

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 VIH/SIDA en el municipio Jiguaní*

***Autora:*** *Rossana Beatriz Gómez Viera*

***Tutora:*** *MSc. Dorgerys García Falcón*

***Asesora:*** *Lic. Bárbara Prada Sánchez*

Santiago de Cuba

Curso: 2021

*Pensamiento*

*“Todos los triunfos nacen cuando nos atrevemos a comenzar”.*

*Eugene Ware*



*Dedicatoria*

Se lo dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los deseos más ansiados.

A mis padres y abuelos por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy.

A toda mi familia en general por la confianza depositada.

A mis profesores quienes nunca desistieron al enseñarme, aún sin importar que muchas veces no prestáramos atención en clase, a ellos que continuaron depositando su esperanza a pesar de todo.

Este triunfo es para ustedes

## *Agradecimientos*

Agradezco a Dios por bendecirnos la vida, por guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

A las amigas/os de los que siento orgullo de haber conocido, quienes fueron un gran apoyo y compañía sin igual durante el tiempo como estudiante. Siempre los llevaré en mi corazón.

A mis padres y a mis abuelos por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía.

A toda mi familia porque con sus consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañaron en todos mis sueños y metas.

A los profesores y en sentido general a todos los docentes por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación en nuestra profesión.

A mi tutora Dorgerys y mi asesora Bárbara por la paciencia y el tiempo empleado en mí.

A la universidad que me dio la bienvenida y la oportunidad de convertirme hoy en una Lic. Ciencias en Farmacéuticas.

Muchas gracias a todos de todo corazón por sus aportes, amor y apoyo durante todo este camino que no ha sido sencillo.

*Índice*

<i>Introducción</i> .....	1
<i>Capítulo I. Revisión Bibliográfica</i> .....	6
I.1 Virus. Aspectos generales .....	6
I.2 Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Generalidades .....	6
I.2.2 Vías de trasmisión .....	7
I.2.3 Fases de la infección .....	8
I.3.1 Terapia antirretroviral.....	9
I.3.1.1 Riesgos asociados a la terapia antirretroviral .....	12
I.4 Adherencia terapéutica.....	13
I.4.1 Adherencia terapéutica. Concepto .....	13
I.4.2 Factores que influyen en la adherencia. ....	14
I.4.3 Métodos utilizados para evaluar la adherencia.....	16
<i>Capítulo II. Materiales y Métodos</i> .....	18
II.1- Características generales de la investigación .....	18
II.1.1- Selección de la muestra de estudio .....	18
II.1.2- Aspectos éticos de la investigación .....	19
II.2- Metodica de la investigación .....	19
II.2.1- Caracterización de la muestra objeto de estudio.....	19
II.2.2- Determinación de la adherencia al tratamiento antirretroviral.....	22
II.3-Técnicas de obtención de la información y procesamiento de los resultados.....	24
II.3.1- Obtención de la información .....	24
II.3.2- Procesamiento de la información.....	24

<i>Capítulo III. Resultados y Discusión</i> .....	24
III.1 Caracterización de la muestra teniendo en cuenta variables sociodemográficas, clínicas y farmacoterapéuticas.....	26
III.2.- Determinación de la adherencia al tratamiento antirretroviral.....	33
<i>Conclusiones</i> .....	44
<i>Recomendaciones</i> .....	46
<i>Referencias Bibliográficas</i> .....	

## *Resumen*

El VIH/SIDA ha cambiado el curso de la vida y el sueño de millones de personas en el mundo. Uno de los progresos más significativos en el campo del tratamiento de esta infección ha sido el desarrollo de la terapia antirretroviral de gran actividad que previene o retarda la progresión de la enfermedad. La adherencia al tratamiento se considera como un factor fuertemente asociado al éxito o fracaso terapéutico. Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo con el objetivo de evaluar la adherencia al tratamiento antirretroviral de los pacientes con VIH/SIDA desde la Farmacia Principal Municipal del municipio Jiguaní, provincia Granma en el período de mayo-septiembre del 2021. Se empleó como instrumento de trabajo la entrevista inicial y la información requerida para la determinación de la adherencia terapéutica y los factores que influyen en la misma, se obtuvo a partir de la aplicación del cuestionario de Martín–Bayarre–Grau. La muestra estuvo compuesta por 86 pacientes. Hubo un predominio del sexo masculino, las edades entre 50-59 años, el nivel de escolaridad secundario, alto consumo de café. El 74,4% de los pacientes presentaron adherencia parcial. Los factores que influyeron significativamente en la adherencia terapéutica de los pacientes fueron la edad, el sexo y el nivel de escolaridad entre los dependientes del paciente y los esquemas terapéuticos entre los relacionados con el régimen terapéutico.

*Abstract*

HIV / AIDS has changed the course of the lives and dreams of millions of people in the world. One of the most significant advances in the field of treating this infection has been the development of highly active antiretroviral therapy that anticipates or slows the progression of the disease. Adherence to treatment is considered an associated factor associated with therapeutic success or failure. A descriptive and prospective study was carried out with the objective of evaluating adherence to antiretroviral treatment of patients with HIV / AIDS from the Main Municipal Pharmacy of the Jiguaní municipality, Granma province in the period May-September 2021. The initial interview and the information required to determine therapeutic adherence and the factors that influence it was obtained from the application of the Martin-Bayarre-Grau questionnaire. The sample consisted of 86 patients. There was a predominance of the male sex, the ages between 50-59 years, the level of secondary schooling, high consumption of coffee. 74.4% of the patients presented partial adherence. The factors that had a significant influence on the therapeutic adherence of the patients were age, sex, and level of education among the dependents of the patient and the therapeutic regimens among those related to the therapeutic regimen.

## *Introducción*

Han transcurrido más de 25 años desde la aparición del VIH y con éste una de las epidemias más brutales en la historia de la humanidad; sin respetar edad, raza, sexo ni frontera. La misma ha cambiado el curso de la vida y el sueño de millones de personas en el mundo.<sup>1</sup> Constituye una gran preocupación desde el punto de vista médico, político y social; en lo económico, se han movilizad o innumerables recursos, de manera que se requiere de la acción conjunta de los gobiernos y las autoridades de salud para lograr su control.<sup>2</sup>

Desde el comienzo de la epidemia 75,7 millones de personas han contraído la enfermedad y 32,7 millones fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA. A finales del 2019, 38,0 millones de personas vivían con VIH en el mundo, de ellos 36,2 millones adultos y 1,8 millones niños de hasta 14 años; 1,7 millones contrajeron la infección; 690.000 fallecieron a causa de enfermedades relacionadas.<sup>3</sup>

Cuba se encuentra entre los países caribeños menos afectados, manteniendo la prevalencia de la infección de VIH más baja de América Latina y el Caribe, una de las más bajas en el hemisferio occidental con un 0,2%-0,3% de la población entre 15 a 49 años y que ha estado entre las más bajas del mundo. En la provincia Granma, como promedio se detectaba un caso de VIH/SIDA cada tres días y en los últimos años existe un incremento. Los municipios de Bayamo, Manzanillo y Jiguaní son los más afectados, aunque se reportan casos en toda la provincia.<sup>4</sup>

Uno de los progresos más significativos en el campo del tratamiento de esta infección ha sido el desarrollo de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), que previene o retarda la progresión de la enfermedad, con el impacto positivo de disminuir la carga viral circulante, restaurar el sistema inmunológico y mejorar la calidad de vida (CV).<sup>5</sup> Este tratamiento consiste en la introducción de nuevos fármacos antirretrovirales, los cuales se

emplean mediante terapias de combinación que poseen una notable potencia inhibitoria de la replicación viral.<sup>6,7</sup>

La utilización y el acceso a la terapia antirretroviral (TAR), la monitorización de los servicios de salud y sus resultados relacionados, apuntan un camino para la búsqueda de la mejoría de la CV de las personas que viven con VIH/SIDA (PVHS).<sup>8</sup> No obstante, la esperanza de vida estará influenciada por el éxito de los tratamientos biomédicos para los sujetos seropositivos, en la medida que éstos logren óptima adherencia.<sup>9</sup>

La adherencia al tratamiento se considera como un factor fuertemente asociado al éxito o fracaso terapéutico en el control de las enfermedades crónicas, en el caso del VIH/SIDA tiene una importancia adicional como factor decisivo para el éxito del tratamiento, teniendo en cuenta que la rápida velocidad de replicación y mutación del virus requiere grados muy altos de adherencia para lograr una supresión duradera de la carga viral.<sup>8</sup> La falta de adherencia reduce la supresión viral efectiva, permite la resistencia viral, aumenta el riesgo de enfermedades oportunistas, incrementa la morbilidad, la mortalidad y las hospitalizaciones relacionadas con el SIDA.<sup>10</sup> También sesga la evaluación clínica de la eficiencia del tratamiento, conlleva a la prescripción de dosis de medicamentos más altas y en otros la prescripción de medicamentos que no son necesarios.<sup>11</sup>

No basta con hacer llegar el antirretroviral a la persona infectada, sino asegurarse que el individuo lo consuma, el éxito de la terapia radica en la adherencia.<sup>12</sup> En el contexto sanitario actual, en el que el mundo es afectado por la pandemia de la COVID-19, causada por el virus SARS-COV-2, adquiere mayor relevancia el tema de la adherencia terapéutica en los pacientes con VIH/SIDA pues las personas con afecciones subyacentes y un sistema inmunológico más débil pueden ser más vulnerables a la infección por COVID-19. Para las personas que viven con el VIH en tratamiento antirretroviral, el hecho de mantener una óptima adherencia asegura la supresión viral y la recuperación inmunológica, reduciendo

el riesgo de complicaciones en caso de infección con SARS-CoV-2. Mientras tanto, estas personas deben tomar las medidas de prevención de COVID-19 recomendadas.<sup>13</sup>

Numerosas investigaciones revelan el problema de la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral, así como los factores que influyen en esta.<sup>14</sup> La falta de conciencia de la enfermedad es el factor no farmacológico principal que puede dificultar la adherencia terapéutica de los pacientes, también se considera que la falta de apoyo familiar y/o social, así como el consumo de sustancias tóxicas (drogas y/o alcohol), son otros factores que influyen.<sup>11</sup> Los efectos adversos causados por los anti-retrovirales constituyen la principal causa de falta de adherencia al tratamiento. Grimes y Lewis<sup>15</sup> señalaron que el 96% de los pacientes que reciben TAR presentan -al menos- un medicamento que genera problemas de toxicidad o ineffectividad de la terapia.<sup>15</sup>

Un estudio realizado en Lima, por Tafur y col. encontró que el 46,2% de los pacientes encuestados presentaron baja adherencia al TARGA y solo el 5,8 % presentó adherencia estricta u óptima.<sup>16</sup> Otros estudios realizados en la región también revelan el problema, como en la investigación realizada en Venezuela sólo el 47,5 % de los pacientes fueron adherentes,<sup>17</sup> en otra en Belo Horizonte, Brasil sólo lo fueron el 79,7%<sup>18</sup>. Miyada S y col.<sup>19</sup>, realizaron también la evaluación de la adherencia al TAR de 109 pacientes con VIH/SIDA en Brasil y observaron que 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.<sup>19</sup>

Por otro lado, en Cuba también se han desarrollado investigaciones que revelan la falta de adherencia al tratamiento. En un estudio realizado por Pérez Bastán en el municipio Centro Habana se detectó que solamente el 70,5 % de los pacientes con VIH/SIDA tuvo buena adherencia al TARGA.<sup>11</sup> También se realizó un estudio de caracterización a 124 pacientes con abandono de terapia antirretroviral en el municipio Boyeros durante el

2013, el cual arrojó que efectivamente existe abandono del tratamiento en pacientes adultos con VIH.<sup>20</sup>

En la provincia Granma se han realizado investigaciones que han permitido evaluar la adherencia terapéutica en otras indicaciones, tal es el caso de la realizada por Torres Saldaña y col.<sup>21</sup> y Alfonso Martín L y col.<sup>22</sup>. Sin embargo; no existen reportes de estudios sobre adherencia al tratamiento antirretroviral.

Teniendo en cuenta el incremento de pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en el municipio Jiguaní, así como la falta de estudios que documenten el comportamiento de la adherencia terapéutica y los factores relacionados con ésta en pacientes con VIH/SIDA en el municipio y considerando que la baja adherencia a los tratamientos antirretrovirales es motivo de preocupación para la comunidad científica en el contexto actual en que la humanidad enfrenta la pandemia de la COVID-19 y que estos pacientes son vulnerables, se desarrollará la presente investigación.

**Problema científico:** Insuficiente información científica disponible relacionada con la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA en el municipio Jiguaní.

**Hipótesis:** Si se evalúa la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA dispensarizados en la Farmacia Principal Municipal de Jiguaní, podrán identificarse los factores asociados y contribuir a la efectividad de la farmacoterapia.

**Objetivos:**

**General:** Evaluar la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA dispensarizados en la Farmacia Principal Municipal en el municipio Jiguaní.

**Específicos:**

1. Determinar la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA.
2. Identificar los factores que influyen en la adherencia terapéutica de los pacientes.

