



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA



Tesis para optar al título de especialista en Medicina Interna

Factores asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes que
conviven con el VIH-SIDA atendidos en la consulta externa del Hospital Alemán
Nicaragüense en el periodo comprendido Enero-Febrero del año 2020

Nombre:

Dr. Francisco A. Gómez Escobar

Residente de tercer año Medicina Interna

Hospital Alemán Nicaragüense

Tutor:

Dr. Javier Dinarte

Especialista de Medicina Interna

Managua, 01 de julio del 2020

Resumen

Se realizó estudio para determinar los factores asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes que conviven con VIH-SIDA atendidos en la consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense, durante los meses Enero a Febrero del 2020. El estudio fue de tipo descriptivo, observacional y de carácter transversal, con 830 pacientes que se atienden en la consulta, del cual se realizó muestreo probabilístico aleatorio en base a formula estadística, donde se estimó como muestra el total de 163 pacientes. Se recolectó los datos mediante encuesta realizada previamente por el investigador con entrevista directa a los pacientes y se procedió a realizar una base de datos en el paquete estadístico SPSS 25.0 para la realización de las tablas y gráficos.

Entre los factores encontrados en los pacientes que influyeron en la adherencia encontrada en los pacientes fueron: la mayoría eran del sexo masculino, de 26 a 30 años, como habito toxico más frecuente se constató el consumo de alcohol, no presentaban enfermedades psiquiátricas y comorbilidades crónicas en su mayoría presentaban HTA y cardiopatía. El medicamento más utilizado fue la Atripla, el cual se administra una vez al día. Los pacientes presentaron un conocimiento de las TAR adecuado y las actitudes hacia la misma fueron favorables, así como también el actuar medico fue aprobado por la mayoría de los pacientes. El 44% de la muestra se encontraban en categoría 1 de conteo de células CD4, mayor de 500 células por ml³ Se encontró con todos estos factores una adherencia de un 80% y con nivel de adherencia elevado (grado A y B), todo esto medido a través del cuestionario SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire) validado internacionalmente para valorar la adherencia a la TAR.

Palabras claves: Adherencia, tratamiento, antirretroviral, VIH-SIDA

Dedicatoria

*Dedico este trabajo primeramente a Dios, por ser la piedra
angular de mi vida y también el que ilumina nuestro
sendero.*

*A mi madre Karelía y mi hermana Karina, las mujeres de
mi vida, quienes siempre me motivaron para no desfallecer
en este sinuoso sendero, desde lejos les mando un beso
enorme.*

Agradecimiento

Agradezco a todos los pacientes que participaron en el estudio, gracias por el depósito de confianza y la apertura que permitieron para la recolección de la información para el trabajo investigativo.

A los médicos y las enfermeras que conforman el equipo de atención en la consulta de los pacientes que conviven con el VIH, sin su ayuda no hubiera sido posible culminar este estudio.

A D. E. C. P, una persona especial que siempre tuvo la paciencia y la disposición abnegada para ayudarme en todo el desarrollo del estudio.

Al Dr. Javier Dinarte por su paciencia y ayuda inmensurable para el desarrollo del trabajo investigativo.

Indice

Resumen.....	1
Dedicatoria.....	2
Agradecimientos.....	3
Introducción.....	5
Antecedentes.....	6
Justificación.....	10
Planteamiento del problema.....	11
Objetivos.....	12
Marco Teórico.....	13
Marco Metodológico.....	22
Análisis de resultados.....	34
Conclusiones.....	59
Recomendaciones.....	60
Bibliografía.....	61
Anexos.....	64

Factores asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes que conviven con el virus VIH-SIDA atendidos en la consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo comprendido Enero-Febrero del año 2020

Con la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TAR) se ha reducido significativamente las tasas de mortalidad y morbilidad asociadas a la infección por VIH y al SIDA, convirtiendo a esta infección en una enfermedad crónica tratable y ya no una enfermedad terminal. A pesar que el TAR mejora la respuesta clínica, inmunológica y viral del paciente, es sumamente necesario mantener un gran nivel de adherencia a la terapia prescrita, ya que de no mantenerla se produciría un incremento de la actividad viral y con ello se podría desarrollar rápidamente resistencia a los fármacos. Por lo tanto, la adherencia cumple un papel clave en garantizar la efectividad de los fármacos, habiéndose demostrado que una incorrecta adherencia se relaciona con el aumento de los ingresos hospitalarios, la evolución a SIDA y también es la principal causa de fracaso terapéutico.

La adherencia al TAR se define como el grado de interacción entre los servicios de salud y el usuario que contribuya al cumplimiento del tratamiento y las indicaciones terapéuticas, lo que implica un papel activo por parte del paciente, con una actitud positiva y un compromiso del mismo en la decisión de iniciar y mantener el tratamiento antirretroviral. Hoy en día, debido a los problemas sanitarios y económicos, la falta de adherencia a los antirretrovirales es considerado un problema de salud pública, ya que no permite llegar a la efectividad clínica, lo que repercute en la evolución y el pronóstico del paciente. Con el trabajo se pretende valorar los factores asociados a la adherencia en los pacientes que se encuentran con tratamiento antirretrovirales, así como el estado inmunológico y el nivel de adherencia al mismo.

Antecedentes

La baja adherencia a los tratamientos antirretrovirales ha sido motivo de preocupación para la comunidad científica internacional, razón por la cual se ha aumentado el interés investigativo acerca de los factores relacionados con ésta. Destacando dentro de los múltiples estudios realizados acerca de la adherencia al TAR, se encuentra el estudio realizado por Ana Josefina Hernández y cols., realizado en el 2013 en tres instituciones en Tamaulipas, México, donde se observó una alta adherencia al tratamiento (90.3%) y demostró que uno de los principales factores a la no adherencia fue la aparición de las reacciones adversas medicamentosas. De los 62 pacientes estudiados 72.6% eran del género masculino, con edad media de 36.5 años. La escolaridad que predominó fue nivel secundaria con 37.1%, el tiempo de diagnóstico de infección con mayor frecuencia fue entre 1 y 5 años que corresponde al 61.3% y tiempo de recibir tratamiento antirretroviral con mayor frecuencia entre 1 y 5 años con un 75.8%. Quienes no tuvieron adhesión al tratamiento reportaron que fue debido a los efectos secundarios demasiado molestos, un 50% y por voluntad o decisión propia, un 66.7%. Sin embargo, refirieron que la falta de confianza en el beneficio del tratamiento y la dificultad con los horarios de consumo no influyen en la falta de adhesión.

Sin embargo, esto difiere con los resultados obtenidos en un estudio descriptivo realizado por Varela Arévalo, en el 2015, realizado en Cali, Colombia donde sólo el 37% de las personas son adherentes al tratamiento farmacológico. El análisis de los factores socio-demográficos relacionados con la adherencia, mostro que tienen menor oportunidad de estar adheridos los menores de 40 años. Estos resultados demostraron que es necesario realizar intervenciones que mejoren la adherencia farmacológica para contribuir al control de la infección, y que éstas deben implementarse en todas las personas diagnosticadas, con especial énfasis en la población joven.

En Chile, Velmar y cols, realizaron un estudio con enfoque sociocultural acerca de la adherencia al tratamiento en 2017 en la población femenina. La mediana de edad de las participantes fue de 36 años. Cerca de 50% tenía pareja. El 35% terminó estudios secundarios y 21% tenía educación universitaria. La principal actividad reportada fue ama de casa (35,7%). El estudio mostró que la adherencia en mujeres es un proceso que resulta de la interacción de diversos factores sociales y propios de los pacientes. De acuerdo a los resultados de este estudio, la experiencia de género resulta central para comprender cómo las mujeres significan y enfrentan el diagnóstico de infección por VIH y, si bien esta experiencia es vivenciada de diferentes maneras en función del peso de las demás relaciones sociales, resulta una variable determinante para la adherencia.

En Nicaragua se ha realizado múltiples investigaciones en relación a los factores a la no adherencia, siendo uno de principal relevancia para nuestro estudio un estudio realizado por Bautista y Peralta H. en el año 2013, en el Hospital Antonio Lenin Fonseca de Managua, donde se estudiaron 120 pacientes, obteniendo 76 pacientes valorables en los cuales se encontró un 31.6% en falla virológica. La falta de adherencia al TAR representó un riesgo de falla virológica 5 veces mayor en relación a los que son adherentes. Las demás variables, como baja escolaridad, empleo informal, pertenecer al sexo femenino y manejo con esquemas de TAR no simplificados no representaron un riesgo de falla virológica. La principal causa de falla virológica y de resistencia encontrada fue la falta de adherencia al tratamiento.

Igualmente se encuentra el estudio realizado por la Lic. Aura Estela Cano en el Hospital Oscar Danilo Rosales de León, en el 2013, donde se determina los factores asociados a la no adherencia al tratamiento de los pacientes que asistían a la consulta externa de VIH, en el cual 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.

Otro estudio posterior realizado por José Santos Membreño en el año 2016 en el Hospital Antonio Lenin Fonseca de Managua, se planteó la hipótesis que los factores asociados al paciente tenían asociación de riesgo con la no adherencia y se diseñó un estudio de tipo analítico, de cohortes retrospectivas, transversal. Se dividió la muestra (172) en dos cohortes (adherente y no adherente) encontrando inicialmente un 81% de adherencia. Para encontrar si existía asociación de riesgo entre los diferentes factores del paciente, del esquema terapéutico e institucionales, con la no adherencia, se utilizó la medición del riesgo relativo, intervalo de confianza y valor de p, encontrando asociación estadísticamente significativa en factores como: sexo masculino, baja escolaridad, desempleo, procedencia rural, soltería, el consumo de alcohol y/o drogas, tener un trastorno psicológico, el conteo de células CD4 menor de 350, y la carga viral detectable. En los relacionados a la terapia, el tener esquemas que cuenten con más de una píldora, y en los relacionados con la atención, la percepción de un mal trato por parte del personal asistencial, el no contar con adecuada infraestructura para la atención y el que no haya accesibilidad a la unidad y los servicios. Según factores familiares el tener apoyo familiar, que la familia acepte el diagnóstico, ser acompañado por algún familiar a recibir la terapia, sentirse útil entre la familia y la familia como fuente de apoyo también resultaron factores protectores para abandonar la terapia antirretroviral.

En otro trabajo investigativo que se realiza por Emerson Dixon Altamirano, en el Hospital Lenin Fonseca, en 2018 un estudio para valorar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento donde se encontró un 86,4% de adherentes, en relación a los factores de no adherencia al tratamiento antirretroviral se encontró asociación estadística, y se rechaza la hipótesis nula de independencia de las variables en: sexo femenino, los hábitos tóxicos (fumar e ingerir licor), la no privacidad de la atención y no se encontró asociación estadística con la no adherencia y edad, estado civil. la escolaridad, el desempleo, la religión, la calidad de la atención médica, tomar ARV más de 1 año, Tomar más de dos tabletas de ARV, niveles de CD4 por menores de 350 células, carga viral mayor a 20 cp./ml

Justificación

La adherencia al tratamiento antirretroviral constituye un punto crítico necesario para conseguir las metas establecidas en la infección por VIH y de esa manera garantizar resultados clínicos óptimos para el paciente. Se ha demostrado que los principales factores que influyen sobre la adherencia son el estado clínico funcional, la percepción del paciente sobre su propia enfermedad, la relación entre el paciente-personal de salud y el esquema terapéutico utilizado. El conocimiento de estos factores hace posible el diseño de estrategias de intervención que mejoren la adherencia a los tratamientos y de esa manera mejorar la calidad de vida y disminuir el abandono del TAR; así como también, proporciona las bases para la creación de medidas preventivas y de educación para el autocuidado, dirigido a mejorar la calidad de vida de los pacientes con VIH/SIDA.

Por ello el presente estudio, se plantea como utilidad práctica, conocer el comportamiento y factores asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA que puedan repercutir de forma positiva en la atención, así como también nos permite evaluar el estado de adherencia a nivel institucional; y en cuanto a la enfermedad, nos permite mejorar la evolución y pronóstico de la misma, y en consecuencia mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Planteamiento Del Problema

¿Cuáles son los factores asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes que conviven con el virus VIH-SIDA atendidos en la consulta externa del hospital alemán nicaragüense en el periodo comprendido enero-febrero del año 2020?

¿Cuáles son las características sociodemográficas, conocimiento, actitudes, administración y valoración de los médicos por parte de los pacientes que influyen en la adherencia a la terapia antirretroviral?

¿Cuál es el estado inmunológico de los pacientes en estudio según cifras de conteo de células CD4?

¿Cuál es el grado de adherencia a la terapia antirretroviral de los pacientes en estudio?

Objetivos

Objetivo General:

- Determinar los factores asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes que conviven con el VIH-SIDA atendidos en la consulta externa del hospital Alemán Nicaragüense en el periodo comprendido Enero-Febrero del año 2020.

Objetivos Específicos:

- Identificar las características sociodemográficas, conocimiento, actitudes, administración y valoración de los médicos por parte de los pacientes que influyen en la adherencia a la terapia antirretroviral.
- Conocer el estado inmunológico de los pacientes en estudio mediante las cifras de conteo de las células CD4.
- Determinar el grado de adherencia al tratamiento antirretroviral a través del cuestionario SMAQ.

Marco Teórico

Definición De Adherencia

Aunque no existe una definición universalmente aceptada, se propone la siguiente para los pacientes con infección por el VIH: “adherencia es la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del TAR que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral”. La adherencia a corto y largo plazo es el resultado de un proceso complejo que se desarrolla a través de diferentes etapas: la aceptación del diagnóstico, la percepción de la necesidad de realizar el tratamiento de forma correcta, la motivación para hacerlo, la disposición y el 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.

Factores Que Influyen En La Adherencia

En los últimos años se han publicado múltiples trabajos que estudian las variables predictoras de la adherencia. Sin embargo, existen muchas limitaciones que hacen difícil generalizar los resultados de los diferentes estudios: el método utilizado para medir la adherencia, los factores evaluados, la población estudiada y el diseño del estudio. Los factores estudiados se pueden clasificar en cuatro grandes grupos: los relacionados con el individuo, con la enfermedad, con el régimen terapéutico y con el equipo asistencial y el sistema sanitario.

Factores Relacionados Con El Individuo

En general, las características sociodemográficas no son buenos predictores del nivel de adherencia de un individuo. Sin embargo, algunos estudios han relacionado la adherencia con la edad, el sexo, la raza, el nivel cultural y la situación económica.

Otras características como disponer de domicilio fijo y soporte social se han relacionado claramente con una mejor adherencia. Los factores de carácter psicológico tienen un papel clave en el cumplimiento. La ansiedad, la depresión y el estrés dificultan la consecución de una adherencia adecuada. Dada la elevada prevalencia de estas enfermedades en los pacientes con infección por el VIH es necesario considerar la intervención psicológica y psiquiátrica como parte importante de la asistencia habitual. La adicción activa a drogas y/o alcohol también se ha identificado como factor de riesgo relacionado con el mal cumplimiento. Por último, las actitudes y creencias de los pacientes respecto a la medicación, la enfermedad y el equipo asistencial son factores indiscutibles a la hora de aceptar el tratamiento propuesto y realizarlo de forma correcta. La capacidad del paciente para entender la relación entre adherencia y resistencia a la medicación también ha mostrado predecir una mejor adherencia.

