

III Congreso Nacional de Atención Farmacéutica.



Determinación del éxito terapéutico en las personas VIH/SIDA que iniciaron el tratamiento antirretroviral de primera línea que ofrece la CCSS durante el año 2011, en el Hospital San Juan de Dios.

ELABORADO POR: DILANA SOLÍS CECILIANO

VICTORIA HALL RAMÍREZ (TUTORA ACADÉMICA)

CLAUDIA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ (TUTORA CLÍNICA)

Contenido

Objetivos

Metodología

Conceptos principales

Resultados

Conclusiones

Limitaciones del estudio

Recomendaciones para la clínica

Agradecimientos

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de éxito terapéutico en términos virológicos e inmunológicos, y las principales causas del **abandono terapéutico**, de la población en estudio, con la finalidad de propiciar recomendaciones que mejoren la salud de las personas|.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

```
graph TD; A[OBJETIVOS ESPECÍFICOS] --> B[Describir la población en estudio de acuerdo con sus características sociodemográficas básicas.]; A --> C[Identificar las causas de abandono de la TARV que influye en esta población, para establecer recomendaciones oportunas que propicien un mejoramiento en los niveles de adherencia al tratamiento.]; A --> D[Determinar el éxito terapéutico en términos virológicos e inmunológicos.];
```

Describir la población en estudio de acuerdo con sus características **sociodemográficas básicas.**

Identificar las **causas de abandono** de la TARV que influye en esta población, para establecer recomendaciones oportunas que propicien un mejoramiento en los niveles de adherencia al tratamiento.

Determinar el **éxito terapéutico** en términos **virológicos e inmunológicos.**

METODOLOGÍA

Estudio de tipo epidemiológico **retrospectivo, descriptivo observacional**.

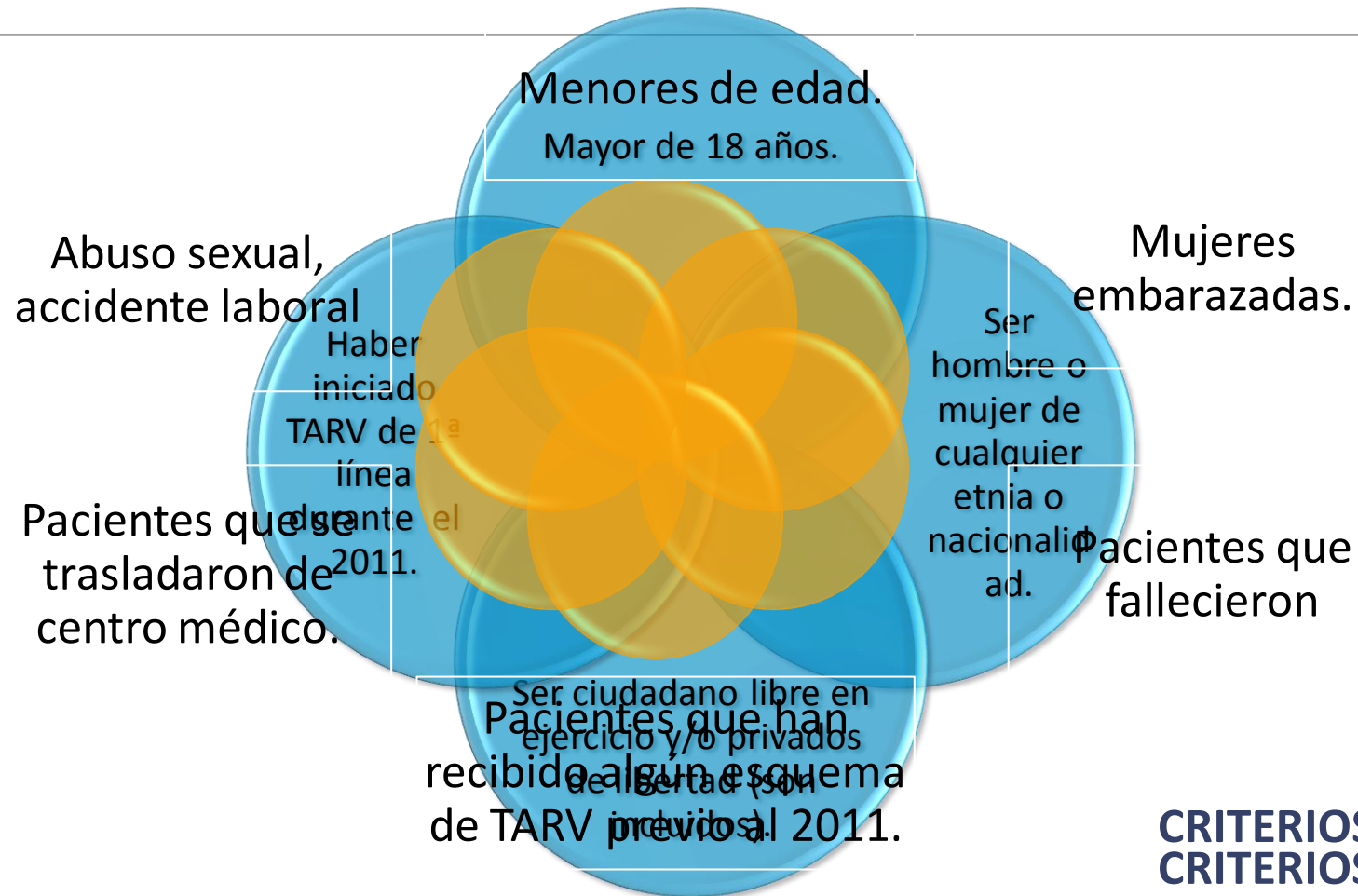
Confidencialidad: Creación de un código alfa numérico.

