

Incumplimiento en personas viviendo con VIH: precisión de las características definitorias del diagnóstico de enfermería¹

Richardson Augusto Rosendo da Silva²

Mayara Mirna do Nascimento Costa³

Vinicius Lino de Souza Neto⁴

Bárbara Coeli Oliveira da Silva⁵

Cristiane da Silva Costa⁶

Itáisa Fernandes Cardoso de Andrade⁷

Objetivo: evaluar la precisión de las características definitorias del diagnóstico de enfermería "incumplimiento" de *NANDA International*, en personas con VIH. **Método:** estudio de precisión diagnóstica, realizado en dos etapas. En la primera, participaron 113 personas con VIH, en un hospital de enfermedades infecciosas en Noreste de Brasil, buscándose indicadores clínicos de "incumplimiento". En la segunda, las características definitorias fueron evaluadas por seis enfermeros especialistas, siendo juzgada la presencia o ausencia del diagnóstico. Para la precisión de los indicadores clínicos, se midió la especificidad, sensibilidad, valores predictivos y razones de verosimilitud. **Resultados:** se mostró la presencia del diagnóstico "incumplimiento" en el 69% (n=78) de las personas con VIH. De esa forma, el indicador más sensible fue "no asistencia a las visitas concertadas" (OR: 28.93; IC 95%: 1.112-2.126; p=0.002). Pero en "conducta indicativa de falta de adhesión" (OR: 15.00; IC 95%: 1.829-3.981; p=0.001) y "falta de progresos" (OR: 13.41; IC 95%: 1.272-2.508; p=0.003) se obtuvo mayor especificidad. **Conclusión:** las características definitorias más agudas fueron "conducta indicativa de falta de adhesión", "no asistencia a las visitas concertadas" y "falta de progresos". Entonces, en la presencia de éstas, el enfermero podrá identificar con mayor seguridad el diagnóstico estudiado.

Descriptor: Diagnóstico de Enfermería; Estudios de Validación; Signos y Síntomas; Sensibilidad y Especificidad; Cumplimiento de la Medicación; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

¹ Artículo parte de la disertación de maestría "Acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem falta de adesão em pessoas vivendo com Aids", presentada en la Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

² PhD, Profesor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

³ MSc, Enfermera, Hospital Maternidade Divino Amor, Prefeitura de Parnamirim, Parnamirim, RN, Brasil.

⁴ Estudiante de Maestría, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil. Becario de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

⁵ Estudiante de Maestría, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil. Profesor, Escola Técnica Potiguar, Universidade Potiguar, Natal, RN, Brasil.

⁶ Alumna del curso de graduación en Enfermería, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil. Becaria de lo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

⁷ Enfermera.

Cómo citar este artículo

Silva RAR, Costa MMN, Souza Neto VL, Silva BCO, Costa CS, Andrade IFC. Noncompliance in people living with HIV: accuracy of defining characteristics of the nursing diagnosis. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2940. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/1518-8345.1582.2940>.

mes día año

URL

Introducción

Al inicio de la década de 1990, un objetivo importante en el tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) fue el desarrollo de la terapia antirretroviral combinada de alta potencia⁽¹⁾. El gran beneficio generado por el uso de esa terapia fue la prórroga de supervivencia de las personas que adquirieron esta enfermedad, la cual ha dejado de ser considerada fatal, volviéndose una condición crónica⁽²⁾.

A pesar de las mejoras generadas por esta terapia, faltan muchas dificultades por superar. Una de ellas es la falta de adherencia del paciente al tratamiento, lo que trae desafíos a los servicios y a los profesionales de salud. Entonces, la adherencia es un proceso dinámico y multifactorial que abarca aspectos físicos, psicológicos, sociales, culturales y de comportamiento, el cual requiere decisiones compartidas entre la persona con VIH, el equipo de salud y la red social⁽²⁻³⁾.

El seguimiento debe de ser cuidadoso, planeado y registrado. No se trata solo de incluir la clásica pregunta "¿Está tomando bien todo?", sino de investigar detalladamente la rutina adoptada por el paciente para medicarse, las dificultades encontradas y los fallos⁽³⁾.

El comportamiento de falta de adherencia está asociado al hecho de que el individuo no se involucra adecuadamente en comportamientos recomendados o se involucra en comportamientos no saludables o no demuestra interés o esfuerzo en seguir las recomendaciones profesionales, o en adquirir conocimientos sobre la enfermedad. En consecuencia, el incumplimiento es considerado una amenaza para la efectividad del tratamiento a nivel individual, y para la diseminación de resistencia al virus a nivel colectivo, aumentando los casos de infección por VIH⁽³⁻⁴⁾.

El "incumplimiento" (código 00079) es considerado diagnóstico de enfermería (DE), según la Taxonomía II de NANDA-I, que consiste en un sistema de clasificación de los diagnósticos de enfermería aceptados como representaciones del conocimiento de enfermería, mediante una terminología útil desde el punto de vista clínico⁽⁴⁾.

El diagnóstico "incumplimiento" (código 00079) está incluido en el dominio 1, Promoción de la salud, clase 2, Manejo de la salud. Aunque los diagnósticos propuestos por esta taxonomía son bien reconocidos y utilizados para diferentes situaciones y escenarios, no son definitivos, ya que las investigaciones en poblaciones específicas, mediante estudios de validación clínica, pueden permitir su mejoramiento⁽⁴⁻⁵⁾.

De esa forma, el proceso de validación clínica de los diagnósticos de enfermería (DE) es relevante para el manejo clínico y para la implementación de prácticas sistemáticas, pues el proceso de precisión de diagnóstico

establece, con mayor exactitud, la característica definitoria que predice la proximidad al diagnóstico, entre tantas otras. La precisión de un DE se define como el juicio del evaluador en cuanto al grado de relevancia, especificidad y consistencia de las pistas (indicadores clínicos) disponibles para el diagnóstico⁽⁶⁾.

