



Revista Latinoamericana de Hipertensión
ISSN: 1856-4550
latinoamericanadehipertension@gmail.com
Sociedad Latinoamericana de Hipertensión
Venezuela

Adherencia a fármaco-terapia antirretroviral para el tratamiento del VIH/ SIDA en la costa caribe colombiana

Suárez-Villa, Mariela; Lastre-Amell, Gloria; Rodríguez-López, Jorge; Niebles Rada, Laura; Rincón Navas, Stefany; Rincón Britto, María

Adherencia a fármaco-terapia antirretroviral para el tratamiento del VIH/SIDA en la costa caribe colombiana

Revista Latinoamericana de Hipertensión, vol. 13, núm. 2, 2018

Sociedad Latinoamericana de Hipertensión, Venezuela

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170263334004>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional.

Adherencia a fármaco-terapia antirretroviral para el tratamiento del VIH/SIDA en la costa caribe colombiana

Adherence to anti-retroviral drug-therapy for HIV/AIDS treatment in the colombian caribbean coast

Mariela Suárez-Villa

*Enfermera Magister en educación, investigador Asociado
Universidad Simón Bolívar. Barranquilla. Colombia.
Grupo Innovación Tecnología y Salud., Colombia
msuarez2@unisimonbolivar.edu.co*

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170263334004>

Gloria Lastre-Amell

*Enfermera Magister en salud pública, investigador Junior
Universidad Simón Bolívar. Barranquilla. Colombia
Grupo Cuidado de Enfermería, Colombia
glastre@unisimonbolivar.edu.co*

Jorge Rodríguez-López

*Enfermero. Magister en Salud Pública. Docente
investigador Universidad Simón Bolívar. Barranquilla.
Grupo Cuidado de Enfermería Colombia., Colombia
jrodriguez2@unisimonbolivar.edu.co*

Laura Niebles Rada

*Enfermera magister en auditoria, Colombia
lavanira@gmail.com*

Stefany Rincón Navas

*Microbióloga magister en auditoria., Colombia
stephanyrinconn@gmail.com*

María Rincón Britto

*Administradora de empresas magister en auditoria.,
Colombia
marianrincon88@gmail.com*

RESUMEN:

Objetivo: Determinar la adherencia a fármaco-terapia con antirretrovirales para el tratamiento VIH/SIDA en la Costa Caribe Colombiana.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo transversal, la muestra fueron 193 pacientes de ambos géneros, 18 años de edad o mayores, pertenecientes al programa, que cumplieron con 80% de asistencias, en tratamiento farmacológico antirretroviral con control y seguimiento; se aplicó test de Morisky para establecer adherencia, la información se analizó con medidas de tendencia central y gráficos pertinentes a cada variable.

Resultados: El 89% tuvieron menor oportunidad de estar adheridos al tratamiento farmacológico en mayor proporción son menores de 40 años, de estrato socioeconómico bajo, el fallo más frecuente en la adherencia fue la no toma del medicamento a tiempo por los pacientes.

Conclusión: Ante la no adherencia, es recomendable implementar mecanismos específicos para que el paciente conozca toda la información e instrucciones sobre tratamiento antirretroviral con el fin de controlar la infección, promover la calidad de vida y disminuir el impacto social.

PALABRAS CLAVE: VIH, SIDA, Adherencia, Antirretroviral, Tratamiento. (DeCS).

ABSTRACT:

Objective: To determine the adherence to drug-therapy with antiretrovirals for HIV / AIDS treatment in the Colombian Caribbean Coast.

Materials and methods: Cross-sectional descriptive study. The sample consisted of 193 patients of both genders of 18 years of age or older belonging to the program who fulfilled 80% of attendance in antiretroviral pharmacological treatment with control and follow-up. The Morisky test was applied to establish adherence. The information was analyzed with central tendency measurements and the relevant graphs to each variable.

Results: 89% of patients had less opportunity to be adhered to the pharmacological treatment, who where in a large proportion under 40 years of age, of low socioeconomic status, the most frequent failure in adherence was the failure to take the medication on time by the patients.

