

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA POSGRADO
Escuela de Graduados En Ciencias De La Salud

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

**“Factores Que Influyen En La No Adherencia Al Tratamiento
Antirretroviral En Pacientes Con VIH/ SIDA. Hospital Martin
Icaza. Babahoyo. Periodo 2013”**

AUTOR:

Dr. Freddy Eduardo Villacrés García

DIRECTOR:

Dr. Stenio Cevallos Espinar

GUAYAQUIL - ECUADOR

2013



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA POSGRADO

Escuela de Graduados En Ciencias De La Salud

Yo Freddy Eduardo Villacrés García, hago la entrega del trabajo de tesis "Factores Que Influyen En La No Adherencia Al Tratamiento Antirretroviral En Pacientes Con VIH/ SIDA. Hospital Martin Icaza. Babahoyo. Periodo 2013", previa a la obtención del Título Especialista Medicina Interna. Al Departamento de Docencia del Hospital Martin Icaza, agradeciendo a esta querida institución a la que pertencí por varios años, y que me brindo la posibilidad de realizar mi Tesis.

Dr. Freddy Eduardo Villacrés García

Egresado Postgrado Medicina Interna Universidad Católica Santiago de Guayaquil

HOSPITAL PROVINCIAL "MARTIN ICAZA"
RUC.# 1260005610001

Dr. Georgintong Tapia
COORDINADOR DE DOCENCIA

Dr. Georgintong Tapia Mestanza

Jefe de Departamento de Docencia Hospital Martin Icaza



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORIZACION:

YO Freddy Eduardo Villacrés García

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de tesis de Especialización "Factores Que Influyen En La No Adherencia Al Tratamiento Antirretroviral En Pacientes Con VIH/ SIDA. Hospital Martin Icaza. Babahoyo. Periodo 2013", cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 5 días del mes de Noviembre año 2014.

EL AUTOR:

Freddy Eduardo Villacrés García



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

DECLARACION DE RESPONSABILIDAD

YO, Freddy Eduardo Villacrés García

DECLARO QUE:

El trabajo de tesis "Factores Que Influyen En La No Adherencia Al Tratamiento Antirretroviral En Pacientes Con VIH/ SIDA. Hospital Martin Icaza. Babahoyo. Periodo 2013", previa a la obtención del Título Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 5 días del mes Noviembre año 2014.

EL AUTOR:

Freddy Eduardo Villacrés García



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por el Dr. Freddy Eduardo Villacrés García, como requerimiento parcial para la obtención del título de especialista en Medicina Interna.

Guayaquil, a los 5 días del mes de Noviembre del año 2014.

DIRECTOR DE LA TESIS Y DEL PROGRAMA


Dr. Stenio Cevallos Espinar
JEFE DE TERAPIA INTENSIVA
REG. MSP No. 191. VIF. 1460
REG. SANT. No. 1555 INIL. 857

Dr. Stenio Cevallos Espinar

REVISOR:

Dr. Xavier Landívar Varas

Resumen

Antecedentes: El manejo del VIH-SIDA ha sufrido un giro con la aparición de tratamiento antirretroviral (TARV), sin embargo para que este tratamiento tenga el éxito deseado es imperativo que su toma y dosificación se haga de manera correcta y continua. En tal virtud la adherencia al tratamiento es fundamental. En el hospital Martín Icaza de Babahoyo sin embargo en 2012 se observó una alta tasa de falta de adherencia a este manejo terapéutico, lo que tiene un efecto negativo en la evolución y pronóstico de los pacientes. **Objetivo:** Determinar los factores que influyen en la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/ SIDA atendidos en el Hospital Martín Icaza de Babahoyo. **Metodología:** Se desarrolló un estudio observacional en el que se incluyeron 131 pacientes con TARGA por VIH-SIDA en la institución en el año 2013. **Análisis estadístico:** El análisis estadístico se efectuó con la prueba de χ^2 y la prueba exacta de Fisher, considerándose significativos valores de $P < 0,05$. En los casos de asociación estadística se calculó la razón de exceso con intervalos de confianza de 95% **Resultados:** De 131 pacientes incorporados, el 13,74% de pacientes tuvieron problemas de adherencia a la TARV. Los efectos adversos fue el único factor que fue significativamente mayor entre pacientes con falta de adherencia al tratamiento (2,65% vs 27,77) ($P < 0.001$). Los índices de riesgo reportados para el factor fueron: OR= 14,10 (IC95% 3,01-65,94), RR= 5,9 (IC 95% 2,8 – 12,4) y ARR= 25,05 (IC 95% 4,13 – 45,96. **Conclusión:** la calidad de vida es una de los factores que determinan la mayor falta de adherencia al tratamiento. Recomendación: Este debe ser el factor que debe modificarse en los pacientes con VIH. SIDA para su cumplimiento del TARGA y disminuir la morbimortalidad asociada a la falta de cumplimiento.