Fuente de información: Base de datos de la clínica de VIH, base de datos de biología molecular y expedientes clínicos.

Tabulación de datos: Microsoft Excel 2013.

Estadística **diferencial descriptiva:** promedios, porcentajes.

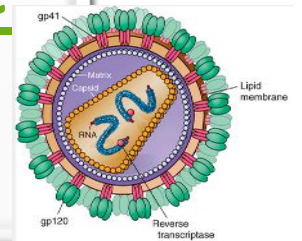
Población que inició TARV durante el 2011 en HSJD



CONCEPTOS PRINCIPALES

Clasificación de la CDC

Adherencia terapéutica y factores que principales que inciden en ella



Cuadro No.1 Clasificación de la infección por el VIH en adolescentes y adultos (1993).

Categoría inmunológica		Categorías clínicas		
Conteo de linfocitos T CD4+		A Infección asintomática o infección aguda	B Infección sintomática no A ni C	C Infecciones indicadoras de SIDA
≥ 500 céls/mm ³		A1	B1	C1
200-499 céls/mm ³		A2	B2	C2
< 200 céls/mm ³		A3	B3	C3

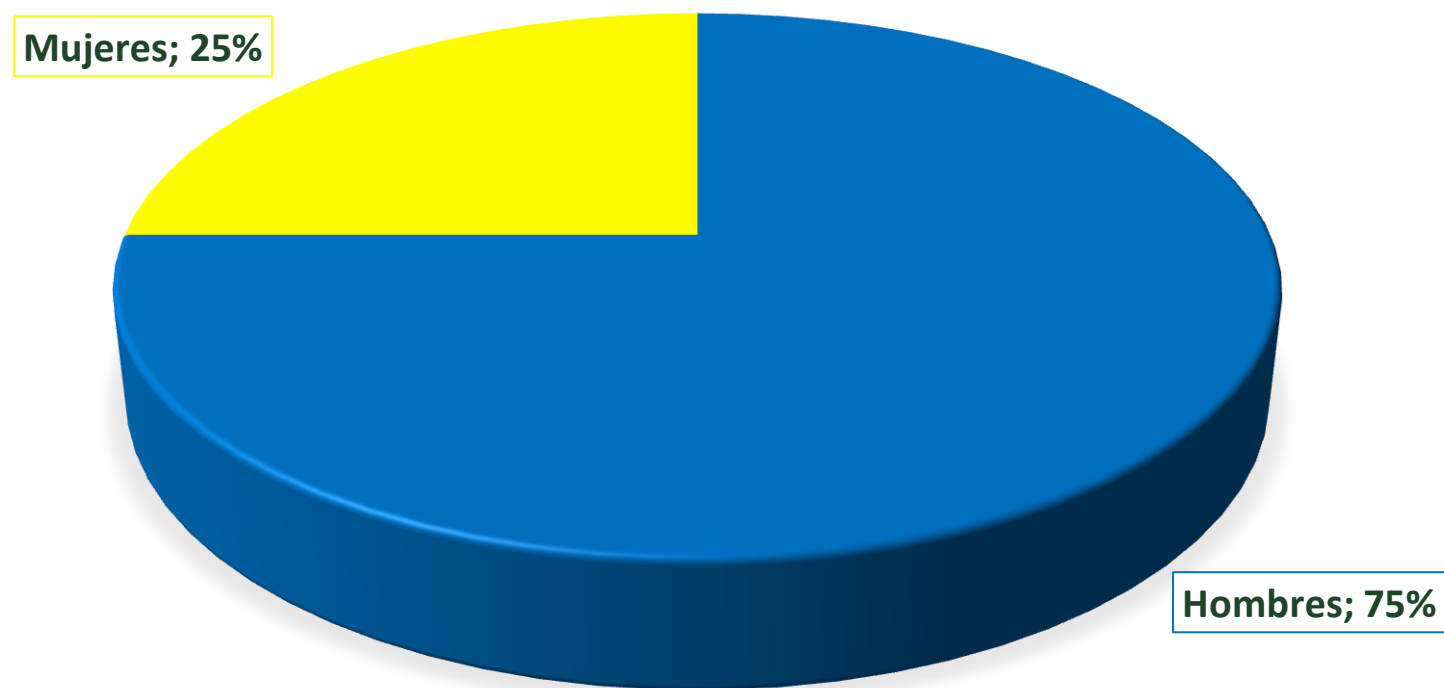
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LA POBLACIÓN