Para el análisis de precisión de cada característica definitoria se realizan cálculos matemáticos, con énfasis en las siguientes dimensiones: sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivos y negativos. Por medio de las medidas de precisión diagnóstica es posible diferenciar individuos con y sin el diagnóstico de enfermería, a partir de las características definitorias. Sin embargo, es sabido que la estimulación del desarrollo de investigaciones en este ámbito reduce las incertidumbres subjetivas de los enfermeros y simplifica el diagnóstico⁽⁶⁾.

El estudio de precisión del "Deterioro del intercambio de gases" (código 00030) en niños con infección respiratoria aguda, mostró que la realización de investigaciones en las que se demuestre la validez de las relaciones entre las manifestaciones clínicas y el diagnóstico de enfermería corrobora la reducción de la imprecisión en la elección del diagnóstico, discriminando el DE más adecuado a situaciones o problemas presentados por el paciente y, por consiguiente, alcanzando resultados positivos de salud⁽⁷⁾.

Este estudio tiene el propósito de corroborar el proceso de precisión de la evidencia clínica para tal diagnóstico, además de contribuir al proceso de inferencia diagnóstica, ampliando esa habilidad del enfermero, disminuyendo las incertidumbres clínicas, para que así se elaboren acciones e intervenciones de enfermería, con respaldo científico. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue evaluar la precisión de las características definitorias del diagnóstico "incumplimiento" de NANDA-I, en personas con VIH.

Método

Se trata de un estudio de precisión de diagnósticos, con delineamiento transversal, realizado en dos etapas. En la primera, se realizó la identificación y evaluación de los indicadores clínicos del DE "incumplimiento", de NANDA-I, al tratamiento antirretroviral en personas con VIH. En la segunda etapa, se desarrolló la precisión de las características definitorias del diagnóstico correspondiente. La información en cuestión está detallada en la Figura 1, abajo.

En la primera etapa, la población de personas con VIH estaba en la clínica ambulatoria especializada en VIH de un hospital de referencia intermunicipal para el tratamiento de enfermedades infecciosas, en el

noreste de Brasil. El hecho de que la institución atienda pacientes de todo el estado, aunado a la distancia de algunos municipios, situación que dificulta el acceso, explica la inasistencia de algunos pacientes a sus citas programadas. La institución es de carácter público, con una media de 800.2 visitas al año a personas con VIH con o sin complicaciones; eso engloba cuidado ambulatorio, atención inmediata, Servicio de Cuidado Especializado (SCE) y cuidados intensivos.

El flujo de cuidado inicia en la clínica ambulatoria por demanda espontánea, o referenciado por otros servicios, con cita médica y de enfermería, y pruebas como carga viral, CD4 y CD8, para que pueda

implementarse el esquema terapéutico, con la recepción de medicamentos en la farmacia.

Específicamente, en la clínica ambulatoria en que son atendidos pacientes en tratamiento antirretroviral, están registradas y se les da seguimiento a 306 personas. De ese total, 158 pacientes no obtuvieron medicamentos en la farmacia y no asistieron a consulta en el 2014, correspondiendo al 51.63%. En ese sentido, se ha considerado esa población como universo para el cálculo de la muestra. Así, se utilizó la fórmula para poblaciones finitas, y los criterios adoptados tuvieron un nivel de confianza del 95% ($Z_{\alpha}=1.96$), un error de muestra del 5%, resultando en un tamaño de muestra de 113 pacientes⁽⁸⁾.

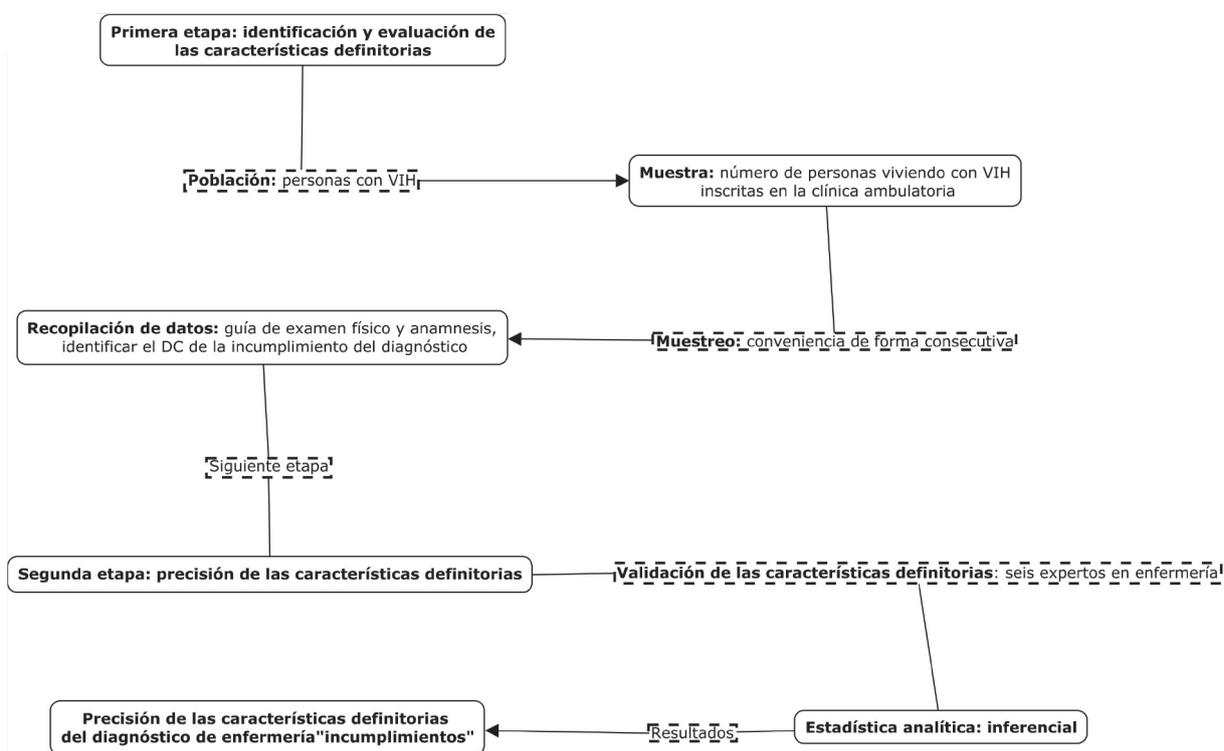


Figura 1 - Curso metodológico para la precisión de las características definitorias del diagnóstico de enfermería "incumplimiento"

Hay que resaltar que, en el servicio, hay un registro de pacientes en la clínica ambulatoria que aun habiendo asistido a sus citas programadas, presentan baja adherencia al tratamiento.

