

**NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL. CONSULTA
DE ITS-VIH/SIDA. CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA. ENERO
2022 – AGOSTO 2022**



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN INFECTOLOGIA
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"



**NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL. CONSULTA
DE ITS-VIH/SIDA. CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA. ENERO
2022 – AGOSTO 2022**

Autor: Francisco Javier Medved

Tutor: Isabel Díaz

Valencia, 2023



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN INFECTOLOGIA
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"



**NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL. CONSULTA
DE ITS-VIH/SIDA. CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA. ENERO
2022 – AGOSTO 2022**

**TRABAJO ESPECIAL DE GRADO QUE SE PRESENTA ANTE LA ILUSTRE
UNIVERSIDAD DE CARABOBO PARA OPTAR AL TITULO DE ESPECIALISTA
EN INFECTOLOGIA**

Autor: Francisco Javier Medved

Tutor: Isabel Diaz

Valencia, 2023



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL. CONSULTA DE ITS-VIH/SIDA. CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA. ENERO 2022 – AGOSTO 2022

Presentado para optar al grado de **Especialista en Infectología** por el (la) aspirante:

MEDVED P., FRANCISCO J.
C.I. V – 20315293

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Isabel Díaz C.I. 8863860, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

Acta que se expide en valencia, en fecha: **14/04/2023**

Dra. Gianmary Miozzi
Medicina Interna-Infectología
C.I. 17.065.438
C.M. 9435 MPPS: 75634

Gianmary Miozzi
Prof. Gianmary Miozzi
C.I. 17065438
Fecha 14/04/2023

TG:153-22

Dra. Isabel Y. Díaz R.
MEDICINA INTERNA

Isabel Díaz
Prof. Isabel Díaz
(Pdte)
C.I. 8836860
Fecha 14-4-2023



Prof. Leticia Solano
C.I. 22.598.586.
Fecha 14-4-2023.

TG-CS: 153-22

ACTA DE CONSTITUCIÓN DE JURADO Y DE APROBACIÓN DEL TRABAJO

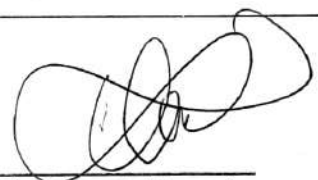
Quienes suscriben esta Acta, Jurados del Trabajo Especial de Grado titulado:

"NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL. CONSULTA DE ITS-VIH/SIDA. CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA. ENERO 2022 – AGOSTO 2022" Presentado por el (la) ciudadano (a): **MEDVED P., FRANCISCO J.** titular de la cédula de identidad N° **V-20315293**, Nos damos como constituidos durante el día de hoy: 01-12-2022 y convenimos en citar al alumno para la discusión de su Trabajo el día: 14-04-2023.

RESOLUCIÓN

Aprobado: Fecha: 14-04-2023 *Reprobado: Fecha: _____.

Observación: _____

<p><i>Dra. Isabel Y. Díaz R.</i> MEDICINA INTERNA - INFECTOLOGÍA C.I. 8836860-2</p> <p>Presidente del Jurado Nombre: <u>Isabel Díaz</u> C.I. <u>8836860</u></p>	<p><i>Dra. Gianmary Miozzi</i> Medicina Interna-Infectología C.I. 17.065.438 C.M. 9435 M.P.S.: 75634</p> <p>Miembro del Jurado Nombre: <u>Gianmary Miozzi</u> C.I. <u>17065438</u></p>	<p> Miembro del Jurado Nombre: <u>Francisco Salas</u> C.I. <u>22.598.596</u></p>
--	---	---

- Nota:**
1. Esta Acta debe ser consignada en la Dirección de Asuntos Estudiantiles de la Facultad de Ciencias de la Salud (Sede Carabobo), inmediatamente después de la constitución del Jurado y/o de tener un veredicto definitivo, debidamente firmada por los tres miembros, para agilizar los trámites correspondientes a la elaboración del Acta de Aprobación del Trabajo.
 2. *En caso de que el Trabajo sea reprobado, se debe anexar un informe explicativo, firmado por los tres miembros del Jurado.

DEDICATORIA

Gracias Dios por cada día de vida, cada aprendizaje, cada oportunidad para crecer como persona, como pareja, como hijo y como profesional.

A Joejoe por creer en mí, estar a mi lado, y hacerme querer ser cada día un mejor hombre, sin ti esto tampoco hubiese sido posible.

A mis padres, por toda la dedicación sin importar los años, la adultez la abundancia o escasez, siempre serán parte de mi vida, son los fundamentos de ella.

A Glorita por cada segundo de grandiosa maternidad, por con solo una palabra darme lo que necesito para seguir adelante.

A Franjo por ser mi inspiración, por enseñarme que siempre se puede hacer todo.

A Nayaryth por ser la flor de loto de mi 2021 y hacerme ver las cosas de color de rosa.

A Vane, por acompañarme en estos últimos 5 años, siempre aquí, siempre allá.

A Gianmary por romper con los estereotipos, por estar presente y demostrarme lo que quiero ser profesionalmente.

A la Dra. Ana Chacín, por una vez más saber cómo apretar las tuercas necesarias y ayudarnos a formarnos como lo que queremos.

Gracias

ÍNDICE

INDICE DE TABLAS	V
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN	1
MATERIALES Y MÉTODOS	12
RESULTADOS	14
DISCUSIÓN	17
CONCLUSIONES	19
RECOMENDACIONES	20
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
ANEXOS	
TABLAS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1: Características sociodemográficas

Tabla N°2: Características relacionadas con el VIH

Tabla N°3: Comorbilidades presentes en la muestra

Tabla N°4: Adherencia al tratamiento antirretroviral según SMAQ

Tabla N°5: Relación de adherencia al tratamiento antirretroviral con hábitos psicobiológicos y factores sociodemográficos

Tabla N°6: Relación entre adherencia al tratamiento y factores psicosociales

Tabla N°7: Relación entre adherencia al tratamiento y otros factores psicosociales

RESUMEN

NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL. CONSULTA DE ITS-VIH/SIDA. CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA. ENERO 2022 – AGOSTO 2022

Autor: Francisco Javier Medved P.

Año: 2022

La adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) es sumamente importante en pacientes que viven con VIH, por lo que si no es estricta puede llevar a situaciones perjudiciales a los pacientes en las que se incluye la etapa SIDA y la resistencia hacia los antirretrovirales. **Objetivo general:** Determinar el nivel de adherencia al TAR en los pacientes adultos que asisten a la consulta de ITS-VIH/SIDA del servicio de Infectología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. **Materiales y métodos:** Se trata de una investigación de tipo descriptivo, transversal, conformada por 73 pacientes con diagnóstico de VIH que acudieron a la consulta de ITS-VIH/SIDA, en el periodo comprendido entre enero 2022 y agosto 2023. **Resultados:** La edad promedio fue de 46 años con predominio en 63% de hombres cisgénero. El nivel de adherencia según SMAQ (cualitativo) fue de 53,4%. En el enfoque cuantitativo se evidenció adherencia estricta en 53,4%, mejorable en 21,9%, buena en 12,3%, mala en 6,8% y no adherente en 5,5%. **Conclusiones:** Se evidenció niveles altos de adherencia al tratamiento, determinando relación entre la no adherencia con factores psicosociales como las relaciones familiares y la participación de las misma o de redes de apoyo, la actitud de la persona frente a su enfermedad, disposición y motivación para tomar e incorporar a su vida el tratamiento conociendo sus beneficios y efectos adversos, y estado de salud física.

