

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS – LEÓN
POSTGRADO EN EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA**



Tesis para optar al título de
Magister en Epidemiología

**Factores que favorecen la no adherencia a los
antirretrovirales en pacientes de 10 a 24 años en CAI del
Hospital Escuela, Noviembre 2012 mayo 2013**

AUTOR:

Dr. Víctor Manuel Cruz Andino

ASESORES:

Dra. Edna Maradiaga

Dr. Néstor Castro

Dr. Renato Valenzuela

León, Nicaragua, Octubre del 2013.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar los factores que favorecen la no adherencia al tratamiento antirretroviral a los pacientes que conviven con el VIH, en las edades comprendidas entre 10 y 24 años, que asisten al CAI del Hospital Escuela de Tegucigalpa. A este grupo de edad hasta la fecha no se ha realizado ningún estudio en Honduras, y se ha encontrado en diversos estudios que es muy fácil para ellos no tomarse sus medicamentos como se los indica el médico.

La investigación fue de tipo observacional, descriptivo, corte transversal basado en una entrevista a 106 pacientes durante los meses de noviembre del 2012 a mayo del 2013. Se utilizó primero el cuestionario SMAQ para ingresar al estudio y luego se les practicó un cuestionario de preguntas cerradas. Se encontró una prevalencia general del 59% de pacientes no adherentes a los antirretrovirales.

Entre los principales factores encontramos: el olvido como el más frecuente, no cumplir con el horario indicado por el médico, dejan de tomarse una o más tabletas al día según la indicación médica, los efectos adversos y los escasos recursos económicos que dificultaron poder asistir al CAI para cumplir con su cita.

Además algunos pacientes no confían en los medicamentos, otros no tienen conocimiento que son VIH positivos; esto luego lleva a la falla de los ARV, se aumente la carga viral y exista la necesidad de cambiar su esquema de tratamiento o el paciente puede llegar a desarrollar el SIDA. Esto finalmente se convierte en un problema de Salud Pública que afecta la economía del país.

Las recomendaciones para mejorar la adherencia apuntan hacia un enfoque multidisciplinario del personal de salud, que combine inclusión activa de los pacientes en sus propias decisiones de atención de salud, provisión de los soportes apropiados, programas educativos multidimensionales y el fortalecimiento de la consejería a nivel de los jóvenes.

SIGLAS Y ABREVIATURAS

ARN	Ácido Ribonucleico
ARV	Antirretroviral
CEIB	Comité de Ética en Investigación Biomédica.
CV	Carga Viral
CAI	Centros de Atención Integral
FCM	Facultad de Ciencias Médicas.
FDA	Food and Drug Administration
GEEMA	Grupo Español de Estudio Multifactorial de la Adherencia.
GESIDA	Grupo de estudio del SIDA
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
ONUSIDA	Organización de las Naciones Unidas para el SIDA
OMS	Organización Mundial para la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana para la Salud
SEFH	Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria
SIDA	Síndrome Inmune Deficiencia Adquirido
SMAQ	Simplified Medication Adherence Questionnaire.
TARV	Tratamiento Antirretroviral

TARGA	Tratamiento Antirretroviral de gran Acción
UIC	Unidad de Investigación Científica.
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
TARV	Tratamiento con Antirretrovirales
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

INDICE

I.-INTRODUCCION.....	1
II.-ANTECEDENTES.....	2
III.-JUSTIFICACION.....	3
IV.-OBJETIVOS.....	4
V.-MARCO TEORICO.....	5
VI.- METODOLOGIA.....	20
VII.-RESULTADOS.....	28
VIII.-DISCUSION Y ANALISIS.....	54
IX.-CONCLUSIONES.....	74
X.-RECOMENDACIONES.....	75
XI.-BIBLIOGRAFIA.....	77
XII.-ANEXOS.....	89

DEDICATORIA

Al Dr. Néstor Castro director de esta tesis quien además fue mi maestro de cátedra, por todo lo que me ha enseñado, por su apoyo en la ejecución de este proyecto.

Al Dr. Renato Valenzuela quien ha sido un maestro de generaciones en la facultad de Medicina de Honduras y me ha brindado su gran colaboración.

A la Dra. Edna Madariaga quien me tuvo mucha paciencia, me brindó su constante apoyo, sus aportes en el diseño, análisis, procesamiento estadístico y clarificar mis ideas sobre el estudio para que pudiera culminar esta tesis, gracias por su amistad.

Agradecerle al Dr. Efraín Bú, jefe de la sala, por la confianza que tuvo en abrirme las puertas del CAI del Hospital Escuela, para poder realizar este estudio.

Al personal del CAI por su gran colaboración que me brindaron en cada momento que lo necesite, de manera muy especial a la Licenciada en Enfermería Mirna Lily Ruíz, no tengo palabras como agradecerle porque durante el tiempo que estuve en la sala me hizo sentirme en casa, colaborando en cada momento, y brindándome sus consejos, que me ayudaron mucho.

A mis padres Celso y Catalina por todo lo que me han enseñado a lo largo de la vida, por inculcarme sobre la importancia del trabajo y el amor a la familia.

A mis hermanos, suegros, sobrinos cuñados por siempre estar pendiente de mí y de mi familia.

A mis hijos Patricia Giselle, Andrea Michelle, Víctor Jafet y Diego Andrés quienes son la expresión del amor en nuestro hogar y la presencia de Dios en la familia, por ser mis grandes animadores para la culminación de esta maestría, además de brindarme la energía necesaria para la realización de este trabajo.

Finalmente a mi esposa Patricia, el ángel que Dios me ha regalado aquí en la tierra, por ser el eje principal de este proyecto, por darme la alegría y felicidad en cada momento de vida, por su constante apoyo, por su confianza, sus consejos debido a ser una gran docente Universitaria, pero sobre todo por el amor que me demuestra todos los momentos de mi vida. Es la mujer que ha hecho realidad gran parte de mis sueños.

AGRADECIMIENTO

A **DIOS**, por permitirme vivir y disfrutar de este sueño tan especial de mi vida, porque gracias a él estamos en este maravilloso mundo y es el único ser que sabe cuánto me costó llegar donde estoy ahora. Por darme salud y aliento para seguir en esta causa como es ejercer la profesión como Médicos.

A mis hermanos de la comunidad del catecumenado de la iglesia Católico, por el apoyo constante que me brindaron y sus oraciones que fueron de gran ayuda para culminar este proyecto.

A la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, al post grado de Epidemiología y Salud Pública, institución que lleva en su seno la ardua tarea de formar profesionales para mejorar la salud de nuestra Centroamérica.

A nuestros maestros que con su experiencia y sabiduría supieron transmitir sus conocimientos para brindarnos la profesión que hoy obtengo.

A mis compañeros con quienes compartimos momentos gratos, dentro y fuera de nuestra aula de clases durante la vida estudiantil.

A todos los pacientes que participaron en este estudio, ellos son los verdaderos protagonistas de este trabajo, gracias por la confianza que me tuvieron y debido a su gran colaboración este estudio se pudo llevar a cabo.

I.- INTRODUCCION

El Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA) es una pandemia que fue descrita por primera vez en 1981 en California, Estados Unidos de América ⁽¹⁾ y se ha propagado alrededor de todo el mundo. Actualmente 34 millones de personas viven VIH/SIDA en todo el mundo; hubieron 2.5 millones de nuevas infecciones y 1.7 millones murieron por esta causa durante el 2011, según informe de ONUSIDA para el día mundial del SIDA 2012. ⁽²⁾

En Honduras el primer caso se diagnosticó en 1985 ⁽³⁾; actualmente se infectan en promedio 1,000 casos al año. Se reportan a diciembre del 2012, un total de 31,051 casos de VIH/POSITIVOS, de los cuales 22,086 pacientes han sido diagnosticados cuando ya tenían infección avanzada por VIH y 8,965 casos han sido diagnosticados como VIH asintomáticos. En el grupo de edad de 10 a 24 años se han presentado 3,763 casos en todo el país. ⁽⁴⁾

A nivel mundial se describe que los pacientes entre 15 y 24 años constituyen el 45% de casos nuevos de VIH, ⁽⁵⁾. Observándose que la enfermedad se vuelve cada vez más joven y femenina debido a la gran vulnerabilidad que tienen estos pacientes.⁽⁶⁾ Por otro lado de 30% a un 60% de este grupo deja de tomarse los medicamentos ARV.⁽⁷⁾

En Honduras no se ha realizado ningún tipo de estudio en esta población joven, así que este es el primer estudio que se realiza en el CAI del Hospital Escuela, que manifiesta cuales son los principales factores que facilitan la no adherencia a los ARV, lo que nos permite brindar algunas sugerencias que creemos pueden ayudar a mejorar la adherencia en estos pacientes.

II.- ANTECEDENTES

La adherencia a los antirretrovirales se ha estudiado en las diferentes poblaciones del mundo, presenta variados porcentajes de adherencia que van desde un 30% hasta un 70% o en el caso de Cuba que debido a su planificación, ejecución y seguimiento reporta un porcentaje de adherencia del 97%.⁽⁸⁾

Estos estudios se han realizado en poblaciones adultas o Pediátricas y con los nuevos antirretrovirales se ha logrado disminuir dosis diaria, que reduce los efectos secundarios, pero el porcentaje de la falta de adherencia sigue siendo importante, porque existen otros factores como ser el consumo de drogas, el conocimiento por parte de los adolescentes que conozcas que son VIH positivos, la forma como adquirieron la infección, y aspectos relacionados con los medicamentos como ser el tiempo de tomarlos, el olvido, horarios, numero de tabletas, etc. que dificultan que los pacientes se tomen los medicamentos como se los indicó el médico.^(9,10)

En Honduras se empezó el tratamiento con las ARV desde el año 2002, y ha evolucionado con los nuevos ARV que existen hasta la fecha. La cobertura de los pacientes que necesitan el medicamento es menos del 50% y son brindados en forma gratuita por el estado a través de los diferentes Centros de Atención Integral (CAI) que están en distribuidos por todo el país.⁽¹¹⁾

Un estudio realizado en el CAI del Hospital Escuela en población adulta reportó como factor de no adherencia los efectos secundarios encontrado en un tercio de la población estudiada⁽¹²⁾, y otro estudio que se realizó en un centro de salud de Tegucigalpa, en población adulta, describió que los factores asociados a la no adherencia se encontró el olvido y la pérdida de citas por parte del paciente.⁽¹³⁾

Este es el primer estudio que se realiza en pacientes jóvenes que nos identifica algunos factores que favorecen la no adherencia a los ARV en el CAI del Hospital Escuela.

III.- JUSTIFICACION

En Los pacientes que son HIV/SIDA positivos comprendidos entre las edades de 10 y 24 años que reciben los antirretrovirales, se ha observado que no se toman parcial o completamente el tratamiento en aproximadamente en un 45% a nivel mundial y en Latinoamérica oscila entre el 40 y 60% (Argentina con casi el 50%); en Honduras no se ha realizado ningún tipo de estudio en este grupo poblacional que identifique las causas de no adherencia al tratamiento, son razones que nos han motivado a realizar un estudio en el CAI del Hospital Escuela, con el fin de identificar cuáles son los factores que hacen que este grupo poblacional no sea adherente a la terapia de los antirretrovirales.

El paciente que presenta resistencia al medicamento, por dosis subterapéuticas u otros factores, se le indica un nuevo esquema de tratamiento, lo que implica una mayor inversión económica en los servicios de salud del país, las que no siempre están disponibles, y esto puede hacer que el paciente desarrolle la enfermedad del SIDA.

Al realizar este estudio observacional, descriptivo, transversal, nos ha permitido identificar los factores que más afectan la no adherencia a los ARV en este grupo poblacional como ser el olvido, no cumplimiento del horario, no tomarse las dosis completas del día, efectos adversos y con estos resultados nos ha permitido sugerir al CAI, medidas a nivel de consejería para un mejor abordaje a estos jóvenes, que el departamento de farmacia, no pierda la oportunidad para ayudar a mejorar la adherencia y en general que el personal de salud tome conciencia del rol tan importante que tienen con estos pacientes para facilitar una buena adherencia a los ARV.

IV.- OBJETIVOS

GENERAL

Determinar los factores relacionados a la no adherencia a los antirretrovirales en los adolescentes y jóvenes de 10 y 24 años en el CAI del Hospital Escuela Tegucigalpa, Honduras en el periodo comprendido de diciembre del 2012 a mayo del 2013, con el propósito de sugerir medidas preventivas para mejorar la adherencia

ESPECÍFICOS

1. Caracterizar sociodemográficamente la población en estudio.
2. Describir los factores familiares que influyen a la no adherencia a los ARV en la población estudiada.
3. Enumerar los factores relacionados con los medicamentos que influyen en la no adherencia a los ARV.
4. Identificar la relación entre el consumo de drogas, el acceso al hospital influyen en la no adherencia a los ARV.
5. Identificar los factores del paciente relacionados con la infección al VIH.

V.- MARCO TEORICO

1.-GENERALIDADES SOBRE VIH/SIDA

El VIH ataca el sistema de defensas del ser humano. Es un tipo especial de virus, llamado retrovirus. Contiene material genético llamado ácido ribonucleico (ARN). Para reproducirse y continuar sobreviviendo necesita la ayuda de ciertas células vivas del cuerpo humano. Esas células son llamadas células huésped, a diferencia de otros virus con que el cuerpo llega a ponerse en contacto, el VIH utiliza las células del sistema inmunológico para replicarse. Muy frecuentemente, el VIH prefiere usar células CD4, que son llamadas células T. Este proceso es llamado replicación viral. Como resultado de la continua replicación viral, las células CD4 son destruidas. Un corto tiempo después, el sistema inmunológico comienza a combatir el virus y es capaz de remover bastante de él, de la sangre. Las células CD4 pueden mantenerse altas durante muchos años, mientras el sistema inmunológico continúa combatiendo el virus. Durante este período, los síntomas de la enfermedad son poco frecuentes. La cantidad de virus en el cuerpo, la cual es conocida como carga viral, comienza a aumentar y este es un signo de que la enfermedad está progresando al mismo tiempo el conteo de CD4 puede caer, en este momento pueden ocurrir enfermedades infecciosas oportunistas.⁽¹⁴⁾

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA): Es la etapa final de la infección por VIH cuando el sistema de defensa ha llegado a su más bajo nivel y el organismo humano se encuentra completamente debilitado e incapaz de luchar contra cualquier infección, enfermedad o cáncer llevándolo finalmente a la muerte.⁽¹⁴⁾

El 45% de los nuevos casos de VIH/SIDA, se presentan entre la población que está entre los 15 y 24 años de edad.⁽⁵⁾ Los ARV son de ayuda para mejorar el sistema inmunológico del paciente, pero hasta la fecha ninguna de ellos ofrece una cura definitiva, lo que obliga a los sistemas de salud a nivel mundial a buscar estrategias para la mejoría de los síntomas y la prevención. El no tomarlos de forma permanente produce disminución en su efectividad lo que provoca que los síntomas

del SIDA puedan aparecer en el paciente, por tal razón es necesario ingerirlos de forma permanente para lograr su eficacia.

A.-EI VIH/SIDA en el mundo.

Unas 2.500 personas jóvenes se infectan diariamente a nivel mundial con el VIH, indica el informe sobre la prevención del VIH; y unos 5 millones de jóvenes conviven con la enfermedad. Las mujeres y las niñas se enfrentan al estigma, discriminación e injusticias en un rango mayor debido a la desigualdad de género y a la violencia. ⁽²⁾

El Programa Conjunto de Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA) en su reporte del 2012, estima hay 34 millones de personas en el mundo que viven con VIH/SIDA, 2.5 millones se infectaron ese año y murieron 1.8 millones de personas por causa del SIDA.

Las tasas de nuevas infecciones han caído un 50% o más en 25 países, 13 de ellos en África subsahariana. La mitad de los descensos en las infecciones por VIH de los últimos dos años corresponden a niños, esto alienta a conseguir una generación libre de SIDA, lo que es inminente.

El número total de personas que viven con VIH está aumentando debido a las nuevas infecciones que ocurren cada año, aunque la disponibilidad de los tratamientos antirretrovirales ha permitido una reducción de la mortalidad en los últimos años y esto favorece aumento en la sobrevivencia de quienes viven con VIH.

B.- El VIH /SIDA en América Latina

En América Latina y el Caribe, las estimaciones alcanzan a 1.4 millones de personas que viven con VIH. Durante el año 2011 ocurrieron 83.000 nuevas infecciones y 70.000 muertes por SIDA. ⁽²⁾

ONUSIDA estima que la mitad del total de las nuevas infecciones por VIH corresponde a personas menores de 25 años y dos tercios de la población de la Subregión se encuentra por debajo de esta edad. ⁽⁵⁾

La cobertura que tienen los pacientes a los medicamentos es muy variada que puede ser de un 30 a un 60 por ciento⁽⁶⁾; pero un caso ejemplar es Cuba, que reporta una cobertura del 97 por ciento de pacientes que son VIH/SIDA positivos que están tomando sus medicamentos antirretrovirales.⁽⁸⁾

C.-EI HIV/SIDA en Honduras

Honduras es uno de los países de Centro América donde la epidemia del VIH/SIDA ha impactado con mayor intensidad,⁽¹⁵⁾ ya que es aquí donde se encuentra alrededor de la mitad de todos los casos de SIDA de la región. Se estima que unas 1,000 personas se infectan en Honduras anualmente según lo manifestado por ONUSIDA.

La doctora Murillo⁽¹⁶⁾ en un estudio publicado en la revista Journal of Clinical Virology realizado en nuestro país reportó que siete de cada cien nuevos diagnosticados con VIH evidencian resistencia a los ARV, que según la clasificación de la OMS se considera como moderada lo que refleja que estos medicamentos no están teniendo la efectividad deseada. Esta resistencia actúa como un factor que facilita la no adherencia a estos medicamentos.

Con relación a la no adherencia en nuestro país, solo se han realizado dos estudios en adultos, uno de ellos manifiesta que la principal causa de no adherencia a los ARV es el olvido o por pérdida de una o más citas en los últimos tres meses⁽¹⁴⁾, el segundo refiere la principal causa de no adherencia a los efectos secundarios de los ARV.⁽¹⁴⁾ No se ha realizado ningún estudio en adolescentes y jóvenes, aunque PENSIDA III (*Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH y Sida*) manifiesta que esta patología afecta principalmente la población joven en edad reproductiva y económicamente activa. Refiere que cerca del 70% de casos en el país están entre 15-39 años⁽¹⁷⁾.

2- LOS CENTROS DE ATENCION VIH/SIDA EN HONDURAS

Los CAI (Centros de Atención Integral) son centros especializados en brindar tratamiento integral a los pacientes que son VIH/SIDA positivos. Actualmente se cuentan con 42 centros en todo el país, se encargan de brindar un abordaje integral a los pacientes que son VIH positivos, entregan los medicamentos según prescripción médica, brindan apoyo psicológico al paciente y la familia, realizan visitas domiciliarias a los pacientes y ayuda por parte de la trabajadora social; todo ello para asegurar que el paciente tome sus medicamentos en forma permanente.

El CAI del Hospital Escuela cuenta con un Infectólogo que es el jefe de la sala, una infectologa Pediatra, una Pediatra (atiende niños hasta la edad de 18 años), tres médicos generales (atienden los pacientes de 19 años en adelante), además de dos enfermeras profesionales, dos enfermeras auxiliares, un odontólogo, un farmacéutico, una trabajadora social y una Psicóloga; todos ellos son personal de apoyo que atienden tanto a niños como adultos.

3.-TRATAMIENTO DEL SIDA

La erradicación del VIH en los pacientes infectados no parece posible con los tratamientos actuales. Sin embargo, muchos de los procesos oportunistas tienen tratamiento eficaz. La administración de fármacos antirretrovirales ha permitido alargar considerablemente la supervivencia de los sujetos seropositivos, de manera que la enfermedad se ha convertido en un proceso crónico.

Debido al amplio desarrollo que ha alcanzado la investigación de esta enfermedad en los últimos años, ya parece cercana la posibilidad de disponer de una vacuna eficaz, además de nuevos ARV en monoterapia y otros medicamentos que erradicaran al virus por completo. ⁽¹⁸⁾

En el momento actual hay una serie de fármacos que se están utilizando en el tratamiento de la infección por el VIH (ver anexo # 5). El tratamiento incluye la combinación de varios fármacos antirretrovirales que evitan el deterioro

inmunológico y suprimen la replicación viral. Actualmente la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) es compleja, pues supone la administración de al menos tres fármacos (triple terapia) con un elevado número de tomas y de varios comprimidos por día, que producen efectos adversos, interaccionan con otros fármacos y que deben de tomarse en presencia o ausencia de alimentos.

Con estos fármacos se consigue una reducción del progreso de la enfermedad y de la aparición de infecciones oportunistas, con lo que se ha logrado una extraordinaria reducción de la mortalidad y de los ingresos hospitalarios de los pacientes VIH positivos. Se comprende, por la complejidad de la medicación, la importancia de una exacta dosificación y administración. Tres días sin tomar correctamente la medicación pueden ser suficientes para hacer fracasar el tratamiento. Asimismo se ha de cuidar con esmero el estado nutricional del enfermo VIH, pues condiciona el curso de la enfermedad. En efecto, una malnutrición aumenta la morbilidad por alterar el normal funcionamiento del organismo ya que empeora la tolerancia al tratamiento. ⁽¹⁹⁾

4.-CONSIDERACIONES A LOS ARV EN ADOLESCENTES Y JOVENES

La OMS ⁽²⁰⁾ define a la adolescencia como el período comprendido entre los 10 y los 18 años de edad y jóvenes a los de 19 a 24 años; durante estos períodos los adolescentes y jóvenes sanos pasan por etapas bien definidas de maduración física, psicológica y sexual. Los cambios de la adolescencia influyen sobre la prestación de la atención y el tratamiento.

El adolescente seropositivo con VIH tiene perturbaciones en su futuro, en su vida afectiva; en su vida moral (« ¿por qué yo?»), jurídica (el adolescente es penalmente responsable de la transmisión de la enfermedad), y social (tiene amigos pero no les habla de la enfermedad, es más problemático para las chicas). ⁽²¹⁾

Entre los adolescentes infectados por el VIH que requieren TARV se pueden considerar dos grupos: los adolescentes que fueron infectados en el período perinatal y aquellos que se infectaron durante la adolescencia. Los adolescentes con infección perinatal por el VIH que comenzaron durante la primera infancia el TARV por una progresión rápida de la enfermedad ya llevan algunos años en contacto con los servicios de salud y es probable que hayan recibido varios esquemas ARV y sus padres, por lo general, sean conscientes de su situación de infección por el VIH. Los principales desafíos en estos adolescentes suelen ser la revelación del diagnóstico del VIH a los mismos si los padres aún no lo han hecho, el retraso del desarrollo, la transición entre la atención clínica pediátrica y la atención clínica de adultos (que incluye la elección de los regímenes apropiados de ARV) y la adherencia al tratamiento.

