

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA MANAGUA,
UNAN – MANAGUA**



Facultad de Medicina
Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca.

Informe final de investigación

Para optar al título de especialista en Medicina Interna

“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.”

Autor:

Dr. Emerson Dixon Altamirano Castellón

Médico Residente de III año de Medicina Interna.

Tutor / Asesor Metodológico:

Dra. Hortencia Esther Peralta Lara.

Especialista en Medicina Interna e Infectología

Managua-Nicaragua Febrero 2018.

AGRADECIMIENTO

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A todos los que me ayudaron a seguir adelante, me brindaron sus conocimientos, su tiempo, su ejemplo y confiaron en mí.

Mis maestros y compañeros del Departamento de medicina

DEDICATORIA.

Dedico esta tesis a familia y amigos quienes fueron un gran apoyo durante el tiempo que pase en la especialidad de medicina interna.

A mis padres y esposa Giselle Centeno quienes me apoyaron y alentaron para continuar, cuando parecía que me iba a rendir.

A mis hijos María Fernanda y Frederick Alexander que fueron pilar importante para seguir luchando cada día mas

OPINION DEL TUTOR.

La meta 90-90-90 planteada para alcanzar el cero nuevas infecciones de VIH a nivel mundial, y a la cual se ha adherido nuestro país, trae grandes retos en aumento del número de diagnósticos de PVIH, la inserción a los cuidados de salud y su retención y la supresión de la carga viral en aquellos que ya están en ARV, todo representado en estrategias basadas en que el paciente entiende la necesidad del tratamiento y además debe garantizarse la toma del mismo, esto reflejado en adherencia.

La adherencia es compleja, pues es multidimensional y no sólo relativa al individuo pues hay factores ajenos que podrían influenciarla. No se puede hablar de retención a cuidados de la salud y de supresión si no se hace un estudio profundo de los factores asociados a la misma.

El trabajo del Dr. Emerson Dixon Altamirano Castellón sobre los factores asociados a la no adherencia en los PVIH de nuestra CAI es de gran relevancia y nos aporta información valiosa que será utilizada para diseñar estrategias para mejorar nuestro trabajo encaminado al cumplimiento de estas metas.

Lo felicito por su esfuerzo y le instó a continuar su formación como médico con altos niveles de humanidad y profesionalismo.

Dra. Hortencia E. Peralta Lara

Internista/ Infectóloga

Coordinadora EMD CAI HEALF

Miembro Comité Nacional de la TAR

GLOSARIO

ARN :Ácido Ribonucleico

ARV :Antirretroviral

CV :Carga Viral

CAI:Centros de Atención Integral

FCM:Facultad de Ciencias Médicas.

FDA: Food and Drug Administration

GEEMA: Grupo Español de Estudio Multifactorial de la Adherencia.

GESIDA: Grupo de estudio del SIDA

ONUSIDA: Organización de las Naciones Unidas para el SIDA

OMS: Organización Mundial para la Salud

ONG :Organización No Gubernamental

OPS: Organización Panamericana para la Salud

SEFH: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

SIDA: Síndrome Inmune Deficiencia Adquirido

SMAQ: Simplified Medication Adherence Questionnaire.

TARV: Tratamiento Antirretroviral

TARGA: Tratamiento Antirretroviral de gran Acción

VIH Virus de Inmunodeficiencia Humana

RESUMEN

Este es un estudio de cohortes, analítico, observacional, prospectivo, longitudinal, realizado en los pacientes con VIH que asisten a la clínica de atención integral del Hospital Antonio Lenin Fonseca de junio a diciembre de 2017, para determinar los factores asociados a la adherencia de la terapia Antiretroviral. Se realizó mediante entrevista directa a los pacientes y la separación en adherentes y no adherentes, mediante preguntas previamente estructuradas y asignándoles puntuación con una regla de 3, considerando adherentes lo que acumulan 90% o más como lo define OMS para adherencia. Se utilizó estadístico como el Riesgo Relativo para encontrar asociación causal entre los factores definidos y la no adherencia, utilizando el intervalo de confianza y el valor de p, para definir asociación estadística. 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 tableta de ARV, niveles de CD4 por menores de 350 células, carga viral mayor a 20 cp./ml. Se recomienda a nivel MINSa, el fortalecimiento de los equipos multidisciplinarios con Psicólogo y la estrategia de consejería intensificada en adherencia y a nivel de la CAI, la creación de grupos de ayuda mutua para usuarios de drogas y alcohol y la inclusión de ONG que apoyen a las mujeres.

Palabras claves: adherencia, antiretrovirales, virus de inmunodeficiencia humana.

CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN	6
II. ANTECEDENTES	7
III. JUSTIFICACION	9
IV. HIPÓTESIS	11
V. OBJETIVOS	12
<u>Objetivo General</u>	12
<u>Objetivos Específicos:</u>	12
VI. MARCO TEORICO	13
Concepto de adherencia terapéutica	13
Objetivo de la TAR.	13
Importancia de la Adherencia al TARV.	14
Factores que influyen en la Adherencia.	15
Factores relacionados con el Individuo	16
Factores relacionados con Enfermedad	17
Factores relacionados con el Tratamiento	18
Equipo asistencial y sistema sanitario	20
Estrategia para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral.	21
VII. DISEÑO METODOLOGICO	24
7.1. Tipo de estudio	24
7.2. Área y periodo de estudio	24
7.3. Población de Estudio	24
7.4. Operacionalización de variable	26
7.5. Técnicas y Procedimientos:	37
7.6. Plan de tabulación y análisis:	38
7.7. ASPECTOS ÉTICOS:	41
VIII. ANALISIS Y DISCUSION	42
X. CONCLUSIONES	52
XI. RECOMENDACIONES	53
XII. BIBLIOGRAFIA	54

Anexo 1. Consentimiento informado.

Anexo 2. Instrumento de recolección de la información.

Anexos 3. Tablas de resultados.

Anexos 4. Gráficos de resultados.

I. INTRODUCCIÓN

La epidemia de VIH constituye uno de los principales problemas de salud pública, con repercusiones devastadoras para la humanidad en el ámbito laboral, social y económico. (MINSa - Nicaragua, 2016). En la actualidad la terapia antirretroviral ha transformado a la enfermedad de inevitablemente mortal a una enfermedad crónica con tratamiento a largo plazo y mejoría de la expectativa y la calidad de vida.

Hay varias condiciones que interfieren para que la alternativa terapéutica resulte satisfactoria y una de las condicionante es la combinación de hasta tres fármacos con acción a diferente nivel de la replicación del virus, así como otras condiciones propias del paciente que influyen en la adherencia. A pesar que la terapia antirretroviral mejora la respuesta clínica, inmunológica y viral del paciente, es sumamente necesario mantener un gran nivel de adherencia a la terapia prescrita. (Luna Buendía, 2014). Se conoce que el nivel de adherencia tiene que presentar un nivel superior del 95%, donde han demostrado asociación con una óptima supresión viral, y a un gran incremento de conteo de CD4, y bajo riesgo de progresión a SIDA clínico o muerte. (Tafur Valderrama, Ortiz, Alfaro, García Jiménez, & Faus, 2008).

Nicaragua tiene una epidemia concentrada, este tipo de epidemia brinda oportunidades importantes en el campo de la prevención y el tratamiento de las personas afectadas, en el campo de la atención integral a las personas con VIH. (MINSa - Nicaragua, 2016). La adherencia es sin embargo multidimensional e involucra no sólo los factores relacionados al individuo, la enfermedad, institucionales, de los proveedores de salud, por lo que el estudio de los factores involucrados plantea varios retos, y el diseño de estrategias para la mejoría de la adherencia de los pacientes debe ser multisectorial.

II. ANTECEDENTES

A nivel internacional

Desde su introducción en las américas el VIH-SIDA ha ido cobrando importancia y muchas vidas a medida que se va expandiendo, aunque los científicos e investigadores han tratado de esclarecer las causas de esta diseminación y a su vez idear diferentes estrategias se han presentado diferentes estudios desde sus orígenes, en el año 2009 se realizó un estudio en El Perú con el objetivo de determinar la prevalencia y los factores asociados a la no adherencia a terapia antirretroviral en adultos infectados con el VIH-sida (Alvis, y otros, 2009)

En el año 2015 en Cali Colombia se realizó un estudio para describir la adherencia a aspectos no-farmacológicos del tratamiento en personas con VIH/Sida y establecer su relación con aspectos socio-demográficos (Varela Arévalo & Hoyos Hernández, 2015)

En México en el año 2017 se realizó una evaluación de la prevalencia de adherencia terapéutica a través de indicadores biológicos y auto-informe en pacientes del servicio para la atención integral de Personas con VIH/SIDA) del Hospital General de Atizapán. (Torres Torija, Vázquez Cruz, Noguez, Jaimes Hernández, & Martín Chapa, 2017) así mismo en el año 2017 en Brasil se realizó un estudio para determinar los factores asociados y el grado de adherencia al TARGA en los pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Central PNP “Luis N. Sáenz” (Orellana Zanabria, 2017)

A nivel nacional.

En Nicaragua los estudios y la necesidad de avance han sido amplios, se han realizado un gran número de estudios e investigaciones en hospitales, escuelas y universidades relacionadas al tema, pudiendo mencionar algunos que abordan el tema de la adherencia terapéutica; en la ciudad de León en el año 2013 se realizó un estudio para 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 (Cano Juárez, 2013) En el año 2016 en Managua En el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca se estudió factores asociados a la falla virológica de pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA en terapia antirretroviral altamente activa (Tercero Guerrero, 2016) También en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, en el año 2017 se realizó un estudio para determinar los factores de riesgo asociados con la no adherencia al TAR y diseñar estrategias de intervención para alcanzar la meta del control de la infección individual y trabajar hacia las cero nuevas infecciones. (Membreño Tòrrez, 2017) En esta ocasión se realiza este estudio donde se identifican los factores asociados a la no adherencia terapéutica en el HEALF

III. JUSTIFICACION

El acceso universal a la terapia antirretroviral ha sido declarado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una emergencia sanitaria mundial.

En Nicaragua existe una política de acceso universal a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA con equipos multidisciplinarios que atienden en diferentes unidades de salud, sin embargo es evidente que la falta de adherencia terapéutica y la mayor resistencia a los antirretrovirales está relacionada con los niveles de control virológico, y esta a su vez influenciada por la calidad de vida de las PVIH asociada a múltiples factores a nivel institucional, personal o derivados del tratamiento o la enfermedad.