Factores Relacionados A La Enfermedad

La infección por el VIH puede cursar de forma asintomática o sintomática y la aceptación y adherencia al tratamiento pueden ser diferentes en cada una de estas fases. Pocos estudios en pacientes infectados por el VIH han tenido en cuenta estos factores. Los estudios que evalúan la relación entre el estadio CDC de la enfermedad y la adherencia han obtenido resultados contradictorios. En la mayoría no se ha encontrado asociación. Sin embargo, según los datos obtenidos por Gao y cols, los pacientes en estadio B o C presentan una mejor adherencia que los pacientes en estadio A, ya que asocian el mal cumplimiento con un mayor riesgo de complicaciones. Las percepciones del personal sanitario y de los pacientes ante una enfermedad en la que los conocimientos están en permanente cambio son importantes. Así, en los años 1990, al inicio de la monoterapia con zidovudina (AZT), las expectativas de los pacientes eran altas y la mayoría de estudios reflejaban un grado de adherencia de

alrededor del 60-80%. Pasados 2 o 3 años, el grado de aceptación y de adherencia bajó de forma considerable al 40 al 60% debido, en parte, a los continuos fracasos del TAR, con lo que las expectativas bajaron de manera considerable. Pero a partir de 1996, cuando aparecen los inhibidores de la proteasa (IP) y se inician los tratamientos con terapia combinada, los resultados se tornan optimistas y esperanzadores, las expectativas mejoran y el grado de confianza, aceptación y adherencia vuelve a recuperarse lentamente. Por este motivo, algunos pacientes que no eran cumplidores con la monoterapia pueden ser buenos cumplidores con las nuevas terapias más complejas.

Factores Relacionados Al Régimen Terapéutico

En numerosos estudios se ha demostrado que la adherencia al TAR disminuye cuando aumenta la complejidad de éste. La interferencia con los hábitos, bien en el horario de trabajo o en ciertos momentos englobados en el contexto de la vida social del paciente, motiva que algunos de ellos dejen de tomar la medicación o que lo hagan en un horario incorrecto. Otro factor que aumenta la complejidad del tratamiento son los requerimientos dietéticos. Determinados fármacos requieren una pauta muy estricta de dosificación porque su absorción se encuentra muy condicionada por la presencia o ausencia de alimentos en el momento de la toma. El estudio realizado por Nieuwkerk y cols. mostró que el porcentaje de pacientes no adherentes aumenta de forma considerable cuando en la definición de adherencia también se tienen en cuenta las consideraciones dietéticas.

La aparición de efectos adversos constituye un factor claramente relacionado con la adherencia. Un elevado porcentaje de pacientes abandona el tratamiento para evitar la sintomatología que les producen las reacciones adversas, independientemente de la relevancia clínica que puedan tener. Las alteraciones morfológicas son frecuentes

y pueden tener importantes repercusiones psicológicas que hagan disminuir la calidad de vida del paciente y la adherencia al TAR. Varios estudios han establecido una relación estadísticamente significativa entre la percepción del paciente.

Métodos Para Valorar La Adherencia

El método ideal de evaluación de la adherencia debería ser altamente sensible y específico, permitir una medida cuantitativa y continua, fiable, reproducible, aplicable en diferentes situaciones, además de ser rápido y económico. Los métodos para la valoración de la adherencia se clasifican en directos e indirectos.

Métodos Directos

Concentraciones Plasmáticas De Fármacos Antirretrovirales. Aunque se considera el método más objetivo, presenta muchas e importantes limitaciones. Si bien se han observado unos niveles de fármaco inferiores en los pacientes no adherentes y una buena correlación entre las concentraciones y los cuestionarios se han encontrado concentraciones plasmáticas consideradas adecuadas en un porcentaje importante del paciente con una baja adherencia autorreferida. En algunos estudios, considerando exclusivamente este método como criterio de adherencia, no se han encontrado diferencias significativas respecto al control virológico y en otros se ha encontrado una aceptable sensibilidad, pero una baja especificidad para identificar la respuesta virológica. Es importante también considerar que existen muchas variables intra e interindividuales que condicionan el comportamiento cinético de los fármacos antirretrovirales.

El establecimiento de un umbral estándar para clasificar a los pacientes como adherentes o no adherentes resulta cuestionable. Serían precisas varias determinaciones en cada paciente, estudios farmacocinéticos poblacionales y un

conocimiento preciso de aquellos factores que afectan al perfil cinético de cada uno de los fármacos o, al menos, a los grupos farmacológicos a los que pertenezcan. Si bien se están consiguiendo avances en estos campos, aún no es posible disponer de datos precisos fuera del ámbito de la investigación. Por último, cabe destacar que este método requiere unas técnicas analíticas caras y complejas, por lo que no es aplicable de rutina en la mayoría de nuestros hospitales. Sin embargo, según criterio clínico puede ser de utilidad en alguna situación individualizada.

Evolución Clínica Y Datos Analíticos. La evolución clínica y el resultado virológico e inmunológico no deberían considerarse métodos de estimación de la adherencia, sino más bien la consecuencia de ésta.

Métodos Indirectos

Valoración Del Profesional Sanitario. La valoración de la adherencia de forma directa y subjetiva por parte de los clínicos es muy frecuente. Sin embargo, las diferentes experiencias publicadas han demostrado que los profesionales sanitarios sobrestiman notablemente la adherencia de los pacientes cuando ésta se compara con otros métodos. El principal problema derivado de esta sobrestimación es que no se identifica a muchos pacientes no adherentes, perdiéndose así la oportunidad de intervenir sobre su conducta y pudiéndose tomar actitudes terapéuticas con un elevado grado de empirismo.

Sistemas De Control Electrónico. Los sistemas de control electrónico de apertura de los envases (tipo MEMS o EDEM) son dispositivos a modo de tapa que contienen un microprocesador que registra la hora y día en que se ha abierto el envase. Esos datos son procesados posteriormente. Por el momento son el método más objetivo y fiable, teniendo una alta correlación con la efectividad del tratamiento. De esta

forma, han servido como referencia en algunas publicaciones para establecer la validez de otros métodos. No obstante, la utilidad de los MEMS se ha cuestionado, y no sólo por su elevado coste económico. Estos dispositivos sólo son aplicables a determinados envases, exigen una disposición favorable del paciente, pueden ser manipulados y, en un sentido estricto, la apertura del envase no implica necesariamente la toma de la medicación, ni puede excluirse la toma a pesar de no quedar registrada en el dispositivo. En cualquier caso, el hecho mismo de aceptar el dispositivo y la presencia continua de un sistema de registro, que supone de hecho una intervención, deben ser considerados como un posible sesgo a la hora de valorar la adherencia.

Recuento De Medicación. Este método indirecto consiste en calcular la adherencia según la fórmula siguiente:

$$\% \text{ adherencia} = x \cdot 100$$

Se ha utilizado con éxito en otras enfermedades crónicas debido a sus ventajas: es poco costoso, permite una medida cuantitativa, es objetivo y relativamente poco sofisticado. No obstante, cuando este método se ha aplicado al cálculo de la adherencia al TAR se han puesto de manifiesto una serie de limitaciones que dificultan su aplicación sistemática. En cualquier caso, aportar la medicación es molesto y aparatoso para el paciente, y recontarla resulta complejo para los profesionales sanitarios, por requerir tiempo y personal. Además, esta medida es fácilmente manipulable y más cuando se solicita a los pacientes que colaboren aportando la medicación sobrante para proceder a su recuento o se realizan recuentos por sorpresa. Aunque el recuento de medicación produce una sobrestimación de la adherencia cuando se ha comparado con el sistema MEMS o incluso combinándolo con los registros del servicio de farmacia, es un método que por sus características se ha usado frecuentemente como patrón.

Registro De Dispensación. Es un método indirecto que parte de la asunción de que un paciente no puede tomar la medicación que no le es dispensada y que toma de forma adecuada aquella que se le dispensa. Se ha visto una buena correlación con los resultados virológicos y aceptable especificidad y sensibilidad. Exige que la dispensación se realice de forma centralizada. Sus principales limitaciones son que la dispensación de la medicación no es sinónimo de cumplimiento correcto, y, por otra parte, que la movilidad de los pacientes y el compartir medicación con sus allegados puede inducir sesgos en la valoración.

Cuestionarios. El procedimiento consiste en solicitar al paciente que conteste unas preguntas previamente definidas para, en función de sus respuestas, poder valorar el grado de adherencia. Es un sistema que requiere pocos recursos, asequible y adaptable a las características de cada centro. Las principales limitaciones derivan justamente de esa aparente sencillez del método. La subjetividad es inherente a los propios cuestionarios y aunque se ha demostrado una correlación entre la adherencia autorreferida y la efectividad antirretroviral también se ha puesto de manifiesto su relativa baja sensibilidad, muy variable según los estudios, al compararlo con métodos más objetivos y una especificidad aceptable. Por otro lado, casi puede afirmarse que hay tantos cuestionarios como estudios de investigación publicados. En la inmensa mayoría no han sido validados, lo cual, unido a esa notable heterogeneidad provoca que se deba ser extremadamente prudente a la hora de comparar resultados de estudios de diferentes poblaciones y con diferentes métodos. Esto ha sido claramente puesto de manifiesto al aplicar a la misma población diferentes cuestionarios, obteniendo resultados absolutamente dispares. Uno de los métodos validados es el cuestionario SMAQ el cual fue creado que de forma de muy bajo costo y simplificado, pero con alta sensibilidad se pueda valorar la adherencia al tratamiento. Fue basado en

la escala de Morisky por un grupo de investigadores. Las ventajas son que es económico, de fácil aplicación y puede determinar de forma semicuantitativa el grado de adherencia. Las desventajas descritas de este cuestionario, son que tiende a sobrestimar el cumplimiento y también bajo valor predictivo negativo. Sin embargo, se ha seguido utilizando a lo largo de los años.

Combinaciones De Métodos

En líneas generales, los cuestionarios, los recuentos de medicación y los registros de dispensación de farmacia, proporcionan valores sobrestimados de adherencia. Probablemente los sistemas tipo MEMS proporcionan valores infraestimados de adherencia. Si bien se ha avanzado de forma notable en la caracterización de la especificidad y sensibilidad de los distintos métodos, en su validación y en el análisis de sus limitaciones y relaciones entre sí, continúa estando vigente la recomendación de combinar varios de ellos para obtener información de la situación real con la mayor exactitud posible.

La identificación temprana de una mala adherencia terapéutica ayudará a prevenir cambios innecesarios de tratamiento. Es crucial poder distinguir entre mal cumplimiento o falta de respuesta intrínseca a los medicamentos. Las estrategias de intervención se pueden resumir en tres tipos. El primero implica la aceptación, por parte del profesional de la salud, de la existencia e importancia del incumplimiento terapéutico. El segundo tipo de estrategia debe ir dirigido al paciente y se centra en la comunicación y el apoyo psicosocial. El tercero se centra en la educación y motivación del propio equipo de salud. Cada centro hospitalario debe adaptarse a su realidad asistencial según el número de pacientes que atiende, recursos de personal y servicios de apoyo. En principio, el equipo asistencial consta de tres núcleos básicos: el médico que realiza la prescripción, el farmacéutico que realiza la dispensación de los fármacos,

y el soporte a la atención del paciente, formado por enfermería y, en los centros en que sea posible, psicólogos y psiquiatras. La coordinación con la atención primaria, los servicios sociales y las organizaciones no gubernamentales debería ser un objeto deseable en la atención global con el paciente con VIH.

Marco Metodológico:

Tipo De Estudio: Descriptivo, observacional, transversal.

Lugar De Estudio: Consultorio de Epidemiología ubicada en la consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense

Universo: Lo constituyen 830 pacientes atendidos en el programa de Epidemiología del hospital Alemán Nicaragüense.

Muestra: Corresponde a 163 pacientes atendidos en el programa de Epidemiología

La muestra se calculó según la siguiente formula estadística:

$$n = NZ^2pq/d^2(N-1) + Z^2pq$$

n= Es el tamaño de la muestra

N= Es el tamaño de la población que se estudiará.

Z= Desviación en relación a una distribución normal estándar, cuyo valor es de 1.96 que corresponde a un nivel de confianza de 95%

P= Proporción de la población en estudio (10%)

D= Grado de precisión deseado (0.02)

q= 1-p

Tipo De Muestreo: Es un tipo probabilístico aleatorio.

Unidad De Análisis: Pacientes que asisten a la consulta externa.

Criterios De Selección

Criterios De Inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años.
- Paciente que desee participar en el estudio
- Que firme consentimiento informado.

Criterios De Exclusión:

- Pacientes menores de 18 años
- Pacientes que declinan su participación en el estudio

Plan De Tabulación

Se utilizó el programa estadístico de SSPS para la realización de gráficos y tablas cuyos resultados son dados en frecuencia y porcentajes.

Plan De Análisis

Características De Los Pacientes

- **Características Sociodemográficas.**
- **Hábitos Tóxicos.**
- **Comorbilidades Psiquiátricas.**
- **Comorbilidades Crónicas.**
- **Forma De Administración Del TAR.**
- **Presencia De RAM.**
- **Conocimientos De La TAR.**
- **Actitud Ante A La Adherencia Al TAR.**
- **Valoración Del Medico Por Parte Del Paciente.**

Estado Inmunológico De Los Pacientes

Nivel De Adherencia Al TAR

Obtención De La Información

Fuentes

La fuente de información es primaria porque se realizó la entrevista directamente en los pacientes que asistan a la consultan del programa de VIH del Hospital Alemán Nicaragüense.

Técnicas De Obtención De La Información

Entrevista preestablecida por el investigador.

Instrumentos de obtención de la información.

Se aplicó una entrevista con previa validación del instrumento y se realizó una prueba piloto con el 10% de la muestra el cual fueron incluidos en el estudio, la entrevista está constituida con preguntas abiertas y cerradas, así como de selección múltiple al total de pacientes de la muestra.

Las preguntas serán dirigidas para obtener las características del paciente, estado inmunológico, prevalencia y grado de adherencia al TAR.

Para evaluar las características del paciente, se preguntó acerca de las características sociodemográficas, hábitos tóxicos, conocimientos, actitudes, y calidad de vida que presentan los pacientes.

La evaluación de las actitudes se realizó a través de la escala de Likert modificado por el investigador donde se abordaron aspectos conductuales. Las preguntas fueron en forma de proposición las cuales la respuesta fue de carácter dicotómico obteniendo una puntuación con respecto a la respuesta correcta a dicha proposición y al final se obtendrán una puntuación final con los 10 items precodificados, con una máxima puntuación de 10 puntos.

Posteriormente se calificó de la siguiente forma:

Favorables para la adherencia: 8 a más.

Desfavorables para la adherencia: 8 o menos.

El estado inmunológico se clasificará según la cantidad de células CD4 del último examen rutinario de células de CD4 que los participantes se han realizado tomando en cuenta la clasificación de la CDC, donde se clasifican en tres categorías 1, 2, y 3. Se solicitará el código del paciente para extraer de la base de datos proporcionada por el equipo de Epidemiología, el resultado del último examen realizado al paciente.

El grado de adherencia se valoró de acuerdo al cuestionario SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire) validado internacionalmente para valorar de forma dicotómica la adherencia y la no adherencia y de forma semicuantitativa según la respuesta de la quinta pregunta del cuestionario el grado de adherencia manifestado en porcentajes.

A: 95-100% adhesión. B: 85-94%. C: 65-84%. D: 30-64%. E: < 30%.

Aspectos Éticos

Se le solicitara al responsable inmediato a cargo de la consulta la autorización para la aplicación del instrumento explicándole los objetivos del presente estudio. Posteriormente se le solicitara a los encuestados la entrevista y el llenado del instrumento, aseverando su anonimato y confidencialidad de sus respuestas, previo a la firma de un consentimiento informado donde se explica con detalles los propósitos del estudio. El o la paciente, podrán elegir participar de forma anónima y voluntaria y no se obligará su participación.