Los adolescentes infectados por el VIH en el período perinatal frecuentemente se enfrentan a retos físicos considerables⁽²²⁾. El retraso del crecimiento y el síndrome de desgaste causado por la progresión de la enfermedad por el VIH, exacerbados con frecuencia por la desnutrición, pueden complicar aún más la decisión acerca de la guía de TARGA a seguir (si la de adultos o la de niños).

La OPS/OMS recomienda que para definir el tipo y la dosis de TARGA en los adolescentes se debe utilizar la clasificación de madurez sexual de la clasificación de Tanner⁽²³⁾, (ver anexo # 6 y 7). La simplificación de las pautas de tratamiento y la adherencia prevista al tratamiento a largo plazo son criterios mucho más importantes, (anexo # 8).

En muchos de los casos, los niños no entienden porque deben tomar el TARGA, ni porque deben tolerar los efectos adversos de estos.⁽²⁴⁾ Sus padres generalmente son VIH positivos y quizás puedan también tener dificultades para el cumplimiento de los ARVs. Por su parte los adolescentes, disfrutan del deseo del riesgo o tienen presión social al consumo de alcohol o drogas lo cual dificulta la adherencia a los ARVs.

Para la indicación del TARGA en niños y adolescentes hay que considerar gran variedad de factores, entre ellos se encuentran: limitaciones en el número de medicamentos y de presentaciones pediátricas disponibles, el mal sabor de las presentaciones existentes, ajuste de horarios para la administración de medicamentos, entre otros factores; por lo que el médico debe hacer una historia clínica contemplando datos que le permitan indicar el tratamiento que facilite el apego y en cada evaluación reforzar y corregir aspectos fundamentales para la buena adherencia. (9,19,25,)

5.-CONCEPTO DE ADHERENCIA AL TARGA

Aunque no existe una definición única, universalmente aceptada de adherencia a los tratamientos médicos, existe consenso en incorporar en este concepto el compromiso activo y voluntario del paciente en su tratamiento⁽²⁶⁾. Donde la comunicación es un requisito esencial para la buena práctica clínica.

La OMS en el año 2004⁽²⁷⁾ definió la adherencia al tratamiento como el grado en el que el comportamiento del paciente, la toma de los medicamentos y la introducción de cambios en el estilo de vida, responde a las indicaciones o recomendaciones dadas por el profesional de la salud, enfatizando en la importancia de que el paciente se sienta conforme con su tratamiento y que participe activamente con los profesionales en su proceso de salud.

Según la Décimo Sexta Conferencia Anual sobre VIH ⁽²⁸⁾ el 2007 (16th Annual HIV Conference 2007), la adherencia se define como el “cumplimiento responsable y metódico de las indicaciones que el médico brinda al paciente para su tratamiento, tales como las indicaciones de cómo tomar los medicamentos, cuándo y cómo hacer controles, etc.” Sin embargo, no existe realmente una definición universalmente aceptada pues resulta difícil aceptar la visión de vida, de enfermedad y de tratamiento que tienen otros. La tolerancia y la aceptación debe ser el fundamento de la interacción de todo médico con sus pacientes. No obstante, existe una nueva

concepción de la adherencia, según la cual el médico sugiere desde lo técnico y el paciente opina y decide cuál de las opciones que se le ofrecen se adecua mejor a su forma de ser, a su trabajo y a su estilo de vida.

Es así como GESIDA ⁽²⁹⁾ (Grupo de Estudio del SIDA) /SEFH (Sociedad Española de Farmacias Hospitalarias) de España proponen la siguiente definición: “adherencia es la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del TARV que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral”. Por lo tanto, la adherencia incorrecta no es solamente el porcentaje de dosis de medicación no tomadas.

A- Adherencia adecuada: Es cuando se cumple el tratamiento en un 95% o más de las dosis del tratamiento antirretroviral indicado.

Una adherencia adecuada asegura la efectividad del TARGA (Tratamiento Antirretroviral de gran acción), aumentando las células CD4 y disminuyendo la carga viral, mejorando la salud y la calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes.

Ayudan a que no se desarrollen infecciones oportunistas, disminuye o evita hospitalizaciones, mejora la salud y calidad de vida del adolescente ⁽³⁰⁾

B- Adherencia inadecuada: Se produce cuando hay omisión de tomas, abandonos periódicos u ocasionales de la medicación, no ajustarse a los intervalos correctos de administración, cambios de dosis, no relacionarlas con las comidas cuando ello está indicado. Todo ello puede conducir al fracaso terapéutico. ⁽³¹⁾

En general, la adherencia al tratamiento o cumplimiento terapéutico se han definido en un contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para asistir a citas programadas, tomar los medicamentos tal y como se indican,

realizar los cambios en el estilo de vida recomendados y por último completar los estudios de laboratorio o pruebas solicitadas. ⁽³²⁾

C.- Factores relacionados a la adherencia: Existen una serie de factores que se han atribuido a lo no adherencia y se han clasificado como factores relacionados con: el paciente, la infección VIH/SIDA, el esquema de los Antirretrovirales y los relacionados con el médico y el sistema de salud.

En este estudio se buscara la relación que existe entre la no adherencia y los factores del paciente y con el esquema a los ARV.

a. Factores relacionados con el paciente

Los datos sobre la influencia que ejercen algunos factores relacionados con el Individuo en el cumplimiento terapéutico son contradictorios, posiblemente porque los estudios realizados se han llevado a cabo con poblaciones y metodologías diferentes. Las variables como la edad, el sexo, la raza o el nivel educativo parecieran incidir con poca trascendencia en la adherencia, de acuerdo con la evidencia de la mayoría de los trabajos publicados. ^(33,34)

Otro aspecto a considerar son los factores de carácter psicológico o trastornos mentales (la ansiedad, la depresión y el estrés). Se ha llegado a afirmar que el binomio alteración mental y pobre percepción del beneficio potencial del TARV es el principal responsable de baja adherencia en un buen número de pacientes. ⁽³⁴⁾

También se ha señalado la adicción activa a sustancias ilícitas y/o al alcohol como factor de riesgo relacionado con la no adherencia.⁽²⁴⁾ Además, las actitudes y creencias religiosas de los pacientes que pueden ser no positivas, como en el caso de Uganda que están abandonando los ARV. ⁽³⁵⁾

La capacidad del paciente para entender la relación entre adherencia y desarrollo de resistencia al medicamento también ha mostrado predecir una mejor adherencia; de ahí la importancia de optimizar la comunicación con el paciente y lograr que entienda que la no adherencia o una adherencia incorrecta conlleva a resistencia viral y al

fracaso terapéutico. El tener un domicilio fijo y soporte social también se han vinculado, con una mejor adherencia. Es de destacar la importancia en la adherencia la influencia de la estructura familiar, la pareja o los amigos. Es necesario asesorar a las madres y familiares, quienes deben afrontar en la mayoría de los casos su propia enfermedad a la que suman las demandas de explicación por parte de sus hijos sobre su enfermedad, sobre el porqué de su continua ingesta de medicaciones y sobre el desconocimiento del nombre de dicha Patología. ⁽²⁵⁾

b. Factores relacionados con el esquema de ARV

En numerosos estudios se ha demostrado que mientras más complejo el TARV, la adherencia disminuye. La interferencia con los hábitos, bien en el horario de trabajo o en sus actividades habituales diarias, lleva a algunos de estos pacientes a dejar de tomar el medicamento o a hacerlo en horarios incorrectos. Otro factor que aumenta la complejidad del tratamiento son los requerimientos dietéticos en caso de ameritarlos. La aparición de efectos adversos constituye un factor estrechamente vinculado con la adherencia. Hay pacientes que abandonan el TARV para evitar la sintomatología que les produce las reacciones adversas, independientemente de cuál sea su relevancia clínica.

Tampoco favorece la adherencia la sustitución periódica de combinaciones de ARVs a fin de impedir el deterioro inmunitario y virológico secundario al fracaso terapéutico resultando estos cambios poco estimulantes para el paciente cumplidor. ⁽³⁶⁾

6. CONSECUENCIAS DE UNA ADHERENCIA TERAPÉUTICA DEFICIENTE

Entre los desafíos para la adherencia en los niños se identifican: dificultad para administrarles los medicamentos, los efectos secundarios que estos provocan y el aprendizaje de conductas evitativas que sus padres pueden haber desarrollado frente a su propio tratamiento.

Una de las consecuencias más relevantes de la baja adherencia al TARV es el desarrollo de resistencia viral a los fármacos. La aparición de resistencia se traduce,

en términos de salud pública, en años de vida perdidos, por la mortalidad prematura y en el aumento de los costos sanitarios atribuibles a la morbilidad prevenible. En los pacientes afectados por la infección por el VIH/SIDA, es más probable el desarrollo de resistencia viral cuando las tasas de adherencia terapéutica son de entre 50 y 85%. Una proporción significativa de los pacientes tratados se clasifican dentro de este intervalo.

En un estudio realizado en Tamaulipas México, se encontraron que los factores relacionados con la no adherencia estaban más en relación con conductas propias del paciente como ser el no guardar el medicamento en un lugar específico, percepción insatisfecha de su salud actual y considerar difícil el manejo de su tratamiento.⁽³⁷⁾

7- ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA DE LOS ARV EN NIÑOS Y ADOLESCENTES Y JOVENES.

A.- Adolescente, padres y cuidadores.

Es importante que los adolescentes participen en el diseño de las estrategias relacionadas con la sexualidad y autocuidado.⁽¹⁰⁾

Además de las siguientes actividades:

- ✓ Conocer la estructura familiar, el nivel de instrucción y económico, su situación psicológica.
- ✓ Informar y educar al paciente y la familia acerca del tratamiento, explicando sus beneficios así como el riesgo de efectos tóxicos y la aparición de resistencias.
- ✓ Incorporar al resto de la familia en el apoyo al TARGA.
- ✓ Apoyarse con estrategias que nos recuerden el tratamiento tales como relojes, alarmas, celulares, también relacionarlo con un programa de televisión que nos recuerde la toma, escribir el horario y colocarlo en un lugar donde uno permanece más tiempo.
- ✓ Que una persona les recuerde la toma.
- ✓ Cumplimiento con las citas médicas.

- ✓ Buscar ayuda externa, grupos de ayuda mutua, donde se compartirá experiencias con pares.
- ✓ Educar al paciente y a la familia acerca de la relación entre la adherencia parcial y la resistencia viral.
- ✓ Educar al paciente y la familia en aspectos de resistencia antirretroviral. Ejemplo: Explicar que mientras una falla en la adherencia puede ser temporal, el efecto sobre la escogencia de tratamiento puede ser permanente.^(31,38)

B.- Sistema de salud:

- ✓ Mantener una buena relación entre el personal de salud y el niño, niña o adolescente con VIH y su familia, es fundamental para mejorar el “apego” o adherencia.
- ✓ El plan terapéutico indicado debe ser entregado por escrito, ofreciendo acceso adecuado a los fármacos.
- ✓ Orientación y educación que responda a todas las inquietudes de las familias y del niño ofreciendo información veraz, aclarar inquietudes temores, dudas acerca del tratamiento.
- ✓ Abordaje integral como atención psicológica, trabajo social, enfermería, nutrición, odontológica y consejería de pares (que es una persona con VIH con preparación en el tema de niños).
- ✓ Considerar el impacto del diagnóstico, el inicio del tratamiento como situaciones que podrían generar depresión, desgaste, cansancio entre otras tanto a los cuidadores como al niño.
- ✓ Servicios de salud accesibles que las familias puedan consultar fácilmente.
- ✓ Asegurar la disponibilidad y abastecimiento de los medicamentos.
- ✓ Procesos para la atención médica sin burocracia.

C. - Esquema de tratamiento:

- ✓ -Informar a la familia y al niño, niña o adolescente con VIH sobre los efectos adversos y cómo tratarlos y cuándo acudir al médico.
- ✓ Seguimiento del personal de salud.

- ✓ Adaptar la toma al horario habitual del niño y posibilidades de los padres o cuidadores.
- ✓ Permanecer alertas para anticiparse a los efectos adversos. Consulte con su médico si le va a dar tratamientos para otras infecciones (resfrío, fiebre, tos).
- ✓ Evitar interacciones farmacológicas.
- ✓ Dar el tratamiento con alimentos que puedan ser digeridos con facilidad (gelatina, plátano, jugo etc.) ^(31,39)

D. - Estrategias de acuerdo a la edad

De 10 a 14 años: El adolescente temprano presenta características tanto de la etapa infantil como de la adolescencia y en ese sentido aún pueden desarrollarse estrategias con ellos que releven la importancia de la adherencia. Sin embargo, comienzan a mostrar señales de mayor autonomía lo que hace conveniente comenzar a trabajar con ellos en relación a su responsabilidad personal en términos de la adherencia. Se les puede motivar a través de la búsqueda de información sobre los medicamentos y la importancia de la adherencia, y que puedan transformarla por ejemplo en alguna ficha que sirva de recordatorio.

De 15 a 18 años: El adolescente pleno comienza una fuerte búsqueda de la independencia y autonomía, desligándose de la autoridad de los padres/cuidadores. Es aquí cuando comienza a ser relevante apoyar al adolescente para que tome la responsabilidad de la adherencia al tratamiento, los controles y las decisiones que con respecto a él o ella se deba tomar.

En estas dos etapas es posible que surjan reacciones de rebeldía y oposicionismo, propias de la etapa del desarrollo, que puedan afectar la adherencia al tratamiento. Así mismo, es posible que el grado de adherencia varíe en el transcurso del tiempo, y que niños adherentes puedan ser adolescentes con dificultades para la adherencia, o viceversa. Conviene entonces recordar que la adherencia es un proceso flexible y que las personas pueden aumentar o disminuir su nivel de adherencia en diferentes momentos de su vida.

De 19 a 24 años: Los jóvenes ya tiene más conocimiento sobre la enfermedad, pero necesita siempre un fuerte apoyo de sus familiares, amigos y su posible pareja. El nivel educativo es muy importante para aceptar su enfermedad y tener la respectiva protección para sus relaciones sexuales y sus medicamentos. ^(36,39)

8- LA CONSEJERÍA Y SU IMPORTANCIA EN LA ADHERENCIA

Es un proceso de comunicación entre un Consejero y un usuario, donde a éste se le da información, educación y apoyo ante la situación o problemática que exista se le da información, educación y apoyo ante la situación o problemática que esté viviendo sobre el VIH y SIDA. La OMS define a la Consejería como “un diálogo confidencial entre el cliente y el consejero con el propósito de que el cliente logre lidiar con el estrés y de esta manera él pueda tomar decisiones personales relacionadas con el VIH/SIDA. El proceso de Consejería incluye la evaluación del riesgo que existe personalmente para la transmisión del VIH y la discusión de cómo prevenir una infección”. ⁽⁴⁰⁾

Como se puede observar, se identifican una serie de factores que influyen de forma negativa sobre la Adherencia a los Medicamentos Antirretrovirales y por ende, de forma directa en la salud de las personas que viven con VIH o SIDA. También incide de esta misma manera en el programa público de Acceso a Tratamientos Antirretrovirales.

Es por ello que se destaca la importancia de la efectividad de la Consejería en este tema, por ser la Adherencia a los Medicamentos Antirretrovirales un punto crucial para las personas que viven con VIH, quienes deberán tener gran dedicación, esfuerzo, energías y voluntad para lograr el cumplimiento adecuado con la toma del tratamiento antirretroviral. En tal sentido, se hace preponderante el rol del Consejero ya que deberá orientar, informar, comprender (tener empatía) y ayudar a sus usuarios para que logren la adherencia constante y permanente a los ARV que le sean indicados en su centro de atención medica ^(40,41)

Pero todo esto debe hacerse en equipo tomando en cuenta todos los aspectos de vida del paciente, sobre todo en los adolescentes y jóvenes que son el presente y el futuro de los países, escuchar sus puntos de vista al momento de realizar las diferentes actividades para contrarrestar los problemas que se tienen con la adherencia a los antirretrovirales.

VI.- METODOLOGIA

1- AMBITO DE ESTUDIO

El estudio se realizó desde el mes de diciembre del 2012 hasta el mes de mayo del 2013, en el CAI del Hospital Escuela de Tegucigalpa, Honduras, dependiente del Departamento de Infectología que brinda atención al área pediátrica y de adultos que son VIH/SIDA positivos.

2- TIPO DE ESTUDIO

El estudio epidemiológico es descriptivo, transversal.

3- DURACION

La duración total del estudio fue de 11 meses, desde el mes de septiembre del 2012 hasta el mes de agosto del 2013. Primero se realizó el protocolo, que duro 2 meses; en los siguientes 6 meses (noviembre a mayo), se hizo la recolección de los datos, en junio se recopilaron los datos, mes de julio se analizaron los datos, para finalizar presentando los resultados del estudio en el mes de agosto del 2013.

4- POBLACION Y MUESTRA

Nuestra población total fue la misma que la muestra, la cual fue tomada en forma intencional y a conveniencia donde estuvieron incluidos todos los pacientes de ambos sexos que son VIH positivos, que están en tratamiento en el CAI del Hospital Escuela, con un tiempo de tratamiento con antirretrovirales mayor de 6 meses. Se incluyeron todos los nacidos desde el 01 de noviembre de 1988 hasta los nacidos el 01 de Junio del 2002, o sea los pacientes con edad comprendidas entre los 10 años y 24 años.

De 168 pacientes entrevistados, finalmente 106 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio y se les practicó la encuesta.

Selección de pacientes: A continuación se describen cuales fueron los criterios de inclusión para el estudio y el criterio de exclusión.

A. Criterios de inclusión:

- a. Pacientes que tuvieran su fecha de nacimiento entre el 01 de junio de 1988 y el 01 de junio del 2002, ambos sexos, que al practicarle sus exámenes de laboratorio se confirmó que están infectados por el VIH/SIDA, que se les haya practicado sus exámenes de carga viral y CD4 y que estuvieran asistiendo al CAI del Hospital Escuela a recibir su tratamiento Antirretroviral.
- b. Que tuvieron por lo menos 6 meses de estar recibiendo tratamiento con antirretrovirales y su expediente en el CAI.
- c. Pacientes que llegaron tres días o mas posterior a su cita o que tuvieran aún medicamentos equivalentes a tres días o más de su tratamiento, y que cuando llegaron al Hospital Escuela el personal especializado los designó como no adherentes al tratamiento, para luego practicarles el instrumento de estudio en forma voluntaria.
- d. Consentimiento del paciente, del familiar o su representante (si es menor de edad).

B. Criterios de Exclusión:

- a. Trastornos Psicóticos diagnosticados con o sin tratamiento Psiquiátrico.

5- TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION

- A. Método de recolección de datos: La entrevista.
- B. Técnica de recolección de datos: Uso de formularios
- C. Instrumento de recolección de datos: Se diseñó un formulario que tiene incluido lo siguiente:
 - ✓ Factores sociodemográficos generales.
 - ✓ Factores relacionados con la familia.

- ✓ Factores relacionados con los medicamentos.
- ✓ Factores relacionados con el uso de drogas.
- ✓ Factores relacionados con acceso al hospital.
- ✓ Factores relacionados con la forma de transmisión del HIV.

Para la recolección de los datos a través del formulario, se contó inicialmente con dos personas que fueron previamente entrenadas para que practicaran la entrevista, pero debido a que se detectó la poca confianza que tenían los pacientes al brindar la información, todas las entrevistas fueron realizadas por el médico investigador con preguntas que fueron cerradas.

Se practicó una encuesta de prueba (piloto) a 5 pacientes antes de iniciar el estudio, que sirvió para determinar inconsistencias en el formulario, se evaluó el tipo de preguntas, el entendimiento de las preguntas por parte de los pacientes, sus padres o sus responsables.

Se utilizó el formulario SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire)⁽⁴²⁾ para todos aquellos pacientes que cumplieron los criterios de inclusión.

Este formulario se ha usado con mucha frecuencia desde 1998 para evaluar adherencia en los pacientes que son VIH/SIDA y estén tomando ARV. Es sencillo rápido y fácil de practicar. Consiste en solicitar al paciente que responda unas preguntas previamente definidas y en función, de sus respuestas, poder valorar el grado de adherencia que presenta el paciente.

Es un cuestionario validado por el grupo GEEMA (Grupo Español para el Estudio Multifactorial de la Adherencia) en la población Española, presenta un 72% de sensibilidad y un 91% de especificidad.⁽⁴²⁾

Formulario SMAQ

1. Alguna vez ¿Olvida tomar la medicación? Sí__ No__
2. ¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada? Sí__ No__
3. Alguna vez ¿deja de tomar los fármacos si se siente mal? Sí__ No__
4. ¿Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana? Sí__ No__
5. En la última semana ¿cuántas veces no tomó alguna dosis?

A: ninguna

B: 1-2

C: 3-5

D: 6-10

E: más de 10 veces

Graduación Adherencia: a: 95-100%; b: 85-94%; c: 65-84%; d: 30-64%, e:< 30%

6. Desde la última visita ¿cuántos días completos no tomó la medicación? Días__

Se considera paciente no adherente cuando éste responde:

- ✓ pregunta 1: si
- ✓ pregunta 2: no
- ✓ pregunta 3: si
- ✓ pregunta 4: si
- ✓ pregunta 5: B, C, D o E
- ✓ pregunta 6: más de 2 días.

La pregunta 5 se puede usar como semicuantitativa:

A: 100-95% cumplimiento terapéutico (adherente)

B-E: <30-94% no cumplimiento terapéutico (no adherente)

Pacientes Adherentes:

2 = SI

Resto: N

Interpretación del cuestionario SMAQ: El uso de cuestionarios es una de las opciones más habituales, y el más utilizado es el Simplified Medication Adherence Questionnaire (cuestionario SMAQ), validado entre 1998 y 1999. Este sencillo

cuestionario consta de 6 preguntas que investigan distintas facetas del fenómeno: a) olvidos; b) horarios; c) efectos adversos; d) omisión del fin de semana; e) cuantificación en la última semana, y f) cuantificación en el último trimestre. En los años transcurridos desde su validación, los cambios en todos los ámbitos de la enfermedad causada por el VIH han sido extraordinarios, y a ellos no son ajenos los esquemas de ARV, el perfil sociodemográfico del paciente, el soporte sanitario o la percepción de la enfermedad, por citar algunos de los factores más señalados que afectan a la adherencia.