El reclutamiento fue por conveniencia de forma consecutiva, adoptándose los siguientes criterios de inclusión: haber sido diagnosticado clínicamente con SIDA, tener más de 18 años, estar incluido en el sistema de registro de la unidad hospitalaria como paciente de baja adherencia y hacer uso de la terapia antirretroviral desde hace al menos seis meses, y estar registrado en la clínica ambulatoria del hospital en el período de recolección de datos. Como criterios de exclusión: presentar condiciones físicas y emocionales alteradas

durante el período de recolección de datos que pudieran interferir con el mismo.

La recolección de datos ocurrida del 15 de julio a 30 de septiembre de 2015, por medio de una guía de examen físico y de anamnesis, elaborada mediante una revisión integradora realizada en periódicos nacionales e internacionales⁽⁴⁻⁷⁾, y en libros complementarios⁽⁹⁾, así como el Manual del Ministerio de Salud (MS)⁽¹⁰⁾, subdividido en dos partes.

La primera contiene variables como sexo, grupo de edad, nivel de escolaridad, ingreso mensual, forma de contaminación y tiempo de diagnóstico. La segunda trata de las preguntas relativas a la adherencia a los medicamentos, como el tiempo de uso del medicamento,

el número de hospitalizaciones, la falta a las citas programadas, efectos adversos después el uso de los medicamentos, la recepción de los medicamentos, señales de agravamiento de la enfermedad, conocimiento sobre la enfermedad y tratamiento, relación equipo/paciente, satisfacción con el servicio, acceso al servicio, creencias de salud, fuerzas motivacionales, apoyo social y familiar, hábitos de vida, creencias de salud incompatibles con el régimen terapéutico, expectativas en relación al tratamiento, habilidades para implementar el régimen terapéutico, incompatibilidad cultural y valores espirituales incompatibles con el plan.

Con esos datos, se midieron las características definitorias del DE "incumplimiento", como complicación relativa al desarrollo, comportamiento de falta de adherencia, exacerbación de síntomas, fracaso al alcanzar los resultados y falta a citas programadas.

El "desarrollo de complicaciones relacionadas" se define como señales y síntomas indicativos de la instalación de complicaciones de la enfermedad por fallos en la adherencia al tratamiento. El "conducta indicativa de falta de adhesión" está asociado al hecho de que el individuo no se involucra adecuadamente en comportamientos recomendados o se involucra en comportamientos no saludables o no demuestra interés/esfuerzo en seguir las recomendaciones profesionales, o en adquirir conocimientos sobre la enfermedad. La "exacerbación de síntomas" demuestra los perjuicios en el control de la enfermedad. La "falta de progresos" se define como la no obtención de los beneficios esperados después de la institución del tratamiento medicamentoso. Y la "no asistencia a las visitas concertadas" se constituye como la dificultad del individuo presentarse a las citas programadas o tener dificultades en adoptar y mantener hábitos de vida saludables⁽¹¹⁾.

Finalizada su estructuración, el contenido del instrumento pasó por un sistema de normalización y validación por ocho enfermeros docentes, especialistas en Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAE) e infectología. Se incluyeron las sugerencias al instrumento y fue reevaluado. Pasado ese momento, se realizó una prueba previa con el 10% de la muestra para que, así, se identificaran las posibles deficiencias, y no hubo necesidad de modificaciones. La colecta fue realizada por dos alumnos de máster y uno de doctorado, los cuales participaron en un curso con duración de 10 horas, dividido en dos días, impartido por el investigador responsable. En el primer día, se discutieron asuntos relacionados a los antirretrovirales, como el tipo de medicación, las reacciones adversas y el DE "incumplimiento". En el segundo, se presentó el instrumento, y se simuló el abordaje a la persona con VIH.

La colecta de datos ocurrió en una sala reservada en el hospital, con la intención de mantener la privacidad de

los participantes y evitar interrupciones. A continuación, con los datos obtenidos de las 113 personas viviendo con VIH, los investigadores catalogaron las características definitorias del diagnóstico, a partir de los indicios clínicos, sociales y de comportamiento.

La segunda etapa del proceso se dedicó a la validación de contenido propuesta por Fehring, en su totalidad. Ese modelo consiste en la validación de las características definitorias del diagnóstico por peritos, cuya selección de los especialistas debe de ser según criterios establecidos. De esa manera, el proceso de validación atraviesa diversas etapas, concretamente: selección de los especialistas; atribución de un valor a la característica definidora del DE; técnica Delphi (opcional); media ponderada de las notas atribuidas y, finalmente, análisis inferencial de los datos⁽⁶⁾.

El autor recomienda que ese tipo de estudio sea realizado por enfermeros peritos. Entretanto, se sabe que hay dificultades para encontrar muestra de profesionales que atiendan a los criterios propuestos por el autor⁽⁶⁾, el cual reconoce el hecho. A causa de eso, los criterios de este estudio fueron modificados para posibilitar la realización del estudio, descritos de la siguiente forma: (1 punto) titulación de Máster en Enfermería; (2 puntos) titulación de Máster en Enfermería con disertación direccionada a contenido relevante al diagnóstico en estudio; (1 punto) publicación de artículo sobre DE asociado a métodos de validación en periódicos de referencia; (2 puntos) artículo publicado sobre DE y con contenido relevante al área de estudio; (4 puntos) doctorado versando sobre DE; (1 punto) experiencia clínica de, por lo menos, un año en el área del diagnóstico en estudio; (2 puntos) certificado de práctica clínica relevante al área del diagnóstico en estudio.

