



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAM– León
Facultad de Ciencias Médicas

Centro de Investigación en Demografía y Salud

y

Centro para las Adicciones y Salud Mental, Ontario, Canadá



Centre for Addiction and Mental Health
Centre de toxicomanie et de santé mentale



“2012, Año del Bicentenario y Refundación de la Universidad”

“Tesis para optar al título de maestría en Salud Mental y Adicciones”

"Factores asociados a la falta de adherencia del tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH y SIDA que asisten a la clínica de enfermedades infecciosas en el HEODRA, en el periodo Febrero 2012- Septiembre 2013”

Autora:

Lic. Aura Estela Cano Juárez

Tutor:

Dr. William Ugarte MSc, PhD.

28 de Noviembre de 2013

Agradecimiento

Quiero agradecer al Dr. Andrés Herrera, Dra. Claudia Obando y al Dr. William Ugarte por su apoyo, cooperación incondicional y tiempo que me brindaron.

Muchas gracias

Muchas gracias al Centro para las adicciones y salud mental (CAMH- Ontario, Canadá.) en especial al Dr. Jaime C. Sapag por haber hecho posible mis estudios en esta maestría.

Dedicatoria.

A Dios y María Santísima:

Por haberme regalado la vida y la sabiduría para concluir mis estudios y mejorar día a día como persona.

A mis Hijos:

Walter Cantillo, Byron Cantillo, Wilber Cantillo y Axel Escoto por haberme apoyado con tanto amor y cariño y ser mi motivación para mi superación tanto personal como familiar.

Abreviaturas

Los términos abreviados asociados y utilizados en la investigación son los siguientes:

TARGA: Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad

TAR: Terapia antiretroviral

HEODRA: Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales.

VHI: Virus de inmunodeficiencia humanas.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida.

ARV: Antiretroviral.

OPS: Organización panamericana de la salud.

OMS: Organización mundial de la salud.

CD4: Células encargadas de regular el funcionamiento del sistema inmunológico. También es un componente esencial del receptor para el retrovirus del SIDA.

AZT: zidovudina

3TC: lamivudina

EFV: efavirenz

TDF: tenofovir disoproxil fumarato

FTC: emtricitabina

EFV: efavirenz

Índice

Resumen.....	2
Introducción.....	3
Antecedentes.....	5
Justificación.....	7
Objetivo General.....	9
Objetivos Específicos:	9
Planteamiento del Problema.....	10
Marco Teórico.....	11
Diseño metodológico.....	16
Resultados.....	18
Discusión.....	23
Conclusiones.....	27
Recomendaciones.....	28
Bibliografía.....	29

Resumen.

La adherencia a la medicación antirretroviral es un elemento clave para que se pueda abordar con éxito el tratamiento del VIH y SIDA. Una mala adherencia puede llevar a la aparición de resistencias y a la progresión de la infección por VIH al estado de SIDA con mayor rapidez y lo que es peor aún la muerte, por tal razón nos hemos planteado el siguientes **objetivos de investigación**: Determinar los factores que influyen en la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH y SIDA, que asisten a la clínica de enfermedades infecciosas HEODRA en el periodo Febrero 2012 a septiembre 2013. **Metodología**: para esto se realizó un estudio comparativo de corte trasversal en la clínica de enfermedades infecciosa en el HEODRA, León, la muestra estuvo compuesta de 61 personas entre hombres y mujeres, obteniendo los siguiente **resultados**: se determinó que existe un 59,0% de adherencia al tratamiento a diferencia del 41,0% que presentaron falta de adherencia al tratamiento, entre los factores asociados a este evento están: el no pertenecer a ninguna religión (13,1%), de igual manera el uso de drogas como alcohol, marihuana o cocaína (13,1%), la presencia de trastornos psíquico (23,0%), el abandono del tratamiento (41,0%), y presentar recaídas en el tratamiento (9,8%), esta asociados a la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral, siendo todas estas relaciones estadísticamente significativas ya que su valor de P es inferior a 0,05. **Conclusiones**: Los factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH-SIDA son: En la falta de fe espiritual, el uso de drogas, presencia de trastornos psiquiátrico, y el mismo abandono del tratamiento y la emigración a otras ciudades o país.

Palabras Claves: Adherencia, VIH, Enfermedades Infecciosa, trastornos psíquicos

I. Introducción.

La adherencia a la medicación antirretroviral es un elemento clave para que se pueda abordar con éxito el tratamiento del VIH y SIDA. Una mala adherencia puede llevar a la aparición de resistencias y a la progresión de la infección por VIH al estado de SIDA con mayor rapidez y lo que es peor aún la muerte (Guell y Durán, 1998)

En Nicaragua de acuerdo a registros nacionales para el primer semestre del 2010 los SILAIS con mayor prevalencia de VIH y SIDA fueron Managua, Chinandega, León, Masaya y RAAN con una tasa de prevalencia como país de 4.1% para ese año. Así mismo para la misma fecha se reportaron 2,696 casos nuevos de VIH, 552 casos de SIDA y 781 fallecidos (Bortman, Sáenz, Pimenta, Isern, y Rodríguez, 2010)

A partir de la aparición del TARGA (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad) se ha reducido considerablemente la morbilidad de pacientes con VIH y SIDA, convirtiéndose en una enfermedad crónica. Para la obtención de un beneficio terapéutico en el tratamiento antirretroviral, objetivando en la consecución de una carga viral indetectable en el período más corto de tiempo, se requiere de un cumplimiento estricto de aquél. La falta de adhesión al tratamiento antirretroviral facilita la emergencia de mutaciones resistentes a los fármacos y la aparición de resistencias cruzadas entre los fármacos, lo cual supone una disminución en el arsenal de terapéuticas disponibles y una dificultad para encontrar terapias farmacológicas alternativas eficaces (Chamarro , Herraiz y Villamarín , 2008)

En Latinoamérica y el Caribe el número estimado de personas que recibe tratamiento para el VIH se ha ido incrementando gradualmente y a pesar de variaciones considerables entre países, inclusive en el ámbito de un mismo país, la cobertura global a fines del año 2005 alcanzaba el 74% (55-96%). (OPS, 2008)

Nicaragua recibe donaciones de medicamentos de Venezuela y Brasil para aproximadamente 500 personas, además de contar con 500 tratamientos

programados para ser comprados con el financiamiento del Fondo Mundial. Esto quiere decir que se planea incrementar la atención en 300%; sin embargo, aún no se ha previsto el equipamiento de nuevos hospitales en los departamentos, ni la contratación o capacitación de nuevo personal de salud, que garantice el éxito de este incremento del acceso a nivel nacional. Nicaragua aún no ha dispuesto partida presupuestaria para dar solución, postergando así su responsabilidad y compromiso de gobierno en dar una respuesta nacional a la epidemia. (PROFAMILIA, 2009).