Palabras clave: Adherencia, tratamiento, VIH, SMAQ, antirretroviral

ABSTRACT

LEVEL OF ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL TREATMENT. STI-HIV/AIDS CONSULTATION. HOSPITAL CITY DR. ENRIQUE TEJERA. JANUARY 2022 – AUGUST 2022

Author: Francisco Javier Medved P.

Year: 2022

Adherence to antiretroviral (ART) treatment is extremely important in patients living with HIV, so if it is not strict it can lead to harmful situations for patients, including the AIDS stage and resistance to antiretrovirals. **General objective:** To determine the level of adherence to ART in adult patients who attend the STI-HIV/AIDS consultation of the Infectology service of the Hospital City “Dr. Enrique Tejera”. **Materials and methods:** This is a descriptive, cross-sectional investigation, made up of 73 patients diagnosed with HIV who attended the STI-HIV/AIDS consultation, in the period between January 2022 and August 2023. **Results:** The average age was 46 years old with a predominance of 63% of cisgender men. The level of adherence according to SMAQ (qualitative) was 53.4%. In the quantitative approach, strict adherence is evidenced in 53.4%, improvable in 21.9%, good in 12.3%, poor in 6.8% and non-adherent in 5.5%. **Conclusions:** High levels of adherence to treatment were evidenced, determining a relationship between non-adherence with psychosocial factors such as family relationships and their participation or support networks, the person's attitude towards their illness, willingness and motivation to take and incorporate into your life the treatment in its benefits and adverse effects, and physical health status.

Keywords: Adherence, treatment, HIV, SMAQ, antiretroviral

INTRODUCCIÓN

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) desde su descubrimiento en 1981 hasta la actualidad ha infectado a más de 75,7 millones de personas causando más de 32,7 millones de muertes. Según datos oficiales de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en su Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), para el año 2019 38 millones de personas (31,6 – 44,5 millones) vivían con el VIH siendo 36,2 millones adultos y 1,8 millones de población pediátrica, con un aproximado de 1,7 millones (1,2 millones – 2,2 millones) de nuevos casos al cierre de 2019^{1,2}.

En América Latina para el año 2019 según ONU/SIDA, se registraron 2,1 millones (1,4 – 2,8 millones) de personas que viven con VIH, siendo nuevas infecciones de 2019 un aproximado de 120000 casos nuevos, con 37000 muertes relacionadas con el sida para finales de 2019. En Venezuela para finales de 2018 se registraron un total de 164605 casos siendo más frecuente en el sexo masculino en un 74,68%².

La morbimortalidad de la infección por VIH ha promovido el manejo integral especializado y multidisciplinario para poder afrontar aquellos obstáculos que pongan en riesgo la adherencia al tratamiento antirretroviral, como la no aceptación de la enfermedad, ausencia de personal de apoyo, factores económicos, percepción de la enfermedad, autoconcepto, comorbilidades, edad, estado emocional, entre otros³.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el riesgo de cumplimiento con la adherencia al tratamiento es un problema mundial de gran magnitud, siendo la adherencia al tratamiento antirretroviral menor del 50% en países en

los cuales existe la escasez de recursos sanitarios, así como dificultad al acceso a la atención de salud^{3,4}.

El uso de tratamiento antirretroviral (TAR) ha sido un gran avance para el control de la infección por VIH a nivel mundial por su efectividad, así como por la disminución de efectos secundarios y cantidad de preparados farmacológicos tomados, sin embargo, en vista de existir numerosos factores que influyen en la toma del medicamento, por sí solo el TAR aún no ha asegurado el 100% de adherencia^{1,3,5}.

La no adherencia a tratamiento, según la OMS, desencadena grandes consecuencias negativas como fallos terapéuticos, aumento en los costes sanitarios, elevados índices de hospitalización, formación de patrones de resistencia a TAR y otras combinaciones de fármaco, y el incremento en la mortalidad prematura relacionada al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)^{6,7}.

En vista de la importancia que recae sobre la adherencia al tratamiento y el componente multifactorial ligado a la misma surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el nivel de adherencia a tratamiento antirretroviral de los pacientes de la consulta del Servicio de Infectología del Hospital Central Dr. Enrique Tejera? Y ¿qué factores clínicos y epidemiológicos tienen relación con ella?

Diversas investigaciones se han realizado en los últimos años sobre adherencia al tratamiento antirretroviral en personas que viven con VIH, como describe Souza HC, et al, en 2018 en Brasil en su investigación "Analysis of compliance to antiretroviral treatment among patients with HIV/AIDS", encontrando en una muestra de 99 personas, 74% de los pacientes tenía adherencia adecuada al tratamiento, sin tener relación significativa con el

tiempo de uso de tratamiento, grado de instrucción o sexo, destacando para no llegar a tener adherencia estricta los efectos secundarios del tratamiento, y el conocimiento de la importancia de la toma del mismo⁸.

En Perú, en 2019, Orellana-Zanabria O, y Morales-Rezza E, en su estudio “Factores asociados a la adherencia al TARGA, en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Central de las Fuerzas Policiales” determinaron que la edad promedio de la muestra era de 40 años, prevaleciendo el sexo masculino en un 63,4% siendo indetectable la carga viral en el 77,2% del total de la muestra; sin embargo, no se encontró relación significativa entre el grado de adherencia con las características socio-demográficas³.

En 2019, en Lima, Lamillar E, en su trabajo de investigación “Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Pacientes del Programa de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA del Hospital Nacional “Hipólito Unanue”, encontró que el 58% de los pacientes estudiados tiene un nivel medio de adherencia al tratamiento antirretroviral, el 27% alto y el 15% bajo⁴.

Gutierrez G, en 2019 en Lima en su trabajo de investigación “Nivel de adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes adultos con VIH/SIDA del programa de control de ETS y SIDA del Hospital Nacional Hipólito Unanue” estudió a 50 pacientes donde el 42% tenían baja adherencia, 30% adherencia insuficiente, 22% adherencia adecuada y 6% adherencia estricta; de ellos el 40% ha dejado de tomar el medicamento al encontrarse triste, deprimido o sentirse mal⁷.

Urizar C, Jarolin-Montiel M, Ayala-Servin N, et al, en 2020 en su estudio “Factores asociados a la no adherencia del tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH en un hospital de Paraguay” determinaron que un 86% de pacientes no era adherente al tratamiento, con asociación significativa con el

olvido de la toma del medicamento durante el fin de semana y la presencia de efectos adversos⁹.

En 2020 en Nicaragua, Gómez F, en su trabajo de investigación “Factores asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes que conviven con el VIH-SIDA atendidos en la consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo comprendido Enero-Febrero del año 2020” determinó que el 80% obtuvo nivel de adherencia elevado (Grado A y B del cuestionario “Simplified Medication Adherence Questionnaire”), con 44% con células CD4 mayores a 500cel/mL; siendo el factor encontrado que influyó en la adherencia el consumo de alcohol y la edad entre 26 y 30 años¹⁰.

