



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS EN EL VALLE DE
SULA**

ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

POSTGRADO DE PEDIATRÍA

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

TEMA:

Factores sociales relacionados con mala adherencia Antirretroviral en pacientes pediátricos VIH hospital Mario Catarino Rivas, julio a septiembre 2015.

Autor:

Cristhian Mabel López Aguilar.

Tutor técnico:

Dr. Luis Enrique Jovel.

Tutor: metodológico:

MD, MSc. Manuel E. Bonilla C.

San Pedro Sula, Honduras

14 de junio del 2015.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS DE LA UNAH.

RECTORA.

MSc. Julieta Castellano Ruiz.

VICERECTORA ACADEMICA.

DRA. Rutilia Calderón Padilla.

SECRETARIA GENERAL.

ABOG. Enma Virginia Rivera.

DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN CIENTIFICA Y POSGRADOS.

MSc. Leticia Salomón.

DECANO DE FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

DR. Marco Tulio Medina.

SECRETARIO DE FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

DR. Jorge Alberto Valle Reconco.

COORDINADORA GENERAL POSGRADOS DE MEDICINA FCM.

DRA. Elsa Yolanda Palou

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS UNAH VS.

DIRECTOR.

DR. Francisco José Herrera Alvarado.

SUBDIRECTOR ACADEMICO.

MTE. Carlos Alberto Pineda.

SUBDIRECTOR VINCULACION UNIVERSIDAD SOCIEDAD.

DR. Francisco Javier Sánchez.

**SUBDIRECTOR DE DESARROLLO ESTUDIANTIL, CULTURA, ARTE, Y
DEPORTE.**

MSc Rafael Enrique Mejía.

SECRETARIA.

DRA. Jessica Patricia Sánchez Medina.

COORDINADORA DE POSGRADOS.

MSc. Isbela Orellana Ramírez.

DIRECTOR ESCUELA UNIVERSITARIA DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD.

DR. José Raúl Arita Chávez.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA CLINICA INTEGRAL.

DR. Marco Antonio Molina Soto.

COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA.

DR José Pastor Laínez Nacis.

**COORDINADORA GENERAL INVESTIGACION CIENTIFICA POSGRADOS
DE MEDICINA EUCS.**

DRA. Tania Soledad Licona Rivera.

COORDINADORA POSGRADO DE PEDIATRIA.

DRA. Karen Erazo.

AGRADECIMIENTO.

Agradezco a Dios, por haberme permitido culminar esta etapa de estudio y otorgarme sabiduría, conocimiento, y capacidad para entender la responsabilidad que significa la carrera de medicina.

A mi familia por haberme brindado ese gran apoyo incondicional en cada momento de mi vida.

A mis asesores de tesis que me brindaron su apoyo y confianza en todo momento.

A mis maestros de posgrados que siempre estuvieron dispuestos a extenderme su mano amiga cuando lo necesite.

Y a todas aquellas personas que de una u otra manera hicieron posible el cumplimiento de mi meta trazada.

DEDICATORIA.

Después de una ardua tarea que el ser humano realiza con dedicación y perseverancia se puede observar el fruto de ese gran esfuerzo, y es hoy que mi sueño se ha convertido en realidad. Estas razones me impulsan a dedicar este trabajo.

En especial dedico este trabajo a mis familiares que me apoyaron e impulsaron en todo momento inculcándome siempre valores y perseverancia en toda acción que emprendiera.

También dedico este trabajo que no ha sido nada fácil a mi persona y a los maestros de posgrado que crearon e hicieron de mi una persona responsable.

Hoy me siento una persona realizada y he podido comprender que todo lo que el ser humano se propone, lo logra pero a través del esfuerzo constante y con todo esto se puede comprobar que el hombre no vale por lo que tiene si no por lo que sabe y aprende.

INDICE

PORTADA.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

AGRADECIMIENTO.

DEDICATORIA

Introducción.....	1
CAP.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1 Antecedente	
1.2 Justificación	
1.3 Pregunta de investigación	
CAP.2 OBJETIVOS.....	7
2.1 Objetivo general	
2.2 Objetivos específicos	
CAP.3 MARCO TEÓRICO.....	8
CAP.4 DISEÑO METODOLÓGICO.....	18
4.1 Enfoque de la investigación	
4.2 Diseño de la investigación	
4.3 Alcance de la investigación	
4.4 Identificación de variables	
4.5 Población/muestra	
1 . Población / universo	

2 Área

3 Muestra

4.6 Criterios de selección.

1 Criterios de inclusión

2 Criterios de exclusión

4.7 Plan de recolección de datos

4.8 Plan de análisis.

CAP. 5 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....20

5.1 Principio ético a considerar

5.2 clasificación del riesgo de la investigación

CAP.6 RESULTADOS.....21

CAP.7 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....42

CAP.8 BIBLIOGRAFÍA.....44

CAP.9 ANEXOS.49

9.1 Operacionalización de variables.

9.2 Instrumento de recolección de datos

9.3 Cronograma

9.4 Consentimiento informado

INTRODUCCION.

El VIH es el agente etiológico causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida que consiste en una afectación del sistema inmune. Esta ocurre a nivel de los linfocitos TCD4.¹

La infección avanzada por VIH constituye una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial con afectación en la calidad de vida de los niños. En el área pediátrica se reportaron un total de 240000 nuevas infecciones por el VIH en el 2013 a nivel mundial.²

En cuanto a nuestro país el último dato que reporto la secretaria de salud es de 2280 niños el total para el 2010.³

El tratamiento farmacológico es un aspecto determinante y fundamental para quienes viven con VIH. La adherencia se define como *la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del TAR que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral*. Esta definición no sólo incluye que el paciente tome la medicación, también que lo haga en las dosis y frecuencia correctas, sin descansos. La adherencia es un proceso de varias etapas, entre las que se incluye la aceptación por parte del paciente de su diagnóstico y la motivación suficiente para iniciar el tratamiento.⁵

En la infección por VIH es indispensable una adherencia al tratamiento superior al 95%.para considerarla efectiva. Asegurando con esto la efectividad del TARGA, aumentando las células Cd4 y disminuyendo la carga viral.⁶

En el caso de los niños, el cuidador primario cumple un papel fundamental dentro de su adherencia al tratamiento. Él participa en la toma de decisiones, supervisa y apoya la realización de las actividades de la vida diaria para compensar la disfunción existente en el niño con la enfermedad.⁷

Una mala adherencia al tratamiento antirretroviral (TARV) es la primera causa de fracaso terapéutico. Por todo ello, es necesaria la instauración de programas

de atención global al paciente, tanto para evaluar la efectividad del TARV, como para elaborar estrategias de actuación dirigidas a optimizar los resultados ⁶.

CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La infección por VIH es responsable de una alta mortalidad a nivel mundial afectando más a países sub desarrollados. A pesar de grandes avances acontecidos en los últimos años.

Con la adherencia a la terapia antirretroviral se ha logrado una importante reducción de la mortalidad y un aumento en el índice de morbilidad. Siendo esta efectiva cuando tenemos una adherencia del 95%.

Según estudios realizados en pediatría una mala adherencia es la primera causa de fracaso terapéutico en niños. Es por esta razón importante la existencia de estudios que determinen los factores sociales que intervienen en la adherencia del tratamiento en nuestra población pediátrica. Ya que actualmente no contamos con estudios en nuestro país que identifiquen dichos factores.

1.1 Antecedente

El termino adherencia a los ARV comenzó a utilizarse en última década del siglo XX considerándose al inicio que esta ejercía un papel dinámico de mayor involucramiento por parte de la persona que ha recibido consejo médico.

La observación más rigurosa y la preocupación por las dificultades en la adherencia a los ARV se incrementaron de manera determinada en la década de los 90.

La epidemia del VIH muestra un incremento cada año en la población pediátrica.

Para el 2008 las estadísticas mostraron que 2 millones de niños menores de 15 años a nivel mundial Vivian con la infección.

Pero esta cifra para el 2013 se había incrementado 2400000 niños infectados.

En cuanto a nuestro país para el 2010 teníamos 2280 casos.

Actualmente la infección por VIH ha pasado de ser una enfermedad mortal a una patología crónica resultado que es generado por la introducción de la terapia antirretroviral la cual ha generado una disminución significativa en la morbimortalidad asociada al virus.

Muchos estudios han **demostrado** que la adherencia al tratamiento antirretroviral disminuye cuando aumenta su complejidad.

Dado que la adherencia a los medicamentos antirretrovirales de las personas infectadas por el VIH es esencial tanto para la efectividad clínica.

Como para la salud Pública, la investigación en este ámbito ha aumentado durante los últimos año.

1.2 Justificación.

La adherencia es un comportamiento complejo, saludable que es influenciado por el régimen prescrito y por múltiples factores: factores relacionados a los medicamentos, factores relacionados al paciente y factores relacionados al cuidador.

Factores relacionados a los medicamentos

Complejidad del régimen

Tratamientos adicionales.

Factores relacionados con el paciente.

Edad efectos adversos.

Enfermedades oportunistas

Factores relacionados con los cuidadores

Vínculo y edad del cuidador

Nivel académico y procedencia

Actualmente se considera que el TAR ha mejorado la calidad de vida, y reducción dramática de la morbimortalidad en niños con VIH. Por lo tanto la adherencia al dicho tratamiento es el principal predictor de efectividad y el éxito se logra cuando esta alcanza el 95% demostrado al tener cargas virales indetectables.

Según estadísticas a nivel mundial la prevalencia de esta ha aumentado y los estudios en América latina incluyendo nuestro país son pocos, por lo que con esta investigación se pretende dar a conocer la importancia que tiene el cumplimiento de los factores sociales implicados. Y así poder establecer las medidas necesarias que contribuyan a mejorar la problemática planteado.

1.3 Pregunta de investigación.

¿Cuáles son los factores sociales que intervienen en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes pediátricos con VIH que asistieron al centro de atención integral en el Hospital Mario Catarino Rivas San Pedro Sula en el periodo de julio-septiembre 2015?

¿Cuál es el perfil de las características del paciente, cuidador, y tratamiento en relación a la adherencia al tratamiento antirretroviral?

CAPITULO II. OBJETIVOS.

2.1 Objetivo general.

Determinar los factores socio demográficos que intervienen en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes pediátricos infectados por VIH que asistieron al centro de atención integral en el Hospital Mario Catarino Rivas San Pedro Sula en el periodo de julio-septiembre 2015?

2.2 Objetivos específicos.

- Describir el perfil de las características del paciente, cuidador, y tratamiento en relación a la adherencia Al tratamiento antirretroviral.
- Identificar las razones de no adherencia al tratamiento antirretroviral.

CAPITULO III MARCO TEÓRICO.

3.1 Marco conceptual.

Definición de VIH.

EL virus infecta a algunos glóbulos blancos, responsables de la defensa inmunitaria, en los que penetra uniéndose a ciertos receptores, especialmente a Los receptores CD4. Esta infección es definitiva y se transmite de célula a célula causando así una pérdida irreparable de la defensa inmunitaria que da lugar al sida. ¹

Carga viral del VIH.

Se define como el número de copias de ARN del virus que se encuentra presentes en plasma. Su determinación, junto con la cifra de linfocitos CD4 y la situación clínica del paciente, se emplea para establecer las decisiones terapéuticas y para la monitorización del tratamiento antirretroviral.⁸

Adherencia al tratamiento.

Se define como la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del TAR que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral. Esta definición no sólo incluye que el paciente tome la medicación, también que lo haga en las dosis y frecuencia correctas, sin descansos.⁵

Adherencia Adecuada.

Una adherencia adecuada asegura la efectividad del TAR, aumentando las células Cd4 y disminuyendo la carga viral.⁹

Ayudan a que se desarrolle menos infecciones oportunistas, disminuye o evita las hospitalizaciones. Mejora la salud y la calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes. ⁹

Adherencia Inadecuada.

Se produce cuando hay omisión de tomas, abandonos periódicos u ocasionales de la medicación, no ajustarse a los intervalos correctos de administración, cambios de dosis, no relacionarlas con las comidas cuando ello está indicado. Todo ello puede conducir al fracaso terapéutico.⁹

Resistencia.

La resistencia significa que el medicamento ya no es efectivo, porque el virus ha cambiado (mutado). ⁹

Tratamiento de “rescate”

Se da al niño un esquema de rescate, cuando la terapia antirretroviral (1ra Línea) fracasó, por abandono, falta de adherencia, intolerancia y resistencia al TAR.⁹

El tratamiento de rescate es una combinación de tratamientos antirretrovirales de segunda y tercera línea.

Epidemiología del VIH.

La epidemia global del VIH continúa, con un impacto en el incremento de pacientes pediátricos. A finales del 2008 se estimó que 2 millones de niños menores de 15 años de edad vivían con VIH alrededor del mundo.

Cada día aproximadamente 1200 niños se infectan con el VIH. La gran mayoría de Esos niños (más del 90 %) adquiere la infección de la madre; los niños se pueden infectar con el VIH durante el embarazo, el parto, o después del nacimiento durante la lactancia materna. Se ha calculado que el riesgo de infección de un producto hijo de una madre seropositiva que no recibió antirretrovirales durante su embarazo va de 15% a 35%. Entre los niños infectados que no reciben lactancia materna, dos tercios de los casos de la transmisión de madre a hijo ocurre durante el parto, y el resto durante el embarazo (la mayoría en el último trimestre) (21). La transmisión posparto se hace más bien por leche materna. A nivel mundial se calcula que 33 al 50% de la transmisión de VIH de madre a hijo pueden ocurrir por tal mecanismo (27). En México, la Organización Mundial de la Salud estimó que para fines del año 2004, de las mujeres infectadas por el VIH, el 79.1% se encuentran en edad reproductiva (15-44 años) lo que constituye la principal vía de contagio del VIH/SIDA en menores de 15 años, representando la transmisión vertical el 70% de nuevos casos en menores de 15 años (28).¹⁰

El país tiene una prevalencia estimada de VIH de 0.7, según los datos proporcionados por el Departamento de ITS y VIH y sida de la Secretaría de Salud, en el último reporte del año 2013 y según los datos de modelaje basados en Spectrum, estudio realizado por ONUSIDA en el 2012, el patrón predominante de transmisión es el sexual (91.4%), seguida por la transmisión perinatal (5.7%) sanguínea (0.4%), este patrón se ha mantenido con alguna variación desde 1985.⁴

A partir de 2003, la Secretaría de Salud inició la provisión de terapia antirretroviral a personas con infección avanzada por VIH y hasta diciembre del año 2013, recibían la misma 8,970 personas, de las cuales, el 89.9 % es terapia

de primera línea, el 9.9 % terapia de segunda línea y el 0.2 % corresponden a terapia de rescate, se reportan 1,906 abandonos de la terapia antirretroviral¹⁰

La infección por el VIH ha pasado de ser una enfermedad mortal a considerarse una patología crónica. Esta evolución es el resultado de la introducción de la Terapia Antirretroviral para la infección por el VIH, que ha generado una disminución significativa de la morbimortalidad asociada al virus, tanto en niños como en adultos.