Entre las variables que parecen asociarse con el grado de adherencia de los pacientes infectados por el VIH destacan los factores asociados con el propio tratamiento (complejidad, frecuencia de la dosis, efectos secundario asociados), especialmente los factores asociados de índoles psico-social tales como el apoyo social, la calidad de la relación de los profesionales de la salud, el grado de información sobre el tratamiento, las percepciones de los pacientes con respecto al tratamiento o a sus propias habilidades para seguirlo (autoeficacia) y la presencia de trastornos emocionales como la depresión, la ansiedad, el estrés, etc. (Remor, 2002).

II. Antecedentes.

En un estudio realizado sobre el esquema de TARGA empleado en pacientes con VIH-SIDA en Nicaragua durante el año 2010 se encontró que, de 471 pacientes en estudio, 333 que representan el 63% de la población total usan el esquema de AZT + 3TC +EFV seguido por el TDF + FTC + EFV con 37 pacientes correspondientes al 9% del total de la población. (Moreira, 2010).

En otro estudio nacional sobre determinar la frecuencia de alteraciones clínicas metabólicas sugestivas de síndrome metabólico (SDM) en pacientes VIH y SIDA, que reciben terapia antirretroviral, atendidos en el hospital escuela Dr. Roberto Calderon Gutierrez, en el periodo enero 2009 a diciembre del 2010 se determinó que de 58 pacientes en estudio, 3 de ellos reunieron al menos 3 criterios diagnóstico, representando una frecuencia de 5.2 %, sin embargo más de 1/3 de los pacientes tubo presente al menos una alteración metabólica. (Ayerdi Zamora, 2009).

En un estudio descriptivo y corte transversal realizado por (Lazo, 2008), encuentra que los factores asociados a la migración e infección por VIH y SIDA son el uso de drogas en un tercio de los entrevistado, ingesta de bebidas alcohólicas en la mayoría, el no uso de preservativos en un 100%, parejas ocasionales o múltiples contactos sexuales, el principal motivo de la migración fue por trabajo.

Se han hecho distintos estudios cuantitativos y cualitativos tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo para intentar comprender un poco mejor qué factores impiden una buena adherencia al tratamiento antirretroviral y cuáles la facilitan y se ha encontrado que los factores que dificultan una buena adherencia son los mismos en muchos casos tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo OPS. A continuación se plantean algunos estudios (Varela Arevalo, Salazar Torrez y Correa Sanchez , 2008).

Un estudio realizado por (Guell Durán, 1998), sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral en personas VIH/SIDA detalla que a partir de 1995 se introducen dos nuevos medicamentos (inhibidores de proteasas), los cuales han venido a revolucionar el tratamiento del VIH y SIDA ganándole partido a la muerte. Los resultados obtenidos hasta la fecha, indican una disminución dramática hasta de un 95% en la mortalidad en los pacientes infectados.

Según la OPS (Experiencias exitosas en el manejo de la adherencia al tratamiento antirretroviral en latino America, 2011), La adherencia al tratamiento es el resultado de un proceso complejo que se desarrolla a través de diferentes etapas: la aceptación del diagnóstico, la percepción de la enfermedad y la necesidad de realizar el tratamiento de forma correcta, la motivación para hacerlo, la disposición y entrenamiento de habilidades para realizarlo, la capacidad de superar las barreras o dificultades que aparezcan, y el mantenimiento de los logros alcanzados con el paso del tiempo.

La falta de adherencia es la principal causa de fracaso terapéutico. Se correlaciona con el aumento de los ingresos hospitalarios, una mala evolución clínica y aumento de la mortalidad.

Cuando comenzaron a utilizarse 3 drogas en TARV, muchos investigadores creyeron inicialmente que se erradicaría completamente el virus del huésped 6,7. Sin embargo, poco tiempo después se supo que persiste replicación viral en reservorios aun cuando las cargas virales son indetectables (OPS, Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Latinoamérica, 2011).

En un estudio comparativo (Remor, 2002), observaron que aproximadamente la mitad de los pacientes VIH+ evaluados presentaban una adhesión inadecuada, tanto en lo que se refiere al número de dosis, como al ajuste en el horario de tomas de las mismas, siendo mayor la adhesión en los pacientes VIH+ con coagulopatías congénitas que en aquellos pacientes sin este tipo de patologías añadidas, la posible explicación para estas diferencias estaría, según los autores, en el alto grado de apoyo socio-sanitario y económico que reciben los primeros.

III. Justificación.

Se ha demostrado que la adherencia tiene impacto sobre la eficacia de los fármacos antirretrovirales a la hora de evitar la reproducción del VIH y SIDA. Si no se toma una dosis de la medicación, el virus tiene la oportunidad de reproducirse, y lo hace muy rápidamente. Cuando sucede eso, la carga viral (la cantidad de virus en una muestra sanguínea) aumenta, lo que puede ponerle en riesgo de contraer enfermedades oportunistas relacionadas con el SIDA e incluso de morir.

