

ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN GESTANTES PORTADORAS DE VIH POSITIVO

CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL SAN JOSÉ

2009 – 2010

Adhesion of antiretroviral treatment in positive HIV pregnant women of Center of Maternal Infantile Health San José 2009 – 2010

Nezly Betzabé Lara Espinoza¹

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores que influyen en la adherencia del tratamiento antirretroviral en gestantes portadoras de VIH positivo.

Material y método: Estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal. El universo estuvo conformado por 30 gestantes con VIH positivo que recibieron tratamiento antirretroviral en el centro materno infantil San José durante el periodo enero 2009-octubre del 2010; y la muestra, por 25 gestantes portadoras de VIH positivo, según criterio de inclusión. El instrumento fue un cuestionario y el muestreo fue no probabilístico intencionado.

Resultados: De 1349 gestantes atendidas durante el periodo de estudio, 30 (2,22 %) de ellas tuvieron VIH positivo. De 25 gestantes con VIH positivo, 12 de ellas tuvieron adherencia inadecuada, de las cuales 7 (58,3%) provinieron de una familia disfuncional. No hay diferencia estadística significativa entre el tipo de familia y el tipo de adherencia; 9 (75,0%) tuvieron entre 25–29 años de edad. Hay diferencia estadísticamente significativa entre la edad y el tipo de adherencia. 8 (66,7%) tuvieron escaso apoyo afectivo. Hay diferencia estadísticamente significativa entre el tipo de apoyo social y el tipo de adherencia. 10 (55,6%) tuvieron rasgos de depresión moderada. No hay diferencia estadísticamente significativa entre los rasgos de la depresión y el tipo de adherencia. 5 (41,7%) sintieron temor de que se enteren de su enfermedad. Hay diferencia estadísticamente significativa entre estos temores y el tipo de adherencia.

Conclusiones: El factor social (escaso apoyo afectivo, edad) influye en la adherencia inadecuada del tratamiento antirretroviral. Asimismo el temor de que se enteren de su enfermedad influyó negativamente en la ingesta de antirretrovirales.

Palabras clave: VIH; terapia antirretroviral altamente activa; mujeres embarazadas.

ABSTRACT

Objective: To determine factors influencing the adherence of antiretroviral therapy in pregnant women with HIV

Material and Method: A retrospective cross-sectional. The study group consisted of 30 HIV-positive pregnant women receiving antiretroviral therapy in mother-child center in San Jose during the period January 2009 October 2010 and the sample of 25 pregnant women with HIV positive, according to inclusion criterion. The interview instrument was surveyed and non-probability sampling was intentional.

Results: From 1349 (100%) treated pregnant during the study period, 30 (2.22%) of them were HIV positive.

Of 25 (100%) HIV positive pregnant women, 12 had inadequate adherence, of which 7 (58.3%) came from a dysfunctional family, 6 (50%) had complete and incomplete higher studies, 9 (75, 0%) had between 25 to 29 years old, 8 (66.7%) had little emotional support, 5 (41.7%) had an income from 301 to 900 soles, 10 (55.6%) had features of moderate depression, 7 (58.3%) had minimal to moderate anxiety, 6 (50.0%) had nausea and weakness to the intake of antiretroviral drugs, 6 (41.7%) felt weakness when ingested no antiretrovirals, 5 (41.7%) were afraid that they know of their disease.

Conclusions: The social factor (poor emotional support, age), affects the poor adherence to antiretroviral therapy. Also typical of antiretroviral factor, the intake of antiretroviral drugs influenced negatively because of the fear the family could know their disease.

Key words: HIV; antiretroviral therapy; highly active-pregnant women.

¹ Licenciada en Obstetricia. Facultad de Obstetricia y Enfermería de la Universidad de San Martín de Porres. Lima, Perú.