ANÁLISIS DE ABANDONOS FARMACOTERAPÉUTICOS

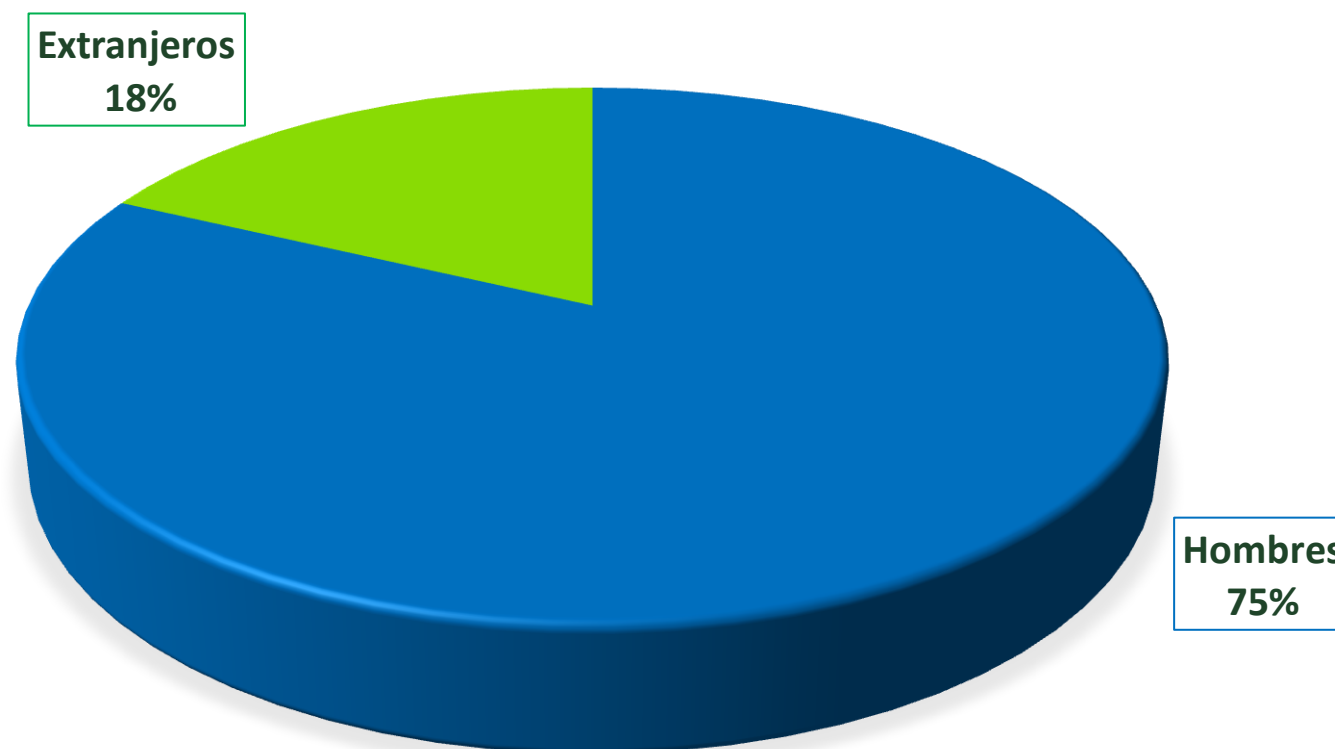
Caracterización sociodemográfica y general de la población

Figura No.1. Sexo de los y las pacientes que iniciaron TARV en el 2011, HSJD.
N= 117



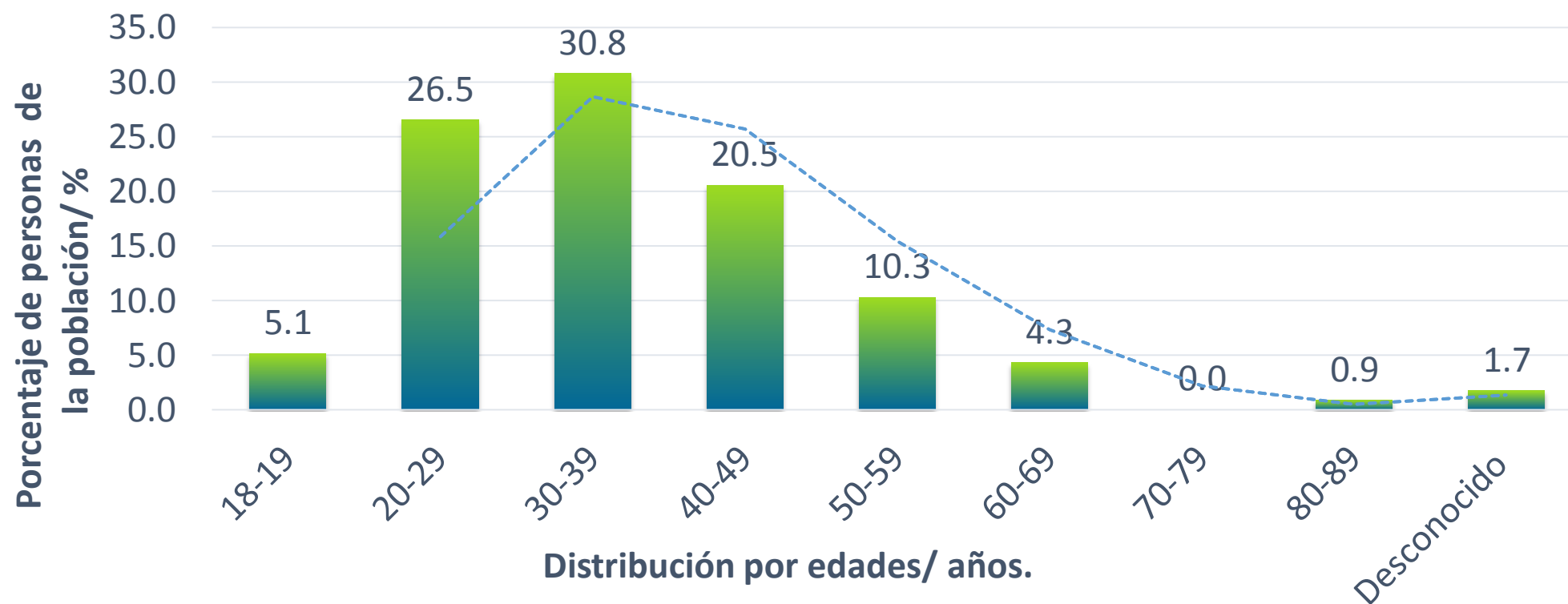
Fuente: Elaboración propia, a partir de los resultados del estudio.

