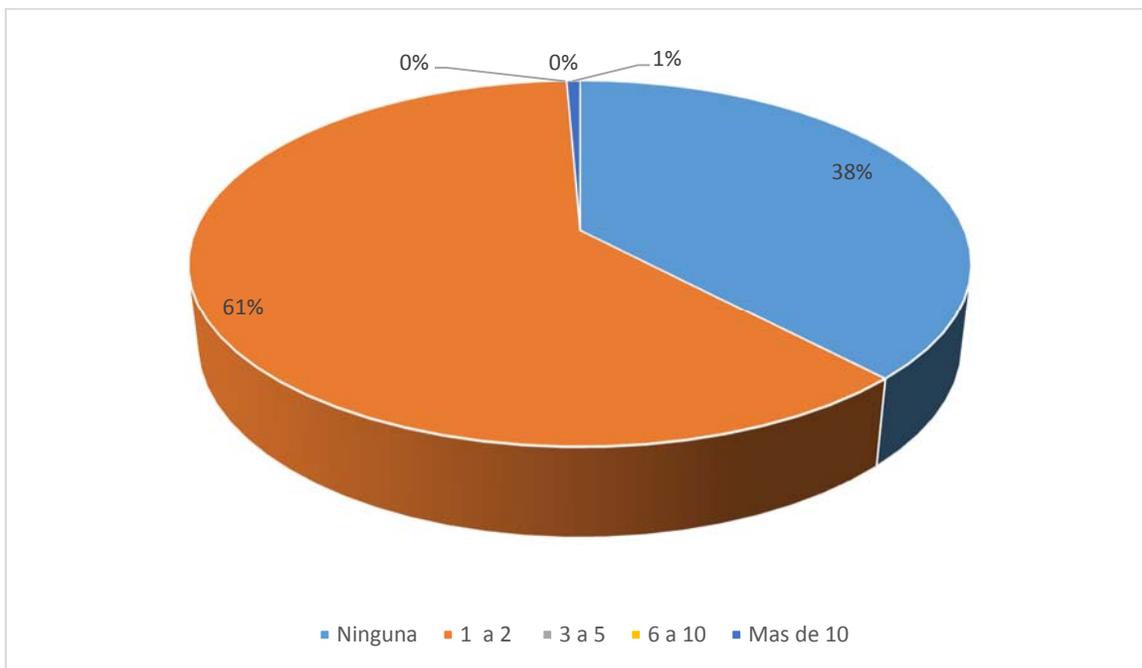
Tabla No.15. Falla de medicación en la última semana y su influencia en la adherencia de medicamentos antirretrovirales en pacientes del programa VIH – SIDA del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina durante el periodo Marzo – Abril 2020.

En la última semana, ¿cuántas veces no tomó alguna dosis?	Frecuencia	%
Ninguna	57	38
1 a 2	92	61
3 a 5	0	0
6 a 10	0	0
Más de 10	1	1
Total	150	100

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes del programa VIH / Sida Del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina Marzo – Abril 2020.

Al analizar este cuadro obtuvimos las últimas semanas, el 61 % fallo en la de una a dos dosis mientras que el 1% más de diez días.

Gráfico No.15. Falla de medicación en la última semana y su influencia en la adherencia de medicamentos antirretrovirales en pacientes del programa VIH – SIDA del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina durante el periodo Marzo – Abril 2020.



