



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN
PACIENTES CON VIH/SIDA EN EL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES GUAYAQUIL DR. ABEL GILBERT PONTÓN.**

AUTORA:

Martillo López Youmana María

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE:
MÉDICO**

TUTOR:

OBANDO FREIRE FRANCISCO MARCELO

**Guayaquil, Ecuador
2016**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Youmana María Martillo López**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de médico.

TUTOR

OPONENTE

Dr. Francisco Obando Freire

**DECANO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS**

COORDINADOR DEL ÁREA

Dr. Gustavo Ramírez Amat

Dr. Diego Vásquez Cedeño

Guayaquil, Ecuador

2016



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Youmana María Martillo López

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación **Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón**, previo a la obtención del Título **médico**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, Ecuador

2016

LA AUTORA

Youmana María Martillo López



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Yo, Youmana María Martillo López

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, Ecuador

2016

LA AUTORA:

Youmana María Martillo López

AGRADECIMIENTO

Un gran agradecimiento a mi Alma Máter, la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil y a todos aquellos docentes que con dedicación me brindaron sus conocimientos a lo largo de la carrera. Gracias de corazón a mi tutor Dr. Francisco Obando Freire por su paciencia, motivación, orientación y aliento para el desarrollo de este trabajo. A la Q/F Patricia Serrano Zambrano, por su buena predisposición para ayudarme en el periodo de investigación. Al Dr. Jorge Villón Morillo por su apoyo incondicional y por hacer fácil lo difícil. Gracias Dios por tu bondad poniendo a cada una de estas personas en mi camino y por no abandonarme nunca.

Youmana María Martillo López

DEDICATORIA

Agradezco a Dios por haberme dado una familia maravillosa, quienes han creído en mí siempre y han sido el pilar fundamental en mi vida. A mi Padre, por su apoyo y por poner en mí siempre una sonrisa. A mi hermana Pierina, por ser mi luz y mi inspiración y por darme palabras de aliento en los momentos que más he necesitado. A mi hermano Pedro, mi fortaleza, estoy en deuda contigo, las palabras no alcanzan para agradecerte todo lo que has hecho por mí. A usted Madre, por su entrega y dedicación, por creer siempre en mí y darme el ejemplo de superación, humildad y sacrificio. Gracias infinitas a ustedes por haberme acompañado en el inicio de mi vida profesional. Este es nuestro éxito. A mi familia, amigos por ser mi soporte.

Youmana María Martillo López

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. FRANCISCO OBANDO FREIRE

PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

DR. GUSTAVO RAMIREZ AMAT

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

DR. DIEGO VASQUEZ CEDEÑO

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

CALIFICACIÓN

DR. FRANCISCO OBANDO FREIRE

PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

DR. GUSTAVO RAMIREZ AMAT

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

DR. DIEGO VASQUEZ CEDEÑO

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

Introducción.....	1
Capítulo I Marco Teórico	2
1.1 VIH/Sida.....	2
1.2 Adherencia al tratamiento Antirretroviral TRAV.	3
1.3 Referentes empíricos sobre adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con vih/sida.	7
Capítulo II Pacientes y métodos	10
2.1 Diseño del Estudio.....	10
2.2 Población	10
2.2.1 Universo y muestra	10
2.3 Variables.....	11
2.4 Instrumentos	12
2.5 Gestión de datos.....	12
2.6 Criterios éticos	13
Capítulo III Resultados	14
Capítulo IV Discusión	20
Conclusiones	22
BIBLIOGRAFÍA	23

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico Nº 1 Porcentaje de adherencia al tratamiento antirretroviral	14
Gráfico Nº 2 Distribución según sexo en los pacientes no adherentes al tratamiento antirretroviral.....	15
Gráfico Nº 3 Distribución de edad en años los pacientes no adherentes al tratamiento.....	15
Gráfico Nº 4 Distribución según grupo etario en los pacientes no adherentes al tratamiento antirretroviral.....	16
Gráfico Nº 5 Causas de la no adherencia al tratamiento.....	16
Gráfico Nº 6 Causas de la no adherencia al tratamiento según género de los pacientes.....	17
Gráfico Nº 7 Relación del cuestionario de SMAQ y años de vida ...	18
Gráfico Nº 8 Relación del cuestionario de SMAQ en días de abandono con relación al género.....	19

RESUMEN (ABSTRACT)

Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/Sida en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón Guayaquil 2016

Autor: Martillo López Youmana María

Objetivos: Determinar la prevalencia de pacientes no adherentes al tratamiento antirretroviral TAR de VIH/SIDA en el Hospital Guayaquil Abel Gilbert Pontón. **Método:** Estudio observacional, transversal y descriptivo, en el que se incluyó a pacientes infectados por VIH/Sida que acudieron al servicio de consulta externa del HAGP, entre enero y abril de 2016. Para analizar la no adherencia, se implementó el cuestionario multivariable SMAQ. Se recopilaban variables sociodemográficas y elementos que podrían influir en el incumplimiento del TAR. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 22.0. **Participantes:** 242 pacientes con VIH/Sida. **Resultados:** El nivel de no adherencia encontrada fue de 45,87 % (*n*: 111). El mayor porcentaje de pacientes no adherentes según el cuestionario fueron las mujeres con un 60,4 % (*n*: 67) en relación a varones con un 39,6 % (*n*: 44). Los pacientes no adherentes señalaron con más frecuencia los factores que dificultan la toma de la medicación: olvido. 64,86% (*n*: 72), incumplimiento del horario 16,22% (*n*: 18) y abandono por sentirse mal 18,92% (*n*: 21). En el análisis multivariable, (IC: 0,95; *p* 0,05) se establece que los pacientes con menos años de vida abandona frecuentemente el tratamiento por sentirse mal, los de mayor edad abandona por olvido, y en el incumplimiento de horario no existió diferencia significativa entre grupos. **Conclusión:** El método de registros en la consulta externa debe combinarse con la entrevista al paciente para detectar factores que incrementan la no adherencia y proponer estrategias de intervención.

Palabras Clave: VIH/Sida, Antirretroviral, no adherentes.

Adherence to antiretroviral therapy in patients with HIV/Aids in Abel Gilbert Pontón Hospital Guayaquil 2016

Author: López Martillo Youmana María

Background: To determine the prevalence of non-adherent patients to antiretroviral treatment ART HIV/AIDS in the Abel Gilbert Ponton Hospital. **Method:** Observational, descriptive and cross sectional study in which were included HIV/Aids patients who attended the outpatient service at HAGP in Guayaquil between January and April, 2016. The multivariable questionnaire SMAQ was used to assess non-adherence. Also, socio demographic variables and other factors that could influence the failure of antiretroviral therapy were collected. Statistical analysis was performed using SPSS program 22.0 version. **Participants:** 242 HIV/AIDS patients. **Results:** The level of non-adherence found was 45.87 % (n = 111). According to the questionnaire, a higher percentage of non-adherent patients was of 60.4% (n = 67) in women compared to a 39.6% (n = 44) in men. Non-adherent patients reported the factors that more often hinder taking medication: oblivion. 64.86 % (n =72), breach of schedule 16.22% (n = 18) and abandonment due feeling ill 18.92% (n = 21). The multivariate analysis, (CI: 0.95; p 0.005) states that younger patients often leave the treatment because they feel ill , the elder due to forgetfulness , and in breach of schedule was no significant difference among groups. **Conclusion:** The outpatient record method should be combined with the interview of patients to detect factors that increase non-adherence and to propose intervention strategies.

Keywords: HIV / Aids, Antiretroviral, nonadherent.

INTRODUCCIÓN

Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/Sida en Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón Guayaquil 2016

La adherencia se define como el grado de cumplimiento al tratamiento de parte del paciente y es fundamental para la evolución clínica de los pacientes con VIH/Sida. El tratamiento antirretroviral tiene como objetivo suprimir la carga viral, hasta niveles casi indetectables, y lograr la recuperación del sistema inmune en este tipo de pacientes. Su beneficio es evidente, puesto que está comprobado que reduce la mortalidad y aumenta la calidad de vida. El VIH es una enfermedad que pese a años de investigación no cuenta con una cura y lograr niveles óptimos de adherencia es de vital importancia para lograr una mejor evolución clínica.³⁴

Para el 2014 en Ecuador las estimaciones del número de personas con VIH eran de 33.000 aproximadamente y las cifras disminuyeron en comparación con las proyectadas en 2013, según los reportes.⁵² A nivel mundial, el porcentaje de abandono al tratamiento es significativamente más elevado, fluctuando entre 20% y 56%, lo que ha llevado a implementar estrategias de intervención²¹, ya que se ha demostrado que garantizar la adherencia al tratamiento permite retrasar la aparición de resistencia.⁵⁷

El objetivo general de esta investigación es determinar la prevalencia de pacientes no adherentes al tratamiento antirretroviral de VIH/SIDA en el Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón y el objetivo específico es identificar de qué manera las variables sociodemográficas intervienen en la no adherencia al TAR en pacientes VIH/SIDA. Con los resultados se busca recomendar estrategias para mitigar la no adherencia al tratamiento antirretroviral, ya que el alto índice de esta problemática es multifactorial.