Se considera que el paciente es adherente cuando responde **si** a la pregunta 2.

Se le considera no adherente cuando responde si en más de 2 ocasiones a las otras preguntas.

En Honduras en las investigaciones para evaluar adherencia a los ARV no se ha utilizado este tipo de cuestionario.

A todos los pacientes que clasificaron para el estudio, al momento de llegar al CAI se les practicó el cuestionario SMAQ para identificar su no adherencia y los que tuvieron 3 días o más de retardo de su cita, ingresaron directo al estudio, pero siempre se les practicó el cuestionario SMAQ.

Durante el estudio al paciente que resultó no adherente se le practicó la encuesta solo en una ocasión, aunque haya tenido problemas en su adherencia a los antirretrovirales en varias ocasiones.

7. IDENTIFICACION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable Dependiente: No adherencia

Variables Independientes:

- A.-Datos Sociodemográficos.
- B.-Factores Familiares.
- C.-Factores medicamentosos.
- D.-Factores con el uso de drogas.
- E.-Accesibilidad
- F.-Relacionados con la forma de transmisión

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADORES	INDICE
DATOS SOCIO - DEMOGRAFICOS	Son las características de los individuos que inciden de manera importante en los patrones demográficos de la población a la cual pertenecen.	A)Sociales:	Lo que dice el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> - Analfabeta, - Primaria incompleta - Primaria completa - Secundaria incompleta - Secundaria completa - Universidad incompleta - Universidad completa.
		1. Nivel de instrucción.		
		2. Estado civil		
		3. Ocupación	Lo que dice el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> - Estudiante - Obrero, - Oficinista - Profesional - Técnico - Desempleado - No responde
		B)Demográficas	Lo que dice el paciente o tarjeta de identidad.	Expresada en años
1. Edad				
2. Sexo	Aspectos anatómicos o lo que dice el paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Masculino - Femenino 		

ADHERENCIA	Es la capacidad del paciente para implicarse correctamente en la elección, inicio y cumplimiento del tratamiento a fin de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral.	Horario		- Cumple - No cumple
		Dosis		- Completa - Incompleta - No la toma
		Cantidad		- Si - No
FACTORES FAMILIARES	Son factores que existen en el entorno familiar y que desempeñan una función importante en el paciente que vive con VIH/SIDA y que está tomando medicamentos antirretrovirales.	- Con que personas vive. - Número de personas con las que vive. -	Lo que dice el paciente o responsable	- Ambos padres - Solo padre - Solo madre - Vive solo - Con familiares - Con amigo(s)
		- Vivienda	Lo que dice el paciente o responsable	- Propia - Alquilada
		- Vive en albergue	Lo que dice el paciente o responsable	- Si - No
FACTORES MEDICAMENTOSOS	Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es «cualquier reacción nociva no intencionada que aparece a dosis normalmente usadas en el ser humano para tratamiento del VIH/SIDA.	- Digestivos		Nauseas, vómitos, dolor abdominal, flatulencias, diarrea, pérdida de peso.
		- Dermatológicos	Lo que dice el paciente, responsable, o al examen físico.	Rash eritematoso, prurito, escoriaciones
		- Neurológicos		Mareos convulsiones,
		- Musculares		Mialgias, debilidad, fatiga.
		- Anatómicos	Lo que dice el paciente, responsable o al examen físico	Lipodistrofia

USO DE DROGAS	Es el uso de sustancias que producen modificaciones a corto mediano o largo plazo, en las conductas o áreas corporales de las personas que las ingieren.	Legales		<ul style="list-style-type: none"> - Tabaco - Alcohol
		Illegales		<ul style="list-style-type: none"> - Marihuana - Cocaína - Heroína - Crac - Metanfetaminas.
ACCESIBILIDAD	Es la capacidad de acercamiento o llegada, que tienen las personas sin que medien exclusiones de ningún tipo para acceder a los servicios del CAI del Hospital Escuela de Tegucigalpa.	- Geográfico.		<ul style="list-style-type: none"> - Distancia en Kilómetros.
		- Económico.		<ul style="list-style-type: none"> - Dinero para el transporte y alimentación - Dinero para aportar la cuota al CAI.
		- Conocimiento		<ul style="list-style-type: none"> - Sabe horario de atención. - Conoce el funcionamiento del centro.
		- Climático		<ul style="list-style-type: none"> - Clima favorable para asistir al CAI.
		- Forma de transporte		<ul style="list-style-type: none"> - Particular - Colectivo - Institucional - No informa
		- Otros		<ul style="list-style-type: none"> - No permiso en el trabajo. - Enfermedad aguda. - Problemas del transporte.

8. ANALISIS DE LOS DATOS

Los resultados de los datos se incluyeron en una base de datos elaborada con el programa de Epi-Info versión 3.5.1; se hizo un resumen descriptivo de las principales variables que se basaron en el cálculo de medidas de centralización y de dispersión (las variables cuantitativas se expresaron como Media +- DE, Mediana (rango); las cualitativas se expresaron en porcentaje y frecuencia.

Se realizó análisis univariado y bivariado de las variables.

En el univariado se usaron las medidas de frecuencia y porcentaje, en el análisis bivariado se usó el χ^2 y el valor de $P < 0.05$, como pruebas de significancia estadística para validar la relación entre variables.

ASPECTOS ETICOS

Se obtuvo el permiso del jefe de la sala, para después tener la colaboración de todo el personal del centro y poder realizar el respectivo estudio.

Para identificación del paciente se utilizó su número de expediente, se tuvo el cuidado que fuera único y no se repita, luego se codificó de tal manera que solo el investigador conociera el número de expediente y el nombre del paciente para mantener el anonimato. Si se necesitaba alguna información por olvido o duda se le solicitó al personal del CAI previo el permiso al jefe de sala indicando la razón de la solicitud.

Se contó con el Dictamen Ético del CEIB (Comité de Ética en investigación Biomédica) de la FCM/UIC (Facultad de Ciencias Médicas/Unidad de investigación Científica), para realizar el estudio.

Se le brindó la información en forma comprensible al paciente, se cercioró de que entendió y tuvo la opción de preguntar, finalmente manifestó su voluntad de colaborar o tuvo la oportunidad de negarse a participar en el estudio, esto se hizo a través del "Consentimiento Informado", que se le leyó antes de participar en el

estudio. Luego firmó un formulario donde manifestó el paciente o una persona responsable que estuvo de acuerdo en participar en el estudio; para las personas que no pudieron firmar, colocaron su huella digital del primer dedo mano derecha.

Al paciente se le entregó una copia del consentimiento informado y del formulario que firmó donde estuvo de acuerdo y el investigador se quedó con la hoja original.

En los adolescentes que tuvieron de 10 a 17 años, se les solicitó el asentimiento a los directamente involucrados.

9. PROBLEMAS ENCONTRADOS DURANTE EL ESTUDIO

Al momento de practicar el cuestionario SMAQ a los pacientes que asistieron a su cita, se observó que la mayoría no tenían confianza de contestar las preguntas de forma verdadera, así que se modificó la técnica y lo que se hizo al principio fue explicarles lo importante que eran sus respuestas verdaderas, lo valioso que eran sus respuestas para el estudio, y que con sus problemas de adherencia podrían ayudar a otros pacientes, además de explicarles el consentimiento o asentimiento informado.

VII. RESULTADOS

De acuerdo al cuestionario SMAQ, se encontró que el 60.22% (106/176) de los pacientes son no adherentes a los ARV en el CAI del Hospital Escuela.

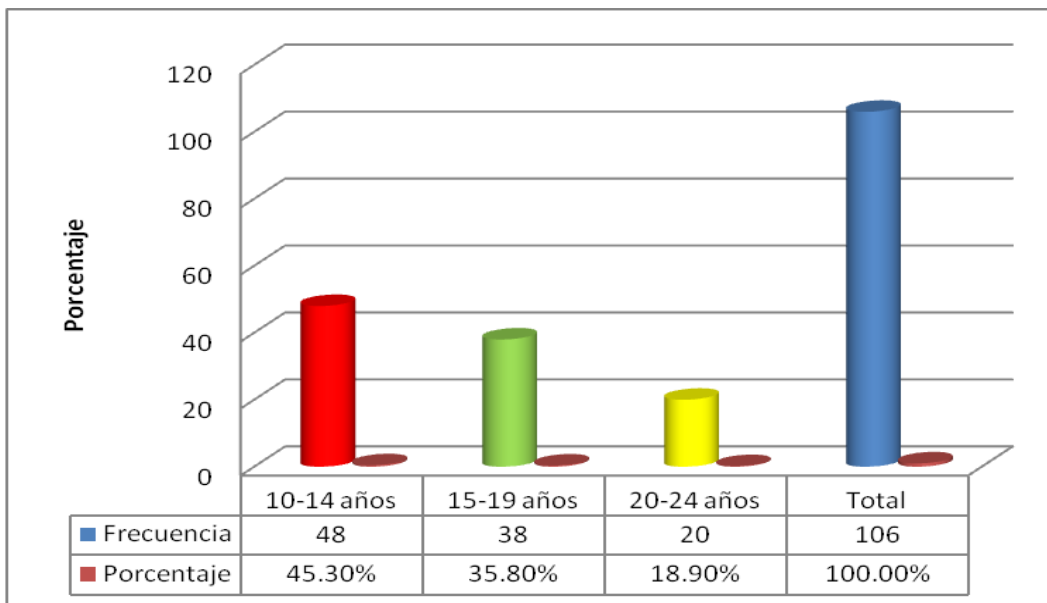
I.-FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS

En lo que respecta a la edad se categorizó en tres grupos (gráfica 1), adolescente temprana, (10-14 años) adolescente pleno (15-19 años) y jóvenes (20-24 años), y a todos en conjunto se les cataloga como jóvenes, según los criterios de la OMS.

Se encontró que la mayor cantidad de pacientes se encontraron en la categoría de adolescencia temprana con un 45.30% (48). Ver gráfica # 1

GRAFICA # 1

Distribución de la frecuencia y porcentaje de grupos por edades en el estudio de Adherencia a los ARV en el CAI del Hospital Escuela 2013.



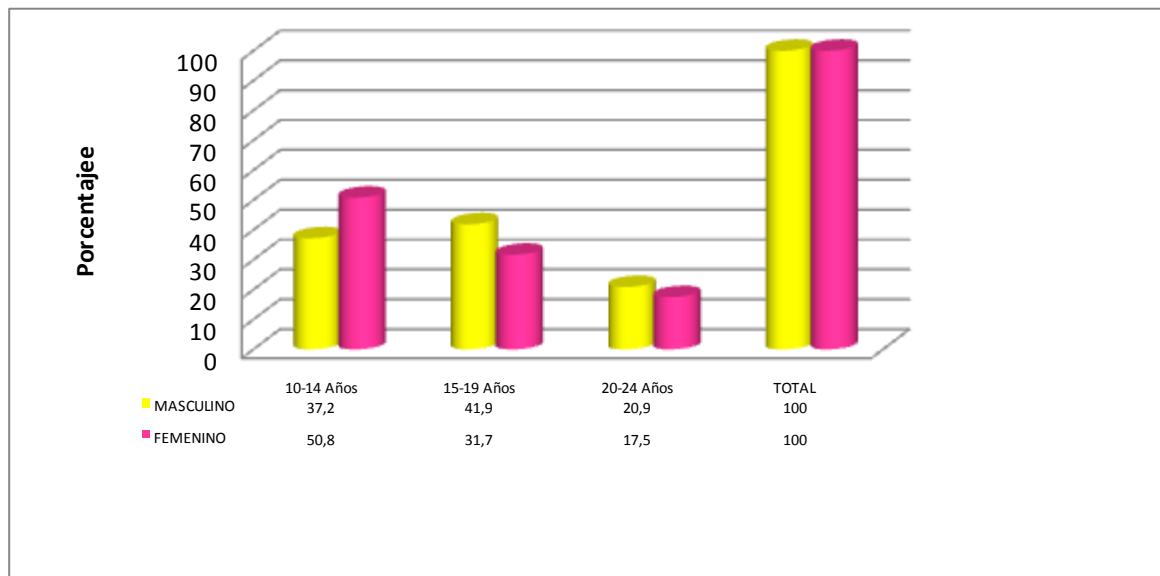
Fuente: Encuesta realizada en el CAI del Hospital Escuela 2013.

En cuanto al sexo, el estudio refirió que el femenino se presentó con mayor frecuencia con un 59.4% (63), de los casos.

Al relacionar edad y sexo la investigación describió que el sexo femenino es más frecuente en el grupo de los adolescentes tempranos con un 50.8 % (32); mientras que el sexo masculino es más frecuente en los adolescentes plenos con un 41.9% (18). (Ver gráfica # 2)

GRAFICA # 2

Distribución de la frecuencia y porcentaje de grupos por edades y sexo en el estudio de Adherencia a los ARV en el CAI del Hospital Escuela 2013.



Fuente: Encuesta realizada en el CAI del Hospital Escuela 2013.

Ante la pregunta lugar de procedencia (cuadro # 1) se observó que la mayoría de la población atendida procede del área rural con un 42% (45), pero en un 58% (61) corresponde al sumar la procedencia urbana más la urbana marginal.

CUADRO # 1

Distribución de la frecuencia y porcentaje según lugar de procedencia en el estudio de Adherencia a los ARV en el CAI del Hospital Escuela 2013

Lugar de procedencia	Frecuencia	Porcentaje
URBANO	27	25.50
URBANO MARGINAL	34	32.10
RURAL	45	42.50
Total	106	100.00

Fuente: Encuesta realizada en el CAI del Hospital Escuela 2013.

Al evaluar el nivel educativo (cuadro # 2), los resultados presentan que un 46.6% (49) se encuentran en la primaria incompleta y existe un 2.9 (3) que son analfabetos.

CUADRO # 2

Distribución de la frecuencia y porcentaje según nivel educativo en el estudio de Adherencia a los ARV en el CAI del Hospital Escuela 2013

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	3	2.90
Primaria incompleta	49	47.10
Primaria completa	9	8.70
Secundaria incompleta	35	33.70
Secundaria completa	5	4.80
Universitaria incompleta	3	2.90
Total	106	100

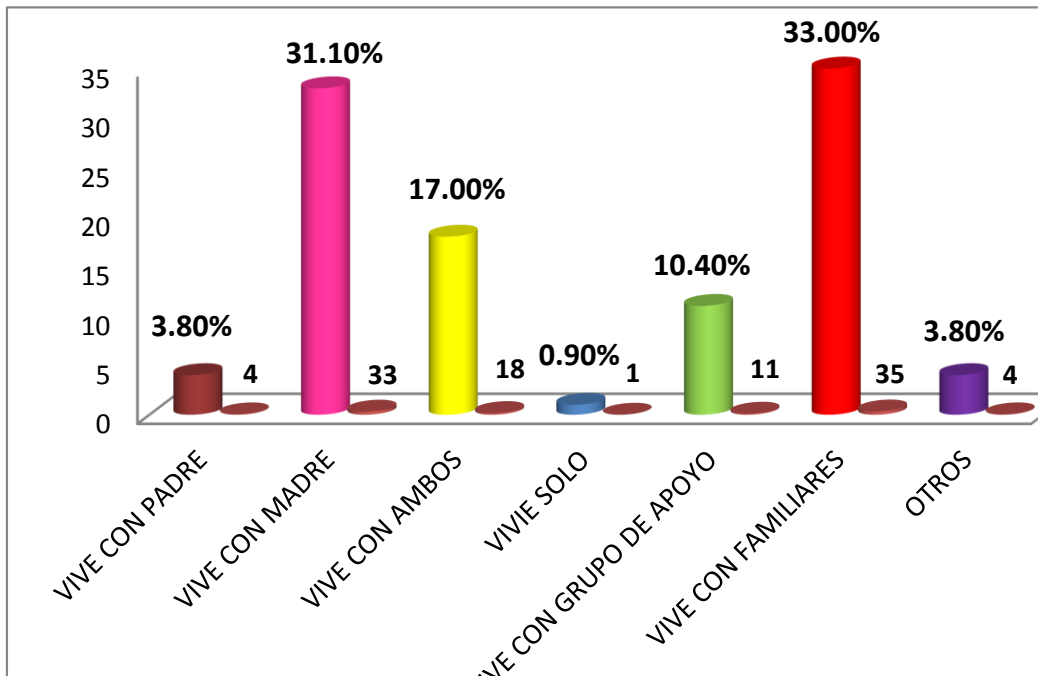
Fuente: Encuesta realizada en el CAI del Hospital Escuela 2013.

II.-FACTORES FAMILIARES QUE INFLUYEN EN LA NO ADHERENCIA

En lo que concierne con quien vive el paciente, (gráfica # 3) se encontró que el 33% (35) vive con otros familiares. Además el 52% (55) vive por lo menos con uno de los padres (sea la madre, el padre o ambos)

GRAFICA # 3

Distribución de la frecuencia y porcentaje de acuerdo con quien vive el paciente, en el estudio de Adherencia a los ARV en el CAI del Hospital Escuela 2013.



Fuente: Encuesta realizada en el CAI del Hospital Escuela 2013.

Se constató que el 54.7% (58) de los pacientes encuestados habitan en viviendas temporales (cuadro # 3) o sea que son alquiladas por sus familiares.

CUADRO # 3

Distribución de la frecuencia y porcentaje de acuerdo al tipo de vivienda, en el estudio de Adherencia a los ARV en el CAI del Hospital Escuela 2013

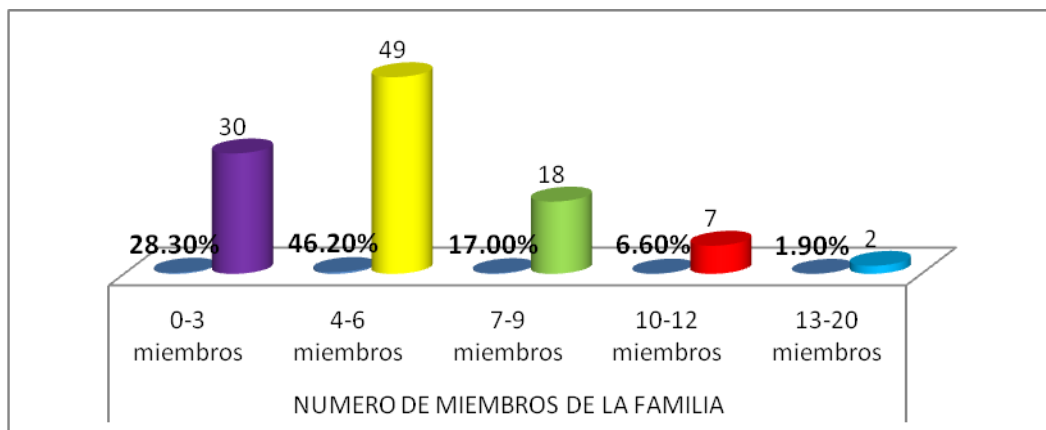
Vivienda	Frecuencia	Porcentaje
Permanente	48	45.30
Temporal	58	54.70
Total	106	100

Fuente: Encuesta realizada en el CAI del Hospital Escuela 2013

En cuanto al número de miembros de la familia y habitan en la casa, (gráfica # 4) el estudio reportó que el grupo familiar conformado de 4 a 7 personas es el más frecuente con un 46.2% (49)

GRAFICA # 4

Distribución de la frecuencia y porcentaje de acuerdo al número de miembros de la familia, en el estudio de Adherencia a los ARV en el CAI del Hospital Escuela 2013



Fuente: Encuesta realizada en el CAI del Hospital Escuela 2013

III. FACTORES RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS QUE FACILITAN LA NO ADHERENCIA.

1. Los pacientes que toman 5 o más tabletas al día (o dosis de jarabe).

En lo que concierne a aquellos pacientes que toman 5 o más tabletas de medicamentos al día (en los pacientes que tomaban jarabe, cada toma se consideró una tableta) se encontró que el 42.5%(45) de los pacientes manifestaron tener problemas de tomarse todos los medicamentos que les corresponde, según la indicación brindada por el médico. (Cuadro # 4)

CUADRO # 4

Distribución de la frecuencia y porcentaje de los pacientes que no se toman sus dosis completa, en el estudio de Adherencia a los ARV en el CAI del Hospital Escuela 2013

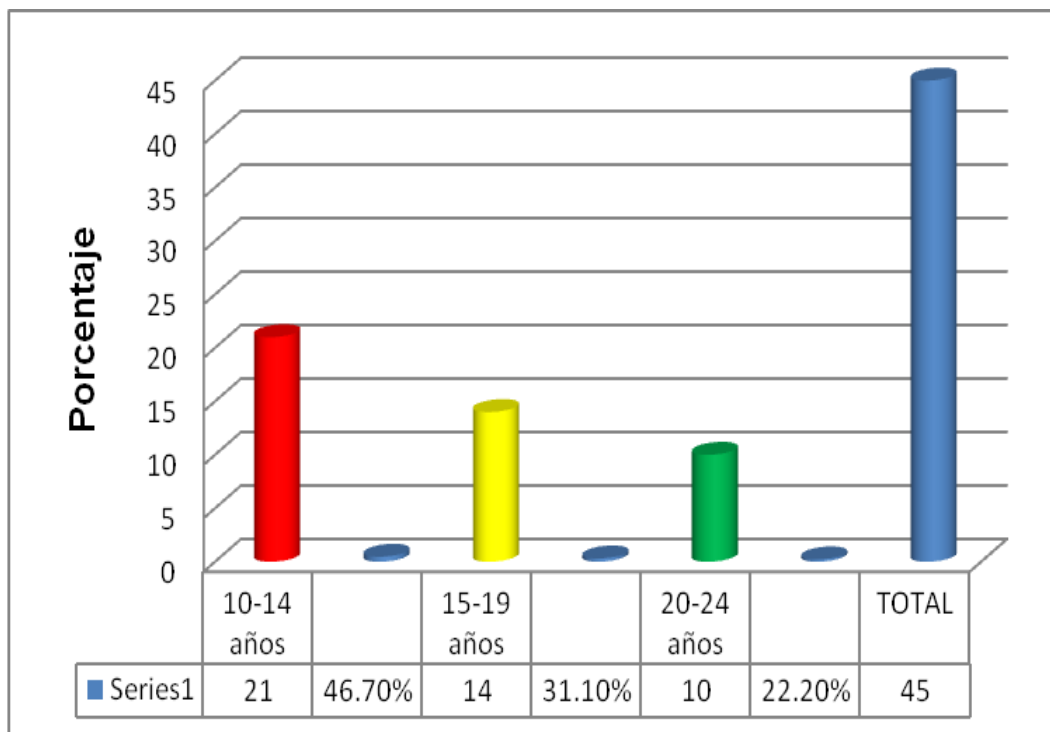
Toman medicamentos completos	Frecuencia	Porcentaje
Si	45	42.50
No	61	57.50
Total	106	100.00

Fuente: Encuesta realizada en el CAI del Hospital Escuela 2013

Al relacionar los pacientes que no se toman en forma adecuada el total de sus dosis diarias con los grupos de edad, (Gráfico # 5) se encontró que los adolescentes tempranos tienen más dificultades con la adherencia a los ARV con un 46.5% (21).

