

UNIVERSIDAD AUTONOMA "JUAN MISAEL SARACHO"

SECRETARIA DE EDUCACION CONTINUA

DIRECCION DE POSGRADO

POSGRADO EN SALUD



MAESTRÍA EN "SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN GERENCIA Y ECONOMÍA DE LA SALUD"

**Factores de la no Adherencia a la Terapia Antirretroviral, Centro de Salud
18 de marzo gestión 2016**

Por

Cristian Espinoza Avalos

Trabajo de investigación presentado a consideración de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho, como requisito para la obtención del título de Master en "Salud Publica con Perfil en Gerencia y Economía de la Salud"

Santa Cruz– Estado Plurinacional de Bolivia

2018

APROBADO

TRIBUNAL:

.....

.....

.....

POST GRADO EN SALUD

LUGAR Y FECHA: _____

DEDICATORIA

A mi esposa e hijos que son mi mayor tesoro, fortaleza e inspiración para poder alcanzar cada uno de mis objetivos propuestos.

A mi familia por su apoyo incondicional, en especialmente a mi padre por su amor recibido en cada una de las etapas de la vida

A los pacientes con VIH/Sida, que se convirtieron en la fuente de inspiración para fortalecer mi trabajo con responsabilidad y compromiso social.

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la vida y guiar mis pasos hacia la fuente del saber y continuar mi vida profesional en bien de la sociedad “al cuidado de la más bella creación de Dios que el ser Humano”

A la Universidad, por brindarnos la oportunidad de ampliar nuestros conocimientos profesionales

A los diferentes Docentes y Tutores, por su gran calidad humana al impartirnos sus experiencias en cada uno de los módulos aprendidos.

Al Centro de Salud 18 de marzo, por brindarnos el apoyo para llevar el presente trabajo de investigación, y por ende a cada uno de los pacientes que son el motivo de estudio.

A las Instituciones (RED-VIDA, CDVIR, SEDES), por brindarme todo su apoyo en el desarrollo del presente trabajo de investigación.

GLOSARIO

3TC	.....	Lamivudina
ABC	.....	Abacavir
ADN	.....	Acido Desoxirribonucleico
ASC	.....	Área de Superficie Corporal
ARN	.....	Ácido Ribonucleico
ARV	.....	Antirretrovirales
AZT	.....	Zidovudina
CD4	.....	Linfocito T con receptores CD4
CV	.....	Carga viral
CDIVIR	.....	Centro Departamental de Vigilancia y Referencia
EFV	.....	Efavirenz
Hb.	.....	Hemoglobina
INH	.....	Isoniacida
IO	.....	Infección oportunista
IP	.....	Inhibidor de proteasa
IP/r	.....	Inhibidor de proteasa reforzado con baja dosis de Ritonavir
ITRN	.....	Inhibidor de Transcriptasa Reversa Análogo de Nucleósidos
ITRNN	.....	Inhibidor de Transcriptasa Reversa No Análogo de Nucleósidos
LCR	.....	Líquido Cefalorraquídeo
LPV/r	.....	Lopinavir con baja dosis de Ritonavir
NVP	.....	Nevirapina
OMS	.....	Organización Mundial de la Salud
OPS	.....	Organización Panamericana de la Salud
PVVS	.....	Pacientes que Viven con el Virus del Sida
SEDES	.....	Servicio Departamental de Salud
SIDA	.....	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SNC	.....	Sistema Nervioso Central
SIRI	.....	Síndrome Inflamatorio de Reconstitución Inmune
TARV	.....	Terapia antirretroviral
TB	.....	Tuberculosis
TB -MDR	.....	Tuberculosis Multidrogo Resistente
VIH	.....	Virus de Inmunodeficiencia Humana

ATV Atazanavir
ATV/r Atazanavir/ ritonavir
DDI Didanosina
TDF Tenofovir Disoproxil Fumarato
TEL Tenofovir/Efavirenz/Lamivudina (Combinado)
DRV Darunavir
RAL Raltegravir

ADHERENCIA TERAPEUTICA: La adherencia terapéutica es la capacidad de las (os) PVVS de involucrarse decididamente en la elección, inicio y control de la Terapia Antirretroviral (TARV), de tal manera que pueda cumplir rigurosamente cada una de sus etapas hasta conseguir la efectiva supresión de la replicación viral.

LINFOCTO T CD4: Comúnmente referidos como CD4, es parte de la familia de linfocitos T, y ocupa el rol de incrementar los niveles normales son de linfocitos, los valores de los CD4 son de 500 a 1.500 ce/mm³, participan en la respuesta inmunológica y son indispensables para el sistema de defensa.

RESUMEN

Con el objetivo de determinar los factores que predisponen a de la no adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes que viven con VIH que acuden al Centro de Salud 18 de marzo, se realizó esta investigación el año 2016.

El tipo de estudio efectuado fue descriptivo, analítico y longitudinal.

Para ello se realiza una encuesta a 105 pacientes que asistieron en los diferentes meses de la gestión 2016, y se revisaron 148 historias clínicas.

Los resultados obtenidos muestran que los factores de la no adherencia terapéutica en pacientes con VIH, que asistieron al Centro de Salud 18 de marzo como Centro Desconcentrado de la Red de Salud Este del Área Urbana, de la Ciudad de Santa Cruz de la Sierra fueron:

- ❖ Dificultad en la accesibilidad al servicio de salud
- ❖ La falta de estrategias que le permitan recordar la toma diaria de su tratamiento antirretroviral
- ❖ El olvido en la toma de su TARV, varias veces al mes

Palabras claves

No adherencia Terapéutica a los antirretrovirales (TARV)

Persona que vive con el virus del VIH (PVV)

CAPITULO I

I.- INTRODUCCION

El VIH es una enfermedad infecciosa, transmisible, crónica, aun no curable que cuenta con una terapia para preservar el sistema inmológico y mejorar la calidad de vida del paciente.

Se han venido realizando innumerables esfuerzos a nivel mundial y nacional para hacer frente a este problema de salud, de esta manera es que los 191 estados miembros de las Naciones Unidas, se han propuesto lograr para el año 2015 los denominados Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

En Bolivia el año 1984 que se registró el 1er caso de VIH-SIDA, la prevalencia es de 0,1% , a través de la Resolución Secretarial N° 0660 que afines de 1995 entro en vigencia, fue la primer Norma Nacional para la prevención y vigilancia del VIH y SIDA con temas referidos al diagnóstico, la atención integral de las PVS, la toma y el procedimiento de las muestras, el seguimiento a los contactos, la investigación de los derechos y deberes de las personas y la participación comunitaria, además de las sanciones. La cual constaba de XI capítulos y 65 artículos.

A través de la Resolución Ministerial No 0711 en la ciudad de La Paz, en noviembre del 2002, se aprueba el Reglamento para la Prevención y vigilancia del VIH/SIDA en Bolivia, en sus diez capítulos y sesenta y cinco artículos. Se abroga la Resolución Secretarial No 0660 del 27 de junio de 1995 y deroga todas las disposiciones contrarias a la presente Resolución del Ministerio de Salud y Deportes

Datos reportados por ONUSIDA estiman alrededor de 16.000 las personas con VIH/SIDA; mientras que los datos oficiales del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA a junio del 2014 revelan que las notificaciones de personas que Viven con VIH/Sida suman 12.041 (9.741 notificadas con VIH; 2.300 notificadas con Sida), de los cuales el 80% corresponden a infecciones por VIH-SIDA, y 20% corresponden a casos de SIDA. El 50% de los casos detectados en el país, el departamento de Santa Cruz representa el 55 % de los casos registrados, seguido de Cochabamba con 19%, la paz con 15%y el 11% en el resto del país, de los cuales el 62 % son varones y 38% son mujeres. Siendo los de mayor prevalencia en jóvenes de 17 a 35 años con 70% y la población adulta (entre 36 a 49 años) con un 30%

En el departamento de Santa Cruz en 1987 se detectó el primer caso de VIH-SIDA, el Servicio Departamental de Salud (SEDES) de la Gobernación del departamento, a través del Centro de Control de Vigilancia y Referencia de ITS/ VIH/SIDA (Cdvir- Santa Cruz) amplía el proceso de desconcentración de la atención en salud brindando a la población en general una atención integral con un trato digno al paciente e igualdad en sus derechos en (consulta, consejería psicológica, laboratorios y medicamentos para pacientes con VIH-SIDA), hacia las redes del Sistema de Salud del área urbanas y rurales siendo el departamento piloto que inicio como un proyecto del Cdvir Santa Cruz y que debido al alcance obtenido el Ministerio de Salud, replicara como propuesta a nivel nacional.

En Santa Cruz son 36 establecimientos de salud que realizan la atención y prevención del VIH-SIDA, del área urbana son Los Olivos, 18 de marzo, Perpetuo Socorro, Lazareto, entre los Hospitales se encuentran San Juan de Dios, francés, japonés, y en los establecimientos de las redes municipales de Montero, Warnes, Pailón, El torno y La guardia

En enfermedades crónicas como el VIH/SIDA, el apoyo a la Adherencia Terapéutica se constituye en un proceso clave para obtener los resultados esperados y mejorar la calidad de vida de los PVVS y de su entorno familiar.

Estudios epidemiológicos en este sentido demuestran que la Adherencia Terapéutica al tratamiento está vinculada a una serie de factores relacionados con las áreas cognitiva, emocional, comportamental, social, cultural y económica de los pacientes, motivo que ratifica la importancia de abordarlos. Hasta junio del año 2014 se han registraron 4.063 personas en terapia antirretroviral en Bolivia

La Ley N° 3729 para la Prevención del VIH/SIDA, Protección de los Derechos Humanos y Asistencia Integral Multidisciplinaria para las personas que viven con el VIH/SIDA, garantiza a este grupo de la población el ejercicio pleno de sus derechos y reafirma su inclusión social mediante el mandato de deberes. Valga decir que así como tienen derecho a recibir asistencia médica, al tratamiento integral multidisciplinario, al acceso a medicamentos

antirretrovirales, al tratamiento de enfermedades oportunistas, a la educación e información neutra, científica y oportuna sobre el VIH/sida y sus implicaciones, también tienen el deber de cumplir estrictamente las disposiciones contenidas en los protocolos médicos y epidemiológicos de seguimiento y tratamiento, principalmente en lo que se refiere a los controles laboratoriales y la adherencia al tratamiento

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1.- Descripción del problema

A nivel Nacional el programa de ITS/VIH/SIDA está vigente desde noviembre 2002 años, siendo una responsabilidad y aplicación de las normas por todo el personal del Sistema de Salud (público, privado y de la seguridad social).

En el Departamento de Santa Cruz se cuenta con el Programa de Departamental ITS/ VIH-SIDA, cuyo ende rector es el SEDES (Servicio Departamental en Salud), así mismo se cuenta con el CDVIR (Centro Departamental de Vigilancia y Referencia) dependiente del SEDES Santa Cruz

El CDVIR es considerado un centro concentrado en la atención en salud a pacientes con patologías ITS/ VIH-SIDA, el cual efectúa actividades de promoción y prevención, atención en consejería, diagnóstico y tratamiento, resaltando que toda atención brindada es completamente gratuita

Entre los principales aspectos negativos manifestados por los pacientes que asisten al CDIVIR debido a la alta demanda de atención medica fueron:

- ❖ Discriminación del entorno social debido a estigmatización de la sociedad al ser una institución que también brinda atención a pacientes de las diferentes identidades sexuales entre los de más congruencia GLBT, y trabajadoras (es) sexuales
- ❖ Demora en recibir atención en salud, debido al reducido número de personal médico disponible para la demanda diaria de la población
- ❖ Accesibilidad en relación a la distancia que deben de recorrer desde su domicilio
- ❖ Falta de atención médica integral en otras patologías secundarias a la patología de base

Debido a esta problemática identificada en el CDVIR Santa Cruz, se evaluó la necesidad descentralizar la atención de los pacientes, con el fin de proporcionar una mejora en la calidad de atención del paciente por el equipo de salud multidisciplinario de las diferentes redes de salud del departamento a

nivel urbano y rural, tomando como medida la pasantía en el programa con una duración de 2 semanas para el personal médico y una semana para el personal de enfermería, en los diferentes áreas de atención que brinda el CDVIR.

El Centro de Salud 18 de marzo actualmente funciona como centro desconcentrado del CDVIR, desde octubre del 2012, siendo un centro de Referencia para los 22 Centros de Salud que conforman la Red de Salud Este.

Con el objetivo de promover una mayor calidad y calidez de atención en el diagnóstico y seguimiento oportuno para contribuir a la adherencia por parte del paciente a los antirretrovirales el centro de salud 18 de marzo tiene como estrategias internas las siguientes:

- ❖ Actividades de promoción y prevención a la población en general a través de sesiones educativas de forma permanente, enfatizando los grupos de riesgo
- ❖ Consejería, pre consejería, realizado por la Licenciada Supervisora de Área, del Centro de Salud
- ❖ Pruebas de laboratorios para la detección oportuna y rápido resultado de muestra, así mismo la realización de laboratorios de seguimiento y estudios complementarios a bajo costo, en el caso de o contar con su carnet de seguro municipal
- ❖ Atención medica clínica a través de la Dispensación permanente y continua del TARV, administración de quimioprofilaxis con Isoniazida y clorimoxazol, se realiza en consultorio sin hacer fila para su atención
- ❖ Oferta los diferentes programas de salud dando como resultado una atención integral a las necesidades del PVV

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son los factores que contribuyen a la no Adherencia a la Terapia Antirretroviral en pacientes con VIH, que asisten al Centro de Salud 18 de marzo, en la gestión 2016?

III.- OBJETIVOS

3.1.- OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de la no adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH /SIDA que asisten al Centro de Salud 18 de marzo en la gestión 2016

3.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ Determinar las características generales de la población en estudio
- ❖ Identificar la carga viral y CD4 en pacientes con VIH que iniciaron Terapia Antirretroviral a través de la revisión historias clínicas
- ❖ Determinar los factores que contribuyen a la no adherencia terapéutica a los antirretrovirales en pacientes que asisten al centro de salud 18 de marzo.
- ❖ Determinar el nivel de conocimiento sobre la importancia al cumplimiento de la terapia antirretroviral en pacientes con VIH
- ❖ Identificar la percepción de los pacientes en relación a atención que brinda el personal del centro salud 18 de marzo

IV.- JUSTIFICACION

Como profesional en el área de la salud, a través del presente estudio se pretende evidenciar los beneficios que aporta la desconcentración del CDVIR en la atención y seguimiento a pacientes del programa ITS/VIH/Sida, en el departamento de Santa Cruz, así mismo identificar los factores que predisponen a la no adherencia Terapéutica a los antirretrovirales, entre otros evaluar la calidad en la atención médica que recibe los PVV por el equipo multidisciplinario de salud que trabaja en el centro de salud 18 de marzo.

Los resultados obtenidos serán socializados con el personal del centro de salud 18 de marzo y las autoridades responsables del Programa ITS/VIH/SIDA, con el fin de fortalecer la atención que brindan los centros desconcentrado.

Los beneficiarios directo del presente estudio es la población que vive con el VIH, siendo que el fin principal es la de mejorar la adherencia a los antirretroviral con el fin de tener mejor calidad de vida y evitar las muertes de la población afectada.

4.1.- Relevancia Científica

El presente trabajo de investigación permitirá mostrar los beneficios y resultados de la desconcentración del CDVIR, ya que hasta la fecha no existe un estudio realizado en el departamento de Santa Cruz, de esta manera permitirá a las diferentes redes de salud del departamento replicar estrategias utilizadas por el centro de salud 18 de marzo para coadyuvar en una mejora calidad de atención de los pacientes con VIH y por ende a la Adherencia a la Terapia Antiretroviral

4.2.- Relevancia Académica

Al finalizar el presente trabajo de investigación me permitirá adquirir mayor conocimiento para el desempeño de mis funciones laborales como licenciado en enfermería, aplicando las normas existentes vigentes sobre la atención a los pacientes con VIH, mejorando de sobremanera la atención en mi institución replicando los conocimientos adquiridos.

4.3.- Relevancia Social

Con el presente trabajo de investigación se tiene como objetivo aportar a la sociedad boliviana, y por ende al departamento de Santa Cruz, ya que hasta la fecha no existe ningún estudio de investigación que demuestre los beneficios de la desconcentración del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, para la adherencia al tratamiento, estrategia que debe ser implementada por los diferentes nivel de atención del sistema de salud en Bolivia, lo cual favorecerá a mejorar de sobremanera la calidad de vida de la población beneficiaria disminuyendo la estigmatización y discriminación del paciente.

