

**Universidad Nacional Autónoma de Honduras
Facultad de Ciencias Médicas
Departamento de Salud Pública
Maestría en Epidemiología**



**Factores asociados a la no adherencia al
tratamiento antirretroviral en adultos con
VIH/Sida atendidos en Servicios de Atención
Integral, Distrito Central. Marzo 2017**

**Presentada por Yisela Iveth Martínez Alvarado
Previo a la obtención del Título
Máster en Epidemiología**

Asesor metodológico: Dr. Gustavo Urbina

Tegucigalpa M.D.C. Noviembre 2017

Autoridades de la UNAH y de la Facultad de Ciencias de la Salud

**Rector
Francisco José Herrera Alvarado, MSC**

**Secretario General
Abogada Enma Virginia Rivera**

**Directora de Investigación Científica y Posgrados
Dra. Leticia Salomón**

**Decano de la Facultad de Ciencias Médicas
Dr. Marco Tulio Medina**

**Secretario de la Facultad de Ciencias Médicas
Dr. Jorge Alberto Valle**

**Coordinador General de Posgrados de la Facultad de Ciencias de la Salud
Dr. Octavio Sánchez**

**Coordinador de la maestría en epidemiología
Dr. Mario Rene Mejía**

**Jefe del Departamento de Salud Pública
Ana Lourdes Cardona, MD**

Dedicatoria

Dedico esta tesis a **Dios**, quien me ha dado la vida y la oportunidad de ser su hija, de permitirme este regalo al cumplir el sueño de ser epidemióloga.

A mis padres **Carlos Humberto Martínez, Seidy Noeri Alvarado**, por haberme inculcado el amor y la fe en Dios, la perseverancia y dedicación a lo que me proponga.

A mi familia, que me acompaña en todo momento con su amor y oraciones.

A mis amigos, hermanos en Cristo, quienes en este trayecto han bendecido mi vida y han elevado oraciones a Dios para que todo fuera según su voluntad y en el momento oportuno.

Agradecimiento

Agradezco a la Secretaria de Salud por brindarme la oportunidad de estudiar tan fascinante disciplina científica de la medicina, Dra. Karina Silva quien me brindo el apoyo para matricular la maestría a mi mentora Dra. Edith Rodríguez, quien con su valioso apoyo y empeño logramos salir adelante con los tiempos, a mis asesores Dr. Gustavo Urbina y Dra. María Félix Rivera, maestros por compartir conocimientos durante los años de estudio, mi madre, padre, hermana, hermanos, compañeros de trabajo y maestría que me dieron palabras de ánimo y me acompañaron en todo el proceso, a los proveedores de salud de los servicios de atención integral donde se realizó el estudio por abrir las puertas, a la Dra. Sayda Pejuán y Carlos Henríquez quienes apoyaron coordinando con los estudiantes de la carrera de odontología para las entrevistas, a toda persona que colaboro contestando el cuestionario.

Siglas y Abreviaturas

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SESAL: Secretaria de Salud

CDC: Centros de Control de Enfermedades

MNS: Modelo Nacional de Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

SAI: Servicios de Atención Integral

PVV: Persona Viviendo con VIH

TAR: Tratamiento antirretroviral

TARV: Terapia Antirretroviral

TARGA: Tratamiento antirretroviral de gran actividad

CV: Carga Viral

CD4: Linfocitos T-CD4

HSH: Hombre que tiene Sexo con Hombres

VICITS: Vigilancia Centinela Infecciones de Transmisión Sexual

QD: dosificación de medicamentos para referirse a una vez al día

SMAQ: Simplified Medication Adherence Questionnaire

Tabla de contenido

III. Resumen Ejecutivo	7
IV. Introducción	8
V. Planteamiento del Problema	10
V.1. Formulación del problema	10
V.2. Definición del problema	11
V.3. Delimitación del problema	12
VI. Justificación del problema	13
VII. Objetivos de la Investigación.....	15
Factores asociados a la no adherencia	23
Factores de la persona	24
Depresión entre las personas que viven con el VIH	27
Apoyo a la alimentación y la nutrición.....	28
Estigma y discriminación	29
Factores de medicamentos.....	31
Los Medicamentos Anti-VIH y los Riñones	33
Factores del Proveedor de salud	33
Factores del Sistema de Salud	36
IX. Hipótesis.....	38
X. Operativización de las Variables.....	39
XI. Metodología	41
XI.1 Tipo de Estudio.....	41
XI.4. Criterios de Inclusión y exclusión	45
XI.5. Procedimientos.....	46
Etapa de recolección de datos.....	48
XI.6 Recursos Humanos y materiales.....	49
XI.7. Consideraciones éticas y consentimiento informado.....	49
XVI. Bibliografía.....	73
XVII. Anexos.....	77
Consentimiento Informado.....	77

III. Resumen Ejecutivo

Objetivo: Determinar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en adultos infectados con VIH/Sida, atendidos en cuatro Servicios de Atención Integral del Municipio del Distrito Central, en el año 2017

Material y Métodos: Estudio tipo encuesta transversal analítica. Con una muestra de 206 personas con VIH/Sida en cuatro de los establecimientos de salud. Se utilizó el cuestionario de adherencia al tratamiento para el VIH/Sida SMAQ y preguntas adjuntas al cuestionario, para indagar en los factores que están asociados a la no adherencia. **Resultados** el 19.4% de las personas no son adherentes al tratamiento farmacológico en relación a los cuatro SAI, al clasificar la prevalencia por conglomerado; SAI Hospital Escuela Universitario 20.79% de los cuales el 52.38% son mujeres, SAI Instituto Cardiopulmonar 27.08% representando la mayor prevalencia de no adherencia siendo el 69.23% hombres, ambos establecimientos del segundo nivel de atención. Alonso Suazo y Carrizal ambos establecimientos de primer nivel de atención 10.53% de prevalencia a no adherencia 50.00% hombres y mujeres. El análisis de los factores socio-demográficos relacionados con la adherencia, muestra que tienen menor oportunidad de estar adheridos las personas de 20 a 49 años. **Conclusiones** La no adherencia al tratamiento antirretroviral es alta si consideramos solamente la indicación farmacológica, si bien es más grave en menores de 50 años. Los resultados muestran que es necesario realizar intervenciones que mejoren la adherencia no-farmacológica ya que el fumar o consumir alcohol y se debe contribuir al control de la infección por medio del cumplimiento de las indicaciones, para disminuir el riesgo enfermar, morir, y las cuales deben implementarse en todas las personas diagnosticadas, el 72.50% de las personas no cuenta con dinero suficiente para trasladarse

Palabras Clave: No Adherencia, tratamiento Antirretroviral

IV. Introducción

Las actividades de prevención del VIH de los Centros de Control de Enfermedades (CDC) en las últimas dos décadas, han estado destinadas a ayudar a las personas que no estaban infectadas con el VIH, pero con alto riesgo de contraer el virus, a promover conductas que las mantengan alejadas del VIH. A pesar de estos esfuerzos, se calcula que el número de nuevas infecciones de VIH permanece estable y que el número de personas que viven con el VIH sigue aumentando.¹

En Honduras, la no adherencia al tratamiento se considera según el manual de atención integral al adulto y adolescente con VIH como el no cumplimiento de la toma del tratamiento en el tiempo y dosis correctas es decir con una dosis no tomada es no adherente, se clasifican como abandono puntual, esporádico, reincidente y total cuando llega a 90 días.²

En la investigación se planteó que el no ser adherente al tratamiento contribuye al riesgo de enfermar y morir rápidamente además de desarrollar resistencia a los fármacos utilizados en los esquemas de tratamiento del país, lo que genera un mayor aumento al presupuesto de salud al ser difícil el acceso a los fármacos a utilizar. Para ello se analizaron los factores asociados a la no adherencia como ser: factores relacionados a las personas, medicamentos, proveedores de salud, sistema de salud.

Esta investigación busco establecer cuáles son los factores asociados a la no adherencia del tratamiento antirretroviral, de las personas VIH/SIDA que asisten a los servicios de atención integral en cuatro establecimientos de salud que están ubicados en el distrito central; dos establecimientos de primer nivel de atención, Dr. Alonso Suazo y Carrizal y dos de segundo nivel Instituto Cardio-pulmonar y Hospital Escuela Universitario, clasificando para ello en el cuestionario a aplicar en cuatro etapas relacionadas con datos socio demográficos, epidemiológicos, sistema de salud.

El abordaje de esta temática es sumamente importante para aportar a la adecuada respuesta del paciente ante la adherencia de la terapia antirretroviral para obtener respuestas positivas en la disminución de la carga viral y el aumento de CD4, y al conocimiento de los establecimientos donde se realizó el estudio para toma de decisiones oportunas enfocando la planificación de problemáticas puntuales.

Como país, se están dando pasos importantes que el sistema de información actualmente se tiene muchas limitantes ya que las bases de datos de las personas VIH/SIDA son únicamente para cada establecimiento no es general, por lo que no se conoce si al no regresar un paciente al establecimiento donde le estoy brindando terapia antirretroviral decidió abandonar la terapia o busco otro establecimiento por diferentes razones, muchas veces se desconoce si esta fallecido.

El curso clínico de la infección por VIH, no solo está condicionado por las características de los virus infectantes, sino también por aspectos psicosociales. De hecho, cuando las personas afectadas conocen el diagnóstico son muchas las situaciones que deben afrontar para mantener su bienestar o para desacelerar su deterioro físico y mental, en función de su desarrollo e historia de vida.³

Una vez se diagnostica el VIH, la persona realiza atribuciones subjetivas sobre la etiología, el pronóstico y el tratamiento; puede percibir el VIH/SIDA como un evento estresante, un reto, amenaza, pérdida o castigo, orientando así su comportamiento. Aunque no existe un único curso de comportamiento, generalmente se presentan cuatro etapas del duelo ante el diagnóstico por VIH/SIDA: shock, anhelo, desorganización y desesperanza, y reorganización.

Algunos autores han encontrado diferencias de género en este proceso, especialmente, en las mujeres se han reportado más alteraciones emocionales y

menor percepción de apoyo social que en los hombres no obstante, quienes alcanzan la reorganización tienen mayores probabilidades de afrontar positivamente la enfermedad y adherirse al tratamiento. ³

Los resultados más relevantes son los no adherentes estaban entre las edades de 20 a 49 años en 75%, de los cuales 55% eran hombres y 42% mujeres, el 27.50% cursaron secundaria completa, solteros el 50%, trabajan 55%, el ingreso económico el 50.00% menor del salario mínimo (Lps.8,448.40), 50.00% refirió no contar con el dinero suficiente para traslado al SAI, 35% de la población fumaba, 55% consumo de alcohol, el 82% asistió a sus citas médicas, 50% presento efectos adversos los de mayor relevancia dolor de cabeza y trastornos del sueño.

V. Planteamiento del Problema

En Honduras, desde la aparición del primer caso de VIH, el curso de la infección ha sido constante, en la actualidad el país ocupa el quinto lugar del continente americano de la problemática de VIH y es el segundo más afectado a nivel centroamericano, por lo que el impacto en el ámbito de salud y en el desarrollo humano en general, obligan a brindar respuestas que contribuyan a aminorarlos.²

La no adherencia es una problemática el cumplimiento optimo como país es 100% adherencia, para disminuir el riesgo de resistencia al ARV.

V.1. Formulación del problema

A través de este estudio se logró entrevistar la población que asiste a los establecimientos de salud: Instituto Nacional Cardiopulmonar, Hospital Escuela Universitario, Alonso Suazo, Carrizal, prestan servicios de salud según lineamientos de la Secretaria de Salud (SESAL). Los usuarios de estos establecimientos que asistieron a los Servicios de Atención Integral (SAI) fueron entrevistados para realizar la investigación, por la No adherencia al tratamiento antirretroviral y los factores que contribuyen para que se presente este problema que inciden en ella; un tema poco investigado en el país .Se indagan los

hallazgos en la SESAL para la toma de acciones o implementación de estrategias que permitan el abordaje de la problemática.

V.2. Definición del problema

La adherencia al tratamiento antirretroviral constituye uno de los pilares de la cascada del continuo de atención, el cual ayuda a identificar la reducción de carga viral y el aumento de células CD4 permitiendo a la persona con VIH/SIDA mejorar la calidad de vida.

El no ser adherente al tratamiento contribuye al riesgo de enfermar y/o morir rápidamente además de desarrollar resistencia a los fármacos utilizados en los esquemas de tratamiento del país, lo que genera un mayor aumento al presupuesto de salud al ser difícil el acceso a los fármacos a utilizar. Los factores que influyen en la adherencia al TAR han suscitado múltiples investigaciones, aceptándose hoy en día su clasificación en cuatro grandes grupos: los relacionados con: el individuo, el tratamiento, equipo asistencial y sistema sanitario.

Entre las directrices de los principales organismos reguladores del VIH/Sida está la de intentar favorecer la adherencia de las personas viviendo con VIH incidiendo en la modificación de sus factores determinantes. Uno de los factores que influye negativamente en la adherencia es la complejidad del tratamiento antirretroviral.

Actualmente entre las estrategias para mejorar la adherencia al TAR, se recomienda la simplificación de los regímenes terapéuticos e individualización según los hábitos y las necesidades de la persona viviendo con VIH; de esta forma se intenta conseguir que la toma de medicación constituya una más de las rutinas diarias. ⁴

V.3. Delimitación del problema

El país brinda servicios de atención integral a Personas Viviendo con VIH (PVV) en 54 establecimientos de salud distribuidos en las 20 regiones sanitarias. El impacto que tiene la epidemia del VIH en la población y al considerar la necesidad de responder ante ella, la SESAL en el marco de la Reforma del Sector Salud y su rol como ente rector y regulador, tiene el mandato de asegurar la oportuna provisión de los servicios de atención a las personas conviviendo con el VIH mismos que deben ser con calidad y eficiencia, y el acompañamiento de todos los establecimientos públicos y privados que presten atención médica integral a las personas con VIH.

Disponer de un suministro continuo de los reactivos, insumos y medicamentos antirretrovirales así como evitar las infecciones oportunistas para brindar una atención integral a las personas con VIH, de acuerdo a la capacidad resolutive en los siete niveles de complejidad con lo cual están clasificados los establecimiento de salud mencionados en el Modelo Nacional de Salud (MNS).⁵

Para esta investigación se seleccionaron los establecimientos de salud con SAI en el Distrito Central por acceso geográfico y disponibilidad financiera de la investigadora. Por lo que se tomaron solo cuatro de los SAI que atienden personas con VIH/SIDA de distintas partes del país, Hospital Escuela Universitario, Instituto Nacional Cardio Pulmonar, Alonso Suazo y Carrizal.

Por el momento no se cuenta con estudios que analicen los factores que intervienen en la no adherencia al tratamiento antirretroviral, afectando epidemiológica y financieramente al país. Esto nos permitió establecer la necesidad de investigar para determinar la ocurrencia del evento bajo cuestión, a través de la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral, en adultos con VIH/Sida que asisten a cuatro SAI ubicados en Distrito Central, año 2017?

VI. Justificación del problema

Las pocas publicaciones en el país relacionadas con la no adherencia al tratamiento antirretroviral en las personas con VIH/SIDA, y como ayudar a estas personas desde la prestación de los servicios de salud que brinda la SESAL generó ésta investigación con el objeto de identificar en el contexto epidemiológico de la Salud Pública los factores que inciden directa o indirectamente en la epidemia de VIH. La adherencia al TARV es un factor decisivo para el éxito del tratamiento y la no adherencia puede tener importantes implicaciones en la salud pública.

El control de la replicación viral depende de múltiples factores la no adherencia ha evolucionado a lo largo de los años, y hoy en día es solamente un porcentaje determinado a partir de las dosis de medicación no tomadas. La adherencia a corto y largo plazo es el resultado de un proceso complejo que se desarrolla a través de diferentes etapas: la aceptación del diagnóstico, la percepción de la necesidad de realizar el tratamiento de forma correcta, la motivación para hacerlo, la disposición y entrenamiento de habilidades para realizarlo, la capacidad de superar las barreras o dificultades que aparezcan, y el mantenimiento de los logros alcanzados con el paso del tiempo.