Conclusion: Given the lack of adherence, it is recommended to implement specific mechanisms so that the patient knows all the information and instructions on antiretroviral treatment in order to control the infection, promote the quality of life and reduce the social impact.

KEYWORDS: HIV, AIDS, Adherence, Antiretroviral, Treatment.

INTRODUCCIÓN

El VIH, sigue siendo un problema de salud pública a nivel mundial, presentándose más de 35 millones de muertes, para finales del 2016 se produjeron 1,8 millones de nuevas infecciones; por lo que la adherencia al tratamiento antirretroviral se ha convertido en una situación de interés, debido a las repercusiones que ocasiona en los pacientes, involucrando muchos aspectos como limitantes en el cumplimiento de prescripciones médicas, asociada con la presentación del fármaco, la dosis, efectos adversos, cooperación y adhesión terapéutica; por consiguiente, esta adherencia al tratamiento implica múltiples comportamientos, simples y complejos del paciente, que le permiten hacer frente a un régimen que requiere un alto nivel de cumplimiento^{1,2,3}.

Según ONUSIDA en el 2012, se dieron 2,3 millones de nuevas infecciones por el VIH, y 9,7 millones de personas tuvieron acceso a la terapia antirretrovírica en los países de ingresos medios y bajos⁴. Ante esta problemática el éxito del control del VIH/sida está asociado con la adherencia al tratamiento antirretroviral y no depende exclusivamente de aspectos farmacológicos sino que además requiere de la adhesión a múltiples aspectos no farmacológicos relacionados con cambios en estilos de vida que aumentan la eficacia del tratamiento y disminuyen la posibilidad de resistencia a los medicamentos⁵.

La adherencia se refiere al cumplimiento de las indicaciones del equipo de salud, respecto a tomar adecuadamente los medicamentos de acuerdo con dosificación prescrita, involucra recomendaciones y cuidados, e implica la toma de los medicamentos en cantidades adecuadas, a tiempo, y cumplir mínimo con el 95% de las dosis al mes; igualmente se ve afectada por la oportunidad, continuidad, accesibilidad al tratamiento, confidencialidad y no discriminación, y atención integral. Una adherencia del 95% significa que el paciente no puede olvidar o tomar tardíamente, más de 5 pastillas por mes, o dosis tomadas apropiadamente, pastillas olvidadas o tomadas a destiempo^{6,7}.

Así mismo; la impuntualidad y no cumplimiento de citas, prescripciones; como lo evidencia Goenaga⁸ donde las personas no tenían recursos para transportarse, los medicamentos los compartían con sus allegados, vendían o intercambiaban medicamentos con otras personas que querían pasar de incógnito, ocasionando que por cada 10% que disminuye la adherencia, se incrementa la mortalidad en un 16%

Según Mejía⁹, en Guatemala en los factores relacionados con la enfermedad los pacientes desconocen la diferencia entre VIH y SIDA, olvidan tomar el medicamento reconociendo que la adherencia depende de las intenciones que tengan de cumplir la Terapia Antirretroviral (TARV) la cual cuando se lleva adecuadamente produce una reducción de mortalidad por SIDA¹⁰. En Chile, los problemas de adhesión al TARV, motivaron

el planteamiento de estrategias para el fortalecimiento del abordaje terapéutico, mejorar la comunicación proveedor-paciente¹¹.

En Colombia en la Resolución 2338 del 2013 del Ministerio de Protección Social se compromete con ONUSIDA a mantener la prevalencia del VIH/SIDA en 1% y a la mejora paulatina en el acceso al tratamiento en las personas que padecen dicha enfermedad¹². La adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/Sida es un proceso dinámico, influido por múltiples factores que deben ser tomados en consideración como elementos predictores de adherencia; según GESIDA/SEFH/PNS estos han sido clasificados en cuatro categorías a saber; las relacionados con el paciente, con la enfermedad, con los fármacos prescritos o régimen terapéutico y el sistema de salud, los cuales son importantes para la mejora del paciente, siendo primordial el compromiso ante el tratamiento y los estilos de vida para un adecuado afrontamiento de la enfermedad y evitar altas tasas de mortalidad que año tras año se evidencian en el mundo^{13,14}.