GRAFICA # 5

Distribución de la frecuencia y porcentaje de los pacientes que no se toman sus dosis completa, relacionado con grupos de edad, en el estudio de Adherencia a los ARV en el CAI del Hospital Escuela 2013



Fuente: Encuesta realizada en el CAI del Hospital Escuela 2013

En el aspecto de aquellos pacientes con problemas de adherencia a los ARV debido a que no cumplen con el horario indicado por el médico, los reportes indicaron que el 58.5% (62) no lo cumplen en forma adecuada. (Cuadro # 5)

CUADRO # 5

Distribución de la frecuencia y porcentaje de los pacientes que no cumplen con el horario, en estudio de Adherencia a los ARV en el CAI del Hospital Escuela 2013

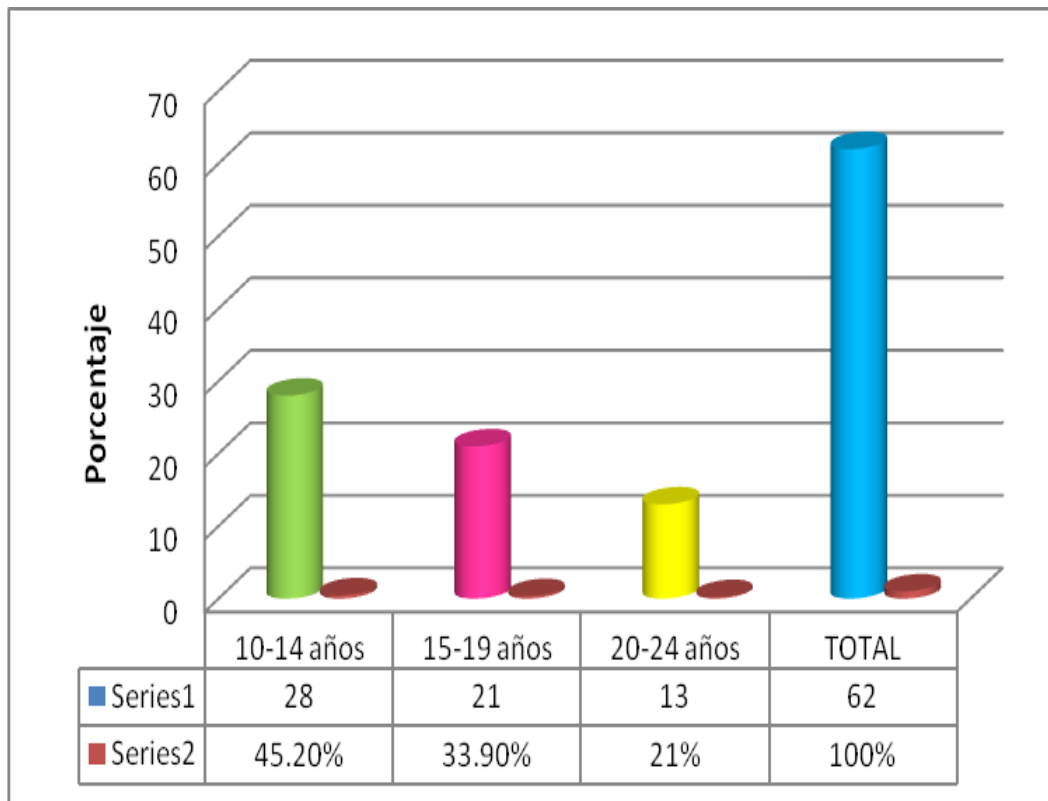
Incumplimiento de horario	Frecuencia	Porcentaje
Si	62	58.50
No	44	41.50
Total	106	100.00

Fuente: Encuesta realizada en el CAI del Hospital Escuela 2013

Cuando relacionamos incumplimiento de horario con la edad, el estudio reportó que que los adolescentes tempranos presentan un mayor porcentaje con un 45.20 (28), según lo muestra la gráfica # 6

GRAFICA # 6

Distribución de la frecuencia y porcentaje según grupos de edad de los pacientes que no cumplen con el horario, en estudio de Adherencia a los ARV en el CAI del Hospital Escuela 2013.



Fuente: Encuesta realizada en el CAI del Hospital Escuela 2013

Se encontró que el 32.1% (34) de los pacientes (Cuadro # 6) manifestaron que los medicamentos les produjeron algún efecto adverso después de ingerirlo, y como consecuencia no querían seguirlos tomando, y esto afecte la adherencia a los ARV.

CUADRO # 6

Distribución de la frecuencia y porcentaje de los pacientes que presentaron efectos adversos, según grupos de edad, en estudio de Adherencia a los ARV en el CAI del Hospital Escuela 2013.

Refirieron efectos adversos a los ARV

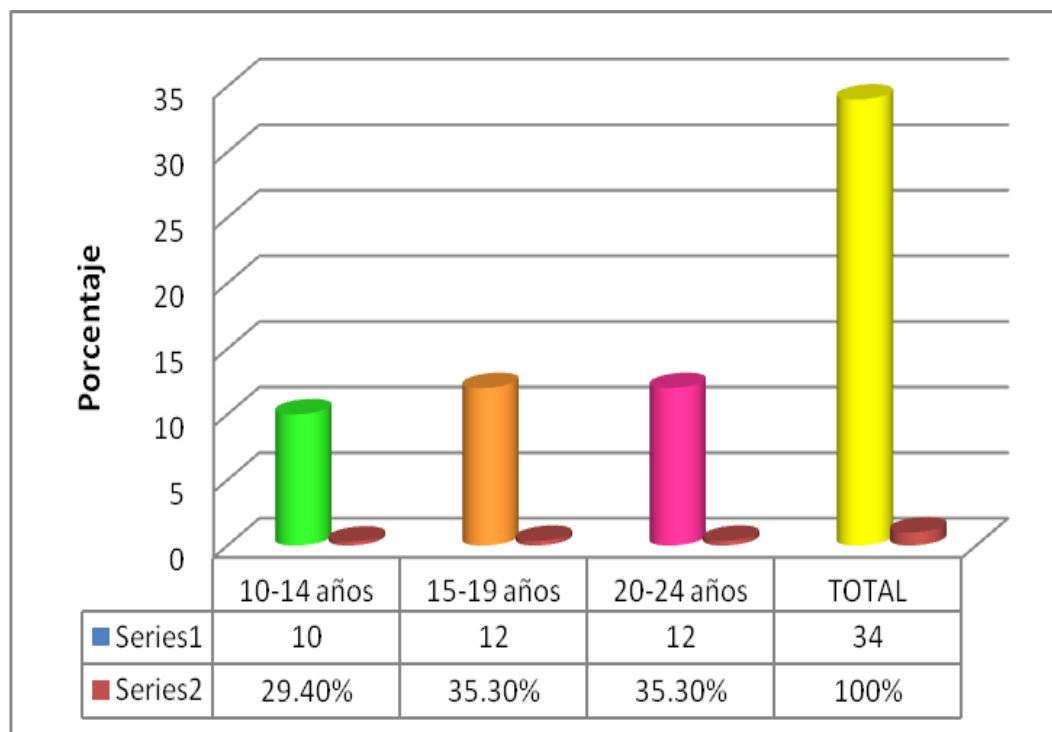
	Si	No	Total
Total	34	72	106
%	32.1	67.9	100

Fuente: Encuesta realizada en el CAI del Hospital Escuela 2013

Al determinar la relación entre los efectos adversos que manifiesta el paciente con la edad, se encontró que el grupo de edad que refirieron más síntomas, fueron los adolescentes plenos y los jóvenes con un 35.3% (12) respectivamente para cada grupo. (Gráfica # 7)

GRAFICA # 7

Distribución de la frecuencia y porcentaje de los pacientes que presentaron efectos adversos de acuerdo al grupo de edad, en estudio de Adherencia a los ARV en el CAI del Hospital Escuela 2013.

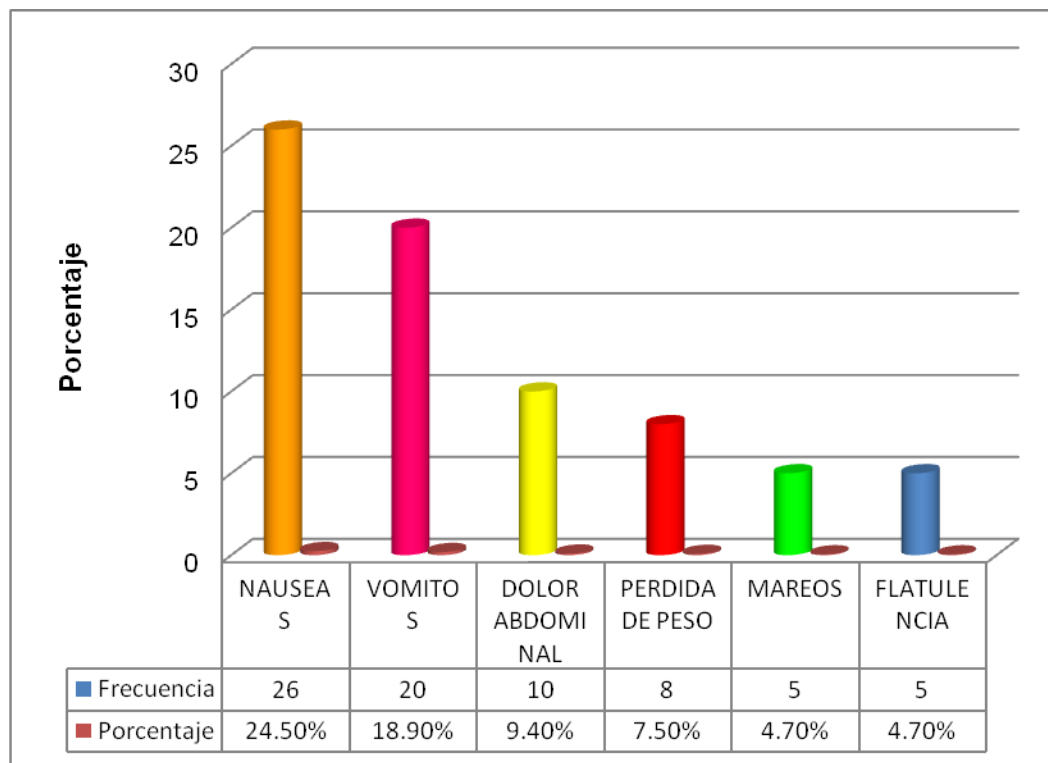


Fuente: Encuesta realizada en el CAI del Hospital Escuela 2013

El efecto adverso que fue manifestado por los pacientes del estudio que produjo mayor problema con la adherencia a los ARV, fue la náusea con un 24.5% (26), es de hacer notar que algunos pacientes refirieron más de un efecto adverso en la encuesta. Ver gráfica # 8

GRAFICA # 8

Distribución de la frecuencia y porcentaje de los efectos adversos más frecuentes manifestados por los pacientes, en estudio de Adherencia a los ARV en el CAI del Hospital Escuela 2013.



Fuente: Encuesta realizada en el CAI del Hospital Escuela 2013

Con la realización de este estudio se encontró que la relación de no adherencia a los ARV y el olvido para tomarlas, fue la variable más frecuentes con un 59.4% (63), según se presenta en el cuadro # 7

CUADRO # 7

Distribución de la frecuencia y porcentaje de la variable olvido, manifestados por los pacientes, en estudio de Adherencia a los ARV en el CAI del Hospital Escuela 2013.

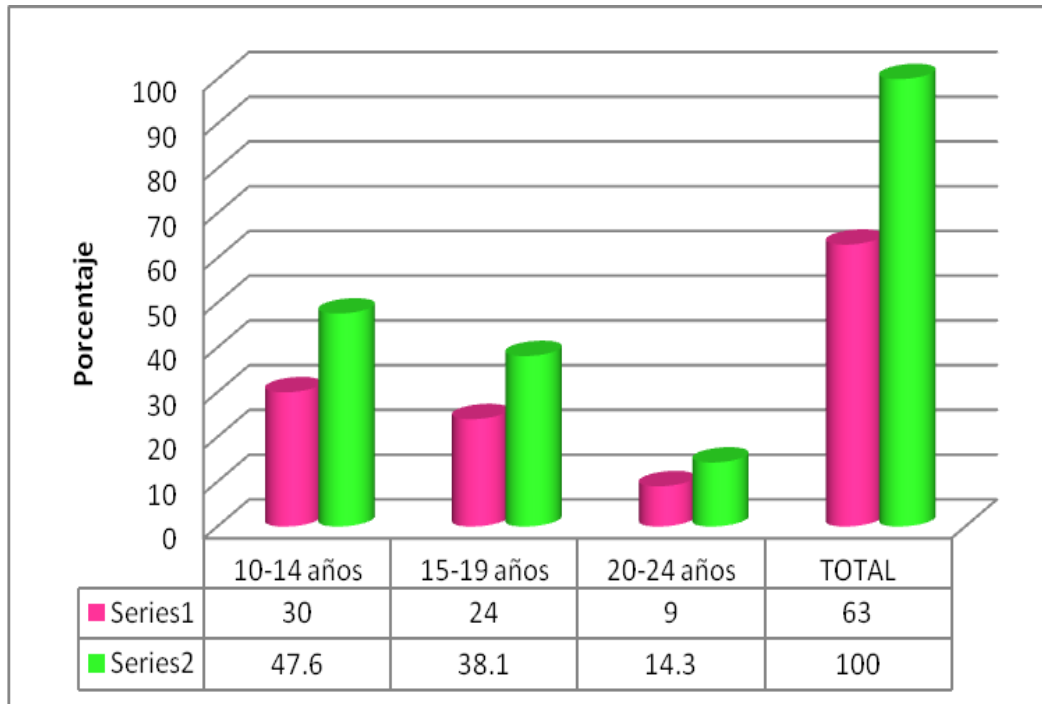
Olvida tomar los medicamentos	Frecuencia	Porcentaje
Si	63	59.40
No	43	40.60
Total	106	100.00

Fuente: Encuesta realizada en el CAI del Hospital Escuela 2013

El olvido de tomar los ARV por parte de los pacientes al relacionarlas con los grupos de edad, se encontró que los adolescentes tempranos lo presentaron en un mayor porcentaje con un 47.60 (30), de acuerdo a la gráfica # 9.

GRAFICA # 9

Distribución de la frecuencia y porcentaje del olvido al relacionarlo con los grupos de edad, en estudio de Adherencia a los ARV en el CAI del Hospital Escuela 2013.



Fuente: Encuesta realizada en el CAI del Hospital Escuela 2013

Como dato adicional a los factores que se relacionan con los medicamentos que favorecen la no adherencia, se indagó que el 13.12% (14) de los pacientes manifestó que no confía en los medicamentos. (Cuadro # 8)

CUADRO # 8

Distribución de la frecuencia y porcentaje de los pacientes que manifestaron que no confían en los ARV, en estudio de Adherencia a los ARV en el CAI del Hospital Escuela 2013

Confía en los Medicamentos	Frecuencia	Porcentaje
Si	92	86.80
No	14	13.20
Total	106	100.00

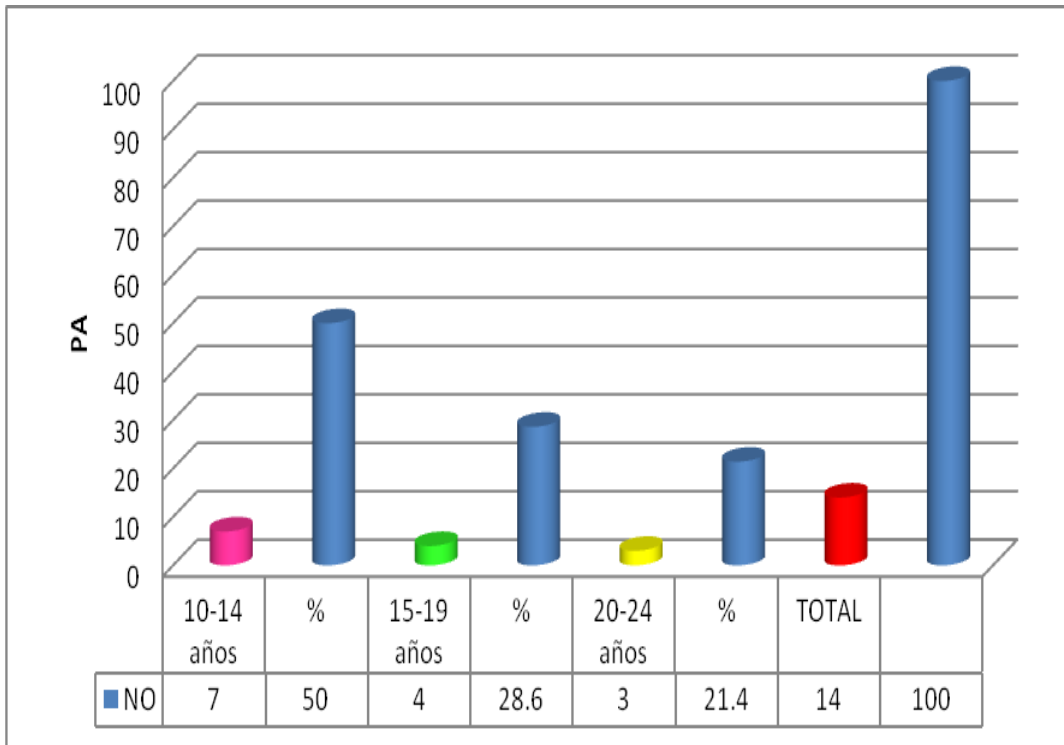
Fuente: Encuesta realizada en el CAI del Hospital Escuela 2013

En este estudio se encontró que todos los usuarios recibieron el total de los medicamentos ARV al momento de reclamarlos en farmacia, tal como se los había indicado el médico.

El 13.20%(14) de los pacientes no confían en los medicamentos, de estos el 50% (7) corresponde al grupo de edad de 10 a 14 años, según se observa en el gráfica # 10.

GRAFICA # 10

Distribución de la frecuencia y porcentaje de los pacientes que manifestaron que no confían en los ARV de acuerdo a los grupos de edad, en estudio de Adherencia a los ARV en el CAI del Hospital Escuela 2013.

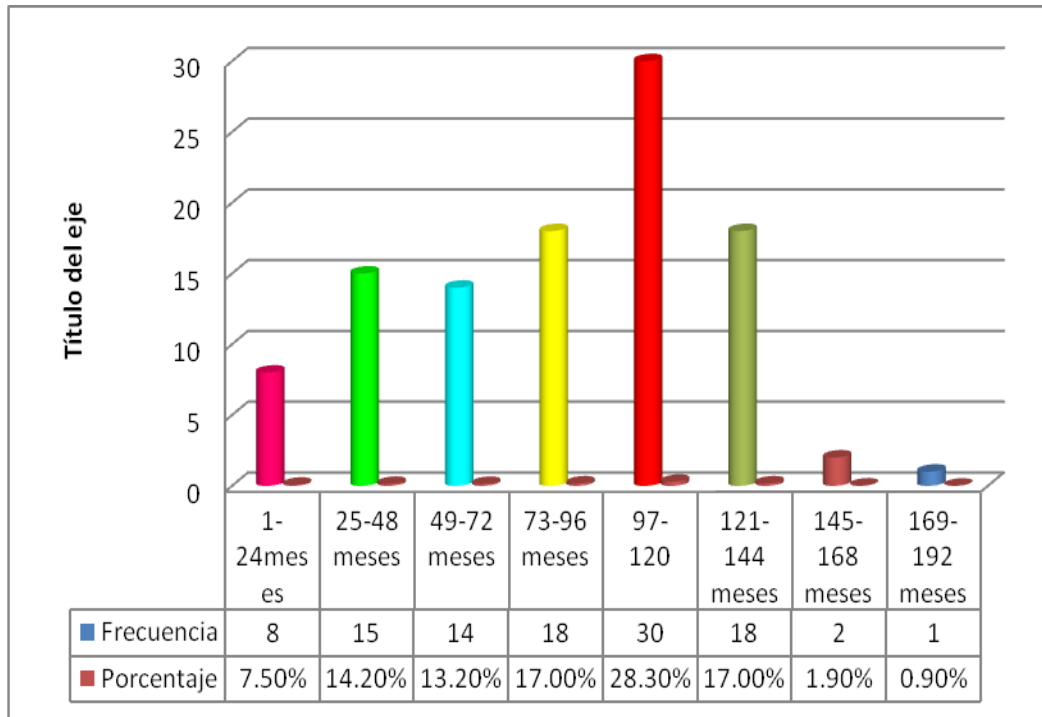


Fuente: Encuesta realizada en el CAI del Hospital Escuela 2013

Al revisar el tiempo que tienen los pacientes de estar tomando sus medicamentos en forma permanente, (gráfica # 11) se encontró que el 80% (84) de los pacientes tienen más de 49 meses (4 años) de estar tomando sus ARV.

GRAFICA # 11

Distribución de la frecuencia y porcentaje del tiempo que tienen los pacientes de estar tomando los ARV, en estudio de Adherencia a los ARV en el CAI del Hospital Escuela 2013.



Fuente: Encuesta realizada en el CAI del Hospital Escuela 2013

En lo que respecta a la relación de los alimentos con los medicamentos, el 100% manifestó que no tienen ningún síntoma que se relacione el tomarse sus alimentos y algún efecto que produzcan los ARV.

V. ACCESO AL HOSPITAL Y CONSUMO DE DROGAS COMO FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO ADHERENCIA A LOS ARV.

A. Acceso al Hospital Escuela.

Cuando se realizó la relación entre el tiempo en horas que se tardan los pacientes desde su casa al llegar al CAI del Hospital Escuela, se reportó que el 60% (63) invierte una hora o menos para su arribo. (Cuadro # 9)

CUADRO # 9

Distribución de la frecuencia y porcentaje del tiempo en horas que emplea el paciente para llegar al CAI, en estudio de Adherencia a los ARV en el CAI del Hospital Escuela 2013.