Después de la búsqueda de los especialistas, se seleccionaron seis, en el área de diagnósticos de enfermería, con práctica clínica o experiencia en la enseñanza de infectología en Enfermería. En seguida, se proporcionó entrenamiento teórico y práctico para los especialistas, con la aplicación de situaciones realísticas para que sus respuestas fueran medidas con base en la capacidad, eficiencia, tendencia, tasa de falso positivo y negativo, conforme de describe en la Tabla 1.

La práctica del entrenamiento fue fundamental en virtud de que no existe ningún tipo de regla de oro para la identificación de los diagnósticos de enfermería. Asociado a eso, en el estudio, se han adoptado como regla de oro las características observadas en los usuarios que presentaron adherencia a la toma de medicamentos (no retraso en la toma de los medicamentos, conteo de linfocitos CD4 mayor que 200 células/mm³, carga viral indetectable, ausencia de enfermedades oportunistas y no relatar dificultades para ingestión de los medicamentos) y asistencia a consultas.

Tabla 1 - Puntos de corte para evaluación de la capacidad de inferencia diagnóstica, en un municipio de la Región Noreste. Brasil, 2015

Parámetros	Aceptable	Marginal	Inaceptable
Eficacia (E)	0.9 o más	>0.8-0.9	Menos de 0.8
Tasa de Falso Positivo (FP)	0.05 o menos	≤0.10	Más que 0.10
Tasa de Falso Negativo (FN)	0.02 o menos	≤0.10	Más que 0.10
Tendencia (T)	0.80-1.20	0.50-0.80 o 1.2-1.5	Menos que 0.50 o más que 1.5

Para realizar el análisis de la capacidad de inferencia diagnóstica, se utilizó un instrumento elaborado por los investigadores, compuesto de 12 reactivos que relacionaban cada ítem a ser evaluado, resultando así, en una media y comparándose con los niveles aceptable, marginal e inaceptable. Después del análisis de los resultados, solo tres especialistas consiguieron obtener la media aceptable (>0.9) para cada ítem de evaluación de la capacidad diagnóstica.

Después de la selección de los especialistas, se elaboró una plantilla en Microsoft Office Excel para cada paciente, con las posibles características definitorias, dando un total de 113, y, al lado de cada planilla había una columna con la escala compuesta de los siguientes valores: 1=nada relevante; 2=poco relevante; 3=muy relevante; 4=relevante; 5=muchísimo, si pertenecía al diagnóstico. Se enviaron las planillas a los especialistas, junto con la síntesis de cada caso, para que tuvieran la percepción completa de las condiciones de salud de las personas viviendo con VIH y realizaran la etapa del análisis inferencial de los datos.

Después de que los enfermeros especialistas dieran valor a cada Característica Definidora (CD) del DE estudiado en la escala de 1 a 5, se calculó la media de las notas atribuidas para cada una de las CD, atribuyendo las siguientes ponderaciones a los cálculos: ponderación 1=0, ponderación 2=0,25, ponderación 3=0,50, ponderación 4=0,75, ponderación 5=1. A continuación, se descartaron las CD con media ponderada de ≤0.50 y se tomaron como principales las CD con media ponderada de ≥0.80. Finalmente, la puntuación total de la validación de contenido del diagnóstico se obtuvo por la suma de las puntuaciones individuales dividida entre el número total de CD del DE, excluyendo las que tenían una media ponderada de ≤0.50.

Para el tratamiento de los datos se recurrió a la estadística descriptiva e inferencial, haciendo uso del IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 20.0, para Windows. La precisión de las características definitorias del DE "incumplimiento" fue evaluada por medio de la sensibilidad, especificidad, valores predictivos negativos y positivos. Se utilizó un punto de corte del 80%, para las características definitorias, y se consideraron relevantes los resultados obtenidos superiores a este punto. La razón por la cual los investigadores adoptaron tal punto

de corte se pauta en otros estudios de precisión en que se utilizó el mismo valor; mismos en los que se demostró que ese punto de corte confirió mayor representatividad estadística⁽¹²⁻¹³⁾. Por lo tanto, se calcularon la razón de verosimilitud positiva y negativa, el radio de momios diagnóstico (ORD) y la prevalencia.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en investigación de la institución responsable, bajo el Protocolo nº 1.146.907, obteniendo la aprobación con Certificado de Presentación para Apreciación Ética (CAAE) nº 46206215.3.0000.5537.

Resultados

Se evaluaron 113 personas viviendo con VIH, la mayoría del sexo masculino (el 55.5%), heterosexuales (el 66.4%), que presentaron grupo de edad entre 30 y 39 años (el 39%), educación primaria incompleta (el 55.7%), con ingreso de un salario-mínimo (n=54/47.8%). Con respecto al tiempo de diagnóstico del SIDA, la media fue de cinco años (±5.38). En cuanto a la presencia del diagnóstico "incumplimiento", se ha verificado que el 69% (n=78) de las personas con VIH presentaban el diagnóstico. Además, en la Tabla 2 se revela la razón de prevalencia entre las características definitorias, en la cual es posible observar que todas las asociaciones fueron estadísticamente significativas.

En relación a la precisión diagnóstica de las características definitorias, la característica definidora con mayor sensibilidad fue "no asistencia a las visitas concertadas" (el 96.21%), en la cual se presentaron valores de verosimilitud y ORD estadísticamente significativos, conforme se muestra en la Tabla 3.

De entre las cinco características definitorias, tres presentaron el punto de corte superior al 80%, que son específicas al diagnóstico "incumplimiento", concretamente: "conducta indicativa de falta de adhesión", "falta de progresos" y "desarrollo de complicaciones relacionadas". No obstante, solo las dos primeras exhibieron valores de verosimilitud y ORD estadísticamente significativos. Las características definitorias que presentaron significancia estadística fueron probadas por medio de retroceso logístico con el fin de verificar la asociación conjugada de las características definitorias, como se especifica en la Tabla 4.

