

ESCUELA NACIONAL DE SALUD

Diagnóstico educativo sobre adherencia al tratamiento antirretroviral en médicos y enfermeras de la Atención Primaria de Salud. Municipio Camagüey 2006-2007

Autores:

MsC. Ana Gloria Romero González ¹

Dra. C. Libertad Martín Alfonso ²

MsC. Ana Tahisy Romero González ³

1. Máster en Promoción y Educación para la Salud. Licenciada en Defectología. Profesora Instructor de la Escuela Nacional de Salud. Departamento Promoción e Salud. La Habana.
2. Doctora en Ciencias de la Salud. Departamento de Ciencias Sociales. Profesora Titular. La Habana.
3. Médico Especialista en I Grado en Microbiología. Máster en Infectología y Medicina Tropical. Profesora Asistente. Camagüey.

Resumen

A partir de los avances en la efectividad de algunos tratamientos un grupo de dolencias han pasado a ser enfermedades crónicas o de larga duración, entre estas tenemos el VIH/sida. El presente trabajo pretende fundamentar la importancia de que el profesional que atiende a las personas con VIH/sida acogidos al Sistema de Atención Ambulatorio tenga una alta calificación y profesionalidad, para enfrentar el problema de la deficiente adherencia a los tratamientos antirretrovirales, y que se logre promover una relación terapéutica que beneficie la adecuada adherencia. Se realiza un diagnóstico educativo con el objetivo de identificar los conocimientos que poseen los profesionales en relación con la adherencia al tratamiento antirretroviral, describir las principales prácticas profesionales y la percepción de capacitación sobre el tema, cuestiones que tienen que ver con la calidad de la atención a los pacientes. En la investigación se revela que existen insuficientes conocimientos acerca de la adherencia al tratamiento para abordar con calidad la atención a las personas con VIH/sida acogidos al Sistema de Atención Ambulatorio e incorrectas prácticas profesionales para analizar las causas de incumplimientos terapéuticos. Se encontraron dificultades en la percepción de capacitación para promover la adherencia de los pacientes.

Palabras Clave: Virus de Inmunodeficiencia Humana, adherencia, cumplimiento, tratamiento antirretroviral, atención primaria de salud, sistema de atención ambulatorio.

Introducción

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y en particular la historia de la pandemia VIH/sida, se puede dividir en dos etapas. La primera abarca su descripción inicial y el descubrimiento del agente causal en la década de los años 80, en la cual la enfermedad tenía una evolución natural y los médicos sólo podían tratar las complicaciones y las enfermedades oportunistas, y una segunda etapa, después de la aparición de las terapias combinadas (antirretrovirales) las que han modificado sustancialmente la evolución de la infección por VIH/sida con la disminución de infecciones oportunistas y la mejora de la calidad y esperanza de vida de las personas infectadas.¹ La aparición de resistencia viral, la toxicidad al medio, así como la necesidad de una alta adherencia al tratamiento hacen necesario que los riesgos y beneficios del mismo sean cuidadosamente sopesados a la hora de tomar una decisión terapéutica. En la infección por VIH la buena adherencia al tratamiento se ha correlacionado con una progresión clínica más lenta de la enfermedad y con marcadores virológicos más bajos.^{2, 3}

La Organización Mundial de la Salud, (OMS) asegura que “el incumplimiento del tratamiento” es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes”.⁴

El informe anual del Programa Conjunto de las Naciones Unidas (ONUSIDA) sobre la situación de la epidemia del sida en el 2006, publicó que en el mundo existen con el VIH alrededor de 39,5 millones de personas, en el propio año se produjeron a escala mundial 4,3 millones de nuevas transmisiones y fallecieron de 2.9 millones como consecuencia de enfermedades relacionadas con el sida.

⁵ Según informe de la OMS y la Secretaría del ONUSIDA a finales del 2009, se produjeron 2,7 millones de nuevas infecciones y se estima que alrededor 33,4 de personas viven con VIH en el mundo.⁶

El Caribe, posee las tasas más altas de infección por VIH en el planeta después de África. Aunque se considera que Cuba es uno de los países caribeños menos afectado, las cifras muestran que en la actualidad la epidemia

está ubicada en un estadio-lento con propagación fundamentalmente en áreas urbanas, sostenido con mayor incidencia en el último quinquenio.

