

*Facultad de Ciencias
Naturales y Exactas.*

Departamento de Farmacia

Trabajo de Diploma

*En opción al título de Licenciado en
Ciencias Farmacéuticas*

Título: *Adherencia terapéutica en pacientes
con retrovirosis crónica desde una consulta
distrital*

Autor: *Lilian de la Caridad Cisneros López*

Tutoras: *MSc. Dorgerys García Falcón*

Dra.C. Irma Leonor Ortega López

Asesora: *Lic. Arianna Castellano Goicochea*

Santiago de Cuba

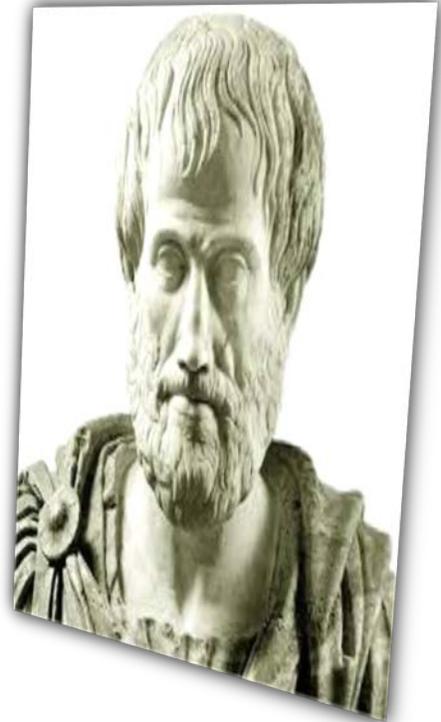
Curso: 2018-2019



Pensamiento

La inteligencia consiste no sólo en el conocimiento, sino también en la destreza de aplicar los conocimientos en la práctica.

Aristóteles



A decorative border at the bottom of the page, featuring intricate floral and scrollwork patterns in shades of gold and brown. The border is symmetrical and frames the text below it.

Dedicataria
Dedicataria

El camino hacia el triunfo es largo y en la vida hay sueños que nos proponemos lograr, este es el mío, y ya es una realidad. Pero para lograrlo me resguardé en el amor, la dedicación y el apoyo de las personas que más quiero en la vida.

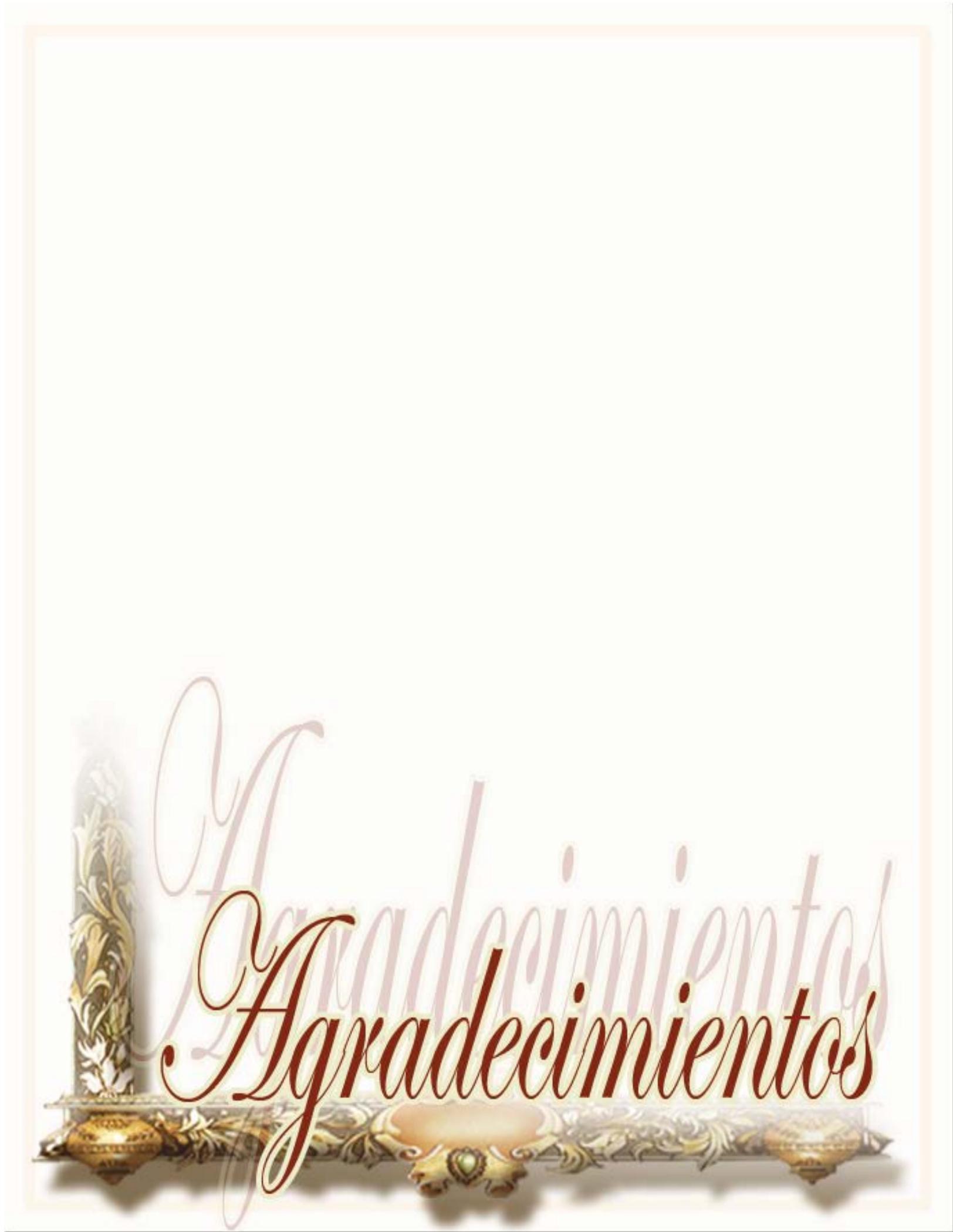
Dedico este sueño:

A mis padres a los que debo todo lo que he logrado, porque sin ellos no hubiese sido posible cumplir con este reto, por el apoyo en buenos y malos momentos en mi carrera y en mi vida, su amor ha sido incondicional y sobre todas las cosas me han comprendido siempre. Los amo, siempre estarán conmigo.

A Dios todo poderoso que me ha permitido llegar hasta donde he llegado brindándome la fuerza que necesito.

En especial

A mí.....



Agradecimientos

Agradezco a:

- *A mis padres, Gabriel y Osmara por el profundo amor y cariño que han derrochado en mí, por la incondicionalidad y el sacrificio. Les estoy eternamente agradecida por sus constantes recelos y preocupaciones, por sus cuidados y por saber inculcar valores y sentimientos imprescindibles para el andar noble de la vida.*
- *A mis hermanos, Gabriel y Oscar, por el apoyo y el amor, mis héroes y paradigmas.*
- *A mis sobrinos, Oscarito y Juanquí, por brindar toda su alegría y cariño.*
- *A mis amigos, Yasmína, Héctor, Beltis, Claudia, Ana María, Yohandra, Yoel, Eiver, Ricardo, Olga, Lílana y José Rafael por su fidelidad e incondicionalidad, por brindar calma en tiempos de tormenta.*
- *A mis profesoras Rosario, Dorgerís y Arianna, por ayudar a construir este proyecto, por sus consejos, profesionalidad y tiempo dedicado.*
- *A los profesores del departamento de farmacia, por brindar sus conocimientos e inculcar el amor a la profesión.*
- *A mis compañeros de aula por formar parte de este camino lleno de esfuerzos y satisfacciones, en especial a Isitania, Yilenia y Bárbara.*

Muchas gracias



Resumen

Resumen

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y longitudinal en el período comprendido desde febrero a mayo del 2019 con el objetivo de evaluar la adherencia terapéutica en pacientes con retroviroc crónica, desde una consulta distrital que brinda asistencia en el policlínico Julián Grimaú de Santiago de Cuba . Para la determinación de la adherencia terapéutica se utilizó el cuestionario de Magaña Lasalle, categorizando a los pacientes en adherentes altos, moderados y bajos. Se analizaron los posibles factores asociados a la adherencia y se realizaron intervenciones educativas. Se obtuvo como resultado un predominio del sexo masculino, la edad de 29-39 años, el nivel de escolaridad preuniversitario y el alto consumo de café y alcohol, prevaleció la hipertensión arterial y los antihipertensivos como medicamentos más utilizados, aparte de los antirretrovirales; el nivel de linfocitos CD4 en sangre por lo general fue alto; la primera línea de tratamiento antirretroviral fue la más usada. El 39% de adherencia fue alta y un 26% fue baja. Factores como: edad, sexo, nivel de linfocitos TCD4, carga viral, líneas de tratamiento y disponibilidad y accesibilidad de recursos no estuvieron asociados a la adherencia terapéutica; sólo el nivel de conocimiento del tratamiento y de la enfermedad estuvo relacionado con la adherencia. Las intervenciones educativas se realizaron a través de charlas, entrega de trípticos y el consejo/información.

Palabras Clave: Retroviroc Crónica, Adherencia Terapéutica, Antirretrovirales, Intervención educativa.

Abstract

An observational, descriptive and longitudinal study was conducted in the period from February to May of 2019 with the objective of evaluating the therapeutic adherence in patients with chronic retrovirosis, from a district consultation that provides assistance in the "Julián Grimaú" polyclinic of Santiago de Cuba. For the determination of therapeutic adherence, the Magaña Lasalle questionnaire was to used, categorizing patients into high, moderate and low adherents. The possible factors associated with adherence were analyzed and educational interventions were carried out. The result was a predominance of males, from the ages of 29 to 39 years, the level of pre-university education and high consumption of coffee and alcohol, hypertension and antihypertensive drugs prevailed as the most used drugs, apart from antiretrovirals; the level of CD4 lymphocytes in the blood was usually high; The first line of antiretroviral treatment was the most used. The 39% adherence was high and 26% was low. Factors such as: age, sex, TCD4 lymphocyte level, viral load, lines of treatment and availability and accessibility of resources were not associated with therapeutic adherence; only the level of knowledge of treatment and disease was related to adherence. The educational interventions were carried out through talks, delivery of leaflets and give/ information.

Key words: Chronic Retrovirus, Therapeutic Adherence, Antiretrovirals, Educational intervention.

Índice	Pág.
Introducción	1
Objetivos.....	4
Capítulo I. Revisión bibliográfica	6
I.1 VIH/SIDA. Aspectos generales.....	7
I.1.1 El virus de inmunodeficiencia humana.....	7
I.1.2 Fases de la infección.....	7
I.2 Tratamiento antirretroviral.....	9
I.2.1 Tratamiento antirretroviral de gran actividad.....	10
I.2.2 Efectos adversos de algunos antirretrovirales.....	13
I.3 Adherencia terapéutica.....	14
I.3.1 Adherencia terapéutica. Concepto.....	14
I.3.2 Adherencia al tratamiento de gran actividad.....	14
I.3.3 Factores que influyen en la adherencia.....	15
I.3.4 Medidas de la adherencia.....	16
I.3.5 Estrategias para mejorar la adherencia.....	19
Capítulo II Materiales y métodos	21
II.1 Características generales de la investigación.....	21
II.1.1 Selección de la muestra de estudio.....	21
II.1.2 Aspectos éticos de la investigación.....	21
II.2 Metodología de la investigación.....	22
II.2.1 Caracterización de la muestra objeto de estudio.....	22
II.2.2 Determinación de la adherencia al tratamiento antirretroviral.....	24
II.2.3 Valoración de los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antirretroviral.....	25
II.2.4 Realización de las investigaciones educativas correspondientes a partir de las necesidades educativas detectadas.....	27
II.3 Técnicas de obtención de la información y procesamiento de los	

resultados.....	27
II.3.1 Obtención de la información.....	27
II.3.2 Procesamiento de la información	27
Capítulo III. Resultados y Discusión.....	29
III.1 Caracterización de la muestra teniendo en cuenta variables biosociales, clínicas y farmacoterapéuticas.....	29
III.2.2 Determinación de la adherencia al tratamiento antirretroviral.....	38
III.3 Valoración de los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antirretroviral.....	40
III.4 Realización de las intervenciones educativas correspondientes a partir de las necesidades educativas detectadas.....	45
Conclusiones.....	49
Recomendaciones.....	50
Referencias bibliográfica	
Anexos	



Introducción

Introducción

Un retrovirus es un virus que usa el ARN como material genético. Cuando un retrovirus infecta una célula, se hace una copia de ADN de su genoma que se inserta en el ADN de la célula huésped. Hay una variedad de retrovirus que causan diferentes enfermedades humanas tales como algunas formas de cáncer y la infección por el VIH/SIDA.

El término "retrovirus" significa que se comporta al revés de la forma que todos pensamos en genética, que es que el ADN hace el ARN y el ARN produce una proteína. Los retrovirus tienen un genoma de ARN, y cuando estos llegan a las células, el ARN se transcribe inversamente a ADN, es por eso que decimos que trabaja en forma opuesta. El más famoso en este momento es el virus de inmunodeficiencia humana que causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, o SIDA. Pero hay muchos tipos diferentes de retrovirus que se asocian con enfermedades como el cáncer, la leucemia y el SIDA, obviamente.¹

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), afecta las células del sistema inmunitario alterándolo o anulándolo. Se considera que este sistema es deficiente cuando deja de cumplir su función de luchar contra enfermedades e infecciones. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), se aplica a los estadios más avanzados por la infección del VIH y se define por las infecciones oportunistas o por cánceres relacionados al virus.²

El VIH/SIDA es actualmente una enfermedad extendida a nivel mundial. En un informe del 2017, ONUSIDA señala que 36,7 millones de personas en todo el mundo vivían con el VIH; asimismo, detalla que 1,8 millones contrajeron la infección y 940 mil fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con este virus. Finalmente, el número de casos ha ido en aumento y ha llegado a transformarse en una de las principales causas de muerte, especialmente en países de ingresos medios y bajos, habiéndose invertido aproximadamente 17 000 millones de dólares en el manejo de esta enfermedad.³

Trabajo de Diploma

En África Subsahariana fueron diagnosticadas cerca de 1.8 millones de personas, al sur y sureste de Asia unas 770 000 personas tenían VIH mientras que, en América Central y Sudamérica, las nuevas infecciones se estimaron en 920 003. América Latina actualmente es una de las regiones donde viven la mayoría de las personas con VIH, señala la ONUSIDA en su informe del 2017.⁴ Sólo cuatro países han logrado disminuir el número de personas infectadas. Uno de ellos fue Cuba, que además se convirtió en el 2015 en el primer país del mundo en eliminar la transmisión de VIH de madre a hijo.⁵

Hasta el año 2017 vivían en Cuba 23 283 personas con VIH.^{5,6} En el último quinquenio la provincia Santiago de Cuba ha reportado un aumento del número de pacientes diagnosticados y actualmente se encuentra entre las cinco provincias con mayor incidencia de la enfermedad, viviendo en la misma 1088 personas con SIDA.⁷ Dentro de la provincia antes mencionada corresponde a los municipios Santiago de Cuba, Songo-La Maya, Palma Soriano y Contramaestre la mayor incidencia de la enfermedad.⁸

En el campo del tratamiento de la infección por VIH/SIDA han surgido avances notables, lo que ha representado un aumento de la supervivencia, mejoría de la calidad de vida de las personas con dicha infección y disminución de las complicaciones asociadas. Con la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (Targa) se ha reducido significativamente la tasa de mortalidad y morbilidad asociada a la infección por VIH y al SIDA, convirtiendo a esta infección en una enfermedad crónica tratable y ya no en una enfermedad terminal.

