

Carrera de Posgrado de Especialización en Clínica Médica
Universidad Nacional de Rosario

Proyecto de Investigación

**Título: Adherencia al tratamiento antirretroviral en
pacientes HIV-SIDA que asisten a consultorio externo o
que ingresan a sala de internación del Hospital Juan
Bautista Alberdi**

Autora: Palermo A. Carla

Alumna de la Carrera de Posgrado de Especialización en Clínica Médica de la Universidad Nacional de Rosario (UNR) desde el 1° de junio de 2015 hasta el 31 de mayo de 2018 en los hospitales Juan Bautista Alberdi y Dr. Clemente Álvarez.

Correspondencia: carlapalermo@hotmail.es

Directora: Lucía A. Sándalo

Medica Clínica de planta Servicio de guardia médica. Hospital Roque Sáez Peña. Rosario.

Correspondencia: sandalolucia@yahoo.com

Año 2018

Introducción:

Según Organización Mundial Salud (OMS) adherencia al tratamiento se define como el grado en el cual el comportamiento del paciente responde a las indicaciones o recomendaciones dadas por el profesional de la salud, resaltando la importancia de la conformidad del paciente con su tratamiento y la participación como socio activo con los profesionales de la salud en su propia atención ¹. La importancia en cuanto a la correcta realización del tratamiento antirretroviral (TARV) en el caso de los pacientes infectados con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) radica en la progresión o no de dicha enfermedad así como también en el pronóstico de la misma, sin dejar de lado el impacto en la comunidad y epidemiología local.

La adherencia al TARV se ve fuertemente influenciada por diversos factores que podemos agrupar en las siguientes categorías a) factores personales b) de la enfermedad c) régimen terapéutico d) del sistema de salud e) social-interpersonal ^{1,2}.

A. FACTORES PERSONALES

- Características sociodemográficas:

Edad: hay controversias, ya que algunos autores plantean que la vejez es un obstáculo y otros lo contrario

Nivel de ingresos familiares: cuando éstos son bajos, constituyen un obstáculo para la adherencia al tratamiento

Domicilio: tener o no donde vivir, las personas con quien se vive, vivir solo, vivir lejos de la familia nuclear, cambiar de casa o de ciudad después del diagnóstico han sido relacionadas como facilitadores de la adherencia al tratamiento por varios estudios

Nivel educativo: bajo nivel educativo se asocia como un obstáculo para la adherencia al tratamiento

Sexo

Estado civil

- Historia de tratamientos de la persona

Los comportamientos de adherencia en el pasado que podrían ser un facilitador o un obstáculo, según hayan sido eficaces o no, respectivamente.

- Factores cognitivos

Uno de los principales obstáculos a este nivel son las creencias y la percepción sobre el tratamiento antirretroviral se asocian con una baja adherencia está el olvido de la toma de los medicamentos y las recomendaciones médicas

- Consumo actual de alguna sustancia

Se considera como una barrera para la adherencia al tratamiento ^{1,6,}

B) FACTORES DE LA ENFERMEDAD

- Efectos adversos de la TARV

Relación negativa con la adherencia al tratamiento

- Alta complejidad del régimen terapéutico

Obstáculo para la adherencia al tratamiento

- Interrupción de la rutina diaria y del estilo de vida

Como consecuencia del TARV y del régimen terapéutico la señalan como una barrera para la adherencia al tratamiento en VIH/sida

- Perfil clínico y la progresión de la enfermedad

Asociación con la adherencia al tratamiento que sigue siendo polémica

- Comorbilidad

Barrera para la adherencia al tratamiento, o bien puede ser un facilitador

C) FACTORES SOCIALES INTERPERSONALES

- Percepción de apoyo social

Ha sido relacionada ampliamente como un facilitador de la adherencia al tratamiento

- Relación entre el médico tratante y el paciente

Cuando se genera una relación médico-paciente donde existe la confianza para evacuar dudas, amabilidad, confidencialidad, sentimientos positivos, favorece la adherencia al tratamiento.

D) FACTORES DEL SISTEMA DE SALUD

- Barreras en el sistema de salud (Ej. medicamentos que cubre el sistema de salud, costos, tramitología excesiva para obtener los ARV, etc.) el acceso a

consultas, hospitalización, medicamentos y pruebas pronósticas, las barreras geográficas para acceder al servicio de salud (transporte, ubicación del centro de salud) y la afiliación a la seguridad social son obstáculos para lograr la adherencia al tratamiento.

Por lo tanto, para poder afrontar la problemática que implica la adherencia al TARV, debemos poner en conocimiento los motivos que dificultan la toma de dichos fármacos en nuestra población infectada por el VIH. Existen sistemas de evaluación de adherencia; actualmente tenemos en conocimiento la existencia de dos métodos para la medición de la misma. El directo donde prima la determinación de niveles de fármaco en sangre, saliva y orina, el mismo no se encuentra en uso de forma rutinaria, por su alto costo y poca practicidad. Por otro lado tenemos los llamados métodos indirectos, los mismos a pesar de ser menos fiables, son los actualmente utilizados debido a su sencilla aplicación diaria^{1,3}. Entre ellos cabe destacar: entrevista con el paciente, cuestionario estructurado, asistencia a citas programadas de dispensación, recuento de medicación sobrante, monitorización electrónica, evolución clínica y datos analíticos. En cuanto al cuestionario estructurado no existe un cuestionario validado y universalmente aceptado ². Entre la bibliografía consultada podemos nombrar diferentes cuestionarios que si bien, no son universalmente aceptados, son utilizados para medir y determinar el nivel de adherencia al TARV, el más conocido y utilizado es el SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire) que consta de tan solo seis preguntas:

- 1) *¿Usualmente olvidas de tomar tu medicación?*
- 2) *¿Siempre tomas tu medicación a la hora indicada?*
- 3) *¿Dejas de tomar tu medicación cuando te sentís mal?*
- 4) *¿Te olvidas de tomar tu medicación durante el fin de semana?*
- 5) *¿En la última semana, cuantas veces olvidaste la dosis?*
- 6) *¿En los últimos tres meses, cuantos días olvidaste de tomar la medicación?*

Se considera *adherente* al paciente que responde negativamente las preguntas 1,3 y 4, ha perdido menos de dos dosis en las última semana y ha olvidado menos de dos días en los últimos tres meses^{1,2,3,4}

Dentro de las preguntas de la encuesta se trata de abordar los factores, de mayor influencia en lo que respecta a la adherencia al TARV, dentro de los primeros datos que se solicita al comienzo, es la edad, en algunos estudios a mayor edad menos adherencia ⁸, y en otros estudios el resultado fue el contrario, es decir que, más adherente era el paciente cuanto más edad tenía.