Fuente: Tabla No.15

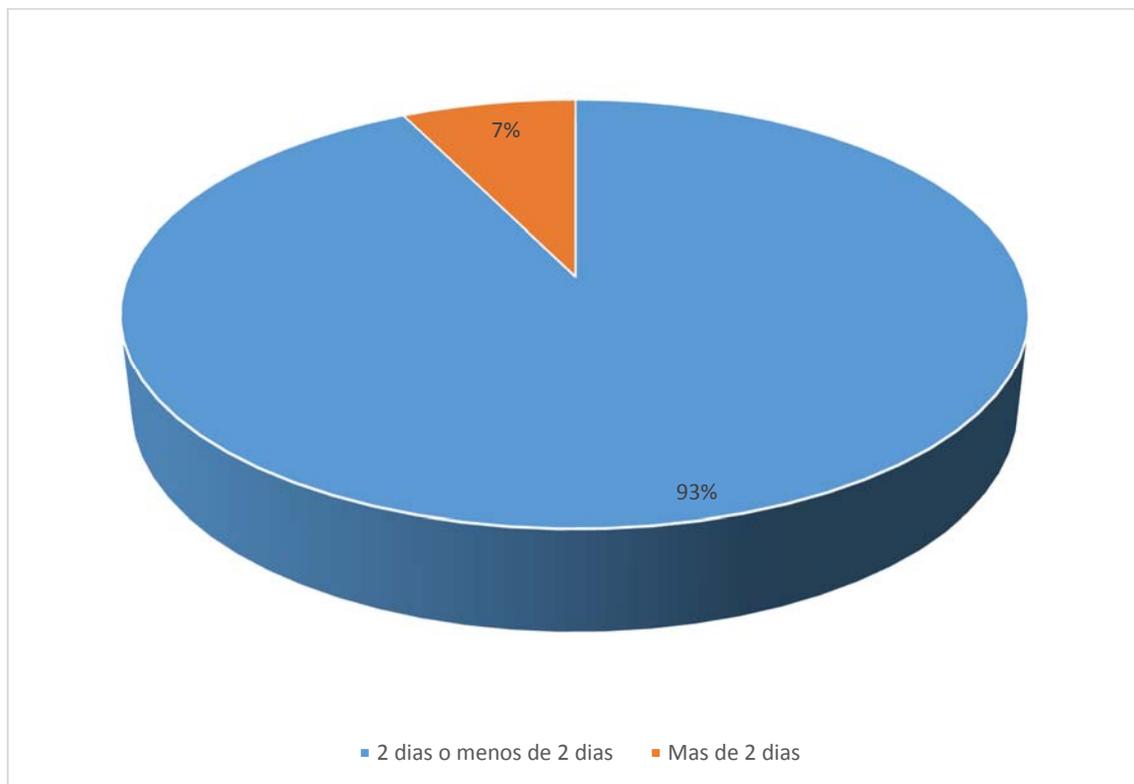
Tabla No.16. Falla de medicación en los últimos tres meses y su influencia en la adherencia de medicamentos antirretrovirales en pacientes del programa VIH – SIDA del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina durante el periodo Marzo – Abril 2020.

En los últimos tres meses, cuantos días completos no tomo las medicaciones	Frecuencia	%
Menos de 2 días	139	93
Más de 2 días	11	7
Total	150	100

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes del programa VIH / Sida Del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina Marzo – Abril 2020.

La presentación de este cuadro obtuvimos que el 93 % no tomo su medicación en dos ocasiones durante los últimos tres meses menos dos días mientras que el 7% duro más de dos.

Gráfico No.16 Falla de medicación en los últimos tres meses y su influencia en la adherencia de medicamentos antirretrovirales en pacientes del programa VIH – SIDA del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina durante el periodo Marzo – Abril 2020.



Fuente: Tabla No.16

IV.2. Discusión

El sexo masculino se representa el 51% en la adherencia a la terapia antirretroviral seguido por el sexo femenino con un 49% este concuerda con el estudio de Juana Pacifico donde concluye. que la satisfacción con la información recibida sobre la terapia antirretroviral se incrementa con la edad y es menor en mujeres y el grado de instrucción superior La nacionalidad del paciente que se someten al tratamiento de terapia antirretroviral es Dominicana en un 93% de los casos. Los pacientes que se someten a la terapia antirretroviral pertenecen a la zona urbana en el 61% de los casos

El 48% de los pacientes que reciben terapia antirretroviral son solteros, un 25% en unión libre seguido por un 19% casado y un 8 por ciento viudo.

Los pacientes que reciben terapia antirretroviral tienen un nivel de escolaridad primario en un 49% casos y secundario en un 45% de los casos. Difiere con Pedro P. Rodríguez cuanto, al nivel de estudios, se mostró como un factor de protección frente a la falta de adherencia de modo que cuanto mayor era el grado de formación académica, mejor fue la adherencia. Este hecho ya se ha puesto de manifiesto en otros estudios (224) (225) en los cuales, se relacionó una menor formación académica con peores niveles de adherencia.