Operacionalización de las variables

Objetivos	Variable	Tipo de variable	Definición operacional	Indicador	Valor
Objetivo 1	Sexo	Nominal	Apariencia fenotípica que diferencia al hombre de la mujer.	Femenino Masculino	Femenino Masculino
	Edad	Discreta	Periodo cronológico desde su nacimiento hasta la fecha de entrevista del usuario	Edad	18 a 25 años 26 a 30 años 30 a 35 años Mayor de 36 años
	Escolaridad	Nominal	Nivel de conocimiento académico hasta el momento de la entrevista	Nivel de escolaridad	Analfabeto-a Primaria Secundaria Universitario Maestría Doctorado
	Estado civil	Nominal	Relación conyugal del usuario al momento de la entrevista	Condición de pareja	Soltero-a Casado-a Acompañado-a Divorciado-a
	Ocupación	Nominal	Desempeño productivo remunerado o no establecido por un orden social	Empleo o desempleo	Empleo Desempleo Estudia

	Religión	Nominal	Afiliación de grupos sobre de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano	Religión donde profesa su creencia	Católico-a Evangélico-a Ninguna Otra
	Etnia	Nominal	Comunidad humana definida por afinidades sociales, lingüísticas y culturales	Tipo de etnia	Mestizo Miskito Mayangna Otra
	Vivienda	Nominal	Tipo de tenencia de la vivienda	Tipo de vivienda	Propia Alquilada Ninguna
	Hacinamiento	Continua	Estado de cosas que se caracteriza por el amontonamiento o acumulación de individuos en un mismo lugar, el cual no se halla físicamente preparado para albergarlos.	Máxima cantidad de personas albergadas en una vivienda.	Si (Si viven más de cinco personas) No (Si viven menos de cinco personas)

	Nivel socioeconómico	Continua	Medida económica y sociológica que combina la preparación laboral de una persona, de la posición económica y social en relación a otras personas.	Grado de utilización del ingreso económico global para la adquisición de los alimentos	Alto (Si usa 10% de sus ingresos para compra de alimentos) Medio (Si utiliza del 11 al 30% de sus ingresos para la compra de alimentos) Bajo (Si utiliza el 30% de sus ingresos para la compra de alimentos)
	Consumo de alcohol	Nominal	Implica el hecho de administrar bebidas alcohólicas para ocio y relajación.	Consumo alcohol	Si No
Objetivo 1	Consumo de tabaco	Nominal	Implica el uso de tabaco con fines recreativos, ocio y relajación	Consumo de tabaco rutinario	Si No
	Uso de cannabis	Nominales	Uso de cannabis	Uso de cannabis actualmente	Si No
	Ansiedad	Nominal	Problema de salud mental que se manifiesta por crisis de ansiedad, acompañado de	Presencia de episodios de ansiedad o ataque de pánico	Si (Si ha experimentado crisis de pánico o ansiedad)

			nerviosismo, pánico y preocupación		No (Si no ha experimentado crisis de ansiedad o pánico)
	Depresión	Nominal	Trastorno del estado de ánimo caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad	Presencia o no de diagnóstico, manejo y antecedente de depresión por parte de un experto correspondiente	Si (Ha sido diagnosticado y tratado por depresión) No (No ha sido diagnosticado o tratado por depresión)
	Comorbilidades psiquiátricas	Nominal	Cualquier tipo de trastorno psiquiátrico ya diagnosticado por experto correspondientes	Presencia o no de diagnóstico de cualquier trastorno psiquiátrico	Si (Si ha presentado diagnóstico de alguna enfermedad psiquiátrica) No (Si no ha presentado diagnóstico de enfermedad psiquiátrica)
	Presencia de enfermedad crónica	Nominal	Enfermedades de larga duración y de progresión lenta	Presencia de enfermedad crónica	Si No

Objetivo 1	Tipo de enfermedad crónica	Nominal	Tipo de enfermedad crónica presente en el individuo	Tipo de enfermedad crónica	Diabetes mellitus HTA Cardiopatía Nefropatía Neumopatía Otra
	Discriminación	Nominal	Trato desigual a una persona o colectividad por motivos raciales, religiosos, políticos, de sexo, de edad, de condición física o mental	Discriminación por su enfermedad	Si No
	Cantidad de medicamentos TAR tomados al día	Discreta	Numero de tabletas TAR tomadas al día	Numero de fármacos de TAR a tomar en el día.	Una tableta Más de una tableta
	Frecuencia de toma de medicamentos TAR en el día	Discreta	Número de veces de toma de TAR durante el día	Frecuencia de toma de medicamento al día	Una vez al día Dos veces al día Más de dos veces al día
	Tipo de TAR administrado	Nominal	Tipo de fármaco TAR según clasificación por mecanismo de acción	Tipo de TAR que toma	Atripla Lopinavir/ritonavir Nevirapina

Objetivo 1					Otros
	Reacciones adversas medicamentosas	Nominal	Respuesta a un medicamento que sea nociva y no intencionada, y que tenga lugar a dosis que se apliquen normalmente en el ser humano	Presencia o no de Reacciones adversas medicamentosas	Si No
	Tipo de RAM	Nominal	Tipo de RAM ocasionado en el organismo según el órgano afectado	Tipo de RAM	Alteraciones hepáticas Reacciones dermatológicas Alteraciones mentales Alteraciones gastrointestinales Otra
	Rechazo del TAR	Nominal	Rechazo del TAR cuando el individuo considera que no debe utilizarlo	Considera que cuando está bien no necesita tomar las medicina	Si No
		Nominal	Rechazo del TAR por parte del individuo se siente peor utilizándolo	El TAR le impide estar bien y hacer sus cosas diarias	Si No

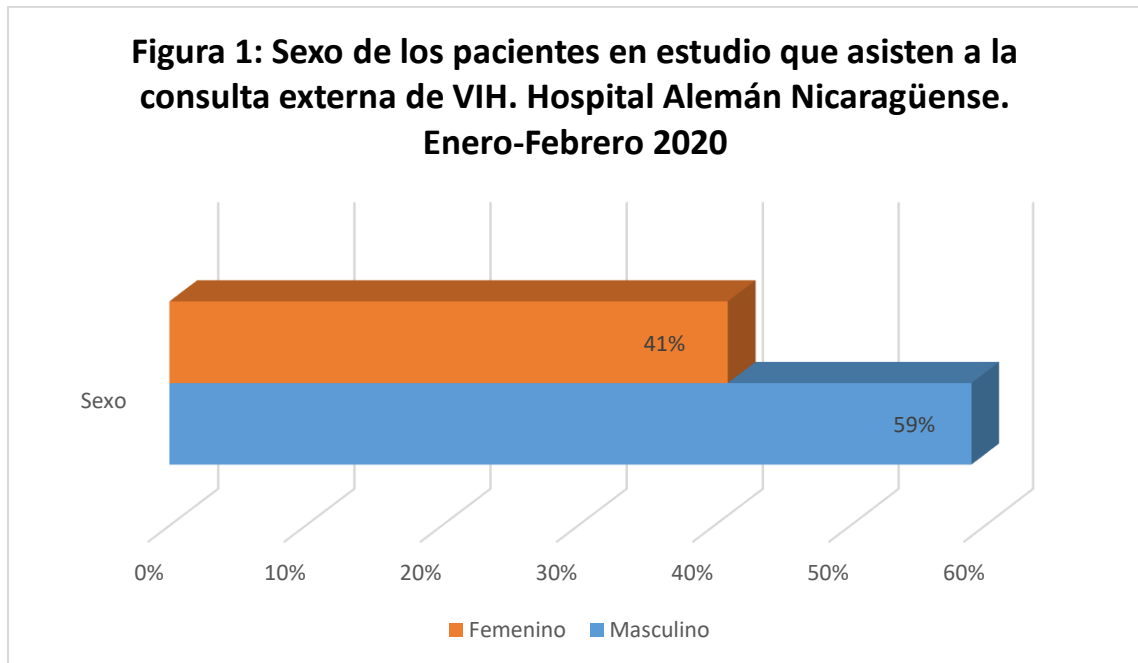
Dificultad para tomar el TAR	Nominal	Dificultad para la administración de la TAR diaria	Tienen dificultad para tomar todos los días su tratamiento	Si No A veces
Ayuda para tomar la TAR	Nominal	Necesidad de terceros para la administración correcta de la TAR	Necesitan que le ayuden para tomar diario el tratamiento	Si No A veces
Acceso a la información de TAR por parte del medico	Nominal	Acceso a la información teórica de la TAR por parte del médico asistencial	El médico le ha dado una explicación de la TAR	Si No
Relación médico-paciente	Nominal	Relación que constituye la base para la asistencia médica	Se siente cómodo y conforme con su medico	Si No
	Nominal	Prejuicio o estigmatización por parte del personal médico al paciente	Ha sentido algún prejuicio por parte de médicos	Si No
Mejoría con la TAR	Nominal	Sensación subjetiva de restablecimiento y alivio de la enfermedad subyacente	Ha sentido mejoría con el uso del TAR	Si No

Objetivo 1	Actitud ante las TAR	Nominal	Evaluación general, positiva o negativa, basada en creencias, sentimientos y tendencias a la reacción	Favorables Desfavorables	9 o 10 ítems contestados adecuadamente Menos o igual de 8 ítems contestados adecuadamente
Objetivo 2	Estado inmunológico	C ontinua	Categorías propuestas por la CDC tomando en cuenta el número de CD4 existentes en el paciente	Valores de CD4 según las categorías propuestas por la CDC	Categoría 1: Mayor de 500 cel. por ml ³ Categoría 2: Entre 200 y 499 cel. por ml ³ Categoría 3: Menor de 200 cel. por ml ³
Objetivo 3	Adherencia	Nominal	Proporción de paciente que no presentan una adherencia al TAR	Existencia de adherencia y no adherencia según cuestionario SMAQ	No adherente (Cualquier respuesta del cuestionario SMAQ en sentido no adherente) Adherente (Respuestas adecuadas al cuestionario SMAQ)
	Grado de adherencia		Nivel de adherencia de los pacientes expresado en forma semicuantitativa	Porcentaje de adhesión en base a la respuesta de la	A: 95-100% B: 85-94% C: 65-84% D: 30-64%

				pregunta cinco del cuestionario SMAQ	E:< 30%
--	--	--	--	--------------------------------------------	---------

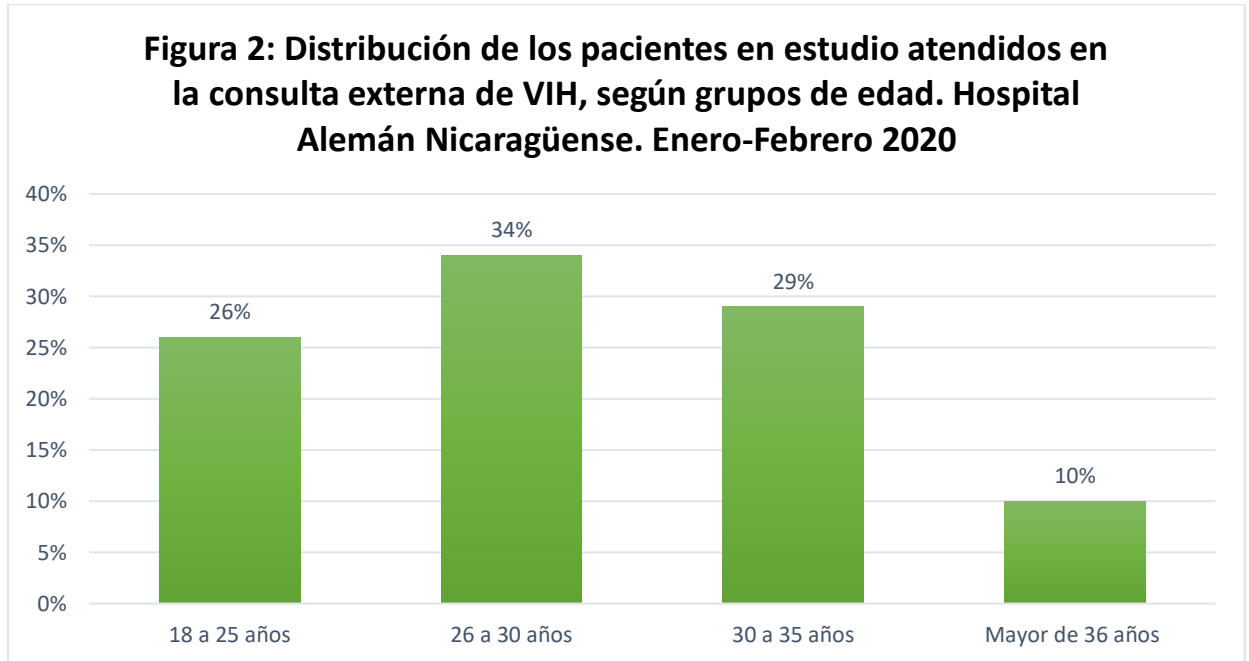
Análisis de Resultados

Se realizó estudio de factores asociados a la adherencia al TAR en los pacientes de la consulta externa encontrándose los siguientes resultados relevantes:



Fuente: Tabla 1

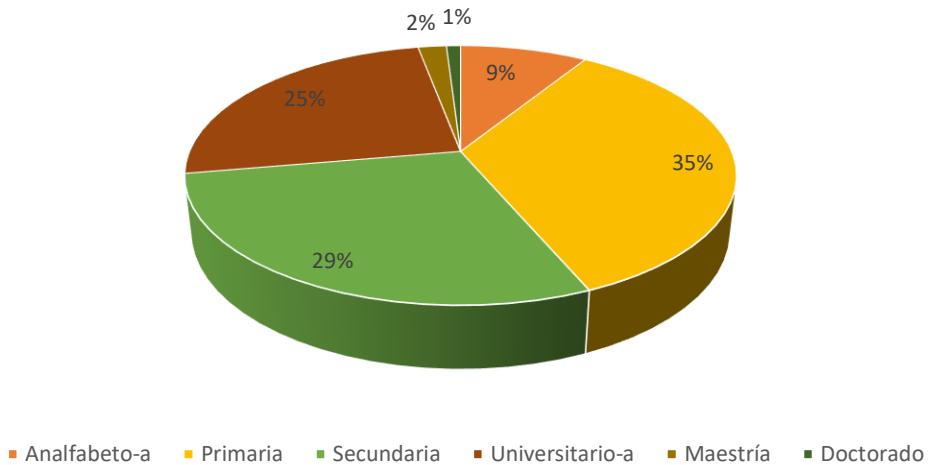
De los pacientes que realizaron el llenado de la encuesta el sexo masculino fue el de mayor predominio con un 59% más que el femenino, que fue de 41% (Figura 1). Esto se asemeja con la prevalencia mayor que hubo en el estudio de Ana Josefina Hernández, el cual presentaba el sexo masculino como en mayor frecuencia. Esto podría deberse a que, en Nicaragua, la prevalencia de los pacientes diagnosticados con VIH, son en su mayoría del sexo masculino.



Fuente: Tabla 1

El grupo de edad más relevante fueron las edades comprendidas entre 26 a 30 años, con un 34%, seguido por un 29% las edades entre 30 a 35 años, y con una menor proporción los pacientes con edades entre 18 a 25 años y los mayores de 36 años con un porcentaje de 26% y 10%, respectivamente (Figura 2). Siempre en la comparación con el estudio realizado por Ana Josefina en Tamaulipas, el cual la media de edad fue de 36.5 años, lo cual contrasta con los hallazgos en nuestro estudio, probablemente se puede atribuir a que en Nicaragua la población es relativamente más joven y también que según estadísticas los jóvenes adultos son los más afectados por el VIH.