Tabla 2 - Razones de prevalencia de las características definitorias, según la ocurrencia del diagnóstico de enfermería "incumplimiento" en personas con VIH, en un municipio de la Región Noreste. Brasil, 2015

Variables	Diagnóstico de enfermería y falta de adherencia						Estadísticas
	Presente		Ausente		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Características definitorias							
Conducta indicativa de falta de adhesión							
Presente	78	69.03	00	00.00	78	69.03	p=0.001*
Ausente	00	00.00	35	30.97	35	30.97	RP†=3.582†
Total	78	69.03	35	30.97	113	100	IC‡95%: 1.829-3.981‡
Desarrollo de complicaciones relacionadas							
Presente	58	51.33	10	8.85	68	60.18	p=0.04§
Ausente	20	17.70	25	22.12	45	39.82	RP†=2.671†
Total	78	69.03	35	30.97	113	100	IC‡95%: 1.729-2.873‡
Exacerbación de los síntomas							
Presente	48	42.48	17	15.04	65	57.52	p=0.03§
Ausente	30	26.55	18	15.93	48	42.48	RP†=1.95†
Total	78	69.03	35	30.97	113	100	IC‡95%: 1.152-2.607‡
Falta de progresos							
Presente	69	61.06	04	3.54	73	64.60	p=0.003*
Ausente	09	7.97	31	27.43	40	35.40	RP†=1.872†
Total	78	69.03	35	30.97	113	100	IC‡95%: 1.272-2.508‡
No asistencia a las visitas concertadas							
Presente	73	64.60	03	2.65	76	67.25	p=0.002*
Ausente	05	4.43	32	28.32	37	32.75	RP†=1.351†
Total	78	69.03	35	30.97	113	100	IC‡95%: 1.112-2.126‡

*test exacto de Fisher; †RP=razón de prevalencia; ‡IC=intervalo de confianza del 95%; §prueba chi-cuadrado de Pearson; p<0.05

Tabla 3 - Medidas de precisión de las características definitorias del diagnóstico de enfermería "incumplimiento" en personas con VIH, en un municipio de la Región Noreste. Brasil, 2015

Características definitorias	Se*	Es†	VPP‡	VPN§	RVP (IC 95%)	RVN¶ (IC 95%)	ORD** (IC 95%)
Desarrollo de complicaciones relacionadas	57.00	81.74	94.13	36.87	2.00 (0.97-2.61)	0.70 (0.41-1.61)	3.00 (0.94-4.58)
Conducta indicativa de falta de adhesión	64.30	95.24	98.41	49.56	7.00 (1.32-8.12)	0.62 (0.41-0.67)	15.00 (8.16-17.74)
No asistencia a las visitas concertadas	96.21	70.84	93.45	65.34	4.33 (1.58-5.04)	0.20 (0.09-0.24)	28.93 (9.87-32.85)
Exacerbación de los síntomas	88.87	68.66	87.84	42.55	1.46 (0.73-2.91)	0.76 (0.52-1.13)	1.90 (0.65-5.56)
Falta de progresos	53.26	84.55	97.50	48.44	9.46 (1.25-10.29)	0.65 (0.53-0.70)	13.41 (1.95-14.31)

*Se=sensibilidad; †Es=especificidad; ‡VPP=valor predictivo positivo; §VPN=valor predictivo negativo; ||RVP=razón de verosimilitud positiva; ¶RVN=razón de verosimilitud negativa; **ORD= Razón de momios de diagnóstico

Tabla 4 - Retroceso logístico para las características predictivas de la presencia del diagnóstico de enfermería "incumplimiento" en personas con VIH, en un municipio de la Región Noreste. Brasil, 2015

Características definitorias	Se*	Es†	VPP‡	VPN§	RVP (IC 95%)	RVN¶ (IC 95%)	ORD** (IC 95%)
Desarrollo de complicaciones relacionadas	57.00	81.74	94.13	36.87	2.00 (0.97-2.61)	0.70 (0.41-1.61)	3.00 (0.94-4.58)
Conducta indicativa de falta de adhesión	64.30	95.24	98.41	49.56	7.00 (1.32-8.12)	0.62 (0.41-0.67)	15.00 (8.16-17.74)
No asistencia a las visitas concertadas	96.21	70.84	93.45	65.34	4.33 (1.58-5.04)	0.20 (0.09-0.24)	28.93 (9.87-32.85)
Exacerbación de los síntomas	88.87	68.66	87.84	42.55	1.46 (0.73-2.91)	0.76 (0.52-1.13)	1.90 (0.65-5.56)
Falta de progresos	53.26	84.55	97.50	48.44	9.46 (1.25-10.29)	0.65 (0.53-0.70)	13.41 (1.95-14.31)

*Se=sensibilidad; †Es=especificidad; ‡VPP=valor predictivo positivo; §VPN=valor predictivo negativo; ||RVP=razón de verosimilitud positiva; ¶RVN=razón de verosimilitud negativa; **ORD= Razón de momios de diagnóstico

Discusión

El proceso de validación clínica de los diagnósticos de enfermería, realizado por el método de precisión de las características definitorias, es una práctica que corrobora el proceso de diferenciación de la presencia y ausencia de diagnósticos, además de atenuar los sesgos de las inferencias clínicas del enfermero, pues la interpretación de los indicios clínicos se vuelve subjetiva⁽⁶⁻⁷⁾.

En el estudio, el diagnóstico "incumplimiento" se define como el "Conducta de una persona o un cuidador que no coincide con el plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona (o la familia o comunidad) y un profesional de la salud. Ante un plan terapéutico o de promoción de la salud acordado, la conducta de la persona o del cuidador lo incumple total o parcialmente y puede conducir a resultados clínicos parcial o totalmente ineficaces"⁽⁹⁾. Ese se presenta con las características definitorias "desarrollo de complicaciones relacionadas", "conducta indicativa de falta de adhesión", "exacerbación de los síntomas", "falta de progresos" y "no asistencia a las visitas concertadas"⁽⁹⁾.

