

DETERMINACIÓN DE FACTORES EN LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
ANTIRRETROVIRAL, EN PACIENTES MAYORES
DE 18 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNÓSTICO
DE VIH/SIDA EN EL HOSPITAL GUAYAQUIL "DR.
ABEL GILBERT PONTÓN" DURANTE EL ÚLTIMO
TRIMESTRE DEL AÑO 2013.

Alexandra Victoria Morán Silva

alexandramorans@gmail.com

UCSG

TESIS

Título

Determinación de factores en la adherencia al tratamiento antirretroviral, en pacientes mayores de 18 años de edad, con diagnóstico de VIH/SIDA en el Hospital Guayaquil "Dr. Abel Gilbert Pontón" durante el último trimestre del año 2013.

Autor

Alexandra Victoria Morán Silva¹

¹Estudiante de Medicina de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Resumen

Introducción: La gran problemática en nuestro entorno es la mala adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA. El objetivo del estudio señalar e identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento. **Métodos:** El estudio es retrospectivo, descriptivo y analítico, en el cual se obtuvo datos por medio de historias clínicas y encuestas. **Resultados:** Los pacientes adherentes son 92 (29.7%), no adherentes son 185 (59.7%) y no contestaron 33 (10.6%). Los motivos más comunes fue transporte 57 (18.4%) y Dinero 51 (16.5%). Los métodos recordatorios fueron el teléfono 132 (42.6%) pacientes y el calendario 90 (29.0%). En éste estudio se obtuvo información que muestra que la adherencia aumenta en pacientes jóvenes de 24 años $p < 0.00$, con pareja $p = 0.27$, que toman un comprimido $p < 0.00$, en monodosis $p < 0.00$, en tratamiento TDF/FTC/EFV $p < 0.00$ y con menos de 5 años de diagnóstico $p < 0.00$. **Conclusión:** Se encontró una alta tasa de mala adherencia en su mayoría por factores sociodemográficos. Los motivos para la mala adherencia de TAR, como en otros lugares de recursos limitados, fue el transporte y el dinero. Los pacientes jóvenes,

que inician tratamiento con TDF/FTC/EFV tienen mejor adherencia y el teléfono siendo el método recordatorio más usado puede ayudar a la adherencia en TAR.

Palabras Clave

VIH, SIDA, tratamiento, adherencia.

Abstract

Introduction: The big problem in our environment is poor adherence to treatment in patients with HIV /AIDS. The objective of the study is to identify the factors that influence treatment adherence. *Methods:* The study is retrospective, descriptive and analytical, in which data was obtained through medical records and surveys. *Results:* Adherents are 92 patients (29.7%), non-adherent are 185 (59.7%) and 33 didn't respond (10.6%). The most common reasons were transportation 57 (18.4%) and Money 51 (16.5%). The reminder methods were phones 132 (42.6%) patients and calendar/schedule 90 (29.0%). In this study, data obtained shows that adherence increases in young patients of 24 years $p < 0.00$, with a partner $p < 0.27$, taking one tablet $p < 0.00$, once a day $p < 0.00$, within 5 years of diagnosis $p < 0.00$. *Conclusion:* A high rate of poor adherence mostly for sociodemographic factors was found. The reasons for poor adherence to ART, as in other resource-limited settings, was the transport and money. Young patients, starting treatment with TDF /FTC /EFV have better adherence and phone reminder being the most used method can help in ART adherence.

Key words

HIV, AIDS, treatment, adherence.

Introducción

El VIH es el agente infeccioso más mortífero del mundo, responsable de una epidemia desde los años 80s. A pesar de fallidos intentos y su innegable propagación in crescendo, se ha logrado, en el hospital Guayaquil, llegar a un 0% de contagio materno-infantil; gracias a la prevención, control y seguimiento continuo para corroborar resultados, he aquí la importancia de la adherencia al TAR.