Con los estudios realizados al término del 2006 por el Grupo Operativo para el Enfrentamiento y Lucha Contra el sida (GOPELS) se conoció que en Cuba viven 7863 personas con VIH, 2986 casos con sida, con predominio del sexo masculino el 80,5 % de todos los casos diagnosticados, y han fallecidos 1529.⁷ Este mismo grupo de trabajo, reportó en el año 2009 un total de 12,217 seropositivos al VIH, siendo superior en hombres (22,9) que en mujeres (4,8) comportamiento similar al de años precedentes, han marcado sida 4,938 y fallecido 2,127.⁸

Los avances en la producción de medicamentos genéricos desde el año 2001 en Cuba han permitido la ganancia en años de sobrevida y la reducción en un 70 por ciento de las enfermedades oportunistas, el acceso gratuito a medicamentos antirretrovirales evidencia el descenso y estabilidad de la mortalidad a causa del sida.⁹

La provincia de Camagüey con una población de 787 744 habitantes, ocupa la séptima posición con respecto al resto de las provincias del país con una tasa de 4,0 por el número de casos infectados con el virus del VIH. Al concluir julio del 2007 mostró cifras que evidencian el aumento progresivo de la epidemia, se detectaron 36 nuevas transmisiones, para un total de 264 personas con VIH, con un incremento de 14 casos en comparación con igual período del año anterior, se reportaron 37 fallecidos y se han diagnosticado hasta el momento 80 casos sida con acceso a las ARV.¹⁰ En el año 2009 se reportan 81 seropositivos al VIH, 4 casos sida, superior el contagio en hombres (65) que en mujeres (16), comportamiento similar al de años precedentes, significando que el mayor riesgo de adquirir VIH se encuentra en la población masculina.¹¹

En dicha provincia, el municipio más afectado es Camagüey con una tasa de 10.44. Se ha observado un incremento en los últimos años con una dinámica que tiene una mayor aceleración en el período 2000-2006. La proporción por

sexo mantiene el predominio masculino (83 %), y mayor incidencia en los HSH con el 51 %. La mayor prevalencia según la edad se halla entre 15 a 29 años.^{12, 13} En el año 2009 se diagnosticaron 53 seropositivos, de estos 12 son mujeres y 41 hombres y no hubo fallecidos.¹⁴

En los últimos años ha existido un incremento de personas infectadas con el virus del VIH incorporadas al Sistema de Atención Ambulatorio siendo su escenario fundamental el Área de Salud, donde interactúan los diferentes actores involucrados en la comunidad. En supervisiones efectuadas a los consultorios médicos de las áreas de salud, se ha podido comprobar, que existen dificultades en la atención y el seguimiento a las personas con VIH, y en particular con la labor del médico y enfermera orientada al logro de la adherencia al tratamiento antirretroviral, el cual es de gran valor para el mejoramiento de la calidad de vida y supervivencia en esta enfermedad.

También el proceso de descentralización de la atención médica a la comunidad no se había podido implementar en toda su magnitud como está establecido en el Programa Nacional de Control de las ITS y el VIH/sida, por lo que podemos suponer que es limitada la preparación y experiencia del personal médico, para el abordaje del problema de la adherencia terapéutica. Por ello, aunque no existen estudios en el territorio que permitan fundamentar los niveles de adherencia terapéutica en las personas con VIH/sida, es preciso destacar que la falta de adherencia debe ser contemplada como un problema que impide alcanzar la efectividad clínica que puede conseguirse con los recursos disponibles para el tratamiento de la infección por el VIH.

Por esto nos propusimos como objetivo realizar un diagnóstico educativo para identificar los conocimientos, creencias y prácticas profesionales y percepción de capacitación que tienen los médicos y enfermeras de la familia, dado que este constituye el primer eslabón de atención médica y seguimiento a las personas con VIH/sida.

El diagnóstico educativo es un método que permite indagar sobre los conocimientos, actitudes, sentimientos, emociones, habilidades y conductas que poseen los profesionales para afrontar los problemas de salud, y mejorar

la calidad de vida de las personas. Se hace necesario entonces, tener en cuenta elementos para advertir las necesidades de aprendizaje y percibir el beneficio de habilitar a los individuos y a la población a fin de ejercer un mayor control sobre las determinantes de salud. Requiere de una participación activa, reflexiva y transformadora para definir sus problemas, tomar decisiones y realizar acciones para modificar y mejorar los factores condicionantes de su estado de salud.^{15, 16}

DISEÑO METODOLÓGICO.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en el período comprendido entre septiembre 2006 - junio 2007. La población del estudio estuvo constituida por los 65 médicos y 100 enfermeras de la Atención Primaria de Salud del municipio Camagüey que atendían en sus consultorios a personas con VIH/sida.

Los datos fueron obtenidos a través de un cuestionario, tomando como referencia uno elaborado para un estudio similar.¹⁷ El mismo fue modificado y adecuado en relación con los intereses de esta investigación (Ver Anexo 1). Se estructuró en 4 acápites que exploraron aspectos sobre: variables sociodemográficas, conocimientos, prácticas profesionales y percepción de capacitación.

Para la validación del cuestionario se utilizaron criterios de expertos, ofrecidos por 3 Especialistas del Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/sida, 3 Educadores para la Salud del Centro Provincial de Prevención de las ITS/VIH/sida de Camagüey y un Médico Especialista de I Grado en Microbiología y Master en Infectología y Enfermedades Tropicales, pertenecientes al Centro Provincial de Higiene Epidemiología y Microbiología de la provincia.