Nicaragua ha venido integrada a la estrategia que plantea OPS de la meta 90-90-90 que pretende encaminar hacia el cero nuevas infecciones a los países de América Latina y el mundo, esto trae retos destinados no sólo a la garantía de la terapia antirretroviral para los pacientes, sino a altos niveles de retención al cuidado y adherencia, en el Hospital se han realizado estudios previos donde la mala adherencia conduce a la falla virológica. Lo que motivo a realizar este estudio de los diferentes factores que se asocian a la mala adherencia que servirá para diseñar a nivel local estrategias para alcanzar y mantener las metas propuestas.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La adherencia al tratamiento antirretroviral es un problema multidimensional que involucra al enfermo, la enfermedad, la institución, los servicios prestados, el prestador de servicios para lograr alcanzar el control virológico en los pacientes; por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles factores están asociados a la mala adherencia de la terapia antirretroviral en pacientes con VIH-SIDA atendidos en la clínica de atención integral del Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca de Managua en el periodo de junio a diciembre del año 2017?

V. HIPÓTESIS

La hipótesis nula (Ho) a comprobar es: - ***No existe asociación entre los diferentes factores: Demográficos, condición del paciente de la institución y relacionada al tratamiento con la mala adherencia al TAR.***

Sexo, Edad, estado civil soltero, baja escolaridad, el desempleo, la religión, hábitos tóxicos (fumar, ingerir licor y consumo de marihuana), calidad de la atención médica, privacidad de la atención, tomar ARV mas de 1 año. Tomar más de dos tableta de ARV, niveles de CD4 por menores de 350 células, carga viral mayor a 20 cp. /ml

VI. OBJETIVOS

Objetivo General.

Determinar los factores asociados a la adherencia de la terapia Antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA atendidos en la clínica de atención Integral del Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca de Managua en el periodo de junio a diciembre 2017.

Objetivos Específicos:

1. Demostrar las características sociodemográficas que influyen en la adherencia antirretroviral.
2. Identificar las condiciones que presenta el paciente que influyen a la adherencia de los antirretrovirales.
3. Determinar la percepción que tienen los pacientes sobre la unidad de salud como factor a la adherencia antirretroviral.
4. Caracterizar el conocimiento sobre los antirretrovirales que tienen los pacientes como factor asociado a la adherencia.

VII. MARCO TEORICO

Concepto de adherencia terapéutica

Es parte de la respuesta esperada en un paciente para observar los resultados de su tratamiento. Es el comportamiento que puede hacer efectivo la ingesta de medicamentos y otras indicaciones médicas, como hacer dieta o practicar ejercicio físico; el paciente es quién decide en última instancia cómo y cuándo lo hará.

El término falta de adherencia se refiere al abandono o incumplimiento del tratamiento acordado entre el médico y el paciente. Sin embargo, este problema va mucho más allá. En ocasiones los médicos pueden presionar al paciente y éste aceptar para complacerles, o bien el paciente pudiera sentirse ambivalente. Las personas con VIH a menudo no se adhieren al plan de tratamiento, aún y cuando conocen de los beneficios que éste les provee por diversas razones. (MINSA - Nicaragua, 2016)

Objetivo de la TAR.

El objetivo general de la terapia antirretroviral es la supresión máxima y prolongada de la carga viral del VIH en plasma. Actualmente no es posible erradicar el VIH-1 con los tratamientos antirretrovirales actuales. Al iniciar la TAR se persigue lo siguiente:

- Supresión virológica máxima y duradera (supresión de la carga viral (CV) por el tiempo máximo posible, es decir, niveles indetectables en sangre (< 50 copias/ml)
- Reconstitución y/o preservación de la función inmunológica
- Mejoría de la calidad de vida (disminuir las infecciones oportunistas y lograr la reincorporación de la persona al entorno laboral, social y familiar).
- Reducción de la morbimortalidad asociada a la infección por VIH
- Reducir la transmisión

Teniendo como principal propósito el mejoramiento y prolongación de los años y la calidad de vida de las personas con VIH. (MINSa - Nicaragua, 2016)

Importancia de la Adherencia al TARV.

La buena adherencia al TARV es un factor decisivo para el éxito del tratamiento y la no adherencia puede tener importantes implicancias en la salud pública. Cuando comenzaron a utilizarse tres drogas en TARV, muchos investigadores creyeron inicialmente que se erradicaría completamente el virus del huésped. Sin embargo, poco tiempo después se supo que persiste replicación viral en reservorios aun cuando las cargas virales son indetectables.

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. 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.

Las características virológicas del VIH determinan que cuando existen niveles sub-terapéuticos de TARV el virus puede replicarse y desarrollar resistencia. Los datos obtenidos durante los primeros tratamientos combinados, basados en IP sin potenciar constataron que la máxima eficacia requería una adherencia prácticamente perfecta, clásicamente >95%.

Estudios recientes sugieren que con niveles menores se pueden alcanzar los objetivos terapéuticos en regímenes basados en INNTI o IP/r, especialmente en pacientes que consiguen viremias indetectables. Debe destacarse que no sólo es importante el porcentaje de dosis omitidas sino también los patrones de adhesión subóptima. Las interrupciones de tratamiento (más de dos días sin tomar ningún

fármaco) presentan mayor repercusión en la respuesta viral que la omisión ocasional de dosis. (Alvis, y otros, 2009)

Existe evidencia que muestra que entre un 20% y un 50% de pacientes bajo TARV presentan una adherencia inadecuada. Por ello, la falta de adherencia al TARV debe ser contemplada por los prestadores de salud como un problema de ineficiencia, que impide alcanzar la efectividad clínica y que puede conseguirse con los recursos disponibles para tratar la infección por el VIH. La adherencia al tratamiento no es un objetivo en sí misma, sino que lo que interesa es la eficacia terapéutica, medida por parámetros clínicos y biológicos. Relacionada con estos parámetros debe preocupar también la prevención de la aparición de cepas virales resistentes a los fármacos.

Cabe mencionar que la relación entre adherencia y desarrollo de resistencias es más compleja que la idea establecida de que “la no adherencia aumenta el riesgo de resistencias”. Se han encontrado además diferencias en función de las familias de fármacos. Virus fármaco-resistentes pueden transmitirse a otras personas durante actividades de alto riesgo, que luego puede limitar las opciones terapéuticas para otros. Dado que la adherencia a los medicamentos antirretrovirales de las personas que viven con VIH es esencial tanto para la efectividad clínica como para la salud pública, la investigación en este ámbito ha aumentado durante los últimos años. (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

Factores que influyen en la Adherencia.

En los últimos años se han publicado múltiples trabajos que estudian las variables predictoras de la adherencia, incluyendo estudios de seguimiento longitudinal con varias determinaciones de adherencia, en distintas poblaciones (niños, adolescentes) y en países del tercer mundo. 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 pueden clasificarse en tres

grandes grupos: los relacionados con el individuo, con el tratamiento y con el equipo asistencial y sistema sanitario implicados en la adherencia al tratamiento antirretroviral.

Las características señaladas son las que de forma más contundente se han relacionado con dificultad para una adherencia. Además del desconocimiento del idioma, se consideran las barreras de acceso al sistema sanitario (cultura sanitaria diferente, desconocimiento del sistema) (GESIDA/SEFH/PNS., (2015))

Factores relacionados con el Individuo

En general, las características sociodemográficas no son buenas 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 o familiar y una buena calidad de vida relacionada con la salud, han mostrado una relación más sólida con una mejor adherencia.

Según los resultados del estudio realizado por Carrieri et al., los pacientes nacidos fuera de la Unión Europea presentan unos niveles de adherencia más elevados que los nacidos dentro. Esto puede ser debido a que consideran un privilegio tener acceso gratuito a la medicación y, por tanto, están más motivados a seguir el tratamiento.

Los factores de carácter psicológico juegan un papel clave en el cumplimiento. La ansiedad, la depresión y el estrés dificultan la consecución de una adherencia adecuada. Se han hallado síntomas depresivos en más de la mitad de los pacientes al inicio del tratamiento antirretroviral, el tratamiento de la depresión se asocia a una mayor y mejor utilización de los antirretrovirales y la asociación mala adherencia y depresión se ha relacionado con una mayor mortalidad. Dada la elevada prevalencia de estas enfermedades en los pacientes con infección por VIH es necesario considerar la intervención psicológica y psiquiátrica como parte importante de la asistencia habitual.

La adicción activa a drogas y/o alcohol, frecuente en nuestro medio y potencialmente tratable, constituye una barrera importante en la consecución de una adherencia óptima.

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. 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 motivados (PNS, Documento de consenso sobre TAR en adultos infectados por VIH, Enero 2016)

Factores relacionados con Enfermedad

La infección por 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 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 col, 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. Algunos estudios sin embargo han encontrado una mayor discontinuación del TARGA en pacientes con cargas virales elevadas, quizás por no haber conseguido el control virológico, respecto a los pacientes con cargas virales bajas.

Las percepciones del personal sanitario y de los pacientes ante una patología en la que los conocimientos están en permanente cambio son importantes. Así, en los años noventa, al inicio de la monoterapia con zidovudina, las expectativas de los pacientes eran altas y la mayoría de estudios reflejaban un grado de adherencia de

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

Factores relacionados con el Tratamiento

En numerosos estudios se ha demostrado que la adherencia al tratamiento antirretroviral disminuye cuando aumenta la complejidad del mismo. En los últimos años es probable que se haya alcanzado el máximo de la sencillez en cuanto a los esquemas posológicos. En pacientes no tratados se dispone de tratamientos coformulados que permiten pautas con 2-3 comprimidos diarios administrados en 1 ó 2 tomas sin restricciones dietéticas. Sin embargo, no se han hallado diferencias significativas en la adherencia entre la administración de fármacos en 1 o en 2 tomas al día, ni en pacientes con infección VIH ni en otras patologías crónicas. Un aspecto importante del régimen terapéutico, estudiado en los últimos años, es si en caso de omisión de dosis el riesgo de fracaso virológico es similar con todas las pautas. Algunos estudios parecen demostrar que con similares niveles de adherencia el riesgo de fracaso virológico es mayor con inhibidores de proteasa no potenciados, que con IPs potenciados y con NN.

También se ha sugerido que los regímenes basados en no nucleósidos presentan menor riesgo de mala adhesión en comparación con regímenes basados en IPs. Sin embargo, resulta conveniente resaltar que, en terapia de inicio, también, se ha demostrado una relación lineal entre nivel de adhesión y efectividad, cuando el tratamiento se basa en inhibidores no nucleósidos, por cada 10 % de incremento en el

cumplimiento, se observó un 10 % de aumento en la proporción de pacientes que consiguen viremias indetectables sostenidas.

Otro aspecto a considerar, con posibles implicaciones prácticas es la relación entre la adhesión y el desarrollo de resistencias, que es más compleja que la idea establecida de que “la no adherencia aumenta el riesgo de resistencias”. Se han encontrado las siguientes diferencias en función de las familias de fármacos: en pautas basadas en IP no potenciados se puede comprobar aparición de resistencias con niveles altos de cumplimiento; por el contrario, en pautas con NN las resistencias son inusuales en los pacientes muy cumplidores, dándose en los poco adherentes o en los que se toman vacaciones terapéuticas.

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 altamente condicionada a la presencia o ausencia de alimentos en el momento de la toma. El estudio realizado por Nieuwkerk y col. mostró que el porcentaje de pacientes no adherentes aumenta considerablemente 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. En el estudio multicéntrico APROCO, los pacientes que refirieron un mayor número de síntomas tras el inicio del tratamiento con inhibidores de la proteasa presentaron, posteriormente, una peor adherencia.