La gran problemática en nuestro entorno es la mala adherencia al TAR en pacientes con VIH/SIDA. Gracias al MSP, contamos con tratamientos gratuitos, por lo que es imprescindible educar al paciente y verificar su correcta adherencia al tratamiento. La complejidad del tratamiento, el efecto social y sus efectos adversos dificultan la adherencia; provocando mutaciones del virus fármaco-resistentes ⁽¹⁰⁾. Se define como respuesta virológica adecuada cuando la CV es < 50 copias/ml a las 24 semanas (sexto mes) de tratamiento ⁽¹⁾; por lo que en éste estudio aparte del SMAQ se utilizó los valores de CD4 y CV como parámetro objetivo. Las variables descritas que influyen la adherencia pueden ser sociodemográficas, tratamiento, relación médico-paciente y farmacia-paciente.⁽¹¹⁾

Los pacientes, hombres y mujeres mayores de 18 años de edad, pertenecientes al programa de P.V.V.S del Hospital Guayaquil, en el último trimestre del año 2013. Señalar e identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento, es el objetivo del estudio. Teniendo los pacientes una mejor adherencia al tratamiento, mejor conteo de CD4 y menor carga viral, disminuyendo así los contagios y mejorando las comorbilidades de los pacientes.

Materiales y Métodos

El diseño de estudio que se utilizó es retrospectivo, descriptivo y analítico, en el cual se obtuvo datos por medio de historias clínicas y encuestas (ANEXO 1). La población de estudio consta de pacientes de cualquier género, mayores de 18 años de edad, con diagnóstico de VIH-SIDA en el Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón durante los meses de octubre, noviembre y diciembre en el año 2013.

Criterios de inclusión:

- Pacientes diagnosticados con VIH-SIDA
- Pacientes de cualquier género sexual
- Pacientes de 18 años de edad o mayor.
- Pacientes en tratamiento antirretroviral (TAR).
- Pacientes pertenecientes al programa PVVS en el Hospital Guayaquil

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no cumplan los criterios de inclusión
- Pacientes con historias clínicas no encontradas

Las variables del estudio se pueden clasificar en variables del paciente que son factores sociodemográficos como edad medida en años; género que para medidas estadísticas se realizaron en grupos clasificados en: 1. Femenino, 2. Masculino, 3. Gay, 4. Bisexual, 5. Otros; estado civil clasificados en grupos que incluyen grupo 1. Soltero y grupo 2. Unión libre/casado.

VARIABLES según el régimen de tratamiento incluyen: el número de comprimidos prescritos, que para medidas estadísticas se realizaron dos grupos: el grupo 1 incluye un comprimido y el grupo 2 mayor o igual a dos comprimidos; la complejidad del régimen según las instrucciones de dosificación y frecuencia de alimentación que fueron clasificados en grupo 1 que incluye monodosis y el grupo 2 mayor o igual a dos tomas diarias. El tipo específico de los medicamentos antirretrovirales, grupo 1 que incluye Tenofovir (TDF)/ Emtricitabina (FTC)/ Efavirenz (EFV), grupo 2 que incluye Lamivudina (3TC)/ Abacavir (ABC)/Atazanavir (ATV) y 3TC/ABC/Nevirapina (NVP) y los efectos secundarios de medicamentos clasificados en grupos 1 Sí presentes, y grupo 2 No presentes. Variables según las características de la enfermedad que incluyen la duración de la infección por el VIH medida en años. Variables de relación paciente-proveedor que puedan afectar a la adherencia incluyen la satisfacción del paciente en general y la confianza en el personal profesional y de la clínica, la opinión del paciente de la competencia del proveedor, la voluntad del proveedor para incluir al paciente en los procesos de toma de decisiones, el tono afectivo del relación (calidez, apertura, cooperación, etc). Ésta fue valorada según la satisfacción con el médico y proveedor (farmacia) en grupo 1 si, satisfecho y grupo 2 No satisfecho.

La adherencia al tratamiento fue medida según el test SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire) cuestionario simplificado de adherencia al tratamiento (Anexo 2), el cual es un cuestionario dicotómico, cualquier respuesta en el sentido de no adherente se considera no adherente. Y se clasificó en dos grupos, Grupo 1 Adherente y grupo 2 no adherente. Se corroboran los resultados con los valores de CD4 y carga viral obtenidos en las fichas médicas de los pacientes,

clasificándolos en dos grupos, según los valores de CD4 el Grupo 1 incluye valores menor a 200 cel/mm^3 y el grupo 2 incluye mayor o igual a 200 cel/mm^3 . Los valores de carga viral (CV) son clasificados en dos grupos: el grupo 1 menor a 50 copias/ml (indetectable) y grupo 2 mayor o igual a 50 copias/ml (detectable).