En consecuencia, al momento de realizar el estudio la adherencia al TAR fue entendida como una actitud del paciente que implica un compromiso con respecto a la medicación prescrita por el médico, con una participación activa en la elección y el mantenimiento del régimen terapéutico. La adherencia al TAR constituye, por tanto, un objetivo complejo donde influyen múltiples factores y representa un auténtico desafío para la persona viviendo con VIH y para el personal sanitario. ⁴

La no adherencia al tratamiento antirretroviral es la primera causa de fracaso terapéutico relacionándose con mala respuesta al tratamiento si no hay

respuesta inmunológica es mayor el riesgo de morir. Por motivos, es muy importante que Las personas con VIH/SIDA sean conscientes de su enfermedad, entiendan claramente el objetivo del TARV, participen activamente al decidir iniciar tratamiento y comprendan la enorme importancia que tiene a toma continua y correcta de la medicación y el cambio en el estilo de vida.

Existe evidencia que, entre 20% y 50% de las personas viviendo con VIH bajo TARV presentan una adherencia inadecuada. Por ello, la falta de adherencia al TARV debe ser vista por los prestadores de salud como un problema de ineficacia 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/SIDA es esencial tanto para la efectividad clínica como para la salud pública, en otros países la investigación en este ámbito ha aumentado durante los últimos años. ⁶

La no adherencia es un tema que se aborda a la par de la adherencia en Honduras como SESAL se monitorea en los SAI a través de un indicador de

atención integral que corresponde a la adherencia entre 95-100%, en la búsqueda de literatura esta abordado desde la adherencia, la importancia de conocer como identifica y aborda al no adherente.

VII. Objetivos de la Investigación

General

Determinar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en adultos infectados con VIH/Sida, atendidos en cuatro SAI del Municipio del Distrito Central, en el año 2017

Específicos

1. Establecer la prevalencia de no adherencia al tratamiento antirretroviral en las personas adultas infectados con VIH/Sida que asisten a los servicios de atención integral de cuatro establecimientos de salud del Municipio del Distrito Central.
2. Caracterizar epidemiológicamente las personas adultas viviendo con VIH/Sida que asisten a los servicios de atención integral de cuatro establecimientos de salud, ubicados en el Municipio del Distrito Central.
3. Identificar los factores de riesgo asociados a la No adherencia al tratamiento antirretroviral.

VIII. Marco Teórico

Desde finales de 1996 comienza a utilizarse el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) para los pacientes con VIH, lo que ha generado una disminución de la morbilidad y mortalidad y la subsiguiente reducción de los ingresos hospitalarios, así como una mayor expectativa y una mejor calidad de vida para estos pacientes, la cual es vital en la Atención integral a la población, promoción, prevención, vigilancia epidemiológica e investigación relacionada con

el virus de la Inmuno-deficiencia Humana (VIH), que es parte de lo que se menciona en el Nuevo MNS, como uno de los principios.⁷

El primer esquema empleado en los pacientes, es sin duda el más importante y determinante del éxito terapéutico, de manera que los criterios de inicio de tratamiento son básicos para la optimización de los recursos disponibles en el manejo de estos pacientes. Los diferentes abordajes terapéuticos existentes se basan en los parámetros clínicos y de laboratorio, sin embargo, aún no existen criterios ideales para el inicio de la TAR.⁸

No obstante, el empleo de esta estrategia temprana debe poner en la balanza los riesgos potenciales de toxicidad a largo plazo, adherencia, capacidad de acceso y costos. Actualmente no es posible erradicar el VIH-1 con los tratamientos antirretrovirales actuales. Esto se debe fundamentalmente al establecimiento temprano, durante la infección aguda por el VIH-1, de un reservorio de linfocitos CD4+ latentes infectados que poseen una vida y persisten aún con supresión prolongada de la viremia plasmática.⁸

De manera que los objetivos que deben perseguirse al iniciar la Terapia Antirretroviral son los siguientes:

1. Supresión virológica máxima y duradera.
2. Reconstitución y/o preservación de la función inmune.
3. Mejoría de la calidad de vida.
4. Reducción de la morbilidad, mortalidad asociada a la infección por el VIH.
5. Epidemiológico, reducir la transmisión.

Estos objetivos tienen como meta principal, prolongar la vida de la persona con VIH mientras se mantiene la mejor calidad de salud y vida.

Las metas concretas se pueden resumir en:

1. Virológicas: supresión de la carga viral (CV) por el tiempo máximo posible, es decir, niveles indetectables en sangre (< 50 copias/mL).

2. Inmunológicas: restaurar y/o preservar la función inmune de linfocitos CD4+.
3. Clínicas: Mejorar la calidad de vida, disminuir las infecciones oportunistas y lograr la reincorporación del sujeto al entorno laboral, social y familiar.
4. Epidemiológicas: reducir la mortalidad y morbilidad relacionada al VIH.
5. Económicas: Reducir el costo de atención de las infecciones oportunistas, los gastos de hospitalización y el cuidado de los pacientes. ⁸

La adherencia de la persona con VIH/SIDA se relaciona con indicaciones terapéuticas y estilos de vida saludable lo que continua siendo un reto en los profesionales de salud debido a que es un proceso donde se traslada la responsabilidad de auto cuidado de la persona, el cual como ser autónomo podrá acatar o no las indicaciones que se le brinden. El éxito de la mayoría de los tratamientos depende de que se logre el convencimiento total de la persona de tal forma que éste corrija, modifique o adquiera hábitos que beneficien su estado de salud. ⁹

Epidemiología del VIH/SIDA a nivel mundial

El VIH/SIDA sigue siendo uno de los más graves problemas de salud pública a nivel mundial, especialmente en los países de bajo y medianos ingresos. ¹⁰

Gracias a los adelantos recientes en el acceso al tratamiento con antirretrovíricos, las personas con VIH/SIDA pueden ahora vivir más tiempo y en mejor estado de salud. Además, se ha confirmado que el tratamiento con antirretrovíricos evita las transmisiones del VIH. ¹⁰

En el 2016 a mediados del año; 18, 216,119 millones de personas estaban recibiendo terapia antirretrovírica en todo el mundo. Sin embargo, solo el 46% de los 36.7 millones de personas que viven con el VIH estaba recibiendo el tratamiento en 2015 a nivel mundial. ¹⁰

También se ha avanzado en la prevención y la eliminación de la transmisión de la madre al niño, y en la supervivencia de las madres. En 2015,

aproximadamente 8 de cada 10 embarazadas con VIH; 1.1 millones de mujeres recibieron antirretrovíricos. ¹⁰

En 2016, la Organización Mundial de la Salud publicó la segunda edición de las Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH, en las que se presentan nuevas recomendaciones, como la de ofrecer tratamientos antirretrovíricos de por vida a todos los niños, adolescentes y adultos, y a todas las mujeres embarazadas y que amamantan, que sean seropositivos, independientemente del recuento de CD4, lo antes posible después del diagnóstico. ¹⁰

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha ampliado sus anteriores recomendaciones a fin de ofrecer profilaxis pre exposición contra el VIH a determinadas personas que corren un riesgo considerable de resultar infectadas. También se recomiendan otros regímenes de tratamiento de elección. ¹⁰

La OMS ha publicado una serie de directrices normativas y ayuda a los países a formular y aplicar políticas y programas destinados a mejorar y ampliar los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH para todas las personas que los necesitan. ¹⁰

Situación epidemiológica Regional de VIH/SIDA en Centro América

Para finales del 2015 se estima que en Centroamérica hubo más de 200,000 personas con VIH, siendo tres países los más afectados: Belice, Guatemala y Panamá.

La epidemia se concentra en determinadas áreas geográficas como ser: urbanas, rutas comerciales y puertos, en poblaciones claves como: Hombres que tienen relaciones sexuales con Hombres, Mujeres trans, hombres y

Mujeres Trabajadoras del Sexo y sus clientes, población garífuna, afectando a la población económicamente activa y en edad reproductiva.

Según estimaciones brindadas por OMS para el 2015, se presentaron 162,968 personas con VIH, 45,416 defunciones y 7,678 casos nuevos para el 2015; la vía de transmisión más frecuente es la sexual.

El espectro clínico de la infección por VIH en Honduras, según datos acumulados desde 1985 al mes de diciembre 2016, se han registrado 23,394 casos con infección avanzado por VIH (SIDA), 10,723 VIH asintomáticos y 34,117 casos positivos por VIH.

Desde inicio de la epidemia en 1985 hasta junio de 2017 el sistema de vigilancia de notificación de casos de VIH de la Secretaria de Salud (SESAL) ha registrado un total de 34,711 casos acumulados de VIH, de los cuales 23,616 son casos de infección avanzada y 11,095 son asintomáticos. Es importante mencionar que en estos datos están incluidos los que a la fecha ya han fallecido.

En los últimos 5 años el promedio de casos nuevos diagnosticados a nivel nacional es de 859 por año. 6 Departamentos (Cortes, Francisco Morazán, Atlántida, Colon, Yoro y Choluteca) acumulan el 81% de los casos notificados en el periodo de Enero a Diciembre 2016, seguidos de los departamentos de Valle, El Paraíso, Comayagua e Islas de la Bahía. Los municipios con mayor número de casos sigue siendo el municipio de San Pedro Sula, Puerto Cortes y Choloma en el Departamento de Cortes, Distrito Central en el Departamento de Francisco Morazán, Choluteca en el Departamento de Choluteca, La Ceiba y Tela en Atlántida, El Progreso y Olanchito en el Departamento de Yoro y Tocoa y Trujillo en el departamento de Colon.

El 89% de los casos corresponden a la raza mestizo, el 5 % a la raza garífuna seguido de los misquitos con 1% para el acumulado 2015 - junio 2017. El

grupo más afectado sigue siendo el de población económicamente activa (años), el 46 % de los casos corresponden al sexo femenino y 54 % al sexo masculino.

En el año 2015 según la notificación de casos en los establecimientos de salud donde esta implementada la estrategia Vigilancia Centinela de las Infecciones de Transmisión Sexual (VICITS), el 7% de los casos corresponde a población clave y de estos el 97 % corresponde a los Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH) según el informe estadístico de la Epidemia de VIH en Honduras período 1985 - Junio 2017.¹

Adherencia al tratamiento

Se define adherencia al tratamiento como el nivel en que la toma real de la medicación corresponde con la prescripción de la misma. La no adherencia entonces, se refiere a no tomar los medicamentos, o tomarlos en mayor o menor cantidad, sin seguir las indicaciones.

Se observó que el 61% de pacientes VIH positivos no se adhirió a los horarios de toma y que el 63% no se adhirió a las indicaciones recomendadas, por ejemplo en relación con los alimentos.¹¹

Es así, que la mala adherencia a los antirretrovirales constituye un problema clínico complejo y un reto aun mayor para el equipo de salud, debido a que tiene implicancia en tres niveles: individual, ya que su presencia limita marcadamente los beneficios terapéuticos y favorece la aparición de resistencias; comunitario, ya que los virus resistentes pueden transmitirse a otras personas; y finalmente económico, pues el empleo inadecuado de estos medicamentos conlleva un gasto ineficaz.¹¹

¹ Datos tomados del boletín: informe estadístico de la Epidemia de VIH en Honduras período 1985 - Junio 2017, Unidad Vigilancia de la Salud, Secretaria de Salud junio 2017.

Existen múltiples estudios realizados en población general sobre la adherencia al tratamiento con ARV, sus factores de riesgo y consecuencias; sin embargo, la literatura que existe sobre este problema es muy limitada.¹¹

La atención y el apoyo suponen un amplio conjunto de servicios que incluyen apoyo médico, psicológico, físico, socioeconómico, nutricional y legal. Estos servicios son fundamentales para el bienestar y la supervivencia de las personas que viven con el VIH y sus cuidadores, los huérfanos y otros niños vulnerables. Los servicios de atención y apoyo son necesarios desde el punto de vista del diagnóstico se debe facilitar el acceso inmediato al tratamiento durante las distintas etapas de la enfermedad relacionada con el VIH, para apoyar a la adherencia al tratamiento y lograr la supresión vírica en las personas que viven con el VIH, por el bien de su propia salud y para prevenir la infección de otras personas que conviven con personas infectadas por el VIH.¹²

Es necesario mejorar la aceptación y la adherencia al tratamiento del VIH para lograr una supresión vírica duradera. Para ello, las personas necesitarán mejorar el asesoramiento, las pruebas y encontrar formas eficaces para iniciar el tratamiento del VIH de manera temprana. En particular, deben cerrarse las brechas existentes, al acceso a la Atención clínica, Atención física, Apoyo social, Alivio del dolor, Servicios de salud mental, Apoyo a la alimentación y la nutrición y Apoyo legal.¹²

El asesoramiento eficaz y las pruebas relacionadas con una terapia antirretroviral duradera para nuevos casos de VIH, independientemente del recuento de CD4, siguen siendo la puerta de entrada a la atención y el apoyo. Para las personas con enfermedad grave o avanzada del VIH (estadio clínico 3 o 4 de la OMS y adultos con recuento de CD4 inferior a 350 células por milímetro cúbico), la prioridad debe ser comenzar el tratamiento contra el VIH.

A partir de ahí, el acceso y la adherencia al tratamiento contra el VIH, los servicios de enfermería básicos y la atención a pacientes terminales, el apoyo psicosocial y de salud mental, las actividades para el fortalecimiento de los medios de vida y la seguridad alimentaria continúan siendo pilares esenciales para la atención y el apoyo en la respuesta al VIH.¹³

La adherencia al tratamiento representa, probablemente, el factor más importante a nivel individual que asegura una adecuada respuesta al tratamiento antirretroviral. Se ha establecido el umbral de adherencia asociada a mejor respuesta, se han identificado las variables asociadas con mayor frecuencia a falta de adherencia y se han descrito intervenciones específicas para mejorarla.⁶

Debe destacarse que no sólo es importante el porcentaje de dosis omitidas sino también los patrones de adhesión sean óptimos. 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. La simplificación del TAR con regímenes de una sola toma diaria (QD) parece presentar ventajas evidentes frente a los regímenes con múltiples administraciones al día, pero su beneficio en la adherencia no está, hasta el día de hoy, completamente demostrado.

Múltiples investigaciones han evidenciado que los tratamientos de una toma al día poseen una eficacia similar a los regímenes antirretrovirales múltiples, pero la mayoría de ellas no habían sido diseñadas específicamente para demostrar la relación entre la frecuencia de administración y la adherencia, habiéndose comparado la adherencia entre los distintos regímenes de tratamiento en contadas ocasiones.⁴

De esta manera, podríamos afirmar que el hecho de que los tratamientos QD mejoren la adherencia al TAR no ha sido objetivado fehacientemente. Además, es importante considerar que existen pocos estudios comparativos llevados a

cabo en la población general, al margen de un ensayo clínico, diseñados para evaluar la diferencia de adherencia entre esquemas de tratamiento en una toma diaria y esquemas de varias tomas al día, hecho que, por otra parte, también impide evaluar la influencia relativa de la administración única diaria respecto a otros factores que intervienen en la adherencia. ⁴

Factores asociados a la no adherencia

Asimismo, es necesario resaltar que, en la adherencia también son importantes los patrones de comportamiento como: la falta de reposición de las prescripciones, la decisión de auto ajustar el régimen para modular los efectos secundarios y el hecho de no comprender correctamente las instrucciones del médico. ¹⁴

Es importante reconocer que sin la adherencia adecuada a los antirretrovirales, los agentes no tienen la concentración necesaria para suprimir la replicación del VIH en las células infectadas así como para reducir la carga viral en plasma. Asimismo, la falta de adherencia acelera el desarrollo de la resistencia a los medicamentos. ¹⁴

En la literatura mundial sobre el VIH, se han descrito diversas investigaciones sobre el incumplimiento en la toma de medicamentos antirretrovirales, encontrándose niveles de adherencia que varían considerablemente, desde un 27% hasta un 82%. En los últimos años, los estudios han mostrado que para suprimir la réplica del VIH en el 81% de participantes tratados, se requiere de un índice de adherencia a la medicación mayor del 95%. ¹⁵

En un estudio sobre adherencia a la TARV realizado por los médicos Gina Morales y Bredy Lara en el año 2009 en los Centros de Atención Integral en los establecimientos de salud Alonso Suazo y El Carrizal en Tegucigalpa, Honduras, se encontró una adherencia del 84% por medio de un cuestionario auto declarado y del 80% por los registros de farmacia. Donde el farmacéutico o

personal de salud que dispensa los antirretrovirales al momento de entregarlos, le pregunta al paciente si ha tomado las dosis cada cuanto, de cual fármaco, contabiliza si lleva y registra los formatos correspondientes.¹⁵

Se ha descrito que la adherencia a la medicación puede ser influenciada potencialmente por determinantes como el estadio clínico de la enfermedad, el médico tratante, la relación médico paciente, el esquema de tratamiento y el sistema de salud.