Figura No.2 Nacionalidad de los y las pacientes que iniciaron TARV en el 2011, HSJD.
N= 117



Fuente: Elaboración propia, a partir de los resultados del estudio.

Figura No. 3. Edad de los y las pacientes que iniciaron TARV en el 2011, HSJD.
N= 117



Fuente: Elaboración propia, a partir de los resultados del estudio.

Figura No. 4. Poblaciones especiales de los y las pacientes que iniciaron TARV en el 2011, HSJD.
N= 117

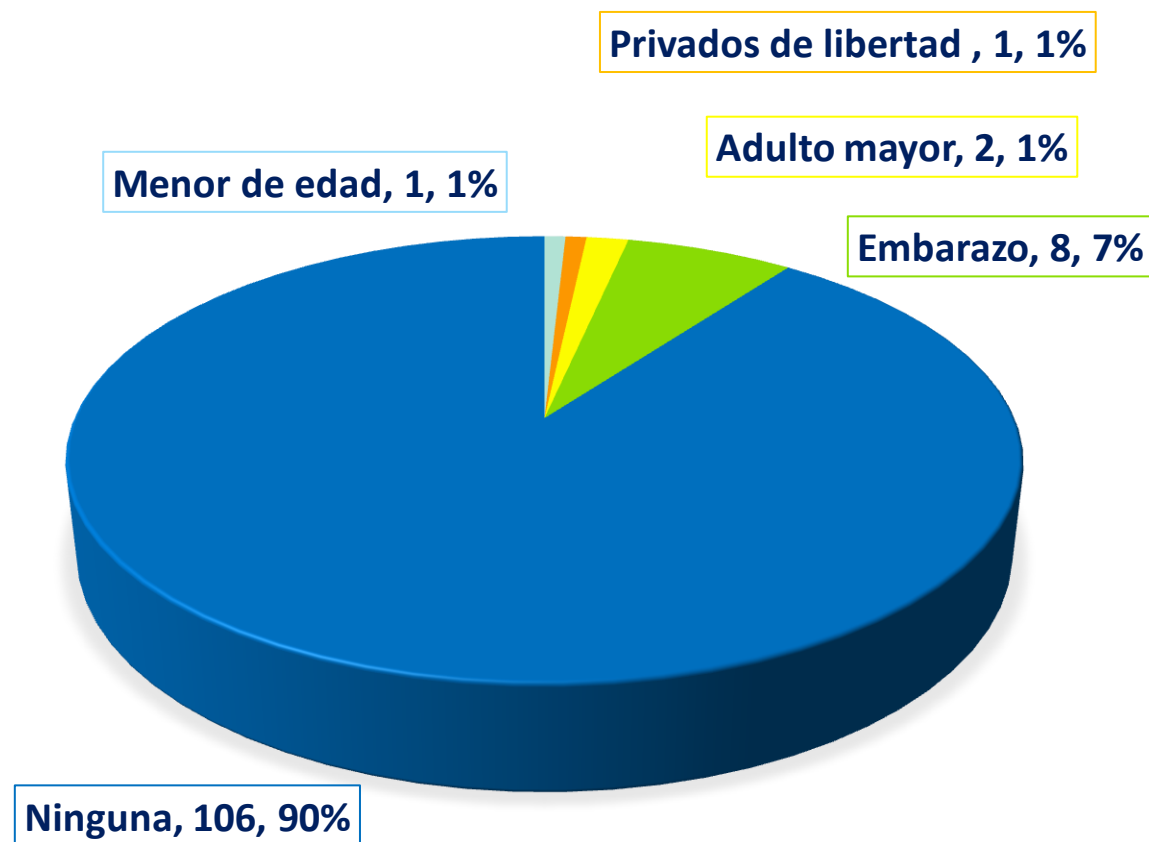


Figura No. 5. Conformación de la población total que inició TARV en 2011, HSJD.
N= 117