Su impacto inicial se observó en la disminución de la mortalidad por el sida, así como del número de enfermedades oportunistas .⁷

Con la introducción de la terapia antirretroviral de gran actividad ha supuesto una importante reducción de la mortalidad y morbilidad de los pacientes con VIH. Su efectividad se supone óptima cuando la relación entre la dosis administrada y la dosis pautada — es decir, la adherencia-, es superior al 95%, aunque estudios más recientes indican que, con regímenes basados en inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos (ITINAN) y/o inhibidores de la proteasa (IP) potenciados, se podrían alcanzar los objetivos terapéuticos con menores niveles de adherencia, especialmente en pacientes con viremias previamente indetectables ⁶

En cuanto a la adherencia es un proceso de varias etapas, entre las que se incluye la aceptación por parte del paciente de su diagnóstico y la motivación suficiente para iniciar el tratamiento. Debemos conseguir que el paciente se implique en la importancia que para su salud tiene la realización correcta del tratamiento y sea La importancia de la adherencia al TAR está ya suficientemente establecida.

Se considera actualmente el principal predictor de efectividad del TAR, siendo el cumplimiento subóptimo la principal causa del fracaso del tratamiento en nuestro medio.

Desde un punto de vista práctico, identificar esta adherencia permitirá abordar el tratamiento con mayor eficacia al inicio y evitar fracasos terapéuticos innecesarios.

Aún es más importante el impacto que supone sobre variables clínicas como el tiempo de progresión a sida, el incremento de ingresos hospitalarios y la mortalidad.

Además, este cumplimiento subóptimo supone una presión selectiva sobre las poblaciones virales, lo que favorece la aparición de *resistencias*, a menudo cruzadas, que limitan las opciones de tratamiento, con lo que ello supone no sólo sobre el individuo, sino también sobre la comunidad capaz de mantener su compromiso a lo largo del tiempo.

Conseguir máxima supresión viral es un objetivo fundamental para prevenir resistencias, principalmente desarrollarán resistencias aquellos pacientes que presenten concentraciones subóptimas de fármaco. Sin embargo, algunos autores encuentran relación entre alta adherencia y desarrollo de resistencias, tanto en estudios transversales como longitudinales. Bangsberg en una reciente revisión establece que la relación entre adherencia-resistencia es más compleja de lo que pensábamos, existiendo distinto comportamiento según la familia de fármacos antirretrovirales que evaluemos. Así, los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos (NA) desarrollarían resistencia a niveles bajos de adherencia, los inhibidores de la proteasa (IP) tienen mayor probabilidad de desarrollar resistencias en niveles moderados o altos de adherencia y los IP potenciados con ritonavir lo harían en niveles intermedios de adherencia.

La participación del niño, niña y adolescente y de los padres o cuidadores es crucial para el éxito del tratamiento. Según la edad de los niños, niñas y adolescente se puede hacer que ellos también apoyen en la adherencia. La adherencia a los medicamentos antirretrovirales es fundamental para el éxito terapéutico en pacientes infectados con virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y por consecuencia para una mejor calidad de vida, además es uno de los factores de mayor importancia para la determinación de la supresión viral por efecto del tratamiento antirretroviral (ARV); la falta de adherencia puede favorecer la falla virológica. Estudios prospectivos en adultos y niños han demostrado que el riesgo de la falla virológica aumenta en proporción a la pérdida de dosis administradas.¹¹

Dosis subterapéuticas de los medicamentos ARV, por la falta de adherencia, favorece la producción de resistencias, las cuales pueden ser a una o más de las drogas administradas en el esquema indicado. Por otro lado, se ha relacionado a la producción de resistencia cruzada a otros ARV de la misma familia, lo cual compromete la eficacia del régimen administrado.¹¹

La adherencia subóptimas tiene implicaciones para limitar el efecto futuro de ARV en pacientes que han desarrollado cepas virales resistentes a dichos medicamentos, siendo de suma importancia, ya que hay que recordar que estos tratamientos se inician en la infancia y adolescencia, y continuaran en la edad adulta, de tal manera que si tenemos una buena adherencia al tratamiento, existirán menos posibilidades de desarrollar resistencia, y sí más alternativas de tratamiento en la edad adulta, ofreciendo, en consecuencia, un tratamiento de alta seguridad y eficacia. Las evidencias indican que los problemas de adherencia ocurren frecuentemente en los niños y adolescentes; múltiples estudios han reportado desde un muy bajo porcentaje hasta 50% en los niños. Una variedad de factores, como la formulación médica (presentación farmacéutica), la frecuencia de dosis, la edad del niño y las características psicosociales de los padres y de los niños han sido asociados a la adherencia.¹¹

DIFICULTADES Y BARRERAS DE LA ADHERENCIA.

Paciente o cuidadores

- Olvido o falta de cumplimiento con el horario de la ingesta del medicamento.
- Dificultad en la ingesta (número y tamaño de las pastillas).
- Imposibilidad de mantener la privacidad al momento de la ingesta.
- Desconocimiento o creencias erróneas de la enfermedad y su tratamiento.
- Horario de ingesta que interfiere con el sueño, estudio juegos, comidas.
- Horario de trabajo de los padres o cuidadores.
- Falta de compromiso y responsabilidad por parte de los cuidadores.
- Dificultad para tragar, mal sabor y olor fuerte de algunos medicamentos.
- Comentarios negativos que no favorecen la adherencia.

- Falta de compromiso por parte de los cuidadores de los niños, niñas y adolescentes.
- El estrés de los padres o cuidadores.⁹

Estado de salud física y mental de los cuidadores.

- Consumo de alcohol o drogas de los padres o cuidadores.
- Ausencia prolongada de padres o cuidadores.

Adolescentes: Sobreprotección del familiar.

- Consumo de alcohol o drogas.
- Estar fuera de casa en el horario de las tomas.
- Temor a que los amigos puedan hacer preguntas.
- Cansancio y agotamiento de las tomas diarias
- Vergüenza de tomar medicamentos frente a sus amigos.
- Estrés y depresión.
- Falta conciencia acerca de la importancia de la adherencia al TAR.⁹

Sistema de salud:

- Inadecuada relación entre el personal de salud, los familiares y los niños, niñas y adolescentes.
- Maltrato o discriminación por parte de los prestadores de salud.
- Deficiencia en los servicios de salud.
- Mala planificación en las consultas médicas.
- No disponibilidad y desabastecimiento de los medicamentos.
- Proceso de consultas médicas engorroso y largo.
- El personal de salud no siempre es claro en las orientaciones relacionadas al TAR.⁹

Esquema de tratamiento:

- Horarios inadecuados o difíciles de llevar.
- Dificultad para tragar. (Sabor amargo.)
- Faltan medicamentos en versiones pediátricas.
- Náuseas y vómitos.
- Ardor en el estómago.
- Diarreas.

Estrategias para promover la adherencia a los antirretrovirales.**Niño, Niña o adolescentes, padres y cuidadores:**

- Conocer la estructura familiar, el nivel de instrucción y económico, su situación psicológica.
- Informar y educar al paciente y la familia acerca del tratamiento, explicando sus beneficios así como el riesgo de efectos tóxicos y la aparición de resistencias.
- Sugerir distintas ideas que ayuden a recordar la toma regular de las dosis de la medicación, sobre todo si el responsable del niño es analfabeto.
- Incorporar al resto de la familia en el apoyo al TARGA.º
- Apoyarse con estrategias que nos recuerden el tratamiento tales como relojes, alarmas, celulares, también relacionarlo con un programa de televisión que nos recuerde la toma, escribir el horario y colocarlo en un lugar donde uno permanece más tiempo.
- Que una persona nos recuerde la toma.
- Dar el TARGA con cariño y paciencia.
- Aceptación de la familia o cuidadores y del adolescente que el TARGA, es de por vida.
- Cumplimiento con las citas médicas.

- Decorar los envases donde se almacena el TAR, esto generará un atractivo visual.⁹

Sistema de salud:

- Mantener una buena relación entre el personal de salud y el niño, niña o adolescente con VIH y su familia, es fundamental para mejorar el “apego” o adherencia.
- El plan terapéutico indicado debe ser entregado por escrito, ofreciendo acceso adecuado a los fármacos.
- Orientación y educación que responda a todas las inquietudes de las familias y del niño ofreciendo información veraz, aclarar inquietudes, temores, dudas acerca del tratamiento.
- Abordaje integral como atención psicológica, trabajo social, enfermería, nutrición, odontológica y consejería de pares (que es una persona con VIH con preparación en el tema de niños).
- Considerar el impacto del diagnóstico, el inicio del tratamiento como situaciones que podrían generar depresión, desgaste, cansancio entre otras tanto a los cuidadores como al niño.
- Servicios de salud accesibles que las familias puedan consultar fácilmente.
- Asegurar la disponibilidad y abastecimiento de los medicamentos.
- Procesos para la atención médica sin burocracia.⁹
- Atención con calidad y calidez, sin discriminación ni maltrato.

Esquema de tratamiento:

- Informar a la familia y al niño, niña o adolescente con VIH sobre los efectos adversos y cómo tratarlos y cuándo acudir al médico.
- Seguimiento del personal de salud.
- Simplificar el plan para evitar en lo posible la relación de ciertos fármacos con las comidas.
- Adaptar la toma al horario habitual del niño y posibilidades de los padres o cuidadores.
- Permanecer alertas para anticiparse a los efectos adversos. Consulte con su médico si le va a dar tratamientos para otras infecciones (resfrío, fiebre, tos).
- Evitar interacciones farmacológicas.
- Dar el tratamiento con alimentos que puedan ser digeridos con facilidad (gelatina, plátano, jugo etc.⁹

CAPITULO IV

Diseño metodológico.

4.1 Enfoque de la investigación.

Cuantitativo.

4.2 diseño de la investigación.

Cuantitativo y observacional

4.3 alcance de la investigación.

Descriptivo transversal

4.4 identificación de variables.

Variable dependiente: adherencia a los ARV.

Variable independiente:

Factores sociales relacionados con adherencia a los ARV: sexo, edad, escolaridad etnia, lugar de procedencia, religión, nivel socioeconómico, parentesco del cuidador.

Razones de no adherencia: falta de medicamento, efectos adversos, privacidad depresión, # de dosis, falta de conocimiento, responsabilidad, privacidad.

4.5 población y muestra.

Universo: todos los niños/a y adolescentes menores de 20 años con VIH que asisten al CAI del HMCR en tratamiento antirretroviral en el periodo comprendido entre julio del 5 hasta septiembre del 2015.

Área de estudio: HMCR CAI consulta externa.

Muestra: no probabilístico e incluye a todos los niños/a y adolescentes menores de 20 años en tratamiento antirretroviral que tengan carga viral mayor de 1000 copias, y que tengan más de 6 meses de tratamiento.

4.6 criterios de selección.

Criterios de inclusión

- ✓ Todos los niños/a menores de 20 años en tratamiento antirretroviral que tengan carga viral mayor de 1000 copias /ml que tengan más de 6 meses de TAR que asistan al centro de atención integral del Hospital Mario Catarino Rivas que acepten participar de acuerdo a consentimiento informado en el periodo de julio a septiembre 2015.

Criterios de exclusión:

- ✓ Niños/a que tengan carga viral menor de 1000 copias.
- ✓ Pacientes fuera del rango de edad.
- ✓ Paciente con resistencia primaria a los ARV documentada por genotipo.
- ✓ Pacientes quienes no acepten participar en el estudio.

4.7 Plan de recolección de datos.

Los datos serán obtenidos a través de un instrumento de recolección de datos diseñado para tal fin y validado, dirigida a los padres o persona encargada del paciente.

4.8 Plan de análisis

De los datos obtenidos se construirá una matriz de datos dando salida a los objetivos específicos, utilizando el programa EPIINFO versión 3.5.3, utilizando frecuencias, porcentajes y cruce de variables y finalmente dando salida en tablas y gráficos y procediendo al análisis y discusión de la información procesada.

CAPITULO 5. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

5.1 Principios éticos a considerar

- En este estudio se considerará el respeto a la dignidad humana, manteniendo la confidencialidad individual o personal de los datos recopilados y sin recopilar información particular que no está asociada con los objetivos y variables de la investigación, así como se mantendrá el propósito de beneficiar a los pacientes pediátricos que se atienden en el CAI del HMCR, que es parte de la justicia social que se relaciona con la función de la investigación médica.
- En todos los casos no se digitará el nombre del pacientes, éstos serán recodificados como un número para mantener la confidencialidad de los datos.

5.2 clasificación del riesgo de la investigación.

- Se clasifica este estudio como de Categoría I ya que no hay riesgo alguno para el paciente, ya que se aplicará únicamente un cuestionario corto mediante entrevista del investigador con el padre/responsable del paciente, no se tratarán además aspectos sensitivos de la conducta de individuos.

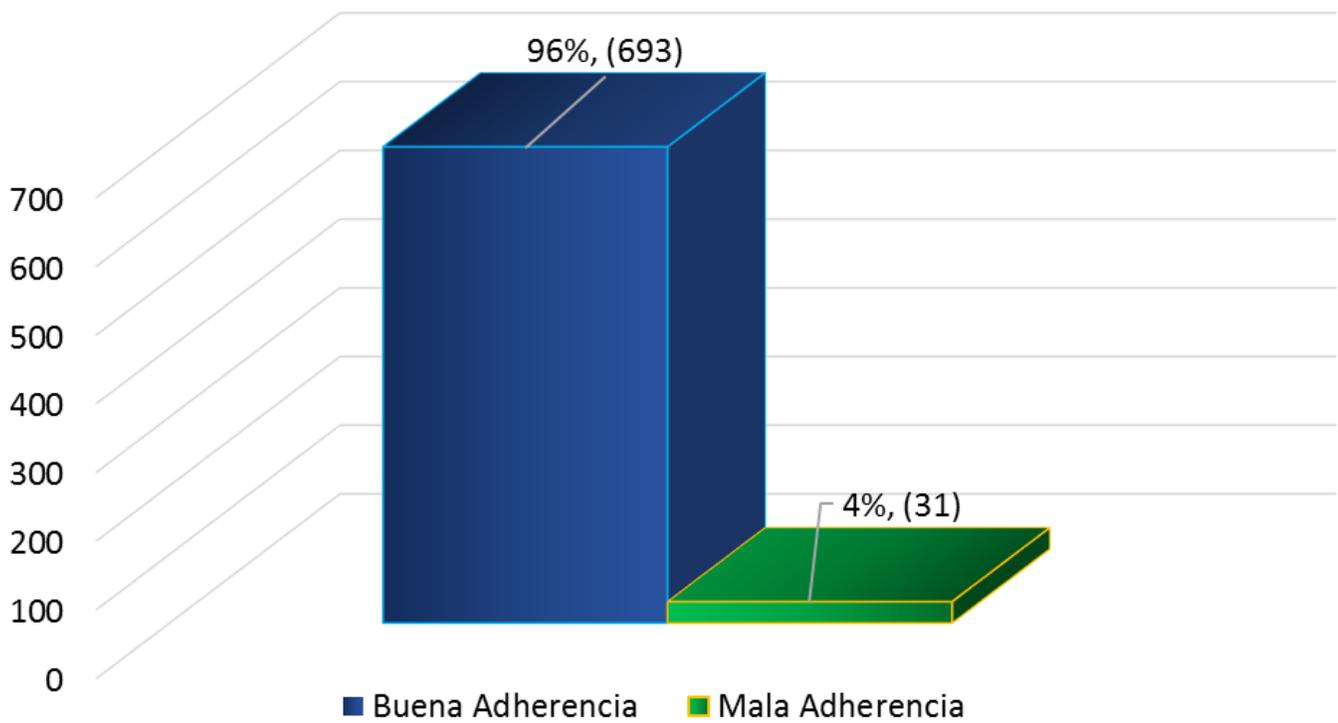
5.3 Consentimiento Informado

- Se obtendrá consentimiento firmado previamente informado de tipo institucional y personal en el caso de todos los padres/responsables del paciente (A)

CAPITULO. 6 RESULTADOS

Total de Pacientes con Buena y Mala Adherencia		
Buena Adherencia	693	96%
Mala Adherencia	31	4%
Total	724	100%

Total de Pacientes con Buena y Mala Adherencia



N=724

En esta tabla podemos observar que los pacientes de nuestra institución cumplen adherencia al tratamiento con un porcentaje 96%.