Se realizó un pilotaje con el objetivo de evaluar la comprensión de las preguntas y realizar los ajustes precisos, se aplicó el cuestionario a 5 Médicos Especialistas en Medicina General Integral y 5 Licenciadas en Enfermería de la

Atención Primaria de Salud, y como requerimiento se tuvo en cuenta no encontrarse incluidos en la investigación. Esto permitió realizar modificaciones en algunas preguntas que no fueron comprendidas adecuadamente.

Para la aplicación del cuestionario a los médicos y enfermeras que conformaron la población objeto de estudio se requirió del apoyo de 3 profesionales de la salud, 2 educadores para la salud y 1 psicólogo quienes fueron capacitados en el objetivo de la investigación y los procedimientos establecidos.

El cuestionario se aplicó de forma auto administrada en los policlínicos según el cronograma previsto y la previa coordinación con las áreas de salud. Se cumplieron todos los procedimientos y consideraciones éticas establecidas, así como la supervisión de la ejecución de las tareas para el control de la calidad de los procedimientos empleados.

Con la información recolectada se elaboró una base de datos en el sistema Excel de Microsoft Office para su posterior procesamiento. Los resultados se expresaron en valores absolutos y relativos. Los resultados obtenidos se resumieron en cuadros y gráficos para su mejor comprensión y análisis.

Análisis y discusión de los resultados

Conocimientos, creencias, prácticas profesionales y percepción de capacitación.

Tabla 1 Distribución de médicos y enfermeras según conocimiento sobre el término adherencia terapéutica.

Término adherencia terapéutica	Médicos n = 65				Enfermeras n =100			
	Si		No		Si		No	
	conocen		conocen		conocen		conocen	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Participación activa y de colaboración voluntaria con el tratamiento.	13	20,0	52	80,0	18	18,0	82	82,0
Alianza, negociación o acuerdo médico-paciente.	27	41,5	38	58,5	28	28,0	72	72,0
El paciente toma sus propias decisiones acerca del tratamiento.	17	26,2	48	73,8	25	25,0	75	75,0

En la tabla 1 se observa que fueron poco identificados los tres elementos que distinguen el término adherencia terapéutica. La “participación activa del paciente y su colaboración voluntaria con el tratamiento” fue el menos reconocido, sólo el 20,0% de los médicos y el 18,0% de las enfermeras lo identificaron como aspecto del concepto adherencia. En relación con el elemento de “alianza, negociación o acuerdo médico-paciente” se comprobó que el 41,5% de los médicos lo reconoció y únicamente el 28,0% de las enfermeras lo refirió, y expresaron desconocimiento en relación al “rol del paciente en la toma de sus propias decisiones en cuanto al tratamiento”, el 26,2% de los médicos y el 25,0% de las enfermeras respectivamente.

La investigación reflejó que existen escasos conocimientos necesarios para la atención a las personas con VIH/sida, al no reconocerse los elementos esenciales del término adherencia terapéutica, lo cual no permite abordar la problemática de la adherencia al tratamiento antirretroviral a partir de la definición de sus características esenciales. González Acosta M. en un estudio a fin reporta resultados similares en cuanto al insuficiente conocimiento que poseen los médicos y las enfermeras de la familia sobre el término adherencia terapéutica en la Hipertensión Arterial.¹⁸

Es necesario considerar la importancia de que los profesionales de la salud conozcan que se entiende por “adherencia al tratamiento” desde el punto conceptual así como las dimensiones que la componen con vistas a trabajar en función de un comportamiento más eficiente tanto del paciente como del equipo de salud, y superar el tradicional en enfoque dirigido solo al “cumplimiento” de las indicaciones médicas.¹⁹

Tabla 2 Distribución de médicos y enfermeras según conocimiento sobre la repercusión de una correcta adherencia al tratamiento antirretroviral.

Conocimiento	Médicos n = 65				Enfermeras n = 100			
	Si conocen		No conocen		Si conocen		No conocen	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Aumento de la calidad de vida.	65	100	0	00	100	100	0	00
Aumento de la carga viral.	62	95,4	3	4,6	41	41,0	59	59,0
Disminuye la capacidad mutagénica del virus.	53	81,5	12	18,5	76	76,0	24	24,0
Evita la resistencia medicamentosa.	39	60,0	26	40,0	82	82,0	18	18,0
Previene el daño del sistema inmunológico.	35	53,8	30	46,2	52	52,0	48	48,0
Sube CD4.	35	53,8	30	46,2	34	34,0	66	66,0

La tabla 2 muestra que son bajos los conocimientos sobre algunas de las repercusiones de correcta adherencia. Más de la mitad de las enfermeras (el 59,0%) no reconocen que aumenta la carga viral, se observan mejores resultados en los médicos. Menos de la mitad de los médicos (40,0%) no consideró que evite la resistencia medicamentosa, se destacó mejores resultados en las enfermeras respectivamente. Se reveló que el 46,2% de los médicos y el 48,0% de las enfermeras no identificaron que previene el daño del sistema inmunológico. También el 46,2% de los médicos y el 66,0% de las enfermeras consideraron que la correcta adherencia no sube los CD4.