Capítulo I

Marco Teórico

1.1 VIH/Sida

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es la pandemia más extendida del siglo pasado y de la actualidad. En América Latina se estima que la epidemia se inició a principios de 1980 y aunque en México se diagnosticó el primer caso de SIDA en 1983, el tiempo que pasa entre la adquisición del virus y el desarrollo del síndrome, de al menos dos a 10 años, hace suponer que este virus fue introducido a México en 1970.⁵¹

Se estima que en 2014, el número de personas con VIH/sida (PVVS) en Ecuador era aproximadamente, 33,000 [25,000 - 46,000] y que la prevalencia de VIH en los adultos de 15 a 49 años fue de 0,6%.¹³ Esta epidemia se concentra en personas transgénero 32%, homosexuales 11%, trabajadoras sexuales 3,2% y en personas privadas de libertad 1,3%.¹² En Ecuador, como en el resto de América Latina, el VIH se transmite principalmente por vía sexual.¹⁴

En la década de los noventa, al principio de la epidemia de VIH en Ecuador, el rol de la sociedad fue fundamental, particularmente en la lucha por el acceso gratuito a un seguimiento médico y al TAR³, el respeto, derechos humanos y el apoyo social a las pacientes que viven con VIH/Sida PVVS. Las primeras asociaciones de PVVS (es decir, organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro) se crearon a inicios del año 2000, pero pocas lograron perdurar.²⁷ En el contexto actual, resulta indispensable concientizar a la sociedad para mejorar el acceso al tamizaje del VIH, la atención médica y los servicios de acompañamiento psicosocial, y reducir las actitudes discriminatorias que aun vivimos.

Los eventos patogénicos asociados con la historia natural de la enfermedad son cada vez mejor conocidos. Después de la adquisición del VIH, suceden tres fases claramente definidas.

- El periodo inmediato posterior, en donde aparecen las primeras reacciones de activación del sistema inmune y las manifestaciones de un síndrome similar a la mononucleosis infecciosa.
- Un periodo prolongado de silencio clínico, en el que no hay signos ni síntomas pero en el que el virus sigue duplicándose en los ganglios linfáticos.
- Una fase de destrucción del sistema inmune, rápidamente progresiva y con la aparición de los signos y síntomas del SIDA.

La comprensión de la fisiopatología de la infección por VIH, sobre todo la capacidad reproductiva del virus y la mutabilidad junto con el ciclo biológico hacen difícil su erradicación pero los avances en las pruebas diagnósticas a nivel mundial, como el recuento de CD4 que nos guía en el inicio del tratamiento, y la carga viral para detectar de forma temprana el fracaso del plan terapéutico han influenciado la progresión de la enfermedad, evitando complicaciones clínicas, reduciendo efectos adversos y mejorando la calidad de vida para estos pacientes

Existen varios principios básicos en el tratamiento que se debe tomar en cuenta antes de su inicio. Por ejemplo, la multiplicación constante del VIH que causa injurias en el sistema inmune provocando la progresión a SIDA, la velocidad con la que la enfermedad avanza difiere entre individuos por lo que está claro que la decisión terapéutica debe ser individualizada en relación a los factores antes mencionados como el recuento CD4. Otro punto importante, es que a mayor supresión vírica existe menor probabilidad de resistencia. La disponibilidad de los fármacos suele ser limitada. Una parte fundamental para obtener el efecto máximo deseado del tratamiento

antirretroviral es el cumplimiento del mismo. Es decir, entre más sencillo el esquema, más fácil será para el paciente seguirlo.⁵⁴

En la actualidad, como tratamiento inicial se usan dos análogos nucleosidos como la lamivudina o emtricitabina combinados con un inhibidor de la proteasa; o dos análogos nucleosídicos con un inhibidor no nucleosido de la transcriptasa inversa. Una de las principales problemáticas de estos fármacos es el síndrome de lipodistrofia, caracterizado por hiperlipidemia y una redistribución de la grasa. Una vez iniciado el tratamiento se debe esperar una reducción de la carga viral en los primeros dos meses y un aumento recuento celular. Si estos dos objetivos no se logran se debe considerar un cambio en el tratamiento ofreciendo un esquema que incluya dos fármacos nuevos.²³

1.2 Adherencia al tratamiento Antirretroviral.

La adherencia farmacológica se define como el cumplimiento activo de las indicaciones terapéuticas, la buena predisposición para iniciar un tratamiento y la capacidad para seguirlo de manera rigurosa. Debido a que la adherencia al tratamiento es un fenómeno relacionado directamente con la integridad de cada individuo, son muchos los factores que influyen en esta situación. La OMS señala que en los países desarrollados la adherencia es de un 50% en cuanto a enfermedades crónicas como el VIH/Sida y que esta cifra puede ser mayor en países en vías de desarrollo, por factores socioeconómicos y por déficit en los sistemas de salud.⁶⁴

En la actualidad y según lo antes mencionado, la mitad de los pacientes con enfermedades crónicas cumplen de forma correcta el tratamiento prescrito y vital para el control de su enfermedad. Esta situación pone en riesgo los esfuerzos de los sistemas de salud para controlar este tipo de enfermedades. Las recaídas, complicaciones clínicas, secuelas, resistencia medicamentosa e incluso la muerte tienen un riesgo mayor. Desafortunadamente es un inconveniente que se expande a medida que

crecen las enfermedades crónicas, panorama que en la actualidad afecta a muchos países.

En la literatura, se registran datos sobre adherencia en diferentes enfermedades crónicas. Por ejemplo, en un estudio realizado en Gambia sobre la hipertensión arterial se obtuvo un 27%, en China un estudio similar señaló que solo el 43% cumple el tratamiento y una investigación en Estados Unidos concluyó que solo el 51% son adherentes al tratamiento. En un municipio de la Habana se encontró que solo el 51% sigue su tratamiento de forma de adecuada. Las cifras tienden a bajar en otras enfermedades como en el caso de asma bronquial, en Australia solo el 43% de los pacientes toman el tratamiento prescrito y el 28% utilizan los fármacos preventivos que les fueron indicados. En cuanto a la adherencia al TAR en pacientes con VIH/sida las cifras varían entre 37% y el 83%.³⁹

La búsqueda de los factores de riesgo para la no adherencia a la TAR ha llevado a la realización de diversas investigaciones al respecto en todo el mundo como este estudio, en las que se han encontrado factores predictores de baja adherencia como género, edad, nivel de educación, nivel económico, estado psicológico, efectos secundarios de la terapia, factores sociales y la relación médico paciente.¹⁵⁻²⁴ Muchos son los estudios que resaltan una asociación entre el bajo nivel educativo con la no adherencia a la terapia, recalcando que esto fundamenta más el hecho de que la comprensión de los pacientes respecto a las recomendaciones hechas sobre el tratamiento es fundamental para una buena adherencia.²⁰ Además, otras investigaciones sostienen que tener educación secundaria o universitaria y el estar empleado son factores predictores de buena adherencia a la terapia.⁶⁻¹⁵

El olvidar tomar el medicamento no estuvo asociado a la no adherencia, contrario a lo reportado en otras investigaciones.¹⁶⁻²⁴ Tampoco el exceso de trabajo fue una causa para olvidar tomar el medicamento. Otros autores han encontrado que las razones que da el paciente para olvidar la dosis de

medicamento están relacionadas a su estilo de vida.²⁰ El ingerir bebidas alcohólicas y el uso de drogas son variables que frecuentemente se han encontrado asociadas a la no adherencia a TAR en varios estudios realizados¹⁻¹⁵⁻²⁰. En los resultados de una investigación sobre adherencia, se menciona que el uso de drogas y alcohol además de reducir la adherencia a la TAR, produce aparentemente pobre respuesta al TAR independientemente de su efecto en la adherencia por otros mecanismos.

La prevalencia de trastornos psiquiátricos en general, no sólo de depresión en particular, es también alta en la población portadora del VIH, con reportes que fluctúan entre 38 y 85%.²⁸ Por otro lado, se ha reportado que los pacientes deprimidos estarían más vulnerables a involucrarse en conductas sexuales peligrosas, con el eventual riesgo de adquisición de otras enfermedades de transmisión sexual y contagio del VIH a terceros.¹¹⁻⁴⁹⁻⁶²

También existen numerosos estudios relacionados al TAR que analizan factores que influyen en la adherencia y sirven como indicadores o predictores de una mala adherencia, para distinguir a aquellos pacientes que requieren una vigilancia adicional.⁶⁻⁴² Como predictores positivos, evidentemente los factores que sobresaltan son el tipo de tratamiento, la eficacia y la simplicidad del mismo.³⁷⁻⁵⁶ Aunque la indicación de TAR la señala el médico, hay que recordar que éste con frecuencia se equivoca en cuanto a su apreciación del grado de cumplimiento que podrá tener cada paciente en el futuro. En ese sentido, debemos ser prudentes, ya que quizá la suma de prejuicios sociales ha hecho que la medicación antirretroviral haya estado vedada a muchos pacientes marginales sin que realmente se hayan puesto las medidas necesarias para facilitar este cumplimiento.²⁶

El déficit en la adherencia terapéutica se expresa en diversas esferas y elementos de la vida del paciente, en varios componentes del sistema de salud y en la morbimortalidad de la población. Hay una gran relación entre estas, es decir vínculos de influencia e interdependencias mutuas.⁴⁰

1.3 Referentes empíricos sobre adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/sida.

Los estudios referentes a la adherencia del tratamiento con antirretrovirales en pacientes con VIH/sida, han aumentado considerablemente en los últimos años, debido a que la supervivencia y calidad de vida de estos individuos es de gran importancia. La mayoría de las investigaciones marcan como factores de no adherencia la complejidad de los tratamientos, satisfacción del mismo, relación médico paciente, consumo activo de drogas y/o alcohol, enfermedades concomitantes, características culturales y sociales, falta de seguimiento y los efectos secundarios, y la edad que influyen significativamente en esta problemática.