Otro de los factores a evaluar es el grado de escolaridad, cuando este es bajo, se considera un factor de riesgo para la no adherencia. ^{1,3}

También se incluye dentro de la encuesta el consumo de alguna sustancia, haciendo hincapié principalmente al uso del alcohol a través del cuestionario CAGE, debido a que el exceso del consumo del mismo es considerado un factor de mal pronóstico para la adherencia^{1,6}

A continuación se pregunta si el paciente conoce su estado inmunológico y se comienzan las preguntas con respecto a la medicación específica para la enfermedad. Dentro de la bibliografía consultada, el conocimiento del paciente acerca de la terapéutica, sus beneficios y el conocer los efectos adversos de los mismos, favorecía la adherencia al TARV ^{3,4} Además, la complejidad del régimen terapéutico se asocia a una pobre adherencia. Los efectos adversos que más frecuentemente generan no adherencia son náuseas, vómitos, problemas visuales, anorexia, insomnio y distribución anormal de la grasa¹².

La falta de adherencia se correlaciona positivamente con el aumento de los ingresos hospitalarios, la evolución a SIDA y la mortalidad del paciente con infección por el VIH, siendo además por su elevado coste, una causa de ineficiencia de los recursos públicos²

Motiva la realización de dicho trabajo el querer investigar la incidencia de algunos factores en la adherencia al tratamiento antirretroviral en nuestra población, y si es posible, estimar en qué manera la falta de la misma afecta negativamente a los pacientes.

Objetivos:

Objetivo Primario

- ✓ Evaluar la adherencia al tratamiento antirretroviral de los pacientes portadores de HIV a través de cuestionario SMAQ

Objetivos Secundarios

- ✓ Conocer qué factores podrían asociarse con una menor adherencia al tratamiento antirretroviral.
- ✓ Identificar si existe alguna diferencia en cuanto a la toma de medicación entre los pacientes del consultorio externo y los que se encuentran internados en la sala general

Materiales y métodos:

Es un estudio prospectivo, de corte transversal descriptivo y analítico. Se recolectaron datos a través de encuestas a los pacientes con diagnóstico de HIV, bajo tratamiento antirretroviral o no, que se internaron o concurren a consultorio externo de infectología del hospital en el período comprendido entre Abril 2019 hasta Septiembre 2019. Las encuestas fueron realizadas en entrevista por el médico tratante. (*Ver modelo de encuesta en el anexo*)

La sede de dicho estudio fue el Hospital Juan Bautista Alberdi, sito en Barrio Alberdi de la ciudad de Rosario, un hospital de mediana complejidad dependiente de la Municipalidad de Rosario que cuenta con treinta y dos camas de internación dependientes del servicio de Clínica Médica, y con un Médico Infectólogo que realiza atención en consultorio externo.

Para la recolección de los datos se utilizó una planilla Excel (anexo), donde se incluyeron, los datos recabados en las encuestas que luego fueron procesados estadísticamente. Las variables cuantitativas se analizaron con el test de comparación de medias t de Student y las cualitativas con el test de independencia Chi-cuadrado de Pearson; en casos en que el tamaño de muestra no fue suficiente, se empleó el test exacto de Fisher que también prueba independencia entre las variables. En todos los test se utilizó un nivel de significación del 5%. Los datos se analizaron con el software libre "PSPP".

Dentro de las preguntas de la encuesta se trató de abordar en primera instancia los datos personales del paciente y vale de destacar que en principio para definir

si un paciente era adherente o no al tratamiento, basándonos en la literatura revisada, uno de los cuestionarios validados y utilizados en la gran mayoría de los estudios fue el SMAQ, el mismo se incluyó dentro de la encuesta en la pregunta número 11 (ver más adelante) y fue utilizado para definir cuantitativamente si el paciente era o no adherente al TARV. ^{1,2,3,4}

En cuanto a la edad, se tomó en cuenta debido a que es un factor asociado por algunos estudios con la adherencia. Se dividió arbitrariamente en rangos etarios: DE 15 A 20 AÑOS- DE 20 A 30 AÑOS – DE 30 A 40 AÑOS – DE 40 A 50AÑOS Y MAYOR DE 50 AÑOS

Se indagó sobre actividad laboral del paciente, dividiendo en 3 categorías: ¹⁶

Desempleo: o paro significa, falta de empleo

Empleo informal: actividad laboral de los trabajadores independientes, los vendedores ambulantes, las trabajadoras de servicio doméstico, los limpiavidrios, entre otros. No cuentan con la debida protección legal para las relaciones laborales, son empleos sin protección social, que no brindan estabilidad económica para los trabajadores

Empleo formal: actividad laboral de quienes trabajan y perciben ingresos al margen del control tributario del Estado y de las disposiciones legales

El apartado sobre escolaridad indagó sobre último nivel educativo aprobado. Ya que algunos trabajos han visto una asociación negativa entre menor nivel alcanzado y adherencia al tratamiento.

Se pesquisó sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias, incluyendo en esta última categoría marihuana, cocaína y drogas de diseño (esto último se aclara de manera verbal al realizar la entrevista).

En la encuesta, el consumo problemático de alcohol se evaluó a través del Cuestionario CAGE. El mismo representa un método eficaz de screening en el abuso de alcohol. Las diferentes preguntas presentan objetivos por ejemplo, la primer pregunta **C**: intenta reducir el consumo de alcohol y revela los problemas individuales que surgen del abuso. **A**: Encubre las consecuencias sociales negativas del consumo abusivo de alcohol y es el menos sensible y específico de los ítems. **G**: Los sentimientos de culpa pertenecen a la dimensión psicopatológica del consumo excesivo de alcohol y son realmente frecuentes en estos trastornos. **E**: Es casi patognomónico de dependencia (especificidad alrededor del 100%). No tiene prácticamente falsos positivos.

Los resultados finales de este cuestionario (según el número de respuestas afirmativas) se interpretaron de la siguiente manera:

- **0-1** Bebedor social
- **2** Consumo de riesgo. Sensibilidad >85% y especificidad alrededor del 90% para el diagnóstico de abuso/dependencia
- **3** Consumo perjudicial
- **4** Dependencia alcohólica

El tiempo desde el diagnóstico de la enfermedad también ha demostrado tener relación con la adherencia al TARV, aunque con resultados dispares. En nuestro trabajo se establecieron arbitrariamente los intervalos de menos de 1 año, de 1 a 5 años, entre 5 y 10 y más de 10 años para contar con categorías definidas para su análisis.

Cuando se hizo referencia al último recuento de CD4 y carga viral, fue tenido en cuenta el último valor que el paciente recordaba / tenía disponible en los últimos 6 meses. En caso de desconocer dicho valor o que este tuviese una antigüedad mayor, se marcó como Desconozco.

Respecto al tratamiento que realizó, la respuesta fue NO en caso de que el paciente no se encuentre bajo tratamiento.

Con respecto a los efectos adversos, ya sean pasados o actuales, se brindaron ejemplos de aquellos más frecuentes entre los fármacos más comunes que realizó o haya realizado el paciente (por ejemplos, vómitos, diarrea, lipodistrofia, etc).