Los medicamentos antirretrovirales marcan la diferencia entre la vida y la muerte para las personas VIH y SIDA, en la medida que es el factor determinante para asignarle a este evento la categoría de enfermedad crónica. Por lo tanto, motivar a las personas incluidas dentro de un régimen de tratamiento ARV a adherirse y cumplir con su terapia, se ha convertido en una prioridad dentro de la salud pública (INFOSIDA, Janssen- Cilag, S.A., 2006)

El control de la replicación viral depende de múltiples factores pero la adherencia incorrecta es la primera causa de fracaso terapéutico relacionándose con mala respuesta al tratamiento, peor reconstitución inmune y mayor riesgo de mortalidad 8,9. Por estos motivos, es muy importante que los pacientes sean conscientes de su enfermedad, entiendan claramente el objetivo del TARV, participen activamente en la decisión de iniciarlo, se sientan capaces de cumplir con su tratamiento y comprendan la enorme importancia que tiene una toma continua y correcta de la medicación

La adherencia es un proceso dinámico, influido por múltiples variables de tipo social, cultural, cognitivo, económico y de salud, las cuales deben ser tomadas en consideración como elementos predictores de adherencia. Los resultados obtenidos en cuanto a la medición de este fenómeno permiten conocer la posibilidad de identificación y cumplimiento de tratamiento así como posible éxito terapéutico del paciente.

Los pacientes al no dar seguimiento al TAR corren el riesgo de lo siguiente:

1. Aumento de la carga viral en el organismo del individuo.
2. Mayor probabilidad en la aparición de las enfermedades oportunistas
3. Disminución de la calidad de vida del afectado.
4. Conflictos familiares.
5. Cambios en el comportamiento tanto psicológico como psiquiátrico de la persona.
6. Hasta puede provocarle la muerte.

Por tanto es importante la realización de este estudio ya que aportaría una herramienta de discusión para ser utilizada por todos los integrantes del equipo de salud de atención de pacientes con VIH interesados en implementar intervenciones para mejorar la adherencia.

IV. Objetivo General.

“Determinar los factores que influyen en la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH y SIDA, que asisten a la clínica de enfermedades infecciosas HEODRA en el periodo Febrero 2012 a septiembre 2013.”

Objetivos Específicos:

1. Conocer las condiciones sociodemográfica de los pacientes que inciden en la falta de adherencia del tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH y SIDA que asisten a la clínica en el de enfermedades infecciosas.
2. Identificar los factores asociados a la falta de adherencia del tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH y SIDA que asisten a la clínica en el de enfermedades infecciosas.
3. Determinar los efectos de la falta de adherencia del tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH y SIDA que asisten a la clínica de enfermedades infecciosas en el HEODRA.

V. Planteamiento del Problema.

¿Cuáles son los factores asociados a la falta de adherencia del tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH y SIDA que asisten a la clínica de enfermedades infecciosas en el HEODRA, en el periodo Febrero 2012- Septiembre 2013”?

VI. Marco Teórico.

La mayor parte de los estudios señalan que la buena adherencia al tratamiento se presenta entre el 50 y el 80% de los pacientes, con un rango entre el 28 y el 82%. En los análisis uni o multivalentes, los factores que con más frecuencia se asociaron a una peor adherencia son: el sexo femenino, las personas de menor edad, el bajo nivel educativo, los menores ingresos, la marginación social, el consumo activo de sustancias de abuso, la falta de percepción de auto eficacia de los fármacos antirretrovirales, el estrés y la falta de motivación en los tests de depresión, el elevado número de comprimidos y la complejidad de las pautas de administración. La mayoría de los estudios observacionales presenta una buena correlación entre adherencia y control de la infección por el VIH medida por la carga viral (Puigventos, Riera , Deibes , Peñaranda, De la Fuente , & Boronat, 2002).

Los medicamentos antirretrovirales rompen con el mito del VIH y SIDA como sinónimo de muerte, dado que, de enfermedad terminal, pasa a convertirse en una enfermedad crónica con la cual es posible convivir. Pese a ello, el régimen de tratamiento, si bien ofrece esperanza real a las personas que sufren de este flagelo, también plantea la necesidad de asumir un compromiso personal ante las demandas de la terapia y a la vez revela la potencialidad individual para aprovechar de manera efectiva su vida (Guell Durán, 1998).

Dentro de este contexto, el Trabajo Social plantea una metodología de intervención social que apunta directamente a desarrollar estrategias que permitan:

- Seleccionar las personas con mayor capacidad adaptativa a la terapia,
- Definir un modelo de seguimiento estratificado con base en el grado de adherencia
- Mejorar el perfil de adherencia de la persona VIH y SIDA incluida dentro del protocolo de antirretrovirales.

Este trabajo incursiona en el tratamiento antirretroviral (ARV). Explica su dinámica e importancia y concluye que una buena adherencia significa la opción entre la vida y la muerte para las personas VIH y SIDA. Rompe por lo tanto con el paradigma de muerte del SIDA, pero lanza el reto para Trabajo Social de reeducar y generar procesos donde la persona VIH/SIDA potencie sus recursos internos y externos, para enfrentar su nueva dinámica de vida que irremediamente estará vinculada con su tratamiento y la sociedad (Guell Durán, 1998).

El antígeno CD4 (T4) es un componente esencial del receptor para el retrovirus del SIDA, las células CD4 actúa para aumentar la avidéz de las interacciones de células

6.1. Opciones de adherencia para las personas VIH y SIDA

A partir de la presencia VIH se desarrolla dos tipos de tratamiento para su abordaje (Guell Durán, 1998)

1. Profiláctico: cuyo propósito es prevenir o curar aquellas infecciones oportunistas como (tuberculosis, neumonía por pneumocystis carinii, cáncer incluido el Sarcoma de Kaposi, linfomas, toxoplasmosis entre otras) que pueden atacar a la persona infectada cuando se encuentra con un conteo de Linfocitos T menor o igual a 200 CD₄. . Este tratamiento es únicamente para resolver el problema puntual de salud que se presente, más no detiene el avance de la enfermedad. Éste debe tomarse durante el periodo que el médico (a) indique.
2. Antirretroviral (ARV): La terapia antirretroviral se inicia cuando el paciente tiene un conteo de CD₄ menor o igual a 350 o bien presenta alguna enfermedad asociada al complejo relacionado con SIDA.