Gallego y colegas en el 2004 estudiaron de forma prospectiva a 232 pacientes internos de la prisión de Quatre Camins en Barcelona España que abandonaron el TAR y la eficacia de la entrevista motivacional para mejorar el cumplimiento del tratamiento. Realizaron una entrevista para conocer las causas del abandono, ofrecer alternativas y motivar el debido cumplimiento del mismo y se estudió la adherencia semanas después. Hubo 232 pacientes en tratamiento y 59 en abandonos (25.4%). Las causas principales de no adherencia fueron olvido y la intolerancia al tratamiento por sus efectos adversos. Tras la entrevista, 37 reos reiniciaron el tratamiento, y se mantuvo el 97.3% a las 4 semanas y 67.6% a las 12 semanas. La variable que más se asoció tanto al reinicio del tratamiento como al mantenimiento posterior fue la adicción. En conclusión, este estudio promueve la entrevista motivacional como un método simple, útil y al alcance de todos para mejorar la adherencia al TAR.³⁸

En el estudio observacional elaborado por Iadeco y asociados, analizaron las variables psicosociales en la adherencia al TAR en una muestra de 100 pacientes VIH positivo, adscritos a un programa de mantenimiento con metadona. Se clasificó a los participantes en adherentes y no adherentes

según intervalos temporales como día, semana y mes anterior y el grado de cumplimiento en alta y baja exigencia. Como resultados destaco inicialmente el alto porcentaje de participantes clasificados correctamente cuando la adhesión era la del día anterior 91.76%, la semanal de alta 96.47 y baja exigencia 94.12% y la del mes de baja exigencia 94,94%. Los investigadores concluyeron que la autoeficacia y el esfuerzo de cada paciente es un buen predictor sobre la adherencia hacia su tratamiento y que esto se relaciona con el soporte recibido en el centro de tratamiento drogodependiente, la frecuencia con la que asisten al mismo, de tener automatizadas las tomas del medicamento y de factores que desencadenen en algún momento ansiedad en este tipo de pacientes. Estas variables tienen una relación significativa con el cumplimiento al TAR.⁴³

Mediante la investigación de Ventura y colegas, estudio transversal multicéntrico, buscaron establecer la dependencia entre satisfacción con el tratamiento y calidad de vida en pacientes adultos con TAR según la carga posológica. Evaluaron a 328 pacientes y usaron al igual que este estudio el cuestionario SMAQ para valorar la adherencia y contaron con registros de dispensación. Definieron como adherentes cuando presentaban adherencia según el cuestionario SMAQ Y un registro de dispensación mayor al 95%. Analizaron según el esquema de tomas del medicamento de 1 cada día 29%, de 2 a 4 cada día 37% y más de 4 cada día 34%. El nivel de satisfacción al TAR tuvo mayor repunte en el esquema de 1 cada día por sus menores efectos adversos. No observaron diferencias en cuanto a la satisfacción según la adherencia. Concluyeron que la satisfacción, mayor en pacientes que toman 1 cada día, no afecta la adherencia y no se observó afinidad entre satisfacción con el TAR y calidad de vida.⁶⁴

Rasaq y colaboradores en 2015, realizaron un estudio transversal en 150 pacientes que recibían TAR del Hospital Ladoke Akintola en el sur de Nigeria, buscaron determinar la relación entre el estado socioeconómico y la adherencia al tratamiento antirretroviral. Se usaron una encuesta validada.

No hubo significancia entre el nivel socioeconómico y ambos sexos ($p=0.58$). El estudio si presento significación estadística entre la relación del nivel socioeconómico y el nivel de educación ($p=0.001$). Pacientes con menor ingreso monetario y jubilados mostraron mayor adherencia. Aquellos individuos con menor nivel socioeconómico fueron más adherentes al tratamiento antirretroviral que aquellos con un nivel socioeconómico alto. Esta investigación concluye que pacientes con menor nivel socioeconómico se adhieren mejor a su tratamiento antirretroviral en comparación con aquellos que tienen mayores recursos.⁶⁵

Serawit y Alemayehu por medio de una revisión sistemática sinterizaron los estudios disponibles con el fin de determinar la adherencia promedio e identificar las variables asociadas. Seleccionaron varios estudios sobre la terapia antirretroviral y adhesión al mismo en hospitales de Etiopia. Un total de 17 estudios: 16 transversales y 1 prospectivo de informes sobre el TAR. Destacaron factores predictivos de forma positiva como el apoyo psicosocial, mientras que la depresión, el abuso de sustancias, discriminación, dosificación medicamentosa mayor a 3 fármacos por día, efectos adversos, costo, desnutrición y problemas económicos fueron predictores negativos. Se demostró que la adherencia es mayor que en algunos países en desarrollo pese a los predictores negativos.⁶⁶

Este estudio tiene como finalidad determinar la prevalencia de pacientes no adherentes al tratamiento antirretroviral de VIH/SIDA en el Hospital Guayaquil Abel Gilbert Pontón e identificar las variables sociodemográficas que intervienen en la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA para recomendar estrategias y aminorar esta problemática.

Capítulo II

Pacientes y métodos

2.1 Diseño del Estudio

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal. Cuyo objetivo principal fue determinar la prevalencia de pacientes no adherentes al tratamiento antirretroviral TAR de VIH/Sida en el Hospital Guayaquil Abel Gilbert Pontón en el periodo de enero hasta abril del 2016

2.2 Población

2.2.1 Universo y muestra

El universo del estudio estuvo formado por 1400 pacientes con diagnóstico VIH/Sida que acudieron a la consulta externa al servicio de infectología del Hospital Guayaquil Abel Gilbert Pontón entre los meses de enero hasta abril del 2016.

La muestra obtenida según el cálculo estadístico fue de 242 pacientes con VIH/Sida. (*Anexo 1*).

Se utilizaron criterios de inclusión y exclusión para participar en el estudio; fueron los siguientes:

Criterios de inclusión fueron:

- Los pacientes que acudieron a la consulta externa del Hospital Abel Gilbert al servicio de infectología entre los meses de enero y abril del 2016 con diagnóstico de VIH/SIDA.

- Los pacientes debían tener tratamiento antirretroviral establecido por el médico infectólogo.
- Confirmar de manera escrita el consentimiento informado para este estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no acudieron a la consulta externa al servicio de infectología del Hospital Abel Gilbert Pontón entre los meses de enero abril del 2016.
- Los pacientes sin tratamiento antirretroviral establecido por el médico infectólogo
- Negar de manera escrita participar en este estudio.
- Pacientes menores de edad.

2.3 Variables

Para la realización de la ficha de recolección de datos se utilizaron las siguientes variables:

- Dependiente: Prevalencia
- Independiente: Adherencia al tratamiento Antirretroviral en pacientes con VIH/Sida.
- Edad de vida: años (variable cuantitativa continua), grupos etarios (variable cualitativa continua), genero (variable cuantitativa), estado civil (variable cuantitativa), nivel de instrucción (variable cualitativa), ocupación (variable cualitativa), ingreso mensual (variable cualitativa), Test de Adherencia TAR – SMAQ (variable cualitativa). *Anexo 4*

2.4 Instrumentos

Se eligieron a los pacientes que iban a participar en el estudio de manera aleatoria en la consulta externa del HAGP, se les explicó de forma breve y concreta el tema del estudio, sus objetivos y los beneficios que se conseguirían con la elaboración del estudio; adicionalmente se les entregó una hoja de consentimiento informado y aceptación voluntaria para la participación en el estudio (*Anexo 2*).

Se utilizó un cuestionario dicotómico que incluía: género, edad (Grupo etario), estado civil, nivel de instrucción, ocupación, ingresos económicos mensuales fijado en salario mínimo vital SMV.

El test empleado en este estudio fue el cuestionario SMAQ (Simplified Medication Adherent Questionnaire) validado en población española para conocer la adherencia al TAR en pacientes con VIH/Sida. Está formado por cinco preguntas y clasifica como no adherentes al tratamiento a los pacientes que contestaron: 1-Si; 2-No; 3-Si; 4-Si; 5- C, D, o E y 6 más de 2 días. La 5 se empleó como semicuantitativa para medir el nivel de adherencia A: 95-100 %- B: 85-94 % - C: 65-84 % D: 30-64 %-E. > 30%.