El cuestionario SMAQ (pregunta número 11), indagó sobre aspectos relacionados con la toma de medicación (horario, olvidos, salteo de dosis por malestar, entre otros). Fue considerado como no adherente aquél paciente que respondió negativamente a las preguntas A, B y C, que ha perdido menos de dos dosis esta semana (D) y ha olvidado tomar su medicación menos de dos días en los últimos tres meses (E) (Véase en mayor detalle en página 4).

Acerca de los motivos por los cuales no toma la medicación, será considerado como NO CORRESPONDE, siendo su valor positivo respecto a adherencia, en caso de que el paciente haya manifestado cumplir con el tratamiento (es decir, respuesta 11 A negativa).

En lo que se refiere a internaciones previas por motivo relacionado al HIV, se tomaron en cuenta todas las internaciones que el paciente haya presentado desde el momento del diagnóstico de la infección por HIV cuya causa estuvo relacionada con alguna complicación de la enfermedad. Se recabaron además datos sobre el número de internaciones con la intención de evaluar si existía relación entre no adherencia y mayor número de internaciones por complicaciones.

A continuación se indagó acerca de las apreciaciones subjetivas por parte del paciente sobre el nivel de contención que percibía tanto por parte del equipo de salud como de su familia, y sobre su apreciación respecto al conocimiento sobre su enfermedad. (Preguntas 14,15, 16)

Por último se realizó una pregunta sobre comorbilidades.

Criterio de inclusión:

Pacientes con serología positiva para HIV con indicación de tratamiento antirretroviral, que quieran participar del estudio habiendo brindado su consentimiento informado, que asisten al Hospital Juan Bautista Alberdi al

consultorio externo de infectología como así también aquellos pacientes que se encuentran cursando internación en dicho nosocomio.

Criterios de exclusión:

Pacientes que presenten trastornos de conciencia o cognitivos que no puedan contestar o bien, que, no hayan brindado su consentimiento informado.

El anteproyecto ha sido presentado y posteriormente aprobado por el Comité de Ética y Docencia del Hospital Juan Bautista Alberdi.

Resultados

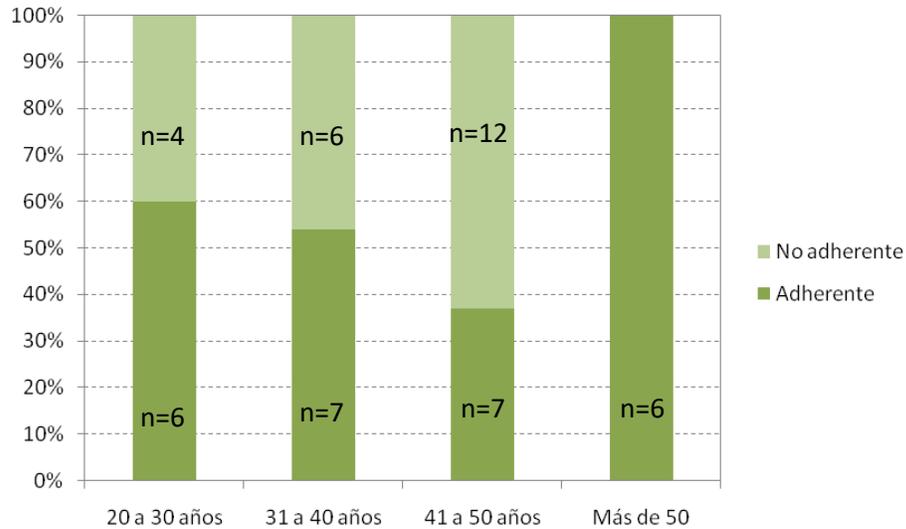
Se encuestaron en total 49 pacientes de los cuales 29 (59,2%) eran de sexo femenino y un 40,8% (20) de sexo masculino. La edad media (\pm sd) de los pacientes encuestados fue de 40,3 (\pm 9,91) años. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de pacientes según sexo y grupo etario.

Grupo etario	Sexo		Total
	Femenino n (%)	Masculino n (%)	
20 a 30 años	9 (18,4%)	1 (2,0%)	10 (20,4%)
31 a 40 años	6 (12,2%)	7 (14,3%)	13 (26,5%)
41 a 50 años	10 (20,4%)	9 (18,4%)	19 (38,8%)
Más de 50	3 (6,1%)	3 (6,1%)	6 (12,2%)
Sin dato	1 (2,0%)	0 (0,0%)	2 (2,0%)
Total	29 (59,2%)	20 (40,8%)	49 (100,0%)

Para definir si un paciente es adherente o no al tratamiento se utilizó el cuestionario SMAQ arrojando como resultado que un 55,1% (n=26) de los encuestados son adherentes al TARV. Con el fin de analizar si existe una relación entre la edad de los pacientes y la adherencia o no al tratamiento (Gráfico 1), se comparó la edad media en ambos grupos mediante una prueba t, encontrando que no hay diferencia entre las edades medias ($p=0,6126$) del grupo de adherentes ($40,9\pm 11,9$) y la de los no adherentes ($39,5\pm 7,0$). Se analizó a través de un test exacto de Fisher la posible asociación entre los grupos etarios considerados y el resultado del cuestionario SMAQ arrojando un p-valor de 0,057 lo cual indica que a un nivel de significación del 5% no se encontró relación estadísticamente significativa entre la edad y la adhesión al tratamiento.

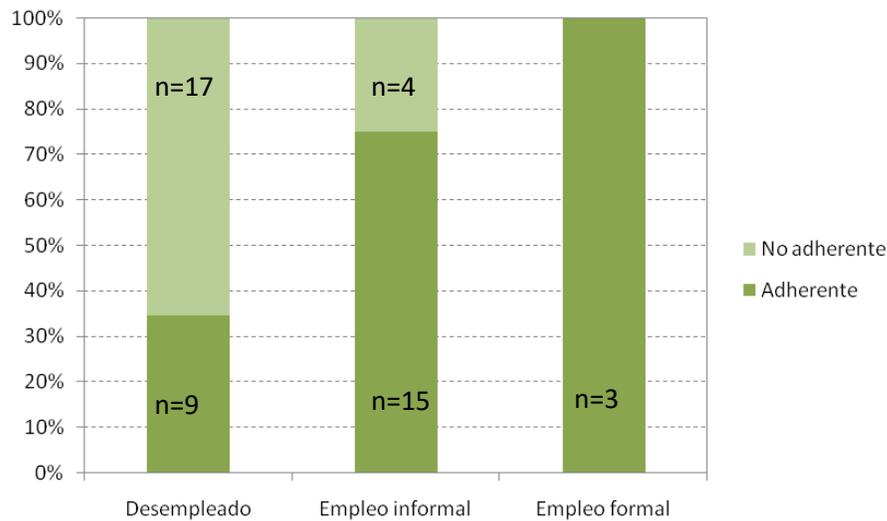
Gráfico 1. Distribución de pacientes según grupo etario y adhesión al tratamiento



Se indagó también acerca de la actividad laboral del paciente, observándose que la mayoría de ellos (n=26) se encuentran desempleados (53,1%). En menores porcentajes presentan empleo informal (40,8%, n=19) y muy bajo porcentaje con empleo formal (6,1%, n=3). (Gráfico 2)

Si bien el porcentaje de pacientes con empleo formal es muy bajo (6,1%) se observa que el 100% de ellos son adherentes al TARV. La prueba exacta de independencia de Fisher arroja un p-valor igual a 0,003, indicando que existe asociación entre situación laboral y adhesión al tratamiento.