Además también influyen factores propios del paciente como ser: psiquiátricos (depresión), abuso de sustancias (alcohol, medicamentos somníferos), inestabilidad económica, preocupación sobre el acceso a la terapia, inadecuada ayuda social, el número de píldoras, horario complejo del régimen, efectos adversos a las drogas, entre otros.¹⁶ Este estudio sería el segundo realizado en el país, que incluya mas de un servicio de atención integral.

Entre los factores que influyen en la falta de adherencia se consideran los relacionados al paciente (edad, si es muy joven o muy mayor, escolaridad, si no tiene ningún tipo de estudios y no puede leer, factores psicológicos, depresión por efectos de medicamento o si era depresivo aun antes del tratamiento y socioeconómicos, escasos recursos económicos para trasladarse al establecimiento de salud, alimentación inadecuada), la medicación.¹⁷

Factores de la persona

La economía es un factor muy importante al momento de trasladarse a los servicios de atención, así como para cambiar estilos de vida que aporten al mejoramiento de la salud, vivimos en un país subdesarrollado, con servicios de atención en el sistema público que dependen del financiamiento del estado.

Aunado este contexto, el dolor continúa siendo un síntoma clave de la enfermedad del VIH para las personas que viven con el VIH que, a menudo, no

se gestiona adecuadamente tanto si están en tratamiento como si no. El dolor puede deberse a la inmunosupresión asociada con la infección del VIH o a infecciones oportunistas relacionadas con el VIH o bien puede no tener un origen claro. Puede afectar a cualquier parte del cuerpo.

Otros factores que se asocian con el mayor riesgo de dolor de las personas que viven con el VIH son la depresión, la ansiedad, la falta de apoyo social y un nivel de educación inferior. Tener un historial de consumo de drogas inyectables y ser mujer y descendiente de afroamericanos se asocia con un mayor riesgo de dolor entre las personas que viven con el VIH en los países desarrollados. ¹²

A través de todas las etapas de la infección por el VIH, las personas que viven con el virus pueden experimentar dolor y malestar. Pueden experimentar dos o tres tipos diferentes de dolor en un momento dado. Los tipos y niveles de dolor varían según cada persona y cada etapa de la infección por el VIH.

Un estudio entre pacientes de un centro ambulatorio de VIH en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte determinó que en las etapas iniciales de la infección, en torno al 30% de las personas que viven con el VIH con un recuento CD4 superior a 500 células por milímetro cúbico experimentan dolor, mientras que un 75% de las personas con VIH con recuento CD4 inferior a 200 células por milímetro cúbico o a las que se les ha diagnosticado SIDA experimentan dolor. Casi todas las personas que se encuentran en etapas muy avanzadas de la infección del VIH experimentan dolor.

El dolor puede afectar de manera negativa la capacidad funcional y la calidad de vida, e impedir el acceso y la adherencia al tratamiento del VIH. ¹²

Es vital que los profesionales sanitarios y las personas que viven con el VIH reciban formación sobre el alivio del dolor y su gestión así como sobre los medicamentos más importantes disponibles para la gestión del dolor. Deben

facilitarse servicios psicosociales adecuados de forma que sean aceptables y accesibles para las personas que los necesiten.¹²

Las enfermedades no comunicables, tales como enfermedad cardiovascular, hipertensión, enfermedad renal y de hueso, así como los tumores malignos, son una preocupación constante durante el curso de la enfermedad del VIH. La investigación en esta área sigue centrándose en los factores de riesgo asociados a estas condiciones, la inmunopatología relacionada con el VIH de las intervenciones para prevenir o reducir la morbilidad asociada con estas condiciones también deben reconocerse las oportunidades perdidas para diagnosticar precozmente la infección por VIH/ Sida en los adultos mayores para evitar retrasos en el tratamiento.

Los pacientes ≥ 50 años de edad viviendo con VIH/SIDA, poseen características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas especiales; conociéndolas se logra un manejo óptimo preventivo y terapéutico en este grupo.¹⁸ La incidencia y predominio de enfermedad renal crónica en los pacientes con infección por el VIH son difíciles de determinar y varían en función del tipo de estudio, la región geográfica de procedencia y los criterios utilizados para definir la afectación renal (estimación del filtrado glomerular, elevación de la concentración sérica de creatinina, presencia de proteinuria y otras).

Estudios realizados en el ámbito de la Unión Europea señalan que la prevalencia de infección por VIH en los pacientes con diálisis es baja y se sitúa alrededor de 0.5 %; sin embargo, poco conocido es el predominio de alteraciones renales subclínicas en estos pacientes, lo que podría ocurrir de manera similar en Honduras.¹⁹

Depresión entre las personas que viven con el VIH

La depresión crónica es altamente prevalente entre las personas que viven con el VIH. Dependiendo del método de estudio empleado y la población estudiada, la depresión entre las personas que viven con el VIH oscila entre el 18% y el 81%. Las mujeres que viven con el VIH tienen cuatro veces más probabilidades de experimentar síntomas depresivos que las mujeres de la misma edad que no tienen VIH (19.4% frente al 4.8%).¹²

La depresión puede darse como una complicación de la enfermedad del VIH o como resultado de una infección por el VIH, como, por ejemplo, el estigma, la discriminación o el aislamiento social, y puede permanecer irreconocible y no tratada entre las personas que viven con el VIH. Los grupos específicos de personas que viven con el VIH se enfrentan a factores de riesgo de depresión adicional, incluida: las mujeres que viven con el VIH, en particular durante los periodos prenatales y postnatal, en los que la culpa materna, el miedo a infectar al bebé, el estigma, las insuficientes redes sociales, la pobreza y las relaciones interpersonales suponen un riesgo adicional para la depresión.¹²

Adolescentes que viven con el VIH que experimentan un riesgo de padecer depresión cuatro veces mayor comparado a sus semejantes que no viven con el VIH, con altas tasas de depresión estrechamente asociadas al fracaso del tratamiento.¹² Los grupos de población clave incluyen a personas que consumen drogas y para quienes el riesgo de desarrollar depresión es pronunciado.

Las personas que viven con el VIH también pueden experimentar altas tasas de problemas de salud mental, consumo dañino de alcohol, ansiedad, ataques de pánico, drogodependencia y consumo de sustancias en comparación con la población general.

En parte, esto puede deberse al hecho de que vivir con el VIH, empezar el tratamiento del VIH, y a las condiciones sociales, económicas que se derivan de

una infección por VIH posible o real, como, por ejemplo, infecciones relacionadas con el VIH, reacciones emocionales negativas a un diagnóstico positivo del VIH debido al estigma asociado con la enfermedad y el consumo dañino de alcohol y otras sustancias. ¹²

La depresión puede tener un efecto negativo en la salud y la calidad de vida de las personas que viven con el VIH y aumenta la tasa de mortalidad al interrumpir el acceso o la adherencia al tratamiento del VIH. ¹²

De acuerdo con Ballester, el perfil psicológico de las Personas Viviendo con VIH/Sida (PVVS) se caracteriza por experimentar mayor ansiedad y depresión y menor autoestima que otros pacientes. Distintos investigadores han identificado presencia de ira, irritabilidad, preocupación, negación, miedo, reacciones somáticas, problemas de sueño y estados emocionales negativos en estas personas, que pueden interpretarse como estrés agudo. Los síntomas de ansiedad y depresión se han reportado con mayor frecuencia. Esta última se ha descrito como uno de los principales problemas co-mórbidos a la infección por VIH (entre 2 y 4 veces más que en población general) con una prevalencia entre el 20 y 79%. ²⁰

Apoyo a la alimentación y la nutrición

Los servicios alimentarios y de nutrición desempeñan una función importante en la gestión del VIH para las personas que viven con el virus. Mantener una nutrición apropiada es primordial para mantener el sistema inmunitario, gestionar las infecciones relacionadas con el VIH, mejorar la eficacia del tratamiento para el VIH, vincular la alimentación a la prevención del VIH y a los programas de tratamiento del VIH y la Tuberculosis (TB) funciona como un potente incentivo para acceder a los servicios de VIH.

En Sudáfrica, las niñas adolescentes que recibieron efectivo o un bono para gastar en comida tuvieron un 50% menos de probabilidad de mantener sexo

comercial en comparación con las niñas adolescentes que no recibían efectivo o bonos de comida, el apoyo al asesoramiento de la evaluación de la nutrición: una gama de servicios para gestionar la desnutrición y la sobrealimentación, es importante en el tratamiento y la atención de las personas que viven con el VIH.²¹

Los asesores de la evaluación de la nutrición prestan apoyo a las personas que viven con el VIH para gestionar su dieta y su estilo de vida para tolerar y cumplir con sus medicaciones, restablecer su inmunidad y su salud y prevenir la aparición temprana de enfermedades no transmisibles. De igual modo, las personas que viven con el VIH necesitan apoyo en forma de alimentos nutritivos y medios de vida domésticos.²¹

La desnutrición es un evento que se presenta con mucha facilidad en pacientes en etapas avanzadas de VIH y en casi todos los casos de SIDA. Existen factores causales de la desnutrición en esta población como el bajo aporte nutricional, problemas en la absorción de alimentos y alteraciones metabólicas. En el contexto de un bajo aporte nutricional puede estar relacionado a molestias en el sistema digestivo de los pacientes debido a las infecciones adversas que son propensos a sufrir, debido a que su inmunidad se ve comprometida.²¹

En algunos casos los pacientes no se alimentan correctamente debido a la depresión que estos presentan e incluso los medicamentos que se le otorgan pueden ser causantes de anorexia. De aquí nace la importancia de la correcta y constante alimentación ya sea de forma enteral o parenteral.²¹

Estigma y discriminación

Se encuentran entre los principales obstáculos que impiden el acceso a los servicios del VIH. El estigma y la discriminación socavan los esfuerzos de los tratamientos y la prevención del VIH haciendo que las personas muestren temor a acudir a servicios de atención por VIH y desanimándolas a revelar su estado a sus familias y parejas sexuales.²²

Estos mecanismos son especialmente visibles en escenarios de extrema pobreza, donde los obstáculos a los tratamientos muestran una elevada prevalencia y los vínculos sociales pueden resultar fundamentales para la supervivencia.²²

El estigma relacionado con el VIH/SIDA es un proceso de desvalorización de las personas que viven con esta enfermedad o están asociadas con VIH/Sida.²²

Debe entenderse que las personas afectadas por el estigma son tanto los infectados como los no infectados, y cada grupo posee manifestaciones diferentes, la falta de domicilio fijo puede ser reflejo de inadecuados ingresos económicos que interactúan con el estigma de dos maneras: la enfermedad disminuye la capacidad laboral de las personas y esto lleva a la exclusión o el estigma hace que la persona se aislé y le impida conseguir refugio.²²

Actualmente la Secretaria de Salud, a través de la Dirección General de Normalización lanzó el documento Servicios libres de estigma y discriminación, el cual se ha trabajado involucrando sociedad civil, asociaciones e instituciones como derechos humanos y prestadores de servicios de salud.

Los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA que presentan menores niveles de estigmatización familiar y altos niveles de apoyo social funcional global, suelen presentar un mayor nivel de adhesión al tratamiento antirretroviral.²³

En este caso de infección o enfermedad, el estigma y la discriminación tienen consecuencias negativas en la salud individual y pública. Por ejemplo, puede conllevar el retraso del diagnóstico, o la interrupción del seguimiento, por el miedo a ser identificado o identificada como seropositivo o seropositiva. También puede suceder que la persona vea reducidas sus redes sociales de apoyo, así como sus vías de participación social o puede tener mayores dificultades para el acceso al mercado laboral, entre otras consecuencias.²⁴

Factores de medicamentos

La terapia antirretroviral (TARV) ha contribuido a controlar el desarrollo de la enfermedad por VIH/SIDA y mejorar la calidad de vida de los individuos infectados, reduciendo su morbilidad y mortalidad. Sin embargo, su eficacia terapéutica depende de la obtención de una adecuada adherencia al tratamiento prescrito; la no adherencia favorece la posibilidad de desarrollo de subtipos de virus resistentes a los fármacos antirretrovirales.

La medicación (esquemas de dosificación, efectos adversos del TARV y polifarmacia prescrita), y al grado de conocimiento de la enfermedad y del tratamiento. Existe evidencia que señala a los efectos adversos causados por los antirretrovirales como la principal causa de falta de adherencia al tratamiento.

Se ha señalado que 96% de los pacientes que reciben TARV al menos, un medicamento de los recibidos, podría generar problemas de toxicidad o ineffectividad de la terapia.

La identificación, prevención y manejo de las reacciones adversas se considera un aspecto de importancia en la obtención de los objetivos terapéuticos. Estos antecedentes fundamentan la necesidad de realizar un seguimiento fármaco terapéutico ambulatorio en pacientes que reciban TARV, de manera de detectar precozmente los problemas farmacológicos surgidos del tratamiento, permitiendo caracterizarlos y manejarlos adecuadamente para optimizar su terapia farmacológica.¹⁷

Desde el año 2016, Honduras está migrando las personas con VIH/SIDA de esquema de primera línea de triple terapia, (Tenofovir[®] + Emtricitabina[®] + Efavirenz[®]) que son medicamentos en presentaciones separadas a presentación de una sola pastilla (Tenofovir[®] + Emtricitabina[®] + Efavirenz[®])²

Entre las barreras relacionadas con el tratamiento están los efectos secundarios. Un estudio cualitativo realizado en la ciudad de Nueva York encontró ocho barreras que dificultan el apego al tratamiento; destacan en primer lugar la severidad y frecuencia de los efectos secundarios; los participantes identificaron náuseas, vómito, diarrea, mareo, dolor de cabeza, adormecimiento de manos y boca, sentimientos de tristeza y malestar general.²⁵

Otros factores como la frecuencia de las dosis, características de la presentación y formulación, tamaño de las tabletas o capsulas, sabor, volumen requerido, estigmatización dificulta tomar pastillas cuando está fuera de casa, requerimientos de comida o ayuno para ingerir medicamentos.²

La fructífera investigación sobre las intervenciones para optimizar la adherencia ha mostrado que las creencias de las personas con VIH/SIDA hacia la medicación se consideran un aspecto importante en su motivación para tomar la medicación prescrita. Los estudios realizados en pacientes con distintas patologías crónicas sugieren que las creencias fundamentales de los pacientes hacia los medicamentos prescritos se pueden agrupar en dos categorías, por un lado la percepción personal de la necesidad de tomar el tratamiento y, por otro, la preocupación por los aspectos negativos de tomarla.²⁶

Uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta en esta enfermedad es el tratamiento. En este sentido, la introducción de las terapias combinadas basadas en los antirretrovirales ha marcado una nueva etapa en la historia de la pandemia, pues se ha modificado sustancialmente su evolución con la disminución de infecciones oportunistas y la mejora de la calidad y la esperanza de vida de las personas infectadas. Tales resultados han hecho posible comenzar a hablar del SIDA como una enfermedad crónica no necesariamente fatal.²⁷

No obstante, existen pruebas fehacientes de que en esta enfermedad, al igual que en otras crónicas como la hipertensión y la diabetes mellitus, muchos pacientes tienen dificultades para seguir con el tratamiento recomendado. Un informe de la OMS emitido en 2004, detalla que entre las personas que sufren la infección por el VIH/Sida, aproximadamente, solo un tercio toma su medicación como les fuera prescrita. ²⁷

Tal comportamiento se debe entre otras causas a que, a pesar de su notable efectividad, el tratamiento contra el VIH constituye uno de los regímenes más complicados, pues el gran número de medicamentos incluidos, los requisitos de dosificación y la tolerancia subóptimas hacen que el cumplimiento del mismo sea difícil. ²⁷

Los Medicamentos Anti-VIH y los Riñones

Varios medicamentos antirretrovirales pueden afectar los riñones. Esto incluye los antivirales y algunos medicamentos que se usan para tratar otros problemas relacionados con el VIH. Tenofovir® es uno de esos medicamentos que pueden causar problemas de riñón. Sí el paciente está tomando Tenofovir®, debe ser advertido sobre mejorar la diuresis y monitorear sus niveles de creatinina con regularidad. ²⁸

Las dosis de varios antirretrovirales que se eliminan a través de los riñones deben ser reducidas en personas que tienen la función renal alterada de acuerdo con los resultados de la prueba de aclaración de la creatinina. ²⁸

Factores del Proveedor de salud

La buena relación entre el paciente y el equipo que lo atiende es básica para conseguir una buena adherencia al tratamiento. Las creencias que consigamos inculcar en el paciente son determinantes para este objetivo. Se ha encontrado que los pacientes con adherencia excelente, referían un alto grado de respeto y

buena colaboración con el equipo asistencial, lo cual les ayuda a la persona viviendo con VIH a mantenerse adherido. ²⁷

En algunos estudios se investiga las actitudes y creencias de las personas con muy buena adherencia, entre las que encuentran la motivación por su propia salud, el soporte familiar, falta de depresión y el convencimiento de que el perfecto cumplimiento del tratamiento es necesario para obtener los beneficios máximos de su medicación. Es importante ofrecer al paciente información oral y escrita sobre su medicación, asegurándose de que lo comprende, ofreciéndole consejería en el caso de dudas durante su tratamiento. ²⁹

Es por ello que la consejería de seguimiento es sumamente importante y debe ser monitoreada para el cumplimiento en los establecimientos de salud, ya que con ella se refuerza a la persona viviendo con VIH, en nutrición, psicología, adherencia entre otros aspectos.