No habrá intervención en el estudio y el seguimiento de los pacientes será controlado con los datos obtenidos en controles de citas médicas, mediante exámenes de laboratorio midiendo CD4 y carga viral para valorar la adherencia al tratamiento.

El estudio inició con la obtención del permiso correspondiente, otorgado por el comité de bioética, para acceder libremente a la base de datos del departamento de estadística del Hospital Guayaquil. Se procedió a revisar las historias clínicas con diagnóstico B20-B24 Enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). La población con diagnóstico de VIH mayores de 18 años es de 1500 pacientes. Se aplicó la fórmula $n = N/1 + [e^2(N-1) / (z^2)(pq)]$ y se obtuvo como resultado un muestra mínima de 305 pacientes. Por medio de encuestas, a los pacientes que acudían a consulta durante los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre, se obtuvo las historias clínicas correspondientes y de manera aleatoria simple en Excel se obtuvo la muestra. Se ingresaron en el programa de estadística SPSS 21 los datos obtenidos en las encuestas e historias clínicas de los pacientes. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial para obtener resultados. Se analizó para cada variable medidas de tendencia central como media, mediana y la desviación standard.

Resultados

La edad promedio de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA durante éste estudio fue de 29 años, la moda fue 29 años (DS6.6). La edad mínima de 19 años y la máxima de 56 años. El 57.7% (179) de los pacientes fueron de género masculino, 22.6% (70) de género femenino, 2.6%(8) gay, 0.3%(1) bisexual, 2.9% (9) otros y 43 pacientes (13.9%) no contestaron. El 79.4% (246) de los pacientes mantenían el estado civil de casado o unión libre, el 20.3% (63) solteros y el 0.3 % (1) no contestó.

En base al tratamiento, encontramos que el tiempo de diagnóstico mínimo fue de 1 año, máximo de 12 años, el tiempo promedio de 4 años, la mediana de 4 años y la moda de 2 años con una frecuencia de 53 pacientes representando el 17.1%. El número de comprimidos en TAR fue: 260 (83.9%) pacientes toman más de un comprimido y que 50 (16.1%) pacientes toman un comprimido. El 16.1% (50) de los pacientes utilizan el esquema demonodosis, el 83.9% (260) pacientes toman más de una vez al día su medicación. Se aplicó la fórmula de Chi cuadrado, relacionando el número de comprimidos con el tiempo de diagnóstico se obtuvo una p (0.00), de los pacientes con un tiempo diagnóstico menor a 5 años: 50 toman un comprimido y 157 toman dos o más; de los pacientes con tiempo diagnóstico de 5 a 10 años: 89 pacientes toman más de un comprimido y cero toman uno. El 17.4% (54) de los pacientes se encontraban en TDF/FTC/EFV, 67.1% (208) tomaban 3TC/ABC + ATV o NVP y 48 (15.5%) desconocían o no contestaron el tratamiento en el que se encontraban. Los efectos secundarios según frecuencia son: Mareo 74 (23.9%), Alteración del sueño 73 (23.5%), Nausea 41 (13.2%), Vómito 36 (11.6%), Cefalea 23 (7.4%), Diarrea 22 (7.1%), Dolor de barriga 22 (7.1%) y pérdida del apetito 19 (6.1%). La satisfacción con el personal

médico y de farmacia, 206 (66.5%) estuvieron satisfechos, 45 (14.5%) no satisfechos y 59 (19%) no contestaron.