Al valorar los conocimientos que tienen los médicos y las enfermeras en relación a la repercusión de la correcta adherencia terapéutica se encontró que la totalidad reconoce que aumenta la calidad de vida de las personas, sin embargo se observó que no identifican, ambos profesionales, algunos aspectos que son de suma importancia para la supervivencia de a quienes le está indicado este tratamiento.

Tabla 3 Distribución de médicos y enfermeras según conocimiento sobre factores que influyen en una buena adherencia terapéutica.

Conocimiento de factores	Médicos n = 65				Enfermeras n = 100			
	Si		No		Si		No	
	Conocen		conocen		Conocen		conocen	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Información acerca de la enfermedad.	65	100	0	00	100	100	0	00
Motivación por su salud y su vida.	65	100	0	00	94	94,0	6	6,0
Sentirse capaz de realizar el tratamiento.	65	100	0	00	95	95,0	5	5,0
Percepción de los beneficios del tratamiento.	65	100	0	00	91	91,0	9	9,0
Percepción de la gravedad de la enfermedad.	65	100	0	00	87	87,0	13	13,0
Escolaridad del paciente.	49	75,4	16	24,6	91	91,0	9	9,0

En la Tabla 3 se expone que la totalidad de los médicos y casi el total de las enfermeras identificaron los componentes información acerca de la enfermedad, motivación por la salud y las creencias de salud como factores moduladores importantes en el logro de la adherencia terapéutica. Tanto médicos como enfermeras consideraron la escolaridad del paciente como un factor que puede intervenir de forma positiva en la adherencia terapéutica.

Es importante señalar que casi la mayoría de los médicos y las enfermeras expresó conocimiento sobre los factores que influyen positivamente en una buena adherencia terapéutica, identifican la información acerca de la

enfermedad, motivación por su salud y su vida, sentirse capaz de realizar el tratamiento, percepción de los beneficios del tratamiento y de la gravedad de la enfermedad. Consideramos que las creencias que los pacientes tengan sobre determinada situación, así como los estados emocionales, se asocian a un mayor interés en el aprendizaje y la ejecución de conductas preventivas. Como señala Bandura, 1982; Taylor, Peplau y Sears, la adherencia parece relacionada con la percepción de los pacientes de amenaza de su salud, modulada por la percepción de riesgo o vulnerabilidad percibida.²⁰ Otros estudiosos consideran asociación entre la adherencia y el nivel educativo.²¹

Tabla 4: Distribución de médicos y enfermeras según atribución de la responsabilidad para el logro de la adherencia al tratamiento antirretroviral.

Atribución de la responsabilidad	Médicos n= 65		Enfermeras n = 100	
	No.	%	No.	%
Persona con VIH/sida.	33	50,8	38	38,0
Atención sanatorial.	33	50,8	38	38,0
Médico y enfermera de la familia.	32	49,2	62	62,0
Coordinador de la Línea de Apoyo a Personas con VIH/sida.	13	20,0	7	7,2
Epidemiólogo del programa ITS VIH/sida.	0	00	9	9,0

En la tabla 4 los médicos revelaron que la responsabilidad en el logro de la adherencia terapéutica es de “la persona con VIH/sida” y de “la Atención Sanatorial”, en iguales por cientos (50,8%). Sólo el 49,2% de los médicos mostró estar de acuerdo con tener responsabilidad en el logro de la adherencia y un por ciento menor de ellos el 20,0%, consideró al coordinador de la Línea de Apoyo a personas con VIH/sida con encargo en la adherencia terapéutica. No tuvieron en cuenta al Epidemiólogo del programa.

Se lograron mejores resultados en el grupo de las enfermeras. El 62,0% de estas fueron del criterio que poseen responsabilidad en la adherencia terapéutica de las personas con VIH/sida. Mientras que atribuyeron iguales porcentajes en relación con la responsabilidad que tiene la persona con VIH/sida y la atención sanatorial (38,0%), el 20,0% de las enfermeras atribuyó al coordinador de la Línea de Apoyo y un porcentaje pequeño (9,0%) de las sanitarias reconoció al epidemiólogo del Programa ITS/VIH/sida con responsabilidad en la adherencia.

Consideramos significativo los resultados que se reflejan en esta tabla, al valorar las respuestas ofrecidas por los médicos y enfermeras en relación a la atribución de la responsabilidad en el logro de la adherencia al tratamiento antirretroviral. En ninguna de las propuestas se alcanzaron porcentajes elevados, por lo que se reveló que existen desconocimiento de a quien atribuir la responsabilidad, y en ninguno de los casos se observó que se decidieran por todas las opciones dadas, como reflejo del trabajo en equipo necesario para el logro de la adherencia terapéutica en el paciente.