Palabras clave: VIH. TARV. ADHERENCIA. TERAPÉUTICA.

Abstract

Background: The management of HIV - AIDS has had a turn with the advent of antiretroviral therapy (ART) , however for this treatment has the desired success is imperative that your taking and dosage is made correctly and continuously. As such adherence is critical. At the Martin Icaza hospital from Babahoyo – Ecuador, in 2012 however showed a high rate of non- adherence to the therapeutic management, which has a negative effect on the evolution and prognosis of patients. **Objective:** To determine the factors influencing non-adherence to antiretroviral therapy in patients with HIV / AIDS treated at this hospital. **Methods:** We developed an observational study that included 131 patients with HIV - AIDS HAART at the institution in 2013. **Statistical analysis:** To determine the association, we used chi-square and Student's t test, established a statistical significance level of $p < 0.05$, and to calculate risk OR was used, with confidence intervals of 95 % **Results:** of 131 patients enrolled, 13.74 % of patients had problems with adherence to ART. Adverse effects was the only factor that was significantly higher among patients with poor adherence to treatment (27.77 vs. 2.65%) ($P < 0.001$). Risk ratios were reported for factor: OR = 14.10 (95% CI 3.01 to 65.94), RR = 5.9 (95% CI 2.8 to 12.4) and ARR = 25.05 (95% CI 4.13 to 45.96). **Conclusion:** The quality of life is one of the factors that most non-adherence to treatment. **Recommendation:** This should be the factor that should be modified in patients with HIV. AIDS for adherence to HAART and reduce morbidity and mortality associated with noncompliance.

Keywords: HIV. ART. GRIP. THERAPEUTICS.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	II
ABSTRACT	IV
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	V
1 INTRODUCCIÓN.....	1
2 EL PROBLEMA	3
2.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO	3
2.2 FORMULACIÓN.....	3
3 OBJETIVOS	4
3.1 GENERAL	4
3.2 ESPECÍFICOS	4
4 MARCO REFERENCIAL.....	5
4.1 MARCO TEÓRICO	5
4.1.1 La no adherencia al tratamiento en países en desarrollo	5
4.1.2 Conceptos de adherencia y no adherencia.....	5
4.1.3 Cumplimiento y concordancia paciente	6
4.1.4 Causas de no adhesión	7
Factores relacionados con el paciente	7
Factores relacionados con los trabajadores de la salud.....	8
Factores relacionados con la polifarmacia y comorbilidades.....	8
Factores externos	9
4.1.5 Consecuencias de la no adherencia.....	9
4.1.6 La adherencia del paciente al tratamiento en países en vías en desarrollo	10
4.1.7 Intervenciones para promover la adherencia a los antiretrovirales	10
4.3 MARCO LEGAL	11
5 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS	13
6 METODO	14
6.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO.....	14
6.2 VARIABLES	14
6.2.1 Operacionalización.....	14
6.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	15

6.3.1 Selección de la muestra.....	15
6.3.2 Recolección de información	16
Procedimiento	16
Instrumentos de recolección de información	16
Método de recolección de información.....	16
6.3.3 Técnicas de análisis de la información.....	17
7 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	18
8 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	22
9 CONCLUSIONES.....	24
10 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN	25

1 INTRODUCCIÓN

La terapia antirretroviral (TARV) para pacientes con VIH/SIDA ha mejorado el estado clínico y el pronóstico de la mayoría de los pacientes infectados por el VIH, al disminuir la morbilidad y mortalidad (1). Desde 1997 y coincidiendo con el uso generalizado de TARV, el desarrollo de las infecciones oportunistas se han podido reducir notablemente y esto ha mejorado notablemente la calidad de vida de los pacientes infectados por el VIH (2).