Las alteraciones morfológicas son frecuentes y pueden tener importantes repercusiones psicológicas que hagan disminuir la calidad de vida del paciente y la adherencia al tratamiento antirretroviral. Varios estudios han establecido una relación estadísticamente significativa entre la percepción del paciente de los síntomas de lipodistrofia y el fracaso en el mantenimiento de la adherencia. Con el agravante de que una mejor adherencia al tratamiento antirretroviral se asocia con un mayor riesgo de lipodistrofia.

El impacto de la duración del tratamiento en la adherencia es controvertido. Mientras que algunos autores asocian la duración del TAR con una mejor adherencia, un estudio reciente relaciona la disminución del nivel de adherencia con llevar mucho tiempo en tratamiento, al igual que ocurre en otras enfermedades crónicas.

Equipo asistencial y sistema sanitario

La relación que se establece entre el equipo asistencial y el paciente es de suma importancia. La confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad son factores que influyen de manera favorable. Probablemente los factores más importantes son el suministro de una información detallada y adecuada al nivel cultural del paciente y la toma de decisiones conjuntas en un marco de confianza mutuo. Los resultados del estudio realizado por Scheneider y col. en el que se valoraban diferentes aspectos de la relación médico-paciente (estilo de comunicación general, suministro de información específica acerca de la infección por VIH, participación en la toma de decisiones, satisfacción y confianza), sugieren que la calidad de esta relación es un factor importante de intervención para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral.

Otros factores relacionados con el sistema sanitario como la accesibilidad al centro, disponibilidad de transporte, disponibilidad de guarderías y conveniencia con los horarios también pueden influir en la adherencia. (GESIDA/SEFH/PNS, 2016).

Estrategia para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral.

Las estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral se pueden resumir en tres tipos:

- Estrategias de apoyo y ayuda
- Estrategias de intervención.
- Estrategias en la pauta terapéutica.

Las estrategias deben estar dirigidas al paciente, independientemente de su nivel de adherencia, y estar centradas en la educación sanitaria, la comunicación y el apoyo psicosocial. Cada centro hospitalario debe adaptarse a su realidad asistencial según el número de pacientes que atiende, recursos de personal y servicios de apoyo.

En las estrategias de apoyo resulta fundamental la capacidad de trabajo en equipo de todos los integrantes del equipo pluridisciplinar de atención al paciente VIH: médicos, farmacéuticos, personal de 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 objetivo deseable en la atención global del paciente con VIH. Tomada la decisión de iniciar el tratamiento antirretroviral, la prescripción pasa por tres fases diferenciadas: informativa, consenso y compromiso y finalmente mantenimiento y soporte.

El profesional de enfermería desarrolla un papel esencial, con una dedicación plena a la atención integral del paciente VIH. Es muy importante que entre el equipo asistencial y el enfermo llegue a conseguirse una relación de confianza, accesibilidad, confidencialidad y flexibilidad en todo momento, este debe centrar su participación en el apoyo al paciente. Los puntos clave consisten en informar, enfatizando sobre las dudas surgidas en la consulta médica y utilizando el counselling como herramienta de trabajo, y en detectar precozmente al posible incumplidor, planificando con él.

Antes de concluir la entrevista se deberá comprobar que el paciente ha entendido las explicaciones e intentar solventarle las posibles dudas. En ese momento se debería

seleccionar un apoyo externo (familiar, pareja, etc.) próximo, que pueda servirle como refuerzo positivo y punto de apoyo, ofertándole un teléfono de contacto de la consulta para resolver cualquier tipo de duda y poder trasladar al facultativo aquellas situaciones que requieran una atención prioritaria. La falta de adherencia en numerosos pacientes puede atribuirse a problemas emocionales, directa o indirectamente relacionados con la enfermedad en sí misma. Al tratarse de una enfermedad asintomática durante largos períodos, algunas personas infectadas por VIH presentan una escasa percepción de su condición de enfermos y esto puede manifestarse en un cuidado insuficiente o inadecuado de su salud.

El psicólogo puede intervenir para que el paciente realice un adecuado proceso de adaptación a la enfermedad a través de las distintas situaciones que se presenten, desde el momento inicial del diagnóstico hasta el inicio del tratamiento antirretroviral, con los sucesivos cambios que vayan apareciendo. El manejo de los efectos adversos de la medicación y su repercusión en el estado emocional y calidad de vida de los pacientes, la incorporación de los hábitos de salud a la vida cotidiana, la relación con familia y entorno, entre otras, son áreas susceptibles de intervención psicológica.

En cuanto al psiquiatra, su intervención será fundamental cuando se diagnostique patología psiquiátrica asociada o no a la enfermedad que requiera control farmacológico. Los pacientes psiquiátricos que no están debidamente controlados no podrán alcanzar ni mantener la necesaria adherencia al tratamiento. El entorno familiar y social es también de suma importancia en la problemática del VIH. En algunos estudios aleatorizados se ha demostrado que algunas intervenciones mejoran la adherencia, pero sin lograr cambios en el control virológico. Otro estudio aleatorizado observó que las llamadas telefónicas recordatorias mejoraban la adherencia sin observarse mejorías significativas ni en la adherencia ni en la evolución virológica.

Probablemente la intervención que ha demostrado mayor eficacia ha sido el soporte a la adhesión interpersonal estructurado, en el que personal sanitario específicamente entrenado emplea estrategias individualizadas para mejorar la adherencia. En este estudio aleatorizado, que incluyó a 928 pacientes, no sólo se

observó mejoría en la adhesión, sino también en la evolución inmunológica y virológica en el grupo de intervención.

En relación a la evaluación de intervenciones concretas para mejorar la adhesión resulta necesario considerar cuestiones metodológicas, fundamentalmente el tipo de intervención en el grupo control, debido a que las recomendaciones para mejorar este aspecto del tratamiento, forman parte en mayor o menor medida, en la práctica clínica habitual del seguimiento del paciente con infección VIH. (GESIDA/SEFH/PNS).

VIII. DISEÑO METODOLOGICO

7.1. Tipo de estudio

Analítico, observacional, prospectivo, longitudinal. Estudio de Cohortes

7.2. Área y periodo de estudio

Este estudio se realizó de junio a diciembre 2017 en la clínica de atención integral de los pacientes que viven con VIH-SIDA de Hospital escuela de referencia nacional Antonio Lenin Fonseca de Managua ubicado en la zona occidental de la capital.

7.3. Población de Estudio

Fueron todos los pacientes que se atendieron durante el periodo, existiendo 420 pacientes en terapia antirretroviral, que para fines de investigación esta se considera el universo poblacional. (Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, 2017).

Muestra.

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula para población finita, la cual es la siguiente:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2_x (N-1) + Z^2_x p \times q}$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra a calcular.

N= Población finita, para nuestro estudio fue 420 pacientes viviendo con VIH.

Z= Desviación estándar que corresponde al intervalo de confianza deseado, así para un 95% el valor de Z es 1.96.

p= A la proporción de casos con característica similares a estudiar, se le asignó un valor del 50% porque no existe un estudio preliminar previo al igual en el hospital.

q= El complemento de p donde $p + q = 1$ por tanto $q = 0.5$

d= Se refiere a la precisión deseada en un estudio y deseamos una precisión de 5% que es igual a 0.05.

Sustituyendo valores:

$$N = \frac{420 \times (3.84) \times (0.5) \times (0.5)}{(0.05)^2 \times 419 + (1.96)^2 \times (0.5) \times (0.5)} = \frac{403.2}{2.0079}$$

n= 200 pacientes fueron incluidos en el estudio.

Muestreo

Del total de pacientes a estudiar se incluyen en los resultados 199 por eliminar una entrevista de un paciente que no cumplió todos los criterios de inclusión, los individuos del estudio fueron consultados de manera aleatoria, posteriormente se revisaron las pruebas mencionadas. Resultando que fue incluido el 47,38% de los 420 pacientes para el periodo en estudio.

Unidad de análisis

Fueron las entrevistas formuladas recolectada directamente de los pacientes que después de la explicación del estudio voluntariamente accedieron a brindar información.

Criterio de inclusión

Se incluyeron todos los pacientes que permitieron y dieron su consentimiento informado mayores de 16 años de ambos sexos que en cualquier momento durante el periodo de estudio que aleatoriamente se le pidió llenar una entrevista estructurada.

- Pacientes activos atendidos en la clínica de atención integral del HEALF
- Que tengan diagnóstico de VIH-SIDA según algoritmo nacional.
- Que tengan al menos dos recuentos de CD4 y carga viral
- Que reciban terapia antirretroviral
- Que tengan al menos 6 meses en tratamiento.
- Que acepten participar en el estudio.

Criterio de exclusión:

- Pacientes que recibían tratamiento en otra unidad hospitalaria.
- Pacientes embarazadas con VIH/SIDA que se trasladen a otra unidad de salud.
- Pacientes que demuestre alteraciones mentales que dificulte brindar información
- Los que en el transcurso de la entrevista desistieron de dar información.

7.4. Operacionalización de variable

Variable	Concepto	indicador	Escala/valor
Objetivo 1.			
Sexo	Apariencia fenotípica que diferencia al hombre de la mujer. Y como se siente la persona entrevistada	Según registro en el instrumento de recolección de la información	Femenino Masculino

Edad	Tiempo transcurridos en años desde el nacimiento hasta el momento investigado del paciente	Según registro en el instrumento de recolección de la información menor de 40(16 a 20 años,21 a 39) mayor de 40 (40 a 59, 60 y +)	Menor de 40 años Mayor de 40años
Estado Civil	Estado socialmente establecido en relación a la convivencia individual en relación a otra	Según registro en el instrumento de recolección de la información soltero(Viuda/o Divorciado/a Soltero/a) Acompañado(Casado/a Acompañado/a)	Soltero acompañado
Escolaridad	Nivel educativo formal que logro alcanzar el individuo hasta en el momento de su existencia	Según registro en el instrumento de recolección de la información Baja: Analfabeto Lee y Escribe Primaria . Alto: Secundaria, universitario, profesional)	Escolaridad baja Escolaridad alta