Gráfico 2. Distribución de pacientes según situación laboral y adhesión al tratamiento.



Se indagó sobre último nivel educativo aprobado, encontrándose que la mayoría de los pacientes sólo alcanzó el nivel primario (63,3%, n=30) seguido de un 20,4% (n=10) que alcanzó el nivel secundario y sólo un 10,2% (n=5) alcanzó el nivel terciario. Se desconoce la información de un 6,1% de los pacientes. (Tabla 2)

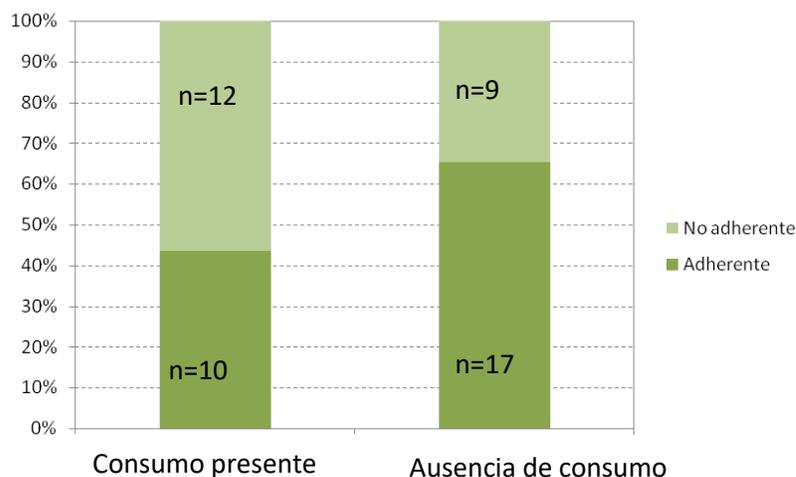
No se encontró una relación estadísticamente significativa entre el nivel educativo alcanzado y la adherencia al tratamiento (p-valor=0,082).

Tabla 2. Distribución de pacientes según nivel educativo alcanzado y adhesión al tratamiento.

Nivel educativo	Adherente n (%)	No adherente n (%)	Total
Primario	17 (45,2%)	13 (54,8%)	30 (63,3%)
Secundario	4 (60,0%)	6 (40,0%)	10 (20,4%)
Terciario	5 (100,0%)	0 (0,0%)	5 (10,2%)

Se pesquisó además sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias, incluyendo en esta última categoría marihuana, cocaína y drogas de diseño correlacionando la presencia de consumo con la adherencia al TARV (Gráfico 3). El consumo problemático de alcohol se evalúa a través del Cuestionario CAGE, y los resultados finales arrojaron que un 53,1% (n=26) de los pacientes no consume sustancias, mientras que el 46,9% (n=22) restante si lo hace. De quienes consumen alcohol (14,2% n=7), un 6,1% (n=3) es bebedor social, un 6,1%(n=3) tiene consumo de riesgo y el restante 2% tiene consumo perjudicial. Un 38,8% (n=14) consume cigarrillo/tabaco y un 2% (n=1) marihuana.

Gráfico 3. Distribución de pacientes según consumo de sustancias y adhesión al tratamiento.



No se halló una asociación estadísticamente significativa entre el consumo de sustancias y la adhesión al TARV (p-valor=0,2439). Analizando el consumo de alcohol y la adhesión al tratamiento, se puede observar que aquellos pacientes con consumo de riesgo o perjudicial no adhieren al tratamiento, mediante un test exacto de Fisher se halló una asociación estadísticamente significativa entre consumo de alcohol y no adhesión al tratamiento (p=0,035). Debemos tener

cautela al interpretar dicha asociación, ya que se trata de un bajo número de pacientes, lo cual puede sobreestimar el efecto. (Tabla 3)

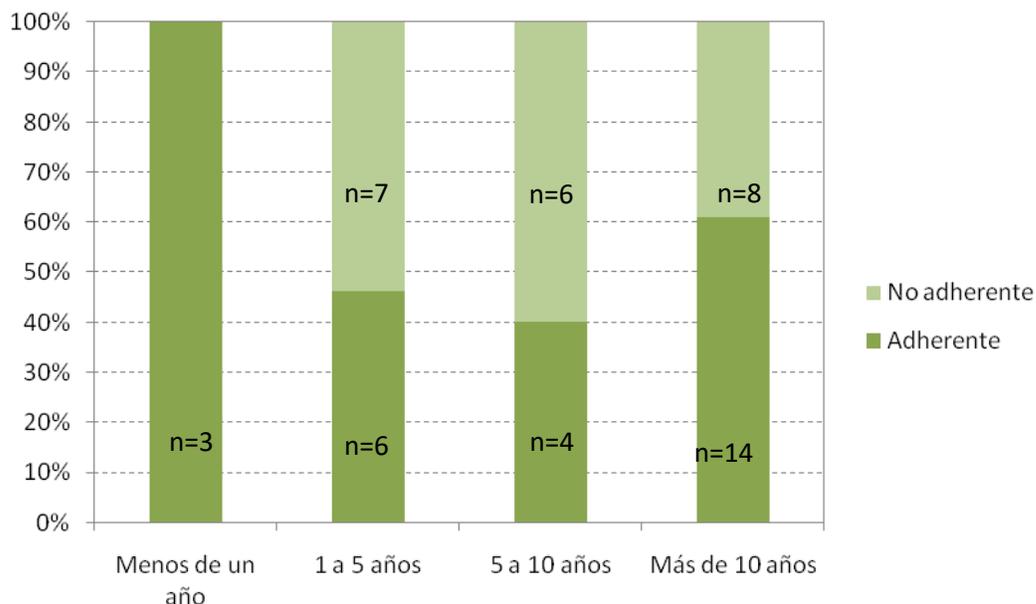
Tabla 3. Distribución de pacientes según consumo de alcohol y adhesión al tratamiento.

Consumo de alcohol	Adherente n (%)	No adherente n (%)
Bebedor social	1 (33,3%)	2 (66,7%)
Consumo de riesgo	0 (0,0%)	3 (100,0%)
Consumo perjudicial	0 (0,0%)	1 (100,0%)

Respecto al tiempo desde el diagnóstico de la enfermedad el mayor porcentaje lo recibió hace más de 10 años (46,9%, n=22), en menores porcentajes recibieron el diagnóstico entre 1 y 5 años atrás (26,5%, n=13) o entre 5 y 10 años atrás (20,4%, n=10). Un bajo porcentaje recibió el diagnóstico hace menos de un año (6,1%, n=3). (Gráfico 4)

Considerando el tiempo de diagnóstico y la adhesión al tratamiento se puede observar que el 100% (n=3) de quienes lo recibieron hace menos de un año adhieren al mismo, en aquellos que lo recibieron entre 1 y 10 años alrededor del 40% (n=10) adhiere al tratamiento. En el grupo de pacientes que hace más de 10 años recibieron el diagnóstico, por el contrario un 60,9% (n=14) adhiere al tratamiento. A pesar de estas diferencias en los porcentajes, no se halló una asociación estadísticamente significativa entre el tiempo de diagnóstico y la adhesión al TARV (p-valor=0,251).