En 2020 en Brasil, Oliveira RS, Primeira MR y Santos WM, et al, en su estudio “Association between social support and adherence to anti-retroviral treatment in people living with HIV”, evidenciaron nivel de adherencia insuficiente en el 64,99% correlacionándose con falta de apoyo social emocional y falta de comunicación médico-paciente¹¹.

En 2021, en Pakistan, Iversen J, Zafar M, Hasan Qureshi A, et al, en su estudio “Adherence to antiretroviral therapy among HIV positive men who inject drugs in Pakistan”, encontraron que el 55% de los pacientes eran adherentes al tratamiento, encontrando significancia estadística entre la no adherencia al tratamiento con el no haber estudiado, uso de drogas ilícitas y no tener domicilio¹².

McComsey G, Lingohr-Smith M, Rogers R, et al, en 2021 en Estados Unidos de América, en su estudio “Real-World Adherence to Antiretroviral Among HIV-1 patients Across the United States” determinaron que de su muestra el 37,4% eran hombres, la comorbilidad más prevalente fue la hiperlipidemia (25,1%),

depresión (14,8%) y diabetes tipo 2 (12,1%), teniendo una adherencia del 74,1% al tratamiento antirretroviral¹³.

Por último, Le P, Nguyen P, Nguyen H, et al, en 2021 en su estudio “Adherence to highly active antiretroviral therapy among people living with HIV and associated high-risk behaviours and clinical characteristics: A cross sectional survey in Vietnam” concluyeron que el 75,4% de su muestra eran hombres con bajos ingresos y bajo nivel educativo; la presencia de no adherencia al tratamiento se encontró en un 11,5% y tuvo relación estadísticamente significativa con promiscuidad, no usar preservativo, y un estado clínico estable¹⁴.

El VIH es un *Lentivirus*, de la familia *Retroviridae*, responsable de provocar el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). En 1983 fue descubierto por el equipo de Luc Montagnier, en Francia. Es un virus de ARN monocatenario que conforma un virión esférico, al cual se le es conferido una envoltura y una cápside proteica. Infecta a los linfocitos T CD4+ usando una transcriptasa inversa para poder transcribir su ARN monocatenario provisionalmente al ADN bicatenario, acoplándose al genoma de la célula del huésped; esto es una característica principal de los retrovirus. Los Lentivirus contienen cuatro genes que son necesarios para su replicación, que son los genes *gag*, *pro*, *pol* y *env*¹⁵.

La partícula viral madura del VIH es de forma esférica con un diámetro de 100 nanómetros aproximadamente. Consta con una bicapa lipídica externa y una nucleocápside con un núcleo denso que posee forma de cono. La membrana externa es producto del proceso de gemación a través del cual el virus sale de la célula del hospedador. La cubierta se encuentra formada por la membrana celular en la que se insertan las glucoproteínas de envoltura gp41 y gp120 (productos del gen *env*), a través de las cuales se unen a receptores

específicos CD4 que se localizan en la superficie de los linfocitos T, célula diana del VIH. El virión está conformado por dos moléculas de ARN monocatenario que se rodean de tres proteínas p17, p24 y p7, productos de escisión del gen *gag*. También se incorporan al virión otras proteínas como la proteasa, útil para el ensamblaje vira, la transcriptasa inversa y la integrasa, necesarias para la síntesis de ADN viral y la integración¹⁶.

Existen dos tipos diferentes de virus de inmunodeficiencia humana, el VIH-1 y el VIH-2, los cuales se diferencian entre sí por la organización de su genoma. El VIH-1 abarca tres grupos virales: M, N y O, donde el M es el de mayor importancia incluyendo al menos 11 subtipos (A-K). Por otro lado, el VIH-2 posee ocho subtipos (A-H) con gran variabilidad genética. Se conoce que el VIH-1 es más virulento e infeccioso, siendo responsable de la mayoría de las infecciones a nivel mundial. El VIH-2 es menos contagioso y se encuentra casi exclusivamente confinado a África occidental^{15,16}.

Los lentivirus en general utilizan la molécula CD4 como receptor para poder penetrar a las células. Esta molécula es expresada en macrófagos y en linfocitos T. Para que el VIH pueda ingresar a la célula hospedadora, utilizando receptores de quimiocinas (CXCR4 y CCR5 principalmente) como correceptores, además de activación del péptido de fusión gp41 y gp120. Los linfocitos T CD4+ son las células que invade el VIH principalmente, sin embargo, infecta también monocitos/macrófagos, células de Langerhans, células de microglía del cerebro y células dendríticas. Los órganos linfoides y ganglios linfáticos constituyen su principal sede de replicación, pudiendo encontrarse posteriormente en los líquidos corporales^{15,16}.

Al ingresar la célula, la transcriptasa inversa provoca la retrotranscripción de ácido ribonucleico viral a ácido desoxirribonucleico de doble cadena, luego, la integrasa y otros cofactores se activan para que el ADN viral se integre al ADN

de la célula hospedadora. Posteriormente ocurre la replicación y formación de partículas virales grandes, que son escindidas por las proteasas, a su vez formando nuevas proteínas estructurales con las cuales se ensambla nuevamente el virus y a través del proceso de gemación la nueva progenie viral es liberada para infectar otras células^{15,16}.

El VIH se transmite a través de contacto entre fluidos corporales capaces de mantener una alta concentración viral. Se ha aislado el VIH en saliva, lágrimas, orina, sangre, semen, líquido preseminal, fluidos vaginales, leche materna, líquido amniótico, líquido cefalorraquídeo entre otros fluidos, sin embargo, según el CDC, sólo puede transmitirse a través del contacto con fluidos corporales donde la carga viral sea elevada, por lo que se limita a sangre, semen, líquido preseminal, fluidos vaginales, leche materna y líquido amniótico, por lo que se han descrito tres formas principales de transmisión: vía sexual, vertical y parenteral^{17,18,19}.

La vía sexual es la principal vía de infección a nivel mundial, se produce a través del contacto sexual sin preservativos con secreciones infectadas de la mucosa genital, rectal u oral, aumentando la probabilidad de contagio con la presencia de otras enfermedades de transmisión sexual, mostrándose como población de riesgo trabajadores sexuales y hombres que tienen sexo con hombres^{1,2,19,20}.

La vía parenteral constituye un mecanismo eficaz para la transmisión del virus. Incluye aquellas vías a través de jeringas contaminadas por VIH (usuarios de drogas endovenosas, piercings, tatuajes, accidentes laborales) o uso de hemoderivados contaminados con VIH (de riesgo pacientes hemofílicos y drepanocíticos)^{1,15,16}.

La adherencia al tratamiento se conoce como la capacidad del paciente, en este caso que vive con VIH, de implicarse adecuadamente en la elección, inicio y control del TAR, permitiendo el cumplimiento riguroso del mismo con la finalidad de suprimir la replicación viral adecuadamente; teniendo como factores importantes para su cumplimiento la aceptación del diagnóstico, el autoconcepto, la necesidad de cumplir con el tratamiento de forma adecuada, la motivación para llevar a cabo dicha tarea, la disposición de superar los obstáculos que puedan aparecer con el tiempo y el mantenimiento de las medidas luego de lograr la supresión viral^{20,21}.