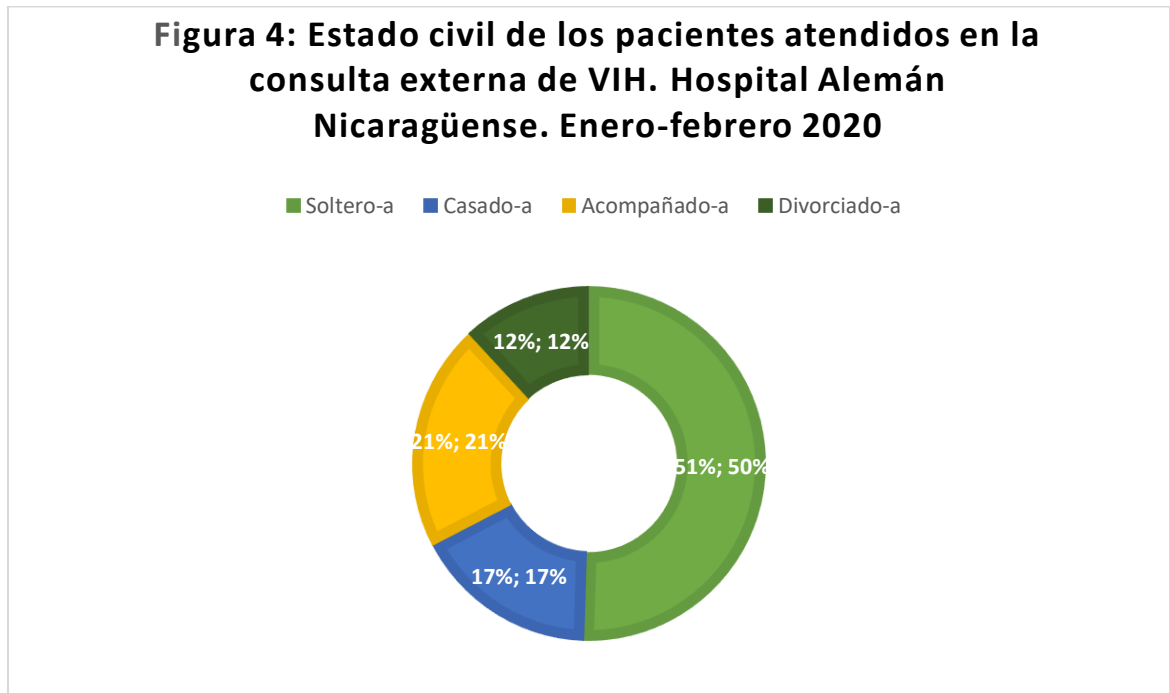
Figura 3: Escolaridad de los pacientes de la consulta externa atendidos en la consulta de VIH. Hospital Alemán Nicaragüense. Enero-Febrero 2020



Fuente: Tabla 1

La escolaridad alcanzada por la mayoría de los pacientes fue la primaria terminada con un 35% de la muestra, seguido con un 29% con secundaria completa, un 25% completaron enseñanza universitaria y solo un dos por ciento de la muestra culminaron maestría y doctorado (Figura 3). Si observamos esta frecuencia, valoramos que la escolaridad baja puede estar ligado a una baja adherencia por lo que se asemeja a lo encontrado en el trabajo investigativo por José Santos Membreño, donde se evidencio con significancia estadística la asociación de riesgo de este factor a una no adherencia en el grupo de los casos. Los resultados difieren con el estudio realizado en HEALF-Managua en el año 2016 por Tercero Guerrero donde la escolaridad baja se encontró como un factor asociado a la mala adherencia. Tradicionalmente se ha manejado en diferentes literaturas que una baja escolaridad está relacionada con la mala adherencia por la falta de comprensión adecuada de las indicaciones médicas por lo que deberá continuarse estudiando este factor, puede explicarse la falta de

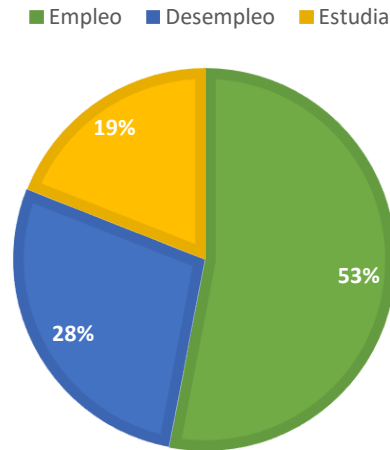
asociación, porque en ambos grupos predominan los de alta escolaridad y la mayor parte de los pacientes son adherentes.



Fuente: Tabla 1

La mayoría su estado civil es soltero con un 51%, seguido de un 21% que estaba acompañado, casado un 17% y divorciado 12% de los participantes del estudio (Figura 4). Siendo uno de los principales factores asociados a una baja adherencia encontrados en la investigación de Membreño en el Hospital Lenin Fonseca en 2016. En diferentes series estos resultados son variables, un estudio realizado en Cali Colombia en el año 2015 y otro nacional por Membreño, Torres en el año 2017 señalan que un individuo que se encuentra soltero, tiene 2 veces más probabilidad de ser no adherente.

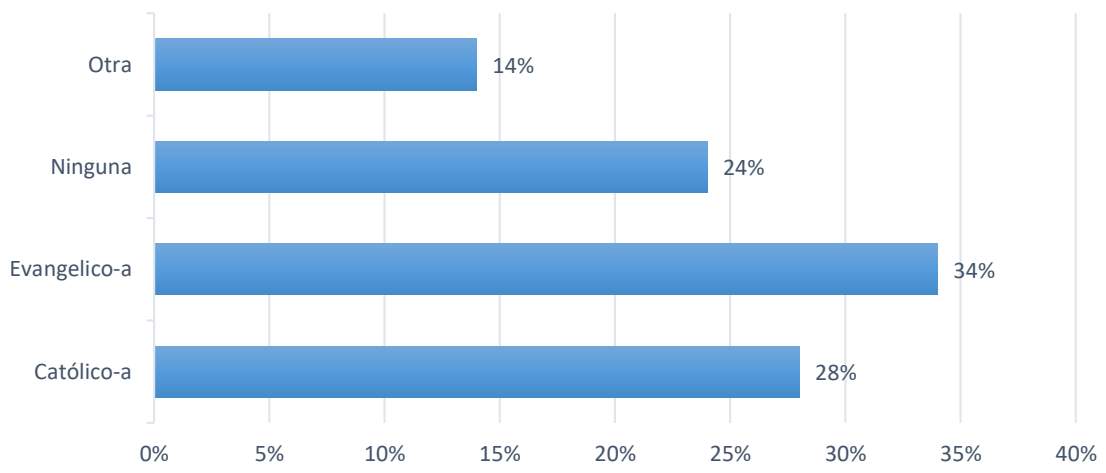
Figura 5: Ocupación de los pacientes que asisten en la consulta externa de VIH. Hospital Alemán Nicaragüense. Enero-febrero 2020



Fuente: Tabla 1

El 53% estaban empleados en ese momento, un 28% no tenían trabajo en ese momento y solo el 19% estudiaba (Figura 5). El desempleo tiene una fuerte asociación de riesgo relativo a una baja adherencia al TAR, por el ingreso económico limitada que podría causar en el individuo, según los estudios mencionados anteriormente. Esto difiere de un estudio realizado en HEALF-Managua por Membreño, Torres en el año

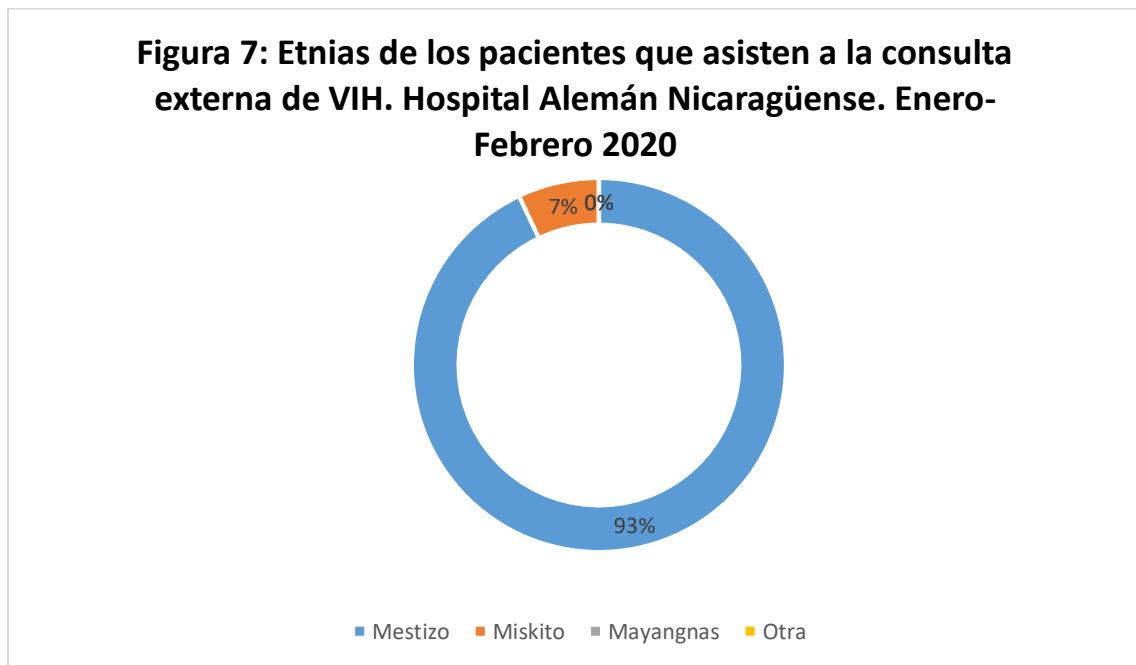
Figura 6: Religión de los pacientes que asisten a la consulta externa de VIH. Hospital Alemán Nicaragüense. Enero-Febrero 2020



Fuente: Tabla 2

2017 que evidencio que los pacientes que no tengan empleo tiene una probabilidad de 19.32 veces más de ser no adherentes.

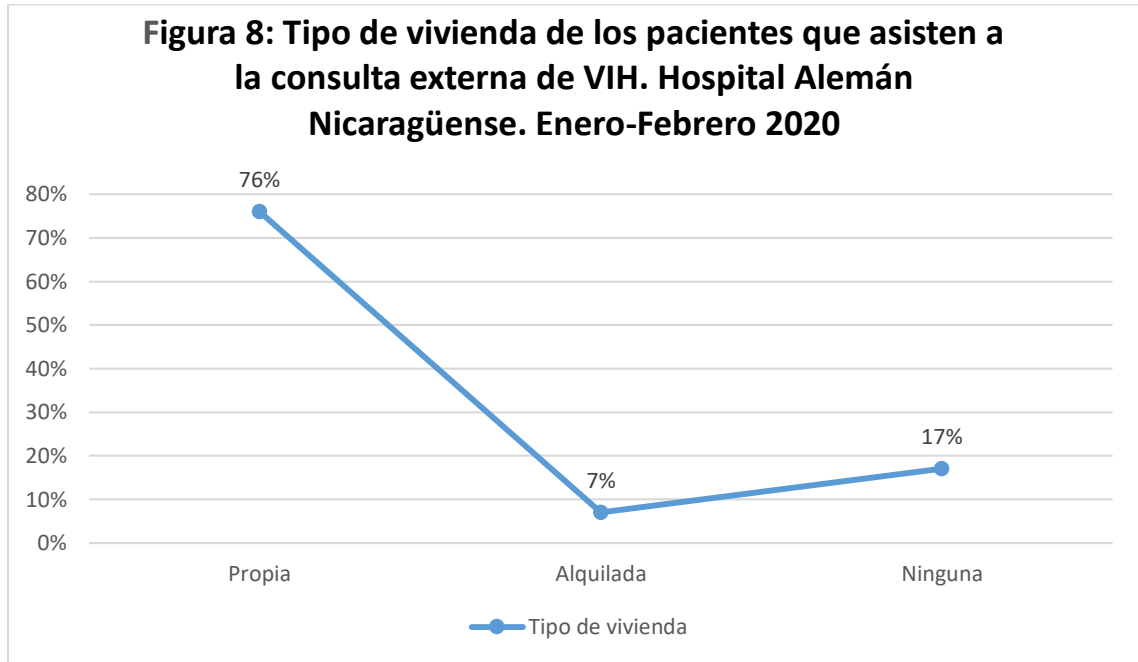
La mayoría de los pacientes se consideraban como evangélicos con un 34%, seguido con un 28% quienes son seguidores de la religión católica, 24% no profesaba ninguno religión y por ultimo profesaba otras religiones como la iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días y los Testigos de Jehová (Figura 6). En la literatura consultada no hay evidencia de la relación entre la adherencia y el tipo de religión que profesan los pacientes.



Fuente: Tabla 2

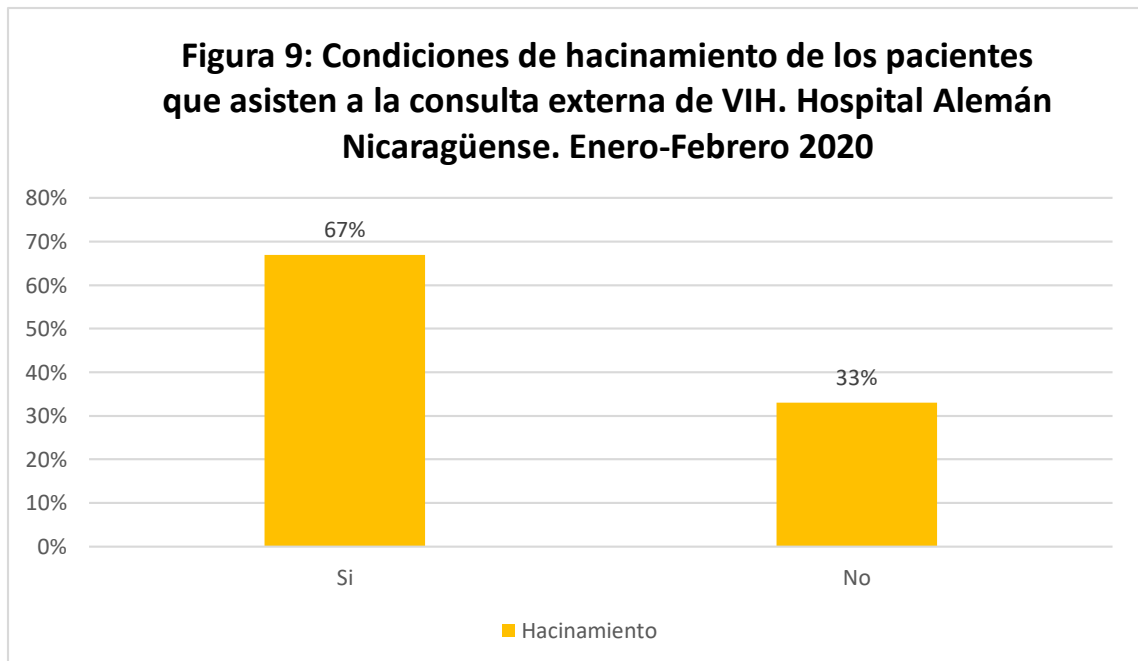
La etnia predominante fue la mestiza con un 93%, seguido del 7% que se declaran dentro de la etnia miskita y 0% para otras etnias que se encuentran en el país (Figura 7). Esto representaría y correlaciona con la etnia que se encuentra en el occidente del país, ya que la etnia miskita se encuentra en menor densidad y representa

la emigración de la zona de las regiones de la Costa Caribe de Nicaragua hacia Managua.



Fuente: Tabla 2

Dentro de las condiciones de habitación, los pacientes habitan en casas propias en un 76%, el 7% residen en viviendas alquiladas y 17% en ninguna de las dos

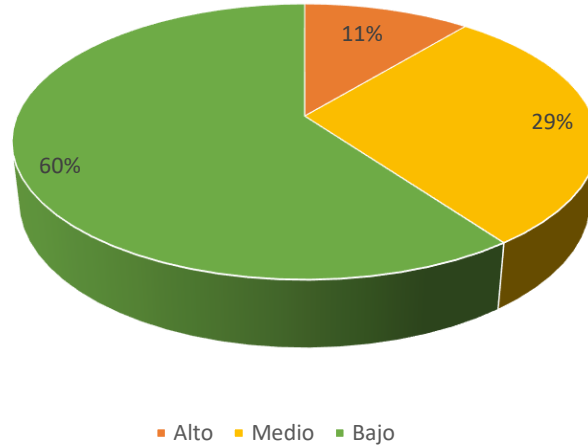


Fuente: Tabla 2

opciones siendo las principales proposiciones que vivían con familiares que les brindaban alojamiento (Figura 8).