Tiempo en horas	Frecuencia	Porcentaje
1	63	59.40
2	18	17.00
3	8	7.50
4	9	8.50
5	6	5.70
	106	100

Fuente: Encuesta realizada en el CAI del Hospital Escuela 2013

Al investigar las razones porque los pacientes se tardaron 3 días o más para llegar a su cita, los pacientes manifestaron que fueron los escasos recursos económicos con un 32.10% (34), como la principal razón para no llegar a su cita el día programado por su médico. Algunos pacientes refirieron más de una causa. (Cuadro # 10)

CUADRO # 10

Distribución de la frecuencia y porcentaje de las causas porque los pacientes se tardaron más de tres días para llegar a su cita, en estudio de Adherencia a los ARV en el CAI del Hospital Escuela 2013.

Tiempo en horas	Frecuencia	Porcentaje
1	63	59.40
2	18	17.00
3	8	7.50
4	9	8.50
5	6	5.70
	106	100

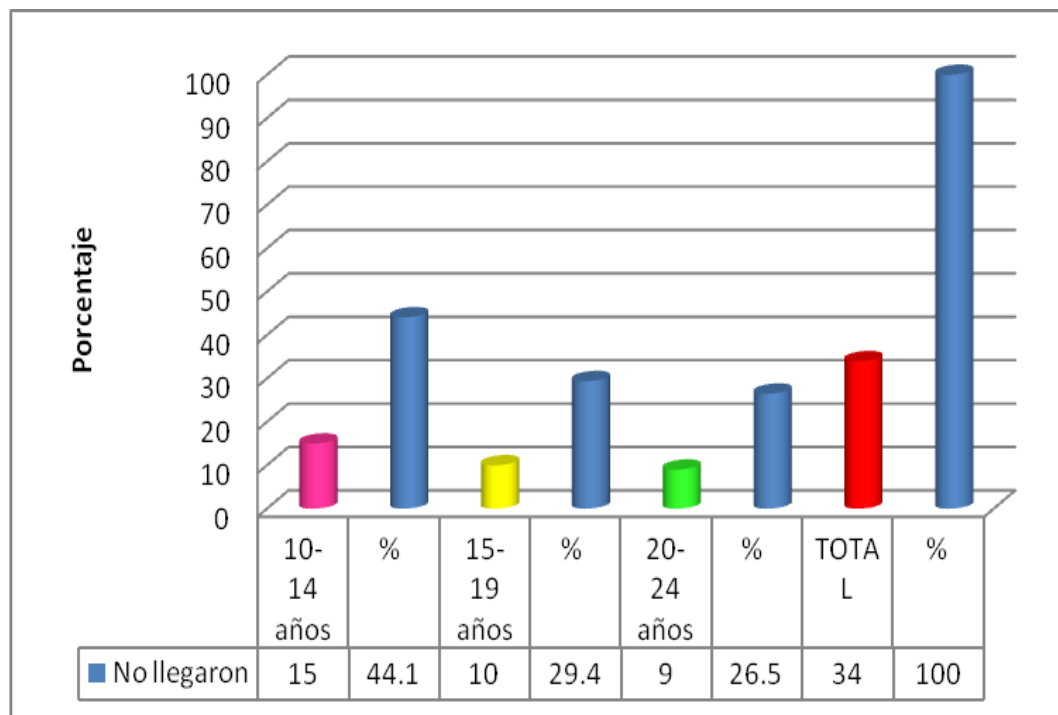
Fuente: Encuesta realizada en el CAI del Hospital Escuela 2013

Con el consumo de drogas solo se encontró que el 4.9% (6) las usan, siendo la más frecuente el alcohol la que se ingiere en forma ocasional (menos de una vez por semana).

Al relacionar la variable de escasos recursos económicos con la edad, se encontró que los pacientes que tienen entre 10 y 14 años presentaron la mayor frecuencia con un 44% (15) de no asistir a la consulta al CAI del Hospital Escuela por esta razón. Ver gráfica # 12

GRAFICA # 12

Distribución de la frecuencia y porcentaje de los pacientes que por escasos recursos económicos no llegaron a su cita al CAI y relacionarlos con la edad, en estudio de Adherencia a los ARV en el CAI del Hospital Escuela 2013.



Fuente: Encuesta realizada en el CAI del Hospital Escuela 2013

5.- FACTORES RELACIONADOS CON LA INFECCION QUE SON CAUSALES DE LA NO ADHERENCIA A LOS ARV.

En cuanto a la forma de transmisión del VIH se encontró que el 86.8% (92) la adquirió de forma vertical o sea por su madre al nacimiento y el 13.3% (14) su transmisión fue por las relaciones sexuales.

Al evaluar la forma de transmisión con los grupos de edad, el estudio reportó que en lo que respecta a la transmisión vertical, el grupo de edad más frecuente está en el rango de 10-14 años el 52.20% (48), y en los de transmisión sexual, el grupo más frecuente de infectados se encontró en los jóvenes con 71.4% (10). Ver cuadro # 11

CUADRO # 11

Distribución de la frecuencia y porcentaje de la transmisión del VIH, al relacionarla con los grupos de edad, en estudio de Adherencia a los ARV en el CAI del Hospital Escuela 2013.

	Forma de transmisión del virus VIH					
	Vertical		Por infección		Total	%
	frecuencia	%	frecuencia	%		
10-14 años	48	52.2	0	0	48	45.3
15-19 años	34	37	4	28.6	38	35.8
20-24 años	10	10.8	10	71.4	20	18.9
	92	100	14	100	100	100

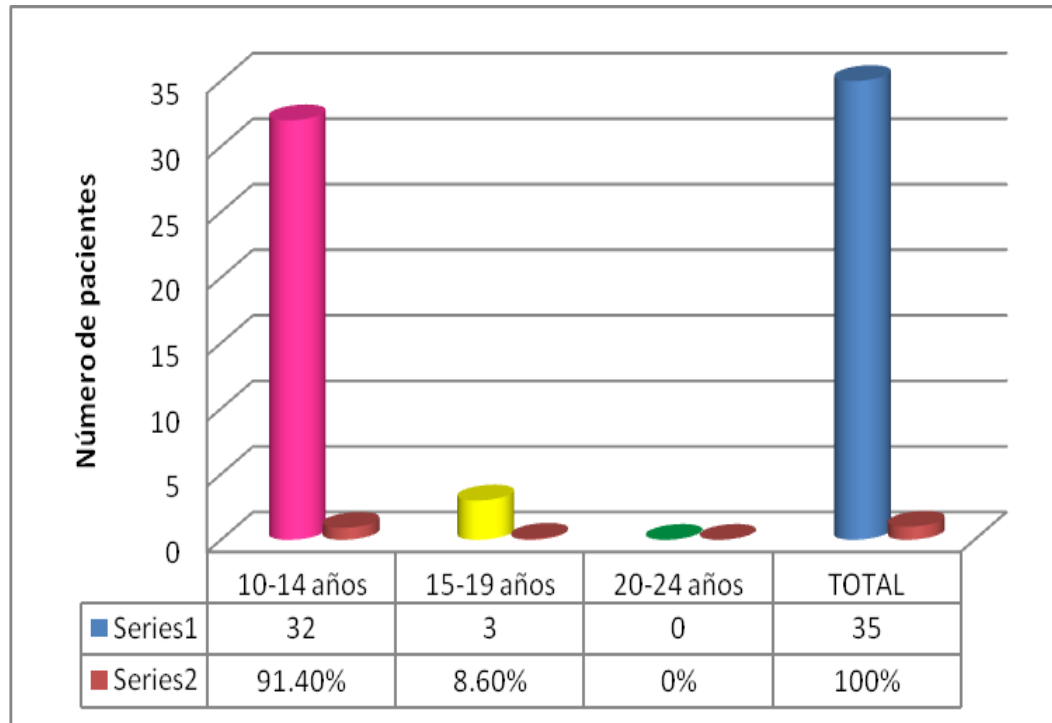
Fuente: Encuesta realizada en el CAI del Hospital Escuela 2013

Es importante mencionar que el 33% (35) de los pacientes no conocen su diagnóstico que son VIH positivos.

Al relacionar el grupo de edad y no conocer su diagnóstico del VIH, se encontró que el 91.40% (32) están en los adolescentes tempranos. (Gráfica # 13)

GRAFICA # 13

Distribución de la frecuencia y porcentaje de los pacientes que no tienen conocimiento que son VIH y relacionarla con los grupos de edad, en estudio de Adherencia a los ARV en el CAI del Hospital Escuela 2013.

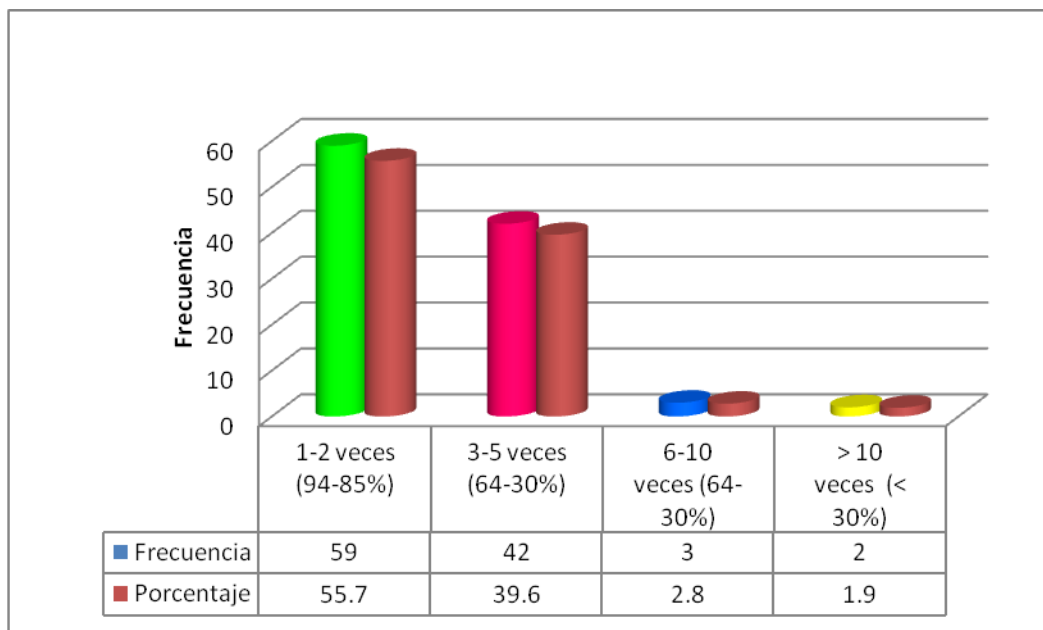


Fuente: Encuesta realizada en el CAI del Hospital Escuela 2013

La pregunta # 5 del cuestionario SMAQ nos da una forma semi-cuantitativa de medir la adherencia a los ARV, ante la pregunta: en la última semana ¿cuántas veces no se tomo alguna dosis?, en este estudio reflejó que el 55.70% (59) de los pacientes no se tomaron entre 1-2 dosis en la última semana, los ubica en un nivel de adherencia que esta entre el 94-85% (ver gráfica # 14). Aunque esta pregunta solo tiene relación con el olvido de dosis, nos da un indicativo de como se distribuye la adherencia entre los pacientes que participaron en el estudio.

GRAFICA # 14

Distribución del porcentaje de adherencia, según la pregunta: en la última semana ¿Cuántas veces no se tomó alguna dosis del medicamento, en el estudio de Adherencia a los ARV en el CAI del Hospital Escuela 2013.



Fuente: Encuesta realizada en el CAI del Hospital Escuela 2013

VIII. DISCUSION Y ANALISIS

En la literatura existen muy pocos estudios que identifiquen factores de riesgo por grupos etarios en los jóvenes y los resultados de la no adherencia solo se describen a nivel general, lo que hace difícil la comparación como los presentamos en nuestro estudio. Se han encontrado algunas guías a nivel mundial realizadas por UNICEF en jóvenes que orientan a un mejor abordaje para la toma de los ARV.

Empezaremos manifestando que varios estudios refieren, que solo con el hecho de ser adolescente, este es un factor de riesgo para tener problemas con la adherencia a los ARV. ^(40, 41) Este problema se encuentra en porcentaje variado de acuerdo a la edad. ⁽⁴²⁾

Este estudio refleja que a nivel general, el porcentaje de la no adherencia al tratamiento antirretroviral entre los pacientes de 10 a 24 años que acudieron al CAI del Hospital Escuela de Tegucigalpa en el periodo de diciembre 2012 a mayo del 2013 es del 59%, en una cohorte de 176 entrevistados, 106 pacientes resultaron tener problemas con la adherencia a los ARV por diferentes factores que se describen más adelante. Además hacemos un desglose por grupos de edad para los diferentes factores que dificultan la adherencia.

Varios autores, revelan que la adherencia a los ARV, puede ser tan variado que oscila entre el 20 y 90%. ⁽⁴⁴⁻⁴⁸⁾ Esta amplia variabilidad depende del método utilizado en los estudios, la edad específica que se ha estudiado, así como el tiempo evaluado.

A continuación presentamos algunos estudios que nos indican el porcentaje de adherencia y posteriormente discutiremos cuales son las variables que encontramos en nuestro estudio que facilitan la no adherencia a los ARV en el CAI del Hospital Escuela.

Mairena ⁽⁴⁹⁾, en Nicaragua (2012) en un grupo de edad de 3 a 22 años encontró que un 34% tenían problemas de adherencia, sin clasificar por grupos de edad.

Hirsch (2010) en Argentina, encontró que la adherencia al TARV varía entre 37 y 83%, según el medicamento en estudio y las características demográficas de las poblaciones de pacientes. ⁽²⁵⁾

Miranda (2012) et al ⁽⁵⁰⁾ en Argentina, demostró que el 57% tenían problemas de adherencia en el grupo de pacientes pediátricos que se incluyeron niños entre 7 y 12 años.

Buchanan et al ⁽⁵¹⁾ en 2012 en USA en niños de 8 a 18 años (afroamericano e hispanos) señaló que el 49% de los pacientes se les consideró no adherentes a los ARV.

Valdivia Vadell C, et al ⁽⁵²⁾ en un estudio realizado en España (2011) reportó una adherencia del 90% según informe del paciente y 83% según informado por farmacia.

Los estudios realizados por Miranda (57%), Hirsch (37-83%) y Buchanan (49%) presentan a nivel general porcentajes de no adherencia a los ARV muy parecidos al nuestro (59%). La falta de cumplimiento, probablemente sea porque estos pacientes están en la transición de la responsabilidad para que se tomen sus ARV y no se encuentran preparados para asumir tal responsabilidad, además en estas edades se enfrentan a múltiples factores estresantes en la vida donde andan buscando su identidad y su independencia, lo que provoca aumentar el riesgo de mutaciones, que puede resultar en resistencia cruzada a otros medicamentos^(40,49) que reduce los beneficios del tratamiento y, en muchos casos, la prescripción de ARV más complejos⁽⁴²⁾ lo que lleva a necesitar mayores recursos económicos por ser estos medicamentos de un costo alto y se convierte en un problema de Salud Pública.

Lo opuesto encontró Valdivia ⁽⁵²⁾ en España (no adherencia 10%), un país desarrollado que tiene los recursos suficientes para estar supervisando la administración de los medicamentos, tiene mejores vías de acceso y los pacientes son más responsables, sumado a que poseen pautas posológicas sencillas de una toma diaria.

Con todos estos datos se puede manifestar que el futuro de esta epidemia está en las manos de los jóvenes, porque las conductas que adopten hoy en la toma de sus ARV y las mantengan durante toda su vida determinara la evolución de la epidemia en las próximas décadas, por tal razón es un grupo de edad que se debe trabajar en forma inmediata para mejorar las conductas hacia los medicamentos y sexuales,⁽⁵³⁾ y tener una mejor adherencia a los medicamentos que toman diariamente.

1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

A) La edad

En nuestro estudio se encontró que el grupo de edad de adolescentes tempranos (10-14 años) presenta un porcentaje mayor de no adherencia con un 45.30%(48), esto concuerda con lo expresado por la sociedad americana de Enfermedades infecciosas que manifiesta: “la edad tiene fuerte relación con la adherencia, a menor edad menos adherencia”. Estos pacientes presentan características tanto de la etapa infantil como de la adolescencia y en ese sentido aún pueden desarrollarse estrategias con ellos que releven la importancia de la adherencia.⁽³⁹⁾

Williams⁽⁵⁴⁾ en un estudio realizado en 2006 con 2.088 pacientes de 3 a 18 años se observó que se producía un aumento significativo con 10% de un aumento de posibilidades de no adherencia por cada año que aumenta la edad, aunque no especifica las edades.

Esto podría ser por los problemas que presentan estos pacientes a la hora de adaptar los complejos regímenes posológicos son similares a los de los adultos, pero con los inconvenientes añadidos de disponer de menos autonomía, conocimiento limitado de su enfermedad, medicamentos, movilidad y privacidad, por tal razón los pacientes que previamente han sido buenos cumplidores podría no mantener la adhesión completa con el tiempo.⁽⁹⁾

Con el adolescente pleno (15-19 años) encontramos que nuestro estudio reporta la no adherencia en un 35.8%(38). A estos muchachos les gusta desligarse de la

autoridad de los padres o cuidadores, surgen reacciones de rebeldía, oposicionismo, y disfrutan de los riesgos que son propias de esta etapa del desarrollo ⁽²⁴⁾ Es aquí cuando comienza a ser irresponsable para tomar su tratamiento, llevar sus controles y las decisiones pueden ser a la ligera con respecto a la conducta que él o ella deban realizar. ⁽¹⁰⁾ Aunque según Beltrán ⁽⁵⁵⁾, Adaszko ⁽⁵⁶⁾ este grupo de edad genera mayor autonomía frente a los medicamentos, sobre todo si ya conocen su diagnóstico, lo que genera un factor favorable.

Un aspecto muy importante en esta etapa son los cambios hormonales con los que aparece el deseo y la atracción sexual con el consecuente inicio temprano de la actividad sexual que en muchos casos ocurre sin la información y orientación adecuada por parte de los padres, madres, docentes y otros adultos significantes. ⁽⁵⁷⁾

Underhill ⁽⁵⁸⁾ sugiere a este grupo de edad la abstinencia como única estrategia a ser vista como la mejor opción, sin embargo, las evidencias muestran que los programas que se limitan a la abstinencia no son eficaces para prevenir el VIH, ni otras infecciones de transmisión sexual o el embarazo, ni tampoco para cambiar los comportamientos de riesgo a largo plazo; además para ellos la práctica de relaciones sexuales sin protección con parejas de condición serológica desconocida, la oferta o la solicitud de servicios sexuales a cambio de dinero, puede ser una conducta atractiva. ⁽⁵⁾.

Aunque Jiménez Montero ⁽⁵⁹⁾ contrario a nuestro estudio, asocia la mala adherencia con la edad mayor de 14 años.

En el joven (20-24 años) encontramos la no adherencia a los ARV en un 18.9%(20), este grupo ya tiene una mayor conciencia y comienzan a asumir su papel de adultos. Algunos aun están estudiando o pasan a ser más independientes porque ya tienen algún trabajo, buscan y obtienen oportunidades de avance económico, y formar una familia o empiezan a hacer planes para casarse y tener hijos en el futuro. La situación que enfrentan y las opciones de planificación familiar que están a su alcance son determinantes con respecto al riesgo que corren de transmitir el VIH. ⁽⁵⁾

Valdivia Rivero ⁽⁵³⁾ reporta que en Cuba (2009) cuando estos pacientes están tomando sus ARV se ha encontrado que son menos adherentes que los adultos.

Rodríguez M. et al ⁽⁶⁰⁾ en II Congreso de GESIDA (2010) en España, presentó un estudio que refiere que la prevalencia de un grupo poblacional de 13 a 20 años de edad, aumento de 0.9% a 4.8% desde el 2004 hasta el 2009, este aumento de la prevalencia le atribuyen porque fue realizado en grupos de alto riesgo, como en hombres que tenían relaciones sexuales con hombres (HSH), prostitutas, inmigrantes (algunos de origen subsahariano).

Finalmente según Hernández Careaga ⁽³⁸⁾ y Rabkin ⁽⁶¹⁾, podemos decir que el VIH pediátrico ha pasado de una infección debilitante y rápidamente letal en la primera infancia, a una enfermedad crónica tratable que ha permitido extender la sobrevivida a la adolescencia y al comienzo de la madurez.

B) El Sexo

La incidencia de la epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) está cambiando drásticamente en los últimos años, afectando cada vez más a jóvenes y mujeres. Para el año 2009, el 50% de las nuevas infecciones por VIH ocurrió entre mujeres adolescentes y jóvenes menores de 24 años. ⁽⁵⁾

Nuestro estudio reporta que el 59.47%(63) de los encuestados corresponde al sexo femenino; este resultado concuerda con la OMS⁽⁵⁾, esto debido a la gran vulnerabilidad de la mujer, aunque la mayoría de nuestras pacientes son de transmisión vertical.

Un 40.57% corresponde al sexo masculino, de los cuales el 41.8%(43) corresponde a la adolescencia plena; se establece una relación hombre/mujer de 0.68.

Estos resultados son similares a los reportados por Badillo ⁽⁶⁴⁾ con un 64%, Hernández⁽¹⁰⁾ con un 54%, así como el estudio del Hospital Garrahan⁽⁵⁰⁾ en Argentina donde el 51% de las estudiadas eran del sexo femenino. En el único

estudio donde se encontró predominio del sexo masculino fue el de Buchanan ⁽⁵¹⁾ con un 54%.

C) Lugar de procedencia

El presente estudio reporta que el 42%(45) viven en el área rural, lo que implica que estas personas no tienen las mismas oportunidades de acceder a los servicios de salud que las que viven en las zonas urbanas, les representa un mayor gasto económico porque generalmente se transporta el paciente y su acompañante, que implica el gasto en alimentación y en algunas ocasiones hasta en pago de hospedaje, lo que puede motivarlos a no asistir a sus citas.

El 58%(61) viven en el área urbana y urbana marginal, les queda relativamente cerca el CAI del Hospital Escuela y la distancia no debería ser un problema para transportarse a dicho centro.

Según UNICEF ⁽⁶³⁾ datos de todas las regiones del mundo revelas desigualdades entre las poblaciones urbanas y rurales.

En resumen se puede manifestar que los factores sociodemográficos que más se relacionan con la no adherencia a los ARV son: los adolescentes tempranos con un 45.30% (48), sexo femenino con un 59.30% (63) y que estos pacientes viven cerca del área hospitalaria (urbana y urbana marginal) con un 58% (61).