De entre esas, se ha observado que cerca del 67.3% de los pacientes con diagnóstico "incumplimiento" presentaron la característica de falta a citas programadas, que consiste en no presentarse a consultas programadas, no tomar dosis de medicamentos indicados, no tomar medicamentos en el horario correcto y no acudir al servicio de salud para recibir la medicación⁽¹⁴⁾.

En ese sentido, el no presentarse al servicio puede estar relacionado a la no aceptación del paciente ante la nueva condición de salud y a la descreencia en el régimen medicamentoso⁽¹⁴⁾. La complejidad del tratamiento requiere que la persona viviendo con VIH tenga orientaciones previas, pues algunos medicamentos necesitan ser ingeridos con alimentos, o en ayuno, o en secuencias temporales combinadas con otros medicamentos, lo que exige organización y compromiso del paciente en cuanto a su tratamiento⁽¹⁵⁾.

Algunos estudios apuntan que la adherencia a la terapia antirretroviral también puede ser influenciada por la reducción de barreras de acceso al servicio de salud, utilización de tecnologías leves de salud, como acogida, vínculo, responsabilidad, además de la confianza depositada en el servicio y en la mejora de la relación interpersonal con los profesionales de salud⁽¹⁻⁴⁾.

De ese modo, el papel del profesional que presta asistencia es importante, principalmente por la capacidad de diálogo y negociación. La orientación sobre la enfermedad, la importancia de la adherencia, las medicaciones y el modo correcto de usarlos, los efectos colaterales del tratamiento y las medidas que

deben tomarse cuando tales efectos ocurren, constituye un aspecto prioritario en el tratamiento y debe incluir a todos los profesionales de salud responsables de la asistencia⁽²⁻⁴⁾.

En el presente estudio, además de los respectivos factores de abstenciones, la falta de citas programadas está relacionada también al olvido. En un estudio que mostró que el olvido fue la principal causa de ausencia a las citas, los profesionales de salud implementaron el seguimiento por teléfono, disminuyendo considerablemente el número de pacientes que faltaron a su cita⁽¹⁵⁾. Por lo tanto, el enfermero puede implementar acciones de búsqueda activa y trabajos terapéuticos, como momentos de charlas y terapias comunitarias^(2,16-17).

La segunda característica definitoria, complicación relativa al desarrollo, fue identificada en el diagnóstico "incumplimiento", que tuvo como indicadores las señales y síntomas presentados por la evolución de la enfermedad y su complicación, en su mayoría derivados a la falla en la adherencia al tratamiento⁽⁹⁻¹⁷⁾.

Los investigadores resaltan que uno de los motivos para la no adherencia es el hecho de que los pacientes no tenían conocimiento sobre la importancia de los antirretrovirales, la supresión de la carga viral y aumento del CD4 y CD8⁽¹⁸⁾, y atenuación del desarrollo de complicaciones e infecciones oportunistas, las cuales están vinculadas al abandono o irregularidad en la continuidad del tratamiento⁽¹⁸⁾. Ante eso, el enfermero puede implementar acciones que corroboren la desmitificación de los medicamentos en cuanto a su uso y efectos colaterales^(2,16-17).

Con la intención de auxiliar el paciente a mejorar su adherencia al tratamiento antirretroviral, se han descrito muchas estrategias en la literatura. Algunas de ellas deben de implementarse con rigor, como la formación de grupos de adherencia más efectivos o grupos de asistencia individual que respondan a las expectativas y a las dudas que provienen del uso de los medicamentos, ofrecer recordatorios gratuitos, tablas de horarios, aplicaciones de teléfono móvil, así como diarios de uso de los medicamentos^(1-4,14). En el escenario de investigación en el presente estudio, se adoptan estrategias como grupos de apoyo a la adherencia, ofrecer cartillas de orientación y de diarios para registro del uso de los antirretrovirales.

En otro estudio, se adoptó un programa de asistencia terapéutica domiciliar, y se ha verificado que los pacientes de ese programa presentaron significativamente mayor adherencia, en comparación con el tratamiento ambulatorio convencional⁽¹⁷⁾. De igual forma, lo que se verifica en la práctica es que se puede usar diferentes estrategias para promover la adherencia, pero lo importante es que el desarrollo y la

implementación de esas intervenciones sean diseñados de forma realista para grupos específicos, considerando las características individuales, el estilo de vida y el soporte social⁽¹⁴⁾.

Otra característica que se considera específica al diagnóstico estudiado, fue el comportamiento de falta de adherencia en que el individuo no demuestra interés en seguir las recomendaciones profesionales sobre el tratamiento, tampoco en adquirir conocimientos sobre la enfermedad, además de practicar comportamientos no saludables⁽¹⁹⁾.

Algunos estudios presentan relatos de pacientes que demostraron el "conducta indicativa de falta de adhesión", como el desinterés en aprender sobre la enfermedad y tratamiento, relacionado a la depresión, agresividad, negación de la enfermedad y sentimientos de repulsión, así como a un estilo de vida no saludable con uso de alcohol y drogas⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

En otra investigación, se reveló que la religión también contribuye al "conducta indicativa de falta de adhesión", donde las personas con VIH justificaron la falta de adherencia al tratamiento medicamentoso porque creían que sus creencias religiosas y la fe en una entidad divina les curaría⁽²¹⁾. Un estudio ha apuntado que el ritmo excesivo de trabajo, implicando la falta de tiempo para ingerir los medicamentos, viajes frecuentes, el hecho de no alimentarse a la hora correcta, salir de casa sin el medicamento y la cantidad a tomar por día fueron factores que contribuyeron para el "conducta indicativa de falta de adhesión"⁽²²⁻²³⁾.

En lo que se refiere a los indicadores más específicos para la determinación del diagnóstico "incumplimiento", se identificaron la exacerbación de los síntomas y el falta de progresos. En investigaciones, se puntúa que la mayoría de los pacientes enfrentan desafíos al inicio del tratamiento, a lo que contribuye al fallo en el alcance de los resultados. Estos ocurren debido a las reacciones iniciales provocadas por el uso de los antirretrovirales, como náuseas, vómitos, diarrea, gases, ardor de estómago, somnolencia, insomnio, pesadillas, entre otros⁽²³⁻²⁴⁾.