## *Capítulo I. Revisión Bibliográfica*

### **I.1 Virus. Aspectos generales**

Los virus son entidades submicroscópicas que se introducen en una célula huésped y dirigen la maquinaria metabólica de esta para producir más virus. Al necesitar las enzimas y las macromoléculas de la célula hospedera para su replicación se consideran parásitos obligados. La estructura básica de un virus es un ácido nucleico, puede ser ADN o ARN (nunca ambos), rodeado por una cubierta proteica (cápside) y a veces por una membrana (envoltura) en cuya composición participan lípidos, hidratos de carbono y proteínas.<sup>23</sup>

Los virus pueden ser clasificados según el tipo de ácido nucleico ADN o ARN dentro de la cápside. Dentro de los virus ARN están los rhabdovirus (virus de la rabia); retrovirus (virus de la inmunodeficiencia humana, virus de la leucemia humana de las células T); paramixovirus: virus del sarampión, virus de la parotiditis; togavirus: virus de la rubéola, encefalomielitis equina del este. Dentro de los virus ADN podemos encontrar el papovavirus: virus del papiloma humano; adenovirus; herpesvirus (virus herpes simple tipo 1, virus herpes simple tipo 2, virus varicela zoster, citomegalovirus, herpes virus humano tipo 6, herpes virus humano tipo 7, herpes virus humano tipo 8 y poxvirus (virus de la viruela)).<sup>23</sup>

### **I.2 Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Generalidades**

En 1983, el médico y virólogo francés Luc Montagnier, profesor del Instituto Pasteur, descubre el retrovirus causante del SIDA, al que primero llamó LAV y que en 1986 recibe la denominación internacional de VIH. El VIH ocasiona la destrucción del sistema inmune, puesto que presenta tropismo por los macrófagos y especialmente, por los linfocitos t CD<sup>4+</sup>.<sup>24,25</sup> Posee una estructura esférica, de aproximadamente 110 nm de diámetro, dentro de la cual se pueden diferenciar tres capas:

- Capa externa o envoltura: formada por una membrana lipídica, donde se insertan las glucoproteínas gp120 (glucoproteína de superficie) y gp41 (glucoproteína transmembranal) y proteínas derivadas de la célula huésped entre las que se encuentran receptores celulares y antígenos de histocompatibilidad de clase I y II. Debajo de la membrana lipídica, se encuentra la proteína matriz p17 que se une a la gp41.
- Cápside icosaédrica formada por la proteína p24.
- Capa interna o nucleoide: contiene el ARN viral, la nucleoproteína p7 y algunas enzimas (proteasa, integrasa, transcriptasa interna).<sup>26</sup>

Los virus que producen la infección por VIH son retrovirus, los cuales son virus ARN que se replican mediante un ADN intermediario, que depende de la ADN polimerasa o retrotranscriptasa, proveniente del ARN y que se encuentra dentro del virión. Este conjunto enzimático permite copiar o transcribir información genética de tipo ARN a ADN. Este proceso para sintetizar una partícula a partir de una información genética en forma de ARN, solo es atribuible a estos virus. La familia de los retrovirus está dividida en varias subfamilias: oncoviridae, espumaviridae y los lentiviridae, las cuales tienen, desde el punto de vista de sus acciones biológicas, diferentes características. Estos últimos producen inmunodeficiencia, pues causan la destrucción lenta y progresiva de las células que infectan. Dentro de este subgrupo los que provocan la enfermedad en los seres humanos son el VIH- 1 y 2, descubiertos 1983 y 1986, respectivamente.<sup>2</sup>

### **1.2.2 Vías de trasmisión**

El VIH puede transmitirse a través del intercambio de determinados líquidos corporales de la persona con la infección, como la sangre, la leche materna, el semen o las secreciones vaginales. También puede transmitirse de madre a hijo durante el embarazo y el parto.<sup>2</sup> No es posible infectarse en los contactos cotidianos como los besos, abrazos o por el hecho de compartir objetos personales, agua o alimentos, etc. Es importante señalar que

las personas con VIH que reciben TAR y han suprimido la carga viral no transmiten el virus a sus parejas sexuales.<sup>27</sup>

### **I.2.3 Fases de la infección**

#### **I. Infección aguda retroviral**

Se corresponde con la llegada del virus al paciente y se caracteriza desde el punto de vista clínico por dos situaciones: puede ser asintomática, como ocurre en la mayoría de los casos, o sintomática, donde el cuadro clínico presenta síntomas muy variados. En su mayoría, como son síntomas tan inespecíficos, es frecuente que médicos y pacientes no les den importancia y a su vez sea difícil determinar con exactitud la frecuencia de este cuadro agudo.<sup>2</sup>

#### **II. Infección asintomática por VIH**

Fase más larga de la enfermedad, la de portador asintomático, que en Cuba tiene una duración promedio de tan corto tiempo como de un año y tan larga como de 8,5 años, aunque los nuevos tratamientos la prolongan cada vez más. De forma general, puede estar asintomático por completo o presentar un síndrome adénico.<sup>2</sup>

#### **III. Infección sintomática por VIH**

Aparecen los primeros síntomas o se presentan enfermedades relacionadas con una inmunodeficiencia subyacente, de modo que estos pacientes ya no estarán tan bien como en la fase anterior, pero los problemas no serán tan graves como en la siguiente. Clínicamente se caracteriza por distintos síntomas. La duración de esta fase depende de diferentes factores, entre los cuales figuran: tipo de cepa viral infectante y respuesta inmunológica del huésped, entre otros.<sup>2</sup>

#### **IV. Fase SIDA**

Es el estadio final de la infección por VIH y se caracteriza por la aparición de infecciones oportunistas y tumores raros. Desde el punto de vista inmunológico, representa una inmunodepresión severa, con una depleción notable del número de linfocito CD4, cuya función en la respuesta inmune es bien conocida. Hay una alta replicación viral, favorecida por la debilidad del sistema inmunológico. Desde el punto de vista clínico, se considera que un paciente es un posible caso sida cuando tiene varias afecciones oportunistas mayores que así lo indiquen.<sup>2</sup>

#### **I.3 Tratamiento del VIH/SIDA**

Ha surgido un consenso sobre la utilización de tratamiento antirretrovírico en el SIDA, que se basa en los siguientes principios:

- A. Monitorizar la carga vírica plasmática y el recuento de linfocitos CD<sup>4+</sup>
- B. Comenzar el tratamiento antes de que la inmunodeficiencia se haga evidente.
- C. Tener como objetivo reducir la concentración vírica plasmática tanto como sea posible y durante el máximo tiempo posible.
- D. Utilizar combinaciones de al menos tres fármacos (p. ej., dos inhibidores de la transcriptasa inversa y un inhibidor de la proteasa).
- E. Cambiar a un nuevo régimen si aumenta la concentración vírica plasmática.<sup>28</sup>

#### **I.3.1 Terapia antirretroviral**

Dado que los virus comparten muchos de los procesos metabólicos de la célula huésped, es difícil encontrar fármacos que sean selectivos para el patógeno. Sin embargo, algunas enzimas específicas del virus son posibles dianas para los fármacos. La mayoría de los fármacos antivíricos de que se dispone actualmente son eficaces solamente cuando el

virus se está replicando. Dado que las fases iniciales de la infección suelen ser asintomáticas, el tratamiento se suele retrasar hasta que la infección está bien establecida.<sup>28</sup> La eficacia de los fármacos antirretrovirales ha provocado un cambio radical en la historia natural de la infección por VIH.

El objetivo de la terapia antirretroviral, es reducir la carga viral a niveles indetectables por el mayor tiempo posible, restaurando la función del sistema inmune, disminuir la mortalidad, prolongar la sobrevida, mejorar la CV y prevenir la transmisión del virus.

**Clasificación de los antirretrovirales:**

- ✓ Inhibidores de la transcriptasa inversa (TI)
  - Análogos nucleósidos y nucleótidos (ITIAN): zidovudina (AZT), didanosina (ddl), estavudina (d4T), lamivudina (3TC), tenofovir, emtricitabina (FTC), adefovir.

El mecanismo de acción de los análogos nucleósidos inhibidores de la TI es doble: por un lado, inhiben la TI viral de forma competitiva al unirse a la enzima de una forma más natural que los sustratos nucleósidos naturales y, por otro lado, actúan finalizando la síntesis de la cadena de ADN proviral. Los análogos nucleótidos actúan al inhibir de forma selectiva la polimerasa viral, compitiendo con la desoxiadenosina trifosfato en su incorporación a la molécula de ADN e interrumpiendo el crecimiento de la misma.<sup>29</sup>

- Análogos no nucleósidos (ITINN): nevirapina, efavirenz, delavirdina, etravirina.

A diferencia de los análogos de los nucleósidos, los no análogos de nucleósidos no requieren ser fosforilizados para ejercer su acción. Son activos frente al VIH-1 pero no frente al VIH-2 ni frente a hepadnavirus ni virus del grupo herpes. Actúan a través de un bloqueo de la actividad de la ADN polimerasa viral dependiente del ARN y del ADN, uniéndose de forma directa a la TI por un sitio distinto del que se une al sustrato dNTP, a diferencia de los análogos de los nucleósidos que se unen a ésta de forma competitiva. A

pesar de actuar al mismo nivel que los análogos de nucleósidos, ambos actúan inhibiendo la TI viral, su combinación es generalmente sinérgica o al menos aditiva.<sup>29</sup>

- ✓ Inhibidores de la proteasa (IP): saquinavir, ritonavir, indinavir, nelfinavir, amprenavir, fosamprenavir, lopinavir, tripanavir, atazanavir.

Los IP actúan inhibiendo la proteasa viral, enzima que cataliza la escisión de las poliproteínas gag y gag-pol en proteínas estructurales clave y enzimas de replicación del VIH necesarias para la maduración y la proliferación viral.<sup>29</sup>

- ✓ Inhibidores de la fusión y de la entrada: enfuvirtida o pentafusido (T20), tifuvirtida.

Estos fármacos evitan que el virus entre en las células objetivo. Inhiben la unión entre la gp 41 y la molécula CD4. Para penetrar en las células inmunes el VIH debe fusionarse con los receptores de las células, y estos fármacos actúan para evitar que esto suceda.<sup>30</sup>

- ✓ Antagonistas de los correceptores: maraviroc, vicriviroc.

Actúa bloqueando la entrada del VIH a las células humanas mediante la inhibición de los correceptores CCR5.<sup>31</sup>

- ✓ Inhibidores de la integrasa: altegravir, elvitegravir, dolutegravir.

Actúan en un paso replicativo del VIH diferente del resto de las familias de ARV, bloqueando el paso de transferencia de hebra del proceso de integración. El sitio activo de la integrasa se une al ADN de la célula del huésped e incluye 2 cationes de metal divalentes, que sirven como objetivos de quelación para los INSTI. Como resultado, cuando está presente el INSTI, el sitio activo de la enzima es ocupado y el proceso de integración se detiene.<sup>31</sup>

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 replicación

viral o diferentes aspectos del mismo, generando una inhibición más eficaz del proceso viral y su replicación.<sup>32</sup>

La combinación de antirretrovirales incluye dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido y el tercer fármaco de elección pertenece a las familias de inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos (INNTR), inhibidores de la proteasa (IP) e inhibidores de la integrasa (INSTI).<sup>31</sup>

El protocolo TARGA permite inhibir la replicación del VIH y se consigue reducir la presencia en el plasma de ARN del VIH a concentraciones indetectables, prolongando mucho la supervivencia de los enfermos. Sin embargo, se trata de un régimen complejo y con muchos efectos adversos. El cumplimiento es difícil y el tratamiento dura toda la vida. No se consigue la erradicación del virus, que sigue latente dentro del genoma de los linfocitos T de memoria del huésped, preparado para reactivarse en cuanto se interrumpe el tratamiento.<sup>28</sup>

#### **I.3.1.1 Riesgos asociados a la terapia antirretroviral**

La terapia antirretroviral ha modificado el curso de la infección por VIH/SIDA y ha contribuido a elevar la CV de estos pacientes. Sin embargo, no está exenta de riesgos. Su utilización va aparejada con la aparición de efectos adversos que, según algunos autores como Villalobos J y col.,<sup>33</sup> y Rodríguez A y col.,<sup>34</sup> son responsables de la falta de adherencia al tratamiento. Un elevado porcentaje de pacientes abandona el tratamiento para evitar la sintomatología producida por las reacciones adversas, independientemente de las consecuencias clínicas que puedan tener.<sup>35</sup>

Entre las principales reacciones adversas que pueden causar están las reacciones gastrointestinales como: diarrea, intolerancia gastrointestinal, malestar abdominal, náuseas, pancreatitis, úlceras orales, franca hepatitis. Se destacan también las neurológicas como: cefalea, mareos, insomnio; las hematológicas: anemia,

trombocitopenia. También resaltan otras como la fiebre, mal sabor en la boca, vómitos, aumento de las transaminasas hepáticas, erupción cutánea, dolor abdominal, malestar y otros<sup>36, 37</sup> por solo citar algunos.

#### **I.4 Adherencia terapéutica.**

##### **I.4.1 Adherencia terapéutica. Concepto**

La adherencia al tratamiento es considerada como el grado de apego del paciente a las terapias farmacológicas y no farmacológicas indicadas por el personal sanitario para el mejoramiento de su estado de salud; donde es de vital importancia el rol activo que el paciente debe adoptar, teniendo en cuenta su cultura, creencias y costumbres.<sup>21</sup> En sentido general el término adherencia se refiere al “proceso a través del cual el paciente lleva a cabo las indicaciones del terapeuta, basado en las características de su enfermedad, del régimen terapéutico que sigue, de la relación que establece con el profesional de la salud y de sus características psicológicas y sociales.”<sup>38</sup>

La adherencia al tratamiento incluye el desarrollo de conductas de distintos tipos que permiten un mejoramiento potencial en el estado de salud, como son: acudir a la atención médica, mantener disciplina y constancia con el tratamiento, tomar la medicación indicada, llevar un seguimiento adecuado y realizar los cambios necesarios en el estilo de vida.<sup>39</sup> Este aspecto es muy importante a tener en cuenta en los casos donde se mantengan tratamientos a largo plazo de enfermedades crónicas, como es el caso del VIH. 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”<sup>40</sup>

Según un reciente informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la falta de adherencia es un “problema mundial de gran magnitud”, ya que, a pesar de que la

medicina ha avanzado de manera sorprendente en las últimas décadas, otorgando cada vez mayor conocimiento de las enfermedades y con ello la existencia de numerosos tratamientos médicos sumamente eficaces, la incidencia y prevalencia de muchos padecimientos continúa siendo alta y su tratamiento muestra una menor efectividad a la esperada, como resultado de que las tasas de adherencia a la medicación continúan siendo bajas, y no se han observado cambios significativos a través del tiempo.<sup>41</sup>

#### **I.4.2 Factores que influyen en la adherencia.**

Los factores relacionados con la falta de adherencia de los pacientes a los tratamientos, son múltiples y de distinta naturaleza, ya sean sociales, económicos, propios de las características de la enfermedad, etc. La falta de adherencia es un problema con repercusiones desde el punto de vista médico, económico y social, por ello se han desarrollado estudios para determinar cuáles son los posibles factores que influyen en la adherencia para poder reducir así la no-adherencia.

Según la OMS, existen cinco dimensiones interactuantes que influyen sobre la adherencia terapéutica:

Factores socioeconómicos: Entre ellos están el acceso a la atención de salud y medicamentos, el analfabetismo, la provisión de redes de apoyo social efectivas y mecanismos para la prestación de servicios de salud que tengan en cuenta las creencias culturales acerca de la enfermedad y el tratamiento

Factores relacionados con el tratamiento: los más relevantes se vinculan con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos terapéuticos anteriores, los cambios constantes en el tratamiento, los efectos adversos y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.<sup>41</sup>

Factores relacionados con el paciente: destaca la falta de recursos, creencias religiosas, nivel escolar, falta de percepción en la mejora de la enfermedad, confianza en el médico, deseo de control, autoeficacia y salud mental. Además, influyen aspectos tales como la edad, nivel de formación, género.