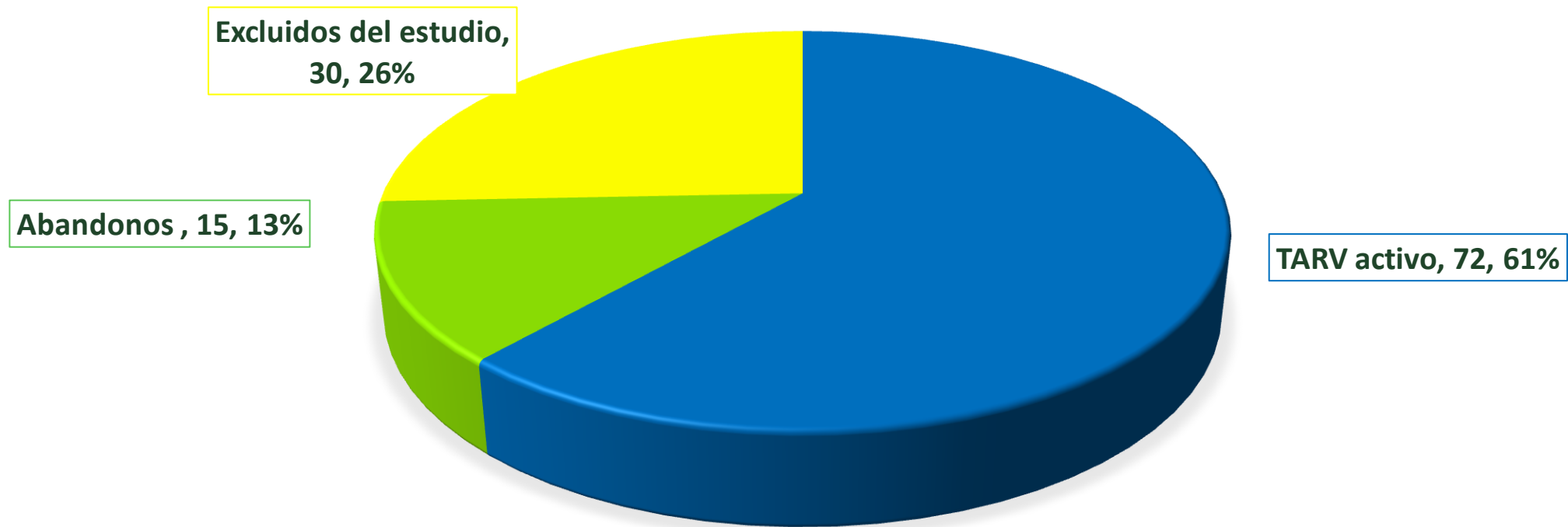
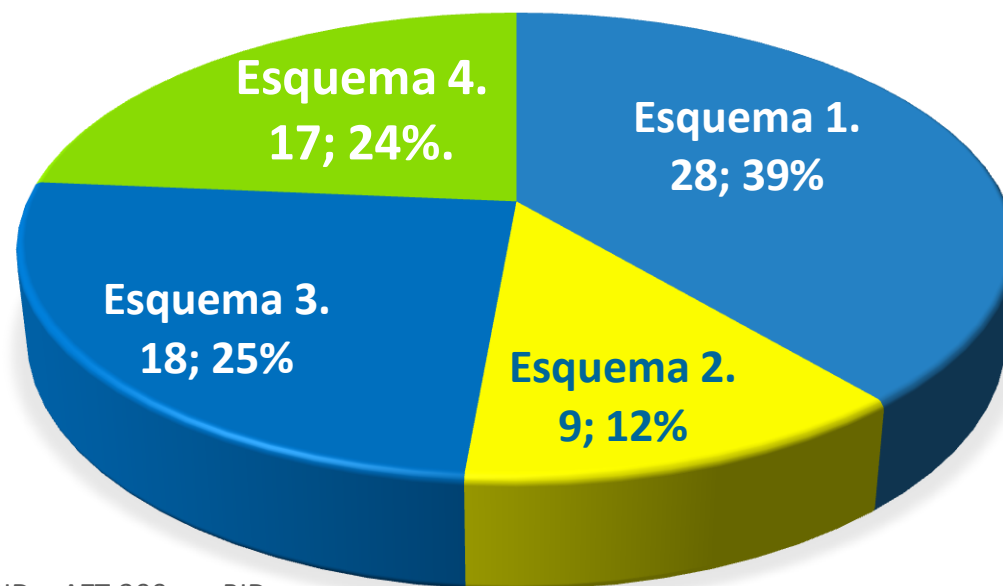


Figura No. 6. Esquemas de tratamiento empleados en la población que inicio TARV en el 2011 y se mantiene activa, HSJD.
N= 72



■ E1= EFV 600 mg HS + 3TC 150 mg BID + AZT 300 mg BID.

■ E2= EFV 600 mg HS + 3TC 150 mg BID + TDF 300 mg c/24 h)

■ E3 = EFV 600 mg HS + 3TC 150 mg BID + ABC 300 mg BID.

■ E4= Lop/r 400/100 mg BID + 3TC 150 mg BID + AZT 300 mg o TDF 300 mg c/24 h o ABC 300 mg BID.



