

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
(UNAN MANAGUA)
HOSPITAL ESCUELA DR. ROBERTO CALDERÓN GUTIÉRREZ**



Tesis monográfica para optar al título de especialista en Medicina Interna

**Factores asociados al abandono de la terapia antirretroviral
(TAR), en pacientes VIH-SIDA atendidos en el Hospital Escuela
“Dr. Roberto Calderón Gutiérrez”, en el periodo del 1 de Enero al
31 de Diciembre del 2016.**

Autora:

Dra. Ana Yansi Rizo Talavera

Residente de la especialidad de Medicina Interna

Tutores:

Dr. Ramón Ulises López Funes, Especialista en Medicina Interna.

Dr. Steven N. Cuadra., MD., Msc., LicMed., PhD.

Febrero 2017

DEDICATORIA

*Dedicado a mi mamá por su apoyo incondicional aun en las condiciones más
adversas y a mis hijas porque son la fuente de mi inspiración*

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, mi familia y a todas las personas que de forma directa o indirecta han contribuido a mi formación como profesional de la salud.

Mi agradecimiento infinito a los doctores docentes de esta unidad quienes no solo han contribuido en mi formación académica, sino que también han sido parte medular en mi formación personal y espiritual, contribuyendo a formarme como un profesional comprometido con la preservación, recuperación y rehabilitación de los pacientes a los que he tenido el placer de brindar servicios de salud.

Agradezco al Dr. Ulises López por su apoyo en la elaboración de mi trabajo por el tiempo empleado y los conocimientos compartidos.

Agradezco a las autoridades del Hospital Roberto Calderón Gutiérrez por su tolerancia y su afán por egresar profesionales con amplios conocimientos científico técnicos, pero sobre todo con un gran sentido humanista.

OPINIÓN DEL TUTOR

Una de las principales limitantes en los estudios epidemiológicos y clínicos que abordar la temática del VIH es su validez tanto interna como externa, dado por las muestras insuficientes y las dificultad para establecer comparaciones con otras poblaciones debido a las grandes diferencias en contexto y condiciones de acceso a los programas de atención a pacientes en VIH.

En este sentido, la presente investigación realizada por la Dra. Ana Rizo, representa un gran aporte con alto grado de validez. Investigó la población de pacientes atendidos en el principal programa de VIH hospitalario del país, obtenido una representativa (su intención fue incluir a todos los pacientes del periodo de estudio) y utilizó como fuente el expediente clínico y la ficha dirigida a razones de abandono que se recoge de forma rutinaria por el personal del programa.

La evidencia brindada por la Dra. Rizo, facilita la adopción informada de medidas factibles y eficaces para reducir la tasa de abandono y el diseño de estrategias que se correspondan con la realidad de los pacientes. Felicito a la Dra. Rizo e invito a todos a leer y sacar el mayor provecho a esta tesis monográfica.

Dr. Ramón Ulises López Funes, Especialista en Medicina Interna.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La adherencia terapéutica constituye un potente predictor de respuesta clínica positiva en los pacientes con VIH/SIDA. Por este papel trascendental se ha calificado a la falta de adherencia como el «talón de Aquiles» de la terapia antirretroviral. Una manifestación crítica de los problemas de la adherencia, es el abandono de los pacientes a la terapia antirretroviral. **OBJETIVO:** Conocer los factores asociados al abandono de la terapia antirretroviral (TAR), en pacientes VIH-SIDA atendidos en el Hospital Escuela “Dr. Roberto Calderón Gutiérrez”, en el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre del 2016: **MÉTODO:** Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Se revisaron los expedientes clínicos de 134 pacientes VIH/SIDA atendidos en el programa de VIH del Hospital Escuela D. Roberto Calderón Gutiérrez, que fueron clasificados como abandono en algún momento del año 2016. Se identificaron factores propios del paciente, factores relacionados con la enfermedad, con la terapia ARV y con la atención en el programa que pudiesen estar asociados al abandono. **RESULTADOS:** Aproximadamente, el 70% de los pacientes estudiados eran hombres, heterosexuales. La principal razón de abandono fue el temor a ser identificados como portadores del VIH o a ser discriminados en el trabajo. Ambos con porcentajes cercanos al 50%. **CONCLUSIONES:** Los factores que se asociaron a la abandono fueron principalmente aquellos relacionados con las características propias del pacientes, con sus condición social, apoyo familiar y con sus relaciones sociales.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
ANTECEDENTES	10
JUSTIFICACIÓN	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
OBJETIVOS	14
Objetivo general	14
Objetivos específicos	14
MARCO TEÓRICO.....	15
La adherencia a la TAR	15
Variables que influyen en el abandono de la TAR	16
Sociodemográficas	16
Variables del tratamiento	18
Variables de la interacción con el personal de salud	20
Variables psicosociales.....	21
Estrategias de intervención	22
DISEÑO METODOLÓGICO	26
Tipo de estudio	26
Área y período de estudio.....	26
Universo y muestra	26
Universo.....	26
Muestra.....	26
Criterios de selección.....	27
Criterios de inclusión.....	27
Criterios de exclusión	27
Técnicas y procedimientos para recolectar la información	28
Ficha de recolección de la información	28
Fuente de información	28
Procedimiento de recolección	29
Técnicas de procesamiento y análisis de la información	29

Creación de base de datos	29
Estadística descriptiva.....	29
Listado de variables y cruce de variables.....	30
Consideraciones éticas	33
Operacionalización de variables.....	34
RESULTADOS	40
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS (DISCUSIÓN)	43
CONCLUSIONES	46
RECOMENDACIONES.....	47
ANEXOS.....	49
Ficha de recolección.....	49

INTRODUCCIÓN

Según se indica en el último reporte publicado por el programa conjunto de las Naciones Unidas para el Virus de la inmunodeficiencia humana /Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) en los últimos 30 años ha pasado de ser una enfermedad mortal a una enfermedad crónica y los pacientes con infección por VIH a tener una supervivencia similar a la de las personas no infectadas ¹.

Un factor fundamental ha sido la administración de tratamiento antirretroviral de gran actividad, contribuyendo a la reducción en la progresión de la enfermedad, una mejoría en la supervivencia y una disminución en el número de infecciones oportunistas, así como de ingresos hospitalarios de los pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ².

El propósito del tratamiento con antirretrovirales es alcanzar una supresión extensa y prolongada de la replicación viral. Las investigaciones han demostrado que la persistencia de replicación aunque haya tratamiento con antirretrovirales puede estar asociado cepas resistentes. Ahora bien el incorrecto cumplimiento de los esquemas de tratamiento antirretroviral producen las condiciones de presión selectiva que aumenta la posibilidad de aparición de mutantes resistentes ².

Un factor clave del incumplimiento es por un lado la falta de adherencia al tratamiento que muchas veces está asociado a abandono. A como bien explica Dilla y colaboradores en su artículo titulado Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora “...*La falta de cumplimiento con el régimen terapéutico conlleva múltiples consecuencias, tanto clínicas como económicas, derivadas del incremento de la mortalidad o la morbilidad observado en los pacientes no cumplidores...*” ³

1 UNAIDS. (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), Geneva Switzerland, 2016).

2 OMS. *Guía de tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH en adultos y adolescentes: Recomendaciones para un enfoque de salud pública Edición 2010*. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2011).

3 Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L. & Sacristán, J. A. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención primaria* **41**, 342-348 (2009).

El incumplimiento en nuestro medio es frecuentemente medido como abandono del tratamiento, el cual es entendido en el programa de VIH del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez como la inasistencia a tres citas y por lo tanto no recibe los fármacos correspondientes.

ANTECEDENTES

Valle y colaboradores publicaron en el 2010 un estudio sobre factores asociados a abandono de la terapia antirretroviral en Hospital Roosevelt de la ciudad de Guatemala. Los investigadores realizaron un estudio de casos y controles. Los investigadores encontraron que los factores asociados al abandono al tratamiento antirretroviral fueron el IMC, presentando el sobrepeso, el mayor riesgo para abandono en relación al bajo peso (OR 30.27, IC 3.44); CD4, siendo las categorías más afectadas, 500mm³ (OR 10.25 y 9.40, IC 2.79 y 1.95), niveles de CD4 basales; la carga viral con un conteo menor de 100,000 copias representa tres veces más riesgo de abandono del tratamiento antirretroviral ⁴.

Ladero y colaboradores publicaron en el 2010 los resultados de un estudio realizado en Madrid España. Los autores analizaron las relaciones existentes entre las variables apoyo social y la adhesión a los tratamientos antirretrovirales en 83 pacientes con VIH/SIDA. Los autores afirman que el papel del apoyo social resulta muy importante tanto en el inicio, como en el mantenimiento de la adhesión una vez establecida, cumpliendo un papel relevante también, en la pérdida de la misma. Los autores estimaron que aquellos pacientes que no recibieron apoyo social tienen hasta 5 veces mayor riesgo de abandonar o no tener adherencia al tratamiento ⁵.

Cano y colaboradores en el 2013 estudiaron la adherencia en 61 pacientes con VIH y SIDA que asistían a la clínica de enfermedades infecciosas del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales de la ciudad de León, estimando una tasa de adherencia al tratamiento de 59,0%. El no pertenecer a ninguna religión, uso de drogas como alcohol, marihuana o cocaína, la presencia de trastornos psíquico y la emigración a otras ciudades o país, se asociaron a la no adherencia al tratamiento ⁶.

4 Valle Tager, E. N. *Factores asociados a abandono de la terapia antirretroviral para VIH. Hospital Roosevelt, Guatemala, septiembre 2014.*, Universidad Rafael Landívar, (2014).

5 Ladero, L., Orejudo, S. & Carrobes, J. A. Apoyo Social y Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en Pacientes VIH+ en un Programa de Mantenimiento con Metadona: Un estudio Longitudinal. *Clínica y Salud* **21**, 21-33 (2010).

6 Cano Juárez, L. E. *Factores asociados a la falta de adherencia del tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH y SIDA que asisten a la clínica de enfermedades infecciosas en el HEODRA, en el periodo febrero 2012-septiembre 2013*, (2013).

De Miranda y colaboradores publicaron en el 2013 un informe auspiciado por el PNUD sobre la adherencia a la terapia antirretroviral (TAR) de personas con VIH de la Red de Hospitales del Ministerio de Salud de El Salvador. Entre los principales hallazgos los investigadores reportaron que La procedencia de los participantes (urbana y rural) es uno de los factores determinantes de la adherencia a la terapia antirretroviral. Las personas con procedencia rural tienen más bajos niveles de adherencia a la terapia antirretroviral. Los autores remarcan que la mayor parte de las personas no adherentes son solteras y que uno de los principales determinantes es el apoyo familiar. Se observó que únicamente el 14.9% de las personas entrevistadas manifiesta que recibe amor y cariño de su familia y amigos, el 17.9% expresa que cuenta con personas que se preocupan de lo que sucede, el 84.86% fue abandonado por su familia al enterarse de que vivía con VIH y únicamente el 29% le ha compartido a su familia que es una persona con VIH. Para el caso de estudio, la familia no es una fuente de apoyo, las personas sienten temor de decirle a su familia que viven con VIH. El apoyo de la familia influye en la adherencia al tratamiento. Por otro lado los investigadores observaron que en la población estudiada son frecuentes los indicadores de depresión: El 91.1% ha deseado estar muerto y lejos de todo. El 85.1% ha presentado sentimientos de que la vida no merece la pena. El 84.4% ha pensado que no vale la pena. El 12.4% no se siente capaz de tomar decisiones. Solo el 11.3% fue capaz de disfrutar sus actividades diarias.⁷

JUSTIFICACIÓN

En nuestra unidad de salud contamos con una terapia simplificada la cual es segura, gratis debido a que los pacientes están ingresados al programa de VIH/SIDA a pesar de esto se reportan anualmente que un grupo de pacientes abandona el programa. En nuestra unidad se reportó una tasa de abandono del 15% en el 2015 y del 12% en el 2016.