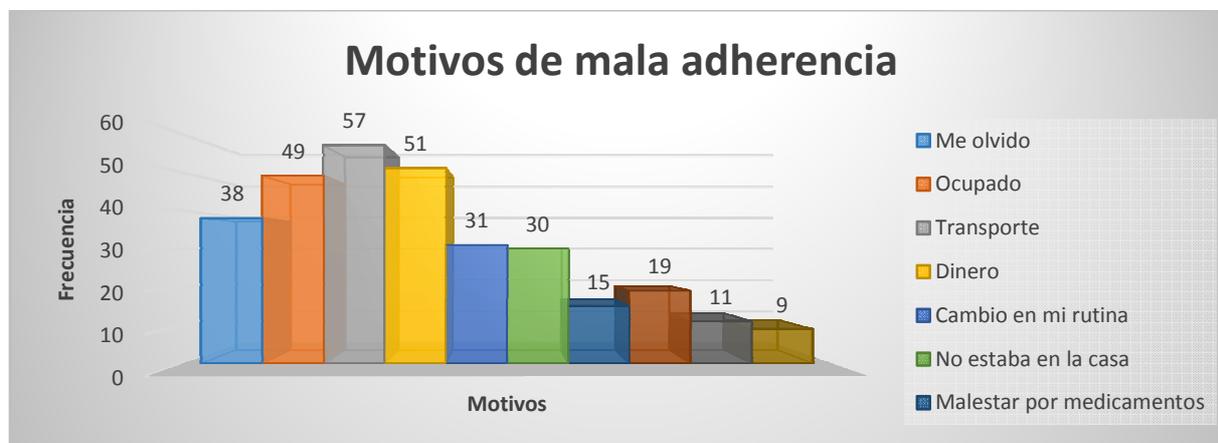
El método recordatorio de los pacientes, según su frecuencia de uso fueron: el teléfono 132 (42.6%) pacientes, el calendario 90 (29.0%) pacientes, un familiar o amigo 60 (19.4%) y otros 28 (9%). De los cuales, los pacientes con 30 años o menos: 85 teléfono, 46 calendario, 34 familiar o amigo y otros (16); entre las edades 31-49 fue teléfono 47, calendario 44, familiar o amigo 24 y otros (11); entre los pacientes mayores de 50 años usaron a familiar o amigo (2).

Gráfico 1



El motivo por el cual los pacientes no cumplieron con el tratamiento fue muy variado y según su frecuencia fue debido a transporte 57 (18.4%), Dinero 51 (16.5%), Estaba Ocupado 49 (15.8%), Me olvidó 38 (12.3%), Cambio en mi rutina 31 (10%), No estaba en la casa 30 (9.7%), No las tengo a la mano 19 (6.1%), Malestar por medicación 15 (4.8%), No fui a retirar la medicación 11 (3.5%) y otro 9 (2.9%).

Gráfico2



La adherencia medida con el SMAQ dio como resultados: adherentes son 92 (29.7%), no adherentes son 185 (59.7%) y no contestaron 33 (10.6%). Se valoró también como una variable objetiva el conteo de CD4 y carga viral para valorar adherencia (Tabla 2). El conteo de CD4 inicial (al momento de diagnóstico) menor o igual de 200 cel/mm³ en 55 pacientes representando el 17.7% y mayor de 200 cel/mm³ en 255 pacientes representando el 82.3%. El último control de conteo de CD4 en los pacientes fue de menor o igual a 200 cel/mm³ en 151 pacientes, representando el 48.7% y mayor a 200 cel/mm³ 159 pacientes, representando el 51.3%. La carga viral inicial en todos los pacientes al momento de diagnóstico fue mayor a 50 copias/ml, considerado detectable; el último control de la carga viral con menos de 50 copias/ml en 92 pacientes (29.7%), mayor o igual a 50 copias/ml en 187 pacientes (60.3%) y en 31 pacientes no hubo documentación respectiva. Se usó Chi cuadrado en las tablas comparativas para valorar la relación entre las variables y la adherencia. Los pacientes con mayor adherencia fueron los pacientes en el grupo etario de 24 años (p 0.00); con pareja (p 0.27), toman un solo comprimido (p 0.00), en monodosis (p 0.00), que reciben

el tratamiento TDF/FTC/EFV (p 0.00) y que tienen menos de 5 años de diagnóstico (p 0.00).

Tabla1

Variable	ADHERENCIA		p
	SÍ	NO	
Edad	24a	34a	0.000
Estado Civil			0.270
Soltero	15	41	
Pareja	76	144	
No. Comprimidos			0.000
Una	48	2	
≥ 2	44	183	
No. De tomas			0.000
Monodosis	48	2	
Multidosis	44	183	
Tratamiento			0.000
TDF/FTC/EFV	52	2	
3TC/ABC+ATV o NVP	33	175	
Tiempo Dx			0.000
< 5 años	83	71	
≥ 5 años	10	102	

Tenofovir (TDF), Emtricitabina (FTC), Efavirenz (EFV), Lamivudina(3TC), Abacavir (ABC), Atazanavir (ATV) y Nevirapina (NVP).

