

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

**“CUIDADO ENFERMERO A PERSONAS CON VIH Y SU
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO RETROVIRAL EN UN
HOSPITAL DEL MINSA – CHICLAYO, 2018.”**

INVESTIGADORAS:

Bach. Enf. Edith Elizabeth Bustamante Cabanillas

Bach. Enf. Evelyn Fabiola Montenegro Ramírez

ASESORA:

Dra. Enf. Lucia Aranda Moreno

LAMBAYEQUE, 2018

TESIS

“CUIDADO ENFERMERO A PERSONAS CON VIH Y SU ADHERENCIA AL TRATAMIENTO RETROVIRAL EN UN HOSPITAL DEL MINSA – CHICLAYO, 2018.”

Presentado por:

Edith Elizabeth Bustamante Cabanillas
Bachiller en Enfermería
Autora

Evelyn Fabiola Montenegro Ramírez
Bachiller en Enfermería
Autora

Dra. Lucía Aranda Moreno
Asesora

TESIS

**“CUIDADO ENFERMERO A PERSONAS CON VIH Y SU ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO RETROVIRAL EN UN HOSPITAL DEL MINSA – CHICLAYO,
2018.”**

Aprobado por los Miembros del Jurado:

Lic. María Lina Dávila Chevez
Presidenta

Lic. Marcela Mendoza Castañeda
Secretaria

Lic. Dennie Shirley Rojas Manrique
Vocal



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO FACULTAD DE ENFERMERÍA

Acreditada con Resolución N° 110-2017-SINEACE/CDAH-P

DECANATO

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Libro de Actas N° 07 Expediente N° 2428 Folio N° 159
Graduado: Purtsamante Cabanillas Edith Elizabeth

En la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo - Lambayeque, a los veinte días del mes de noviembre de 2018 a horas 1 p.m. se reunieron los señores Miembros del Jurado designados mediante Decreto N° N° 064-2017-FE

Presidente: Lic. Lina Dávila Obregón
Secretario: Lic. Elva Marcela Muñoz Bastante de
Vocal: Lic. Dornie Shisq Rojas Manrique

Encargados de recepcionar y dictaminar el trabajo de Tesis titulado: "Cuidado Cívico y la Adherencia al tratamiento Retrosoral de personas con REIT que asisten a un hospital del MINSA-Lambayeque"

-----patrocinado por la profesora-
Dra. Lucía Aranda Moreno-----y presentado por
la (s) bachiller (es) en enfermería: Purtsamante Cabanillas Edith Elizabeth

optar el TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA.

Sustentado el trabajo de tesis, formuladas las preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado, dadas las respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante(s) y el patrocinador, el jurado, después de deliberar declaró -----
aprobada por unanimidad la tesis con el calificativo de excelente.
debiendo consignarse en las copias definitivas las sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella intervinieron.


PRESIDENTE


SECRETARIO


VOCAL


PATROCINADOR



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO FACULTAD DE ENFERMERÍA

Acreditada con Resolución N° 110-2017-SINEACE/CDAF-P

DECANATO

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Libro de Actas N° 07 Expediente N° 2429 Folio N° 159
Graduado: Ervelyn Fabiola Montenegro Ramirez.

En la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo - Lambayeque, a los veinte días del mes de noviembre de 2018 a horas 12m. se reunieron los señores Miembros del Jurado designados mediante Decreto N° 064-2018-D-FE-

Presidente: Lic. Lucia Dávila Obregón.
Secretario: Lic. Eva M. Mendoza Cantamada
Vocal: Lic. Dennis Rojas Raurique.

Encargados de recepcionar y dictaminar el trabajo de Tesis titulado: "Cuidado Cefaleas y la Adherencia al Tratamiento retroviral de personas con VIH que asisten a un hospital del MINSA. Lambayeque."

-----patrocinado por la profesora Dra Lucia Grande Corcuera. y presentado por la (s) bachiller (es) en enfermería: Ervelyn Fabiola Montenegro Ramirez.

optar el TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA.

Sustentado el trabajo de tesis, formuladas las preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado, dadas las respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante(s) y el patrocinador, el jurado, después de deliberar declaró aprobada por unanimidad. la tesis con el calificativo de excelente. debiendo consignarse en las copias definitivas las sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella intervinieron.

PRESIDENTE

SECRETARIO

VOCAL

PATROCINADOR

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Edith Elizabeth Bustamante Cabanillas junto a Evelyn Fabiola Montenegro Ramírez investigadoras principales, y Lucía Aranda Moreno asesor del trabajo de investigación “Cuidado Enfermero a Personas Con VIH y su Adherencia al Tratamiento Retroviral en un Hospital Del MINSA – Chiclayo, 2018.”, declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrara lo contrario, asumo responsablemente la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, 12 de diciembre del 2018

Nombre investigadoras: Bach. Enf. Edith Elizabeth Bustamante Cabanillas

Bach. Enf. Evelyn Fabiola Montenegro Ramírez

Nombre Asesor: Dra. Enf. Lucía Aranda Moreno

DEDICATORIA

Dedicado a mi familia maravillosa, quienes han creído en mí siempre, dándome ejemplo de superación, humildad y sacrificio; enseñándome a valorar todo lo que tengo. Y a todos aquellos que han fomentado en mí el deseo de superación y de triunfo en la vida, lo que a contribuido a la consecución de este logro. Éste es el resultado de días y noches de esfuerzos, porque lo mejor de la vida merece grandes luchas.

Edith Bustamante

A mi madre por ser la persona que lucho cada día para darme lo mejor, la educación; por estar a mi lado en cada triunfo y caída, por ser mi ejemplo y motivo de superación. A toda mi familia por siempre alentarme a ser mejor persona y profesional. A mí misma, pues no ha sido un camino fácil y con logros por mérito propio. Siempre recordando que sin esfuerzo no hay recompensa.

Evelyn Montenegro

AGRADECIMIENTO

A Dios, por brindarnos un día más de vida con salud y guiarnos con sabiduría para poder llegar a la culminación del presente trabajo.

A la Dra. Lucia Aranda Moreno asesora, docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, por su paciencia y tiempo brindado, por sus sabios consejos y conocimientos que nos sirvieron como base para hacer posible nuestro estudio.

A las profesionales de salud y pacientes que asisten a la estrategia de VIH, por su incondicional ayuda y aportes para la realización de esta presente investigación y a todas las personas que de una u otra forma contribuyeron para la realización de este estudio.

Las Autoras.

INDICE

DEDICATORIA	vii
AGRADECIMIENTO	viii
SIGLAS Y ABREVIATURAS	x
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
CAPÍTULO I	xiv
INTRODUCCIÓN	15
CAPÍTULO II	19
II. MARCO TEÒRICO CONCEPTUAL:	20
2.1. Antecedentes de la investigación:	20
2.1.1. A nivel internacional:	20
2.2. BASE TEÒRICO CONCEPTUAL:	21
CAPÍTULO III	32
MATERIAL Y MÉTODOS	33
CAPÍTULO IV	35
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	36
CAPÍTULO V	59
CONSIDERACIONES FINALES	60
RECOMENDACIONES	62
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	63
ANEXOS	67
ANEXO 01	68
APENDICE 01	69
APENDICE 02	70

SIGLAS Y ABREVIATURAS

ABC: Abacavir.

ARV: antirretroviral

ASP: Agente de soporte personal.

ATV: atazanavir

AZT: Zidovudina

CDF: combinación de dosis fija

CD4: linfocitos T CD4 positivos

d4T: estavudina

ddI: didanosina

ECA: ensayo clínico aleatorizado

EFV: Efavirenz.

ETV: etravirina

FTC: Emtricitabina.

GRADE: Clasificación de la Evaluación, Desarrollo y Valoración de las Recomendaciones (del inglés: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)

INNTI: inhibidor no nucleósido de la transcriptasa inversa

INTI: inhibidor nucleósido de la transcriptasa inversa

IP: Inhibidor de proteasa.

LPV/rvt: Lopinavir/ritonavir.

NVP: Nevirapina.

PVV: Persona viviendo con VIH.

TARGA: Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad.

TDF: Tenofovir.

TMI: transmisión maternoinfantil (del VIH)

3TC: Lamivudina.

RESUMEN

Este estudio cualitativo descriptivo cuyo título “Cuidado Enfermero a personas con VIH y su Adherencia al tratamiento retroviral en un hospital del MINSA – Chiclayo, 2018.” Tiene como problema que las cifras de personas que llevan tratamiento retroviral es baja en relación con el total de personas infectadas. Tuvo como objetivo analizar y comprender el cuidado enfermero y la adherencia al tratamiento retroviral en personas con VIH, Chiclayo. La población estuvo constituida por enfermeras a cargo de la estrategia de VIH y pacientes con el diagnóstico que reciben tratamiento antirretroviral. La muestra se tomó por saturación de datos. La técnica empleada fue la entrevista abierta a profundidad; se aplicaron los principios de la Bioética en toda la investigación. Los resultados arrojaron las siguientes categorías: Previniendo y contribuyendo al diagnóstico de un virus letal; Iniciando la humanización del cuidado enfermero para el cumplimiento de la estrategia; Evidencias de la buena adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad; Evidencias de los factores para una mala adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y El trabajo intramuros de la enfermera y la mala adherencia al tratamiento de los pacientes. Finalmente se considera que la Enfermera acompaña al paciente desde el diagnóstico de la enfermedad, hasta el tratamiento a seguir durante toda su vida, además es responsable de las intervenciones dentro de la estrategia y lograr la adherencia al tratamiento en un 100% de los pacientes. La mayoría de pacientes con VIH que asisten a la estrategia se adhieren al tratamiento, lo cual es una actitud favorable para mejorar su calidad de vida.

Palabras claves: VIH, Cuidado Enfermero, Adherencia y Tratamiento Antirretroviral.