El Targa mejora la respuesta clínica, inmunológica y viral del paciente, pero es sumamente necesario mantener la adherencia a la terapia prescrita. Por tanto, la adherencia cumple un papel clave en garantizar la efectividad de los fármacos, habiéndose demostrado que una incorrecta adherencia se relaciona con el incremento de los ingresos hospitalarios, la evolución del SIDA y es la principal causa de fracasos terapéuticos, siendo para los sanitaristas de la salud algo que los desvela.⁹

Trabajo de Diploma

La adherencia antirretroviral es la capacidad que tiene el paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del tratamiento antirretroviral, que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral. La adherencia a corto y largo plazo es resultado de un proceso complejo que se desarrolla a través de diferentes etapas: la aceptación del diagnóstico, la percepción de la necesidad de realizar el tratamiento de forma correcta, la motivación para hacerlo, la disposición y entrenamiento de habilidades para realizarlo, la capacidad de superar las barreras o dificultades que aparezcan y el mantenimiento de los logros alcanzados con el paso del tiempo. Por lo tanto, la adherencia incorrecta no es solamente un porcentaje determinado a partir de las dosis de medicación no tomadas.¹⁰

Numerosas investigaciones revelan el problema de la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral, así como los factores que influyen en esto.^{11,12} Un estudio realizado por Reynolds y colaboradores¹³ en el 2014 en España reveló que el 56% de los participantes estaban "extremadamente seguros" de su capacidad para tomar todos los medicamentos según las indicaciones, el 48% estaban "extremadamente seguros" de su falta de adherencia antirretroviral y sólo el 37% estaba seguro de que la terapia antirretroviral beneficiaría su salud. En estos resultados influyeron factores personales y situacionales, como la depresión, el estrés y la educación inferior.

Por otra parte, Miyada S., en el 2017¹⁴ evaluó la adherencia al tratamiento antirretroviral de 109 pacientes con VIH/SIDA en Brasil. En el mismo se observó que esta fue insuficiente en el 80,7 % de los casos, existiendo una asociación entre dicha falta de adherencia y la presencia de síntomas y / o infección oportunista.

Un estudio llevado a cabo en el municipio Boyeros, en La Habana, durante el año 2013¹⁵ arrojó que existe abandono del tratamiento antirretroviral en pacientes adultos con VIH. Este problema predominó en edades entre 30 y 49 años, en casos con menos de 10 años de evolución y en pacientes con CD4 menor de 350 células x mm³. El abandono de esta

Trabajo de Diploma

terapia medicamentosa representa un elevado costo por tratamientos perdidos para el estado cubano.

En Santiago de Cuba un estudio de adherencia al tratamiento antirretroviral encontró un 89.47 % de pacientes con nivel de adherencia no adecuada. Los factores de mayor influencia fueron el incumplimiento del tratamiento (73.69 %), poco conocimiento del tratamiento (31.58%) y la relación con el farmacéutico, siendo buena sólo en un 5.26% de los pacientes.

El incremento de la incidencia de esta enfermedad en el municipio Santiago de Cuba, la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral, así como el hecho de que investigaciones previas no aborden entre los factores influyentes en la falta de adherencia la influencia de las líneas de tratamiento y las necesidades educativas, fueron los principales motivos para el desarrollo de esta investigación.¹⁶

Problema científico: Necesidad de evaluar la adherencia terapéutica en pacientes con retrovirosis crónica desde una consulta distrital.

Hipótesis: Si se evalúa la adherencia terapéutica en pacientes con retrovirosis crónica desde una consulta distrital, pueden definirse necesidades educativas en cuanto a la enfermedad y la medicación de dichos pacientes; que permitirán establecer estrategias de ayuda al cumplimiento.

Objetivos

General

Evaluar la adherencia terapéutica en pacientes con retrovirosis crónica desde una consulta distrital que brinda asistencia en el policlínico Julián Grimaú de Santiago de Cuba.

Específicos:

Lilian de la Caridad Cisneros López

Trabajo de Diploma

- 1- Caracterizar la muestra objeto de estudio teniendo en cuenta variables biosociales, clínicas y farmacoterapéuticas
- 2- Determinar la adherencia al tratamiento antirretroviral
- 3- Valorar los factores que influyen en la adherencia terapéutica de la muestra
- 4- Realizar las intervenciones educativas correspondientes a partir de las necesidades educativas detectadas

Capítulo 1



Capítulo I. Revisión Bibliográfica

I.1 VIH/SIDA. Aspectos generales

I.1.1 El virus de inmunodeficiencia humana

Hasta 1980, sólo se habían identificado retrovirus en animales, pero en ese año Robert Gallo aisló el primer retrovirus en un paciente con leucemia de células T del adulto y lo denominó virus linfotrofo T humano tipo I (HTLV-I).^{17,18} Dos años más tarde, en 1982, el mismo grupo de investigadores, identificaron otro retrovirus humano, antigénicamente diferente, denominándose HTLV-II. Esta vez, el paciente padecía una variante T de leucemia de células peludas.¹⁹ En 1983, se descubrió el tercer retrovirus humano (HTLV-III) que, posteriormente, se denominaría VIH.^{17,18}

La familia Retroviridae comprende tres subfamilias: Oncovirinae u oncovirus; Lentivirinae o lentivirus a la que pertenece el VIH y por último, la subfamilia Spumavirinae o espumavirus.^{16,17,20,21}

A pesar de la amplia gama de enfermedades diferentes que pueden producir y del gran número de virus que pertenecen a la gran familia retrovirus, todos poseen una estructura, organización del genoma y modo de replicación similares. La denominación de retrovirus se debe a que, contrariamente a lo que suele suceder, la información genética en forma de ARN se transcribe al ADN de la célula huésped. La enzima responsable de este proceso es la transcriptasa inversa. Esta enzima es tendente a los errores, lo que provoca la elevada mutabilidad del virus.²²

Los lentivirus constituyen una subfamilia de retrovirus, pero con comportamiento biológico diferente, su nombre tiene su origen en el hecho de que producen infecciones lentas. Se han identificado lentivirus en diferentes especies de animales y en especial, en primates. En el ser humano se han hallado dos, el VIH-1 y el VIH-2 (aislado en 1985).

El VIH-1 es el más extendido y responsable de la mayor parte de casos de infección por VIH en el mundo.^{17, 18} De los subtipos de VIH-1, los de prevalencia más elevada son A,

B, C y E. No obstante, la prevalencia de los subtipos varía según distintas regiones del mundo. En este sentido, mientras que en América, Europa y Australia la mayor prevalencia se debe al subtipo B, en África Occidental, Central y Oriental al subtipo A; en África del Sur al subtipo C, en el Sudeste Asiático al E y en el sur de Asia el subtipo C.²² Si bien, la gran movilidad de la población está provocando un aumento, cada vez mayor, de infecciones mixtas en países donde varios tipos de virus están presentes.²³ A este hecho hay que añadir que no sólo existe variabilidad genética entre diferentes individuos de distintas regiones del mundo, sino que incluso en un mismo individuo existen diferencias genéticas entre la población de viriones, dando lugar a lo que se ha denominado cuasiespecies. Ello tiene implicaciones importantes, ya que la mutación del VIH de un individuo puede dar lugar al desarrollo de resistencias a los fármacos antirretrovirales y a la generación de cuasiespecies con un mayor poder replicativo y citopático, que aceleran la progresión de la infección.

El VIH tiene una estructura icosaédrica que contiene numerosas proyecciones externas de la membrana, aproximadamente setenta y dos.²² Estructuralmente es un virus que está rodeado de una membrana viral proveniente de la membrana celular de la célula humana que infectó previamente. A través de esta membrana, el virus proyecta diferentes proteínas propias, entre ellas la glicoproteína gp120 que será la encargada de contactar con el receptor CD4 del linfocito. Esta glicoproteína se encuentra unida a la estructura interior del virus a través de la llamada glicoproteína gp 41 situada en la transmembrana. Este envoltorio es una bicapa lipídica que incorpora diferentes proteínas de la célula huésped.^{17,18}

En el interior del core viral se sitúan 2 copias de ARN viral idénticas entre sí, así como dos de las enzimas que el virus necesita para comenzar la replicación: la transcriptasa inversa y la integrasa. Cada copia del ARN viral contiene 9 genes, tres de los cuales codifican la información necesaria para producir las proteínas estructurales del virus y los restantes 6 son genes reguladores que facilitan la reproducción vírica.²⁴

I.1.2 Fases de la infección

La infección por VIH y el desarrollo del SIDA pasa por una serie de fases que se describen a continuación y cuyo comienzo ocurre en el momento en el que la persona se infecta con el VIH.^{19,22}

1. Infección aguda

Una vez que se produce la infección por VIH, el virus inicia su expansión a través de tejidos y órganos del cuerpo. La persona está infectada por VIH, sin embargo, se encuentra en el denominado “periodo ventana”. Este periodo abarca las 4-12 semanas iniciales en las que no se detectan anticuerpos que hagan suponer la existencia del virus y no aparecen síntomas clínicos. Entonces comienza la extensión del virus a través del tejido linfoide, los ganglios linfáticos y el sistema nervioso. En este punto, más del 50% de los pacientes presentan un cuadro clínico muy similar al de la mononucleosis infecciosa: fiebre, cefalea, mialgias, poliadenomegalias y rash cutáneo y datos analíticos caracterizados por leucopenia, trombopenia y elevación de las enzimas de histólisis.²² Al igual que en la mononucleosis infecciosa, el cuadro se autolimita en pocos días.²⁵ Tanto si aparece síndrome mononuclear por VIH como si la primoinfección es asintomática, durante este periodo se detecta una alta replicación viral y diseminación generalizada del VIH con afectación especialmente ganglionar y sistema nervioso y con una importante caída en la cifra de linfocitos CD4. Durante este periodo aún no se ha desarrollado ninguna respuesta humoral y, por lo tanto, no es útil la prueba de ELISA VIH para el diagnóstico de la infección, llegando en este momento, al diagnóstico sólo a través de la PCR de VIH.²⁶

Pasadas cerca de 20 semanas ya se produce una respuesta inmune específica frente al VIH, que logra una disminución sustancial de su desarrollo, con disminución muy importante de la carga viral circulante y recuperación parcial de las cifras de CD4, aunque sin conseguir erradicar al virus.²⁶

Inicialmente, esta guerra parece ganada por el sistema inmune, que consigue, a los 6-12 meses, controlar la infección y mantener la carga viral en niveles bajos. Durante este tiempo se van produciendo anticuerpos específicos (aunque no eficaces) frente al

VIH, ocurre, por tanto, la seroconversión, y ello da la posibilidad de diagnosticar la infección por VIH mediante la prueba de ELISA.²⁶

El curso de esta primera fase dependerá de la virulencia de las cepas infectantes, así como de la capacidad de respuesta del sistema inmunológico de la persona. Sin embargo, una extensión más acentuada por tejidos importantes del cuerpo supondrá que pronto aparezcan los síntomas clínicos que determinarán el diagnóstico de infección por VIH.²⁵

2. Fase intermedia o crónica

En esta fase intermedia desde la infección por VIH hasta el diagnóstico de SIDA, se produce un mantenimiento de la defensa humoral y celular del sistema nervioso iniciada en la fase anterior. Los pacientes no presentan síntomas o, a lo sumo, presentan adenopatías, plaquetopenia o trastornos neurológicos de tipo leve. Este equilibrio, con un control aparentemente fácil del VIH y cifras estables de CD4 dura un tiempo prolongado, habitualmente más de 10 años. Sin embargo, el virus continúa replicándose en el cuerpo y extendiéndose por sus tejidos.²⁵

3. Fase final

La actividad replicativa elevada del virus en el cuerpo de la persona infectada es una característica importante de esta fase. La inmunosupresión, la alteración del estado general, las infecciones oportunistas y los trastornos neurológicos también la definen. Al mismo tiempo, se están produciendo déficits en las reservas de linfocitos encargadas de hacer frente al virus. Es en este momento, cuando el paciente desarrolla el SIDA. Como en las fases anteriores, la variabilidad individual y las características virológicas jugarán un papel importante en esta etapa.²⁷

I.2 Tratamiento antirretroviral

El tratamiento antirretroviral sin bien no puede erradicar la infección por VIH/SIDA, mantiene suprimida la replicación viral, incrementa el número de linfocitos CD4⁺

disminuye la morbilidad, mejora la calidad de vida y previene la transmisión sexual del VIH.²⁸

Su objetivo es reducir y mantener la carga viral plasmática por debajo de 50 copias/ml de ARN-VIH, parte superior de detección más utilizada en la práctica clínica y por debajo del cual no suelen seleccionarse mutaciones de resistencias. Pero este es solo un paso imprescindible, otros objetivos a más largo plazo son: restaurar y/o preservar la función inmunitaria, reducir la morbilidad y mortalidad relacionada con la inmunodeficiencia celular y la activación inmunitaria crónica presente en la infección por el VIH y mejorar la calidad de vida.^{28, 29} Además, otro objetivo muy importante es prevenir la transmisión del VIH.

I.2.1 Tratamiento antirretroviral de gran actividad

La base del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) reside en el empleo de una combinación de fármacos que atacan en diferentes etapas del ciclo de reproducción viral o diferentes aspectos del mismo, generando una inhibición más eficaz del proceso viral y su replicación.²⁹

Este tratamiento está formado, fundamentalmente, por una combinación de fármacos que se engloban dentro de tres grupos de antirretrovirales: inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (ITIAN o NRTI en inglés), inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos (ITINAN o NNRTI en inglés) e inhibidores de la proteasa (IP o PI en inglés), que se muestran en el Anexo I. El uso combinado de estos tres tipos de fármacos en las fases iniciales de la infección, cuando la cantidad de virus es escasa, hace que el tratamiento sea más eficaz.

Con el fin de simplificar el tratamiento, varias compañías farmacéuticas han comercializado varios antirretrovirales juntos, lo que se denomina combinaciones de antirretrovirales a dosis fijas (CADF) o “combos”. Cuando se diseña una CADF debe cumplirse una serie de premisas para asegurar su eficacia a largo plazo, como: no presentar toxicidades similares o aditivas, no requerir ajustes individuales de dosis y

Trabajo de Diploma

presentar características farmacocinéticas concordantes. Esto último se refiere no sólo a su frecuencia de administración, sino a la semivida de eliminación, muy importante cuando el paciente omite alguna dosis o interrumpe el tratamiento. Actualmente, en nuestro país, se dispone de las siguientes CADF: zidovudina/3TC (Combivir®), zidovudina/3TC/ABC (Trizivir®), TDF/FTC (Truvada®), efavirenz/TDF/FTC (Atripla®), ABC/3TC (Kivexa®) y lopinavir/ritonavir (Kaletra®).³⁰

Previo al inicio de TARGA todos los pacientes deben contar con las siguientes evaluaciones básicas, con una antigüedad no mayor a tres meses.

Evaluación por el equipo multidisciplinario: evaluación médica, entrevista de enfermería, informe social e informe psicológico.

- ✓ Recuento de linfocitos T CD4⁺.
- ✓ Carga viral.
- ✓ Pruebas de laboratorio básicas: Hemograma completo, transaminasa glutámico pirúvica (TGP), glucosa en ayunas, creatinina sérica, examen de orina, perfil lipídico y test de embarazo en mujeres en edad fértil.
- ✓ Detección de enteroparásitos: examen seriado de heces para descartar coccidias y otros parásitos intestinales.
- ✓ Detección de otras ITS: antígeno de superficie y anticuerpo core para virus de la hepatitis B, anticuerpos para virus de la hepatitis C y pruebas para el diagnóstico de sífilis (RPR, VDRL o pruebas rápidas).
- ✓ Radiografía de tórax.
- ✓ Dos baciloscopías en esputo para descarte de TB pulmonar.
- ✓ Los esquemas de tratamiento antirretroviral para pacientes nuevos, están basados en la combinación de dos medicamentos inhibidores nucleósidos/nucleótidos de la transcriptasa reversa (INTR) más un medicamento inhibidor no nucleósido de la transcriptasa reversa (INNTR). Ver Anexo II.

Trabajo de Diploma

Si está contraindicado el uso de los INNTR, o se presentan eventos adversos severos relacionados a su uso, serán reemplazados por un inhibidor de la proteasa (Lopinavir 200 mg / ritonavir 50 mg (DFC) 2 tabletas cada 12 horas, o Atazanavir 300 mg ritonavir 100mg (DFC) 1 tableta cada 24 horas, o 1 tableta de Atazanavir 300 mg más 1 tableta de Ritonavir 100 mg cada 24 horas).

La Zidovudina/Lamivudina/Nevirapina (AZT/3TC/NVP) (DFC) como esquema de inicio, debe ser utilizado solo en casos en que los esquemas alternativos estén contraindicados.

No iniciar con esquemas de tratamiento que incluyan Estavudina (d4T) o Didanosina (ddI). Pacientes que vienen recibiendo dichos medicamentos se deberá cambiar a otros medicamentos y esquemas.

Otros medicamentos requeridos para esquemas de primera línea deberán ser evaluados y autorizados por el Comité de Expertos.²⁹

En pacientes antes tratados o que abandonaron el TARGA, se deberá reiniciar el último esquema TARGA que el paciente estuvo recibiendo y realizar un control virológico al tercer mes de tratamiento. De no obtener supresión virológica se deberá realizar la prueba de genotipificación correspondiente.