INTRODUCCIÓN

Los primeros casos de Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), fueron

reconocidos en pacientes de la ciudad de Los Angeles, EE UU, en 1981. Tenían en común la

homosexualidad y la manifestación de infecciones oportunistas (neumonía por *Pneumocystis carinii*) y/o neoplasias (sarcoma de Kaposi). El primer caso de SIDA se diagnosticó en el Perú en el año 1983. Desde esa fecha la epidemia del VIH/SIDA ha venido convirtiéndose en una realidad constante que está presente en la vida diaria de los peruanos. En 1982 se describe la transmisión vertical como mecanismo de transmisión del VIH y es la principal causa de transmisión de la infección en niños.

La infección en el recién nacido puede ocurrir en tres momentos: en el útero (23%), intraparto (65%) y lactancia (12%).¹ La mujer gestante infectada por VIH, incluso aquella que tiene carga viral indetectable, puede infectar a su hijo, lo que constituye un problema en el aumento de la incidencia de VIH en recién nacidos.²

La meta de la terapia antirretroviral durante el embarazo es reducir por una parte la carga viral materna a niveles indetectables sin provocar efectos deletéreos o teratogénicos en el producto y por otra, disminuir el riesgo de la transmisión vertical.³

Las consecuencias de una adherencia inadecuada son graves: se ha demostrado que influye no sólo en mala respuesta virológica, sino también en una inadecuada reconstitución inmune.⁴

Por ello, resulta relevante el estudio de la problemática planteada con el objetivo de determinar cuáles son los factores que influyen en la adherencia del tratamiento antirretroviral en gestantes portadoras de VIH positivo, especialmente en nuestro país, donde la información al respecto es mínima y los estudios de investigación realizados son escasos, y de esta manera poder crear estrategias e intervenciones, con el fin de mejorar la adherencia y por consiguiente la calidad de vida de la gestante que padece de la infección VIH/SIDA.

MATERIAL Y MÉTODO

El presente estudio estuvo conformado por todas las gestantes con VIH positivo que acudieron por atención al Centro de Salud Materno Infantil San José, durante el año 2009 y octubre 2010, siendo la población de 30 casos. La muestra estuvo conformada por todas las gestantes con VIH positivo con adherencia o no al tratamiento antirretroviral que acudieron por atención al Centro de Salud Materno Infantil San José, durante los años 2009 y octubre 2010, siendo esta de 25 casos que representan el 86% del universo. El muestreo fue no probabilístico intencionado. El diseño fue descriptivo retrospectivo de corte transversal.

Para la recolección de datos se hizo uso del cuestionario que fue aplicado directamente a las gestantes que acudieron al centro de salud en los siguientes horarios: lunes a sábado en el horario de 8:00 a.m. hasta las 13:00 p.m. El cuestionario estuvo estructurado por pruebas como las de Morisky-Green (validada en su versión española por Val Jiménez et al⁵). Este cuestionario se ha utilizado en numerosos estudios de antirretrovirales para SIDA^{6, 7}. También se usó la escala de depresión de Zung, la cual ha sido validada por Rivera et al⁸. Según los resultados obtenidos, la escala de depresión de Zung posee óptimas propiedades psicométricas de validez de constructo y confiabilidad en personas con VIH. Asimismo, se hizo uso del cuestionario de apoyo social funcional de Duke para las preguntas. Este cuestionario ha sido validado en México por Piña et al⁹.

La información recogida en los cuestionarios fue procesada en SPSS 18.0 para Windows.

RESULTADOS

De 1349 (100%) gestantes atendidas durante el periodo de estudio, 30 (2,22 %) de ellas fueron gestantes con VIH positivo y 1319 (97,77%) fueron gestantes con VIH negativo.

Tabla 1. Porcentaje de gestantes con VIH positivo con adherencia.