Ocupación	Desempeño productivo remunerado o no establecido por un orden social	Según registro en el instrumento de recolección de la información Desempleado(Desempleado) Empleado (Ama de casa, Comerciante Agricultor, Maestro Albañil, Estilista, Profesional, Otras)	Desempleado Empleado
Religión	Afiliación de grupos sobre de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano	Según registro en el instrumento de recolección de la información Católica (católico). Protestantes(Evangélico, Testigo de Jehová, Ninguna Otra)	Católico Protestantes
Objetivo 2.			
Condiciones del pacientes	Todo lo relacionado a los aspectos de su personalidad condición como vive y a su entorno social y familiar que tiene el pacientes que	Sabe porque toman el tratamiento que le dan. Sabén que enfermedad es la tiene	No (0 punto) Si (1 punto) veces (0.5 punto)

	permitirán adherirse o no la terapia antirretroviral	Tienen dificultad para tomar todos los días su tratamiento	No (1 punto) Si (0 punto) veces (0.5 punto)
		Se le olvida tomar los ARV	
		No quiere tomarlo ARV	No (0 punto) Si (1 punto) veces (0.5 punto)
		Considera que cuando está bien no necesita tomar las medicina	No (0 punto) Si (1 punto) veces (0.5 punto)
		El tratamiento que toma le impide estar bien y hacer sus cosas diría	No (1 punto) Si (0 punto) veces (0.5 punto)
		Siente que es muchas pastillas y le cansa	
		Siente que el tratamiento que toma diario le ha cambiado su forma de ser	

		Desde que toma el tratamiento a cambiado algo de lo que hacía ante.	
		Sienten que es más importante tomar el tratamiento y por eso ha cambiado para estar bien	No (0 punto) Si (1 punto) veces (0.5 punto)
		Necesitan que le ayuden para tomar diario el tratamiento Ya sabe que el tratamiento le puede causar otros malestares	No (1 punto) Si (0 punto) veces (0.5 punto)
		Tienen que cuidar todas las medicinas que le dan en un lugar seguro	No (0 punto) Si (1 punto) veces (0.5 punto)
		El medicamento lo esconde, para que no se lo vean	No (1 punto) Si (0 punto)

			veces (0.5 punto)
		El medicamento lo esconde, para que no se le pierda, no se le daña	No (0 punto) Si (1 punto) veces (0.5 punto)
		Casi siempre se sienten abandonado por todos Vienen a escondida al hospital Además de VIH tiene problema en los pulmones, azúcar, la presión u otras	No (1 punto) Si (0 punto) veces (0.5 punto)
Hábitos tóxicos		fuman y sigue fumando Toman licor y siempre lo hace Usan droga y siempre la sigue usando	No (1 punto) Si (0 punto) veces (0.5 punto)

Objetivo 3.			
Percepción de las condiciones que son atendidos	Todas las condiciones como las estructura los proceso y resultados para brindarle atención a los paciente que viven con VIH como son percibido para influir en su adherencia	Accesibilidad	
		Qué medio de transporte utiliza,)	Caminando Bus Taxi Vehículo propio Otro
		Cuánto tiempo de toma llegar a su consulta médica	Tiempo en minutos
		Relacionado a la institución	
		El lugar donde lo atienden le permite explicar algún problema que tiene El lugar donde usted espera para ser atendidos es tranquilo	No (0 punto) Si (1 punto) veces (0.5 punto)
		Le da vergüenza esperar donde todos esperan ser atendidos	No (1 punto) Si (0 punto) veces (0.5 punto)

		Relacionado a la personal que labora	
		<p>Observa que su expediente clínico no lo ve cualquier persona</p> <p>Relación personal con el personal que atiende, seguridad, privacidad, comodidad.</p> <p>Observa las personas que colaboran para que su expediente este en la clínica son los mismo</p> <p>Siente que las personas que lo atiende siempre son colaboradores</p> <p>Siempre le explican que hacer</p> <p>Siempre que llega le toman el pulso la presión y la temperatura</p>	<p>No (0 punto) Si (1 punto) veces (0.5 punto)</p> <p>No (0 punto) Si (1 punto) veces (0.5 punto)</p>

		<p>Siempre que le toman muestra de sangre le explican para que es</p> <p>Usted siente que toda la persona que le atiende están interesado en su salud</p> <p>El médico que atiende le explica sencillamente</p> <p>Comprende siempre las recomendaciones del medico</p> <p>Observan que lo valoran para saber si no tienen otras enfermedades agregada</p> <p>Le envían hacer frecuentemente las cargas virales y los CD4</p>	
--	--	---	--

		<p>Les explican los resultados de los exámenes</p> <p>Le escriben bien las recetas que las puede leer</p> <p>Se despide el personal de salud y explican la próxima cita</p> <p>Le dan completo el tratamiento siempre</p> <p>Si necesita cambiarle el medicamento le dan otro y siempre le explican el cambio</p> <p>Cuando es necesario que lo vea otro médico como el de los dientes, el siquiatra o psicólogo se lo orienta y lo hacen.</p>	<p>No (0 punto) Si (1 punto) veces (0.5 punto)</p>
		<p>Considera que la atención en general es de alta calidad</p>	<p>No (0 punto) Si (1 punto) veces (0.5 punto)</p>

Objetivo 4.			
Conocimiento que tiene a los antiretrovirales	Idea generales que le ayudan a reconocer y hacer consiente el interés de tomar los antirretrovirales	<p>Sabe cómo le indicaron tomar la medicina.</p> <p>Sabe la importancia de no dejarla de usar</p> <p>Sabe la forma como la va a tomar</p> <p>Sabe con qué si o con que no deben de tomar la medicina</p> <p>Identifican los medicamentos que toman correctamente</p> <p>Conocen la frecuencia de tomarlo</p> <p>Sabes algo sobre las reacciones adversas</p>	<p>Si</p> <p>No</p> <p>Si</p> <p>No</p> <p>Si</p> <p>No</p>
Tiempo consumo de los antiretrovirales	Periodo de tiempo desde que el paciente consume medicina que influye en la producción de más virus	Según registro en el instrumento de recolección de la información	<p>Menos de 1 año</p> <p>Mayores a 1 año</p>

Número de tabletas de ARV que consume	Terapia antirretroviral Instaurada al momento del ingreso para tratar a los pacientes con VIH/SIDA.	Según registro en el instrumento de recolección de la información	1 tableta (Atripla) 2 o más tabletas
Medición de las Carga virales y CD4	Parámetro cuantificables en sangres para reconocer el nivel de mejoría de los pacientes y sinónimo de medición de la adherencia antirretroviral	Registro de resultados que se en los expedientes	CD4 >350 CD4 <350 CV >20 CV <20

7.5. Técnicas y Procedimientos:

Se solicitó el permiso a la dirección del hospital para realizar el estudio y se le pedio el consentimiento informado a cada paciente que fue elegido para el estudio. La recolección de la información la realizo el mismo investigador.

Fuente de información

Fue primaria; recolectada de los mismos pacientes entrevistados que se encuentren en el área de espera de la consulta. Para las cargas virales y CD4 fue secundaria de los registro de pacientes en el sistema nacional de seguimiento para pacientes con VIH.

Método e Instrumento de recolección de la información.

Para cumplir con los objetivos del estudio se formuló un instrumento de recolección de la información basado en las recomendaciones indicada según la guía

de terapia antirretroviral del ministerio de salud 2016 y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud del año 2016. El instrumento contiene preguntas con respuestas estructuradas en su mayoría cerradas sobre datos sociodemográficos del paciente, las condiciones individuales de cada paciente y su percepción sobre las condiciones en que son atendidos y por último el conocimiento general sobre los antirretrovirales. Para validar el instrumento se entrevistaron 10 pacientes para una prueba piloto y que estos respondieran las preguntas, estos pacientes no se incluyeron en el estudio, y se hicieron las modificaciones al instrumento antes de aplicarlo.

7.6. Plan de tabulación y análisis:

Una vez que se obtuvo la información mediante el instrumento de recolección de la información, se trabajó en computadora HP, se elaboró base de datos en el programa SPSS 21.0 para Windows, que son los indicadores propuesto para evaluar la adherencia; de las 49 preguntas a evaluar, la primera parte que comprende 22 preguntas corresponde a los datos del paciente estando cinco escritas de manera positiva y 17 formuladas de manera negativa; mientras que la segunda que corresponde a los indicadores asistenciales de salud comprende 23 preguntas de estas 20 elaboradas de forma positiva y tres formuladas de manera negativa y en la tercera parte que son los elementos de los fármacos hay cuatro preguntas, todas formuladas de manera positiva. Teniendo cada una el valor de 1 punto al ser contestada adecuadamente, posterior a este se realizó una regla de tres para identificar el porcentaje de cumplimiento en relación a todas las preguntas que de manera satisfactoria fueron contestadas. El punto de corte para hablar de adherencia se estableció más de 90.0%, dividiendo la población de estudios en dos cohortes adherentes y no adherentes posteriormente se analizaron los diferentes factores asociados con tablas de contingencia,

Tablas de contingencia de adherencia con Características sociodemográficas: Edad, Sexo escolaridad, Estado Civil, ocupación, religión.

Tablas de contingencia de adherencia en relación condiciones del paciente: hábitos tóxicos

Tablas de contingencia de adherencia en relación a la institución: calidad de la atención, privacidad a la atención.,

Tablas de contingencia de adherencia en relación al tratamiento: Tiempo de consumo de ARV, y Número de tabletas de ARV que consume

Tablas de contingencia de adherencia en relación al estado inmunológico y virológico; Carga virales y CD4

La información se presenta en estadística descriptiva y tablas de contingencia para el cálculo del riesgo relativo e intervalos de confianza, con la realización de pruebas de validez como la prueba valor de p, fue realizada con un intervalo de confianza de 95%, y luego se elaboró un documento en Word 2015 donde se realizó análisis y discusión de las tablas presentación de resultados y recomendaciones, que finalmente se trabajó en power point para la presentación de los principales hallazgos.

Para el cálculo de los factores de riesgo: se utilizó el Riesgo relativo que mide la fuerza de la asociación entre la exposición y la enfermedad (factor y la mala adherencia), este indica la probabilidad de que se desarrolle la enfermedad en los expuestos a un factor de riesgo en relación al grupo de los no expuestos. Su cálculo se estima dividiendo la incidencia de la enfermedad en los expuestos (I_e) entre la incidencia de la enfermedad en los no expuestos (I_o).

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos) pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción.

Todas las pruebas de p, fueron realizadas con un intervalo de confianza de 95%, esto se interpreta que para el 95% de las posibles muestras que se pudiesen tomar de una misma población, el 95% de estas presentarían estadísticos comprendidos en los intervalos de confianza calculados, en este caso el 95% de las muestras presentaría

RR entre a y b, siendo a el límite mínimo y b el límite máximo de los posibles valores que el RR pueda tomar. Asimismo, se sabe que entre mayor sea el tamaño muestral más pequeño será el intervalo, y en consecuencia más precisa será la estimación del RR real.

La segunda información que aporta el intervalo de confianza de un RR tiene relación con su significación estadística. Imaginemos que a partir de una muestra de 100 sujetos se calcula un RR = 1.4, (intervalo de confianza 95% 0.5-3.7). Su interpretación es la siguiente: si se repitiera el estudio utilizando múltiples muestras de 100 sujetos, 95% de ellas presentaría un RR entre 0.5 y 3.7. Cuando un intervalo de confianza 95% incluye el valor del "no efecto" (OR = 1.0), aceptamos que el RR "real" (poblacional) pudiese ser 1.0, por consiguiente, decimos que la asociación en estudio no es estadísticamente significativa (como ocurre en este ejemplo). Por el contrario, cuando un intervalo de confianza 95% excluye el valor del "no efecto", descartamos que el RR "real" (poblacional) pudiese ser 1.0, por consiguiente, decimos que la asociación en estudio es estadísticamente significativa. No obstante, lo anterior, es importante precisar un concepto: un RR estadísticamente significativo no necesariamente es biológica o clínicamente relevante, y viceversa.