CAPITULO

II

V- MARCO TEORICO

MARCO CONCEPTUAL

5.1.- VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

5.1.1.- Definición

El VIH es una enfermedad infecciosa, transmisible, crónica, aun no curable que cuenta con una terapia para preservar el sistema inmulógico y mejorar la calidad de vida del paciente.

5.1.2.- Concepto

El Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un miembro de la familia Retroviridae y pertenece al género Lentivirus, los cuales están relacionados con enfermedades que tiene largos periodos de evolución y producen enfermedades lentamente progresivas

Significado de la sigla VIH

VIH: es el virus causante de la enfermedad en esta etapa el paciente no presenta signos y síntomas

Virus: Es un agente infeccioso incapaz de sobrevivir por si mismo, así que éste necesita invadir una célula de un organismo vivo para vivir y poder multiplicarse.

Inmunodeficiencia: Es la disminución de la capacidad de defensas del organismo.

Humana: Significa que solo afecta a los seres humanos.

Significado de la sigla SIDA.

Se Denomina la sigla SIDA, al periodo o etapa en el que las defensas están bajas en el cuerpo, ocasionando enfermedades oportunistas (sintomático), es la sigla para denominar a un cuadro clínico, cuando la persona que en algún momento adquirió el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha bajado sus defensas y se encuentra vulnerable ante cualquier enfermedad infecciosa oportunista como ser tuberculosis, neumonía, toxoplasmosis, etc.

Síndrome: Conjunto de signos y síntomas.

Inmuno: Relacionado con el sistema de defensa del cuerpo contra las enfermedades.

Deficiencia: Indica que el sistema de defensa no funciona correctamente.

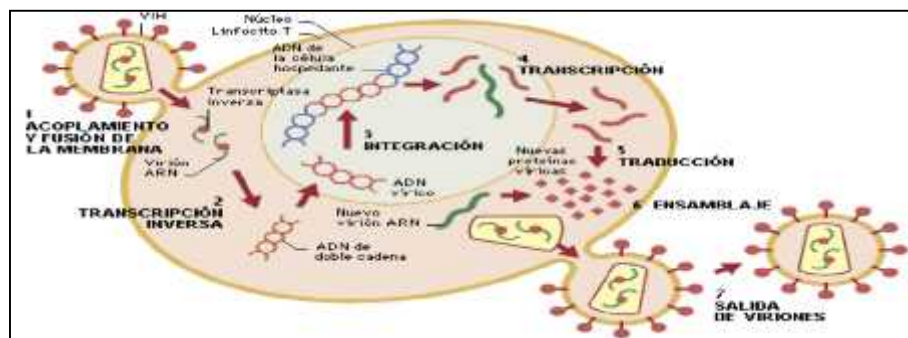
Adquirida: No es hereditario, sino provocado por un virus que se adquiere.

5.1.3.- Fisiopatología

El VIH ataca al sistema de defensa natural que tiene el cuerpo humano contra todo tipo de agresiones. Este sistema de defensa se llama Sistema Inmunológico y funciona mediante células sanguíneas blancas llamadas linfocitos. El VIH ataca principalmente a los linfocitos CD4.


Cuando el virus ingresa en el organismo, inyecta su propio material genético y los utiliza para hacer copias de sí mismo.

Cuando las nuevas copias del virus salen de las células a la sangre buscan a nuevas células para atacarlas, mientras que las células de donde salieron mueren.



Periodo Ventana

Es el tiempo que hay entre el momento de exposición al VIH y la producción de los anticuerpos contra el virus. Se necesita entre 3 a 9 meses para producir los anticuerpos contra el VIH. Esta fecha comienza a contarse a partir del momento que se tuvo la situación de riesgo. Hacerse la prueba antes de los 3 meses puede conducir a un resultado confuso o falso negativo

	<p>Prueba de VIH TEST RÁPIDO TEST ELISA</p>	<p>Prueba de VIH TEST RÁPIDO TEST ELISA</p>
<p>Situación De Riesgo</p>	<p>1 a 3 meses</p>	<p>6 a 9 meses</p>
<p>Ultima Relación Sexual sin protección, Contacto con sangre infectada o Parto, lactancia para un recién nacido de una mujer que vive con VIH.</p>	<p>No se detecta anticuerpos contra el VIH. Se recomienda volver a repetir la prueba después de 3 meses.</p>	<p>Si el resultado detecta la Presencia de Anticuerpos contra el VIH, se realiza el test Western Blot para confirmar.</p>

5.1.4.- Mecanismo de Transmisión

a.- Relaciones Sexuales (97% los casos reportados)

Anal, Vaginal, Oral



b.- Vía Vertical (2% los casos reportados)

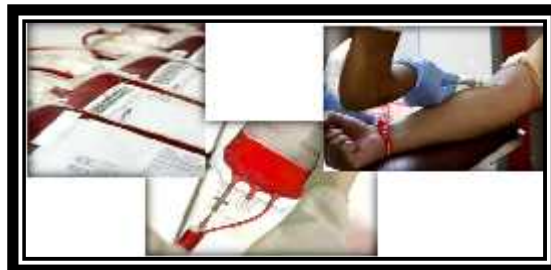
Mujer embarazada que tiene el VIH durante:

- ❖ Embarazo
- ❖ Parto
- ❖ Lactancia



c.- Sanguinea (1% los casos reportados)

- ❖ Transfusión de Sangre (No Certificada)
- ❖ Compartir agujas con alguien que tiene el VIH



5.1.5.- Signos y Síntomas

Los síntomas pueden desarrollarse en pocas semanas, meses o incluso varios años, esto varía según el estilo de vida que tenga cada persona. Mientras más saludable sea, más tardarán en aparecer síntomas y en desarrollar el SIDA

5.1.6.- Fases en la evolución de la infección por el VIH:

a.- Infección Primaria por el VIH

La infección primaria es el periodo después de la recepción del virus pero antes del desarrollo de anticuerpos en este periodo el virus se replica rápidamente durante algunas semanas o meses, está presente en gran número en sangre, sistema nervioso, sistema linfático, e invade a otros tejidos, más o menos el 50 % de estos pacientes no experimentan ningún síntomas en el otro número de paciente la enfermedad se presenta como una infección viral con síntomas de la mononucleosis o la gripe este cuadro se conoce con el síndrome retroviral agudo y puede durar de 2 a 3 semanas

b.- Fase de Infección Crónica Asintomática

Durante esta fase no están presente ni los signos ni los síntomas de la enfermedad y puede durar un promedio de 10 años, los anticuerpos están presentes y la replicación del virus es continua en el organismo, a medida que la concentración del virus aumenta el recuento de células CD4+ disminuye. Cuando el recuento cae por debajo de 200 cel./mm³ aparecen las infecciones oportunistas.

Entre el 10 y 20 % de los infectados desarrollan el SIDA en el curso de 5 años después de la infección estos pacientes se los considera con progresión rápida del 5 al 15 % de los infectados desarrolla la infección entre los 10 a 15 años son los pacientes con progresión lenta y más o menos el 1 % de estos pacientes tiene una progresión a largo plazo, el resto de los pacientes tiene un promedio de progresión de 8 a 10 años.

c.- Fase SIDA

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida es la última fase de infección por VIH, en esta etapa el número de células CD4 es baja menos de 200 cel/ mm³ pudiendo llegar a 50 cel./ mm³, el número de infecciones oportunistas aumenta con la caída de las células CD4+. El paciente sin terapia puede morir en 2 o 3 años, por enfermedades asociadas a la infección como los cánceres secundarios, Sarcoma de Kaposi, linfomas, o por infecciones oportunistas.

5.1.7.- Factores de riesgo

- Cualquier persona puede infectarse con VIH.
- Personas que presenten Infecciones de transmisión sexual recurrente.
- Tener relaciones sexuales sin preservativos (situación de riesgo)
- Uso de jeringas y material corto punzante infectados



5.1.8.- Pruebas Diagnosticas

a.- Pruebas Confirmatorias

- ❖ **Test Rápido:** Es una prueba cualitativa de un solo uso la cual utiliza una mezcla de antígenos para detectar anticuerpos del VIH1 y VIH2, en suero, plasma o sangre total. Su procesamiento dura aproximadamente 20 minutos.



- ❖ **Test Elisa:** Es una prueba muy sensible, ya que puede detectar pequeñas cantidades de anticuerpos, que genera el organismo frente a la presencia del VIH. Es altamente sensible y especifica siendo muy confiable, aunque es imprescindible confirmar el resultado con la prueba Western Blot.



- ❖ **Test Western Blot:** Es la prueba de confirmación de un resultado reactivo (positivo) para el VIH, que hubiera dado reactivo en una prueba Elisa o en una prueba rápida. Es la prueba que por excelencia utilizada para la confirmación de resultados.

En Bolivia solo son 3 los laboratorios de referencia que realizan esta prueba: INLASA en La Paz, LABIMEB en Cochabamba y CENETROP en Santa Cruz



b.- Criterios Diagnósticos

Los siguientes son los posibles resultados a las pruebas para VIH.

- ❖ **Resultado Negativo:** Toda prueba de tamizaje para VIH con resultado no reactivo
- ❖ **Resultado Positivo:** Toda prueba de tamizaje para VIH con resultado reactivo y prueba confirmatoria positiva.
- ❖ **Resultado Indeterminado:** Toda prueba de tamizaje para VIH con resultado reactivo y prueba confirmatoria indeterminada.

c.- Pruebas Complementarias

Son todas aquellas pruebas utilizadas con el fin de detectar enfermedades oportunistas, relacionados al funcionamiento de los órganos vitales, entre las más comunes son:

- ❖ Recuento de células CD4+ (acorde a necesidad cada 6 meses)
- ❖ Carga viral (acorde a necesidad cada 6 meses)
- ❖ Hemograma
- ❖ Química sanguínea: glucosa, transaminasas, bilirrubinas, urea creatinina, proteínas totales albumina, amilasa, ionograma.
- ❖ Examen general de Orina
- ❖ Parasitológico heces.
- ❖ Serología para: Hepatitis B y C, VDRL, RPR, toxoplasmosis, CMV. Chagas.
- ❖ Test de embarazo
- ❖ Valoración Ginecológica con toma de Papanicolaou, IVAA (inspección visual con ácido acético) y colposcopia para identificar lesiones precursoras de Cáncer de cuello uterino.
- ❖ Valoración Oftalmológica

- ❖ Bacilos copias seriadas valora presencia de Infección tuberculosa latente o enfermedad tuberculosa (pulmonar o extra pulmonar) mediante estudios disponibles y/o evaluación clínica vigente

5.1.9.- Tratamiento:

Dependerá previa evaluación del paciente en relación a los signos y síntomas presentes, los Cuidados terapéuticos incluyen oxigenoterapia, fisioterapia respiratoria, quimioterapia, fármacos tales como los Antiemético, analgésicos, antipiréticos, antiretrovirales

5.1.10.- Esquema de Terapia Antirretroviral en Adultos

El Ministerio de Salud y Deporte de Bolivia, a través del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, cuenta con cinco familias diferentes de medicamentos antiretrovirales

FAMILIA	NOMBRE	ABREVIATURA
Inhibidores de la Transcriptasa Reversa Análogos de Nucleosidos	Abacavir	ABC
	Didanosina	Ddl
	Lamivudina	3TC
	Tenofovir	TDF
	Zidovudina	AZT
Inhibidores de la Transcriptasa Reversa no Análogos de Nucleosidos (ITRNN)	Efavirenz	EFV
	Nevirapina	NVP
Inhibidores de la Proteasa (IP)	Lopinavir/ Ritonavir	LPV/r ATV/r
	Atazanavir	RTV o r
	Ritonavir	DRV
	Darunavir	
Inhibidores de la Integrasa	Raltegravir	RAL

5.2.- ADHERENCIA TERAPÉUTICA

5.2.1.- Definición

La Adherencia Terapéutica es la capacidad de la PVVS de involucrarse decididamente en la elección, inicio y control del tratamiento antirretroviral (TARV), de tal manera que pueda cumplir rigurosamente cada una de sus etapas hasta conseguir la efectiva supresión de la replicación viral. Por lo tanto, es el resultado de un proceso complejo que se desarrolla sistemáticamente a través de diferentes etapas: la aceptación del diagnóstico; la percepción de la necesidad de encarar el tratamiento de forma correcta; la motivación para hacerlo; la disposición y el entrenamiento de habilidades para realizarlo, y el fortalecimiento de la capacidad para superar las barreras o dificultades que pudieran presentarse

La promoción de la Adherencia Terapéutica tiene una importancia decisiva, y su aplicación conlleva un significativo grado de complejidad por el abordaje de una multiplicidad de factores determinantes, que van desde conductas practicadas y establecidas durante toda la vida y la exigencia de cambios de hábitos y comportamientos, muchas veces gratificantes, hasta la baja percepción de los beneficios relacionados con el tratamiento

5.2.1.- FACTORES RELACIONADAS CON LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

- ❖ Factores relacionados con el individuo
- ❖ Factores relacionados con la enfermedad
- ❖ Factores relacionados con el régimen terapéutico
- ❖ Factores relacionados con el equipo asistencial y el sistema de salud

A.- Factores relacionados con el Individuo

La Adherencia Terapéutica respecto a los factores relacionados con el individuo/persona se refiere específicamente a: sexo, edad, nivel educativo, cultura y situación económica. Es de esperar que la PVVS pase por estados de ansiedad, depresión, estrés, etc., que en determinado momento pueden convertirse en un obstáculo para la consecución de una adherencia adecuada. Es importante tomar conciencia de que las actitudes y creencias de cada persona frente a la medicación y las enfermedades, así como su relación con el

equipo de salud, son producto de su autodeterminación a la hora de aceptar el tratamiento propuesto y realizarlo de modo sostenido y riguroso.

El VIH/sida, a diferencia de otras enfermedades crónicas, tiene un alto agregado de estigma y discriminación que se traduce en aislamiento social, acompañado por episodios de ansiedad, depresión, irritabilidad o temor, la idea de no ser comprendido por los demás, inseguridad personal y una serie de problemas cuya atención exige un alto costo temporal.

Por todo lo expuesto, el soporte social de la familia y de los amigos es un pilar fundamental para lograr el éxito de la adherencia al tratamiento, no solamente porque motivan a la PVVS a cuidar su salud, sino también porque son puntos de referencia y de ayuda inmediata cuando la persona con VIH/sida necesite apoyo físico o psicológico.

Por la importancia de desarrollar estrategias de conocimiento y acción en el trabajo de Adherencia Terapéutica, es necesario ampliar la experiencia de cada persona en cuatro áreas de intervención que son:

- Área cognitiva
- Área emocional
- Área comportamental
- Área de la sexualidad
- ❖ **Área cognitiva**

El sistema cognitivo comprende los procesos de pensamiento, atención, percepción, comprensión y razonamiento, y no se limita al cúmulo de conocimientos del mundo o del mismo sujeto, sino que además los relaciona con factores de tipo afectivo-emocional y comportamental

El diagnóstico VIH positivo se considera un acontecimiento potencialmente estresante y traumático que provoca sentimientos de miedo, ansiedad, temor al rechazo social y al riesgo de perder el trabajo.

Es por ello que, al enterarse de su diagnóstico, el paciente puede experimentar un sentimiento de desorientación y pérdida de visión de futuro; sin embargo, esa reacción obedece a una información errónea que genera pensamientos de pesadumbre y desaliento que suelen desembocar en estados de depresión o en el deseo de tomar decisiones equivocadas. En estos estados de confusión, la persona no procesa la información de las alternativas favorables, sino que

focaliza su atención en los estímulos percibidos como síntomas de la enfermedad y, en contrapartida, ignora los que pueden atenuar su condición. Considerando la respuesta del paciente al diagnóstico y los cambios que éste producirá en su visión frente al futuro (desmotivación, pesimismo), es muy importante, durante el proceso de Adherencia Terapéutica, brindarle información clara y precisa, y responder en lenguaje sencillo todas las consultas que haga. Si bien la información por sí sola no es suficiente para motivar a la PVVS a modificar su comportamiento, le permite en gran medida ampliar su perspectiva y probar alternativas saludables para desarrollar sus actividades, experiencias que inciden positivamente en su forma de pensar y de planificar su vida en concordancia con las exigencias que le plantea el VIH.

❖ **Área afectivo-emocional**

El área afectivo-emocional se refiere al patrón de comportamientos observables en la expresión de emociones experimentadas, como la tristeza, alegría, miedo, rabia, melancolía, etc.