Para algunas personas viviendo con VIH que asisten a los servicios de atención integral que la alteración de la rutina diaria por días feriados, fines de semanas o invitaciones imprevistas a talleres y otras actividades del médico, lo que no permite contactar al médico para despejar una duda. El hecho que el médico tratante no indague ni le consulte a la persona con VIH/SIDA sobre su estilo de vida (horarios, rutinas, trabajo) al prescribir el tratamiento. ³⁰ son factores que intervienen en la no adherencia.

Por otro lado, también existen estudios que ponen de manifiesto, que la mala relación entre el médico y el paciente está fuertemente asociada con conductas de no adherencia al TARGA. El personal de enfermería, también tiene una función importante, ya que existen estudios que han puesto de manifiesto que la intervención de estos profesionales ayuda a detectar factores sociales e individuales que influyen en la consecución de la adherencia al TARGA y que

una vez detectados, pueden permitir una mejor gestión del tratamiento, lo cual redundaría en una mejor adherencia y en una mejor.

Lo fundamental de la relación médico paciente es que los conocimientos de uno y de otro sobre la patología se suman para intentar conseguir el mejor régimen de tratamiento para cada paciente individualmente.³¹

Algunos estudios señalan que es frecuente que los profesionales de la medicina prescindan de una actitud de empatía y, por lo tanto, impiden la co-atención de pacientes. Una relación favorable entre médico y paciente puede favorecer fuertemente la adhesión pues el paciente debe sentirse con la libertad de expresar sus inquietudes con respecto a la enfermedad y a su tratamiento, y debe tener la confianza suficiente para pedirle al servidor de salud que aclare sus dudas.³²

A lo largo de la historia de la humanidad, se ha hecho evidente la importancia del médico como canal entre el paciente y su recuperación de la enfermedad; no sólo desde la provisión de servicios asistenciales, sino también del soporte emocional necesario para hacer frente a las complicaciones derivadas de una condición patológica particular. De ahí el impacto demostrado en diversas investigaciones frente a la provisión de tratamientos en un paciente, de acuerdo a la adecuada comunicación e inclusión de factores psicológicos en la práctica médica.³³

De este modo, ha sido la historia misma la encargada de develar el rol protagónico del personal asistencial en la recuperación de la salud del paciente, tal como sucede por ejemplo con los estudios realizados respecto a enfermedades crónicas, donde es clara la incidencia de un adecuado acompañamiento médico en la recuperación de una persona.³³

En la actualidad, se hace necesario no sólo tener en cuenta la relevancia de la relación médico paciente, sino también comprender ésta como un componente de un sistema mayor, donde deberán incluirse también la relación médico institución e institución paciente; los cuales debidamente articulados tendrán un impacto favorable o no en el estado de salud del individuo.³³

Factores del Sistema de Salud

Estos factores influyen en el acceso a los servicios de atención integral ya sea por horarios no accesibles, distancias, carreteras en mal estado, no contar con medio de transporte, costo elevado del transporte donde hay, delincuencia y violencia, despreocupación por las personas que no asisten a las citas, recursos humano escaso para prestar la atención.

Las directrices unificadas de la OMS de 2016 sobre el uso de antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por VIH, recomiendan el inicio inmediato de la terapia antirretroviral a todas las personas que viven con el VIH independientemente de su recuento de CD4.

Las personas con la enfermedad del VIH en estado avanzado (estadios clínicos III o IV de la enfermedad o recuento de CD4 inferior a 350 células por milímetro cubico) deben tener prioridad a la hora de iniciar la terapia antirretroviral. Las mujeres embarazadas y lactantes que viven con el VIH deben iniciar la terapia antirretroviral independientemente de su recuento de CD4 y deben continuar la terapia antirretroviral de por vida. Para estas mujeres, la opción B+ se convierte en la norma. Los niños y los adolescentes que viven con el VIH deben comenzar la terapia antirretroviral, independientemente de su recuento de CD4.¹⁰

Honduras, adopta esta directriz después de un análisis exhaustivo y aseguramiento en el abastecimiento de medicamentos antirretrovirales. Actualmente la Secretaria de Salud, específicamente en la Dirección General de Normalización, quien genera análisis en conjunto con la Unidad de Logística y

Medicamentos han realizado esfuerzos para asegurar tratamiento el no desabastecimiento de antirretrovirales; la Dirección General de Redes Integradas de Servicios de Salud oficializo esta instrucción.

La Dirección General de Normalización socializo las actualizaciones en el Manual de Atención Integral al Adulto y Adolescente con VIH. Está indicado iniciar el tratamiento al momento de la confirmación de la seropositividad a la embarazada independientemente de la edad gestacional así como a toda persona con diagnostico nuevo independientemente de Carga viral o CD4.

En el contexto de acceso y retención en el tratamiento de las personas que viven con el VIH, estas pueden dividirse en cuatro categorías principales:

- Temprano: personas que han iniciado recientemente el tratamiento contra el VIH que se encuentran bien y que tienen un recuento de CD4 elevado.
- Estable: personas que han tomado el tratamiento del VIH durante al menos un año y que no muestran reacciones adversas al medicamento que requieran seguimiento regular. Aparte del VIH, no presentan otras enfermedades, no están embarazadas, no son lactantes y comprenden bien que el tratamiento del VIH es para toda la vida.
- Retrasado: personas que viven con el VIH que acceden al tratamiento del VIH en un estadio avanzado de la enfermedad y con un recuento de CD4 inferior a 200 células por milímetro cubico. ¹²
- Fracaso del tratamiento: personas que toman el tratamiento del VIH y que no responden adecuadamente. Pueden presentar una o más enfermedades, pueden experimentar reacciones adversas ante el medicamento y pueden necesitar un cuidadoso seguimiento. ¹²

IX. Hipótesis

Nulas

1. Los factores de riesgo no son independientes de la no adherencia antirretroviral.
2. La ocurrencia de no adherencia antirretroviral no es independiente de aspectos propios del medicamento.

Alternativas

1. Los factores de riesgo son independientes de la no adherencia antirretroviral.
2. La ocurrencia de no adherencia antirretroviral es independiente de aspectos propios del medicamento.

X. Operativización de las Variables

Identificación de la Variable	Definición Conceptual de la variable	Clasificación de la variable			Escala de medición
		Dependiente o independiente	Cuantitativa o cualitativa	Nominal, Ordinal, Discreta, Continua	Nominal, Ordinal, intervalo, razón
Servicio de Atención Integral	Servicio de atención a personas viviendo con VIH/Sida dentro de un establecimiento de salud	Independiente	Cualitativa	Nominal	Nominal
Nacionalidad	País donde nació o se nacionalizo	Independiente	Cualitativa	Nominal	Nominal
Edad	Tiempo que ha vivido una persona en números enteros	Independiente	Cuantitativa	continua	discreta
Sexo	Hombre o mujer	Independiente	Cualitativa	Nominal	Razón
Escolaridad	Años aprobados en la escuela, colegio, universidad	Independiente	Cuantitativa	Ordinal	Ordinal
Situación Laboral	Estatus Empleado o desempleado	Independiente	Cualitativa	Nominal	Nominal
Procedencia	Lugar geográfico urbano o inter-urbano o rural donde nació.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Nominal
Domicilio Actual	Lugar donde vive al momento de la entrevista	Independiente	Cualitativa	Nominal	Nominal
Ingreso económico	Cantidad de dinero que percibe por Sueldo, salario, dividendos, intereses, transferencias, alquileres otros en relación al salario mínimo	Independiente	Cuantitativa	Ordinal	Intervalo
Etapa Clínica de la persona	Proceso o secuencia ordenada de acciones médicas, desde el diagnóstico a la persona VIH positiva	Independiente	Cuantitativa	Ordinal	Intervalo
Factores de la persona	Elemento condicionante que	Independiente	Cualitativa	Nominal	Intervalo

	afecta el logro de un resultado positivo en la adherencia			
Adherencia al tratamiento	Toda persona que sigue un plan de tratamiento, significa tomar sus medicamentos diariamente, a la hora indicada, las dosis indicadas y las recomendaciones adicionales relacionadas con la dieta y los estilos de vida	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica Si No
No adherencia al tratamiento	Toda persona viviendo con VIH que estaba registrado en los SAI, que le han indicado el tratamiento antirretroviral, asiste a su cita el día de la entrevista, y responde si a las preguntas, Alguna vez ¿Deja de tomar los antirretrovirales, si se siente mal? y ¿Se olvida alguna vez de tomar los antirretrovirales?	Dependiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica Si No
Persona VIH positivo	Ser humano que vive con VIH y recibe tratamiento antirretroviral en el SAI	Independiente	Cualitativa	Nominal

XI. Metodología

- a. Tipo de Estudio.** Se realizó un estudio transversal analítico.
- b. Universo.** Fueron todas las personas que asistieron al servicio de atención integral por cualquier causa, de los establecimientos del Instituto Nacional Cardio Pulmonar, Hospital Escuela Universitario, Alonso Suazo, y Carrizal. En el tiempo del estudio
- c. Población objeto de estudio.** Los sujetos bajo estudio fueron las personas con VIH que asistieron a los servicios de atención integral y estaban en tratamiento, en los cuatro establecimientos de salud.
- d. Unidad objeto de estudio:** Fueron todas las personas VIH/Sida atendidas en los servicios de atención integral que estaban en tratamiento y no eran adherentes al mismo, en los cuatro ES.
- e. Tipo y procedimiento de muestreo**

No se calculó tamaño de muestra, se tomaron los casos que asistieron a los cuatro SAI seleccionados dos del primer nivel y dos del segundo nivel de atención, ubicados en el Municipio del Distrito Central y que son de fácil y seguro acceso a los mismos. Se consideraron los conglomerados SAI constituidos por cada uno de ellos.
- f. Tamaño y cálculo de la muestra**

El tamaño de cada conglomerado fueron el número de casos que cada SAI tenía registrado. De ellos se tomaron en cuenta por conveniencia los casos que desearon participar en el estudio y que contestaron las preguntas, Alguna vez ¿Deja de tomar los antirretrovirales, si se siente mal? y ¿Se olvida alguna ves de tomar los antirretrovirales? de las preguntas del cuestionario simplificado de adherencia a la medicación (SMAQ) como base adaptándole

algunas preguntas por secciones correspondientes a los ámbitos de: datos socio demográficos, datos epidemiológicos, reacciones adversas, aspectos institucionales.

Cuadro. 1 Distribución proporcional del número de casos con VIH en tratamiento por establecimientos de salud, Región Metropolitana del Distrito Central, Honduras, marzo 2017

Establecimiento / conglomerado	Número de casos	Distribución proporcional	Número de encuestas
Hospital Escuela Universitario	900	53.4	167
Instituto Nacional Cardiopulmonar	400	23.7	74
Alonso Suazo	235	13.9	44
Carrizal	150	8.9	28
Total	1,685	100.0	313

El número de encuestas según la distribución proporcional de los casos por cada conglomerado (Establecimiento de Salud), fue de 313 encuestas. Debido a que este tipo de población es muy vulnerable y constantemente está siendo tomado en cuenta para varios estudios, no son anuentes a estar contestando cuestionarios por lo que desde ya conocíamos que se encontraría con esta limitante que no logramos solventar, por lo que se tomaron en cuenta solo los cuestionarios que reunieron los requisitos mencionados en los criterios de inclusión aunque se logró el número de encuestas 290 de las 313 que estaban mostradas en el cuadro 1.

g. Área geográfica o ámbito de la investigación

Instituto Nacional Cardio-Pulmonar: Ubicado en el boulevard los próceres, Col. Lara, Tegucigalpa M.D.C. Centro de investigación cardiopulmonar y fijó sus áreas en neumología, cardiología, cirugía torácica, cuidados intensivos y emergencia cardiovascular,

Funcionamiento del complejo médico quirúrgico: cuidados intensivos, intermedios, quirófanos y hemodinámica.

Funcionamiento como hospital nivel II con la apertura de servicios las 24 horas.

Licenciamiento como Instituto Nacional Cardiopulmonar

Acreditación como Instituto Nacional Cardiopulmonar.

Hospital Escuela Universitario: Tegucigalpa, Boulevard Suyapa, avenida 1ro de enero, segundo nivel, tipo cuatro, complejidad seis (Hospital de Especialidades), primer Hospital de referencia nacional.

Cuenta con los siguientes servicios médicos: Consulta externa y consulta al paciente hospitalizado con inmunodeficiencia adquirida viral: Para adultos, tres médicos generales, dos Infectólogos Internista. Aborda: Resistencia a los antivirales, Interacciones medicamentosas, efectos adversos, co-infección con Hepatitis B y C, otras morbilidades de Medicina Interna. Una Psiquiatra, Aborda: problemas neuro psiquiátricos de base o asociados a la infección viral o a los medicamentos antivirales. Una Odontóloga: Aborda patología de cavidad oral, salud oral, prevención. Actualmente una cohorte de Adultos 820

Establecimiento de Salud Dr. Alonso Suazo, es una unidad prestadora de servicios complejos por contar con la atención en Medicina General y Especializada (Pediatría, Ginecología, dermatología), con una unidad de Salud ambiental, laboratorio clínico, odontología, servicio de atención integral SAI.

Se atiende aproximadamente de 400–600 personas diariamente, independientemente sean o no de su área de influencia en las tres jornadas (matutina, vespertina y fin de semana).

Está ubicado en el Boulevard Suyapa frente a repuestos Wolosny, entrada a cerro Juana Laínez.

El establecimiento de Salud El Carrizal, fue construido en 1999 e inicio sus labores el primero de enero del año 2000.

Está ubicado en la colonia Centeno N° 1 al noreste de Tegucigalpa salida al norte de la ciudad. Los servicios que el establecimiento de salud presta son: Consulta general, Odontología, Ginecología, Laboratorio, Atención al hombre y a la mujer, Trabajo social, Psicología, SAI, PAI y Regulación ambiental. Se cuenta también con una ambulancia para traslado de las personas con VIH/SIDA y apoyo a tareas de campo; su área de influencia geográfica es de 32 colonias urbano marginales (zonas de alto riesgo: deslizamientos, derrumbes, delincuencia), con una población de 69,024 habitantes y 11,492 viviendas. Fue creado con el objetivo de brindar una atención con calidad y calidez a los demandantes.

Actualmente se trabaja con el apoyo de comité gestor, médicos sin fronteras y voluntarias de salud.