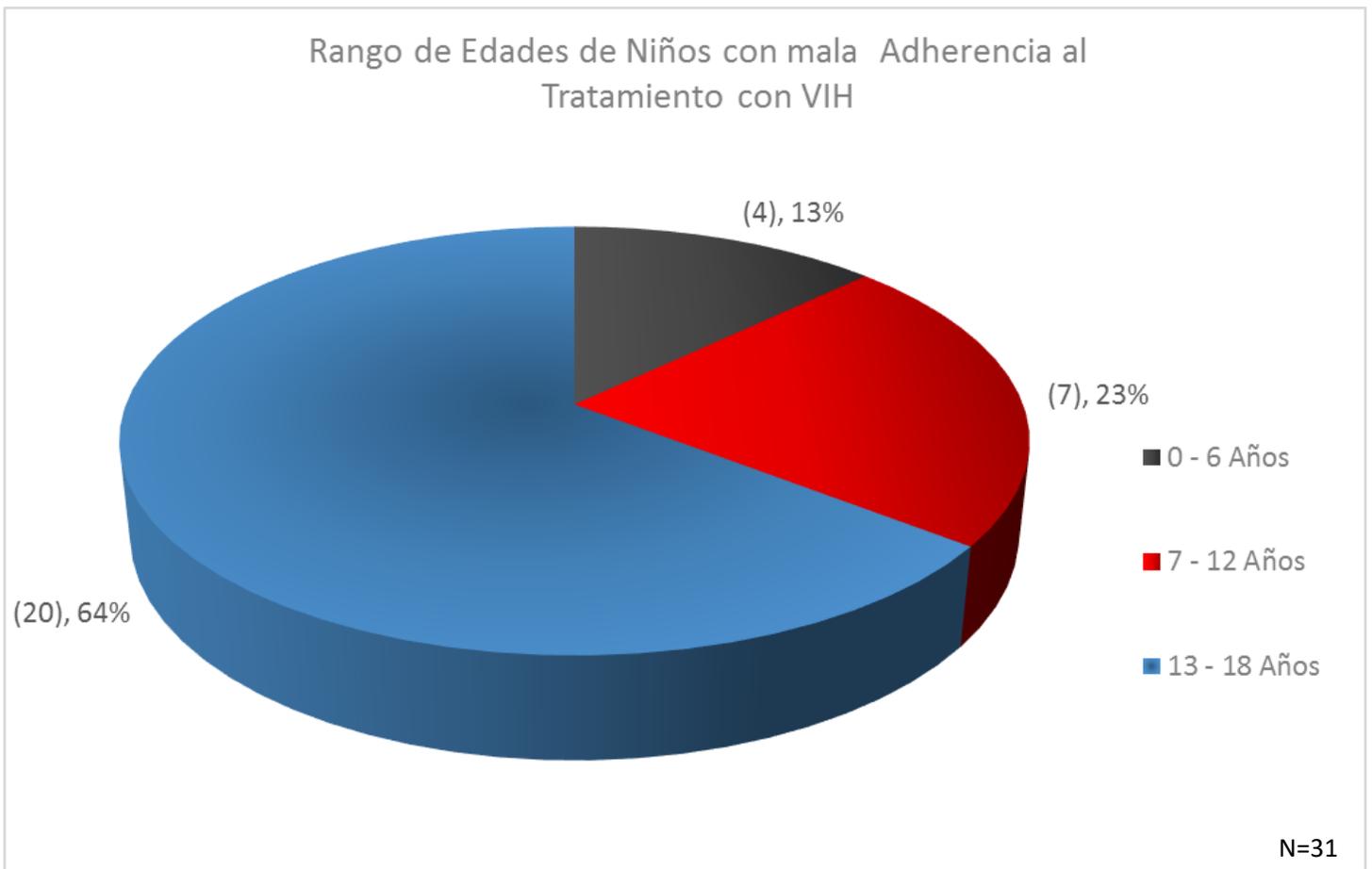
Distribución por Sexo		
Masculino	13	42%
Femenino	18	58%
Total	31	100%



En cuanto a la distribución por sexo podemos observar que el sexo ^{N=31} predominante fue el sexo femenino con porcentaje de 58% en relación al sexo masculino con un porcentaje de 42%.

Rango de Edades de Niños Mala Adherencia al Tratamiento con VIH

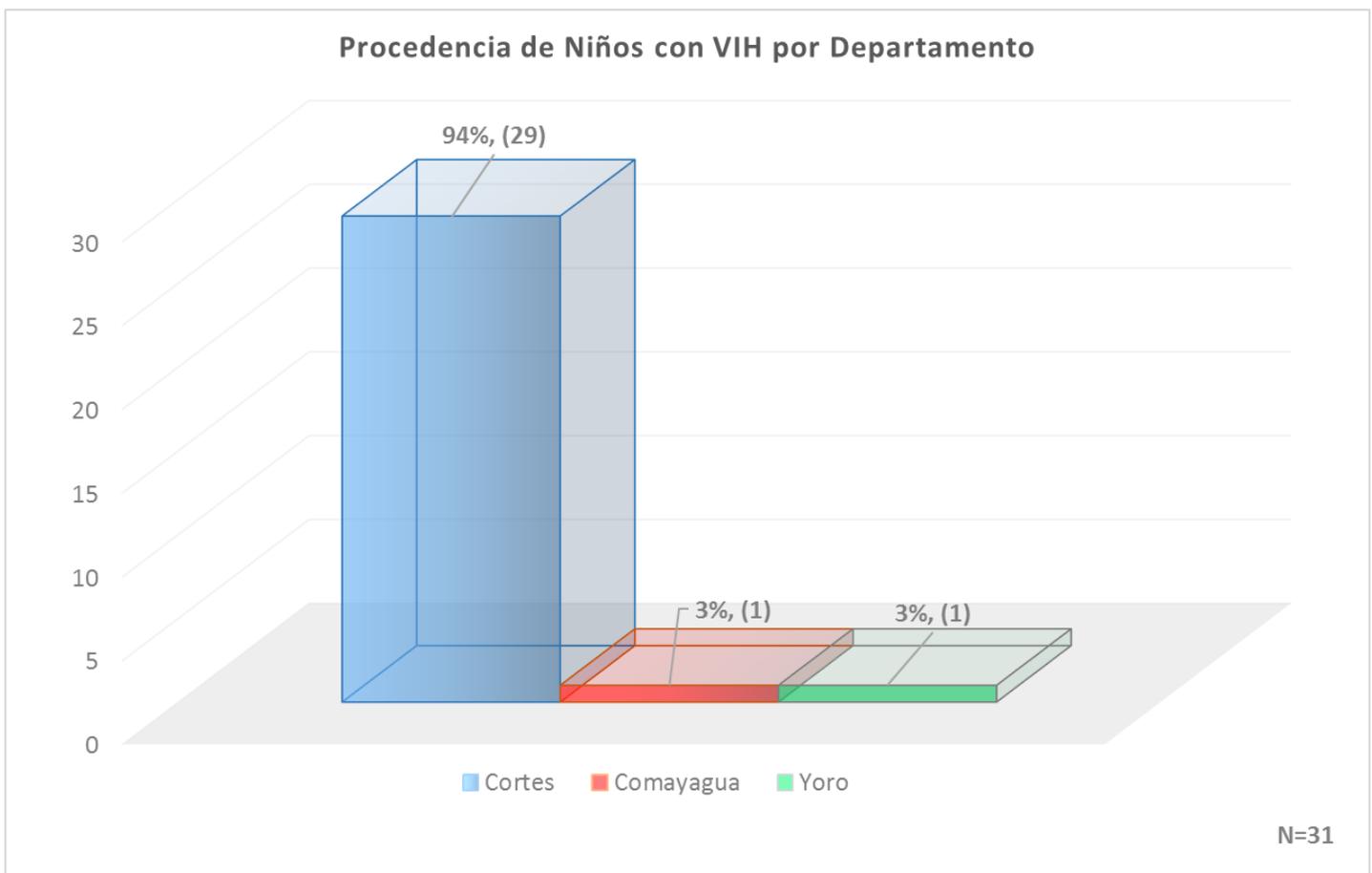
0 - 6 Años	4	13%
7 - 12 Años	7	23%
13 - 18 Años	20	65%
Total	31	100%



En esta grafica podemos observar que el rango de edad predominante fue la etapa de adolescente (13-14anos) con un porcentaje de 64%.

Procedencia de Niños con VIH por Departamento

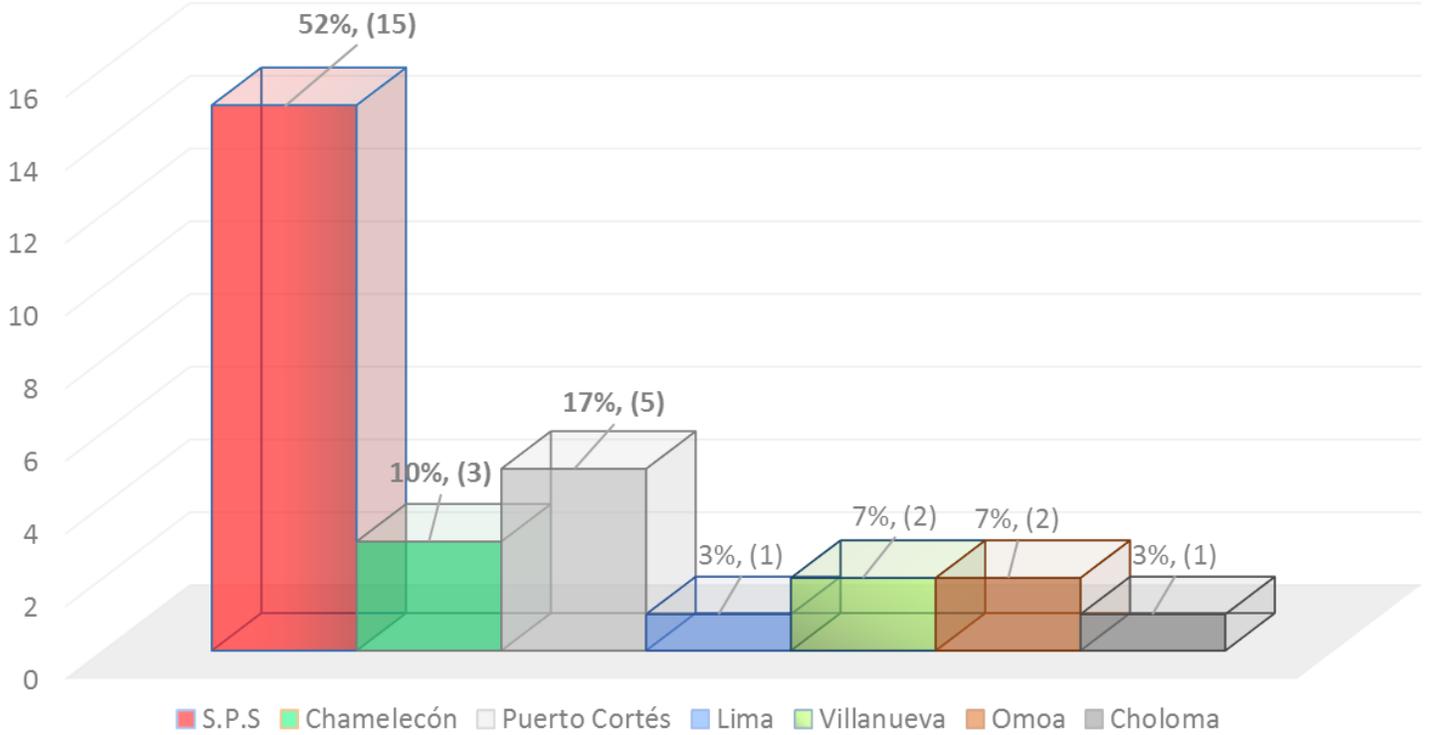
Cortes	29	94%
Comayagua	1	3%
Yoro	1	3%
Total	31	100%



El departamento predominante en cuanto a la procedencia fue Cortes con un porcentaje de 94% seguido de Comayagua 3% y Yoro con igual porcentaje.

Procedencia de Niños con VIH por Municipio		
S.P.S	15	52%
Chamelecón	3	10%
Puerto Cortés	5	17%
Lima	1	3%
Villanueva	2	7%
Omoa	2	7%
Choloma	1	3%
Total	29	100%

Procedencia de Niños con VIH por Municipio

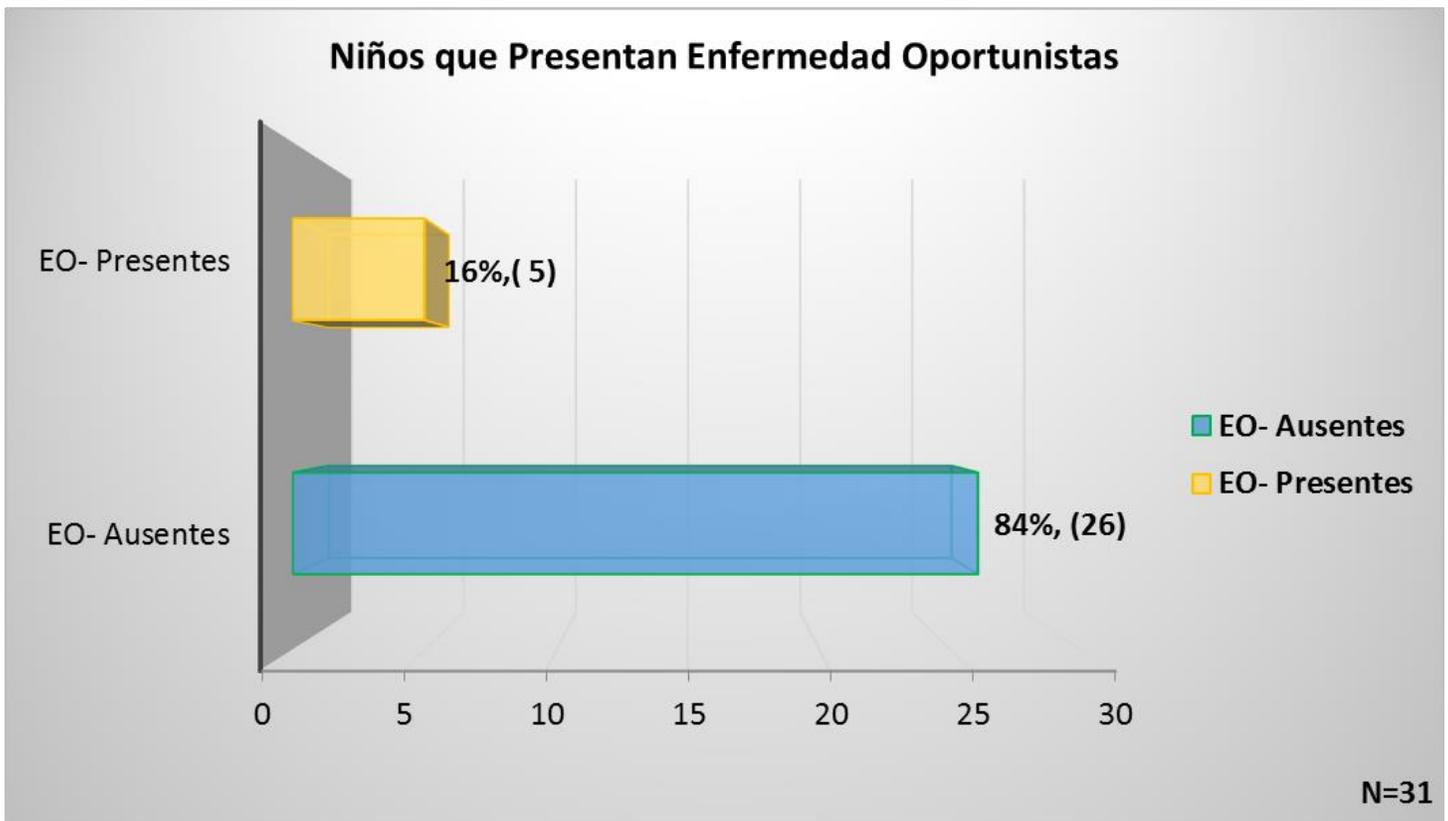


N=31

En cuanto a la procedencia por municipios por el departamento de cortés los tres principales municipios fue san Pedro sula con un porcentaje de 52% seguido de puerto cortés con un 17% y en tercer lugar Chamelecón 10%