En los estudios realizados en el país, se demostró que los pacientes que residían en viviendas propias eran más propensos a presentar una buena adherencia al tratamiento, probablemente esto se deba a que la adherencia aumenta cuando el paciente no presenta problemas habitacionales o de indigencia, esto adicionando al abandono social que es un factor directamente proporcional a la baja adherencia, ya esto demostrado en las literaturas consultadas. Sin embargo, a pesar de que se encontró que la mayoría de los pacientes tienen viviendas propias, también se encontró que el 67% de la muestra presenta problemas de hacinamiento, siendo esto definido como un número de personas mayor de 5 que habitan en la misma vivienda, a pesar de este hallazgo en nuestro estudio (Figura 9), la no adherencia como se verá más adelante no demostró ser elevada por lo que la condición de hacinamiento no demostró ser un factor determinante en nuestro estudio, a como lo fue en los estudios consultados.

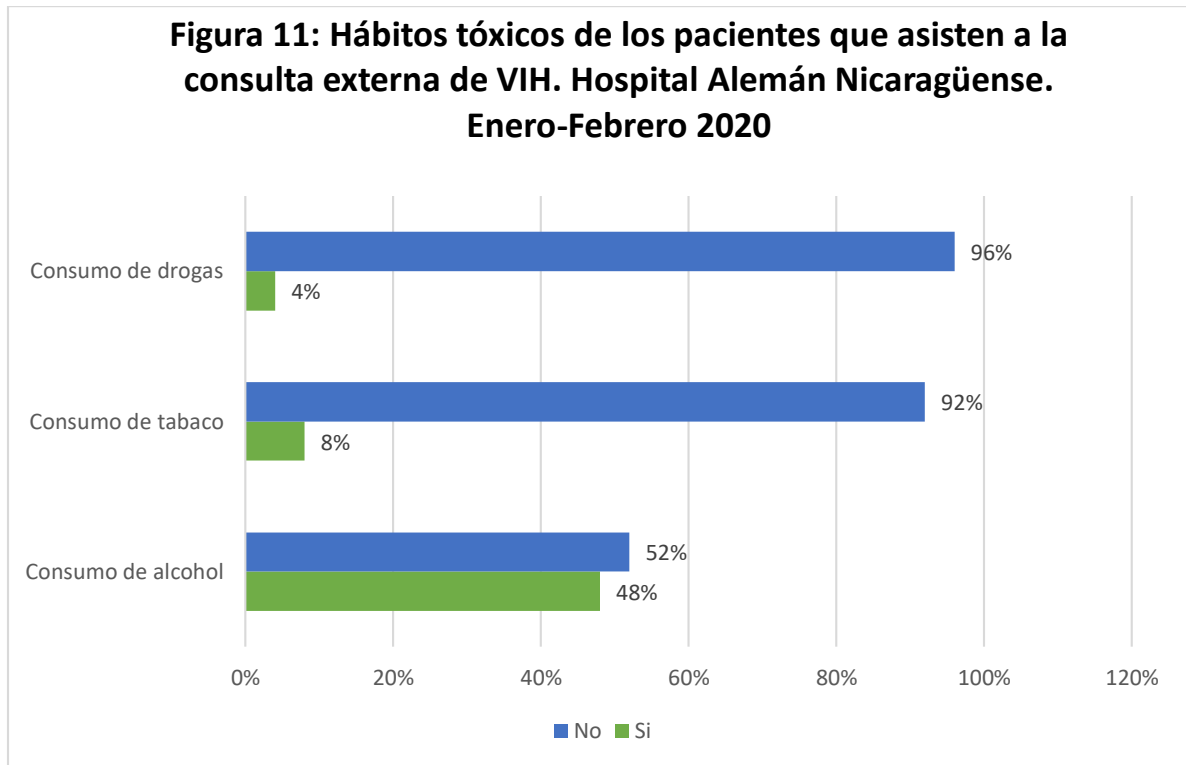
Figura 10: Nivel socioeconómico de los pacientes que asisten a la consulta externa de VIH. Hospital Alemán Nicaragüense. Enero-Febrero 2020



Fuente: Tabla 2

La población muestreada se consideraba con un nivel socioeconómico bajo en un 60%, definida como el uso del más del 30% de los ingresos para la compra de los alimentos y elementos de la canasta básica, un 29% nivel socioeconómico medio y un 11% solo utiliza el 10% de sus ingresos para la adquisición de los alimentos y la canasta básica (Figura 10).

El nivel socioeconómico no demostró ser un indicador directo para el nivel de adherencia, asimismo; tampoco se valoró como variable a estudiar en los estudios realizados en el país ya mencionados, sin embargo, se debería considerar ya que el nivel socioeconómico podría afectar para el traslado del paciente al retiro de su medicamento, destacando una de las razones que se podría plantear como hipótesis.

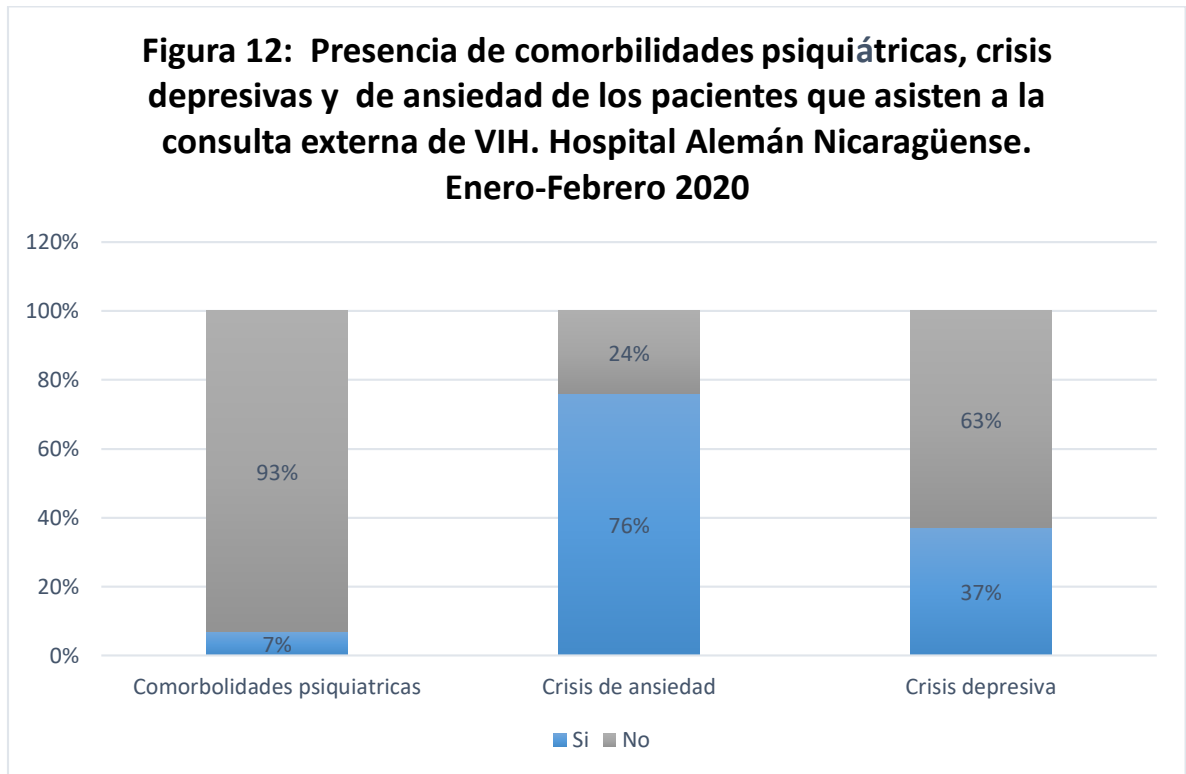


Fuente: Tabla 3

Dentro de los hábitos tóxicos, el consumo de alcohol representó el hábito tóxico más frecuente de la muestra, siendo un 48% de la población que tenía un patrón de consumo regular de alcohol, en contraparte con el 52% que refirieron que no consumen alcohol. Solo un 8% de la muestra tiene hábito tabáquico y el 92% refirió que no fuma y un 4% consume cannabis regularmente (Figura 10). El estudio realizado por Cano Juárez en HEODRA- León en el año 2013 donde encontraron entre los factores asociados el uso de drogas como alcohol, marihuana o cocaína (13,1%). Que fueron positivos para falta de adherencia al tratamiento con una relación estadísticamente significativa.

La presencia de hábitos tóxicos y sus efectos psicotrópicos (euforia) pueden influir en recordar los horarios y dosis de medicamento ARV, además de producir

interacciones entre los antirretrovirales y el alcohol o disminuir los efectos terapéuticos esperados.

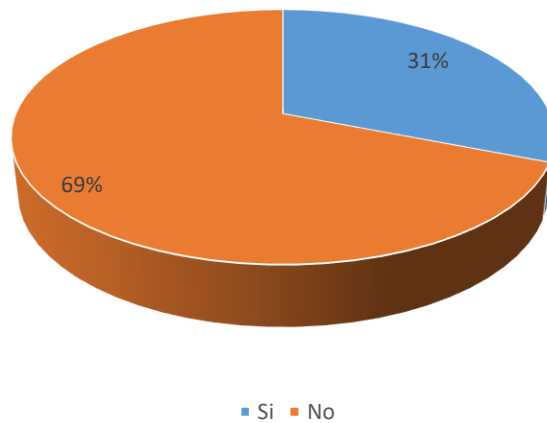


Fuente: Tabla 4

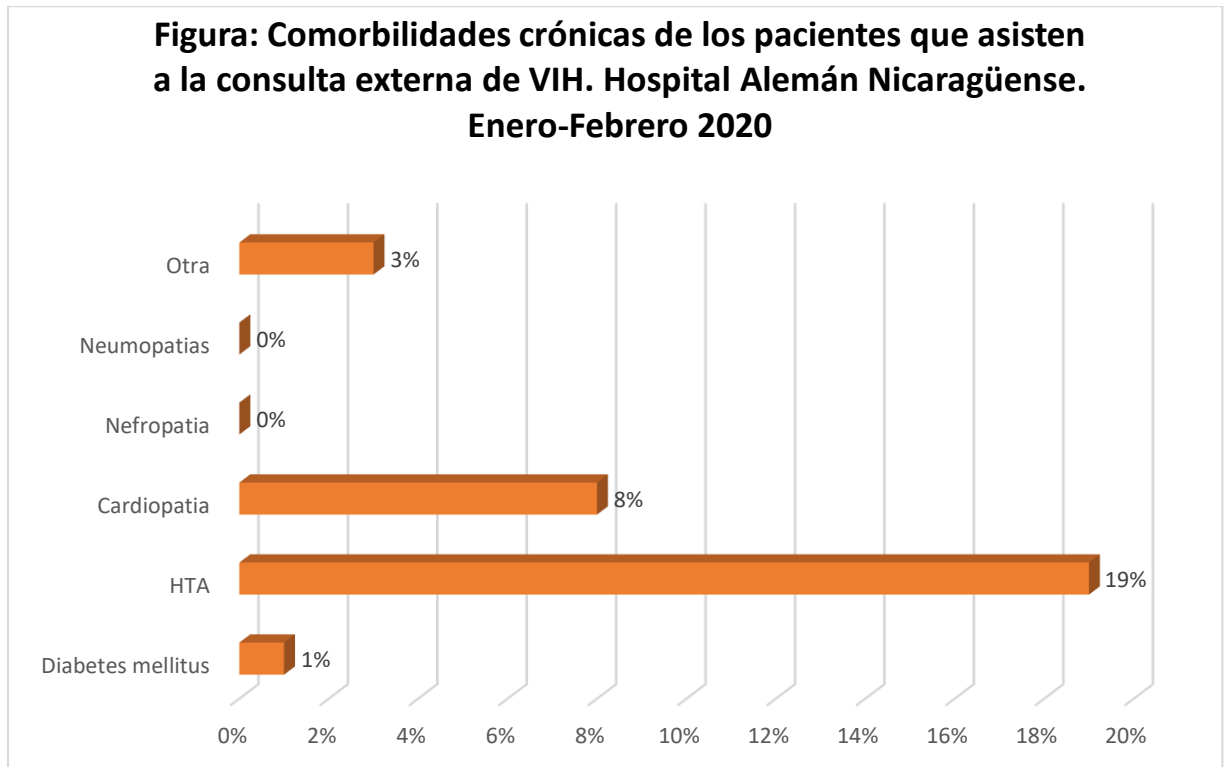
Dentro de las enfermedades psiquiátricas refirieron el 93% de los pacientes que no presentaban comorbilidades diagnosticadas por Psiquiatría en contraste con el 7% que si refirieron presentar este tipo de diagnóstico. Sin embargo, el 76% de los pacientes encuestada expresaron que han experimentado al menos una vez crisis de ansiedad, y un 24% refirieron que no. Asimismo, el 63% de los pacientes expresaron que han percibido al menos una vez crisis de depresión (Figura 12). Con esto podríamos darnos cuenta de la importancia de la salud mental de los pacientes que conviven con el VIH, ya que esto incide de forma directamente proporcional a la adherencia a la TAR, lo cual se demostró en el estudio realizado en el HEODRA de la

Lic. Cano, donde se valoró la variable depresión y ansiedad con relación a 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 consumo de alcohol con 9.8%, por otro lado la combinación de depresión y ansiedad representó el 23% de la muestra que presentaba no adherencia al TAR.

Figura 13: Presencia de comorbilidades crónicas de los pacientes que asisten a la consulta externa de VIH. Hospital Alemán Nicaragüense. Enero-Febrero 2020



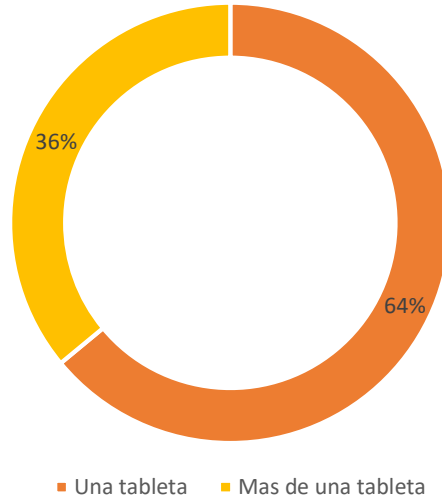
Fuente: Tabla 5



Fuente: Tabla 5

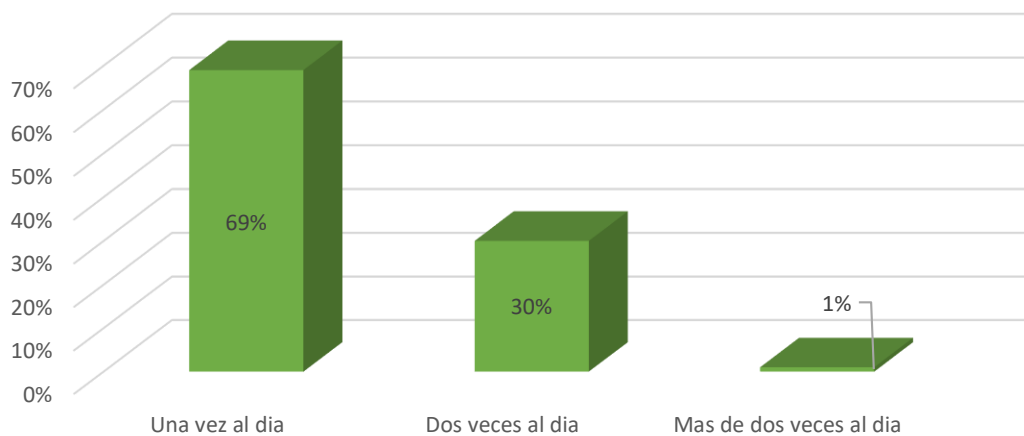
En cuanto a las enfermedades crónicas, la población encuestada refirió que no presenta ninguna enfermedad crónica en un 69% (Figura 13) y de los que si presentan que fue de 31% del total de la muestra. Las enfermedades crónicas mas predominantes fueron la HTA y Cardiopatía en un 19% y 8%, respectivamente; seguido de Diabetes Mellitus con un 1% (Figura 14). En la literatura consultada no se recabo la relación existente entre la presencia de las enfermedades crónicas y la adherencia a la TAR, pero se podría considerar que, a mayor número de medicamentos a administrar, tanto la TAR como medicamento para estas enfermedades, podrían afectar la adherencia en estos pacientes.