Los factores asociados a la no adherencia al tratamiento pueden clasificarse en tres grupos: relacionados con el paciente, con el tratamiento y con el personal y sistema sanitario. Con respecto a los relacionados al paciente por lo general las características sociodemográficas no son estrictas predictoras de adherencia al tratamiento, sin embargo, en algunas investigaciones el sexo, la raza y Graffar han demostrado más relación con respecto a la no adherencia. La comorbilidad como ansiedad, depresión, estrés, enfermedades cardiovasculares, uso de drogas y alcohol conforman una gran barrera en la continuidad de la adherencia al TAR, así como las creencias del paciente con respecto al medicamento, la enfermedad y el equipo tratante, por lo cual en algunos casos es necesario considerar la presencia de ramas como psicología y psiquiatría como parte importante de la consulta médica^{20,21}.

En cuanto a los factores relacionados con la enfermedad, se ha demostrado que los pacientes que se encuentran en peor estado general tienen mejor adherencia que aquellos pacientes asintomáticos o en aquellos que no logran conseguir el estado virológico adecuado. Por último, con respecto al equipo asistencial y sistema sanitario la relación médico-paciente es el factor más importante para mejorar la adherencia al TAR, así como la accesibilidad al

centro de salud, transporte y horarios de trabajo que interfieran con la consulta²⁰.

Existen métodos directos e indirectos que permiten valorar la adherencia al TAR. La determinación de las concentraciones plasmáticas de fármacos antirretrovirales se considera como el método directo más objetivo sin embargo presenta muchas limitaciones en vista de que numerosos estudios se ha demostrado pacientes con niveles plasmáticos considerados como adecuados en pacientes con baja adherencia autorreferida. Por otro lado, la determinación del resultado virológico e inmunológico y la evolución clínica no deberían considerarse como métodos para estimar el nivel de adherencia sino como la consecuencia del cumplimiento adecuado del TAR, por lo tanto, a pesar de ser métodos directos para valorar la adherencia no deberían utilizarse con ese propósito^{20,21}.

Con respecto a los métodos indirectos para valorar la adherencia al TAR, podemos encontrar varias herramientas como los sistemas de control electrónico de los envases, recuento del medicamento y registros de dispensación que no logran tener alta sensibilidad o especificidad por el hecho que haya disminución del número de preparados farmacológicos pues eso no logra garantizar que sean administrados al paciente²⁰.

En contraste con lo anteriormente dicho, los cuestionarios dirigidos suelen ser el mejor método para valorar el grado de adherencia, siendo demostrada una correlación entre la adherencia autorreferida y la efectividad antirretroviral, con buena especificidad. Entre estos cuestionarios se destaca el cuestionario SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire) validado internacionalmente, que consta con 6 preguntas con respuesta cerrada. El cuestionario es dicotómico, indicando que cualquier respuesta en sentido de no adherente se puede considerar como “no adherente” como resultado final²⁰.

Se considera como no adherente cuando se responde Pregunta 1, 3 y 4 “sí”, pregunta 2 “no”, pregunta 5 “C” “D” o “E” y pregunta 6 más de 2 días. Cabe destacar que la pregunta 5 puede tener una respuesta semicuantitativa siendo así A: 100-95% de cumplimiento terapéutico o “adherencia estricta”, B: 85-94% de cumplimiento terapéutico o “buena adherencia”, C: 65-84% de cumplimiento terapéutico o “adherencia mejorable”, D: 30-64% de cumplimiento terapéutico o “mala adherencia”, E: menos del 30% de cumplimiento terapéutico o “sin adherencia a tratamiento”. Este cuestionario considera como paciente adherente a aquel que tenga un cumplimiento igual o superior al 95%²⁰.

CUESTINARIO ADHERENCIA SMAQ	Respuesta Posible
1. Alguna vez ¿Olvida tomar la medicación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. Toma siempre los fármacos a la hora indicada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. Alguna vez ¿deja de tomar los fármacos si se siente mal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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. En los últimos 3 meses ¿cuántos días completos no tomó la medicación?	Días:

La pandemia de VIH sigue existiendo como una de las causas de morbimortalidad más importantes a nivel mundial. El hecho que no se asegure el tratamiento antirretroviral adecuado puede llevar al paciente a presentar complicaciones durante su enfermedad y evolucionar tórpidamente durante el tiempo.

La falta de adherencia constituye una de las causas principales de falla terapéutica y de resistencias, por lo cual, el conocimiento de los factores que estén relacionados con esto permite establecer métodos para incrementar el cumplimiento terapéutico, garantizando mejoría en la calidad de vida,

disminución de la mortalidad por VIH y sus complicaciones, y evitando grandes costos institucionales y hospitalarios.

Como **objetivo general** se planteó determinar el nivel de adherencia al TAR en los pacientes adultos que asisten a la consulta de ITS-VIH/SIDA del servicio de Infectología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, ubicado en Valencia, estado Carabobo, Venezuela, y como **objetivos específicos** caracterizar la muestra de estudio por Edad, sexo, Graffar, orientación sexual, identidad de género, uso de tratamiento, efectos secundarios de tratamiento, antecedentes de abandono, carga viral, contaje de CD4, estadio clínico y comorbilidades; determinar el nivel de adherencia al TAR según el SMAQ; e identificar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

El tipo de investigación es de tipo descriptivo, transversal, con diseño de investigación de campo.

La población estuvo constituida por los pacientes que acudieron a la consulta de ITS-VIH/SIDA de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, durante el periodo enero 2022 – agosto 2022. La muestra fue intencional, no probabilística, representada por pacientes que viven con VIH que acudieron a consulta de ITS-VIH/SIDA, tomando como criterio de exclusión pacientes que tengan menos de un (1) mes con el TAR, mujeres embarazadas y a aquellas personas que no deseen participar.

Para resguardar el derecho de confidencialidad de las participantes, se empleó un Consentimiento Informado (Anexo A), siguiendo los lineamientos propuestos en las “Recomendaciones para Orientar a los Médicos en la Investigación Biomédica con Seres Humanos” propuestos en junio de 1964, por la 18a Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia; así como también, en “El Informe Belmont: Principios y Guías Éticos para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación”, publicado el 18 de abril de 1979, en los Estados Unidos, por la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento^{22,23}.

Previo consentimiento informado a cada participante se le realizó una entrevista y como instrumento se utilizará una ficha de recolección de datos (Anexo B) elaborada por el autor la cual estuvo comprendida por secciones. La primera sección de ficha patronímica, hábitos psicosociales y datos básicos sobre la infección por VIH y el tratamiento que utiliza. La segunda sección

constó del cuestionario SMAQ y la tercera parte de un cuadro con indicadores correspondientes a factores relacionados con la no adherencia al tratamiento.

Los datos obtenidos se recolectaron en un formato tipo tabla de cálculo Excel elaborado en base a los objetivos del estudio y se procesaron empleando el paquete estadístico SPSS versión 26. Los resultados se presentaron en cuadros de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Para establecer posibles relaciones entre las variables cualitativas se utilizó la prueba CHI CUADRADO (χ^2), adoptándose como nivel de significancia estadística P valores inferiores a 0,05 ($P < 0,05$).