De un modo general, las manifestaciones emocionales de las personas que viven con el VIH/sida son las siguientes:

- Crisis emocional al recibir el diagnóstico, principalmente por el conflicto que representa sobrellevar una enfermedad que compromete de por vida su supervivencia. Miedo a enfermar, a largos períodos de hospitalización, a depender de otros y a los efectos adversos del tratamiento.
- Ansiedad por la reacción de los demás respecto a su diagnóstico, por un probable abandono y rechazo de la familia, de los amigos o de la pareja.
- Depresión, angustia y desesperanza.
- Impotencia, ira y culpa, esta última con una marcada tendencia a recriminarse por actos del pasado.

La persona con VIH/sida enfrenta muchas pérdidas físicas y afectivas, y por cada una de ellas atraviesa profundos períodos de **duelo emocional**

En estos casos, el apoyo afectivo sólo da resultado cuando el paciente lo pide porque reconoce que lo necesita, de lo contrario se convierte en un esfuerzo sin respuesta.

El duelo emocional es la reacción normal ante una pérdida e implica variables psicológicas, físicas y sociales que varían según la magnitud que represente para el paciente.

Uno de los principales desafíos a los que se ve enfrentada la PVVS consiste en lograr la reorganización de su vida a partir del diagnóstico, atravesando de la manera más saludable posible los períodos de duelo.

Fases del Duelo Emocional

- **Negación**, es la primera reacción del paciente; trata de llevar una vida totalmente normal y evita cualquier discusión sobre el diagnóstico de su enfermedad, ante el cual asume una actitud de indiferencia que puede ser erróneamente interpretada por su entorno como una manera racional de aceptar su condición.
- **Rabia**, se presenta en la fase de asimilación del diagnóstico; el paciente se torna agresivo, rebelde y difícil de tratar, todos los detalles de la convivencia y los eventos cotidianos le causan molestia, la susceptibilidad y la impotencia a las que se siente sometido desembocan en episodios de enfado irracional en contra de las personas más cercanas de su entorno.
- **Negociación**, el paciente asume su enfermedad como un mal incurable por medios científicos, entonces acude a sus creencias y a una fe exacerbada por el deseo de encontrar una respuesta procedente de un ser superior (Dios), con quien establece pactos y promesas en retribución al restablecimiento de su salud.
- **Depresión**, es un estado que exige comprensión y estricto seguimiento por los riesgos que implica para la seguridad física y emocional del paciente. Es la fase de resignación dolorosa ante la inminencia del fin de la propia vida. Es importante respetar su tiempo y espacio para estar a solas consigo mismo y fortalecerse emocionalmente para afrontar el desenlace de su enfermedad.
- **Aceptación**, cuando el paciente ha tenido el tiempo y el apoyo suficientes y eficientes para superar las fases precedentes, es más probable que logre aceptar la muerte con la visión realista y positiva de que, hasta que ese momento llegue, todavía tiene una vida por vivir. En consecuencia, afrontar una enfermedad como el VIH/sida exige la capacidad de afrontar una multitud de factores potenciales de estrés, debido a que esta situación genera incertidumbre en el enfermo y su entorno.

Básicamente, el diagnóstico es un suceso que elimina la creencia y percepción de invulnerabilidad, puesto que interrumpe la trayectoria vital al enfrentarla a la enfermedad.

En definitiva, el diagnóstico de una infección de VIH/Sida plantea al paciente la necesidad de encarar una readaptación total de todas y cada una de las áreas de su existencia en concordancia con su nueva condición.

Por tanto, se trata de un proceso de duración variable en el cual, el rol del profesional consiste en:

- Facilitar el proceso de adaptación individual del paciente.
- Respetar su forma de entender y de sentirse.
- Apoyar de manera positiva sus estados de ánimo lábil.
- Escuchar atentamente la manifestación de sus sentimientos.
- Reiterar las veces que sea necesario lo importante que es como persona.
- Hablar sobre los aspectos positivos que identifica en sí mismo.
- No cuestionar ni juzgar sus acciones.
- Ser claro y preciso en los mensajes dirigidos al paciente.

❖ **Área comportamental**

Es el área que se refiere a la observación de las conductas que asume la PVVS como resultado del pensamiento y la emoción: el llanto, los golpes, los abrazos, la agitación, etc. Sobre estas bases, se puede clasificar el comportamiento en adaptativo, considerado saludable, y no adaptativo, cuando el paciente no tiene la capacidad de cumplir las actividades que le exige su condición.

COMPORTAMIENTO ADAPTATIVO	COMPORTAMIENTO NO ADAPTATIVO
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Búsqueda de ayuda ✓ Informarse sobre el VIH/sida ✓ Asistir a Grupos de Ayuda Mutua (GAM) ✓ Asistir a sesiones programadas por el centro de salud ✓ Realizar ejercicios físicos ✓ Mejorar la alimentación 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aislamiento ✓ No ingerir alimentos ✓ Autoagresiones ✓ No asistir a las sesiones programadas por el centro de salud. ✓ No seguir el tratamiento antirretroviral (TARV).

❖ **Área de la sexualidad**

La sexualidad es un aspecto de la vida del ser humano en la cual intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales entendidos de manera positiva y agradable. En razón de esos componentes, cada individuo expresa su sexualidad según las influencias culturales, sociales, anatómicas, fisiológicas, emocionales, afectivas y de conducta que caracterizan de manera decisiva las fases de su desarrollo

Respecto de la sexualidad, es importante abordar con las PVVS los siguientes aspectos:

- Mayor información sobre la sexualidad y ruptura de mitos y tabúes respecto del placer para aumentar las posibilidades de una vida sexual plena.
- La capacidad del paciente de relacionarse afectivamente es una respuesta a la sensación de sentirse amado, aceptado y necesitado por otras personas, lo cual mejora su equilibrio emocional.
- El sexo no debe limitarse al estereotipo hombre-mujer en el coito genital. Es aconsejable enseñar al paciente a conocer su cuerpo y hablar sobre otras opciones de sentir placer, solo o en pareja.
- Si el paciente da afecto, recibe afecto; es un factor que le ayudará a mantener una vida sexual más placentera.

Para ejercer el sexo como una oportunidad de placer y bienestar, se debe asumir con dignidad el cuerpo y los deseos sexuales.

- El solo hecho de existir hace que la PVVS sea digna de respeto en todos los campos de la vida.
- Conocer métodos y formas de sexo seguro destacando el beneficio de practicarlo y disfrutarlo.

B.- Factores relacionados con la enfermedad

La infección por el VIH puede cursar de forma asintomática o sintomática, y la aceptación y adherencia al tratamiento pueden ser diferentes en cada una de las fases mencionadas.

El conocido “mal pronóstico” de la enfermedad en ausencia de tratamiento puede ser de ayuda para que el paciente comprenda la necesidad de someterse al cuidado médico, por muy complejo que parezca y a pesar de sus efectos secundarios; tal es el caso de la

PVVS con enfermedades oportunistas (sintomáticas), quien acepta el tratamiento porque sabe que es necesario, aunque está consciente de los efectos adversos

Por lo general, la PVVS asintomática no tiene una percepción real de su enfermedad, factor que la lleva más rápidamente al cansancio de una medicación compleja porque no puede apreciar el nivel de mejoría.

c.- Factores relacionados con el Régimen Terapéutico

Iniciar el tratamiento antirretroviral implica evaluar:

- ✓ La disposición de la PVVS para iniciar la terapia
- ✓ Su nivel de comprensión respecto de la gravedad de su condición y especialmente su compromiso para mejorar su calidad de vida.

Es importante facilitar el acceso al apoyo psicosocial de Grupos de Ayuda Mutua (GAM), así como de pares y familiares, porque se parte de una situación en la que lo psicológico y lo social están estrechamente relacionados.

Numerosos estudios sobre este tema han demostrado que la Adherencia Terapéutica disminuye en la medida en que aumenta el número de fármacos y la frecuencia de administración. La interferencia con los hábitos de la PVVS, por el horario de trabajo o por el contexto de su vida social, deriva en que deje de tomar la medicación o que lo haga de manera desordenada. En muchos casos, la absorción de determinados medicamentos está altamente condicionada por la presencia o ausencia de alimentos en el momento de la toma, y requiere una pauta muy estricta de dosificación

De igual manera, la aparición de efectos adversos es un motivo claramente relacionado con el éxito o fracaso de la Adherencia Terapéutica.

Un elevado porcentaje de pacientes abandona el tratamiento para evitar la sintomatología que producen los efectos secundarios, independientemente de la importancia clínica

d.- Factores relacionados con el equipo asistencial y el Sistema de Salud

Se refiere a los elementos y criterios de calidad de atención que se establecen en la relación de la PVVS con el personal y con el servicio de salud, traducidos en: la confianza, la continuidad, la accesibilidad y la flexibilidad. La calidez que complementa la calidad de la atención al paciente debe manifestarse desde el

momento en que se le brinda una información detallada y realista de su condición, hasta el acompañamiento en la toma de decisiones conjuntas.

La atención integral con calidad y calidez a las personas que viven con VIH/sida es un conjunto de tareas destinadas a la promoción de conductas y estilos de vida saludables; a la prevención de enfermedades oportunistas, a la recuperación de la salud y a mejorar la calidad de vida. Bajo esta premisa, los establecimientos de salud especializados en la atención del VIH/sida serán instalaciones amigables y bien señalizadas, con horarios de consulta y atención accesibles.

Esto implica que el personal de salud debe estar sensibilizado y capacitado para:

- Mantener una actitud abierta, respetuosa y amigable.
- Generar un ambiente de confianza.
- Conocer los derechos de la PVVS.
- Conocer sus responsabilidades y obligaciones.
- Contar con destrezas de comunicación asertiva.
- Establecer una relación de confianza con el paciente.
- En el marco del respeto y la confidencialidad, estar informado de las condiciones socio-laborales y familiares de la PVVS.
- Mostrar interés en la PVVS tomando en cuenta sus preferencias y las dificultades de su tratamiento.
- Explicar con claridad los objetivos del tratamiento y sus efectos adversos, e insistir en la importancia de su cumplimiento riguroso (necesidad e importancia de la Adherencia Terapéutica).
- Facilitar y mantener el acceso fácil de la PVVS a la consulta.

Los equipos de salud juegan un papel relevante, porque son los que promueven y desarrollan un trabajo interdisciplinario, coordinado y complementario cuyo objetivo es responder con eficiencia al reto de actuar de modo integrado.

Los servicios de atención a las PVVS tienen el deber de proporcionar al paciente información completa y comprensible de modo que pueda hacerse cargo de su auto cuidado y sea capaz de poner en práctica acciones

preventivas para procurarse un estado de bienestar físico, mental y emocional. Por la importancia de su intervención, la relación entre el personal de salud y la PVVS es determinante porque se constituye en una interacción basada en la confianza que motiva a la PVVS a reforzar su compromiso con la adherencia al tratamiento antirretroviral

5.2.3.- Métodos para la evaluación de la adherencia terapéutica

La identificación temprana de una mala Adherencia Terapéutica ayudará a prevenir cambios innecesarios de tratamiento.

Existe una serie de métodos para realizar el seguimiento a la adherencia en las PVVS que se encuentran con tratamiento. Sin embargo, dado que ninguno de los existentes ofrece una seguridad del cien por ciento, es necesario combinar varios de ellos para obtener datos de la situación real con la mayor exactitud posible

Los métodos para la valoración de la adherencia al tratamiento se clasifican en directos e indirectos

a.- Métodos Directos

Se pueden mencionar los siguiente:

✓ Concentraciones plasmáticas de fármacos antirretrovirales

Consiste en determinar los niveles de fármacos (antirretrovirales) presentes en líquidos orgánicos, como el plasma, la saliva o la orina. Aunque es uno de los más fiables, presenta el inconveniente de la variabilidad interindividual en el comportamiento fármaco cinético de algunos fármacos, así como la posibilidad de señalar concentraciones plasmáticas alteradas por la aparición de interacciones medicamentosas. Por otra parte, el hecho de encontrar niveles correctos de los fármacos en plasma el día de la extracción de la muestra no garantiza que el cumplimiento sea continuo. El método resulta caro y no es fácil aplicarlo rutinariamente

✓ Evolución clínica y datos analíticos

Los datos analíticos no deben considerarse como métodos determinantes; por el contrario, son registros de la progresión clínica, virológica o inmunológica. Al ser utilizado se debe considerar otros aspectos que pueden influir en los

resultados, como: la efectividad del esquema ARV y el comportamiento de los PVVS frente al tratamiento, es decir, el temor a los efectos secundarios, la interferencia con los hábitos diarios, etc.

B.- Métodos Indirectos

Se puede mencionar los siguientes:

✓ **Entrevista con el paciente**

Este método se basa en consultar directamente al paciente, de manera sencilla y dentro de un marco de confianza mutua, la forma en la que ha tomado la medicación, la frecuencia, los errores u omisiones y los motivos.

Es un método subjetivo con valor predictivo positivo cuando la persona refiere incumplimiento. Requiere de habilidades de comunicación y de instrumentos de registro y seguimiento.

Habilidades de comunicación recomendadas:

- Anunciar el contenido de lo que se va a explicar y luego desarrollar las indicaciones punto por punto.
- Informar los aspectos más importantes al principio.
- Simplificar la explicación con palabras usuales y frases cortas.
- Referirse a la acción concreta. Por ejemplo, en vez de decir: “Haga ejercicio”, es mejor puntualizar: “Suba y baje las escaleras”
- Repetir para aumentar el recuerdo.
- Hacer repetir al paciente los temas tratados.
- Usar el material audiovisual para facilitar la comprensión

✓ **Asistencia a la dispensación (entrega de medicamentos)**

Es un método predictivo de cumplimiento que se realiza independientemente del uso de otros métodos de adherencia. El hecho de que la PVVS acuda puntualmente a la visita médica, a la sesión de adherencia y a las citas de dispensación de medicamentos permite concluir que mantiene una buena adherencia. Lo contrario que no acuda cuando corresponde a recoger la medicación es un indicador de incumplimiento.

En este último caso hay que tener cuidado con las PVVS que se trasladan de una ciudad a otra, o reciben atención en un hospital y recogen sus medicamentos en otro, además de las que comparten la medicación con algún otro miembro de la familia.

Se propone la siguiente fórmula para la medición de la adherencia al tratamiento según los datos de dispensación (entrega) de medicamentos:

$$\% \text{ Adherencia: } \frac{\text{N}^{\circ} \text{ unidades totales dispensadas (entregadas)}}{\text{N}^{\circ} \text{ unidades previstas (requeridas)}} \times 100$$

Las unidades entregadas incluyen las que se administran desde la primera fecha estudiada hasta la penúltima entrega de medicamentos.

Las unidades previstas son las que se necesitan para cumplir el tratamiento en un período determinado de tiempo (adaptado de GESIDA).

✓ **Recuento de la medicación sobrante**

Consiste en contar el número de unidades de medicamento que quedan en el envase. Con el dato de la fecha de inicio del tratamiento, por simple diferencia (restando), se puede calcular el número de unidades tomadas.

Llevar la medicación suele resultar molesto para el paciente y recontarla es moroso para el personal de salud porque requiere tiempo, además de los riesgos que implica la manipulación de los fármacos.

Se sugiere la siguiente fórmula para el recuento de los medicamentos:

$$\% \text{ Adherencia: } \frac{\text{N}^{\circ} \text{ unidades dispensadas} - \text{N}^{\circ} \text{ unidades sobrantes}}{\text{N}^{\circ} \text{ unidades prescritas (requeridas)}} \times 100$$

5.3.- DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

5.3.1.- Definición de descentralización

Para el diccionario de la lengua española, la palabra descentralización significa acción de y efecto de descentralizar, es decir transferir a diversas instituciones

Descentralización para el derecho administrativo es una forma jurídica en que la administración pública, mediante la creación de entes públicos por legislador dotados de personería jurídica y patrimonio propio, responsables de una actividad específica de interés público.

Según Andrés Serra Rojas. - La descentralización no es independizar sino solamente dejar o atenuar la jerarquía administrativa, conservando el poder central limitadas facultades de vigilancia y control

5.3.2.- Descentralización de los Servicios de Salud

Es un instrumento político, usualmente empleado para alcanzar objetivos que garanticen mejorar la salud de la población en los diferentes sistemas de salud en sus diferentes niveles de complejidad. En el ámbito institucional supone establecer un nuevo conjunto de procedimientos y relaciones en el plano de la toma de decisiones y de la gestión financiera dando una responsabilidad en el manejo de los recursos humanos y financieros.