Los efectos secundarios a la administración de la terapia antirretroviral sólo aparecen un 11% de los casos. Los principales efectos secundarios antirretroviral temblores de pierna en un 22% aumento del colesterol en un 17% trastorno gastro intestinal con náuseas en un 15% fatiga en un 11% este corrobora con M. Vélez los pacientes estaban mejor informados sobre las ventajas renales (85 % de conocimiento) y óseas (82 %) que sobre los inconvenientes para el perfil lipídico (40 %).

Los pacientes que se someten a la terapia antirretroviral en un 65% tienen más de 5 años tomando el tratamiento en un 11% más de 3 años un 10% un año.

En cuanto a la valoración de la relación médico paciente que se someten a los medicamentos antirretrovirales en un 49% de los casos fue muy buena un 38 por

ciento de los casos fue buena, un 11% por ciento fue excelente. En cuanto a la falla de la medicación en pacientes con antirretrovirales el 83% afirmó no haber olvidado tomar un medicamento mientras un 17% si lo olvidó. corrobora con M. Vélez el grado de conocimiento global resultó muy elevado en lo referente a la posología del medicamento (el 96 % conocía la necesidad de tomarlo junto con alimentos y, el 91 %, de no tomarlo con inhibidores de la bomba de protones).

En cuanto a la administración del medicamento un 80% de los pacientes afirmó tomar siempre medicamento a la misma hora y un 20% afirmó no tomarlo a la misma hora.

El 16% de los pacientes que toman la terapia antirretroviral afirmó no tomar el fármaco cuando tiene malestares generales mientras un 84% afirmó seguir tomando el fármaco aun sintiéndose mal.

Un 9% de los pacientes que toman la terapia antirretroviral afirmó olvidar la medicación el fin de semana mientras un 91% negó corrobora con el estudio de M. López, Y. María al expresar que durante la última semana el 61% de los pacientes afirmó haber olvidado la medicación de 1 a 2 veces mientras un 1% afirmó olvidarlo más de 10 veces. El nivel de no adherencia encontrada fue de 45,87 % (n: 111). El mayor porcentaje de pacientes no adherentes según el cuestionario fueron las mujeres con un 60,4 % (n: 67) en relación con varones con un 39,6 % (n: 44). Los pacientes no adherentes señalaron con más frecuencia los factores que dificultan la toma de la medicación: olvido. 64,86% (n: 72), incumplimiento del horario 16,22% (n: 18) y abandono por sentirse mal 18,92% (n: 21). En el análisis multivariable, (IC: 0.95; p 0,05) se establece que los pacientes con menos años de vida abandonan frecuentemente el tratamiento por sentirse mal, los de mayor edad abandona por olvido, y en el incumplimiento de horario no existió diferencia significativa entre grupos. El 93 por ciento de los pacientes del programa de Antirretrovirales no tomo la medicación menos al menos 1 días en los últimos 3 meses, mientras un 7% afirmar no tomar la medicación más de 2 días.

CAPITULO V
CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

V. 1 CONCLUSION

Durante el periodo de Marzo – Abril 2020 fueron encuestados un total de 150 pacientes del programa de VIH- SIDA de San Cristóbal del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, con el objetivo de determinar los factores que influyen en la adherencia a medicamentos antirretrovirales. Se Observo que el 58 por ciento de los pacientes estuvieron en el Rango de edad de 26 a 40 años con mayor adherencia a la medicación con antirretrovirales.

El sexo masculino se representa el 51 por ciento de adherencia a la terapia antirretroviral seguido por el sexo femenino con un 49 por ciento, la nacionalidad paciente que se someten al tratamiento de terapia antirretroviral es Dominicana en un 93% de los casos. Los pacientes que se someten a la terapia antirretroviral corresponden a la zona urbana en el 61 por ciento de los casos. El 48 por ciento de los pacientes que reciben terapia antirretroviral son solteros, un 25 por ciento en unión libre seguido por un 19 por ciento casado, 8 por ciento viudo. Los pacientes que reciben terapia antirretroviral tienen un nivel de escolaridad primario en un 49 por ciento de los casos y secundario en un 45 por ciento de los casos.