Es frecuente preguntarse lo siguiente respecto al RR: ¿Siempre la RR es superior a 1?, ¿Qué sucede cuando la RR es inferior a 1?, Si la RR de un evento es superior a 1, aquel es muy probable que suceda, la RR de un evento con posibilidades que suceda puede llegar al infinito. Mientras que, si la RR es menor de 1, el chance es que el evento no se producirá. Cuando esto último sucede se interpreta como que el factor de exposición es un protector. Otra interrogante común es ¿Cómo interpretar la RR cuando el IC95 % incluye el 1?, cuando esto sucede se dice que hay dualidad, es decir, habrá individuos protegidos y sujetos en riesgo del evento, el azar juega papel predominante, sin duda alguna no existirá una asociación estadísticamente significativa, a un nivel de 5 %.

Asumiendo que el estudio tiene la menor cantidad de sesgo posible, se puede concluir que cuando la RR es mayor de 1 y su IC95 % no incluye al 1, la asociación es positiva entre la exposición y el evento a un nivel de significación de 5 % (la posibilidad de exposición es mayor en los expuestos que en los no expuestos, lo que indica que el factor de exposición se constituye en un factor de riesgo para la enfermedad). Si la RR es menor de 1 con un IC95 % que no incluya al 1, la interpretación es que existe una asociación negativa (factor protector) entre exposición y el evento a nivel de significación de 5 % (la posibilidad de exposición es más pequeño en los expuestos que en los no expuestos).

7.7. Aspectos éticos:

Se tomó información que es de utilidad para el estudio bajo el consentimiento informado, no se emitió juicio particular del paciente, toda la información se analizó como un grupo de persona que tienen un problema en común, la información se mantiene en anonimato y confidencialidad sobre los nombres de los pacientes y personal médico tratante que ellos mencionen.

La entrevista y uso de la información se mantiene bajo la jurisdicción de la Ley 820, ley de protección y promoción de los derechos humanos de las PVIH de la República de Nicaragua.

La información se da a conocer en la misma institución para que médicos y el personal gerencial, conozcan el comportamiento de este servicio que se brinda a la población.

X. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

El estudio fue realizado en pacientes de la Clínica de atención integral a PVIH que fueron entrevistados, presentando los resultados de un total de 199 pacientes incluidos. Una vez entrevistados los pacientes se tomaron los puntajes de cada pregunta teniendo cada una el valor de 1 punto al ser contestada adecuadamente (ver tabla 1 y tabla2), posterior a este se realizó una regla de tres para identificar el porcentaje de cumplimiento de todas las preguntas que de manera satisfactoria fueron contestadas. El punto de corte para hablar de adherencia se estableció en más de 90.0%, dividiendo la población de estudio en dos cohortes, adherentes y no adherentes posteriormente estudiaron los diferentes factores asociados para tratar de establecer cuáles de ellos guardan relación con la mala adherencia, pues como hemos señalado previamente uno de los factores más importantes para tener niveles terapéuticos adecuados de fármacos antirretrovirales es la adherencia terapéutica y de esa manera disminuir la posibilidad de fracaso terapéutico logrando el control de la infección por VIH y trabajando hacia la meta 90/90/90 que ha sido planteada por la OPS para América Latina y por la OMS a nivel mundial.

De los pacientes incluidos, el 86.4% (172) se catalogaron como adherentes y un 13.5% (27) no adherentes, (ver tabla 3) con esto se alcanza 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 por lo menos el 80% de los pacientes en TAR de un programa, mantengan una adherencia \geq al 95%.

Una vez establecida esta división se estudiaron los diferentes factores de asociados que han sido establecidos en literaturas consultadas, se utilizaron tablas de contingencia y se calcularon estadísticos como valor de p para determinar la significancia estadística de los datos y el cálculo de Riesgo Relativo e intervalo de confianza, para establecer la asociación de riesgo o protección entre los factores estudiados.

En relación a la variable sexo se encontró un mayor porcentaje del sexo masculino con el 68.8%(137) y un 31.2%(62) del sexo femenino, en la cohorte no adherente existe un predominio del sexo femenino con un 51.8%(14), sin embargo en la cohorte adherente existe un predominio del sexo masculino con un 79.6% (124)(ver tabla 4) encontrando para esta variable un **RR: 1.85 (IC: 1.20-2.87) p: 0.013** lo que significa que los pacientes del sexo femenino presentan 1.85 veces más probabilidades de ser no adherente con asociación estadística significativa rechazando así la hipótesis nula (Ho) de independencia de las variables.

Difiere con el estudio realizado en Perú por **Alvis y Col.** en el año 2009 donde se encontró 64,1% eran varones no adherentes al TAR. Estos resultados podrían deberse a la asimetría en los dos grupos (masculino y femenino)

Para la variable edad se agruparon en dos (menores de 40 años y mayores de 40 años), observando que los menores de 40 años predominan en un 65.8%(131) sobre un 34,2%(68) de los mayores de 40 años, encontrando que en ambas cohortes (adherente y no adherente) existe un predominio del primer grupo con un 66%(113) y un 66.66%(18) respectivamente relacionando un **RR: 1.01 (IC:0.76-1.35) p: 0.90** por lo que no se puede establecer una asociación ni rechazar ya que no existe asociación estadísticamente significativa entre la edad y la no adherencia(Ver tabla No.5) esto difiere con estudio realizado en Cali Colombia en el año 2015 por Varela y Hoyo. Quienes encontraron una edad promedio de 40,7 años (DE=9,6), El 52% eran mayores de 40 años,

Se ha encontrado que los pacientes más jóvenes constituyen un grupo de edad con alto riesgo de mala adherencia sin embargo no se puede establecer en este estudio y deberá mantenerse la recomendación previa de hacer grupos de apoyo mutua que sean heterogéneos.

En relación al estado civil se agruparon en acompañados y solteros encontrando que existe un predominio de los que refieren estar solteros con un

79,5%(158) y un 20.5%(41) estaban acompañados. Al evaluar ambas cohortes (adherente y no adherente) se observó mayor frecuencia de solteros en ambas cohortes con un 79.5%(136) y un 81.5%(22) respectivamente, con un **RR 1,03(IC: 0.84-1.25) P 0.77** por lo que según los estadísticos no se puede definir una asociación ni rechazar ya no que existe asociación estadísticamente significativa entre el estado civil soltero y la no adherencia. (Ver tabla No.6). 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.

Es probable que el estar soltero o acompañado no tenga relación con otros sentimientos dirigidos a la autoestima y al auto cuidado que se pueden ver potenciados independiente del estado civil y que si pueden estar relacionados a la adherencia.

Al evaluar la variable escolaridad se agruparon en dos, escolaridad alta (secundaria, universitarios) y baja (analfabeta, alfabetizado y primaria). Encontramos en mayor frecuencia de encuestados con escolaridad alta con un 67.8%(135) en comparación al 32.2%(64) que tenía escolaridad bajo, Al evaluar ambas cohortes (adherente y no adherente) se observó mayor frecuencia de pacientes con escolaridad alta con 68%(117) y un 67%(18) respectivamente. Con un **RR 0.9 (IC: 0,73- 1.30) p: 0.88** por lo que en vista del valor de p y los intervalos de confianza no se puede asociar ni rechazar ya que no existe asociación estadísticamente significativa entre la escolaridad y la no adherencia (Ver tabla No.7). 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.

En cuanto a la ocupación esta variable se dividió en dos grupos empleados y desempleados se encontró un mayor porcentaje que refirió estar empleado con un 92.4%(184) y tan solo un 7.6%(15) desempleado. Al evaluar ambas cohortes (adherente y no adherente) se observó mayor frecuencia de pacientes eran empleado con un 89,2% (158) y un 96.2%(26) respectivamente con un **RR: 1.04 (IC: 0.62 – 3.32) P: 0.41** por lo que el riesgo relativo no se puede definir una asociación ni rechazar ya que existe no asociación estadísticamente significativa entre la ocupación y la no adherencia. (Ver tabla 8) esto difiere de un estudio realizado en HEALF-Managua por Membreño, Torres en el año 2017 que evidencio que los pacientes que no tengan empleo tiene una probabilidad de 19.32 veces más de ser no adherentes.

Pese a que la OMS (2012) incluye dentro de los factores de mala adherencia la pobreza y los resultados podrían ir en la línea de algunos hallazgos de países como África, donde la pobreza es extrema y los índices de infección son altos, se han puesto en duda que la situación de pobreza esté necesariamente asociada a la mala adherencia sabemos que el problema de desempleo afecta no sólo a individuos enfermos de VIH, también a la población general por lo que en este estudio no se ve una relación estadística significativa.

Al evaluar la religión esta se dividió en dos católicos y protestantes encontramos que el 81%(161) son de religión católica y que un 19%(38) son protestantes, se observa que de los no adherentes 89%(23) son católicos encontrado un **RR: 1.06 (IC: 0,89 – 1.26) p 0.54** por lo que no se puede definir una asociación ni rechazar ya que no existe asociación estadísticamente significativa entre la religión y la no adherencia.(Ver tabla 9) en los estudios realizados no se encontró evidencia de estudio que mencionen una religión específica como riesgo, en ambos grupos adherentes y no adherentes la mayoría son católicos, esto por ser la religión que más se práctica en Nicaragua.

En relación a las condiciones del paciente (saben que enfermedad es la tiene, Saben de la importancia de no dejar de usar el medicamento, Quieren tomar el medicamento, Sabe cómo le indicaron tomar la medicina, saben que el tratamiento le puede causar otros malestares,) se observa un porcentaje de respuesta afirmativa

tanto los pacientes adherentes como no adherentes en un 100%(199) (ver tabla 10) por lo que no puede realizar asociaciones estadísticas.

Al evaluar la variable hábitos tóxicos se decidió dividir en tres grupos y ver su comportamiento de manera individual como: fumar, consumir licor y consumo de drogas(marihuana) encontramos que el 10.5% (21) son fumadores y 89.5%(178) no fuman, en la cohorte de los no adherentes se observó que un 37%(10) son fumadores con un **RR:5.79 (IC: 2,72-12.31) P: 0.000001** esto evidencia que un individuo que fume tiene una probabilidad 5,6 veces más de ser no adherente siendo estadísticamente significativo rechazando la Ho (hipótesis nula) (independencia de las variables).(ver tabla 11)

En el grupo de consumo de licor encontramos 12%(24) que consumen licor y un 88%(175) no consume licor, en el grupo de los no adherente se observó que un 44% (12) consume licor con un **RR: 6.37 (IC: 3.19-12.69) p: 0.0001** esto evidencia que un individuo que ingiere licor tiene una probabilidad 6.37 veces más de ser no adherente en comparación con los que no consumen licor siendo estadísticamente significativo, rechazando la Ho (hipótesis nula) (independencia de las variables). (Ver tabla11).