El cuestionario completo para la recolección de datos lo observamos en el (*Anexo 3*).

2.5 Gestión de datos

Las variables cuantitativas continuas se presentarán como promedios y desviaciones estándar; las variables cualitativas como frecuencias y porcentajes; correlación de Pearson para establecer si hay significación estadística de los días de abandono con relación a género y datos socio demográficos. Se utilizó la prueba de T student y chi cuadrado para analizar el valor p de las variables cuantitativas y cualitativas, respectivamente. El

método de muestreo fue aleatorio, se incluyeron en el estudio todas las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión/exclusión. El análisis se realizó mediante la creación de una hoja de recolección de datos en Microsoft Excel 2013 y el programa estadístico SPSS-22.

2.6 Criterios éticos

Este trabajo está sujeto a normas éticas que promueven el respeto a los seres humanos y sus derechos. Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/Sida, que acudieron a la consulta externa del Hospital Abel Gilbert Pontón entre los meses de enero a abril del 2016, se enfatizó en el conocimiento pertinente de los objetivos del estudio por parte de los participantes para que participen de forma libre y voluntariamente.

Siempre se veló por el respeto hacia los participantes, protegiendo su integridad, privacidad e identidad. Se tomaron precauciones para resguardar la privacidad de los individuos al momento de realizar la encuesta y la confidencialidad de la información que compartieron.

Capítulo III

Resultados

Se encuestó a 242 pacientes que conformaron la muestra del estudio y que cumplieron con todos los criterios de inclusión y exclusión.

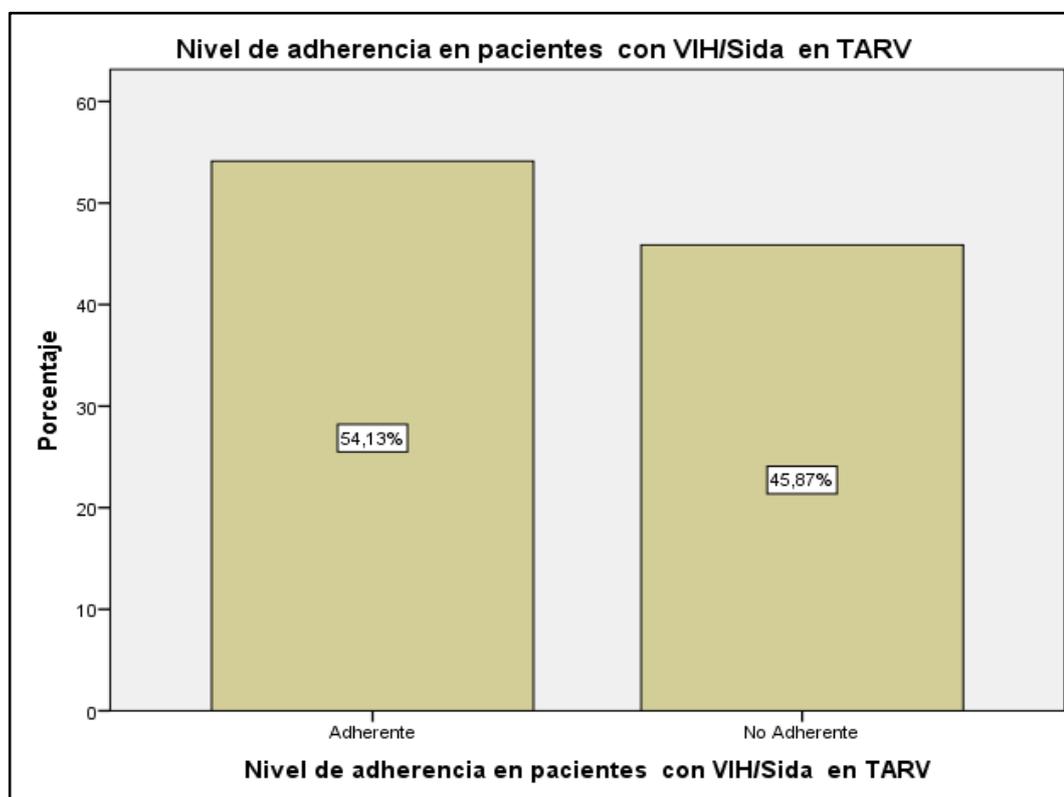


Gráfico 1. Porcentaje de adherencia al tratamiento antirretroviral

El estudio muestra que 45,87 % (*n*: 111) no eran adherentes al tratamiento antirretroviral y un 54,13 % (*n*: 131) si eran adherente al tratamiento.

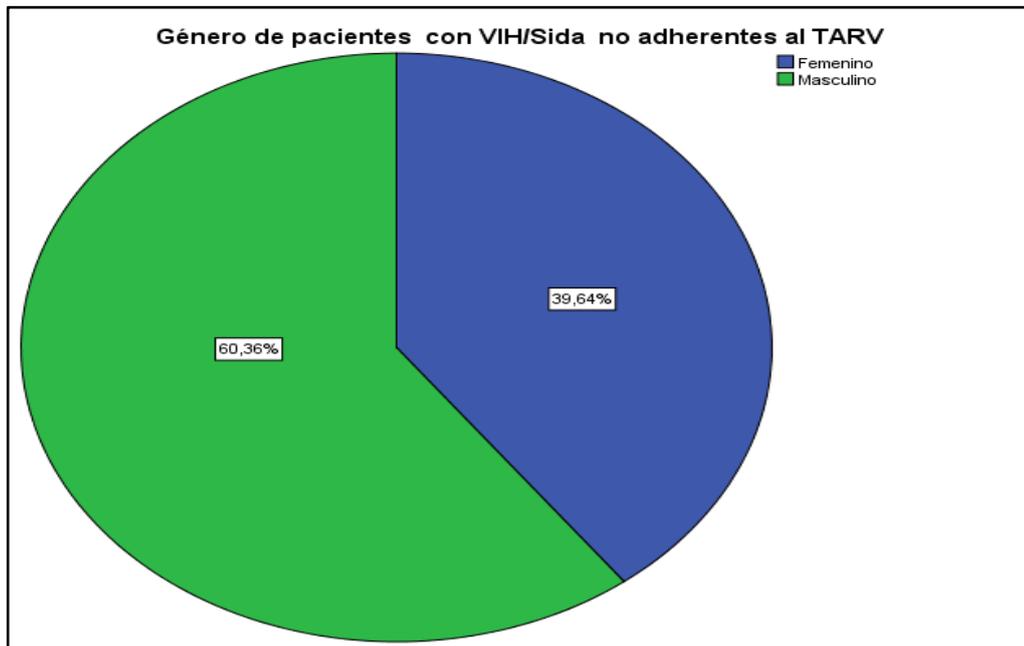


Gráfico 2. Distribución según sexo en los pacientes no adherentes al tratamiento antirretroviral

Del 45,87 % (*n*: 111) de los pacientes con VIH/Sida no adherentes al tratamiento, un 39,6 % (*n*: 44) correspondieron al sexo femenino y un 60,4 % (*n*: 67) al sexo masculino.

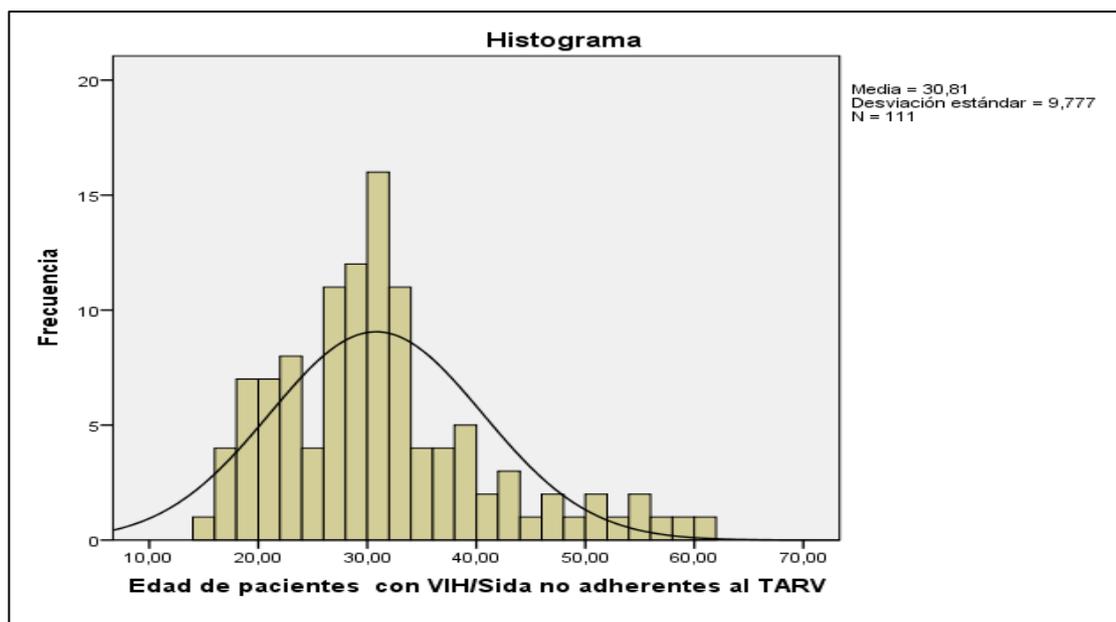


Gráfico 3. Distribución de edad en años en los pacientes no adherentes al tratamiento

La edad promedio entre los pacientes no adherentes al tratamiento fue de $30,81 \pm 9,77$ años.