El establecimiento de salud trabaja con el siguiente personal: Directora, Administradora, Secretaria, 8 miembros de regulación ambiental, 2 Lic. En enfermería, 1 microbióloga, 2 técnicos y un auxiliar de laboratorio, 11 enfermeras permanentes y una en servicio social, 1 ginecólogo, 1 medico SAI, 1 psicólogo, 2 trabajadoras sociales, 5 médicos generales, una persona de recepción de fondos, un encargado de farmacia, un encargado de archivo, una estadígrafa, una educadora, un motorista, 3 vigilantes y 3 encargados de aseo.

h. Definiciones

Definición de Adherencia:

Toda persona que sigue un plan de tratamiento, significa tomar sus medicamentos diariamente, a la hora indicada, las dosis indicadas y las recomendaciones adicionales relacionadas con la dieta y los estilos de vida.

Definición No adherencia: Toda persona que no sigue un plan de tratamiento, dejando de tomar sus medicamentos diariamente, o a la hora indicada, dosis indicadas o no cumplir las recomendaciones adicionales relacionadas con la dieta y los estilos de vida.

Definición de caso: Toda persona viviendo con VIH que estaba registrado en los SAI, que le han indicado el tratamiento antirretroviral, asiste a su cita el día de la entrevista, y responde si a las preguntas, ¿Alguna vez ¿Deja de tomar los antirretrovirales, si se siente mal? (26) y ¿Se olvida alguna vez de tomar los antirretrovirales? (29).

i. Criterios de Inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Persona VIH positivo mayor de 18 años que asistió a los servicios de atención integral de los establecimientos seleccionados el día del estudio
- Estar en tratamiento antirretroviral por más de un mes
- Acepte ser entrevistado al momento de leer el consentimiento informado
- Que responda a las preguntas, ¿Alguna vez ¿Deja de tomar los antirretrovirales, si se siente mal? y ¿Se olvida alguna vez de tomar los antirretrovirales?

Criterios de exclusión

- Hombres y mujeres menores de 18 años
- Que haya contestado menos del 60% de las preguntas del cuestionario.
- Que no responda a la pregunta del cuestionario SMAQ que son las que determina si es caso adherente o no adherente. Algunas veces ¿Deja de tomar los antirretrovirales, si se siente mal? (26) y ¿Se olvida alguna vez de tomar los antirretrovirales? (29).

j. Procedimientos

1. Preparatoria

Se desarrollaron actividades de coordinación entre la Dirección General de Redes Integradas de Servicios de Salud, Secretaría de Salud y jefe de Redes Integradas de Servicios de Salud con el punto focal VIH, técnico de Calidad de la Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central para planificar el levantamiento de encuestas.

Se coordinó el desarrollo del proceso de validación de instrumentos de recolección de los datos y la capacitación para el entrenamiento del equipo de trabajo sobre el llenado de la misma, con la Región Metropolitana del Distrito Central y estudiantes de la facultad de medicina clase neuroanatomía UNAH de la carrera de odontología y consejeros de adherencia de los establecimientos de salud, Carrizal, Alonso Suazo, Tórax.

2. Desarrollo de los instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron para el trabajo de campo, para aplicar la técnica de entrevista fueron: Cuestionario SMAQ.³⁵ con adaptaciones.

Se trata de un cuestionario diseñado para determinar si un paciente es adherente con su tratamiento antirretroviral. Está compuesto por 6

preguntas. Para considerar a un paciente como no adherente según el cuestionario SMAQ se debe cumplir alguno de los siguientes criterios:

Responder “Sí” a alguna de las preguntas

- a. 1ª, ¿Alguna vez olvida tomar el tratamiento?
- b. 3ª, ¿Alguna vez ¿Deja de tomar los antirretrovirales, si se siente mal?
y
- c. 4ª, ¿Olvida tomar medicación durante el fin de semana?

Responder “No” a la 2ª pregunta.

- d. ¿Tomó siempre los medicamentos a la hora indicada?

En la pregunta 5ª responder que se han perdido más de 2 dosis en la última semana.

- e. No tomo más de dos dosis en la última semana

En la pregunta 6ª responder que durante los últimos 3 meses, habido más de dos días que no se ha administrado el tratamiento.

- f. ¿Olvido tomar tratamiento más de dos días en los últimos 3 meses?

Para este estudio se consideró los que respondieron si a las preguntas, ¿Alguna vez ¿Deja de tomar los antirretrovirales, si se siente mal? y ¿Se olvida alguna vez de tomar los antirretrovirales?

El cuestionario además estaba dividido en cuatro secciones, cada una de las cuales guarda relación con los siguientes factores: socios demográficos, epidemiológicos, reacciones adversas y aspectos institucionales al tratamiento.

3. Entrenamiento al personal de campo para estandarización.

El personal de campo para la evaluación fue capacitado y se estandarizaron los procedimientos a realizar, así como en el llenado de los instrumentos. Las acciones de supervisión, control de calidad del dato.

El protocolo y los instrumentos diseñados para esta evaluación constituyeron la guía para la capacitación. Los contenidos temáticos que fueron considerados durante la capacitación:

- Protocolo de la evaluación
- Organización para la evaluación
- Metodología a utilizar
- Instrumentos y sus respectivos instructivos

4. Validación de los instrumentos

Se llevó a cabo una prueba piloto en el Servicio de Atención Integral en Hospital Manuel de Jesús Subirana el cual no está incluido en la población objeto de estudio. Se seleccionó el establecimiento, ya que tiene similares características de los establecimientos del estudio.

La validación de instrumentos estuvo bajo la coordinación de la investigadora. Se hicieron las entrevistas, con la finalidad de identificar diferencias en la realización de la entrevista y registro de los datos, enfatizando el objetivo de cada pregunta.

5. Etapa de recolección de datos

Recolección de los datos

Los datos fueron recolectados a nivel de cada conglomerado (Establecimiento de Salud), requiriéndose una planificación del trabajo donde estaban programadas las visitas, según el número de entrevistas a realizar de acuerdo a la distribución proporcional de cada conglomerado.

El equipo de trabajo de campo estuvo conformado por:

- Un supervisor de equipo de la Unidad Gestión de la Calidad
- Encuestadores de la carrera de Odontología de la Facultad de Ciencias Médicas UNAH y consejeros de adherencia.

6. Supervisión del trabajo de campo

Se contó con una supervisión estrecha para velar por la calidad de los datos.

Revisión de los cuestionarios IN SITU. Al terminar la entrevista, el encuestador realizó una revisión sistemática del formulario utilizado, con el objetivo de corregir errores o inconsistencias.

7. Recursos Humanos y materiales

Se realizó el estudio con apoyo técnico de la Región Metropolitana del Distrito Central, Estudiantes de la carrera de odontología de UNAH, consejeros de adherencia en Carrizal, Tórax y Alonso Suazo serán responsables de entrevistar, Unidad de Gestión de Calidad será responsable de supervisar.

Las instalaciones fueron las estructuras físicas donde funcionan los SAI de cada uno de los establecimientos objetos de estudio.

Se requirió de recurso humano entrevistador, entrevistado, proveedores de salud, insumos como ser los cuestionarios que se utilizarán para aplicar la técnica de entrevista, lápices grafito, lápices tinta negra, fólder, carpetas, borrador, medio de transporte, computadoras, impresoras.

8. Consideraciones éticas y consentimiento informado

¿En qué consistió este estudio? ¿Cuáles fueron sus objetivos?

En el servicio de atención integral del Instituto Nacional Cardio-Pulmonar, Hospital Escuela Universitario, Alonso Suazo, Carrizal, se realizó un estudio sobre los factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral, la cual se define como la capacidad del paciente para implicarse correctamente en la elección, inicio y cumplimiento del mismo a

fin de conseguir unos adecuados resultados clínicos en las personas con VIH/SIDA con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, así como los factores que influyen en dicha adherencia.

Las personas con VIH/SIDA fueron invitadas a participar en el estudio. Para poder decidir si deseaba participar o no, se le entregó esta “hoja de información al paciente” rogándole por tanto que procediera a su lectura detenidamente.

La participación en el estudio no tuvo ningún beneficio médico directo y no supuso ningún cambio en su vida habitual. Sin embargo, en el futuro, este estudio podrá ser una herramienta para diseñar estrategias de atención para potenciar la adherencia en aquellas personas con VIH/SIDA que más lo necesitan.

Este estudio no conlleva riesgos para los participantes porque no se administró ningún fármaco ni se le realizó ninguna prueba clínica adicional.

Además, fueron informados que los datos serían preservados de tal manera que no pudieran ser identificados, y que dicha información solo sería utilizada por la investigadora para lograr alcanzar los objetivos propuestos.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica del Instituto Hondureño de Seguridad Social.

9. Procesamiento de los datos

Manejo de los datos

Para registrar los datos generados a través de las encuestas, se elaboró una base de datos en el Software Excel® versión 2010.

Los datos fueron trabajados utilizando el paquete estadístico Epiinfo® versión 7.2 (creado por los Centros para el Control de Enfermedades, CDC por sus siglas en inglés) hasta donde se exportó la base de datos ya descrita.

En la fase descriptiva se aplicaron medidas de frecuencia como tasa, porcentaje, proporción. Medidas de tendencia central como media, y moda. Medidas de dispersión como rango y desviación estándar.

En la fase analítica se aplicó la medida de asociación Odd Ratios de prevalencia (ORp), y la medida de significancia estadística de Intervalos de Confianza de 95% (IC95%)

Se digitó 290 encuestas sin lograr una encuesta completamente llena, se realizó tabla dinámica colocando como pregunta filtro, Alguna vez ¿Deja de tomar los antirretrovirales si se siente mal? y como pregunta refuerzo ¿Se olvida alguna vez de tomar los antirretrovirales?

10. Plan de análisis de datos

La información se analizó con un enfoque descriptivo. El nivel de los indicadores establecidos se midió utilizando proporciones (para datos categóricos) y promedios (para datos numéricos).

Se reportaron los Intervalos de confianza del 95% como medida de la precisión de los indicadores; la significancia estadística entre comparaciones inferenciales. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico Epiinfo® versión 7.2 (creado por los Centros para el Control de Enfermedades, CDC por sus siglas en inglés)

Para cuantificar la asociación entre el grupo de tratamiento y la adherencia al TAR se calculó Odd Ratios de prevalencia. Se aplicó el mismo tratamiento para cuantificar la asociación entre el resto de variables independientes y la adherencia al TAR (análisis univariado y bivariados asociación entre variable no adherencia al tratamiento y variables explicativas sociodemográficas, epidemiológicas). Datos conglomerados con variables que permitieron hacer este tipo de agrupación.

XII. Resultados

Se identificaron 290 personas con VIH/Sida que respondieron la encuesta, de los 313 según calculo en los cuatro SAI donde se realizó la investigación, para un porcentaje de respuesta de 92.6%. A la pregunta filtro para identificar los casos, ¿Se olvida alguna vez de tomar los antirretrovirales? más respuesta a la pregunta de verificación ¿Se olvida alguna vez de tomar los antirretrovirales? respondiendo si a ambas preguntas 40 personas las cuales se denominaron no adherentes, ya que cumplen definición de caso; respuesta no a ambas preguntas 166 son los adherentes, para un total de 206 encuestas con las cuales se una prevalencia de no adherencia a los antirretrovirales de 19.4%.

Cuadro 2. Distribución porcentual de las personas con VIH/sida atendida en los Servicios de Atención Integral del municipio Distrito Central, Honduras, marzo 2017

Servicio de Atención Integral	Adherentes		No Adherentes	
	N (166)	%	N (40)	%
Hospital Escuela Universitario	35	20.48	21	52.50
Instituto Cardiopulmonar	17	10.24	13	32.50
Alonso Suazo	79	47.59	4	10.00
Carrizal	35	21.08	2	5.00

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos recabados en trabajo de campo

Entre los no adherentes, el 52.50% (21) son atendidos en los SAI del Hospital Escuela Universitario, y el 5.13% (2) en Carrizal.

Cuadro 3. Prevalencia de los casos no adherentes por conglomerado, atendidos en los Servicios Atención Integral, municipio Distrito Central, Honduras, marzo 2017

Servicios de Atención Integral	No. (206)	No Adherentes (40)	Prevalencia
Hospital Escuela Universitario	101	21	20.79
Instituto Nacional Cardiopulmonar	48	13	27.08
Alonso Suazo	38	4	10.53
Carrizal	19	2	10.53

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos recabada en trabajo de campo

La mayor prevalencia de no adherencia en este estudio se presenta en el Instituto Nacional Cardiopulmonar con 27.08% (13/48), seguido del Hospital escuela Universitario con 20.79% (21/101), ambos establecimientos de salud correspondientes al segundo nivel de atención.

Cuadro 4. Características socio demográficas, de los casos no adherentes atendidos en los Servicios Atención Integral, Municipio Distrito Central. Honduras, marzo 2017

Variables	No. (40)	%
Sexo		
Hombre	22	55.00
Mujer	17	42.50
No Consignado	1	2.50
Edad		
20-49 años	29	75.00
50-79 años	7	17.50
No Consignado	4	10.00
Escolaridad		
Ninguno	3	7.50
Primaria Incompleta	7	17.50
Primaria Completa	10	25.00
Secundaria Incompleta	11	27.50
Secundaria Completa	7	17.50
Universidad Incompleta	2	5.00
Universidad Completa	0	0.00

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos recabada en trabajo de campo

En el cuadro 3. Entre los casos no adherentes, el 55.00% (22) son hombres, el 75% (13) están entre las edades de 30 a 39, el 27.50% (11) tienen la secundaria incompleta y universidad completa, cero por ciento (0).

Cuadro 5. Características socio demográficas, de los casos no adherentes por conglomerado en los Servicios Atención Integral, municipio Distrito Central. Honduras, marzo 2017

Variables	HEU		INCP		Alonso Suazo		Carrizal	
	N (21)	%	N (13)	%	N(4)	%	N(2)	%
Sexo								
Hombre	10	47.62	9	69.23	2	50.00	1	50.00
Mujer	11	52.38	3	23.08	2	50.00	1	50.00
No Consignado	0	0.00	1	7.69	0	0.00	0	0.00
Edad								
20-49 años	19	90.48	7	53.85	3	75.00	0	0.00
50-79 años	0	0.00	4	30.77	1	25.00	2	100.00
No consignado	2	9.52	2	15.38	0	0.00	0	0.00
Escolaridad								
Ninguno	3	14.29	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Primaria Incompleta	4	19.05	1	7.69	1	25.00	1	50.00
Primaria Completa	3	14.29	4	30.77	2	50.00	1	50.00
Secundaria Incompleta	7	33.33	4	30.77	0	0.00	0	0.00
Secundaria Completa	3	14.29	3	23.08	1	25.00	0	0.00
Universidad Incompleta	1	4.76	1	7.69	0	0.00	0	0.00
Universidad Completa	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos recabada en trabajo de campo

Entre los casos no adherentes, el 52.38% (11/21) son mujeres en el SAI HEU, están entre las edades de 20 a 29, el 42.86% (9/21), tienen la secundaria incompleta 33.33% (7/21) y universidad completa, cero por ciento (0).

Entre los casos no adherentes, el 69.23% (9/13) son hombres en el SAI INCP, están entre las edades de 40 a 49, el 23.08% (3/13), tienen la secundaria incompleta 30.77% (4/13) y universidad completa, cero por ciento (0).

Cuadro 6. Edad, de los casos no adherentes atendidos en los Servicios de Atención Integral del municipio Distrito Central. Honduras, marzo 2017

Servicio de Atención Integral	Edad					Desviación Estándar
	Media	Mediana	Rango	Mínimo	Máximo	
Hospital Escuela Universitario	33.4	31.5	29	20	49	8.64
Instituto Nacional Cardiopulmonar	43.09	41	39	22	61	12.72
Alonso Suazo	39.75	36.5	18	34	54	8.26
Carrizal	59	59	18	52	64	7.07

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos recabada en trabajo de campo

Las medias de edades mayores están en los SAI Instituto Nacional Cardiopulmonar y Carrizal, el rango de edades de 18 a 39 años, con un máximo de 64 en el Carrizal y mínimo de 49 en el Hospital Escuela Universitario.

Cuadro 7. Situación legal y económica de casos no adherentes atendidos en los Servicios Atención Integral, Municipio Distrito Central. Honduras, marzo 2017

Variables	N (40)	%
Estado Civil		
Soltero	20	50.00
Unión Libre	14	35.00
Casado	1	2.50
Divorciado	2	5.00
Viudo	3	7.50
Trabaja		
Si	22	55.00
No	18	45.00
Ingreso Económico		
Menor al salario mínimo	20	50.00
Mayor al salario mínimo	1	2.50
No Consignado	19	47.50

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos recabada en trabajo de campo

Entre los casos No adherentes, el 50% (20) estaban solteros, el 55% (22) trabajaban y el 20% (8) tener un ingreso económico menor al salario mínimo (Lps. 8,448.40) 50.00% (20/40), 47.50% (19/40) no respondieron a la pregunta del ingreso económico.