RESULTADOS

Este estudio incluyó 73 pacientes cuya edad promedio fue de 46 años, con valor mínimo de 21 y máximo de 72, estableciendo 6 grupos, de 20 a 29 años (12,3%), 30 a 40 años (23,3%), 40 a 49 años (26%), 50 a 59 años (20,6%), 60 a 69 años (15,1%) y mayor a 70 años (2,7%) predominando como identidad de género hombre cisgénero con 63% y orientación sexual heterosexual con 60,3% en total, siendo el grado de instrucción bachillerato completo un 38,4% y el Graffar predominante 3 con 50,7% (Tabla N°1).

En cuanto a la distribución con características relacionadas al VIH se encontró que el 69,9% no contaba con determinación de carga viral para VIH, siendo el 30,1% indetectable; el 90,4% tampoco contaba con conteo de TCD4+. El estadio clínico más evidenciado fue A con 90,4%, seguido de B en 6,8% y C en 2,7%. El 93,2% recibía como tratamiento actual Tenofovir Disoproxil Fumarato/ Lamivudina/ Dolutegravir, 5,5% recibía Abacavir/ Lamivudina/ Dolutegravir y 1,4% recibía Efavirenz/ Emtricitabina/ Tenofovir Disoproxil Fumarato, presentando como efectos secundarios aumento del apetito y peso en 20,5%, diarrea 1,4%, dispepsia 1,4% y ausencia de efectos secundarios en 76,7%. El 56,2% no refirió antecedente de abandono de tratamiento, sin embargo, el 28,8% abandonó el tratamiento en algún momento por escasez del mismo, el 8,2% por motivos personales, 4,1% por indicación médica, 1,4% por cantidad de tabletas y 1,4% por candidiasis oral (Tabla N°2).

En cuanto a la distribución por comorbilidades, el 74% no presentaba comorbilidades. La hipertensión arterial sistémica se registró en 11%, seguido de epilepsia, hiperplasia prostática y nefropatías en 2,7% cada una, y por

último bronquitis crónica, depresión, diabetes, litiasis renal y toxoplasmosis cerebral en 1,4% cada una (Tabla N°3).

Al efectuarse el análisis de la adherencia al tratamiento antirretroviral según el SMAQ se dividieron los resultados según sus características cualitativas y cuantitativas. Para la frecuencia de adherencia cualitativa se encontró que el 53,4% era adherente al tratamiento y que el 46,6% no era adherente. En cuanto a la adherencia cuantitativa el 53,4% tenía adherencia estricta, 12,3% buena, 21,9% mejorable, 6,8% mala y 5,5% no adherente (Tabla N°4).

Según los resultados encontrados, el 80,8% de los pacientes no acudía a terapia psicológica, 86,3% consumía café, 50,7% no consumía alcohol y 86,3% consumía cigarrillo. No se encontró relación entre la presencia de efectos secundarios ($P=0,332$, $P=0,315$) antecedentes de abandono de tratamiento ($P=0,604$, $P=0,390$), terapia psicológica ($P=0,096$, $P=0,655$), presencia de comorbilidades ($P=0,803$, $P=0,983$), consumo de café ($P=0,654$, $P=0,751$), alcohol ($P=0,719$, $P=0,311$), cigarrillo ($P=0,654$, $P=0,354$), grupo etario ($P=0,681$, $P=0,842$), identidad de género ($P=0,624$, $P=0,822$), orientación sexual ($P=0,736$, $P=0,962$), grado de instrucción ($P=0,298$, $P=0,607$), Graffar ($P=0,817$, $P=0,092$) y estadio clínico ($P=0,750$, $P=0,542$) con la adherencia a tratamiento tanto con el SMAQ cualitativo como cuantitativo respectivamente (Tabla N°5)

Se establecieron estadísticas descriptivas entre la adherencia al tratamiento según SMAQ cualitativo como cuantitativo respectivamente en relación a factores psicosociales, siendo estadísticamente significativas la asociación del SMAQ cualitativo con el estado mental del paciente ($P=0,027$), la percepción del tratamiento antirretroviral ($P=0,036$), disposición a realizar cambios en el estilo de vida ($P=0,003$), la actitud de la persona ante la crisis social asociada

a la enfermedad ($P=0,044$); Para el SMAQ cuantitativo se evidenció asociación estadísticamente significativa con la tolerancia de los efectos secundarios ($P=0,046$) y el cumplimiento de las citas médicas ($P=0,015$) (Tabla N°6, Tabla N°7).

Por otro lado, fueron estadísticamente significativas la asociación tanto de del SMAQ cualitativo como del SMAQ cuantitativo con la actitud de la persona frente a su enfermedad ($P=0,001$, $P=0,000$), el autoconcepto ($P=0,049$, $P=0,001$), la disposición y motivación para tomar el tratamiento ($P=0,001$, $P=0,000$), la participación de la familia u otras redes de apoyo ($P=0,001$, $P=0,039$), el estado de salud física ($P=0,004$, $P=0,004$), el conocimiento del tratamiento y sus efectos adversos ($P=0,022$, $P=0,008$), las relaciones familiares ($P=0,000$, $P=0,000$), y la capacidad de incorporar el tratamiento a su vida cotidiana ($P=0,011$, $P=0,001$). No se encontró significancia estadística en la relación de la adherencia al tratamiento con la ingesta etílica, el consumo de drogas ilícitas, la perspectiva frente a la vida, la posibilidad de satisfacer necesidades básicas y axiológicas, el trato del personal de salud en la consulta de VIH y en el trato del personal de salud fuera de la consulta de VIH (Tabla N°6, Tabla N°7).

DISCUSIÓN

De acuerdo a los hallazgos de esta investigación, la edad promedio fue de 46 años, con predominio de hombres cisgénero similar a los datos encontrados por Orellana-Zanabria O, et al. y Le P. et al, contrastando con la investigación de McComsey G. et al. donde predominaba las mujeres. En cuanto a las comorbilidades en esta investigación predominaba la hipertensión arterial que contrasta con los datos obtenidos por McComsey G. et al. siendo la más prevalente hiperlipidemia, depresión y diabetes.

Con respecto a los niveles de adherencia según SMAQ cualitativo se evidenció que el 53,4% era adherente concordando con los datos de Iversen J, et al; lo cual difiere con Souza HC et al, MComsey G, et al, Urizar C et al, y Le P. et al. donde se obtuvo 74%, 74,1%, 14% y 88,5% de adherencia respectivamente.

Para el SMAQ cuantitativo se encontró que la mayoría de los pacientes tenía un nivel de adherencia estricta seguido de adherencia mejorable, similar a los datos obtenidos por Gómez F. y Lamillar E; no es así con los estudios de Gutierrez G. et al. y Oliveira RS. Et al. donde la adherencia en su mayoría era mejorable y mala de forma respectiva.

Coincidiendo con Souza HC, et al, y Orellana-Zanabria O. et al, no se obtuvo relación significativa con el grado de instrucción, género del paciente u otras características sociodemográficas como grupo etario o Graffar, difiriendo de las investigaciones de Gómez F. donde la edad era determinante y de Iversen J. et al siendo el grado de instrucción y el Graffar lo más relacionado con la falta de adherencia.

Por último, fueron estadísticamente significativos la asociación de adherencia con los factores psicosociales como el estado de salud mental, la actitud del paciente frente a su enfermedad, el conocimiento de la importancia del tratamiento, sus efectos secundarios del tratamiento, y la participación familiar u otras redes de apoyo, datos que corresponden con Gutierrez G, Souza HC. et al, y Oliveira RS, et al. en sus investigaciones.