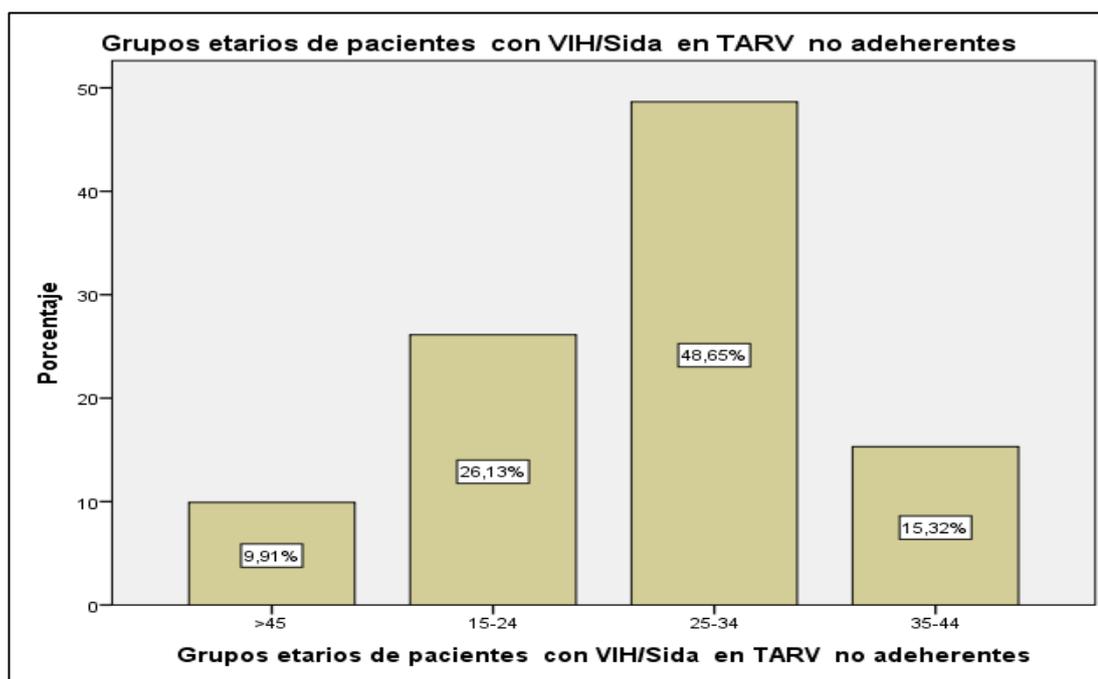


Gráfico 4. Distribución según grupo etario en los pacientes no adherentes al tratamiento antirretroviral

La edad por grupo etario estuvo conformado por el 74,96 % ($n: 83$) correspondiente a las edades comprendidas entre los 15-34 años.

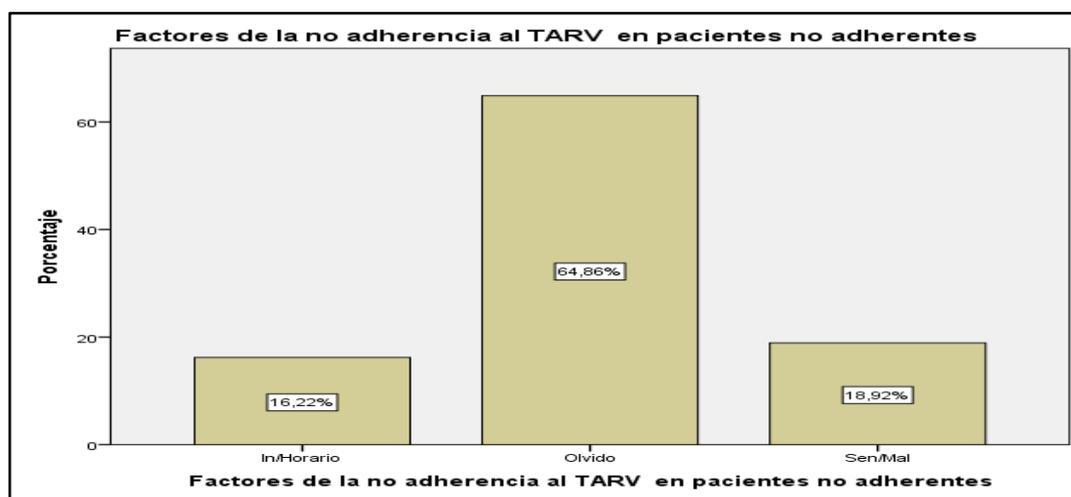


Gráfico 5 Causas de la no adherencia al tratamiento.

Las principales causas de la no adherencia al tratamiento antirretroviral, utilizando el cuestionario SMAQ fueron: olvido de tomar el medicamento 64,86% (*n*: 72), incumplimiento del horario de la toma del medicamento 16,22% (*n*: 18) y abandono del tratamiento por sentirse mal 18,92% (*n*: 21).

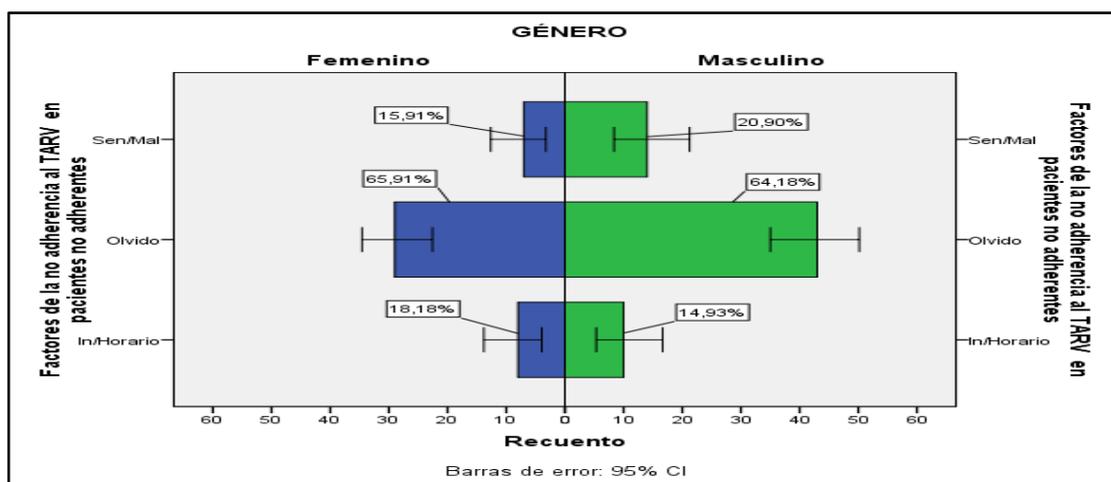


Gráfico 6. Causas de la no adherencia al tratamiento según género de los pacientes no adherentes

Dentro de estas causas se observó que existe una diferencia significativa entre ambos sexos; por ejemplo las pacientes masculinos abandonan el tratamiento por sentirse mal en un 5 % más que el género femenino, en relación al olvido no existe diferencia significativa en ambos grupos y en el cumplimiento de horario para la toma del tratamiento 3,5 % de diferencia de incumplimiento del femenino con relación al masculino.

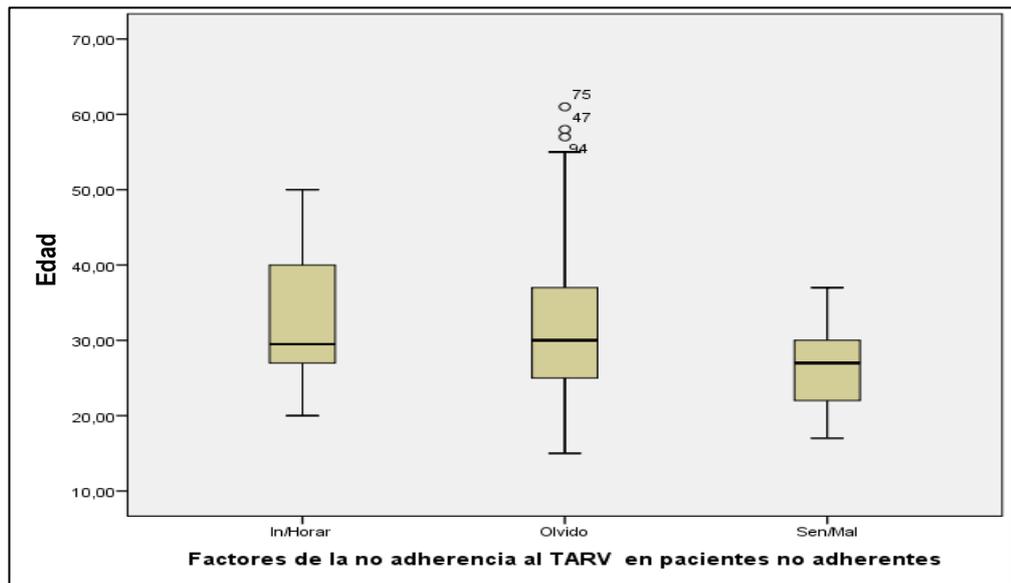


Gráfico 7. Relación del cuestionario de SMAQ y años de vida

En el gráfico de la relación entre los años de vida de los pacientes con HIV/Sida no adherentes y el cuestionario SMAQ se pudo observar que la media en años en el grupo que olvidaron la toma del medicamento fue de 31 años de vida y los que incumplieron con el horario fue de 29 años, los que abandonaron por sentirse mal fue de 27 años. De esto, se pudo concluir que los pacientes que abandonaron el tratamiento por sentirse mal son aquellos con menos edad de vida y puede tener relación con la mala adaptación al tratamiento.