En el Sistema de Atención Ambulatorio es fundamental la labor del equipo multidisciplinario, que deben brindarles atención, seguimiento, educación y consejería lo cual redundaría en una atención médica integral. Los resultados hacen pensar que existen dificultades en la atención y en el seguimiento por parte de todos los implicados y especialmente el médico y la enfermera de la familia. Resultados similares a los nuestros refieren que la adherencia debe ser de dominio técnico del paciente ^{22, 23} La literatura plantea que al igual que en otros ámbitos se ha constatado errores atribucionales sobre la base del efecto actor – observador. ²⁴ y refieren otros autores que sólo el esfuerzo conjunto de todos los profesionales de la salud y diversas disciplinas, así como el saber cotidiano, llevará a la búsqueda y propuesta de alternativas de mejoras. ²⁵

Tabla 5: Distribución de médicos y enfermeras según acciones que realiza en el momento de instaurar el tratamiento.

Acciones	Médicos n = 65		Enfermeras n = 100	
	No.	%	No.	%
Expresión clara y comprensible de las características del tratamiento.	55	84,6	82	82,0
Explicación de la forma en que debe cumplirlo.	49	75,4	78	78,0
Pregunta a la persona si está de acuerdo con el tratamiento.	55	84,6	13	13,0
Solicita a la persona con VIH/sida que manifieste sus dudas sobre el tratamiento.	50	77,0	75	75,0
Analiza con la persona alternativas para el cumplimiento.	45	69,2	62	62,0

En la tabla 5 se aprecia que más de las tres cuartas partes de los médicos (el 84,6%) y el 82,0% de las enfermeras refirieron instaurar el tratamiento con una expresión clara y comprensible de las características del mismo, el 75,4% del total de los médicos y el 78,0% de las enfermeras manifestaron brindar explicación en la forma que deben cumplir el tratamiento, el 84,6% de los médicos (y un porcentaje pequeño de las enfermeras el 13,0%) refirió preguntar a la persona si está de acuerdo con el tratamiento indicado, elemento importante para el logro de la adherencia. En porcentajes similares revelaron el 77,0 % de los médicos y el 75,0% de las enfermeras solicitar a la persona con VIH/sida que manifieste sus dudas sobre su tratamiento. Por su parte declararon el 69,2% de los médicos y el 62,0% de las enfermeras que analizan con la persona alternativas para el cumplimiento.

Los médicos y las enfermeras refieren que realizan prácticas adecuadas de comunicación médico - paciente para lograr los resultados esperados en relación a la adherencia terapéutica, ya que facilita el cumplimiento de los

objetivos propuestos al tratamiento así como la toma de decisiones en conjunto con el terapeuta. Revisiones bibliográficas a fin con este estudio refieren que se ha demostrado que la satisfacción en la comunicación del paciente con el equipo de atención en salud, son variables que pueden contribuir a la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos, y que la comunicación no solo debe servir para obtener la información que el médico necesite, sino para que el paciente se sienta escuchado para comprender enteramente el significado de su enfermedad.²⁶

Tabla 6 Distribución de médicos y enfermeras según prácticas de comunicación médico – paciente para logro de la adherencia terapéutica.

Prácticas de comunicación	Médicos				Enfermeras			
	Correcto		Incorrecto		Correcto		Incorrecto	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Información clara y comprensible.	65	100	0	00	100	100	0	00
Comunicación horizontal de mutuo acuerdo.	58	89,2	7	10,8	96	96,0	4	4,0
Comunicación afectiva persuasiva.	51	78,5	14	21,5	94	94,0	6	6,0
Comunicación vertical de ordeno y mando.	2	3,1	63	97,0	4	4,0	96	96,0

En la tabla 6 se observa que el 100 % de los médicos y enfermeras señalaron en primer lugar la información clara y comprensible como una práctica correcta para lograr la adherencia. En segundo lugar, reconocen la comunicación horizontal de mutuo acuerdo, con mayor proporción las enfermeras (96,0%) que los médicos (89,2%). Identificaron en tercer lugar, el 94,0% de las enfermeras y un porcentaje inferior los médicos (78,5 %), la comunicación afectiva persuasiva, y por ultimo la comunicación de ordeno y mando fue reconocida en menor proporción como una práctica correcta (el 4,0% de las enfermeras y el 3,1% de los médicos). Se puede considerar que los profesionales asumieron que esta es la vía de comunicación que menos favorece el logro de la adherencia.