CONCLUSIONES

Se determinó un nivel de adherencia al tratamiento antirretroviral según SMAQ siendo más de la mitad adherente según la escala cualitativa de la misma, demostrando una adherencia estricta y mejorable en su mayoría.

Se pudo encontrar relación entre la adherencia al tratamiento con factores psicosociales siendo aquellos con mayor significancia estadística las relaciones familiares y la participación de las misma o de redes de apoyo, la actitud de la persona frente a su enfermedad, disposición y motivación para tomar e incorporar a su vida el tratamiento conociendo sus beneficios y efectos adversos, y estado de salud física; y en menor grado pero aun estadísticamente significativa el cumplimiento de citas médicas, la disposición a realizar cambios en el estilo de vida, percepción del tratamiento y tolerancia a efectos secundarios, y el estado mental del paciente.

RECOMENDACIONES

Se considera necesario como regla general aplicar el cuestionario SMAQ a todos los pacientes que acuden a las consultas de VIH, para así determinar la adherencia al tratamiento antirretroviral

Establecer el enlace con psicología para el manejo multidisciplinario del paciente y asegurar la adherencia al tratamiento, siendo factores psicosociales los que están más implicados en la no adherencia.

Realizar carga viral para VIH y conteo de TCD4+ periódicos a todos los pacientes que acudan a consulta.

Indagar en la situación social y familiar del paciente.

Explicar los objetivos, esquemas, dosis, efectos adversos y alternativas de forma clara y sencilla al paciente

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ONUSIDA. Hoja Informativa 2021. Ginebra: UNAIDS; 2021 [Internet]. [Consultado may 2021]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
2. Ordoñez J. Situación actual de la infección vertical por VIH. Rev Latin Infect Pediatr [Internet] 2020 [Consultado may 2021]; 33 (2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/infectologia/lip-2020/lip202a.pdf>
3. Orellana-Zanabria G, Morales-Rezza E. Factores asociados a la adherencia al TARGA, en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Central de las Fuerzas Policiales. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet] 2019 [Consultado febrero 2022]; 19 (1) 46-54. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/02/1049839/1792-texto-del-articulo-3956-3-10-20190220.pdf>
4. Lamillar E. Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes del programa de control de infecciones de transmisión sexual y SIDA del Hospital Nacional “Hipólito Unanue” [Tesis]. Perú: Universidad Ricardo Palma; 2018
5. Rodriguez J. Nivel de adherencia al TARV en pacientes adultos con VIH en el Hospital Regional Huacho en contexto de pandemia 2020 [Tesis]. Perú: Universidad Nacional Jose Faustino Sanchez Carrion; 2021
6. Pérez D, Castillo B, Morales C, Ballester N, Verdecia A. Adherencia terapéutica en pacientes con VIH/SIDA del municipio Media Luna. Multimed [Internet] 2021 [Consultado febrero 2022]; 2 (25): e969. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182021000200008
7. Gutierrez V. Nivel de adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes adultos con VIH/SIDA del programa de control de ETS y SIDA del Hospital Nacional Hipólito Unanue [Tesis]. Perú: Universidad de San Martín de Porres; 2019.
8. De Souza H, Rabelo M, Ribeiro A, Dinato F, Nobre S, Elias R, et al. Analysis of compliance to antiretroviral treatment among patients with HIV/AIDS. Rev Bras Enferm [Internet] 2019 [Consultado febrero 2022]; 72 (5): 1295-303. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0115>
9. Urizar A, Jarolin-Montiel M, Ayala-Servin N, Centurión-Wenninger C, Montiel-Garcete D. Factores asociados a la no adherencia del

- tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH en un hospital de Paraguay. Rev Cient Cienc Med [Internet] 2020 [Consultado febrero 2022]; 23(2):166-174. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1817-74332020000200007&script=sci_abstract
10. Dinarte J. Factores asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes que conviven con el VIH-SIDA atendidos en la consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo comprendido Enero-Febrero del año 2020 [Tesis]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Managua, 2020.
 11. Da Silva R, Ribeiro M, Mombaqué W, Cardoso C, Maris S. Association between social support and adherence to anti-retroviral treatment in people living with HIV. Rev Gaúcha Enferm [Internet] 2020 [Consultado febrero 2022]; 41:e20190290. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/NFGVXDrtXKSyJbtjvhfM8cQ/?lang=en>
 12. Iversin J, Qureshi SUH, Zafar M, Busz M, Maher L. Adherence to antiretroviral therapy among HIV positive men who inject drugs in Pakistan. Int J Drug Policy [Internet] 2021 [Consultado febrero 2022]; 96:103281. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34016509/>
 13. McComsey G, Lingohr-Smith M, Rogers R, Lin J, Donga P. Real-World adherence to antiretroviral therapy among HIV-1 patients across the United States. Adv Ther [Internet] 2021 [Consultado febrero 2022]; (2021)38:4961-4974. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12325-021-01883-8>
 14. Le P, Nguyen P, Nguyen H, Bui D, Vo S, Nguyen N, et al. Adherence to highly active antiretroviral therapy among people living with HIV and associated high-risk behaviours and clinical characteristics: A cross-sectional survey in Vietnam. Int J STD AIDS [Internet] 2021 [Consultado febrero 2022]; 32 (10):911-918. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/09564624211002405>
 15. Reitz M, Gallo C. Virus de la inmunodeficiencia humana. En: Bennett J, Dolin R, Blaser M, Mandell. Enfermedades infecciosas. Principios y práctica. Octava edición. España: Elsevier España SLU; 2016. p. 2163-2174.
 16. Miller S. Sida y Lentivirus. En: Jawetz, Melnick & Adelberg [Editores]. Microbiología Médica. 27ª edición. México: McGraw Hill Education; 2016. p. 639-654.
 17. Soriano-Arandes A, et al. El embarazo como una oportunidad de diagnóstico del virus de la inmunodeficiencia humana en mujeres inmigrantes en Catalunya. Enferm Infecc Microbiol Clin [Internet] 2018

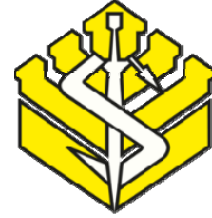
- [Consultado may 2021]. 36 (1). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-el-embarazo-como-una-oportunidad-S0213005X16302415>
18. Ramirez N. Características clínicas y epidemiológicas de las embarazadas infectadas con VIH en control médico en la unidad de Infectología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera durante el periodo julio 2012-julio 2013. [Trabajo especial de grado]. Carabobo: Universidad de Carabobo; 2013. Recuperado a partir de: <http://www.riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/877/4/nramirez.pdf>
 19. ONUSIDA. Informes nacionales sobre avances en respuesta al sida – Venezuela (República Bolivariana de). Monitoreo Global del Sida 2019. Ginebra: UNAIDS; 2021 [Internet]. [Consultado febrero 2022]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/VEN_2019_countryreport.pdf
 20. Arazo P, Badía R, Blanch J, Cobos M, Elizaga J, Fagúndez G, et al. Documento de consenso para mejorar la adherencia a la farmacoterapia en pacientes con infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en tratamiento antirretroviral. GeSIDA. 2020 [Internet]. [Consultado febrero 2022]. Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2020/04/GUIA_GESIDA_febrero_2020_Adherencia.pdf
 21. Berunger J, Bernal E, Blanco J, Curran A, De Mendoza C, Domingo P. Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre SIDA respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. GeSIDA. 2020 [Internet]. [Consultado febrero 2022]. Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2020/07/TAR_GUIA_GESIDA_2020_COMPLETA_Julio.pdf
 22. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64° Asamblea General. 2013. [Internet]. [Consultado enero 2022]. Disponible en: [https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/#:~:text=La%20Asociaci%C3%B3n%20M%C3%A9dica%20Mundial%20\(AMM,humano%20y%20de%20informaci%C3%B3n%20identificables](https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/#:~:text=La%20Asociaci%C3%B3n%20M%C3%A9dica%20Mundial%20(AMM,humano%20y%20de%20informaci%C3%B3n%20identificables).