Las nuevas combinaciones de medicamentos antirretrovirales para controlar el VIH/sida, conocidas también como terapia antirretroviral altamente activa (TARGA) han demostrado ser eficaces para reducir la carga viral y mejorar los resultados clínicos, la sobrevivencia y la calidad de vida. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud señala que sólo un 60% de los pacientes que reciben terapia antirretroviral no toman su medicación adecuadamente, poniendo de manifiesto tasas de adherencia al tratamiento subóptimas y el poco impacto de éstas en el control de la enfermedad y el abandono completo alcanza hasta un 20% ².

El abandono del tratamiento y la baja adherencia a los tratamientos antirretrovirales ha sido, en los últimos años, motivo de preocupación para la comunidad científica internacional, razón por la cual en este lapso ha aumentado el interés investigativo acerca de los factores relacionados con ésta. En Nicaragua la información es muy limitada, y la que está disponible no es de reciente origen.

Por lo cual consideramos de suma importancia la realización de este estudio, para poder identificar cuáles son los factores asociados con el abandono de TAR.

2 OMS. *Guía de tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH en adultos y adolescentes: Recomendaciones para un enfoque de salud pública* Edición 2010. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2011).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores asociados al abandono de la terapia antirretroviral (TAR), en pacientes VIH-SIDA atendidos en el Hospital Escuela “Dr. Roberto Calderón Gutiérrez”, en el periodo del 1 de julio del 2015 al 30 de junio del 2016?

OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer los factores asociados al abandono de la terapia antirretroviral (TAR), en pacientes VIH-SIDA atendidos en el Hospital Escuela “Dr. Roberto Calderón Gutiérrez”, en el periodo del 1 de julio del 2015 al 30 de junio del 2016.

Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes en estudio.
2. Identificar los factores propios del paciente que influyen en el abandono de la terapia antirretroviral, en el grupo de estudio
3. Determinar los factores relacionados con la terapia antirretroviral que se asocian al abandono de la terapia, en el grupo de pacientes estudiados.
4. Explorar los factores de la atención hospitalaria que influyeron en el abandono de los pacientes de la terapia antirretroviral, en el grupo de estudio.

MARCO TEÓRICO

Un aspecto que va de la mano con el abandono de la terapia antirretroviral es el de la adherencia a la TAR, por lo cual consideramos importante discutir algunos aspectos claves ⁸.

La adherencia a la TAR

El objetivo de la terapia de gran actividad (TARGA) es la supresión profunda y duradera de la replicación viral. Es conocido que, diariamente, el VIH produce alrededor de 1010 viriones en cada persona infectada. Si no se asegura la existencia de concentraciones terapéuticas de los fármacos, suficientes para inhibir esta replicación, la aparición de resistencias es altamente probable ^{3,9,10}.

Entre los numerosos factores que pueden contribuir a la no consecución de los objetivos terapéuticos deseados destaca, por su necesidad, la adherencia incorrecta al tratamiento ^{3,9,10}.

La adherencia al tratamiento antirretroviral puede definirse como: “la habilidad de la persona VIH/sida en la elección, comienzo, manejo y mantenimiento de la combinación farmacológica con el fin de controlar la replicación viral del virus y mejorar su sistema inmune” o como “la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del tratamiento antirretroviral, que permita mantener su cumplimiento riguroso con el objetivo de conseguir una adecuada supresión viral” ^{3,9,10}.

3 Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L. & Sacristán, J. A. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención primaria* **41**, 342-348 (2009).

8 Manríquez, J. M. & Stuardo Ávila, V. Adherencia a la TARV en VIH: la importancia del contexto socio-cultural implicado. *Revista chilena de infectología* **32**, 361-362 (2015).

9 Bazán-Ruiz, S., Chanamé Pinedo, L. E. & Maguiña Vargas, C. Adherencia al TARGA en VIH/sida: Un Problema de Salud Pública. *Acta Médica Peruana* **30**, 101-102 (2013).

10 Potes López, C., Botero, M. L., Tamayo, M. M. & Isaza Alvarez, V. Causales de abandono de la terapia antirretroviral a partir de los efectos adversos con la toma de los medicamentos en pacientes VIH en la IPS Todomed Ltda. (2011)

Variables que influyen en el abandono de la TAR

En relación al abandono al tratamiento antirretroviral, las distintas variables identificadas se podrían englobar en siete grandes grupos ^{6,11,12}:

- Variables sociodemográficas: el sexo, la edad, el nivel de estudios, el nivel de ingresos, el trabajo, la marginación, estar en prisión, el estado civil, tener hijos y el país de residencia.
- Variables de la infección: la vía de contagio, el estadio de la infección, el tiempo de infección, el tiempo en tratamiento y la carga viral.
- Variables del tratamiento: la toxicidad, los efectos secundarios, la complejidad del tratamiento, el coste del tratamiento y la pauta terapéutica.
- Variables de interacción: la relación terapéutica, el apoyo social, el miedo a ser estigmatizado, las habilidades de comunicación y la satisfacción con los profesionales.
- Dependencias: el abuso de drogas, el consumo elevado de alcohol y estar en programa de deshabituación.
- Comorbilidad física y psíquica.
- Variables psicosociales: la calidad de vida, los sentimientos de autoeficacia, la comprensión de los beneficios del tratamiento, la mala memoria y la capacidad de inclusión de la medicación en su vida diaria.

Sociodemográficas

Dentro de las variables sociodemográficas asociadas a la adherencia al TARGA una de las más estudiadas es el sexo. Aunque los resultados no son unánimes, diversos estudios han encontrado una peor adherencia en mujeres que en hombres psiquiátricos, al consumo activo de sustancias tóxicas y a la aparición de efectos secundarios.

Las diferencias encontradas en esta variable se han atribuido a factores hormonales, a las diferencias en el peso, a la morfología corporal, a la absorción y al metabolismo, a variables socioeconómicas, a la incidencia de trastornos ^{5,8,11,13,14}.

La edad es otra variable sociodemográfica frecuentemente asociada con la adherencia al TARGA. La edad parece ser un factor potenciador de la adherencia. En este sentido, varios autores han encontrado que a menor edad, peor es la adherencia, registrándose una tasa más alta de adherencia en la edad media de la vida ^{5,8,11,13,14}.

Un nivel cultural o académico bajo también se asocia, de forma significativa, con una peor adherencia ^{5,8,11,13,14}. Contar con un trabajo estable se asocia a mejor adherencia.

Aunque la pobreza puede considerarse una variable asociada a la mala adherencia terapéutica, Mills et al. (2006), tras realizar un metaanálisis comparando la adherencia al tratamiento en África Subsahariana y Norteamérica, llegan a la conclusión que la pobreza, en sí misma, no afecta a la adherencia. Siendo otras las variables asociadas a los bajos niveles de ingresos, tales como: la relación terapéutica pobre entre el profesional y el usuario, la depresión no tratada y el abuso de sustancias, las cuales, entre otras, son las responsables de la baja adherencia entre personas de bajo nivel económico en Norteamérica ^{5,8,11,13,14}.

Las minorías étnicas y la inmigración también se suelen asociar a una peor adherencia debida, en gran medida, a la concurrencia de precariedad social y económica, así como al desarraigo cultural y afectivo en un marco de discriminación y vacíos legales ^{5,8,11,13,14}.

- 5 Ladero, L., Orejudo, S. & Carrobes, J. A. Apoyo Social y Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en Pacientes VIH+ en un Programa de Mantenimiento con Metadona: Un estudio Longitudinal. *Clínica y Salud* **21**, 21-33 (2010).
- 8 Manríquez, J. M. & Stuardo Ávila, V. Adherencia a la TARV en VIH: la importancia del contexto socio-cultural implicado. *Revista chilena de infectología* **32**, 361-362 (2015).
- 11 Pérez Sandoval, E., Gamboa Vargas, M. & Méndez Díaz, Y. Factores de mayor influencia en el abandono del tratamiento antirretroviral. *Fundaciones Eudes y RASA*, (2014).
- 13 Caminiti, R. T. 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, Lima-Perú. *Revista Peruana de Epidemiología* **15**, 6-7 (2011).
- 14 Oliva Venereo, D., Lastre Hernández, D., Viñas Martínez, A. L. & González Fernández, C. Caracterización de pacientes con abandono de la terapia antirretroviral y consecuencias económicas. Boyeros. 2013. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* **14**, 587-598 (2015).

Algunas variables predictoras de mala adherencia al TARGA, como la falta de domicilio fijo, la elevada movilidad y la falta de soporte social, son comunes a las de otros grupos en situación de exclusión social.

Variables del tratamiento

Varios estudios han identificado que los antecedentes de abandonos previos son un factor que se comporta como predictor de los actuales abandonos terapéuticos. El periodo crítico en relación con los abandonos parece establecerse en el primer trimestre ^{11,12,14,15}

Las reacciones adversas a los antirretrovirales es una variable identificada en diversas investigaciones como la causa más importante de abandono y déficit en la adherencia antirretroviral, llegando a explicar el 35% de la varianza de la no adherencia ^{11,12,14,15}

Las creencias, al inicio del tratamiento, sobre potenciales efectos secundarios, también se han encontrado asociados a una peor adherencia. La pauta antirretroviral, asimismo, afecta a la adherencia como han puesto de manifiesto algunos autores. Como era de esperar, la simplificación del tratamiento se asocia a una mejor adherencia y a un mayor grado de satisfacción. Se entiende por simplificación del TARGA el cambio de un régimen, con el que se ha conseguido una adecuada respuesta virológica, por otro que mantenga esta eficacia, reduciendo la complejidad del tratamiento y proporcionando un beneficio en la calidad de vida del paciente ^{11,12,14,15}

11 Pérez Sandoval, E., Gamboa Vargas, M. & Méndez Díaz, Y. *Factores de mayor influencia en el abandono del tratamiento antirretroviral. Fundaciones EUDES y RASA*, (2014).

12 Potes, C., Botero, M., Tamayo, M. & Alvarez, V. Causales de abandono de la terapia antirretroviral a partir de los efectos adversos con la toma de los medicamentos en pacientes VIH en la IPS TODOMED LTDA. *Universidad Católica de Manizales, Santiago de Cali* (2011).

14 Oliva Venereo, D., Lastre Hernández, D., Viñas Martínez, A. L. & González Fernández, C. Caracterización de pacientes con abandono de la terapia antirretroviral y consecuencias económicas. Boyeros. 2013. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* **14**, 587-598 (2015).

15 Aviles, B. & Tatiana, I. *Determinantes intermedios y proximales y su relación con la adherencia a la terapia antirretroviral de gran actividad (targa) en una Ips de Bogotá*, Universidad Nacional de Colombia, (2015).