Factores relacionados con la enfermedad: determinantes de la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de discapacidad (física, psicológica y social), la velocidad de progresión y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Su repercusión depende de cuánto influye la percepción de riesgo de los pacientes, la importancia del tratamiento de seguimiento y la prioridad asignada a la adherencia terapéutica.<sup>41</sup>

Factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria: estos factores tienen efectos negativos en la adherencia terapéutica; por ejemplo: centros de salud con infraestructura inadecuada y recursos deficientes, personal de salud poco remunerado y con carga de trabajo excesiva que llevan a consultas breves y carentes de calidad y calidez, personal de salud sin adecuada preparación, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento en enfermedades crónicas, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla.<sup>41,42,43</sup>

Entre las principales consecuencias de una incorrecta adherencia terapéutica se encuentran: la disminución de la efectividad de los tratamientos y un incremento de los costes sanitarios, lo cual repercute en la eficiencia de los sistemas sanitarios. Además, puede comprometer la seguridad de las terapias farmacológicas ya que, en algunos casos, lleva a la intensificación de los tratamientos al no lograr el objetivo terapéutico.<sup>44</sup>

Aunque factores de comportamiento tales como los patrones de consumo de alimentos, el tabaquismo o la actividad física influyen, la medicación es un factor clave, por lo que se requiere adherencia continua (persistencia) al tratamiento médico (medicamentos, estilo

de vida y dieta) para lograr un adecuado control a largo plazo, prevenir las complicaciones y disminuir las tasas de morbilidad.<sup>41</sup>

#### **I.4.3 Métodos utilizados para evaluar la adherencia**

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.<sup>45</sup> Existen diversos sistemas para valorar la adherencia de los pacientes al tratamiento. Entre los métodos para la valoración de la adherencia se encuentran los directos e indirectos.

✓ Métodos directos.

Generalmente consisten en la determinación de la concentración en alguna muestra biológica (sangre u orina) del fármaco, sus metabolitos o de algún marcador biológico. Estas técnicas no están disponibles para todos los medicamentos, se han utilizado principalmente con fármacos antiepilépticos, antirretrovirales y antipsicóticos.

Terapia directamente observada (TDO): puede ser llevada a cabo por profesionales sanitarios, asistentes sociales, familiares o incluso entre pacientes de una misma patología ya sea en un centro médico, en una farmacia, en el domicilio del paciente o de un voluntario.<sup>46</sup>

✓ Métodos indirectos.

-Entrevista: esta se desarrolla con el paciente, basándose en preguntas sencillas y en un marco de mutua confianza que provoque el referir de una manera sincera y precisa la forma en que se ha tomado la medicación.

-Cuestionario estructurado: consiste en pedir al paciente que rellene un cuestionario sobre adherencia. En este caso el paciente es el que aporta la información, los datos obtenidos pueden procesarse de manera más cuantitativa que en la entrevista.

-Asistencia a las citas programadas de dispensación: es un método predictivo de cumplimiento, pero con excepciones. El hecho de que un paciente acuda puntualmente a la entrevista médica y a las citas de dispensación en la farmacia, hace pensar en una persona con una buena adherencia.

-Recuento de la medicación sobrante: consiste en contar el número de unidades de medicamento que quedan en el envase de la especialidad farmacéutica que el paciente está tomando. Si se conoce la fecha de inicio del tratamiento, por diferencia se puede calcular el número de unidades tomadas.<sup>46</sup> De manera general estos son los métodos indirectos más usados.

## *Capítulo II. Materiales y Métodos*

### **II.1- Características generales de la investigación**

Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo con el objetivo de evaluar la adherencia al tratamiento antirretroviral de los pacientes con VIH/SIDA desde la Farmacia Principal Municipal del municipio Jiguaní, provincia Granma. La investigación se desarrolló en el período comprendido desde mayo a septiembre del 2021.

#### **II.1.1- Selección de la muestra de estudio**

##### **Universo de estudio y muestra**

El universo de estudio estuvo conformado por los pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años diagnosticados con VIH/SIDA, que se encuentran dispensarizados en la Farmacia Principal Municipal del municipio Jiguaní. Para la selección de la muestra de pacientes a participar en la investigación se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

- ✓ **Criterios de inclusión:** pacientes adultos de ambos sexos, que reciban tratamiento antirretroviral, dispensarizados en la Farmacia Principal Municipal de Jiguaní en el período de la investigación que otorguen su consentimiento para la participación en la investigación.
- ✓ **Criterios de exclusión:** pacientes con algún trastorno cognitivo (demencia, retraso mental severo) que impida la recolección de la información y aquellos que se encuentren en aislamiento u hospitalización por presentar COVID, sospechosos de padecerla o ser contactos de casos confirmados.
- ✓ **Criterios de salida:** los pacientes que por su propia voluntad decidan no continuar su participación en el estudio, aquellos incluidos en el estudio que fallezcan durante la investigación y los que se trasladen fuera del municipio.

**II.1.2- Aspectos éticos de la investigación**

Se les explicó a todo paciente o intermediario (familiar, acompañante), previa a la inclusión, los objetivos de la investigación, los beneficios que los resultados aportarán a los pacientes y su repercusión en la Asistencia Médica. También se les dio a conocer que, de no aceptar, no habría repercusiones en su atención por parte del equipo de salud. Se garantizó en todo momento la confidencialidad en el manejo de los datos correspondientes a cada paciente. Para constancia de su aceptación se utilizó un documento de Consentimiento informado (Anexo I).

**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 sociodemográficas (edad, sexo, nivel de escolaridad y hábitos no saludables), clínicas (enfermedades asociadas) y farmacoterapéuticas (esquema terapéutico y cantidad de medicamentos consumidos). Para ello se realizó una entrevista a los pacientes en la Farmacia Principal Municipal de Jiguaní en el momento que acudieron a adquirir su medicación y se revisaron las Historias Clínicas (HC) de los pacientes como fuente secundaria para completar la información de las variables en estudio. Los datos fueron recogidos en una planilla diseñada para ello (Anexo II).

**Variabes Sociodemográficas**

**Edad:** variable que expresa el número de años cumplidos en los pacientes. Se agrupó de la siguiente forma: de 20-29 años, de 30 - 39 años, de 40 - 49 años, de 50 - 59 años y 60 y más.

**Sexo:** según sexo biológico de los pacientes se clasificaron en: Femenino y Masculino

**Nivel de escolaridad:** según nivel escolar vencido se clasificaron en: Primario, Secundario, Preuniversitario, Universitario.

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

- Consumo de café

Se designaron tres niveles de acuerdo a los hábitos de consumo de esta bebida en la población cubana (González 2001)<sup>47</sup>

Leve: Consumo de menos de 2 tacitas al día; Moderado: Consumo de 3-6 tacitas al día; Severo: Consumo de más de 7 tacitas al día

- Consumo de cigarro y/o tabaco

No: Cuando el paciente refiera nunca haber fumado.

Si: Cuando el paciente refiera haber fumado al menos una vez

De acuerdo a lo reportado en la literatura (Espinosa, 2001)<sup>48</sup> (Rodríguez, 2004)<sup>49</sup> se designaron los siguientes niveles: Ligeros: 1-9 cigarros/día; Moderados: 10-15 cigarros/día; Severos: >15 cigarros/día

- Consumo de bebidas alcohólicas

No: Cuando el paciente refiera nunca haber consumido bebidas alcohólicas.

Si: Cuando el paciente refiera haber consumido bebidas alcohólicas al menos una vez.

El consumo se clasificó de acuerdo a la cantidad y frecuencia de ingestión y embriaguez establecida por el Programa Nacional de Prevención y Control del Alcoholismo y otras Farmacodependencias, validado por R. González en 1999<sup>50</sup> que establece lo siguiente:

1. No alcohólicos: Incluye aquellos individuos con patrones de comportamiento saludables de ingestión de bebidas alcohólicas. (Consumo leve)

2. Consumidores de riesgo: agrupa a bebedores excesivos según diagnóstico comunitario, que cumplen los criterios de cantidad y frecuencia de ingestión de bebidas alcohólicas. (Consumo Moderado)

3. Alcohólicos: sujetos con diagnóstico clínico de consumo perjudicial o dependencia alcohólica. (Consumo Severo)

**Variable Clínica:**

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

**Variables farmacoterapéuticas:**

**Esquemas terapéuticos:** Esta variable se evaluó a partir del protocolo de tratamiento establecido que recoge los esquemas terapéuticos para el manejo de pacientes con VIH/SIDA.<sup>51</sup> Se tuvo en cuenta además el plan de distribución de antirretrovirales del año 2021. Se consideraron los siguientes esquemas:

1. AZT (zidovudina) + 3TC (lamivudina) + NEV (nevirapina)
2. TDF (tenofovir) + 3TC (lamivudina) + dolutegravir
3. dolutegravir + truvada (tenofovir y emtricitabin)
4. 3TC + LPV/r lopinavir/ritonavir
5. atripla (efavirenz, tenofovir y emtricitabin)

**Cantidad de medicamentos consumidos:** se consideraron aquellos medicamentos que los pacientes consumen regularmente, incluyendo los suplementos vitamínicos. Se agruparon en: 1-4 medicamentos, 5-8 medicamentos,  $\geq 9$  medicamentos.

### **II.2.2- Determinación de la adherencia al tratamiento antirretroviral**

La determinación de la adherencia al tratamiento antirretroviral se realizó en la Farmacia Principal Municipal de Jiguaní cuando el paciente asistió para adquirir sus medicamentos. Para ello se aplicó el cuestionario de Martín-Bayarre-Grau (MBG) <sup>52</sup> (Anexo III), el cual ha sido diseñado y previamente validado para su empleo en el contexto de salud cubano.

Para calcular la puntuación obtenida por cada paciente al aplicar el cuestionario, se asignaron los valores a las columnas, Nunca (0), Casi Nunca (1), A Veces (2), Casi Siempre (3) y Siempre (4), siendo 48 la totalidad de puntos a alcanzar.

Se consideraron tres niveles de adherencia: "total", "parcial" y "no adherencia", a partir de la puntuación obtenida por los pacientes al aplicar el cuestionario:

- ✓ Adherencia Total: si obtiene entre 38 y 48 puntos
- ✓ Adherencia Parcial: entre 18 y 37 puntos
- ✓ No adherido: 0 - 17 puntos

### **II.2.3 Identificación de los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antirretroviral**

Los factores que influyen en la no adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes se determinaron tomando como base la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los cuales se clasificaron en:

#### **Factores relacionados con el paciente**

- Características sociodemográficas: edad, sexo, nivel de escolaridad, apoyo familiar y/o social.
- Hábitos no saludables.
- Nivel de conocimiento de la enfermedad y del tratamiento.

El nivel de conocimiento de la enfermedad y el tratamiento se evaluó usando como herramienta el Cuestionario según el Procedimiento Normalizado de Trabajo de

Seguimiento Farmacoterapéutico de Reyes I y col. del 2014<sup>53</sup> (Anexo IV), ajustado a la investigación. De acuerdo a los resultados obtenidos se consideró:

Nivel de conocimiento alto: si la puntuación obtenida fue mayor que 30 puntos.

Nivel de conocimiento medio: si la puntuación obtenida fue de 25 – 30 puntos.

Nivel de conocimiento bajo: si la puntuación obtenida fue menor que 25 puntos.

#### **Factores relacionados con el régimen terapéutico**

- Esquemas de tratamiento empleados
- Cantidad de medicamentos consumidos (1-4 medicamentos, 5-8 medicamentos, ≥ 9 medicamentos)
- Aparición de efectos adversos: Se consideró la ocurrencia o no de reacciones adversas (RAM). Las mismas fueron evaluadas a través del algoritmo de Karch-Lassagna (Anexo V).

#### **Factores relacionados con el servicio farmacéutico**

- Accesibilidad al servicio farmacéutico:

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 medicamentos antirretrovirales: se obtuvo a partir del informe semanal de faltas de medicamentos

Adecuada: Cuando los medicamentos antirretrovirales estuvieron abastecidos durante el período de la investigación, de acuerdo a la necesidad de cada paciente.

No Adecuada: Cuando los medicamentos antirretrovirales estuvieron desabastecidos en algún momento durante el período de la investigación, de acuerdo a la necesidad de cada paciente.

Para identificar los factores que influyen en la adherencia se consideró: pacientes adheridos y no adheridos. Los pacientes con adherencia parcial se consideraron como no adheridos.

### **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 tomó el consentimiento informado de cada paciente (Anexo I). Los datos para la caracterización de la muestra se obtuvieron a partir de la entrevista realizada y se registraron en una planilla de recogida de datos confeccionada al efecto (Anexo II). Se utilizaron además las HC de los pacientes como fuente secundaria para completar la información de las variables en estudio. La información requerida para la determinación de la adherencia terapéutica y los factores que influyen en la misma, se obtuvo a partir de la aplicación del cuestionario de Martín–Bayarre–Grau (Anexo III), de la entrevista realizada a los pacientes y del cuestionario para medir el nivel de conocimiento de la enfermedad y el tratamiento.

#### **II.3.2- Procesamiento de la información**

Para el procesamiento de la información referente a la caracterización de la muestra y la determinación de la adherencia terapéutica se realizó un análisis estadístico descriptivo utilizando como medidas de resumen el cálculo de porcentajes. Para establecer la significación estadística entre adherencia terapéutica y los factores que influyen en la misma, se utilizó el test Chi cuadrado ( $\chi^2$ ), estableciendo un nivel de significación para  $p \leq 0,05$ . Se empleó para ello el paquete estadístico StatGraphics CENTURION XV sobre Windows.

### Capítulo III. Resultados y Discusión

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

El universo de estudio estuvo constituido por 90 pacientes dispensarizados en la Farmacia Principal del municipio Jiguaní. La muestra quedó conformada por 86 pacientes que cumplieron con los criterios establecidos. Dos pacientes salieron del estudio por fallecer mientras se desarrollaba la investigación, otros dos se trasladaron a residir fuera del municipio.

En la investigación predominaron los pacientes del sexo masculino 77,9% (67), aquellos con edades comprendidas entre los 50-59 años (34,8%) y con nivel de escolaridad secundario (38,4%) como se observa en la tabla I.