En pacientes con falla virológica, los medicamentos disponibles como parte del esquema de rescate son Atazanavir, Lopinavir, Darunavir, Raltegravir, Etravirina y Maraviroc, los cuales se elegirán de acuerdo al resultado de la prueba de genotipificación para VIH.

Para el uso de medicamentos como Darunavir, Raltegravir, Etravirina y Maraviroc, se requiere la autorización del Comité de Expertos en Atención Integral del adulto con Infección por VIH.

Cuando se considere el uso de Abacavir se deberá contar previamente con un resultado de la prueba de HLA *5701 negativo, la cual se solicitará al INS.³⁰

I.2.2 Efectos adversos de algunos antirretrovirales

Zidovudina (AZT): cefalea, insomnio, náuseas, vómitos, diarrea, malestar abdominal, hiperpigmentación cutánea, erupciones, fiebre, malestar general, anemia, supresión de la médula ósea, neutropenia, problemas renales, pérdida de apetito, heridas en la boca.

Lamivudina (3TC): neuropatías periféricas, pancreatitis, anemia, neutropenia y trombopenia, cefaleas, náuseas, diarrea, malestar abdominal, erupciones, fiebre, escalofríos, pérdida del apetito, mala digestión, depresión. Puede alterar las transaminasas, la amilasa y la lipasa.

Estavudina (d4T): neuropatía periférica que es dosis-dependiente, con entumecimiento, hormigueo o dolor en los pies o las manos (reversible), cefalea, mareos, depresión, ansiedad, insomnio. Diarrea, estreñimiento, astenia, vómitos, dolor abdominal, erupciones, artralgias, dolores musculares, pancreatitis, hepatitis, síndrome lipodistrófico (redistribución/acumulación de la grasa corporal en áreas como la nuca, los senos, el abdomen y el retroperitoneo, resistencia a la insulina y dislipidemia).³¹

Nevirapina: El principal efecto colateral es la urticaria localizada, cuando es muy intensa se debe suspender el medicamento, pero si es leve puede ser a tratamientos sintomático, en algunos casos esta urticaria puede convertirse en síndrome de Stevens- Johnson.

Lopinavir/Ritonavir: comercializado como **Kaletra®**: problemas gastrointestinales (náusea, diarrea y vómitos), la principal preocupación es la posibilidad de desarrollo de diferentes grados de dislipidemia y resistencia a la insulina (con consiguientes disturbios metabólicos) después de cierto tiempo.

Indinavir: Se tolera bien, su efecto adverso más importante es la nefrolitiasis, que se presenta en el 5% de pacientes, durante el primer año de tratamiento la indicación para disminuir o evitar este problema es beber un promedio de dos litros de líquidos al

día; entre otros efectos secundarios se describen dolor abdominal, náuseas, vómitos, y elevación de la bilirrubina. **Saquinavir:** Dentro de sus principales efectos secundarios se encuentran las náuseas, diarreas, malestar abdominal.

Fosamprenavir: En el organismo es metabolizado para formar amprenavir, el cual es el ingrediente activo. Es en realidad una versión de amprenavir de liberación lenta, lo cual reduce la cantidad de comprimidos necesarios. Debe administrarse siempre con ritonavir como potenciador.³²⁻³⁵

I.3 Adherencia terapéutica.

I.3.1 Adherencia terapéutica. Concepto

Desde la perspectiva de salud, se definió con el nombre de “adherencia” el conjunto de prácticas sanitarias que favorecen la ingesta de la medicación y el control del tratamiento antirretroviral, centrándose en el logro de una mejor calidad de vida para las personas afectadas.³⁶

La adherencia se convierte así, en una forma de abordar los modos en que cada persona gestiona su enfermedad en el marco de su vida cotidiana, como sigue las indicaciones de su tratamiento dentro de su rutina. El término adherencia terapéutica es usado para denotar el grado en que una conducta (en términos de tomar medicamentos, seguir dietas o ejecutar cambios en el estilo de vida) coincide con la indicación médica o de la salud.³⁷ El empleo de la palabra adherencia en lugar de cumplimiento proviene de diversos autores que argumentan que el término cumplimiento connota a un paciente pasivo que sigue fielmente las indicaciones e instrucciones del profesional al cuidado de la salud.³⁸ El término adherencia implica un papel activo, voluntario y colaborativo en el plan de tratamiento que incorpora las creencias y actitudes del paciente.³⁹

I.3.2 Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad

El objetivo de la terapia de gran actividad (TARGA) es la supresión profunda y duradera de la replicación viral.³⁸ Es conocido que, diariamente, el VIH produce alrededor de

1010 viriones en cada persona infectada. Si no se asegura la existencia de concentraciones terapéuticas de los fármacos, suficientes para inhibir esta replicación, la aparición de resistencias es altamente probable. Entre los numerosos factores que pueden contribuir a la no consecución de los objetivos terapéuticos deseados destaca, por su necesidad, la adherencia incorrecta al tratamiento.

La adherencia al tratamiento antirretroviral puede definirse como: “la habilidad de la persona en la elección, comienzo, manejo y mantenimiento de la combinación farmacológica con el fin de controlar la replicación viral del virus y mejorar su sistema inmune”³⁸ o como “la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del tratamiento antirretroviral, que permita mantener su cumplimiento riguroso con el objetivo de conseguir una adecuada supresión viral”.⁴⁰

I.3.3 Factores que influyen en la adherencia.

Se han realizado diversos estudios para identificar los determinantes de la adherencia a los antirretrovirales y así poder reducir la no-adherencia. Entre la gran cantidad de factores relacionados a la adherencia, el equipo de salud puede trabajar sobre las propias habilidades del paciente (auto-eficacia o confianza) para adherirse a un plan terapéutico e incorporarlo a su rutina diaria, este trabajo en conjunto permite conseguir un mejor resultado terapéutico. Estos factores se agrupan en:

A. Factores relacionados con el individuo:

- Características sociodemográficas: edad, género, nivel cultural, situación económica, domicilio fijo y soporte social.

B. Factores de carácter psicológico: ansiedad, depresión y estrés.

- Adicción activa a drogas y/o alcohol.
- Actitudes y creencias de los pacientes respecto a la medicación, la enfermedad y el equipo asistencial.
- La capacidad del paciente para entender la relación entre adherencia y el surgimiento de resistencias a los antirretrovirales.

C. Características de la enfermedad:

Infección asintomática o sintomática

- Presencia de enfermedades oportunistas

D. Régimen terapéutico.

- La adherencia al tratamiento antirretroviral disminuye cuando aumenta la complejidad del mismo.
- Interferencia con los hábitos, horario de trabajo o ciertos momentos en el contexto de la vida social del paciente, por lo cual se sugiere la importancia de adecuar el tratamiento a las necesidades y estilo de vida del paciente.
- Requerimientos dietéticos.
- Aparición de efectos adversos.

E. Equipo asistencial y sistema sanitario.

- La relación que se establece entre el equipo asistencial y el paciente es de suma importancia: La confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad son factores que influyen de manera favorable.
- Factores relacionados con el sistema sanitario: accesibilidad al centro, disponibilidad de transporte, disponibilidad de guarderías y conveniencia con los horarios también pueden influir en la adherencia.^{41,42}

I.3.4 Medida de la adherencia.

Evaluar la adherencia al TARGA de forma precisa no es una tarea sencilla. A pesar de la necesidad de una medición rigurosa de la adherencia al TARGA, hasta el momento, no existe un método ideal para evaluarla, por lo que es recomendable emplear más de

una estrategia. El método ideal debería ser altamente sensible y específico, permitir una medida cuantitativa y continua, ser fiable y reproducible, rápido y económico.³⁷

Además de no existir un método ideal para evaluar la adherencia, su medida presenta otras dos dificultades: 1/ la cantidad mínima de TARGA que el paciente necesita ingerir para conseguir la máxima eficacia del tratamiento no está claramente establecido;^{42,43} y 2/ el TARGA suele estar formado por varios medicamentos, por lo que es necesario estimar la adherencia a cada uno de ellos.

Aunque en muchas investigaciones se trata a la adherencia al TARGA como una variable dicotómica (adherencia vs. no adherencia), la adherencia es una variable continua que puede oscilar entre un porcentaje de 0 a más de 100, dado que en alguna ocasión los pacientes pueden ingerir más de la medicación prescrita.

Los métodos existentes para evaluar la adherencia se pueden agrupar en dos grandes grupos: técnicas directas y técnicas indirectas.⁴⁴ Las técnicas directas están representadas, casi exclusivamente, por la determinación directa del fármaco en plasma. Aunque se considera el método más objetivo, la gran variedad intra e interindividuales existente, dificulta la interpretación de los resultados y el establecimiento de un umbral estándar que permita clasificar a los pacientes.⁴¹

Por otro lado, al precisar para su determinación la presencia de expertos en la materia, hace que constituya un método poco práctico para poderlo aplicar de forma sistemática en la atención diaria de los pacientes, así como un método más caro y que no informa de la adherencia a un determinado fármaco los días o semanas previas a la determinación.^{45,46}

Las técnicas indirectas son varias, en ellas se incluyen:^{43,47}

- Autoinforme. Es la medida más empleada para medir la adherencia al TARGA porque es una estrategia fácil de emplear, de bajo coste y, además, se puede utilizar en una gran variedad de situaciones, tanto clínicas como de investigación. Entre sus inconvenientes se encuentran que suele sobrestimar la adherencia y que

evalúa la adherencia en un momento distinto de cuando se produjo, por lo que variables como la deseabilidad social, los olvidos y el estado de ánimo pueden afectar los resultados. Existen múltiples cuestionarios; posiblemente el más empleado es la escala ACTG *adherence questionnaire*.

- Dispositivo electrónico de monitorización. Consiste en un tapón que tiene incorporado un microprocesador que detecta el día y la hora en que éste se abre. Aunque aporta una información muy detallada, entre sus inconvenientes se encuentran: el elevado coste del sistema y que sólo es aplicable a pacientes motivados (requiere el transporte de envases grandes en todo momento). Por otro lado, a pesar de su precisión, es posible manipular los resultados dado que la apertura del envase no implica necesariamente la ingesta de la medicación.
- Registro de dispensación de medicación. Es un sistema sencillo ya que, en el momento actual, los fármacos antirretrovirales son especialidades farmacéuticas, correspondiendo su dispensación a los servicios de farmacias hospitalaria y comunitaria. Los registros se realizan de forma rutinaria, independientemente de que se aborden estudios de adherencia. No obstante, hay que tener en cuenta que disponer de la medicación no implica necesariamente tomarla o hacerlo de forma adecuada, si bien, el no acudir al servicio de farmacia, de forma regular, suele predecir significativamente un problema de adherencia. Aunque no acudir a recoger la medicación, también puede indicar otros motivos, como un ingreso hospitalario o la posibilidad excepcional de que el paciente obtenga los medicamentos antirretrovirales de otra forma diferente a la dispensación personalizada en el servicio de farmacia (ej. Compartir medicamentos con su pareja, otros familiares o entorno social).
- Recuento de medicación sobrante. Aunque este método es difícil de aplicar ya que requiere, por una parte, la voluntad del paciente de devolver la medicación sobrante y por otra, la disponibilidad de personal suficiente en el servicio de farmacia para contar las unidades devueltas, algunos autores, tras comparar este

método con otros métodos indirectos encuentran que es el que permite obtener resultados más fiables.

- **Carga viral.** Muchos estudios han encontrado una correlación elevada entre el descenso de la carga viral y la adherencia al tratamiento cuando ésta ha sido evaluada por otro método. Si bien, el no alcanzar la supresión de la replicación viral o una vez alcanzada, observar un rebrote de la misma, puede deberse no sólo a la falta de adherencia, sino también, a un fracaso terapéutico. Por otro lado, algunos pacientes pueden omitir dosis de determinados fármacos de la combinación y obtener resultados favorables a corto plazo. Además, la situación clínica y el resultado virológico e inmunológico no deberían considerarse métodos de estimación de la adherencia, sino más bien, una consecuencia de ésta. En este sentido, los estudios de adherencia deberían considerar, sistemáticamente, la relación entre sus resultados y los resultados virológicos de forma prospectiva.
- **Datos analíticos.** Algunos datos analíticos obtenidos de rutina pueden hacer sospechar de un mal cumplimiento. Por ejemplo, la zidovudina produce elevación del volumen corpuscular medio o la didanosina aumenta los niveles de ácido úrico. En pacientes tratados con algunos de estos fármacos y que no sufran alteraciones de estos parámetros, se debe sospechar de una baja adherencia. Sin embargo, en el momento actual, estos métodos no son manejables por presentar diversos inconvenientes, entre otros, que no permiten cuantificar el grado de cumplimiento, la existencia de variabilidad interindividual a estas alteraciones analíticas y la necesidad de controlar otros factores que también puedan alterar los parámetros bioquímicos mencionados, además de no proporcionar información de otros antirretrovirales de la combinación antirretroviral prescrita.

I.3.5 Estrategias para mejorar la adherencia

Identificadas las causas de la falta de adherencia, se requiere la elaboración de planes de intervención para mejorarla (estrategias de intervención), así se han identificado tres tipos de intervenciones:

A. Estrategias de apoyo y ayuda.

Están dirigidas al paciente, y se centran en la educación sanitaria, la comunicación y el apoyo psicosocial. Es fundamental que las personas que integren el equipo multidisciplinario de atención al paciente con VIH, tengan la capacidad para trabajar en conjunto. Hay una mayor posibilidad de éxito si los pacientes se involucran con el equipo de salud, siendo conscientes de su responsabilidad y de la importancia de la relación paciente–profesional de salud. Así mismo se debe alentar al paciente para que este asuma un rol activo en su propio plan de tratamiento.

Estrategias de intervención.

Se ha demostrado que las intervenciones que abarcan los componentes cognitivos, conductuales y afectivos son más eficaces que las intervenciones que se centran en uno sólo de estos aspectos. Estas estrategias incluyen la información y educación del paciente. Las estrategias de intervención individualizadas, se basan en estrategias psicoeducativas y de asesoramiento personal, esto permite adaptar el esquema de tratamiento antirretroviral a los hábitos de vida del paciente proporcionando así estrategias de resolución de problemas. El profesional de la salud debe brindar confianza, servir como educador, fuente de información, soporte y monitorización.

Una de las estrategias más apoyadas para mejorar la “adherencia” es la mejora de la relación médico-paciente. La cordialidad y la accesibilidad del médico, la mejora de habilidades educativas, tener en cuenta las dimensiones espirituales y psicológicas pueden ser muy importantes para los pacientes.

B. Estrategias en la pauta terapéutica

Dirigidas para reducir la complejidad de la administración o la toma de medicamentos. Estas estrategias incluyen la co-formulación de varios principios activos en una sola forma de dosificación, medicamentos que pueden ser administrados una vez al día; estrategias que favorecen el recuento de la toma de los medicamentos: pastilleros,

Trabajo de Diploma

alarmas, sistemas de beepers, adicional a una serie de formatos diseñados para facilitar la adherencia a los mismos.^{48,49}

Capítulo 2



Capítulo II. Materiales y métodos

II.1- Características generales de la investigación

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y longitudinal con el objetivo de evaluar la adherencia al tratamiento antirretroviral de los pacientes con retrovirosis crónica desde una consulta distrital que brinda asistencia en el policlínico Julián Grimaú de Santiago de Cuba. La investigación se desarrolló en el período comprendido desde febrero a mayo del 2019.

II.1.1- Selección de la muestra de estudio

Universo de estudio y muestra

El universo del estudio estuvo conformado por 111 pacientes diagnosticados con retrovirosis crónica, que reciben asistencia en una consulta distrital brindada en el Policlínico Julián Grimaú y que estaban dispensarizados en la Farmacia Garzón 1 de Santiago de Cuba. Para la selección de la muestra de pacientes a participar en la investigación se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

- **Criterios de inclusión:** pacientes adultos de ambos sexos, comprendidos entre los 18 y 59 años de edad, que acudieron a la consulta especializada en el Policlínico Julián Grimaú, estaban dispensarizados en la Farmacia Garzón 1 de Santiago Cuba en el período de la investigación y dieron su consentimiento para la participación en la investigación.
- **Criterios de exclusión:** pacientes con algún trastorno que impidió la recolección de la información.
- **Criterios de salida:** aquellos pacientes que por su propia voluntad decidieron no continuar su participación en el estudio.