En el tercer grupo , el que consumen drogas, se observó que el 7,5%(15) lo hacen (marihuana) y 92.5%(184) no lo hacen, en el grupo de los no adherentes se observó que el 18.5% (5) consumen drogas con un **RR: 3.18 (IC: 1.17-8.60) p: 0.20** por lo que aunque el riesgo relativo es mayor a uno y el intervalo de confianza no contiene la unidad el valor de p es mayor a 0.05 por lo que no existe asociación estadísticamente significativa, entre el consumo de drogas y la no adherencia.(ver tabla 11) siendo semejante al 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.

En cuanto a la percepción que tienen los pacientes sobre la unidad este se dividió en dos grupos, el que tiene que ver directamente con la atención al paciente y el que tiene que ver con la infraestructura y las condiciones en la CAI; En relación a las condiciones en las que son atendidos, se observa un porcentaje de respuesta afirmativa entre el 93 y el 100%, predominando el 100% en la atención con calidez por parte del personal de salud, un 93% siempre le explican que hacer, 96.5% realiza un buen manejo y uso adecuado del expediente clínico y recetas médicas.(ver tabla 12).

Con respecto a la calidad de atención médica se dividió en dos, los que consideraban de alta calidad la atención médica y los que no, encontrando que, 93.5%(186) dicen que si es de alta calidad, superior a un 6.5%(13) que refiere que no lo es. Al valorar las cohortes (adherente y no adherente) se observó mayor frecuencia de pacientes que refieren recibir atención de alta calidad con un 95% (163) y un 85%(23) respectivamente en ambas cohorte, con un **RR:2.83 (IC: 0.93-8.54) P: 0.061** por lo que no se puede definir una asociación ni rechazar ya que no existe asociación estadísticamente significativa entre la percepción de la calidad de la atención médica y la no adherencia.(ver tabla 13) 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 mal trato con asociación estadística. Los resultados actuales pueden estar relacionados a que de forma general la percepción de la calidad es alta en ambos grupos, por ende los factores que definen la no adherencia se separan en esta, hacia los propios del individuo y no de la atención, quizás por la insistencia en la mejoría de la calidad después de los resultados de Membreño.

Se puede observar que la relación médico paciente en CAI es adecuada, esto se debe a las estrategias dirigidas en pro de la adherencia como se mencionó

previamente y los talleres de sensibilización constante que se realizan en la unidad, se ha logrado además brindar atención diaria sin horarios reducidos, se ha logrado más tiempo de consultas aumentando el número de médicos y se han diseñado algoritmos de triage para que los pacientes que están muy enfermos no esperen mucho tiempo en la sala de espera.

En cuanto a la percepción de la infraestructura en el área que fueron atendidos los pacientes (CAI) el 85.9% refiere que el área donde es atendido, le permite explicar algún problema, el 93% considera que el lugar de espera de atención es tranquilo y que no les avergüenza esperar donde todos esperan, en un 94%(ver tabla 14). En relación a la privacidad y/o exposición de su atención 86%(172), dicen que si hay privacidad y 14% (28) refieren que no hay privacidad, al valorar las cohortes (adherente y no adherente) se observó mayor frecuencia de pacientes que refieren, que hay privacidad con un 89% (153) y un 70,3%(19) respectivamente con un **RR:3.01 (IC: 1,58-5.96) P: 0.002** encontrando que, un individuo que considera que no hay privacidad en la atención médica, presenta una probabilidad de 3.01 veces más, de ser no adherente al ARV, siendo estadísticamente significativo, rechazando la Ho (hipótesis nula) de independencia de las variables.(ver tabla 15)

Los ambientes donde se realizan las consultas son de suma importancia, ya que permite realizar una buena anamnesis, para realizar una buena historia clínica y examen físico completo. Una infraestructura no adecuada afecta la atención al momento de la consulta por la falta de privacidad por lo que se debe realizar mejoras en la CAI para brindar áreas con privacidad y mejorar la atención y manejo por el equipo multidisciplinario. Estas mejoras se han señalado previamente en los informes de gestión y en el estudio de Membreño y de hecho se van a echar a andar a partir del mes de Marzo 2018.

En cuanto a la variable tiempo de consumo de los antirretrovirales, se dividió en dos grupos, los que toman medicamento mayor a un año y menor a un año, se encontró un porcentaje de 86%(171) en mayor a un año y tan solo un 14%(28) que

consumen medicamento ARV menos de un año, al valorar las cohortes (adherente y no adherente) se observó mayor frecuencia de pacientes que tienen más de un año de tomar ARV, un 86% (148) y un 85.1%(23) respectivamente, encontrando un **RR: 0.99 (IC: 0.83 – 1.17) P: 0.90** por lo que no se puede definir una asociación ni rechazar ya que no existe asociación estadísticamente significativa entre el Tiempo de consumo de los antirretrovirales y la no adherencia (Ver tabla 16), estudios realizados difieren como el de Alvis y Col. 2009 en Perú que plantea que tener mayor tiempo en tratamiento tiene una probabilidad de 1.04 veces más riesgo de no ser adherente (OR 1,04, IC95% 1,02 a 1,07). Es probable que eso se asocie a la alta adherencia al ARV dentro de los estudiados.

El cuanto al número de tabletas de ARV esta variable se dividió en dos grupos, el grupo de los que toman una tableta y el de los que toman dos o más de dos tabletas, aquí se encontró un mayor porcentaje 85.5%(170) en el grupo de pacientes que toman una tableta y un 14,5%(29) toman dos o más de 2 tabletas. En el grupo de no adherente los que tuvieron mayor porcentaje fueron los que tomaban 1 tableta 92.5%(25) en similitud con el grupo de adherente donde el mayor porcentaje lo obtuvieron los que tomaban 1 tableta, con 84.3%,(170) con un **RR 1,08(0,97-1,24 (p: 0.25)** por lo que no se puede definir una asociación ni rechazar ya que no existe asociación estadísticamente significativa entre el número de tabletas de ARV que consume y la no adherencia (Ver tabla 17) esto en contraste con el estudio realizado en HEALF-Managua por Membreño Torres en el año 2017, 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 es probable que hayan estado recibiendo consejería intensificada en adherencia y este tema se discuta ampliamente en sus consultas.

Al evaluar la variable nivel de células CD4, 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 % (90) se encontraba con menos de 350 células CD4 y un 55% (109) tenían conteo superior a los 350 CD4. Al valorar las cohortes (adherente y no adherente) se observó mayor frecuencia de pacientes que tienen más 350 con un 54% (93) y un 59% (16) respectivamente, con un **RR de 0.88 (IC: 0.54-1,43) p: 0.41** por lo que no se puede definir una asociación ni rechazar ya que no existe asociación estadísticamente significativa entre la cantidad de células CD4 y la no adherencia (ver tabla 18) esto difiere del estudio realizado por Membreño, Torres en el año 2017 que evidenció que los individuos con menos de 350 células tienen 4.49 veces más probabilidad de ser no adherentes.

Es importante señalar que el grado de enfermedad (inmunosupresión) o la presencia de falla inmunológica pueden estar relación directa con el conteo de CD4, no así con la adherencia según significancia estadística, ya que es un valor que puede favorecer la adherencia como factor predictivo positivo de mejoría al paciente.

Al evaluar la carga viral se realizó una división de esta variable entre los que tenían menos de 20 cp./ml y los que tenían más de 20 cp./ml encontrando un 60% (120) de pacientes que se encontraba con menos de 20 cp./ml y un 40% (79) mayor a 20cp/ml. En el grupo no adherente los que tuvieron mayor porcentaje fueron los que estaban menos a 20 cp. /ml con un 66.5% (18), (ver tabla 19) Se encontró un **RR de 0.52 IC: (0.69- 0,72) p: 0.46**, por lo que aunque el riesgo relativo es menor a uno y el intervalo de confianza no contiene la unidad, no se puede definir una asociación ni rechazar ya que no existe asociación estadísticamente significativa entre la carga viral y la no adherencia.

La carga viral no debe ser tomada solo como un factor para medir la no adherencia ya que se considera que puede tener una relación con la prescripción del TAR, resistencia virológica, pues habrá un grupo de pacientes que aunque sea adherente puede tener cargas virales detectables o elevadas y relacionarse con resistencia, por lo que ésta debe vigilarse como marcador clínico de control de infección y no sólo de adherencia.

Las actitudes y creencias de los pacientes respecto a la medicación, la enfermedad y el equipo asistencial se han mencionado como 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. 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. Las adicciones como se plantea en este estudio pueden interferir en la adherencia y por ende en el control de la infección.

XI. CONCLUSIONES

1. El 86.4% de los entrevistados presentan adherencia del 90% o más.
2. En relación a los factores relacionados a la 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.
3. 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 tableta de ARV, niveles de CD4 por menores de 350 células, carga viral mayor a 20 cp./ml.

XII. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud:

1. Fortalecimiento de equipos multidisciplinarios de atención integral a PVIH que incluyan el Psicólogo para el apoyo de la consejería intensificada en adherencia.
2. Realización de protocolo de atención de PVIH que pueda brindar herramientas de apoyo dirigido a la adherencia (consejería intensificada en adherencia)

A la Clínica de atención integral a PVIH.

1. Mejoras en relación a la privacidad de los pacientes que hacen uso de la atención de seguimiento en la clínica permitiendo que el paciente tenga la posibilidad de expresarse y demostrar siempre empatía.
2. Establecer grupos de ayuda mutua dirigidos, a pacientes con adicciones como tabaquismo, alcohol y drogas que son factores encontrados de mala adherencia.
3. Monitoreo de la falla virológica de forma activa a través de la carga viral y consejería intensificada en adherencia (estrategias OMS) para identificar candidatos con posible resistencia a los ARV.
4. Realizar grupos de ayuda mutua dirigidos a mujeres, para identificar causas dentro de esta población relacionadas a la mala adherencia, con el involucramiento de ONG como asociaciones dirigidas a este grupo de población, ya que en los últimos años se ha trabajado con el apoyo a PEPFAR (poblaciones vulnerables) de las que se excluyó a las mujeres como un grupo de riesgo. Quizás con el apoyo de Red de mujeres contra la violencia, REDTRASEX u otras ONG este apoyo sería más dirigido.