Es gracioso porque los únicos momentos en que pienso en el VIH son cuando tengo que tomar mis medicinas dos veces al día

(Magic Johnson)

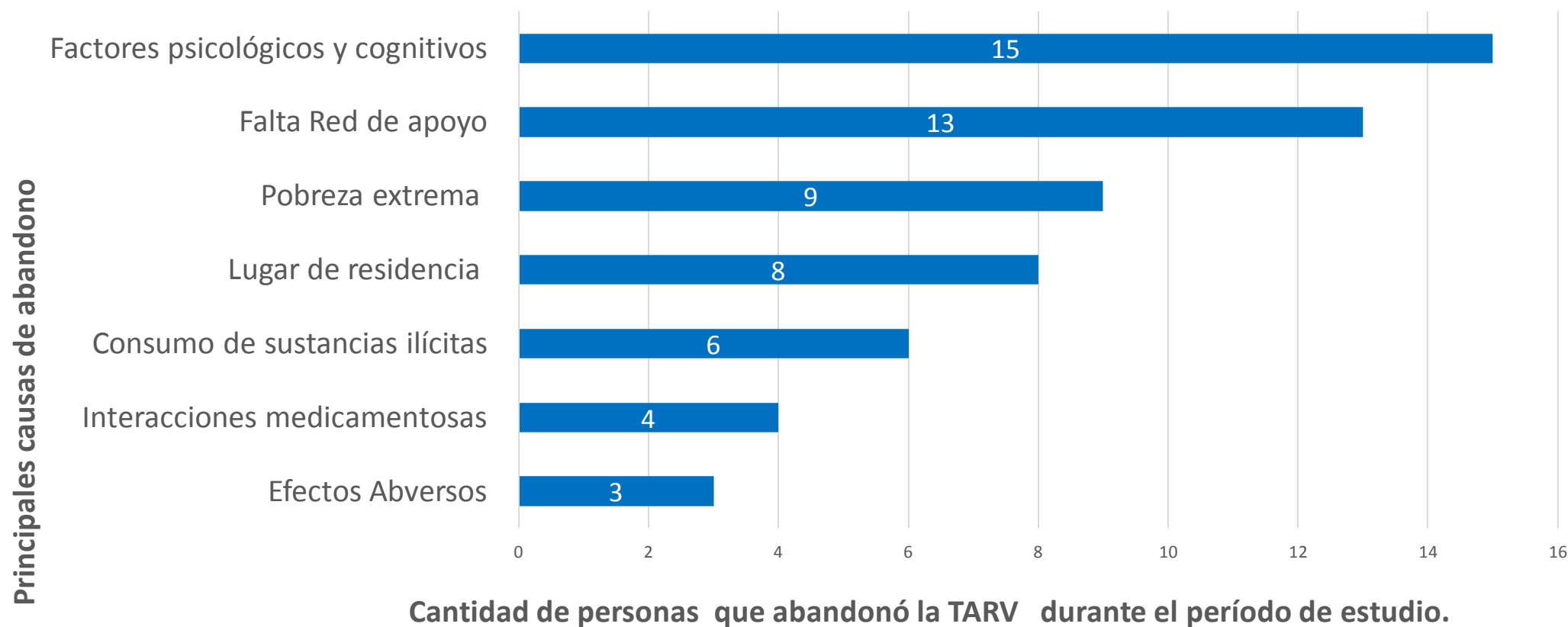
Análisis de abandono de la TARV



Figura No. 7. Las cinco dimensiones de la adherencia terapéutica

Fuente: Tomada de Organización Mundial Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo, pruebas para la acción. 2004. [Libro electrónico]. Washinton DC; 2004.

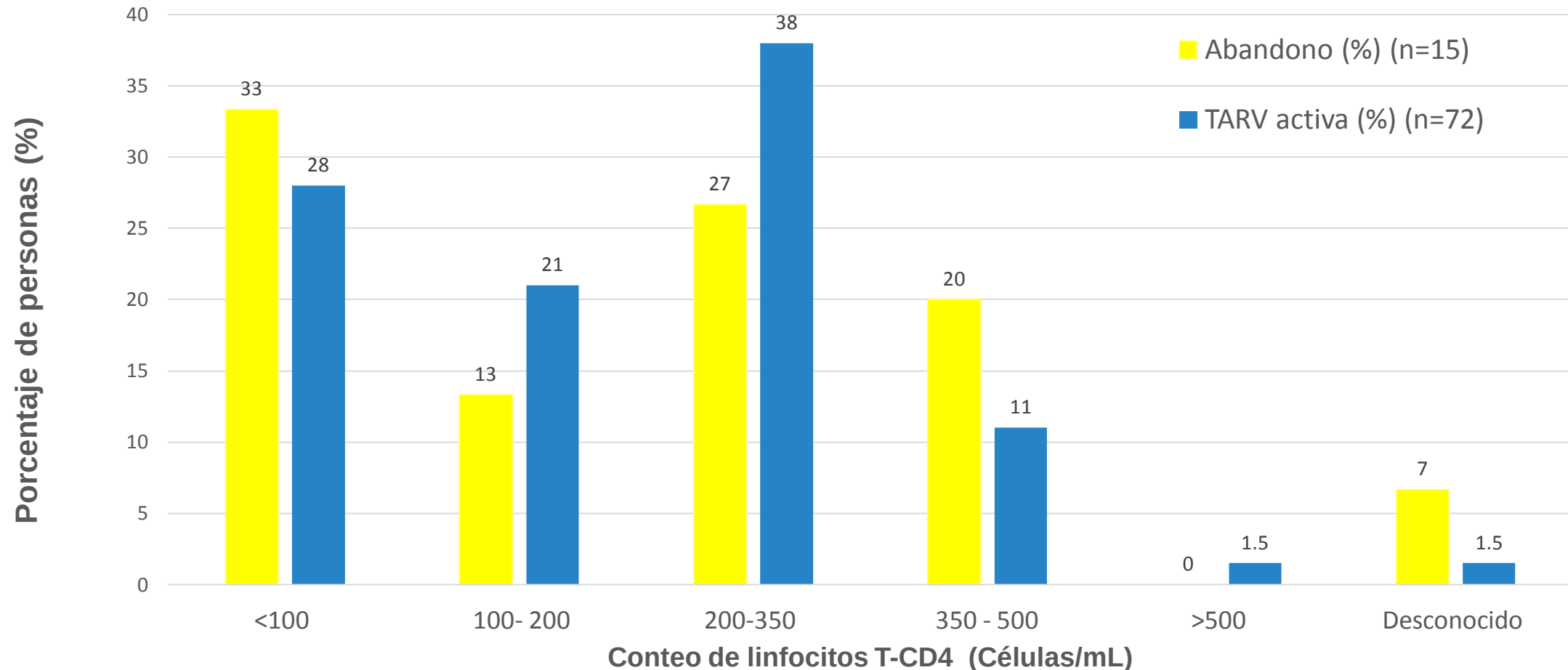
Figura No. 8. Principales causas de abandono de los pacientes que iniciaron TARV durante el 2011, HSJD.
N= 15