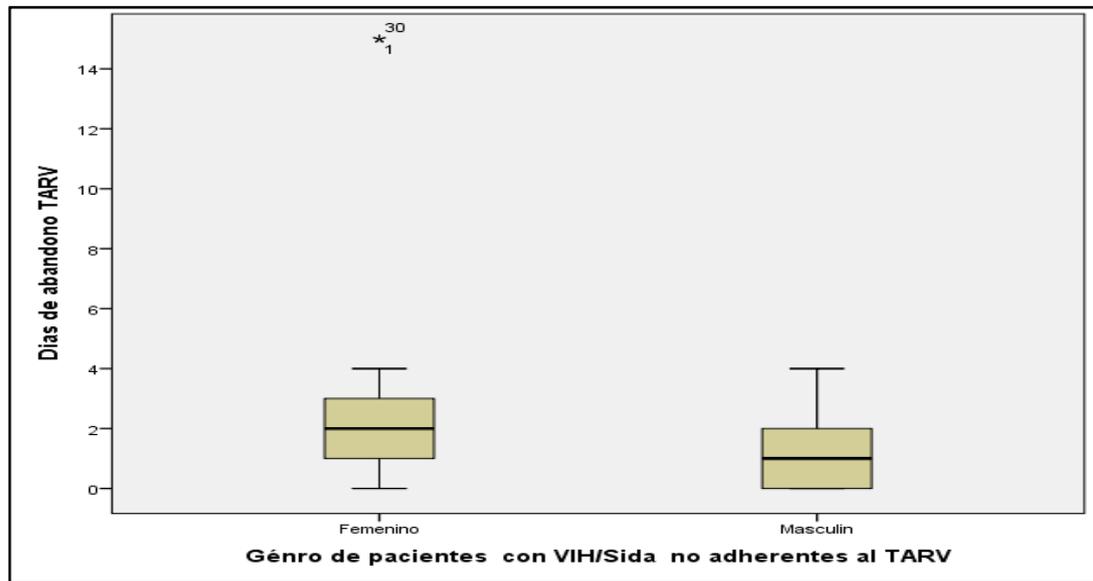


Gráfico 8 *Relación del cuestionario de SMAQ en días de abandono con relación al género*

En relación a los días de abandono y el género, el femenino tiene un promedio de 2,41 días de abandono y los masculinos 1,24 días. Es decir, las mujeres tienen mayor prevalencia de días de abandono al tratamiento antirretroviral.

Capítulo IV

Discusión

La adherencia al tratamiento antirretroviral TAR encontrada en el estudio fue de 54,13 %. Algunos estudios realizados muestran que entre un 20 % y un 50 % de pacientes con TAR activo presentan una adherencia inadecuada al mismo, ¹⁹⁻⁴⁶ cifras que guardan relación con el estudio. La adherencia al TAR desempeña un papel primordial en el grado y la duración de la respuesta antiviral.³³ Por esto es imprescindible que cada centro hospitalario tenga una estrategia para mejorar el cumplimiento del TAR mediante una estrecha colaboración entre todos los profesionales implicados en estos programas y los pacientes.

En la literatura mundial sobre el VIH se han descrito diversas investigaciones sobre el incumplimiento en la toma de medicamentos antirretrovirales, encontrándose niveles de adherencia que varían considerablemente, desde un 27% hasta un 82%. En los últimos años, los estudios han mostrado que para suprimir la réplica del VIH en el 81% de participantes tratados, se requiere de un índice de adherencia a la medicación mayor del 95%.¹

Según el último reporte de UNAIDS existen 36.9 millones de personas viviendo con VIH. En marzo del 2015, 15 millones de personas que vivían con VIH tenían acceso al tratamiento. En Ecuador el total de casos nuevos diagnosticados de VIH en el año 2014 alcanzan los 3.546 aproximadamente. Actualmente y según los datos del Plan Multisectorial 2008-2012 del Ministerio de Sanidad y Consumo, existen en España entre 120.000 y 150.000 personas vivas que padecen la infección por el VIH aunque probablemente más del 30% de ellas, todavía no han sido diagnosticadas.⁵⁰

En el análisis multivariante, se observó que la carencia de un entorno sociofamiliar adecuado influye de forma negativa en la no adherencia

medida según el SMAQ correspondido al 45,87 % (*n*: 111), y los factores que más influyen fueron: olvido 64,86%, incumplimiento del horario 16,22% y abandono del tratamiento por sentirse mal 18,92%. En otros estudios las causas más frecuentes de falta de cumplimiento del TAR: el olvido (32-52%), encontrarse fuera de casa (27-42%), cambios en la rutina diaria (40%), efectos secundarios (19-25%), depresión (9-23%), pérdida de interés o “vacaciones terapéuticas” (4-19%),²⁹ en general se acepta que los factores de la no adherencia tiene que ver directamente con el paciente como un factor de alta incidencia. Por ello, la falta de adherencia al TAR debe ser contemplada, en el seno de un Sistema Público de Salud, como un problema de ineficiencia que impide alcanzar la efectividad clínica que puede conseguirse con los recursos de que se dispone para el tratamiento de la infección por el VIH.

Se debe señalar como limitación de la investigación, que solo se haya analizado la adherencia exclusivamente en la terapia antirretroviral. El estudio de la terapéutica completa de los pacientes, con el fin de lograr una atención integral y optimizar el apego al tratamiento debería ser una prioridad en los profesionales de la salud. Entre otras limitaciones, este diseño no permitiría mostrar asociación entre la carga viral y el recuento de linfocitos CD4 con la adherencia mostrada en los resultados, precisaría realizarse estudios longitudinales para mostrar la relación de mayor carga viral y menor número de células CD4 entre los no adherentes.

Como línea de investigación futura cabe plantearse cómo influye el TAR en la valoración de la adherencia a toda la terapia prescrita y a la satisfacción y la carga viral general de la población atendida, especialmente a la comparativa de la población con edad menor a 30 años que en este estudio se puso observar menor adherencia al tratamiento.

Conclusiones

De acuerdo con los resultados del estudio un considerado porcentaje presenta diferencia significativa entre géneros; por ejemplo los pacientes masculinos abandonan el tratamiento por sentirse mal más que los femeninos, esto puede deberse a que el género femenino es más tolerante a los efectos adversos y presentan umbrales más bajos de dolor.⁵⁵

En relación al olvido no existe diferencia significativa en ambos grupos. En el cumplimiento de horario para la toma del tratamiento el femenino presenta mayor incumplimiento con relación al masculino, esto puede tener relación debido a que la mujer realiza múltiples actividades al mismo tiempo y puede ser motivo de incumplimiento en el horario.

La búsqueda de los factores de riesgo para la no adherencia a la TAR ha llevado a la realización de diversas investigaciones al respecto en todo el mundo, en las que se han encontrado factores predictores de baja adherencia como género, edad, nivel de educación, nivel económico, psicológicos, efectos secundarios de la terapia, sociales y la relación médico paciente.¹⁵⁻²³⁻²⁵

Se recomienda que el personal de salud eduque sobre los efectos secundarios de este tipo de terapia a fin de tener mayor adherencia al tratamiento por los pacientes. La entrevista motivacional es un método sencillo, útil y a nuestro alcance para mejorar la adherencia al TAR en un gran número de casos, y que tan sólo requiere interés y una correcta planificación para diseñar estrategias específicas con el fin de disminuir la no adherencia.¹⁷⁻¹⁸