Figura 15: Número de tabletas prescritas a los pacientes que asisten a la consulta externa de VIH. Hospital Alemán Nicaragüense. Enero-Febrero 2020



Fuente: Tabla 6

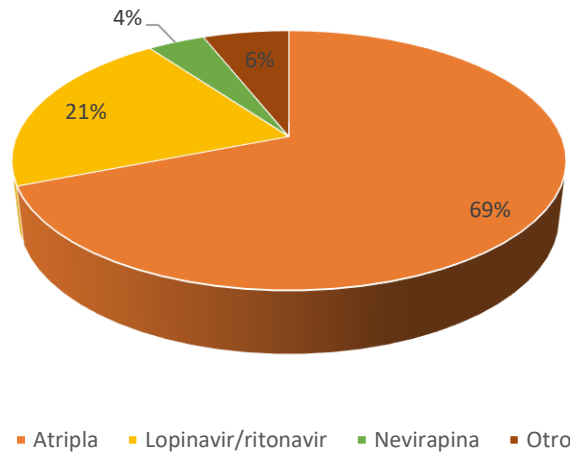
Figura 16: Frecuencia de administración de tabletas prescritas al día a los pacientes que asisten a la consulta externa de VIH. Hospital Alemán Nicaragüense. Enero-Febrero 2020



Fuente: Tabla 6

En cuanto al tratamiento antirretroviral, el número de tabletas prescritas predominante fue de 64% de la población estudiada expresaron solo tomar una tableta de TAR, y el 36% toman más de una tableta (Figura 15). La frecuencia de consumo de TAR en el día predominante fue de 69% solo toma tableta una vez al día, un 30% refiere tomar dos veces al día y 1% toma tabletas más de dos veces al día (Figura 16).

Figura 17: Tipo de TAR prescritas a los pacientes que asisten a la consulta externa de VIH. Hospital Alemán Nicaragüense. Enero-Febrero 2020

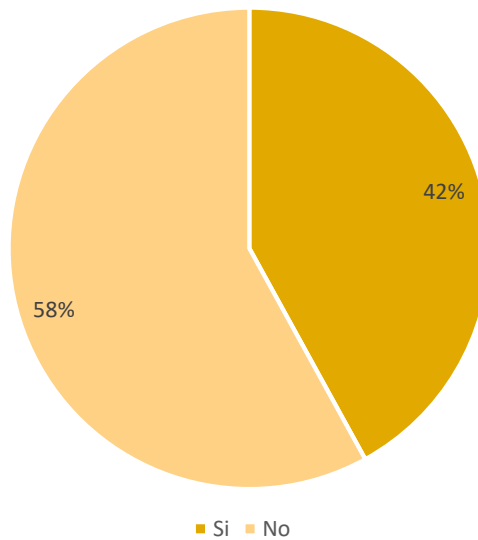


Fuente: Tabla 7

El fármaco más utilizado por la población estudiada fue la combinación de Efavirenz-emtricitabina-tenofovir (Atripla) en un 69%, seguido con un 21% utilizan tabletas combinadas de Lopinavir/ritonavir, 4% con Nevirapina y el 6% utiliza otras combinaciones disponibles en la lista de TAR del MINSA (Figura 17). Este uno de los factores más importante asociado a la adherencia adecuada a la TAR, lo cual se ha demostrado en múltiples estudios realizados, los que destacan el estudio realizado en el 2017 por Membreño en el HEALF, que evidenció que un individuo que toma más de una pastilla tiene 13.15 veces más probabilidad de no ser adherente, en ambos grupos

predominan los que toman una tableta, esto ya que en nuestro país a partir del 2011, se inició la implementación de la iniciativa estratégica 2.0 planteada por la OMS, en donde se simplifica el esquema de tratamiento a una tableta combinada de 3 ARV. Se debe señalar que los individuos que no están en una sola tableta son debido a falla virológica documentada o reacciones adversas por lo que se deberá valorar la alta frecuencia de no adherencia en estos pacientes. Según las recomendaciones propuestas por Knobel en el 2015 en su documento de consenso que la adherencia al TAR disminuye cuando aumenta la complejidad del régimen terapéutico por lo que es importante recalcar que la simplificación que se realizó en la terapia como la unión de tres fármacos combinados como la Atripla pudo haber contribuido al nivel de adherencia que se encontró en nuestro estudio.

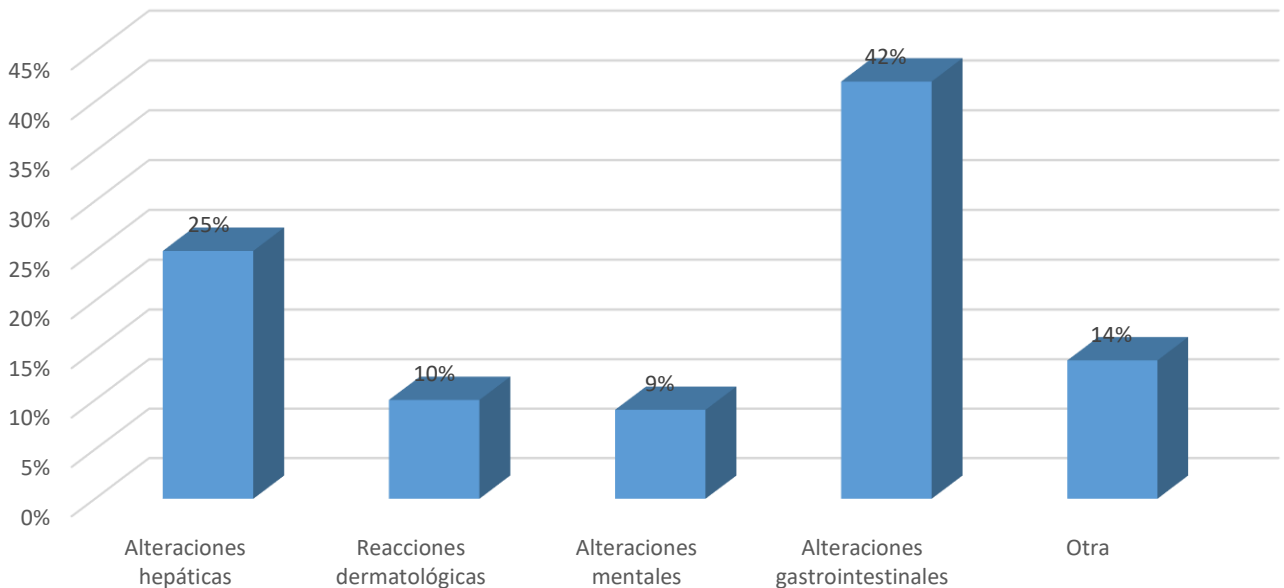
Figura 18: Presencia de RAM secundarias a la toma de TAR prescritas a los pacientes que asisten a la consulta externa de VIH. Hospital Alemán Nicaragüense. Enero-Febrero 2020



Fuente: Tabla 8

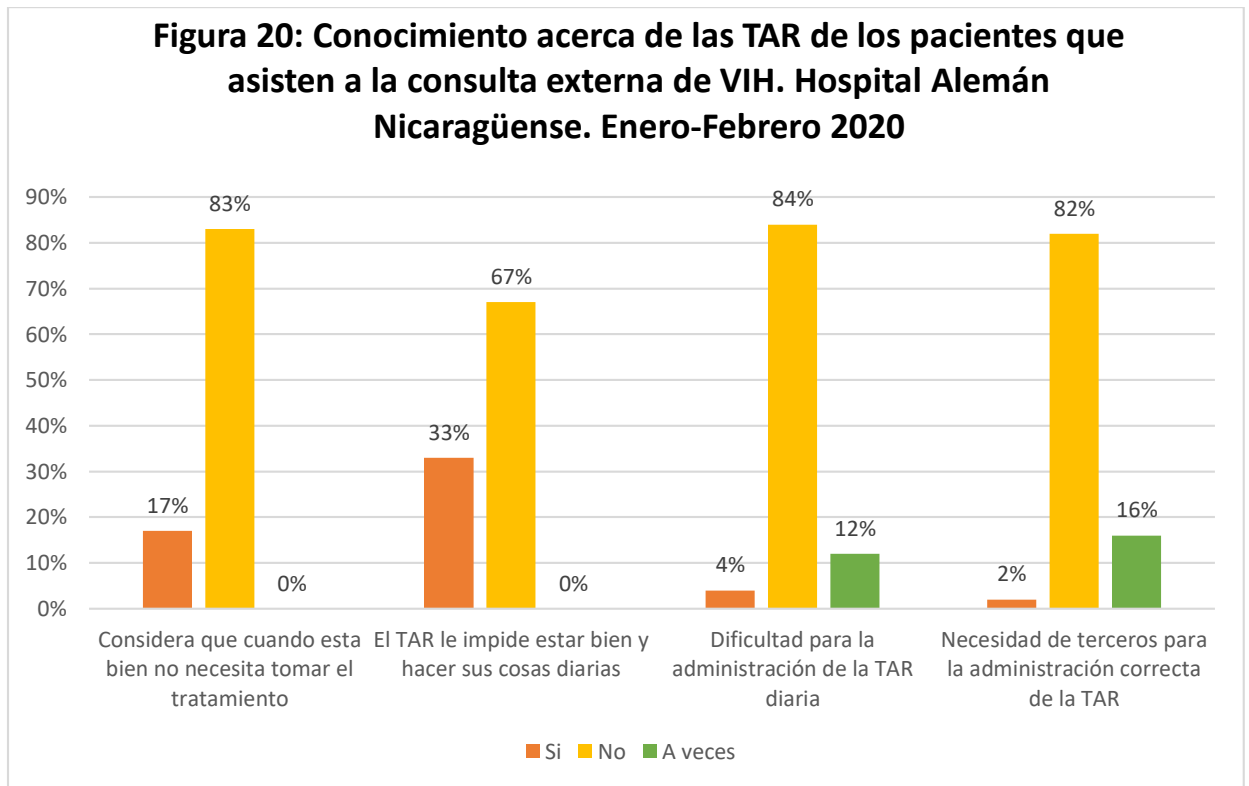
El 42% de los participantes refirieron que han presentado algún tipo de reacción adversa medicamentosa (RAM) durante su tratamiento, mientras que el 58% refirieron que no presentaron RAM con la toma de la TAR (Figura 18), en contraste a los hallazgos encontrados en el estudio de Membreño, donde se encontró que las RAM si son frecuentes, al encontrar un 86% que refirió haber presentados RAM contra un 14%(que negó haberlas tenido. En ambos grupos los de mayor porcentaje fueron los que presentaron RAM con 88% en los no adherentes y 86% en los adherentes, demostrando y concluyendo este estudio que la presencia de las RAM no aumentan la probabilidad de ser no adherente, lo que se puede comparar en los resultados con estudios de carácter internacional como el realizado por Rodríguez en Madrid, España, donde se evidencio que el 52% de la muestra que si presento RAM eran adherentes, mientras que el 47% de los pacientes que si presentaron RAM eran no adherentes.

Figura 19: Tipo de RAM secundarias a la toma de TAR prescritas a los pacientes que asisten a la consulta externa de VIH. Hospital Alemán Nicaragüense. Enero-Febrero 2020



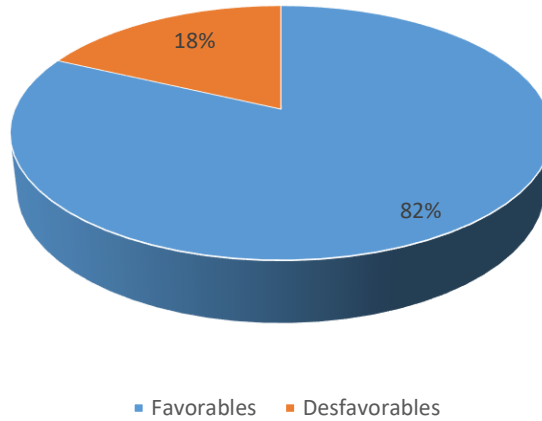
Fuente: Tabla 8

La reacción más frecuente fueron las alteraciones gastrointestinales en un 42%, un 25% alteraciones hepáticas, seguido con un 14% con otras reacciones adversas como temblor y mareos; un 10% refirieron reacciones dermatológicas y el 9% con alteraciones mentales (Figura 19). El estudio que valoro la relación existente entre el tipo de RAM y la adherencia que se podría comparar con nuestros resultados fue el estudio realizado por Rodríguez en Madrid, España; donde, a diferencia de este estudio la RAM más frecuente fue cambios en la figura con un 51% de la muestra. las alteraciones gastrointestinales como diarrea y nauseas, fue de 37% y 62%, en no adherentes y adherentes respectivamente, lo que demuestra también que el tipo de RAM no incide de forma directa en la adherencia adecuada.