5.3.3.- Modalidades de Descentralización

a.- Descentralización por región. - Consiste en el establecimiento de una organización administrativas destinadas a manejar los intereses colectivos que correspondan a la población que radica en una determinada circunscripción territorial, dando la posibilidad a los servidores públicos una adecuada de las atribuciones que al estado corresponden. El organismo descentralizado por región que atienden y satisfacen las necesidades públicas de una región, como es el municipio.

b.- Descentralización por servicio. - El estado tiene encomendada la satisfacción de necesidades de orden general, que requiere procedimientos técnicos solo al alcance de funcionarios que tengan una preparación especial. La forma de conseguir este propósito es es dar independencia al servicio y constituirle un patrimonio que sirva de base a su economía,

Los organismos descentralizados por servicios son aquellos que prestan determinado servicio público (Seguro Social, electrificación, universidades locales y transporte

c.- Descentralización por colaboración. - Constituye una modalidad particular del ejercicio de la función administrativa carácter específico que la separan notablemente de los otros dos tipos anteriores de descentralización.

Esta se origina cuando el Estado adquiere mayor injerencia en la vida privada y como consecuencia, se le presentan problemas para cuya resolución se requiere una preparación técnica que carecen los funcionarios políticos y los empleados administrativos de carrera, para tal evento se impone o autoriza o organizaciones privadas su colaboración, haciéndolas participar en el ejercicio de la función, De esta manera la descentralización por colaboración es una de formas del ejercicio privado de las funciones públicas.

5.3.4.- Finalidad de la Descentralización

Es de procurar la satisfacción del interés general en forma más rápida, idónea, y eficaz mediante actividades que beneficien a la población del sector público y privado

5.3.5.- Proceso de Descentralización

Son actividades destinadas a que se realicen una serie de pasos orientadas con el fin de satisfacer las necesidades de sus clientes o usuarios de manera permanente

Tipos de clientes

- ❖ **Clientes internos.** – Aquel que utiliza, recibe o se beneficia con el producto, del trabajo dentro del propio organismo
- ❖ **Clientes externos.** - Son aquellas personas fuera del organismo que reciben, utilizan o se benefician con actividades que se realizan

En Bolivia a través del El Decreto Supremo N°25233 del 27 de noviembre de 1997, sobre la Organización, Atribuciones y Funcionamiento de los Servicios Departamentales en Salud, Promulgado durante la Presidencia de Hugo Banzer Suarez, en el capítulo II de Gestión Descentraliza en Salud Dispuesto en el artículo 30 Decreto Supremo 25060 del 2 de junio 1998 debe reglamentarse la organización del Servicio Departamental de Salud, en las Prefecturas de departamentos

5.3.6.- VENTAJAS DE LA DESCENTRALIZACION EN SALUD

- ✓ Los jefes están más cerca del punto donde se deben tomar decisiones, lo que disminuye los atrasos causados por las consultas a los superiores distantes.
- ✓ Permite aumentar la eficiencia aprovechando mejor el tiempo y aptitud de los funcionarios, evitando que eludan la responsabilidad
- ✓ Los altos funcionarios pueden concentrarse en las decisiones de mayor importancia, dejando las menos importantes a los niveles más bajos
- ✓ Permite la motivación del personal del área local o regional, conscientes de sus resultados operacionales
- ✓ Favorece a los pacientes o clientes ofertando un mayor acceso al servicio de salud en relación a su ubicación geográfica.

5.3.7.- Desventajas de la descentralización en salud

- ✓ Falta de jefes capacitados en el proceso organizacional y operativo.
- ✓ Falta de uniformidad en las decisiones
- ✓ Insuficiente aprovechamiento de los especialistas, al considerar que ya no necesita la asesoría de la oficina matriz

5.3.8.- Objetivo de la desconcentración del CDVIR

- ❖ Desconcentrar la atención en salud que se brinda a la población en general en el CDVIR Santa Cruz
- ❖ Fortalecer el sistema de salud de forma integral con los diferentes establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención en salud
- ❖ Brindar un trato digno al paciente e igualdad en sus derechos
- ❖ Brindar atención integral, oportuna y permanente a las personas que viven con este virus, de manera gratuita en todos los establecimientos públicos.

- ❖ Disminuir la discriminación y estigmatización de los pacientes que asisten al CDVIR por una consulta o atención médica
- ❖ Trabajar en la prevención en los distritos de la ciudad y las provincias
- ❖ Disminuir el elevado número de abandono de inicio de tratamiento de los casos positivos, facilitando a la adherencia

5.3.9.- REQUISITOS PARA LA ACREDITACIÓN DE UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD COMO CENTRO DESCENTRADO PARA LA ATENCIÓN DEL PROGRAMA DEL VIH-SIDA

- El establecimiento de salud debe brindar atención en Salud las 24, los 7 días de la semana es decir los 365 días del año
- El establecimiento de salud debe ofertar la atención de parto de forma continua y permanente
- Contar con servicio de farmacia
- Disponer del servicio de laboratorios para la toma de muestras de manera oportuna, seguras y confiables.
- Disponer de personal en salud capacitado en las diferentes áreas que se precise, para ello se realizan pasantías por el CDVIR por un periodo de 2 semanas para el personal médico y de laboratorio y una semana para el personal de enfermería

MARCO CONTEXUAL

5.4.- Descripción del Área de Estudio

5.4.1.- Lugar de estudio Centro de Salud 18 de marzo

Datos Demográficos Población bajo cobertura Ministerio de Salud

439.104 Habitantes

Población Indígena 800 Habitantes

5.4.2.- Antecedentes Históricos:

El Centro de Salud 18 de Marzo fue fundado en el año 1990, a pedido de la necesidad manifestada por la comunidad, representada por sus organizaciones comunitarias, fue construida por la alcaldía a través de la Sra. Isabel Saavedra, quien entrego a la administración de la Ex Unidad Sanitaria, posteriormente en el año 1993 se realiza una ampliación y remodelación en dos fases acápites, otras dependencias para el centro y vivienda para el medico por parte del PROISS con crédito del Banco Mundial construyéndose la remodelación y equipamiento el año 1996.

En mayo del 2003 se hace la entrega y equipamiento para internación con 12 camas, para atención de partos y post- partos, dependiendo del seguro materno infantil.

En el 2005 se realiza la ampliación en recepción, y sala de espera y tanque elevado de agua.

En el 2009 se realiza la ampliación de consultorios, sala de vacunas, recepción y farmacia.

5.4.3.- Ubicación: Está ubicada en la Av. Cumavi Final en la U.V. 87 en el Barrio 18 de marzo y Barrio Bolívar.

5.4.4.- Limites: Al norte con el área 1, al Sur con el plan 3000, al Este con Guapilo, al Noreste y Oeste con la Av. 16 de Julio y Villa 1ro de mayo.

5.4.5.- Prestación de servicio que brinda el centro salud 18 de marzo

Ofrece los siguientes servicios:

- Atención medica las 24 horas con internación.
- Atención de enfermería las 24 horas
- Planificación familiar
- Seguro universal materno infantil.
- Control prenatal y post-natal
- Atención de parto y puerperio
- Programa de IRA y EDA

- Vacunación diaria y gratis
- Control de crecimiento y desarrollo
- Farmacia
- Odontología
- Laboratorio
- Ecografía.
- Atención de PAP
- Atención al programa de Tuberculosis.
- Atención del programa Chagas congénito
- Atención de programa Chagas adulto
- Atención de RN en Hipertiroidismo
- Emergencias
- Atención Programa VIH – SIDA
- Atención de enfermedades prevalentes (internación dengue)
- Atención de programa malaria, lepra
- Programa ETAS
- Programa de atención de adolescentes
- Atención a pueblo indígenas (ayorea)
- Atención a población en riesgo (CREA-Albergue municipal)

Atención a guarderías

5.5.1.- MARCO REFERENCIAL

- Según el estudio realizado por María Teresa Varela Arévalo, sobre los factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico para el VIH/SIDA, en fecha 9 de noviembre de 2012 menciona que tienen menor oportunidad de estar adheridos los pacientes menores de 40 años, de estrato socioeconómico bajo, así mismo los pacientes que toman más de 4 tabletas diarias y las mujeres con parejas o hijos diagnosticados con VIH/Sida
- Según estudios de la Convención Internacional de Salud en Cuba en el año 2018, realizados por, Elizabeth Gómez Torres, Francisca Damaris Jiménez Elías, manifiestan que los factores que se relacionan con la Adherencia Terapéutica de forma significativa fueron: presencia de la complejidad en el tratamiento, olvido del

tratamiento y la insatisfacción con la atención recibida, es por ello que se debe tener en cuenta todos los aspectos mencionados para realizar una estrategia de intervención.

- En el estudio realizado por Peñarrieta M.I., Kendall T., Martínez N., titulado “Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Personas con VIH, en Tamaulipas, México, los aspectos más sobresalientes a lo no adherencia a la terapia Antirretroviral son: falta de apoyo social, no contar con un lugar específico para guardar la medicación y recordar su toma diaria, y los efectos secundarios al inicio de tratamiento están relacionados a no continuar con el régimen terapéutico indicado.

CAPITULO

III

VI.- DISEÑO METODOLOGICO

6.1.- TIPO DE ESTUDIO

6.1.1.- Analítico o explicativo. - Está dirigido a describir los factores condicionan a la adherencia al tratamiento antirretroviral en paciente con VIH/Sida en centros desconcentrado de la ciudad de Santa Cruz

6.1.2.- Retrospectivo. - Debido a que se toman datos estadísticos de las diferentes historias clínicas de gestiones anteriores para identificar la fecha de inicio de tratamiento y periodo de transcurencia de reportes indetectables de carga viral por medio de resultados de laboratorios

6.1.3.- Longitudinal. - Debido a que se realiza un corte en el tiempo comprendido entre las gestiones 2012 y 2016

6.2.- UNIVERSO Y MUESTRA

6.2.1.- Universo

El total de pacientes atendidos entre adultos y niños en el programa de VIH/SIDA desde octubre 2012 a diciembre 2016 fueron 148, de los cuales solo se toma en cuenta para el presente estudio los pacientes adultos, haciendo un total de 129 pacientes según historias clínicas evaluadas

6.2.2.- Muestra

De los 129 pacientes adultos identificados durante la evaluación de las historias clínicas, que fueron registrados por el programa de VIH/SIDA en el Centro de Salud 18 de marzo, 105 fueron encuestados y entrevistados de forma personal y confidencial para conocer los beneficios de la desconcentración del CDVIR, y evaluar los factores asociados con el tratamiento

6.3.- Instrumentos de la recolección de datos

- ❖ **Historia clínica:** Entre los documentos utilizados fueron: (ficha de consejería, derivación de resultados de laboratorio, ficha de notificación de casos nuevos de VIH/SIDA, ficha de ingreso de paciente,

compromiso de Adherencia al tratamiento, registro de consejería, resultados de laboratorios por CENETROP

- ❖ **Cuestionario:** se aplicó previo consentimiento de los pacientes

6.4.- Método

- ❖ Revisión de Historias Clínicas
- ❖ Encuesta

6.5.- Técnica

Se recogen los datos manualmente mediante el paloteo y se llevan a la computadora para ser representadas en gráficos de frecuencia y distribución en documento en Excel

6.6.- Aspectos éticos.

Se solicitó permiso por escrito al director de la institución, para realizar la investigación y para tener acceso a la información requerida; una vez obtenida la autorización verbal y escrita. Se procedió a ejecutar las encuestas y revisión de historias clínicas de los pacientes que recibieron atención en el centro de salud 18 de marzo desde la gestión 2012 a diciembre de la gestión, se respeta a la privacidad de los pacientes y el derecho de autor, en uso de la bibliografía respectiva.

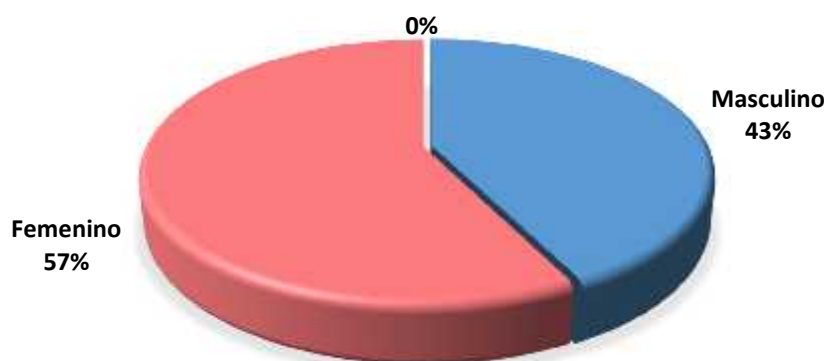
6.7.- Operalización de variables

Variable	Concepto	Indicador	Escala
Edad	Tiempo de vida desde el nacimiento	Años	Menor de 12 años 12 a 20 años 21 a 35 años 36 a 50 años 51 a mas
Sexo	Característica somática externa	Genero	Masculino. Femenino
Nivel educativo	Grado de escolaridad	Escolaridad	Primaria Secundaria Técnico medio Universitario Sin dato
Estado civil	Relación con el sexo opuesto	Tipo de relación	Soltero Casado Unión estable Viudo Divorciado Sin Dato
Ocupación	Actividad que desarrolla	Tipo de actividad	Empleado Jubilado Cesante Otro Ninguna
Nivel de conocimiento de la terapia antirretrovirales	Grado de información recibida sobre los medicamentos	Numero de aciertos de respuesta del cuestionario	Excelente Bueno Regular Deficiente
Calidad de atención recibida en el servicio de salud	Es la percepción sobre la atención medica recibida	Satisfecho Insatisfecho	Mala Regular Buena Excelente
Desconcentración del CDVIR	Es transferir a diversas instituciones la atención de los pacientes	Accesibilidad	N° de PVV que asisten al <u>Centro de salud al mes</u> Total, de PVV
Adherencia a la terapia Antirretroviral	Es la capacidad de los PVV, de cumplir con el régimen terapéutico prescrito	Resultado de laboratorio Carga Viral y CD4	N° de PVV adheridos N° de PVV no adheridos N° de abandonos de PVV N° de PVV fallecidos
Factores relacionados a la no adherencia	Es la capacidad de los PVV, de no cumplir con el régimen terapéutico prescrito	Estado de salud de los PVV	N° de tabletas <u>sobrantes al final de mes</u> Resultado de laboratorio Carga Viral y CD4

VII.- ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Cuadro Nº 1
Distribución de frecuencia según sexo de PVV atendidos en el centro de salud 18 de marzo en la gestión 2016

SEXO	Frecuencia	%
Masculino	63	43 %
Femenino	85	57 %
TOTAL	148	100 %



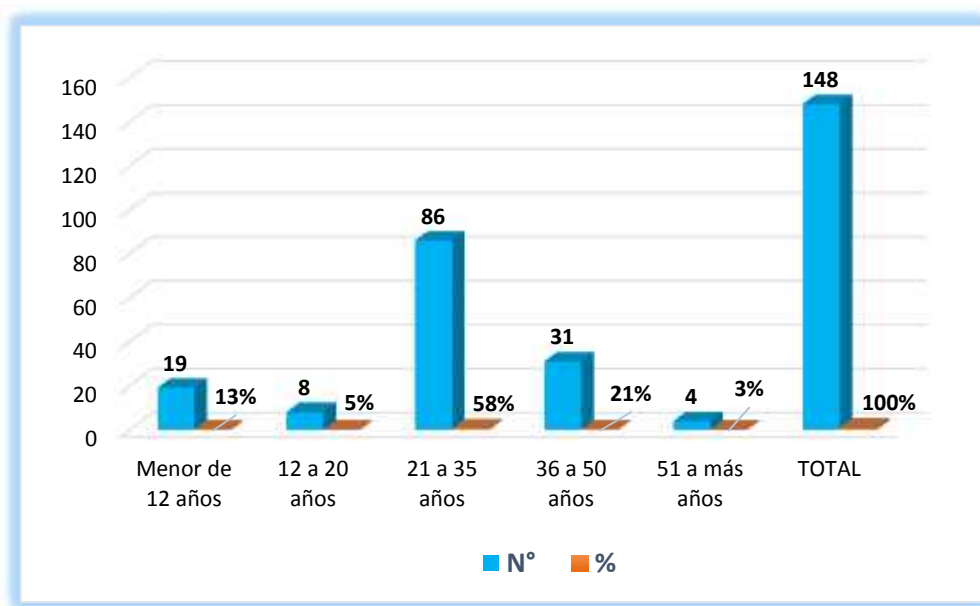
Fuente de datos: elaboración Propia

Interpretación

El VIH es una enfermedad que puede afectar tanto a hombres y mujeres, principalmente a los que están en situación de riesgo, es por ello que del total de los pacientes atendido en el centro de salud 18 de marzo el mayor porcentaje corresponde al sexo femenino con un 57% en relación al sexo masculino con un 43%, lo cual puede estar relacionado a la condición de vulnerabilidad de sus derechos sexuales y reproductivos, siendo que el varón es reacio al uso del preservativo, además que la mujer en cada acto sexual puede presentar algún sangrado condicionándolo a un factor de riesgo a diferencia del varón.