Cuadro 8. Factores de la persona en los casos no adherentes atendidos en los Servicios Atención Integral, municipio Distrito Central. Honduras, marzo 2017

Variable	No. (40)	%
Fuma		
Si	14	35.00
No	26	65.00
Consume Alcohol		
Si	11	55.00
No	28	40.00
No Consignado	1	5.00
Consume Droga		
Si	4	10.00
No	35	87.50
No Consignado	1	2.50
Cocaína		
Si	1	25.00
No	3	75.00
Marihuana		
Si	3	75.00
No	1	25.00

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos recabada en trabajo de campo

En el cuadro 8. El 35% (14) de los no adherentes fuman, 55% (11) consumen alcohol, 10% (4) consumen droga de los cuales 25% (1) cocaína y 75% (3) marihuana.

Cuadro 9. Factores familiares en los casos no adherentes atendidos en Servicios Atención Integral, municipio Distrito Central. Honduras, marzo 2017

Variable	N (40)	%
Problemas en su casa, Que le impiden tomarse el ARV		
Si	4	10.00
No	36	90.00
Apoyo familiar toma ARV		
Si	24	60.00
No	16	40.00

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos recabada en trabajo de campo

De los 40 no adherentes el 10% (4) manifestaron tener problemas en su casa y 60% (24) recibieron apoyo familiar.

Cuadro 10. Acceso de los casos no adherentes a los Servicios de atención integral del municipio Distrito Central. Honduras, marzo 2017

Variable	N (40)	%
Asistencia a Citas médicas		
Si	31	82.00
No	9	18.00
Limitaciones o dificultades para acceso		
Si	15	37.50
No	25	62.50
Dificultades para el acceso		
Distancia	6	20.00
Transportes	8	26.77
Horario	3	10.00
Inseguridad	2	6.77
Dinero	11	36.47

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos recabada en trabajo de campo

De los casos no adherentes 82% (31) asistieron a las citas médicas, el 37.50% (15) tuvo limitaciones o dificultades para acceder a los servicios de atención integral

Cuadro 11. Efectos adversos al tratamiento antirretroviral en los casos no adherentes atendidos en los Servicios de Atención Integral, del municipio, Distrito Central. Honduras, marzo 2017

Variable	N (40)	%
Efectos Adversos		
Si	20	50.00
No	20	50.00
¿Cuáles Efectos Adversos?		
Dolor de cabeza	9	15.52
Fatiga	5	8.62
Colesterol alto	7	12.07
Dolor de estómago y nauseas	8	13.79
Diarrea	5	8.62
Visión Borrosa	3	5.17
Rash	1	1.72
Temblores en piernas	3	5.17
Temblores en pies	4	6.90
Temblores en manos	2	3.45
Anemia	2	3.45
Trastornos del sueño	9	15.52

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos recabada en trabajo de campo

El 50% (20) presentaron efectos adversos, la mayoría de los efectos dolor de cabeza y trastornos del sueño 15.52% (9), dolor de estómago y nauseas 13.79% (8), y colesterol alto 12.07% (7).

Cuadro 12: Riesgo en los casos no adherentes atendidos en los Servicios Atención Integral del municipio Distrito Central. Honduras, marzo 2017

Variable	No. (40)	%	IC95%	
Fuma				
Si	14	35.00	20.63	51.68
No	26	65.00	48.32	79.37
Consume Alcohol				
Si	11	27.50	15.00	44.87
No	28	70.00	55.13	85.00
No Consignado	1	2.50		
Consume Droga				
Si	4	10.00	2.87	24.22
No	35	87.50	75.78	97.13
No Consignado	1	2.50		
Cocaína				
Si	1	2.50	0.06	13.16
No	39	97.50	86.84	99.94
Marihuana				
Si	3	7.50	1.57	20.39
No	37	92.50	79.65	98.43

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos recabada en trabajo de campo

El fumar con 35.00% (IC95% 20.63-51.68) al igual que el consumo de alcohol con 27.50% (IC95% 15.00-44.87) y la droga más consumida Marihuana en siete punto cincuenta por ciento (IC95% 1.57-20.39)

Cuadro.13. Relación familiar en los casos no adherentes de los servicios de atención integrales del estudio, marzo 2017

Variable	No. (40)	%	IC 95%	
Comparte domicilio				
Si	33	82.50	67.22	92.66
No	7	17.50	7.34	32.78
Problemas en su casa, Que le impiden tomarse el ARV				
Si	4	10.00	2.79	23.66
No	36	90.00	76.34	97.21
Convivientes conocen diagnóstico				
Si	25	62.50	55.64	87.12
No	9	22.50	12.88	44.36
No Consignado	6	15.00		
Apoyo familiar toma ARV				
Si	24	60.00	43.33	75.14
No	16	40.00	24.86	56.67

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos recabada en trabajo de campo

El 90.00% (IC95% 76.34-97.21) manifiestan no tener problemas en su casa que le impidan tomar el tratamiento antirretroviral, 62.50% (IC95% 55.64-87.12) de los convivientes conocen el diagnóstico y el 60% (IC95% 43.33-75.14) refieren recibir apoyo familiar para tomar el antirretroviral.

Cuadro. 14. Acceso a los servicios de atención integral del estudio por parte de los casos no adherentes, marzo 2017

Variable	No. (40)	%	IC95%	
Asistencia a Citas médicas				
Si	31	77.50	61.55	89.16
No	9	22.50	10.84	38.45
Limitaciones o dificultades para acceso				
Si	15	37.50	22.73	54.20
No	25	62.50	45.80	77.27
Distancia	6	15.00	5.71	29.84
Transportes	8	20.00	9.05	35.65
Horario	3	7.50	1.57	20.39
Inseguridad	2	5.00	0.61	16.92
Dinero	11	27.50	14.60	43.89

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos recabada en trabajo de campo

El 22.50% (IC95% 10.84-38.45) de las personas encuestadas contestaron que no asisten a todas las citas médicas programadas por el personal de los servicios de atención integral donde llevan sus controles, el 37.50% (IC95% 22.73-54.20) manifestó tener dificultades de acceso presentando mayores frecuencias la falta de dinero 27.50%, transporte 20%, distancia 15%. En relación al área de trabajo o residencia.

Cuadro. 15. Comorbilidades como factor que interviene en la no adherencia de los casos que asisten a los servicios de atención integral del estudio marzo 2017

Variable	N(40)	%	IC 95%	
Tratamiento otras patologías				
Hipertensión				
Si	5	12.50	4.19	26.80
No	35	87.50	73.20	95.81
Cáncer				
Si	0	0.00	0.00	0.00
No	39	97.50	90.97	100.00
No Consignado	1	2.50		
Diabetes				
Si	1	2.50	0.06	13.48
No	38	95.50	86.52	99.94
No Consignado	1	2.50		
Epilepsia				
Si	2	5.00	0.61	16.92
No	38	95.00	83.08	99.39
Asma				
Si	4	10.00	2.87	24.22
No	35	21.08	75.78	97.13
No Consignado	1	2.50		
Artritis				
Si	2	5.00	0.63	17.32
No	37	92.50	82.68	99.37
No Consignado	1	2.50		
Osteoporosis				
Si	0	0.00	0.00	0.00
No	40	100.00	91.19	100.00

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos recabada en trabajo de campo

La comorbilidad más presentada es la Hipertensión arterial en 12.50% (IC95% 4.19-26.80) en el grupo adherente.

En los casos no adherentes el 12.50% (5) respondieron ser hipertensos, dos punto cinco por ciento (1) diabetes, cinco por ciento (2) epilepsia 97.50% (39) sin cáncer, diez por ciento (4) asma, cinco por ciento (2) artritis, cero por ciento (0) osteoporosis.

Cuadro. 16. Años en tratamiento de los casos no adherentes que asisten a los servicios de atención integral del estudio marzo 2017

Variable	N(40)	%	IC95%	
Años en tratamiento ARV				
1 - 5 años	10	25.00	17.94	54.33
6 - 10 años	9	22.50	15.28	50.83
11 – 15 años	5	12.50	5.85	50.83
16- 20 años	4	10.00	3.89	31.66
21 – 25 años	1	2.50	0.09	17.76
No Consignado	11	27.50		

Fuente: base de datos recabada en trabajo de campo

En la pregunta años en tratamiento el 25.00% IC95% (17.94-54.33) no adherentes tienen de 1 a 5 años y el 2.50% (11/40) de 21 a 25 años no está consignado.

Cuadro 17. Efectos adversos al tratamiento antirretroviral en los casos no adherentes en los servicios de atención integral de la investigación, municipios Distrito central, Honduras, marzo 2017

Variable	N(40)	%	IC 95%	
Efectos Adversos				
Si	20	50.00	33.80	66.20
No	20	50.00	33.80	66.20
¿Cuáles Efectos Adversos?				
Colesterol alto	7	17.50	7.34	32.72
Temblores en manos	2	5.00	0.61	16.92
Temblores en piernas	3	7.50	1.57	20.39
Temblores en pies	4	10.00	2.79	23.66
Fatiga	5	12.50	4.19	26.80
Diarrea	5	12.50	4.19	26.80
Anemia	2	5.00	0.61	16.92
Visión Borrosa	3	7.50	1.57	20.39
Dolor de estómago y náuseas	8	20.00	9.05	
Dolor de cabeza	9	22.50	10.84	38.45
Rash	1	2.50	0.06	13.16
Trastornos del sueño	9	22.50	10.84	38.45

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos recabada en trabajo de campo

El 50% (IC95% 33.80-66.20) de los casos ha presentado efectos adversos siendo el de mayor frecuencia el dolor de cabeza con 22.50% (IC95% 10.84-38.45) al igual que trastornos del sueño.

Los efectos adversos presentados por el uso de TAR afectan principalmente el Sistema Nervioso en un 75% (Incluye: trastornos del sueño, dolor de cabeza, visión borrosa, temblor de manos, piernas y pies), seguido de trastornos gastrointestinales en un 32.5% (dolor de estómago náuseas y diarrea) y finalmente alteraciones en exámenes de laboratorio 22.5% (anemia e hipercolesterolemia)

Cuadro 18. Factores de riesgo en los casos no adherentes que asisten a los servicios de atención integral del estudio marzo 2017

Variable	No.	ORP	IC95%		Valor P
Edad 20-49 años	13	3.88	0.4882	99.8122	0.1186
Trabaja	13	1.60	0.4122	6.2109	0.2608
Consume alcohol	13	3.43	0.7914	14.8537	0.0585
Efectos Adversos	17	1.42	0.3751	5.4789	0.3060
No contar con dinero	7	1.23	0.2872	5.766	0.3969

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos recabada en trabajo de campo

Los no adherentes tienen tres veces más la probabilidad de olvidar tomar los antirretrovirales a la hora indicada, si consume alcohol y se encuentra entre los 20 a 49 años, no hay significancia estadística.

XIII. Discusión

Los factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral son cuatro; de la persona, medicamento, proveedores de salud, sistema de salud, de acuerdo a directrices de Organización Mundial de la Salud, por lo que Honduras lo ha retomado en el manual de la atención integral al adulto y adolescente con VIH, en esta investigación, se planteó encontrar los factores asociados a la no adherencia resultando el factor de medicamentos y del paciente con asociación, sin significancia estadística para este estudio, el consumo de alcohol no es considerado en la literatura como una actitud positiva para mantener adherencia al tratamiento antirretroviral.

Por otra parte, los resultados sobre consumo de alcohol, muestran en este estudio una asociación pero sin significancia estadística. Este dato es importante, considerando que el consumo de alcohol ha sido señalado como un factor que afecta negativamente la adherencia además también influyen factores propios del paciente como ser: psiquiátricos (depresión), abuso de sustancias (alcohol, medicamentos somníferos), inestabilidad económica, preocupación sobre el acceso a la terapia, inadecuada ayuda social, el número de píldoras, horario complejo del régimen, efectos adversos a las drogas, prácticas sexuales de riesgo, entre otros, los cuales no presentaron ninguna asociación en el grupo de casos en este estudio.

Adicionalmente, las interacciones entre los antirretrovirales y el alcohol pueden disminuir los efectos terapéuticos esperados. El consumo de alcohol en personas con VIH y en tratamiento antirretroviral afecta de manera negativa al organismo ya que puede provocar resistencia a los fármacos y dejar expuesta a la persona en adquirir infecciones oportunistas por no mantener una carga viral disminuida y CD4 elevados.

La variable trabaja, tuvo asociación en este estudio pero no significancia estadística. La literatura menciona que este es un factor relacionado con la no adherencia.

Ya que no consiste solo en tomar el medicamento a la hora y cantidad indicada el entorno y hábitos son medidas adecuadas, por otro lado el horario laboral está asociado en este estudio a la no adherencia al tratamiento, por no cumplir la hora de toma de medicamento, el fumar no está asociado pero no puede ser un factor protector ya que es nocivo a la salud y con ese hecho es confirmado afecta a la adherencia.

Se espera se obtenga una adherencia del 95% que es aceptable como metas de país, en este estudio se encuentra 81%, relacionado con la literatura mundial sobre el VIH, se han descrito diversas investigaciones sobre el incumplimiento en la toma de medicamentos antirretrovirales, encontrándose niveles de adherencia que varían considerablemente, desde un 27% hasta un 82%. En los últimos años, los estudios han mostrado que para suprimir la réplica del VIH en el 81% de participantes tratados, se requiere de un índice de adherencia a la medicación mayor del 95%.³⁴

“Es preciso resaltar que el éxito del control del VIH/SIDA no depende exclusivamente de la toma de los antirretrovirales, se requiere además de la adherencia no-farmacológica, relacionada con cambios en los estilos de vida, que aumentan la eficacia del tratamiento y disminuyen la posibilidad de resistencia a los medicamentos, la reinfección y la transmisión del virus, a la vez que mejoran la salud y la calidad de vida del paciente según María T. Varela-Arévalo y Paula A. Hoyos Hernández.³⁴

Murri y Luis Ortega en su estudio llamado Adhesión al tratamiento antirretroviral utilizaron un cuestionario durante un año completo a los casos con tratamiento, demostrando que un 10% se mantienen No-Adherentes durante ese período y

que un 15% de Adherentes al inicio se hacen No-Adherentes al cabo de un año. Confirman como factor predictivo de la respuesta viral el ser No-Adherentes en el momento del reclutamiento.² (Indicador sobrevida 12 meses). En este estudio la prevalencia de la no adherencia es del 19% independiente del tiempo de tratamiento o tipo de terapia que sigue, resultado menor en relación a los diversos estudios.

Que han presentado 35.9% prevalencia en la no adherencia, no se ha definido a ciencia cierta cuál es el mejor método para calcular la no adherencia, se han aplicado diferentes metodologías.²

Se observó en otro estudio que un tercio de los sujetos reportaron que algunas veces o muchas veces han tenido efectos secundarios agudos del TAR, entre ellos fatiga o debilidad, vómito y diarrea, náuseas, mareo, dolor de cabeza y adormecimiento en manos y boca. Estos síntomas se encontraron en otros estudios; entre La bibliografía señala que algunos de los efectos secundarios intervienen en el apego al TAR.

Un estudio efectuado en personas VIH positivas en la ciudad de Nueva York. (Efectos secundarios del tratamiento antirretroviral y apego en pacientes con VIH de dos instituciones públicas), la fatiga o debilidad, el vómito diarrea y las náuseas fueron los efectos secundarios agudos más frecuentes; el efecto crónico más frecuente fue la lipodistrofia; tomar el medicamento con el estómago vacío fue la principal restricción y la mayoría de los pacientes percibía beneficios del tratamiento antirretroviral (TAR).