Fuente: Tabla 9

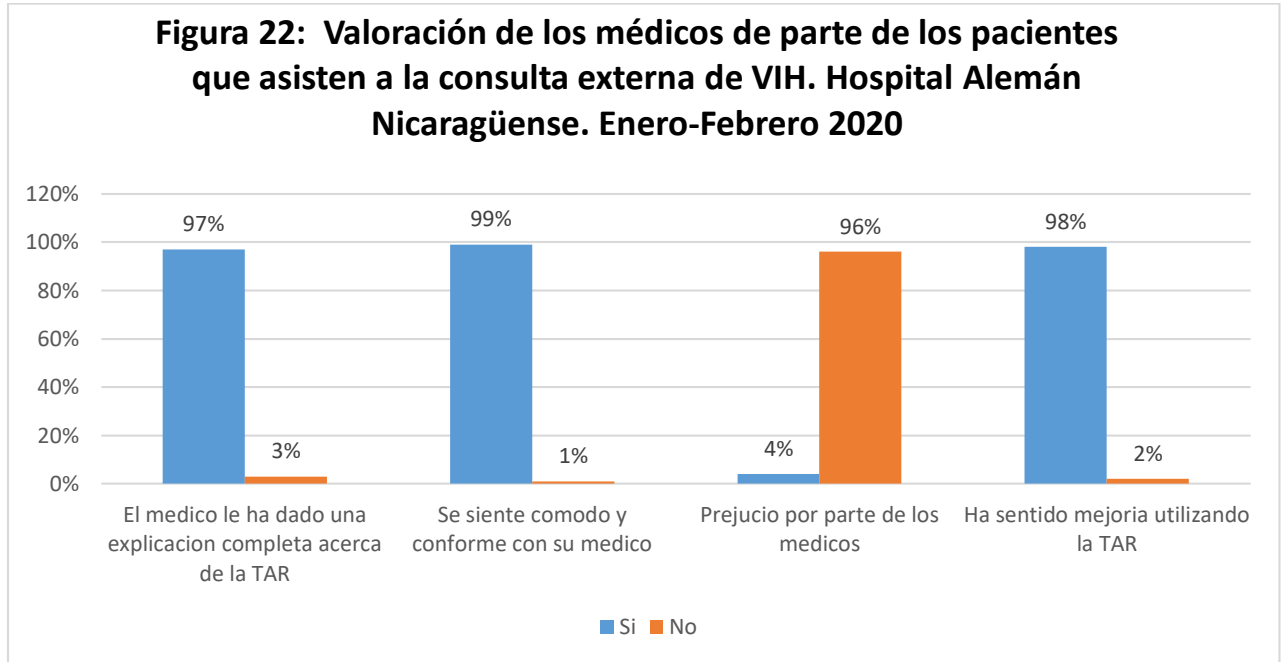
Figura 21: Tipo de actitud ante la TAR de los pacientes que asisten a la consulta externa de VIH. Hospital Alemán Nicaragüense. Enero-Febrero 2020



Fuente: Tabla 10

En lo que concierne a conocimiento y actitud frente al tratamiento, el 83% de la muestra expuso que aun si se encuentra sano necesita continuar el tratamiento a diferencia del 17% que refirió su negativa ante esta proposición. El 67% refirió que el TAR no le impide hacer sus tareas diarias y sentirse bien, mientras que un 33% refiere que si. Dentro de este mismo acápite, el 84% expuso que no tienen dificultad para administrar su TAR diariamente y el 82% niega la necesidad de terceros para la administración correcta de su TAR (Figura 20). Las actitudes ante las TAR que predominaron en la población en estudio fueron las positivas y favorables a una correcta adherencia en un 82% (Figura 21). Se podría deducir con estos resultados que los conocimientos y la actitud de la muestra reflejaría un nivel adecuado de los mismos, lo cual se debería ver reflejado en el nivel de adherencia encontrado en este mismo estudio y será expuesto más adelante. La relación de los conocimientos básicos sobre la TAR determina un factor directamente proporcional a una buena adherencia a la

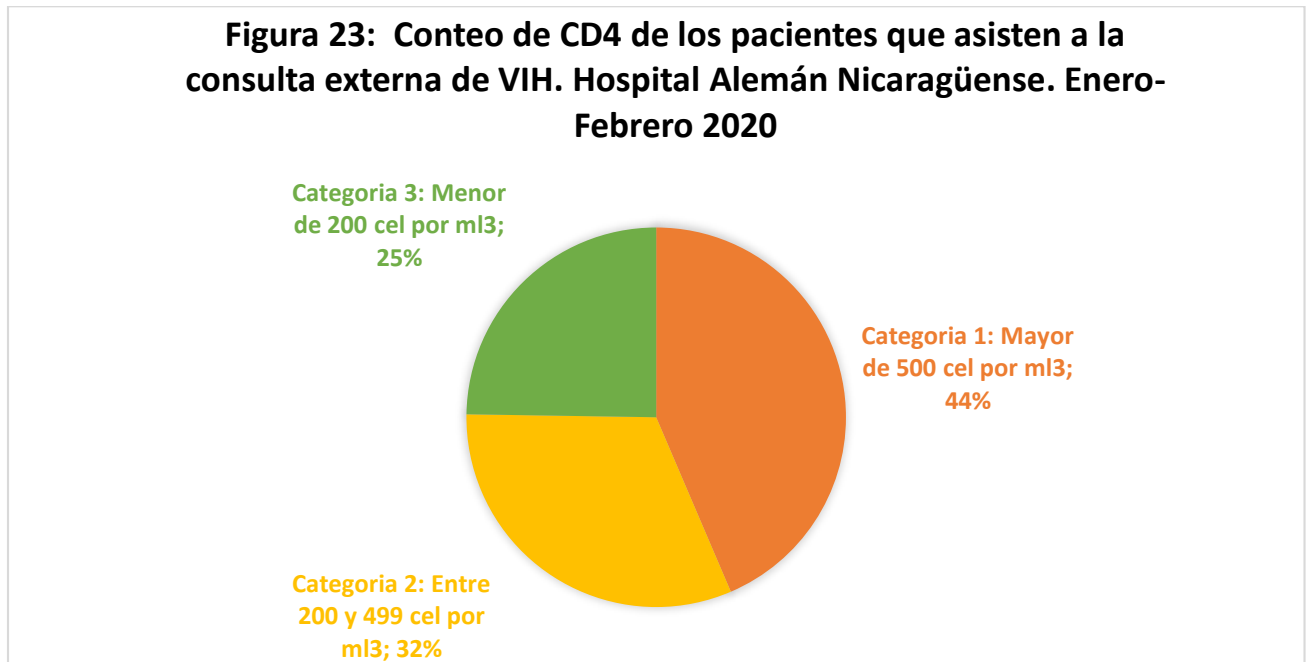
misma demostrado en el estudio realizado por Lic. Cano en el HEODRA, donde se evidencio una adherencia de 78% en los pacientes que tenían un conocimiento adecuado y básico de las TAR.



Fuente: Tabla 11

En relación a la valoración del actuar médico por parte de los pacientes, el 97% afirmo que han recibido una explicación clara acerca de su tratamiento antirretroviral y el 99% afirmo también que se siente conforme y cómodo con su médico que lo atiende en el programa. Asimismo, de forma afirmativa, el 96% expreso que no han percibido algún tipo de prejuicio o discriminación por parte del personal de salud durante sus consultas. El 98% de los pacientes refirieron que si han percibido una mejoría satisfactoria con el uso del TAR (Figura 22). Esto es diferente a un resultado previo de Membreño, Torres en el año 2017 donde señala una asociación de riesgo con una probabilidad de 187.71 veces de ser no adherente cuando hay una percepción de maltrato con asociación estadística. La capacidad del paciente para entender la relación

entre adherencia y resistencia a la medicación, así como su adecuada relación con su médico de cabecera, también ha mostrado predecir una mejor adherencia. Para que los pacientes realicen el tratamiento de forma adecuada es necesario que estén correctamente informados acerca de su enfermedad y tratamiento, entiendan la relación riesgo-beneficio y se sientan motivado, considerando estos aspectos como relevantes y positivos para la adecuada adherencia.

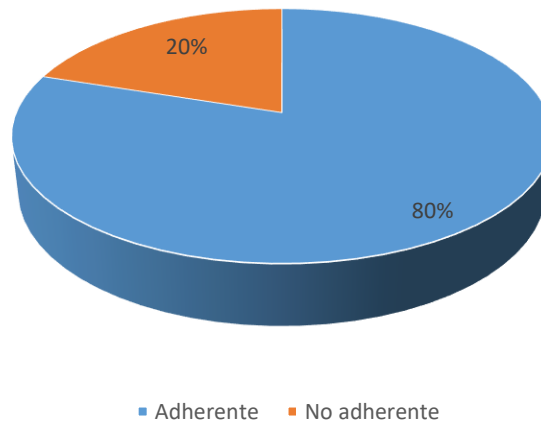


Fuente: Tabla 12

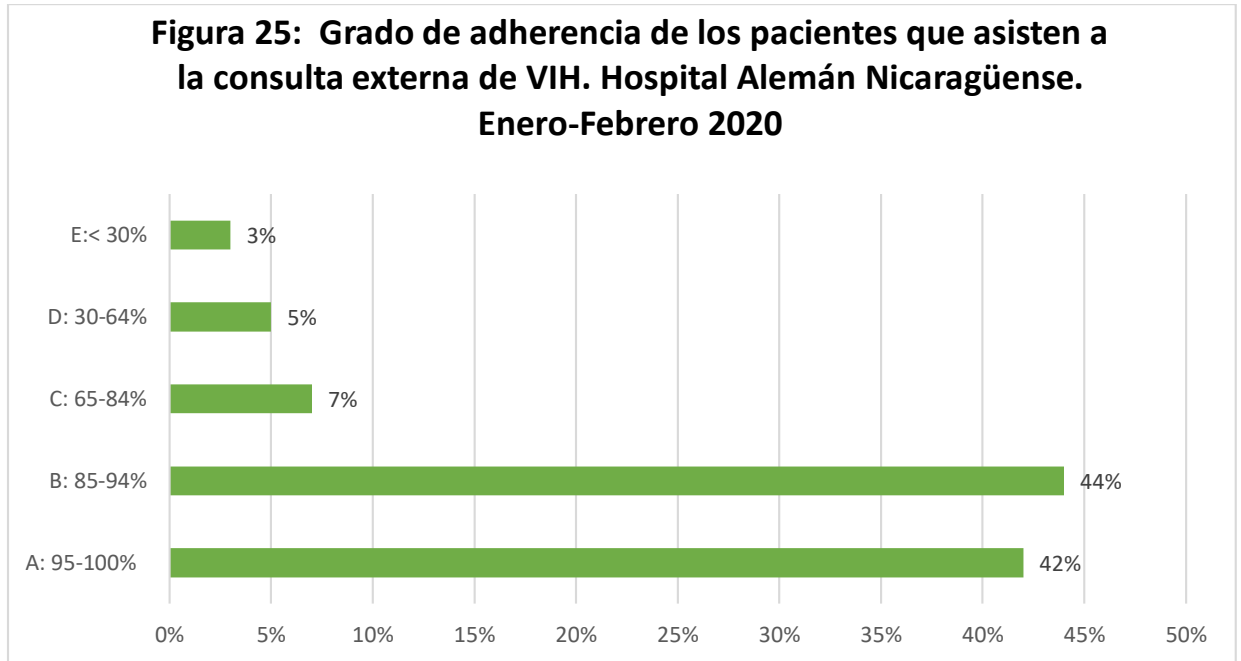
Los pacientes que participaron en el estudio se evidenció que en su mayoría se encuentran en la categoría 1 de la CDC según el número del recuento de CD4 con un 44%, seguido por la categoría 2, con un 32% y categoría 3, un 25% de la muestra estudiada. En el estudio realizado por Membreño en el 2017, al evaluar el nivel de células CD4 que el 51% se encontraban con menos de 350 células CD4 y un 49% tenían conteo superior a los 350 CD4. En el grupo no adherente los que tuvieron mayor porcentaje fueron aquellos que tenían CD4 menor a 350 células con un 78%, en

contraste con la cohorte adherente los que obtuvieron mayor porcentaje fueron los que tenían CD4 más de 350 células con un 56% evidenciando que los individuos con menos de 350 células tienen 1.76 veces más probabilidad de ser no adherentes comparados con los que tienen más de 350 células. Esto contrasta con el estudio realizado por Dixon en el 2018, donde se evaluó de la misma forma el nivel de células CD4, y se conformaron dos grupos, el de los que tenían menos de 350 células CD4 y los que tenían más de 350 células CD4, encontrando que el 45 % se encontraba con menos de 350 células CD4 y un 55% tenían conteo superior a los 350 CD4. En las literaturas consultadas, si se ha relacionado el adecuado nivel de adherencia con un conteo de CD4 en valores metas ya que constituye un factor predictivo positivo de mejoría del paciente, a diferencia de los hallazgos encontrados en estos dos estudios mencionados.

Figura 24: Adherencia de los pacientes que asisten a la consulta externa de VIH. Hospital Alemán Nicaragüense. Enero-Febrero 2020



Fuente: Tabla 13



Fuente: Tabla 14

La adherencia a la TAR fue de un 80% y la no adherente fue de un 20% esto medido a través del llenado del cuestionario SMAQ y el grado de adherencia de la población en estudio en su mayoría fue grado B en un 44%, seguido de grado A, con un 42%; y luego grado C, D y por ultimo E con un 7%, 5% y 3%, respectivamente (Figura 24 y 25). Estos hallazgos se asemejan a los resultados en el estudio realizado en el 2018 por Emerson Dixon donde se evidencio que de los pacientes incluidos, el 86.4% se catalogaron como adherentes y un 13.5% no adherentes. También en el estudio realizado por Membreño se evidencio una adherencia de 81% de la muestra y un 19% fueron no adherentes, semejantes a los hallazgos en este estudio. Cabe señalar que la adherencia constatadas en estos dos estudios fueron medidas a través de la autovaloración de adherencia, con el cumplimiento de al menos del 95% de las dosis de los antirretrovirales con lo cual el basado en el historial de dispensaciones de la medicación antirretroviral, es relativamente sencillo y de una mayor objetividad, pero la

medicación recogida no tiene por qué equivaler a la medicación ingerida por lo que sensibilidad disminuye. El cuestionario SMAQ presenta una sensibilidad adecuada para valorar la adherencia, siendo esta de un 82.6% y 40% de especificidad frente al registro de dispensaciones que es de un 72% su sensibilidad por lo que se podría considerar el cuestionario SMAQ como un método más fiable para valorar la adherencia y el grado de adherencia, lo cual no se valoró en los estudios consultados. Con la adherencia hallada en nuestro estudio, se podría considera como alcanzado uno de los objetivos indicados en la revisión realizada por OMS acerca de las experiencias exitosas en adherencia en Latinoamérica donde plantean de manera general que se pretende que por lo menos el 80% de los pacientes en TAR de un programa, mantengan una adherencia \geq al 95%, sin embargo, se debería valorar con una muestra más amplia el cumplimiento de la meta propuesta por la OMS.

Conclusiones

Las características encontradas en los pacientes que influyen en la adherencia a la TAR fueron, dentro de las características sociodemográficas: los pacientes eran del sexo masculino, el grupo de edad fue de 26 a 30 años, la escolaridad es de primaria básica, de estado civil soltero, con habito de alcoholismo como habito toxico frecuente y en su mayoría sin comorbilidades psiquiátricas. Dentro del tratamiento, los pacientes solo toman una tableta de TAR al día y el medicamento prescrito y mejor tolerado fue la Atripla ya que la mayoría no presenta reacciones adversas medicamentosas. En cuanto el conocimiento y actitud, los pacientes demostraron presentar conocimiento adecuado y las actitudes fueron favorables ante la TAR. La valoración del actuar medico por parte de los pacientes fue positiva en su mayoría y refirieron no haber sido objetos de prejuicio por parte de los mismos.

La mayoría de los pacientes de la muestra se encontraron en categoría 1 según categorías propuesta por la CDC según el número de células CD4.

La adherencia a la TAR fue de un 80% y los pacientes se encontraba en grado A y B de nivel adherencia.

Recomendaciones

Al médico que atiende en la consulta de TAR:

- Continuar estableciendo una óptima relación médico-paciente
- Identificar posibles factores de riesgo del paciente sobre la adherencia.
- Averiguar la situación social, laboral y familiar del paciente.
- Conocer la situación psicológica y patología concomitante (drogodependencia, alcoholismo).
- Explicar los objetivos, esquemas de dosificación, efectos adversos potenciales del tratamiento.
- Ofrecer las posibles alternativas de tratamiento y explicarlas de forma clara al paciente.
- Resaltar la importancia de la adherencia en la eficacia del tratamiento.
- Mantener un acceso a la atención disponible para el paciente permanente.

Al MINSA:

- Adaptar la realidad asistencial según el número de pacientes que atiende en las consultas de VIH, y de acuerdo los recursos de personal y los servicios de apoyo multidisciplinarios disponibles de la institución.

Al Hospital Alemán Nicaragüense:

- Evaluar la adherencia al TAR al menos cada seis meses, de acuerdo a los métodos de evaluación disponibles, entre ellos el cuestionario SMAQ, para valorar el alcance de la meta de adherencia propuesta por la OMS.
- Proporcionar los recursos humanos y audiovisuales necesarios para una óptima atención y mejora de la adherencia al TAR.

Bibliografía

Altamirano Castellón E. D (2018) *Factores asociados a la adherencia de terapia antirretroviral en pacientes con VIH-SIDA atendidos en la clínica de atención integral en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca de junio a diciembre 2017.* Managua. UNAN-Managua.

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. (2013). *Barreras que las Personas Con VIH enfrentan para la adherencia al tratamiento y para el uso de condón Costa Rica, El Salvador, Nicaragua y Panamá.*

Belmar Julieta, Stuardo Valeria (2017) *Adherencia al tratamiento anti-retroviral para el VIH/SIDA en mujeres: una mirada socio-cultural.* Santiago, Chile. Rev Chilena Infectol 2017; 34 (4): 352-358.