Estudios refieren la cooperación del paciente con el médico en la instauración del régimen terapéutico, la colaboración, la discusión y el acuerdo entre ambos con respecto a todo lo que concierne al tratamiento, de hecho, estos son los aspectos que implican de manera activa al paciente en su cumplimiento y permiten superar el mero “cumplimiento” y lograr la adhesión.²⁷ Se ha demostrado que la satisfacción en la comunicación del paciente con el equipo de atención en salud, son variables que pueden contribuir a la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos ²⁸, y que la comunicación no solo debe servir para obtener información que el médico necesite sino para que el paciente se sienta escuchado para comprender enteramente el significado de su enfermedad.²⁹

Tabla 7 Distribución de médicos y enfermeras según percepción de Capacitación en adherencia terapéutica

Percepción de capacitación	Médicos n = 65		Enfermeras n = 100	
	No.	%	No.	%
Se considera capacitado.	25	38,5	28	28,0
No se considera capacitado.	40	61,5	72	72,0
Total	65	100	100	100

En la Tabla 7 se apreció que el 61,5% de los médicos y el 72,0% de las enfermeras no se perciben capacitados en el tema de la adherencia terapéutica. Sólo asumen hallarse capacitados el 38,5 de los médicos y el 28,0% de las enfermeras.

Esto indica la necesidad de realizar acciones de preparación y capacitación de los profesionales de la salud, así como de los equipos multidisciplinarios en el marco de la atención primaria de salud para contribuir a resolver la problemática de la adherencia terapéutica.

CONCLUSIONES:

Los resultados del diagnóstico educativo realizado permitió llegar a los siguientes hallazgos en población objeto de investigación:

Los médicos y enfermeras del Municipio Camagüey que atienden a personas con VIH/sida en la comunidad, mostraron escasos conocimientos en relación con los elementos esenciales del concepto de adherencia al tratamiento lo cual es de gran importancia para asumir estrategias relacionadas con las exigencias terapéuticas de esta enfermedad, mientras que refirieron ejecutar adecuadas prácticas profesionales de comunicación encaminadas al logro de la adherencia.

Tanto los médicos como las enfermeras no reconocen en la magnitud deseada su responsabilidad en el logro de la adherencia al tratamiento de las personas con VIH/ sida. No perciben el valor que tiene el trabajo integral del equipo de salud en este problema.

Los profesionales no se percibieron capacitados para abordar con calidad la atención a las personas con VIH/sida acogidos al Sistema de Atención Ambulatorio por lo que se pudiera proponer a partir del estudio un conjunto de medidas de capacitación y formación enmarcadas en una estrategia transdisciplinar.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Pautas Cubanas para el tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH/SIDA. La Habana. : Ministerio de Salud Pública; 2004. p19.
2. Pautas de tratamiento antirretroviral en adultos para países de Latinoamérica y el Caribe: Washington: OMS; 2002. p3.
3. Guerra L, Parras F. La adherencia a los antirretrovirales: Una tarea de todos. Madrid: Enfermedades Emergentes; 2000.
4. ONUSIDA, Resumen de Orientación. Informe sobre la epidemia mundial del sida 2006 [artículo en Internet]. 2007 enero. [Citado el 8 de enero 2007] [aprox. 14p] Disponible en URL: www.unaids.org_en_HIV_datos 2006: global reporte_2006_org_es.aps.Reunión del Grupo Operativo para el Enfrentamiento y Lucha Contra el SIDA. Situación de la epidemia del VIH/SIDA. ITS/VIH/SIDA. La Habana: MINSAP; 2006.
5. Naciones Unidas Decenio Internacional para la Reducción de los Desastres Naturales (DIRDN). Unidad Regional para América Latina y el Caribe. San José, Costa Rica. [Monografía en Internet] [Citado el 21 de noviembre de 2006] [aprox. 7p] Disponible en URL: <http://www.globalsida.org/esp/001.html>
6. Reunión del Grupo Operativo para el Enfrentamiento y Lucha Contra el SIDA. Situación de la epidemia del VIH/SIDA. ITS/VIH/SIDA. La Habana: MINSAP; 2006.
7. Armas Padrino I. Notable efectividad de antirretrovirales cubanos para el SIDA [base de datos en Internet]. [citado 16 dic 2006].Disponible en: <http://www.cnctv.cubasi.cu/noticia.php?idn=5208>
8. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. Informe estadístico ITS-VIH/SIDA. Camagüey: MINSAP; 2006.
9. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. Informe estadístico ITS-VIH/SIDA. Camagüey: MINSAP; 2009.
10. Análisis de la Situación de Salud. Municipio Camagüey: MINSAP; 2006.
11. Informe de Balance Anual de ITS-VIH/SIDA. Municipio Camagüey: MINSAP; 2006.
12. Informe de Balance Anual de ITS-VIH/SIDA. Municipio Camagüey: MINSAP; 2009.
13. Plan Estratégico para ITS/VIH/SIDA 2001-2006 Cuba. Se trazaron las primeras estrategias educativas [artículo en Internet].2007 [Citado el 14 de junio 2007] [aprox. 5p] Disponible en: www.sld.cu/galerias/pdf/estrategia.
14. Sanabria RG. Programa educativo- Resumen de estrategias de intervención, análisis de Situación de salud, participación social y programa educativo. (Dossier modulo: Educación para la Salud). C. de la Habana; Escuela Nacional de Salud Pública 2005. p 111-112.
15. Acosta González M. Diagnóstico Educativo sobre adherencia terapéutica en Hipertensión Arterial [Tesis]. La Habana: Policlínico Docente "Mártires de Corintya"; 2003.
16. Martín Alfonso, L. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario.2003-2007. [Tesis de doctorado]. Escuela Nacional de Salud Pública, 2009. <http://www.bvscuba.sld.cu/php/index.php>