De acuerdo con lo anterior, el objetivo del estudio fue determinar la adherencia a la fármaco-terapia con antirretrovirales para el tratamiento del VIH/SIDA en la Costa Caribe Colombiana.

MATERIALES Y MÉTODO

Se desarrolló un estudio descriptivo transversal, la muestra fueron 193 pacientes con VIH-SIDA de una IPS de la ciudad de Santa Marta durante los meses de enero a diciembre del 2016, como criterios de inclusión: Pacientes de ambos géneros, de 18 años de edad o mayores, pertenecientes al programa y que cumplieron con 80% de asistencias, con TARV que lleven su control y seguimiento. Se excluyeron pacientes con trastornos psiquiátricos. Para la recolección de los datos se utilizó un cuestionario conformado por 3 ítems en los que se evaluó tres factores.

El primer factor: Condiciones del paciente que se refirió a las características sociodemográficas y cognitivas del paciente. El segundo factor: Régimen terapéutico, que involucro aspectos como características del VIH/SIDA del régimen terapéutico, incluyendo implicaciones en el estilo de vida. El tercer factor: Sistema de salud, relacionados con el acceso a los servicios de salud, características de la institución, afiliación al sistema de salud, dificultades para recibir el tratamiento, asignación de citas, laboratorio del control y seguimiento por especialista, transportarse al centro de salud, oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad en el tratamiento, utilizando la escala de Likert.

A nivel teórico, el cuestionario de adherencia, abordó indicadores de conductas que incluyó toma de medicaciones antirretrovirales, horarios y dosis, asistencia a citas y exámenes médicos; realización de ejercicio físico, alimentación saludable, manejo de las emociones que interfieren en el estado inmunológico, el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales, el uso de métodos para prevenir el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual, el cuidado de sí mismo, las barreras que tiene el paciente con el sistema de salud, en la programación de citas, controles y seguimientos, accesibilidad y oportunidad al momento de la entrega del medicamento por parte de la Institución Prestadora de Salud. Todos estos aspectos hacen parte del tratamiento integral que necesitan en general los pacientes con VIH-SIDA.

Para validar el instrumento se utilizó el α -Cronbach el cual buscó la consistencia interna que refirió las correlaciones entre los ítems (relación empírica) y homogeneidad referida en la unidimensionalidad (relación lógica, conceptual) de un conjunto de ítems que expresan el mismo rasgo. (ecuación 1)

$$\alpha_{Cronbach} = \frac{n}{n-1} * \left(1 - \frac{\sum s_i^2}{s_T^2} \right)$$

[Ecuación 1]

Ecuación 1 Formula de Alpha de Cronbachs

Para realizar este procedimiento se tomaron 10 pacientes al azar y se registraron las respuestas en una matriz de relación creada en Excel reemplazando los valores obtenidos en la formula, se obtuvo la (ecuación 2)

$$\alpha_{Cronbach} = \frac{16}{16 - 1} * \left(1 - \frac{\sum 12,20^2}{38,04} \right) = 0,72 \equiv 72\%$$

[Ecuación 2]

Ecuación 2 Reemplazando valores en la Formula de Alpha de Cronbachs

Quedando el instrumento con una valides empírica sw 72% para efectos del trabajo se puede utilizar. Por definición $\alpha_{Cronbach}$ para los instrumentos de más de tres niveles debe ser lo más próximo a uno, sin embargo, para este caso particular de acuerdo a Baker & Mudge¹⁵ la confianza estimada para instrumento de medición y precepción puede estar entre el 60 y 80% y aun así ser fiable.