Los efectos secundarios de la terapia antirretroviral sólo aparecen un 11 por ciento de los casos. Los principales efectos secundarios antirretroviral temblores de los miembros inferiores en un 22 por ciento, aumento del colesterol en un 17por ciento, trastorno gastro intestinales con náuseas en un 15 por ciento fatiga en un 11 por ciento. Los pacientes que se someten a la terapia antirretroviral en un 65 por ciento tienen más de 5 años tomando el tratamiento en un 11 por ciento más de 3 año, un 10 por ciento un año. En cuanto a la valoración de la relación médico- paciente que se someten a los medicamentos antirretrovirales en un 49 por ciento de los casos fue muy buena un 38 por ciento de los casos fue buena, un 11 por ciento por ciento fue excelente. En cuanto a la falla la medicación en pacientes antirretrovirales el 83 por ciento afirmó no haber

olvidado tomar un medicamento mientras un 17 por ciento si lo olvidó. En cuanto a la administración del medicamento un 80% de los pacientes afirmó tomar siempre medicamento a la misma hora y un 20% afirmó no tomarlo a la misma hora. El 16 por ciento de los pacientes que terapia antirretroviral afirmó no tomar el fármaco cuando tiene malestares generales mientras un 84 por ciento afirmó seguir tomando el fármaco aun sintiéndose mal. Un 9 por ciento de los pacientes que toman la terapia antirretroviral afirmó o vida olvidar la medicación el fin de semana mientras un 91 por ciento afirmó no olvidarla. Durante la última semana el 61 por ciento de los pacientes afirmó haber olvidado la medicación de 1 a 2 veces mientras un 1 por ciento afirmó olvidarlo más de 10 veces.

El 93 por ciento de los pacientes del programa de Antirretrovirales no tomo la medicación al menos 1 días, un 7 por ciento no tomo la medicación más de 2 días.

VI.2. Recomendaciones

Al Ministerio De Salud Pública Y Asistencia Social.

1. Crear programas de nutrición para los pacientes con VIH –sida mediante para mejorar la condición y calidad de vida que durante su visita al programa se le dé un desayuno nutritivo.
2. Continuar con las campañas de prevención y la no discriminación por tener la condición de enfermedad.
3. Fomentar empleos cuyos pacientes tengan la capacidad de superación y una vida más digna.
4. Crear programas de alfabetización junto con el ministerio de educación para aumentar el nivel académico de los pacientes.
5. Fomentar la creación de clubes de apoyo socioculturales y educativos sobre la enfermedad.

Al Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina

1. Reconocimiento de los pacientes que mantienen la adherencia para estimular aquellos que no lo hacen los cinco mejores pacientes que mantuvieron una adherencia al tratamiento con resultados y confirmación de su carga viral de cd4.
2. Gestionar un personal de salud para la integración de los no adherentes al programa e integración de los mismo.
3. Anualmente capacitar al personal de salud que trabaja en el programa anualmente.
4. Equipamiento del área de trabajo y un espacio donde se proteja la confidencialidad del paciente inmunocomprometido.

Al personal de salud que labora en programa de VIH-Sida.

Continuar con la misma dedicación humanitaria, cada día.

Identifiquen los pacientes que necesitan ese apoyo, amor, protección ser un poco flexibles con los pacientes que inician tratamiento que viven en zonas rurales cuyas condiciones no les permite ir mensualmente a buscar los medicamentos, sigan avanzando que Dios les recompensara.

VI.1 REFERENCIAS

1. Arribas. (2016). En D. N. Armas, Guía de atención integral para Adultos y Adolescentes con infección de VIH/SIDA (pág. 15). Quito Barreto. (2017). La pobreza y la Falta de educación. Guía del Ministerio de Salud Pública, 10. Pruciner. (2017). Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (UNDESA<http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/9313>).
2. Coinfección TB/VIH. Guía Clínica Regional. Actualización 2017
3. H Knobel (2016), Adherencia al tratamiento TBC/VIH. Papel del Clínico, recuperado de:
<http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/156/355>
4. Historia del VIH (2016), recuperado de:
<https://www.stopvih.org/faqs/historia-del-vih/>
5. Jesús Gil, Würzburg (2018) Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) | Shokouh Makvandi-Nejad, Universidad de Oxford, Reino Unido, recuperado de: <http://inmunologia.eu/microbios-patogenos-y-enfermedad/virus-de-la-inmunodeficiencia-humana-vih>.
6. Johan Betancourt Gambino (2018), Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes seropositivos
7. Johan Betancourt Gambino (2018), Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes seropositivos, recuperado de: Rev Cubana Med Gen Integr vol.34 no.3 Ciudad de La Habana jul.-set. 2018