17. García Duque R, Muñoz Ortiz Jenny. Adherencia al Tratamiento en Pacientes con VIH/SIDA: Revisión Teórica de los Principales Factores y del Rol Psicológico. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2002. p 14-16.
18. Ballester Arnal B., Carpi Ballester A. Cuidar pacientes con VIH. Revista ROL de enfermería. 2004; (27): 819–24
19. Álvarez González A, Acevedo García IE, Amargos González GM, Villalón Oramas MB. Investigación cualitativa sobre adherencia al tratamiento antirretroviral en personas que viven con VIH/sida. [base de datos en Internet]. [citado abr 2006]. Disponible en: <http://www.bvsida.sld.cu> Zaldívar Pérez D. Factores psicosociales y adherencia terapéutica. <http://www.sld.cu/saludvida/psicologia/temas.php?idv=6072>.
20. Francesc Puigventos, Melchor Riera, Delibes Carla, Peñaranda María, De La Fuente Laura, Bernal A. Estudios de adherencia a los fármacos antirretrovirales. Una revisión sistemática. [www.msc.es/ciudadanos/enflesiones/enftransmisibles/sida/docs/RECOAD_A julio 04 pdf](http://www.msc.es/ciudadanos/enflesiones/enftransmisibles/sida/docs/RECOAD_A_julio_04.pdf)
21. Rathbun RC, Farmer KC, Stephens JR, Lockhart SM. Impact of an adherence clinic on behavioral outcomes and virologic response in treatment of HIV infection: a prospective, randomized, controlled pilot study. Clin Ther. 2005; 27 (2):199-209.
22. Sandoval Rafael. Tratamiento Antirretroviral. Disponible en: www.indetectable.org/pages/tratamiento.htm. 2007. Consultado 13 septiembre de 2007.
23. Martín Alfonso L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente Rev Cubana Salud Pública. [serie en Internet]. [citado abr 2004]. Disponible en: [http:// www. Infomed. sld.cu](http://www.infomed.sld.cu)
24. Cancio Enrique I, Sánchez Fuentes J, Reymond González V, López Rodríguez VJ. Información básica sobre la atención integral a personas viviendo con VIH/SIDA, Material dirigido a los equipos de atención primaria y secundaria de salud. La Habana: Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/SIDA; 2006.
25. Hernández Torres I, Fernández Ortega MA, Irigoyen Coria A, Hernández MA. Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. Facultad de Medicina UNAM [artículo en Internet]. 2006 [citado el 24 de abril 2006] disponible en: <http://www.unam.mx>. Vol. 8 (2) 137-143
26. Martín Alfonso L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cub Salud Pública. 2004; 30 (4):2.
27. Armas Padrino I. Notable efectividad de antirretrovirales cubanos para el SIDA [base de datos en Internet]. [citado 16 dic 2006]. Disponible en: [http:// www. cnctv. cubasi. cu/ noticia. php?idn=5208](http://www.cnctv.cubasi.cu/noticia.php?idn=5208)
28. Pautas Cubanas para el tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH/SIDA. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2004.
29. Gatell J, Clotet M. B, Podzamser, Miró J. M, Mallotas J: Guía práctica de SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento, Barcelona; 2000. p 37.

Anexo 1

Este cuestionario anónimo tiene como propósito identificar los conocimientos, prácticas profesionales y percepción de capacitación relacionadas con la adherencia terapéutica en médicos y enfermeras que atienden a personas con VIH-SIDA.

Necesitamos que nos responda con la mayor sinceridad las preguntas que les realizaremos a continuación:

Agradecemos mucho sus opiniones.