En el análisis de los datos de la población socio-demográficamente se realizaron medida de tendencia central y gráficos. Para establecer la adherencia a los resultados el Test de Morisky –Green (¹⁶) el cual averigua en el paciente 4 preguntas clave 1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? 2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? 3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación? 4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla? El paciente es considerado como adherente si responde de forma correcta a las 4 preguntas; se calculó el porcentaje y se grafico de acuerdo a las variables de agrupación. Para establecer los factores determinantes para la Adherencia y NO Adherencia se utilizó la Prueba de Análisis Multivariado de componentes principales. Las pruebas estadísticas fueron realizadas en SPSS y R-CRAN.

El estudio cumplió con los aspectos éticos contemplados en la Resolución 8430 de 1993¹⁷ del Ministerio de Salud, clasificándola como investigación con riesgo mínimo. Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes y se garantizó la total confidencialidad.

RESULTADOS

TABLA 1
Características sociodemográficas de pacientes con VIH-SIDA de una IPS de la Costa Caribe Colombiana

Distribución por Sexo y Rango Etáreo			
Rango Etáreo	Mujer	Hombre	TOTAL
Adulto Joven [18 - 25 años]	8 [8,79%]	7 [6,86%]	15 [7,77%]
Adulto [26 - 35 años]	35 [38,46%]	26 [25,49%]	61 [31,61%]
Adulto Maduro [36 - 65 años]	47 [51,65%]	68 [66,67%]	115 [59,59%]
Adulto Mayor [> 65 años]	1 [1,10%]	1 [0,98%]	2 [1,04%]
Total	91 [100%]	102 [100%]	193 [100%]
Distribución por Sexo y Estrato			
Estrato 01	24 [26,37%]	22 [21,57%]	46 [23,83%]
Estrato 02	52 [57,14%]	51 [50%]	103 [53,37%]
Estrato 03	12 [13,19%]	24 [23,53%]	36 [18,65%]
Estrato 04	1 [1,10%]	2 [1,96%]	3 [1,55%]
NR/NS	2 [2,20%]	3 [2,94%]	5 [2,59%]
Distribución por Sexo y Estado Civil			
Soltero	9 [9,89%]	33 [32,35%]	42 [21,76%]
Casado / Unión Libre	64 [70,33%]	44 [43,14%]	108 [55,96%]
Separado / Divorciado	17 [18,68%]	20 [19,61%]	37 [19,17%]
Viudo	1 [1,10%]	5 [4,9%]	6 [3,11%]
Distribución por sexo y grado de estudios			
Sin Estudios de Primaria	5 [5,49%]	9 [8,82%]	14 [7,25%]
Primaria Completa	30 [32,97%]	29 [28,43%]	59 [30,57%]
Bachillerato Completo	31 [34,07%]	16 [15,69%]	47 [24,35%]
Técnico / Tecnólogo	22 [24,18%]	34 [33,33%]	56 [29,02%]
Pregrado	3 [3,30%]	12 [11,76%]	15 [7,77%]
Pos Grado	0 [0,00%]	2 [1,96%]	2 [1,04%]
Distribución por sexo y Ocupación			
Ocupación	Mujer	Hombre	TOTAL
Hogar	45 [49,45%]	8 [7,84%]	53 [27,46%]
Independiente	26 [28,57%]	33 [32,35%]	59 [30,57%]
Empleado	14 [15,38%]	44 [43,14%]	58 [30,05%]
Desempleado	6 [6,59%]	15 [14,71%]	21 [10,88%]
ND	0 [0,00%]	2 [1,96%]	2 [1,04%]
Nivel de Ingreso			
Nivel de Ingreso	Mujer	Hombre	TOTAL
Menos de un salario mínimo legal vigente	62 [68,13%]	58 [56,86%]	120 [62,18%]
Entre Uno y dos salarios mínimos legales vigentes	27 [29,67%]	34 [33,33%]	61 [31,61%]
Más de dos salarios mínimos legales vigentes	2 [2,20%]	10 [9,8%]	12 [6,22%]

Fuente: Datos obtenidos con aplicación instrumento en el estudio

Según características socio demográficas, la Tabla 1 muestra, que el 43 % eran mujeres, la edad promedio fue de 38±10 años, para los hombre 42±10 años. No se encontró diferencia significativa entre los promedios de edades entre hombres y mujeres (p-valor > 0.05). Así mismo la mayor población se encuentran entre 36 y 65 años de edad de hombres y mujeres representados en un 66.67% y 51.65 % respectivamente.