Sus principales objetivos de la TAR se resumen en:

- Incrementar el conteo de linfocitos T (Defensas)
- Disminuir la carga viral a niveles indetectables.
- Disminuir el riesgo de adquirir enfermedades oportunistas
- Elevar la expectativa y calidad de vida de las personas infectadas por el VIH/SIDA.

A diferencia del modelo profiláctico, éste si influye directamente en la evolución del virus y retrasa la progresión de la enfermedad. Esta terapia es permanente y requiere la adherencia estricta a los medicamentos, de lo contrario se produce un fenómeno llamado resistencia (Puigventos, Riera , Deibes , Peñaranda, De la Fuente y Boronat, 2002)

El tratamiento consiste en tres fármacos antirretrovirales, los cuales actúan en diferentes fases del proceso de replicación viral e intenta detener la reproducción del virus. (Guell Durán, 1998) La primera droga conocida fue la Zidovudina (AZT), inicialmente ésta fue prescrita como monoterapia y dio excelentes resultados en los pacientes, en cuanto al incremento en las defensas y descenso en la mortalidad. Sin embargo, años después los resultados se revertieron y la enfermedad continuó avanzando inexorablemente (Guell Durán, 1998).

A partir de 1995 se introducen dos nuevos medicamentos (inhibidores de proteasas), los cuales han venido a revolucionar el tratamiento del VIH y SIDA ganándole partido a la muerte. Los resultados obtenidos hasta la fecha, indican una disminución dramática hasta de un 95% en la mortalidad en los pacientes infectados. En los últimos dos años ha sido significativo el progreso, visto en términos del incremento en la expectativa de vida, y la disminución de hospitalizaciones de pacientes infectados con VIH y SIDA, lo cual permite mirar esta enfermedad desde otra perspectiva (Puigventos, Riera , Deibes , Peñaranda, De la Fuente , & Boronat, 2002).

Si bien es cierto, la combinación de terapias ARV tiene un enorme potencial para retrasar el avance de la enfermedad y la muerte, también implica desarrollar estrategias de adherencia, que permitan incorporar de la mejor manera posible los medicamentos a la cotidianidad del paciente y su entorno social. (Guell Durán, 1998). Los medicamentos antirretrovirales marcan la diferencia entre la vida y la muerte para las personas VIH y SIDA, en la medida que es el factor determinante para asignarle a este evento la categoría de enfermedad crónica. Por lo tanto, motivar a las personas incluidas dentro de un régimen tratamiento ARV a adherirse y cumplir con su terapia, se ha convertido en una prioridad dentro de la salud pública (Guell Durán, 1998).

Se ha descubierto que, para que el tratamiento antirretroviral sea efectivo por un largo tiempo, es necesario tomar más de un medicamento antirretroviral a la vez. Esto se conoce como terapia combinada. El término Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) alude a una combinación de tres o más medicamentos anti-VIH.

Cuando el VIH se duplica (hace nuevas copias de sí mismo) a menudo comete errores. Esto significa que dentro de una persona infectada existen diferentes cepas del virus. Ocasionalmente, se produce una nueva cepa que resulta ser resistente a los efectos de un medicamento antirretroviral. Si la persona no está tomando ningún otro tipo de medicación, la cepa resistente puede duplicarse rápidamente y se pierden los beneficios del tratamiento.

6.2. Indicaciones de tratamientos del TAR

Aquellas personas que hayan recibido o se encuentren recibiendo antirretrovirales al momento de aplicarse la Directiva del Ministerio de Salud serán evaluadas posteriormente para decidir su ingreso al TAR. (Apac, 2004)

La terapia antirretroviral debe incluir por lo menos 3 medicamentos.

1. Las PVVS en etapa SIDA y aquellos que están asintomáticos con recuento CD4 < 200, o con carga viral mayor a 55 000, independientemente del conteo de CD4, deben recibir tratamiento antirretroviral.
2. La terapia antirretroviral esta claramente indicada en pacientes:
 - a) Sintomáticos o asintomáticos, con recuento de CD4 menor de 200 células.
 - b) Asintomáticos, con recuento de CD4 mayor de 350.
 - c) Asintomáticos, al margen del recuento de CD4.
 - d) Asintomático, al margen del recuento de CD4 y de la carga viral.

VII. Diseño metodológico.

Tipo de estudio: Descriptivo analítico.

Área del estudio: El presente estudio se realizó en la Clínica de enfermedades infecciosas, donde se atienden a las personas con VIH y SIDA en el área de consulta externa del HEODRA.

Población de estudio: Estuvo compuestas por pacientes que asistieron a la clínica de enfermedades infecciosas de VIH –SIDA, HEODRA

Muestra en estudio: Se tomaron 61 expediente de pacientes, mediante un muestreo por conveniencia. Se verificó en sus historias clínicas que reciban el tratamiento antirretroviral según los esquemas presentados, luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión: Pacientes de ambos sexos, que al momento de recolectar la información son mayores de 18 años y menores de 55 años y que estén bajo TAR.

Criterios de exclusión: Se excluyó a los pacientes en cuyas historias clínicas se refiere que fueron atendidos por una sola vez y por un tiempo igual o menor a 30 días también se excluyeron a los menores de 18 años debido a los aspectos éticos acerca los menores de edad.