23. Observatori de Bioètica i Dret. El Informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. 1979 [Internet]. [Consultado enero 2022]. Disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>



ANEXO A

Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Dirección de Postgrado
Programa de Especialización en Infectología
Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente hago constar que autorizo al investigador a incluirme en el estudio titulado: **NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL. CONSULTA DE ITS-VIH/SIDA. CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA. ENERO 2022 – AGOSTO 2022** y he sido previamente informado de:

- Los beneficios y conocimientos que podrían aportar mi participación.
- No recibir ningún beneficio económico por parte del investigador.

Por lo tanto, **acepto** los procedimientos a aplicar, considerándolos inocuos para la salud y acepto los derechos de:

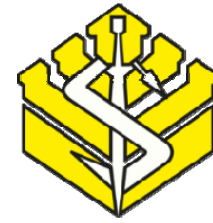
- Conocer los resultados que se obtengan.
- Respetar mi integridad física y moral.
- Retirarme en cualquier momento del estudio si tal es mi deseo.

Nombre del paciente _____

Edad _____ C.I.: _____ Firma _____



ANEXO B



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Parte 1: Ficha patronímica y hábitos psicosociales

N° _____ Nombre y Apellido: _____ CI: _____ Edad: _____
Fecha: _____
Dirección: _____ Grado de instrucción: _____ Ocupación: _____
Graffar: _____
Hijos _____ Orientación sexual: _____ Identidad de género: _____
Fecha del diagnóstico de VIH: _____ Tratamiento: _____
Efectos secundarios de tratamiento _____
Antecedentes de abandono _____
Carga viral: _____ CD4: _____ Estadio clínico _____
Terapia psicológica _____
Comorbilidades: HTA _____ Diabetes _____ Nefropatía _____
Otra _____
¿Toma otro tratamiento? _____
Consumo de _____

Parte 2: Cuestionario SMAQ

A. ¿Alguna vez olvida tomar la medicación?	Sí	No
B. ¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?	Sí	No
C. ¿Alguna vez deja de tomar los fármacos si se siente mal?	Sí	No
D. ¿Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana?	Sí	No
E. En la última semana ¿cuántas veces no tomó la dosis?	A: 0 _____ B: 1-2 _____ C: 3-4 _____ D: 5-6 _____ E: 7 _____	
F. Desde la última consulta, ¿cuántos días no tomó la medicación?	Días:	

Parte 3: Factores que influyen en la adherencia al tratamiento

Indicadores	5 Excelente Nunca	4 Bueno Mensual	3 Regular Semanal	2 Mal Interdiario	1 Muy mal Diario
• Estado de salud mental (Depresión, psicosis u otras enfermedades mentales severas)					
• Percepción del tratamiento antiviral					
• Actitud de la persona frente a su enfermedad (Castigo, culpa, autodestrucción)					
• Autoconcepto					
• Disposición y motivación para tomar tratamiento					
• Participación de la familia u otras redes de apoyo					
• Disposición a realizar cambios de estilo de vida					
• Actitud de la persona ante la crisis social asociada a su enfermedad o en general					
• Tolerancia a los efectos secundarios					
• Ingesta etílica					
• Consumo de drogas ilícitas					
• Cumplimiento de citas médicas					
• Estado de salud física					
• Conocimiento del tratamiento y sus efectos adversos					
• Perspectiva frente a la vida (Metas, proyectos, esperanza dentro de su realidad)					
• Posibilidad de satisfacer necesidades básicas y axiológicas					
• Relaciones familiares					
• Capacidad de incorporar el tratamiento a su vida cotidiana					
• Compañero, familiar o amigos cercanos con historia de abandono de tratamiento	(sí)			(no)	
• Trato del personal de salud en la consulta VIH					
• Trato del personal de salud fuera de consulta					

Tabla N°1. Características sociodemográficas

	N	Mínimo	Máximo	Media	DS
Edad	73	21	72	45,78	13,041
Grupo etario de pacientes		Frecuencia		Porcentaje	
	20 a 29 años	9		12,3	
	30 a 40 años	17		23,3	
	40 a 49 años	19		26,0	
	50 a 59 años	15		20,6	
	60 a 69 años	11		15,1	
	Mayor a 70 años	2		2,7	
	Total	73		100	
Identidad de Género		Frecuencia		Porcentaje	
	Hombre cisgénero	46		63,0	
	Mujer cisgénero	24		32,9	
	Mujer transgénero	3		4,1	
	Total	73		100,0	
Orientación sexual		Frecuencia		Porcentaje	
	Asexual	1		1,4	
	Bisexual	5		6,8	
	Heterosexual	44		60,3	
	Homosexual	23		31,5	
	Total	73		100,0	
Grado de Instrucción		Frecuencia		Porcentaje	
	Primaria Incompleta	3		4,1	
	Primaria completa	1		1,4	
	Bachillerato incompleto	15		20,5	
	Bachillerato completo	28		38,4	
	Universitario	26		35,6	
	Total	73		100	
Graffar		Frecuencia		Porcentaje	
	2	18		24,7	
	3	37		50,7	
	4	18		24,7	
	Total	73		100	

Fuente: Datos propios de la investigación (Medved 2022).

Tabla N°2. Características relacionadas con el VIH

Carga viral para VIH		Frecuencia	Porcentaje
	No tiene	51	69,9
	Indetectable	22	30,1
	Total	73	100,0
Contaje de CD4+		Frecuencia	Porcentaje
	No tiene	66	90,4
	200 - 499	4	5,5
	500 o más	3	4,1
	Total	73	100,0
Estadio clínico		Frecuencia	Porcentaje
	A	66	90,4
	B	5	6,8
	C	2	2,7
	Total	73	100,0
Tratamiento actual		Frecuencia	Porcentaje
	TDF/3TC/DTG	68	93,2
	ABC/3TC/DTG	4	5,5
	EVF/FTC/TDF	1	1,4
	Total	73	100,0
Efectos secundarios al tratamiento antirretroviral		Frecuencia	Porcentaje
	No	56	76,7
	Aumento de apetito y peso	15	20,5
	Diarrea	1	1,4
	Dispepsia	1	1,4
	Total	73	100,0
Antecedente de abandono de tratamiento		Frecuencia	Porcentaje
	Sin antecedentes	41	56,2
	Por escasez	21	28,8
	Por razones personales	6	8,2
	Por indicación médica	3	4,1
	Por candidiasis oral	1	1,4
	Por cantidad de tabletas	1	1,4
	Total	73	100,0

Fuente: Datos propios de la investigación (Medved 2022).