Cuadro Nº 2
Distribución según edad en pacientes PVV que fueron atendidos en el
centro salud 18 de marzo en la gestión 2016

Edad	Frecuencia	%
Menor de 12 años	19	13 %
12 a 20 años	8	5 %
21 a 35 años	86	58 %
36 a 50 años	31	21 %
51 a más años	4	3 %
TOTAL	148	100 %



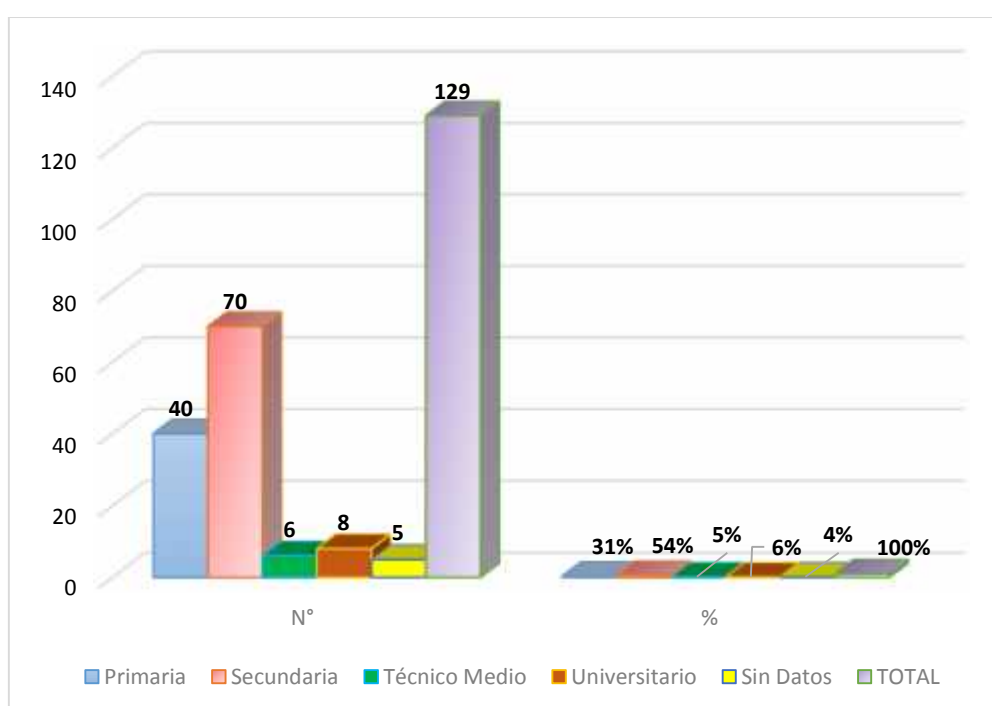
Fuente de datos: Elaboración Propia

Interpretación

Con mayor porcentaje de Edad de los PVVS que fueron atendidos en el Centro Salud 18 de marzo se encuentran entre los 21 a 35 años equivalente a un 58%, seguido con 21% están entre las edades de 36 a 50 años y con menor población equivalente a un 3 % son mayores de 51 años.

Cuadro N° 3
Distribución de frecuencia según el Grado de instrucción en pacientes
PVV que fueron atendidos en el centro salud 18 de marzo en la gestión
2016

Escolaridad	Frecuencia	%
Primaria	40	31 %
Secundaria	70	54 %
Técnico Medio	6	5 %
Universitario	8	6 %
Sin Datos	5	4 %
TOTAL	129	100 %



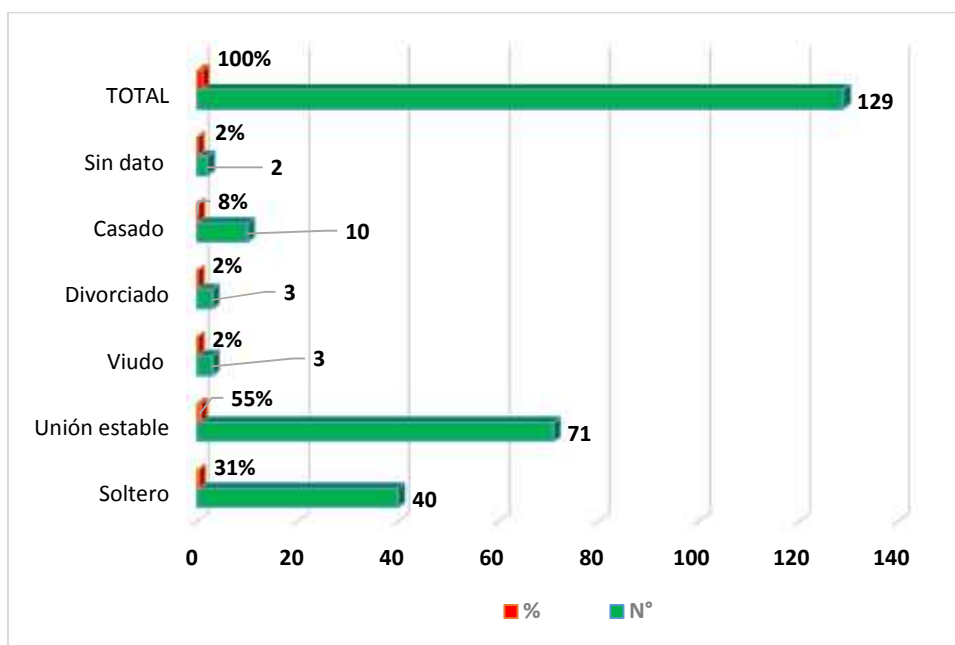
Fuente de datos: Elaboración Propia

Interpretación

El Grado de instrucción de los PVV adultos atendidos en el Centro de Salud 18 de marzo con mayor porcentaje de un 54 % alcanzo el nivel secundario, seguido con un 31% llegaron al nivel primario, y con menor porcentaje del 4% no hay datos registrados en las historias clínicas.

Cuadro N° 4
Distribución de frecuencia según el estado civil de los PVV que fueron atendidos en el centro salud 18 de marzo en la gestión 2016

Estado Civil	Frecuencia	%
Soltero	40	31 %
Unión estable	71	55 %
Viudo	3	2 %
Divorciado	3	2 %
Casado	10	8 %
Sin dato	2	2 %
TOTAL	129	100 %



Fuente de datos: Elaboración Propia

Interpretación

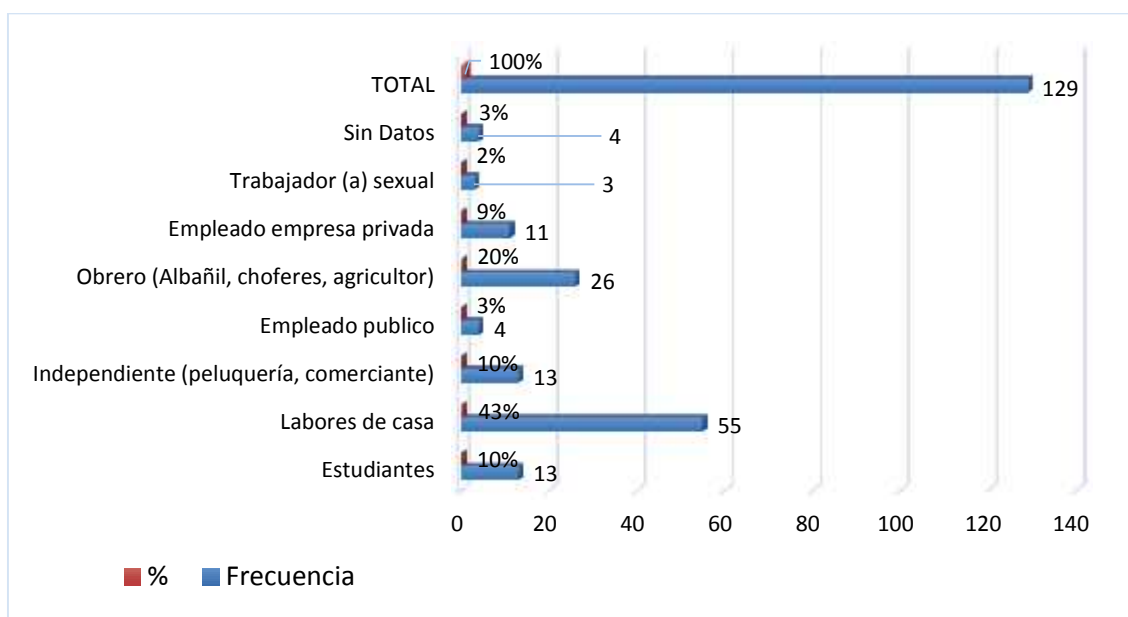
Estado civil de los PVVS adultos atendidos en el programa VIH/SIDA, con el 71% son de unión estable, seguido con el 40% son solteros, y en menor proporción con un 2% no existe datos registrados en el historial clínico.

Es fundamental la orientación en el uso correcto del preservativo como medida de prevención de una sobreinfección.

Cuadro N° 5

Distribución de frecuencia según la actividad laboral de los PVV que fueron atendidos en el centro salud 18 de marzo en la gestión 2016

Actividad laboral de los pacientes	Frecuencia	Porcentaje
Estudiantes	13	10 %
Labores de casa	55	43 %
Independiente (peluquería, comerciante)	13	10 %
Empleado publico	4	3 %
Obrero (Albañil, choferes, agricultor)	26	20 %
Empleado empresa privada	11	9 %
Trabajador (a) sexual	3	2 %
Sin Datos	4	3 %
TOTAL	129	100 %



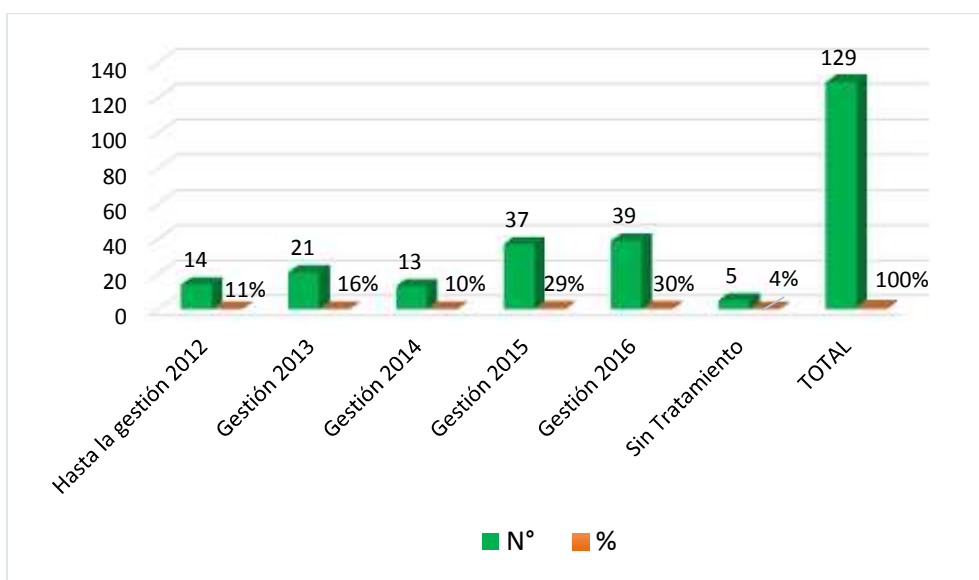
Fuente de datos: Elaboración Propia

Interpretación:

Según la actividad laboral de los PVVS atendidos en el centro de salud 18 de marzo, con el 43% siendo la mayor proporción se dedican a las labores de casa, seguido con un 20% su actividad laboral es obrera y con menor proporción de un 3% son trabajadores sexuales.

Cuadro Nº 6
Distribución de frecuencia según el año de inicio de los Antirretrovirales de los PVV que fueron atendidos en el centro salud 18 de marzo en la gestión 2016

Gestión de inicio de tratamiento	Frecuencia	%
Hasta la gestión 2012	14	11 %
Gestión 2013	21	16 %
Gestión 2014	13	10 %
Gestión 2015	37	29 %
Gestión 2016	39	30 %
Sin Tratamiento	5	4 %
TOTAL	129	100 %



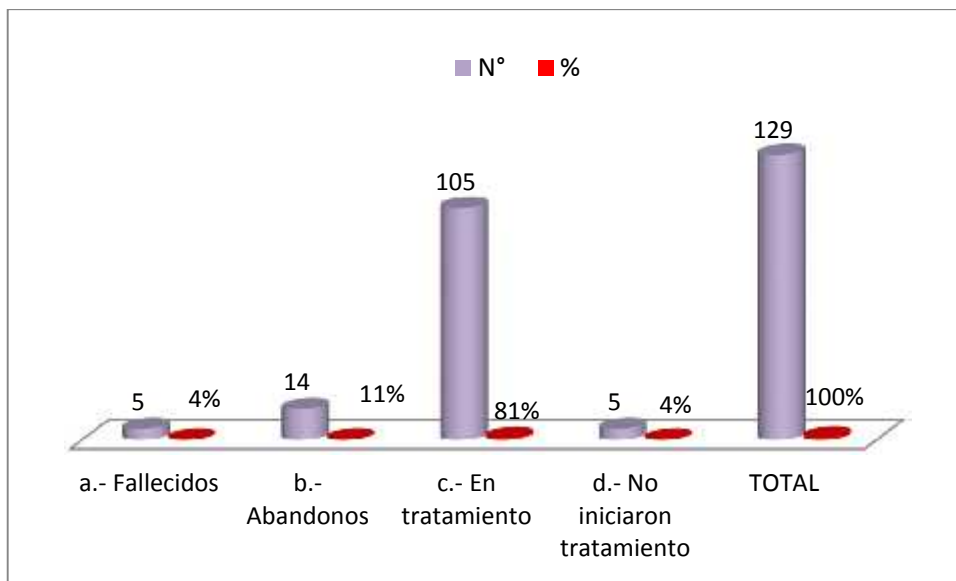
Fuente de datos: Elaboración Propia

Interpretación

Según la gestión de inicio de TARV en pacientes atendidos en el centro de salud 18 de marzo del programa de VIH/SIDA con mayor porcentaje iniciaron el año 2016 equivalente a un 30%, seguido con el 29% corresponden a la gestión 2015, y en menor distribución del 4% hasta la fecha no han iniciado tratamiento, debido a que no existe compromiso para su cumplimiento (Adherencia Terapéutica)

Cuadro N° 7
Distribución de frecuencia según Situación de los PVV
PVV que fueron atendidos en el centro salud 18 de marzo hasta la gestión
2016

Situación de los pacientes atendidos	Frecuencia	%
a.- Fallecidos	5	4 %
b.- Abandonos	14	11 %
c.- En tratamiento	105	81 %
d.- No iniciaron tratamiento	5	4 %
TOTAL	129	100 %



Fuente de datos: Elaboración Propia

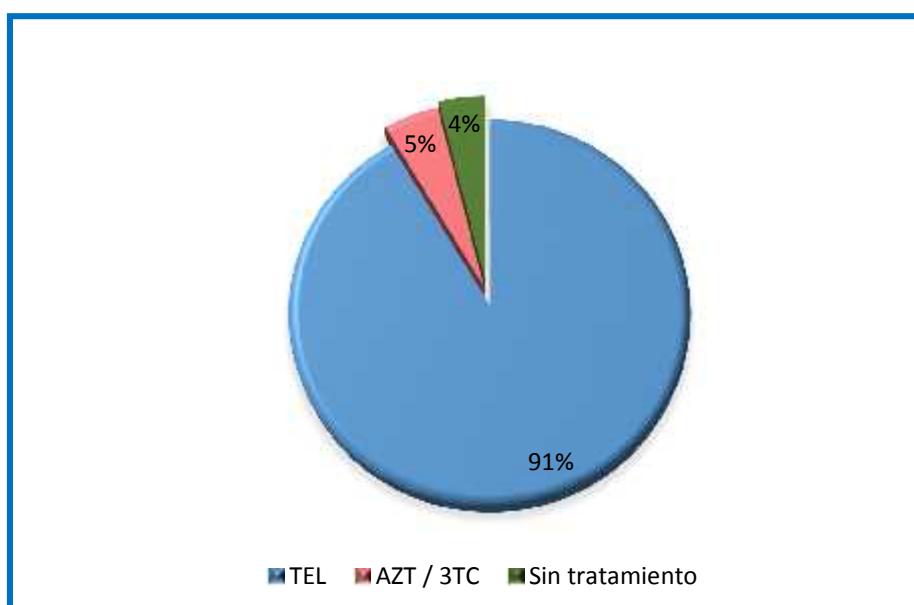
Interpretación

Situación de los PVVS adultos atendidos en el programa VIH/SIDA desde octubre 2012 a diciembre 2016 en el centro de salud 18 de marzo con un 81% reciben tratamiento, seguido un 11% han abandonado el tratamiento y con menor proporción de un 4% han fallecidos y no han iniciado tratamiento.