La falta de progresos se presenta como la no obtención de los beneficios esperados después de la institución del tratamiento medicamentoso. El éxito terapéutico con la Terapia Antirretroviral Altamente Activa (en inglés, HAART) se demuestra por la carga viral indetectable, reconstitución inmune confirmada por linfocitos T CD4+ y la ausencia de manifestaciones clínicas y exacerbación de los síntomas de la enfermedad. La adherencia al tratamiento se ha asociado de manera consistente al alcance del éxito terapéutico y éste, a su vez, puede reforzar la adherencia. Un estudio apunta que

los pacientes con conteo de CD4 inferior a 200 células/mm³ presentan mayor riesgo de no adherencia⁽²⁵⁾.

Es importante destacar que con el análisis de esos indicadores clínicos, de forma aislada, se busca entender mejor las especificidades que interfieren en la formulación del diagnóstico, como con el conocimiento del enfermero⁽³⁻⁶⁾, como, por ejemplo, que la Terapia Antirretroviral (TARV) retrasa el desarrollo de la enfermedad y reduce la exacerbación de los síntomas por medio de la supresión viral y restauración del sistema inmunológico. Por lo tanto, se vuelve importante discutir y explicar los resultados de los exámenes de laboratorio al paciente durante las consultas para que el mismo entienda y visualice su progreso, reconociendo las ventajas del tratamiento y fortaleciendo la motivación para la adherencia⁽¹⁶⁻²⁵⁾.

Ante eso, se comprende que la falta de adherencia es, a su vez, uno de los principales problemas en personas con VIH, pues se trata de una enfermedad crónica, que por sí misma, representa una más de las dificultades para el seguimiento de las recomendaciones. Sin embargo, se puede realizar una identificación precoz y mayor seguridad por parte del enfermero por medio de indicadores clínicos precisos, direccionando las intervenciones y resultados de enfermería con mayor eficacia⁽²⁵⁾.

Aunque aún se necesitan muchas estrategias para acabar con la epidemia de SIDA, existe la explícita recomendación de ofrecer e iniciar la terapia antirretroviral tan pronto como la persona sea diagnosticada con VIH (*Treatment as Prevention* – TASP). Además, es importante destacar la relevancia del diagnóstico "incumplimiento" en la perspectiva de la cascada de cuidado propuesta internacionalmente, en la cual la adherencia representa la etapa fundamental, incluso para el alcance de las metas 90-90-90, es decir, hasta el 2020, el 90% de todas las personas con VIH sabrá que tiene el virus; hasta el 2020, el 90% de todas las personas con infección por el VIH diagnosticada recibirá terapia antirretroviral sin interrupción y; hasta el 2020, el 90% de todas las personas recibiendo terapia antirretroviral tendrá supresión viral.

Finalmente, es importante destacar que, a pesar de la relevancia de los estudios de precisión, esos son considerados recientes y escasos en el área de enfermería⁽⁶⁾. Además, se ha identificado que la escasez de estudios en donde también se analice la precisión en los diagnósticos de enfermería, relacionados a la adherencia, relacionado con el VIH y con otras condiciones crónicas, se limita a la confiabilidad de las inferencias realizadas por los enfermeros para trazar con seguridad la presencia del diagnóstico estudiado.

Sin embargo, con respecto a otras enfermedades crónicas, un estudio en que se evaluó la precisión de las características definitorias del DE "Exceso de volumen de líquidos" (código 00026) de la NANDA-I en pacientes con insuficiencia renal crónica, apuntó que las características definitorias identificadas como precisas podrán auxiliar los enfermeros en el proceso de inferencia de ese diagnóstico en pacientes sometidos a hemodiálisis, posibilitando mayor seguridad en la elección del diagnóstico además de la elaboración de resultados e intervenciones con mayores oportunidades de direccionamiento y eficacia⁽¹²⁾.

En otro estudio en que se ha investigado la precisión de las características definitorias del diagnóstico "Gestión ineficaz de la salud familiar" (código 00080) en diabéticos atendidos en un centro de salud de la familia, se apuntó que la necesidad de trabajar la adherencia con perspectiva relacionada a la familia, sobre todo considerando la complejidad del tratamiento para personas que viven con enfermedad crónica⁽¹³⁾.

Como limitación de la investigación, se destaca la dificultad para la caracterización de las definiciones conceptuales y operacionales de las características definitorias relacionadas al diagnóstico estudiado, las cuales no se presentaron claramente definidas en la literatura; este obstáculo que puede perjudicar la fiabilidad de los datos recolectados, con respecto a su medición. De ese modo, también se propone buscar en investigaciones futuras, la validación de las definiciones conceptuales y operacionales de las características del diagnóstico "incumplimiento".

Conclusión

A partir de los datos expuestos fue posible observar que la característica definitoria que presentó mayor sensibilidad fue "no asistencia a las visitas concertadas" en vista del diagnóstico "incumplimiento". En cuanto a los más específicos, sobresalieron "conducta indicativa de falta de adhesión" y "falta de progresos". Además, los indicadores "conducta indicativa de falta de adhesión", "no asistencia a las visitas concertadas" y "falta de progresos" fueron identificados en el modelo de la regresión logística como las características más precisas para la identificación del diagnóstico en personas con VIH.

Las características definitorias precisas en este estudio podrán auxiliar al enfermero en la inferencia del diagnóstico de enfermería "incumplimiento", en personas con VIH, con mayor precisión y seguridad y, así, establecer resultados e intervenciones de enfermería con mayores oportunidades de direccionamiento y eficacia.