Instrumento de recolección de información. (Ver anexo 1)

Recolección de Información

Fuentes:

Secundaria, ya que toda la información se tomó de los expedientes de los pacientes, y se procesó en una ficha que contendrá aspectos relacionados a:

Numero de expediente, código, fecha, nombre y apellidos, edad, sexo, escolaridad, estado civil, preferencia u opción sexual, viajes al extranjero, precedencia y dirección, ocupación, ocupación actual, religión, estado socio-económico, tipo de vivienda, ingresos, estado nutricional, quejas principales o

motivo de consulta, historia actual de la enfermedad, revisión de órganos y sistemas, general, endocrínico, gastrointestinal, pulmonar, cardiovascular, genitourinario, genito-reproductor, mamas, hematopoyético, musculo-esquelético, neurológico, ojos, oído, nariz y garganta, psiquiátrico, historia medica pasada, vacunas y antecedentes familiares patológicos

Procedimiento: El desarrollo de la investigación se llevó a cabo en el Hospital escuela Oscar Danilo rosales HEODRA. La recolección de datos fue una revisión del expediente clínico del paciente, se realizó en el período entre los meses de febrero y septiembre de 2013. Se seleccionaron 3 expediente diariamente de forma consecutiva, observando los criterios de inclusión y exclusión y la disponibilidad de tiempo que tenía el paciente. La incorporación y realización del estudio fue solicitado a la dirección del HEODRA, obteniendo un consentimiento escrito en el cual aceptaban las condiciones del estudio. Una vez recolectado los datos se realizó un análisis de las condiciones de cada paciente.

Análisis estadístico: El análisis de datos estadísticos se hizo a partir de la información procesada y sistematizada, se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 16.0, en la construcción de los gráficos, cálculo de prevalencia, incidencia, media, mediana, frecuencia, moda, razón de momios. Excel para el vaciado de datos. El software Word para la redacción del documento final; y para la presentación se usó Microsoft Power Point.

Aspectos éticos: La investigación se realizará en un marco de respeto y discreción a través de la examinación del expediente clínico del paciente, se omitirán nombres y apellidos de cada uno, identificándose mediante códigos, se tomará en cuenta el visto bueno del coordinador o de los pacientes que asisten a la clínica de enfermedades infecciosas. (ver anexo No. 2)

Resultados.

Datos sociodemográficos

De acuerdo a los datos sociodemográficos de los pacientes con VIH - SIDA que asisten a la clínica de enfermedades infecciosas en el HEODRA tenemos que el 29.5% oscilan entre la edad de 25 a 29 años, 19.7% de 30 a 34 años, 16.4% de 35 a 39 años, 14.8% de 19 a 24 años, 11.5 % de 40 a 44 años, 4.9% de 45 a 49 y el 3.3% de 50 años a más En relación al sexo predominan los hombres con un 68.9% y las mujeres con 31.1%. En relación al estado civil de estos pacientes la mayoría son solteros reflejado en un 85.2%, están casados 13.1% y viudos con 1.6%. En el nivel de escolaridad encontramos que el 77.0% corresponde a primaria, el 16.4% secundaria, 4.9% universitarios y 1.6% son analfabetos. Ver tabla1.

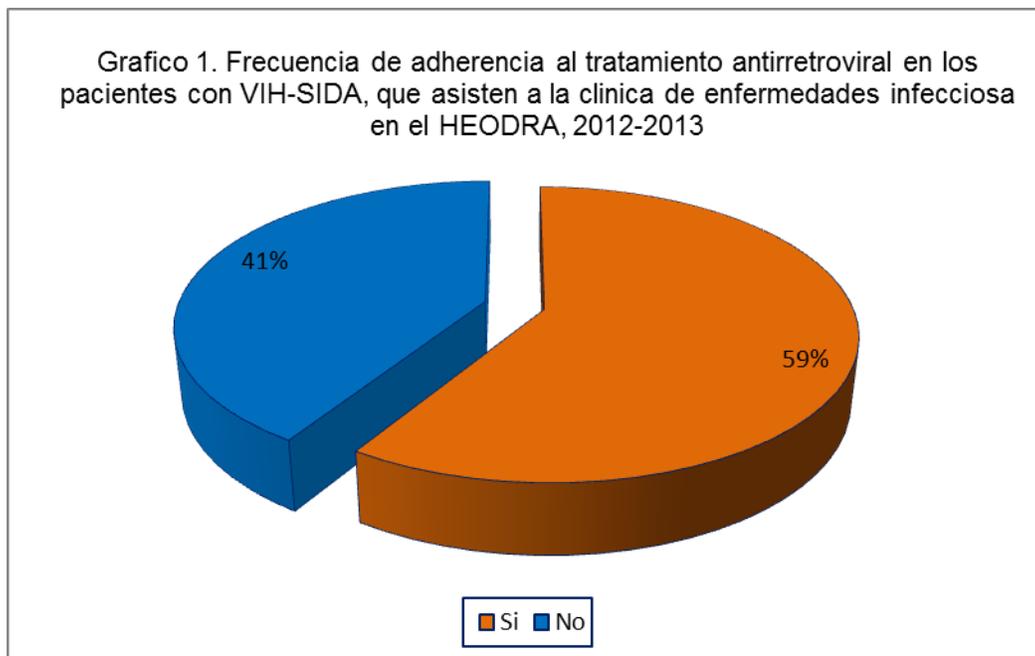
Tabla 1. Datos socios demográficos de los pacientes que inciden en la falta de adherencia del tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIS-SIDA que asisten a la clínica del HEODRA 2012-2013. n=61

Variables demográficas	n	%	
Grupo Edad	19 a 24	9	14,8
	25 a 29	18	29,5
	30 a 34	12	19,7
	35 a 39	10	16,4
	40 a 44	7	11,5
	45 a 49	3	4,9
	50 a mas	2	3,3
Sexo	Hombre	42	68,9
	Mujer	19	31,1
Estado Civil	Soltero	52	85,2
	Casados	8	13,1
	Viudo	1	1,6
Escolaridad	Analfabeta	1	1,6
	Primaria	47	77,0
	Secundaria	10	16,4
	Universitario	3	4,9

Fuente: Expedientes clínicos

Frecuencia de adherencia al tratamiento.