Tabla N°3: Comorbilidades presentes en la muestra

Comorbilidades	Frecuencia	Porcentaje
No	54	74,0
Hipertensión arterial sistémica	8	11,0
Epilepsia	2	2,7
Hiperplasia prostática	2	2,7
Nefropatía	2	2,7
Bronquitis crónica	1	1,4
Depresión	1	1,4
Diabetes	1	1,4
Litiasis renal	1	1,4
Toxoplasmosis cerebral	1	1,4
Total	73	100,0

Fuente: Datos propios de la investigación (Medved 2022).

Tabla N°4: Adherencia al tratamiento antirretroviral según SMAQ

Adherencia cualitativa según SMAQ		Frecuencia	Porcentaje
	No	34	46,6
	Sí	39	53,4
	Total	73	100,0

Adherencia cuantitativa según SMEQ		Frecuencia	Porcentaje
	Estricta (95-100%)	39	53,4
	Buena (85-94%)	9	12,3
	Mejorable (65-84%)	16	21,9
	Mala (30-64%)	5	6,8
	No adherente (<30%)	4	5,5
	Total	73	100,0

Fuente: Datos propios de la investigación (Medved 2022).

Tabla N°5: Relación de adherencia al tratamiento antirretroviral con hábitos psicobiológicos y factores sociodemográficos

Indicadores	Sí	No	SMAQ cualitativo	SMAQ cuantitativo
Efectos secundarios	17 (23,3%)	56 (76,7%)	P= 0,332	P= 0,315
Antecedentes de abandono	32 (43,8%)	41 (56,8%)	P= 0,604	P= 0,390
Terapia psicológica	14 (19,2%)	56 (80,8%)	P= 0,096	P= 0,655
Presencia de comorbilidades	19 (26%)	54 (74%)	P= 0,803	P= 0,983
Consumo de café	63 (86,3%)	10 (13,7%)	P= 0,654	P= 0,751
Consumo de alcohol	36 (49,3%)	37 (50,7%)	P= 0,719	P= 0,311
Consumo de cigarrillo	10 (13,7%)	63 (86,3%)	P= 0,654	P= 0,354
Indicadores			SMAQ cualitativo	SMAQ cuantitativo
Grupo etario			P= 0,681	P= 0,842
Identidad de género			P= 0,624	P= 0,822
Orientación sexual			P= 0,736	P= 0,962
Grado de Instrucción			P= 0,298	P= 0,607
Graffar			P= 0,817	P= 0,092
Estadio clínico			P= 0,750	P= 0,542

Fuente: Datos propios de la investigación (Medved 2022). **P<0,05**

Tabla N°6: Relación entre adherencia al tratamiento y factores psicosociales

Indicadores	Excelente Nunca	Bueno Mensual	Regular Semanal	Malo/ Interdiario	Muy malo/ Diario	SMAQ cualitativo	SMAQ cuantitativo
Estado de salud mental (Depresión, psicosis u otras enfermedades mentales severas)	18 (24,7%)	17 (23,3%)	23 (31,5%)	15 (20,5 %)	0 (0%)	P= 0,027	P= 0,056
Percepción del tratamiento antiviral	42 (57,5%)	15 (20,5%)	12 (16,4%)	4 (5,5%)	0 (0%)	P= 0,036	P= 0,161
Actitud de la persona frente a su enfermedad (Castigo, culpa, autodestrucción)	32 (43,8%)	18 (24,7 %)	10 (13,7 %)	13 (17,8 %)	0 (0%)	P= 0,001	P= 0,000
Autoconcepto	35 (47,9%)	13 (17,8%)	19 (26%)	6 (8,2%)	0 (0%)	P= 0,049	P= 0,001
Disposición y motivación para tomar tratamiento	56 (76,7%)	7 (9,6%)	6 (8,2%)	4 (5,5%)	0 (0%)	P= 0,001	P= 0,000
Participación de la familia u otras redes de apoyo	38 (52,1%)	16 (21,9%)	7 (9,6%)	6 (8,2%)	6 (8,2%)	P= 0,001	P= 0,039
Disposición a realizar cambios de estilo de vida	50 (68,5%)	11 (15,1%)	6 (8,2%)	6 (8,2%)	0 (0%)	P= 0,003	P= 0,065
Actitud de la persona ante la crisis social asociada a su enfermedad o en general	23 (31,5%)	13 (17,8%)	16 (21,9%)	17 (23,3%)	4 (5,5%)	P= 0,044	P= 0,139
Tolerancia a los efectos secundarios	67 (91,8%)	3 (4,1%)	0 (0%)	3 (4,1 %)	0 (0%)	P= 0,154	P= 0,046
Ingesta etílica	38 (52,1%)	29 (39,7%)	4 (5,5%)	1 (1,4%)	1 (1,4%)	P= 0,537	P= 0,305
Consumo de drogas ilícitas	73 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	No aplicable	No aplicable

Fuente: Datos propios de la investigación (Medved 2022). **P<0,05**

Tabla N°7: Relación entre adherencia al tratamiento y otros factores psicosociales

	Excelente/ Nunca	Bueno/ Mensual	Regular/ Semanal	Malo/ Interdiario	Muy malo/ Diario	SMAQ cualitativo	SMAQ cuantitativo
Cumplimiento de citas médicas	60 (82,2%)	5 (6,8%)	1 (1,4%)	6 (8,2%)	1 (1,4%)	P= 0,462	P= 0,015
Estado de salud física	14 (19,2%)	24 (32,9%)	25 (34,2%)	10 (13,7%)	0 (0%)	P= 0,004	P= 0,004
Conocimiento del tratamiento y sus efectos adversos	38 (52,1%)	16 (21,9%)	18 (24,7%)	1 (1,4%)	0 (0%)	P= 0,022	P= 0,008
Perspectiva frente a la vida (Metas, proyectos, esperanza dentro de su realidad)	42 (57,5%)	12 (16,4%)	7 (9,6%)	12 (16,4%)	0 (0%)	P= 0,052	P= 0,074
Posibilidad de satisfacer necesidades básicas y axiológicas	30 (41,1%)	14 (19,2%)	18 (24,7%)	10 (13,7%)	1 (1,4%)	P= 0,068	P= 0,073
Relaciones familiares	36 (49,3%)	8 (11%)	24 (32,9%)	4 (5,5%)	1 (1,4%)	P= 0,000	P= 0,000
Capacidad de incorporar el tratamiento a su vida cotidiana	53 (72,6%)	2 (2,7%)	11 (15,1%)	5 (6,8%)	0 (0%)	P= 0,011	P= 0,001
Trato del personal de salud en la consulta VIH	52 (71,2%)	17 (23,3%)	4 (5,5%)	0 (0%)	0 (0%)	P= 0,064	P= 0,063
Trato del personal de salud fuera de consulta	17 (23,3%)	18 (24,7%)	26 (35,6%)	8 (11,0%)	4 (5,5%)	P= 0,169	P= 0,818

Fuente: Datos propios de la investigación (Medved 2022). **P<0,05**