Referencias

1. Silveira MP, Maurer P, Guttier MC, Moreira LB. Factors associated with therapeutic success in HIV-positive individuals in southern Brazil. *J Clin Pharm Ther.* 2014;40(2):192-5.
2. Oku AO, Owoaje ET, Oku OO, Monjok E. Prevalence and Determinants of Adherence to Highly Active Anti-Retroviral Therapy Amongst People Living with HIV/AIDS in a Rural Setting in South-South Nigeria. *Afr J Reprod Saúde.* 2014;18(1):133-43.
3. Paschoal EP, Santo CCE, Gomes AMT, Santos EI, Oliveira DC, Pontes APM. Adherence to antiretroviral therapy and its representations for people living with HIV/AIDS. *Esc Anna Nery.* 2014;18(1):32-40.
4. Kurth AE, McClelland L, Wanje G, Ghee AE, Peshu N, Mutunga E, et al. An integrated approach for antiretroviral adherence and secondary HIV transmission risk-reduction support by nurses in Kenya. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2012;23(2):146-54.
5. Oliveira CJ, Araújo TL, Costa FBS, Costa AGS. Clinical validation of the nursing diagnosis "noncompliance" among people with hypertension. *Esc Anna Nery.* 2013;17(4):611-9.
6. Lopes MV, Silva VM, Araujo TL. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. *Int J Nurs Knowl.* 2012;23(3):134-9.
7. Góes FSN, Dalri MCB, Fonseca LMM, Canini SRMS, Scochi CGS. Developing clinical cases to reach diagnostic reasoning. *Rev Eletr Enf.* [Internet]. 2014 [cited Oct 22, 2015];16(1):44-51. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a05.pdf
8. Miot HA. Sample size in clinical and experimental trials. *J Vasc Bras.* 2011;10(4):275-8.
9. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA Internacional: definições e classificação 2015/2017. Porto Alegre: Artmed; 2015.488 p.
10. Ministério da Saúde (BR). Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. [Acesso 12 jan 2015]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolofinal_31_7_2015_pdf_31327.pdf
11. Oliveira CJ, Araújo TL, Costa FBC, Costa AGS. Validação clínica do diagnóstico "falta de adesão" em pessoas com hipertensão arterial. *Esc Anna Nery.* 2013;17(4):611-9.
12. Fernandes MICD, Bispo MM, Leite EMD, Lopes MVO, Silva VM, Lira ALBC. Diagnostic accuracy of the defining characteristics of the excessive fluid volume diagnosis

- in hemodialysis patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015;23(6):1057-64.
13. Mendes LC, Sousa VEC, Lopes MVO. Accuracy of diagnosis of the defining characteristics of ineffective family therapeutic regimen management. *Acta Paul. Enferm*. 2011;24(2):219-24.
 14. Shigdel R, Klouman E, Bhandari A, Ahmed LA. Factors associated with adherence to antiretroviral therapy in HIV-infected patients in Kathmandu District, Nepal. *HIV AIDS (Auckl)*. 2014;6(2):109-16.
 15. Gomez JJ, Mayorga MEC, Pérez JOM, Rojas SLZ, Orozco LCV, Camargo FFA. Prevalence of nursing diagnoses in people with HIV/AIDS. *Enferm Glob*. 2013;12(32):1-10.
 16. Carvalho DF, Carvalho DC. Values Intervening in Nursing Care for Clients with HIV/AIDS. *Aquichán*. 2014;14(1):32-40.
 17. Rai S, Mahapatra B, Sircar S, Raj PY, Venkatesh S, Shaukat M, et al. Adherence to Antiretroviral Therapy and Its Effect on Survival of HIV-Infected Individuals in Jharkhand, India. *PLoS ONE*. 2013;8(6):660-8.
 18. Peixoto KSM, Silva RAR, Costa RHS. Nursing diagnoses in people with acquired immune deficiency syndrome: an integrative review of the literature. *Rev Pesqui Cuid Fundam [Internet]*. 2015. [cited March 5, 2016];7(1):2123-36. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3410>.
 19. Jiamsakul A, Kumarasamy N, Ditangco R, Li PC, Phanuphak P, Sirisanthana T, et al. Factors associated with suboptimal adherence to antirretroviral therapy in Asia. *J Int AIDS Soc*. 2014;16(17):189-95.
 20. Krummenacher I, Spence B, Du Pasquier S, Bugnon O, Cavassini M, Schneider MP. Qualitative analysis of barriers and facilitators encountered by HIV patients in an ART adherence programme. *Int J Clin Pharm*. 2014;36(4):716-24.
 21. Oku AO, Owoaje ET, Oku OO, Monjok E. Prevalence and Determinants of Adherence to Highly Active Anti-Retroviral Therapy Amongst People Living with HIV/AIDS in a Rural Setting in South-South Nigeria. *Afr J Reprod Saúde*. 2014;18(1):133-43.
 22. Weaver ERN, Pane M, Wandra T, Windyaningsih C, Herlina, Samaan G. Factors that Influence Adherence to Antiretroviral Treatment in an Urban Population, Jakarta, Indonesia. *Plos One*. 2014;9(9):1075-43.
 23. Gare J, Kelly-Hanku A, Ryan CE, David M, Kaima P, Imara U, et al. Factors Influencing Antiretroviral Adherence and Virological Outcomes in People Living with HIV in the Highlands of Papua New Guinea. *PLoS ONE*. 2015;10(8):1349-58.
 24. Silveira MP, Maurer P, Guttier MC, Moreira LB. Factors associated with therapeutic success in HIV-positive individuals in southern Brazil. *J Clin Pharm Ther*. 2015;40(2):192-5.
 25. Pefura-Yonea EW, Soh E, Kengne AP, Balkissoua AD, Kuaban C. Non-adherence to antiretroviral therapy in Yaounde: Prevalence, determinants and the concordance of two screening criteria. *J Infec Public Health*. 2013;6(4):307-15.

Recibido: 11.4.2016

Aceptado: 12.7.2017

Correspondencia:

Richardson Augusto Rosendo da Silva
 Universidade Federal do Rio Grande do Norte
 Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem
 Av. Senador Salgado Filho, s/n
 Bairro: Lagoa Nova
 CEP: 59078-970, Natal, RN, Brasil
 E-mail: rirosendo@hotmail.com

Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.