Gestantes con VIH positivo	N	%
Con criterios de inclusión:	13	43,3
Adherencia adecuada		
Adherencia inadecuada	12	40
Con criterio de exclusión:	05	16,7

Fuente: cuestionario de entrevista

De 30 (100%) gestantes con VIH positivo, 25 (83,3 %) fueron seleccionadas según criterio de inclusión, de las cuales 13 (43,3 %) tuvieron adherencia adecuada y 12 (40%) adherencia

inadecuada. 05 (16,7 %) de las gestantes con VIH positivo fueron excluidas por no ser ubicadas (direcciones falsas).

Tabla 2. Influencia del factor social en la adherencia del tratamiento antirretroviral según tipo de familia.

Factor social: Tipo de familia	Tipo de adherencia				Total	
	Adherencia adecuada		Adherencia inadecuada		N	%
	N	%	N	%		
Funcional	6	46,2	5	41,7	11	44,0
Disfuncional	7	53,8	7	58,3	14	56,0
Total	13	100,0	12	100,0	25	100,0

Fuente: cuestionario de entrevista

$X^2 = ,051^a$ P= 0,821

En relación con el tipo de familia, de 13 gestantes con VIH positivo que tuvieron adherencia adecuada, 7 (53,8%) de ellas provienen de una familia de tipo disfuncional. Y de 12 (100%) gestantes con VIH positivo que tuvieron adherencia inadecuada, 7 (58,3%) de ellas provienen de una familia disfuncional.

En relación con el tipo de familia, no hay diferencia estadísticamente significativa con lo cual se concluye que no hay asociación entre el tipo de familia y el tipo de adherencia.

Tabla 3. Influencia del factor social en la adherencia del tratamiento antirretroviral según apoyo social.

Factor social: Apoyo social	Tipo de adherencia				Total	
	Adherencia adecuada		Adherencia inadecuada		N	%
	N	%	N	%		
Apoyo afectivo y confidencial normal	8	61,5	2	16,7	10	40,0
Escaso apoyo afectivo	2	15,4	8	66,7	10	40,0
Escaso apoyo afectivo y confidencial	3	23,1	2	16,7	5	20,0
Total	13	100,0	12	100,0	25	100,0

Fuente: cuestionario de entrevista

$X^2 = 7,372^a$ P= 0,025

En relación con el apoyo social, de 13 (100%) gestantes con VIH positivo que tuvieron adherencia adecuada, 8 (61,5%) de ellas, tuvieron apoyo afectivo y confidencial normal.

Y de 12 (100%) gestantes con VIH positivo que tuvieron adherencia inadecuada, 8 (66,7%) de ellas, tuvieron escaso apoyo afectivo. En relación con el apoyo social, hay diferencia estadísticamente significativa con lo cual se

concluye que hay asociación entre el apoyo social y el tipo de adherencia.

Tabla 4. Influencia de la adherencia del tratamiento antirretroviral según edad.

Factor social: Edad	Tipo de adherencia				Total	
	Adherencia adecuada		Adherencia inadecuada		N	%
	N	%	N	%		
20 – 24	4	30,8	2	16,7	6	24,0
25 – 29	3	23,1	9	75,0	12	48,0
30 – 34	6	46,2	0	,0	6	24,0
35 - 40	0	,0	1	8,3	1	4,0
Total	13	100,0	12	100,0	25	100,0

Fuente: cuestionario de entrevista

$X^2 = 10,644^a$ P = 0,013

Con respecto a la edad, de 13 (100%) gestantes con VIH positivo que tuvieron adherencia adecuada, 6 (46,2%) de ellas, tuvieron entre 30 – 34 años de edad. Y de 12 (100%) gestantes con VIH positivo que tuvieron adherencia inadecuada,

9 (75,0%) de ellas, tuvieron entre 25 – 29 años de edad.

En relación con la edad, hay diferencia estadísticamente significativa con lo cual se concluye que hay asociación entre la edad y el tipo de adherencia.