Tabla I. Caracterización de los pacientes

Variables	Pacientes		
	N <sup>o</sup>	%	
<b>Sexo</b>	Femenino	19 22,1	
	Masculino	<b>67</b> <b>77,9</b>	
<b>Edad</b>	20-29	7 8,1	
	30-39	16 18,6	
	40-49	17 19,8	
	50-59	<b>30</b> <b>34,8</b>	
	≥60	20 23,2	
<b>Biosociales</b>	<b>Nivel Escolar</b>	Primario	11 12,8
		Secundario	<b>33</b> <b>38,4</b>
	Preuniversitario	18 20,9	
	Universitario	24 27,9	

Fuente: Entrevista

A nivel mundial el sexo masculino es el más afectado. En Cuba también ha sido el más afectado a lo largo de toda la historia de la epidemia de VIH/SIDA en el país y representa más de las tres cuartas partes (80,8 %).<sup>54</sup> Estudios realizados por Castellanos<sup>55</sup> y Acosta<sup>56</sup> también informan la prevalencia de pacientes masculinos con VIH/SIDA, representando el 87% y 73,7% respectivamente, de los pacientes estudiados. Este predominio está vinculado de forma directa con el cambio frecuente de pareja, además del no uso de condones como medida anticonceptiva y la no existencia de estabilidad en el matrimonio.<sup>57</sup>

La prevalencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se está incrementando en la población mayor de 50 años, tanto por el aumento de la supervivencia como por nuevos diagnósticos. Al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS) y ONUSIDA ya dieron la alerta: “las personas mayores de 50 años se están convirtiendo en un nuevo grupo de riesgo.”<sup>54, 58, 59</sup>

Los resultados obtenidos al respecto en este estudio, podrían estar relacionados con el hecho de que las personas infectadas a edades más tempranas sobreviven, por los buenos resultados de la terapia antirretroviral de alta eficacia. Por otra parte, las nuevas infecciones en mayores de 50 años resultan más complejas de identificar, pues los síntomas pueden confundirse con otras situaciones de salud o con cambios atribuibles al envejecimiento fisiológico. Además, se ha observado que las personas de 50 y más años hablan menos de sexualidad y de sus conductas, que pueden tener menor conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y en ocasiones no se solicita la realización de la prueba del VIH<sup>54,60</sup> por no considerarlo un grupo de riesgo.

La muestra estuvo caracterizada por el predominio del nivel de escolaridad secundario, resultado que coincidió con lo reportado por Ramírez R y col. y Castañeda Vargas E.<sup>57, 61</sup> Estos hallazgos pueden atribuirse al hecho de que se trata de un municipio con una gran población rural cuyos habitantes en su mayoría terminan sus estudios secundarios,

correspondientes a la enseñanza obligatoria y se dedican a actividades agrícolas. Puede considerarse la influencia de este factor en la evolución a la enfermedad, plasmando que la escasa preparación que tienen los individuos, en ocasiones no les permite visualizar la magnitud de los problemas a enfrentar en su vida con VIH de forma responsable.<sup>62</sup>

Con relación a los hábitos no saludables predominó el consumo de café en el 43% de los pacientes, seguido del de tabaco (20,9%) y la frecuencia de consumo leve en ambos casos, según se muestra en la Tabla II.

Tabla II. Hábitos de consumo y frecuencia

Frecuencia Consumo	de	Café		Tabaco		Alcohol	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Leve</b>		21	24,4	18	20,9	2	2,3
<b>Moderado</b>		16	18,6	-	-	3	3,4
<b>Severo</b>		-		-		-	
<b>Total</b>		37	43	18	20,9	5	5,8

Fuente: Entrevista

El predominio en el consumo de café forma parte de la cultura no sólo del municipio sino del país y constituye un hábito muy frecuente en la población cubana. En los pacientes con VIH/SIDA no es recomendable su consumo, teniendo en cuenta que la cafeína, principio activo del café, puede aumentar los niveles plasmáticos de hormonas como la adrenalina, noradrenalina y el cortisol, relacionadas al estrés, estado al que no deben estar sometidos estos pacientes.<sup>63</sup>

Los resultados en relación al hábito de fumar coincidieron con los informados por Cruz Peña y col.<sup>64</sup> en un estudio realizado en las Villas en el 2019 que obtuvo un 26,7 % de pacientes con VIH/SIDA consumidores de tabaco, en cambio discrepan con lo reportado por Konfino J y col. y Peña que reportaron prevalencia de tabaquismo del 76,5% y 80%

respectivamente de una muestra escogida<sup>65,66</sup> de pacientes con VIH. Esto pudiera deberse a que los cubanos conocen los riesgos para la salud asociados al consumo de tabaco pues se dan a conocer a través de los diferentes medios audiovisuales.

Los pacientes que viven con VIH/SIDA que fuman tienen mayor riesgo de desarrollar una variedad de enfermedades como pueden ser: neumonías bacterianas, tuberculosis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, síntomas respiratorios, cáncer de laringe y de pulmón. Además, los fumadores VIH positivos tendrían peor respuesta viral e inmunológica al tratamiento antirretroviral, mayor riesgo de progresar a SIDA, más riesgo de deterioro inmunológico y más riesgo de morir.<sup>67</sup>

Solo cinco pacientes refirieron el consumo de alcohol, lo que representa el 5,8% de la muestra. Aunque declararon ingerir bebidas alcohólicas ocasionalmente (fiestas), tienen conocimiento de lo dañino que resulta este hábito para su salud. Dicho resultado difiere de lo reportado por Rocha J y col., donde se reportaron usos abusivos o dependientes de alcohol en la muestra estudiada.<sup>68</sup>

El uso de alcohol por PVHS está relacionado con un peor pronóstico, con aumento de la morbilidad y mortalidad, comportamientos sexuales de alto riesgo, aceleración de la progresión de la enfermedad, baja adhesión a la TARV, disminución de las células CD4 y aumento de la carga viral, además de la propagación de la infección por el VIH, pues las personas alcohólicas son más propensas a mantener relaciones sexuales desprotegidas, favoreciendo la transmisión del virus.<sup>69</sup>

Diversos estudios<sup>70,71</sup> han evidenciado una asociación entre las conductas sexuales de riesgo y el consumo de tabaco y alcohol, siendo los jóvenes una población vulnerable debido a los múltiples cambios conductuales y de relación social que experimentan durante esta etapa.

En la figura 1 se observa el predominio de la Hipertensión arterial (HTA) entre las enfermedades que padecen estos pacientes, en un 13,9% (12) seguido de la Diabetes Mellitus (DM) con 3,5% (3).

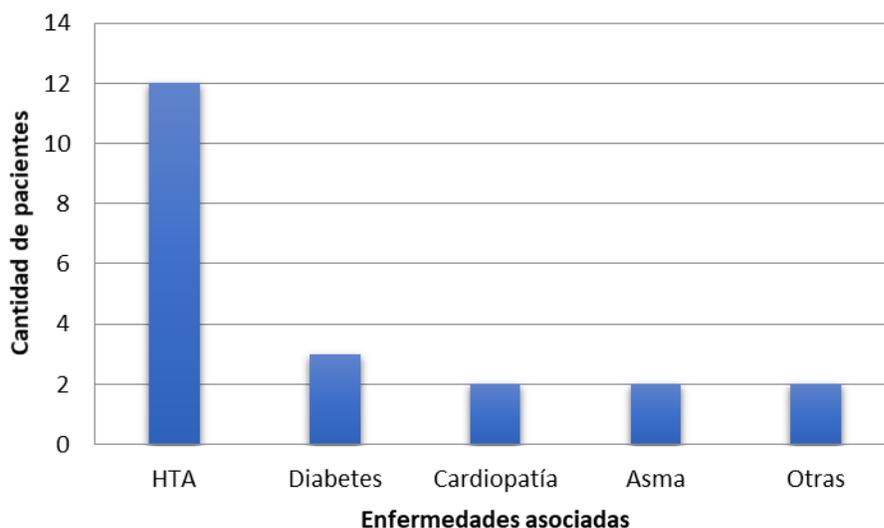


Figura 1. Enfermedades Asociadas que presentaron los pacientes

En Cuba la HTA, la DM y el asma son enfermedades de alta prevalencia según reportes del Anuario Estadístico de Salud.<sup>72</sup> La HTA es común en poblaciones VIH positivas, con estimaciones de prevalencia que van desde 8,7 a 45% en países de ingresos bajos y medianos.<sup>73</sup>

Estudios realizados demuestran que las personas con VIH tienen más probabilidades de tener Diabetes tipo 2 que las personas sin el VIH. Se ha documentado una prevalencia de Diabetes en personas con VIH que siguen un tratamiento con inhibidores de la proteasa de entre un 2% y un 7%. Existen pruebas que sugieren que los inhibidores de la proteasa tienen un papel causal directo en el desarrollo de insensibilidad a la insulina y diabetes. La alta prevalencia de diabetes en personas con VIH que se están sometiendo a un TARGA sugiere la necesidad de efectuar mediciones regulares de los niveles de glucosa en sangre

en ayunas. Debería evaluarse el nivel de glucosa en ayunas del paciente antes y durante la TAR.<sup>74</sup>

De manera general la baja prevalencia en la muestra de enfermedades crónicas no transmisibles puede deberse a que la mayoría de los pacientes tienen edades que oscilan entre los 20 y 59 años y estas enfermedades son más comunes en los adultos mayores.<sup>75</sup>

Los esquemas de tratamientos que recibieron los pacientes se representan en la tabla III. Se observó un predominio en la terapia con TDF (tenofovir) + 3TC (lamivudina) + dolutegravir en 35 pacientes (40,7%), seguido por la combinación de dolutegravir + truvada (tenofovir y emtricitabin) con 30 pacientes (34,9%). De modo que prevaleció el empleo de la combinación de dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (ITIAN) y un inhibidor de la integrasa.

Tabla III. Esquemas terapéuticos empleados.

Esquemas terapéuticos	Total de pacientes	%
1. AZT (zidovudina) + 3TC (lamivudina) + NEV (nevirapina)	10	11,6
2. TDF (tenofovir) + 3TC (lamivudina) + dolutegravir	35	40,7
3. dolutegravir + truvada (tenofovir y emtricitabin)	30	34,9
4. ABC (abacavir) + 3 TC + LPV/r lopinavir/ritonavir	8	9,3
5. (Efavirenz + Tenofovir + Emcitrabina) atripla	3	3,5

Fuente: Historias Clínicas

El tratamiento antirretroviral está basado en la combinación de, al menos, tres medicamentos que actúan en diferentes puntos del ciclo de replicación del virus del VIH y lo cual genera una inhibición más eficaz de la replicación viral.<sup>2</sup>

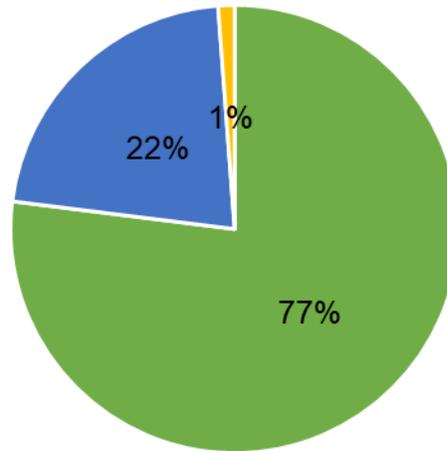
La combinación de dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (ITIAN) y un inhibidor de la integrasa es la terapia usada en países desarrollados.<sup>31</sup> En el estudio realizado el predominio de la utilización de las combinaciones antes mencionadas

se debió a la escasa disponibilidad de medicamentos antirretrovirales como zidovudina, nevirapina, entre otros, que son de los medicamentos más utilizados en Cuba. Por eso los hallazgos encontrados difieren de los reportados por Gil del Valle en el 2016 en un estudio realizado en el Instituto “Pedro Kourí”.<sup>76</sup>

Los inhibidores nucleósidos de la TI 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 INTI se incorporan a la cadena de ADN viral, interrumpiendo la elongación de la misma y como consecuencia, inhiben la replicación viral.

Por otro lado los inhibidores de la integrasa actúan sobre la integrasa, enzima responsable de la integración del material genético viral en el DNA de la célula infectada.<sup>31</sup> El dolutegravir (DTG) es actualmente la tercera droga recomendada a nivel internacional como de primera línea, dado su administración en una toma diaria, bajo perfil de toxicidad e interacciones, además de contar con una barrera genética alta.<sup>77</sup> La dosis recomendada de dolutegravir es de 50mg (un comprimido) por vía oral una vez al día para pacientes sin resistencia documentada. Si esta resistencia está documentada, la dosis debe aumentar a 50mg dos veces al día. Puede tomarse con o sin alimentos.<sup>31</sup>

Como se puede observar en la figura 2 predominaron los pacientes que consumían de 1-4 medicamentos (77%), seguidos de aquellos que consumían de 5-8 (22%). Estos resultados pueden explicarse al tener en cuenta que la propia terapia antirretroviral incluye la combinación de al menos tres medicamentos<sup>2</sup> y este número se incrementa si el paciente presenta otras enfermedades asociadas.



■ 1 a 4 medicamentos ■ 5 a 8 medicamentos ■ ≥9 medicamentos

Figura 2. Cantidad de medicamentos consumidos

La cantidad de medicamentos consumidos por los pacientes resultó menor que la informada por otros autores como Pacheco MP y col.<sup>78</sup> y Bastida C y col.<sup>79</sup> Los resultados obtenidos en este estudio, pudieran estar relacionados con una menor prevalencia de enfermedades asociadas entre los pacientes de la muestra.

Varios estudios revelan que la frecuencia de polifarmacia en los pacientes con VIH en tratamiento es elevada, lo que se asocia a una mayor complejidad del manejo terapéutico e incrementa el riesgo de efectos adversos e interacciones, errores de medicación, reducción de la adherencia al tratamiento y caídas. También se ha relacionado con un aumento de hospitalizaciones y de mortalidad<sup>79</sup>

### III.2. Determinación de la adherencia al tratamiento antirretroviral

El TAR es imprescindible para los pacientes con esta condición debido a que disminuye la carga viral, pero se requiere de una estricta adherencia al mismo. La buena adherencia produce descenso de la replicación viral, lo que se asocia con mantener un sistema inmune funcional.<sup>80, 81</sup> La adherencia terapéutica es un proceso complejo, que está integrado por un componente personal dependiente del paciente y un componente

relacional en el que se encuentra implicado el profesional de salud, ambos dirigidos al logro de un resultado beneficioso para la salud del paciente.<sup>82</sup>

El comportamiento de la adherencia al tratamiento antirretroviral de los pacientes estudiados se muestra en la figura 4, observándose el predominio de la adherencia parcial en 64 pacientes (74,4%) y adherencia total en 22 (25,5%), lo que evidencia deficiencias en la adherencia al tratamiento por parte de estos pacientes. Estos resultados coinciden con los reportados por Miyada S<sup>19</sup> y col. quienes informaron que la adherencia al TAR fue insuficiente en el 80,7 % de los casos.