ABSTRACT

This qualitative descriptive study entitled "Nurse Care for people with HIV and their adherence to retroviral treatment in a hospital of the Ministry of Health - Chiclayo, 2018." The problem is that the figures of people who have retroviral treatment is low in relation to the total of infected people It aimed to analyze and understand nursing care and adherence to retroviral treatment in people with HIV, Chiclayo. The population consisted of nurses in charge of the HIV strategy and patients with the diagnosis receiving antiretroviral treatment. The sample was taken for data saturation. The technique used was the open-ended interview in depth; The principles of Bioethics were applied throughout the investigation. The results yielded the following categories: Preventing and contributing to the diagnosis of a lethal virus; Initiating the humanization of nursing care for the fulfillment of the strategy; Evidence of good adherence to highly active antiretroviral therapy; Evidence of the factors for poor adherence to highly active antiretroviral treatment and the intramural work of the nurse and the poor adherence to the treatment of patients. Finally, it is considered that the nurse accompanies the patient from the diagnosis of the disease, to the treatment to be followed throughout his life, and is responsible for the interventions within the strategy and achieve adherence to treatment in 100% of patients. The majority of patients with HIV who attend the strategy adhere to the treatment, which is a favorable attitude to improve their quality of life.

Keywords: HIV, Nurse Care, Adherence and Antiretroviral Treatment.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La OMS a finales de 2015 informó que había 36,7 [34,0-39,8] millones de personas infectadas por el VIH en todo el mundo, de las cuales 2,1 [1,8-2,4] millones de personas contrajeron el HIV en 2015. El virus de la inmunodeficiencia humana ha cobrado más de 35 millones de vidas hasta ahora, y en el 2015, 1.5 millones de personas fallecieron a causa de este en todo el mundo. Y relativamente la OMS nos muestra que a mediados del 2017, 20,9 millones de personas estaban recibiendo terapia antirretrovírica en todo el mundo. Sin embargo, solo el 53% de los 36,7 millones de personas que vivían con el VIH estaba recibiendo el tratamiento en 2016 a nivel mundial., es decir ni la mitad de las personas infectadas con VIH reciben retrovirales por lo cual vemos el alto número de muertes, pudiendo ampliar y llevar una vida de calidad y productiva¹.

La ONUSIDA brindó un panorama a nivel de América latina, en el año 2015 había un promedio de 2 millones de personas infectadas con VIH, donde también se muestran 50000 personas que fallecieron por causas relacionadas con el sida. La cobertura del tratamiento en América Latina en 2015 fue de un 55% con respecto a todas las personas que viven con el VIH en dicha región.²

A nivel nacional según el Centro Nacional De Epidemiología, Prevención y Control De Enfermedades del MINSA, reportó en el Boletín Epidemiológico Mensual de agosto del 2016 que existen 64955 casos de VIH y 34990 casos de SIDA en el Perú. En nuestro departamento de Lambayeque en el año 2016 existieron 129 casos de VIH, 45 casos de SIDA y una incidencia acumulada de 45 casos en el presente año. Según los datos obtenidos se

observa que un porcentaje llamativo está en fase SIDA donde se puede deducir diferentes causas, pero la principal es la poca adherencia al tratamiento y conciencia sobre este³.

Los escenarios de cuidado se dan en la vida cotidiana, en tanto que es ahí en donde se desarrollan las actividades diarias de las personas. Por otro lado, los cuidados también se dan en el ambiente hospitalario, pero no es ese el único espacio en donde se desarrolla la esencia de la enfermería. Se puede decir que la enfermería es "una" disciplina, no varias, sino una que se desempeña en diferentes espacios y escenarios, sin perder la esencia que la caracteriza: el cuidado.

Según la OMS el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH.

El concepto adherencia o cumplimiento al tratamiento hace referencia a una gran diversidad de conductas. Entre ellas se incluyen desde tomar parte en el programa de tratamiento y continuar con el mismo, hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, acudir a las citas. Tomar correctamente la medicación y realizar adecuadamente el régimen terapéutico.⁴

En 2015 la OMS publicó el documento titulado Directrices sobre cuándo iniciar el tratamiento antirretrovírico y sobre la profilaxis del VIH antes de la exposición, en el que recomienda que, una vez diagnosticada, toda persona infectada por el VIH inicie el

tratamiento antirretrovírico lo antes posible. Las nuevas recomendaciones de la OMS tratar a todas las personas con VIH y ofrecer antirretrovíricos como alternativa preventiva adicional a las personas con un riesgo considerable incrementará de 28 a 37 millones el número de candidatos al tratamiento antirretrovírico.⁵

La importancia del presente proyecto radica en que al existir una mejor adherencia al tratamiento, se van a disminuir las replicaciones virales y por ende una mejor calidad de vida y prolongación del tiempo de supervivencia; en caso contrario las consecuencias serían irreversibles, y para lograrlo es necesario que el equipo de salud y con mayor énfasis el personal de enfermería que es el responsable de la ejecución del tratamiento, sean capaces de detectar, evaluar y estabilizar los factores asociados a la adherencia del tratamiento a fin de planificar estrategias para mejorar la misma.

En base a lo mencionado anteriormente, surgió la siguiente interrogante: ¿Cómo es el cuidado enfermero a personas con VIH y su adherencia al tratamiento retroviral en un hospital del MINSA – Chiclayo, 2018?

Se constituye como objeto de Investigación el cuidado enfermero y la adherencia frente al tratamiento retroviral, como sujeto de la investigación a los pacientes que asisten a la estrategia de PROCITS de un Hospital del MINSA y a las enfermeras que laboran en dicha estrategia, siendo el objetivo que guio la investigación: Analizar y comprender el cuidado enfermero y la adherencia al tratamiento retroviral de personas con VIH.

La presente investigación está estructurada en los siguientes capítulos:

CAPÍTULO I: Introducción, donde se concluye la problemática, el problema, los objetivos, y la justificación e importancia.

CAPÍTULO II: Marco teórico, que incluyen los antecedentes y bases teóricas conceptuales.

CAPÍTULO III: Marco metodológico, aquí se señala el tipo de investigación, enfoque, población y muestra, así como los métodos y técnicas de recolección de datos, teniendo en cuenta los principios éticos y de rigor científico con la que se desarrolló la investigación.

CAPÍTULO IV: Resultados y Discusión, donde se presentan las categorías y subcategorías.

CAPÍTULO V: Consideraciones finales y recomendaciones.

CAPÍTULO

II

II. MARCO TEÒRICO CONCEPTUAL:

2.1. Antecedentes de la investigación:

2.1.1. A nivel internacional:

Varela M, Hoyos P (2015) realizaron la investigación titulada “La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales”, que tuvo como objetivo describir la adherencia a aspectos no-farmacológicos del tratamiento en personas con VIH/Sida de la ciudad de Cali, Colombia y establecer su relación con aspectos socio-demográficos. Resultados: sólo el 37 % de las personas son adherentes al tratamiento no farmacológico. El análisis de los factores socio-demográficos relacionados con la adherencia, muestra que tienen menor oportunidad de estar adheridos los menores de 40 años. Los autores concluyeron con que la adherencia al tratamiento no-farmacológica es baja y parece ser un problema generalizado en la población con VIH/Sida, si bien es más grave en menores de 40 años. Los resultados muestran que es necesario realizar intervenciones que mejoren la adherencia no-farmacológica para contribuir al control de la infección, y que éstas deben implementarse en todas las personas diagnosticadas, con especial énfasis en la población joven⁶.

En semejanza con el presente estudio titulado “Cuidado Enfermero a personas con VIH y su Adherencia al tratamiento retroviral en un hospital del MINSA – Chiclayo, 2018.”, ambos se enfocan en la adherencia al tratamiento en personas con el VIH, aunque la antes mencionada es una investigación cuantitativa, el autor problematiza la baja adherencia al tratamiento de los pacientes y las autoras de esta investigación concuerdan con Varela y Hoyos que se debe realizar más intervenciones e implementarlas para el control de la infección en este caso por parte del personal de enfermería.

2.2. BASE TEÒRICO CONCEPTUAL:

La enfermería se centra en el cuidado de la salud y de la vida, hacia esa pretensión se encaminan los esfuerzos y trabajos que se realizan para la atención de los sujetos de cuidado; la persona, la familia y la comunidad. Los escenarios de cuidado se dan en la vida cotidiana, en tanto que es ahí en donde se desarrollan las actividades diarias de las personas. Por otro lado, los cuidados también se dan en el ambiente hospitalario, pero no es ese el único espacio en donde se desarrolla la esencia de la enfermería. Se puede decir que la enfermería es "una" disciplina, no varias, sino una que se desempeña en diferentes espacios y escenarios, sin perder la esencia que la caracteriza: el cuidado.⁷

Una función importante del cuidado de la enfermera es la administración de medicamentos, entre otras, es por ello que, el personal de enfermería va a influir en la adherencia al tratamiento terapéutico, la OMS definió el término adherencia como «el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario»⁸.

Para los autores Epstein y Cluss (1982), la adherencia o el cumplimiento es “la coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos de salud y prescripciones que ha recibido”.

El concepto adherencia o cumplimiento al tratamiento hace referencia a una gran diversidad de conductas. Entre ellas se incluyen desde tomar parte en el programa de tratamiento y continuar con el mismo, hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, acudir a las citas. Tomar correctamente la medicación y realizar adecuadamente el régimen terapéutico.⁹

Así mismo, el concepto del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), según la OMS nos habla que este virus infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH.¹⁰

La ONUSIDA define que VIH es la sigla correspondiente a "virus de la inmunodeficiencia humana". Es un retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario (principalmente las células TCD4 positivas y los macrófagos, componentes clave del sistema inmunitario celular) y destruye o daña su funcionamiento. La infección por este virus provoca un deterioro progresivo del sistema inmunitario, lo que deriva en "inmunodeficiencia".²

Desde una perspectiva social, el virus de inmunodeficiencia humana ha sido llamado la enfermedad del siglo por las características de pandemia, los millones de vidas que ha cobrado, así como por las consecuencias económicas y sociales que ha generado esta entidad a su paso. El SIDA es una realidad que ha devastado pueblos enteros como en África Subsahariana y constituye un reto a escala mundial especialmente en países pobres. (Güell, 1998)¹¹.

Las definiciones son claras a nivel mundial pero no todas las personas infectadas saben cómo actúa este virus en su cuerpo. El virión del VIH es una estructura icosaédrica provista de numerosas proyecciones externas formadas por las dos proteínas principales de cubierta, la gp120 externa y la gp41 transmembrana. En su interior alberga dos moléculas

de ARN genómico, el enzima transcriptasa inversa, la proteína p18 de la membrana interna (matriz) y la proteína p24 del core (cápside).