Gráfico 4. Distribución de pacientes según tiempo de diagnóstico y adhesión al tratamiento



Evaluamos recuento de CD4 y carga viral recientes, definidos como el último recuento de CD4 y carga viral, es el último valor que el paciente recuerde/tenga disponible en los últimos 6 meses. Un 14,3% (n=7) de los pacientes respondieron que era indetectable y un 63,3% (n=30) que desconoce dicho valor. Del 22,4% (n=12) restante, se recolectó el valor arrojando un promedio de 802,1 ($\pm 711,9$) con un mínimo de 5 y un máximo de 2442.

Un 53,1% (n=26) respondió estar bajo tratamiento actualmente, mientras que el restante porcentaje no lo está.

Con respecto a los efectos adversos de los tratamientos recibidos, un 53,1% (n=26) dijo haber presentado efectos adversos, mientras que un 6,1% (n=2) no respondió.

Se observa que en aquellos que no presentaron efectos adversos en tratamientos anteriores (n=26) el porcentaje que adhiere al TARV es de 70% (n=14), versus aquellos que si presentaron efectos adversos y no adhieren al tratamiento antirretroviral actual (n 12, 50%) De todos modos, no se halló una relación estadísticamente significativa (p=0,2318) entre la anterior presencia de efectos adversos y la adhesión actual al TARV.

Además se consultó si con el tratamiento actual presentó efectos adversos a lo cual respondieron un 83,7% (n=41) respondieron que no y sólo un 4,1% (n=2) que sí. En cuanto a su relación con la adherencia al TARV, el test exacto de Fisher de independencia arroja un valor de p de 1, indicando que no existe una relación estadísticamente significativa.

En lo que se refiere a internaciones previas por motivo relacionado al HIV, se consideraron todas las internaciones que el paciente haya presentado desde el momento del diagnóstico de la infección por HIV cuya causa esté relacionada con alguna complicación de la enfermedad. Se observa que un 50% (n = 24) ha tenido internaciones. El número de internaciones promedio fue de 2,1 ($\pm 1,5$).

Tabla 4. Distribución de pacientes según internaciones y adhesión al tratamiento

Internaciones	Adherente n (%)	No adherente n (%)	Total n (%)
Si	14 (58,3%)	10 (41,7%)	24 (50,0%)
No	13 (52,0%)	11 (48,0%)	24 (50,0%)

p= 0,656

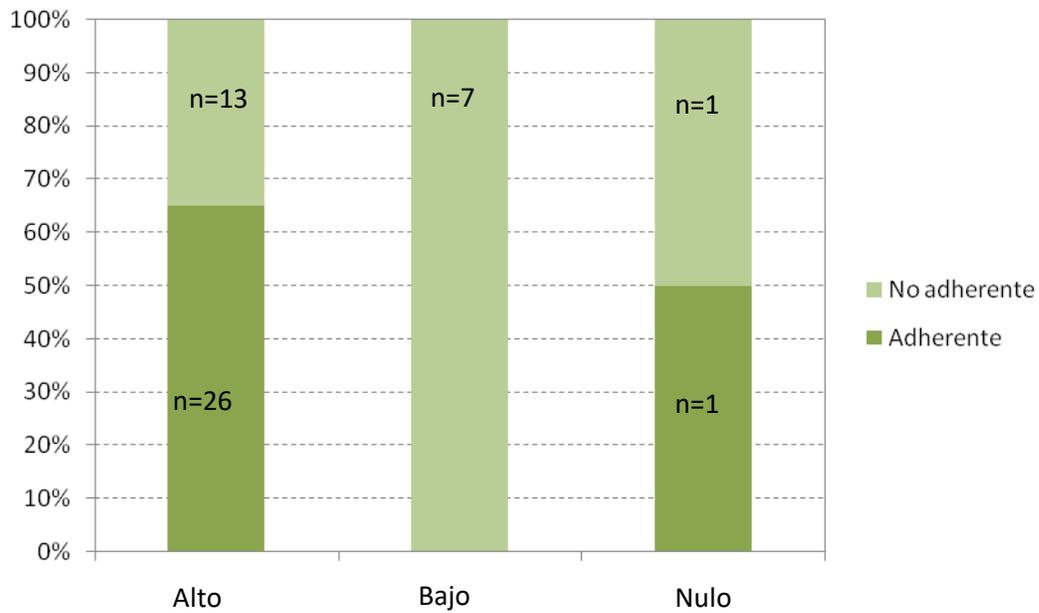
No se halló una relación estadísticamente significativa entre haber tenido internaciones o no y el hecho de adherir o no al tratamiento. (p-valor = 0,656) (Tabla 4). Tampoco se halló una diferencia estadísticamente significativa (p-

valor=0,468) entre la cantidad de internaciones promedio de quienes adhieren al tratamiento ($1,92 \pm 1,4$) y quienes no adhieren ($2,4 \pm 1,5$).

Se indagó además acerca de la apreciación subjetiva por parte del paciente sobre el nivel de contención que percibe tanto por parte del equipo de salud como de su familia, y sobre su apreciación respecto al conocimiento sobre su enfermedad, encontrándose que un 81,6% (n=39) siente mucha contención desde el equipo de salud. (Gráfico 5)

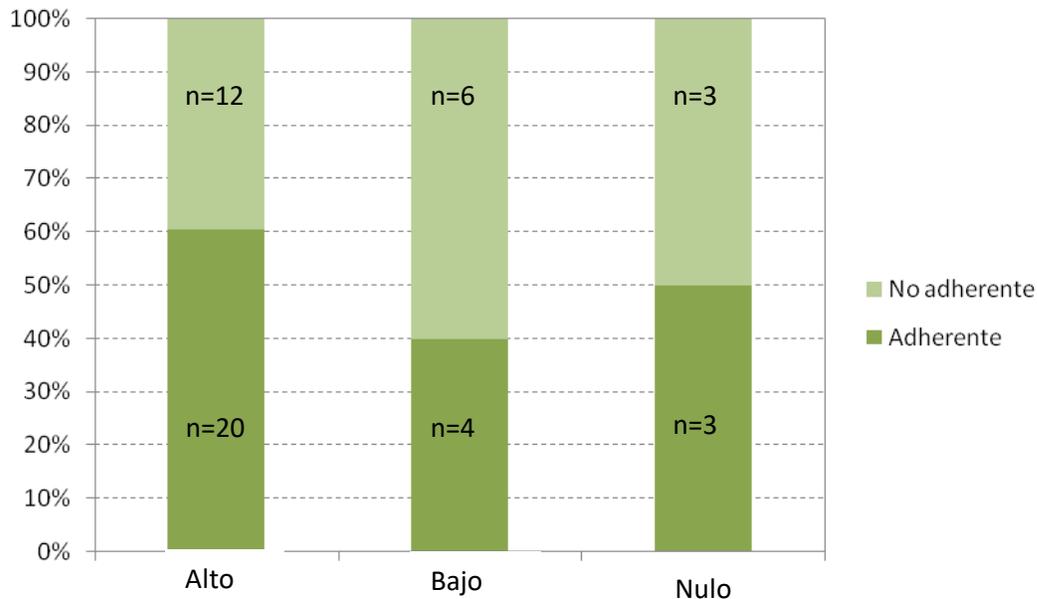
Se halló una relación estadísticamente significativa entre el nivel de contención que reciben del equipo de salud y la adhesión al tratamiento ($p=0,0015$) evidenciándose esto en un mayor porcentaje de adhesión en aquellos que sienten mucha contención desde el equipo de salud. También se observa que el 100% de los pacientes que sienten poca contención del equipo de salud no adhieren al TARV.