Al analizar la frecuencia de adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH-SIDA que asisten a la clínica de enfermedades infecciosas en el HEODRA se determinó que existe un 59,0% de adherencia al tratamiento a diferencia del 41,0% que presentaron falta de adherencia al tratamiento. Ver gráfico 1.



La tabla 2 analiza la relación entre los datos socios demográficos y la falta de adherencia al tratamiento observando que son los pacientes de 25 a 29 años de edad que corresponden al 14.8% y los de 19 a 24 años del 8.2% los que presentan falta de adherencia al tratamiento antirretroviral; en relación al sexo, son los hombres con el 29.5% ya que las mujeres representan solamente el 11.5%; sobre el estado civil y el nivel de escolaridad el 34,4% de estos pacientes son solteros y han cursado primaria los que presentan falta de adherencia seguido del 4.9 % de los casados y el 6.6 % de los pacientes que han cursado secundaria. Ver tabla

Tabla 2. Relación entre datos sociodemográficos y la falta adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIS-SIDA que asisten a la clínica del HEODRA 2012-2013. n=61

Variables demográficas	Adherencia al tratamiento		Total	
	Si (%)	No (%)		
Grupo Edad	19 a 24	6,6	8,2	14,8
	25 a 29	14,8	14,8	29,5
	30 a 34	14,8	4,9	19,7
	35 a 39	9,8	6,6	16,4
	40 a 44	4,9	6,6	11,5
	45 a 49	4,9	-	4,9
	50 a mas	3,3	-	3,3
Sexo	Hombre	39,3	29,5	68,9
	Mujer	19,7	11,5	31,1
Estado Civil	Soltero	50,8	34,4	85,2
	Casados	8,2	4,9	13,1
	Viudo	-	1,6	1,6
Escolaridad	Analfabeta	1,6	-	1,6
	Primaria	42,6	34,4	77,0
	Secundaria	9,8	6,6	16,4
	Universitario	4,9	-	4,9

Fuente: Expedientes clínicos

Al analizar los factores que inciden directamente a la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH-SIDA que asisten a la clínica del HEODRA, determinamos que el no pertenecer a ninguna religión (13,1%), de igual manera el uso de drogas como alcohol, marihuana o cocaína (13,1%), la presencia de trastornos psíquico (23,0%), el abandono del tratamiento (41,0%), y presentar recaídas en el tratamiento (9,8%), esta asociados a la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral, siendo todas estas relaciones estadísticamente significativas ya que su valor de P es inferior a 0,05. Ver tabla 3

Tabla 3. Factores que inciden en la falta de adherencia del tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIS-SIDA que asisten a la clínica del HEODRA 2012-2013. n=61

Variables demográficas	Adherencia al tratamiento		Total	
	Si (%)	No (%)		
Religión	Ninguna	-	13,1	13,1
	Católico	37,7	13,1	50,8
	Evangélico	21,3	14,8	36,1
Uso de drogas	Si	-	13,1	13,1
	No	59,0	27,9	86,9
Trastorno Psíquico	Si	9,8	23,0	32,8
	No	49,2	18,0	67,2
Abandono	Si	-	41,0	41,0
	No	59,0	-	59,0
Recaída	Si	-	9,8	9,8
	No	59,0	31,1	90,2

Fuente: Expedientes clínicos

Efectos de la adherencia al tratamiento.

El análisis de los efectos que provoca la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral, de mayor a menor frecuencia presentaron: depresión se dio en mayor porcentaje con el 67.2%, seguido del el consumo de alcohol con 9.8%, por otro lado la combinación de depresión y ansiedad, baja autoestima, duelo no resuelto, consumo de alcohol y tabaco así como el de alcohol, cocaína y marihuana se representa con 1.6%, recaídas 14,4% y muertes 8,1% como efectos. Ver tabla 4.

Tabla 4. Efectos de la no adherencia del tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIS-SIDA que asisten a la clínica del HEODRA 2012-2013. n=61

Efectos de la falta de adherencia del tratamiento		n	%
	Depresión	17	67,2
	Depresión y ansiedad	1	1,6
	Baja autoestima	1	1,6
	Duelo no resuelto	1	1,6
Efectos de la adherencia	Consumo de alcohol	6	9,8
	Consumo alcohol y tabaco	1	1,6
	Alcohol, cocaína y marihuana	1	1,6
	Recaídas(Enfermedades oportunistas)	10	14,4
	Muertes	5	8,1

Fuente: Expedientes clínicos

Discusión.

Según los registros nacionales en el 2010 los SILAIS con mayor prevalencia de VIH-SIDA fueron: Managua, Chinandega, Masaya, RAAN y León, con una prevalencia del 4,% para ese año, debido a esto se ha venido integrando el tratamiento antirretroviral de gran actividad, y esto ha reducido considerablemente la mortalidad de estos pacientes, sin embargo uno de los principales problemas encontrados es la falta de adherencia al tratamiento, este es el caso de la clínica del HEODRA donde determinamos un 41% de pacientes que presentan este problemas, esto está facilitando la mutaciones resistente a los fármacos y la aparición de resistencia cruzadas entre los fármacos según (Chamarro, 2008). Se estima que, en general, un 20-50% de los pacientes no toma sus medicaciones como están prescritas, aunque la tasa de incumplimiento puede variar mucho según la patología. En el contexto de las enfermedades crónicas, la OMS considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios

En este estudio caracterizamos a la población que mayormente está teniendo falta de adherencia al tratamiento encontrando que son los pacientes con edades entre los 19 a 30 años, lo que indica que son los adolescentes y jóvenes, del sexo masculino y con escolaridad de primaria. Según Remor 2002, expresa la existencia de factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento, principalmente factores de índoles psicosociales tales como la falta de apoyo social, la calidad de los profesionales de salud, la percepción del pacientes al tratamiento, y la presencia de trastorno psíquicos como la depresión, ansiedad, estrés y consumo de sustancia.