La característica esencial del virus es la transcripción inversa de su ARN genómico a ADN gracias a la actividad del enzima transcriptasa inversa. El ciclo vital del VIH comienza con la unión de alta afinidad de las proteínas de la superficie del virión a sus receptores en la célula huésped, la molécula CD4 del linfocito T. Tras la unión, la configuración de la envoltura viral se modifica y se produce la fusión con la membrana del linfocito en forma de muelle enrollado a través de la molécula gp41. El ARN genómico del virus pierde su cubierta y se interna en la célula diana. El enzima transcriptasa inversa cataliza la transcripción inversa del ARN genómico a ADN bicatenario, que pasa al núcleo, donde se integra en los cromosomas de la célula huésped mediante otro enzima codificado por el virus, la integrasa. Este provirus puede permanecer de manera inactiva (latente) o manifestar diversos niveles de expresión génica, hasta la producción activa del virus (Fauci & Lane, 2008).

La activación de la expresión del VIH desde el estado latente depende de la interacción de diversos factores celulares y virales (Faucy, 1988). Tras la transcripción, el ARNm del VIH es traducido a proteínas en el ribosoma del linfocito, proteínas que se ensamblan en la membrana plasmática de la célula para formar la nueva partícula viral, que incluye enzimas y el ARN genómico del VIH. Los nuevos viriones salen a través de la membrana de la célula, donde el núcleo adquiere su cubierta externa. La proteasa codificada por el virus cataliza entonces la escisión de un precursor proteico (gag-pol) para dar lugar al virión maduro.¹¹

El VIH es un virus que ataca al sistema inmunitario, el mecanismo de defensa del organismo frente a las infecciones y las enfermedades. Existen fármacos que se puede tomar

para reducir el nivel de virus en el organismo. Así, se puede ralentizar o prevenir el daño al sistema inmunitario. Estos fármacos no constituyen una cura, pero ayudan a mantenerte en buen estado y disfrutar de una vida más larga y saludable. A los medicamentos contra el VIH se les denomina también fármacos antirretrovirales.¹²

Los eventos clínicos que se aplican para clasificar la enfermedad por el VIH en lactantes, niños, adolescentes o adultos afectados por el VIH se dividen en aquellos en los que puede hacerse un diagnóstico clínico presuntivo (cuando los síndromes o las afecciones pueden diagnosticarse clínicamente o con análisis básicos auxiliares) y aquellos que requieren un diagnóstico definitivo (generalmente afecciones descritas conforme a la causa que requieren una confirmación analítica más compleja o sofisticada).

El estadio clínico es útil en la evaluación inicial (primer diagnóstico de infección por el VIH) o al entrar en la atención a largo plazo de la infección por el VIH y en el seguimiento de los pacientes incluidos en programas de atención y tratamiento. Debería emplearse para orientar las decisiones sobre cuándo comenzar la profilaxis con cotrimoxazol y otras intervenciones relacionadas con la infección por el VIH (incluido el momento en que debe iniciarse el tratamiento antirretroviral).

La enfermedad grave relacionada con el VIH, ya sea definida por el estadio clínico o por el estado inmunitario, siempre requiere tratamiento antirretroviral. La enfermedad avanzada por el VIH basada en el estado inmunitario exige considerar el tratamiento antirretroviral, especialmente cuando la enfermedad es avanzada desde el punto de vista clínico.¹³

El VIH se puede combatir mediante una politerapia que comprenda tres o más antirretrovíricos. Aunque no cura la infección por VIH, este tipo de tratamiento controla la

replicación del virus dentro del organismo del sujeto y contribuye a fortalecer su sistema inmunitario, restableciendo así su capacidad para combatir infecciones.

En 2015 la OMS publicó el documento titulado Directrices sobre cuándo iniciar el tratamiento antirretrovírico y sobre la profilaxis del VIH antes de la exposición, en el que recomienda que, una vez diagnosticada, toda persona infectada por el VIH inicie el tratamiento antirretrovírico lo antes posible. Las nuevas recomendaciones de la OMS exige tratar a todas las personas con VIH y ofrecer antirretrovíricos como alternativa preventiva adicional a las personas con un riesgo considerable incrementará de 28 a 37 millones el número de candidatos al tratamiento antirretrovírico.⁵

El tratamiento antirretroviral (TARV) es uno de los componentes claves en la atención integral de las personas con VIH. Los beneficios del TARV están claramente establecidos en términos de supervivencia, calidad de vida y en reducción de la transmisibilidad. La adherencia es la principal condición para el éxito del TARV, entendiéndose por tal la capacidad del paciente de comprometerse e involucrarse en el inicio y el cumplimiento del régimen de TARV.

Los factores asociados a no adherencia son: consumo de sustancias psicoactivas (ilícitas y alcohol), depresión, efectos adversos, bajo nivel de educación, poca confianza en los beneficios del tratamiento, mayor número de comprimidos y de dosis, carencias en apoyo familiar y/o social. Es imprescindible identificar estas condiciones y brindar apoyo interdisciplinario cuando se requiera (psicología, psiquiatría, asistente social, promover grupos de apoyo de pares).

Dentro de los objetivos de la adherencia al tratamiento están: Reducir de forma duradera la carga viral a niveles indetectables, restaurar y preservar la función inmune,

prolongar la sobrevida, mejorar la calidad de vida evitando la ocurrencia de enfermedades oportunistas y otras morbilidades asociadas al VIH y prevenir la transmisión.¹⁴

Es por ello que la OMS refiere que Deberían iniciar TARV, todos los adolescentes y adultos incluidas mujeres embarazadas con infección por VIH y recuento de CD4 ≤ 350 células/mm³, independientemente de la presencia o ausencia de sintomatología clínica. Aquellos pacientes con enfermedad grave o clínicamente avanzada (estadios clínicos de la OMS 3 o 4) deberían iniciar TARV sin importar su recuento de CD4.

El tratamiento de primera línea debería consistir en 1 INNTI + 2 INTIs, donde uno de ellos debería ser zidovudina (AZT) o tenofovir (TDF). Los diferentes países deberán plantear medidas para reducir (y eventualmente eliminar) el uso de estavudina en regímenes de primera línea debido a su reconocida toxicidad.

El tratamiento de segunda línea debería consistir en un inhibidor de la proteasa reforzado con ritonavir (IP/r) + 2 INTIs, donde uno de ellos debería ser zidovudina (AZT) o tenofovir (TDF), según qué se administró en el régimen de primera línea. Atazanavir reforzado con ritonavir (ATV/r) o lopinavir/ritonavir (LPV/r) son los IP de elección.

Todos los pacientes deberían tener acceso a un recuento de CD4 para optimizar los cuidados pre-TARV y el manejo de este. La prueba de ARN-VIH (CV) se recomienda en aquellos pacientes en los que se sospecha fracaso de tratamiento. El monitoreo de la toxicidad de los ARVs debería ser guiado por los síntomas.

Independientemente del recuento de células CD4 o estadio clínico de la OMS, los pacientes que necesiten tratamiento para la infección por VHB deberían iniciar TARV. Los regímenes de primera y segunda línea para estos pacientes deberían incluir siempre TDF asociado a 3TC (lamivudina) o FTC (emtricitabina).

En pacientes sin tratamiento previo se recomienda comenzar con uno de los regímenes que se detallan a continuación: • AZT + 3TC + EFV • AZT + 3TC + NVP • TDF + 3TC (o FTC) + EFV • TDF + 3TC (o FTC) + NVP (Recomendación fuerte, calidad de la evidencia moderada) Debido a que el costo de la estavudina (d4T) es relativamente bajo y a que en muchos países se considera régimen de elección, el grupo de trabajo analizó específicamente los estudios de regímenes basados en d4T. Al realizar estas recomendaciones, el grupo de trabajo señaló que es importante evitar la indeseable toxicidad del d4T, potencialmente peligrosa para la vida. También consideró importante seleccionar regímenes adecuados para la mayoría de los grupos de pacientes con los beneficios de utilizar combinaciones de drogas fijas que proporcionen mayor durabilidad del tratamiento. La información disponible sugiere que el abacavir (ABC) y la didanosina (ddl) tienen serias restricciones para ser utilizados en regímenes de primera línea (toxicidad y costo) por lo que el panel comparó regímenes basados en AZT, TDF y d4T.

La evidencia utilizada para formular estas recomendaciones sobre cuándo iniciar el TARV se basa en una revisión sistemática titulada Momento oportuno del inicio de tratamiento para individuos adultos con infección por HIV). La revisión consistió en ensayos clínicos controlados, aleatorizados (ECAs) y estudios de cohorte, en los que el inicio del TARV se clasificó según el recuento de células de CD4. En base a la metodología GRADE la evidencia se clasificó según cada uno de los resultados críticos e importantes para determinar la necesidad de cambiar o no las actuales guías de la OMS.

Además datos obtenidos de modelos matemáticos sugieren que un inicio temprano del TARV aporta beneficios adicionales en cuanto a la transmisión del VIH, tanto por vía sexual como por TMI siempre que haya buena cobertura de tratamiento y alta adherencia. Un inicio temprano y la continuidad en el tiempo del TARV pueden dar más impulso para cambiar a regímenes de primera línea menos tóxicos y a reducir los costos de las

combinaciones de dosis fijas (CDF), considerándose así un beneficio para la población afectada.

Introducir el AZT y el TDF en forma progresiva reducirá el riesgo de acidosis láctica grave asociada al d4T y de toxicidad mitocondrial a largo plazo (particularmente lipodistrofia y neuropatía periférica), y tiene el potencial de mejorar la adherencia y reducir la pérdida de seguimiento. El TDF puede ser suministrado una vez al día y en CDF. La combinación TDF + 3TC o FTC es la combinación de INTI recomendada en presencia de coinfección con VHB. AZT + 3TC es la combinación de INTI de elección en mujeres embarazadas. Habrá menos cambios en las mismas líneas aumentando la duración y la seguridad de los regímenes.

AZT y TDF pueden requerir mayor monitoreo de laboratorio que los regímenes basados en d4T. La anemia (asociada al AZT) y la toxicidad renal (asociada al TDF) pueden constituir una preocupación entre las PVV y los prestadores de salud. Se desconoce si el TDF requiere un monitoreo continuo de la función renal en todos los individuos o únicamente en poblaciones especiales (personas mayores, pacientes de bajo peso, pacientes que toman concomitantemente drogas con toxicidad renal o con enfermedades como la diabetes y la hipertensión). El TDF ha sido asociado a pérdida mineral ósea. De un estudio realizado recientemente en adolescentes para evaluar la seguridad y la efectividad, surgió que en personas con ≥ 12 años de edad y que pesan ≥ 35 kg se de administrar la misma dosis recomendada en adultos. Además de la anemia, el AZT se asocia a efectos gastrointestinales secundarios, miopatía proximal e hiperpigmentación cutánea. No todas estas opciones están actualmente disponibles como CDF completo (AZT + 3TC + EFV, TDF + 3TC (o FTC) + NVP).