2. FACTORES RELACIONADOS CON LA FAMILIA

A) Integración del Grupo familiar

En los pacientes por infección vertical sucede que al morir un progenitor en común que queden viviendo con el otro, especialmente si es la madre la sobreviviente, y cuando mueren los dos se pone en movimiento la red de parentesco, primero ascendente y luego colateral, y solo si no queda nadie que pueda hacerse cargo, se les busca un organismo que se encargue de ello, y los jóvenes lo describen como unas figuras salvadoras. ⁽⁶⁴⁾

Con lo que respecta a nuestro estudio, encontramos que el 52% (55) vive con al menos un padre (madre, padre, o ambos). Castillo ⁽⁶⁵⁾ manifiesta que es favorable el hecho de estar rodeado de sus progenitores, además varios autores^(46,66,67) refieren que sienten el apoyo y respaldo de ellos, que les brindan entendimiento, confianza con su enfermedad y la toma de medicamentos, lo que favorece una adecuada adherencia a los ARV.⁽⁶⁸⁾

Encontramos que solo el 17% (18) de nuestros pacientes viven con ambos padres, Hernández ⁽¹⁰⁾ encontró en su estudio en Chile que un 46.7% de los pacientes viven con ambos padres. Esto puede ser debido a que en Chile se tiene una mayor cobertura a los ARV y los padres tengan una mayor probabilidad de vida que la que tienen los pacientes con VIH/SIDA en nuestro país.

El porcentaje más alto encontrado en nuestro estudio corresponde a los pacientes que viven con otros familiares con un 33% (35), esto indica que probablemente ambos padres ya han fallecido, algo parecido encuentra el estudio de Hirsch ⁽²⁵⁾ en Argentina donde el 25% habían perdido a ambos progenitores. Los niños de muchos países de África subsahariana han perdido sus dos progenitores por el SIDA ⁽⁹⁾

Los pacientes que viven solo con la madre en el presente estudio corresponden al 31% (33). Beltrán ⁽⁵⁵⁾ en su estudio en Colombia manifiesta que generalmente las madres de los niños infectados por el VIH también están infectadas por el virus y es posible que la atención de los niños no sea óptima debido a los problemas de salud de las madres, sumado a que sus padres ya han fallecido, esto incrementa las dificultades económicas de un hogar desestructurado lo que dificulta el cumplimiento de los ARV. ⁽⁶⁹⁾

Hernández ⁽¹⁰⁾ refiere que la mitad de los adolescentes con VIH en Chile han perdido a uno de sus dos padres como consecuencia del SIDA. Miranda et al ⁽⁵⁰⁾ menciona que el 60% tenían a uno o ambos padres fallecidos. Datos parecidos a los nuestros donde el 48%(51) de los pacientes ya han perdido a ambos padres, este

factor debilita la adherencia porque la supervisión para tomar los ARV será brindada por otra persona donde el vínculo afectivo no es tan intenso y se pueden omitir dosis.

En lo que respecta a vivir con organismos de apoyo, el presente estudio refiere que viven en esos lugares de ayuda un 10.4%(11), datos parecidos a los encontrados en el estudio de Hernández ⁽¹⁰⁾ en Chile que reporta el 17.9% de los pacientes viven en centros especiales para el cuidado de pacientes VIH/SIDA debido a la pérdida de ambos padres. Miranda ⁽⁵⁰⁾ menciona que el 6% viven con familias adoptivas.

Finalmente podemos manifestar que el 48% (51) de nuestros pacientes viven en hogares donde no está ninguno de sus progenitores, y la supervisión para tomar sus ARV recae sobre alguna persona que no tiene la misma responsabilidad, ni dedicación que tendrían sus progenitores.

B) Tipo de vivienda.

Este estudio reflejó que casi el 55%(58) de los pacientes habitan en viviendas que son alquiladas por sus padres o responsables, esto afecta sobre todo a los adolescentes que quieren tener privacidad, autonomía y una habitación independiente, lo que en varias ocasiones no es posible.

Sardi ⁽⁷⁰⁾ describe la falta de vivienda propia como un aspecto social que debilita la adherencia a los ARV en los adolescentes. Ruiz-Perez ⁽⁷¹⁾ refiere que el carecer de un domicilio fijo es una variable a tener en cuenta.

La bibliografía no brinda mucha información sobre esta variable que también es importante en estos pacientes

C) Número de miembros de la familia

Nuestro estudio presenta que el 46%(49) de los pacientes viven en hogares que tienen entre 4 y 6 miembros, pero no se especifica como está estructurada la familia,

ni la cantidad de niños o adultos. Esta es una variable que se puede evaluar en futuros estudios en forma más precisa.

Consideramos que es importante conocer el número de personas que conviven con el paciente, pero es más importante la estructura de la familia donde exista una persona que brinde los cuidados y pueda entender la problemática que enfrenta el paciente en cuanto a sus medicamentos, horario, efectos secundarios, olvidos, a fin de poder supervisar las tomar de los medicamentos. ⁽⁵⁴⁾

Ruiz-Perez ⁽⁷¹⁾ manifiesta que el número de hijos en el sistema familiar es importante como variable de adherencia, aunque no manifiesta que número sería el más adecuado.

3. FACTORES RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS

A continuación presentamos La discusión de nuestro estudio de los factores relacionados con los medicamentos que favorecieron la no adherencia

A) Número de fármacos a tomar simultáneamente todos los días (5 o más tabletas), que causa problema con la adherencia.

En el presente estudio encontró que el 42.5% (45) de los pacientes encuestados tuvieron problemas con la adherencia, cuando la ingesta de sus ARV fue de 5 o más tabletas (o dosis de líquido) al día de todos los días.

Varios estudios ^(55, 65, 69) manifiestan que la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes pediátricos y adolescentes presenta mayor complejidad que en el adulto debido a que la cantidad de de los ARV que es de por vida, particularmente cuando los adolescentes no quieren ser diferentes a otros, ^(9,72,73) esto aumenta el riesgo de fracaso virológico facilitando la aparición de resistencias y limitando la eficacia de futuros tratamientos. ^(39,74)

Esto lo confirma Adaszko ⁽⁵⁶⁾ en el estudio realizado por la Fundación Huésped para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), donde reportó que el 90% de los

pacientes tenían problemas cuando se relacionó con mayor cantidad de comprimidos y adherencia. Aunque Mairena ⁽⁴⁹⁾ manifiesta que es probable que a menos dosis que ingieran estos pacientes, les permitan una adaptación más fácil de los medicamentos en sus esquemas diarios.

Sainz, T. et al.⁽⁷⁴⁾ en España, (2012) demostró que las estrategias de simplificación de una toma diaria, son eficaces y seguras en adolescentes, que mantienen cargas virales indetectables y la tendencia al incremento del CD4, lo que sugiere una mejor adherencia al tratamiento. Aunque Jiménez Montero ⁽⁵⁹⁾ llega a la misma conclusión de la terapia simplificada en España (2012), refiere que la adherencia continua siendo un desafío porque los adolescentes son un grupo de riesgo. Badillo, K. ⁽⁶²⁾ en España con un grupo promedio de 14 años, expresa además que es muy favorable para ello, la disponibilidad de un equipo multidisciplinario, incluidos psicólogos y asistentes sociales, y grupo de apoyo.

En nuestro estudio encontramos que a menor edad existe mayor problema con la adherencia, relacionado con el número de tabletas a tomar diariamente. De los pacientes evaluados que resultaron no adherentes por esta causa, el 46.70%(21) corresponde a los adolescentes tempranos (10-14 años), o sea casi la mitad de los pacientes entrevistados. Esto puede ser debido a que estos pacientes vienen de ingerir líquidos en su niñez, y ahora que están en la adolescencia, han aumentado de peso, están empezando la nueva etapa de ingerir tabletas algunas son pequeñas pero otras son grandes, lo que dificulta tomarlas de forma adecuada. A estos pacientes se hace necesario un aprendizaje constante con la observación de sus padres o responsables, sumado a que se tienen que adaptar al sabor no agradable que tienen las tabletas.

No tenemos ningún estudio que presente este problema por rangos de edad, solo lo hacen a nivel general, lo que nos dificulta poder comparar nuestros resultados.

B) No se toman los medicamentos en el horario indicado por el médico.

Con relación a esta variable en nuestro estudio encontramos que el 58.5% (62) de los encuestados, presentaron problemas con el horario que les indicó el médico, y en el rango de edad más frecuente, fueron los adolescentes tempranos con un 45.2%(28). Esto puede ser debido a que a su corta edad no adquieren la responsabilidad de tomarse el medicamento a la hora, otras situaciones que favorecen este problema pueden ser que tengan que ir a la escuela o colegio y no quieren que sus compañeros los vean tomando medicamentos o por la tarde que se encuentren jugando, que salgan con sus familiares o ir a la iglesia, estos dos últimos sobre todo los fines de semana. En algunos casos que no conozcan el diagnóstico o que solamente les interese ingerir los medicamentos que no les causen molestias a ese horario todos los días. Al igual que en la variable anterior los estudios encontrados no hacen una relación directa con los rangos de edad de nuestro estudio, lo que no permite poder compararlos.

El panel de expertos (2012) de España ⁽⁶⁹⁾ reportan que el problema del horario puede ser debido a no querer respetar el horario, estar fuera de la casa al momento de la toma, Chirinos ⁽⁷⁵⁾ en estudio realizado en Perú (2008) manifiesta que son horarios inadecuados o difíciles de llevar. El resumen de guías de Venezuela ⁽⁷⁶⁾ del 2010, reporta que el 12% no tomaron su medicamento a la hora indicada y la principal razón que brindaron, fue estar ocupado a la hora de tomar sus dosis y los efectos secundarios.

C) Efectos adversos al tomar los ARV como factor de no adherencia

Ante la pregunta de nuestro estudio, de que si al tomar los medicamentos ellos presentaron algún efecto adverso que les provocara suspender los medicamentos, se encontró que el 32%(34) presentaron este problema, los grupos etarios más afectados fueron los adolescentes plenos y los jóvenes con un 35.3%(12) en cada grupo.

Los estudios realizados por Chesney ^(77,78) sobre los efectos adversos indican claramente que la adherencia óptima ocurre con los medicamentos que eliminan los efectos adversos, mientras que la adherencia es reducida por los que provocan esos efectos.

Según Mocroft, ⁽⁷⁹⁾ los pacientes interrumpen el o los fármacos identificados que les producen los efectos, luego solicitan modificaciones de la medicación para suspender síntomas. Ya sean reales o percibidos, varios autores ^(10,49,56,79,80,81) explican que es más frecuente el cambio del régimen de los medicamentos, que el fracaso del tratamiento.

El estudio realizado en Venezuela ⁽⁷⁶⁾ se encontró que el 12% de los pacientes presentaron efectos adversos a los ARV, que es un porcentaje más bajo que el de nuestro estudio, mientras que Adaszko ⁽⁶⁴⁾ encontró que los pacientes que tomaban sus ARV presentaron un 65% efectos adversos, que representa el doble de lo encontrado en el presente estudio en el CAI. Esto lo que indica es que esta situación puede ser de un porcentaje tan variado de acuerdo a la población, tipo de medicamentos, cantidad, dosis, tipos de ARV con que cuenta el país, etc. Halkitis ⁽⁸²⁾ menciona que estos síntomas pueden conducir no solo a la frustración y la fatiga de tratamiento, sino también, en último término, a la no adherencia.

Stone ⁽⁸³⁾ y Chesney ^(77,78) igualmente refieren que los efectos adversos se han asociado con la adherencia deficiente y Stone ⁽⁸³⁾ agrega que quienes experimentan más de dos reacciones adversas presentan menor probabilidad de seguir su tratamiento.

En el presente estudio, se encontró como principales efectos adversos que afectan la adherencia son las náuseas, con un 24.5%(26) y los vómitos con un 18.9%(20), lo que concuerda con lo encontrado por Hirsch ⁽²⁵⁾ y Gatell ⁽⁸⁴⁾ que mencionan a la intolerancia gastrointestinal como la primera causa de fracaso terapéutico en las edades pediátricas.

Así que los efectos adversos son un problema más para mantener la adherencia a los ARV en esta población con una disciplina muy frágil para tomar sus medicamentos de todos los días.

D) Olvido de tomarse alguna dosis de sus ARV

En cuanto a la variable olvido como factor de no tomarse sus medicamentos, se constata en nuestro estudio que es la causa más frecuente que presentaron los pacientes de no adherencia a los ARV con un 59.40%(63) de los encuestados. Del total de los pacientes que manifestaron olvidarse alguna toma, los adolescentes tempranos son los más frecuentes con un 47.6%(30), seguido de los adolescentes plenos con un 38.1%(24).

El estudio venezolano ⁽⁷⁶⁾ practicado en adultos, (26-35 años) reportó que el olvido fue en un 48%, porcentaje parecido a nuestro estudio.

El olvido puede ser por actividades diarias o a su estilo de vida. ^(9,85) Murphy ⁽⁸⁶⁾ encontró que el 45.6% de los adolescentes tenían olvido de alguna dosis del día, porcentaje parecido al de nuestro estudio. El panel de expertos de España ⁽⁶⁹⁾ en el documento del 2012 describe que la falta de cumplimiento a tomar los ARV por parte de los jóvenes, con frecuencia se debe al olvido o falta de entendimiento del régimen sugerido por el médico.

Adaszko⁽⁵⁶⁾, menciona que estos pacientes pueden llevar ya muchos años de tratamiento, con mayor probabilidad de deterioro clínico-inmunológico y mayor probabilidad de resistencia a múltiples esquemas, por lo cual resulta más complicada la elección de las drogas, sumado a las restricciones dietéticas que varias de ellas conllevan.

Además, el paciente puede encubrir el no querer seguir tomando los ARV y lo más fácil es decir que se le olvidó, no lo toma porque están otras personas que no conocen su diagnóstico, y pueda tener temor a ser estigmatizado, también puede ser que este retando a sus padres o responsable.

E) Confianza que tiene el paciente en los medicamentos

En los presentes resultados del estudio al relacionarlos con la confianza que tienen estos pacientes al medicamento, encontramos que un 13.2%(14) no confían en los ARV, de estos el 50% corresponde a los adolescentes tempranos. Esto podría estar relacionado con el hecho de no tener interés en tomarlos porque no conocen sus beneficios, debido a que no se les ha explicado la patología que tienen y esos medicamentos no son importantes, o sencillamente porque tienen varios años de tomarlos y no ven ninguna diferencia en su calidad de vida.

Xochigua-Diaz ⁽⁹⁾ y las guías globales de UNICEF ⁽⁵⁷⁾ reportan que la desconfianza al tratamiento de los ARV, puede ser barrera a la adhesión en los adolescentes, ya que se preocupan, no encuentran una relación con su buen estado de salud, o no están convencidos de su tratamiento y, de esta manera, no llevan un seguimiento adecuado de la terapia ARV.

Wenger et al ⁽⁸⁷⁾ describen que existe una mejor adherencia en quienes creían que la medicación antirretroviral era eficaz.

F) Tiempo de estar tomando los ARV

El 78.5%(83) tienen más de 48 meses (4 años) de estar con los ARV en forma permanente, lo que indica el largo tiempo que tienen estos pacientes en estarlos tomando, probablemente hayan tenido algún cambio de esquema, ya se haya enfrentado a la transición de jarabes a tabletas, lo que modifica el sabor, además exista la posibilidad que se sientan cansados de estar tomando tabletas, o cualquier factor que afecte la adecuada adherencia.

Hirsch ⁽²⁵⁾ refiere que en los últimos años, merced a la incorporación de fármacos altamente efectivos para la terapéutica ARV, se ha mejorado las dosis, combinación de medicamentos en una sola o dos dosis, frecuencia de las tomas, reducir los efectos secundarios, se ha podido cronificar la dolencia, produciéndose en los pacientes que acceden a ellos una mejor adherencia, una sensible

disminución en la mortalidad y por lo tanto una notable mejoría en su calidad de vida.

4. LA NO ADHERENCIA A LOS ARV RELACIONADO CON EL USO DE DROGAS Y EL ACCESO AL HOSPITAL

A) Relacionado con las drogas

Ostrop ⁽⁸⁸⁾ y Mocroft ⁽⁸⁹⁾ han demostrado que los antecedentes de abuso de sustancias psicotrópicas no se relacionan con la adherencia, pero Mairena, ⁽⁴⁸⁾ Chesney ⁽⁹⁰⁾ y Gordillo ⁽⁹¹⁾ describen que el abuso activo de esas sustancias es uno de los factores predictivos más sólidos de la no adherencia.

En nuestro estudio no encontramos una relación importante entre el uso de drogas en los pacientes, solo un 4% refirió en uso de alcohol y Cigarrillos no de forma frecuente. Este resultado podría ser parcialmente verdadero, porque los adolescentes plenos y los jóvenes podrían no tener la confianza de manifestarlo al entrevistador y puede ser que están ocultando el uso de estas sustancias; para indagar mejor esta situación, se podría investigar a nivel de consejería estructurada para la edad, donde se cuenta con más tiempo para adquirir la confianza y que el paciente pueda sentirse libre de manifestar si está usando algún tipo de droga tanto lícita como ilícita.

B) No adherencia a los ARV relacionado con el acceso al Hospital Escuela.

Un factor de interés que se encontró en aquellos pacientes que se tardaron 3 días o más para llegar a su cita (los medicamentos de dan exactos para su cita), fue que un 32.1%(34) manifestaron que tuvieron dificultades para llegar al hospital, por Insuficientes recursos económicos, esto fue más frecuente en los pacientes de la adolescencia temprana con un 44.1%(15).

Esto puede ser más frecuente en los pacientes, proceden de lugares rurales que se tengan que transportar 2 personas, donde los gastos en transporte, alimentación y probablemente alojamiento se duplican, sumada a la ausencia para asistir a su centro educativo.

Varela ⁽⁹²⁾ menciona que la pobreza se relaciona con una baja adherencia.

Las otras variables como ser el mal estado climatológico, dificultad por enfermedad problemas laborales y problemas transporte no nos brindaron un resultado significativo que sean factores que afecten la adherencia.

5. FACTORES RELACIONADOS CON LA INFECCION

A) Forma de transmisión

En el presente estudio los infectados por el VIH que requieren TARGA se pueden considerar dos grupos: los que fueron infectados en el período perinatal y aquellos que se infectaron durante la adolescencia por relaciones sexuales.

En este estudio se encontró que el 87% de los pacientes la infección fue por transmisión vertical, de estos el 52.2% corresponde a los adolescentes tempranos, y el 56.5% son del sexo femenino. En los pacientes por transmisión sexual, los resultados corresponden al 13%, el grupo de edad el mayor porcentaje son los jóvenes con un 71.4% y de estos el 78.6% se encontró en el sexo femenino.

Beltrán ⁽⁵⁵⁾ refiere que los adolescentes con infección perinatal por el VIH que comenzaron durante la primera infancia los ARV, por una progresión rápida de la enfermedad ya llevan algunos años en contacto con los servicios de salud y es probable que hayan recibido varios esquemas ARV y sus padres, por lo general, sean conscientes de su situación de infección por el VIH y traten de brindarles sus medicamentos en forma adecuada.

Estos resultados de los pacientes de transmisión por infección sexual, podrían corresponder a que estos pacientes iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 20 años; con el tiempo se espera que estos porcentajes se inviertan, porque los jóvenes cada día van teniendo relaciones sexuales más temprano. En Honduras el 19% de los varones y el 10.9% de las mujeres las tienen antes de los 15 años. ⁽¹¹⁾

Actualmente con las normas de atención mundial para mujeres embarazadas, la prevalencia para la transmisión neonatal deberá ir decreciendo. Pero los pacientes con transmisión por contacto sexual es muy probable que se pueda aumentar la prevalencia, sobre todo si se realizan las pruebas voluntarias a las poblaciones de riesgo que incluya a los jóvenes de 15 años en adelante. Esto permitirá encontrar pacientes asintomáticos sin diagnóstico, buscando a aquellos que tienen relaciones sexuales sin protección.

B) Conocimiento si es VIH positivo.

En el presente estudio se encontró que el 33%(35) de los pacientes encuestados no conoce su diagnóstico que son VIH positivos por lo tanto no tienen conciencia de su enfermedad y tampoco entienden porque tomar los medicamentos, de estos el 91.40%(32) corresponde a los adolescentes tempranos y un 8.30%(3) a los adolescentes plenos.

Adaszko⁽⁶⁴⁾, Strodey⁽⁹³⁾ y Bartoli⁽⁹⁴⁾ han señalado que estos pacientes con transmisión vertical, los padres tratan de demorar el desvelamiento de su enfermedad y postergan así la incertidumbre, por temor al estigma, al sentimiento de culpa y la preocupación por la reacción de los niños.

El panel de expertos de España,⁽⁶⁹⁾ en el caso de los menores que no conocen su diagnóstico, han observado mayor resistencia a la toma de medicamentos, ya que no perciben la importancia de ellos para su salud, y según Haberer⁽⁹⁵⁾ esto facilita los problemas de adherencia.

Adaszko⁽⁶⁴⁾ manifiesta que brindar información sobre la infección es condición necesaria para la buena adherencia.

Hernández⁽¹⁰⁾ considera que la información del diagnóstico de los padres a sus hijos es también un tema complejo; es necesario evaluar, en primera instancia, si los niños están sospechando algo sobre todo si el padre o la madre está enfermo.

Bush ⁽⁹⁶⁾ expresa que es posible que los adolescentes reaccionen con molestia, al saber que se les ha ocultado una situación por lo que es necesario prever esto y considerar alternativas para enfrentarlo.

Informar su diagnóstico a los niños o niñas que viven con VIH/SIDA se convierte en un desafío tanto para padres o cuidadores como para los profesionales de los equipos de salud que lo conocen. Idealmente, esta información debiera realizarse a través de un proceso personalizado y asesorado que permita facilitar la toma de decisiones. Por otro lado, está demostrado que no existe una estrategia estándar para informar el diagnóstico y que no puede reducirse sólo a una conversación, sino más bien a una serie de acciones para compartir la información, proceso que puede llevar meses e incluso años.

Bertrán ⁽⁵⁵⁾ recomienda que la revelación del diagnóstico de VIH sea entre los 11 y 13 años, lo cual debe ser impostergable, Hernández ⁽¹⁰⁾ manifiesta que es posible que se esté a las puertas del inicio sexual y los adolescentes deben tener conciencia de la protección y cuidados que es necesario tener hacia sí mismos y hacia otras personas.

Respaldando lo anterior, la Academia Americana de Pediatría ⁽⁹⁷⁾, señala que existirían evidencias respecto a que aquellos niños y adolescentes que conocen su diagnóstico, presentan mejores niveles de autoestima que quienes lo desconocen, percibiendo además la información sobre su diagnóstico como un evento positivo. Y esto no sólo respecto a los hijos; se ha observado que compartir el diagnóstico también beneficiaría a los padres, los cuales presentarían menores niveles de depresión que quienes lo ocultan.