Tabla2

		ADHERENCIA	
		SÍ	NO
CD4	< 200 cel/mm ³	7	129
	≥ 200 cel/mm ³	85	56
CV	indetectable (< a 50 copias/ml)	89	3
	detectable (\geq a 50 copias/ml)	3	182

Discusión

En éste estudio se encontró que la adherencia aumenta en pacientes jóvenes de 24 años, con pareja, que toman un comprimido, en monodosis, con menos de 5 años de diagnóstico. Así mismo, en Asia se encontró que los pacientes menores de 30 años, con diagnóstico menor a 2 años y solteros fueron los más adherentes ⁽¹¹⁾. Mayor

probabilidad de mala adherencia se observó en pacientes solteros, trabajadores por cuenta propia, de escasos recursos ⁽¹⁰⁾. En Ecuador se inicia el TAR con TDF/FTC/EFV ⁽¹⁾, que es un comprimido en monodosis y el gobierno suministra gratuitamente el tratamiento. ¿Dónde radica el problema de adherencia?

Los resultados encontrados con respecto a la adherencia en TAR y sus motivos de mala adherencia son muy similares a los estudios realizados en África y Asia ^(2, 10, 11); siendo éstos el transporte (18.4%) y dinero (16.5%) los más comunes. Las tecnologías de telefonía móvil mejoran la adherencia al tratamiento antirretroviral en un entorno de recursos limitados, como el nuestro, un análisis con recordatorios diarios y semanales encontró que la fracción de los participantes con la adhesión de al menos el 90% en los dos grupos que recibieron recordatorios semanales fue significativamente mayor que el grupo control (53 vs 40%, $p = 0,03$)^(9,10). Siendo el teléfono el método más utilizado en nuestra muestra 132 (42.6%), tenemos un punto de ventaja disponible y explotable. Las ventajas de éste estudio fueron la voluntad de los pacientes en llenar las encuestas, su amplia y representativa muestra de estudio.

Los pacientes satisfechos con el personal médico y de farmacia son 13.1 veces más probable que se adhieran al TAR ⁽¹¹⁾. La limitación del estudio, fue no investigar extensamente o en detalle las razones de insatisfacción con el personal médico/farmacia. La falta de recursos, en ciertas ocasiones para realizar exámenes de control como CD4 y CV por falta de reactivos fue una limitación durante el estudio; acompañado de que la adherencia fue informada por el paciente por medio de encuestas, lo que dio oportunidad a información sesgada.

Claramente se necesita profundizar la investigación, para mejorar la adherencia en el TAR, en escalas mucho mayores. Los clínicos pueden convertirse en herramientas de detección precoz para identificar pacientes con potencial riesgo de mala adherencia.

La utilidad de éste estudio radicó específicamente en proporcionar información inexistente previamente en el hospital o en el país. Información de motivos de mala adherencia, que servirán para promover futuros estudios de adherencia en el país.

Referencias Bibliográficas

1. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, subsecretaría de vigilancia de salud, dirección nacional de estrategias colectivas, estrategia nacional de VIH/SIDA. Guía de atención integral para adultos y adolescentes con infección por VIH/SIDA; 2013.
2. Ayalau A. Reda and Sibhatu Biadilign, Review Article, Determinants of adherence to antiretroviral therapy among HIV-Infected patients in Africa; 2011.
3. Simoni JM, Pearson CR, Pantalone DW, Marks G, Crepaz N. A Meta-Analytic Review of Randomized Controlled Trials Efficacy of Interventions in Improving Highly Active Antiretroviral Therapy Adherence and HIV-1 RNA Viral Load: A Meta-Analytic Review of Randomized Controlled Trials, 2007.
4. Marks G, Gardner LI, Craw J, Crepaz N Metanálisis. Entry and retention in medical care among HIV-diagnosed persons: a meta-analysis, 2011
5. M^a Carmen Ortego Maté, Javier Llorca y Tania B. Huedo-Medina" Metanálisis Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad, 2011
6. J. Saez de la Fuente, A. Such Díaz, C. Sánchez Gil, C. Esteban Albael Escobar Rodríguez. Meta-análisis sobre la eficacia de la estrategia de monoterapia con inhibidores de la proteasa potenciados enpacientes VIH, 2010
7. Ismael Escobar; Hernando Knobel Rosa Polo; Luis Ortega; M^a Teresa Martín-Conde, et al. Revisión Sistemática Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral, 2004
8. Mills EJ, Nachega JB, Bangsberg DR, Singh S, Rachlis B, Wu P, Wilson K, Buchan I, Gill CJ, Cooper C. Sistematic Review Adherence to HAART: A