A pesar de que se está llevando a cabo una reducción progresiva en el uso del d4T, esta droga puede ser conservada como medida provisoria si se inician planes para monitorear y controlar la toxicidad. En determinadas situaciones, el uso d4T puede constituir una alternativa aceptable, por ejemplo, en los casos en que el TDF y el AZT están contraindicados.

En entornos de recursos limitados, la estavudina (d4T) sigue desempeñando un papel crucial en el progreso del TARV, donde aproximadamente el 56% de los regímenes que se usan en el tratamiento del VIH aún contienen d4T. Opciones alternativas (como AZT y TDF) son más costosas, requieren mayor monitoreo de laboratorio y presentan mayores tasas de suspensión inicial. La prolongada exposición al d4T puede causar efectos adversos que provocan deformaciones, dolor, y que ponen en riesgo la vida de los pacientes, tales como lipodistrofia, neuropatía periférica y acidosis láctica. Diversos estudios han identificado varios factores de riesgo que están relacionados a los efectos adversos asociados al d4T. Se asoció la neuropatía periférica a la edad (mayores de 35 o 40 años) y la lipodistrofia e hiperlactatemia a un IMC >25 y al sexo femenino. En Sudáfrica, se asoció la acidosis láctica/hiperlactatemia sintomática y la lipodistrofia al sexo femenino y a un alto peso corporal al iniciar el estudio.¹⁵

En el Perú, actualmente existe la norma técnica, “NTS N° 097 - MINSA/DGSP-V.02 - NORMA TÉCNICA DE SALUD DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)”, en la cual menciona ciertas disposiciones generales, una de ellas, es que el equipo multidisciplinario ampliado se encarga de la atención de pacientes con VIH a partir del segundo nivel de atención. El cual estará conformado por: Un médico especialista en enfermedades infecciosas o médico no especialista capacitado, un licenciado en enfermería, un licenciado en obstetricia, un psicólogo, un asistente social, un químico-farmacéutico, y

un tecnólogo médico o biólogo. Además un ginecólogo, un pediatra, un nutricionista, y otros de acuerdo al nivel de complejidad del establecimiento.

Asimismo menciona las responsabilidades del licenciado en enfermería tales como: Brindar educación sanitaria y orientación al paciente, familia y agente de soporte; la aplicación del proceso de atención de enfermería; brindar consejería en prevención positiva y soporte, orientando al paciente adulto infectado con VIH sobre el uso correcto y consistente del preservativo; inscribir al paciente en el Libro de Registros y Seguimiento de Pacientes en TARGA; monitorizar la administración de antirretrovirales, verificar el cumplimiento del tratamiento de enfermedades oportunistas, llenado del Protocolo de Entrevista de Enfermería y seguimiento de la adherencia al TARGA; entre otros.

La mencionada norma también especifica que toda persona con infección por el VIH que presente un recuento de linfocitos T CD4 ≤ 500 células/ μ L, independientemente de la presencia de síntomas, se debe tener en cuenta para el inicio del TARGA.

Además de esto, indica que el esquema de elección para el tratamiento es: Tenofovir / Emtricitabina / Efavirenz (TDF/FTC/EFV), y una vez iniciado el tratamiento, se controlará la carga viral al tercer mes, al sexto mes y posteriormente el control será cada seis meses, agregando la monitorización del recuento de linfocitos T CD4 que se realizará cada seis meses.

Por consiguiente, el equipo multidisciplinario identificará los pacientes con factores de riesgo para una mala adherencia y realizar un trabajo preventivo a través de consejería de soporte y evaluación psicológica y las líneas de acción de la adherencia al TARGA son la consejería, educación para el tratamiento y participación social.²³

En la actualidad existe un medicamento llamado “Atripla” que se viene utilizando, el cual contiene tres medicamentos que se usan para el tratamiento antirretroviral (TAR): efavirenz (Sustiva), emtricitabina (Emtriva) y tenofovir (Viread). Los medicamentos que integran

Atripla son un inhibidor no nucleósido de la transcriptasa reversa (INNTR) y dos nucleósidos análogos de la transcriptasa reversa. Estos medicamentos bloquean a la enzima transcriptasa reversa, la cual cambia el material genético (ARN) del VIH a ADN. Contribuyendo a que las personas se salteen menos dosis y controlen mejor al VIH.²⁴

CAPÍTULO

III

MATERIAL Y MÉTODOS

Población

La población estuvo ubicada en un hospital del MINSA de Lambayeque, pacientes con VIH que reciben TARGA y enfermeras que tengan a cargo la estrategia de PROCITS del hospital.

La muestra se tomó por saturación de datos.

Tipo de investigación

La presente investigación fue de tipo cualitativa la cual es un campo interdisciplinar, transdisciplinar y en muchas ocasiones contradisciplinar. Atraviesa las humanidades, las ciencias sociales y las físicas. Los que participan son sensibles al valor del enfoque multimetódico. Están sometidos a la perspectiva naturalista y a la comprensión interpretativa de la experiencia humana.¹⁶

La técnica que se utilizó en la presente investigación es la **entrevista**. La entrevista es una técnica en que una persona (entrevistador) solicita información de otra o de un grupo, para obtener datos de un problema determinado. Presupone, pues la existencia al menos de dos personas y la posibilidad de interacción verbal¹⁷. Ésta fue de tipo entrevista abierta a profundidad. Antes de realizar la entrevista al colaborador de la investigación se le solicitó la firma del consentimiento informado (Anexo 01), y así poder proceder con las preguntas de la entrevista.

Como instrumento de recolección de datos se usó la guía de entrevista debidamente preparada (Apéndice 01).

El análisis de datos cualitativos es emocionante porque se descubren temas y conceptos presentes entre los datos recolectados. Este proceso se resume en los siguientes pasos o fases¹⁸. Obtener la información; capturar, transcribir y ordenar la información; codificar la información donde se agrupó la información obtenida en categorías y se les asignó títulos

relacionados; integrar la información que fue relacionar con las categorías obtenidas y analizar éstas.

Así mismo, se tuvieron en cuenta los principios éticos de la investigación que fueron en base a los lineamientos para garantizar el ejercicio de la Bioética desde el reconocimiento de los Derechos Humanos, con Decreto Supremo N° 011-2011-JUS.25: respeto de la dignidad humana, primacía del ser humano y de defensa de la vida física, autonomía y responsabilidad personal, totalidad o principio terapéutico, sociabilidad y subsidiaridad, beneficencia y ausencia de daño, igualdad, justicia y equidad, tutela del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad.

En el rigor científico de la investigación, se tuvo en cuenta la validez, credibilidad, transferibilidad o aplicabilidad, consistencia y conformabilidad.

CAPÍTULO

IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El cuidado enfermero en personas con el VIH debería ser integral, la enfermera(o) tiene en cuenta todas las dimensiones del paciente. Es el personal de enfermería quien tiene a cargo el programa de VIH en los hospitales y es el principal personal de salud que está en mayor permanencia de contacto con éste. Influyendo así en la adherencia que presenta el colaborador en su tratamiento retroviral, pues el cuidado que recibe es integral y el paciente se siente satisfecho con esta atención.

El presente estudio permitió develar el cuidado enfermero y la adherencia de personas con el VIH al TARV a través de las siguientes categorías que se presentan a manera de síntesis.

1. PREVINIENDO Y CONTRIBUYENDO AL DIAGNÓSTICO DE UN VIRUS LETAL.

- 1.1.Trabajando en equipo para el diagnóstico
- 1.2.Brindando consejería frente al diagnóstico
- 1.3.Brindando apoyo para el tratamiento específico

2. EVIDENCIAS DE LA BUENA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD

3. EVIDENCIAS DE LOS FACTORES PARA MALA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD

- 3.1.Reacciones adversas al tratamiento
- 3.2.Evidencias de factores socio personales del paciente para una mala adherencia al tratamiento retroviral

4. EL TRABAJO INTRAMUROS DE LA ENFERMERA Y LA MALA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES

5. INICIANDO LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA ESTRATEGIA

5.1. Iniciando un buen trato enfermero

5.2. Concientizando para asumir un esquema de tratamiento retroviral

A continuación, se presenta la discusión de los resultados a la luz de la literatura.

PREVINIENDO Y CONTRIBUYENDO AL DIAGNÓSTICO DE UN VIRUS LETAL.

El VIH es un virus que ataca al sistema inmunitario, el cual presenta un mecanismo de defensa del organismo frente a las infecciones y las enfermedades. Un resultado positivo no es esperado por ningún paciente o persona, considerando aún que el VIH es una enfermedad manejable con tratamiento antirretroviral; estos medicamentos ayudan a que las personas tengan una vida más larga, además de reducir el riesgo de transmisión del VIH. La mejor forma de mantenerse con el diagnóstico de VIH es recibir a tiempo atención médica y tratamiento antirretroviral.¹¹

El equipo interdisciplinario es el que se encarga de dar asistencia técnica en el manejo de los pacientes con infección por VIH, dentro de este se encuentra el personal médico, siendo responsables de definir el uso de antirretrovirales para los esquemas de rescate, y las enfermeras de llevar a cabalidad la máxima concientización para la adherencia al tratamiento en los pacientes.

Durante la entrevista que se realizó a la enfermera a cargo de la estrategia de VIH de un hospital del MINSA nos relata y explica que existe un proceso por el cual debe pasar un paciente con VIH, desde un tamizaje hasta la indicación de un tratamiento específico. Como se muestra en las subcategorías a continuación:

Trabajando en equipo para el diagnóstico

El equipo multidisciplinario estará constituido por personal de salud del establecimiento que brinda atención integral de adulto con infección por VIH. De acuerdo al nivel de complejidad del establecimiento y disponibilidad de personal, se diferencian: equipo multidisciplinario básico y equipo multidisciplinario ampliado, es por ello que la enfermera menciona el trabajo en conjunto que se realiza con el equipo capacitado en VIH, tal como se muestra en los discursos:

“Lo primero que hace el paciente es pasar por el médico, lo examina, le da las indicaciones para su tratamiento... el paciente pasa con nosotros, el profesional de enfermería nosotros brindamos consejería de soporte...”
(Enf. Bety)

“... paciente pasa interconsulta con psicología...” (Enf. Lucy)

Por otro lado, la función del profesional de enfermería es realizar un buen cuidado en el cual incluye la consejería tal como se constata en la siguiente subcategoría.