II.1.2- Aspectos éticos de la investigación

Trabajo de Diploma

Se le explicó a todo paciente o intermediario (familiar, acompañante), previa a la inclusión, los objetivos de la investigación, los beneficios que los resultados aportarían a los pacientes y su repercusión en la Asistencia Médica. También se les dio a conocer en qué consiste la investigación. Para constancia de su aceptación se utilizó un documento de Consentimiento informado (Anexo III).

II.2- Metodica de la investigación

II.2.1- Caracterización de la muestra objeto de estudio

Los pacientes incluidos en el estudio se caracterizaron teniendo en cuenta las variables biosociales (edad, sexo, nivel de escolaridad y hábitos no saludables), clínicas (nivel de los linfocitos TCD4, carga viral y enfermedades asociadas) y farmacoterapéuticas (línea terapéutica y cantidad de medicamentos consumidos). Los datos se recogieron en una planilla de recolección de datos (Anexo IV).

Variables Bio-sociales

Edad: variable que expresa el número de años cumplidos en los pacientes. Se agrupó de la siguiente forma.

Grupos de edades: De 18 a 28 años, de 29 a 39 años, de 40 a 50 años y de 51 a 59 años.

Sexo: según sexo biológico de los pacientes se clasificó en:

Femenino () Masculino ()

Nivel de escolaridad: según nivel escolar vencido

Primario, Secundario, Preuniversitario, Universidad.

Hábitos no saludables: consumo frecuente de café, tabaco, alcohol.

Variables clínica

Lilian de la Caridad Cisneros López

Trabajo de Diploma

Nivel de linfocitos TCD4: variable categórica que indica el nivel de linfocitos TCD4 en sangre, se clasifican en:

- <200 células/mm³
- 201-350 células/mm³
- >350 células/mm³

Carga viral: variable categórica que indica el nivel de virus en sangre, se clasifican en:

- <400 copias ARN-VIH-1/ml
- 401-50000 copias ARN-VIH-1/ml
- >50000 copias ARN-VIH-1/ml

Enfermedades asociadas: se consideraron todas las enfermedades asociadas que presentaron los pacientes, reflejadas en las historias clínicas y/o declaradas por ellos.

Variables farmacoterapéuticas:

Líneas Terapéuticas para adultos y adolescentes

Esta variable se evaluó a partir del protocolo de tratamiento establecido que recoge las líneas terapéuticas para el manejo de pacientes con VIH/SIDA.⁵⁰

Primera Línea

Se emplearon para iniciar los tratamientos esquemas basados en tres inhibidores de la reverso transcriptasa: 2 nucleótidos (AN) + 1 no nucleósido (NN)

1. AZT (zidovudina) + 3TC (lamivudina) + NEV (nevirapina)
2. AZT (zidovudina) + 3TC (lamivudina) + EFV (efavirenz)

Lilian de la Caridad Cisneros López

3. TDF (tenofovir) + 3TC (lamivudina) + NEV (nevirapina)

4. TDF (tenofovir) + 3TC (lamivudina) + EFV (efavirenz)

Segunda Línea

Se conformó por esquemas que incluían 2 inhibidores nucleósidos (AN) + 1 inhibidor de proteasa potencializado con ritonavir.

1. ABC (abacavir) + 3 TC + LPV/r lopinavir/ritonavir

2. TDF (tenofovir) + 3TC + ATV/r (atazanavir + ritonavir)

3. ATZ (zidovudina) + 3TC + SQV/r (saquinavir + ritonavir) IND/r (indinavir + ritonavir)

Tercera Línea

Los medicamentos de esta línea son indicados a pacientes que presentan fracaso a tres o más esquemas, previa discusión y aprobación por el Comité Nacional de Evaluación de Tratamiento, el cual incluye para tal decisión estudios de resistencia.

Pertencen a la tercera línea el darunavir, tipranavir, enfuvirtide y raltegravir.

Número de medicamentos: se consideraron aquellos medicamentos que los pacientes consumen regularmente, incluyendo los suplementos vitamínicos. Se agruparon en: 1-4 medicamentos, 5-8 medicamentos, ≥ 9 medicamentos.

II.2.2- Determinación de la adherencia al tratamiento antirretroviral

Para determinar la adherencia al tratamiento se aplicó el cuestionario de Magaña Lasalle⁵¹ (Anexo V) que ha sido diseñado y previamente validado para su empleo en el contexto de salud cubano. El mismo consta de 24 ítems. Tiene una puntuación mínima de 24 puntos y máxima de 120 puntos, estableciéndose así los niveles de adherencia:

- Adherencia alta: > 86 puntos

- Adherencia moderada: 77-86 puntos
- Adherencia baja:< 76 puntos

II.2.3- Valoración de los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antirretroviral

Se identificaron los factores que influyen en el no cumplimiento terapéutico en los pacientes, para una mejor comprensión se clasificaron los mismos en:

Factores relacionados con el paciente

- Variables demográficas.
- Nivel de conocimiento de la enfermedad.
- Nivel de conocimiento del tratamiento.

El nivel de conocimiento se evaluó usando como herramienta el Cuestionario según el Procedimiento Normalizado de Trabajo de Seguimiento Farmacoterapéutico⁵² (Anexo VI).

Conocimiento de la enfermedad: comprende las preguntas desde la número 1 hasta la número 5, con un valor de 2 puntos cada uno para un total de 10. Se consideró el conocimiento del paciente como:

- Bajo: Cuando el resultado de la encuesta en el paciente es de menos de 4 puntos, mostrando desconocer los aspectos más generales de su enfermedad.
- Medio: Cuando el resultado de la encuesta en el paciente estuvo entre 4 y 7 puntos, mostrando conocer los aspectos más generales de su enfermedad.
- Alto: Cuando el resultado de la encuesta en el paciente es mayor de 7 puntos, mostrando conocer los aspectos importantes de su enfermedad.

Conocimiento del tratamiento: comprende las preguntas desde número 10 hasta la número 16, con un valor de 2 puntos cada uno para un total de 14. Se consideró el conocimiento relacionado con el tratamiento como:

Trabajo de Diploma

- Bajo: Cuando el paciente alcanza menos de 7 puntos en la encuesta
- Medio: Cuando el paciente alcanza ente 7 y 10 puntos en la encuesta.
- Alto: Cuando el paciente alcanza más de 10 puntos en la encuesta

Factores que dependen del régimen terapéutico:

- Líneas de tratamiento (primera línea, segunda línea y tercera línea)
- Cantidad de medicamentos consumidos (1-4 medicamentos, 5-8 medicamentos, ≥ 9 medicamentos)

Factores que dependen del servicio farmacéutico:

- Accesibilidad de los recursos:

Adecuada: Cuando el paciente puede llegar sin problemas al Servicio Farmacéutico.

No Adecuada: Cuando el paciente presenta limitaciones para acudir al Servicio Farmacéutico.

- Disponibilidad de recursos: se obtiene a partir del informe semanal de faltas de medicamentos

Adecuada: Cuando el medicamento antiviral estuvo abastecido para 30 días, de acuerdo a la necesidad de cada paciente.

No Adecuada: Cuando el medicamento antiviral estuvo desabastecido, de acuerdo a la necesidad de cada paciente.

II.2.4 Realización de las intervenciones educativas correspondientes a partir de las necesidades educativas detectadas

Para la realización de las intervenciones educativas en los pacientes estudiados se definieron primeramente las necesidades de cada uno en función de los resultados de las entrevistas realizadas, dilucidando los aspectos clínicos-terapéuticos que precisaron los

enfermos. El tipo de intervención fue escogida en dependencia de las características médico-sociales de cada paciente y se realizaron en la consulta distrital que brinda asistencia en el policlínico` Julián Grimaú` de Santiago de Cuba.

II.3-Técnicas de obtención de la información y procesamiento de los resultados

II.3.1- Obtención de la información

Para el desarrollo de la investigación se recogieron por escrito el consentimiento informado de cada paciente (Anexo III), los datos de la caracterización de la muestra registrada en una planilla de extracción de datos confeccionada al efecto (Anexo IV). Se utilizaron además la Historia Clínica (HC) de los pacientes como fuente secundaria para completar la información de las variables en estudio. La determinación de la adherencia terapéutica y la valoración de los factores que influyen en la misma, se realizaron a partir de la entrevista a cada paciente en el servicio (Anexo V). Para definir las necesidades educativas se analizaron los resultados de la investigación tomando como base la planilla de recolección de datos, la HC y la entrevista realizada.

II.3.2- Procesamiento de la información

Se realizó un análisis descriptivo de los resultados que se obtuvieron. Se confeccionaron tablas y gráficos mediante herramientas de Microsoft Office 2013.

Para establecer la significación estadística entre adherencia terapéutica y los factores que influyen en la misma, se utilizó el test Chi cuadrado (χ^2), estableciendo un nivel de significación para $p \leq 0,05$. Se empleó para ello el paquete estadístico SPSS, versión 18.0 sobre Windows.



Capítulo 3

Capítulo III. Resultados y Discusión

III.1 Caracterización de la muestra teniendo en cuenta variables biosociales, clínicas y farmacoterapéuticas

En el estudio participaron 57 pacientes. El 26% perteneció al sexo femenino y el 74% al sexo masculino como se observa en la tabla I. Estos resultados están en correspondencia con lo reportado por otros autores, entre ellos Acosta y colaboradores⁵³ plantean que el 87% de los pacientes eran hombres y dentro de ellos la mayoría eran hombres que tienen sexo con otros hombres. Por otra parte, Tafur Valderrama⁵⁴ en un Seguimiento Farmacoterapéutico realizado a pacientes con VIH/SIDA reportó que el 90.4 % de los participantes fueron del género masculino.

Tabla I. Distribución de pacientes por grupos de edad y sexo

Edad (años)	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
18-28	4	7	5	9	9	16
29-39	9	15	16	28	25	44
40-50	2	4	12	21	14	24
51-59	-	-	9	16	9	16
Total	15	26	42	74	57	100

N: número de pacientes

Fuente: Planilla de recolección de datos y entrevistas realizadas.

Se obtuvo un predominio de pacientes cuyas edades oscilaron entre los 29 y 39 años con un total de 25, que representan un 44% de la muestra (tabla I). Esto puede deberse a que existe un desplazamiento visible de la epidemia hacia edades más adultas, coincidiendo con lo registrado a nivel mundial, de que son precisamente los jóvenes y los de mediana edad, los más expuestos a esta infección, debido a que tienen una vida sexualmente activa.⁵³

Trabajo de Diploma

La muestra se caracterizó por el predominio del nivel escolar preuniversitario con 70%, representado en la figura 1. Otras investigaciones como las de García-Falcón⁵⁵ y la de García –Roche⁵⁶, realizadas en el contexto de salud cubano han obtenido este resultado. Este hallazgo está en correspondencia con el alto nivel de instrucción de la población cubana, como resultado de la importancia que el gobierno de la República de Cuba concede a la plena realización del derecho de los ciudadanos, apoyado en el principio del carácter masivo y con equidad de la educación sin distinción de edades, sexo, raza y religión. Sólo 26% tienen un nivel de escolaridad secundaria. Este parámetro influyó a la hora del lenguaje a utilizar en la entrevista y en las intervenciones educativas realizadas a los pacientes.

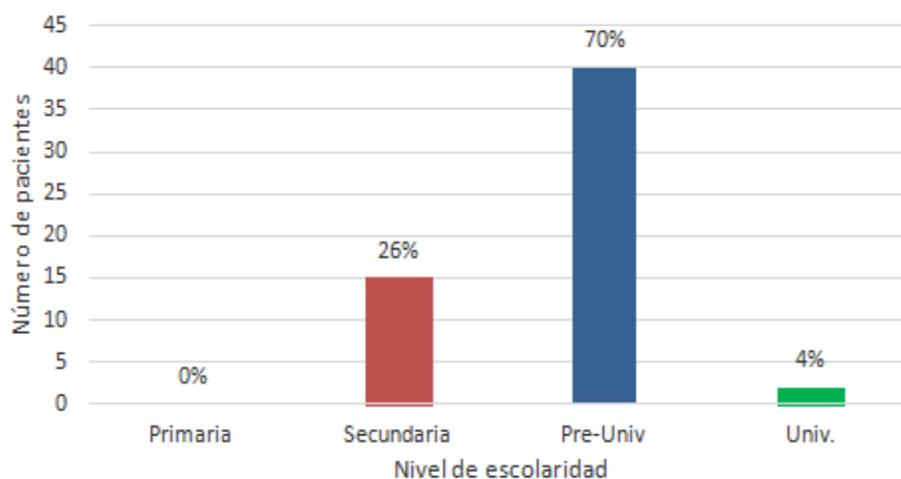


Figura 1. Pacientes según nivel de escolaridad

Fuente: Planilla de recolección de datos y entrevistas realizadas.

En esta investigación, predominó el consumo de café en 22 pacientes, lo que representa un 39% del total de la muestra, figura 2. Estudios realizados reafirman los beneficios del café en personas coinfectadas por el VIH, los investigadores hallaron que beber, al menos, tres tazas al día reducen a la mitad el riesgo de fallecimiento por cualquier causa. Asocian el consumo del café a una mayor longevidad, protección frente a la mayor parte de enfermedades cardiovasculares, respiratorias e infecciosas, y que tiene capacidades

protectoras frente a diversas enfermedades.^{57,58} Otro estudio encontró que la cafeína se asoció con un mayor recuento de linfocitos CD4 y una menor carga viral de VIH, lo que refleja los efectos beneficiosos sobre la progresión de la enfermedad.⁵⁹

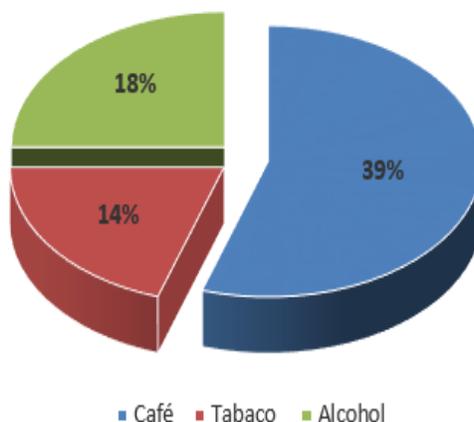


Figura 2. Incidencia del consumo de café, tabaco y alcohol

Fuente: Planilla de recolección de datos y entrevistas realizadas

Sólo 10 pacientes consumían alcohol representando un 18% del total de la muestra (figura 2). El consumo de alcohol, por sí solo, es un factor independiente asociado a la infección por VIH, produce cambios conductuales que pueden favorecer la exposición de riesgo de las personas, tanto varones como mujeres, especialmente en su sexualidad.⁵⁹ Asimismo, otros estudios han mostrado que la ingesta de grandes cantidades de alcohol está asociada a falla en la adherencia al tratamiento a largo plazo como es el caso del VIH, por lo que es necesario la aplicación de otras estrategias para evitar el desarrollo de formas resistentes del virus.⁶⁰ El consumo de alcohol daña aún más el sistema inmunitario y empeora la infección por el VIH. También interactúa con los medicamentos antirretrovirales aumentando los efectos secundarios peligrosos.⁶¹

Sólo ocho pacientes con retrovirocrosis crónica eran fumadores, lo que representa un 14% del total. Estas personas infectadas pierden más años de vida por fumar que por el VIH. El tabaco debilita el sistema inmunológico, puede dificultar la lucha contra las infecciones

relacionadas, en especial, las infecciones pulmonares. También puede afectar la capacidad del hígado de procesar los medicamentos y agravar las enfermedades hepáticas.⁶² Las personas que presentan esta enfermedad y fuman tienen más probabilidades de contraer otras dolencias graves, puede ser que se sienta demasiado enfermo para trabajar o incluso pueden causar la muerte prematura. Entre estas se encuentran enfermedad pulmonar obstructiva crónica, una enfermedad pulmonar grave que causa serios problemas para respirar, e incluye enfisema y bronquitis crónica, enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares, cáncer de pulmón, de cabeza y cuello, cáncer de cuello uterino y del ano.⁶³

Con respecto a las variables clínicas este estudio confirma un grado de inmunodeficiencia baja en la muestra (Tabla II), teniendo en cuenta que las cifras de linfocitos TCD4 fueron en lo general mayores de 350 células/mm³ con una carga viral entre 401-50000 copias ARN-VIH-1/ml (Tabla II). Sólo nueve pacientes presentaron un recuento de linfocitos menor de 200 células/mm³ y una carga viral mayor de 50000 copias ARN-VIH-1/ml estos resultados podrían estar asociados a una baja adherencia al tratamiento antirretroviral.