Las distintas asociaciones de antirretrovirales también se han identificado como agentes responsables de la adherencia diferencial entre los pacientes. El mayor número de efectos secundarios asociados a unas pautas terapéuticas frente a otras es el motivo principal que achacan los autores a esta adherencia diferencial ^{11,12,14,15}

Debido a que los regímenes actuales no pueden erradicar la infección por el virus asumen tratamientos crónicos que con frecuencia obligan a esquemas terapéuticos complejos con carga elevada de comprimidos. Este entorno puede conducir a una reducción de la adherencia, a una supresión incompleta de la replicación viral y a la emergencia de virus resistentes. Además, con la continua exposición a los fármacos antirretrovirales los pacientes desarrollan a lo largo de los años efectos adversos que incluyen, redistribución de la grasa corporal, dislipidemia, diabetes, resistencia a insulina y osteopenia y el temor a la aparición de complicaciones no esperadas como la enfermedad cardiovascular ^{11,12,14,15}

La toxicidad del TARGA es, ciertamente, un problema de gran importancia, tanto por su elevada incidencia como por sus potenciales consecuencias. En cuanto a la primera, si bien existen múltiples evidencias de que es muy alta, no se conoce, sin embargo su verdadera magnitud. Tal circunstancia está motivada por la enorme dificultad de determinar fehacientemente su incidencia real, bien sea mediante ensayos clínicos aleatorizados, bien mediante estudios observacionales. ^{11,12,14,15}

- 11 Pérez Sandoval, E., Gamboa Vargas, M. & Méndez Díaz, Y. *Factores de mayor influencia en el abandono del tratamiento antirretroviral. Fundaciones EUDES y RASA*, (2014).
- 12 Potes, C., Botero, M., Tamayo, M. & Alvarez, V. Causales de abandono de la terapia antirretroviral a partir de los efectos adversos con la toma de los medicamentos en pacientes VIH en la IPS TODOMED LTDA. *Universidad Católica de Manizales, Santiago de Cali* (2011).
- 14 Oliva Venereo, D., Lastre Hernández, D., Viñas Martínez, A. L. & González Fernández, C. Caracterización de pacientes con abandono de la terapia antirretroviral y consecuencias económicas. Boyeros. 2013. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* **14**, 587-598 (2015).
- 15 Aviles, B. & Tatiana, I. *Determinantes intermedios y proximales y su relación con la adherencia a la terapia antirretroviral de gran actividad (targa) en una Ips de Bogotá*, Universidad Nacional de Colombia, (2015).

La incidencia de los efectos adversos que se evidencia en los ensayos clínicos suele ser inferior a la que ocurre en la práctica clínica. Ello se debe, entre otras razones a que tales estudios están especialmente diseñados para evaluar la eficacia y no la toxicidad, a que en ellos se selecciona de forma muy estricta a los pacientes y a que solo se analizan los datos relativos a un periodo de seguimiento más o menos corto, cuando, sin embargo, es bien conocido que determinados efectos secundarios del TARGA puedan manifestarse mucho tiempo después de dicho periodo e incluso de haberse interrumpido la administración de los fármacos que los causaron.

Clasificación de los efectos adversos según momento de aparición.

De aparición precoz	De aparición tardía
Gastrointestinales Reacciones de hipersensibilidad Neuropsiquiátricas Hepatitis tóxica	Debidos a daños mitocondrial Metabólicos Lipodistrofia Hepatitis tóxica Nefrolitiasis, insuficiencia renal Hipertensión arterial sistémica Osteopenia, osteoporosis Necrosis ósea aséptica Manifestaciones retinoides Anomalías pigmentarias Ginecomastia Disfunción sexual

Variables de la interacción con el personal de salud

La interacción que se establece entre el profesional de salud y el paciente desempeña un papel importante en la adherencia al TARGA.

Entre las variables que parecen jugar un papel más destacado con la adherencia están: la confianza, la continuidad, la accesibilidad, la confidencialidad, el suministro

de información detallada y acorde al nivel cultural del paciente, la toma de decisiones conjuntas y la calidad de la relación terapéutica ^{1,2}

Algunos estudios han identificado como principal barrera para la adherencia al tratamiento antirretroviral el temor a ser estigmatizado, si se conoce su condición de VIH/sida, por su familia, amigos o compañeros de trabajo. Esto hecho favorece el que los pacientes se salten dosis, especialmente cuando se encuentran acompañados de otras personas con el fin de evitar ser descubiertos ^{1,2}

La falta de apoyo de su pareja y el tener hijos a su cargo también se ha asociado con una peor adherencia ^{1,2}

Variables psicosociales

Entre las variables psicosociales relacionadas con la adherencia, posiblemente la más estudiada es el apoyo social. Varios autores encuentran una asociación entre a falta de apoyo y la no adherencia. Por otro lado, en pacientes VIH+, el bajo apoyo social se ha asociado a una peor salud percibida, más dolor, un peor funcionamiento físico, una mayor dificultad en las actividades diarias, mayor distrés relacionado con la salud y un peor funcionamiento cognitivo ^{6,9}.

La cantidad y disponibilidad de apoyo social y familiar, así como la satisfacción con éste, se asocia significativamente con los estados de salud y calidad de vida percibida en las personas infectadas. Otras variables psicosociales que se han relacionado con la adherencia son: la autoeficacia, la motivación y el contar con habilidades de manejo de la medicación, las creencias, tanto espirituales como las relacionadas con el tratamiento farmacológico, la calidad de vida, el grado de distrés y las expectativas del paciente hacia el tratamiento ^{6,9}.

1 UNAIDS. (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), Geneva Switzerland, 2016).

2 OMS. *Guía de tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH en adultos y adolescentes: Recomendaciones para un enfoque de salud pública Edición 2010*. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2011).

6 Cano Juárez, L. E. *Factores asociados a la falta de adherencia del tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH y SIDA que asisten a la clínica de enfermedades infecciosas en el HEODRA, en el periodo febrero 2012-septiembre 2013*, (2013).

9 Bazán-Ruiz, S., Chanamé Pinedo, L. E. & Maguiña Vargas, C. Adherencia al TARGA en VIH/sida: Un Problema de Salud Pública. *Acta Médica Peruana* 30, 101-102 (2013).

Estrategias de intervención

Desafortunadamente, el TARGA presenta algunas de las características asociadas a la baja adherencia, como: la terapia se prescribe en pacientes asintomáticos, el tratamiento suele causar efectos secundarios, las pautas de tratamiento son complejas y además requieren el cumplimiento de exigencias dietéticas para su correcta absorción, y es un tratamiento a largo plazo. Por ello es importante programar intervenciones encaminadas a incrementar la adherencia, no sólo al inicio, sino, también, para el mantenimiento ^{6,9,15}.

La mayoría de las variables asociadas a la adherencia pueden modificarse con una intervención sanitaria, fundamentalmente: una mayor información sobre la importancia de la adhesión, el adecuar el tratamiento al ritmo de vida del paciente de modo que perciba una mayor facilidad para llevarlo a cabo, trabajar sobre el establecimiento de rutinas adaptadas a su estilo de vida, proporcionar habilidades de automanejo de la medicación, ayudar para el abandono del consumo de drogas ilegales, proporcionar habilidades enfocadas a disminuir el impacto del tratamiento en su vida diaria, así como a anticipar posibles dificultades o desmotivaciones derivadas del paso del tiempo ^{6,9,15}.

Martín y colaboradores afirman que incluso en circunstancias muy difíciles, como las personas sin hogar, es factible conseguir una buena adherencia al TARGA si se ofrecen servicios e incentivos adecuados a las necesidades del paciente. Existen múltiples estrategias orientadas a incrementar la adherencia, Epstein y Masek, en 1976, ya catalogaron más de 300 técnicas diferentes encaminadas a lograr este objetivo ^{6,9,15}.

6 Cano Juárez, L. E. *Factores asociados a la falta de adherencia del tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH y SIDA que asisten a la clínica de enfermedades infecciosas en el HEODRA, en el periodo febrero 2012-septiembre 2013*, (2013).

9 Bazán-Ruiz, S., Chanamé Pinedo, L. E. & Maguiña Vargas, C. Adherencia al TARGA en VIH/sida: Un Problema de Salud Pública. *Acta Médica Peruana* **30**, 101-102 (2013).

15 Aviles, B. & Tatiana, I. *Determinantes intermedios y proximales y su relación con la adherencia a la terapia antirretroviral de gran actividad (targa) en una lps de Bogotá*, Universidad Nacional de Colombia, (2015).

Para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico, en general, parece no existir una estrategia de intervención superior a otras. Distintas revisiones sistemáticas encuentran que las intervenciones que combinan los componentes cognitivos, conductuales y afectivos son más eficaces que los centrados en uno sólo de estos aspectos; así como aquellas encaminadas a adquirir habilidades prácticas para el manejo de la medicación, las intervenciones individuales, con una duración de doce semanas o más, y las dirigidas a personas que anticipan o tienen problemas en su adherencia a los antirretrovirales. Los servicios de salud, en general, ofrecen pocas estrategias destinadas a impulsar la adherencia. En la mayoría de los casos estas giran en torno a promover unas destrezas básicas mencionadas en el transcurso de la consulta de salud, sin que estas destrezas se enmarquen dentro de un marco teórico, de que tengan una estructura, sean suministradas por un profesional concreto, se proporcionen a todos los pacientes y que tengan un continuo (inicio, mantenimiento) ^{6,9,15}.

La adherencia es un proceso continuo y no algo que pueda abordarse satisfactoriamente mediante una escueta discusión o una técnica sencilla. Probablemente todas las intervenciones destinadas a incrementar la adherencia incluyen, como una primera estrategia, proporcionar información. Sin embargo, la información es una condición necesaria, pero no suficiente para adoptar conductas de salud. En este sentido, algunos estudios relacionados con la adherencia a los antirretrovirales muestran este hecho. Todo paciente que inicie o cambie el tipo de antirretroviral debería, al menos, realizar un programa de educación sanitaria sobre el tratamiento. Estos programas deberían estar a cargo de profesionales sanitarios con experiencia en el manejo de pacientes con infección VIH, conocimiento exhaustivo sobre la farmacoterapia de los antirretrovirales y habilidades de comunicación ^{6,9,15}.

6 Cano Juárez, L. E. *Factores asociados a la falta de adherencia del tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH y SIDA que asisten a la clínica de enfermedades infecciosas en el HEODRA, en el periodo febrero 2012-septiembre 2013*, (2013).

9 Bazán-Ruiz, S., Chanamé Pinedo, L. E. & Maguiña Vargas, C. Adherencia al TARGA en VIH/sida: Un Problema de Salud Pública. *Acta Médica Peruana* **30**, 101-102 (2013).

15 Aviles, B. & Tatiana, I. *Determinantes intermedios y proximales y su relación con la adherencia a la terapia antirretroviral de gran actividad (targa) en una Ips de Bogotá*, Universidad Nacional de Colombia, (2015).

El objetivo de estos programas debería ser que el paciente adquiriera de forma completa, toda la información e instrucciones sobre los medicamentos que constituyen el tratamiento antirretroviral, las pautas posológicas, el número de formas farmacéuticas de cada toma, las restricciones dietéticas, las interacciones clínicamente relevantes, así como cualquier otra información necesaria para el cumplimiento. Las principales barreras que los profesionales mencionan a la hora de llevar a cabo una intervención destinada a promover la adherencia son la falta de tiempo y de recursos ^{6,9,15}.

A esto se añade que, con frecuencia, los servicios de salud que han ofrecido intervenciones destinadas a incrementar la adherencia no las mantienen una vez que la financiación se termina, por lo que, a la hora de programar intervenciones, es necesario que sean sencillas de llevar a cabo, no supongan una carga adicional de trabajo para los profesionales y ofrezcan garantías de continuidad. Aunque en la adherencia al tratamiento antirretroviral la mayoría de las intervenciones se han enfocado hacia las características de los pacientes, son necesarias, también, estrategias dirigidas a los profesionales. Asimismo, es necesario evaluar la eficacia y efectividad de las intervenciones y contabilizar la adherencia a largo plazo. En relación a este último aspecto no se debe olvidar que la adherencia no se mantiene constante y suele decaer con el paso del tiempo, por lo tanto, los programas deberían tener en cuenta este aspecto y no reducir la intervención exclusivamente a un periodo prolongado de tiempo, por ejemplo, de doce meses. La mejora de la adherencia al tratamiento consiste no sólo en mejorar las condiciones en las que vive el paciente y que limitan su capacidad para cumplir el tratamiento, sino, también, superar las barreras institucionales que imposibilitan este tratamiento ^{6,9,15}.