Niños que Presentan Enfermedad Oportunistas

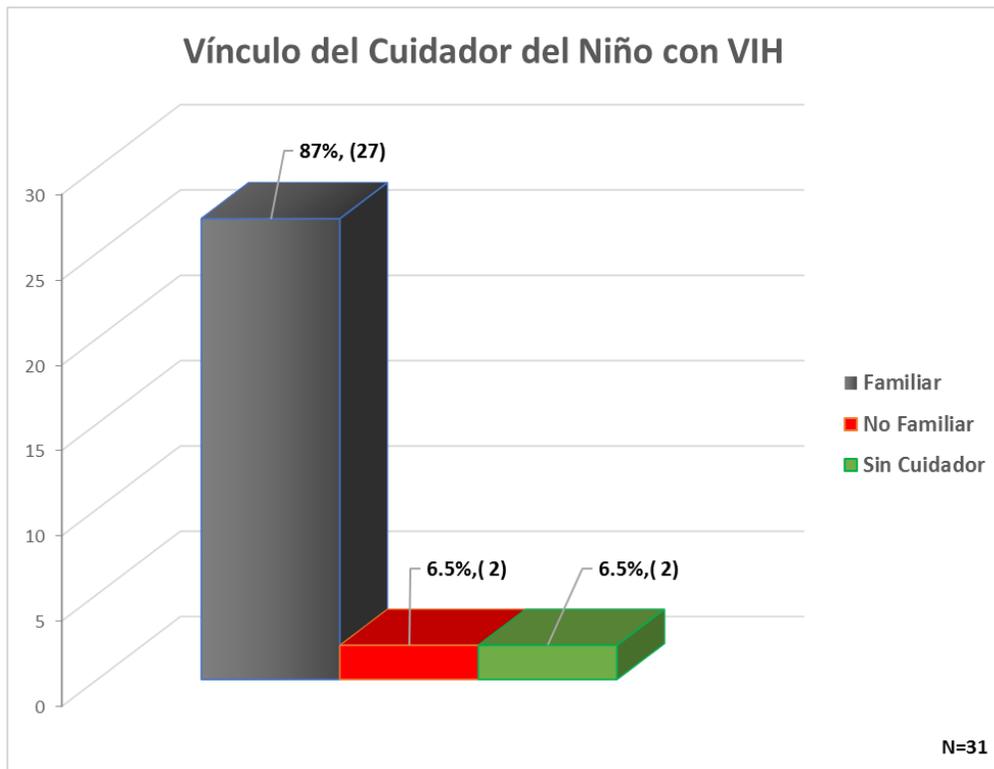
EO- Ausentes	26	84%
EO- Presentes	5	16%
Total	31	100%



En esta grafica podemos observar que la mayoría de los pacientes de nuestro estudio no presentaron enfermedad oportunista.

vínculo del Cuidador del niño con VIH

Familiar	27	87%
No Familiar	2	6.5%
Sin Cuidador	2	6.5%
Total	31	100%

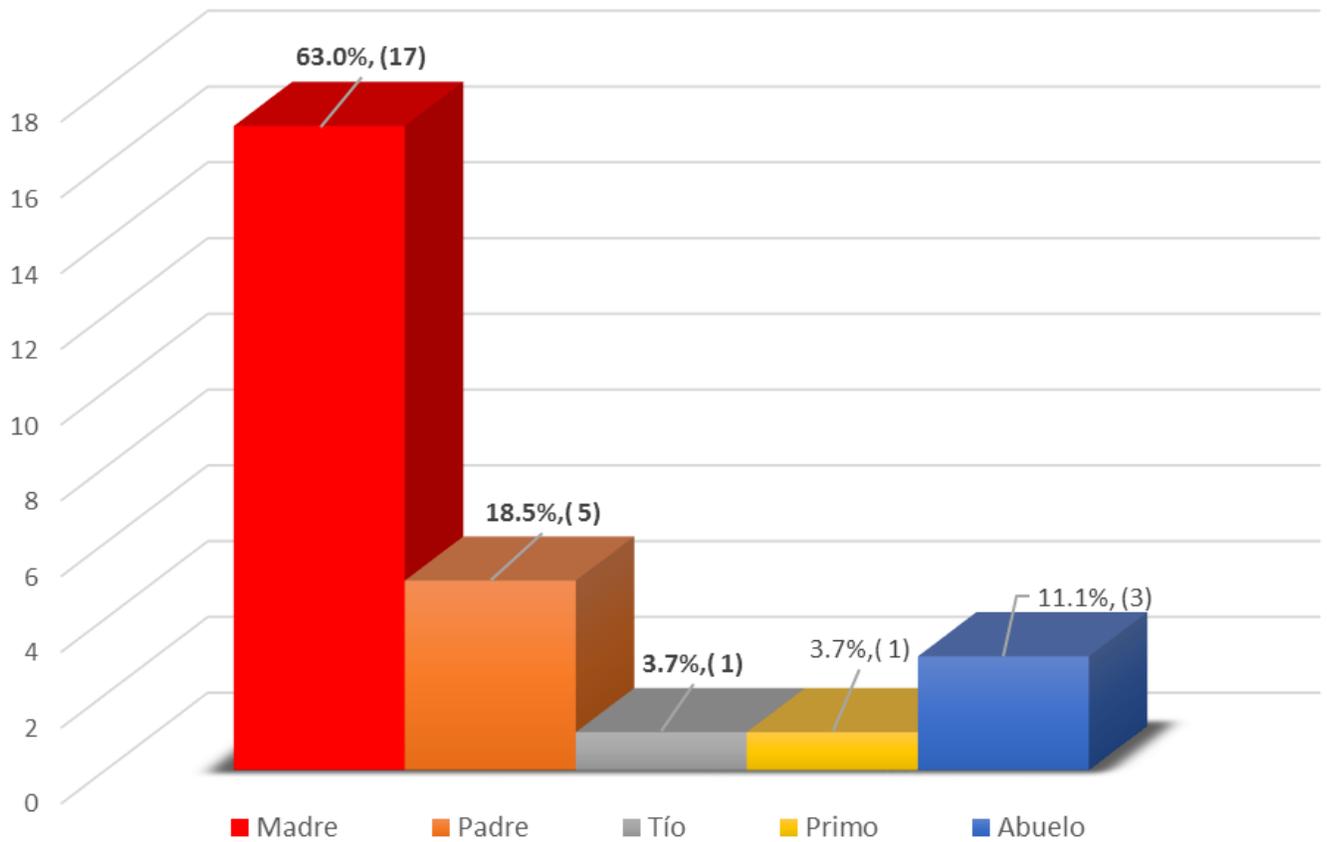


En cuanto al vínculo del cuidador del niño con VIH el parentesco familiar alcanzó el mayor porcentaje con un 87%.

**PARENTESCO DEL
CUIDADOR DEL NIÑO CON
VIH**

Madre	17	63.0%
Padre	5	18.5%
Tío	1	3.7%
Primo	1	3.7%
Abuelo	3	11.1%
Total	27	100%

Parentesco del Cuidador del Niño con VIH

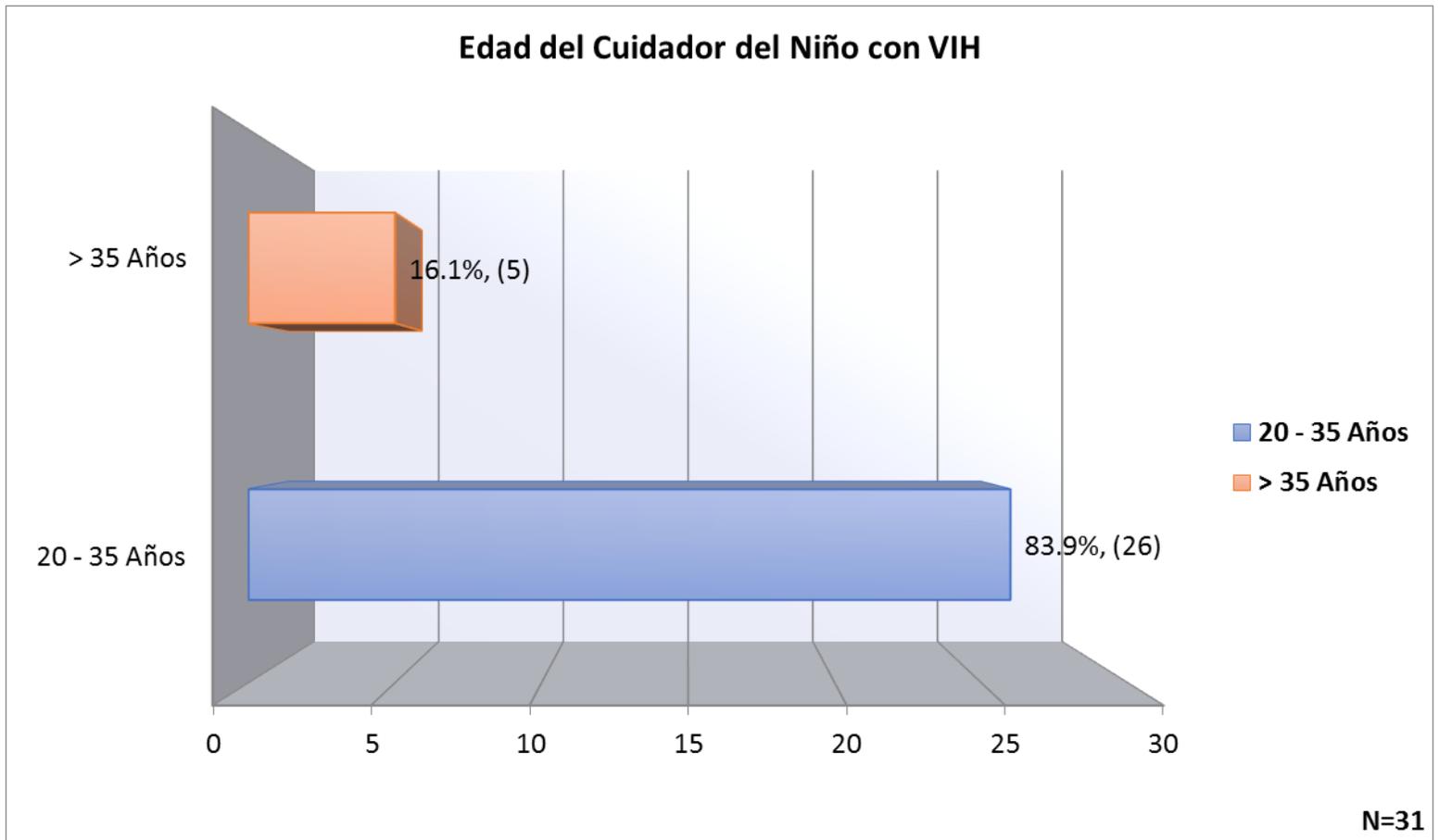


N=31

En cuanto al parentesco del cuidador del niño con VIH el parentesco madre fue el predominante con un 63%.