Tabla II: Nivel de linfocitos TCD4 y carga viral en los pacientes

Nivel de linfocitos TCD4	Carga viral (copias ARN-VIH-1/ml)							
	<400		401-50000		>50000		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<200 células/mm ³	-	0	1	2	8	14	9	16
201-350 células/mm ³	2	4	3	5	10	17	15	26
201-350 células/mm ³	7	12	17	30	9	16	33	58
Total	9	16	21	37	27	47	57	100

N: número de pacientes

Fuente: Historia clínica de los pacientes.

El tratamiento antirretroviral conduce a la supresión viral y a la recuperación inmunológica, lo cual se traduce, en un incremento en los niveles de células TCD4. La extensión de la recuperación depende del grado de compromiso previo al inicio de la terapia antirretroviral.^{64,65}

Se considera una adecuada respuesta a la terapia antirretroviral a un incremento en el conteo absoluto de células TCD4 en un rango de 50 a 150 cél/mm³ por año, con una respuesta acelerada en los primeros 3 meses. Incrementos subsecuentes en pacientes con adecuado control virológico muestran un incremento en 50 a 100 cél/mm³ por año hasta que se alcanza la estabilización.⁶⁶ Cuando la terapia antirretroviral se interrumpe ocurre un rápido rebote de la carga viral y una caída en el conteo absoluto de células TCD4. La reducción ocurre de manera habitual a razón de 100 a 150 cél/mL en 3 o 4 meses,^{67,68} por eso es necesario mantener una adherencia alta a los medicamentos antirretrovirales y así lograr un nivel de linfocitos TCD4 por encima de 350 células/mm³ y una carga viral baja, mejorando de este modo el sistema inmunológico para combatir las enfermedades y así la calidad de vida de cada paciente.

La figura 3 muestra el predominio de la hipertensión arterial (HTA) entre las enfermedades que padecían los pacientes, asociadas a la retrovirosis, seguida del asma y la diabetes mellitus. La mayoría de los pacientes, el 74% no presentaban enfermedades crónicas no transmisibles, lo cual pudiera explicarse por las edades de los pacientes de la muestra, que en su mayoría oscila entre los 29 y 50 años y estas enfermedades son más prevalentes en adultos mayores.⁶⁹

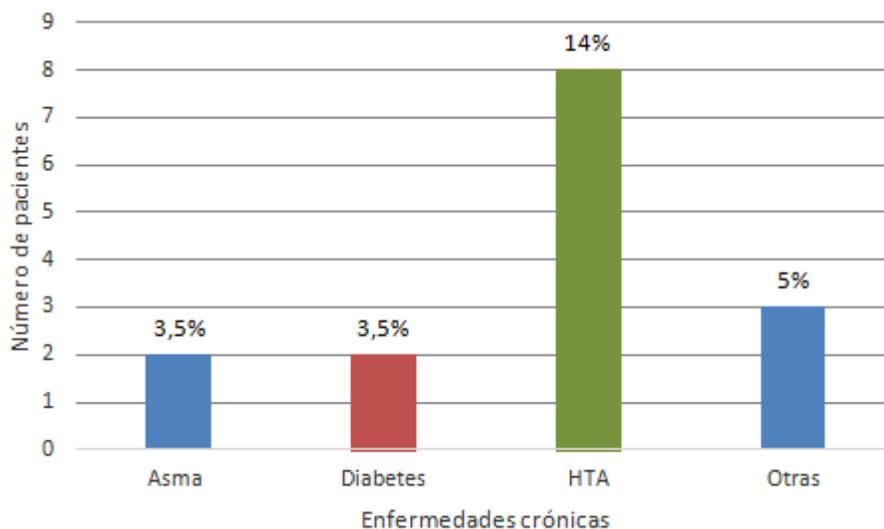


Figura 3. Enfermedades asociadas en los pacientes con retrovirosis

Fuente: Historia clínica de los pacientes

La HTA es un factor de riesgo muy frecuentes en esta población, principalmente en aquellas que consumen tabaco. Esto se ha acompañado de la aparición de problemas previamente no descritos en este tipo de pacientes, muchos de ellos relacionados con el propio Targa. El efecto que ejerce sobre el endotelio la infección y la frecuente asociación de alteraciones lipídicas y del metabolismo hidrocarbonado, ha despertado la preocupación en el impacto que sobre la morbimortalidad cardiovascular pudieran ejercer estas alteraciones a largo plazo en el paciente infectado por retrovirosis crónica.⁷⁰ Estudios realizados demuestran que las personas con retrovirosis crónica tienen más probabilidades de tener diabetes tipo 2 que las personas sin el VIH. El uso de algunos antirretrovirales puede aumentar el riesgo de tener la diabetes, por lo que es necesario realizar un examen de la concentración de glucosa en la sangre antes de comenzar a tomar medicamentos contra el virus. Los que presenten concentraciones de glucosa superiores a las normales quizás necesiten dejar de tomar algunos medicamentos contra el virus y más bien reemplazarlos por otros apropiados.^{71,72}

Los esquemas de tratamiento antirretroviral usados por los pacientes del estudio aparecen representados en la tabla III. El 57,9% de los pacientes tenían prescrita la

primera línea. Este resultado coincide con un estudio realizado en pacientes atendidos en la consulta especializada del Hospital del Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí" donde se obtuvo como resultado que la combinación mas empleada fue: Lamivudina (3TC)/ Nevirapina (NVP)/ Zidovudina (AZT) con 22/40 pacientes⁷³, otra investigación realizada en el año 2014 también demostró la primera línea de tratamiento como la más empleada en un total 120 enfermos.⁷⁴ Este esquema está basado en tres inhibidores de la reverso transcriptasa: 2 nucleótidos (AN) + 1 no nucleósido (NN) y se utiliza para iniciar los tratamientos.^{50,71,72}

Tabla III. Líneas terapéuticas y esquemas de tratamientos utilizados

Líneas terapéuticas / esquemas de tratamiento	Total de pacientes	%
1ra línea de tratamiento		
AZT (zidovudina) + 3TC (lamivudina) + NEV (nevirapina)	22	38,6
AZT (zidovudina) + 3TC (lamivudina) + EFV (efavirenz)	6	10,5
TDF (tenofovir) + 3TC (lamivudina) + NEV (nevirapina)	1	1,8
TDF (tenofovir) + 3TC (lamivudina) + EFV (efavirenz)	4	7,0
Total	33	57,9
2da línea de tratamiento		
ABC (*) (abacavir) + 3TC + LPV/r lopinavir/ritonavir (kaletra)	7	12,3
TDF (tenofovir) + 3TC + ATV/r (atazanavir + ritonavir)	8	14,0

Total	15	26,3
3ra línea de tratamiento		
(tenofovir + emcitabina) trubada	6	10,5
(Efavirenz + Tenofovir + Emcitabina) atripla	3	5,3
Total	9	15,8
Total General	57	100

Fuente: planilla de recolección de datos y entrevistas realizadas.

En esta primera línea de tratamiento según la bibliografía los inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa son profármacos que poseen un mecanismo competitivo con los nucleósidos o nucleótidos fisiológicos, de los que difieren únicamente en pequeños cambios en la molécula de ribosa. Los INTR se incorporan a la cadena de ADN viral, interrumpiendo la elongación de la misma y como consecuencia, inhiben la replicación viral. De acuerdo a su estructura molecular se pueden dividir en análogos de bases púricas: adenosina (didanosina) y guanosina (abacavir) y análogos de bases pirimidínicas: timidina (zidovudina y estavudina) y citidina (emtricitabina, lamivudina). Estos fármacos requieren tres fosforilaciones en el interior de la célula para activarse. En cambio, tenofovir es un análogo de nucleótidos (análogo de adenina), por lo que requiere una fosforilación menos para activarse.⁷⁵

Los inhibidores no nucleosídicos de la transcriptasa reversa a diferencia de los INTR, se caracterizan por ser drogas activas, actuar a través de un mecanismo no competitivo y en términos moleculares, se unen directamente y de manera reversible al centro catalítico de la transcriptasa reversa o en un sitio cercano al mismo, provocando cambios conformacionales en la enzima que inhibe la DNA polimerasa, tanto la dependiente de ADN como ARN. Son fármacos activos específicos sobre el VIH-1, sin ser activos frente a cepas del VIH-1 del grupo O, ni frente al VIH-2, ni frente a retrovirus animales.⁷⁶

Trabajo de Diploma

En cuanto a la segunda línea de tratamiento (Tabla III) se observa su utilización en un 26,3 % de los pacientes, la misma está conformada por esquemas que incluyen 2 inhibidores nucleósidos (AN) + 1 inhibidor de proteasa potencializado con ritonavir. Estos medicamentos se usan tras el fracaso del régimen de la primera línea de tratamiento. Sólo 15,8 % (nueve pacientes) consumen la tercera línea que es indicada cuando hay fracaso a tres o más esquemas, previa discusión y aprobación por el Comité Nacional de Evaluación de Tratamiento, el cual incluye para tal decisión estudios de resistencia. Pertenecen a la tercera línea el darunavir, tipranavir, enfuvirtide y raltegravir.

En la figura 4 se muestra la cantidad de medicamentos consumidos por los pacientes, donde el 79% consumen de 1-4 medicamentos, dentro de ellos están los antirretrovirales que son por lo general 3 tabletas y otros medicamentos como el salbutamol para el asma, la cimetidina y ranitidina para la úlcera estomacal, alusil que es un antiácido, ketoconazol y fluconazol que son antimicóticos, clordiazepóxido usado para la ansiedad e insomnio en algunos pacientes.^{71,72}

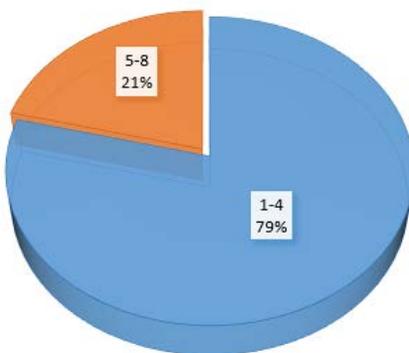


Figura 4. Cantidad de medicamentos consumidos.

El 21% consumen entre 5-8 medicamentos, puesto que presentan otras enfermedades crónicas como la hipertensión arterial para la cual usan el captopril, enalapril, aspirina, amlodipino, también para la diabetes mellitus para la cual toman glibenclamida y para el asma que consumen loratadina y prednisona, aparte de otros medicamentos como las vitaminas. Los pacientes objeto de estudio están expuestos a manifestar otras

enfermedades crónicas, que tienen que ser atendidas y tratadas con otros medicamentos, por lo que estos pacientes tienden a consumir un mayor número de medicamentos.⁷⁷

III.2- Determinación de la adherencia al tratamiento antirretroviral

En la figura 5 se muestra el comportamiento de la adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral, observándose un predominio de la adherencia alta en el 38,59% de los pacientes.

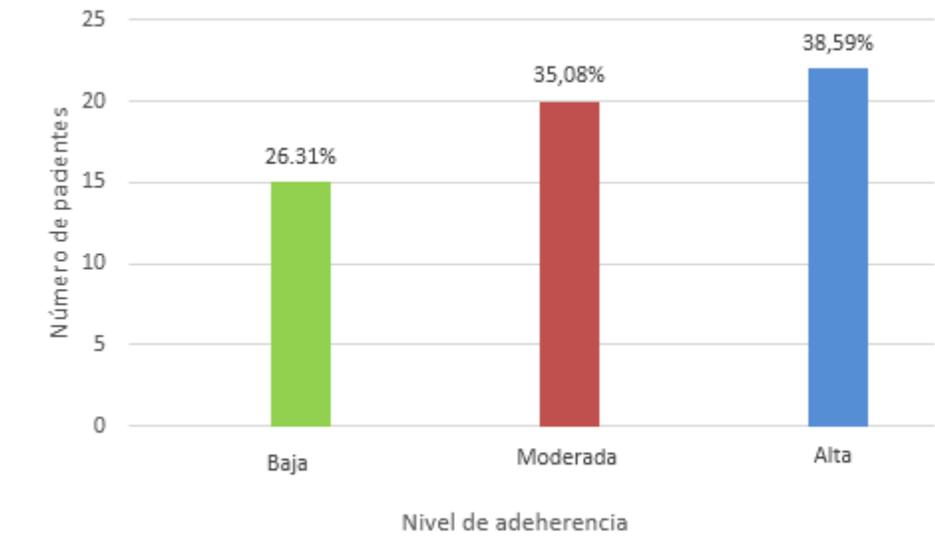


Figura 5: Nivel de adherencia de los pacientes al tratamiento antirretroviral

Fuente: Entrevista a cada paciente en el servicio.

Este hallazgo tuvo un comportamiento similar a lo reportado por la OMS⁷⁸, que ha señalado que solo un tercio de quienes tienen acceso a la terapia antirretroviral toman su medicación adecuadamente y ha estimado porcentajes de abandono del tratamiento del 20 al 60 %. Estos resultados pudieran atribuirse al comportamiento saludable que mantienen algunos pacientes y a la atención y preocupación del equipo asistencial que procura la provisión del tratamiento mensual a los enfermos.

La tabla V muestra la adherencia asociada al nivel de linfocitos TCD4 y la carga viral en los pacientes. El estadígrafo Chi-cuadrado obtenido fue de **P-valor= 0.3618** y **P-valor=0.13** respectivamente que al ser superior ambos a 0.05 evidencia que la adherencia terapéutica

fue independiente de estos factores. Estas variables clínicas presentan una asociación con la adherencia al tratamiento que sigue siendo polémica. Un estudio realizado de adherencia al tratamiento antirretroviral, relacionan un pobre estado inmunológico con la baja adherencia al tratamiento, mientras que otro llevado a cabo en Perú demostró que puede actuar como un facilitador.⁷⁹ La investigación desarrollada por Varela y Salazar⁸¹ no encontró una asociación entre el nivel de linfocitos TCD4 y la adherencia, tampoco se encontró una mayor incidencia en relación a la carga viral, resultados que también fueron encontrados en este estudio.

Tabla V. Adherencia terapéutica asociada al nivel de linfocitos TCD4 y carga viral

Nivel de linfocitos TCD4	Baja		Moderada		Alta	
	No.	%	No.	%	No.	%
<200 células/mm ³	1	2	6	10	3	5
201-350 células/mm ³	6	10	4	7	8	14
>350 células/mm ³	8	14	10	18	11	20
Total	15	26	20	35	22	39
P-valor= 0.3618						
Carga viral	Baja		Moderada		Alta	
	No.	%	No.	%	No.	%
<400	1	2	2	3	7	12
401-50000	5	8	9	16	4	7
>50000	9	16	9	16	11	20
Total	15	26	20	35	22	39
P-valor=0.13						

III.3- Valoración de los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antirretroviral

Factores relacionados con el paciente

En general, la literatura refiere que las características sociodemográficas no son buenas predictoras del nivel de adherencia de un individuo, coincidiendo con los resultados de esta investigación. Sin embargo, algunos estudios han relacionado la adherencia con la edad^{81,82} y el sexo.⁸³

En la investigación desarrollada predominaron los pacientes con nivel de adherencia alta en el grupo etáreo de 29-39 años, con 19%, según se muestra en tabla VI. Estos resultados no coincidieron con un estudio realizado en el municipio de Manzanillo en el año 2016 en el cual los pacientes con 20 años o más resultaron ser no adherentes.⁸⁴ El estadígrafo Chi-cuadrado obtenido fue de **P-valor=0.1262** que al ser superior a 0.05 evidencia que la adherencia terapéutica es independiente de este factor. Sin embargo, existen estudios que establecen que a mayor edad hay más probabilidad de ser adherente⁸⁵⁻⁸⁷, definiéndose el ser joven como un factor de riesgo para ser no adherente.

Tabla VI. Adherencia terapéutica asociada a las variables demográficas

Edad	Baja		Moderado		Alto	
	No.	%	No.	%	No.	%
18-28	5	8	3	5.5	1	2
29-39	8	14	7	12	11	19
40-50	1	2	7	12	5	9
51-59	1	2	3	5.5	5	9
Total	15	26	20	35	22	39
P-valor=0.1262						
Sexo	Baja		Moderado		Alto	

Trabajo de Diploma

	No.	%	No.	%	No.	%
Femenino	6	10	4	7	5	9
Masculino	9	16	16	28	17	30
Total	15	26	20	35	22	39
P-valor=0.36						

Al evaluar el comportamiento del sexo, se observó que los hombres son más adherentes que las mujeres. El estadígrafo Chi-cuadrado obtenido fue de **P-valor=0.36** que al ser superior a 0.05 evidencia que la adherencia terapéutica es independiente de este factor.