Brindando consejería frente al diagnóstico

En cuanto a las actividades diarias que se realizan en la estrategia de VIH, según manifiesta la enfermera, se tiene que:

“... Nosotros, como profesional de enfermería, brindamos consejería de soporte..., si está usando métodos anticonceptivos, si tiene pareja, el uso de preservativo y sobre su estilo de vida saludable...” (Enf. Bety)

“... En cuanto a VIH/SIDA la primera actividad es la actividad preventiva promocional que es brindar consejería y tamizaje..., consiste en realizarles primero la consejería pre test...” (Enf, Lucy)

“Aquí en la estrategia de VIH tenemos dos servicios a la par, el primero que es la consejería pre test con la firma del consentimiento informado para las pruebas de VIH, donde todas personas que se van a sacar un tamizaje de VIH tienen que pasar por consejería con la enfermera en las mañanas...” (Enf. Lucy)

La orientación hacia los aspectos preventivo – promocionales; así como frente a los diagnósticos para cumplir con los tratamientos respectivos, del Ministerio de Salud en los últimos años ha ido de la mano con las nuevas políticas públicas que incluyen los entornos saludables, con participación social, para contribuir al desarrollo de una cultura de la salud y de bienestar de la persona, la familia y la comunidad; es así como al ser diagnosticado en una persona la presencia del VIH, la enfermera cumple un rol importante, como se observa cuando surge la siguiente subcategoría.

Brindando apoyo para el tratamiento específico

El estadio clínico es útil en la evaluación inicial (primer diagnóstico de infección por el VIH) o al entrar en la atención a largo plazo de la infección por el VIH y en el seguimiento de los pacientes incluidos en programas de atención y tratamiento.

La enfermedad grave relacionada con el VIH ya sea definida por el estadio clínico o por el estado inmunitario, siempre requiere tratamiento antirretroviral. La enfermedad avanzada por el VIH basada en el estado inmunitario exige considerar el tratamiento antirretroviral.

Es así como luego de los resultados, se tienen en cuenta las medidas correctas, como lo manifiesta la enfermera:

“Nosotros en la primera entrevista, tratamos de captar todos los datos del paciente, su dirección, número telefónico, su DNI y agente de soporte.” (Enf. Bety)

“Nosotros como profesional de Enfermería, brindamos consejería relacionado con el cumplimiento de su tratamiento, la hora que toma su medicamento...” (Enf. Bety)

“... Se les facilita su “agente de soporte”, que se le pide al paciente en la entrevista de inicio, según la confianza que tenga con algún pariente o amigo.” (Enf. Bety)

“Para iniciar el tratamiento se hace el examen de CD4 y carga viral, son los requisitos prioritarios para el inicio de tratamiento...” (Enf. Bety)

Una vez diagnosticado la presencia del virus, el trabajo es en equipo; es decir, por parte de todo el profesional de salud y éste es primordial en el cuidado sobre todo para la solución de problemas de los pacientes que acuden a la estrategia de VIH; sin embargo, es imprescindible el cuidado enfermero para el tratamiento y esto se verifica cuando emerge la categoría siguiente.

EVIDENCIAS DE LA BUENA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD

La OMS definió el término adherencia como «El grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario».¹⁵

Por su parte el MINSA define Adherencia al Tratamiento como: El grado en que el comportamiento de una persona se ajusta a la toma adecuada de los medicamentos antirretrovirales, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios de estilos de vida, en concordancia con las recomendaciones del personal de salud.²³

El personal de enfermería que posee a cargo la estrategia de VIH debe saber el significado de este término, con esta noción podrá realizar sus responsabilidades ya establecidas para lograr que el máximo de población de la estrategia pueda recibir el tratamiento establecido y así también poder discernir entre una mala y buena adherencia.

Así al momento de la entrevista con las enfermeras a cargo de la estrategia de VIH de un hospital nos relata y explica que existen grupos de personas con buena y mala adherencia al tratamiento y con esto factores asociados a esta mala adherencia.

Dentro de las personas que llevan el TARGA se tiene una adherencia positiva, así como lo relata la enfermera:

“Algunos pacientes son puntuales, responsables y adherentes al tratamiento...Antes se indicaban dos medicamentos, uno por la noche y otro por el día, pero para mejorar la adherencia se cambió a solo un medicamento, llamado “A triple” que es un compuesto de 3 medicamentos en uno.”
(Enfermera Bety)

“...hay pacientes que cumplen de forma regular y estricta su tratamiento, hay pacientes que son puntuales, pero de vez en cuando faltan, pero al día siguiente vienen para reprogramar su cita...” (Enfermera Lucy)

Asimismo, lo manifiestan ciertos pacientes que pertenecen a la estrategia de PROCITS:

“Bueno el Dr. me da un retroviral que lo tomo cada 24 horas, exactamente a las 9pm todos los días.” (Rober)

“Tomo mi medicamento en los horarios necesarios para poder mejorarme.” (Marti)

“Todo bien con mi tratamiento, hace 10 años cumpliendo puntualmente todos los días.” (Lili)

“Todos los días por la noche, tomo mi tratamiento, siempre a la misma hora.” (Jhen)

“Tomo mi tratamiento puntualmente todos los días a las 11pm. Hace 3 años recibo el tratamiento.” (Brayam)

“Hasta el momento voy cumpliendo puntualmente mi tratamiento. Haces 7 meses empecé el tratamiento.” (Lita)

“Si cumplo mi tratamiento a diario, una después de almuerzo y la otra a las 10pm. Hace un mes empecé el tratamiento.” (Tito)

“Cumpló todos los días mi tratamiento, 8am, 8pm y 10pm. Nunca he abandonado el tratamiento. Hace 5 años empecé el tratamiento.” (Paul)

“Cumplo normalmente mi tratamiento, tomo una pastilla a las 12 de la noche todos los días.” (Fernando)

“Bueno son tres pastillas diarias 9 am, 9 pm y 11 pm, lo tomo todos los días a veces se me pueden pasar minutos, pero normalmente siempre puntualmente desde hace 8 años que no he abandonado el tratamiento.” (Louis)

“Siempre he cumplido mi tratamiento y seguir con las indicaciones hace 6 años hasta el momento no lo he abandonado, tomo mis pastillas a las 8 am, 8 pm y 10 pm son evacavir, efavirex, lamiduvina.” (Junior)

“Si, yo cumplo con mi tratamiento, las rosaditas las tomo en la mañana 9 a.m. y 9 p.m. las otras dos horas después. Nunca he abandonado el tratamiento por eso no he recaído.” (Juanjo)

“Tomo mi tratamiento diario, a las 8 am solo en la mañana.” (Simon)

“El cumplimiento con mi tratamiento es según lo que el medico lo ha indicado las horas exactas que debo tomarlo y mi organismo poco a poco lo va asimilando.” (Lizi)

“Tomo los medicamentos todos los días a las 11 de la noche.” (Pablo)

“Tomo mi medicamento diariamente una pastilla al día a las 10pm. Llevo un año y medio llevando el tratamiento.” (Lego)

La buena adherencia al tratamiento retroviral es sin duda un punto a favor de la calidad y duración de vida.

La adherencia al tratamiento retroviral en pacientes con VIH a partir de la detección es de vital importancia, puesto que la replicación viral en el organismo humano va cediendo y así el sistema inmunitario se restablece, si bien no es la cura definitiva es

una forma de controlar el avance de dicha enfermedad e incluso llegar a ser indetectable en los exámenes de control, siempre y cuando este tratamiento sea tomado de la forma y horario adecuado. Mucho va a depender en primer lugar del paciente y su disponibilidad y responsabilidad de aceptarlo como parte de su cotidiano y resto de vida.

En las respuestas obtenidas se evidencia la adherencia de ciertos pacientes a su tratamiento, la mayoría de ellos relatan su horario de toma de medicamentos, algunas características de su medicamento y otros inclusive el nombre exacto de estos retrovirales, es significativo también la reducción de pastillas que se tiene que tomar, pues ahora con el medicamento “Atripla” es más práctico para los pacientes ya que se encuentran las 3 pastillas en una sola. Por lo tanto, queda la evidencia de una buena adherencia al tratamiento por varios años, lo cual refleja una mejor calidad de vida en estos pacientes. Asimismo, beneficia a la institución que les brinda el tratamiento pues logran una sobrevida en estas personas.

Si bien es cierto existe una buena adherencia en algunos pacientes, hay otros que contrariamente, no se adhieren al tratamiento y para ello intervienen algunos factores, tal como se observa en la siguiente categoría.

EVIDENCIAS DE LOS FACTORES PARA UNA MALA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD

El tratamiento antirretroviral, de hecho, es agresivo en sus inicios que afecta a algunas personas y genera molestias o reacciones; así se verifica en este estudio.

Reacciones adversas al tratamiento

La enfermera nos manifiesta también con preocupación sobre el grupo que no presenta una adherencia al tratamiento, de esta manera:

“Al inicio de tratamiento, muchos pacientes nos relatan que no pueden dormir, que se sienten mareados, algunos tienen problemas gástricos, con náuseas, algunos producen hasta gastritis. Es por ello, que algunos desisten al tratamiento debido a los efectos que duran solo los primeros días, pensando que van a seguir con esos síntomas...” (Enfermera Bety)

En el mismo sentido, corroboran algunos pacientes que pertenecen a la estrategia de PROCITS:

“Llevo un tratamiento disparejo. A veces tomo puntual... No me da ganas de tomar muchas pastillas, no puedo tomarlas porque tengo náuseas.” (Orlando)

“...Un año abandone el tratamiento porque no me caía el medicamento...” (Julius)

“Los primeros efectos fueron dolor de cabeza, estado de ánimo, malestar general.” (Treycki)

“Me daba mareos, dolores de cabeza.” (Lucas)

“Me daba mareos, insomnio, alucinaciones, me temblaba el cuerpo.” (Lita)

“Al inicio fueron los efectos, alucinaciones, borrachera...” (Fernando)

“Al comienzo del tratamiento tenía mucha pesadilla, bochorno, dolores estomacales y adormecimiento en las manos y pies, pero con el paso de los días el cuerpo se va adaptando.” (Genaro)

“Los efectos que me causaba el tratamiento eran las náuseas, el sueño, los mareos, dolor de cabeza.” (Azucena)

“Cuando comencé a tomar los medicamentos me dio mareos por unos días, pero luego me adapté...” (Lupe)

“Los efectos que tuve al tomar el tratamiento fueron dolores de cabeza, mareos, pero ahora ya no tengo esos síntomas...” (Claudia)

“Cuando comencé el tratamiento me dieron muchos mareos y diarrea...” (Lizi)

“Al inicio me dio Herpes, nauseas. Ahora ya me adapté...” (Paul)

Los efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH pueden durar solamente algunos días o semanas o continuar por un tiempo mucho más largo. Algunos efectos secundarios pueden no aparecer hasta muchos meses o aun años después de comenzar un medicamento contra el VIH.