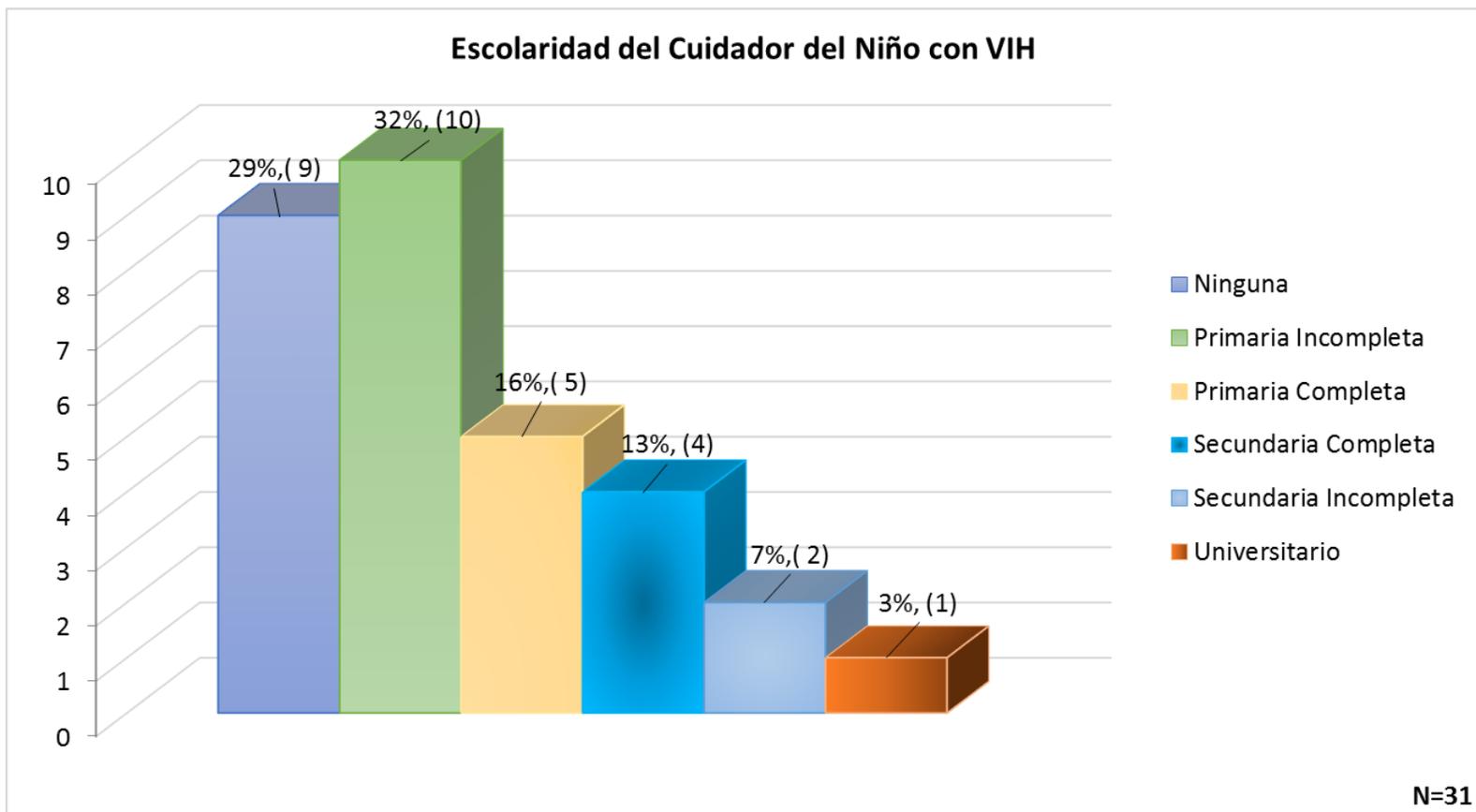
Edad del Cuidador del Niño con VIH

20 - 35 Años	26	83.9%
> 35 Años	5	16.1%
Total	31	100%



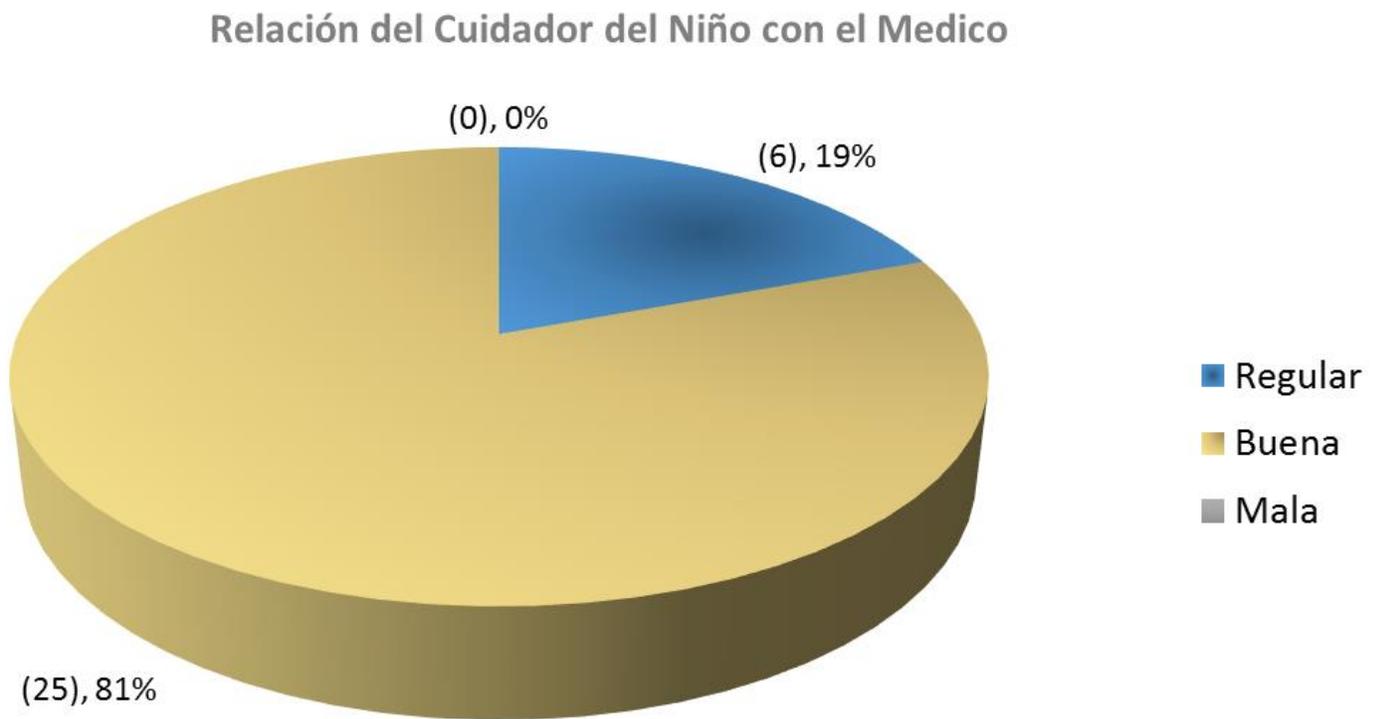
En esta grafica podemos observar que el mayor porcentaje de niños son cuidados por padres jóvenes en un porcentaje de 83.9%.

Escolaridad del Cuidador del niño con VIH		
Ninguna	9	29%
Primaria Incompleta	10	32%
Primaria Completa	5	16%
Secundaria Completa	4	13%
Secundaria Incompleta	2	7%
Universitario	1	3%
Total	31	100%



El grado de nivel académico del cuidador incluidos en nuestro estudio el 29% son analfabetos el 32% tiene primaria incompleta y el 16% primaria completa.

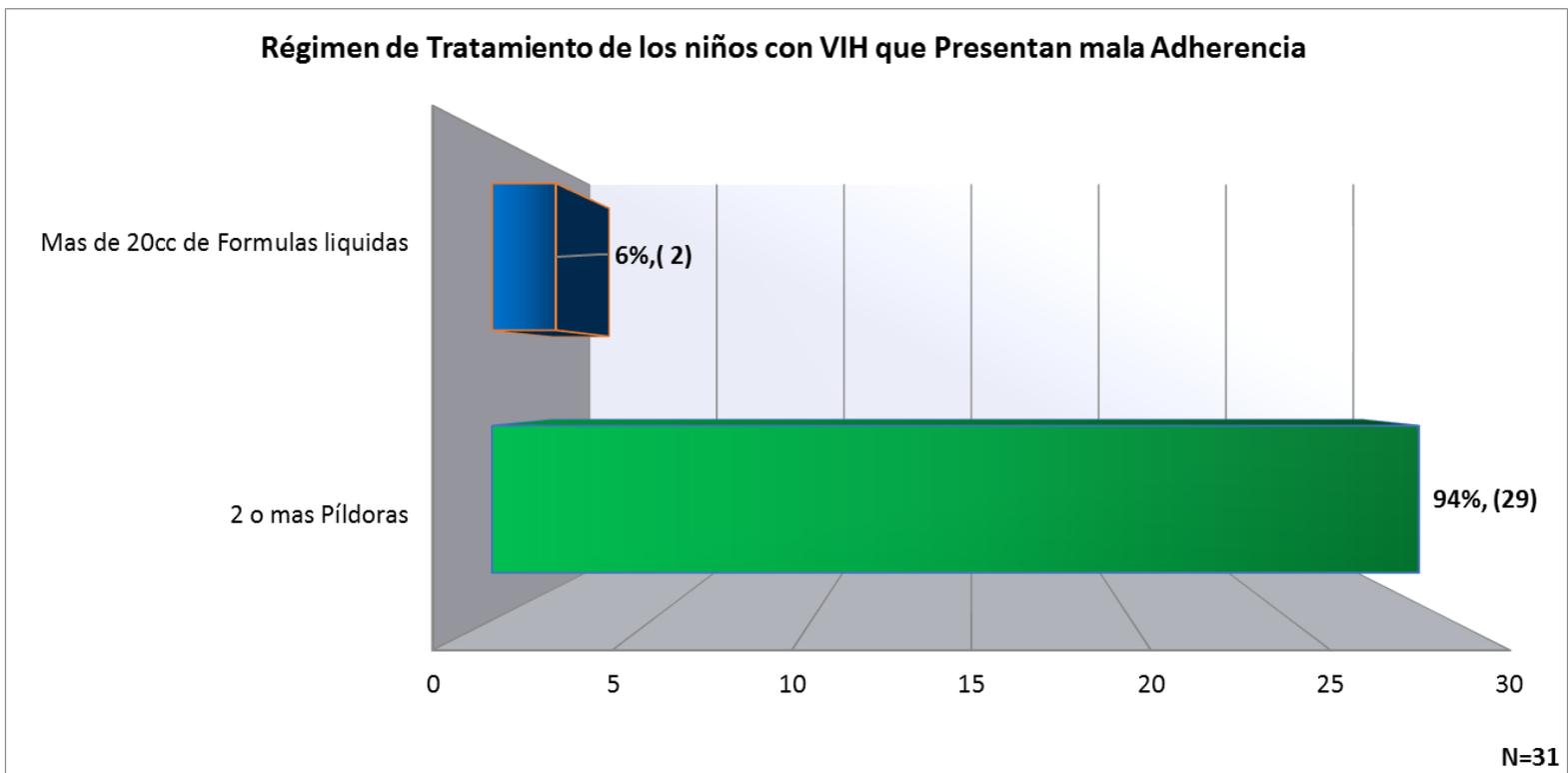
Relación del Cuidador del Niño con el Medico		
Regular	6	19%
Buena	25	81%
Mala	0	0%
Total	31	100%



Esta grafica muestra que los niños y el cuidador incluidos en este estudio tienen buena relación con su médico en un 81%.

Régimen de Tratamiento de los niños con VIH que Presentan mal Adherencia

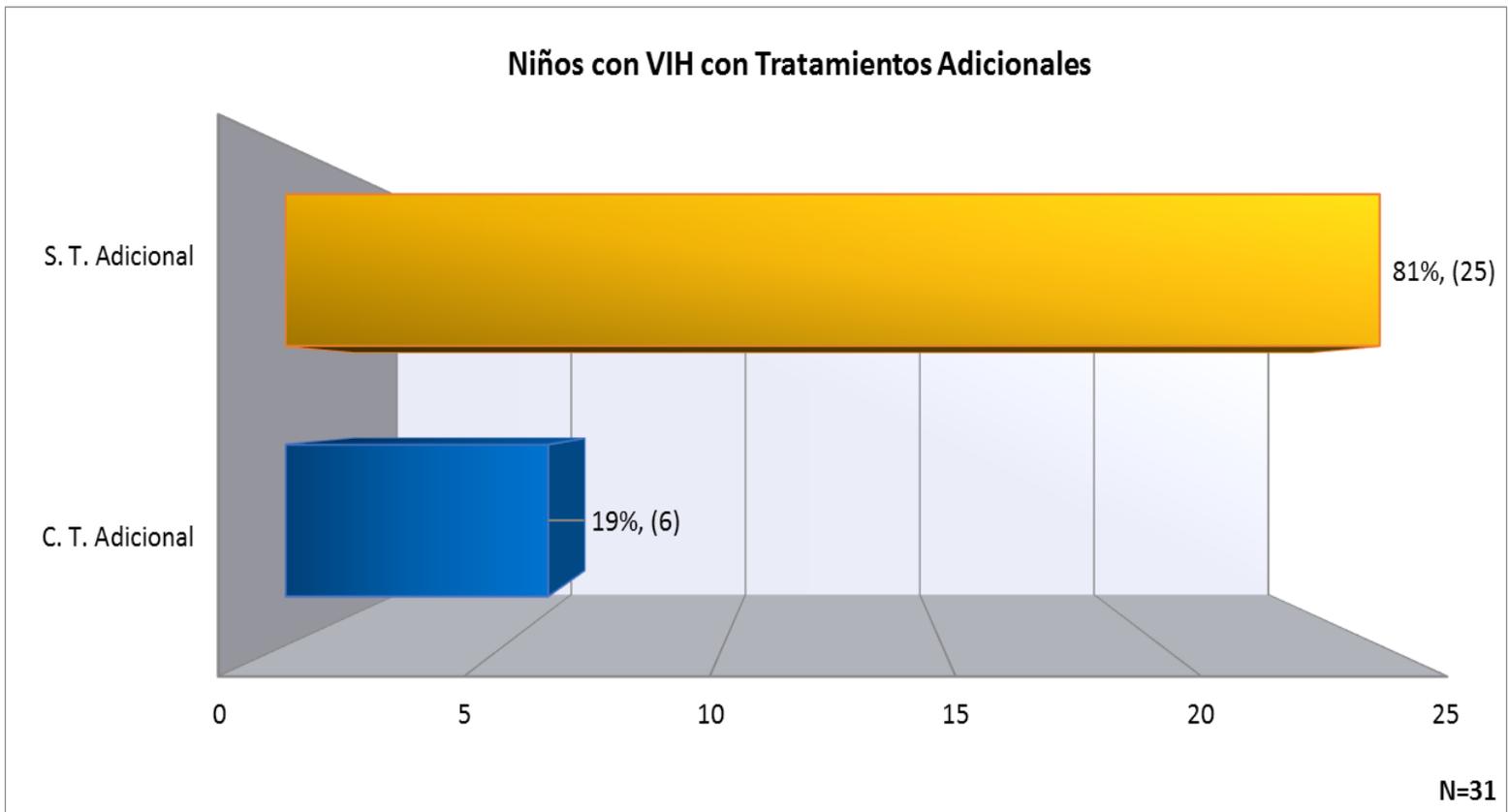
2 o más Píldoras	29	94%
Más de 20cc de Formulas líquidas	2	6%
Total	31	100%



El régimen de tratamiento predominante en este estudio en un 94% es de más 2 píldoras al día.

Niños con VIH con Tratamientos Adicionales

C. T. Adicional	6	19%
S. T. Adicional	25	81%
Total	31	100%

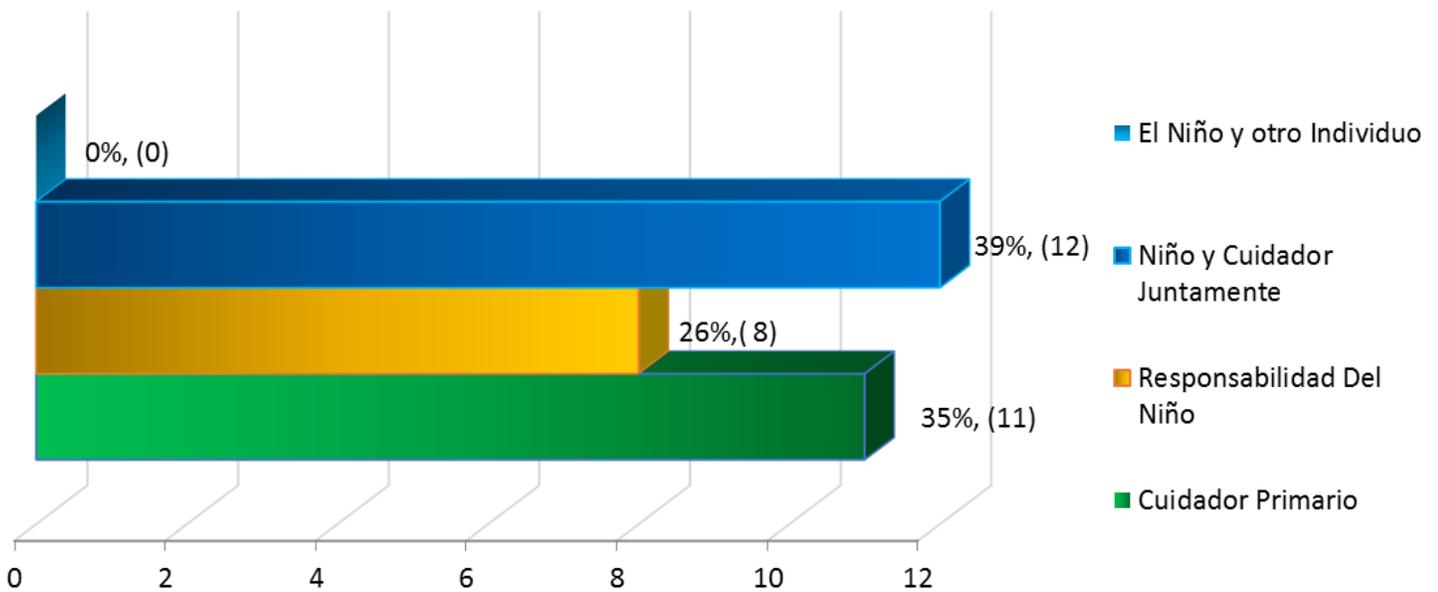


En esta grafica se puede observar que durante el estudio 25 pacientes (81%) del total de la muestra estaban sin tratamiento adicional y 19% con tratamiento adicional.