El 77% de las personas son de bajo nivel de ingreso, de este el 53% fueron del estrato 2. No se encontró diferencia entre las proporciones de los géneros (p-valor > 0.05), nivel de confianza del 95%. El 56% de las personas manifestaron tener pareja estable, de estos mayoritariamente fueron mujeres (p-valor < 0.05). Se encontró diferencia significativa entre los sexos para el estado civil soltero (p-valor < 0.05), diferencia marcada para los hombres. Es de observar que el 45% de las personas, se encuentran solas. Aunque no se define el porqué, esto es algo que llama la atención, en especial para este tipo de población que requiere apoyo constante.

El 62% terminaron el ciclo de educación básica, el 61% manifestaron tener una fuente de ingresos estable, sea en la modalidad de trabajador Independiente 31% o empleado 30%, observándose una mayor empleabilidad en los hombres (43%) que en las mujeres (p-valor < 0.05), el 49% de las mujeres manifestaron ocuparse de las labores del hogar, y el 62% de las personas sobreviven con menos de un salario mínimo legal vigente.

TABLA 2
Régimen terapéutico de pacientes con VIH-SIDA de una IPS de la Costa Caribe Colombiana

Consumo de Medicamentos Anti Retrovirales			
Tratamiento	Mujer	Hombre	TOTAL
Si	90 [98,90%]	100 [98,04%]	190 [98,45%]
No	1 [1,10%]	2 [1,96%]	3 [1,55%]
TOTAL	91 [100%]	102 [100%]	193 [100%]
Tiempo de Tratamiento por sexo			
1 - 36 meses	39 [42,86%]	50 [49,02%]	89 [46,11%]
37 - 72 meses	19 [20,88%]	28 [27,45%]	47 [24,35%]
73 - 108 meses	17 [18,68%]	9 [8,82%]	26 [13,47%]
109 - 144 meses	15 [16,48%]	8 [7,84%]	23 [11,92%]
+ 144 meses	1 [1,10%]	7 [6,86%]	8 [4,15%]
TOTAL	91 [100%]	102 [100%]	193 [100%]
Distribución Global de Adherencia por sexo Morisky Green			
Tiempo Tratamiento	Mujer	Hombre	TOTAL
Adherente	10 [10,99%]	13 [12,75%]	23 [11,92%]
No Adherente	81 [89,01%]	89 [87,25%]	170 [88,08%]
TOTAL	91 [100%]	102 [100%]	193 [100%]

Fuente: Datos obtenidos con aplicación instrumento en el estudio.

La tabla 2 muestra el régimen terapéutico evidenciando que el 98% de los pacientes se encontraban bajo tratamiento activo con antiretrovirales, el 70% tenían menos de 5 años en tratamiento, y un 18% sobrepasaba los nueve años de tratamiento.