Cuadro No. 2. Análisis de abandonos de TARV

Código del paciente	L. T-CD4 basal (cel/mL)	EA	IM	CSI	LR	PE	FRA	FPC	Otros (Especificar).
1HEAN3	361				X	X	X	X	Analfabeta, inestabilidad laboral.
2HEAN3	48		X		X	X	X	X	Hospitalizado por múltiples infecciones oportunistas. Alto riesgo social. Ingreso temporal al albergue HNSE.
9HCAN2	170		X					X	Antecedentes de violación sin tratamiento terapéutico. Conductas sexuales de riesgo.
28HCAN2	288	X	X	X			X	X	Diagnosticado con depresión. Aislamiento social, antecedentes de autoeliminación.
46HCAN1	90			X			X	X	Sentimientos de culpa. Intento de autoeliminación con ARV. Importantes ITS. Al inicio tenía red de apoyo pero no fue efectiva. Conductas sexuales de riesgo.
48HEAN2	—					X	X	X	Abandono por incapacidad para pagar el seguro social. Desempleo.
49HCAN2	10			X	X	X		X	Antecedentes de drogadicción e indigencia, conductas delictivas, funcionamiento cognitivo conservado, anuencia a incorporarse al IAFA.
57HCAN2	234			X			X	X	Oculto información en las entrevistas. Manifiesta mucha tristeza y ansiedad. Conductas sexuales de riesgo.
65HCAN3	90				X	X	X	X	Cambio de domicilio, confusión sobre las causas de abandono terapéutico, escolaridad primaria, no aceptación del Dx. Episodio depresivo, economía adversa, conflictos laborales y frustración.
66HCAN2	153	X					X	X	Estudiante universitario, refería que le daban sueño los ARV y necesitaba y esto interfería con sus estudios. Sale del país temporalmente. Manifiesta mucha tristeza y frustración.
76HCAN3	272		X		X	X	X	X	Epiléptico.
87MCAP3	32			X	X	X	X	X	Privada de libertad. Ideas fatalistas, desesperanza; secundaria incompleta. Temporalmente estuvo fugitiva mientras abandonó TARV.
108HCAN3	247	X			X	X	X	X	Refiere vómito incontrolables. Problemas visuales importantes. Reside en la zona sur-sur del país. Refiere no puede asistir a citas por falta de recursos para viajar.
110HEAN4	369			X	X	X	X	X	Carece de proyecto de vida. Distorsiones cognitivas sobre el VIH y su persona. Antecedente de indigencia, adicciones, etilista y ejercicio de la sexualidad de manera inadecuada. Rehabilitación en hogar CREA.
111HCAN2	368			X	X	X	X	X	Antecedente de indigencia, adicciones, etilista y depresión. Abandono por consumo de drogas. Rehabilitación en hogar CREA.

Figura No. 8. Conteos basales linfocitarios, entre el grupo de pacientes que está en condición de abandono y el grupo de pacientes que está con TARV activa, de la población en estudio.



CONCLUSIONES

-
- Predomina la **población: masculina, costarricense, adulta jóvenes**. A pesar de que la proporción de poblaciones especiales representa una minoría de la población, se debe vigilar que se cumpla con las **consideraciones especiales adecuadas, para cada una de ellas**.
 - La condición inmunológica basal de los pacientes **no es un criterio predictivo** determinante de adherencia al TARV para esta población.
 - Otros factores relacionados con la enfermedad, los factores socioeconómicos, fallas en el sistema o equipo de salud, factores vinculados con el paciente y los medicamentosos confluyen **de manera diferente en cada individuo** obstaculizando la adherencia deseada.

LIMITACIONES

La clínica de VIH del HSJD carece de **una base de datos que contenga todas las variables de interés.**

Sesgo: Registros médicos.

En la mayoría de los casos falta **la valoración de un profesional en psicología o psiquiatría** para confirmar que los casos de abandono de la terapia obedecen efectivamente a trastornos psicológicos y/o cognitivos.

Tiempo para el desarrollo de la investigación.

Tiempo de seguimiento de la población se restringe a dos años, la población es limitada y no necesariamente extrapolable a otros estudios.