Gráfico 5. Distribución de pacientes según nivel de contención que sienten desde el equipo de salud y adhesión al tratamiento.



No sucede lo mismo con el nivel de contención que reciben de la familia, no se halló una relación estadísticamente significativa entre la contención familiar y la adhesión al tratamiento ($p=0,465$). (Gráfico 6)

Gráfico 6. Distribución de pacientes según nivel de contención que sienten desde el entorno familiar y adhesión al tratamiento.



En cuanto a su apreciación respecto al conocimiento sobre su enfermedad, un 63,3% (n=31) indicaron tener conocimiento acerca del HIV mientras que un 36,7% (n=17) dijo no tenerlo. No se halló una relación estadísticamente significativa entre esta variable y la adhesión al TARV ($p=0,584$).

En lo que se refiere a la presencia de otras enfermedades, observándose que sólo un 16,3% (n=8) de los pacientes presenta además otras enfermedades, dentro de las cuales se encuentran asma, HTA, DBT e hipotiroidismo.

Se encontró una relación estadísticamente significativa entre la presencia de otra enfermedad y la adhesión al tratamiento ($p=0,0064$). Se observa que el 100% (n=8) de los pacientes que presentan otra enfermedad, adhieren al tratamiento,

aunque por tratarse de una muestra pequeña debemos tener cautela en la interpretación de dicha asociación. (Gráfico 7)

Gráfico 7. Distribución de pacientes según presencia de otras enfermedades y adhesión al tratamiento.

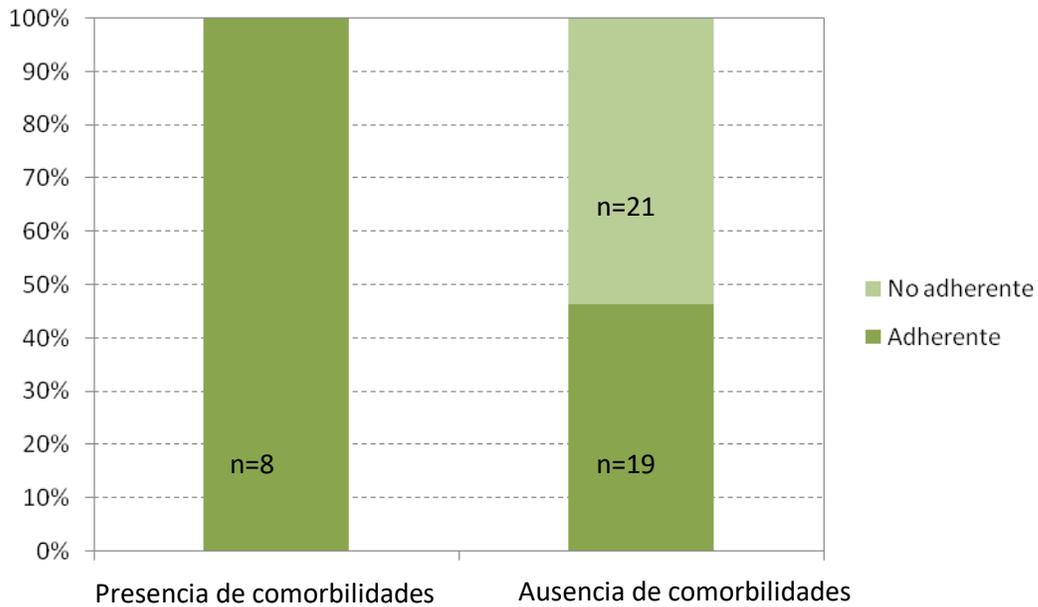
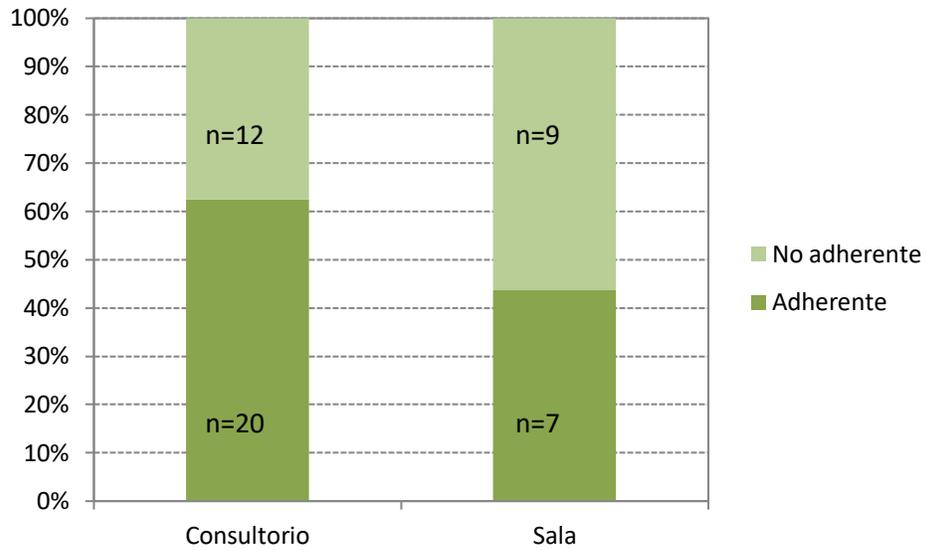


Gráfico 8. Distribución de pacientes según lugar de entrevista



Por último, encontramos que el lugar donde se realizó la encuesta (consultorio externo o internación, (Gráfico 8) no presentó relación estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento antirretroviral ($p=0.237$)

Discusión

Con respecto a las características de la población en estudio no se han encontrado diferencias entre las edades del grupo adherente y no adherentes en este trabajo, a diferencia de lo que pudo demostrar Letta et al. en su artículo, aquellos pacientes que se encontraban entre los 35 y 44 años fueron más adherentes que los grupos mayores de 45 años ⁸. En nuestro trabajo, la edad media fue de 40,3 años, similar a la bibliografía consultada, donde el promedio de edad fue de 38 años.¹⁹