Algunos efectos secundarios, como dolor de cabeza o mareo ocasional, tal vez no sean graves. Otros efectos secundarios, como inflamación de la garganta y la lengua o lesión del hígado, pueden ser potencialmente mortales.¹⁸

Si bien existen reacciones adversas ya habladas, es un porcentaje menor de personas que abandonan el tratamiento por este motivo, ya que llega el tiempo de adaptación. Sin embargo, se debe dar la debida importancia a estos factores limitantes de reacciones adversas.

No solo existen factores de mala adherencia por las reacciones adversas al tratamiento, sino también intervienen otros factores como los sociopersonales que se muestran en la siguiente subcategoría:

Evidencias de factores sociopersonales del paciente para una mala adherencia al tratamiento retroviral

La enfermera nos manifiesta también con preocupación sobre el grupo que no presenta una adherencia al tratamiento, de esta manera:

“...algunos dejan el tratamiento, un 30% o 40% aproximadamente... Otro factor que influye en el incumplimiento del tratamiento es que algunos trabajan lejos y se les dificulta en ir a la estrategia... Otro factor es que algunos salen tarde del trabajo es por ello que postergan sus citas para otros días.”
(Enfermera Bety)

“...hay pacientes que abandonan el tratamiento porque se sienten mejor, pero lamentablemente cuando regresan la carga viral aumento y no se puede hacer mucho por ellos... Yo creo que el problema que más dificulta este tratamiento es que el paciente no toma conciencia de la enfermedad que tiene... recaen regresan al tratamiento... solamente vienen por los efectos momentáneos que tienen, por las diarreas, las sudoraciones, porque se enferman de gripe, ya que las defensas están bajas son susceptibles a todas las enfermedades...”
(Enfermera Lucy)

En el mismo sentido, corroboran algunos pacientes que pertenecen a la estrategia de PROCITS:

“No he estado tomando el medicamento conforme el Dr. me había indicado, desde febrero no tomo tratamiento. He sido irregular... por mi hijita que vive lejos, el tema de mis estudios y tiempos.” (Treyci)

“He estado tomando de forma impuntual, pasándome minutos.”(Lucas)

*“...al comienzo me olvidaba o no tomaba la hora, por el trabajo ... Lo que me impide el cumplimiento es que como trabajo en la noche a veces me quedo dormido y me levanto tarde luego que ya paso la hora de tomar la pastilla.”
(Pedrito)*

*“...en enero estaba con un horario de trabajo que no podía llegar a tiempo a veces media hora se me pasaba por eso se complicó con mi carga viral...”
(Genaro)*

“No he estado cumpliendo, he estado llevando una vida desordenada, hace 5 años que me diagnosticaron, no tomaba la medicina correctamente... Lo que me impedía seguir con el tratamiento es que salía mucho a la calle, tomaba, me drogaba, pero ya no, he prometido que voy a cumplir para rehacer mi vida.” (Carloman)

“No he estado tomando el tratamiento puntual... mi hija estuvo hospitalizada porque se quemó con el agua hervida y me hospitalicé con ella y ya no pude venir a la cita.” (Azucena)

“Al principio no comencé bien el tratamiento por que un día lo tomaba y otro día no... Hace 6 años que me diagnosticaron solo una vez he abandonado el

tratamiento... Tuve problemas con mi pareja y decidí no tomar los medicamentos, quise que me llegara más rápido la muerte...” (Marcia)

“...Lo que me impide a veces que no cumpla con el tratamiento es por el trabajo o alguna emergencia... hay días que a veces me paso de la hora...” (Simon)

“...al principio si me descuidaba se me pasaban algunos minutos y por eso bajo mi rendimiento y me tuvieron que cambiar la medicina y ahora soy más estricto con eso...” (Hugo)

“Yo comencé en Lima el tratamiento y una vez lo abandone porque vine aquí y ya no regrese de Lima... a veces me paso un poco el tiempo porque soy evangélico y salgo a predicar...” (Gilber)

“...me diagnosticaron VIH a los 15 años, si lo abandone porque no sabía mi mamá...” (Claudia)

“El tiempo de estudio de mis hijos, eso puede ser un problema que impida.” (Lili)

La mala adherencia al TARGA es un problema de salud pública y significa un reto para el equipo de salud, sobre todo para el personal de enfermería quien brinda un cuidado amable a cada paciente y es quien más cerca está a este.

Pero que hace que el paciente tome la decisión de no adherirse a este tratamiento que le brinda una mejor calidad de vida, como ya lo menciona la enfermera de este programa existen diversos factores como el factor tiempo, por el trabajo, los efectos secundarios al tratamiento en primera instancia, el bienestar momentáneo que sienten y la falta de sensibilización hacia su enfermedad. Sin embargo, el personal de enfermería debe buscar

estrategias y posibles soluciones para poder llegar a estos pacientes y cambiar esta mala adherencia a una adherencia a su tratamiento.

Por otro lado, las evidencias que se recibieron por parte de los pacientes de la estrategia nos manifiestan que las reacciones que acompañan a este tratamiento pueden tomarse también como barreras de adherencia, el estilo de vida que llevan, problemas familiares y sentimentales, cambio de residencia, pero en la mayoría se evidencia el factor trabajo, atribuyen que muchas veces por su trabajo no pueden tomar a tiempo el medicamento. Muchos de los pacientes han abandonado por lo menos una vez el tratamiento, poniendo en riesgo su bienestar y sobrevida.

Cuando un paciente abandona el tratamiento puede deberse a diversas razones; es cuando el personal de salud debe tomar consciencia y realizar un seguimiento; sin embargo, la enfermera realiza su trabajo básicamente en el establecimiento de salud solo para cumplir la estrategia, así se muestra en la categoría siguiente.

EL TRABAJO INTRAMUROS DE LA ENFERMERA Y LA MALA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES

Entender la adherencia al tratamiento del paciente y de los profesionales es un proceso complejo que va desde un cumplimiento y seguimiento del tratamiento prescrito, incluyendo la participación del paciente en la definición de su plan de cuidados, la búsqueda de bienestar y salud, factores representados por los cambios en el estilo de vida, incluyendo asistir a citas médicas y un mayor control de la medicación. Esto indica que la adherencia al tratamiento se debe considerar una cuestión multifactorial por el equipo de enfermería. Esto significa que el uso de las estrategias implementadas por las enfermeras para mejorar la adherencia al tratamiento puede tener un efecto positivo.

En los discursos apuntan a la necesidad de una atención especial a los cuidados enfermeros para los pacientes que asisten a la estrategia de PROCITS y su entorno social, mediante la implementación de estrategias para mejorar la adherencia y el autocuidado del paciente y por lo tanto, su calidad de vida.

De esta forma, el personal de enfermería nos relata lo siguiente:

“... Nosotros tenemos un grupo de WhatsApp a nivel nacional que sirve para comunicarnos con las demás enfermeras que están encargadas de la estrategia de PROCITS a nivel nacional, ahí nos informamos de todo sobre los pacientes.” (Enf. Bety)

“Nosotros manejamos un directorio con todos los pacientes con TARGA y tenemos un celular propio del servicio, que sirve cuando los pacientes no pueden venir llamen y reprogramarlos, y para hacer seguimiento cuando el paciente no llega lo llamamos para ver los motivos de su inasistencia” (Enf. Lucy)

“Paciente que no llega a su cita después de un mes ya lo consideramos abandono.” (Enf. Lucy)

“No asistimos a los domicilios de los pacientes, no hacemos visitas domiciliarias. El contacto con el paciente solo es en la estrategia de PROCITS.” (Enf. Bety)

“En caso de que el paciente no llegue a tomar su tratamiento, tratamos de irnos a los extremos, buscar en RENIEC si el paciente esta fallecido...” (Enf. Bety)

“... muchas veces se pierden rastros de ellos puesto que se van a otro lugar y no informan...” (Enf. Bety)

El profesional de enfermería desarrolla un papel esencial, con una dedicación plena a la atención integral del paciente con VIH/SIDA. Es importante que entre el equipo asistencial y el enfermo llegue a conseguirse una relación de confianza, accesibilidad, confidencialidad y flexibilidad en todo momento.

El seguimiento al tratamiento antirretroviral es una arista de la atención al paciente con VIH/SIDA que tiene un abordaje multidisciplinar y en el que el profesional de enfermería, durante su desempeño coherente y flexible, debe lograr actitudes que favorezcan índices elevados de adherencia terapéutica, como se evidencia en la siguiente categoría:

INICIANDO LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA ESTRATEGIA

Regina Waldow, define el cuidado en Enfermería como “todos los comportamientos y actitudes que se demuestran en las acciones que le son pertinentes, o sea, aseguradas por derecho, y desarrolladas con competencia para favorecer las potencialidades de los sujetos a quienes se cuidan (incluyendo su familia), para mantener o mejorar la condición humana en el proceso de vivir y morir”¹⁹

Al respecto, Watson refiere que el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona.²⁰

El cuidado enfermero en cualquier nivel de complejidad y de atención a la salud es llevado a cabo siguiendo en muchos casos las normas y protocolos, por ello en este estudio se verifica que la enfermera lleva a cabo intervenciones, tal como aparece en la sub categoría.