Así mismo, aquellas familias que comparten de manera más abierta sobre el VIH/SIDA presentan mejores niveles de ajuste emocional y social.⁽⁵⁴⁾ Sólo en los casos en que la información se produce accidentalmente, es considerada como un evento negativo por los niños que se informan sobre su diagnóstico. ^(98,99)

En un estudio realizado en Puerto Rico por Blasini ⁽⁹⁹⁾ en 2004, permitió conocer las opiniones de padres y adolescentes que han vivido el proceso de información del diagnóstico. Algunas de las conclusiones obtenidas fueron las siguientes:

-El 85% de los/as jóvenes consideró que la información del diagnóstico de VIH ha sido un evento positivo para ellos y sus familias.

-La mayoría de las personas (58%) informó que el conocimiento de su diagnóstico le ayudó a desarrollar una mejor adherencia a su tratamiento.

-El 42% de los/as jóvenes escogieron las edades de 12 a 14 años como las más adecuadas para informar el diagnóstico. Sin embargo, un 50% prefiere que la información ocurra en edades más tempranas.

Podemos concluir que es conveniente informar el diagnóstico lo antes posible, a través de un proceso, que podría iniciarse antes de los 10 años y a los 14 años todos los pacientes deben conocer claramente su diagnóstico, donde estén involucrados los padres o responsables y el equipo multidisciplinario de salud, en especial antes que empiecen a hacer preguntas. El ocultamiento del propio diagnóstico a un niño, niña o adolescente que vive con VIH puede traer importantes consecuencias, como malestar psicológico, conflictos relacionales y dificultades para el autocuidado en salud en adherencia al tratamiento y controles médicos.

6. CUANTIFICACION DE LA ADHERENCIA CON AYUDA DEL CUESTIONARIO SMAQ

Finalmente podemos manifestar que se puede cuantificar la adherencia con la ayuda del cuestionario SMAQ, aunque solo hace uso de la variable olvido que se encuentra en la pregunta número cinco, que hace relación a cuantas veces se olvidó tomar el medicamento en la última semana.

Encontramos en nuestro estudio que el 55.70% tiene una adherencia entre el 85-94%, esto indica que los pacientes en la última semana por olvido, no se tomaron de 1-2 dosis, lo que con medidas correctivas adecuadas puede ser posible que estos

entrevistados no olviden tomar sus medicamentos y estos, representan más de la mitad de los que resultaron ser no adherentes.

El 39.60% tienen una adherencia entre el 65-84%, o sea que olvidaron tomarse de 3 a 5 dosis de los ARV en la última semana, esto indica que con estos pacientes se debe realizar un monitoreo frecuente de la toma de sus medicamentos con evaluaciones periódicas.

RESUMEN DE FACTORES QUE FAVORECEN LA NO ADHERENCIA

FACTOR DE NO ADHERENCIA	Numero	Porcentaje
1. Sexo femenino (frecuencia)	63	59.40%
2. Olvido de tomarse los medicamentos.	63	59.40%
3. Problemas con el horario.	62	58.50%
4. Viviendas alquiladas.	58	55.00%
5. No viven con los padres.	51	48.00%
6. Edad entre 10 y 14 años.	48	45.30%
7. Toman 5 o más tabletas al día.	45	42.50%
8. No saben que son VIH positivos.	35	33.00%
9. Efectos adversos.	34	32.00%
10. Escasos recursos económicos.	34	32.00%

IX. CONCLUSIONES

1. El presente estudio presenta una prevalencia global del 59% de la no adherencia a los ARV en el CAI del Hospital Escuela en el grupo de edad de 10 a 24 años.
2. Los adolescentes tempranos son los pacientes que presentan más problemas en las variables estudiadas de adherencia a los ARV (olvido, horario, número de medicamentos).
3. El vivir solo con un padre o con otros familiares se encontró en un porcentaje muy alto.
4. El uso de drogas entre los pacientes de nuestro estudio no fue referido como una variable que afecte la adherencia a los ARV.
5. El recurso económico es una limitante de importancia para la adherencia a los ARV.
6. Nuestra cohorte presenta que la vía de transmisión vertical fue la más frecuente del HIV.
7. Los adolescentes que están con los ARV, cuando lleguen a sus 14 años, ya deben tener el conocimiento pleno que son VIH positivos.
8. El futuro de esta epidemia está en las manos de los jóvenes, porque las conductas que adopten hoy en la toma de sus ARV, determinaran la evolución de la epidemia en las próximas décadas.
9. De acuerdo a la pregunta número cinco del cuestionario SMAQ, en la última semana ¿Cuántas veces dejó de tomarse alguna dosis del medicamento? se encontró que en nuestros pacientes el 55.70% tienen una distribución de adherencia que está en el rango de 84-94%.

X. RECOMENDACIONES

1. Para mejorar la adherencia a los ARV en nuestro grupo de estudio, en el Hospital Escuela, es necesario que a través de la Consejería se le informe a los pacientes en forma clara los beneficios que tienen al tomarse sus medicamentos como se los indicó el médico, con especial atención en el adolescente temprano.

Responsables: Coordinador de Consejería, Jefe de Sala.

Evaluación cada 6 meses con metas precisas, por el departamento de Consejería del Ministerio de Salud.

2. Como los adolescentes tempranos son los que presentan mayores problemas con la adherencia, se les debe gestionar para que obtengan relojes con alarma o mensajitos a los teléfonos celulares para que se recuerden de la toma de sus medicamentos y a la hora precisa. Además de facilitarles pastilleros para que tengan la cantidad exacta de los ARV que deben tomar todos los días.

Responsable: Coordinador Nacional del Programa de VIH/SIDA y Ministro de Salud para gestionar.

3. Que los padres o responsables sean educados de forma continua, por las necesidades de los jóvenes de acuerdo a la edad, etapa de desarrollo, ambiente social y geográfico, circunstancias económicas, cultura, raza, etnia, género, sexo, orientación sexual, discapacidades, nivel educativo y estado civil.

Responsable: Equipo Multidisciplinario, Consejería, Jefe de Sala.

4. Que se analice la posibilidad de ayuda financiera a los pacientes que se han detectado que no acuden a sus citas programadas, para que alivie en parte la carga económica para las familias y los niños vulnerables que tienen problemas de adherencia por esta causa.

Responsables: Coordinador Nacional del Programa de VIH y Ministro de Salud Publica

5. Que el equipo multidisciplinario del CAI y los padres o responsables, deben diseñar un programa para que a los pacientes desde los 10 años se les empiece a brindar información que son VIH positivos, y que todos sepan de su enfermedad antes de cumplir los 14 años

Responsables: Jefe de sala del CAI y Coordinador Nacional del Programa de VIH.

6. Muchos adolescentes seropositivos carecen de acceso a tratamiento porque nunca se han sometido a pruebas de detección del VIH. En nuestro país se exige el consentimiento del tutor o de un progenitor antes de que los jóvenes se hagan la prueba, lo que retrasa, y muchas veces impide, que se la realice la prueba. Recomendamos reducir la edad de consentimiento informado de los 15 años en adelante para practicarse este análisis sin autorización del tutor o de un progenitor.

XI. - BIBLIOGRAFIA

1. Center of Disease Control (CDC). Kaposi's sarcoma and Pneumocystis pneumonia among homosexual men-New York City and California. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 1981; 30(25):305-308.
2. Organización de las Naciones Unidas para la lucha contra el SIDA (ONUSIDA) Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA, 2012. Informe mundial Ginebra, Suiza. 2012.
3. Secretaria de Salud de Honduras. Estrategia de abordaje integral a las ITS/VIH/SIDA en el marco de la reforma del sector salud Honduras. República de Honduras, Centro América. Marzo de 2011.
4. Secretaria de Salud de Honduras. "Informe estadístico de la epidemia de VIH/SIDA en Honduras, periodo 1985-Diciembre 2012". Departamento ITS/VIH/SIDA. Boletín de La Secretaria de Salud. Pública, Honduras. Diciembre 2012. www.vihsida.org.hn
5. Organización de las Naciones Unidas para la lucha contra el SIDA (ONUSIDA). "Oportunidades en tiempos de crisis: Evitar el VIH desde la primera adolescencia hasta el comienzo de la edad adulta. Publicación en conjunto de UNICEF, ONUSIDA, UNESCO, OIT, OMS. 2011.
6. Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela. Guía Nacional para la prevención del VIH/SIDA/ITS. 1ª. ed. Venezuela PNSIDA. 2011.
7. Martínez S. "Informe sobre el día mundial de la lucha contra el SIDA, Informe FUNDAMIN" (Fundación Asistencial Materno – Infantil). Argentina. 2008.
8. Gonzales I. SIDA: Viviendo con la terapia. Salud y Ciencia, La Habana, Cuba. 2011.

9. Xochihua Díaz, L. Apego al tratamiento Antirretroviral en adolescentes. Depto. De Infectología, Instituto Nacional de Pediatría, Secretaria de Salud, México, vol. 66 julio-agosto 2009. www.medigraphif.com
10. Hernández Careaga H, Mac Pherson Céspedes J. Apoyo psicosocial a niños y niñas que viven con VIH/SIDA que se atienden en el sistema público de salud. Comisión Nacional del SIDA. Ministerio de Salud, 1ª. Ed. Santiago, Chile, diciembre 2009.
11. Secretaria de Salud de Honduras. Informe mundial de avances en la lucha contra el SIDA. Honduras, Centro América. Marzo 2012.
12. Morales G, et al. Adherencia de los pacientes a la terapia antirretroviral en los CESAMOS Alonso Suazo y El Carrizal. Rev. Med. Hondur. 2006; 74:188-193.
13. Morales G, et al. Factores asociados con la no adherencia a la terapia antirretroviral en personas con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Rev. Med. Hondureña 2009; 77(2):63-66.
14. Salomón H, Quarleri J, y Gómez M. Características del VIH, replicación, fisiopatología y blanco de acción de los antivirales. Cap. 2. Atención integral de niños, niñas y adolescentes con VIH. 1ª ed. Argentina. Malala Carones. 2012.
15. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (UNICEF) “Proyecto de documento del programa del país”. Honduras. Junio 2011.
16. Murillo W, et al. Transmitted drug resistance and type of infection in newly diagnosed VIH individuals in Honduras. Journal of Clinical Virology 2010; 49 (4): 239-244.
17. Comisión Nacional de SIDA CONASIDA III. Plan Estratégico Nacional de respuesta al VIH y SIDA en Honduras PENSIDA III 2008 – 2012 Tegucigalpa Honduras diciembre, 2007

18. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Tratamiento 2.0: Expansión y sostenibilidad de la atención del VIH en Sudamérica; Reunión de Consenso. Buenos Aires, Argentina, 16-18 octubre del 2012.
19. Organización Panamericana para la salud. (OPS). Tratamiento de Antirretrovirales de la infección por el HIV en niños en Latinoamérica y el Caribe: En la ruta hacia el acceso universal. Recomendaciones para un enfoque de Salud Pública, Washington D.C. 2008.
20. WHO, UNICEF, UNAIDS. Young people and HIV/AIDS: Opportunity in crisis. New York and Geneva: UNAIDS 2000.
21. Vidal P, Lalande, M. Rodiere M. La interrupción del tratamiento en los adolescentes seropositivos: ¿Una respuesta terapéutica a la no-observancia terapéutica? ¿Qué está en juego para los adolescentes enfermos crónicos? Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. España, 2008; 45/46: 27-38.
22. Moreno D. et al. Guía práctica clínica para el abordaje integral del adolescente con infección por el VIH. Secretaria del plan nacional sobre el SIDA (SPNS), Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España. 2008.
23. De Martino M, et al. Puberty in perinatal HIV-1 infection: a multicenter longitudinal study of 212 children. AIDS 2011; 15(12): 1527-34.
24. Hernández M, et al. Reglamentación técnica para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en Venezuela programa nacional de SIDA/ITS. Venezuela. 2008.
25. Hirsch R, et al. Aportes para mejorar y prolongar la calidad de vida de los niños y adolescentes afectados por el VIH/SIDA de transmisión vertical, Organización Panamericana de la Salud, (OPS), 1ª Edición, Buenos Aires, Argentina, 2010.

26. Organización Panamericana para la Salud (OPS). Experiencias exitosas en el manejo de la adherencia al tratamiento Antirretroviral en Latinoamérica. Washington D. C. Junio 2011.
27. Organización Mundial de la Salud (OMS). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción, Ginebra, Suiza. 2004.
28. Acosta, W. Centro de Salud de Migrantes, Región Oeste Mayagüez, Puerto Rico 16th Annual HIV Conference of the Florida/Caribbean. AIDS Education and Training Center. Marzo 30-31, 2007.
29. Escobar I. Recomendaciones GESIDA/SEP/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el año 2004. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. 2004.
30. Chirinos C, et al. Cuidados en el hogar y adherencia al tratamiento antirretroviral de niños, niñas, y adolescentes con VIH, Manual para capacitar a padres y cuidadores. 1ª. ed. Perú: Terres des Hommes, 2008.
31. Silva G, Galeano E, Correa J. Adherencia al tratamiento. Acta Med Colomb 2005; 30: 268-73.
32. Knobel H, et al. Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad: impacto de una intervención de asesoramiento individualizado. Enferm. Infecc. Microbiol Clin. 1999; 17:78-81.
33. Gordillo V, et al, Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antirretroviral therapy. AIDS 1999; 13:1763-9
34. Reisner S, et al. A Review of HIV Antiretroviral Adherence and Intervention Studies Among HIV–Infected Youth International AIDS Society–USA Topics in HIV Medicine. 2009; 17 (1): February/March 2009.
35. Garrido Sotelo M. Uganda: Los pacientes VIH-positivos abandonan los antirretrovirales en masa. Plusnews. abril 2010.

36. Escobar I. Recomendaciones GESIDA/SEP/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Servicio de Farmacia, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. 2008.
37. Peñarrieta M, Kendall T, Martínez N, et al. Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH en Tamaulipas, México. Rev. Peru med. Exp. Salud Pública 2009; 26 (3):333-37.
38. Guidelines for the use of agents in Pediatric HIV Infection, 2008.
39. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España. GUIA DE PRÁCTICA CLINICA PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DEL ADOLESCENTE CON INFECCION POR EL VIH. Plan Nacional sobre el SIDA del MSC. España. Versión final oct. 2008.
40. Nieves A, Lugo B, Gómez I. Manual de Consejería en VIH/SIDA, 5ta ed. Venezuela: Publicación de Acción Ciudadana Contra el SIDA (ACCSI). 2009.
41. Organización Mundial de la Salud (OMS). Tratamiento Antirretroviral de la infección por el VIH en adultos y adolescentes. Recomendaciones para un enfoque de Salud Pública. Ginebra Suiza. Edición 2010.
42. Knobel H, Alonso J, Casado JL, Coyazos J, González J, Ruiz I, et al. Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. AIDS 2002; 16(4): 605-13
43. Organización Mundial de la Salud. (OMS) Una guía de indicadores para monitorear y evaluar los programas de prevención del VIH/SIDA para jóvenes. Programas Nacionales contra el SIDA. Ginebra, Suiza. 2005.

44. Panel de expertos del Colaborativo Español para la Infección VIH Pediátrica (CEVIHP), Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP) de la Asociación Española de Pediatría (AEP) y Secretaria del Plan nacional del Sida. Documento de consenso del CEVIHP/SEIP/SPNS respecto al tratamiento antirretroviral en niños y adolescentes infectados por el VIH. España, Febrero de 2012
45. Judd A, et al. Morbidity, mortality, and response to treatment by children in the United Kingdom and Ireland with perinatally acquired HIV infection during 1996-2006: planning for teenage and adult care. *Clin Infect Dis*. 2007; 45(7):918-924.
46. Resino S, et al. Extensive implementation of highly active antiretroviral therapy shows great effect on survival and surrogate markers in vertically HIV-infected children. *Clin Infect Dis* 2004;38; 1605-12.
47. Palella FJ Jr, Delaney KM, Moorman AC et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV outpatients study investigator. *N Engl J Med* 1998; 338:853-860.
48. Saitoh A, Hsia K, Fenton T, et al. Persistence of human immunodeficiency virus (HIV) type 1 DNA in peripheral blood despite prolonged suppression of plasma HIV-1 RNA in children. *J Infect Dis*. 2002; 185:1409-16.
49. Mairena I. "Adherencia al tratamiento antirretroviral en niños y adolescentes con infección por VIH, que acuden a la consulta externa de Infectología del Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera durante el mes de marzo del 2012". [Tesis doctoral]. Universidad de Managua, Nicaragua; 2012.
50. Miranda C., Bordato A., Bologna R., et al. Factores Psicosociales y adherencia al tratamiento antirretroviral en niños con infección perinatal por VIH-1. *Revista Médica Infantil*. Argentina, 2012; 29(1): 29-36.

51. Buchanan A., Montepiedra G., Sirois P., et al. Barriers to medication adherence in HIV-infected children and youth based on self- and caregiver report. *Pediatrics*. 2012 May.; 129(5): 1244-51.
52. Valdivia Vadell C, et al. Evaluación de un programa de valoración de adherencia al tratamiento antirretroviral. *An Pediatr (Barc)*. 2011; 75 (06): 01-16.
53. Valdivia Rivero Maidé. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS ACERCA DEL VIH/SIDA EN ADOLESCENTES DE ENSEÑANZA POLITÉCNICA. MUNICIPIO YAGUAJAY. [Tesis para máster]. Cuba. Facultad Ciencias Médicas, Yaguajay. 2009.
54. Williams PL, et al., the PACTG 219C Team. Predictors of adherence to antiretroviral medications in children and adolescents with HIV infection. *Pediatrics*. 2006; 118:1745—57.
55. Beltrán Higuera S, et al. RECOMENDACIONES PARA EL ABORDAJE, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON VIH/SIDA. 2da. ed. Bogotá, Colombia: Centro Editorial Catorse; 2011 www.catorse-scs.com
56. Adaszko, A.; Arazi C., Asis, I., et al. Atención integral de niños, niñas y adolescentes con VIH. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 1ª. ed. Argentina: Editorial Malala Carones, Diciembre de 2012.
57. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Breves guías globales Intervenciones relacionadas con el VIH para jóvenes. Equipo de trabajo interinstitucional panorama general de intervenciones sobre el VIH y los jóvenes relacionadas con el VIH para joven. New York U.S.A. 2008.
58. Underhill, Kristen, Montgomery P., Operario D., Sexual Abstinence Only Programmes to Prevent HIV Infections in High Income Countries: Systematic review. *BMJ.com*. 2007; 335(7613):01-12.

59. Jiménez Montero, B. et al. evolución de pautas QD en una cohorte de niños y adolescentes infectados por VIH y su impacto en adherencia. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. España. Especial IV Congreso GESIDA nov. 2012; 30: 30.
60. Rodríguez M. et al. Tendencias recientes en la infección por el VIH en jóvenes y adolescentes con prácticas de riesgo en la comunidad de Madrid. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. Nov. 2010; 28. Congreso GESIDA II: 11-12.
61. Rabkin M., El-Sadr W., Abrams E. *El Manual Clínico Pediátrico*. Universidad de Columbia. Septiembre de 2004. 26
62. Badillo, K.; Prieto, I.; Toledano, M.; Características de niños con infección por virus de la inmunodeficiencia humana-1 que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad: estudio de corte transversal. *An. Pediatric (Barc)*.2012; 76:317-23. Vol. 76, num.06
63. UNICEF, ONUSIDA, ACNUR, PMA, PNUD, OIT, UNESCO, OMS y El Banco Mundial. *La infancia y el SIDA, Quinto inventario de la situación*, Ginebra, Suiza. Noviembre de 2010
64. Adaszko A. De tomar pastillas a saberse vivir con el VIH/SIDA. Trayectoria de vida y reflexividad de jóvenes que crecieron viviendo con VIH/SIDA desde niños. Cuarta jornada de investigación en antropología social, 2006. Programa de Antropología y salud, Facultad de Filosofía y letras, UBA. Argentina. 2006. pag. 314-328.
65. Castillo Escobar, Juliana. Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) [Tesis Diplomado en Psicología de la salud]. Colombia. Universidad de la Sabana, Chia; 2007.
66. Paterson DL et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection". *Annals of Internal Medicine*, 2000, 133:21–30.

67. Stall R et al. —Decisions to get HIV tested and to accept antiretroviral therapies among gay/bisexual men: Implications for secondary prevention efforts”. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1996, 11:151–160.
68. Scanlon, Michael L, Rachel C Vreeman, Current strategies for improving access and adherence to antiretroviral therapies in resource-limited settings *HIV/AIDS - Research and Palliative Care* *HIV/AIDS - Research and Palliative Care* 2013;5 1–17
69. Fortuny Guasch C, Ramos J, Polo R. Panel de expertos del Colaborativo Español para la Infección VIH Pediátrica (CEVIHP), Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP) de la Asociación Española de Pediatría (AEP) y Secretaria del Plan nacional del Sida. Documento de consenso del CEVIHP/SEIP/SPNS respecto al tratamiento antirretroviral en niños y adolescentes infectados por el VIH. España, Febrero de 2012
70. Sardi F, Magneres C. Adherencia al tratamiento antirretroviral en niños. cap. 2. Atención integral de niños, niñas y adolescentes con VIH. 1ª ed. Argentina. Malala Carones. 2012.
71. Ruiz-Pérez I, Labry-Lima A, Prada-Pardal JL, et al. Impacto de los factores demográficos y psicosociales en la no adherencia a fármacos antirretrovirales. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2006; 24:373-378.
72. Rogers AS, Miller S, Murphy DA, et al. The TREAT (Therapeutic Regimens Enhancing Adherence in Teens) program: theory and preliminary results. *J Adolesc Health*. 2001; 29 Suppl 3: S30-8.
73. Lyon ME, Trexler C, Akpan-Townsend C, et al. Family group approach to increasing adherence to therapy in HIV-infected youths: results of a pilot project. *AIDS Patient Care STDS*. 2003; 17: 299-308.