RECOMENDACIONES

- Para la clínica VIH y para futuras investigaciones.

Valorar la **incorporación** de profesionales en **psicología** en la clínica de VIH/SIDA del HSJD.

Incursionar con **programas de educación y salud sexual** en el paciente VIH/SIDA.

Implementación de una base de datos especial que contemple información sociodemográfica y parámetros clínicos de relevancia.

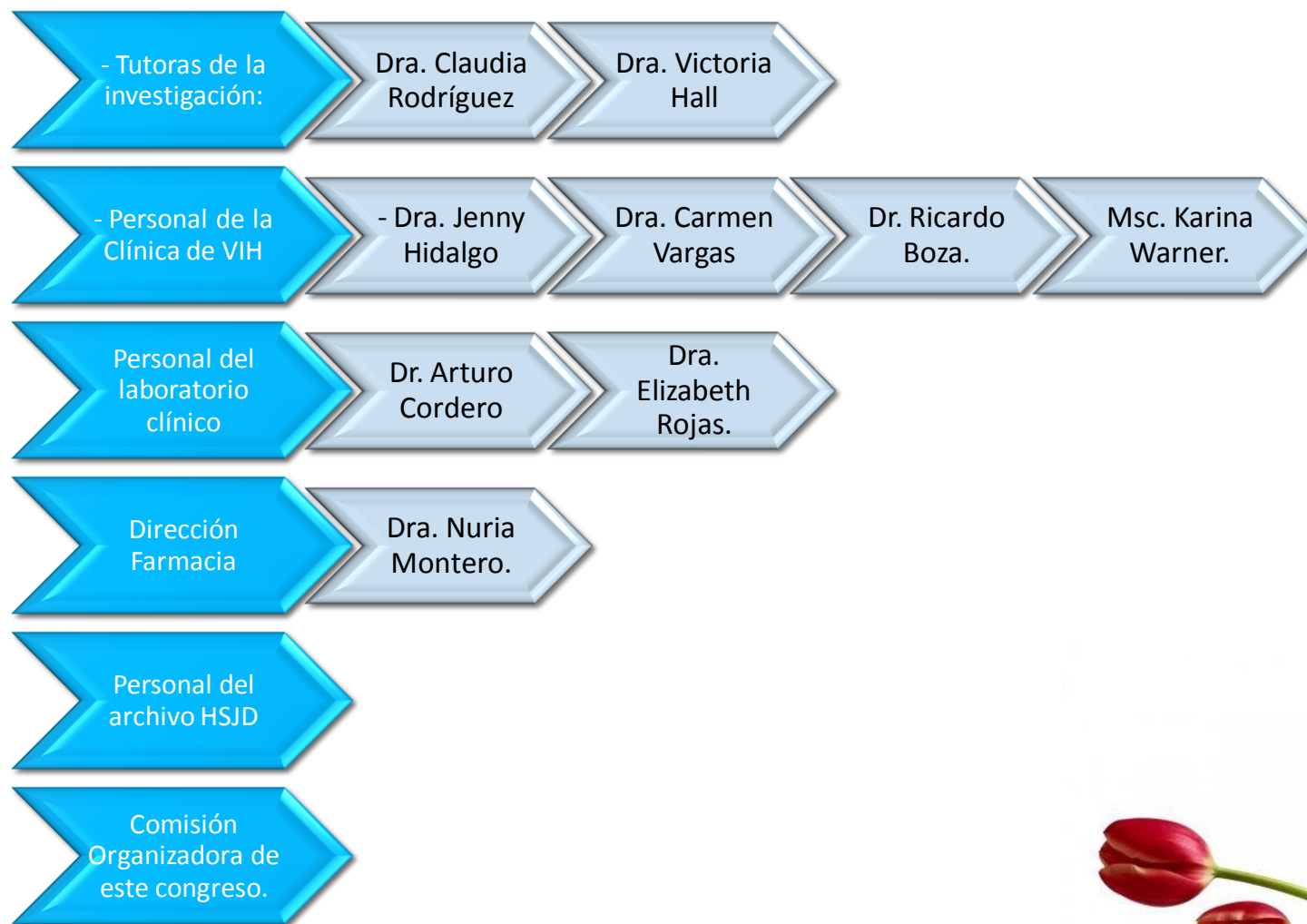
Formulación y ejecución de planes de mejora respecto a **prevención y manejo de las RA e IM**:

- **Registro estricto de las RA e IM**
- **Conservar copia de la “boleta amarilla”.**

Dar **seguimiento integral** y realizar **más estudios** que permitan conocer a largo plazo el comportamiento de esta población.

Hacer **estudios comparativos** con otras poblaciones de otros años de este centro médico e incluso de otros centros.

AGRADECIMIENTOS



¡Muchas gracias por su atención!

- Dudas???
- Comentarios???



III Congreso Nacional de Atención Farmacéutica.



Determinación del éxito terapéutico en las personas VIH/SIDA que iniciaron el tratamiento antirretroviral de primera línea que ofrece la CCSS durante el año 2011, en el Hospital San Juan de Dios.

ELABORADO POR: DILANA SOLÍS CECILIANO

VICTORIA HALL RAMÍREZ (TUTORA ACADÉMICA)

CLAUDIA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ (TUTORA CLÍNICA)