Cuadro Nº 8

Distribución de frecuencia según el tipo de terapia antirretroviral que reciben los PVV que fueron atendidos en el centro salud 18 de marzo en la gestión 2016

Esquema de tratamiento	Frecuencia	%
TEL	118	91 %
AZT / 3TC	6	5 %
Sin Tratamiento	5	4 %
TOTAL	129	100 %



Fuente de datos: Elaboración Propia

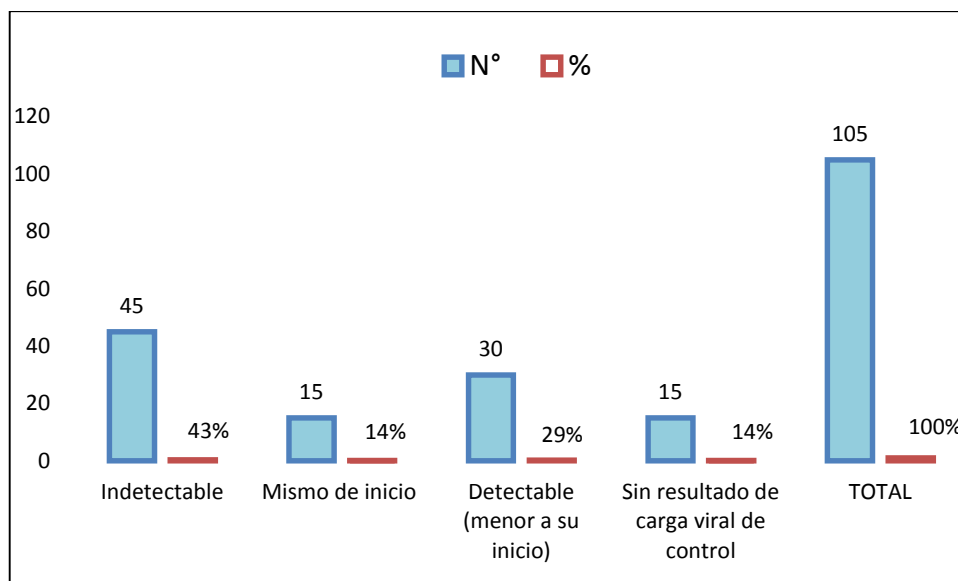
Interpretación:

El esquema de tratamiento más utilizados en los PVVS adultos atendidos en el centro de salud 18 de marzo de octubre 2012 a diciembre 2016, es el TEL considerado de primera línea correspondiente a un 91%, y con menor concentración del 4% no han iniciado esquema de tratamiento.

Grafico 9

Distribución de frecuencia de la carga viral en pacientes PVV que recibieron TARV por un periodo 6 a 12 meses en el centro de salud 18 de marzo en la gestión 2016

Valor de carga viral	Frecuencia	%
Indetectable	45	43 %
Mismo de inicio	15	14 %
Detectable (menor a su inicio)	30	29 %
Sin resultado de carga viral de control	15	14 %
TOTAL	105	100 %



Fuente de datos: Elaboración Propia

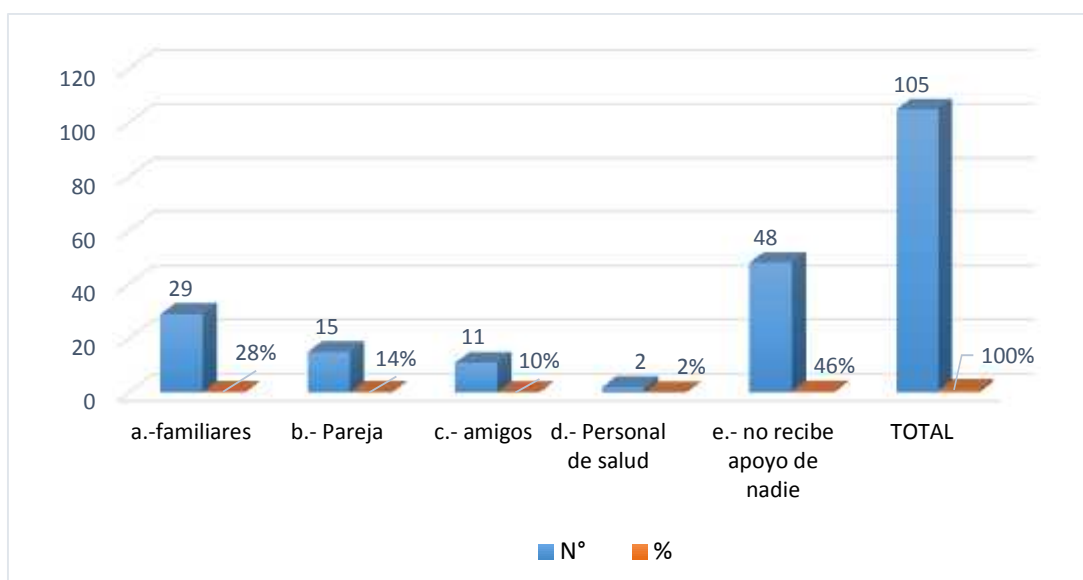
Interpretación:

De los pacientes que recibieron TARV por un periodo de 6 a 12 meses evaluando los resultados obtenidos del 100% de los pacientes, podemos considerar que el 72 % de los pacientes son adherentes al tratamiento, siendo que el 43% obtuvieron reportes de laboratorios cargas virales indetectables seguido que el 29% redujo su carga viral, en relación 14% que no reciben tratamiento y en la misma proporción de pacientes no disminuyeron su carga viral

Cuadro 10

Distribución de frecuencia de los PVV que recibieron apoyo emocional para asumir su enfermedad e iniciar su TARV en el centro de salud 18 de marzo en la gestión 2016

Personas que apoyaron al inicio de tratamiento	Frecuencia	%
a.-familiares	29	28%
b.- Pareja	15	14%
c.- amigos	11	10 %
d.- Personal de salud	2	2 %
e.- no recibe apoyo de nadie	48	46%
TOTAL	105	100%



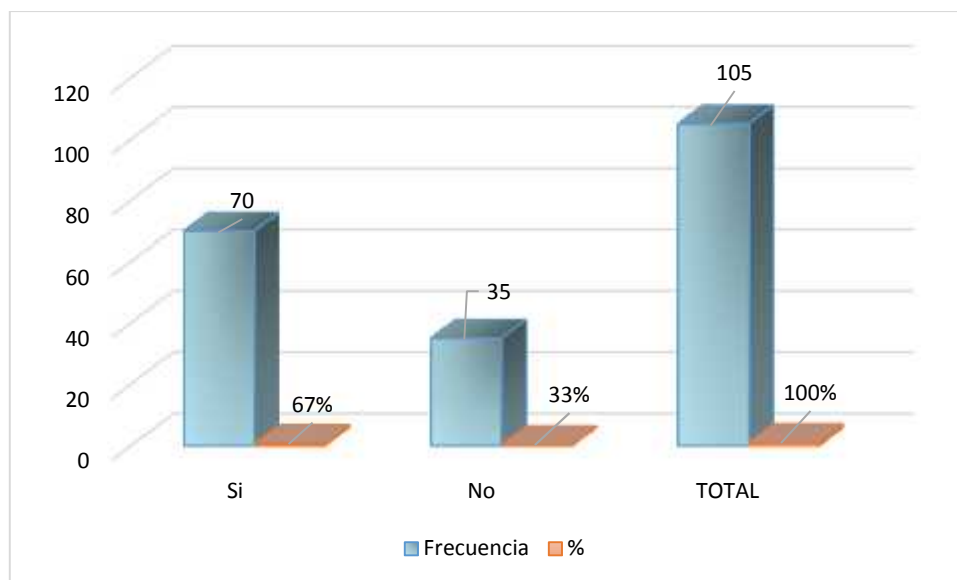
Fuente de datos: Elaboración Propia

Interpretación

Según los resultados obtenidos, los factores que predisponen en un futuro que los PVV, no sean adherentes a TARV para pueden ser el no recibir apoyo emocional con un 46% y con menor porcentaje equivalente a un 2% si recibieron apoyo de personal de salud y psicólogo.

Cuadro 11
Distribución de frecuencia sobre la accesibilidad para los PVV en recibir atención médica y TARV en el centro de salud 18 de marzo en la gestión 2016

Accesibilidad al Centro de Salud	Frecuencia	%
Si	70	77 %
No	35	33 %
TOTAL	105	100%



Fuente de datos: elaboración Propia

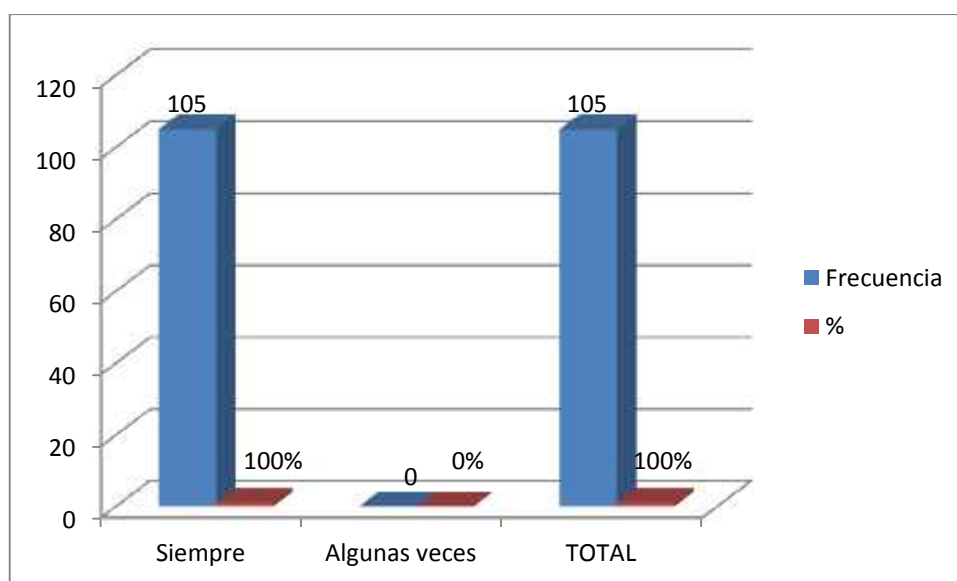
Interpretación

El 67% de los pacientes encuestados manifestaron que el centro de salud es accesible según la zona geográfica a su domicilio, lo cual incide para acceder a recibir su tratamiento, en relación a 33 % que considera que no es accesible la distancia del centro de salud a su domicilio.

Cuadro 12

Distribución de frecuencia sobre la disponibilidad del TARV en PVV que asisten al centro de salud 18 de marzo en la gestión 2016

Disponibilidad al TARV	Frecuencia	%
Siempre	105	100 %
Algunas veces	0	0 %
TOTAL	105	100%



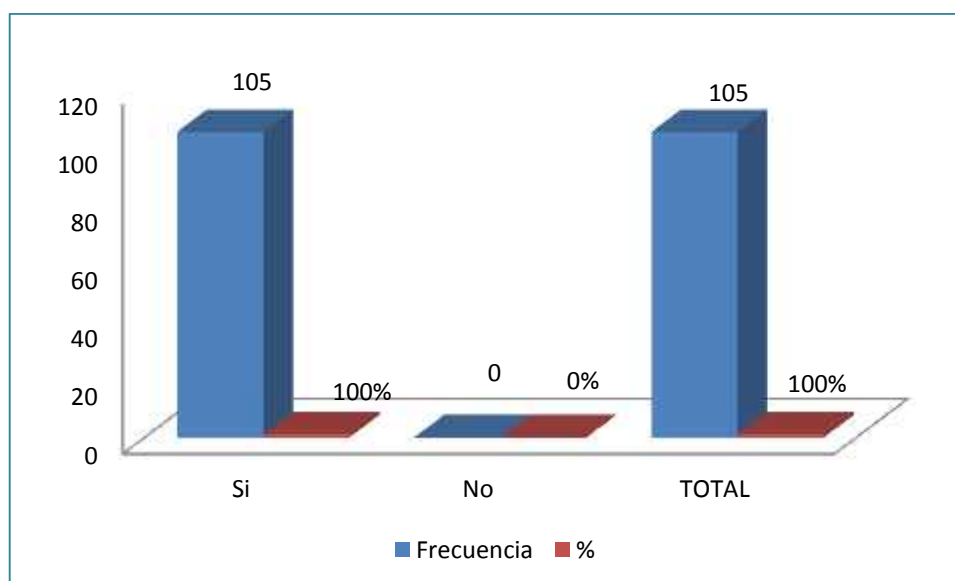
Fuente de datos: Elaboración Propia

Interpretación

Del 100% de los pacientes encuestados manifestaron que TARV, está disponible los 12 meses del año en el centro de salud 18 de marzo, lo cual favorece a la adherencia terapéutica.

Cuadro 13
Recibe orientación relacionado a su enfermedad y la importancia del cumplimiento al TARV por parte del personal del centro de salud 18 de marzo en la gestión 2016

Recibe orientación por el personal de salud	Frecuencia	%
Si	105	100 %
No	0	0 %
TOTAL	105	100%



Fuente de datos: Elaboración Propia

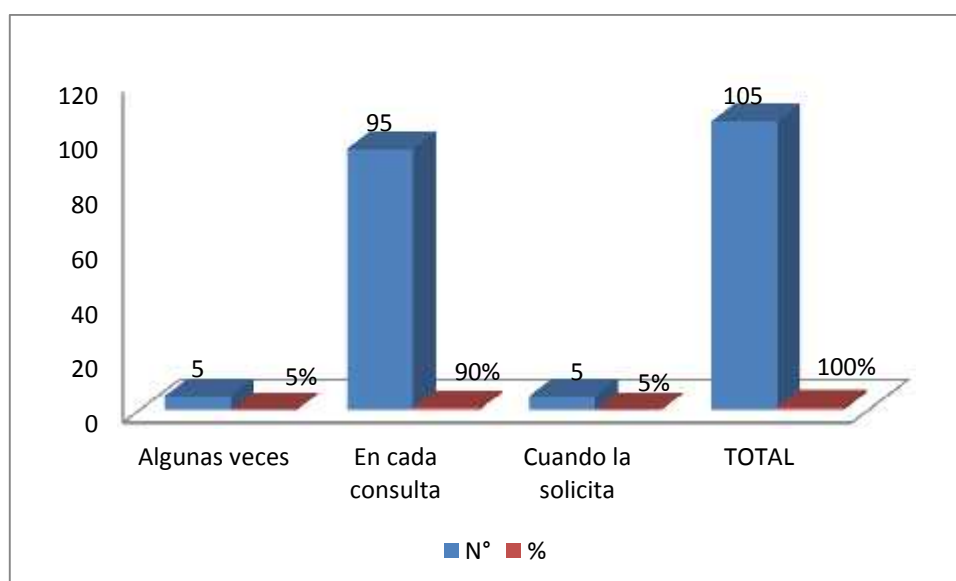
Interpretación

El 100% de los pacientes encuestados manifestó que recibe orientación relacionado a su enfermedad y la importancia del cumplimiento al TARV por parte del personal del centro de salud, en cada consulta medica

Cuadro 14

Distribución de frecuencia con la que recibe orientación relacionado a su enfermedad y la importancia del cumplimiento al TARV por parte del personal del centro de salud 18 de marzo en la gestión 2016

Frecuencia que recibe orientación por el personal de salud	Frecuencia	%
Algunas veces	5	5 %
En cada consulta	95	90 %
Cuando la solicita	5	5 %
TOTAL	105	100%



Fuente de datos: Elaboración Propia

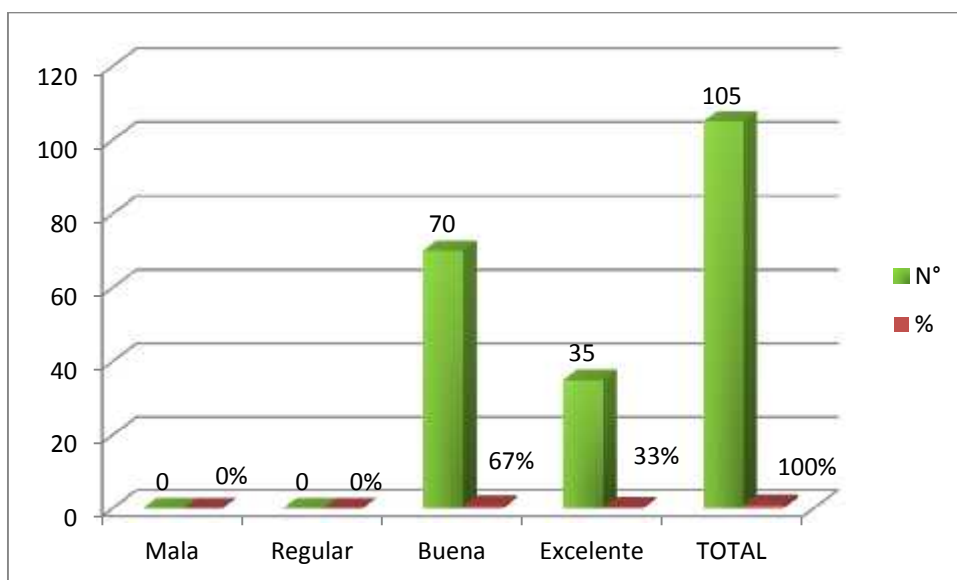
Interpretación

Del total de los pacientes encuestados el 90 % manifiesta que recibe orientación por parte del personal de salud en cada consulta médica, y con la misma proporción del 5% manifestaron que recibieron orientación sobre su estado de salud algunas veces y cuando lo solicitan.