De igual manera Varela 2008, explica que entre los principales factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento están: uso de drogas, ingesta de bebidas alcohólicas, el estar solo, no tener, apoyo familiar, y la migración, datos muy parecido a lo publicados en nuestro estudio donde determinamos como factores

asociados: el pertenecer a la religión católica, el uso de drogas, presencia de trastorno psíquicos, el mismo abandono del tratamiento y la migración.

Estos datos nos llevan a identificar los principales efectos que provoca la falta de adherencia al tratamiento en los pacientes entre los cuales tenemos, la presencia de trastornos psíquicos tales como la depresión, y combinaciones de la misma como depresión y ansiedad, baja autoestima, y en algunos casos duelos no resueltos, productos de la falta de apoyo familiar en estos pacientes, así mismo determinamos con efectos el consumo de sustancia como el alcohol entre lo más consumidos y combinaciones como alcohol, marihuana, cocaína, y tabaco. Según la OMS 2004, Las consecuencias de la adherencia terapéutica deficiente resultan en bajos resultados de salud y mayores costos sanitarios. La adherencia deficiente compromete gravemente la efectividad del tratamiento, por ello es un tema fundamental para la salud de la población. Las intervenciones que mejoren la adherencia proporcionarían un considerable rendimiento mediante la prevención primaria (de factores de riesgo) y la prevención secundaria.

Entre los efectos que causan la no adherencia al tratamiento en pacientes con diagnósticos de VIH y SIDA, están la presencia de enfermedades oportunista, dificultades en el aspecto económicos, social y político, ya que por su estado crítico tienes dificultadas para laborar, se vuelven dependiente de sus familiares y en aspecto de la asistencia de la salud es un doble costo económico producto de las frecuentes recaídas y visitas continuas con criterios de hospitalización siendo esta las más importante ya que tienes que ver directamente con su salud tanto física como mental.

Así como Nicaragua, varios países de América Latina y el Caribe entre ellos Argentina, Brasil, Guyana y la República Dominicana) han logrado importantes avances en ampliar la disponibilidad de este tratamiento.

Sin embargo, varios países de la Región enfrentan graves "brechas de tratamiento" que dejan a muchas personas que necesitan TAR sin acceso a ello. Para superar estas brechas se requiere mayor eficiencia en la adquisición y uso de TAR así como mejoras en el diagnóstico temprano, las referencias entre servicios y el monitoreo de pacientes con VIH y SIDA, según informan expertos de la OPS/OMS. (Ver anexo No.3)

Se presentan datos específicos de Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, San Kitts y Nevis, Surinam, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

Los análisis muestran, entre otros resultados, que: Entre los países latinoamericanos para los que existen datos, Chile y Nicaragua tienen la cobertura de tratamiento antirretroviral más elevada. En el Caribe, Cuba y Guyana tienen la cobertura de TAR más elevada (entre los países para los que hay datos disponibles). Once países informan que tienen alta dependencia en el financiamiento externo para los antirretrovirales.

Catorce de cada 26 países (54 por ciento) informaron que han tenido al menos un episodio de desabastecimiento, lo que pone en riesgo la salud de los pacientes en TAR. En toda la región, el 63 por ciento de los adultos en tratamiento antirretroviral se encuentran en esquemas de primera línea recomendados por la OMS y el 33 por ciento están en tratamientos de segunda línea recomendados por la OMS. Anguila, Granada, Guyana y Honduras tienen las tasas más elevadas de cumplimiento de estas recomendaciones de la OMS.

Algunos países, en particular Uruguay, Surinam, la República Dominicana, Bolivia y Guatemala, usan esquemas múltiples de TARV de primera línea, lo que supone

una mayor carga en sus sistemas de salud. (OPS, Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe, 2012).

En el 2010, Nicaragua contaba con 32 establecimientos públicos que ofrecían TAR. El Hospital General Manolo Morales en Managua ofreció servicios a más de 700 pacientes. En el año 2010, Nicaragua notificó 1286 pacientes en TAR, de los cuales 64 eran niños y un 35% mujeres. El número notificado de pacientes que iniciaron TAR en el 2010 fue de 452, lo que supuso un incremento neto de 223 pacientes entre el 2009 y el 2010. Entre los pacientes en tratamiento, el 90% estaban en 1.ª línea, el 9,9% estaban en 2.ª línea y el 0,1% en 3ª línea. En el 2010, 105 pacientes pasaron de 1.ª a 2.ª línea de tratamiento, lo que supuso una tasa de cambio anual de 9,1%.

Conclusiones.

- 1) Entre los pacientes que asisten a la clínica de enfermedades infecciosa del HEODRA, prevalecían en mayor frecuencia las personas entre el rango de edad de 19 a 39 años, hombres, de estado civil soltero y con educación primaria. (ver tabla No. 1)
- 2) El 41,0% de los pacientes que asisten a la clínica de enfermedades infecciosa del HEODRA presentan falta de adherencia al tratamiento. (ver gráfico No. 1)
- 3) Los factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH-SIDA son: En la falta de fe espiritual, el uso de drogas, presencia de trastornos psiquiátrico, y el mismo abandono del tratamiento y la emigración a otras ciudades o país.
- 4) Entre los principales efectos de la falta de adherencia al tratamiento en estos pacientes están: presencia de trastornos psíquicos tales como: depresión, ansiedad, baja autoestima y duelos no resueltos, así como el consumo de alcohol y drogas ilícitas, también las recaídas y muertes. (ver tabla No. 4)

Recomendaciones.

A la familia de pacientes.

1. Fortalecer la educación continua con pacientes en TAAR.
2. Brindar atención integral a la familia y a los pacientes que asiste al control de tratamiento.
3. Crear redes sociales que apoyen a pacientes con VIH
4. Implementar programas de calidad vida dirigidos a pacientes viviendo con VIH.
5. Fortalecer redes de auto ayuda orientada al VIH
6. Implementar estrategias de atención integral a pacientes en TAAR.
7. Realizar terapias grupales a pacientes que asisten a la clínica de enfermedades infecciosa (VIH.)
8. Brindar charla frecuente de sensibilización sobre la importancia del tratamiento ARV.
9. Sensibilizar a pacientes y familiares sobre la importancia de la consulta psicológica.
10. Realizar técnicas especiales para la toma de la medicación y ayudar a desarrollar mecanismos de reacción (por ejemplo: anticipación y manejo de efectos adversos).
11. Elaborará un protocolo de atención a los usuarios de enfermedades infecciosas.