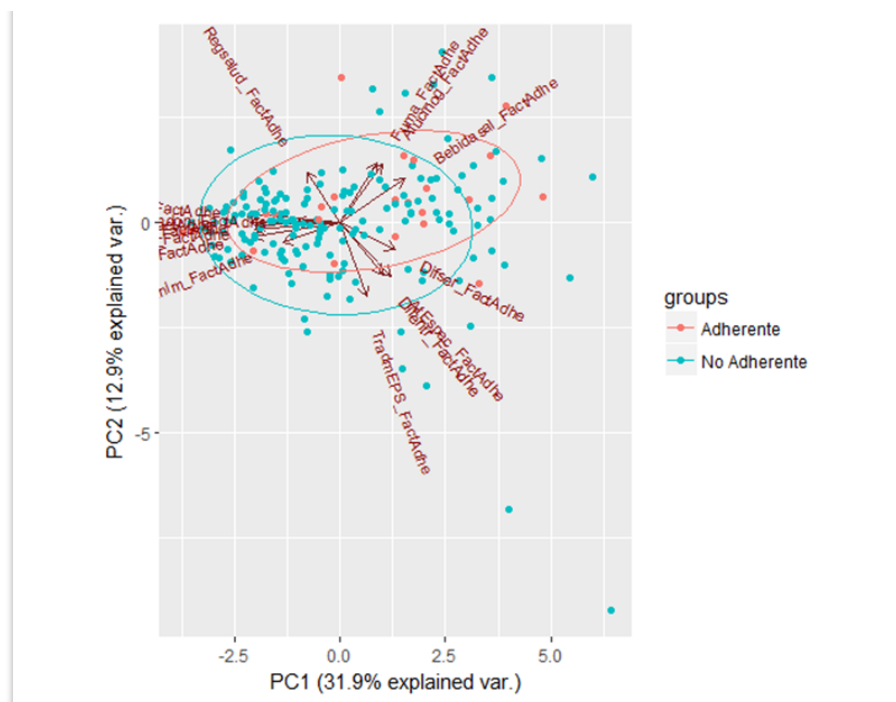
Al aplicar el Test de Morisky-Green¹⁶, solo el 11% evidenció tener una correcta adherencia. El 89% falló por lo menos a un ítem, siendo este el número 3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?, el cual fue el más marcado por aquellos pacientes No adherentes. La proporción entre pacientes Adherentes y No Adherentes por Sexo, no se encontró diferencias entre los mismos, manteniéndose relaciones porcentuales similares a ambos sexos.

TABLA 3
Factores de Riesgo a la NO Adherencia de pacientes con VIH-SIDA de una IPS de la Costa Caribe Colombiana

	Nunca	Pocas veces	A veces	Casi siempre	Siempre	TOTAL
Dosis Medicamentos	-	4 [17%]	7 [30%]	4 [17%]	8 [35%]	23 [100%]
Asiste control	-	2 [9%]	7 [30%]	8 [35%]	6 [26%]	23 [100%]
Examen laboratorio	-	-	5 [22%]	4 [17%]	14 [61%]	23 [100%]
Alimentación saludable	9 [39%]	7 [30%]	2 [9%]	3 [13%]	2 [9%]	23 [100%]
Actitud anímica	5 [22%]	5 [22%]	6 [26%]	4 [17%]	3 [13%]	23 [100%]
Bebida saludable	6 [26%]	2 [9%]	6 [26%]	3 [13%]	6 [26%]	23 [100%]
Fuma	16 [70%]	1 [4%]	2 [9%]	1 [4%]	3 [13%]	23 [100%]
Alucinógenos	20 [87%]	-	-	1 [4%]	2 [9%]	23 [100%]
Régimen salud	1 [4%]	-	-	22 [96%]	-	23 [100%]
At Espec	13 [57%]	8 [35%]	2 [9%]	-	-	23 [100%]
Dificultad servicio	6 [26%]	7 [30%]	5 [22%]	4 [17%]	1 [4%]	23 [100%]
Dificultad entrega	18 [78%]	5 [22%]	-	-	-	23 [100%]
Tramites adm EPS	21 [91%]	2 [9%]	-	-	-	23 [100%]

Fuente: Datos obtenidos con aplicación instrumento en el estudio.

La tabla 3 muestra en los 23 pacientes adherentes algunos factores evaluados. Las pruebas convencionales para determinar factores no indicaron una fuerte correlación entre la adherencia y alguno de los factores enunciados en la encuesta, salvo estado de ánimo y alimentación saludable, fueron los factores que predispusieron la adherencia, estos tres factores la prueba de Chi² fue significativa (p-valor < 0.05). El análisis de Componentes Principales mostró que prácticamente ningún factor predisponía sobre otro y la mayoría se encontraban en ambos grupos (Adherentes y NO Adherentes).



GRAFICA 1.
 Grupos adherentes y no adherentes de pacientes con VIH-SIDA de una IPS de la Costa Caribe Colombiana
 Fuente: Datos obtenidos con aplicación instrumento en el estudio.