- 6 Cano Juárez, L. E. *Factores asociados a la falta de adherencia del tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH y SIDA que asisten a la clínica de enfermedades infecciosas en el HEODRA, en el periodo febrero 2012-septiembre 2013*, (2013).
- 9 Bazán-Ruiz, S., Chanamé Pinedo, L. E. & Maguiña Vargas, C. Adherencia al TARGA en VIH/sida: Un Problema de Salud Pública. *Acta Médica Peruana* **30**, 101-102 (2013).
- 15 Aviles, B. & Tatiana, I. *Determinantes intermedios y proximales y su relación con la adherencia a la terapia antirretroviral de gran actividad (targa) en una Ips de Bogotá*, Universidad Nacional de Colombia, (2015).

El sistema sanitario debe adaptarse para alcanzar las necesidades que demandan los pacientes marginados, acercar las consultas a los paciente, buscar el apoyo de terceras personas próximas al enfermo, proporcionar un buen esquema de revisiones, accesibilidad al personal sanitario, un enfoque multidisciplinar y biopsicocial ^{6,9,15}.

- 6 Cano Juárez, L. E. *Factores asociados a la falta de adherencia del tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH y SIDA que asisten a la clínica de enfermedades infecciosas en el HEODRA, en el periodo febrero 2012-septiembre 2013*, (2013).
- 9 Bazán-Ruiz, S., Chanamé Pinedo, L. E. & Maguñá Vargas, C. Adherencia al TARGA en VIH/sida: Un Problema de Salud Pública. *Acta Médica Peruana* **30**, 101-102 (2013).
- 15 Aviles, B. & Tatiana, I. *Determinantes intermedios y proximales y su relación con la adherencia a la terapia antirretroviral de gran actividad (targa) en una lps de Bogotá*, Universidad Nacional de Colombia, (2015).

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Serie de Casos.

Área y período de estudio

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez y se evaluó el período correspondiente entre el 1 de enero al 31 de diciembre del 2016.

Universo y muestra

Universo

Está constituido por todos los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA que atendidos en el programa de VIH/SIDA del Hospital hasta la fecha, que han recibido tratamiento antirretroviral durante el periodo de enero a diciembre 2016, correspondiendo a 1,537 pacientes.

Muestra

Determinación del tamaño de la muestra

La intención principal del estudio fue incluir a los 186 pacientes que abandonaron. Sin embargo, 10 expedientes no fueron encontrados o no estaban disponibles y en 46 expedientes no se encontraba la ficha donde se recolecta la información sobre

las razones del abandono de la TAR de los pacientes. Por lo que estos pacientes fueron descartados, y la muestra final correspondió a 134.

Procedimiento de selección (muestreo)

El tipo de muestreo que se aplicó fue un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Pacientes mayor de 18 años
- Con diagnóstico de VIH/SIDA
- Ingresado al programa VIH/SIDA en el HEDRCG
- Que forma parte del programa y haya recibido terapia antirretroviral por al menos 6 meses previos al momento de abandono.
- Paciente clasificado como abandono, según el criterio utilizado en el HEDRCG (que haya dejado de asistir a sus citas programadas en tres ocasiones consecutivas)
-

Criterios de exclusión

- Expedientes con información incompleta para la realización del estudio.
- Expediente no disponible.
- Que estuviese disponible en el expediente la ficha de razones de abandono.

Técnicas y procedimientos para recolectar la información

Ficha de recolección de la información

Para la elaboración de la ficha se hizo una revisión de las siguientes fuentes:

- Expediente clínico
- Ficha de seguimiento del paciente VIH/SIDA que recibe TAR en el Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez que está inmersa en el expediente clínico del paciente

Posteriormente se procedió a elaborar una ficha preliminar (piloto) y se validó con 5 expedientes. Una vez revisada y finalizada la ficha se procederá a la recolección de la información.

La ficha de recolección de la información está conformada por 4 grandes secciones, los cuales están diseñados en forma de ítems cerrados:

- I. Datos Sociodemográficos
- II. Características clínicas y del tratamiento de la enfermedad
- III. Factores asociados al propio paciente que influyen en el abandono
- IV. Factores asociados a la TAR que influyen en el abandono
- V. Factores asociados a la atención que influyen en el abandono

Fuente de información

Secundaria: Obtenida a partir de revisión del expediente clínico de los pacientes., con énfasis en la revisión de la ficha de razones de abandono de la TAFR. La unidad de análisis está representada por el paciente que abandonó la TAR.

Procedimiento de recolección

Una vez identificados los casos, se solicitaron los expedientes y estos fueron revisados por una sola persona quien llenó la ficha de información previamente elaborada, La recolección se hizo en el mes de enero del 2017.

Técnicas de procesamiento y análisis de la información

Creación de base de datos

La información obtenida a través de la aplicación del instrumento será introducida en una base de datos utilizando el programa SPSS 22.0 versión para Windows (SPSS Inc 2013).

Estadística descriptiva

Las variables categóricas (conocidas como cualitativas): Se describen en términos de frecuencias absolutas (número de casos observados) y frecuencias relativas (porcentajes). Los datos son mostrados en tablas de contingencia. Los datos son ilustrados usando gráficos de barra.

Exploración de la asociación entre variables (cruce de variables)

Para explorar la asociación entre dos variables categóricas se utilizó la prueba de Chi-Cuadrado (χ^2). Se considera que una asociación o diferencia es estadísticamente significativa, cuando el valor de p es <0.05 . Las pruebas estadísticas para contraste de hipótesis se llevaron a cabo a través del programa SPSS 22.0

Listado de variables y cruce de variables

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad

Sexo

Preferencia sexual

Escolaridad:

Religión:

Estado civil:

Ocupación

Estatus de trabajo (trabaja actualmente)

Dependencia económicamente de otras personas

Número de personas que dependen económicamente del paciente

EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

Edad del diagnóstico

Tiempo transcurrido entre diagnóstico e inicio de TAR

Categoría clínica al momento de ingreso al programa

Carga viral al momento de ingreso al programa

Conteo de CD4 al momento del ingreso al programa

Infecciones oportunistas

Comorbilidades

Número de hospitalizaciones desde el ingreso al programa

Razón de hospitalización

Reacciones adversas asociadas a los antirretrovirales

FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE

Viaja con frecuencia

Permanece fuera de casa más de 8 horas

Ignoraba beneficios de la TAR

Dificultad para integrar la TAR a su vida

Temor a ser descubierto o identificado como VIH

La religión lo prohíbe

Consumo de drogas

Consumo de licor

Falta de motivación a tomar la TAR

Falta de recursos económicos

En el trabajo no le dan permiso

Temor a la discriminación en el trabajo

Depresión

Deseo de morir

Cansancio de tomar TAR

Falta de apoyo familiar

FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA

Falta de apoyo familiar

Reacción adversa medicamentosa

Relación con los alimentos

Cantidad de pastillas

Muchas veces al día

Lejanía del hospital

Accesibilidad del hospital

FACTORES RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN

Personal que atiende

Horario de atención es inconveniente

Ambiente del área de atención

Atención del despachador

Duración de la Atención

Miedo a ser identificado en el hospital

Falta de información

Falta de confianza al personal (pena o miedo)

Consideraciones éticas

El estudio recibió el permiso para su realización de parte de las autoridades hospitalarias y de la UNAN Managua. Se garantizará la privacidad y confidencialidad suprimiendo el nombre del paciente utilizando un código para la identificación del expediente. La información obtenida será única y exclusivamente para fines de investigación

Operacionalización de variables

No.	Variable	Definición	Dimensiones	Indicador	Valor/ Escala
1	Características sociodemográficas	Factores relacionados con las condiciones de vida y características biológicas del paciente	Edad	Expediente Ficha	Escala discreta
			Sexo	Expediente Ficha	Variable ordinal: Femenino Masculino
			Preferencia sexual	Expediente Ficha	Variable nominal: Heterosexual Homosexual Bisexual Otros
			Escolaridad:	Expediente Ficha	Variable ordinal: Analfabeta Primaria Secundaria Técnico Universidad
			Religión:	Expediente Ficha	Variable nominal Católica Evangélica Otros
			Estado civil:	Expediente Ficha	Soltera Unión estable Casada Divorciada

			Ocupación	Expediente Ficha	Ama de casa Oficinista Profesional Comerciante Otros
			Estatus de trabajo (trabaja actualmente)	Expediente Ficha	Si No
			Dependencia económicament e de otras personas	Expediente Ficha	Si No
			Número de personas que dependen económicament e del paciente	Expediente Ficha	Escala discreta
2	Factores relacionados con la evolución y el tratamiento	Factores relacionados con la presentación clínica y el abordaje diagnóstico y terapéutico en los pacientes.	Edad del diagnóstico	Expediente Ficha	Escala discreta
			Categoría clínica al momento de ingreso al programa	Expediente Ficha	Variable Ordinal A B C
			Carga viral al momento de ingreso al programa	Expediente Ficha	Escala continua
			Conteo de CD4 al momento del ingreso al programa	Expediente Ficha	Escala continua
			Infecciones oportunistas	Expediente Ficha	Criptococosis Meníngea Toxoplasmosis Cerebral

					Tuberculosis Pulmonar Neumonía por pneumocytis jiroveci Histoplasmosis Tuberculosis Pericárdica Tuberculosis Ganglionar
			Comorbilidades	Expediente Ficha	Otras patologías asociadas a infección por VIH Herpes Zoster Síndrome diarreico agudo Síndrome de desgaste Complicaciones asociadas al uso de TAR Pancreatitis Lesión renal aguda Comorbilidades por patologías crónicas
			Número de hospitalizaciones desde el ingreso al programa	Expediente Ficha	Variable cuantitativa discreta

			Razón de hospitalización	Expediente Ficha	Criptococosis Meníngea Toxoplasmosis Cerebral Tuberculosis Pulmonar Neumonía por pneumocytis jiroveci Histoplasmosis Tuberculosis Pericárdica Tuberculosis Ganglionar
			Tiempo de estar en TAR	Expediente Ficha	Escala cuantitativa discreta
			Reacciones adversas asociadas a los antirretrovirales	Expediente Ficha	Nauseas Vómitos Diarrea Otros
3	Factores relacionados con el paciente	Características propias del paciente, que reflejan sus actitudes y percepciones	Viaja con frecuencia	Expediente Ficha	Si No
			Permanece fuera de casa más de 8 horas	Expediente Ficha	Si No
			Ignoraba beneficios de la Tar	Expediente Ficha	Si No
			Dificultad para integrar la TAR a su vida	Expediente Ficha	Si No
			Temor a ser descubierto o identificado como VIH	Expediente Ficha	Si No