Systematic Review of Developed and Developing Nation Patient-Reported Barriers and Facilitators, 2007

9. Pop-Eleches C, Thirumurthy H, Habyarimana JP, Zivin JG, Goldstein MP, de Walque D, Mackeen L, Haberer J, Kimaiyo S, Sidle J, Ngare D, Bangsberg DR. Randomized Controlled Trial Mobile phone technologies improve adherence to antiretroviral treatment in a resource-limited setting: a randomized controlled trial of text message reminders, 2011
10. Bach Xuan Tran, Long Thanh Nguyen, Nga Hoang Nguyen, Quynh Van Hoang and Jongnam Hwang" Cross Sectional Study " Determinants of antiretroviral treatment adherence among HIV/ AIDS patients: a multisite study", 2013
11. Kiran Bam, Deepak Kumar Karki, Shyam Prasad Lohani, RajshreeThapa, UmeshRaj Aryal, Dr. Laxmi Raj Pathak Cross Sectional Study Adherence to Anti-Retroviral Therapy among People Living with HIV and AIDS in Far West, Nepal, 2011
12. VisanouHansana, PattaraSanchaisuriya, Jo Durham, VanphanomSychareun, KongmanyChaleunvong, Suwana Boonyaleepun4 and Frank P Schelp Cross Sectional Study Adherence to Antiretroviral Therapy (ART) among People Living With HIV (PLHIV): a cross-sectional survey to measure in Lao PDR, 2013
13. Susana Margulies, Nélica Barber, María Laura Recoder. Artículo de reflexión, VIH SIDA y adherencia al tratamiento. Enfoques y perspectivas, 2006
14. Yuri Sasaki, KazuhiroKakimoto, Christopher Dube, IzukanjiSikazwe, Crispin Moyo, et al. Observational Longitudinal Study Adherence to antiretroviral

- therapy (ART) during the early months of treatment in rural Zambia: influence of demographic characteristics and social surroundings of patients, 2012
15. Torpey K, Mushota E, Mutale LN, et al. Mixed quantitative and qualitative methods. Adherence support workers: A way to address human resource constraints in antiretroviral treatment programs in the public health setting in Zambia, 2009
16. Sarna A, Luchters S, Giebel S, et al. Randomized trial, Short- and long-term efficacy of modified directly observed antiretroviral treatment Mombasa, Kenya: A randomized trial, 2009
17. Mannheimer SB, Morse E, Matts JP, Andrews L, Child C, Schmetter B, Friedland GH; Terry Bein. Randomized Clinical Trial Sustained Benefit from a Long-Term. Antiretroviral Adherence Intervention: Results of a Large Randomized Clinical Trial, 2007
18. San Lio MM, Carbini R, Germano P, et al. Prospective observational cohort study. Evaluating adherence to highly active antiretroviral therapy with use of pill counts and viral load measurement in the drug resources enhancement against AIDS and malnutrition program in Mozambique, 2009
19. Rajasekaran S, Jeyaseelan L, Vijila S, Gomathi C, Raja K. Retrospective cohort study. Predictors of failure of first-line antiretroviral therapy in HIV-infected adults: Indian experience, 2007
20. Dalal RP, MacPhail C, Mqhayi M, Wing J, Feldman C, Chersich MF, et al. Retrospective cohort study Characteristics and outcomes of adult patients lost to follow-up at an antiretroviral treatment clinic in Johannesburg, South Africa, 2008