BIBLIOGRAFÍA

1. Ammassari A, (2004). Depressive symptoms, neurocognitive impairment, and adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV infected persons. *Psychosomatics* , 45(5):394-402.
2. Aversa, S. (1996). Psychosocial aspects of antiretroviral medication use among HIV patients. . *Patient Education and Counseling* , 29, 207-219.
3. Ballester, R. (2003). Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo-comportamental para mejorar adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con infección por VIH/SIDA. la . *Psicothema* . , 15, 517-523.
4. Bernier.A,. (2015). Factores asociados a establecer contacto con asociaciones de lucha contra el VIH/sida en Ecuador: resultados de un estudio comunitario. *Rev Panam Salud Publica vol.38 n.3* , 2-3
5. Betancurt.Z. (2011). La construcción de salud en el Ecuador desde los movimientos sociales, aproximaciones iniciales. *Ugalde EG, ed. La salud y la vida. Quito: Ministerio de salud pública del Ecuador.*
6. Bonolo PF, (2005). Non-adherence among patients initiating antiretroviral therapy: a challenge for health professionals in Brazil. *AIDS*, 19 (s4): S5-S13.
7. Caballero. FJ, (2000). Análisis del cumplimiento del tratamiento antirretroviral en Andalucía mediante encuestas de prevalencia. . *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* , 543.
8. Camacho.M. (2000). Evolución natural de la infección por VIH. En: Ponce de León RS, Rangel FMS, ed. SIDA aspectos clínicos y terapéuticos. México, D.F. .: *McGraw-Hill Interamericana*,, 115-138.
9. Carr A, (1999). Diagnosis, prediction, and natural course of HIV-1 protease-inhibitor-associated lipodystrophy, hyperlipidaemia, and diabetes mellitus: a cohort study. *Lancet* , 353:2093-9.
10. Codina C, (1999). Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. *Farm Hosp. 1999* , 23 (4):215-29.
11. Colibazzi. T, (2006). Human immunodeficiency virus and depression in primary care: A clinical review. . *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* , 8: 201-11.
12. Ecuador, Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública. (2015). *Dirección Nacional de Estrategias de Salud Colectiva. Estrategia Nacional de VIH/Sida-ITS.* Retrieved 4 8, 2016, from http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=398&Itemid
13. Ecuador-AIDS. (2014). *HIV and AIDS estimates.* Retrieved 4 8, 2016, from <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/ecuador>
14. Erazo.C. (2011). Description of epidemiologic situation of HIV/AIDS in Ecuador. *South America 2000-2009. J Epidemiol Community Health.*65 supl , 1:A443-4.

15. Escobar I, (2003). Factors affecting patient adherence to highly active antiretroviral therapy. . *Ann Pharma cother* , 37:775-81.
16. Fong OW, H. (2003) to highly active antiretroviral therapy (HAART) in Chinese rences (HAART) in Chinese HIV/AIDS pati . *HIV Medicine* 2003, 4:133-8.
17. Gallego.C, (2004). Causas de abandono del tratamiento antirretroviral (TAR) y eficacia de la entrevista motivacional en la mejora de la adherencia. *Rev Esp Sanid Penit* , 6: 2-7.
18. Gesida-Ecuador. (2008, 1). *Recomendaciones de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana*. Retrieved 4 1, 2016, from www.gesida.seimc.org; www.msc.es
19. Giordano TP, (2004). Measuring adherence to antiretroviral therapy in a diverse population using a visual analogue scale. *HIV Clin Trials.* , 5 (2):74-9.
20. Golin CE, L. (2002). A prospective study of predictors of adherence to combination antiretroviral medication. *J.Gen Intern Med* , 17(10):756-65.
21. Gomes M, (2011). Interventions to improve the use of antimalarials in south-east Asia: an overview. . *Bull World Health Organ*, 76 (Suppl 1): 9-19.
22. Greub G, (2002). Intermittent and sustained low-level HIV viral rebound in patients receiving potent antiretroviral therapy. *AIDS* , 16:1967-9.
23. Hanna. GJ, . (2001). Clinical use of genotypic and phenotypic drug resistance testing to monitor antiretroviral chemotherapy. *Clin Infect Dis*, 32:774-82.
24. Haubrich RH, (1999). The value of patient- reported adherence to antiretroviral therapy in predic ting virologic and immunologic response. *California Collaborative treatment Group. AIDS* , 13(9):1099-107.
25. Hirsch. MS, (2003). Antiretroviral drug resistance testing in adults infected with human immunodeficiency virus type. *Recommendations of an International AIDS Society-USA Panel. Clin Infect Dis* , 37:113-28.
26. Hsu LC, (2001). Predictors of use of highly active antiretroviral therapy (HAART) among persons with AIDS in San Francisco,1996-1999. *J Acquir Immune Defic Synd* , 28:345-50.
27. International HIV/AIDS Alliance. (2000). La participación de las personas viviendo con VIH/SIDA en las actividades comunitarias de prevención, atención y apoyo en Ecuador. *Population Council, Corporación Kimirina*.
28. Israelski . (2007). Psychiatric co-morbidity in vulnerable populations receiving primary care for HIV/AIDS . *AIDS Care* , 19: 220-25.
29. Kindelán.J,. (2012). Tratamiento de la infección por VIH en pacientes con problemática psicosocial. *Enferm Infecc Microbiol Clin* , (Supl. 2):19-28.
30. Knobel H, (2002). Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients. *the GEEMA Study. AIDS* , 16 (4):605-13

31. Knobel H, . (2000). Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2000 , 18 (1):27-39.
32. Knobel H, Carmona, A., García, B., & Antela, A. e. (2000). Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral . *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 18:27-39.
33. Knobel H, (2009, 6). (coordinadores). *Recomendaciones Gesida/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral*. Retrieved 4 1, 2016, from : http://www.gesida.seimc.org/pcientifica/fuentes/DcyRc/Gesida_dcyr2008_adherenciaTAR.pdf
34. Knobel.H, (2008, 6). *Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral*. Retrieved 4 1, 2016, from http://www.gesida-seimc.org/pcientifica/fuentes/DcyRc/Gesida_dcyr2008_adherenciaTAR.pdf
35. Knobel. H, e. a. (2010). Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia para mejorar la adherencia. *Publicado en Enferm Infecc Microbiol Clin* , 18:27-39
36. Landon BE, (2005). Physician specialization and the quality of care for human immunodeficiency virus infection . *Arch Intern Med*, 165:1133–9.
37. Mansoor LE, (2006). Medicines information and adherence in HIV/AIDS patients. *J Clin Pharm Ther* , 31 (1): 7-15.
38. Marco. A, (2012). Causas de abandono del tratamiento antirretroviral (TAR) y eficacia de la entrevista motivacional en la mejora de la adherencia. *Rev. Española Sanida Penitenciaria*, 1,2,3.
39. Martín .L, (2003). Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. *Rev Cubana Med Gen Integ*, 19(2)
40. Martín J, (2001). Study of validity of a questionnaire to assess the adherence to therapy in patients infected by HIV. *HIV. Clinical Trials* 2001, 2 (1):31-7.
41. Martín, M. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud* , 14, 5-7.
42. Martín.A. (2006). Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Rev Cubana Salud Pública Ciudad de La Habana*, v.32 n.3.
43. Martín.L, (2011). Variables psicosociales en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adscritos a un programa de mantenimiento con metadona. *Psicothema Vol. 17, nº 4,*, pp. 575-581.
44. Medley GF,. (1987). Incubation period of AIDS in patients infected via blood transfusion. *Nature*, 328:719-721.
45. Morales.G, . (2009). Factores asociados con la no adherencia a la terapia antiretroviral a personas con síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Rev Med Hondur* , 77(2):63-66.

46. Muñoz-Moreno JA, . (2007). Clotet B and The SERAD validation team. Assessing self-reported adherence to HIV therapy by questionnaire: The SERAD (self-reported adherence) study. *Aids Research and human retroviruses* , 23 (10):1166-75.
47. Murphy DA, (2004). Predictors of antiretroviral adherence. *AIDS Care*, 16 (4):471-84.
48. Noqueira. L, (2006). Anxiety and depression assessment prior to initiating antiretroviral treatment in Brazil . *AIDS Care*, 18: 529-36.
49. Olantunji B, M. M. (2006). A review of treatment studies of depression in HIV. *Top HIV Med.*, 14: 112-24.
50. OMS. (2003). *La OMS alerta del bajo seguimiento de los tratamientos por parte de pacientes con enfermedades crónicas*. Madrid: Ediciones Doyma.
51. OMS-Ginebra. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo.. *Pruebas para la acción*.
52. ONUSIDA. (2013). *Informe sobre la epidemia mundial de sida*. Retrieved 4 2, 2016, from http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_es_1.pdf
53. Ortega.V, (2013). Factores predictores de no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad. *Rev. Elsevier España Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, Pages 217-276.
54. Palella F.J (1998). Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators. *N Engl J Med* 1998, 338:853-60.
55. Pool.G, (2007). Role of gender norms and group identification on hypothetical and experimental pain tolerance. *PubMed - indexed for MEDLINE*, 129(1-2):122-9
56. Portsmouth S, (2005). Better maintained adherence on switching from twice-daily to once-daily therapy for HIV: a 24-week randomized trial of treatment simplification using stavudine prolonged-release capsules. *HIV Med.* 2005, 6 (3):185-90.
57. Qingjun L, (2012). The effect of drug packaging on patients' compliance with treatment for Plasmodium vivax malaria in China . *Bull World Health Organ*, 76 (Suppl 1): 21-7.
58. Rivas.J, C (2013). *Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad y Calidad de Vida de Pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo*. Retrieved 4 16, 2016, from http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/120/1/TL_Rivas_Muro_Jorge.pdf
59. Ruiz.I, L. (2016). Estado clínico, adherencia al TARGA y calidad de vida en pacientes con infección por el VIH tratados con antirretrovirales. *Elsevier España S.L*, 581–585.
60. Salgado.J. (2004). Análisis de la interpretación de inconstitucionalidad de la penalización de la homosexualidad en Ecuador. *Aportes Andinos (Universidad Andina Simón Bolívar)*, 11:12.
61. Torres.A. (2012). Adhección al tratamiento antirretrovirivo en pacintes con VIH+. *Rev. Medica Hospital General Univerditario de Elch*, 1-3.