Cuadro 15

Distribución de frecuencia de la calidad de atención recibida por los PVV por el personal del establecimiento de salud durante su consulta médica en el centro de salud 18 de marzo en la gestión 2016

Calidad de Atención	Frecuencia	%
Mala	0	0 %
Regular	0	0 %
Buena	70	67 %
Excelente	35	33 %
TOTAL	105	100%



Fuente de datos: Elaboración Propia

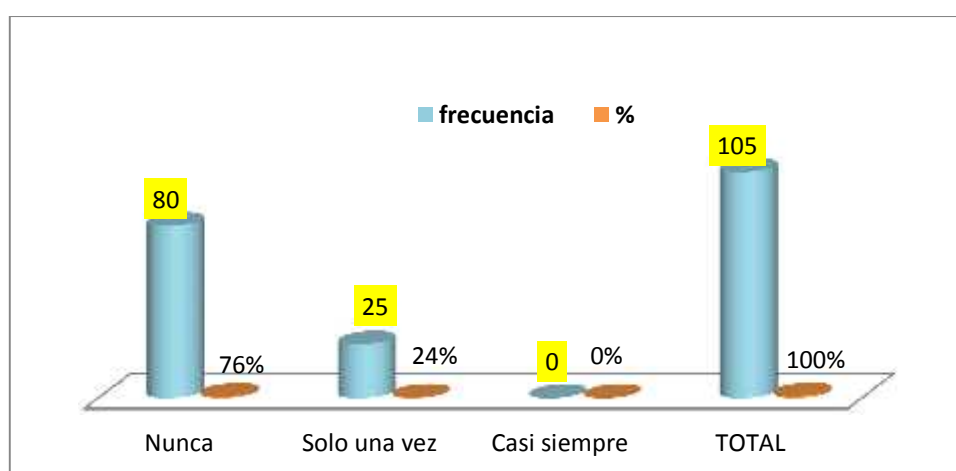
Interpretación

Según la calidad de atención que reciben los PVV que acuden al centro de salud 18 de marzo lo evalúa como buena un 67%, seguido con un 33% lo consideran excelente.

Cuadro 16

Como paciente PVV, Se sintió usted alguna vez discriminado durante su atención médica por el personal del centro de salud 18 de marzo en la gestión 2016

Se sintió discriminado durante su atención	frecuencia	%
Nunca	80	76 %
Solo una vez	25	24 %
Casi siempre	0	0 %
TOTAL	105	100%



Fuente de datos: Elaboración Propia

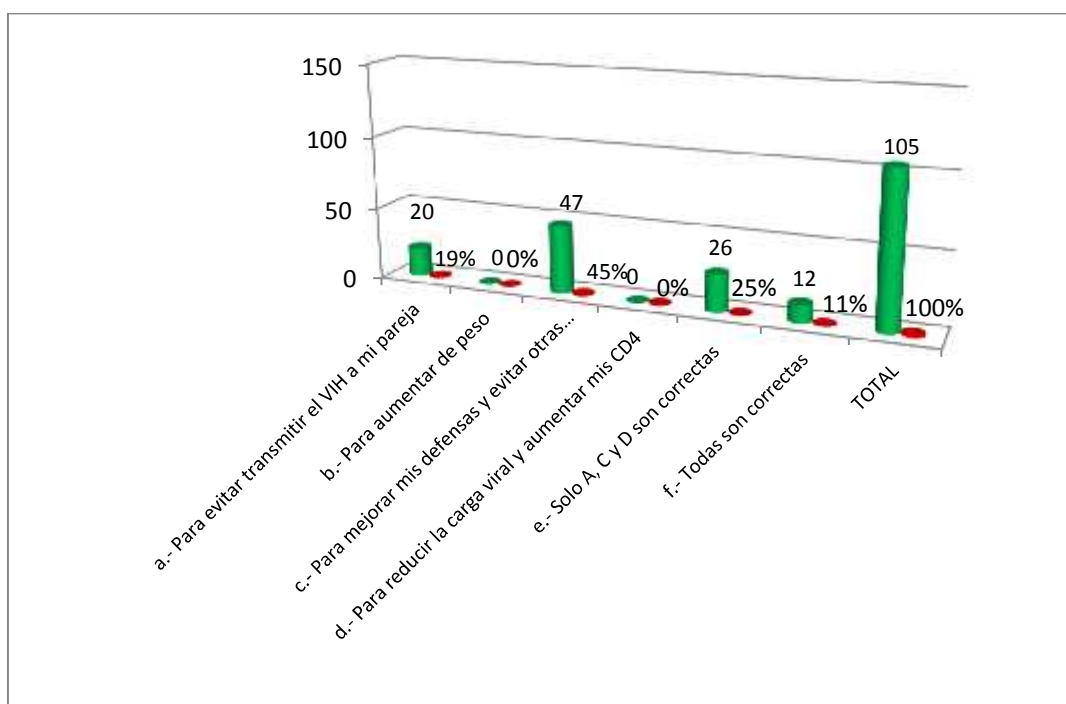
Interpretación

De los pacientes encuestados el 80% de los mismos manifestaron que nunca se sintieron discriminados durante su atención médica por el personal del centro de salud y en menor porcentaje con 25% alguna vez sintieron rechazo o discriminación

Cuadro 17

Distribución de frecuencia de la percepción sobre la importancia de cumplir con su TARV, en PVV que asisten al centro de salud 18 de marzo en la gestión 2016

Importancia del tratamiento	N°	%
a.- Para evitar transmitir el VIH a mi pareja	20	19 %
b.- Para aumentar de peso	0	0 %
c.- Para mejorar mis defensas y evitar otras enfermedades	47	45 %
d.- Para reducir la carga viral y aumentar mis CD4	0	0 %
e.- Solo A, C y D son correctas	26	25 %
f.- Todas son correctas	12	11 %
TOTAL	105	100%



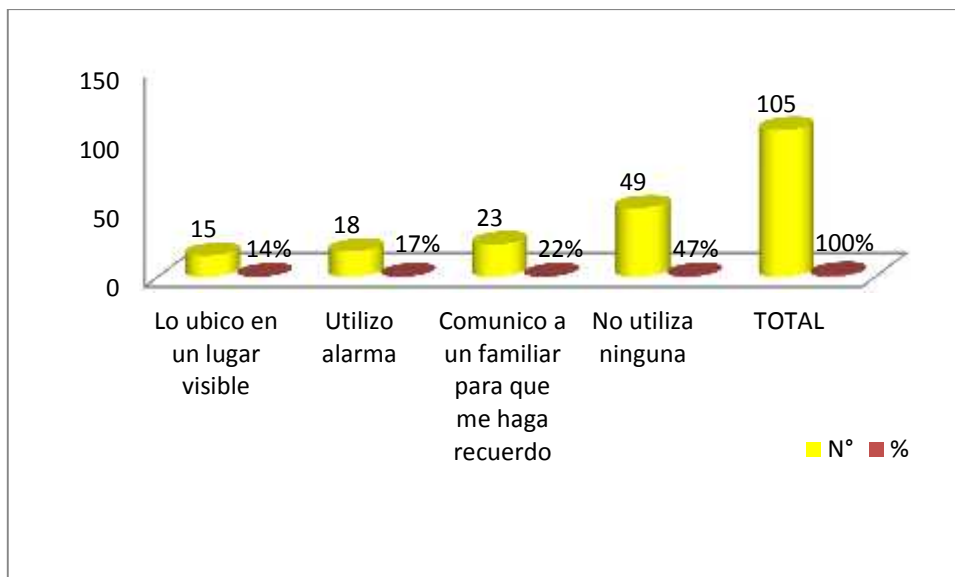
Fuente de datos: elaboración Propia

Interpretación

El 60% de los pacientes encuestados señalaron que el TARV mejora sus defensas y evitan contraer otras enfermedades, siendo el mayor de porcentaje de respuestas correcto.

Cuadro N° 18
Distribución de frecuencia sobre estrategias utilizada para no olvidar tomar TARV, en PVV que fueron atendidos en el centro salud 18 de marzo en la gestión 2016

Estrategias utilizada para no olvidar tomar mi medicamento	Frecuencia	%
Lo ubico en un lugar visible	15	14%
Utilizo alarma	18	17%
Comunico a un familiar para que me haga recuerdo	23	22%
No utiliza ninguna	49	47%
TOTAL	105	100%



Fuente de datos: Elaboración Propia

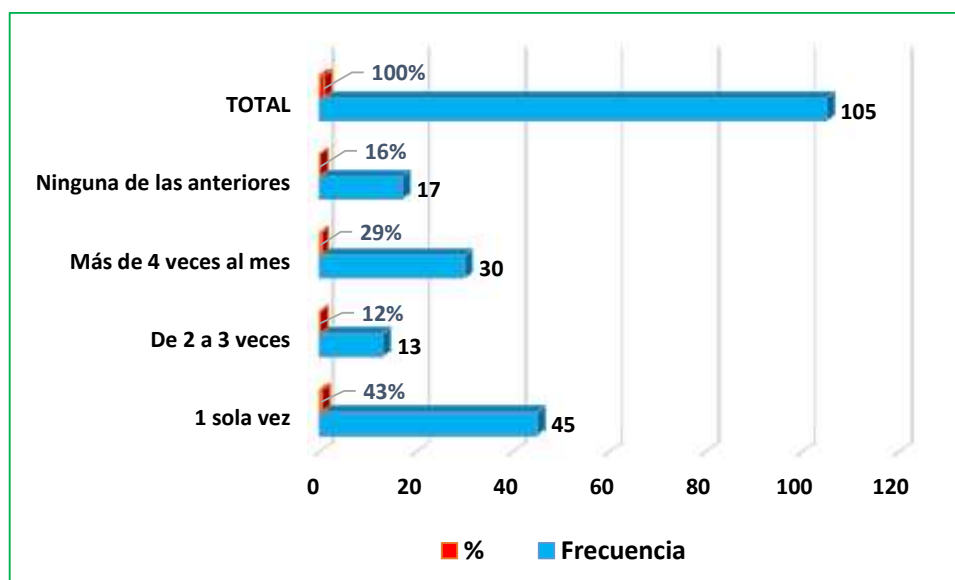
Análisis e interpretación:

En el presente gráfico se puede evidenciar que en mayor porcentaje con un 47 % los PVV que asisten al centro de salud 18 de marzo no cuentan con estrategias que le permitan recordar la toma diaria de su tratamiento antirretroviral, lo cual puede condicionar a lo no adherencia terapéutica a los retrovirales

Cuadro N° 19

Distribución de frecuencia con la que olvidan tomar su TARV los PVV en que fueron atendidos en el centro salud 18 de marzo en la gestión 2016

Frecuencia con la olvida tomar su TARV	Frecuencia	%
1 sola vez	45	43%
De 2 a 3 veces	13	12%
Más de 4 veces al mes	30	29%
Ninguna de las anteriores	17	16%
TOTAL	105	100%



Fuente de datos: Elaboración Propia

Análisis e interpretación:

En el presente gráfico se puede evidenciar que el 84% de los PVV encuestados manifiestan que alguna vez olvidó tomar su TARV, dicha situación puede conllevar en un futuro a ser no adherentes al tratamiento, entre otras causas podrían modificarle el esquema de Terapia utilizada

VIII.- CONCLUSIONES

Los factores relacionados a la no adherencia a la Terapia Antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA, que asisten al Centro de Salud 18 de marzo son:

- ❖ La dificultad en la Accesibilidad al servicio de salud
- ❖ Falta de estrategias que permitan recordar la toma diaria de su tratamiento antirretroviral
- ❖ El olvido en la toma de su TARV, varias veces al mes

Curiosamente los resultados encontrados de los PVV que asisten al centro de salud 18 de marzo reportan con un 57% que las mujeres están más expuestas a contraer el VIH las cuales cumplen el rol de labores de casa, con mayor frecuencia de casos positivos se encuentran entre los 21 a 35 años de edad equivalente a un 58% de los cuales el 54 % alcanzo el nivel secundario, y el 71% son de unión estable

La TARV más utilizada en los PVV es el TEL con un 91%, considerado el tratamiento de primera línea

Cabe resaltar que el 100% de los pacientes encuestados manifestó recibir orientación relacionado a su enfermedad y la importancia del cumplimiento al TARV por parte del personal del centro de salud y su nivel de conocimiento sobre la importancia del TARV es relativamente bueno

IX.- RECOMENDACIONES

9.1.- A LAS AUTORIDADES

Incrementar los recursos económicos en las partidas presupuestarias en sus POAs, a nivel Nacional, Departamental y Municipal, para actividades dirigidas a fortalecer el conocimiento de la población en temáticas como ser derechos sexuales y reproductivos, educación para la sexualidad e identidad de género, violencia sexual incluyendo la prevención del VIH y la promoción del condón como una manera de doble protección relacionada a medidas de prevención de las enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados en las diferentes edades reproductiva.

9.2.- AL CENTRO DE SALUD

Incrementar en su plan de actividades mensuales, el tema de prevención del VIH/Sida y la realización de pruebas rápidas para el diagnóstico oportuno en población en riesgo, fortaleciendo de antemano la importancia del inicio de tratamiento antirretroviral para mejorar el estado inmunológico del paciente, enfatizando el rol de la familia y la sociedad en la adherencia terapéutica del paciente con VIH/SIDA

9.3.- AL PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD 18 DE MARZO

- ❖ Brindar apoyo emocional y psicológico si lo requiere el paciente a través de un trato digno y respetuoso durante sus controles con el fin de evitar la discriminación.
- ❖ Trabajar con el mismo entusiasmo, y estar predispuesto a las capacitaciones con el fin de fortalecer sus conocimientos sobre la temática del VIH/Sida.

9.4.- A LOS PACIENTES EN GENERAL

- ❖ Se recomienda cumplir el tratamiento a cabalidad según indicación médica, e informar cualquier cambio de su estado de salud al personal médico y de enfermería, para dar soluciones a corto plazo según requerimiento.

- ❖ Buscar apoyo emocional e incorporarse a diferentes grupos de ayuda, como ser grupos del CDVIR, RED-VIDA, para motivarse a llevar un estilo de vida saludable y sin riesgo.
- ❖ Crear hábitos saludables de alimentación y descanso para ayudar a fortalecer el sistema de defensa del organismo.
- ❖ Crear mecanismos / estrategias que favorezcan a la adherencia terapéutica, en relación a la toma diaria de su TARV.