Al analizar la actividad laboral de nuestra población, un bajo porcentaje presentaba empleo formal, asociándose esta característica directamente con una alta adherencia al tratamiento antirretroviral. Con respecto al nivel educativo, no se encontró una relación estadísticamente significativa. Por el contrario, en la bibliografía consultada, estos factores socioeconómicos, suelen ser un factor predictivo para la no adherencia al tratamiento antirretroviral, pudiendo estar determinado por la dificultad para obtener información sobre la salud y enfermedad, difícil acceso a centros asistenciales, costos de tratamientos entre otros.⁶ Un estudio realizado en varios estados de Brasil, encontró una asociación entre un nivel educativo bajo y la falta de adherencia.¹³ Podríamos inferir que en nuestro trabajo, la falta de asociación significativa entre dichas variables podría estar relacionado con el tamaño insuficiente la muestra, en particular la escasa representación de pacientes con nivel educativo mayor al secundario, ya que sólo cinco pacientes tenían nivel terciario, siendo estos cinco adherentes.

En nuestro trabajo, se observó que la mayoría de los encuestados se encontraban desempleados (53,1%), y sólo un pequeño porcentaje (6,1%) presentaba un empleo formal, siendo estos adherentes en un 100% al tratamiento antirretroviral. Encontrándose en concordancia con la literatura consultada. Un estudio realizado en un Hospital de Recife, Brasil por Silva et al., evaluaron un total de 412 pacientes con diagnóstico de HIV, en cuanto a la relación entre la adherencia y las condiciones socioeconómicas (poder adquisitivo, nivel de educación, condiciones laborales y habitacionales), encontraron que cuando éstas últimas son bajas, coincide con una menor adherencia al TARV, sin embargo cuando son extremas, los pacientes adhieren más al tratamiento.⁶

Los TARV pueden presentar efectos adversos en mayor o menor medida, los que más frecuentemente se asocian con dichos efectos, son los Inhibidores de la Proteasa, Inhibidores Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa y los Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa. Del total de pacientes encuestados, aquellos que no presentaron efectos adversos en tratamientos anteriores, adhieren al TARV en un mayor porcentaje, aunque no se encontró una relación estadísticamente significativa. Además se analizó la relación entre adherencia y efectos adversos actuales, encontrándose una relación estadísticamente significativa, considerando la escasa población de la muestra. Con respecto a la bibliografía consultada, los autores Murphy et al. desarrollaron un estudio en la Universidad de California, USA, que involucraba 115 pacientes HIV/SIDA, demostraron que aquellos pacientes que no desarrollaron efectos adversos fueron más adherentes al tratamiento.¹² Otro autor, Pacífico & Gutiérrez, realizaron un estudio en Perú, donde demostraron que la proporción de pacientes con alta

satisfacción con la información recibida sobre la acción y uso de medicamentos, es mayor que la proporción de pacientes con alta satisfacción con la información sobre potenciales efectos adversos. A pesar de ello, no encontraron asociación estadísticamente significativa entre la variable satisfacción con la información recibida sobre los medicamentos y la variable adherencia a este tratamiento.⁴

Si bien, en el presente trabajo dichas variables no fueron estudiadas, podría tenerse en cuenta para un futuro. Ya que, el conocimiento del paciente sobre los potenciales efectos adversos, podría evitar la suspensión de los mismos, mejorando la adherencia al TARV.

Analizando los hábitos de consumo problemático de sustancia, aquellos pacientes que presentaron consumo de riesgo o perjudicial (según cuestionario CAGE) no adhieren al tratamiento. Aunque en este caso se trata de un escaso n de pacientes, es congruente con lo estudiado por distintos autores. Parson y colaboradores, investigaron en una muestra de 557 individuos mayores de 50 años con diagnóstico de HIV, el uso combinado de alcohol y cannabis o cocaína, se encontró una relación estadísticamente significativa con un aumento de toma olvidada respecto al consumo aislado de alcohol.¹⁴

Asimismo, un trabajo realizado en la Universidad de Madrid por el Servicio de Psiquiatría, involucró un total de 119 sujetos (40 casos y 79 controles) con una mediana de edad de 48,5 años también expone al consumo de alcohol como una problemática para la adherencia al tratamiento antirretroviral.^{15, 18}

En cuanto al tiempo de diagnóstico de la enfermedad, los que fueron diagnosticados entre uno y diez años, pertenecieron al grupo con mayor porcentaje de no adherentes. Es sabido que el inicio temprano del TARV, incluso

el mismo día en el que se realiza el diagnóstico de HIV, se considera actualmente una estrategia que contribuye al enfoque de acción acelerada implementada por ONUSIDA. Permitiendo de esta manera un menor tiempo entre el diagnóstico y el descenso de la carga viral sin interferir en la adherencia de los controles posteriores. Para lo cual debe involucrarse a todos los miembros del equipo de salud en el proceso. ²⁰

La contención por parte del equipo de salud, se vio reflejado en una mayor adherencia al TARV, encontrándose una relación estadísticamente significativa en nuestro trabajo. Coincidiendo con la bibliografía consultada, pudiendo deberse a un seguimiento estrecho, y la determinación periódica de adherencia de esta manera contribuye a aumentar la motivación de los pacientes.¹⁷ Por otro lado, la contención brindada por el entorno familiar, en nuestro trabajo no se halló una relación estadísticamente significativa, sin embargo, el autor Letta et al. en su trabajo demuestra que se asocia a mayor adherencia.⁸ Probablemente esta diferencia pueda estar relacionada al pequeño tamaño muestral de este trabajo.

En cuanto a las internaciones previas relacionadas con el HIV, no se encontró una relación estadísticamente significativa. Pero el autor Letta et al. pudo demostrar en su trabajo que aquellos que no presentaron enfermedades oportunistas, tuvieron mayor adherencia al tratamiento, coincidiendo con los trabajos de Dean et al. y Kwara et al., realizados en Inglaterra y Estados Unidos respectivamente. ^{8, 24, 25}

Los pacientes con otra enfermedad asociada, presentaron una relación estadísticamente significativa con respecto a la adherencia al tratamiento, el 100% (n=8) de los encuestados, no pudiendo correlacionarse con la bibliografía

consultada, debido a que no se ha encontrado mención en la literatura sobre este aspecto.

Conclusión

A través de este estudio, podemos destacar que la relación médico-paciente, o en este caso, equipo de salud-paciente, juega un rol fundamental, ya que la contención por parte del equipo de salud permitió mejorar los niveles de adherencia al TARV. Se considera un *factor modificable* del que depende, en gran medida, la supresión virológica. Otra variable involucrada fue el empleo formal, considerándose un factor modificable que impacta positivamente sobre la adherencia al TARV.

La presencia de efectos adversos forma parte de los impactos negativos sobre la adherencia. Debiendo tenerse en cuenta el inicio de los mismos para mejorar el tratamiento y poder así, llevarlo a cabo.