Iniciando un buen trato enfermero

Algunos pacientes manifiestan que la enfermera realiza pocas intervenciones, pero son amables, tal como se muestra en los siguientes discursos:

“Casi no hay ayuda de la enfermera, te pueden dirigir, pero no tanto. La psicóloga antes me aconsejaba. Solo cuando me diagnosticaron al principio si me guio la enfermera.” (Louis)

“Aquí no he recibido ninguna consejería...” (Juanjo)

“La ayuda de la enfermera es buena es amable, no he recibido consejería.” (Pedrito)

“A mí me detectaron en el centro de salud..., estuve con TBC y ahí me detectaron el VIH. Yo me quise matar cuando me enteré, pero las enfermeras de ahí me aconsejaron, me ayudaron bastante...” (Carloman)

“La enfermera me ayudo en algo al inicio.” (Joselo)

“Prácticamente, nos ayuda a complementar el bienestar de cada uno de los pacientes, usuarios de la enfermedad que padecemos.” (Nino)

“Me ayuda a no decaer, me aconseja y es algo para mí que me ayuda a mejorar.” (Marti)

“Me ayuda en ir a sacar mis formatos, me pesa, no me da consejerías, me ha mencionado temas de prevención ni bien ingrese.” (Juanca)

“La enfermera me ayuda a calmar y en mi bienestar. Aquí todo el personal me trata bien.” (Floren)

“La enfermera me aconseja en cumplir puntualmente mi tratamiento.” (Lucas)

“La enfermera da buen trato.” (Josefa)

“La atención con la enfermera es buena. Brinda consejería” (Carla)

“Las enfermeras son puntuales conmigo, nos brinda consejos.” (Piero)

“Bueno por el momento la enfermera nos tiene paciencia, sabe entender y nos da consejos, había otra enfermera que me enseñaba a como tomar los medicamentos.” (Sergio)

“La enfermera es amable en el trato.” (Liz)

“La enfermera si me trata bien...” (Juana)

“La enfermera si da buen trato...” (Diana)

“Yo cuando comencé baje bastante de peso y la psicóloga me ayudo junto con la enfermera.” (Kike)

“La enfermera es muy solidaria, siempre trata de ayudarnos, esta de un papeleo a otro y nos manda a donde tenemos que ir, son amables.” (Pancho)

“La enfermera me ha tratado bien siempre.” (Fabiana)

“La enfermera me trato bien me hizo sentir que no soy la única, mi estado de ánimo comenzó a subir y me indico sobre el tratamiento.” (Julián)

“La enfermera me trata bien siempre que llego a la cita me pregunta como estoy, ve si he bajado de peso, si he baje me pregunta por que baje, me aconseja.” (Milagros)

La enfermería se centra en el cuidado de la salud y de la vida, hacia esa pretensión se encaminan los esfuerzos y trabajos que se realizan para la atención de los sujetos de cuidado⁷.

Una función importante del cuidado de la enfermera es la administración de medicamentos

es por ello que, el personal de enfermería va a influir en la adherencia al tratamiento terapéutico⁸.

Al respecto, la enfermera realiza diversas actividades al momento del contacto directo con el paciente, según la NTS N° 097 - MINSA/DGSP-V.02, siendo algunas de ellas brindar educación sanitaria y orientación al paciente, familia y agente de soporte, aplicación del proceso de atención de enfermería, brindar consejería en prevención positiva y soporte, seguimiento de la adherencia al TARGA, la respectiva valoración de todas las necesidades de la persona atendida, puesto que los pacientes con la enfermedad de VIH muestran cierto recaudo y timidez al ser intervenidas por un profesional de la salud, es importante valorar minuciosamente y discretamente al paciente para así poder brindar un cuidado humanizado acorde a la necesidad alterada.

Según Bermejo²², la percepción del paciente se refiere a cómo éste estima que la organización está cumpliendo con la entrega del servicio, de acuerdo a cómo él valora lo que recibe mientras que las expectativas del paciente definen lo que espera que sea el servicio que entrega la organización. Esta expectativa se forma básicamente por sus experiencias pasadas, sus necesidades conscientes, comunicación de boca a boca e información externa. A partir de aquí puede surgir una retroalimentación hacia el sistema cuando el cliente emite un juicio.²¹ Es así que cada intervención que realiza la enfermera con el paciente tiene un significado importante y perdurable en este.

El profesional de enfermería es cuidador directo de los pacientes, es por ello que la atención, el buen trato, la amabilidad entre otras cualidades se incluyen para brindar un cuidado humanizado y así lograr una mejor calidad de vida en la persona cuidada.

Bermejo, también nos habla que la lamentación por la deshumanización es una cuestión universal y que se refiere no sólo al ámbito de la intervención social, sino a la complejidad

de realidades que afectan a la vida humana. Humanizar el mundo de la salud y la dependencia pasa por incidir no sólo en el diseño y desarrollo de programas que salgan al paso de las necesidades materiales no cubiertas en muchas personas, sino por incidir también en la salud y autonomía de las relaciones, en el respeto de los valores, en el manejo de los sentimientos de frustración y de pérdida, en el potenciamiento de la autopercepción, etc.²²

Es así que la enfermera debe brindar un cuidado humanizado al paciente, lo cual incluye diversas cualidades y actividades, para que la persona cuidada pueda sentir una buena relación de enfermera- paciente y por consiguiente expresar sus necesidades con confianza y se pueda brindar el cuidado correspondiente, sobre todo a estas personas que padecen la enfermedad del VIH, ya que muchas veces presentan factores limitantes para con su tratamiento, sin darlo a notar; sin embargo, se puede notar que la enfermera procura convencer al paciente sobre su tratamiento, tal como se muestra.

Concientizando para asumir un esquema de tratamiento retroviral

EL MINSA en la “Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)”²³, nos establece los diferentes esquemas con el cual el personal de salud debe cumplir al brindar el TARGA.

Así nos relata la enfermera a cargo de la estrategia en relación a la presente categoría:

“...brindamos consejería de soporte, relacionado con el cumplimiento de su tratamiento, la hora que toma su medicamento... A pesar de que se les explica cuáles son las consecuencias por la falta de cumplimiento del tratamiento... El tratamiento que se brinda es gratuito para todos los pacientes, tengan o no tengan SIS.” (Enfermera Bety)

“...Si ellos fueran conscientes de la enfermedad que tienen así se sientan mejor deben venir a sus citas y tratamiento, y evitar que les pase algo.” (Enfermera Lucy)

De la misma forma, lo manifiestan ciertos pacientes que pertenecen a la estrategia de PROCITS:

“Tengo que cumplir con el tratamiento y superarlo...” (Alex)

“...cumpló mi tratamiento por mi bienestar y el de mis hijos.” (Jhen)

“... pero mis hijos me han dicho que tengo que retomar mi tratamiento y yo ya quiero volver porque quiero estar en la graduación de mis hijos...” (Carloman)

“...ahora quiero vivir más por mis hijas.” (Marcia)

“Ahora con el apoyo de mi familia me apoyo más en el tratamiento y todo va bien..” (Lupe)

“Uno tiene que seguir por que es su vida y no me impide en nada seguirlo porque yo hago gimnasia, corro y no me impide nada.” (Hugo)

“No tengo ningún problema para tomarla porque pongo mis alarmas en el celular y dejo la pastilla visible porque toda mi familia ya sabe.” (Lego)

Diagnosticada la enfermedad en el paciente se procede a indicar el tratamiento correspondiente, las enfermeras nos relatan sobre las actividades que realizan y normas establecidas, también de una cifra importante de pacientes que no se adhieren al tratamiento.

En relación con los pacientes las evidencias mostradas dan a notar la importancia de la familia y de su calidad de vida como motivación para seguir el tratamiento retroviral, temen la pronta llegada de la muerte y las implicancias que conlleva esto. Su aferra a la vida y

estrategias que utilizan para hacer posible la toma correcta de sus medicamentos; sin embargo, son pocas las personas que lo dan a conocer, la enfermera nos habla de un agente de soporte el cual ayudará al paciente en el proceso de adaptación y esto se corrobora con la afirmación de los pacientes, que su soporte lo constituye su “familia”.

Cuando los pacientes son conscientes y responsables de hecho se produce la adherencia al tratamiento y esto felizmente se produce en varios pacientes del estudio.

La visión intramuros de la enfermera puede deberse a muchos factores, sin embargo, la humanización del cuidado incluye un cuidado integral con visión holística.

El cuidado enfermero debe estar en todo momento por su trato humano y sobre todo mediada por la relación de ayuda donde habrá la cordialidad, la empatía y la comunicación enfermera-paciente, donde la enfermera no solo informará, educará; sino que deberá saber callar, saber escuchar, ser auténtica; en síntesis respetar a las personas por su dignidad, por lo que la enfermera es una persona que cuida personas.

CAPÍTULO

V

CONSIDERACIONES FINALES

El equipo de salud está integrado por médico, enfermera, psicólogo y técnico de enfermería; se encarga de dar asistencia técnica en el manejo de los pacientes con infección por VIH, siendo responsables de definir el uso de antirretrovirales para los esquemas de rescate. Existe un proceso por el cual debe pasar un paciente con VIH, desde un tamizaje, hasta el establecimiento de un tratamiento específico. La enfermera tiene la responsabilidad para detectar problemas que este teniendo el paciente que obstaculicen el correcto tratamiento y poder derivar donde corresponda. Es por esto que realiza consejerías, y brinda apoyo en el tratamiento que llevarán a lo largo de su vida.

El cuidado enfermero en cualquier nivel de complejidad y de atención a la salud es llevado a cabo siguiendo en muchos casos las normas y protocolos. En la presente investigación queda en evidencia que si bien hay un buen trato, amabilidad entre otras cualidades, la falta de intervenciones incluidas en la norma técnica de la estrategia hace que no sea un cuidado humanizado completo; así mismo la calidad de atención de enfermería es diferentemente brindada por el personal. Los pacientes que son conscientes de llevar y cumplir el tratamiento atribuyen su cumplimiento al apego por su familia y por iniciativa propia, en bienestar de ellos mismos.

La buena adherencia al tratamiento retroviral es sin duda un punto a favor de la calidad y duración de vida. Se evidenció que dentro de los factores que influyen positivamente es la buena respuesta inmune que existe al tratamiento, la buena calidad de vida que llevan, la practicidad del nuevo medicamento “ATRIPLA” y la alta responsabilidad en el horario de toma de medicamentos de cada paciente que recibe el tratamiento.