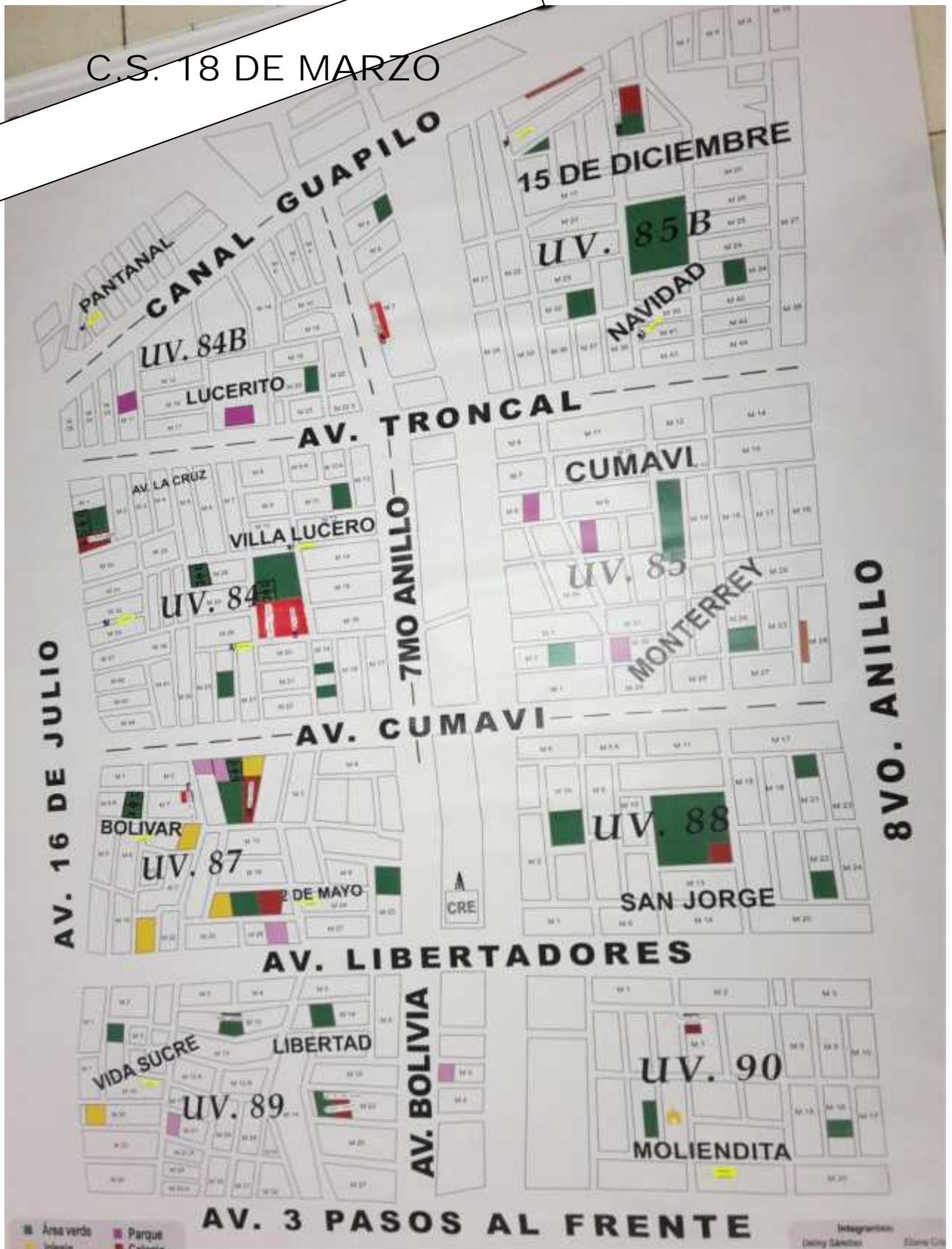
X.- BIBLIOGRAFÍA

- ❖ Ministerio de Salud y Deportes, Guía de Diagnóstico, tratamiento y Profilaxis de Infecciones Oportunistas de VIH/SIDA, Serie: Documentos Técnicos- Normativos, La Paz Bolivia 2011
- ❖ Ministerio de Salud y Deportes, Guía Práctica de Co-infección TB/VIH, Serie: Documentos Técnicos Normativos, 1era Edición: La Paz Bolivia 2014
- ❖ Ministerio de Salud y Deportes, Guía de Terapia Antirretroviral en Adultos, Serie: Documentos Técnicos- Normativos, La Paz Bolivia 2014
- ❖ Ministerio de Salud y Deportes, Diagnóstico, tratamiento y Profilaxis de Infecciones Oportunistas de VIH/SIDA, Serie: Documentos Técnicos- Normativos, La Paz Bolivia 2011
- ❖ Manual informativo, Aprendamos sobre el VIH/SIDA, elaborado por Pastoral Social Caritas, Santa Cruz Bolivia 2010
- ❖ María de la Luz Balderas Pedrero: Administración de los Servicios de Enfermería, sexta edición, México, 2102
- ❖ Gross, Richard D.: Psicología. La ciencia de la mente y de la conducta. El Manual Moderno. México, 2010.god
- ❖ Centros de Salud Desconcentrado en la Atención del Programa VIH/SIDA, Boletín informativo, Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz, año 2016
- ❖ REDVIHDA – REDBOL, Modulo Educativo para la capacitación a personas que viven con VIH/SIDA, Sobre Derechos Humanos, Atención Integral, y Adherencia al tratamiento Antirretroviral, Santa Cruz- Bolivia 2010
- ❖ Gracia Violeta Ross Quiroga, El Acceso a la Atención Integral para las personas Viviendo con el VIH/SIDA en Bolivia, La Paz Bolivia 2007
- ❖ Organización Panamericana de la Salud (OPS), “Experiencias exitosas en el Manejo de la Adherencia al tratamiento antirretroviral en Latinoamérica, Washington. D.C; 2010
- ❖ Ministerio de Salud de Chile, (MINSAL), Informe Nacional de Progreso sobre el SIDA en Chle,2014

XI.- ANEXOS

11-1.- CROQUIS DEL AREA

C.S. 18 DE MARZO



(REVISION DE HISTORIA CLINICA)

CUESTIONARIO

1.- Total, de PVV atendidos en el centro de salud 18 de marzo según el sexo desde octubre 2012 a diciembre del 2016

Masculino

Femenino

2.- Edad de los PVV que fueron atendidos en el centro salud 18 de marzo desde octubre 2012 a diciembre 2016

menor de 12

12 a 20

21 a 35

36 a 50

Mayor a 51 años

3.- Grado de instrucción de los pacientes adultos PVV atendidos de octubre 2012 a diciembre 2016

Primaria

Secundario

técnico medio

universitario

sin dato

4.- Estado civil de los pacientes adultos atendidos en el programa VIH/SIDA de octubre 2012 a diciembre 2016

Soltero

unión estable

viudo

casado

divorciado

sin dato

5.- Actividad laboral de los PVVS atendidos en el centro de salud 18 de marzo de octubre 2012 a diciembre 2016

estudiante

labores de casa

empleado público

empleado de empresa privada

independiente

sin dato

obrero

trabajador sexual

6.- Gestión de inicio de TARV pacientes atendidos en el centro de salud 18 de marzo del programa de VIH/SIDA

hasta la gestión 2012

gestión 2013

gestión 2014

gestión 2015

gestión 2016

sin tratamiento

7.- Situación de los pacientes adultos atendidos en el programa VIH/SIDA desde octubre 2012 a diciembre 2016 en el centro de salud 18 de marzo

Fallecidos

Abandonos

En tratamiento

No iniciaron tratamiento

8.- Esquema de tratamiento utilizados en PVVS adultos atendidos en el centro de salud 18 de marzo de octubre 2012 a diciembre 2016

TEL

AZT / 3TC

Sin Tratamiento

9.- Reportes de laboratorio de carga viral en pacientes PVVS que recibieron TARV por un periodo 6 a 12 meses en el centro de salud 18 de marzo

Indetectable

Detectable (menor a su inicio)

Mismo de inicio

Sin resultado de carga viral de control

**FACTORES QUE CONDICIONAN A LA NO ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES PVV**

(Cuestionario dirigido al paciente)

Seleccione con una (x) la respuesta a las siguientes preguntas

1.- De quien Recibió apoyo emocional para asumir su enfermedad e iniciar su tratamiento antirretroviral

a.- Pareja, familiares

b.- amigos y familiares

c.- familiares, personal de salud

d.- Personal de salud, Psicólogo

e.- Amigos, pareja, familiares, Personal de salud, Psicólogo

2.- El centro de salud es accesible para usted

SI

NO

3.- El Tratamiento está disponible los 12 meses del año en el centro de salud

Siempre

algunas veces

4.- Recibe orientación por parte del personal del centro de salud, relacionado a su estado de salud

si

no

5.- Con qué frecuencia recibe orientación por parte del personal del centro de salud

Algunas veces

en cada consulta

cuando lo solicita

6.- Como evalúa usted la atención recibida por el personal del centro de salud

a.- Mala

B.- Regular

c.- Buena

D.- Excelente

7.- Se sintió usted alguna vez discriminado por su enfermedad durante su atención por el personal del centro de salud

nunca

solo una vez

casi siempre

8.- Porque cree usted que es importante cumplir con su tratamiento antiretroviral

a.- Para evitar transmitir el VIH a mi pareja

b.- Para aumentar de peso

c.- Para mejorar mis defensas y evitar enfermedades oportunistas

d.- Para reducir la carga viral y aumentar mis cd4

e.- Solo a, c y d son correctas

f.- Todas son correcta

9.- Que estrategia utiliza usted para cumplir con su terapia antirretroviral

a.- Lo ubico en un lugar visible para recordar la toma diaria

b.- Utilizo alarma para recordar la hora de toma

c.- Lo guardo en lugar poco visible a otras personas por temor y vergüenza

d.- Comunico a un familiar para que me haga recuerdo de tomar la medicación

e.- No utiliza ninguna

10.- Con qué frecuencia olvida usted tomar su terapia antirretroviral durante el mes

a.- 1 sola vez

b.- De 2 a 3 veces

c.- Más de 4 veces al mes

d.- Ninguna de las anteriores

INDICE

	Pág.
CAPITULO I	1
I.- INTRODUCCION	2
II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
2.1.- Descripción del problema.....	5
III.- OBJETIVOS	7
3.1.- Objetivo General.....	7
3.2.- Objetivos Específicos.....	7
IV.- JUSTIFICACION	8
4.1.- Relevancia Científica.....	8
4.2.- Relevancia Académica.....	8
4.3.- Relevancia Social.....	9
CAPITULO II	10
V- MARCO TEORICO	11
MARCO CONCEPTUAL	11
5.1.- VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)	11
5.1.1.- Definición.....	11
5.1.2.- Concepto.....	11
5.1.3.- Fisiopatología.....	12
5.1.4.- Mecanismo de Transmisión.....	13
5.1.5.- Signos y Síntomas.....	14
5.1.6.- Fases en la evolución de la infección por el VIH.....	14
a.- Infección Primaria por el VIH.....	14
b.- Fase de Infección Crónica Asintomática.....	15
c.- Fase SIDA.....	15
5.1.7.- Factores de riesgo.....	15
5.1.8.- Pruebas Diagnosticas.....	16

a.- Pruebas Confirmatorias.....	16
b.- Criterios Diagnósticos.....	17
c.- Pruebas Complementarias.....	17
5.1.9.- Tratamiento.....	18
5.1.10.- Esquema de Terapia Antirretroviral en Adultos.....	18
5.2.- ADHERENCIA TERAPÉUTICA.....	19
5.2.1.- Definición.....	19
5.2.1 Factores relacionados con la adherencia terapéutica.....	19
a.- Factores relacionados con el Individuo.....	19
b.- Factores relacionados con la enfermedad.....	24
c.- Factores relacionados con el Régimen Terapéutico.....	25
d.- Factores relacionados con el equipo asistencial y el Sistema de Salud.....	25
5.2.3.- Métodos para la evaluación de la adherencia terapéutica.....	27
a.- Métodos Directos.....	27
b.- Métodos Indirectos.....	28
5.3.- DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.....	29
5.3.1.- Definición de descentralización.....	29
5.3.2.- Descentralización de los Servicios de Salud.....	30
5.3.3.- Modalidades de Descentralización.....	30
a.- Descentralización por región.	30
b.- Descentralización por servicio.....	30
c.- Descentralización por colaboración.....	30
5.3.4.- Finalidad de la Descentralización.....	31
5.3.5.- Proceso de Descentralización.....	31
5.3.6.- Ventajas de la descentralización en salud.....	32
5.3.7.- Desventajas de la descentralización en salud.....	32
5.3.8.- Objetivo de la desconcentración del CDVIR.....	32
5.3.9.- Requisitos para la acreditación de un establecimiento de salud como centro descentrado para la atención del programa del VIH-SIDA.....	33

MARCO CONTEXUAL	33
5.4.- Descripción del Área de Estudio.....	33
5.4.1.- Lugar de estudio.....	33
5.4.2.- Antecedentes Históricos.....	34
5.4.3.- Ubicación.....	34
5.4.4.- Limites.....	34
5.4.5.- Prestación de servicio que brinda el centro salud 18 de marzo.....	34
5.5.1.- MARCO REFERENCIAL	35
CAPITULO III	37
VI.- DISEÑO METODOLOGICO	38
6.1.- Tipo de estudio.....	38
6.1.1.- Analítico o explicativo.	38
6.1.2.- Retrospectivo.	38
6.1.3.- Longitudinal.	38
6.2.- UNIVERSO Y MUESTRA	38
6.2.1.- Universo.....	38
6.2.2.- Muestra.....	38
6.3.- Instrumentos de la recolección de datos	38
6.4.- Método	39
6.5.- Técnica.....	39
6.6.- Aspectos éticos	39
6.7.- Operalización de variable	40
VII.- ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS	41
VIII.- CONCLUSIONES	61
IX.- RECOMENDACIONES	62
9.1.- A las autoridades.....	62
9.2.- Al centro de salud.....	62
9.3.- Al personal del centro de salud 18 de marzo.....	62
9.4.- A los pacientes en general.....	62

X.- BIBLIOGRAFÍA.....	64
XI.- ANEXOS.....	65
11-1.- Croquis del área.....	66
11.3.- (Revisión de historia clínica) cuestionario.....	67
11.2.- Carta de solicitud de ingreso para llevar acabo la investigación.....	71
11.4.- Formularios de registro y notificación utilizados en el Programa de VIH/SIDA.....	72

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro Nº 1.- Distribución de frecuencia según sexo de PVV atendidos en el centro de salud 18 de marzo en la gestión 2016.....	42
Cuadro Nº 2.- Distribución según edad en pacientes PVV que fueron atendidos en el centro salud 18 de marzo en la gestión 2016.....	43
Cuadro Nº3. - Distribución de frecuencia según el Grado de instrucción en pacientes PVV que fueron atendidos en el centro salud 18 de marzo en la gestión 2016.....	44
Cuadro Nº 4.- Distribución de frecuencia según el estado civil de los PVV que fueron atendidos en el centro salud 18 de marzo en la gestión 2016.....	45
Cuadro Nº 5.- Distribución de frecuencia según la actividad laboral de los PVV que fueron atendidos en el centro salud 18 de marzo en la gestión 2016.....	46
Cuadro Nº 6.- Distribución de frecuencia según el año de inicio de los Antirretrovirales de los PVV que fueron atendidos en el centro salud 18 de marzo en la gestión 2016.....	47
Cuadro Nº 7.- Distribución de frecuencia según Situación de los PVV PVV que fueron atendidos en el centro salud 18 de marzo hasta la gestión 2016.....	48
Cuadro Nº 8.- Distribución de frecuencia según el tipo de terapia antirretroviral que reciben los PVV que fueron atendidos en el centro salud 18 de marzo en la gestión 2016.....	49
Grafico 9- Distribución de frecuencia de la carga viral en pacientes PVV que recibieron TARV por un periodo 6 a 12 meses en el centro de salud 18 de marzo en la gestión 2016.....	50
Cuadro 10.- Distribución de frecuencia de los PVV que recibieron apoyo emocional para asumir su enfermedad e iniciar su TARV en el centro de salud 18 de marzo en la gestión 2016.....	51
Cuadro 11.- Distribución de frecuencia sobre la accesibilidad para los PVV en recibir atención médica y TARV en el centro de salud 18 de marzo en la gestión 2016.....	52
Cuadro 12.- Distribución de frecuencia sobre la disponibilidad del TARV en PVV que asisten al centro de salud 18 de marzo en la gestión 2016.....	53

Cuadro 13.- Recibe orientación relacionado a su enfermedad y la importancia del cumplimiento al TARV por parte del personal del centro de salud 18 de marzo en la gestión 2016.....	54
Cuadro 14.- Distribución de frecuencia con la que recibe orientación relacionado a su enfermedad y la importancia del cumplimiento al TARV por parte del personal del centro de salud 18 de marzo en la gestión 2016.....	55
Cuadro 15.- Distribución de frecuencia de la calidad de atención recibida por los PVV por el personal del establecimiento de salud durante su consulta médica en el centro de salud 18 de marzo en la gestión 2016.....	56
Cuadro 16.- Como paciente PVV, Se sintió usted alguna vez discriminado durante su atención médica por el personal del centro de salud 18 de marzo en la gestión 2016.....	57
Cuadro 17.- Distribución de frecuencia de la percepción sobre la importancia de cumplir con su TARV, en PVV que asisten al centro de salud 18 de marzo en la gestión 2016.....	58
Cuadro Nº 18.- Distribución de frecuencia sobre estrategias utilizada para no olvidar tomar TARV, en PVV que fueron atendidos en el centro salud 18 de marzo en la gestión 2016.....	59
Cuadro Nº 19.- Distribución de frecuencia con la que olvidan tomar su TARV los PVV en que fueron atendidos en el centro salud 18 de marzo en la gestión 2016.....	60