En otros estudios los factores asociados con la no adherencia al TAR fueron los efectos secundarios crónicos y la desconfianza al mismo. Los sujetos que reportaron tener algún efecto crónico del tratamiento (OR=2.23, p=0.001)

² Tomado del estudio Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-sida

tuvieron mayor probabilidad de no apego en el último mes. Los pacientes con VIH que reciben TAR que reportaron un efecto crónico tienen mayor probabilidad de no apego. El personal de salud puede considerar este hallazgo para promover el apego al TAR entre pacientes con VIH.³⁶ Reportó que quienes no tuvieron adormecimiento de manos y boca tuvieron tres veces más probabilidades de apego al tratamiento que las que tuvieron este efecto secundario. La probabilidad de apego al TAR se relacionó negativamente con malestar estomacal.

La bibliografía dio a conocer los efectos secundarios agudos del TAR: náuseas, vómito, diarrea, mareo, dolor de cabeza, entumecimiento en boca y sentimientos de tristeza; la mayor parte de estos síntomas se identifican durante los primeros tres meses de inicio del tratamiento. No se encontró estudios que evalúen por separado los efectos secundarios agudos y crónicos (por ejemplo, lipodistrofia, lipoatrofia, hipercolesterolemia) del tratamiento. Conocer de manera separada si los efectos secundarios del TAR influyen en la adherencia puede contribuir en los programas de apoyo al inicio y durante el tratamiento informando a las personas para que puedan afrontar mejor esos efectos y lograr mejorar adherencia.³⁶

En contraste, el análisis realizado en los pacientes de la Ciudad de México reveló que los efectos secundarios agudos reportados si es factor asociado, en otro estudio realizado en México realizado por los médicos Vargas, Flores, Valdez y Caballero De las personas con VIH/SIDA que presentaron efectos secundarios, el 93% fue al inicio del tratamiento, la presencia de náuseas y vómitos es un factor importante. En este estudio los efectos adversos no tienen significancia estadística si asociación con la no adherencia y el efecto más frecuente es el dolor de cabeza.

Limitantes del estudio

No se obtuvo la totalidad de la muestra de 313 encuestas solo fue posible aplicar 290 de las cuales ni una encuesta estaba llena al 100%. Se depuro la base de 290 quedando un total de 206 encuesta, la actitud de los participantes no fue favorable, después de la lectura del consentimiento informado y la explicación brindada no deseaban participar en responder como entrevista ni auto diligenciada se obtuvo 40 personas con VIH/SIDA que respondieron las preguntas definidas en este estudio como casos no adherentes, por lo que la población es pequeña no permite ver la asociación entre variables dependientes e independientes.

XIV. Conclusiones

1. En este estudio se encontró que el 19.4% de los Usuarios no adherentes al tratamiento Antirretroviral se relacionan a factores inherentes al Usuario como el trabajo, edad.
2. El no seguir las indicaciones en la toma del medicamento unido a variables demográficas como edad, efectos adversos, economía y estilos de vida contribuyen a la no adherencia.
3. Los factores asociados al tratamiento sin significancia estadística en orden decreciente de importancia incluyen: Consumo de alcohol(ORP 3.43), trabajo(1.60), el tiempo de administración del tratamiento(¿?) y los efectos adversos a los ARV(1.42)

XV. Recomendaciones

1. Deben implementarse estrategias que permitan identificar a las personas en riesgo de no adherencia para minimizar el riesgo de desarrollar resistencia, por medio de visitas domiciliarias y actividades en grupos de auto apoyo.
2. Hacer estudios de tipo analítico donde la población no adherente sea mayor a la considerada en este estudio para obtener significancia estadística a los factores identificados.
3. Sensibilizar al personal de salud que brinda atención directa a la persona con VIH para abordaje integral e identificación y registro de los factores que puedan conducir a la no adherencia.
4. La secretaria de salud debe retomar el monitoreo periódico del cumplimiento de la normativa y llenado de las variables que permiten identificar la adherencia para toma oportuna de decisiones.
5. Realizar acuerdos entre Secretaria de Salud y universidades para apoyar en la red de servicios con profesionales de psicología y nutrición en modalidad de servicio social ya que en este momento no forman parte del recurso humano con el que se brindan las prestaciones de salud pública dentro de los establecimientos que cuentan con Servicios de Atención Integral a personas con VIH/sida.

XVI. Bibliografía

1. Miranda OG, Fariñas T, Coutín M, Pérez M, Lara , Lago A. Comportamiento de la epidemia de VIH en Cuba. Revista Médica Electrónica. 2012 ene - febrero; 34(1).
2. Honduras dS. Manual de Atención Integral al Adulto y Adolescente con VIH Tegucigalpa; 2013.
3. Arrivillaga , Salcedo. Intersecciones entre posición socioeconómica, mecanismos psicológicos y comportamientos de adherencia en VIH/SIDA: aproximación cualitativa desde la perspectiva del curso de vida. Pensamiento Psicológico. 2012 julio - diciembre; 10(2).
4. Sánchez MC. Adherencia a tratamientos antirretrovirales simples en una o dos tomas diarias. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid , Madrid; 2010.
5. Honduras dS. Norma Técnica Hondureña NTHSS 04:2014 del Sector Salud, Atención integral a la población, promoción,prevención, atención integral a las personas, vigilancia epidemiológica a investigación relacionada con el virus de la Inmuno-deficiencia Humana (VIH) Tegucigalpa ; 2014.
6. Organización dS. Experiencias Exitosas en el Manejo de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Latinoamérica. Organización Panamericana de la Salud. 2011 Junio.
7. Venereo DO, Lastre D, Viñas L, González C. Caracterización de pacientes con abandono dela terapia antirretroviral y consecuencias económicas. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2015; 5(14).
8. Salud M. Guía de Terapia Antirretroviral en Adultos con VIH; 2009.
9. Rojas Sáurez K, Arce Espinoza. Adherencia terapéutica y su impacto en la disminución del perfil lipídico de los pacientes atendidos en la modalidad de telemedicina. Servicio Médico, Universidad Estatal a Distancia. 2015 Febrero.
10. Organización MdS. Diez datos sobre el VIH/sida. [Online].; 2016 [cited 2017

Febrero 14. Available from: HYPERLINK
<http://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/>

11. Tejeda , Alarcón J, Velásquez C, Gutiérrez C, Loarte C, Zunt J, et al. Factores Asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad durante la gestación, periparto y postparto en mujeres VIH positivas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. *Peruana de Epidemiología*. 2011 Abril; 15(2): p. 3.
12. ONUSIDA. Atención y apoyo al VIH teniendo en cuenta las directrices unificadas de 2016 de la OMS. 2016..
13. Programa Conjunto de las Naciones seV(. Atención y apoyo al VIH teniendo en cuenta las directrices unificadas de 2016 de la OMS. 2016..
14. Fortin I, Lungo S, Wheeler J, Oliva K. 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. *Reposte Final Estudio*. Guatemala: PASCA; 2013.
15. Morales G, Aragón M, Lara B. Factores Asociados con la no Adherencia a la Terapia Antirretroviral en personas con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. *Medica de Honduras*. 2009 Abril; 77(2).
16. Gil del Valle , Cisneros Nápoles D. Creencias y Conocimientos Sobre la Infección VIH y el Tratamiento Antirretroviral en Jóvenes y Profesores que Asisten a la Universidad de Ciencias Médicas, Cienfuegos. *Boletín epidemiológico*. Habana, Cuba: Ministerio De Salud Pública, Dirección Nacional de Epidemiología ; 2016.
17. Moya Y, Bernal F, Rojas E, Berthel E. Seguimiento fármaco-terapéutico en pacientes ambulatorios con tratamiento antirretroviral. *Chilena de infectología*. 2012 Agosto ; 29(4).
18. Respuesta a la Terapia Antirretroviral Altamente Activa en Pacientes de 50 años de Edad o Más Viviendo con Infección. *Gaceta médica de Caracas*. 2012 Septiembre; 120(4).
19. Bandera Ramos , Ge Martínez , Bravo Castillo , Castillo Hernández , Torres

- Rondón. Prevalencia de enfermedad renal crónica en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida. MEDISAN. 2016 Agosto; 20(8).
20. Cardona V, Medina O, Herrera SM, Orozco A. Depresión y factores asociados en personas viviendo con VIH/Sida en Quindío, Colombia, 2015. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2016 Noviembre; 15(6).
 21. Iza Jiménez M. Conocimientos Actitudes y Prácticas Nutricionales. Tesis. Quito: Pontificia Universidad Católica Del Ecuador, Facultad De Enfermería; 2016.
 22. Zafra JH, Ticona. Estigma Relacionado A Vih/Sida Asociado Con Adherencia Al Tratamiento Antirretroviral En Pacientes De Un Hospital De Lima, Perú 2014. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016; 33(4).
 23. Alducín P, Martínez. Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma del Estado de México. [Online].; 2017 [cited 2017 marzo lunes. Available from: HYPERLINK "http://hdl.handle.net/20.500.11799/63610" <http://hdl.handle.net/20.500.11799/63610> .
 24. Montoya. Enfrentando El Estigma y La Discriminación Por Vih Desde El Trabajo Social. Tesis. Universidad Pública De Navarra; 2016.
 25. Pérez R, Pérez S, Compeán D, Staines O, Ortiz H. Efectos secundarios del tratamiento antirretroviral y apego en pacientes con VIH de dos instituciones públicas. Medica Int.Mexico. 2016 Julio; 32(4).
 26. Cantudo MR, Márquez CH, Almeida CV, Verdugo M. Influencia de las creencias hacia los medicamentos en la adherencia al tratamiento concomitante en pacientes VIH positivos. Farmacia Hospitalaria. 2014 Septiembre; 39(1).
 27. Frómata V, Alfonso , Perez. Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. Revista Cubana de Salud Pública. 2015 octubre - diciembre; 41(4).
 28. Info red Sida. International Association of Providers of AIDS Care. [Online].; 2014 [cited 2017 marzo lunes. Available from: HYPERLINK "http://aidsinfonet.org/fact_sheets/view/651?lang=spa" http://aidsinfonet.org/fact_sheets/view/651?lang=spa .

29. Muñoz. Novedades en adherencia al tratamiento antirretroviral. 2002..
30. Aguilera , Bastidas F. Factores limitantes y potenciadores en la adherencia al tratamiento de antirretrovirales en personas que viven con VIH/SIDA. VITAE, Academia Biomedica Digital. 2010 Octubre; 44.
31. Rodriguez P. Estudio de factores de riesgo influyentes en el adherencia al tratamiento antirretroviral y desarrollo de un modelo predictivo en pacientes VIH positivos. Tesis Doctoral. Madrid : Universidad Complutense de Madrid , de Farmacología; 2016.
32. García IC, Rodríguez D. Situación en que viven y adhesión al tratamiento en mujeres. Acta Universitaria. 2014 Julio - Agosto ; 24(4).
33. Bermúdez , Bran L, Palacios , Posada. Relación médico paciente: impacto en las campañas de promoción y prevención para personas con VIH en Medellín. Revista de Salud Pública. 2016 julio - agosto; 18(4).
34. T. María, Varela Arévalo, A. Paula, Hernández. La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. Revista de salud pública. 2015;17 (4)
35. Knobel H, Alonso J, Casado JL, Collazos J, Gonzalez J, Ruiz I, Kindelan JM,Carmona A, Juega J, Ocampo A. Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. AIDS. 2002; 16(4):60513.
36. Pérez-Rodríguez I, Pérez-Salgado D, CompeánDardón MS, Staines-Orozco MG, Ortiz- Hernández L. Efectos secundarios del tratamiento antirretroviral y apego en pacientes con VIH de dos instituciones públicas. Med Int Méx. 2016 julio;32(4)
37. Vargas A, Flores W, Valdez E, Caballero V. La adherencia a los antirretrovirales de las personas que viven con el VIH o SIDA en Bolivia. Revista Médica. 2007; 18(28):68-75

XVII. Anexos

Consentimiento Informado

He sido invitado para participar en la investigación sobre los **“Factores asociados en la no adherencia al tratamiento antirretroviral, en adultos con VIH/Sida de los Servicios de Atención Integral en el Distrito Central, año 2017”** la cual realiza la Licenciada en Enfermería Yisela Martínez, para optar al título de Máster en Epidemiología en la Universidad Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas.

Entiendo que mi participación en esta investigación consiste en responder en esta única vez, preguntas de datos propios como datos personales, datos relacionados con los medicamentos que actualmente toma. He sido informado que no existen riesgos para mí como paciente al participar en la presente investigación. Soy consciente de que no hay beneficio personal para mí, pero con los datos proporcionados se beneficiarán todas las personas no adherentes al mejorar los factores modificables y con ello mejorar la adherencia a los antirretrovirales.

He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Recibo una copia de este documento debidamente firmada.

Consiento voluntariamente participar en la presente investigación.

Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultar en el futuro.

Fecha y firma de la paciente

Fecha y firma de la investigadora

Licda. Yisela Martínez



Universidad Nacional Autónoma de Honduras

**Facultad de Ciencias Médicas
Departamento de Salud Pública
Maestría en Epidemiología**

Investigación: “Factores asociados en la no adherencia al tratamiento antirretroviral, en adultos con VIH/Sida de los SAI Distrito Central, año2017”

SAI: _____ Fecha: _____ Número de encuesta: _____

Responsable de encuestar: _____

Instrucciones: Marcar con una flecha  o una X la respuesta a cada pregunta

Sección 0: Datos socio demográficos

1. Procedencia: _____

2. Colonia o Barrio donde vive actualmente:

3. Edad en años: ____ **4. Sexo:** 1 .Hombre 2. Mujer

5. Nivel de escolaridad: Seleccione solo una respuesta

5.1. Ninguno ____

5.2. Primaria Incompleta ____

5.3. Primaria Completa ____

5.4. Secundaria Incompleta ____

5.5. Secundaria Completa ____

5.6. Estudios Universitarios Incompletos ____

5.7. Estudios Universitarios Completos ____

6. Estado Civil: Seleccione solo una respuesta

6.1. Soltero ____ 6.2.Unión libre ____ 6.3.Casado ____

6.4. Divorciado ___ 6.5. Viudo ___

7. Tiene hijos: 1. Sí ___ 0. No ___

8. Comparte domicilio: 1. Si ___ 0. No ___

Si la respuesta es no pasar a la pregunta número 11

9. Si la respuesta es sí ¿Con quién? 9.1. Familia ___ 9.2. Pareja ___ 9.3. Amigos ___

10. Las personas que viven con usted saben que es VIH positivo: 1. Sí ___ 0. No ___

11. Usted trabaja: 1. Sí ___ 0. No ___

Si su respuesta es no, favor no contestar las preguntas 13 y 14

12. De cuantos lempiras es su Ingreso Económico: Lps. _____

Lo recibe por: día ___ Semana ___ Mes ___

13. Si trabaja: Sus compañeros de trabajo saben que usted es VIH positivo:

1. Sí ___ 0. No ___

14. Sus compañeros de trabajo le apoyan en tomar su tratamiento:

1. Sí ___ 0. No ___

15. Usted habla sobre su enfermedad con normalidad con sus familiares:

1. Sí ___ 0. No ___

16. Usted tiene algún tipo de conflictos o problemas en su casa, que le impidan tomarse el tratamiento antirretroviral: 1. Sí ___ 0. No ___

Si su respuesta es no pasar a la pregunta número 17

Si su respuesta anterior es sí: De qué tipo. Marque las opciones que necesite

16.1. Económico ___ 16.2. Laboral ___

16.3. Consumo de drogas ___ 16.4. Falta de comunicación ___

17. De cuáles de las siguientes personas recibe ayuda para seguir su tratamiento antirretroviral, en el servicio de atención integral: Marque las opciones necesarias

17.1. Médico ___ 17. 2. Farmacéutico ___

17.3. Psicólogo ___ 17.4. Trabajador Social ___

17.5. Enfermera ___ 17.6. Auxiliar de enfermería ___ 17.7. Ninguno ___

18. Su familia le apoya para tomarse el tratamiento antirretroviral a las horas indicadas:

1. Sí ___ 0. No ___

Si su respuesta es no pasar a la pregunta 19

Si la respuesta anterior es si, de quien recibe apoyo:

18.1. Esposa (o) ___ 18.2. Hijo (a) ___ 18.3. Sobrinos (a) ___

18.4. Primo (a) ___ 18.5. Cuñado (a) ___ 18.6. Nieto (a) ___

19. En algún momento se ha sentido deprimido (triste) y ha dejado de tomar su medicamento antirretroviral:

1. Sí ___ 0. No ___

Sección 1: Datos Epidemiológicos

20. Usted fuma: 1. Si ___ 0. No ___

Si su respuesta es no pasar a la pregunta número 21

Si su respuesta fue si, cada cuanto lo hace:

20.1. Diario ___ 20.2. Semanal ___ 20.3. Ocasionalmente ___

21. Usted Consume Alcohol: 1. Si ___ 0. No ___

Si su respuesta es no pasar a la pregunta número 22

Si su respuesta fue si, cada cuanto lo hace:

21.1. Diario ___ 21.2. Semanal ___ 21.3. Ocasionalmente ___

22. Usted Consume drogas: 1. Si ___ 0. No ___

Si su respuesta es no pasar a la pregunta número 23

Si su respuesta fue si, **¿Cuáles?:**

22.1. Marihuana ___ 22.2. Cocaína ___

22.3. Heroína ___ 22.4. Metadona ___

22.5. Otras, especifique: _____

¿Cada cuanto lo hace?:

22.5. Diario ___ 22.6. Semanal ___ 22.7. Ocasionalmente ___

23. Ha tenido alguna infección como ser:

23.1. Virus Hepatitis B: 1. Sí ___ 0. No ___

23.2. Virus Hepatitis C: 1. Sí ___ 0. No ___

23.3. Tuberculosis: 1. Sí ___ 0. No ___

24. Toma tratamiento para alguna enfermedad como ser:

24.1. Presión Arterial Alta 1. Sí ___ 0. No ___

24.2. Cáncer 1. Sí ___ 0. No ___

24.3. Diabetes Mellitus 1.Sí ___ 0.No ___

24.4. Epilepsia 1.Sí ___ 0.No ___

24.5. Asma 1.Sí ___ 0.No ___

24.6. Artritis 1.Sí ___ 0.No ___

24.7. Osteoporosis 1.Sí ___ 0.No ___

25. Cuando inicio su tratamiento antirretroviral:

Mes: _____ Año: _____

Si no recuerda la fecha: Cuantos años lleva en tratamiento: _____

**26. Alguna Vez ¿Deja de tomar los antirretrovirales si se siente mal? 1.Sí ___
0.No ___**

**27. Cuantos esquemas de tratamiento antirretroviral le han indicado: Número
_____**

28. Conoce que medicamentos antirretrovirales está tomando: 1. Sí ___ 0.No ___

29. ¿Se olvida alguna vez de tomar los antirretrovirales? 1. Sí ___ 0.No ___

30. ¿Toma siempre sus antirretrovirales a la hora indicada? 1. Sí ___ 0.No ___

31. En la última semana ¿Cuántas veces no tomó alguna pastilla (dosis)?

Ninguna___ 1 a 2 veces ___ 3 a 5 veces ___ 6 a 10 veces ___

Más de 10 veces ___

32 ¿Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana? 1.Sí ___ 0.No ___

**33. En los últimos tres meses ¿Cuántos días completos no tomó la
medicación?**

33.1. Menos de dos días ___ 33.2. Dos días ___ 33.3. Más de dos días ___

**34. En los últimos exámenes de laboratorio que le hicieron recuerda cual fue su
resultado de CD4**

1. Sí ___ 0.No ___

Si su respuesta es Sí, escriba el resultado: _____

Si su respuesta es no, pasara a la pregunta 35

**35. En los últimos exámenes de laboratorio que le hicieron recuerda cual fue su
resultado de Carga Viral**

1. Sí ___ 0.No ___

Si su respuesta es Sí, escriba el resultado: _____

Si su respuesta es no, pasara a la pregunta 36

Sección 2: Reacciones Adversas

36. Personal de salud que le ha informado sobre los efectos que usted puede presentar durante tome tratamiento antirretroviral (efectos adversos):

35.1. Médico 1. Sí ___ 0.No ___ 35.2. Farmacéutico 1. Sí ___ 0.No ___

35.3. Enfermera 1. Sí ___ 0.No ___ 35.4. Auxiliar de Enfermería 1. Sí ___ 0.No ___

35.5. Psicólogo 1. Sí ___ 0.No ___ 35.6. Trabajador social 1. Sí ___ 0.No ___

35.7. Ninguno ___

37. En los últimos 3 meses ha tenido algún efecto por el tratamiento antirretroviral (efecto adverso): 1. Sí ___ 0.No ___

38. Si su respuesta fue si ¿Qué efectos? Marque los que ha tenido

38.1. Colesterol alto ___ 38.2. Temblores en manos ___

38.3. Temblores en Piernas ___ 38.4. Temblores en Pies ___

38.5. Fatiga ___ 38.6. Diarrea ___

38.7. Anemia ___ 38.8. Visión borrosa ___

38.9. Dolor de estómago o náuseas ___ 38.10. Dolor de cabeza ___

38.11. Rash ___ 38.12. Alergia a algún medicamento ___

38.13. Trastornos del sueño ___ Otros: _____

39. Cuando ha tenido alguno de estos efectos ¿A dejado de tomar el tratamiento antirretroviral?

1. Sí ___ 0.No ___

Sección 3: Aspectos Institucionales

40. En cuales centros de salud (CAI) le han dado tratamiento antirretrovirales:

41. Actualmente en cuantos centros de salud (CAI) le dan tratamiento antirretroviral

Número _____

42. Tiene limitaciones o dificultades para acceder al Servicio de Atención Integral (CAI) donde vino hoy:

1. Sí ___ 0.No ___

43. Es caso de contestar si, marque cuales de las siguientes opciones:

43.1. Distancia ___ 43.2. Transporte ___

43.3. Horario ___ 43.4. Inseguridad ___

43.5. No cuenta con dinero ___

43.6. No está la persona que le entrega el medicamento ___

43.7. No está el médico que lo revisa ___

43.8. Está cerrado el consultorio ___

44. Asiste todos los meses a la cita médica: 1.Sí ___ 0.No ___

45. El lugar donde le brindan la consulta esta:

45.1. Iluminado 1. Sí ___ 0.No ___

45.2. Con suficiente ventilación 1.Sí ___ 0.No ___

46. El médico le explica cómo debe tomarse el medicamento: 1.Sí ___ 0.No ___

47. Si la respuesta es sí: Son claras las explicaciones: 1.Sí ___ 0.No ___

**48. El médico escucha sus preguntas y dudas sobre el medicamento: 1.Sí ___
0.No ___**

**49. El médico le responde a sus preguntas sobre el medicamento: 1.Sí ___
0.No ___**

Gracias por su participación

Cuadro 1. Características socio demográficas, de los casos no adherentes atendidos en los Servicios Atención Integral, municipio Distrito Central. Honduras, marzo 2017

Variables	N (40)	%
Sexo		
Hombre	22	55.00
Mujer	17	42.50
No Consignado	1	2.50
Edad		
20-29 años	11	27.50
30-39 años	13	32.50
40-49 años	7	17.50
50-59 años	5	12.50
60-69 años	2	5.00
No Consignado	2	5.00
Escolaridad		
Ninguno	3	7.50
Primaria Incompleta	7	17.50
Primaria Completa	10	25.00
Secundaria Incompleta	11	27.50
Secundaria Completa	7	17.50
Universidad Incompleta	2	5.00
Universidad Completa	0	0.00

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos recabada en trabajo de campo

En el cuadro 3. Entre los casos no adherentes, el 55.00% (22) son hombres, el 75% (13) están entre las edades de 30 a 39, el 27.50% (11) tienen la secundaria incompleta y universidad completa, cero por ciento (0).

Cuadro 2. Factores de riesgo identificados en los adherentes y no adherentes atendidos en los Servicios Atención Integral del municipio Distrito Central. Honduras, marzo 2017

Variable	Adherentes			No Adherentes				
	No. (166)	%	IC95%	No. (40)	%	IC95%		
Fuma								
Si	21	12.65	8.00	18.69	14	35.00	20.63	51.68
No	145	87.35	81.31	92.00	26	65.00	48.32	79.37
Consume Alcohol								
Si	32	19.27	13.75	26.41	11	27.50	15.00	44.87
No	132	79.51	73.59	86.25	28	70.00	55.13	85.00
No Consignado	2	1.20			1	2.50		
Consume Droga								
Si	5	3.01	0.99	6.89	4	10.00	2.87	24.22
No	161	96.99	93.11	99.01	35	87.50	75.78	97.13
No Consignado	0				1	2.50		
Cocaína								
Si	1	0.60	0.02	3.31	1	2.50	0.06	13.16
No	165	99.40	96.69	99.98	39	97.50	86.84	99.94
Marihuana								
Si	4	2.41	0.66	6.05	3	7.50	1.57	20.39
No	162	97.59	93.95	99.34	37	92.50	79.65	98.43

El consumo de cigarrillo es mayor en el grupo no adherente con 35.00% (14/40) al igual que el consumo de alcohol con 27.50% (11/40) la droga más consumida Marihuana en siete punto cincuenta por ciento (3/40)

El grupo adherente consume cigarrillo 12.65% (21/166) y alcohol 19.27% (32/166) en menores porcentajes.

Cuadro 3. Características de la persona que afectan la adherencia en los casos adherentes y no adherentes de los servicios de atención integrales del estudio marzo 2017

Variable	Adherentes				No Adherentes			
	No. (166)	%	IC95%		No. (40)	%	IC95%	
Problemas en su casa, que le impiden tomarse el ARV								
Si	7	4.21	1.73	8.60	4	10.00	2.79	23.66
No	157	94.57	91.40	98.27	36	90.00	76.34	97.21
No Consignado	2	1.20						
Apoyo familiar toma ARV								
Si	98	59.03	52.52	68.07	24	60.00	43.33	75.14
No	64	38.55	31.93	47.48	16	40.00	24.86	56.67
No Consignado	4	2.40						

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos recabada en trabajo de campo

El 94.57% (157/166) manifestaron no tener problemas en su casa que le puedan impedir tomarse el tratamiento antirretroviral y el 59.03% (98/166) reciben apoyo de sus familias en la toma de antirretrovirales en el grupo de adherentes.

En los no adherentes el 90.00% (36/40) manifiestan no tener problemas en su casa que le impidan tomar el tratamiento antirretroviral y el 60% (24/40) refieren recibir apoyo familiar para tomar el antirretroviral.

Cuadro 4. Acceso a los servicios de atención integral del estudio por parte de los adherentes y no adherentes, marzo 2017

Variable	Adherentes			No Adherentes				
	No. (166)	%	IC95%	No. (40)	%	IC95%		
Asistencia a Citas medicas								
Si	160	96.38	93.07	99.01	31	77.50	61.55	89.16
No	30	3.01	0.99	6.93	9	22.50	10.84	38.45
No Consignado	6	0.60						
Limitaciones o dificultades para acceso								
Si	37	22.28	16.73	30.26	15	37.50	22.73	54.20
No	124	74.69	69.74	83.27	25	62.50	45.80	77.27
No Consignado	5	3.01						
Distancia	13	7.83	4.24	13.02	6	15.00	5.71	29.84
Transportes	15	9.04	5.15	14.47	8	20.00	9.05	35.65
Horario	9	5.42	2.51	10.04	3	7.50	1.57	20.39
Inseguridad	6	3.61	1.34	7.70	2	5.00	0.61	16.92
Dinero	19	11.45	7.03	17.30	11	27.50	14.60	43.89

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos recabada en trabajo de campo

El 22.50% (9/40) de los encuestados contestaron que no asisten a todas las citas médicas programadas por el personal de los servicios de atención integral donde llevan sus controles, el 37.50% (15/40) manifestó tener dificultades de acceso presentando mayores frecuencias la falta de dinero 27.50%, transporte 20%, distancia 15%. En relación al área de trabajo o residencia.

Cuadro 5. Comorbilidades como factor que interviene en la no adherencia de las personas que asisten a los servicios de atención integral del estudio marzo 2017

Variable	Adherentes			No Adherentes				
	No. (166)	%	IC95%	No. (40)	%	IC95%		
Tratamiento otras patologías								
Hipertensión								
Si	24	14.45	9.79	21.36	5	12.50	4.19	26.80
No	137	82.53	78.64	90.21	35	87.50	73.20	95.81
No Consignado	5	3.01						
Cáncer								
Si	3	37.95	0.39	5.41	0	0	0	0
No	156	93.97	94.59	99.61	39	97.50	90.97	100.00
No Consignado	7	4.21			1	2.50		
Diabetes								
Si	9	5.42	2.62	10.47	1	2.50	0.06	13.48
No	150	90.36	89.53	97.38	38	95.50	86.52	99.94
No Consignado	7	4.21			1	2.50		
Epilepsia								
Si	5	3.01	1.02	7.14	2	5.00	0.61	16.92
No	155	93.37	92.86	98.98	38	95.00	83.08	99.39
No Consignado	6	3.61						
Asma								
Si	16	9.63	5.79	15.64	4	10.00	2.87	24.22
No	145	87.34	84.36	94.21	35	21.08	75.78	97.13
No Consignado	5	3.01			1	2.50		
Artritis								
Si	4	2.40	0.69	6.28	2	5.00	0.63	17.32
No	156	93.97	93.72	99.31	37	92.50	82.68	99.37
No Consignado	6	3.61			1	2.50		
Osteoporosis								
Si	1	0.60	0.02	3.43	0	0	0	0
No	159	95.78	96.57	99.98	40	100.00	91.19	100.00
No Consignado	6	3.61			0	0	0	0

La comorbilidad más presentada en las personas que asisten a los servicios de atención integral es la Hipertensión arterial en 14.45% (24/166) en el grupo adherente.

En la pregunta años en tratamiento para hacer la relación con los efectos adversos en los adherentes el 30.12% (50/166) tienen entre 5 a 10 años de estar en tratamiento antirretroviral y de los no adherentes 35%(14/40) en este mismo rango.

Cuadro 6. Efectos adversos al tratamiento antirretroviral en personas que asisten a los servicios de atención integral de la investigación, municipios Distrito central, Honduras, marzo 2017

Variable	Adherentes			No Adherentes				
	N (166)	%	IC95%	N(40)	%	IC95%		
Efectos Adversos								
Si	53	31.92	25.23	40.05	20	50.00	33.80	66.20
No	111	66.86	59.95	74.77	20	50.00	33.80	66.20
No Consignado	2	1.20						
¿Cuáles Efectos Adversos?								
Colesterol alto	17	10.24	6.08	15.89	7	17.50	7.34	32.72
Temblores en manos	5	3.01	0.99	6.89	2	5.00	0.61	16.92
Temblores en piernas	8	4.82	2.10	9.27	3	7.50	1.57	20.39
Temblores en pies	5	3.01	0.99	6.89	4	10.00	2.79	23.66
Fatiga	19	11.45	7.03	17.30	5	12.50	4.19	26.80
Diarrea	7	4.22	1.71	8.50	5	12.50	4.19	26.80
Anemia	8	4.82	2.10	9.27	2	5.00	0.61	16.92
Visión Borrosa	12	7.23	3.79	12.29	3	7.50	1.57	20.39
Dolor de estómago y nauseas	19	11.45	7.03	17.30	8	20.00	9.05	
Dolor de cabeza	26	15.66	10.49	22.10	9	22.50	10.84	38.45
Rash	6	3.61	1.34	7.70	1	2.50	0.06	13.16
Alergias								
Trastornos del sueño	15	9.04	5.15	14.47	9	22.50	10.84	38.45

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos recabada en trabajo de campo

El 31.92% de las personas VIH/SIDA ha presentado efectos adversos en el grupo de adherentes siendo el dolor de cabeza con 15.66% con mayor frecuencia; del grupo no adherentes el 50% a presentado efectos adversos siendo el de mayor frecuencia el dolor de cabeza con 22.50%

Cuadro 7. Años que lleva en tratamiento de antirretroviral en personas que asisten a los servicios de atención integral de la investigación, municipios Distrito central, Honduras, marzo 2017

Variable	N (166)	%	N(40)	%
Años en tratamiento ARV				
< 5	46	27.71	10	25.00
5 - 10	50	30.12	14	35.00
11 – 20	34	20.48	11	27.50
> 20	4	2.41	0	0
No Consignado	32	19.28	5	12.50

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos recabada en trabajo de campo

En ambos grupos los mayores porcentajes fueron en el rango de 5 a 10 años de tratamiento 30.12% (50/166) en el grupo adherente y el 35.00% (14/40) en no adherentes