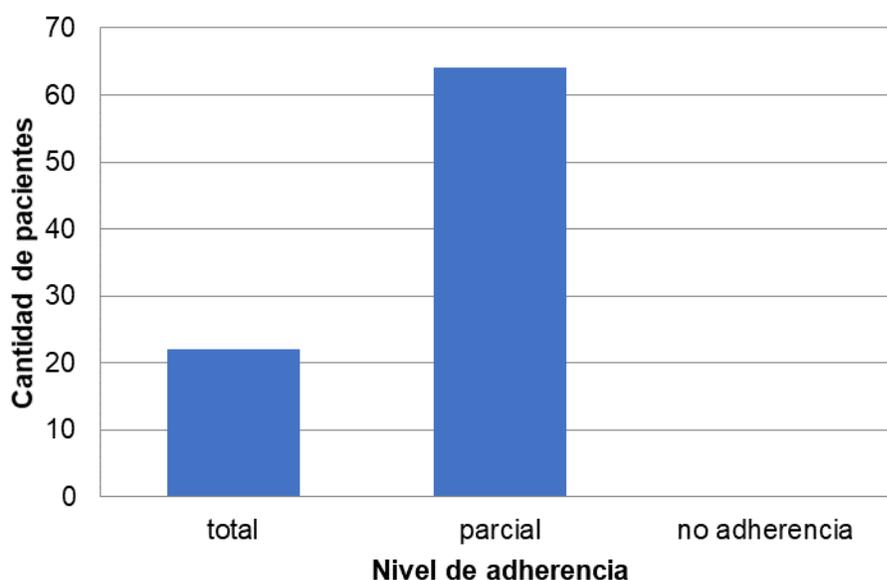


Figura 4. Adherencia Terapéutica de los pacientes

La falta de adherencia al tratamiento es un problema frecuente en la práctica clínica, resulta especialmente prevalente en personas con enfermedades crónicas y afecta directamente a los pacientes, independientemente de su edad y su situación clínica.<sup>83</sup>

A pesar de la notable efectividad del tratamiento contra el VIH este constituye uno de los regímenes más complicados, por el gran número de medicamentos incluidos, los requisitos de dosificación y la tolerancia subóptima, lo cual hace que la adherencia al tratamiento sea difícil.<sup>84</sup>

Para conseguir los objetivos terapéuticos, evidenciados en una supresión duradera de la carga viral, es necesaria adherencias estrictas (superiores a 90 %), de allí que el criterio sugerido por diversos autores, es cuando se cumple en el 95 % de los indicadores objetivos, verificado por el recuento viral y de linfocitos CD<sup>4+</sup>.<sup>85</sup> De esta forma se puede evitar resistencias, el avance de la infección y la dificultad para encontrar posteriores tratamientos eficaces.<sup>86</sup>

Los resultados obtenidos refuerzan la necesidad de realizar intervenciones que faciliten la adopción de la adherencia total al TAR, asegurando que comprendan la importancia de llevarla a cabo para el control de su enfermedad y la mejora de su calidad de vida.

### **III.3 Determinación de los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antirretroviral**

En el TARGA la prevalencia de la adherencia terapéutica es un proceso complejo que está influido por múltiples factores relacionados con el paciente, la enfermedad, el fármaco, el entorno y el médico.

El análisis de estos factores ha sido y sigue siendo, un tema de gran importancia. No obstante, es difícil generalizar los resultados de las diferentes investigaciones.<sup>83</sup>

#### **Factores relacionados con el paciente**

En la investigación los factores relacionados con el paciente que resultaron estar asociados con la adherencia, con dependencia estadísticamente significativa fueron: la edad, el sexo y el nivel escolar, no así apoyo familiar/social, hábitos saludables y nivel de conocimiento (Tablas IV y V).

En cuanto a la edad, se sabe que está relacionada con la adherencia. Los estudios han mencionado la juventud como un obstáculo para la adherencia y refieren que, a mayor edad, se estima que las personas cuentan con mayores recursos y estrategias de afrontamiento, lo que les permite hacer frente a situaciones evaluadas como peligrosas,

desbordantes y estresantes. Esto incluye a la adherencia al tratamiento como parte de los comportamientos para el cuidado de la propia salud.<sup>11, 84</sup>

Tabla IV. Comportamiento de los factores relacionados con el paciente asociados con la adherencia terapéutica

Edades	Adheridos		No adheridos		Total		
	N <sup>0</sup>	%	N <sup>0</sup>	%	N <sup>0</sup>	%	
20-29	3	3,5	5	5,8	8	9,3	
30-39	6	6,9	9	10,5	15	17,4	
40-49	6	6,9	11	12,8	17	19,7	
50-59	7	8,1	<b>20</b>	<b>23,2</b>	<b>27</b>	<b>31,3</b>	
>60	2	2,3	17	19,7	19	22,1	
<b>Total</b>	24	27,9	62	72,1	86	100	
		X <sup>2</sup> = 11,663		p= 0,0200			
Sexo	Adheridos		No adheridos		Total		
	N <sup>0</sup>	%	N <sup>0</sup>	%	N <sup>0</sup>	%	
Femenino	<b>12</b>	<b>13,9</b>	7	8,1	19	22,1	
Masculino	10	11,6	<b>57</b>	<b>66,2</b>	<b>67</b>	<b>77,9</b>	
<b>Total</b>	22	25,5	64	74,3	86	100	
		X <sup>2</sup> = 18,089		p= 0,0000			
Nivel de escolaridad	Adheridos		No adheridos		Total		
	N <sup>0</sup>	%	N <sup>0</sup>	%	N <sup>0</sup>	%	
Primario	-	-	11	12,7	11	12,7	
Secundario	9	10,4	<b>26</b>	<b>30,2</b>	<b>35</b>	<b>40,6</b>	
Preuniversitario	6	6,9	12	13,9	18	20,9	
Universitario	<b>13</b>	<b>15,1</b>	9	10,4	22	25,5	
<b>Total</b>	28	32,4	58	67,2	86	100	
		X <sup>2</sup> = 13,115		p= 0,0044			
Apoyo filiar-social	Adheridos		No adheridos		Total		
	N <sup>0</sup>	%	N <sup>0</sup>	%	N <sup>0</sup>	%	
<b>Si</b>	24	27,9	<b>56</b>	<b>65,1</b>	<b>80</b>	<b>93,0</b>	
<b>No</b>	-	-	6	6,9	6	6,9	
<b>Total</b>	24	27,9	62	72	86	100	
		X <sup>2</sup> = 2,497		p= 0,1141			

Fuente: Entrevista y Cuestionario de Adherencia

En el presente estudio, contrario a lo que refiere la literatura que a mayor edad hay más probabilidad de ser adherente;<sup>85,86</sup> se obtuvo un predominio de pacientes no adheridos al TAR en el grupo de edad de 50-59 años (23,2%), lo cual puede guardar relación con el predominio de este grupo de edad en la muestra de pacientes estudiados. Además, estas personas suelen presentar más enfermedades crónicas por lo que se ven precisados a enfrentar tratamientos complejos de larga duración,<sup>87</sup> lo cual hace más difícil la adherencia.

En relación con el sexo, a pesar de ser una de las variables más estudiadas, los resultados no son unánimes. Según Pérez Bastán<sup>11</sup> no existe asociación estadística entre adherencia terapéutica ni diferencias significativas de proporción entre esta y el sexo. Estudios como el de Letta y col.<sup>88</sup> y Kleinman y col.<sup>89</sup>, de igual forma no encontraron relación entre el sexo y la adherencia terapéutica a la TAR.

En cambio, los hallazgos de Varela y Hoyos<sup>84</sup> encontraron que las mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA tienen menores oportunidades de estar adheridas al tratamiento farmacológico con la TAR, sobre todo si estas tienen pareja o hijos. Estos reportes, aunque revelan asociación significativa entre estas variables como también fueron encontradas en esta investigación, difieren en el hecho de que en la presente investigación resultaron los pacientes masculinos los menos adheridos al TAR, posiblemente relacionado con su predominio en la muestra estudiada.

Con respecto al nivel de escolaridad, existió dependencia entre este y la adherencia, encontrándose un predominio de pacientes adheridos con nivel universitario (15,1%) y de no adheridos con nivel secundario (30,2%), resultado que coincide con lo reportado por Pérez Bastán y Vianca<sup>83</sup> relativo a la asociación estadística entre nivel de instrucción y adherencia terapéutica. El bajo nivel de instrucción constituyó factor de riesgo de mala

adherencia terapéutica a la TAR. Sin embargo, en estudios como el de Rodríguez I,<sup>90</sup> el nivel de instrucción no resultó ser una variable determinante.

Un mejor nivel de escolaridad le permite al individuo un mayor acceso a canales de información y comprensión de las diversas situaciones que puedan presentarse en el acontecer diario, lo cual sirve como recurso para intelectualizar acerca de la condición de seropositivo.<sup>83</sup>

En la educación para la salud, este factor se considera relevante para el equipo de salud a la hora de educar y empoderar a las personas, respecto a las enfermedades crónicas y los tratamientos de largo plazo. Por el contrario, el bajo nivel de escolaridad se convierte en una limitación significativa para la comprensión de la educación y las recomendaciones dadas por el proveedor de salud.<sup>87</sup>

En la investigación no existió dependencia entre el apoyo familiar/social y la adherencia. Se encontró un 65,1% de pacientes que refirieron recibir apoyo de sus familiares y amigos en cambio resultaron no adheridos al tratamiento, lo cual puede relacionarse con la complejidad y el carácter multifactorial de este proceso. Estos hallazgos fueron diferentes de lo informado por Pérez Bastán y Vianca<sup>83</sup> en cuyo estudio hubo asociación estadística entre estas variables y la disfunción familiar fue factor de riesgo de mala adherencia.

Algunos autores, como Moral y Segovia<sup>91</sup>, plantean que al transmitirse el rumor de que una persona es seropositiva, sufre estigma y discriminación y tiene como consecuencia aislamiento, ira, depresión y más hospitalizaciones. Este rechazo social afecta de manera negativa en ambos sexos.

La familia es una fuente altamente influyente en el individuo portador del VIH. Vera y Estrada,<sup>92</sup> plantean que el apoyo familiar tiene una influencia importante para la aceptación del tratamiento y de la enfermedad puesto que cuando estos pacientes cuentan con el apoyo familiar, social y de aceptación tienen mejor apego al mismo.

Balcázar y col.,<sup>93</sup> y Aguilar y col.<sup>94</sup> encuentran asociación entre la funcionalidad familiar y los resultados respecto a adherencia y plantean que la familia se convierte en un medio, favorecedor o no, del proceso salud-enfermedad y su buen funcionamiento es esencial en la facilitación u obstrucción del curso del tratamiento.

Los pacientes con parejas que los apoyan tienden a adherirse a la terapia antirretroviral de gran actividad mejor que quienes no tienen ese respaldo, puesto que el apoyo familiar que reciben, actúa como un amortiguador de muchos problemas psicosociales e influye en el comportamiento de la adherencia terapéutica.<sup>83</sup>

La tabla V relaciona los hábitos no saludables y el nivel de conocimiento del tratamiento/enfermedad con la adherencia. Existió un predominio de consumo de café entre los pacientes no adheridos (31,3%), relacionado probablemente con la alta prevalencia de este hábito entre los pacientes de la muestra.

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.<sup>95</sup>

El comportamiento de esta variable en el estudio no mostró dependencia con la adherencia terapéutica, encontrándose que el 53,4% de los pacientes con nivel de conocimiento alto resultaron no adheridos al tratamiento, resultados que coinciden con los reportados por Bilbao Ramírez<sup>96</sup> y Salcedo en Perú<sup>97</sup> en cuyos estudios se obtuvieron niveles de conocimientos importantes sobre el VIH/ SIDA en la mayoría de las personas.

Tabla V. Hábitos no saludables y nivel de conocimiento asociados con la adherencia al tratamiento antirretroviral

Hábitos saludables	no	Adheridos		No adheridos		Total	
		N <sup>o</sup>	%	N <sup>o</sup>	%	N <sup>o</sup>	%
Café		12	13,9	27	31,3	39	45,3
Tabaco		5	5,8	13	15,1	18	20,9
Alcohol		-	-	5	5,8	5	5,8
<b>Total</b>		17	19,7	45	52,3	62	72
		$\chi^2 = 2,110$		$p = 0,3482$			
Nivel de conocimiento del tratamiento y enfermedad	no	Adheridos		No adheridos		Total	
		N <sup>o</sup>	%	N <sup>o</sup>	%	N <sup>o</sup>	%
Alto		20	23,2	46	53,4	66	76,7
Medio		4	4,6	16	18,6	20	23,2
Bajo		-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>		24	27,8	62	72	86	100
		$\chi^2 = 0,810$		$p = 0,3682$			

Fuente: Entrevista y Cuestionario de adherencia

### Factores relacionados con el régimen terapéutico

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.<sup>98</sup>

La tabla VI muestra el comportamiento de los factores relacionados con el régimen terapéutico asociados con la adherencia terapéutica. En relación con los esquemas de tratamiento, asociación estadísticamente significativa, se encontró que el esquema terapéutico compuesto por la combinación de TDF (tenofovir) + 3TC (lamivudina) + dolutegravir resultó ser el más utilizado entre los pacientes no adheridos (31,3%), seguido de la combinación dolutegravir + truvada (tenofovir y emtricitabin) (25,5%).

Tabla VI. Factores dependientes del medicamento asociados con la adherencia al tratamiento antirretroviral

Esquemas terapéuticos	Adheridos		No adheridos		Total		
	N <sup>0</sup>	%	N <sup>0</sup>	%	N <sup>0</sup>	%	
AZT (zidovudina) + 3TC (lamivudina) + NEV (nevirapina)	1	1,2	9	10,4	10	11,6	
TDF (tenofovir) + 3TC (lamivudina) + dolutegravir	8	9,3	27	31,3	35	40,6	
dolutegravir + truvada (tenofovir y emtricitabin)	8	9,3	22	25,5	30	34,8	
ABC (abacavir) + 3 TC + LPV/r lopinavir/ritonavir	3	3,5	5	5,8	8	9,3	
Atripla	3	3,5	-	-	3	3,5	
<b>Total</b>	23	26,7	63	73,2	86	100	
		$X^2 = 10,391$		$p = 0,0343$			
Cantidad de medicamentos consumidos	Adheridos		No adheridos		Total		
	N <sup>0</sup>	%	N <sup>0</sup>	%	N <sup>0</sup>	%	
1-4	15	17,4	53	61,6	68	79,1	
5-8	7	8,1	11	12,7	18	20,9	
≥9	-	-	-	-	-	-	
<b>Total</b>	22	25,5	64	74,3	86	100	
		$X^2 = 2,118$		$p = 0,1456$			
Reacciones adversas	Adheridos		No adheridos		Total		
	N <sup>0</sup>	%	N <sup>0</sup>	%	N <sup>0</sup>	%	
Si	18	29,9	55	63,9	73	84,8	
No	6	6,9	7	8,1	13	15,1	
<b>Total</b>	24	36,8	62	72	86	100	
		$X^2 = 2,534$		$p = 0,1114$			

Fuente: Historias Clínicas, Entrevista y Cuestionario de Adherencia

Este hallazgo probablemente esté relacionado con el cambio de esquemas de tratamiento que experimentaron los pacientes debido a dificultades en la disponibilidad de algunos medicamentos antirretrovirales como la zidovudina, la lamivudina y la nevirapina que impuso buscar otras alternativas terapéuticas a fin de lograr que los pacientes dispusieran de la triada de antirretrovirales necesarios para impedir la replicación viral y lograr la estabilidad clínica e inmunológica de los pacientes. Sin embargo, estos en ocasiones no fueron bien tolerados por los pacientes provocando fallas en la adherencia.