XII. BIBLIOGRAFIA

- 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*. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.
- Alianza de pacientes ORG. (15 de 11 de 2011). <http://www.alianzadepacientes.org/agp/pdfdocs/GACETAMEDICAN399PAG28-DIAADHERENCIATRATAMIENTO.pdf>. Obtenido de <http://www.alianzadepacientes.org/agp/pdfdocs/GACETAMEDICAN399PAG28-DIAADHERENCIATRATAMIENTO.pdf>.
- Alvis, Ó., De Coll1, L., Chumbimune, L., Díaz, C., Díaz, J., & Reyes, M. (2009). *Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-sida*. Lima: Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos,
- 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.
- Cano, A. (21 de 7 de 2017). El VIH en Nicaragua se hace más resistente a los antirretrovirales, advierte OMS. (I. Munguía Argeñal, Entrevistador)
- Forero Villalobos, J., Hurtado Castillo, Y., & Barrios Araya, S. (2017). *Factores que influyen en la adherencia al tratamiento del paciente en diálisis peritoneal*. Santiago: Universidad Católica de Santiago. Chile.
- GESIDA/SEFH/PNS. (2015). *para mejorar la Adherencia al tratamiento Antirretroviral*. Madrid: GESIDA/SEFH/PNS.

- Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca. (2017). *Registro de seguimiento de pacientes que viven con El VIH*. Managua: MINSa.
- Luna Buendía, V. A. (2014). *Importancia del apoyo familiar en la Adherencia Terapéutica de pacientes con VIH/SIDA del H.G.Z. N°. 53. LOS REYES. I.M.S.S. Toluca: Universidad Nacional Autónoma del Estado de México.*
- 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.
- Orellana Zanabria, G. E. (2017). *Factores asociados en relación a la adherencia al TARGA en los pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Central PNP "Luis N. Sáenz" en los meses de octubre a diciembre del 2015.* Lima: Universidad de Ricardo Palma.
- 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.
- PNS, G. (ENERO 2016). Documento de consenso sobre TAR en adultos infectados por VIH.
- Tafur Valderrama, E., Ortiz, C., Alfaro, C. O., García Jiménez, E., & Faus, M. J. (2008). *Adaptación del "Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH) para su uso en Perú.* Barcelona: Molecular. L'Hospitalet, Barcelona, Spain.
- Tercero Guerrero, M. L. (2016). *Situación Viroológica e Inmunológica y los Factores Asociados de Falla Viroológica de los Pacientes con Diagnostico VIH/SIDA en*

terapia antirretroviral altamente activa en el Hospital “Antonio Lenin Fonseca” entre enero 2009 a noviembre 2014. Managua: UNAN - Managua.

Torres Torija, C. S., Vázquez Cruz, G., Noguez Noguez, S., Jaimes Hernández, A. C., & Martín Chapa, M. I. (2017). *Indicadores de adherencia al tratamiento antirretroviral de una población mexicana VIH+*. Iztacala: Universidad Nacional Autónoma de México.

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: Pontificia Universidad Javeriana. .

XIII. ANEXOS

Hoja de Consentimiento Informado
Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua
UNAN – MANAGUA

Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca.

“Determinar los factores asociados a la adherencia de la terapia antiretroviral a pacientes atendidos en la clínica de atención integral. Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca. Managua. Junio a diciembre del año 2017.”

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

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. Altamirano residentes del último año de medicina interna del Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca. 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

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

**Instrumento de Recolección de la información
Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua
UNAN – MANAGUA**

Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca.

“Determinar los factores asociados a la adherencia de la terapia antiretroviral a pacientes atendidos en la clínica de atención integral. Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca. Managua. junio a diciembre del año 2017.”

Nota: la información será recolectada por el mismo investigador de los expedientes clínicos y de la entrevista al paciente.

CODIGO DEL PACIENTE _____

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

SEXO: Como se siente: Hombre ____ Mujer ____

¿Cuántos años tienes? _____

Usted está, Casado/a ____ Acompañado/a ____ Divorciado/a ____ Viudo/a ____

Usted Estudio si __no __ Hasta que nivel llego estudiando. Solo lee y escribe ____ Primaria ____ Secundaria ____ Universidad ____

¿En que trabaja? _____ Que profesión tiene? _____

¿De qué religión es? Católico ____ Evangélico ____ Testigo de Jehová ____ Ninguna ____ Otra _____

CONDICIÓN DEL PACIENTE. Marque con X la que Ud. considere.

Preguntas	Si	No	A veces
Usted sabe porque toma el tratamiento que le dan.			
Usted sabe que enfermedad es la tiene			
Usted tiene dificultad para tomar todos los días su tratamiento			
Se le olvida			
No quiere tomarlo			
Considera que cuando está bien no necesita tomar las medicina			
El tratamiento que toma le impide estar bien y hacer sus cosas diría			
Siente que es muchas pastilla y le cansa			
Siente que el tratamiento que toma diario le ha cambiado su forma de ser			
Desde que toma el tratamiento a cambiado algo de lo que hacía ante.			
Usted siente que es más importante tomar el tratamiento y por eso ha cambiado para estar bien			
Usted necesita que le ayuden para tomar diario el tratamiento			
Usted ya sabe que el tratamiento le puede causar otros malestares			
Sabe que tiene que cuidar todas las medicinas que le dan en un lugar seguro			
El medicamento lo esconde, para que no se lo vean			
El medicamento lo esconde, para que no se le pierda, no se le dañe			
Casi siempre se siente abandonado por todos			
Viene a escondida al hospital			
Usted fuma y sigue fumando			
Usted toma licor y siempre lo hace			
Usted usa droga y siempre la sigue usando			
Además de VIH tiene problema en los pulmones, azúcar, la presión u otras			

PERCEPCIÓN DE LA CONDICIÓN EN QUE SON ATENDIDOS. Marque según lo que usted cree.

De qué forma llega Uds. a la cita. (Qué medio de transporte utiliza)

Caminando En Taxi
 En Bus En Vehículo Propio

¿Cuánto tiempo de toma llegar a su consulta médica, utilizando el medio de transporte que menciona antes? _____ minuto. Esta forma de llegar a su cita no lo desanima. Si ___ no ___

Relacionado a la institución y el personal que labora. Usted observa que pasa lo siguiente:

Preguntas	SI	NO	A veces
Observa que su expediente clínico no lo ve cualquier persona.			
Observa al personal que colaboran para que su expediente este en la clínica son los mismo?			
Siente que las personas que lo atiende siempre son colaboradores			
Siempre le explican que hacer			
El lugar donde lo atienden le permite explicar algún problema que tiene			
El lugar donde usted espera para ser atendidos es tranquilo			
Le da vergüenza esperar donde todos esperan ser atendidos			
Siempre que llega le toman el pulso la presión y la temperatura			
Siempre que le toman muestra de sangre le explican para que es			
Usted siente que todo el persona que le atiende están interesado en su salud			
El médico que atiende le explica sencillamente			
Comprende siempre las recomendaciones del medico			
Observan que lo valorar para saber si no tienen otras enfermedad agregada			
Le envían hacer frecuentemente las cargas virales y los CD4			
Les explican los resultados de los exámenes			
Le escriben bien la recetas que las puede leer			
Se despide el personal de salud y explican la próxima cita			
Le la farmacia le explicar delante de todos lo que toma y como lo toma			
Le dan completo el tratamiento siempre			
Si necesita cambiarle el medicamento le dan otro y siempre le explican el cambio			
Cuando es necesario que lo vea otro médico como el de los dientes, el siquiatra o psicólogo se lo orienta y lo hacen.			
Considera que la atención es buena si ___ no ___			
Considera que hay privacidad en a consulta si ___ no ___			

CONOCIMIENTO EN RELACIÓN A LOS MEDICAMENTOS ARV. Señale lo preguntado

Sabe cómo le indicaron tomar la medicina. Si ___ no ___ y la importancia de no dejarla de usar si ___ no ___ y la forma como la va a tomar si ___ no ___ Sabe con qué si o con que no deben de tomar la medicina si ___ no ___

CD4 _____ CV _____ Ultimas muestras
 ¿Desde cuándo toma los antiretrovirales? _____

Cuál de estos medicamentos antiretroviral toma. Señale con una X

UNA (ATRIPLA) TRES (DUOVIR+ EFAVIRENZ U OTRA)
 DOS (TRUVADA+ EFAVIRENZ U OTRA) CUATRO(KALETRA+ EFAVIRENZ U OTRA)

Cada cuanto lo toma. _____

Conoce de cada uno de ellos, cuáles le dan molestia. Si ___ no ___

Tabla 1.

Condicionante de los pacientes para la adherencia de la terapia antiretroviral atendidos en la clínica de atención integral. Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca. Managua. Junio a diciembre del año 2017.”

n=199

Preguntas	Respuesta	
	Si	no
Usted sabe porque toma el tratamiento que le dan.	199 (100)	-
Usted sabe que enfermedad es la tiene	199 (100)	-
Usted tiene dificultad para tomar todos los días su tratamiento	2 (1.0)	197 (99)
Se le olvida	6 (3.0)	193 (97)
No quiere tomarlo	199 (100)	-
Considera que cuando está bien no necesita tomar las medicina	-	199 (100)
El tratamiento que toma le impide estar bien y hacer sus cosas diría	15 (7.5)	184 (92.5)
Siente que es muchas pastilla y le cansa	26 (13.1)	173 (86.9)
Siente que el tratamiento que toma diario le ha cambiado su forma de ser	16 (8.0)	183 (92.0)
Desde que toma el tratamiento a cambiado algo de lo que hacía ante.	20 (10.1)	179 (89.9)
Usted siente que es más importante tomar el tratamiento y por eso ha cambiado para estar bien	199 (100.0)	-
Usted necesita que le ayuden para tomar diario el tratamiento	-	199 (100.0)
Usted ya sabe que el tratamiento le puede causar otros malestares	199 (100.0)	-
Sabe que tiene que cuidar todas las medicinas que le dan en un lugar seguro	199 (100.0)	-
El medicamento lo esconde, para que no se lo vean	2 (1.0)	197 (99.0)
El medicamento lo esconde, para que no se le pierda, no se le dañe	190 (95.0)	9 (4.5)
Casi siempre se siente abandonado por todos	-	199 (100.0)
Viene a escondida al hospital	-	199 (100.0)
Usted fuma y sigue fumando	21 (10.6)	178 (89.4)
Usted toma licor y siempre lo hace	24 (12.1)	175 (87.9)
Usted usa droga y siempre la sigue usando	15 (7.5)	184 (92.5)
Además de VIH tiene problema en los pulmones, azúcar, la presión u otras	18 (9.0)	181 (91.0)

Fuente: primaria entrevista a los pacientes

Tabla 2.