Tabla 5. Influencia del factor psicológico en la adherencia del tratamiento antirretroviral según rasgos de depresión

Factor psicológico: Rasgos de la depresión	Tipo de adherencia				Total	
	Adherencia Adecuada		Adherencia Inadecuada		N	%
	N	%	N	%		
Depresión leve	5	38,5	2	16,7	7	28,0
Depresión moderada	8	61,5	10	83,3	18	72,0
Total	13	100,0	12	100,0	25	100,0

Fuente: cuestionario de entrevista

$X^2 = 1,470^a$ P = 0,225

Con relación a los rasgos de depresión que presentaban las gestantes, de 13 (100%) gestantes con VIH positivo que tuvieron adherencia adecuada, 8 (44,4%) tuvieron rasgos de depresión moderada.

Y de 12 (100%) gestantes con VIH positivo que tuvieron adherencia inadecuada, 10 (55,6%) de

ellas, también tuvieron rasgos de depresión moderada.

En relación con el factor psicológico, no hay diferencia estadísticamente significativa con lo cual se concluye que no hay asociación entre los rasgos de la depresión y el tipo de adherencia.

Tabla 6. Adherencia del tratamiento antirretroviral según el motivo por el cual no toma los antirretrovirales

Motivo por el cual no toma los antirretrovirales	Tipo de adherencia				Total	
	Adherencia adecuada		Adherencia inadecuada			
	N	%	N	%	N	%
Molestia a la ingesta	2	15,4	3	25,0	5	20,0
Temor de que se enteren de la enfermedad	1	7,7	5	41,7	6	24,0
Falta de suministro	0	0	1	8,3	1	4,0
Olvido	4	30,8	3	25,0	7	28,0
Ninguno	6	46,2	0	,0%	6	24,0
Total	13	100,0	12	100,0	25	100,0

Fuente: cuestionario de entrevista

 $\chi^2 = 9,986^a$ P = 0,040

Con relación al motivo por el cual no toma los antirretrovirales, de 13 (100%) gestantes con VIH positivo que tuvieron adherencia adecuada, 6 (46,2%), de ellas no tuvieron ningún motivo por el cual no tomaran sus antirretrovirales.

Y de 12 (100%) gestantes con VIH positivo que tuvieron adherencia inadecuada, 5 (41,7%) de ellas tuvieron temor de que se enteren de su enfermedad; por eso no tomaron sus antirretrovirales.

En relación con los motivos por los cuales no toma antirretrovirales, hay diferencia estadísticamente significativa, con lo cual se concluye que hay asociación entre los motivos por los cuales no toma antirretrovirales y el tipo de adherencia.

DISCUSIÓN

La adherencia al tratamiento para el VIH contribuye a evitar la resistencia a los fármacos. El VIH puede mutar mientras una persona no toma medicación antirretroviral. Eso puede dar lugar a la aparición de mutantes del VIH que ya no sean susceptibles a los efectos de la medicación que se toma por haberse hecho resistente.

1. Porcentaje de gestantes con VIH positivo con adherencia

En la presente investigación se encontró que de 25 gestantes con VIH positivo que cumplieron con los criterios de inclusión, 12 (40 %) de ellas tuvieron una adherencia adecuada, cumpliendo con el 95% de dosis mayores o iguales al

tratamiento antirretroviral (pérdida menor de 2 tomas de medicamentos al mes). Datos similares fueron hallados por Rodríguez et al¹⁰ quienes reportaron que en una cohorte prospectiva de 72 mujeres embarazadas, el 43,1% tuvieron adherencia al tratamiento antirretroviral.

2. Influencia del factor social en la adherencia del tratamiento antirretroviral según tipo de familia

En relación con el tipo de familia, de 13 gestantes con VIH positivo que tuvieron adherencia adecuada, 7 (53,8%) de ellas provienen de una familia de tipo disfuncional. Velásquez¹¹ se refiere a la familia disfuncional como aquella familia conflictiva en la que predominan la frialdad y la fragilidad de los vínculos, sintiéndose una atmósfera de tensión.