Por otra parte, la adherencia terapéutica no resultó estar asociada a la cantidad de medicamentos consumidos en la investigación realizada. Se encontró un predominio de pacientes no adheridos consumidores de 1-4 medicamentos (61,6%). Estos resultados difieren de los obtenidos en diversos estudios en los que se ha demostrado 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.<sup>99, 100</sup> En cambio, coincidió con lo informado por Alvis y col.<sup>86</sup>

Actualmente se está abogando al máximo por la simplificación del esquema posológico, se dispone de tratamientos coformulados que permiten pautas con un comprimido diario administrados sin restricciones dietéticas. Dichas restricciones dietéticas pueden aumentar la complejidad del tratamiento para el paciente, pues determinados fármacos requieren una pauta muy estricta de dosificación porque su absorción se encuentra altamente condicionada por la presencia o ausencia de alimentos en el momento de la toma.<sup>101</sup>

El tratamiento contra el VIH tiene que ser combinado, dada la gran capacidad del virus de mutar y, por tanto, de desarrollar resistencia a los antirretrovirales, por lo cual hay que emplear esta terapia, que puede provocar, a su vez, reacciones adversas con gran frecuencia.

La aparición de efectos adversos es un factor claramente relacionado con la pobre adherencia y con el abandono del tratamiento independientemente de la relevancia clínica que pueda tener.<sup>101</sup> Un elevado porcentaje de pacientes abandona el tratamiento para evitar la sintomatología producida por las reacciones adversas, independientemente de las consecuencias clínicas que puedan tener. En el caso de los pacientes tratados con TAR, la aparición de toxicidad es la principal causa de abandono del tratamiento.<sup>83,103</sup>

En la investigación se obtuvo un 63,9% de pacientes no adheridos que presentaron RAM, en cambio, la adherencia terapéutica no resultó estar asociada a las RAM, resultados que coincidieron con los reportados por Alvis y col.<sup>86</sup>

#### **Factores relacionados con el servicio farmacéutico**

Según el procesamiento estadístico la adherencia resultó independiente de la accesibilidad y disponibilidad de los medicamentos. En el estudio realizado la accesibilidad al servicio resultó adecuada en 53 pacientes (61,6%) y no adecuada en 33 (38,3%), estadísticamente la adherencia resultó independiente de la accesibilidad. Varios de los pacientes viven en áreas rurales, por lo que en ocasiones se les dificultaba la llegada al Servicio Farmacéutico (SF), lo que no quiere decir que no acudan.

En la accesibilidad a los servicios de atención médica interactúan condiciones como la distancia, los horarios de atención y cualidades individuales para demandar servicios. La geografía manda y determina el estado de salud de sus poblaciones, así como los problemas de accesibilidad. Las barreras económicas también impiden la accesibilidad, ya sea por la falta de recursos para el transporte fundamentalmente, puesto que estos medicamentos se dispensan de forma gratuita.<sup>104</sup>

Tabla VII. Factores relacionados con el servicio farmacéutico asociados a la adherencia.

Accesibilidad	Adheridos		No adheridos		Total		
	N <sup>0</sup>	%	N <sup>0</sup>	%	N <sup>0</sup>	%	
Adecuada	13	15,1	40	46,5	53	61,6	
No adecuada	9	10,4	24	27,9	33	38,4	
<b>Total</b>	22	25,5	64	74,4	86	100	
		$X^2 = 0,080$		$p = 0,7767$			
Disponibilidad	Adheridos		No adheridos		Total		
	N <sup>0</sup>	%	N <sup>0</sup>	%	N <sup>0</sup>	%	
Adecuada	22	25,5	64	74,4	86	100	
No adecuada	-	-	-	-	-	-	
<b>Total</b>	22	25,5	64	74,4	86	100	
		$X^2 = 0,092$		$p = 0,6521$			

Fuente: Entrevista y Cuestionario de Adherencia

La disponibilidad de medicamentos antirretrovirales se notó igualmente afectada, aun así resultó adecuada en un 100%, pues a pesar de las dificultades que actualmente tiene el país con este tipo de medicamentos se garantiza su existencia con otras alternativas terapéuticas en la farmacia a la llegada del paciente. Dichos resultados difieren de los reportados por Quiroga S<sup>106</sup> y col. que refirieron problemas con el suministro de los medicamentos antirretrovirales, lo cual influyó en la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes.

Los resultados obtenidos tanto en accesibilidad como disponibilidad difieren de los reportados por Megret<sup>105</sup> en cuyo estudio la adherencia terapéutica fue dependiente de la accesibilidad y la disponibilidad.

Los factores relacionados con la adherencia terapéutica son diversos y el resultado puede ser variado,<sup>83</sup> lo cual explica los hallazgos obtenidos en la presente investigación. Como en toda enfermedad crónica, esta variación depende del tipo de estudio realizado, la población bajo estudio, el método utilizado, la edad de los pacientes y el tiempo evaluado.

## *Conclusiones*

- ✓ En la muestra estudiada prevalecieron los pacientes con VIH/SIDA del sexo masculino, cuyas edades oscilaron entre 50-59 años, con nivel de escolaridad secundario, alto consumidores de café que presentaron Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, que utilizaban el esquema de tratamiento compuesto por tenofovir, lamivudina, dolutegravir y que consumían entre 1-4 medicamentos.
- ✓ Predominaron los pacientes con adherencia parcial.
- ✓ Los factores que influyeron significativamente en la adherencia terapéutica de los pacientes fueron la edad, el sexo y el nivel de escolaridad entre los dependientes del paciente y los esquemas terapéuticos entre los relacionados con el régimen terapéutico.

### *Recomendaciones*

- ✓ Realizar el estudio en otros municipios y áreas de salud que permitan ampliar el conocimiento sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral.
- ✓ Desarrollar estudios de intervención que contribuyan a mejorar la adherencia terapéutica.

*Referencias Bibliográficas*

- 1- Orman Reyes AL, Acevedo García I, Villalón Oramas M, Sánchez Fuentes J, Ochoa Soto R y col. De mujer a mujer, algunas consideraciones para la prevención de las ITS/VIH/sida. 2da ed. La Habana, Cuba. Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/sida; 2011.p.21-7.
- 2- Lamotte Castillo JA. Infección por VIH/sida en el mundo actual. MEDISAN. 2014; 18 (7): 993-1013. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192014000700015&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000700015&lng=es). Acceso: junio 2021
- 3- Hoja informativa. Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de SIDA. ONUSIDA. 2020. Disponible en: <http://www.unaids.org>. Acceso: mayo de 2021
- 4- Cuba mantiene la prevalencia de VIH más baja de América Latina. CUBADEBATE. 2020. Disponible en: [cubadebate.cu](http://cubadebate.cu). Acceso: febrero de 2021.
- 5- Caballero Artilles RA, Besse Díaz R, Puente Sani V, Aguilera Besse RM, Martínez Cantillo L. Efectividad del tratamiento antirretroviral con el primer esquema genérico cubano en pacientes con VIH/sida. Rev MEDISAN 2019; 23(4):702. Disponible en: <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/2665>. Acceso: marzo de 2021
- 6- Guerra Parras LF. La adherencia a los antirretrovirales: una tarea de todos. Enf. Emerg 2000; 2(1):5-9. Disponible en: <http://enfermedadesemergentes.com>. Acceso: agosto de 2021
- 7- Pacífico J, Gutiérrez C. Información sobre la medicación y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima, Perú. Rev. Perú. med. exp. salud pública. 2015.; 32(1):66-72. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342015000100010&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000100010&lng=es). Acceso: agosto 2021

- 8- Leite Hipolito R, Oliveira DC, Lessa da Costa T, Correa Marques S, Ramos Pereira E, Tosoli Gomes AM. Calidad de vida de personas conviviendo con HIV/SIDA: relación temporal, sociodemográfica y perceptiva de la salud. Rev. Latino Am. Enfermagem. 2017; 25: e2874. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/TjDqBC9QxtgbcFHHdTh3FxF/?lang=es>. Acceso: septiembre de 2021
- 9- Caballero Domínguez C, De la Cruz Cantillo K, Iglesias Barliza Y, Jiménez Lora E. Adherencia al tratamiento antirretroviral y apoyo social en paciente con VIH/SIDA. En: Estudios del desarrollo humano y socioambiental Barranquilla, Colombia. Ediciones CUR; 2018.pp. 126-150
- 10- Rocha G. Guimaraes MDC. Monitoring adherence to antiretroviral treatment in Brazil: an urgent challenge. Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública. 2015; 27(1): p. S6778. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ChSDknHZ5tJRxBNHYd5gFzS/?lang=en>. Acceso: noviembre 2021
- 11- Pérez Bastán JE. Adherencia al tratamiento antirretroviral de personas con VIH/sida en la Atención Primaria de Salud. Rev haban cienc méd; 2020, 19(5):e2962.. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2962>. Acceso: enero de 2021
- 12- Rodríguez Tornél G, Iranzu Apertel MC, Berrocal JavatoI MA, Gómez-Serranillo RM. Adherencia al tratamiento antirretroviral: repercusión del número de tomas diarias. Rev Cubana Farm. 2009; 43(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75152009000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=e](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152009000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=e). Acceso en noviembre 2020.
- 13- Enfermedad por coronavirus (COVID-19) y VIH: asuntos y acciones clave. Preparado por el Grupo regional de Patrocinadores del ONUSIDA para América Latina y el Caribe. Disponible en: [www.sidastudi.org](http://www.sidastudi.org). Acceso: febrero de 2021.

14- 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>. Acceso: diciembre del 2020.

15- Grimes R L, Lewis S T. Frequency of medical history items, drug interactions, and lifestyle characteristics that may interfere with antiretroviral medications. *HIV Clin Trials* 2002; 3: 161-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11976995/>. Acceso: octubre 2021

16- Tafur EJ. Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes con VIH/SIDA: Evaluación de la adherencia y la calidad de vida relacionada a la salud en el Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara- Perú. (Tesis para obtener el grado de Doctor en Farmacia Asistencial). Facultad de Farmacia, Universidad de Granada. Granada, España; 2010.

17- Mendoza M, Meneses C, Montilla N, Mosquera N, Núñez G. Adherencia al tratamiento antirretroviral y factores asociados en pacientes con VIH que acuden a la consulta. [Tesis para obtener título de médico cirujano]. Lara: Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado; 2009

18- Acurcio Fde A, Puig-Junoy J, Bonolo Pde F, Braga Ceccato Md, Guimarães MD. Cost-effectiveness of initial adherence to antiretroviral therapy among HIV infected patients in Belo Horizonte, Brazil. *Rev Esp Salud Publica*. 2006; 80(1):41-54. Disponible en: [10.1590/s1135-57272006000100005](https://doi.org/10.1590/s1135-57272006000100005). Acceso: octubre 2021

19- 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): p.607-612. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0266-2017>. Acceso: septiembre de 2021

20- Oliva Venereo D, Lastre Hernández D, Viñas Martínez AL, González Fernández C. Caracterización de pacientes con abandono de la terapia antirretroviral y consecuencias económicas. Boyeros. 2013. Rev haban cienc méd. 2015; 14 (5): 587-598. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2015000500006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000500006&lng=es). Acceso: marzo de 2020

21- Torres Saldaña A, Ortiz Sánchez Y, Martínez Suárez H, Fernández Corrales YN, Pacheco Ballester D. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes con depresión. Revista Médica. Granma. 2019; 23(1). Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1093>. Acceso en febrero 2021

22- Alfonso Libertad M, Bayarre Vea H, Corugedo Rodríguez MC, Vento Iznaga F, La Rosa Matos Y, Orbay Araña MC. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. Rev Cubana Salud Pública. 2015; 41(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086434662015000100004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662015000100004&lng=es). Acceso: julio de 2021

23- Pérez Cruz N. Antivirales y SIDA. En: Farmacología Clínica. La Habana, Cuba. 2008. p. 453-70

24- Carvajal Alzate, M, Roldán Tabares MD, Herrera Almanza L, Hernández Martínez A, Álvarez Hernández, LF, Martínez Sánchez LM. Virus de inmunodeficiencia humana: hallazgos útiles en el diagnóstico, prevención y tratamiento. ENF INF MICROBIOL; 2019,39 (2): 65-70. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/micro/ei-2019/ei192e.pdf>. Acceso: enero de 2021

25- Reitz, S.M. y Gallo, R.C., "Virus de la inmunodeficiencia humana", en Mandell, Enfermedades infecciosas. Principios y prácticas, 8ª ed., Elsevier, Madrid; 2016. pp. 2163-2175.

26- Codina C, Martín M T, Ibarra O. La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. En: Farmacia Hospitalaria; 2002. p: 1493-1516. Disponible en: <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP21.pdf>

27- Jimenez Cargua K. Influencia de los factores psicosociales en la adherencia al tratamiento terapéutico en personas con VIH/SIDA, atendidas en un Hospital en la ciudad de Guayaquil, en el periodo de enero del 2019 a enero del 2020. (Maestría en psicología). Universidad Politecnica SALESIANA, Ecuador; 2021.

28- Rang HP, Ritter JM, Flower RJ and Henderson G. Rang and Dale's Pharmacology. 8va edic. España: Elsevier Ltd; 2016, p.642-52

29- Blanco JL, Tuset M, Miró JM, Martínez-Sogues M, E. del Cacho y Codina C. Características de los fármacos antirretrovirales e interacciones farmacocinéticas de relevancia clínica. Medicina Integral. 2001; 37(10). Disponible en: <https://www.elsevier.es>. Acceso: octubre de 2020.

30- Leonard J. Medicamentos antirretrovirales para el VIH. ¿Cómo funciona la terapia antirretroviral?. 2020. Disponible en: <https://www.medicalnewstoday.com> Acceso: septiembre 2020

31- Bernal F. Farmacología de los antirretrovirales. REV. MED. CLIN. CONDES. 2016; 27(5) 682-697. Disponible en: <https://www.elsevier.es>. Acceso: septiembre de 2020.

32- 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. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2011. Disponible en: <http://www.gesida.semic.org.pcientifica/dcconsensos>.