Bibliografía

- Apac, C. G. (12 de 09 de 2004). *Terapia Antirretroviral*. Lima, Peru.
- Ayerdi Zamora, M. J. (2009). *Alteraciones clinicos metabólicos sugestiva de SDM en pacientes VIH-SIDA*. Managua.
- Bortman, m., Sáenz, L. B., Pimenta, I., Isern, C., & Rodríguez , A. E. (2010). *Reduciendo la vulnerabilidad al VIH-SIDA en centroamerica, nicaragua: Situacion del VIH-SIDA y respuesta a la epidemia*. managua.
- Chamarro , A., Herraiz, F., & Villamarín , F. (2008). *Correlatos psicosociales de la adhesión al tratamiento antirretroviral en el Centro Penitenciario de hombres de Barcelona*. Barcelona: sanid. penit.
- charityDonateFundraising, I. H. (08 de AGOSTO de 2012). *Averting HIV and AIDS*. Obtenido de Introducción Al Tratamiento De VIH Y SIDA.
- Guell Durán, A. J. (1998). La adherencia al tratamiennto Antirretroviral en personas VIH/SIDA. *BINASSS*, 64.
- INFOSIDA, Janssen- Cilag, S.A. (19 de septiembre de 2006). *Infosida*. Recuperado el 16 de Julio de 2012, de Infosida.es: http://www.infosida.es/bgdisplay.jhtml?itemname=understand_adherence
- Lazo, R. (2008). *Influencia de la migracion en personas que conviven con el VIH-SIDA, que pertenecen a ASONVIHSIDA*. MANAGUA.
- Moreira, Q. c. (2010). *Esquemas de TARGa mas empleados en pacientes VIH-SIDA en nicaragua*.
- OPS. (2008). *TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LA INFECCION POR EL VIH EN ADULTOS Y ADOLECENTES EN LATINOAMERICA Y EL CARIBE*. WASHINGTON D.C.
- OPS. (2011). *Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Latinoamérica*. Washington : OPS, Washington, D.C,Estados Unidos.
- OPS. (2011). *Experiencias exitosas en el manejo de la adherencia al tratamiento antiretroviral en latino America*. washington : OPS, Washington, D.C,Estados Unidos.

- OPS. (2012). *Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un analisis de salud publica en latinoamerica y el caribe*. Washington D.C: OPS.
- PROFAMILIA. (2009). *PROFAMILIA nicaragua*. Recuperado el 02 de Julio de 2012, de Nicaragua avanza a paso muy lento contra el Sida: www.profaamilia.org.ni/publicaciones/articulos/nicsida
- Puigventos, F., Riera , M., Deibes , C., Peñaranda, M., De la Fuente , L., & Boronat, A. (2002). *Estudio de Adherencia a los farmacos Antirretrovirales. Una revision sistematica*. Barcelona: Med clin.
- Remor, E. (2002). *Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH+*. oviedo, españa: universidad de oviedo.
- Varela Arevalo, M. T., Salazar Torrez, I. C., & Correa Sanchez , D. (2008). Adherencia al tratamiento en la infeccion VIH/SIDA. Concideraciones Teorica y Metodologicas para su Abordaje. *SCIELO*, 102.



Anexos

Anexo No. 1.

Ministerio de Salud (MINSA)
 Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello (HEODRA)
 Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-LEON)
 Centro de Investigación en Demografía y Salud (CIDS)

Expediente Clínico

No de Expediente: _____ Código: _____ Fecha: ____/____/____

I. Perfil del pacientes		
Edad	_____ años	
Sexo	1. Masculina <input type="checkbox"/> 2. Femenino <input type="checkbox"/>	
Escolaridad	1. Primaria <input type="checkbox"/> 2. Secundaria <input type="checkbox"/> 3. Universitarios <input type="checkbox"/> 4. Analfabeta <input type="checkbox"/>	
Estado Civil	1. Soltero <input type="checkbox"/> 2. Casados <input type="checkbox"/> 3. Unión de hecho estable <input type="checkbox"/> 4. Divorciados <input type="checkbox"/>	
Viaje al extranjero	1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	
Religión	1. Católica <input type="checkbox"/> 2. Evangélica <input type="checkbox"/> 3. Testigo <input type="checkbox"/> 4. Otras <input type="checkbox"/>	
Factores asociado a la no adherencia		
Uso de drogas	1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	
Trastorno Psíquico	3. Si <input type="checkbox"/> 4. No <input type="checkbox"/>	
Abandono	1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	
Recaída	1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	
Efectos de la no adherencia	Depresión	
	Depresión y ansiedad	
	Baja autoestima	
	Duelo no resultado	
	Consumo de alcohol	
	Consumo alcohol y tabaco	
	Alcohol, cocaína y marihuana	
	Recaídas(Enfermedades oportunistas)	
Muertes		

Anexo No. 2,

León, 25/10/13

Dr. William Ugarte phd

Estimado Dr. Ugarte.

Por medio de la presente me dirijo a usted para informarle de la autorización del estudio Factores asociados a la falta de adherencia del tratamiento antirretroviral de los pacientes atendidos en la clínica de enfermedades infecciosas del HEODRA en el periodo comprendido 2012-2013, realizado por la Lic. Aura Estela Cano- Psicóloga clínica.

Dado en la ciudad de León, a los 25 días del mes de Octubre del 2013

Cordialmente,


Dr. Ricardo Cuadra
Director General
HEODRA/León.



C/c. Dr. Carlos Francisco López
Resp. De la clínica de enfermedades
Infecciosas.



Dr. Carlos Francisco López
Médico
Civil (1725)