3. Influencia del factor social en la adherencia del tratamiento antirretroviral según apoyo social

Según el apoyo social, evaluado por el cuestionario de apoyo social funcional de DUKE- UNK, 8 gestantes (61,5%) con adherencia adecuada tuvieron un apoyo afectivo y confidencial normal; por el contrario, 8 gestantes (66,7 %) con adherencia inadecuada tuvieron escaso apoyo afectivo, habiéndose encontrado diferencia significativa entre el apoyo social y el tipo de adherencia. Wanjohi¹² estudia la relación entre el apoyo social y la adherencia al tratamiento. El 77,3% de los encuestados dijo que no evitó amigos o familiares pero tampoco hizo amigos durante el

tratamiento con antirretrovirales. El resto de los encuestados, el 22,7%, sufrió el estigma que se le atribuye a una persona discriminada. Wanjohi también encontró diferencia significativa entre el apoyo social y la adherencia al tratamiento.

La falta de apoyo tanto confidencial como emocional influye desfavorablemente en la adherencia ya que la gestante necesita de un soporte continuo para no abandonar el tratamiento antirretroviral.

4. Influencia de la adherencia del tratamiento antirretroviral según edad

Se encontró que 6 gestantes (46,2%) con adherencia adecuada tuvieron entre 30–34 años de edad y 9 gestantes (75,0%) con adherencia inadecuada tenían entre 25 – 29 años de edad, habiéndose encontrado diferencia estadísticamente significativa, y por tanto, que a mayor edad hay una mayor adherencia al tratamiento antirretroviral. Datos similares fueron encontrados por Peñarrieta et al¹³ quienes reportaron que en el 81% de los encuestados en el grupo de edad 30-39 años la adherencia al tratamiento fue alta. En este estudio también se encontró asociación entre la edad y el tipo de adherencia.

La tendencia mostró que la adhesión al tratamiento antirretroviral aumentó con la edad. Esto se debió a que los jóvenes reciben escaso apoyo social y, por tanto, hay una menor adherencia al tratamiento.

5. Influencia del factor psicológico en la adherencia del tratamiento antirretroviral según rasgos de depresión

En relación con los rasgos de depresión, 8 gestantes con adherencia adecuada (61,5%) presentaron rasgos de depresión moderada; de igual manera, 10 gestantes con adherencia inadecuada (83,3%) también presentaron rasgos de depresión moderada, no habiéndose establecido asociación estadística entre los rasgos de depresión y la adherencia al tratamiento. Datos distintos son hallados por Maziel et al,¹⁴ quienes encontraron que de 40 casos de personas que declararon no haber tomado tratamiento antirretroviral durante el último mes, el 17,5 % estaría referido a los motivos psicológicos o de estado de ánimo.

6. Influencia de la adherencia del tratamiento antirretroviral según el motivo por el cual no toma los antirretrovirales

El estudio encontró que 6 gestantes (46,2% de la adherencia adecuada) no tuvieron ningún motivo por el cual no tomaran sus antirretrovirales; por el contrario, 5 gestantes (41,7% de la adherencia inadecuada) tuvieron temor de que se enteren de su enfermedad y por eso no tomaron sus antirretrovirales, habiéndose encontrado asociación estadística entre los motivos por los cuales no toma antirretrovirales y la adherencia al tratamiento. Por su parte, Nyambura Anthony Wanjohi¹² reportó que el 2% perdió su dosis de tratamiento por temor a la divulgación de su enfermedad, lo que deja entrever la falta de sensibilización e información hacia las personas que conviven con las gestantes con VIH positivo, ya que por el miedo de que su entorno se entere de su enfermedad ellas dejan de tomar sus antirretrovirales.

En conclusión, respecto al factor social, el escaso apoyo afectivo y la edad influyen en la adherencia inadecuada del tratamiento antirretroviral.

En lo referente al factor propio del tratamiento antirretroviral, influyó negativamente en la ingesta de antirretrovirales por temor a la divulgación de su enfermedad.