Responsable de Administrar Medicamentos a los niños con VIH

Cuidador Primario	11	35%
Responsabilidad Del Niño	8	26%
Niño y Cuidador Juntamente	12	39%
El Niño y otro Individuo	0	0%
Total	31	100%

Responsable de Administrar Medicamentos a los Niños con VIH



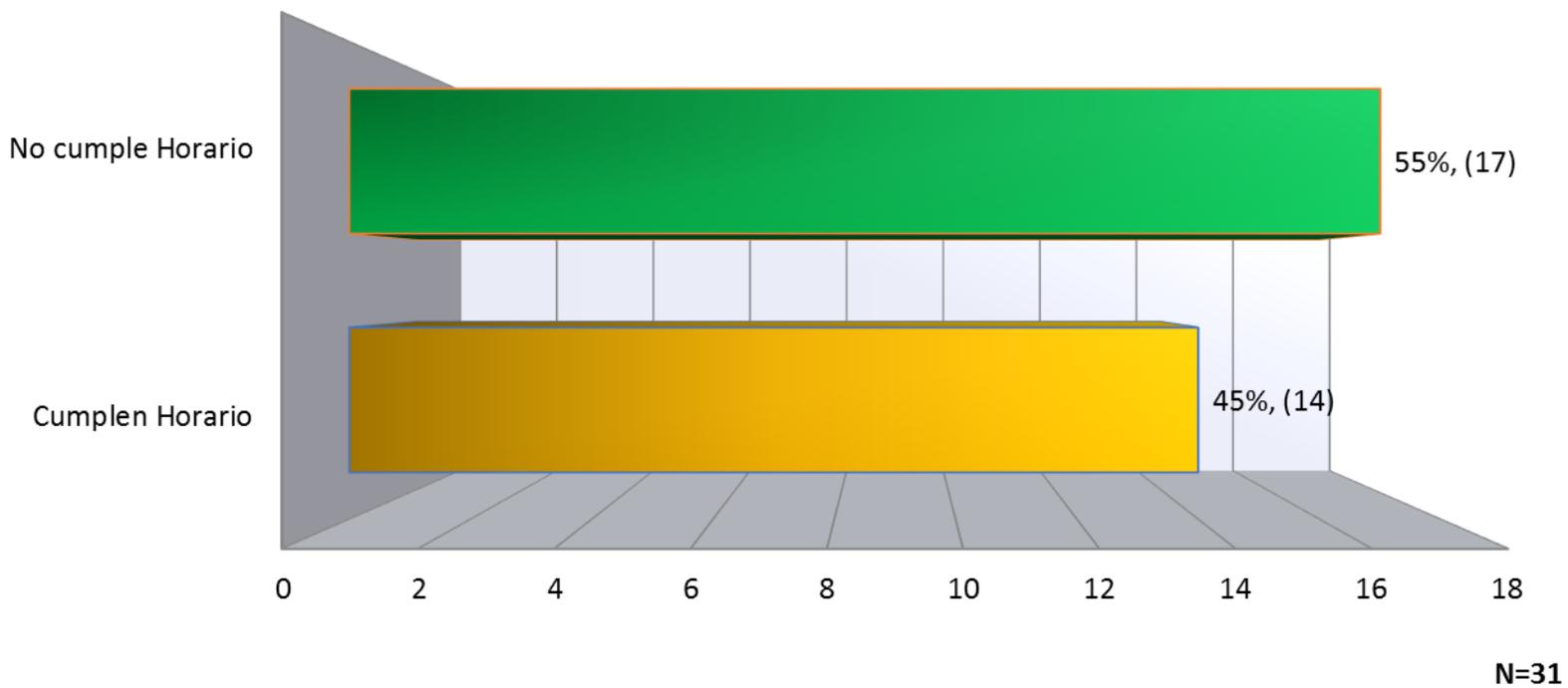
N=31

Según esta grafica el niño y cuidador en conjunto son responsables de administrar el medicamento con un 39% seguido de cuidador primario en un 35%.

Niños con VIH que Cumplen horario estricto de toma de Medicamentos

Cumplen Horario	14	45%
No cumple Horario	17	55%
Total	31	100%

Niños con VIH que Cumplen horario estricto de toma de Medicamentos

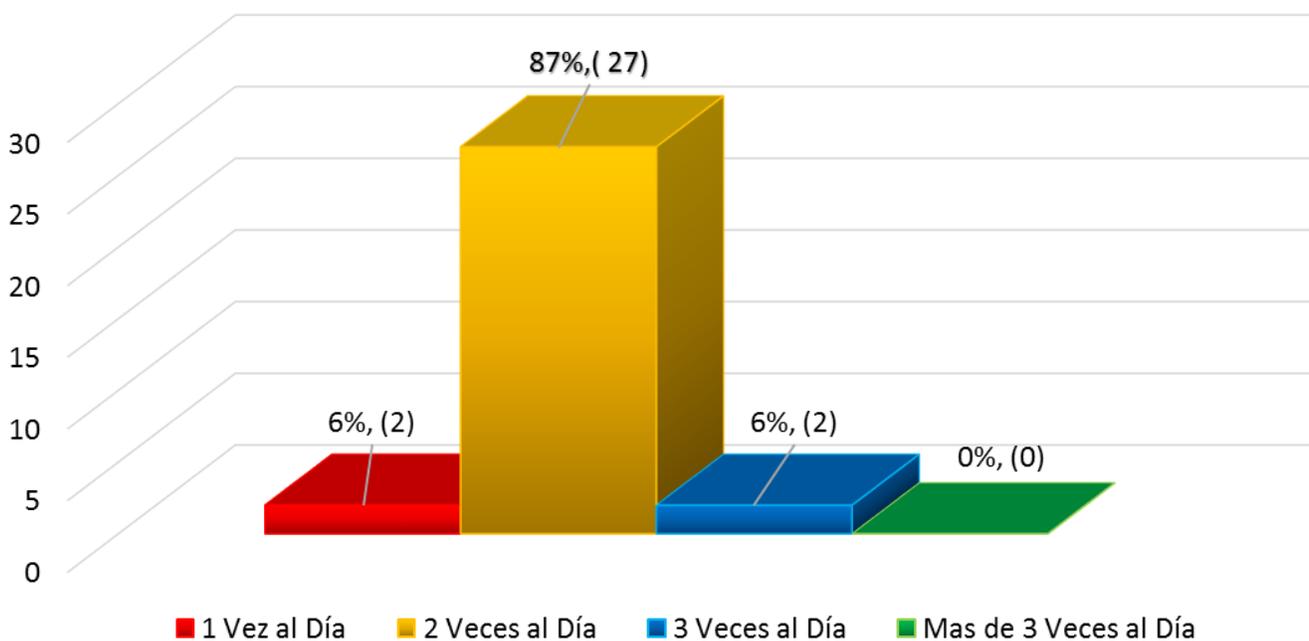


Según nuestro estudio esta grafica nos muestra que el 45% de los pacientes incluidos en el estudio cumplen el horario estricto de los medicamentos.

Frecuencia de Toma de Medicamento durante el día en niños con VIH con mal Adherencia

1 Vez al Día	2	6%
2 Veces al Día	27	87%
3 Veces al Día	2	6%
Más de 3 Veces al Día	0	0%
Total	31	100%

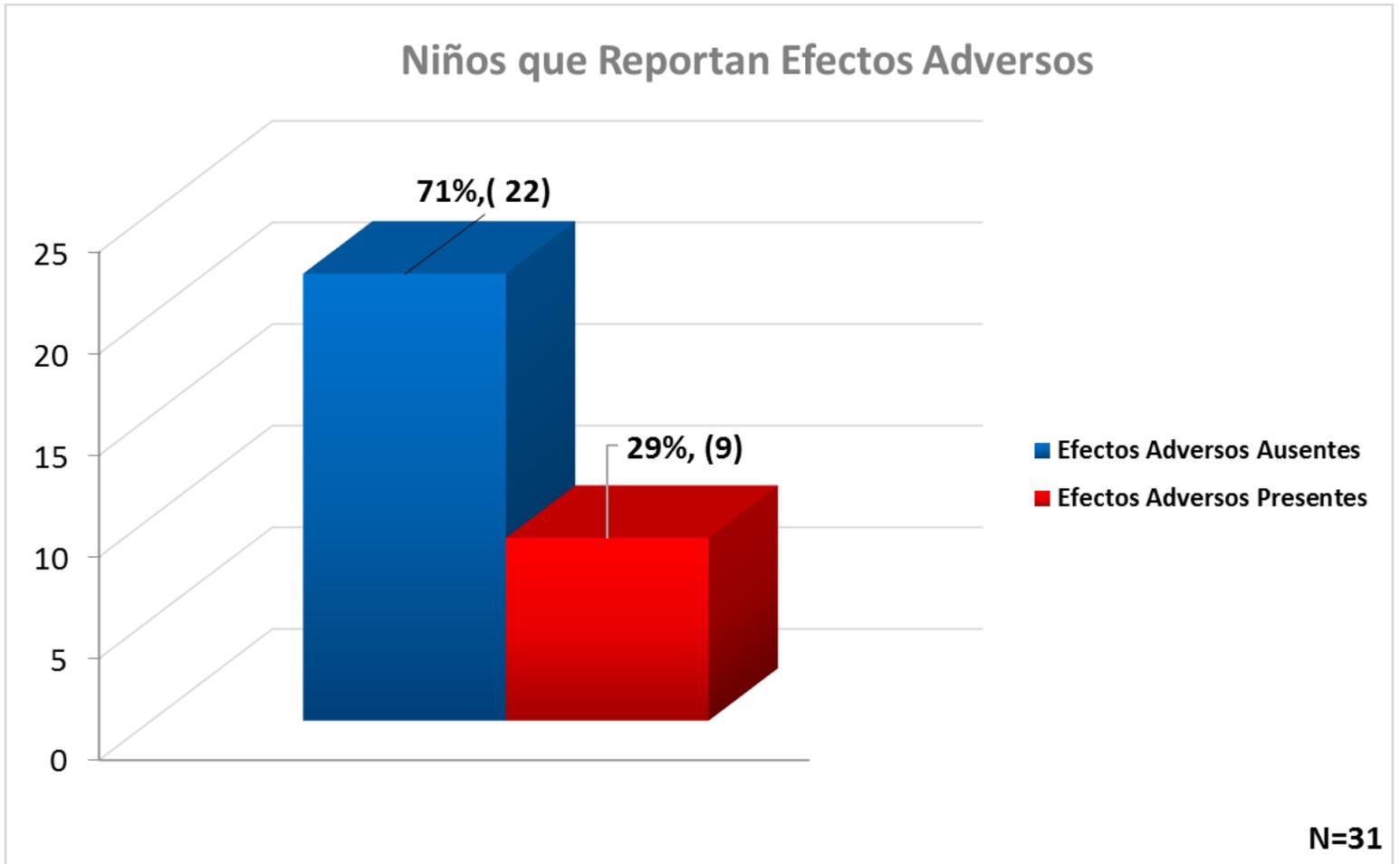
Frecuencia de Toma de Medicamento durante el día en niños con VIH con mala Adherencia



N=31

Los pacientes de nuestra institución la mayoría se rigen con un con un esquema de tratamiento de dos veces al día en un 87%.

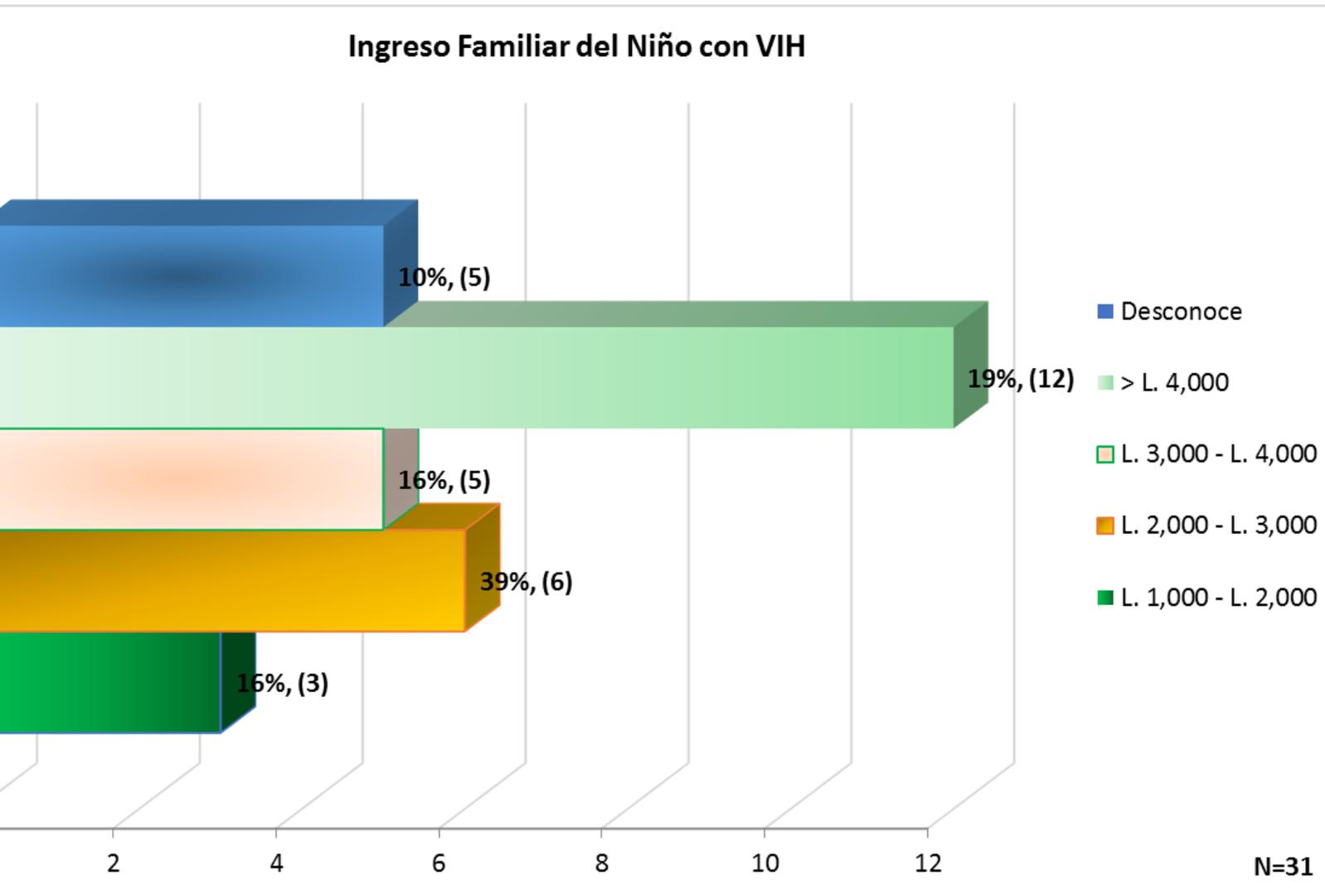
Niños que Reportan Efectos Adversos		
Efectos Adversos Ausentes	22	71%
Efectos Adversos Presentes	9	29%
Total	31	100%



El 79% de los pacientes incluidos en el estudio presentaron efectos adversos a los ARV seguido de un 29% que no presentaron ningún efecto adverso.