			La religión lo prohíbe	Expediente Ficha	Si No
			Consumo de drogas	Expediente Ficha	Si No
			Consumo de licor	Expediente Ficha	Si No
			Falta de motivación a tomar la TAR	Expediente Ficha	Si No
			Falta de recursos económicos	Expediente Ficha	Si No
			En el trabajo no le dan permiso	Expediente Ficha	Si No
			Temor a la discriminación en el trabajo	Expediente Ficha	Si No
			Depresión	Expediente Ficha	Si No
			Deseo de morir	Expediente Ficha	Si No
			Cansancio de tomar TAR	Expediente Ficha	Si No
			Falta de apoyo familiar	Expediente Ficha	Si No
4	Factores relacionados con la terapia	Factores que describen como ha sido el abordaje terapéutico	Reacción adversa medicamentosa	Expediente Ficha	Si No
			Relación con los alimentos	Expediente Ficha	Si No
			Cantidad de pastillas	Expediente Ficha	Si No

			Muchas veces al día	Expediente Ficha	Si No
			Accesibilidad del hospital	Expediente Ficha	Si No
5	Factores relacionados con la atención.	Factores o aspectos claves relacionados con el personal que atienden a los pacientes	Personal que atiende	Expediente Ficha	Si No
			Horario de atención es inconveniente	Expediente Ficha	Si No
			Ambiente del área de atención	Expediente Ficha	Si No
			Atención del despachador	Expediente Ficha	Si No
			Duración de la Atención	Expediente Ficha	Si No
			Miedo a ser identificado en el hospital	Expediente Ficha	Si No
			Falta de información	Expediente Ficha	Si No
			Falta de confianza al personal (pena o miedo)	Expediente Ficha	Si No

RESULTADOS

En el presente estudio el sexo más frecuente fue el masculino con un 74.6% (n=100), la opción sexual más frecuente fue heterosexual 69.4% (n=93), seguido de homosexual 23.9% (n=32). (Ver cuadro 1)

Los pacientes era principalmente de procedencia urbana (98%) y de escolaridad primaria (54.5%) y secundaria (34.3%) (Ver cuadro 1)

Los pacientes eran principalmente de religión católica (69.4%) y evangélica (17.2%). (Ver cuadro 1)

La gran mayoría estaba en unión estable (38.3%) o eran solteros (59%). (Ver cuadro 1)

La ocupación más frecuente fue ama de casa (14.9%, seguido de vigilante (11.2%), ocupación no reportada (10.4%), comerciante (7.5%) y un 9.7% refiere estar desempleado. (Ver cuadro 2)

La edad media de los pacientes fue de 37.6 (± 52) años, la edad media al diagnóstico fue 37.7 (± 9.15). (Ver cuadro 3)

El tiempo medio de estar en TAR fue de 4 (± 3.12). El conteo medio de CD4 al ingreso fue 324.7 (± 226.112). (Ver cuadro 3)

La carga viral media al ingreso del programa fue de 336601.19 (± 2805951.9). (Ver cuadro 3)

El número medio de hospitalizaciones por paciente fue de 0.38 (± 0.7) veces. (Ver cuadro 3)

El 57.5% de los pacientes era categoría A al ingreso, el 11.9% era B y el 30.6% era A. (ver cuadro 4)

Las enfermedades oportunistas más frecuente fueron Criptococosis Meníngea con el 29.9%, Tuberculosis Pulmonar (8.2%) y toxoplasmosis cerebral (7.5%). Otras infecciones fueron poco frecuentes. (ver cuadro 5)

De forma general el 7 % de los pacientes tenía comorbilidades crónicas. (Ver cuadro 5)

En cuanto a las razones de abandono relacionadas con las características y condiciones propias referidas por los pacientes se observó la siguiente distribución:

Falta de Recursos económicos 79.9%, dependencia económica 9%, estatus del empleo (en paro) 44%, otras personas dependen económicamente del paciente 44.8%, dificultades en el trabajo para permiso a consultas 8.2% y viaja con frecuencia en diferentes departamentos 15.7% (Ver cuadro 6)

Por otro lado los pacientes refirieron como razón de abandono temor a la discriminación en el trabajo 43.3%, temor a ser identificado como VIH 51.5%, Ignora beneficios de la TAR 4.5%, dificultad para integrar el TAR en su vida 23.1%, falta de apoyo familiar 6.7%, Depresión 25.4%, deseo de Morir 6.7%, consume drogas 3.7%, Consume Licor, 17.9%. (Ver cuadro 6)

En cuanto a las razones relacionadas con la TAR propiamente dicha se observó que los pacientes refirieron la siguiente distribución: falta de motivación para tomar la TAR 25.4%, cansancio de Tomar la TAR 24.6%, olvida Tomar la TAR 19.4%, Reacción Adversa a la TAR 4.5%, Interacción con los alimentos 0.7%, Cantidad de pastillas 6.7%, Muchas veces al día 8.2%.(Ver cuadro 6)

En cuanto a las razones relacionadas con la atención del personal y del sistema de salud los pacientes refirieron la siguiente distribución de razones: Accesibilidad al Hospital 34.3%, Ambiente en el área de atención mala 20.1%, atención del despachador mala 16.4%, duración de la atención larga 26.9%, miedo a ser identificado en el hospital 61.9%, y falta de información 9.7%. (Ver cuadro 6)

De los 6 casos que refirieron como causa de abandono a las reacciones adversas, 4 recibieron el esquema Truvada / Efavirenz y dos casos Duovir / Efavirenz. De los pacientes que recibieron Truvada / Efavirenz (n=4), 1 caso presentó náuseas, 1 vómitos, 1 mareo, 1 alteración del sueño y 1 Hiperpigmentación en la piel. (Ver cuadro 7)

De los dos casos que recibieron Duovir / Efavirenz, 1 caso presentó náuseas, 1 vómitos, 1 diarrea y 1 mareo. (Ver cuadro 7)

Al comparar las razones de abandono según sexo se observó que las mujeres presentaban una proporción significativamente mayor ($p<0.05$) de las siguientes razones : Dificultad para integrar el TAR en su vida, falta de recursos económicos, en el trabajo no le dan permiso, Temor a la discriminación en el trabajo, Depresión, Deseo de morir, Cansancio de Tomar la TAR, Falta de Apoyo familiar, Reacción Adversa a la TAR, Interacción con los alimentos, Cantidad de pastillas, Muchas veces al día (ver cuadro 8)

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS (DISCUSIÓN)

En el presente estudio, las razones de abandono referidas por los pacientes se relacionan con sus propias características, su entorno social y familiar. Algunos estudios han identificado como principal barrera para la adherencia al tratamiento antirretroviral el temor a ser estigmatizado, si se conoce su condición de VIH/sida, por su familia, amigos o compañeros de trabajo. Esto hecho favorece el que los pacientes se salten dosis, especialmente cuando se encuentran acompañados de otras personas con el fin de evitar ser descubiertos ^{1,2,13}

La falta de apoyo de su pareja y el tener hijos a su cargo también se ha asociado con una peor adherencia ^{1,2,6,9,13,15}

En este estudio aunque una proporción considerable refiere que la causa de abandono fue la TAR misma, esta se refirió en menos frecuencia, aunque se menciona a las reacciones adversas y los problemas de salud asociados, como factores a considerar. Ahora bien, las reacciones adversas a los antirretrovirales es una variable identificada en diversas investigaciones como la causa más importante de abandono y déficit en la adherencia antirretroviral, llegando a explicar el 35% de la varianza de la no adherencia ^{11,12,14,15}

Las creencias, al inicio del tratamiento, sobre potenciales efectos secundarios, también se han encontrado asociados a una peor adherencia. La pauta antirretroviral, asimismo, afecta a la adherencia como han puesto de manifiesto algunos autores. Como era de esperar, la simplificación del tratamiento se asocia a una mejor adherencia y a un mayor grado de satisfacción. Se entiende por simplificación del TARGA el cambio de un régimen, con el que se ha conseguido una adecuada respuesta virológica, por otro que mantenga esta eficacia, reduciendo la complejidad del tratamiento y proporcionando un beneficio en la calidad de vida del paciente ^{11,12,14,15}

Las distintas asociaciones de antirretrovirales también se han identificado como agentes responsables de la adherencia diferencial entre los pacientes. El mayor número de efectos secundarios asociados a unas pautas terapéuticas frente a otras es el motivo principal que achacan los autores a esta adherencia diferencial ^{11,12,14,15}

En el presente estudio, los resultados indican que los factores relacionados con la atención no se asociaron a abandono. Según lo publicado en la literatura internacional, entre las variables que parecen jugar un papel más destacado con la adherencia están relacionadas con la atención recibida dentro del sistema de salud están: la confianza, la continuidad, la accesibilidad, la confidencialidad, el suministro de información detallada y acorde al nivel cultural del paciente, la toma de decisiones conjuntas y la calidad de la relación terapéutica ^{1,2,13}

Dentro de las variables sociodemográficas asociadas a la adherencia al TARGA una de las más estudiadas es el sexo. Aunque los resultados no son unánimes, diversos estudios han encontrado una peor adherencia en mujeres que en hombres ^{5,8,11,13,14}. En nuestro estudio, Al comparar las razones de abandono según sexo se observó que las mujeres presentaban una proporción significativamente mayor de las siguientes razones : Dificultad para integrar el TAR en su vida, alta de recursos económicos, en el trabajo no le dan permiso, Temor a la discriminación en el trabajo, Depresión, Deseo de morir, Cansancio de Tomar la TAR, Falta de Apoyo familiar, Reacción Adversa a la TAR, Interacción con los alimentos, Cantidad de pastillas, Muchas veces al día. Al comparar las razones de abandono según preferencia sexual se observó no se observaron diferencias significativas, con excepción de los heterosexuales que consumían licor con mayor frecuencia que el resto.

En el presente estudio fueron comunes los ingresos hospitalarios, especialmente por la presencia de infecciones oportunista. Es evidente que estos pacientes presentaron un control inadecuado por lo que esto se asocia a un deterioro evidente de la salud. Se observó que algunas patologías de carácter psicológico tienen un papel importante en el cumplimiento de la adherencia; se ha visto que la ansiedad, la depresión y el estrés están asociados al incumplimiento en el tratamiento.

De forma general podemos decir que en este estudio revela que los factores propios del paciente y de su entorno social y laboral son los que predominan en los casos de abandono. En este contexto, el miedo a la discriminación, el rechazo o la estigmatización son factores claves, que ya han sido identificados en experiencias previas.

En Nicaragua la baja adherencia a los tratamientos antirretrovirales ha sido, en los últimos años, motivo de preocupación para la comunidad científica y para las autoridades hospitalarias, razón por la cual en este lapso ha aumentado el interés investigativo acerca de los factores relacionados con ésta. El presente estudio está contribuyendo a llenar esas lagunas de conocimiento e información en Nicaragua, ya que actualmente es muy limitada, y la que está disponible no es de reciente origen.

Consideramos de suma importancia la realización de este estudio, para poder identificar qué factores pueden y deben ser modificados a través del establecimiento de estrategias efectivas de seguimiento en los pacientes que incrementen el nivel de adherencia a la terapia antirretroviral, en nuestro medio local y de esa forma impactar positivamente en la supervivencia, evolución y calidad de vida de los pacientes convivientes con el VIH/SIDA en Nicaragua.