La mala adherencia al TARGA es un problema de salud pública y significa un reto para el equipo de salud, en la investigación se dio a conocer dos importantes factores evidenciados;

uno de ellos es las reacciones adversas que trae consigo al inicio del tratamiento, que se mantiene hasta la adaptación del cuerpo humano a los medicamentos; y el factor más predominante es el sociopersonal, donde los pacientes atribuyen la baja adherencia por el motivo de trabajo, estilos de vida que llevan y problemas personales. Dándose conocer por las enfermeras que un 30 a 40% de la población de este establecimiento no son adherentes sin contar los casos no detectados aún.

El profesional de enfermería debería desarrollar un papel esencial, con una dedicación plena al cuidado integral del paciente con VIH/SIDA. En la observación directa se identificó en su mayoría la falta de atención enfermera correcta, ya que se volvió dirigida a trámites y documentación. Puesto que el profesional de enfermería, durante su desempeño coherente y flexible, debe lograr actitudes que favorezcan índices elevados de adherencia terapéutica. Así también se evidenció que no es suficiente una comunicación telefónica fallida, el seguimiento por los pacientes no adherentes es primordial no solo para el establecimiento sino también para la población regional en general.

Finalmente, el cuidado enfermero debe ser a la persona pandimensional y de forma integral con visión holística.

RECOMENDACIONES

- Al personal de enfermería reflexionen sobre los resultados de este estudio y mejoren su cuidado a fin de lograr la humanización y a la vez mejorar la adherencia retroviral, no solo en la mayoría, sino en un 100 % de la población que pertenece a dicha estrategia.
- Se recomienda al equipo multidisciplinario realizar mayor coordinaciones en la atención del paciente con VIH, formular estrategias y posibles soluciones en conjunto para mejorar la adherencia del tratamiento de los pacientes no adherentes.
- A los pacientes que pertenecen a la estrategia de control del VIH del establecimiento, seguir la adherencia de su tratamiento retroviral, acercarse sin temor al personal de enfermería cuando estén presentando problemas acerca del tratamiento u otro factor limitante, para que juntos logren consolidar una posible solución.
- Se recomienda a las personas ya diagnosticadas con VIH que no pertenecen a una estrategia, asistir a un hospital a recibir la información acerca de la estrategia correspondiente, asumir un tratamiento específico y comenzar con este.
- A las entidades correspondientes difundir los resultados de esta investigación, para poder contribuir a la mejora de las estrategias de control de VIH en los diferentes establecimientos que la ejecutan.
- A la facultad de enfermería utilizar los resultados como insumo en asignaturas a fin de reflexionar sobre estos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. La OMS pide actuar contra la amenaza de la farmacorresistencia del VIH. [citado 25 de noviembre 2016]. Actualizado 2016. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/detail/20-07-2017-who-urges-action-against-hiv-drug-resistance-threat>
2. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). Información básica sobre el VIH. Citado 25 de noviembre 2016. Actualizado 2016. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/factsheet/2008/20080519_fastfacts_hiv_es.pdf
3. Situación del VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico Mensual Octubre 2017. Perú: Ministerio de Salud, Centro Nacional de Epidemiología, prevención y control de Enfermedades. 2017. Disponible en: https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2017/octubre.pdf
4. Universidad de Cantabria. La adherencia al tratamiento. Citado 25 de noviembre 2016. Disponible en: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema_14.pdf
5. Organización Mundial de Salud (OMS).VIH/SIDA. [Citado 18 Noviembre 2016]. Actualizado 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
6. Varela Arévalo M, Hoyos Hernández P. La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. Rev. salud pública. 17 (4): 528-540, 2015. Citado el 20 de noviembre del 2016. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v17n4/v17n4a04.pdf>

7. Lagoueyte Gómez María. El cuidado de enfermería a los grupos humanos. SCielo [Revista en línea]. Rev Univ Ind Santander Salud. 2015; 47(2):209-213. [Citado 18 Noviembre 2016]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072015000200013
8. ELSEVIER. Atención primaria. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. [Citado 18 Noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-persistencia-terapeutica-causas-consecuencias-S0212656709001504>
9. Ciencias Psicosociales I. [Citado 18 Noviembre 2016]. Disponible en: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema_14.pdf
10. Organización Mundial de Salud (OMS). Temas de salud. VIH; citado 18 Noviembre 2016. Disponible en: http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/
11. GüellDurán A. LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PERSONAS VIH/SIDA. UN ABORDAJE DESDE LA PERSPECTIVA DEL TRABAJO SOCIAL. Costa rica. [Citado 25 noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/v27n642002/art1.pdf>
12. Nam.aidsmap. Medicamentos contra el VIH. 2012. Segunda Edición. [citado 25 Noviembre 2016]. 2009 Disponible en: http://www.aidsmap.com/v634467753923330000/file/1004266/anti_hiv_drugs_SP_A_pdf.pdf
13. Organización mundial de la salud, organización panamericana de la salud definición de la OMS de caso de infección por el VIH a efectos de vigilancia y revisión de la estatificación clínica y de la clasificación inmunológica de la enfermedad relacionada

- con el VIH en adultos y niños. Washington. [citado 25 Noviembre 2016]. 2009
Disponible en:
http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/DEFINICION_ESTADIFICACION2.pdf
14. Programa nacional ITS/VIH. Infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Pautas para diagnóstico, monitorización y tratamiento antiretroviral. [Citado 18 Noviembre 2016]. Actualizado 2014. Disponible en:
http://www.infectologia.edu.uy/images/archivos/Guia_VIH_UY_2014.pdf
15. Organización Mundial de Salud (OMS). TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LA INFECCIÓN POR EL VIH EN ADULTOS Y ADOLESCENTES. Edición 2010. [Citado 18 Noviembre 2016]. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44539/1/9789243599762_spa.pdf
16. La investigación Cualitativa. [Citado 18 Noviembre 2016]. Disponible en:
<https://juanherrera.files.wordpress.com/2008/05/investigacion-cualitativa.pdf>
17. Polit B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 5ta ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2010
18. Fernández Núñez L. Fichas para investigadores: ¿Cómo analizar datos cualitativos? Ficha 7. Octubre, 2006. [Citado 18 Noviembre 2016]. Disponible en:
<http://www.ub.edu/ice/recerca/pdf/ficha7-cast.pdf>
19. Cuidado de Enfermería. [Citado 18 Noviembre 2016]. Disponible en:
<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v23n4/pdf/9478.pdf>
20. Báez Francisco, Nava Vianet, Ramos Leticia, Medina Ofelia. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Rev. VOL. 9, Nº 2 - chía, Colombia. Agosto 2009. [Citado 18 Noviembre 2016]. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n2/v9n2a02.pdf>

21. Bermejo, José Carlos. El compromiso de la humanización. [Citado 18 Noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.josecarlosbermejo.es/el-compromiso-de-la-humanizacion-en-las-instituciones-sociosanitarias/>
22. Bermejo, José Carlos. La intervención en la humanización. [Citado 18 Noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.josecarlosbermejo.es/humanizar-la-intervencion-social-implicaciones-en-la-persona/>
23. Ministerio de Salud. NTS N° 097 - MINSA/DGSP-V.02 “NORMA TÉCNICA DE SALUD DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)”. [Citado el 25 de junio 2017]. Disponible en: http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Normatividad/2014/RM_962-2014.pdf
24. InfoRed.Sida. ATRIPLA (efavirenz + emtricitabina + tenofovir). 2012. [Citado el 20 de setiembre del 2018]. Disponible en: http://www.aidsinfont.org/uploaded/factsheets/64_spa_439.pdf

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL
"PEDRO RUIZ GALLO"
FACULTAD DE ENFERMERÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente Yo,, acepto participar de forma voluntaria en la investigación titulada: "CUIDADO ENFERMERO A PERSONAS CON VIH Y SU ADHERENCIA AL TRATAMIENTO RETROVIRAL, EN UN HOSPITAL DEL MINSA – CHICLAYO, 2018", cuyo objetivo es analizar y comprender el cuidado enfermero y la adherencia al tratamiento retroviral en personas con VIH, que asisten a un hospital del MINSA, Chiclayo; estando de acuerdo con la utilización de los datos de la entrevista para los fines de la investigación.

Declaro que fui informado de los siguientes aspectos:

1. Mi participación será veraz, espontánea y que concordamos con la utilización de datos de nuestra entrevista para fines de la investigación.
2. Las informaciones obtenidas serán tratadas bajo absoluto secreto, anonimato y fielmente relatadas por los investigadores.
3. Que los investigadores estarán disponibles para cualquier aclaración que sea necesario respecto al asunto abordado.
4. Que la información brindada será utilizada sólo para fines de trabajo científico.
5. Que tendré el derecho de retirar el consentimiento para mi participación cuando lo desee.

Confiando plenamente, que todo lo expresado en esta entrevista será de estricta confidencialidad entre encuestado y los investigadores.

Firma del entrevistador

Firma del entrevistador

Firma del entrevistado

DNI:



UNIVERSIDAD NACIONAL
"PEDRO RUIZ GALLO"
FACULTAD DE ENFERMERÍA



GUÍA DE ENTREVISTA

“CUIDADO ENFERMERO A PERSONAS CON
VIH Y SU ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
RETROVIRAL, EN UN HOSPITAL DEL MINSA –
CHICLAYO, 2018”

I. Aspectos informativos

- 1.1. Fecha:
- 1.2. Edad:
- 1.3. Sexo:

II. Pregunta norteadora

- 2.1. Relátame el día a día de sus actividades en la estrategia de VIH, en la que labora.
- 2.2. Relate usted sobre el cumplimiento de los pacientes al tratamiento de VIH.
- 2.3. ¿Cuáles son los efectos secundarios y problemas que más dificultan su cumplimiento con el tratamiento?



UNIVERSIDAD NACIONAL
"PEDRO RUIZ GALLO"
FACULTAD DE ENFERMERÍA



GUÍA DE ENTREVISTA

“CUIDADO ENFERMERO A PERSONAS CON
VIH Y SU ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
RETROVIRAL, EN UN HOSPITAL DEL MINSA –
CHICLAYO, 2018”

I. Aspectos informativos

- 1.1. Fecha:
- 1.2. Edad:
- 1.3. Sexo:

II. Pregunta norteadora

- 1. ¿Puede relatarme el cumplimiento en el tratamiento retroviral?
- 2. ¿Nos comenta sobre la ayuda que le brinda la enfermera de la estrategia a la que acude?
- 3. ¿Cuáles son los efectos secundarios más comunes que presenta el tratamiento que se le brinda? ¿Qué problemas le impiden el cumplimiento de su tratamiento?