La **grafica 1** evidencia que los pacientes adherentes mostraron una inclinación por factores como la alimentación saludable y estado de ánimo, es decir que se comportaron favorablemente para la adherencia al tratamiento. Los pacientes no adherente reflejaron en la gráfica dificultad en el trámite de citas, laboratorios y trámites administrativos, dificultad en el transporte, en la entrega de medicamentos, indicando que estos factores se comportan como barreras para recibir el tratamiento de forma adecuada.

DISCUSIÓN

El principal motivo del tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH / Sida es reducir la morbilidad asociada a la infección, la recuperación y preservación de la función inmunológica, evitar el efecto nocivo de la replicación del VIH sobre posibles comorbilidades existentes y la prevención de la transmisión del VIH¹⁸. Al determinar la adherencia a la fármaco-terapia con antirretrovirales para el tratamiento del VIH/SIDA en una IPS de la Costa Caribe Colombiana se encontró que la adherencia de los pacientes, fue del 11 %, mostrando una baja adherencia en comparación con el estudio realizado por el Ministerio de salud y protección social (MSP)¹⁹, en el que la adherencia a agentes antirretrovirales estuvo en el 37% y 83%, según el medicamento en estudio, y las características demográficas de las poblaciones de pacientes respectivamente; así mismo se compara con estudio realizado en Cali Colombia donde el 37 % de los pacientes fueron adherentes al tratamiento no farmacológico²⁰ permitiendo inferir que el tratamiento no ha reflejo éxito de manera global.

Estudio de la OPS, muestra que entre el 20% y 50% de pacientes bajo TARV presentan adherencia inadecuada²¹. Por ello, la falta de adherencia al TARV debe ser vista por los prestadores de salud como un problema que impide alcanzar la efectividad clínica y tratar la infección por el VIH. En la adherencia al tratamiento, lo importante es la eficacia terapéutica, medida por parámetros clínicos y biológicos; buscando la no aparición cepas virales resistentes a los fármacos²².

Con respecto a características socio demográficas de la población se encontró que el 43 % eran mujeres, con edad promedio de 38 ± 10 años, la mayoría de las personas son de bajo nivel económico, datos similares a los del estudio de Arrivillaga-Quintero, Varela, Salazar, et al y Gómez et al, (^{7,23,24}). La no adherencia en el presente estudio representada en 89%, es muy alta en comparación con el estudio realizado por la OPS²¹.

Esta investigación permitió identificar que el fallo más frecuente en la adherencia fue la no toma del medicamento a tiempo por los pacientes, y los factores que predisponen a la adherencia fueron el estado de ánimo y alimentación saludable; por ello es recomendable implementar mecanismos específicos y estándares que mejoren la adherencia. Esta tarea debe estar a cargo de profesionales de salud con experiencia en el manejo de pacientes con VIH, conocimiento exhaustivo sobre farmacoterapia del TARV y habilidades de comunicación, cuyo objetivo sea que el paciente conozca toda la información e instrucciones sobre los medicamentos que lo constituyen, disponga de información acerca de demoras en el retiro de medicación, ausencias a consultas médicas y datos de laboratorio que permitan un seguimiento longitudinalmente de los pacientes, con el fin de controlar la infección, promover la calidad de vida y disminuir el impacto social.

De acuerdo con los resultados de este estudio, cabe señalar como limitantes del estudio transversal, que no permite ver asociaciones causales entre los factores evaluados y la adherencia al tratamiento, de manera que los resultados deben ser interpretados con cautela, mostrando con esto la necesidad de realizar futuros estudios longitudinales.