Muchas gracias

1. Edad: _____
2. Categoría ocupacional:
Médico _____
Enfermera _____
3. Marque con una **(X)** los elementos que considere pertenezcan al término cumplimiento del tratamiento y con **(XX)** al término Adherencia al tratamiento.
 - a) El paciente no toma sus propias decisiones a cerca del tratamiento, cumple fielmente las indicaciones. _____
 - b) Alianza, negociación o acuerdo con el paciente. _____
 - c) Orientación y cumplimiento del tratamiento. _____
 - d) Participación activa y de colaboración voluntaria con el tratamiento. _____
 - e) El paciente toma sus propias decisiones a cerca del tratamiento. _____
4. En su experiencia profesional que repercusión tiene una correcta adherencia a los antirretrovirales. Marque con una X las respuestas que considere correctas.
 - a) Aumento de la calidad de vida. _____
 - b) Evita la resistencia medicamentosa. _____
 - c) Sube CD4. _____
 - d) Disminuye la capacidad mutagénica del virus. _____
 - e) Previene el daño del sistema inmunológico. _____
 - f) Aumento de la carga viral: _____
5. ¿Cual o cuales de estas alternativas usted considera que es/son parte del apoyo social para lograr una correcta adherencia al tratamientos antirretroviral en las personas con VIH?
 - a) Familia. _____
 - b) Amistades. _____
 - c) Equipo de ayuda mutua. _____
 - d) Médico y Enfermera. _____
 - e) Compañeros de Trabajo. _____
 - f) Pareja _____
6. ¿Cuáles de los siguientes elementos influyen positivamente en la adherencia al tratamiento antirretroviral en las personas con VIH/sida?
(Puede marcar más de una alternativa)
 - a) Escolaridad del paciente. _____
 - b) Información acerca de la enfermedad. _____

- c) Motivación por su salud y su vida._____
- d) Percepción de los beneficios del tratamiento._____
- e) Percepción de la gravedad de la enfermedad._____
- f) Sentirse capaz de realizar el tratamiento._____

7.- ¿Cuáles de estos factores relacionados con el fármaco considera influyen negativamente en la adherencia al tratamiento antirretroviral? (Puede marcar más de una alternativa)

- a) Múltiples tabletas diarias._____
- b) Administración de medicamentos en ayunas._____
- c) Presencia de reacciones adversas._____
- d) Lipodistrofia._____

8.- ¿Considera usted que la adherencia al tratamiento antirretroviral es vital (muy importante) en las personas con VIH/sida?

SI ☐ NO ☐

9.- ¿A quien atribuye la responsabilidad en el logro de la adherencia al tratamiento antirretroviral de las personas con VIH/sida que atiende en su consultorio?

Marque con una X los que considere las respuestas que considere correcta.

- a) Médico y enfermera._____
- b) Atención sanatorial._____
- c) Epidemiólogo del programa ITS/VIH/sida._____
- d) Coordinador de la Línea de Apoyo a Personas con VIH._____
- e) Persona con VIH/sida_____

10.- ¿Cuáles de las siguientes prácticas de la comunicación medico paciente considera son las correctas para lograr la adherencia terapéutica?

- a) Información clara y persuasiva._____
- b) Comunicación horizontal de mutuo acuerdo._____
- c) Comunicación vertical de ordeno y mando._____
- d) Comunicación afectiva persuasiva

11.- ¿Qué tipo de educación le proporciona a las personas con VIH/sida?

- a) Educación terapéutica ____
- b) Información sobre hábitos nutricionales ____
- c) Información sobre sexualidad responsable ____

12.- ¿Identifica necesidades educativas relacionadas con la adherencia terapéutica en las personas con VIH/sida?

Siempre ☐ Algunas veces ☐ Nunca ☐

13.- ¿Cuáles de estas vías utiliza para evaluar la adherencia a los tratamientos de las personas con VIH? Marque con una X sus respuestas. (Puede marcar más de una alternativa).

- a) Visitas domiciliarias._____
- b) Consultas de seguimiento._____
- c) Información brindada por la familia._____

d) Información brindada por la propia persona con VIH/sida. _____

14.- ¿Analizan con las personas con VIH/sida las causas de incumplimientos de la terapia?

Siempre ☐ Algunas veces ☐ Nunca ☐

15.- Marque con una X cuál o cuáles de las siguientes acciones usted realiza en el momento de instaurar el tratamiento a la persona con VIH/sida o en la consulta de seguimiento:

a) Explicación clara y comprensible de las características del tratamiento _____

b) Explicación de la forma en que debe cumplirlo _____

c) Pregunta a la persona si está de acuerdo con el tratamiento _____

d) Pregunta a la persona alternativas si puede cumplirlo _____

e) Analiza con la persona alternativas para el cumplimiento _____

f) Solicita a la persona que manifieste sus dudas sobre el tratamiento _____

16.- ¿Se consideran debidamente capacitados para resolver los problemas relacionados con la adherencia terapéutica de sus pacientes?

SI ☐ NO ☐

17.- ¿Cuál de los siguientes elementos considera pertinente incorporar en las capacitaciones?

a) Técnicas de comunicación social en salud. _____

b) Utilización de medios audiovisuales. _____

c) Técnicas educativas. _____

d) Disciplinas relacionadas con la conducta de las personas. _____