La menor adherencia al tratamiento que presentan las mujeres pudiera deberse al rol de cuidadoras que ellas asumen, a partir del cual desplazan su atención y cuidados a sus hijos, esposo y otros familiares, procurando la adherencia al tratamiento de estos, mientras dejan de lado su propio cuidado. Adicionalmente, estas mujeres enfrentan diversos eventos estresantes, debido a que están sobrecargadas con la responsabilidad del cuidado de sus familias en términos económicos, de aseo del hogar, de crianza de los hijos, entre otros. Así, las mujeres que afrontan diferentes retos, el de ser pacientes, cuidadoras del hogar y de sus hijos, trabajadoras, de modo que deben manejar diversas dificultades que afectan la adherencia al tratamiento.

No se encontró que la falta de adherencia esté relacionada con la edad o el sexo del paciente.

La tabla VII muestra la adherencia asociada al nivel de conocimiento del tratamiento y de la enfermedad. En la misma se observa un predominio del nivel medio de conocimiento del tratamiento en aquellos pacientes con nivel de adherencia moderado (19%), así como también un alto nivel de conocimiento de la enfermedad en aquellos con alta adherencia al tratamiento (39%). Los valores obtenidos del estadígrafo Chi-cuadrado en ambos casos revelan que la adherencia terapéutica es dependiente de estos factores. Este resultado

coincide con uno realizado en el hospital de Guayaquil, Ecuador donde el 20% de los pacientes tenían un nivel de conocimiento medio y una adherencia moderada.⁸⁸

Tabla VII. Adherencia terapéutica asociada al nivel de conocimiento del tratamiento y de la enfermedad

Nivel de conocimiento del tratamiento	Baja		Moderado		Alto	
	No.	%	No.	%	No.	%
Alto	1	2	-	-	7	12
Medio	6	10	11	19	5	9
Bajo	8	14	9	16	10	18
Total	15	26	20	35	22	39
P-valor=0.02						
Nivel de conocimiento de la enfermedad	Baja		Moderado		Alto	
	No.	%	No.	%	No.	%
Alto	2	3	-	-	22	39
Medio	2	3	20	35	-	-
Bajo	11	20	-	-	-	-
Total	15	26	20	35	22	39
P-valor=0.000						

El conocimiento de las personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana con respecto al manejo de su enfermedad y del tratamiento, juega un papel de suma importancia porque les permite seguir adecuadamente las recomendaciones dadas por el personal de salud. Se cree que un mayor conocimiento sobre su enfermedad, facilita el diálogo con el personal de salud, impactando positivamente en la manera cómo responden a la enfermedad.⁸⁹

Cabe señalar que hubo pacientes que no conocían el procedimiento a seguir cuando se les olvidaba tomar una dosis del tratamiento, así como tampoco los modos de transmisión del VIH, primordial para el control y prevención de la enfermedad específicamente en los hombres que viven con el virus. No sabían que células T significa lo mismo que CD4 y que al ser <200 tienen SIDA.

El deficiente nivel de conocimiento observado en este estudio causa preocupación y podría estar influyendo en la conducta de los pacientes hacia la enfermedad y hacia el tratamiento antirretroviral, lo que influye negativamente sobre la adherencia.

Factores que dependen del régimen terapéutico

La tabla VIII muestra el comportamiento de la adherencia terapéutica con respecto a las líneas de tratamiento, observándose que para la primera línea de tratamiento predominan los tres niveles de adherencia. Eso pudiera explicarse por el hecho de que en la muestra estudiada esa es la línea más empleada, en el 57,9% de los pacientes.

Tabla VIII. Adherencia terapéutica asociada a la línea de tratamiento

Línea de tratamiento	Baja		Moderada		Alta	
	No.	%	No.	%	No.	%
Primera línea	9	16	8	15	16	28
Segunda línea	5	8	6	10	4	7
Tercera línea	1	2	6	10	2	4
Total	15	26	20	35	22	39

P-valor= 0.14

El estadígrafo Chi-cuadrado obtenido evidencia que la adherencia terapéutica es independiente de la línea de tratamiento empleada. El tratamiento de la infección por el VIH presenta todos los factores que dificultan la adherencia: más de un fármaco, más de una toma al día, presencia de efectos adversos y tratamientos prolongados, por lo que alcanzar el objetivo de un cumplimiento óptimo es un desafío para los pacientes y para los equipos de salud.⁹⁰ En cuanto a la complejidad del régimen terapéutico, se ha observado que la adherencia se dificulta cuánto más cambios en la vida cotidiana del enfermo se exijan y cuanto más complejo sea el régimen (número de medicamentos, varios horarios)^{90,91}

El comportamiento de la adherencia de acuerdo a la cantidad de medicamentos totales que consumían los pacientes se ve reflejado en la tabla IX, observándose que la mayoría de los pacientes que fueron adherentes consumían hasta cuatro medicamentos al día. Al respecto la literatura refiere que la complejidad del tratamiento está asociada a la falta de adherencia, estableciéndose que la adherencia disminuye cuando aumenta el número de medicamentos al día, la frecuencia de administración y cuando el tratamiento es prolongado en el tiempo.⁹¹

Tabla IX. Adherencia terapéutica asociada a la cantidad de medicamentos consumidos

Cantidad de medicamentos consumidos	Baja		Moderada		Alta	
	No.	%	No.	%	No.	%
1-4	14	24	17	30	14	25
5-8	1	2	3	5	8	14
Total	15	26	20	35	22	39
P-valor= 0.06						

El estadígrafo Chi-cuadrado obtenido fue de un p-valor de 0.06, que al ser superior a 0.05 evidencia que la adherencia terapéutica es independiente de la cantidad de medicamentos que consume el paciente.

Factores que dependen del servicio farmacéutico

Accesibilidad y disponibilidad de recursos

En la investigación desarrollada tanto la accesibilidad como la disponibilidad de los recursos resultó adecuada. Este resultado no coincidió con el reportado por Quiroga S.⁹² y colaboradores, en el cual refirieron problemas con el suministro de los medicamentos antirretrovirales, lo cual influyó en la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes.

Estos resultados se atribuyen a que el facultativo y el resto del equipo multidisciplinario que presta atención a estos pacientes se encargan de mantenerles su medicación mensual en la consulta. Por lo tanto, con esta actuación se evita el problema de la accesibilidad de los pacientes al servicio farmacéutico para adquirir su medicación. Por otra parte, con respecto a la disponibilidad de los recursos, tampoco se presentaron dificultades pues los medicamentos requeridos de acuerdo a la necesidad de los pacientes estuvieron abastecidos.

III.4 Realización de las intervenciones educativas correspondientes a partir de las necesidades educativas detectadas

A partir de los problemas detectados se identificaron las necesidades educativas de los pacientes y se realizaron las intervenciones educativas correspondientes, según se muestran en la tabla X.

Entre las necesidades educativas detectadas estuvo la relacionada con el conocimiento acerca de la enfermedad y el tratamiento. Según la literatura⁹³, la comprensión de la enfermedad por parte del enfermo es fundamental para entender su problema de salud, las consecuencias de seguir un tratamiento y mejorar la efectividad del tratamiento farmacológico. Por otra parte, la falta de información acerca del uso y los efectos de los

Trabajo de Diploma

antirretrovirales es muy común.⁹⁵ Asimismo, la información que se ofrece en las páginas web, sin una adecuada orientación, puede llevar a un mal entendimiento de los efectos de los fármacos antirretrovirales. La falta de adherencia se produce frecuentemente debido a una falta de entendimiento de la terapia y a la dificultad de tomar los medicamentos.

Tabla X. Necesidades educativas e intervenciones realizadas

Principales problemas	Necesidades educativas	Intervención realizada
Desconocimiento de la enfermedad y el tratamiento	Conocimiento de la enfermedad y el tratamiento. Percepción de la gravedad de la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none">➤ Charla educativaCaracterísticas de la enfermedad.Generalidades sobre el Sida.Tratamiento antirretroviral.Importancia de la adherencia al tratamiento. Conservación de los medicamentos. Estilos de vida saludables.Reacciones adversas e interacciones medicamentosas.➤ Entrega de trípticos
Falta de una persona que le ayudara con la medicación.	Apoyo familiar.	Consejo/Información
Suspendían el tratamiento sin consultar al médico. Olvido de tomar los medicamentos. Aparición de reacciones adversas medicamentosas	Cumplimiento terapéutico.	<ul style="list-style-type: none">➤ Consejo/Información➤ Charla educativaTratamiento antirretroviral.Consecuencias de la falta de adherencia. Estrategias para lograr una mejor adherencia al

Trabajo de Diploma

		tratamiento. Importancia de la comunicación con los profesionales del equipo de salud que les presta atención.
--	--	--

El apoyo familiar y social a los pacientes es muy importante pues la literatura⁹⁵ refiere que las personas que reciben apoyo de otros, tienen más probabilidades de seguir las recomendaciones que aquellos con menor apoyo social o con inestabilidad familiar o aislamiento. La familia anima a mantener el régimen médico, apoya en la búsqueda de estrategias y recursos materiales que facilitan el cumplimiento y a veces asume una parte de la responsabilidad en este proceso. Por esto se señala que el apoyo familiar y los vínculos que se establecen en esta red pueden contribuir a incrementar la ejecución de recomendaciones facultativas.

El olvido, el estrés psicosocial, la angustia por los posibles efectos adversos de los medicamentos, la baja motivación, entre otros aspectos, influyen en la adherencia al tratamiento y se han de tener en cuenta al diseñar estrategias para su mejoramiento.⁹⁶

Durante el estudio se emplearon varios métodos para llevar a cabo las intervenciones. Se realizaron charlas educativas una vez a la semana durante cuatro semanas, se entregaron trípticos y se ofreció consejo/información, en aras de contribuir en el incremento de la adherencia al tratamiento, que con posterioridad se traduce en un mejoramiento de la salud y calidad de vida de estos pacientes. El empleo de varios métodos para llevar a cabo estas intervenciones, se sustentó en lo que refiere la literatura que cualquier combinación de intervenciones obtiene resultados favorables y mejores que las intervenciones aisladas en la mejora de la adherencia terapéutica y el control de la enfermedad.⁹⁷

Los farmacéuticos, como parte del equipo de salud, están llamados a contribuir, mediante la provisión de consejos y charlas sobre los medicamentos, al mejoramiento de la adherencia al tratamiento y lograr el éxito de la terapia antirretroviral. Una investigación reveló que la intervención farmacéutica es significativa en la modificación de las conductas del paciente, como no dejar de tomar la medicación, el recuerdo de los

Trabajo de Diploma

medicamentos que toma, la frecuencia con la que cumple el horario correcto de la toma de antirretrovirales y la autoevaluación del cumplimiento, además de influir en su percepción sobre el esfuerzo de seguir con el tratamiento, la información sobre los antirretrovirales, los beneficios que conlleva el uso de antirretrovirales en la mejora de la salud, la capacidad de seguir con el tratamiento, los efectos adversos, el tiempo y la dificultad de tomar los medicamentos.⁹¹



Conclusiones

Conclusiones

- 1- Prevalcieron los pacientes del sexo masculino, del grupo de edad de 29-39 años, nivel de escolaridad preuniversitario y el alto consumo de café y alcohol. Las variables clínicas que predominaron fueron el nivel de linfocitos CD4 alto y la carga viral baja mientras que entre las farmacoterapéuticas resultó la primera línea de tratamiento la más utilizada y el consumo de 1-4 medicamentos.
- 2- Predominó el nivel de adherencia alto en los pacientes.
- 3- El nivel de conocimiento del tratamiento y de la enfermedad fue el factor que influyó significativamente en la adherencia.
- 4- Se realizaron charlas, entrega de trípticos y consejo/información como intervenciones educativas.



Recomendaciones

Recomendaciones

1. Evaluar el impacto de la intervención educativa realizada en la consulta distrital que brinda asistencia en el policlínico "Julián Grimaú de Santiago de Cuba.
2. Realizar el estudio en otras consultas distritales que permitan ampliar el conocimiento sobre la adherencia antirretroviral y realizar las intervenciones pertinentes.

Referencias Bibliográficas

1. Barré F. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Rev. Science*. 1983; 220(4599): 868-871.
2. Organización Mundial de la Salud. [Base de datos en línea]. Estados Unidos: Centro de prensa; 2013. [Fecha de acceso 12 de junio del 2016]. URL disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>. Revisado en febrero del 2019
3. ONU. Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia sida 2017. [Internet]. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet> Revisado en enero del 2019
4. Rodríguez M, et al. Cascada de tratamiento de VIH en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires. *Rev Argentina De Medicina*. 2016; 4(8): 3-8. Disponible en <http://www.revistasam.com.ar/revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/5> Revisado en enero del 2019.
5. Chongwan J, Hirschfel D. El VIH/ SIDA en América Latina. *Rev El economista*. 2018; 21:16. Disponible en <https://www.economista.com.mx/arteseideas/El-VIHSida-en-America-Latina-20180204-0079.html> Revisado en febrero del 2019.
6. InfoMED. Supervivencia y tratamiento de personas que viven con VIH en Cuba: cierre del 2017. Infomed. [Internet]. Disponible en <https://temas.sld.cu/vihsida/2017/12/08/supervivencia-y-tratamiento-depersonas-que-viven-con-vih-en-cuba-cierre-del-2017/> Revisado en enero del 2019.
7. Dirección Provincial de Salud, Santiago de Cuba. Departamento de Registros Médicos y Estadística. Anuario Estadístico de Salud, 2016.
8. Besse. Aspectos clínicos y epidemiológicos en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida de la provincia de Santiago de Cuba. *Rev MediSan* 2018; 22(03): 264-270. Disponible en <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=78922>. Revisado en enero del 2019.

9. Alvis O, De Coll L, Chumbimune L, Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-sida. Rev An Fac med. 2009; 70(4):266-72. <http://ns.bvs.hn/RMH/pdf/2009/pdf/Vol77-2-2009-3.pdf> revisado en enero 2019.
10. Vilató L; Martín L; Pérez I. Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. Rev Cubana de Salud Pública. 2015; 41 Disponible en https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S086434662015000400005&script=sci_arttext&tlng=es Revisado en febrero del 2019
11. Puigventós F, Riera M, Delibes C, Peñaranda M, De la Fuente L, Boronat A. Estudios de adherencia a los fármacos antirretrovirales. Una revisión sistemática. Rev Med Clin (Barc). 2015; 119(4):130-7. Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revistamedicina-clinica-2-articulo-estudios-adherencia-los-farmacos-antirretrovirales-13033991> Revisado en enero del 2019.
12. Reyro GC. Sida: factores psico-sociales en la adherencia al tratamiento. Actualizaciones en SIDA. 2015; 13(48):43-55. Disponible en: <http://www.huesped.org.ar/site/secciones/publicaciones/actualizaciones/pdfs/48/Reyro>. Revisado en febrero del 2019-02-12
13. Reynolds N. Factors influencing medication adherence beliefs and self-efficacy in persons naive to antiretroviral therapy: a multicenter, cross-sectional study Spanish. Rev AIDS and Behavior. 2014; 8(2): 141-150.
14. Miyada S. Treatment adherence in patients living with HIV/AIDS assisted at a specialized facility in Brazil. Rev Soc Bras Med Trop. 2017; 50(5):607-612.
15. Oliva D, Lastre D, Viñas AL y González G. Caracterización de pacientes con abandono de la terapia antirretroviral y consecuencias económicas. Boyeros. 2013 Disponible en: <http://www.convencionalud2017.sld.cu/index.php/convencionalud/2017/paper/viewFile/677/289> Revisado en febrero del 2019

16. Bertoldo P. Cumplimiento terapéutico: ¿qué conocemos de Cuba? Rev Aten Primaria, 2013; 47(4):559-68. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152013000400006.
Revisado en febrero del 2019
17. Murray PR. Microbiología médica. Madrid: Elsevier España; 2002.
18. Romero R. Microbiología y parasitología humana: bases etiológicas de las enfermedades infecciosas. Rev Médica Panamericana. 2007; 3.
19. Sherris JC, Ryan K, Ray CG. Microbiología médica: una introducción a las enfermedades infecciosas. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 2005
20. Thompson SE. Síndrome de inmunodeficiencias humana. In: Perea EJ, editor. Enfermedades infecciosas y microbiología clínica Barcelona: Doyma; 2011. 556-571.
21. Spicer JW, Lamb P, Britton R. Microbiología clínica y enfermedades infecciosas. Texto y atlas en color. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
22. Longo DL, Fauci AS. Retrovirus humano. In: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al, editors. Harrison principios de medicina interna. McGraw-Hill. 2008; 17(1).
23. Cleghorn FR, Reitz M, Popovis M, Gallo RG. Virus de la inmunodeficiencia humana. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. Enfermedades infecciosas: principios y práctica. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2006. 2119-2133.
24. Holguin A. Aumento de los subtipos no-B del VIH y recombinantes entre los nuevos diagnósticos. Repercusiones clínicas. 2009.
25. López JC. El VIH: Características, ciclo replicativo y su patogenia. 2009.
26. García JA, Picazo JJ. Microbiología médica. Madrid: Mosby/Doyma; 2016.
27. Kindelan JM. Manifestaciones clínicas. Cuadro mononucleósido asociado a la primoinfección. Clasificación de la infección VIH. 2009.