21. Tassie JM, Baijal P, Vitoria MA, et al. Cohort Study. Trends in retention on antiretroviral therapy in national programs in low-income and middle-income countries, 2010
22. Kouanfack C, Laurent C, Peytavin G, CiaffiL, Ngolle M, Mawamba Y, et al. Cohort analysis. Adherence to antiretroviral therapy assessed by drug level monitoring and self-report in Cameroon, 2008
23. Bell DJ, Kapita Y, Sikwese R, van Oosterhout JJ, Lalloo DG. Prospective cohort study. Adherence to antiretroviral therapy in patients receiving free treatment from a government hospital in Blantyre, Malawi, 2007
24. GengEH, Bangsberg DR, Musinguzi N. Case Control Study Understanding reasons for and outcomes of patients lost to follow-up in antiretroviral therapy programs in Africa through a sampling-based approach, 2010
25. Norma C. Ware, John Idoko, Sylvia Kaaya, Irene AndiaBiraro, Monique A. Wyatt, OcheAgbaji, GuerinoChalamilla, David R. Bangsberg. Ethnographic study. Explaining Adherence Success in Sub-Saharan Africa: An Ethnographic Study, 2009
26. Lima VD, Bangsberg DR, Harringan PR, et al. Case Control Study. Risk of viral failure declines with duration of suppression of highly active antiretroviral therapy irrespective of adherence level, 2011
27. Van Winghem J, Telfer B, Reid T, et al Case Control Study Implementation of a comprehensive program including psycho-social and treatment literacy activities to improve adherence to HIV care and treatment for a pediatric population in Kenya, 2009

28. Wilson D, Keiluhu AK, Kogrum S, et al. Case Series, HIV-1 viral load monitoring: an opportunity to reinforce treatment adherence in a resource-limited setting in Thailand, 2009
29. Mukherjee JS, Ivers L, Leandre F, Farmer P, Behforouz H. Programmatic description. Antiretroviral Therapy in Resource-Poor Settings: Decreasing Barriers to Access and Promoting Adherence, 2007
30. Maithe Enriquez, David S McKinsey. Review "Strategies to improve HIV treatment adherence in developed countries: clinical management at the individual level", 2011

ANEXO 1

Encuesta

**HC#
CD4
CV**

Por favor señale con una x, o detalle por escrito según la pregunta.

1. Género: _____ **2.** Edad: _____ años

3. Estado civil:
Unión Libre Solter@ Casad@

4. Fui diagnosticado en (fecha): _____ No recuerdo

5. El tratamiento que actualmente uso es: _____ No recuerdo

¿Cantidad de pastillas del tratamiento? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Cuántas veces al día toma pastillas? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Ha presentado algún tipo de molestia debido al tratamiento, como:
 Náusea Dolor de barriga Mareo
 Vómito Dolor de cabeza Alteración del sueño
 Diarrea Pérdida de apetito

7. ¿Cómo recuerdas tomar los medicamentos?
 Alarmas en el teléfono Calendario Familiar/Amigo
 Otro Especifique: _____

8. ¿Se encuentra usted satisfecho con la atención brindada por el personal médico y de farmacia?
 Sí No

9. ¿Alguna vez olvidaste tomar la medicación? Sí No

¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada? Sí No

Alguna vez, ¿deja de tomar los fármacos si se siente mal? Sí No

¿Olvido tomar la medicación durante el fin de semana? Sí No

En la última semana ¿Cuántas veces no tomó alguna dosis? (Encierre UNA)

- a. Ninguna
- b. 1-2
- c. 3-5
- d. 6-10
- e. Más de 10

Desde la última visita ¿cuántos días completos no tomó la medicación? _____ Días

10. Cuando no tomo la medicación, la mayoría de veces es porque: (Marque UNO)
 Me olvido Cambio en mi rutina No fui a retirar la medicación
 Estaba ocupado No estaba en casa
 Transporte Malestar de medicación
 Dinero No las tengo a la mano
 Otro Especifique: _____

Toda información en ésta encuesta será utilizada únicamente y exclusivamente para el estudio de adherencia al tratamiento en TAR.

ANEXO 2

CUESTIONARIO ADHERENCIA SMAQ

1. Alguna vez ¿Olvida tomar la medicación? Sí () No ()
2. ¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada? Sí () No ()
3. Alguna vez ¿Deja de tomar los fármacos si se siente mal? Sí () No ()
4. ¿Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana? Sí () No ()
5. En la última semana ¿cuántas veces no tomó alguna dosis?

A: ninguna

D: 6 - 10

B: 1 - 2

E: más de 10

C: 3 - 5

6. Desde la última visita ¿Cuántos días completos no tomó la medicación?

Días: (___)

1. Se considera no adherente: 1: si, 2: no, 3: si, 4: si, 5: C, D o E, 6: más de dos días. El cuestionario es dicotómico, cualquier respuesta en el sentido de no adherente se considera no adherente.

2. La pregunta 5 se puede usar como semicuantitativa:

A: 95 - 100 % adhesión

B: 85-94 %

C: 65-84 %

D: 30-64 %

E: < 30 %