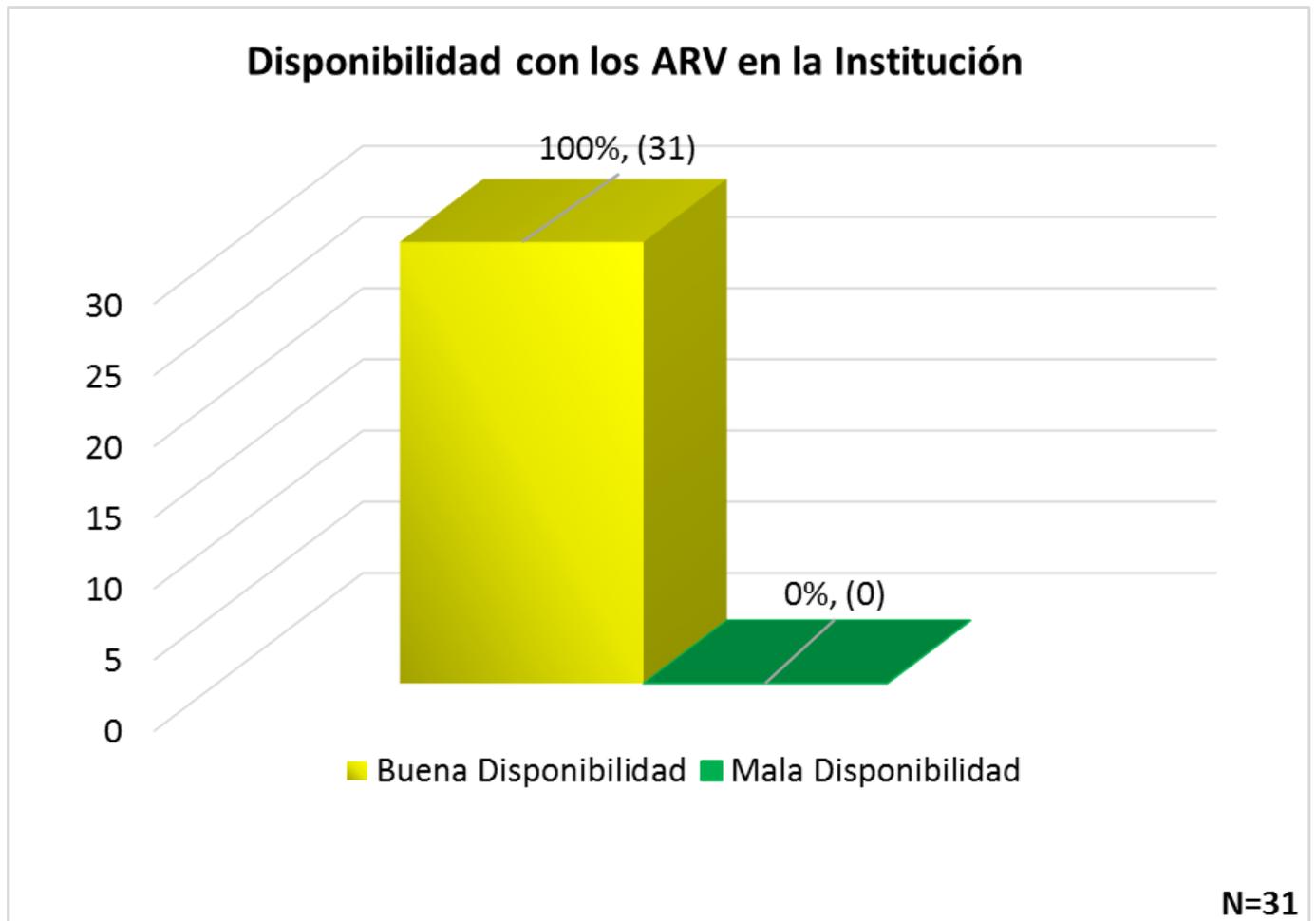
Ingreso Familiar del Niño con VIH

L. 1,000 - L. 2,000	3	10%
L. 2,000 - L. 3,000	6	19%
L. 3,000 - L. 4,000	5	16%
> L. 4,000	12	39%
Desconoce	5	16%
Total	31	100%



En esta grafica podemos observar que el ingreso familiar de nuestros niños es bajo en un 39% 2000-3000.

Disponibilidad con los ARV en la Institución		
Buena Disponibilidad	31	100%
Mala Disponibilidad	0	0%
Total	31	100%

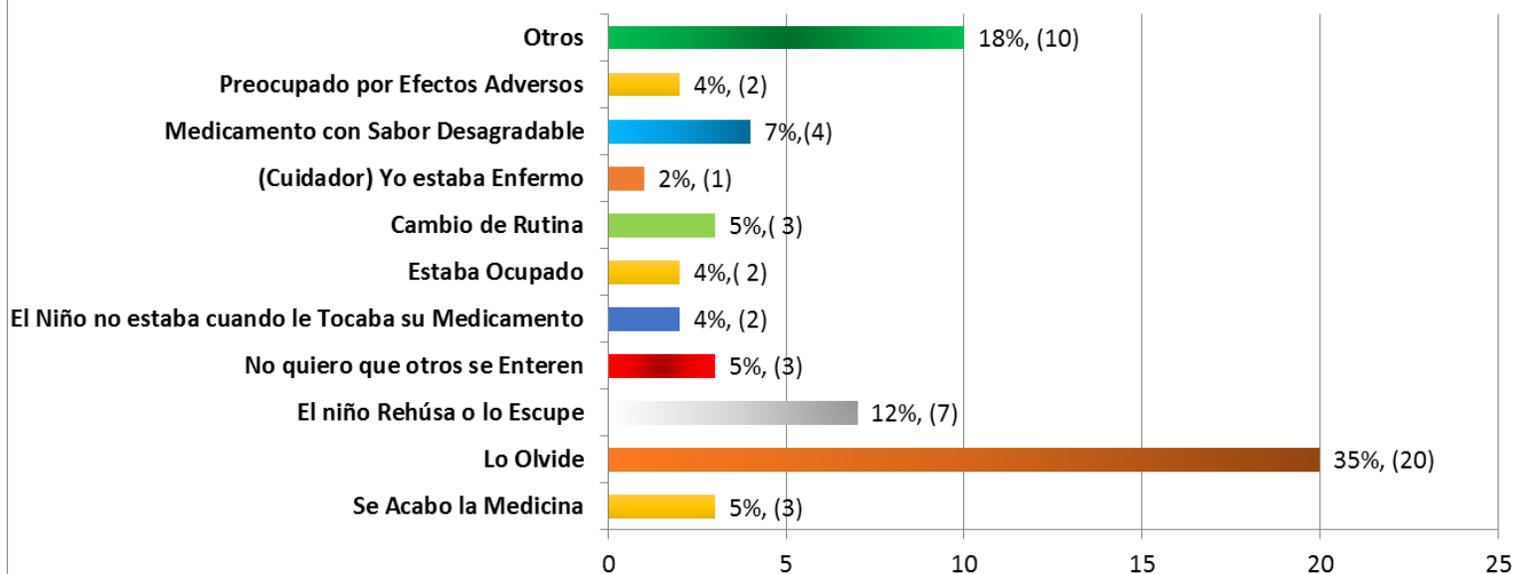


Los niños incluidos en nuestro estudio confirmaron que tienen disponibilidad a los ARV en un 100%.

Razones más frecuentes de la no adherencia al tratamiento de los niños con VIH.

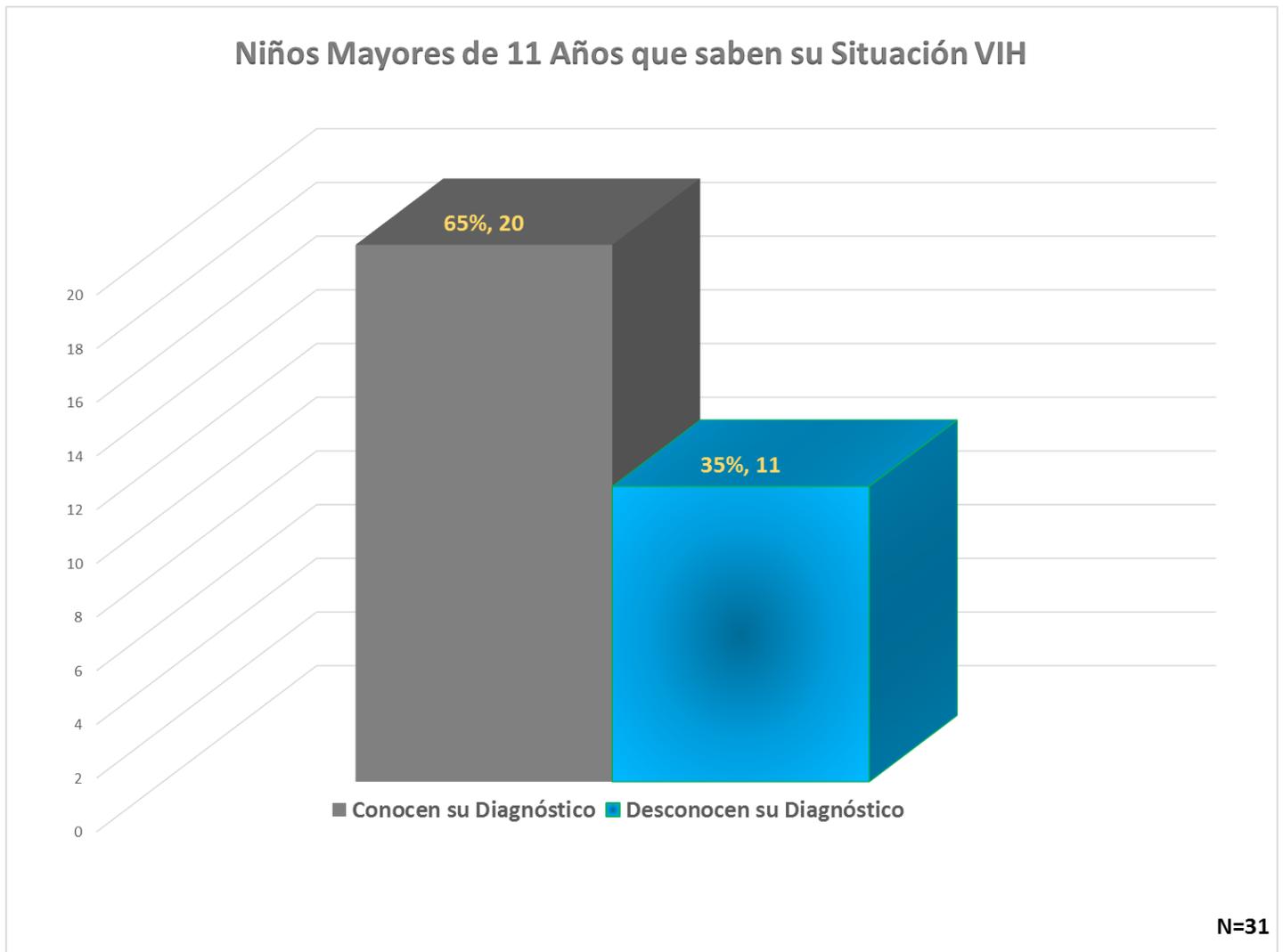
		%
Se Acabó la Medicina	3	5%
Lo Olvide	20	35%
El niño Rehúsa o lo Escupe	7	12%
No quiero que otros se Enteren	3	5%
El Niño no estaba cuando le Tocaba su Medicamento	2	4%
Estaba Ocupado	2	4%
Cambio de Rutina	3	5%
(Cuidador) Yo estaba Enfermo	1	2%
Medicamento con Sabor Desagradable	4	7%
Preocupado por Efectos Adversos	2	4%
Otros	10	18%
	57	100%

Razones Mas Frecuentes de la No Adherencia al Tratamiento de los Niños con VIH



Nuestro estudio confirmo que las tres principales razones de no adherencia fueron por olvido en 35% en segundo lugar otros en 10% (el niño ó el cuidador no estaba en casa al momento de la toma depresión del cuidador primario) y en tercer lugar el niño lo rehúsa ó lo escupe en un 12%

Niños Mayores de 11 Años que Saben su Situación VIH		
Conocen su Diagnóstico	20	65%
Desconocen su Diagnóstico	11	35%
Total	31	100%



El 65% de los niños incluidos en nuestro estudio saben su situación actual de VIH.

CAPITULO 7. Conclusiones.

1. Puedo concluir que en el CAI del H.M.C.R. los factores sociales que intervienen para que no se cumpla una adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral están: nivel académico del paciente y cuidador, edad del paciente y cuidador, bajo ingreso económico.
2. El perfil del cuidador reportado en nuestro estudio son : vínculo de primer grado , edad joven , parentesco de primer grado sin preparación académica.
3. El perfil del paciente reportado en nuestro estudio son: edad comprendida entre 13-18 años, escolaridad incompleta y niños sin desarrollar la capacidad de responsabilizarse de la administración de los medicamentos.
4. En cuanto al perfil de los medicamentos concluimos que la mayoría de pacientes consideraron que el régimen de tratamiento fue no complicado y que había buena disponibilidad de los medicamentos.
5. Entre las razones más frecuentes de no adherencia tenemos: el olvido a tomar el medicamento, sabor desagradable lo escupe.
6. Según el estudio realizado concluimos que hay buena adherencia en los pacientes de nuestra institución con un porcentaje de 96%

Recomendaciones.

1. Crear o reforzar estrategias relacionadas con el régimen: educación, conducta, estrategias de apoyo enfocadas en niño y familias.
2. Priorizar la educación de las familias acerca de la adherencia ,la cual debe empezar antes de que el tratamiento antirretroviral se inicie y se continúe fomentando durante todo el periodo en que el paciente se encuentre en tratamiento.

CAPITULO 8. BIBLIOGRAFIA

1. Brigitte Autran, Dr. Ioannis Theodorou, Dr. Guislaine Carcelain, SCOR infección por VIH nuevos datos nuevas esperanzas, SCOR

IN FORM ENERO 2014. Disponible en:

http://www.scor.com/images/stories/pdf/library/scor-inform/scor%20inform%20hiv%20aid_sp.pdf.

2. Sidi bé Michel, informe sobre la epidemia mundial de sida ONUSIDA, 2013 disponible:

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_es_1.pdf.

3. UNICEF JG/RC/UNICEF-Honduras 14-12-2014.

4. Informe sobre los derechos humanos en honduras CONADEH 2013.

<http://app.conadeh.hn/Anual2013/pdf/info2013/VIH%20SIDA.pdf>

5. Kasparas Gustavo, Pardo Pamón Pilar, Ravasi Giovanni, Sedlacek Derek, Coqui Tamara, Omar seud, et al, Experiencias Exitosas en el Manejo de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Latinoamérica OPS, Junio 2011 disponible en email: suedomar@paho.org].

6. C. Valdivia Vadella, P. Soler-Palacínb, *, A. Martín-Nalda Naldab, M.J. Cabañas Poya, S. Clemente Bautistaa, M. Espiau Guarnerb y C. Figueras Nadalb Evaluación de un programa de valoración de adherencia al tratamiento antirretroviral, An Pediatr (Barc).2011; **75(6)**:380---395 www.elsevier.es/an_pediatr.

7. Ruiz Ana María Ruiz Navia¹, Enriquez lara Sandra Liliana y Hoyos Hernández Paula Andrea, Adherencia al tratamiento en niñas y niños con VIH, *Pensamiento Psicológic* Vol. 5, N°12, pp. 175-190.

8. Garcia Federico ,*, Alvarez Marta ,Bernal Carmen , chueca Natalia a guillot Vicente Guil a Diagnóstico de laboratorio de la infección por el VIH, del tropismo viral y de las resistencias a los antirretrovirales, *Anales de pediatría*, 2011 *Enferm Infecc Microbiol Clin.* ; **29(4)**:297–307.