8. Linto Imbago, Pamela Salome (2016), Factores que influyen en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de la clínica del SIDA - Hospital San Vicente de Paúl 2015 -2016. Recuperado de: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/6229>
9. Mimbrenño Torres, José Santos (2017) Factores de riesgo asociados a no adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH-SIDA. Clínica de atención integral Hospital escuela Antonio Lenin Fonseca Managua. De Enero a Diciembre del año 2016. Otra tesis, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua URI: <http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/4350>
10. MIRANDA AE, COMBADAO JMP, CERUTTI JUNIOR C, da Silva SFM, SARACENI V. Mortalidad y Predictores de Mortalidad En Niños Menores de 15 Años Que Adquirieron El VIH Por Transmisión Madre-hijo
11. Nasaiya. (2017). La política pública de prevención del VIH-SIDA del gobierno mexicano. En La política pública de prevención del VIH-SIDA del gobierno mexicano (págs. 55,56). Méjico. . 15. 16). Quito: Pretien in Ecuador
12. Nelson Lago Danesi (2017) Adherencia al tratamiento, recuperado de: http://www.tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes46/art_13.pdf
13. ONUSIDA. Datos mundiales sobre el VIH. 2015. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/factsheet> [Consultado mayo 2016] 2. Guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años de edad o más) y adultos. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Otros_conv/GPC_VIH_adolescentes/GPC_Comple_VIHADULTOS_web.pdf 3.

14. Organización Mundial de la Salud, OMS (2018), recuperada de:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
15. Organización Mundial de la Salud, OMS, (2017), recuperado de:
https://www.who.int/topics/hiv_aids/es/
16. Organización Panamericana de la Salud. Coinfección TB/VIH. Guía Clínica Regional. Actualización 2017. Washington, D.C.: OPS; 2017
<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34855>
17. Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo Volumen 1, LA IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA. Artículo recibido en: febrero 2016 Aceptado para publicación en: abril 2016. Dirigir correspondencia: Lina María Martínez Sánchez Email: Lina maría Martínez.2-Chávez. (2017). Dermatitis Infecciosa pacientes con VIH/SIDA. En C. M. Evelyn, Alteraciones mucocutánea en pacientes VIH-SIDA (pág. 23.24). Guayaquil: Escuela de medicina
18. Roca Goderich R, Smith Smith VV, Paz Presilla E, Losada Gómez J, Bertha Serret Rodríguez, Llamas Sierra N, et al. Temas de Medicina Interna. 4ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 304-21.
19. Rojas Cornejo OA, Mehan Landacay NK. Nivel de adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con VIH/sida, de un hospital MINSA nivel II-1 de Ferreñafe – Lambayeque, durante agosto – diciembre, 2017. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo - USAT [Internet]. 2018 [citado el 13 de enero de 2020]; Disponible en: <http://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/1512>

20. Sackett DL, Haynes RB, Gibson ES, Hackett BC, Taylor DW, Roberts RS, et al. Randomised clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. *Lancet*. 31 de mayo de 2014;1(7918):1205-7.
21. Shalini S. Lynch PharmD,(2017) Adherencia al tratamiento farmacológico, University of California San Francisco School of Pharmacy Última revisión completa mar. 2017, recuperado de: <https://www.msdmanuals.com/es-do/hogar/f%C3%A1rmacos/factores-que-influyen-en-la-respuesta-del-organismo-a-los-f%C3%A1rmacos/adherencia-al-tratamiento-farmacol%C3%B3gico>
22. VIH/sida [Internet]. [citado el 13 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-roo/fact-sheets/detail/hiv-aids>
23. VIH/SIDA [Internet]. El PNUD en República Dominicana. [Citado el 13 de enero de 2020]. Disponible en: https://www.do.undp.org/content/dominican_republic/es/home/ourwork/hiv_aids/overview.html
24. Virus inmunodeficiencia humana (VIH) [Internet]. Inmunología en un Mordisco. [Citado el 13 de enero de 2020]. Disponible en: <http://inmunologia.eu/microbios-patogenos-y-enfermedad/virus-de-la-inmunodeficiencia-humana-vih>
25. Virus inmunodeficiencia humana (VIH) | Inmunología en un Mordisco [Internet]. [Citado el 13 de enero de 2020]. Disponible en: <http://inmunologia.eu/microbios-patogenos-y-enfermedad/virus-de-la-inmunodeficiencia-humana-vih>