No obstante, el factor psicológico (la mayoría con rasgos de depresión moderada) no se puede determinar que influya desfavorablemente en la adherencia al tratamiento antirretroviral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pinzón M, Caldas L, Valencia J. Detección de VIH en gestantes que asisten al control prenatal a la unida de Popayán (Cauca). Enero de 2004 – noviembre de 2005. Ciencias de la Salud. Universidad del Cauca (Internet) 2006; 8(1): 19-24. Consulta: 17/09/10. Disponible en: <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2006/marzo/Deteccion%20VIH.pdf>
2. Dirección General de Epidemiología, Red Nacional de Epidemiología. Ministerio de Salud. Semana epidemiológica 50. Boletín Epidemiológico [Internet] 2009; 18(50): 936 – 937. Consulta: 23/08/10. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletines/2009/50.pdf>
3. Organización Panamericana de la Salud. Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH en adultos y adolescentes en Latinoamérica y el Caribe: en la ruta hacia el acceso universal [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2008: 52 – 53. Consulta: 19/08/10. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/GuiaARVadultos.pdf>

4. Janssen - importancia del tratamiento antirretroviral [Internet]. Janssen - Cilag S.A. 2011. Consulta: 09/08/10. Disponible en: http://www.janssen-cilag.es/bgdisplay.jhtml?itemname=hiv_treatments_adherence&product=none
5. Val Jiménez A, Amorós G, Martínez P, Fernández ML, León M. Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test Morisky y Green. *Aten Primaria* 1992; 10: 767-70.
6. Corless IB, Kirksey KM, Kemppainen J, Nicholas PK, McGibbon C, Davis SM, et al. Lipodystrophy-associated symptoms and medication adherence in HIV/AIDS. *AIDS Patient Care STDS* 2005; 19: 577-86.
7. Pratt RJ, Robinson N, Loveday HP, Pellowe CM, Franks PJ, Hankins M, et al. Adherence to antiretroviral therapy: appropriate use of self-reporting in clinical practice. *HIV Clin Trials* 2001; 2: 146-59.
8. Rivera B, Corrales A, Cáceres O, Pina J. Validación de la Escala de Depresión de Zung en Personas con VIH. *Terapia psicológica* 2007, Vol. 25, N° 2: 135-140.
9. Piña A, López J, Rivera B. Validación del cuestionario de apoyo social funcional en personas seropositivas al VIH del noroeste de México. *Cienc. Enferm* 2007;13(2): 53-63.
10. Rodríguez M y cols. Las mujeres embarazadas infectadas por el VIH tienen una mayor adherencia a los medicamentos antirretrovirales que las mujeres no embarazadas. Sao Paulo: Departamento de Enfermedades Infecciosas y Obstetricia de la Universidad Federal de São Paulo; 2005.
11. Velásquez G. Fundamentos de medicina "SIDA enfoque integral". 2ª. Edición. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 1996.
12. Wanjohi N. Factors that influence non-adherence to antiretroviral therapy among HIV and aids patients in Central Province, Kenya [Internet]. Research Thesis of Master in Public Health. Kenyatta: School of Health Sciences of Kenyatta University; 2009. Consulta: 03/09/10. En: http://www2.aau.org/aur-hiv-aids/docs/students/nyambura_anthony.pdf
13. Penarrieta M, Kendall T, Martinez, N, Rivera A, Gonzales N, Flores F, Ángel E. Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH en Tamaulipas, México. *Rev. Peru. Med. Exp. Salud Pública* 2009; 26(3): 333-337.
14. Maziel J, Segura E, Salazar V, Valverde R, Salazar X, Cáceres C. Percepciones de las personas viviendo con VIH/sida sobre los servicios de salud y el tratamiento antirretroviral de gran actividad: un estudio transversal en cinco ciudades del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 2007; 24(003): 211-217.

- Cilag. La
Correspondencia: Nezly Betzabé Lara
Espinoza
Correo electrónico: arazat1720@hotmail.com

Recibido: 05/10/10
Aceptado para su publicación: 17/12/10