28. The hiv-causal collaboration. The effect of combined antiretroviral therapy on the overall mortality of hiv-infected individuals AIDS. 2010; 123-137 <http://dx.doi.org/10.1097/QDA.0b013e3283324283>. Revisado en marzo del 2019
29. Panel de expertos de Gesida y Plan Nacional sobre el Sida. Recomendaciones de Gesida/Plan Nacional sobre el sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (actualización 10 de enero 2010). Enferm Infecc Microbiol Clin. 2011. Doi: 10.1016/j.eimc.201.0.12.004. Disponible en: <http://www.gesida.semic.org.pcientifica/dcconsensos>. Revisado en marzo del 2019
30. DHHS Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in VIH-1-infected adult and adolescents. Department of Human Health Service, 2011; 1-166. Disponible en: <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/adultandAdolescentGL.pdf>. Revisado en marzo del 2019
31. Boehringer Ingelheim. Targeting HIV Replication. Available at: Imágenes extraídas de: <http://www.youtube.com/watch?v=36UDFKEp2E>. Revisado en marzo del 2019
32. Panel de expertos de Gesida y Plan Nacional sobre sida. Documento de consenso de GESIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. 2017; Available at
33. Perez J, Perez D, Gonzalez I, Diaz Jidy M, Orta M, Aragonés C, et al. Approaches to the management of HIV-AIDS in Cuba. 2014.
34. Arts EJ, Hazuda DJ. HIV-1 Antiretroviral Drug Therapy. Cold Spring Harbor perspectives in medicine. Rev Epub, 2012;2(4): 07-161
35. Hsu A, Granneman GR, Cao G, Carothers L, el-Shourbagy T, Baroldi P, et al. Pharmacokinetic interactions between two human immunodeficiency virus protease inhibitors, ritonavir and saquinavir. Clinical pharmacology and therapeutics. Rev Epub, 1998; 63(4):453-64.

36. Tíñase L. Retroviral Therapy In Resource-limited Setings: Guidelines for a Public Health Approach. Southern África. Issue 34, (2015).
37. Tufró L. Voces y abrazos: Sistematización de experiencias para fortalecer la adherencia y mejorar la calidad de vida de las personas con VIH/sida. - 1ra ed. - Buenos Aires, República Argentina: Ubatec SA, 2011. Disponible en: <http://infosida.pri.sld.cu/images/ama1.pdf>. Revisado en marzo 2019
38. Martin A, L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev. Cubana Salud Pública, 2012; 30(4)
39. Sánchez NC. Adherencia terapéutica en hipertensión arterial sistémica. Rev Mex de Enfermería Cardiológica, 2012; 14(3): 98-101
40. Bertoldo P, Ascar G, Campana Y, Martín T, Moretti M, Tiscornia L. Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas Ciudad de Córdoba, Argentina. Rev Cub de Farm, 2013; 47(4): 468-474
41. Fajardo V, Cruz JA, Leyva O. La adherencia terapéutica, un tema actual. Correo Científico Médico de Holguín 2012; 15(2).
42. Simoni JM, Frick P, Pantalone DW, Turner BJ. Enhancing antiretroviral adherence: review of an emerging field. In: Trafton JA, Gordon W, editors. Best practices in behavioral management of chronic disease. Institute for Disease Management, 2006; 2(5): 70-95.
43. Panel de expertos de Secretaría del Plan Nacional sobre Sida (SPNS), Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), Grupo de Estudio del Sida (GESIDA). Mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Recomendaciones de SPNS/SEFH/GESIDA. Farmacia Hospitalaria, 2018;52(6):349-357.
44. Bangsberg DR. Less than 95% adherence to nonnucleoside reverse transcriptase inhibitor therapy can lead to viral suppression. Clinical Infectious Diseases, 2006;43(7):930-941.
45. Turner BJ. Adherence to antiretroviral therapy by human immunodeficiency virus-infected patients. J Infect Dis, 2002;185 Suppl 2: S143-51.

46. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*, 2005; 353:487-497.
47. Codina C, García F, Gatell JM, Mallolas J, Martín M, Martínez E, et al. Comparación de tres métodos de cálculo de adherencia en pacientes con tratamiento antirretroviral. *Rev Enf Infec y Microb Clí*, 2002; 20(10):484- 490.
48. Alcoba M, Cuevas MJ, Perez MR, Mostaza JL, Ortega L, Ortiz de Urbina J, et al. Assessment of adherence to triple antiretroviral treatment including indinavir: role of the determination of plasma levels of indinavir. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003; 33 (2):253-258.
49. Voils CI, Barroso J, Hasselblad V, Sandelowski M. In or out? Methodological considerations for including and excluding findings from a meta-analysis of predictors of antiretroviral adherence in HIV-positive women. *Journal of Advanced Nursing* 2007; 59(2):163-177.
50. Morales R. Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control de las ITS el VIH/SIDA / 2014-2018 La Habana, diciembre de 2013.
51. Magaña L. Desarrollo y validación de un cuestionario para determinar adherencia terapéutica en pacientes con VIH/SIDA. [Tesis en opción al título de Licenciado en Ciencias Farmacéuticas] Universidad de Oriente. 2016; 32-42.
52. Reyes I, Bermúdez IB, Storpirtis S, Cruz S, Fernández Sánchez E. Sistema organizativo para implementar el ejercicio de la atención farmacéutica hospitalaria en Santiago de Cuba. *Rev Cubana Farm.* 2014; 48 (3). Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152014000300010 Revisado en marzo del 2019.
53. Acosta M, Morales A. Epidemia de VIH/sida. Su comportamiento municipio La - Habana Vieja períodos 1997- 2002 y 2003-2008. *Rev haban cienc.* 2012; 11 (2).
54. Tafur E, Ortiz C, GarcíaE, Faus M, Martínez F. Impacto de la intervención farmacéutica en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de un hospital de Lima (Perú). *Pharm Care Esp.* 2012; 14(4): 146-154

55. García D, Lores D, Dupotey N, Espino D. Atención Farmacéutica en adultos mayores hipertensos. Una experiencia en la atención primaria de salud en Cuba. *Ars Pharm.* 2018; 59(2): 91-98. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i2.7307>
Revisado en mayo del 2019
56. García- R, Rodríguez A, Díaz A, Balcindes S, Londoño E, Van-der P. Intervención cognitivo-conductual en ancianos hipertensos. *Rev Finlay.* 2016; 6(1): 41-48. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S222124342016000100006&lng=es Revisado en mayo del 2019
57. El consumo de café, ¿bueno o malo para la salud? Disponible en: <http://www.hola.com/salud/2012120462177/beneficios-cafe/>. Revisado en mayo del 2019
58. El café mañanero en la salud. Disponible en: <http://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2013-02-07/mejor-tener-cuidado-los-efectos-sobre-la-salud-del-cafe-mananero-no-son-buenos-501423/>. Revisado en mayo del 2019
59. Un alto consumo de café reduciría a la mitad la mortalidad en personas con el VIH y hepatitis C. Disponible en: <http://gtt-vih.org/actualizate/la-noticia-del-dia/16-10-17>. Revisado en mayo del 2019.
60. CHINCHA O, Omayra F. Asociación entre el consumo de alcohol y la infección por virus de inmunodeficiencia humana. *Revista chilena de infectología.* 2008; 25(1): 49-53. <http://www.sochinf.cl/revinf/Feb2008/12-Chincha.pdf>. Revisado en mayo del 2019.
61. Samet H, Phillips J, Horton N, Traphagen T, Freedberg A. Detecting alcohol problems in HIV-infected patients: use of the CAGE questionnaire. *AIDS Res Hum Retroviruses.* 2014; 20: 151-5.
62. El Fumar y el VIH. Disponible en: <http://www.aidsinonet.org/fact-sheets/view/803?lang=spa>. Revisado en mayo del 2019.

63. El tabaquismo y el VIH. Disponible en: <https://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/spanish/enfermedades/tabaquismo-vih.html> Revisado en mayo del 2019.
64. Nies E, Schacker TW, Condoluci D, Orenstein J, Brenchley J, Fox C, et al. Evaluation of the pathogenesis of decreasing CD4(+) T cell counts in human immunodeficiency virus type 1-infected patients receiving successfully suppressive antiretroviral therapy. *J Infect Dis.* 2009; 199:1648-56.
65. Estes J, Baker JV, Brenchley JM, Khoruts A, Barthold JL, Bantle A, et al. Collagen deposition limits immune reconstitution in the gut. *J Infect Dis.* 2008; 198:456-64.
66. Bahrani A, Ramaswamy R, Oldfield EC. Effects of virologic rebound on CD4 cell counts. *Clin Infect Dis.* 2001; 32:1231.
67. Lawrence J, Mayers DL, Hullsiek KH, Collins G, Abrams DI, Reisler RB, et al. Structured treatment interruption in patients with multidrug-resistant human immunodeficiency virus. *N Engl J Med.* 2003; 349:837-46.
68. Loutfy MR, Genebat M, Moore D, Raboud J, Chan K, Antoniou T, et al. A CD4+ cell count <200 cells per cubic millimeter at 2 years after initiation of combination antiretroviral therapy is associated with increased mortality in HIV-infected individuals with viral suppression. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2010; 55:45-9.
69. Quintero MV, Figueroa N, García F, Suárez M. Educación sanitaria para la calidad de vida y empoderamiento de la salud de personas mayores. *Gerokomos.* 2017;28(1):9-14.
70. Agostini M, Marconi L, Mónaco M. Hipertensión arterial en el paciente con vih: abordaje y tratamiento. *Rev Science Direct.* 2016; 23 (1):67-69.
71. Flórez J. *Farmacología Humana.* Edición en CD- ROM. 1998. España. Sección 1, acápites 7-8: 107-126, 130-149.
72. Rang & Dale. *Pharmacology.* 2000. Estados Unidos. First Part. Section One: 110-113.

73. Gil L. Evaluación de efectividad y seguimiento de pacientes con sida cubanos con diagnóstico tardío tratados con antirretrovirales. *Revista Cubana de Farmacia*. 2016; 50(4): 1561-2988. Disponible en: <http://www.revfarmacia.sld.cu/index.php/far/article/view/56/60>>. Revisado 30 mayo 2019.
74. Rosell T. Evaluación de los indicadores hemoquímicos, hematológicos y marcadores de progresión en pacientes VIH/sida cubanos tratados con antirretrovirales. [Tesis de Diploma] Universidad de La Habana. 2014. <http://files.sld.cu/patologiaclinica/files/2015/05/tesis-de-maestria-teresa-rosell-guerra.pdf> Revisado en junio del 2019
75. Dickinson L, Khoo S, Back D. Pharmacokinetics and drug-drug interactions of antiretrovirals: an update. *Antiviral Res.* 2010; 85: 176-189 <http://dx.doi.org/10.1016/j.antiviral.2009.07.017> Revisado 30 mayo 2019.
76. Ribera E, Tuset M, Martín M, Del Cacho E. Características de los fármacos antirretrovirales. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2011; 362-391 <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2011.02.004> Revisado 30 mayo 2019.
77. Riera M, De la Fuente L, Castanyer B. Adherencia a los fármacos antirretrovirales medida por la concentración de fármacos y el recuento de comprimidos. Variables relacionadas con una mala adherencia. *Med Clin (Barc)*. 2012; 119:286-92.
78. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/ncadherencia.htm>. 2004. Revisado 30 mayo 2019.
79. Astuvilca J; Arce J; Sotelo R; Quispe J; Guillén R; et al. Incidencia y factores asociados con las reacciones adversas del tratamiento antirretroviral inicial en pacientes con VIH. *perú. med. exp.* 2017; 24 (3): 1-5

80. Varela M, Salazar C, Correa D. Adherencia al tratamiento en la infección por vih/sida. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Act Col Psic* 2018; 11 (2): 101-113.
81. Ammassari A, Murri R, Pezzotti P, Trotta MP, Ravasio L, De Longis, P, et al. Self-reported symptoms and medications side effects influence adherence to highly active antiretroviral therapy in persons with HIV infection. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001;28 (5):445-9.
82. Ammassari A, Murri R, Pezzotti P, Trotta MP, Ravasio L, De Longis, P, et al. Self-reported symptoms and medications side effects influence adherence to highly active antiretroviral therapy in persons with HIV infection. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001;28 (5):445-9.
83. Escobar I, Campo M, Martin J, Fernandez-Shaw C, Pulido F, Rubio R. Factors affecting patient adherence to highly active antiretroviral therapy. *Ann Pharmacother*. 2003; 37 (6):775-81.
84. Pérez E, Soler M, Hung Y, Rondón M. Programa educativo para favorecer la adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento antirretroviral. *Rev Camag*. 2016; 20(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v20n2/amc100216.pdf>. Revisado en junio del 2019.
85. Knobel, H; Codina, C; Miró, J M, Carmona A, García B, Antela A et al. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2015; 18 (1):27-39.
86. Alvis O, De Coll L, Chumbimune L, Diaz C, Diaz J. Factores asociados a fracaso al TARGA en pacientes con infección VIH en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. 2011. Disponible en: http://cvcc-vih.com/estudios/study_detail/15 Revisado en mayo del 2019.

87. Hinkin C, Hardy D, Mason K, Castellón S, Durvasula R, Lam M, et al. Medication adherence in HIV-infected adults: effect of patient age, cognitive status, and substance abuse. *AIDS*. 2014; 18(1):19-25.
88. Villacrés FE. Factores que influyen en la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA hospital "Martín Icaza"[Tesis previa a la obtención del título de Especialista en medicina interna] Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. 2013; 13-22.
89. Moraes D, Oliveira R, Vitorino A, Arruda do Prado J, Corrêa A, de Albuquerque M. El conocimiento de las personas que viven con el VIH/SIDA acerca de la terapia antirretroviral. *Rev elec trim enferm*. 2018; 49 (1): 100-106.
90. Berg KM, Demas PA, Howard AA, Schoenbaum EE, Gourevitch MN, Arnsten JH. Gender differences in factors associated with adherence to antiretroviral therapy. *J Gen Intern Med*. 2014; 19(11):1111-7.
91. Knobel H, Escobar I, Polo R, Ortega L, Martín-Conde T, Casado JL, et al. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el año 2004. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2015; 23(4):221-31
92. Quiroga E, Cossio S, Uema. N. Problemas del suministro de medicamentos antirretrovirales: fraccionamiento al inicio del targa. *Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde São Paulo*. 2013; 4 (1) 22-28
93. Crespillo E, Rivas F, Contreras E, Castellano P, Suárez G, Pérez E. Conocimientos, percepciones y actitudes que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes ancianos polimedicados desde una perspectiva cualitativa. *Rev Calid Asist*. 2013; 28(1):56--62 Diapponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2012.09.009> Revisado en junio del 2019.
94. Márquez Contreras E, Casado Martínez JJ, Márquez Cabeza JJ. Estrategias para mejorar el cumplimiento. *FMC* 2011; 8: 558-573. Disponible en: http://www.jnj.com/caring/citizenship-sustainability/health-care_compliance Revisado en mayo del 2019.