Cano Juárez, A. E. (2013). *Factores asociados a la falta de adherencia del tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH y SIDA que asisten a la clínica de enfermedades infecciosas en el HEODRA, en el periodo Febrero 2012-Septiembre 2013.* León: UNAN - León.

GESIDA/SEFH/PNS. (2015). *Mejorar la Adherencia al tratamiento Antirretroviral. Recomendaciones de la SPNS/SEFH/GESIDA.* Madrid, España. Panel de expertos de Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) y Grupo de Estudio del Sida (GESIDA).

Hernández Gómez AJ, Rodríguez Ríos T, Duran Badillo T, Vázquez Galindo L, Gutiérrez Sánchez G, Gracia Castillo GN. *Adherencia al tratamiento antirretroviral en*

pacientes con VIH/SIDA. Tamaulipas, Mexico Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.
2013;21(2) 85-90

Membreño Tòrrez, J. S. (2017). *Factores de Riesgo asociado a no adherencia a la terapia Antiretroviral en pacientes con VIH-SIDA*. Clínica de atención integral. Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca. Managua de Enero a Diciembre. 2016. Managua: UNAN - Managua.

MINSA - Nicaragua. (2016). *Guía de terapia Antiretroviral para persona con VIH*. Managua: MINSA.

ONUSIDA (2019). *Situación de la epidemia de la infección por el VIH y respuesta ONUSIDA*. Estimaciones de Spectrum para 2019 y ONUSIDA/OMS. Respuestas de los países al mecanismo de Monitoreo Mundial del Sida, 2019.

Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Experiencias Exitosas en el Manejo de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Latinoamérica*. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud.

Óscar Alvis, Liz De Coll, Lourdes Chumbimune, Cristina Díaz, Judith Díaz, Mary Reyes (2009) *Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-sida*. Lima, Peru. An Fac med. 2009;70(4):266-72

Rodríguez Quesada P. P (2016). *Estudio de factores de riesgo influyentes en la adherencia al tratamiento antirretroviral y desarrollo de un modelo predictivo en pacientes VIH positivos*. Madrid, España. Universidad Complutense de Madrid.

Silva GE, Galeano E, Correa J. O (2015) *Adherencia al tratamiento Implicaciones de la no-adherencia*. Acta Médica Colomb. 2015;30(4):268-73.

Tucker JS, Orlando M, Burnam A, Sherbourne CD, Kung FY, Gifford AL. (2014)

Psychosocial mediators of antiretroviral non adherence in HIV-positive adults with substance use and mental health problems. J Health Psychol. 2014; 23(4): 363-70.

Varela Arévalo, M. T., & Hoyos Hernández, P. A. (2015). *La adherencia al tratamiento*

para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. Cali, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.

ANEXOS

Anexo 1: Tablas

Tabla 1: Características sociodemográficas de los pacientes en estudio en la consulta externa de VIH. Hospital Alemán Nicaragüense. Enero-Febrero 2020

	Fr	%
Sexo		
Hombre	96	59%
Mujer	67	41%
Edad		
18 a 25 años	43	26%
26 a 30 años	56	34%
30 a 35 años	47	29%
Mayor de 36 años	17	11%
Escolaridad		
Analfabeto-a	14	9%
Primaria	57	34%
Secundaria	48	29%
Universitario	40	25%
Maestría	3	2%
Doctorado	1	1%
Estado civil		
Soltero-a	83	51%
Casado-a	27	16%
Acompañado-a	35	21%
Divorciado-a	19	12%
Ocupación		
Empleo	87	53%
Desempleo	45	28%
Estudia	31	19%

Fuente: Encuesta

Tabla 2: Características sociodemográficas (continuación) de los pacientes en estudio en la consulta externa de VIH. Hospital Alemán Nicaragüense. Enero-Febrero 2020

	Fr	%
Religión		
Católico-a	45	28%
Evangélico-a	56	34%
Ninguna	39	24%
Otra	23	14%
Etnia		
Mestizo	151	92%
Miskito	6	4%
Mayangna	0	0%
Otra	6	4%
Vivienda		
Propia	124	76%
Alquilada	11	7%
Ninguna	28	17%
Hacinamiento		
Si	109	67%
No	54	33%
Nivel socioeconómico		
Alto	18	11%
Medio	47	29%
Bajo	98	60%

Fuente: Encuesta

Tabla 3: Hábitos tóxicos de los pacientes en estudio en la consulta externa de VIH. Hospital Alemán Nicaragüense. Enero-Febrero 2020

Consumo de alcohol		
Si	79	48%
No	84	52%
Consumo de tabaco		
Si	13	8%
No	150	92%
Uso de drogas		
Si	7	4%
No	156	96%

Fuente: Encuesta

Tabla 4: Comorbilidades psiquiátricas, crisis depresivas y de ansiedad de los pacientes en estudio en la consulta externa de VIH. Hospital Alemán Nicaragüense. Enero-Febrero 2020

Crisis de ansiedad	Fr	%
Si	124	76%
No	39	24%
Depresión		
Si	60	37%
No	103	63%
Comorbilidades psiquiátricas		
Si	12	7%
No	151	93%

Fuente: Encuesta

Tabla 5: Presencia y tipo de comorbilidades crónicas de los pacientes en estudio en la consulta externa de VIH. Hospital Alemán Nicaragüense. Enero-Febrero 2020.

	fr	%
Enfermedad crónica		
Si	51	31%
No	112	69%
Tipo de enfermedad crónica		
Díabetes mellitus	2	1%
HTA	31	19%
Cardiopatía	13	8%
Nefropatía	0	0%
Neumopatías	0	0%
Otra	5	3%

Fuente: Encuesta

Tabla 6: Numero de tabletas y frecuencia de toma diaria de los pacientes en estudio en la consulta externa de VIH. Hospital Alemán Nicaragüense. Enero-Febrero 2020.

	fr	%
Numero de tabletas TAR		
Una tableta	105	64%
Más de una tableta	58	36%
Frecuencia de toma de TAR diario		
Una vez al día	112	69%
Dos veces al día	49	30%
Más de dos veces al día	2	1%

Fuente: Encuesta

Tabla 7: Tipo de TAR prescrita a los pacientes en estudio en la consulta externa de VIH. Hospital Alemán Nicaragüense. Enero-Febrero 2020.

	fr	%
Tipo de TAR		
Atripla	112	69%
Lopinavir/ritonavir	34	21%
Nevirapina	7	4%
Otro	10	6%

Fuente: Encuesta

Tabla 8: Presencia y tipo de RAM de los pacientes en estudio en la consulta externa de VIH. Hospital Alemán Nicaragüense. Enero-Febrero 2020.

	fr	%
Presencia de RAM		
Si	69	42%
No	94	58%
Tipo de RAM		
Alteraciones hepáticas	17	25%
Reacciones dermatológicas	7	10%
Alteraciones mentales	6	9%
Alteraciones gastrointestinales	29	42%
Otra	10	14%

Fuente: Encuesta

Tabla 9: Conocimiento acerca de la TAR de los pacientes en estudio en la consulta externa de VIH. Hospital Alemán Nicaragüense. Enero-Febrero 2020.

	fr	%
Considera que cuando esta bien no necesita tomar el tratamiento		
Si	27	17%
No	136	83%
El TAR le impide estar bien y hacer sus cosas diarias		
Si	53	33%
No	110	67%
Dificultad para la administración de la TAR diaria		
Si	6	4%
No	138	85%
A veces	19	12%
Necesidad de terceros para la administración correcta de la TAR		
Si	3	2%
No	134	82%
A veces	26	16%

Fuente: Encuesta

Tabla 10: Tipo de actitud ante la TAR de los pacientes en estudio en la consulta externa de VIH. Hospital Alemán Nicaragüense. Enero-Febrero 2020.

Actitud ante las TAR	fr	%
Favorables	134	82%
Desfavorables	29	18%

Fuente: Encuesta

Tabla 11: Valoración de los médicos por parte de los pacientes en estudio en la consulta externa de VIH. Hospital Alemán Nicaragüense. Enero-Febrero 2020.

	fr	%
El médico le ha dado una explicación de la TAR		
Si	158	97%
No	5	3%
Se siente cómodo y conforme con su medico		
Si	161	99%
No	2	1%
Ha sentido algún prejuicio por parte de médicos		
Si	6	4%
No	157	96%
Ha sentido mejoría con el uso del TAR		
Si	159	98%
No	4	2%

Fuente: Encuesta

Tabla 12: Estado inmunológico según categoría de la CDC de los pacientes en estudio en la consulta externa de VIH. Hospital Alemán Nicaragüense. Enero-Febrero 2020.

Estado inmunológico	fr	%
Categoría 1: Mayor de 500 cel por ml ³	71	44%
Categoría 2: Entre 200 y 499 cel por ml ³	52	32%
Categoría 3: Menor de 200 cel por ml ³	40	25%

Fuente: Encuesta

Tabla 13: Adherencia a la TAR de los pacientes en estudio en la consulta externa de VIH. Hospital Alemán Nicaragüense. Enero-Febrero 2020.

Adherencia al TAR	fr	%
Adherente	130	80%
No adherente	33	20%

Fuente: Encuesta

Tabla 14: Grado de la adherencia a la TAR de los pacientes en estudio en la consulta externa de VIH. Hospital Alemán Nicaragüense. Enero-Febrero 2020.

Grado de adherencia	fr	%
A: 95-100%	68	42%
B: 85-94%	71	44%
C: 65-84%	11	7%
D: 30-64%	8	5%
E:< 30%	5	3%

Fuente: Encuesta

Anexo 2: Consentimiento informado

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

Hospital Alemán Nicaragüense

Hoja de consentimiento Informado

Factores de riesgo asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes que conviven con el virus VIH-SIDA atendidos en la consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo comprendido Enero-Febrero del año 2020.

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por el Dr. Gómez residente del último año de medicina interna del Hospital Alemán Nicaragüense. Como parte de la formación de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. La meta de este estudio es aportar datos sobre aciertos y desacierto para que el paciente se adhiera al tratamiento y como mejorar o seguir actuando en la calidad de su atención. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a las preguntas de una entrevista estructura fácil de responder. Esto le tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que esto lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la encuesta le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, Me han indicado correctamente lo que voy hacer Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el estudio en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona

Codigo del Participante _____ Firma del Participante _____

Fecha _____

Anexo 3: Encuesta de recolección de información

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

Hospital Alemán Nicaragüense

Instrumento de recolección de datos

Factores de riesgo asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes que conviven con el virus VIH-SIDA atendidos en la consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo comprendido Enero-Febrero del año 2020.

Muchas gracias por participar en esta investigación, te recordamos que las respuestas son de carácter estrictamente confidencial y solo serán de utilización meramente estadística e investigativa. Responde las preguntas con sinceridad.

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

Sexo: Hombre ____ Mujer ____ ¿Cuántos años tienes? _____ Usted está, Casado/a ____ Acompañado/a ____ Divorciado/a ____ Viudo/a ____ Usted Estudio: si ____ no ____ Hasta que nivel llego estudiando. Primaria ____ Secundaria ____ Universidad ____ ¿En que trabaja? _____ ¿De qué religión es? Católico ____ Evangélico ____ Ninguna ____ Otra _____ Etnia que pertenece Mestizo ____ Miskito ____ Mayangna ____ Otra ____.

CONDICIONES DEL PACIENTE

Tipo de vivienda: Propia ____ Alquilada ____ Ninguna ____

Hacinamiento: Viven más de cinco personas en su vivienda ____ Viven menos de cinco personas en su vivienda ____

Nivel socioeconómico: Uso solo el 10% de los ingresos para comprar mis alimentos ____ Utilizo del 11% al 30% de sus ingresos para la compra de alimentos ____ Uso más del 30% de mis ingresos para la compra de alimentos ____

Uso de alcohol: ¿Consumes licor o cerveza? Si ____ No ____

Uso de tabaco: ¿Usted fuma? Sí ____ No ____

Uso de drogas: ¿Consumes drogas? Sí ____ No ____

¿Has experimentado alguna vez crisis de pánico o ansiedad? Sí ____ No ____

¿Te han diagnosticado que padeces depresión? Sí____ No____

¿Te han diagnosticado alguna enfermedad psiquiátrica? Si____ No____ Si responde si,
¿cuál?

¿Padeces algún tipo de enfermedad crónica? Si ____No____

Si la respuesta es sí, ¿Que tipo de enfermedad crónica padeces? Diabetes____
Hipertensión arterial____ Enfermedades del corazón____ Enfermedades renales____
Otra____

¿Estas tomando terapia antirretroviral? Si____ No____

¿Cuáles son los medicamentos antirretrovirales que estas tomando? Atripla____
Nopinavir/ritonavir____ Nevirapina____ Otros

¿Cuántas tabletas de antirretrovirales tomas al día? Una tableta al día____ Más de una
tableta al día____

¿Has presentado algún tipo de reacción adversa medicamentosa? Si____ No____

Si respondiste sí, ¿qué tipo de Reacción has presentado? Alteraciones del hígado____
Alteraciones en la piel____ Alteraciones en el intestino____ Alteraciones
neuropsiquiátricas____

¿Consideras que cuando estás bien no necesitas tomar la pastilla? Sí____ No____

¿El tratamiento antirretroviral te impide que te sientas bien y/o hacer tus cosas diarias?
Sí____ No____

¿Tienes dificultad para tomar todos los días el tratamiento? Si____ No____ A veces____

¿Sientes que el tratamiento ha cambiado tu forma de ser? Si____ No____ A veces____

¿Necesitas de una persona para que te recuerden tomar el tratamiento? Si____ No____
A veces____

¿Tu medico te ha explicado acerca de la importancia de la terapia antirretroviral? Si____
No____

¿Te sientes cómodo con los médicos que te valoran tu enfermedad? Si____ No____

¿Has sentido algún tipo de prejuicio o discriminación por parte del personal médico?
Sí____ No____

¿Has sentido mejoría con la terapia? SI____ NO____

Actitud: A continuación, se expondrá una serie de enunciados los cuales tienes que colocar si estás de acuerdo con ellos o en desacuerdo.

Enunciado	De acuerdo	En desacuerdo
1. Realmente no creo que los medicamentos antirretrovirales vayan a mejorar mi enfermedad		
2. Los medicamentos antirretrovirales empeoran más la discriminación y la estigmatización social		
3. He pensado que no quiero seguir tomando antirretrovirales por las reacciones adversas que me puedan ocasionar		
4. No tiene sentido tomar medicamento antirretroviral si de todos modos la evolución final de la enfermedad es mala.		
5. Considero que los medicamentos antirretrovirales no van a mejorar mi enfermedad, es mi propio cuerpo que lo va a mejorar.		
6. Realmente no considero que la terapia antirretroviral vaya a ayudarme a que mi carga viral sea indetectable		
7. El uso de la terapia antirretroviral es lo que mantiene enfermo a la persona, más que su propia condición		
8. Uso la terapia antirretroviral porque estoy seguro que va a mejorar mi		

condición, comparado con otras terapias		
9. Utilizando la terapia antirretroviral es la única forma que existe para volver indetectable al virus.		
10. Considero que no es necesario tomar la terapia antirretroviral diariamente		
11. Tomándolo algunas veces igual voy a mejorar		

Para concluir, contesta estas preguntas para valorar tu adherencia al tratamiento antirretroviral, cuestionario SMAQ

1. alguna vez, ¿olvida tomar la medicación?	SI	no
2. ¿Toma los fármacos a la misma hora?	SI	no
3. ¿Cuándo se encuentra mal deja de tomar la medicación?	SI	no
4. ¿Olvida tomar la medicación durante el fin de semana?	SI	no
5. En la última semana, ¿cuántas veces se le olvidó?	A. Ningún día	B. 1 día
	C. de 2-3 días	D. 4-5 días
		E. > 5 días