26. Zaugg V, Korb-Savoldelli V, Durieux P, Sabatier B (2018), Información a los médicos sobre la adherencia a la medicación para los pacientes con enfermedades crónicas que toman medicamentos a largo plazo, recuperado de:
https://www.cochrane.org/es/CD012042/EPOC_informacion-los-medicos-sobre-la-adherencia-la-medicacion-para-los-pacientes-con-enfermedades

27. Páginas web

28. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

29. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

VI.2ANEXOS

VI.2.1 cronograma

Actividades	2020							
	Marzo				Abril			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Modulo sobre investigación en salud				x				
Selección de tema y revisión bibliográfica			x					
Determinación de problema					x			
Elaboración de proyecto						x		
Aplicación del cuestionario y tabulación de datos								x
Elaboración de informe final								x
Entrega de informe final y digitación de tesis					x			
Examen de tesis								x

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Hospital regional docente Juan Pablo Pina
Residencia de medicina familiar y comunitaria

**FACTORES QUE INFLUYEN A LA ADHERENCIA DE MEDICAMENTOS
ANTIRRETROVIRALES EN PACIENTES DEL PROGRAMA VIH / SIDA DEL
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE JUAN PABLO PINA MARZO – ABRIL 2020.**



Instrumentos de recolección de datos

Encierra

Datos sociodemográficos

- | | | | | |
|-------------------------|-------------|------------|-------------|-----------|
| 1. Edad: | 18-20 años | 26-40 años | 41-50 | >51 años. |
| 2. Sexo: | Femenino | | Masculino | |
| 3. Nacionalidad: | Dominicanos | | Extranjeros | |
| 4. Procedencia: | Zona Urbana | | Zona Rural | |
| 5. Estado civil: | Soltero | Casado | Unión Libre | |
| | Viudo | | | |

6. Escolaridad: Analfabetos Primarias Secundarias Universitarios

7. ¿Alguna vez ha sentido un efecto secundario tras la medicación con antirretrovirales?

SI

NO

8. ¿Cuáles son los efectos secundarios más frecuentes?

Colesterol elevado

Cambios en la figura

Temblores en las manos y piernas

Fatiga

Diarrea
náuseas

Trastorno de estómago o

Dolor de cabeza

Erupciones

Hipersensibilidad

Trastorno de sueño

9. ¿Cual Tiempo transcurrido usan medicamentos antirretrovirales?

1 año 2 años 3 años 4 años 5 años más de 5 años

10. ¿cómo califica la relación médica – paciente del personal de salud que labora en el programa?

Excelente

muy buena

regular

mala

TEST DE ADHERENCIA SMAQ

11. ¿Se olvida tomar alguna vez su medicación? SI NO
12. ¿Toma siempre su medicación a la hora indicada? SI NO
13. ¿Alguna vez deja de tomar los antirretrovirales si se siente mal? SI NO
14. ¿Olvido tomar los antirretrovirales durante el fin de semana? SI NO
15. En las últimas semanas ¿cuantas veces no tomo una dosis?

Ninguna 1 A 2 3 A 5 6 A 10 Más De 10

16. ¿En los últimos tres meses cuantas veces no tomo alguna medicación?

Dos días

Más de dos días

CONSENTIMIENTO

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Hospital regional docente Juan Pablo Pina
Residencia de medicina familiar y comunitaria

FACTORES QUE INFLUYEN A LA ADHERENCIA DE MEDICAMENTOS
ANTIRRETROVIRALES EN PACIENTES DEL PROGRAMA VIH / SIDA DEL
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE JUAN PABLO PINA MARZO – ABRIL 2020.



Estimada Señora, mi nombre es Sugei Mota De León, soy médico Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, esta entrevista tiene como objetivo obtener información para un estudio acerca de los Factores que Influyen a la Adherencia de Medicamentos Antirretrovirales, motivo por el cual se solicita su colaboración respondiendo con la mayor sinceridad posible, expresándole que la información es de carácter anónimo y confidencial. Luego procederemos a las siguientes preguntas.

Agradezco anticipadamente su participación.