REFERENCIAS

1. Llinás Delgado A. Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la reforma del sistema. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2010; 26 (1): 143-154
2. Corso da Motta M, Cammarano Ribeiro A, Batista Poletto P, Becker Issi H, Ritter Ribeiro N, de Mello Padoin S. Cuidado familiar no mundo da criança e adolescente que vivem com HIV/AIDS. Cienc. enferm. 2014; 20(3): 69-79.
3. Organización Mundial de la Salud. VIH/sida. Nota descriptiva Noviembre de 2017 disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
4. ONUSIDA 2013 El sida en cifras. Disponible en: http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/JC2571_AIDS_by_the_numbers_es.pdf
5. Vilató Frómeta L, Martín Alfonso L, Pérez Nariño I. Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. Revista Cubana de Salud Pública. 2015;41(4):620-630
6. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Cuidar De Mí Es Cuidar De Ti, Guía de prevención secundaria y ruta de derechos, para personas que viven con VIH/SIDA. Bogotá D.C. 2012.
7. Arrivillaga-Quintero M. Análisis de las barreras para la adherencia terapéutica en mujeres Colombianas con VIH/sida: cuestión de derechos de salud. Salud pública de México. 2010; 52:350-356.
8. Goénaga, N. Evaluación de la adherencia al tratamiento en personas con VIH/ Sida. Memorias: revista de investigaciones de la Universidad Cooperativa de Colombia, 2007, (10): 4-10.
9. Mejía CV, Unidad de Atención Integral VIH/Sida Clínica de Enfermedades Infecciosas Hospital Roosevelt. Revista Científica. 2015; 04 (07)120-130.
10. Bautista-Arredondo S, Serván-Mori E, Silverman-Retana O, Contreras-Loya D, Romero-Martínez M, Magis-Rodríguez C, Uribe-Zúñiga P, Lozano R. Exploración del rol de la oferta de servicios para explicar la variación de la mortalidad por sida en México. Salud pública de México. 2015; 57(2):s153-s162.
11. Varela M, Galdames S. Depresión y adhesión a terapia anti-retroviral en pacientes con infección por VIH atendidos en el Hospital San Pablo de Coquimbo Chile. Rev Chilena infecto. 2014; 31(3): 323-328.
12. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2338 de 2013 del 23 de junio. Por la cual se establecen directrices para facilitar el acceso al diagnóstico de la infección por VIH y otras Infecciones de

- Transmisión Sexual-ITS y para el entrenamiento en pruebas rápidas de VIH, sífilis y otras ITS. Bogotá: El Ministerio; 2013.
13. Hernando Knobel F, Polo Rodríguez R, Escobar Rodríguez I. GESIDA/SEFH/PNS. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS Para Mejorar La Adherencia Al Tratamiento Antirretroviral. Madrid: Consejo Asesor de la Secretaría Plan Nacional sobre el Sida; Junio 2008.
 14. Villacres-García F, Ruiz del Valle D, Ochoa-Loor J. Factores que influyen en la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA hospital "Martín Icaza" Dom. Cien. 2017; 3(2): 849-865
 15. Baker F, Mudge, J. Making statistical significance more significant Significance. Significance. 9 (3): 29-30, June 2012
 16. Rodríguez Chamorro M, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus M. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Aten Primaria 2008;40:413-8 - DOI: 10.1157/13125407
 17. Colombia. Ministerio de protección social. Resolución 008430 DE 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio; 1993.
 18. Documento de consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Enero 2016.
 19. Colombia. Ministerio de salud y protección social. Guía para el manejo de VIH/sida basada en la evidencia Colombia. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) mediante el acuerdo 245 de 2003. Bogotá: El Ministerio; 2003.
 20. Varela M. La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. Rev. salud pública. 17 (4): 528-540, 2015.
 21. Organización Panamericana de la Salud. Experiencias Exitosas en el Manejo de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Latinoamérica. Área de salud familiar y comunitaria proyecto VIH/SIDA. Washington, D. C.: OPS, 2011.
 22. Varela Arévalo M, Salazar Torres I, Correa Sánchez D. Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. Acta Colombiana de Psicología. 2008;11(2):101-113.
 23. Varela Arévalo M, Gómez Gutiérrez O, Mueses Marían H, Galindo Quintero J, Tello Bolívar I. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico para el VIH/SIDA. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2013; 29 (1): 83-95
 24. Gómez M, Olaya P, Díaz F. Resistencia a los medicamentos antirretrovirales en pacientes que reciben tratamiento para VIH-sida en Colombia. Infect. 2010; 14(4): 248-256.