33- Forero Villalobos J, Hurtado Castillo Y, Barrios Araya S. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento del paciente en diálisis peritoneal. Enferm Nefrol. 2017

20(2):149-57. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S225428842017000200149&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S225428842017000200149&lng=es). Acceso 12/08/2019.

34- Martínez Rodríguez A, Duque Vizcaíno M, Castro Peraza O, Acosta Reinaldo ED. Notificaciones espontáneas de sospechas de reacciones adversas a los medicamentos. Instituto "Pedro Kourí". 2011- 2013. Rev Cubana Farm. 2016; 50(1).p.1-12. Disponible en: <http://www.revfarmacia.sld.cu/index.php/far/article/view/6/7>. Acceso: 19/08/2019]

35- Moya Y, Bernal F, Rojas E, Barthel E. Seguimiento fármaco-terapéutico en pacientes ambulatorios con tratamiento anti-retroviral. Rev Chil Infectol. 2012; 29(4):412-9. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071610182012000400008&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071610182012000400008&lng=es&nrm=iso). Acceso: julio 2020

36- Ministerio de Salud Pública. Formulario Nacional de Medicamentos. 4a Ed. Cuba: ECIMED; 2014.p.25-26.

37- Morón Rodríguez FJ, Levy Rodríguez M, Borroto Regalado R, Calvo Barbado DM, Cires Pujol M, Cruz Barrios MA, Fernández García A, Furones Mourelle, García Orihuela M, Peña Velazquez, et. Farmacología Clínica. La Habana, Cuba.ECIMED; 2008, p.453-70

38- Agámez Paternina A, Hernández Riera R, Cervera Estrada L, Rodríguez García Y. Facores relacionados con la no adherencia al tratamiento. Arch. Méd. Camagüey 2008; 12(5).

39- Silva G, Galeano E, Correa J. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no adherencia. Acta Médica Colombiana.2005; 30(4), 268-78. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163113820004>

- 40- Martín A, L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev. Cubana Salud Pública, 2012; 30(4). Disponible en: <http://scielo.sld.cu> › scielo. Acceso: diciembre 2020
- 41- Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, Rodríguez Miranda OA, Ortega Legaspi JM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta Médica Grupo Ángeles. 2018; 16 (3). Disponible en: [www.medigraphic.com/actamedica](http://www.medigraphic.com/actamedica). Acceso: enero de 2021
- 42- Gómez Escobar FA. Factores asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes que conviven con el VIH-SIDA atendidos en la consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo comprendido Enero-Febrero del año 2020. (Tesis para optar al título de especialista en Medicina Interna) Managua; 2020.
- 43- Sánchez Peña S, Pastor Bravo M, Cánovas Tomás MA, Almansa Martínez P, Peñalver Guillén C, Jiménez-Ruiz I. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento antirretroviral en mujeres con VIH: Un estudio mixto con diseño secuencial. Nº 62 Abril 2021 Disponible en: <https://doi.org/10.6018/eglobal.437711>. Acceso: octubre 2021
- 44- Pagès-Puigdemont Neus, Valverde-Merino M. Isabel. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. Ars Pharm. 2018; 59(4): 251-258. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S234098942018000400251&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S234098942018000400251&lng=es). <https://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i4.7357>. Acceso: octubre 2020
- 45- Tufro L. Voces y abrazos: Sistematización de experiencias para fortalecer la adherencia y mejorar la calidad de vida de las personas con VIH/sida. 1<sup>ra</sup> ed. Buenos Aires, República Argentina: Ubatec SA, 2021. Disponible en: <http://infosida.pri.sld.cu/images/ama1.pdf>. Acceso: febrero de 2021
- 46- Recomendaciones para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Documento emitido por el grupo de estudio de SIDA de la sociedad Española de enfermedades infecciosas y microbiología clínica.1999; p.1-27. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica>.

Acceso: septiembre de 2020

47- González R. Cómo liberarse de los hábitos tóxicos. Guía para conocer y vencer los hábitos provocados por el café, el tabaco y el alcohol. RevCubMed Gen Int.2001; 11(3). Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=23268>. Acceso: julio de 2021

48- Espinosa A.R. Espinosa A.B. Factores de riesgos asociados en los fumadores. Resultados de la medición inicial del Proyecto global de Cienfuegos. RevCubMed; 2001. 40(3):162-8. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232001000300002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232001000300002&lng=es). Acceso: junio de 2021

49- Rodríguez J.M. Repercusión negativa del tabaquismo en la evolución clínica de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica. RevCubanaMedMilit. 2004;33(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572004000200004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572004000200004&lng=es). Acceso: octubre de 2021

50- González R. El consumo normal y patológico del alcohol: criterios para su valoración por el médico de familia. Rev. Dom Psiquiatría; 1999. Supl (10), p.25-31. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/mgi05398>. Acceso: octubre 2020

51- Morales R. Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control de las ITS el VIH/SIDA / 2014-2018 La Habana. 2013. Disponible en: <https://hivhealthclearinghouse.unesco.org/resources>. Acceso: septiembre de 2020

52- Martín Alfonso L., Bayarre Veá H., Grau Ábalo J. Validación del cuestionario MGB (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Revista Cubana de Salud Pública. 2008; 34(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662008000100012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100012&lng=es). Acceso: febrero 2020

53- 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](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152014000300010).

Acceso en enero del 2021.

54- Cabrales León MO, Pérez Ojeda MD, Leyva León Ál, Cortés González Ad, Tamayo Agüero AM. VIH/sida en personas de 50 años y más en la provincia de Las Tunas, estudio de quince años. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2020 45(1). Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/2093>

55- Castellanos Bertot Y. Caracterización de los pacientes infectados por VIH-SIDA en la provincia de Guantánamo. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2021 [acceso: noviembre de 2021]; 25(4): e5069. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5069>

56- 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). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2012000200014&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000200014&lng=es). Acceso: febrero de 2021

57- Reyna Ramírez R, Fernández Valcárcel R, Valcárcel Herrera N, Mejías Valcárcel GN, Cruz Carballosa Y, Cruz Suárez B. Caracterización de pacientes con VIH/sida en un área de salud Guatemala, Mayarí. Rev Panorama. Cuba y Salud, 2019; 14(1):6-14. Disponible en: <http://www.revpanorama.sld.cu/index.php/rpan/article/view/>. Acceso en noviembre de 2021

58- Documento de consenso para mejorar la adherencia a la farmacoterapia en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en tratamiento antirretroviral. Grupo de expertos de la secretaría del plan nacional sobre el sida (spns), grupo de estudio

de sida (gesida) y sociedad española de farmacia hospitalaria (sefh). ACTUALIZACIÓN FEBRERO 2020. Disponible en: <https://gesida-seimc.org>

59- Organización Mundial de la Salud. Proyectos de estrategias mundiales del sector de la salud. VIH ,2016-2021. 138a reunión del Consejo Ejecutivo. Ginebra: OMS; 2015 (documento EB138/29). Disponible en: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB138/B138\\_29-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_29-sp.pdf). Acceso: octubre 2021.

60- Blanco, J.R.; Oteo, J.A.: VIH y edad: una relación en evolución. GEROKOMOS 2008; 19 (3): 118-120. Disponible en: <http://scielo.isciii.es>.

60- Castañeda Vargas E, Baute Pareta N, Silva Sánchez M, Ibarra Sayas D, Jiménez Cardero M. Comportamiento de portadores de VIH/sida en el municipio de Il Frente. MEDISAN 2014; 18(6):794. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192014000600007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000600007&lng=es). Acceso: septiembre 2021

62- Castro Rodríguez A, Santana Fonseca EC, Lemes Báez J, Arias de la Torre I, Rosabal Ferrer LE. Factores de riesgo y sida en personas diagnosticadas con VIH. Granma. Enero 1986 – Diciembre 2012. Multimed. Revista Médica. Granma. 2014; 18(4). p.1-16. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/78>. Acceso: septiembre 2021

63- Moatti JP, Carrieri MP, Spire B, Gastaut JA, Cassuto JP, Moreau J. Adherence to HAART in French HIV-infected injecting drug users: the contribution of buprenorphine drug maintenance treatment. AIDS 2000; 14 (2):151–5.

64- Cruz Peña A. Percepción de riesgo y consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de primer año de Medicina de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. 2019. p. 51-131. Disponible en: <https://dspace.uclv.edu.cu/handle/123456789/9103>.

65- Konfino J et al. ¿Por qué se debe tratar el tabaquismo en las personas que viven con VIH/sida? Revisión de la bibliografía. Buenos Aires. junio 2011. 19(72):46-51. Disponible en: <https://www.huesped.org.ar>

66- Peña Garcia Y, Andrain Silva LC, Sartorio Zayas I et al. La carga del tabaquismo en el proceso salud-enfermedad en personas con el virus de inmunodeficiencia humana y el SIDA. Revista Finlay.2017, 7(3). Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/535>.

67- Feldman DN FJ, Greenblatt R, Anastos K, Pearce L, Cohen M, Gange S, Leanza S, Burk R. CYP1A1 genotype modifies the impact of smoking on effectiveness of HAART among women. AIDS Educ Prev 2009; 3(21):81-93.

68- Rocha Cabral J, Chianca de Andrade Moraes D, Rocha Cabral L, Aline Corrêa C, Cássia da Silva Oliveira E, Oliveira RC. Adhesión a la terapia antirretroviral y la asociación en el uso de alcohol y sustancias psicoactivas. revista electrónica d enfermería, octubre 2018. N°52. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.4.296651>

69- Da Frota Santos, Vanessa, Teresinha Gimenez Galvão, Marli, Holanda da Cunha, Gilmara, Gir, Elucir. Efecto del alcohol en la calidad de vida de las personas que viven con el VIH. Convención Internacional de Salud, Cuba Salud 2018. Disponible en: <http://convencionssalud2018.sld.cu>

70- Rosabal García E, Romero Muñoz N, Gaquín Ramírez K, Hernández Mérida RA. Conductas de riesgo en los adolescentes. Rev Cub Med Mil. 2015; 44(2): 218-229. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572015000200010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572015000200010&lng=es).

71- López Cisneros MA, astillo Arcos LC, Morales Vinagre, RG, Armendáriz García NA. Consumo de alcohol y tabaco en jóvenes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana. *Revista de Enfermagem Referência*.2017; 4(12). pp. 27-34. Disponible en:<https://doi.org/10.12707/RIV16083>

72- MINSAP. Anuario estadístico de salud. 2019. La habana 2020. Disponible en: <http://www.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electrónico-Español-2019-ed-2020.pdf>

73- Agostini M., Marconi L., Mónaco MC. Hipertensión arterial en el paciente con VIH: abordaje y tratamiento. *ATEN FAM* 2016;23(2): 67-69. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cg>

74- Yoon CJ. Diabetes en personas con VIH. *Diabetes Voice*. Junio 2005 Volumen 50 (2): 13-15 Disponible en: <https://testwebprod.cndh.org.mx>

75- Revueltas Aguero M, Valdés González Y, Serra Larín S, Barceló Pérez C, Ramírez Sotolongo J, Suárez-Medina R. Exploración de la presión arterial en pobladores del área de salud 27 de Noviembre del municipio Marianao. *Revista Finlay* [revista en Internet]. 2020 [citado 2020 Oct 2]; 10(3): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/792>

76- Gil del Valle L, Lezcay Rizo M, Castro Perigó Y, Gravier Hernández R, González Blanco I, Rosell Guerra T. Evaluación de efectividad y seguimiento de pacientes con sida cubanos con diagnóstico tardío tratados con antirretrovirales. *Rev Cubana Farm*. 2016 [citado 09/05/2019]; 50 (4): 1561- 2988. Disponible en:

<http://www.revfarmacia.sld.cu/index.php/far/article/view/56/60>.

77- Rathbun RC, Lockhart SM, Miller MM, Liedtke MD. Dolutegravir, a second generation integrase inhibitor for the treatment of HIV-1 infection. *Ann Pharmacother.* 2014;48: 395-403.

78- Pacheco Ramos MP, Arenaza Peña A, Puebla García V, Manzano Lorenzo R, Zamora Barrios MD, Estrada Pérez V. Polifarmacia en pacientes VIH. *REVISTA MULTIDISCIPLINAR DEL SIDA.*2011; 1(1).

79- Bastida Carla AG, Márquez M, Tuset Montse, De Lazzari E, Martínez E et al. Polifarmacia e interacciones farmacológicas potenciales en una población envejecida con infección por el VIH. *Farm Hosp.* 2017; 41(5): 618-624. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-63432017000500618&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-63432017000500618&lng=es). <https://dx.doi.org/10.7399/fh.10778>. Acceso: noviembre de 2021

80- Itzel Gutiérrez-Gabriel 1 , Jesús Godoy-Guinto 2 , Herzain Lucas-Alvarado 3 , Benito Pineda-Germán 2 , Eduardo Vázquez-Cruz 4 , Maricarmen Hernández-De la Rosa 2 y Francisca Sosa-Jurado. Calidad de vida y variables psicológicas que afectan la adherencia al tratamiento anti-retroviral en pacientes mexicanos con infección por VIH/SIDA. *Rev Chilena Infectol* 2019; 36 (3): 331-339.

81- Balbaryski J, Simonte K, Urteneche I, Candi M, Gaddi E, Barboni G. Antiretroviral treatment adherence and its association with TCD4+ lymphocyte subsets in children with HIV/ AIDS. *Medicina (B Aires)* 2013; 73: 324-30. PMID: 23924530.

82- Díaz Porto Robles M. La adherencia terapéutica en el tratamiento y rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud. *Revista Griot.* 2014; 7(1):73-84. Disponible en: <http://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1554>. Acceso: octubre de 2020

83- Pérez Bastán JE, Viana Castañeda LF. Factores asociados a la no adherencia terapéutica a los antirretrovirales en personas con VIH/sida. *Revista Cubana de Medicina Tropical.* 2020;72(2): e499. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S172646342015000100008&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342015000100008&lng=es)

84- Varela Arévalo MT, Hoyos Hernández PA. La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. *Rev. salud pública.* 2016; 17 (4): 528-540. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S012400642015000400004&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012400642015000400004&lng=en)

85- Codina C, Knobel H, 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. *An Fac med.* 2009; 70(4): 266-72 Disponible en: [http://cvcc-vih.com/estudios/study\\_detail/15](http://cvcc-vih.com/estudios/study_detail/15)

87- Ramos Morales LE. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología Cirugía Vascul.* 2015;16 (2):175-189. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>

88- Letta S, Demissie A, Oljira L, Dessie Y. Factors associated with adherence to Antiretroviral Therapy (ART) among adult people living with HIV and attending their clinical care, Eastern Ethiopia. *BMC International Health and Human Rights.* 2015;15(1):33

89- Kleinman NJ, Manhart LE, Mohanraj R, Kumar S, Jeyaseelan L, Rao D, et al. Antiretroviral therapy adherence measurement in non-clinical settings in South India. *AIDS Care.* 2015;27(2):248-54.