Percepción de las condiciones en las que son atendidos los pacientes para la adherencia de la terapia antiretroviral atendidos en la clínica de atención integral. Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca. Managua. Junio a diciembre del año 2017.”

n=199

Preguntas	Respuesta	
	SI	NO
Observa que su expediente clínico no lo ve cualquier persona.	192 (96.5)	7 (3.5)
Observa al personal que colaboran para que su expediente este en la clínica son los mismo?	199 (100)	-
Siente que las personas que lo atiende siempre son colaboradores	199 (100.0)	-
Siempre le explican que hacer	186 (93.5)	13 (6.5)
El lugar donde lo atienden le permite explicar algún problema que tiene	171 (85.9)	28 (14.1)
El lugar donde usted espera para ser atendidos es tranquilo	185 (93.0)	14 (7.0)
Le da vergüenza esperar donde todos esperan ser atendidos	187 (94.0)	12 (6.0)
Siempre que llega le toman el pulso la presión y la temperatura	199 (100.0)	-
Siempre que le toman muestra de sangre le explican para que es	186 (93.5)	13 (6.5)
Usted siente que todo el persona que le atiende están interesado en su salud	190 (95.5)	9 (4.5)
El médico que atiende le explica sencillamente	196 (98.6)	3 (1.5)
Comprende siempre las recomendaciones del medico	199 (100.0)	-
Observan que lo valoran para saber si no tienen otras enfermedad agregada	199 (100.0)	-
Le envían hacer frecuentemente las cargas virales y los CD4	199 (100.0)	-
Les explican los resultados de los exámenes	199 (100.0)	-
Le escriben bien la recetas que las puede leer	190 (95.5)	9 (4.5)
Se despide el personal de salud y explican la próxima cita	199 (100.0)	-
La de farmacia le explicar delante de todos lo que toma y como lo toma	187 (94.0)	12 (6.0)
Le dan completo el tratamiento siempre	199 (100.0)	-
Si necesita cambiarle el medicamento le dan otro y siempre le explican el cambio	199 (100.0)	-
Cuando es necesario que lo vea otro médico como el de los dientes, el siquiatra o psicólogo se lo orienta y lo hacen.	199 (100.0)	-

Fuente: primaria entrevista a los pacientes

TABLA. 3

Distribución de frecuencia de adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH atendidos en la clínica de atención integral. Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca. Managua. Junio a diciembre del año 2017.”

n=199

Característica de los pacientes		
Adherente	172	86.4%
No adherentes	27	13.6%
TOTAL	199	100%

Fuente: primaria entrevista a los pacientes

Tabla 4

Distribución de la adherencia según el sexo de los pacientes con VIH atendidos en la clínica de atención integral. Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca. Managua. Junio a diciembre del año 2017.”

n=199

Sexo	Adherencia			(IC:1.20-2.87)	
	No Adherente	Adherente	Total	RR	Valor de P
Femenino	14	48	62(31.2%)	1.86	0.013
Masculino	13	124	137(68.8%)	0.66	
Total	27(13.6%)	172(86.4%)	199(100%)		

Fuente: primaria entrevista a los pacientes

Tabla 5

Distribución de la adherencia según la edad de los pacientes con VIH atendidos en la clínica de atención integral. Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca. Managua. Junio a diciembre del año 2017.”

n=199

EDAD	Adherencia			IC:0.76-135	
	No Adherente	Adherente	Total	RR	Valor de P
Menor de 40 años	18	113	131(65.8%)	1.015	0.90
Mayor de 40 años	9	59	68(34.2%)	0.97	
Total	27(13.6%)	172(86.4%)	199(100%)		

Fuente: primaria entrevista a los pacientes

Tabla 6

Distribución de la adherencia según estado civil de los pacientes con VIH atendidos en la clínica de atención integral. Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca. Managua. Junio a diciembre del año 2017.”

n=199

Estado Civil	Adherencia			IC: 0.84 -1.25	
	No Adherente	Adherente	Total	RR	Valor de P
Soltero	22	136	158(79.5%)	1.03	0.77
Acompañado	5	36	41(20.5%)	0.88	
Total	27(13,6)	172(86.4%)	199(100)		

Fuente: primaria entrevista a los pacientes

Tabla 7

Distribución de la adherencia según escolaridad de los pacientes con VIH atendidos en la clínica de atención integral. Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca. Managua. Junio a diciembre del año 2017.”

escolaridad	Adherencia			IC:0,73- 1.30	
	No Adherente	Adherente	Total	RR	Valor de P
Bajo nivel escolar	9	55	64(32%)	1.042	0.88
Alto nivel escolar	18	117	135(68%)	0.98	
Total	27(13.6%)	172(86.4%)	199(100%)		

n=199

Fuente: primaria entrevista a los pacientes

Tabla 8

Distribución de la adherencia según ocupación de los pacientes con VIH atendidos en la clínica de atención integral. Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca. Managua. Junio a diciembre del año 2017.”

Ocupación	Adherencia			IC: 0.62 – 3.32	
	No Adherente	Adherente	Total	RR	Valor de P
Desempleado	1	14	15(7,6%)	0.45	0.41
Empleado	26	158	184(92.2%)	1.04	
Total	27(13.6%)	172(86.4%)	199(100%)		

n=199

Fuente: primaria entrevista a los pacientes

Tabla 9

Distribución de la adherencia según religión de los pacientes con VIH atendidos en la clínica de atención integral. Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca. Managua. Junio a diciembre del año 2017.”

n=199

Religión	Adherencia			IC: 0.89 -1.26	
	No Adherente	Adherente	Total	RR	Valor de P
Católico	23	138	161(81%)	1.06	0.54
Protestante	4	34	38(19)	0.74	
Total	27(13.6%)	172(86.4%)	199(100%)		

Fuente: primaria entrevista a los pacientes

Tabla 10.

Condiciones del pacientes para la adherencia de la terapia antiretroviral atendidos en la clínica de atención integral. Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca. Managua. Junio a diciembre del año 2017.”

n=199

Preguntas	Repuesta	
	Si	No
Sabe cómo le indicaron tomar la medicina	199 (100)	-
Saben de la importancia de no dejar de usar el medicamento	199 (100)	-
No quiere tomarlo	199 (100)	-
Sabe con qué si o con que no deben de tomar la medicina	199 (100)	-
Conoce de cada uno de ellos, cuáles le dan molestia	199 (100)	-

Fuente: primaria entrevista a los pacientes

Tabla 11.

Distribución de la adherencia según hábitos tóxicos de los pacientes con VIH atendidos en la clínica de atención integral. Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca. Managua. Junio a diciembre del año 2017.”

n=199

Hábitos tóxicos	Adherencia		Total	RR	Valor de P
	No Adherente	Adherente			
Si fuma	10	11	21	5.79	0.000001
No fuma	17	161	178	0.63	
total	27	172	199	IC: 2,72-12.31	
Consume licor	12	12	24	6.37	0.0001
No consume licor	15	160	175	0.59	
Total	27	172		IC: 3.19-12.69	
Consume drogas(marihuana)	5	10	15	3.18	0.20
No consume drogas(marihuana)	22	162	184	0.86	
total	27	172		IC: 1.17-8.60	

Fuente: primaria entrevista a los pacientes

Tabla 12

Percepción de las condiciones en las que son atendidos los pacientes para la adherencia de la terapia antiretroviral atendidos en la clínica de atención integral. Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca. Managua. Junio a diciembre del año 2017.”

n=199

preguntas	Repuesta	
	Si	No
Observa que su expediente clínico no lo ve cualquier persona.	192 (96.5)	7 (3.5)
Observa al personal que colaboran para que su expediente este en la clínica son los mismo?	199 (100)	-
Siempre le explican que hacer	186 (93.5)	13 (6.5)
Le escriben bien la recetas que las puede leer	190 (95.5)	9 (4.5)

Fuente: primaria entrevista a los pacientes

Tabla 13

Distribución de la adherencia según calidad de la atención de los pacientes con VIH atendidos en la clínica de atención integral. Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca. Managua. Junio a diciembre del año 2017.”

n=199

Religión	Adherencia			IC: 0.93- 8.55	
	No Adherente	Adherente	Total	RR	Valor de P
No alta calidad	4	9	13(81%)	2.83	0.61
Si alta calidad	23	163	186(93.5)	0.89	
Total	27(13.6%)	172(86.4%)	199(100%)		

Fuente: primaria entrevista a los pacientes

Tabla 14.

Percepción de las condiciones en la infraestructura en el área son atendidos los pacientes para la adherencia de la terapia antiretroviral atendidos en la clínica de atención integral. Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca. Managua. junio a diciembre del año 2017.”

n=199

Preguntas	Respuesta	
	SI	NO
El lugar donde lo atienden le permite explicar algún problema que tiene	171 (85.9)	28 (14.1)
El lugar donde usted espera para ser atendidos es tranquilo	185 (93.0)	14 (7.0)
Le da vergüenza esperar donde todos esperan ser atendidos	187 (94.0)	12 (6.0)

Fuente: primaria entrevista a los pacientes

Tabla 15

Percepción de las condiciones en la privacidad en el área son atendidos los pacientes para la adherencia de la terapia antiretroviral atendidos en la clínica de atención integral. Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca. Managua. Junio a diciembre del año 2017.”

n=199

Religión	Adherencia			IC: 1.58 -5.96	
	No Adherente	Adherente	Total	RR	Valor de P
No hay privacidad	9	18	28(81%)	3.01	0.002
Si hay privacidad	19	153	171(93.5)	0.74	
Total	27(13.6%)	172(86.4%)	199(100%)		

Fuente: primaria entrevista a los pacientes

Tabla 16

Distribución de la adherencia según Tiempo de consumo de los antiretrovirales de los pacientes con VIH atendidos en la clínica de atención integral. Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca. Managua. Junio a diciembre del año 2017.”

n=199

Tiempo en TARA	Adherencia			IC: 0.83 – 1.17	
	No Adherente	Adherente	Total	RR	Valor de P
Mayor de 1 año	23	148	171(86%%)	0.99	0.90
Menor de 1 año	4	23	28(14%)	1.06	
Total	27(13.6%)	172(86.4%)	199(100%)		

Fuente: primaria entrevista a los pacientes

Tabla 17

Distribución de la adherencia según número de tabletas de ARV de los pacientes con VIH atendidos en la clínica de atención integral. Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca. Managua. Junio a diciembre del año 2017.”

número de tabletas de ARV	Adherencia			IC 0.97-1.24	
	No Adherente	Adherente	Total	RR	Valor de P
1 tableta (Atripla)	25	145	170(85.5%)	1.09	0.25
2 o más tabletas	2	27)	29(14,5%)	0.47	
Total	27(13.6%)	172(86.4%)	199(100%)		

Fuente: primaria entrevista a los pacientes

Tabla 18

Distribución de la adherencia según nivel de células CD4 de los pacientes con VIH atendidos en la clínica de atención integral. Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca. Managua. Junio a diciembre del año 2017.”

nivel de células CD4	Adherencia			IC: 0.54-1.43	
	No Adherente	Adherente	Total	RR	Valor de P
<350	11	79	90(45%)	0.88	0.61
>350	16	93	109(55%)	1.09	
Total	27(13.6%)	172(86.4%)	199(100%)		

Fuentes; secundaria expediente clínico

Tabla 19

Distribución de la adherencia según carga viral de los pacientes con VIH atendidos en la clínica de atención integral. Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca. Managua. Junio a diciembre del año 2017

CARGA VIRAL	Adherencia			IC: 0.89-1.62	
	No Adherente	Adherente	Total	RR	Valor de P
<20	18	102	120	0.52	0.46
>20	9	70	79	1,99	
Total	27(13.6%)	172(86.4%)	199(100%)		

Fuentes; secundaria expediente clínico