62. Treisman. G, (2007). Interrelation between psychiatric disorders and the prevention and treatment of HIV infection . *Clin Infect Dis*, 45:s313-s317.
63. Wolff .L, (2010). Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. *Rev. chil. infectol*, v.27 n.1.
64. J. M. Ventura Cerdá, M.^a T. Martín Conde, R. Morillo Verdugo, M.^a Yébenes Cortés, M. A. Casado Gómez. Adherencia, satisfacción y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH con tratamiento antirretroviral en España. Estudio ARPAS. *Farm Hosp*. 2014; 38(4):291-299
65. Rashaq Akintunde Akindele¹, Adeniyi Olanipekun Fasanu¹, Victor Olatunji Mabayoje, Patricia Olukorede Adisa³, Adeniran Samuel Atiba and Samuel Olusegun Babatunde. The effect of socio-economic status on adherence to anti-retroviral therapy. *International Journal of Biomedical and Advance Research* 2015; 6(04): 304-309.
66. Serawit Deyno, Alemayehu Toma (2014) Adherence to Antiretroviral Therapy in HIV-Positive Patients in Ethiopia: Review. *J Trop Dis* 2: 142.

Anexos

Anexo 1. Cálculo de la muestra

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

$$n = \frac{1400 * 1.96^2 * 0.05 * 0.95}{0.025^2 * (1400 - 1) + 1.96^2 * 0.05 * 0.95}$$

$$n = \frac{255,36}{1,0567}$$

$$n = 242$$

Anexo 2. Hoja de consentimiento informado

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE PARA LA PARTICIPACION EN EL ESTUDIO "ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA QUE ACUDIERON A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN ENTRE LOS MESES DE ENERO A ABRIL DEL 2016"
TÍTULO DEL ESTUDIO: adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/Sida en Hospital Guayaquil Abel Gilbert Pontón 2016 en los meses de enero a abril del 2016
INVESTIGADOR PRINCIPAL: Youmana Martillo López del HAGP.
INTRODUCCION <p>Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, y se lleva a cabo bajo las normas de buena práctica clínica y ética médica.</p> <p>Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.</p>
PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA <p>Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar en él sin que esto afecte a su relación médico-paciente.</p>
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO: <p>El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de los pacientes que son adherentes o no al tratamiento antirretroviral propuesto por su médico, que acudan a la consulta externa del HAGP.</p>
CONFIDENCIALIDAD <p>El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los participantes serán protegidos en todo momento. Usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su médico del estudio.</p> <p>Lugar y fecha: Firma _____</p>

Anexo 3. Ficha completa de recolección de datos

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

N°.....

1. Según el sexo

- Hombre
- Mujer

2. Según edad

- 15-24 años
- 25-34 años
- 35-44 años
- Igual a 45 años o mayor a 45 años

3. Según estado civil

- Soltero(a)
- Casado (a)
- Unión libre
- Divorciado
- Viudo
- Separado (a)

4. Según nivel de instrucción

- Analfabeto
- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Bachillerato incompleto
- Bachillerato completo
- Grado
- Postgrado

5. Según la ocupación

- Hogar
- Empleado
- Desempleado
- Jubilado

6. Según el ingreso mensual

- Menos un SMV
- 1 SMV
- 2 SMV
- Más de 2 SMV

TABLA 2. Cuestionario adherencia SMAQ

1. ¿Alguna vez olvida tomar la medicación?
 Sí No
2. ¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?
 Sí No
3. ¿Alguna vez deja de tomar los fármacos si se siente mal?
 Sí No
4. ¿Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana?
 Sí No
5. En la última semana, ¿cuántas veces no tomó alguna dosis?
 A: ninguna
 B: 1-2
 C: 3-5
 D: 6-10
 E: Más de 10
6. Desde la última visita, ¿cuántos días completos no tomó la medicación?
Días: _____

Anexo 4. Cuadro de variables del estudio

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDICIÓN
Edad	Cuantitativa continua	Años
Grupos etarios	Cualitativa nominal	15-24 años (1) 25-34 años (2) 35-44 Años (3) >45 años (4)
Genero	Cualitativa nominal	H (1) M (2)
Estado civil	Cualitativa	Soltero(a) (1) Casado (a) (2) Unión libre (3) Divorciado (4) Viudo (a) (5) Separado (a) (6)
Según nivel de instrucción	Cualitativa	Analfabeto (1) Primaria incompleta (2) Primaria completa (3) Bachillerato incompleto (4) Bachillerato completo (5) Grado (6) Postgrado (7)

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDICIÓN
Según la ocupación	Cualitativa	Hogar (1) Empleado (2) Desempleado (3) Jubilado (4)
Según el ingreso mensual	Cualitativa	Menos un SMV (1) 1 SMV (2) 2 SMV (3) Más de 2 SMV (4)
Test de Adherencia TAR - SMAQ	Cualitativa	Adherente (1) No adherente (2)

Anexo 5 Test –SMAQ (1 Adherente; 2 No Adherente)

n	CUESTIONARIO ADHERENCIA SMAQ	Si	No
1-	¿Alguna vez olvido tomara la medicación?	2	1
2-	¿Toma los fármacos a la hora indicada?	1	2
3-	¿Alguna vez dejo de tomar los fármacos si se siente mal?	2	1
4-	¿Olvidó tomara la medicina durante el fin de semana?	2	1
5-	En la última semana ¿Cuántas veces no tomó alguna dosis?		
	A- (0-días) 95-100 % de adherencia		1
	B- (1-2 días) 85-94 % “		
	C- (3-5 días) 65-84 % “		2
	D- (6-10 días) 30-64 % “		
	E- (> 10 días) < 29 % “		
6-	Desde la última visita ¿Cuántos días completos no tomo la medicina?	< 2 días (1)	>3 días (2)

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **MARTILLO LÓPEZ YOUMANA MARÍA**, con C.C: # 0916910318 autora del trabajo de titulación: **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES GUAYAQUIL DR. ABEL GILBERT PONTÓN**, previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 26 de abril de 2016

MARTILLO LÓPEZ YOUMANA MARÍA

f. _____

Nombre: MARTILLO LÓPEZ YOUMANA MARÍA
C.C: 0916910318

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES GUAYAQUIL DR. ABEL GILBERT PONTÓN.		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	MARTILLO LÓPEZ YOUMANA MARÍA		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	DR. OBANDO FREIRE FRANCISCO MARCELO		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	26 de abril del 2016	No. DE PÁGINAS:	45
ÁREAS TEMÁTICAS:	Enfermedades emergentes		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	VIH/Sida, Antirretroviral, no adherentes.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>Objetivos: Determinar la prevalencia de pacientes no adherentes al tratamiento antirretroviral TARV de VIH/Sida en el Hospital Guayaquil Abel Gilbert Pontón. Método: Estudio observacional, transversal y descriptivo, en el que se incluyó a pacientes infectados por VIH/Sida que acudieron al servicio de consulta externa del HAGP, entre enero y abril de 2016. Para analizar la no adherencia, se implementó el cuestionario multivariable SMAQ. Se recopilaron variables sociodemográficas y elementos que podrían influir en el incumplimiento del TARV. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 22.0. Participantes: 242 pacientes con VIH/Sida. Resultados: El nivel de no adherencia encontrada fue de 45,87 % (<i>n</i>: 111). El mayor porcentaje de pacientes no adherentes según el cuestionario fueron las mujeres con un 60,4 % (<i>n</i>: 67) en relación a varones con un 39,6 % (<i>n</i>: 44). Los pacientes no adherentes señalaron con más frecuencia los factores que dificultan la toma de la medicación: olvido. 64,86% (<i>n</i>: 72), incumplimiento del horario 16,22% (<i>n</i>: 18) y abandono por sentirse mal 18,92% (<i>n</i>: 21). En el análisis multivariable, (IC: 0,95; <i>p</i> 0,05) se establece que las los pacientes con menos años de vida abandona frecuentemente el tratamiento por sentirse mal, los de mayor edad abandona por olvido, y en el incumplimiento de horario no existió diferencia significativa entre grupos. Conclusión: El método de registros en la consulta externa debe combinarse con la entrevista al paciente para detectar factores que incrementan la no adherencia y proponer estrategias de intervención.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0992084172	E-mail: youmanamartillo@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN: COORDINADOR DEL PROCESO DE UTE	Nombre: Vásquez Cedeño , Diego Antonio		
	Teléfono: 0982742221		
	E-mail: diegoavasquez@gmail.com		



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA	
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	