74. Sainz, T. et al. Simplificación de tratamiento en niños y adolescentes infectados por VIH. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. España Especial IV Congreso GESIDA 2012; 30: 23
75. Chirinos Carzola Paula; et al. Cuidados en el hogar y adherencia al tratamiento antirretroviral de niños, niñas y adolescentes con VIH. Manual para capacitar a padres y cuidadores. 1ª. ed. Lima, Perú. Editorial Terre des Hommes. Octubre 2008.
76. Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela. Resumen de la guía para el tratamiento antirretroviral de las personas que viven con el VIH/SIDA en Venezuela. 4ta. ed. Venezuela: Programa Nacional del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida e Infecciones de Transmisión Sexual (PNSIDA/ITS) Septiembre 2010.
77. Chesney MA. “Factores que afectan la adherencia a la terapia antirretroviral”. *Clinical Infectious Diseases*, 2000, 30:S171–176.
78. Chesney MA, Morin M, Sherr L. Adherence to HIV combination therapy”. *Social Science & Medicine*, 2000, 50:1599–1605.
79. Mocroft A et al. Reasons for modification and discontinuation of antiretro- virals: results from a single treatment centre”. *AIDS*, 2001, 15:185–194.
80. D’Arminio A et al. Insights into the reasons for discontinuation of the first highly active antiretroviral therapy (HAART) regimen in a cohort of antiretroviral new patients”. *AIDS*, 2000, 14:499–507.
81. Catz SL et al. Patterns, correlates, and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatments for HIV disease”. *Health Psychology*, 2000, 19:124–133.

82. Halkitis P et al. Characteristics of HIV antiretroviral treatments and adherence in an ethnically-diverse sample of men who have sex with men". *AIDS Care*, 2003 Feb; 15(1): 89–102.
83. Stone V. Strategies for optimizing adherence to highly active antiretroviral therapy: Lessons from research and clinical practice". *Clinical Infectious Diseases*, 2001, 33:865–872.
84. Gatell, Clotet, Podzamczar, Miró, Mallolas. *Guía práctica del sida. Clínica, diagnóstico y tratamiento*, 9º Ed., Barcelona, Elsevier, 2007.
85. Panel on Antiretroviral Therapy and Medical Management of HIV-Infected Children. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection. August 16, 2010; pp 1-219.
86. Murphy D, Sarr M, Durako S, Moscicki AB, Wilson C, Muenz L. Barriers to HAART Adherence Among Human Immunodeficiency Virus–Infected Adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003; 157:249-255.
87. Wenger N.; et al. "Características y actitudes de los pacientes asociadas a adherence al tratamiento antiretroviral". Abstracto No.98. Presentado en la VI Conference on retrovirus and opportunistic infections. Washington DC, 1999.
88. Ostrop NJ, Hallett KA, Gill MJ. Long-term patient adherence to antiretroviral
89. therapy". *Annals of Pharmacotherapy*, 2000, 34:703–709.
90. Mocroft A et al. A comparison of exposure groups in the EuroSIDA study: starting highly active antiretroviral therapy (HAART), response to HAART, and survival". *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1999, 22:369–378.
91. Chesney MA et al. Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: the AACTG adherence instruments". *AIDS Care*, 2000, 12:255–266.

92. Gordillo V y cols. "Variables sociodemográficas y psicológicas que influyen la adherencia al tratamiento antirretroviral" .AIDS, 1999, 13:1763–1769.
93. Varela Arévalo MT, Salazar Torres IC, Correa Sánchez D. Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. Acta Colombiana de Psicología 2008; 11:101-113.
94. Strode y Grant. The role of stigma and discrimination in increasing the vulnerability of children and youth infected with and affected HIV/AIDS. Safe the children, UK, 2001.
95. Bartoli et al. HIV and adolescence: problems related to HIV and disclosure. En XIV conferencia internacional de SIDA, Barcelona, 2002.
96. Haberer JE, et al. Excellent adherence to antiretrovirals in HIV+ Zambian children is compromised by disrupted routine, HIV nondisclosure, and paradoxical income effects. PLoS One. 2011 Apr 21; 6(4):e18505
97. Buch, Amy. El VIH y la Revelación. En www.thewellproyect.org. 2005.
98. 97.-Rabkin M., El-Sadr W., Abrams E. El Manual Clínico Pediátrico. Universidad de Columbia. Septiembre de 2004
99. Pavía-Ruz, N., Tovar Larrea P., Muñoz Hernández R. Trastornos Psicológicos en Niños y Adolescentes Infeccionados Perinatalmente por el VIH. En Enfermedades Infecciosas y Microbiología, vol. 23, N° 4. Octubre - Diciembre 2003.
100. Blasini, I. et al. Disclosure Model for pediatric patients living with HIV in Puerto Rico: Design implementation and evaluation. Journal of developmental and behavioral pediatrics 2004; 109 (3): 181-189.

XIV. ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento informado para mayores de 18 años.

FACTORES QUE FAVORECEN LA NO ADHERENCIA A LOS ANTIRRETROVIRALES EN ADOLESCENTES Y JOVENES EN EL CAI DEL HOSPITAL ESCUELA TEGUCIGALPA 2012.

Yo soy el Dr. Víctor Cruz Andino quien estoy terminando mi maestría en Salud Pública y estoy realizando un estudio en el CAI del Hospital Escuela sobre cuales las causas que permiten que los adolescentes y jóvenes que están entre las edades de 10 a 24 años de ambos sexos, no toman los medicamentos antirretrovirales como se los indica el médico. Este estudio se realizará desde el mes de diciembre del 2012 al mes de mayo del 2013; lo estamos haciendo debido a que estos pacientes corren el riesgo de que el virus forme resistencia a los medicamentos y puedan desarrollar los síntomas del SIDA.

La información que recogeremos será tan valiosa ya que conoceremos las principales causas del porque el paciente no está tomando sus medicamentos.

Le solicitamos su participación en el estudio de forma voluntaria, brindando respuestas a preguntas de manera clara. Usted no recibirá remuneración alguna. Si decide no contestar el cuestionario, se respetará su decisión y los servicios que recibe en la clínica en nada cambiarán.

Se respetarán sus derechos como paciente, el acceso a sus datos se hará guardando la más estricta confidencialidad para que no afecte su intimidad como persona. La información que nos brinde será utilizada únicamente con fines científicos y no se mencionará su nombre, ni representara ningún riesgo para usted.

Puede que haya algunas palabras que no entienda, por favor me detiene para poder explicarle. Antes de decidirse puede hacernos las preguntas que desee o hablar con alguien del personal médico, de enfermería o colaborador de la clínica si tiene alguna inquietud. Puede comunicarse al tel. 2230-3901 conmigo quien soy el responsable de la investigación o al comité de ética de la facultad de Medicina de Honduras al teléfono 22390131.

Ante lo expuesto, comprendo lo útil de esta investigación, participo en el estudio:

SI _____ NO _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

NO. correlativo

FECHA

“Factores que permiten el abandono de los medicamentos antirretrovirales en el Centro de Atención Integral del Hospital Escuela”.

Yo _____

He leído la hoja de información sobre el estudio que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre riesgos y beneficios de la información.

He hablado con: _____

(Nombre de investigador)

He comprendido que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio bajo las siguientes condiciones: cuando no desee continuar, no teniendo que dar explicaciones, consciente de que esto no afectará mis cuidados médicos y farmacéuticos. Y con el pleno conocimiento de que esto es para ayudarme a manejar mejor mi tratamiento.

De conformidad con lo anteriormente expuesto y dispuesto a participar en el estudio descrito, firmo el presente consentimiento en la ciudad de Tegucigalpa Municipio del Distrito Central a los _____ días del mes de _____ del 2012(3).

Firma o huella del participante

Duplicado para el paciente.

Anexo 2

Asentimiento Informado para menores de 18 años.

FACTORES QUE FAVORECEN LA NO ADHERENCIA A LOS ANTIRRETROVIRALES EN ADOLESCENTES Y JOVENES EN EL CAI DEL HOSPITAL ESCUELA TEGUCIGALPA 2012.

Este estudio pretende identificar cuáles son los factores que permiten la no adherencia a los antirretrovirales en adolescentes y jóvenes que asisten al CAI del Hospital Escuela en el 2012.

Los datos de estudio servirán para determinar los factores más frecuentes que afectan la no adherencia a los ARV, para luego proponer estrategias que mejoren la adherencia a estos medicamentos y con esto estaremos evitando el avance de la enfermedad o que les cambien los ARV.

Se le informa de lo siguiente:

1.-Su participación es voluntaria, es decir que en cualquier momento Usted puede retirarse del estudio sin ninguna consecuencia para Usted.

2.-Los datos proporcionados serán manejados confidencialmente y en ningún momento su nombre aparecerá en público.

3.-Si está de acuerdo en participar le haremos algunas preguntas, las que esperamos puedan contestar con toda la confianza y la información que nos brindes será de gran ayuda para que otros pacientes mejoren sus mecanismos de la toma de los medicamentos.

4.-El contestar estas preguntas no le implica ningún riesgo ni complicación con su enfermedad.

5.-No tendrá ningún beneficio monetario por participar en este estudio.

6.-Hable de esto con sus padres o responsable antes de decidir si va a participar o no. Vamos a pedirles permiso a ellos para hacerle estas preguntas, ellos estarán

presentes durante la entrevista. Aunque tus padres o responsables digan que si, tu todavía puedes decir que no.

7.-Si no deseas participar en este estudio, no tienes que hacerlo. Recuerda, ser parte de este estudio es voluntario y nadie se va a molestar porque no participes o si cambias de opinión después y deseas retirarte y en nada afectara la buena atención que se te brinda en el CAI.

8.-Puedes hacer cualquier pregunta que tengas sobre el estudio. Para eso puedes comunicarte con el investigador, Dr. Víctor Cruz al 99906147, al 22303901, correo electrónico vcruza23@yahoo.com.

9.-Si firmas en la línea de abajo, significa que estás de acuerdo en participar en este estudio. Tú y tus padres recibirán una copia de este documento después de que lo firmes.

Deseo participar si___ no___

Estoy de acuerdo a que se me aplique la encuesta. Me han explicado en qué consiste esta investigación. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y mi participación es voluntaria.

Correlativo del sujeto: _____

Firma o huella _____

Fecha: _____

Anexo 3

Consentimiento informado para padres de los pacientes menores de 18 años que participaran en la investigación

FACTORES QUE FAVORECEN LA NO ADHERENCIA A LOS ANTIRRETROVIRALES EN ADOLESCENTES Y JOVENES EN EL CAI DEL HOSPITAL ESCUELA TEGUCIGALPA 2012.

Consentimiento informado para padres o responsables

Investigador: Dr. Víctor Cruz Andino

El objetivo de este estudio es identificar cuáles son los factores más frecuentes que permiten la no adherencia a los antirretrovirales en adolescentes y jóvenes en el CAI del Hospital Escuela

Este estudio probablemente beneficiara a su hijo y a otros pacientes porque se analizara cuales son las principales causas de que no se tomen los medicamentos en forma adecuada, para posteriormente brindar sugerencias a la institución y a los pacientes para mejorar la adherencia a los medicamentos.

No habrá ningún riesgo, ni complicación adicional a la salud de su hijo si usted acepta que el paciente participe en este estudio contestando las preguntas del cuestionario.

Procedimiento:

Si usted está de acuerdo en que su hijo forme parte de este estudio, se le harán una serie de preguntas que están escritas en el cuestionario que se realiza en alrededor de 10 a 15 minutos.

Usted en cualquier momento puede realizar las preguntas que considere convenientes con relación a este estudio. Además puede preguntar al personal médico, de enfermería o administrativo sobre este estudio

Toda la información que sea recopilada se mantendrá confidencial y los datos serán registrados anónimamente, en forma tal que los datos personales no aparecerán en el Registro (base de datos). El paciente no será identificado de ninguna manera en las publicaciones que resulten de esta investigación.

Aceptación:

Si usted, como responsable o encargado del paciente, accede a que el participe en este estudio deberá firmar este consentimiento para padres o responsables. Usted no está obligado a dar su conformidad para que su hijo participe, la aceptación de los padres o encargados para incluir a su hijo en este protocolo es voluntaria. Si no lo desea, simplemente no firme el consentimiento. Su no aceptación no traerá ningún perjuicio para la buena atención que se le brinda a su hijo en este centro asistencial.

Que mi hijo participe si___ no ___

Nombre del padre_____

Firma del padre o huella_____

Fecha_____

Estoy de acuerdo a que se le aplique la encuesta a mi hijo me aplique la encuesta. Me han explicado en qué consiste esta investigación. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y mi participación es voluntaria.

Ante cualquier duda podrá comunicarse con nosotros al 99906147, 22303901, fax 22283233 correo electrónico vcruza23@yahoo.com. O al comité de Ética teléfono

Anexo 4

ENCUESTA A PRACTICAR EN LOS PACIENTES
ESTUDIO DE FACTORES QUE FAVORECEN LA NO ADHERENCIA A LOS
ANTIRRETROVIRALES EN PACIENTES ADOLESCENTES ENTRE 10 Y 24 AÑOS
EN EL CAI DE HOSPITAL ESCUELA, TEGUCIGALPA HONDURAS. DICIEMBRE
2012 A MAYO 2013.

DE EXP. (Numero correlativo) _____

I.-FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS GENERALES

1-EDAD_____ 2- SEXO a)- M___ b)- F_____

3-RAZA_____

4-LUGAR DE PROCEDENCIA a)-Urbana___ b)-Urbana Marginal___ c)-Rural

5-ESTADO CIVIL: a)- Soltero___ b)- Casado___ c)-Unión libre___

6-NIVEL EDUCATIVO a)-Analfabeta b)-Primaria Incompleta c)-Primaria
Completa

d)-Secundaria Incompleta e)-Secundaria Completa f)-Universitaria Incompleta

g)-Universitaria Completa h)-Maestría

7-OCUPACION ACTUAL a)-Estudiante___ b)-Obrero___ c)-Oficinista___

d)-Profesional___ e)-Técnico___ f)-Desempleado___ g)-No consignado___

II.-FACTORES RELACIONADOS CON LA FAMILIA

1-Grupo familiar integrado por:

a)-Vive con padre___ b)-Vive con la madre___ c)-Vive con ambos___

d)-Vive solo___ e)-Vive con otros familiares___ f)-Vive con amigos(as)___

2- Numero de miembros de la familia___

3-Vivienda a-Permanente___ b-Temporal___

4-¿Vive de forma permanente en albergues de algún organismo que apoya a las personas que son VIH/SIDA? a)-Si___ b)-No___

III.-FACTORES RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS.

1-¿Está cumpliendo fielmente con la toma de los medicamentos como se los receto el médico?

a)-SI___ b)-NO___

2-¿Cuáles fueron las causales del incumplimiento del tratamiento (no adherencia).?

a. Numero de fármacos a tomar simultáneamente todos los días.(toma más de 5 tabletas)

b. De dosificación. B-alimentarias

c. Efectos adversos

Nauseas si___ no___ Vómitos si___ no___ Flatulencias si___ no___

Diarrea si___ no___ Dolor abdominal si___ no___ Debilidad si___ no___

Pérdida de peso si___ no___ Fatiga si___ no___

Rash Eritematoso si___ no___ Mialgias si___ no___ Lipodistrofia si___ no___

d. Le dieron los medicamentos completos si___ no___

e. No le brindaron información sobre los medicamentos

f. 1.-Beneficios___ 2.- efectos secundarios___

g. 3.-efectividad___ 4.- tiempo___

h. Confía en los medicamentos si___ no___

i. Se le olvida tomar el medicamento si___ no___

3-¿Desde cuándo está recibiendo los ARV?

a-Años___ b-Meses___ c-Días___

IV.-RELACIONADO CON EL USO DE DROGAS

1-¿Consumes actualmente drogas? SI___ NO___

(Si es no pasa a la V)

a- Legales: -Alcohol___ - Cigarrillos___

b- Ilegales -Marihuana___ - Cocaína___

-Heroína___ -Crack___ -Metanfetamina___

¿Hace cuánto tiempo?___

V.-ACCESO AL HOSPITAL.

1-Distancia que existe entre la vivienda y el CAI_____ Km

2-Medio de transporte para llegar al CAI

a- Transporte Urbano b-Transporte Interurbano c-Automóvil particular

b- Transporte de la institución

3-Otros factores: a.-Insuficientes recursos económicos___

b.-Mal estado climatológico___ c.-Dificultad para asistir por otra enfermedad___

d.-Problemas Laborales___ e.-Problemas transporte___

VI.-RELACIONADOS CON LA INFECCION.

1-¿TIENE PAREJA SEXUALMENTE ACTIVA? SI___ NO___

2- SU PAREJA ES: a- DISCORDANTE___ b-VIH pos___

PREGUNTAS TOMADAS DESDE EL EXPEDIENTE DEL PACIENTE O PERSONAL DEL CAI. (Confidencial)

3-FORMA DE TRANSMISION

a- Vertical _____ Por infección_____

4-TIENE CONOCIMIENTO EL PACIENTE QUE ES HIV/SIDA POSITIVO SI_____

NO_____

Anexo # 5

DOSIS DE ARV PARA ADULTOS Y ADOLESCENTES

Nombre genérico		Dosis
ITR análogos de los nucleósidos		
Abacavir (ABC)	300 mg dos veces al día o 600 mg una vez al día	
Didanosina (ddI) Tabletas tamponadas o cápsulas con revestimiento entérico ^a	>60 kg: 400 mg una vez al día <60 kg: 250 mg una vez al día	
Emtricitabina (FTC)	200 mg una vez al día	
Estavudina (d4T) ^b	30 mg dos veces al día	
Lamivudina (3TC)	150 mg dos veces al día o 300 mg una vez al día	
Zidovudina (AZT)	250–300 mg dos veces al día	
ITR análogos de los nucleótidos		
Tenofovir (TDF)	300 mg una vez al día	
ITR no análogos de los nucleósidos		
Efavirenz (EFV)	600 mg una vez al día	
Nevirapina (NVP)	200 mg una vez al día durante 14 días, seguido de 200 mg dos veces al día	
Inhibidores de la proteasa		
Atazanavir + ritonavir (ATV/r)	300 mg + 100 mg una vez al día	
Fosamprenavir + ritonavir (FPV/r)	700 mg + 100 mg dos veces al día	
Indinavir + ritonavir (IDV/r) ^c	800 mg + 100 mg dos veces al día	
Lopinavir + ritonavir (LPV/r) ^d	Cápsulas LPV 133.3 mg / RTV 33.3 mg	Tres cápsulas dos veces al día (400 / 100 mg dos veces al día)
	Tabletas termoestables LPV 200 mg / RTV 50 mg	Dos tabletas dos veces al día (400 / 100 mg dos veces al día)
Nelfinavir (NFV)	1250 mg dos veces al día	
Saquinavir + ritonavir (SQV/r) ^d	1000 mg + 100 mg dos veces al día	
<p>^a La dosis de ddI debe ajustarse cuando se coadministra con tenofovir. Si el paciente pesa más de 60 kg la dosis recomendada es de 250 mg una vez al día; si pesa menos de 60 kg no existen datos para efectuar una recomendación (algunos estudios preliminares sugieren 125–200 mg una vez al día).193/ El ddI en tableta tamponada debe tomarse con el estómago vacío.</p> <p>^b La OMS recomienda utilizar 30 mg de d4T para todos los adultos independientemente del peso corporal.</p> <p>^c Otros regímenes de dosis que se utilizan incluyen 600 mg / 100 mg 194/ y 400 mg / 100 mg 195/</p> <p>^d Véanse en la Sección 11 las modificaciones de dosis de LPV/r y SQV/r específicas para la tuberculosis.</p>		

Anexo # 6

CLASIFICACION DE LA MADUREZ SEXUAL EN MUJERES (ESTADIOS DE TANNER)

Etapa	Mujeres			
	Edad (años)	Crecimiento mamario	Crecimiento del vello púbico	Otros cambios
I	0 – 15	Preadolescente	Ninguno	Preadolescente
II	8 – 15	Botón mamario (tolarquia); hiperplasia areolar con pequeña cantidad de tejido del pecho	Vello largo y atorcipelado cerca de los labios que frecuentemente aparece simultáneamente con el botón mamario o varias semanas o meses después	Después de la etapa II se produce frecuentemente un pico en la velocidad del crecimiento
III	10 – 15	Nuevo agrandamiento del tejido de los pechos y areola sin separación de sus contornos	Incremento en la cantidad y la pigmentación del vello	En el 2% de las mujeres la menstruación aparece al final de la etapa II
IV	10 – 17	Separación de los contornos, areola y pezón forman una elevación secundaria encima del tejido mamario	Vello similar al de las mujeres adultas, pero no así su distribución	En la mayoría de las mujeres la menstruación aparece en la etapa IV, 1 – 3 años después de la pubertad
V	12.5 – 18	Pecho grande con un único contorno	Distribución como en las mujeres adultas	En el 10% de las mujeres la menstruación aparece en la etapa V

Anexo # 7

CLASIFICACION DE LA MADUREZ SEXUAL EN HOMBRES (ESTADIOS DE TANNER)

Hombres				
Edad (años)	Crecimiento de los testículos	Crecimiento del pene	Crecimiento del vello púbico	Otros cambios
0 – 15	Preadolescente ($\leq 2.5 \text{ cm}^3$)	Preadolescente	Ninguno	Preadolescente
10 – 15	Agrandamiento de los testículos, pigmentación del saco escrotal	Agrandamiento mínimo o nulo	Vello largo y aterciopelado que frecuentemente aparece varios meses después del agrandamiento de los testículos, se observan patrones variables con la pubertad	No aplica
10.5 – 16.5	Nuevo agrandamiento	Significativo agrandamiento, especialmente en el diámetro	Incremento de la cantidad, rizado	No aplica
Variable: 12 – 17	Nuevo agrandamiento	Nuevo agrandamiento, especialmente en el diámetro	Vello del tipo de los hombres adultos, pero no así su distribución	Se desarrolla vello axilar y algún vello facial
13 – 18	Tamaño de los hombres adultos	Tamaño de los hombres adultos	Distribución como en los hombres adultos (zona medial de muslo, línea alba)	El vello corporal continúa creciendo y los músculos siguen aumentando de tamaño durante varios meses o años; el 20% de los hombres alcanza la máxima velocidad de crecimiento durante este período

Anexo # 8

INDICACION PARA INICIAR TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN ADOLESCENTES Y ADULTOS CON VIH

Categoría clínica	Conteo de CD4 células/mm ³ *	Carga viral en número de copias*	Recomendaciones
Enfermedad definitiva de SIDA o síntomas severos	Cualquier valor	Cualquier valor	Dar tratamiento
Asintomático	<200 mm ³	Cualquier valor	Dar tratamiento
Asintomático	>200 a 350 mm ³	Cualquier valor	Dar tratamiento
Asintomático	>350 mm ³	≥100,000 copias	Diferir el tratamiento y seguimiento con CD4 y carga viral.
Asintomático	>350 mm ³	<100,000 copias	No tratar

* Si el centro no dispone de carga viral las recomendaciones para iniciar TARV se realizan en función del estadio clínico y de los marcadores inmunológicos. En este caso, los valores de referencia de los CD4 son similares a los que se describen en esta Tabla.