9. Chirinos Cazoria Paula, Mejia Navarrete. Ada Cano. Salinas Jisett Huaman Lozano Sonia .tMorán Zapata Sarita, Cuenca Lisset. Et al. *Cuidados en el hogar y adherencia al tratamiento antirretroviral de niños, niñas y adolescentes con VIH*. Disponible en EMail: proyectonyn@vialibre.org.pe, Web: www.vialibre.org.pe

10. Lopez PÍO, M.D. Actualización en infección por vih/sida en niños *Revista Gastrohnup Año 2012 Volumen 14 Número 1 Suplemento 1: S7-S18*

11. Xochihua-Díaz luis... Apego al tratamiento antirretroviral en adolescentes *Bol Med Hosp Infant Mex Departamento de Infectología, Instituto Nacional de Pediatría, Secretaría de Salud, México, D. F., México*, julio-agosto 2009 vol 66.

12... Tafur Edith Josefina, seguimiento farmacocinética en pacientes con VIH/SIDA Evaluación de la adherencia y calidad de vida relacionada a la salud en el centro médico naval “cirujano mayor Santiago Tavera”peru, <http://hera.ugr.es/tesisugr/18682960.pdf>.

13. Reekie J, Mocroft A, Ledergerber B, Beniowski M, Clotet B, van Lunzen J, et al., EuroSIDA Study Group. History of viral suppression on combination antiretroviral therapy as a predictor of virological failure after a treatment change. *HIV Med.* 2010; 11:469–78.

14. Fjeldsoe BS, Miller YD, Marshall AL. MobileMums: A randomized controlled trial of an SMS-based physical activity intervention. *Ann Behav Med* 2010; 39:101–111.

15. Buchanan AS, Montepiedra G, PA Sirous. Barriers to Medication Adherence in HIV-Infected. *Pediatrics*. 2012; 129():No. 5 May.

[https://www.google.hn/?qws_rd=cr,ssl&ei=Q-](https://www.google.hn/?qws_rd=cr,ssl&ei=Q-sqVtimHojJeq7jrfgL#q=.RECOMENDACIONES+PARA+EL+ABORDAJE)

[sqVtimHojJeq7jrfgL#q=.RECOMENDACIONES+PARA+EL+ABORDAJE](https://www.google.hn/?qws_rd=cr,ssl&ei=Q-sqVtimHojJeq7jrfgL#q=.RECOMENDACIONES+PARA+EL+ABORDAJE)

DIAGNOSTICO+Y+TRATAMIENTO

16. Fortuny Guasch Claudia, Ramos Jose Tomas, Polo Rosa, Calavia Luis Ciria González Tomé Maria Isabel, Martin Nalda Andrea Documento de consenso del CEVIHP/SEIP/AEP/SPNS respecto al tratamiento antirretroviral en niños y adolescentes infectados por el VIH. CEVIHP CEIP AEP y secretaria del plan nacional de sida actualización marzo 2012; 1.164

http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/5_0.pdf.

17. Hernández p.Marbelys, Matos Deysi, Maria Graciela Lopez, Gomez Bertha, carbajal ana *reglamentacion tecnica para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en venezuela* programa nacional de sida/its caracas, septiembre 2008 1,40

http://www.rvg.org.ve/admin/images/biblioteca/adh_med.pdf

18. Gomez Bertha, Alonso Monica Miño Leon Greta, Seud Omar, Allaga Carmiña, Dueña Lourdes, "Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH en niños en Latinoamérica y el Caribe: en la ruta hacia el acceso universal.

Recomendaciones para un enfoque de salud pública.". OPS © 2008;1 40.

<http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/libros/GuiaARVninos.pdf>

19. Beltran Higuera Sandra J, Lopez Pio, Sierra Garcia Alexandra, Echeverry Lopez Lina Maria, Zapata Marin Andres Felipe, Valderrama Laura

Recomendaciones para el abordaje, diagnóstico y tratamiento de niños, niñas y adolescentes con vih/sida. segunda edición 2011; 1 141.

<http://www.slpe.org/pdf/ManejoNinoVIH-SidaEd2.pdf?idNoticia=103>

20. Rodríguez M Susana, Scrigni Adriana, Garcia Arrigoni Patricia, Bolagna Rosa, Barboni Graciela, Julia Redondo, Tratamiento antirretroviral de gran actividad en niños VIH positivos. Evolución de la enfermedad relacionada con parámetros clínicos, inmunológicos y virológicos al comienzo del tratamiento. Arch Argent Pediatr 2009; 107(3):212-220 / **212**<http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v107n3/v107n3a07.pdf>

21. Dilla Tatiana, Valladarez Amparo, Lizan Luis, Sacristan Jose Antonio Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora Aten Primaria. 2009; 41(6):342-348

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656709001504>

22. Aranda Cinthia, Ovelar Patricia, Aguayo Nicolas, Valdez Maria Ramona, Arbo Antonio Impacto del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) en la Supresión Viral en Niños Infeccionados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana en Paraguay *Rev. Inst. Med. Trop.* Aranda, C. et. Al. Vol 4(1); 7:16; Julio 2009. <http://scielo.iics.una.py/pdf/imt/v4n1/v4n1a02.pdf>

23. **Acupil Carolina, Agugliano Ruben, Altclas Javier, Aquilia Silvia, Barboni Graciela, Basombrio Adriana**, Consenso Argentino de Terapia Antirretroviral 2014-2015.

http://www.siccordoba.com/2014-2015.SADI-Consenso_TARV.pdf.

24. J.A. León-Leal, J.C. González-Faraco, Y. Pacheco, M. Leal La infección por VIH en la infancia y la adolescencia: avances Biomédicos y resistencias sociales, *Pediatr Integral* 2014; XVIII (3): 161-174. <http://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2014-04/la-infeccion-por-vih-en-la-infancia-y-la-adolescencia-avances-biomedicos-y-resistencias-sociales/>.

25. De Holanda Eliane Rolim, De Sousa Maria Amelia, De Holanda Vivian Rolin Josino dos Santos Sonia Maria Gimenez Galvao Marli Teresinha

De Olivera Lopez Marcos Venícios. *Adherencia al tratamiento de niños que viven con el VIH: un análisis conceptual* AÑO 12 - VOL. 12 N° 3 <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2242/pdf>.

26. Garcia cedillo Ismael, Juárez moreno Mariana, Promoción de una mayor adherencia terapéutica en niños con VIH\SIDA mediante entrevista motivacional V. 13 N 2 PP. 651-660.

<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/3085/8530>.

27. Rosa Rapalo. Adherencia al tratamiento antirretroviral Esther pag. 1- 26.

<http://mcr-comisca.org/sites/all/modules/ckeditor/ckfinder/userfiles/files/10-Adherencia-al-tratamiento.pdf>.

28. Trejos Ana María , Reyez Lizeth , Bahamon Marly Johana , Alarcón Yolima Gladys Gavia Efectos en la adherencia al tratamiento y en el ajuste psicológico luego de la revelación del diagnóstico de VIH/SIDA con el modelo clínico “DIRÉ” en niños y jóvenes colombianos menores de 17 años Rev Chilena Infectol 2015; 32 (4): 408-415.

http://www.revista.sochinf.cl/PDF_inf_4_2015/7.pdf.

29. Beltran Sandra, López Pio, Sierra Garcia Alexandra .Recomendaciones para el abordaje diagnóstico y tratamiento de niño y adolescente con VIH/SIDA segunda edición 2011. <http://www.slipe.org/pdf/ManejoNinoVIH-SidaEd2.pdf?idNoticia=103>

30. Garcia Cedilla Ismael, Juarez Mreno Mariana, promoción de una mayor adherencia terapéutica en niños con VIH/SIDA mediante entrevista motivacional Univ. Psychol. Bogotá, Colombia abr-jun 2014 V. 13 No. 2 PP. 651-660 ISSN 1657-9267. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4967593>

CAPITULO 9. ANEXO

9.1 Identificación operativa de las variables.

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Instrumento
Adherencia al tratamiento antirretroviral	Cumplimiento de toma de medicamentos de TAR. Adherencia del 5% significa la pérdida de tres dosis al mes.	Datos reportados en entrevista realizada	Cualitativa	Expediente clínico

Razones de no adherencia al TAR.	Motivo por lo cual el cuidador o el paciente no es adherente al tratamiento prescrito	Datos reportados por cuidadores de pacientes no adherentes en relación a la administración de medicamentos.	Cualitativa	Cuestionario
----------------------------------	---	---	-------------	--------------

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Instrumento
Asociación entre factores que intervienen en la adherencia TAR	Relación estadística existente entre un factor y la adherencia al tratamiento TAR.	<p><i>Características del paciente pediátrico que pueden intervenir en la adherencia al TARGA reportadas el expediente clínico y el instrumento:</i></p> <p>Edad</p> <p>Sexo: masculino o femenino.</p> <p>Efectos adversos: presentes o ausentes*</p> <p>Infecciones oportunistas: presentes o ausentes**</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p>	Instrumento recolección de datos expediente clínico



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS EN EL VALLE DE
SULA
ESCUELA UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSTGRADO DE PEDIATRÍA
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Factores sociales relacionados con la adherencia Antirretroviral en pacientes pediátricos VIH en el CAI del hospital Mario Catarino Rivas de San Pedro Sula, Honduras en el Período julio a septiembre 2015.

Fecha: _____

Expediente clínico No: _____

Características del Paciente:

Edad: 1. 0-6 años 2. 7-12 años. 3. 13-18 años.

Procedencia: _____

Escolaridad: -----

I.

Sexo: Masculino _____ Femenino _____

Religión: 1. *católica* 2. *Evangélica*

Etnia al que pertenece: 1. *Mestizo* 2. *Negro* 3. *Blanco* 4. *otros*
5. *no sabe*

Año que fue diagnosticado VIH _____

Año en que ingreso al programa.-----

Tiempo de tratamiento _____

Cuál es la carga viral:

Detectable _____ No detectable _____

Se realiza exámenes de control?

Sí _____ No _____

Cuando fue su último examen control? _____

Presencia de efectos Adversos de los ARV:

Ausentes _____ Presentes _____

Cuál _____

Presencia de enfermedades oportunistas:

Ausentes _____ Presentes _____

Cuál _____

Como califica usted como paciente la relación que tiene con su médico?

Regular _____ Buena _____ Mala _____

Como se siente en general desde que ha empezado a tomar los

medicamentos antirretrovirales Satisfecho _____ Muy satisfecho

_____ Insatisfecho _____

II. Características del Cuidador del paciente:

Vínculo: Familiar No Familiar

Parentesco: Madre _____ Padre _____ Abuelos _____

Tío _____ Primo _____

Edad (años): _____

Escolaridad:

Ninguna.

Primaria incompleta.

Primaria completa.

Secundaria completa.

Secundaria incompleta.

Universitaria.

Ingreso Familiar (lempiras /mensual): _____

¿Usted como cuidador del niño considera que ha mejorado desde que empezó a tomar los antirretrovirales?

Sí _____ No _____

Como califica usted como cuidador del paciente la relación que tiene con su médico?

Regular _____ Buena _____ Mala _____

III. Características del Tratamiento Antirretroviral:

Régimen Complicado

Sí _____ No _____

2 o más píldoras _____ Mas de 20cc de fórmulas líquidas _____

Recomendaciones dietéticas _____ Sabor desagradable _____

Tratamientos adicionales

Ausentes _____ Presentes _____

Cual? _____

Tiene buena disponibilidad de los medicamentos en la institución?

Sí _____ No _____

Si es **NO** porque _____

“Cuestionario de Adherencia Pediátrica Modificado”

Instrucciones: El presente instrumento de recolección de datos servirá para recabar datos de la actual prescripción médica del tratamiento antirretroviral, y la forma de cómo esta se administra. Será estrictamente confidencial y los datos recabados son únicamente con fines de investigación.

1. ¿Quién responderá las preguntas?

- . -El niño(a) _____ Cuidador o Responsable _____
Cuidador o responsable que parentesco _____

2. ¿De quién es la responsabilidad de administrar los medicamentos?

- . Únicamente es responsabilidad del cuidador primario. _____
. Únicamente es responsabilidad del niño(a) _____
. El niño(a) y el cuidador juntamente. _____
. El niño(a) y otro individuo. _____
. Otro, especifique. _____
Si es otro, especifique: _____

3. ¿El niño(a) sabe su situación del VIH si es mayor de 11 años.

1. Si.
2. No.
3. Información no disponible/No conoce

4. Recuerda que medicamento está tomando en este momento

Sí _____ No _____

5. Cuantas veces se toma el medicamento durante el día

-  1 vez al día _____
 2 veces al día _____
 3 veces al día _____
 Más de 3 veces al día _____

6. Cumple estrictamente el horario de toma de los medicamentos

Sí _____ No _____

NO porque _____

7. Ha tenido algún problema o situación que le hacen dificultoso el darle el medicamento a su niño(a) en cada dosis diaria?

1. Si _____

2. No _____

Cuál _____ ha _____ sido _____ su _____ problema

5. RAZONES DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN ASOCIADA A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.:

a) Se acabó la medicina. No vine a traer más medicina _____

b) La medicina sabe desagradable _____

c) Lo olvide _____

d) Estaba preocupado(a) por los efectos adversos. _____

e) Tuve un cambio en mi rutina _____

f) Estaba ocupado (a) con el niño _____

g) El niño(a) lo rehúsa, o lo escupe _____

h) Hay muchas personas alrededor del niño, en ese momento. _____

i) No quería que otros se enteren el darle las medicinas _____

j) No creo que el niño(a) lo necesite mas _____

k) La familia dijo que no le diera el medicamento. _____

l) Yo estaba enfermo(a) _____

m) Siento que la medicina puede ser dañina para el niño(a). _____

n) El niño(a) no estaba en la casa cuando le tocaba su
Medicamento. _____

o) Me sentía deprimido(a) _____

p) El niño(a) estaba bien _____

q) Eran demasiadas medicinas _____

HOSPITAL MARIO CATARINO RIVAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN.

Estudio “ Factores sociales relacionados con mala adherencia Antirretroviral en pacientes pediátricos VIH hospital Mario Catarino en el Período julio a septiembre 2015”

El presente estudio ha sido diseñado e implementado con el único propósito de investigar y documentar la existencia de factores sociales relacionados con la adherencia antirretroviral en pacientes pediátricos VIH en el CAI del Hospital Mario Catarino Rivas San Pedro sula Honduras.

Sin embargo, la información registrada será utilizada y compartida con las autoridades de la institución en beneficio de todos los pacientes que acuden por atención a la consulta externa del CAI esperando que con el conocimiento generado se contribuya a mejorar el manejo de estos pacientes.

La información que usted proporcione debe ser **VERDADERA** y es estrictamente **CONFIDENCIAL**. Su participación es **VOLUNTARIA**, de tal manera que no está obligado (a) a participar, puede no contestar una o más preguntas, y puede retirarse en cualquier momento de la investigación sin que ello implique consecuencia negativa para usted.

Deseamos hacer de su consentimiento que no se está percibiendo dinero o financiamiento para esta investigación (Auto-financiada) y solo nos mueve el interés académico.

Si está de acuerdo en participar por favor hágalo saber a la persona que administra el cuestionario.

Si estoy de Acuerdo_____ No estoy de Acuerdo_____

Fecha: _____

Nombre del participante_____

Nombre del Responsable_____

Firma/Huella del responsable del paciente: _____