95. Martín LA, Grau A, Espinosa AD. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. Revista Cubana de Salud Pública. 2014; 40 (2):225-238. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S086434662014000200007&lng=es>. Revisado en junio del 2019.
96. Luisa Estela Ramos Morales. La adherencia al tratamiento en las enfermedades Crónicas. Revista Cubana de Angiología Cirugía Vascul. 2015;16 (2):175-189
97. Vilaplana C, González FJ, Ordoñana JR. Adherencia al tratamiento. Una revisión desde la perspectiva farmacéutica. Pharm Care Esp. 2012; 14(6): 249-255. Disponible en: <http://www.pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/97/92>
Revisado en junio 2019.

*América
Anexas*



Anexos**Anexo I. Nombre genérico de antirretrovirales**

ITIAN	ITINAN	IP	IF	CCRS	II
Zidovudina (AZT)	Neviparina (NVP)	Saquinavir (SQV)	Enfuvirti da (T-20)	Maraviroc	S1360
Didanosina (ddI)	Efavirenz (EFV)	Nelfinavir (NFV)			Raltegr vir
Lamivudina (3TC)	Delavirdin a	Ritonavir (RTV)			
Zalcitabina (ddC)	Etravirina	Indinavir (IDV)			
Estavudina (d4T)		Amprenavi r (APV)			
Abacavir (ABC)		Lopinavir (LPV)			
ITIA nucleótidos		Atazanavir (ATV)			
Tenofovir (TDF)		Fosampren avir (FPV)			
Emtricitabin a (FTC)		Tipranavir (TPV)			

		Darunavir			
		Mozenavir			
<p>ITIAN: inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido y nucleótido. ITINAN: inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos. IP: inhibidores de la proteasa. CCRS: Antagonistas correceptores CCRS; IF: inhibidores de la fusión II: inhibidores de integrasa.</p>					

Anexo II. Esquemas de tratamiento antirretroviral de elección y alternativos

(ABC/3T+EFV)	De Efavirenz 600mg cada 24 horas (al acostarse)	De HLA B 5701 negativo y que tengan contraindicaciones para el uso del esquema de elección
Abacavir + Lamivudina + Efavirenz (ABC+3TC+EFV)	1 tableta de Abacavir 300 mg cada 12 horas más 1 tableta de Efavirenz 600 mg cada 24 horas (al acostarse)	Solamente en pacientes con CV < 100000 copias/ml con examen de HLA B 5701 negativo que tengan contraindicación para el uso del esquema de elección y en ausencia de dosis fija combinada ABC/3TC
Zidovudina/Lamivudina + Efavirenz (AZT/3TC+EFV)	1 tableta de Zidovudina 300mg/ Lamivudina 150mg (DFC) cada 12 horas más 1 tableta de Efavirenz 600mg cada 24 horas (al acostarse)	Para pacientes que tienen alguna contraindicación para el uso de Tenofovir o Abacavir

Anexo III. Esquema de tratamiento antirretroviral en adultos con infección por VIH

Esquema de elección	Dosificación	Observaciones
Tenofovir/ Emtricitabina/ Efavirenz (TDF/FTC/EFV)	1 tableta de Tenofovir 300mg/ Emtricitabina 200mg/ Efavirenz 600mg, en dosis fija combinada (DFC) cada 24 horas (al acostarse)	
Esquema alternativos	Dosificación	Observaciones
Tenofovir / Emtricitabina/ Efavirenz (TDF/FTC/EFV)	1 tableta de Tenofovir 300mg/ Emtricitabina 200mg/ Efavirenz 600mg juntos cada 24 horas	Se utilizara este esquema, cuando no se cuente con la presentación en dosis fija combinada
Tenofovir / Lamivudina/ Efavirenz (TDF/3TC/EFV)	1 tableta de Tenofovir 300mg más 2 tabletas de Lamivudina 150mg más 1 tableta de Efavirenz 600mg juntas cada 24 horas (al acostarse)	Se utilizara este esquema, cuando no se cuente con la presentación en dosis fija combinada

Anexo III. Consentimiento Informado

Por este medio se le informa que, con vista a contribuir a la efectividad del tratamiento, a través del cumplimiento terapéutico, se realizará una investigación con todos los pacientes que presentan patologías crónicas. Esta investigación es altamente confidencial, el formar parte de la misma es voluntario, y una vez incluido puede abandonar su participación en este estudio sin que esto afecte su atención farmacéutica, pero sería de gran ayuda su colaboración. Yo _____ a través de este documento doy mi consentimiento para participar en la investigación titulada _____ :
“Adherencia terapéutica en pacientes con retrovirosis crónicas desde una consulta distrital que brinda asistencia en el policlínico Jul ián Grimaú se Santiago de Cuba , desde febrero a mayo del 2019. _____ Firma

Anexo IV Entrevista inicial

Entrevista Inicial: Buenas tardes. Me llamo XXX., soy farmacéutico y trabajo en el Servicio de Farmacia de la institución. Si dispone de aproximadamente 15 minutos me gustaría realizarle algunas preguntas sobre su tratamiento y, al mismo tiempo, facilitarle algunos consejos prácticos que creemos pueden ser de su interés para obtener el máximo beneficio con el tratamiento medicamentoso que está recibiendo.

Datos personales del paciente:

Nombre _____

Edad _____

Sexo: M ___ F ___

Talla _____ m Peso: _____ Kg

Color de la piel: ___ N ___ M ___ A ___ B

Nivel de estudios alcanzados: ___ Primarios ___ Secundarios ___ Pre-universitarios
___ Universitarios

Bebidas y Remedios caseros

¿Con qué frecuencia? (especifique)

Bebidas y Remedios caseros	¿Con qué frecuencia? (especifique cantidad diaria)
Bebida _____	
Café _____	
Leche _____	
Te o remedios caseros _____	
Refresco _____	
bebidas alcohólicas _____	
Tabacos o cigarros _____	

Medicación

Nos gustaría conocer la medicación que toma habitualmente, para el tratamiento de las enfermedades que padece, la frecuencia con que la toma, la cantidad, forma en que la toma, etc.

Cantidad de medicamentos ANTIRRETROVIRALES TOMA DIARIO

Cód.	Medicamento	fecha de inicio	F.F	Dosis Indv.	Frecuencia	Horario de Adm.	Quine lo indica/para qué
1							
2							

Administración de los medicamentos:

Toma usted todos los medicamentos de una sola vez (juntos): Si ___ No ___

Toma usted los medicamentos con las comidas: Si ___ No ___

Toma los medicamentos con: un vaso de agua, Un vaso de leche, Un vaso de jugo; ninguno de ellos ¿Cuál? _____

Toma los medicamentos en la: Mañana, En la tarde , En la noche ;

En caso de que no se ajuste a ninguno de los anteriores: explique cómo lo toma _____

¿Toma usted los medicamentos como se los indicó el médico? Si ___ No ___

¿Por qué? _____

Reacciones adversas: Los medicamentos pueden producir algunos efectos no deseados además de los que se pretenden obtener. La cantidad de este medicamento que necesita para causar un efecto beneficioso en la mayoría de personas es muy parecida a la cantidad que puede producir problemas y en el caso de que se presente alguno, puede requerir asistencia médica. Me gustaría preguntarle sobre algunos síntomas que pueden alertar

sobre problemas con sus medicamentos; por favor necesito que recuerde y me precise si ha sentido alguno de estos efectos. Le recomiendo que en caso que presente alguno consulte a su médico.

<i>Pérdida de apetito (Anorexia)</i>		<i>Hipotensión ortostática</i>	
<i>Constipación (estreñimiento)</i>		<i>Dificultad para orinar</i>	
<i>Alucinaciones</i>		<i>Somnolencia</i>	
<i>Depresión</i>		<i>Sequedad bucal</i>	
<i>Latidos cardiacos lentos</i>		<i>Ardor de estómago</i>	
<i>Caídas</i>		<i>Pérdida de la conciencia o desmayos</i>	
<i>Latidos cardiacos irregulares</i>		<i>Alteración de la visión</i>	
<i>Fractura de cadera u otros</i>		<i>Náuseas</i>	
<i>Sangramiento digestivo</i>		<i>Vómitos</i>	
<i>Convulsiones</i>		<i>Confusión (alteración de la conciencia)</i>	
<i>otras</i>		<i>Palpitaciones</i>	

Farmacéutico que realizó la entrevista: _____

Fecha: _____

Tiempo que tomó realizar la entrevista: _____ min

Anexo V

Cuestionario para la evaluación de la adherencia al tratamiento antirretroviral

Estimado (a) paciente:

Por favor solicitamos su colaboración para completar este cuestionario. Con el mismo se pretende conocer la manera en que asumen el cumplimiento de las indicaciones médicas con respecto al tratamiento antirretroviral. Garantizamos que la información que nos brinde será mantenida en el anonimato respetando al máximo su privacidad. Sus opiniones serán muy apreciadas. Es necesario que sus respuestas sean veraces, para poder establecer estrategias objetivas, individualizadas y de calidad.

Desde ya, muchas gracias por su colaboración.

Información Socio-demográfica y Clínica

Nombres y Apellidos:

Edad:

Sexo:

Ocupación:

Año de diagnóstico:

Tiempo de tratamiento:

Nivel de escolaridad: ___ primario ___ secundario ___ preuniversitario

___ universitario

Información sobre la adherencia terapéutica

Marque con una (x) en el casillero correspondiente

En los últimos treinta días:

Motivos de la falta de adherencia	Siempre	Casi	A	Casi	Nunca
			veces	nunca	
¿En alguna ocasión ha dejado de tomar sus medicamentos?	<input type="checkbox"/>				

Si los ha dejado de tomar. Marque con una X las alternativas que considere.

- olvido
- se siente mejor
- se encuentra peor
- se encuentra triste y deprimido
- porque está consumiendo bebidas alcohólicas o sustancias adictivas
- falta de disponibilidad de los medicamentos en la farmacia
- le provocan efectos indeseables
- otros

Cumplimiento del tratamiento	Nunca	Casi	A veces	Casi	Siempre
		nunca		siempre	
¿Toma los medicamentos antirretrovirales en las dosis que le indicó su médico?	<input type="checkbox"/>				
¿Toma los medicamentos con la frecuencia indicada por su	<input type="checkbox"/>				

médico?

Asiste a las consultas de
seguimiento programadas

Percepciones del paciente	Nada cumplid or	Poco cumplid or	Mediana mente cumplidor	Cumplid or	Muy cumplid or
----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--	-----------------------	-------------------------------

¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto al cumplimiento del tratamiento con antirretrovirales?

Mucho Bastante Poco Muy poco Ningun o

¿Cuánto esfuerzo le cuesta cumplir con el tratamiento antirretroviral?

Si le cuesta algún esfuerzo cumplir con el tratamiento. Marque con una X las alternativas que considere.

__ porque interrumpe las actividades de su vida diaria.

__ porque interrumpe su sueño.

__ porque no le gusta tomar medicamentos

__ otras.

	Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho
--	------	-----------	------	----------	-------

¿Considera que los medicamentos antirretrovirales indicados han mejorado su enfermedad?

	Ninguna	Poca	Regular	Bastante	Mucha
--	---------	------	---------	----------	-------

¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los efectos adversos de los medicamentos antirretrovirales?

	Muy incómodo	Incómodo	Parcialmente cómodo	Cómodo	Muy cómodo
--	--------------	----------	---------------------	--------	------------

¿Cómo considera el / los horario (s) de administración de los medicamentos indicados para ser cumplidos por usted?

	Nada	Poco	Mediana	Bastante	Muy
--	------	------	---------	----------	-----

¿Considera cómoda la vía de administración de los medicamentos indicados para ser cumplidos por usted?

	Nada	Poco	Mediana	Bastante	Muy
--	------	------	---------	----------	-----

beneficioso beneficioso mente beneficioso beneficioso
beneficioso beneficioso beneficioso beneficioso beneficioso
o

¿Considera beneficioso para usted el uso de los medicamentos antirretrovirales?

Mucho Bastante Poco Muy poco Nada

¿Considera que el color de los medicamentos antirretrovirales influye en el cumplimiento del tratamiento?

¿Considera que el olor de los medicamentos antirretrovirales influye en el cumplimiento del Tratamiento?

¿Considera que el sabor de los medicamentos antirretrovirales influye en el cumplimiento del

Tratamiento

Insatisfecho **Poco satisfecho** **Parcialmente satisfecho** **Satisfecho** **Muy satisfecho**

¿Cómo se siente en general desde que ha comenzado a tomar los medicamentos antirretrovirales?

Interacción médico-paciente **Insatisfecho** **Poco satisfecho** **Medianamente satisfecho** **Bastante satisfecho** **Muy satisfecho**

¿Cómo se siente con la atención que recibe de su médico de la consulta especializada de VIH/SIDA?

Nunca **Casi nunca** **A veces** **Casi siempre** **Siempre**

¿Suele su médico utilizar los resultados de sus análisis para darle ánimo y exhortarle a seguir adelante?

Entiende usted las

indicaciones que le da su médico.

¿Usted y su médico deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

¿Usted y su médico analizan como cumplir el tratamiento?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

¿El médico le explica la importancia de realizar el tratamiento?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Muy Mala Mala Regular Buena Excelente

¿Cómo calificaría la relación que tiene con su médico de la consulta especializada de VIH/SIDA?

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Apoyo social y familiar Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre

Usted recibe apoyo para cumplir con el tratamiento antirretroviral.

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

¿De quién recibe apoyo para cumplir con el tratamiento antirretroviral? Marque con una

(x) las alternativas que considere.

__ de sus familiares

__ de sus amigos

__ de su pareja

__ de sus compañeros de trabajo

Estrategias para mejorar la adherencia	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
--	-------	------------	---------	--------------	---------

¿Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento?	<input type="checkbox"/>				
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

¿Qué recordatorios utiliza que le faciliten la realización del tratamiento? Marque con una (x) las alternativas que considere.

__ uso de alarmas diarias

__ calendarios

__ mapa horario

__ le pide a otra persona que te acuerde los horarios de tus medicamentos.

__ utilizas notas visibles

__ utiliza una cajita para poner los medicamentos por horario de administración

__ ninguno

Figura 3. Cuestionario

Anexo VI

Cuestionario para medir nivel de conocimiento de la enfermedad y el tratamiento.

Leyenda

Posibles respuestas// Conoce(C); No conoce (NC); Conoce parcialmente (CP)

Todos (T); Algunos(A); Ninguno(N)

- 1 ¿Conoce la(s) enfermedad(es) que padece?
- 2 ¿Conoce cuáles son los síntomas d su enfermedad?
- 3 ¿Conoce el tiempo que puede durar su enfermedad?
- 4 ¿Conoce cuáles son los exámenes de control o autocontrol de su enfermedad?
- 5 ¿Conoce con qué frecuencia debe realizarse los exámenes de control o autocontrol de su enfermedad?
- 6 ¿Conoce qué es un medicamento?
- 7 ¿Conoce qué es una reacción adversa medicamentosa?
- 8 ¿Conoce qué es una interacción medicamentosa?
- 9 ¿Conoce qué es una dosis?
- 10 ¿Conoce cuál (es) medicamento(s) le han sido indicados?
- 11- ¿Conoce para qué están indicados cada uno de los medicamentos que usa?
- 12 ¿Sabe qué tiempo dura el tratamiento indicado por su médico?
- 13 ¿Conoce cómo tomar sus medicamentos?
- 14 ¿De los medicamentos que UD usa sabe cuáles puede mezclar con alimentos?

15 ¿Conoce los efectos indeseables que produce cada uno de los medicamentos que toma para su enfermedad?

Sí No

16 ¿Usa medicamentos por decisión propia? ¿Cuáles?

C NC CP

17 ¿Conoce los factores de riesgo que pueden empeorar su enfermedad?

18 ¿Conoce qué otras medidas tiene que cumplir para el control de su enfermedad?

19 ¿Conoce la dieta que debe cumplir?

20 ¿Conoce qué alimentos pueden descontrolar su enfermedad?

Sí No

21 ¿Tiene lugar específico para almacenar sus medicamentos?

C NC CP

22 ¿Conoce las condiciones adecuadas para el almacenamiento y conservación de cada uno de los medicamentos que usa?

Clave de calificación

Posibles respuestas	Calificación
Conoce -----	2 puntos
• Todos -----	2 puntos
• Si -----	2 puntos
• Conoce parcialmente -----	1 punto
• Alguno -----	1 punto
• No conoce -----	0 puntos

• Ninguno ----- 0 puntos

• No ----- 0 puntos

Calificación general (40 puntos)

• <25 puntos: Bajo

• 25-30 puntos: Medio

• >30 puntos: Alto