CONCLUSIONES

1. Los pacientes se caracterizan por ser masculinos, la mayoría heterosexuales, seguidos por el grupo de hombres que tienen sexo con hombre, de procedencia urbana, que se encontraban en estadios avanzado y con el inicio de la terapia menor a un año después del diagnóstico.
2. Los factores que se asociaron a la abandono fueron principalmente aquellos relacionados con las características propias del pacientes, con su condición social y situación económica, apoyo familiar y con sus relaciones sociales. La falta de recursos económicos, el miedo a la discriminación a la estigmatización fueron elementos claves para el abandono.
3. En menor medida los factores relacionados con la misma terapia se asociaron con el abandono. Las reacciones adversas como razón de abandono se reportaron con poca frecuencia (únicamente en 6 casos de 134 estudiados) y no hubo diferencias según esquema de TAR. El grupo en estudio refirió con muy poca frecuencia factores relacionados con la atención o el acceso a los servicios de salud, indicado que la forma en que se conduce el programa en el hospital no es un factor que influya en la tasa de abandono de la terapia.
4. Al comparar las razones de abandono según sexo se observó que las mujeres presentaban una proporción significativamente mayor de las siguientes razones: Dificultad para integrar el TAR en su vida, alta de recursos económicos, en el trabajo no le dan permiso, Temor a la discriminación en el trabajo, Depresión, Deseo de morir, Cansancio de Tomar la TAR, Falta de Apoyo familiar, Reacción Adversa a la TAR, Interacción con los alimentos, Cantidad de pastillas, Muchas veces al día.

RECOMENDACIONES

Una de las cosas más importantes que se pueden hacer a la hora de comenzar un régimen de tratamiento es la comunicación médico paciente haciendo énfasis en las condiciones y estilos de vida de los pacientes. Con esta información, el médico podrá prescribir el régimen que mejor se adapte al paciente. Recomendamos que los puntos que se deben aclarar con el médico incluyen:

- Los horarios de trabajo, sueño y comidas
- Los posibles efectos secundarios de la medicación
- Otros medicamentos que se estén tomando y sus posibles interacciones con la medicación para el VIH
- El grado de compromiso con el seguimiento de un régimen de tratamiento

Recomendamos que el abordaje de la adherencia debería partir de distintos niveles, incluyendo los siguientes componentes:

- Información y formación sobre el tratamiento, cómo funciona y por qué es importante hacer las tomas de una manera determinada.
- Comunicación permanente, fluida y en un entorno de confianza con el médico.
- Apoyo de un equipo pluridisciplinario en un entorno asistencial abierto, disponible en cualquier momento y “amigable”.
- Adecuación del tratamiento prescrito a la rutina de actividades diarias de la persona que lo va a tomar o, en su defecto, si no fuera posible, dotar a la persona de la información, las herramientas y el apoyo que le permitan encajar las pautas del tratamiento dentro de su vida cotidiana.
- Apoyar a la persona cuando decida dar pasos trascendentales como el dar a conocer su estatus con respecto al VIH en su entorno inmediato: familia, amigos, compañeros de trabajo, y arbitrar estrategias de intervención para

dar apoyo y orientación a las personas que forman parte de dichos entornos relacionales.

- Manejar adecuadamente las adicciones a otras sustancias e integrar el abordaje que se hace de este problema con el abordaje del tratamiento y seguimiento de la infección por VIH.
- La persona que toman tratamientos antirretrovirales y el médico deben establecer desde el principio una estrategia para detectar, abordar y conllevar los posibles efectos secundarios de la medicación. Es importante para la persona que toma tratamiento antirretroviral saber reconocer la gravedad o no de un efecto adverso en concreto y tener una perspectiva de lo que va a pasar, conocer las alternativas y verificar que están a su alcance.
- En una situación ideal debería existir una red o un mapa de espacios en los que se puede dar el abordaje de los efectos secundarios a distintos niveles: hospital/asistencial, hogar/entorno cercano, ONG. Este mapa debería contar con herramientas de intervención: consejería, formación, material de apoyo, grupos de apoyo, mediación de iguales, foros de debate, actividades educativas, etc. Y el itinerario de acceso al mismo debería estar abierto para que quien tenga problemas en un momento dado pueda utilizar estos recursos en el orden en que los necesite en cada circunstancia.

Ficha de recolección

FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CONVIVIENTES CON EL VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ESCUELA DR. ROBERTO CALDERÓN GUTIÉRREZ

FICHA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

de Ficha: _____ Número de Expediente: _____

SECCIÓN A: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad : _____ (años)
2. Sexo: 1.Femenino ____ 2. Masculino _____
3. Preferencia sexual
1. Heterosexual ____ 2.Homosexual ____ 3.Bisexual ____ 4.Otros _____
4. Escolaridad:
 1. Analfabeta
 2. Primaria
 3. Secundaria
 4. Técnico
 5. Universitario
 6. Otros
5. Religión:
 1. Católica ____ 2.Evangélica ____ 3.Testigo de Jehová ____ 4.Otros _____
6. Estado civil:
 1. Casado ____ 2.Unión estable ____ 3.Divorciado ____ 4.Viudo ____ 5.Soltero ____
7. Ocupación: _____
8. Estatus de trabajo (trabaja actualmente): 1.SI ____ 0.No ____
9. Depende económicamente de otras personas: 1. SI ____ 0.No ____
10. Número de personas que dependen económicamente del paciente: _____

B. Evolución y tratamiento de la enfermedad

11. Edad del diagnóstico: _____ (años)
12. Categoría clínica al momento de ingreso al programa:
 1. Categoría A

2. Categoría B

3. Categoría C

13. Carga viral al momento de ingreso al programa: _____

14. Conteo de CD4 al momento del ingreso al programa: _____

15. Infecciones oportunistas

a. Tuberculosis 1.SI __ 0. NO __

b. Toxoplasmosis 1.SI __ 0. NO __

c. Neumonía por Pneumocytis Jirovecii 1.SI __ 0. NO __

d. Otros (especificar): _____

16. Comorbilidades: _____

17. Número de hospitalizaciones desde el ingreso al programa: _____

18. Razón de hospitalización: _____

19. Reacciones adversas asociadas a los antirretrovirales

Factores relacionados con el paciente

20. Viaja con frecuencia 1.SI __ 0. NO __

21. Permanece fuera de casa más de 8 horas 1.SI __ 0. NO __

22. Ignoraba beneficios de la Tar 1.SI __ 0. NO __

23. Dificultad para integrar la TAR a su vida 1.SI __ 0. NO __

24. Temor a ser descubierto o identificado como VIH 1.SI __ 0. NO __

25. La religión lo prohíbe 1.SI __ 0. NO __

26. Consumo de drogas 1.SI __ 0. NO __

27. Consumo de licor 1.SI __ 0. NO __

28. Falta de motivación a tomar la TAR 1.SI __ 0. NO __

29. Falta de recursos económicos 1.SI __ 0. NO __

30. En el trabajo no le dan permiso 1.SI __ 0. NO __

31. Temor a la discriminación en el trabajo 1.SI __ 0. NO __

32. Depresión 1.SI __ 0. NO __

33. Deseo de morir 1.SI __ 0. NO __

34. Cansancio de tomar TAR 1.SI __ 0. NO __

35. Falta de apoyo familiar 1.SI __ 0. NO __

Factores relacionados con la terapia antirretrovírica:

36. Falta de apoyo familiar 1.SI __ 0. NO __

37. Reacción adversa medicamentosa 1.SI __ 0. NO __

38. Relación con los alimentos 1.SI __ 0. NO __

39. Cantidad de pastillas 1.SI __ 0. NO __

40. Muchas veces al día 1.SI __ 0. NO __

41. Accesibilidad del hospital 1.SI __ 0. NO __

Factores relacionados con la Atención

- | | |
|--|-----------------|
| 42. Horario de atención es inconveniente | 1.SI __ 0. NO__ |
| 43. Ambiente del área de atención | 1.SI __ 0. NO__ |
| 44. Atención del despachador | 1.SI __ 0. NO__ |
| 45. Duración de la Atención | 1.SI __ 0. NO__ |
| 46. Miedo a ser identificado en el hospital | 1.SI __ 0. NO__ |
| 47. Falta de información | 1.SI __ 0. NO__ |
| 48. Falta de confianza al personal(pena o miedo) | 1.SI __ 0. NO__ |

Cuadro 1: Características generales de los pacientes VIH-SIDA que abandonaron la terapia antirretroviral (TAR), e atendidos en el Hospital Escuela “Dr. Roberto Calderón Gutiérrez”, en el periodo del 1 al 31 de diciembre del 2016

	n = 134	
	Nº	%
Sexo		
Femenino	34	25.4
Masculino	100	74.6
Preferencia sexual		
Heterosexual	93	69.4
Homosexual	32	23.9
Bisexual	8	6
Otros	1	0.7
Procedencia		
Urbano	132	98.5
Rural	2	1.5
Escolaridad		
Analfabeto	1	0.7
Primaria	73	54.5
Secundaria	46	34.3
Técnico	1	0.7
Universitario	13	9.7
Religión		
Católico	93	69.4
Evangélico	23	17.2
Ninguno	18	13.4
Estado Civil		
Casado	7	5.2
Unión Estable	52	38.8
Soltero	75	56

Fuente: Ficha de recolección – Expediente clínico

Cuadro 2: Ocupación de los pacientes VIH-SIDA que abandonaron la terapia antirretroviral (TAR), e atendidos en el Hospital Escuela “Dr. Roberto Calderón Gutiérrez”, en el periodo del 1 al 31 de diciembre del 2016

	n = 134	
	Nº	%
Desconocida	14	10.4
Ama de Casa	20	14.9
Comerciante	10	7.5
Obrero	15	11.2
Vigilante	9	6.7
Oficinista	3	2.2
Operario	3	2.2
Agricultor	1	0.7
Dueño de negocio propio	3	2.2
Trabajador sexual	1	0.7
Estudiante	6	4.5
Otros	36	26.9
Desempleado	13	9.7

Fuente: Ficha de recolección

Cuadro 3: Condición clínica y característica relacionadas con la TAR de los pacientes VIH-SIDA que abandonaron la terapia antirretroviral (TAR), e atendidos en el Hospital Escuela “Dr. Roberto Calderón Gutiérrez”, en el periodo del 1 al 31 de diciembre del 2016

	$\bar{X}$	$\pm$	DE	Máximo	-	Mínimo
Edad (n = 134)	37.63	$\pm$	9.52	18	-	65
Edad del Diagnostico (n = 112)	37.74	$\pm$	9.15	18	-	56
Tiempo de estar en TAR (años) (n = 134)	4.01	$\pm$	3.12	0*	-	16
Conteo de CD4 al ingreso al programa (n = 113)	324.74	$\pm$	226.112	10	-	914
Carga viral al ingreso del programa (n=129)	336601.19	$\pm$	2805951.986	0**	-	31748413
Numero de hospitalizaciones desde el ingreso al programa (n=134)	0.38	$\pm$	0.7	0**	-	5

*0 significa que no alcanzado un año completo de TAR, pero presentan al menos 6 meses (Ver criterios de inclusión)

*Indetectable

Fuente: Ficha de recolección – Expediente clínico

Cuadro 4: Categoría clínica de los pacientes VIH-SIDA que abandonaron la terapia antirretroviral (TAR), e atendidos en el Hospital Escuela “Dr. Roberto Calderón Gutiérrez”, en el periodo del 1 al 31 de diciembre del 2016

		n	%
Categoría OMS	A	77	57.4
	B	16	11.9
	C	41	30.6
	Total	134	100.0

Fuente: Ficha de recolección – Expediente clínico

Cuadro 5: Infecciones oportunistas y causas de hospitalización de los pacientes VIH-SIDA que abandonaron la terapia antirretroviral (TAR), e atendidos en el Hospital Escuela “Dr. Roberto Calderón Gutiérrez”, en el periodo del 1 al 31 de diciembre del 2016

	n = 134	
	Nº	%
Infecciones oportunistas	45	33.5
Criptococosis Meníngea	5	3.7
Toxoplasmosis Cerebral	10	7.5
Tuberculosis Pulmonar	11	8.2
Neumonía por pneumocytis jiroveci	13	9.7
Histoplasmosis	3	2.2
Tuberculosis Pericárdica	1	0.7
Tuberculosis Ganglionar	2	1.5
Otras patologías asociadas a infección por VIH		
Herpes Zoster	2	1.5
Síndrome diarreico agudo	3	2.2
Síndrome de desgaste	1	0.7
Complicaciones asociadas al uso de TAR	2	1.4
Pancreatitis	1	0.7
Lesión renal aguda	1	0.7
Comorbilidades por patologías crónicas	10	7.5