90- Rodríguez I, Massip. Perfil de mayores de 50 años con VIH en el municipio Plaza de la Revolución (1986 al 2015). GEROINFO. 2017; 12(1)

91- Moral J, Segovia M. Discriminación en el trabajo y el vecindario hacia las mujeres que viven con vih y su relación con la depresión y la ira. Ciencia Ergo Sum [internet]. 2014 [citado 2018 mar. 1]; 22(3):204-14. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/104/10441539004.pdf>

92- Vera Pérez VE, Estrada Aguilera A. Influencia social y familiar en el comportamiento del paciente con VIH/SIDA ante su diagnóstico y su manejo. Rev Hosp JuaMex. 2004

93- Balcázar Rincón LE, Ramírez Alcántara YL, Rodríguez Alonso M. Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis. Rev Esp Med Quir. 2015; 20:135-43. Disponible en: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=47345917003>

94- Aguilar Montejó C, Zapata Vázquez R, López Ramón C, Zurita Zarracino E. Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en pacientes con enfermedades hematológicas. Horiz Sanitario. dic 2018;17(3):235-240. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S200774592018000300235&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S200774592018000300235&lng=es)

95- 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. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412018000100096&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000100096&lng=es)

96- Bilbao Ramírez JL, Crespo Camacho EJ, De la Hoz Herrera GE, Alcocer Olaciregui AE. Nivel de conocimientos, tipo de actitud y prácticas de los estudiantes de medicina sobre el VIH/SIDA (Barranquilla, Colombia). Arch Med (Manizales) 2017; 17(1):54-3.

97- Pasco-Salcedo CV, Puestas Sánchez PR, Díaz Vélez C. Análisis de los conocimientos, actitudes y practicas preventivas de la población peruana femenina sobre el VIH-SIDA según encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) 2013- 2017. Rev. cuerpo méd. HNAAA. 2020; 13(3). Disponible en: <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa>.

98- 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.

99- Ammassari A, Trotta M, Murri R, Castelli F, Narciso P, Noto P, et al. Correlates and predictors of adherence to highly active antiretroviral therapy: overview of published literature. J Acquir Immune Defic Syndr. 2002;31(3):123-7.

100- Kleeberger CA, Phair JP, Strathdee SA, Detels R, Kingsley L, Jacobson LP. Determinants of heterogeneous adherence to HIV-antiretroviral therapies in the Multicenter AIDS Cohort Study. J Acquir Immune Defic Syndr. 2001;26(1):82-92.

101- Documento de consenso para mejorar la adherencia a la farmacoterapia en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en tratamiento antirretroviral. Grupo de expertos de la secretaría del plan nacional sobre el sida (spns), grupo de estudio de sida (gesida) y sociedad española de farmacia hospitalaria (sefh). ACTUALIZACIÓN FEBRERO 2020. Disponible en: <https://gesida-seimc.org>

102- Mendo Alcolea N, Mesa Perez EJ, Neyra Barrios R, Berenguer Gournaluses L. Reacciones adversas a medicamentos antirretrovirales en pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana. MEDISAN 2018;22(8):674. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192018000800674&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000800674&lng=es)

103- Bernal F. Incidencia de reacciones adversas a medicamentos en pacientes que inician o cambian terapia anti-retroviral. Rev Chil Infectol. 2013;30(5):507-12. Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071610182013000500007&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071610182013000500007&lng=es&nrm=iso)

104- Sánchez-Torres DA. Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2017;55(1):82-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=71852>

105- Megret Despaigne R, Calles Varona DT. Adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna. *J Pharm Pharmacogn Res* (2018) 6(5): 350. Disponible en: <http://jppres.com/jppres>. Acceso: noviembre de 2021

106- Vega E, Quiroga SM, Naeko Uema SA. Problemas del suministro de medicamentos antirretrovirales: fraccionamiento al inicio del TARGA. *Rev. Bras. Farm. Hosp. serv. Saúde São Paulo.* 2013; 4(1): 22-28. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/258210836>

*Anexo I. Consentimiento Informado*

Por este medio se le comunica que se está realizando la investigación titulada: “Adherencia terapéutica en pacientes con VIH/SIDA en el municipio Jiguaní” con vistas a contribuir a la efectividad del tratamiento antirretroviral. Esta investigación es altamente confidencial y su participación será de gran valor. El formar parte de la misma es voluntario y una vez incluido puede abandonar su participación del estudio sin que esto afecte su atención farmacéutica, pero sería de gran ayuda su colaboración. Si está dispuesto en colaborar, hágalo llenando los datos que se solicitan en el documento.

Yo \_\_\_\_\_ a través de este documento doy mi consentimiento para participar en la investigación titulada: “Adherencia terapéutica en pacientes con VIH/SIDA en el municipio Jiguaní” que se desarrollará desde la farmacia principal municipal en el municipio Jiguaní.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

*Anexo II. Planilla de recolección de datos*

Datos personales del paciente:

CI \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_

Color de la piel: \_\_\_ N \_\_\_ M \_\_\_ A \_\_\_ B

Nivel de estudios alcanzados: \_\_\_ Primarios \_\_\_ Secundarios \_\_\_ Pre-universitarios \_\_\_  
Universitarios

Domicilio fijo \_\_\_ si \_\_\_ no

Considera que tiene apoyo familiar y/o social \_\_\_ si \_\_\_ no. De quiénes?

-¿Qué Bebidas y Remedios caseros usted consume?

**Café:** Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Qué cantidad?

\_\_\_ 2 tacitas al día

\_\_\_ 3-6 tacitas al día

\_\_\_ 7 o más tacitas al día

**Bebidas alcohólicas:** Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Con que frecuencia?

\_\_\_ ocasionalmente

\_\_\_ frecuentemente

\_\_\_ diariamente

\_\_\_ nunca

¿Qué cantidad?

**Té o remedios caseros:** Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Qué cantidad y con qué frecuencia?

Otras,

¿Cuáles?

-¿Usted consume drogas? Si\_\_ no\_\_ a veces \_\_

-¿Usted fuma? Si\_\_ no\_\_ a veces\_\_

-¿Qué cantidad de cigarrillos diarios usted fuma?

\_\_1-9    \_\_10-15    \_\_más de 15

-¿De qué otras enfermedades usted padece?

\_\_ HTA    \_\_Diabetes Mellitus    \_\_Asma    \_\_Cardiopatía    \_\_Hipotiroidismo    \_\_EPOC

\_\_Depresión    \_\_Esquizofrenia    \_\_Otra

¿Cuál?

-¿Ha enfermado usted en los últimos tres meses con alguna otra enfermedad? Si\_\_ no\_\_

-¿Cuál? \_\_Bronquitis    \_\_Bronconeumonía    \_\_catarro común    \_\_amigdalitis

\_\_piodermatitis    \_\_otra    ¿Cuál?

-¿Cuántos medicamentos usted consume diariamente?

### 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 que toma diario

Cód.	Medicamento	Fecha de inicio	F.F	Dosis Indv.	Frecuencia	Horario de Adm.	Quien 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 \_\_\_

¿Ha dejado usted de tomar en alguna ocasión el tratamiento antirretroviral indicado?

\_\_\_ Siempre \_\_\_ A veces \_\_\_ nunca

¿Por qué?

\_\_\_ por olvido \_\_\_ porque se siente bien \_\_\_ porque está deprimido

\_\_\_ por los efectos indeseables que le provocan

\_\_\_ porque interrumpen las actividades de su vida diaria

\_\_\_ porque interrumpen su sueño

\_\_\_ porque no entiende las indicaciones de su médico

\_\_\_ por falta de disponibilidad del medicamento en la farmacia

\_\_\_ otras ¿Cuáles?¿Qué reacciones ha experimentado usted con el tratamiento antirretroviral?

Pérdida de apetito (Anorexia)		cefalea	
Constipación (estreñimiento)		Dificultad para orinar	
Mal sabor en la boca		Somnolencia	
Escalofríos		Malestar	
Insomnio		Ardor de estómago	
Diarrea		Pérdida de la conciencia o	

		desmayos	
Pancreatitis		Alteración de la visión	
erupción cutánea		Náuseas	
Sangramiento digestivo		Vómitos	
Nerviosismo		Dolor abdominal	
otras			

- ¿Usted utiliza recordatorios que le faciliten la realización del tratamiento? Si\_\_\_ no\_\_\_
- ¿cuáles? \_\_alarmas \_\_calendarios \_\_mapas horarios \_\_\_le pide a otra persona que le avise \_\_\_utiliza una cajita para poner los medicamentos por horarios de administración \_\_\_utiliza notas visibles \_\_otras ¿cuál?
- ¿Cómo es el acceso a la farmacia?  
\_\_\_puede llegar sin dificultad  
\_\_\_no puede acudir fácilmente ¿por qué?

Farmacéutico que realizó la entrevista: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Tiempo que tomó realizar la entrevista: \_\_\_\_ min

*Anexo III Cuestionario para evaluación de la adherencia terapéutica*

Cuestionario de Martín-Bayarre-Grau (MBG )

Ítems	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi Nunca	Nunca
1. Toma los medicamentos en el horario establecido					
2. Toma las dosis indicadas					
3. Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta					
4. Asiste a las consultas de seguimiento programadas					
5. Realiza los ejercicios físicos indicados					
6. Acomoda sus horarios de medicación a las actividades de su vida diaria					
7. Usted y su médico deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir					
8. Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos					
9. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos					
10. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento					
11. Usted y su médico analizan cómo cumplir el tratamiento					
12. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico.					

---

## *Anexo IV. Cuestionario para medir nivel de conocimiento de la enfermedad y el tratamiento*

Estimado(a) Paciente:

Por favor solicitamos su colaboración para completar este cuestionario. Es importante que sus respuestas sean veraces, ya que por medio de las mismas podremos detectar sus necesidades educativas en cuanto a enfermedad y tratamiento y establecer estrategias educativas individualizadas y de calidad.

Desde ya, muchas gracias por su colaboración.

**Leyenda:** Posibles respuestas//Conoce(C); No conoce (NC); Conoce parcialmente (CP); Todos (T); Algunos (A); Ninguno (N); Si o No.

PARÁMETROS:

1- ¿Conoce la(s) enfermedad(es) que padece?

C\_\_\_ NC\_\_\_ CP\_\_\_

\_\_\_ 2- ¿Conoce cuáles son los síntomas de su enfermedad?

C\_\_\_ NC\_\_\_ CP\_\_\_

\_\_\_ 3- ¿Conoce el tiempo que puede durar su enfermedad?

C\_\_\_ NC\_\_\_ CP\_\_\_

\_\_\_ 4- ¿Conoce cuáles son los exámenes de control o autocontrol de su enfermedad?

C\_\_\_ NC\_\_\_ CP\_\_\_

\_\_\_ 5- ¿Conoce con qué frecuencia debe realizarse los exámenes de control o autocontrol de su enfermedad?

C\_\_\_ NC\_\_\_ CP\_\_\_

\_\_\_ 6- ¿Conoce qué es un medicamento?

C\_\_\_ NC\_\_\_ CP\_\_\_

\_\_\_ 7- ¿Conoce qué es una reacción adversa medicamentosa?

C\_\_\_ NC\_\_\_ CP\_\_\_

\_\_\_ 8- ¿Conoce qué es una interacción medicamentosa?

C\_\_\_ NC\_\_\_ CP\_\_\_

\_\_\_ 9- ¿Conoce qué es una dosis?

C\_\_\_ NC\_\_\_ CP\_\_\_

\_\_\_ 10- ¿Conoce cuál (es) medicamento(s) le han sido indicados para su enfermedad?

T\_\_\_ A\_\_\_ N\_\_\_

\_\_\_ 11- ¿Conoce para qué están indicados cada uno de los medicamentos que usa?

C\_\_\_ NC\_\_\_ CP\_\_\_

\_\_\_ 12- ¿Sabe qué tiempo dura el tratamiento indicado por su médico?

C\_\_\_ NC\_\_\_ CP\_\_\_

\_\_\_ 13- ¿Conoce cómo tomar sus medicamentos?

C\_\_\_ NC\_\_\_ CP\_\_\_

\_\_\_ 14- ¿De los medicamentos que UD usa sabe cuáles puede mezclar con alimentos?

C\_\_\_ NC\_\_\_ CP\_\_\_

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

T\_\_\_ A\_\_\_ N\_\_\_

\_\_\_ 16- ¿Usa los medicamentos por decisión propia? ¿Cuáles?

Si\_\_\_ No\_\_\_

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

C\_\_\_ NC\_\_\_ CP\_\_\_

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

C\_\_\_ NC\_\_\_ CP\_\_\_

\_\_\_ 19- ¿Conoce la dieta que debe cumplir?

C\_\_\_ NC\_\_\_ CP\_\_\_

\_\_\_ 20- ¿Conoce las interacciones entre los medicamentos que utiliza y los alimentos?

Sí\_\_\_ No\_\_\_

\_\_\_ 21- ¿Tiene lugar específico para almacenar sus medicamentos?

Sí\_\_\_ No\_\_\_

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

C\_\_\_ NC\_\_\_ CP\_\_\_

**CLAVE DE CALIFICACIÓN POR ITEMS.**

POSIBLES RESPUESTAS	CALIFICACIÓN (Puntos)
Conoce	2
Todos	2
Si	2
Conoce parcialmente	1
Algunos	1
No conoce	0
Ninguno	0
No	0
<b>CALIFICACIÓN GENERAL</b>	
Menos de 25 puntos	Conocimiento bajo
Entre 25 y 30 puntos	Conocimiento medio
Más de 30 puntos	Conocimiento alto

### Anexo V. Algoritmo de Karch Lassagna

Algoritmo para evaluar la relación de causalidad ante sospechas de reacciones adversas producidas por medicamentos.

Intervalo adecuado entre la toma del medicamento y la reacción.	no	si								
Reacción conocida	-	no	no	si						
La reacción se puede explicar por el cuadro clínico, otra patología concomitante o por otro fármaco.	-	no	si	si	si	no	no	no	no	no
Se ha suspendido la medicación	-	-	-	-	-	no	si	si	si	si
Ha mejorado al suspender la medicación.	-	-	-	-	-	-	no	si	si	si
Ha habido reexposición.	-	-	-	-	-	-	-	no	si	si
Reaparición tras la reexposición	-	-	-	si	no	-	-	-	no	si
Definitiva										x
Probable				x		x		x		
Posible					x				x	
Condicional		x								
improbable	x		x				x			