Identificar los distintos factores de riesgo de no adherencia, podría facilitar el reconocimiento temprano de grupos vulnerables (bajos ingresos mensuales, largos períodos desde el diagnóstico de HIV y los bebedores de alcohol con consumo problemático) que deberían ser monitoreados cuidadosamente a lo largo del tratamiento antirretroviral. Futuros estudios podrían evaluar su utilidad para aumentar la efectividad del tratamiento.

Con respecto a las enfermedades asociadas, se relacionó con adherencia al TARV, no encontrándose dicha variable de estudio en la bibliografía consultada, pudiendo constituir una nueva línea de investigación en esta área.

Finalmente, como principal desventaja de nuestro trabajo cabe mencionar la escasa n de la muestra.

Este trabajo ilustra la complejidad de la enfermedad, y el desafío que puede ser establecer las distintas variables para la adherencia. Además el manejo y tratamiento debe ser personalizado en cada paciente, permitiendo un abordaje integral.

Bibliografía:

1. Arévalo M, Torres I, Sánchez D. Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. ACTA COLOMBIANA DE PSICOLOGIA 11 (2) 101-113,2008
2. Knobel H, Codina C, Miró M, Carmona A, García B et col. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Año 2000-2002
3. Dagli-hernandez C, Lucchetta R, Rubens de Nadai T, Self-perception of knowledge and adherence reflecting the effectiveness of antiretroviral therapy, Dovepress Patient Preference and Adherence 2016:10 1787–1793
4. Juana Pacífico, César Gutiérrez, Información sobre la medicación antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA de un Hospital de Lima, Perú, Rev Perú Med Exp Salud Publica. 2015; 32(1):66-72
5. Pythia T. Nieuwkerk, MA and Frans J. Oort, PhD. Self-Reported Adherence to Antiretroviral Therapy for HIV-1 Infection and Virologic Treatment Response A Meta-Analysis J Acquir Immune Defic Syndr Volume 38, Number 4, 445-448 April 1 2005
6. Silva M, Ximenes R, Risk- factors for non-adherence to antiretroviral therapy Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo 51(3):135-139, May-June, 2009

7. Langebeek et al.: Predictors and correlates of adherence to combination antiretroviral therapy (ART) for chronic HIV infection: a meta-analysis. *BMC Medicine* 2014 12:142
8. Letta et al: 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) 15:33
9. Shet A, Ujjwal N, Virological efficacy with first-line antiretroviral treatment in India: predictors of viral failure and evidence of viral resuppression. Volume 20 no 11 pp 1462–1472 November 2015
10. Boletín Epidemiológico de VIH/SIDA Publicación del programa municipal de sida y del sistema municipal de epidemiología N°12 Año 2014
11. Valle Espin C; Villacreces Garcia E; Chippe Villacres G; Palma Roditi M; Factores que influyen en la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/ Sida Vol. 2, núm. 1., Año 2018
12. Murphy D, Marelich D, Hoffman W, Steer N, Predictors of antiretroviral adherence *AIDS CARE* (May 2004), VOL. 16, NO. 4, pp. 471/484
13. Nemes, M. I. B., Carvalho, H. B., & Souza, M. F. M. (2004). Antiretroviral therapy adherence in Brazil. *Aids*, 18(SUPPL. 3).
<https://doi.org/10.1097/00002030-200406003-00004>
14. Parsons, J. T., Starks, T. J., Millar, B. M., Boonrai, K., & Marcotte, D. (2014). Patterns of substance use among HIV-positive adults over 50: Implications for treatment and medication adherence. *Drug and Alcohol Dependence*, 139, 33–40.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.02.704>
15. Methaqol, G. (2017). Original Adicciones Vol. 29, No 1 · 2017. 29(2), 37–54.
16. Pugliese, E. (2000). Qué es el desempleo, Premisa: los orígenes del término y las dimensiones del concepto. *Política y Sociedad*, 34, 59–67.

17. Valdivia Vadell, C., Soler-Palacín, P., Martín-Nalda, A., Cabañas Poy, M. J., Clemente Bautista, S., Espiau Guarner, M., & Figueras Nadal, C. (2011). Evaluación de un programa de valoración de adherencia al tratamiento antirretroviral. *Anales de Pediatría*, 75(6), 380–395. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2011.05.013>
18. Neblett, R. C., Hutton, H. E., Lau, B., McCaul, M. E., Moore, R. D., & Chander, G. (2011). Alcohol consumption among HIV-infected women: Impact on time to antiretroviral therapy and survival. *Journal of Women's Health*, 20(2), 279–286. <https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2043>
19. Gutiérrez-Gabriel, I., Godoy-Guinto, J., Lucas-Alvarado, H., Pineda-Germán, B., Vázquez-Cruz, E., Hernández-De laRosa, M., & Sosa-Jurado, F. (2019). Calidad de vida y variables psicológicas que afectan la adherencia al tratamiento anti-retroviral en pacientes mexicanos con infección por VIH/SIDA. *Revista Chilena de Infectología*, 36(3), 331–339. <https://doi.org/10.4067/s0716-10182019000300331>
20. La, S. D. E., & Por, I. (2019). Recomendaciones De Diagnóstico Y Manejo De Las Comorbilidades Comisión De Hiv / Sida Sociedad Argentina De Infectología.
21. Van Leth, F., Phanuphak, P., Ruxrungtham, K., Baraldi, E., Miller, S., Gazzard, B., Cahn, P., Laloo, U. G., Van Der Westhuizen, I. P., Malan, D. R., Johnson, M. A., Santos, B. R., Mulcahy, F., Wood, R., Levi, G. C., Reboredo, G., Squires, K., Cassetti, I., Petit, D., ... Lange, J. M. A. (2004). Comparison of first-line antiretroviral therapy with regimens including nevirapine, efavirenz, or both drugs, plus stavudine and lamivudine: A randomised open-label trial, the 2NN Study. *Lancet*, 363(9417), 1253–1263. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)15997-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)15997-7)
22. Powderly, W. G., Klingman, K. L., Garren, K. W., Ph, D., George, T., Pharm, D., Rooney, J. F., Brizz, B., Ed, M. H. S., Laloo, U. G., Murphy, R. L., Swindells, S., Havlir, D., & Mellors, J. W. (2008). *new england journal*. 2095–2106.
23. SADI. (2019). María Marta Greco Romina Mauas Omar Sued.

24. Dean, G. L., Edwards, S. G., Ives, N. J., Matthews, G., Fox, E. F., Navaratne, L., Fisher, M., Taylor, G. P., Miller, R., Taylor, C. B., De Ruiter, A., & Pozniak, A. L. (2002). Treatment of tuberculosis in HIV-infected persons in the era of highly active antiretroviral therapy. *Aids*, 16(1), 75–83.

<https://doi.org/10.1097/00002030-200201040-00010>

25. T.P., F., E.J., C., & A., K. (2005). Highly active antiretroviral therapy (HAART) in adults with tuberculosis: Current status. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 9(3), 248–257.

<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed7&NEWS=N&AN=2005133665>