Fuente: Ficha de recolección – Expediente clínico

Cuadro 6: Factores asociados al abandono los pacientes VIH-SIDA que abandonaron la terapia antirretroviral (TAR), e atendidos en el Hospital Escuela “Dr. Roberto Calderón Gutiérrez”, en el periodo del 1 al 31 de diciembre del 2016

	n = 134	
	Nº	%
Falta de Recursos económicos	107	79.9
Dependencia Económica	12	9
Estatus del empleo (en paro)	59	44
Otras personas dependen económicamente del paciente	60	44.8
Dificultades en el trabajo para permiso a consultas	11	8.2
Viaja con frecuencia en diferentes departamentos	21	15.7
Temor a la discriminación en el trabajo	58	43.3
Temor a ser identificado como VIH	69	51.5
Ignora beneficios TAR	6	4.5
Dificultad para integrar el TAR en su vida	31	23.1
Falta de apoyo familiar	9	6.7
Depresión	34	25.4
Deseo de Morir	9	6.7
Consume Drogas	5	3.7
Consume Licor	24	17.9
Falta de motivación para tomar la TAR	34	25.4
Cansancio de Tomar la TAR	33	24.6
Olvida Tomar la TAR	26	19.4
Reacción Adversa a la TAR	6	4.5
Interacción con los alimentos	1	0.7
Cantidad de pastillas	9	6.7
Muchas veces al día	11	8.2
Accesibilidad al Hospital	46	34.3
Ambiente en el área de atención mala	27	20.1
Atención del despachador mala	22	16.4
Duración de la atención larga	36	26.9
Miedo a ser identificado en el hospital	83	61.9
Falta de información	13	9.7
Falta de Confianza al personal salud	13	9.7

Fuente: Ficha de recolección – Expediente clínico

Cuadro 7: Reacciones adversas según esquema de terapia antirretroviral (TAR) administrado, en los pacientes en estudio:

	Truvada* / Efavirenz (n=4)		Duovir** / Efavirenz (n=2)		Total (n=6)	
	n	%	n	%	n	%
Nauseas	1	25	1	50	2	33.3
Vómitos	1	25	1	50	2	33.3
Diarreas	0	0	1	50	1	16.6
Mareos	1	25	1	50	2	33.3
Alteración del sueño***	1	25	0	0	1	16.6
Hiperpigmentación en la piel	1	25	0	0	1	16.6

*Emtricitabina / tenofovir

**Lamivudina / Zidovudina

***Pesadillas

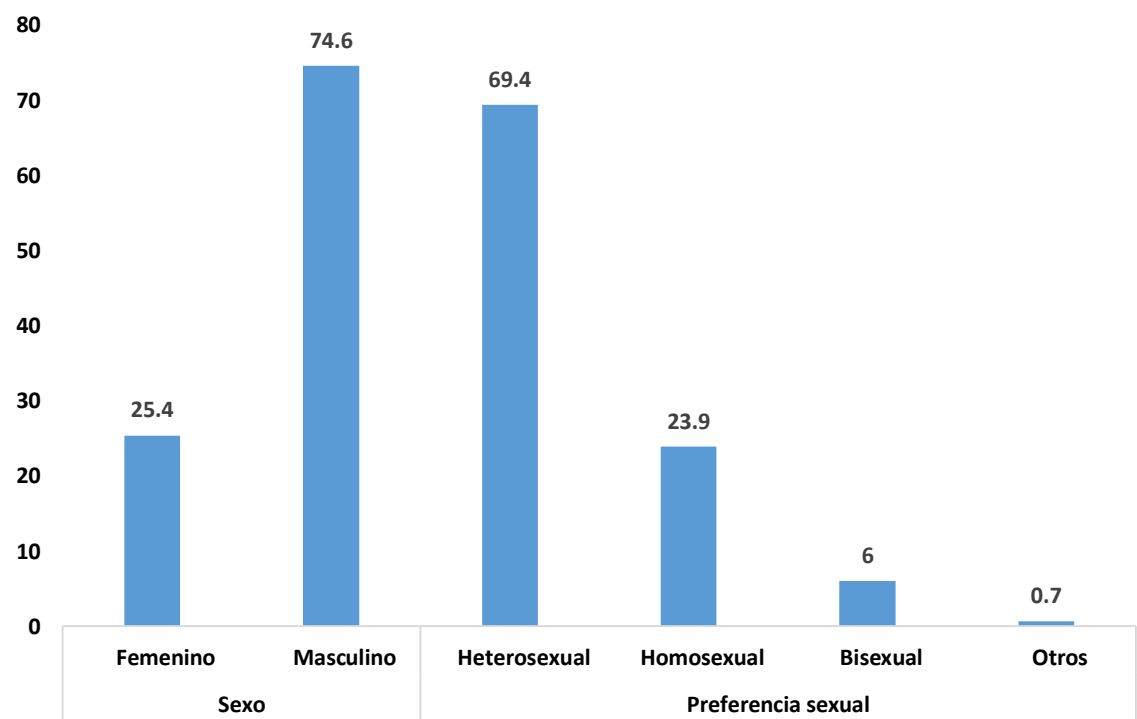
Fuente: Expediente clínico – Ficha de recolección

Cuadro 8: Diferencias según sexo y factores relacionados con el abandono en el grupo de estudio

	Femenino		Masculino		p
	n	%	n	%	
Viaja con frecuencia	1	2.9	20	20	0.321
Ignora beneficios TAR	2	5.9	4	4	0.021*
Dificultad para integrar el TAR en su vida	3	8.8	28	28	0.111
Temor a ser identificado como VIH +	21	61.8	48	48	0.111
Consume Drogas	1	2.9	4	4	0.132
Consume Licor	4	11.8	20	20	0.982
Falta de Motivación para tomar TAR	8	23.5	26	26	0.342
Falta de recursos económicos	10	29.4	17	17	0.002*
En el trabajo no le dan permiso	2	5.9	9	9	0.001*
Temor a la discriminación en el trabajo	10	29.4	48	48	0.002
Depresión	17	50.0	17	17	0.042*
Deseo de morir	7	20.6	2	2	0.003
Cansancio de Tomar la TAR	9	26.5	24	24	0.001*
Falta de Apoyo familiar	5	14.7	4	4	0.001*
Reacción Adversa a la TAR	2	5.9	4	4	0.001*
Interacción con los alimentos		0.0	1	1	0.005
Cantidad de pastillas	2	5.9	7	7	0.034
Muchas veces al día	2	5.9	9	9	0.002
Accesibilidad al Hospital	13	38.2	33	33.0	0.352
Ambiente en el área de atención	5	14.7	22	22.0	0.132
Atención del despachador	5	14.7	17	17.0	0.565
Duración de la atención	9	26.5	27	27.0	0.463
Miedo a ser identificado en el hospital	23	67.6	60	60.0	0.328
Falta de información	6	17.6	7	7.0	0.332
Falta de Confianza al personal salud	5	14.7	8	8.0	0.121

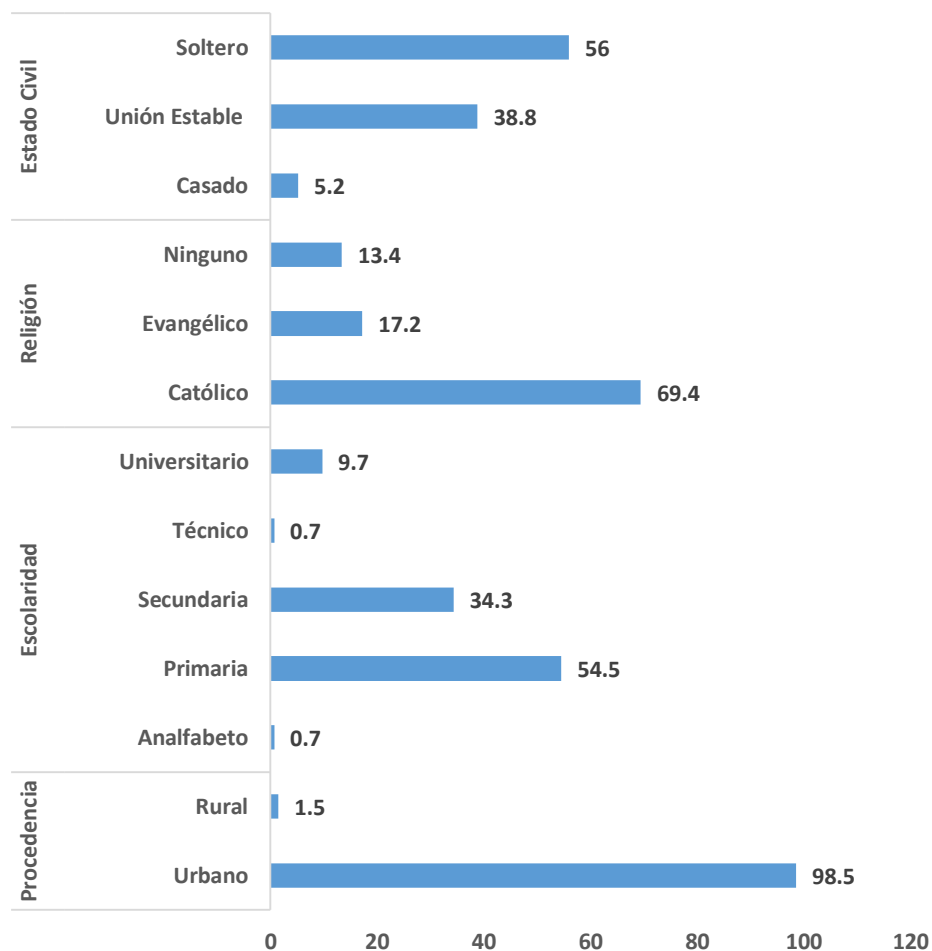
*La asociación o diferencia se considera significativa si $p < 0.05$

Gráfico 1: Sexo y preferencia sexual de los pacientes VIH-SIDA que abandonaron la terapia antirretroviral (TAR), e atendidos en el Hospital Escuela “Dr. Roberto Calderón Gutiérrez”, en el periodo del 1 al 31 de diciembre del 2016



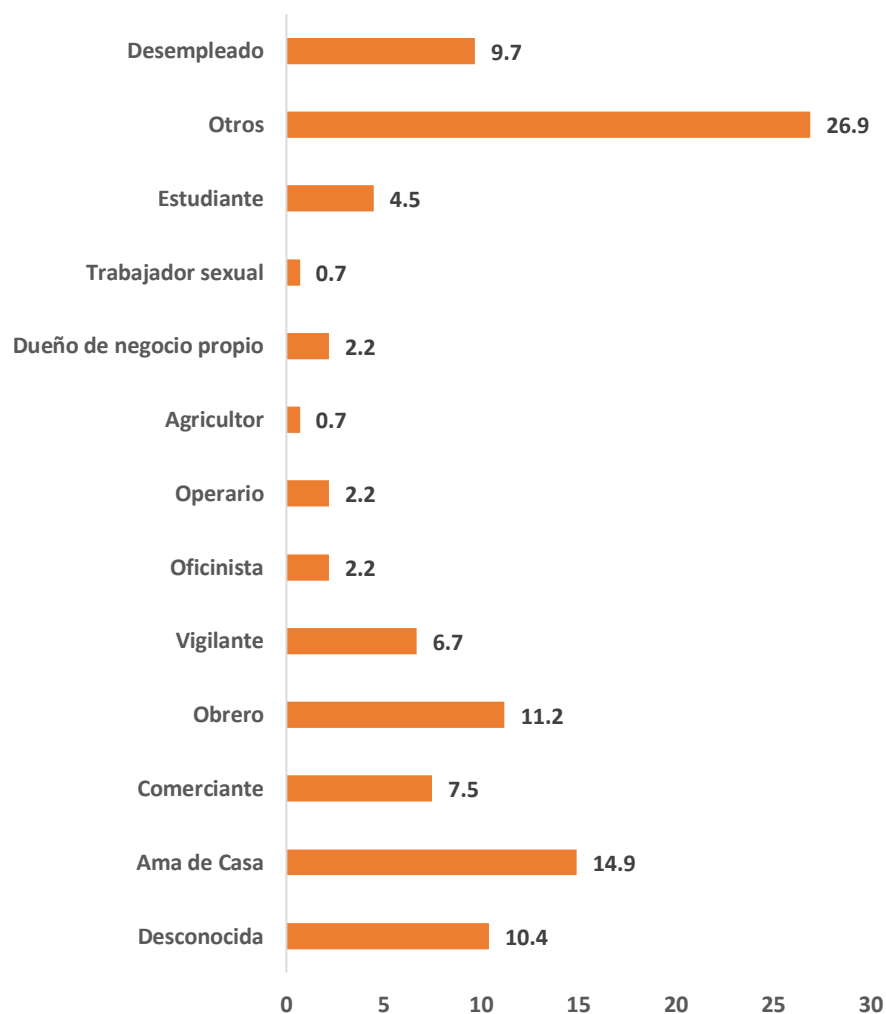
Fuente: Cuadro 1

Gráfico 2: Características sociodemográficas de los pacientes VIH-SIDA que abandonaron la terapia antirretroviral (TAR), e atendidos en el Hospital Escuela “Dr. Roberto Calderón Gutiérrez”, en el periodo del 1 al 31 de diciembre del 2016



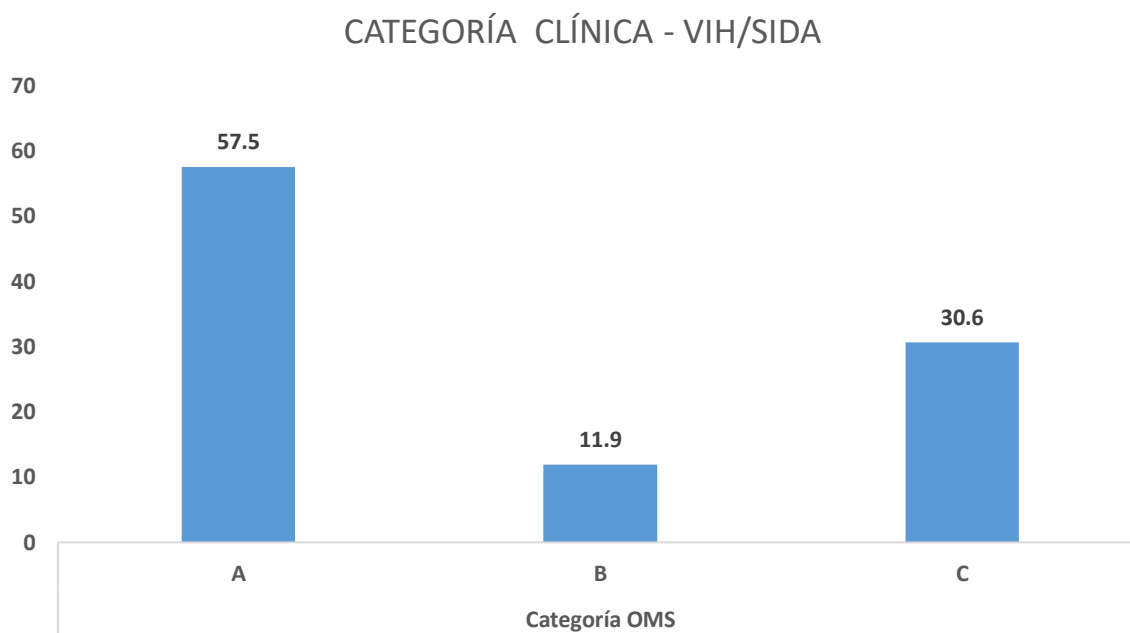
Fuente: Cuadro 1

Gráfico 3: Ocupación de los pacientes VIH-SIDA que abandonaron la terapia antirretroviral (TAR), e atendidos en el Hospital Escuela “Dr. Roberto Calderón Gutiérrez”, en el periodo del 1 al 31 de diciembre del 2016



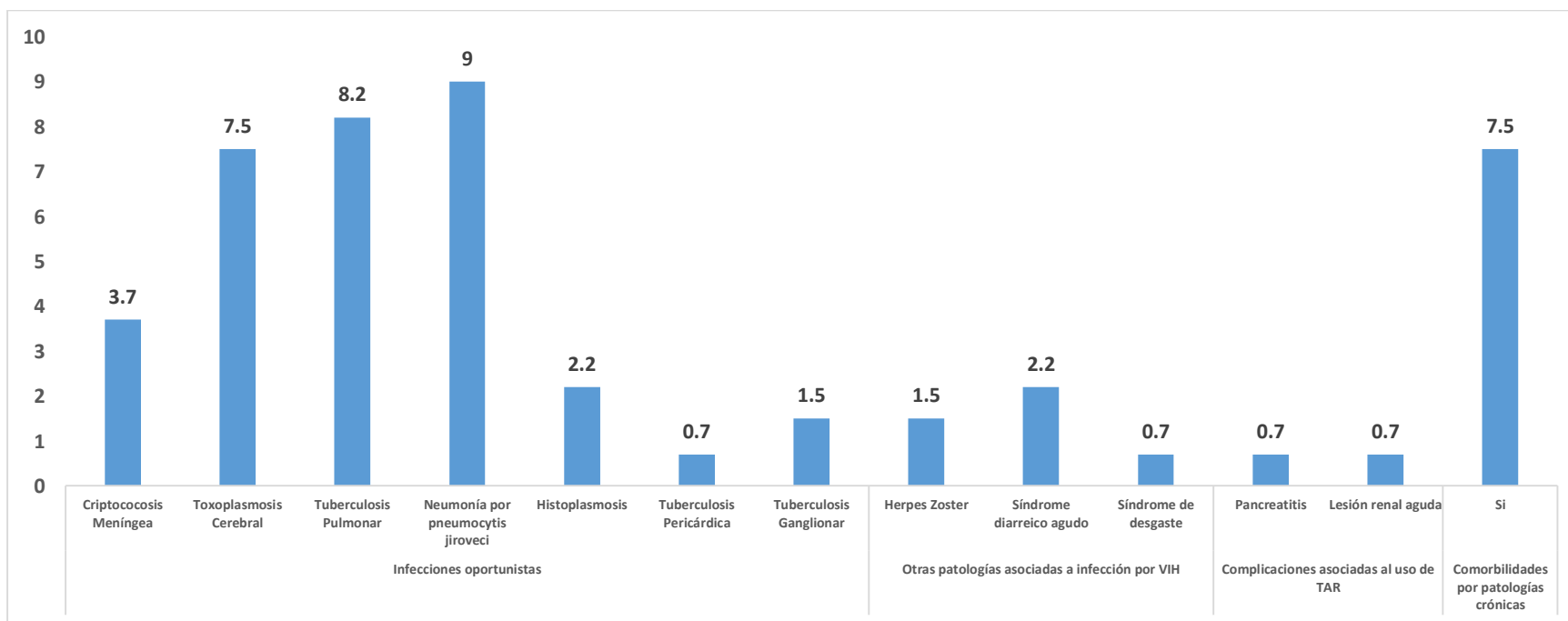
Fuente: Cuadro 2

Gráfico 4: Categoría clínica de los pacientes VIH-SIDA que abandonaron la terapia antirretroviral (TAR), e atendidos en el Hospital Escuela “Dr. Roberto Calderón Gutiérrez”, en el periodo del 1 al 31 de diciembre del 2016



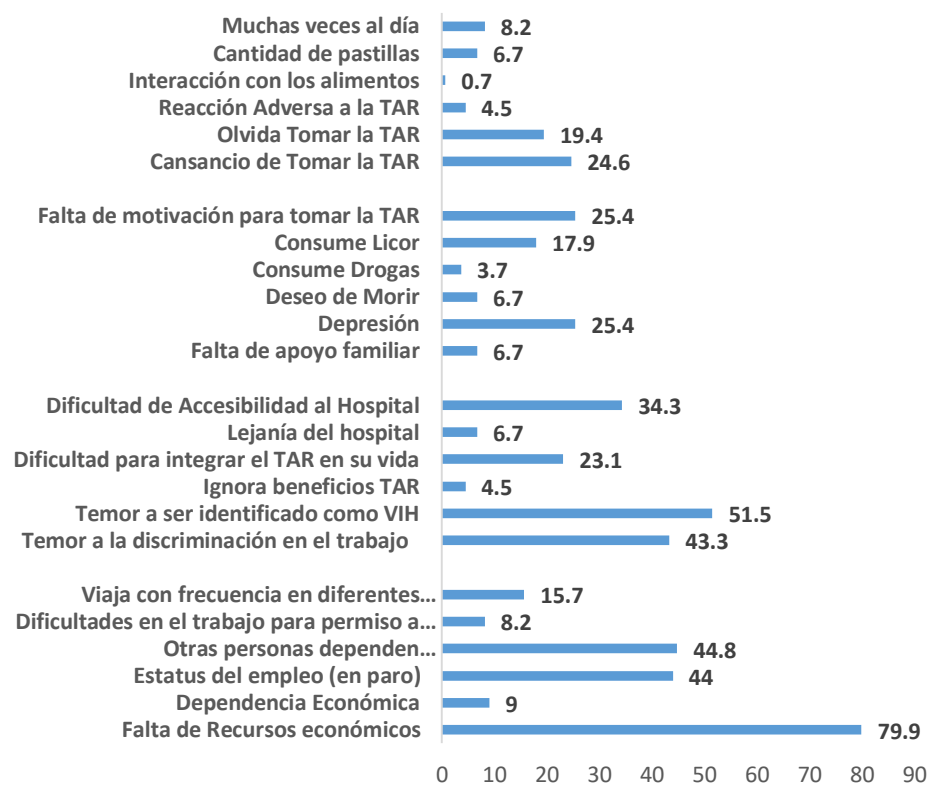
Fuente: cuadro 3

Gráfico 5: Infecciones oportunistas, complicaciones y comorbilidad los pacientes VIH-SIDA que abandonaron la terapia antirretroviral (TAR), e atendidos en el Hospital Escuela “Dr. Roberto Calderón Gutiérrez”, en el periodo del 1 al 31 de diciembre del 2016



Fuente: Cuadro 5

Gráfico 5: Razones de abandono de pacientes VIH-SIDA que abandonaron la terapia antirretroviral (TAR), e atendidos en el Hospital Escuela “Dr. Roberto Calderón Gutiérrez”, en el periodo del 1 al 31 de diciembre del 2016



Fuente: Cuadro 6