La literatura sugiere que entre un 20% y un 50% de pacientes bajo ART presentan una adherencia inadecuada (3). Estudios sobre el tratamiento de los pacientes con VIH/SIDA, confirma que la adhesión casi perfecta a este, clásicamente mayor que 95% (4, 5), es necesaria para que se pueda obtener la máxima eficacia. Sin embargo, estudios recientes han sugerido que los objetivos terapéuticos se pueden alcanzar con niveles más bajos de cumplimiento en los regímenes basados en análogos de los inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa y de la proteasa potenciados con ritonavir, especialmente en pacientes que alcanzaron niveles indetectable de viremia (6-9)

Aunque la supresión viral es factible con niveles moderados de adherencia al TARGA, varios estudios han demostrado que la aparición de bacterias resistentes (10) y la mortalidad (11) aumenta con menor adherencia. Aunque muchos estudios han evaluado la adherencia a los TARV en todas sus formas, sus resultados varían dependiendo de cómo se midió la adhesión, las características de las muestras, y las otras variables analizadas. Una revisión sistemática para identificar y explicar estas discrepancias se requiere para aumentar la adherencia a la TARV

En Ecuador, la dificultad para poner en práctica políticas exitosas de prevención y detección precoz de VIH ha contribuido a que la incidencia de esta patología se eleve de forma alarmante, con un promedio en los últimos 3 años de aproximadamente 800 casos nuevos/año, siendo

Guayas y Los Ríos donde se reporta la mayor cantidad de casos (12-15). Si bien los avances han sido significativos en el mundo en lo referente a TARV, algunos aspectos pueden interferir con el resultado del tratamiento que no tiene que ver directamente con el medicamento o la enfermedad.

Como la adherencia al tratamiento, es un punto fundamental para el éxito de la lucha contra VIH-SIDA y muchos de los problemas son generalmente solucionables con intervenciones sencillas (3), era necesario realizar un estudio para identificar estos factores con el fin de que se los pueda analizar y modificar en aras de mejorar los índices de adherencia en el hospital “Martín Icaza” en la ciudad de Babahoyo – Los Ríos que es la que se encargada de la atención de pacientes con esta patología en toda la provincia, ya que existía en esta institución una elevadísima población que no se adhería al tratamiento

2 EL PROBLEMA

2.1 Identificación, valoración y planteamiento

En ausencia de una cura para el VIH, la introducción de la terapia antirretroviral (ART) ha sido capaz de mejorar la supervivencia de las personas infectadas por el VIH (16) al retrasar la progresión a SIDA (17). Sin embargo, el éxito de las ART en que se extiende el período de supervivencia de un individuo depende de si el individuo se adhiere al proceso de la medicación de acuerdo con el régimen de tratamiento prescrito (18, 19). La investigación empírica sugiere que a nivel mundial alrededor de 33 % a 38 % de los adultos infectados por el VIH no se adhieren a los regímenes de tratamiento de ART (3).

En el hospital Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo se ha registrado un porcentaje de no adherencia de más del 40%, lo que ha preocupado a los encargados del programa de control y prevención del VIH-SIDA en esta ciudad, ya que de forma obvia, esta situación aumentaría la morbilidad de los pacientes que padecen esta enfermedad y ayudaría a la aparición de resistencia bacteriana, viral, aumentos de eventos de hospitalización, todo con un alto coste económico, social e individual que puede terminar en la muerte del paciente

2.2 Formulación

¿Cuáles son los factores que influyen en la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/ SIDA atendidos en el Hospital Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo?

3 OBJETIVOS

3.1 General

Determinar los factores que influyen en la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/ SIDA atendidos en el Hospital Martin Icaza de Babahoyo.

3.2 Específicos

- Medir la frecuencia de factores de riesgo adherencia (edad, sexo, orientación sexual, domicilio propio, Grado de calidad de vida relacionada a la salud, Apoyo inexistente o deficiente, enfermedad psiquiátrica, consumo de drogas en los últimos 6 meses, tiempo de tratamiento, promedio de tabletas ingeridas, años de TARGA, efectos adversos a los medicamentos) en grupos de pacientes con VIH/SIDA
- Clasificar las frecuencias según la adherencia o no al TARGA
- Estimar el nivel de riesgo que determina la presencia de los factores que tienen una diferencia estadísticamente significativa

4 MARCO REFERENCIAL

4.1 Marco Teórico

4.1.1 La no adherencia al tratamiento en países en desarrollo

Los países en vías en desarrollo tienen importantes limitaciones en la prestación de servicios sanitarios de calidad a su población (20) y hay muchos aspectos técnicos de la administración de fármacos que no se han abordado hasta ahora, debido a diversas razones (21). El acceso de la población a los medicamentos esenciales y su capacidad de pago, sigue siendo un problema importante en muchos países (22). Por lo tanto, muchos aspectos de la atención médica como la no adherencia al tratamiento no son las principales preocupaciones de los actores de la salud y otras partes interesadas (23, 24).

En muchos países desarrollados, la mejora de la adherencia de los pacientes al tratamiento farmacológico es uno de los principales resultados de los servicios sanitarios de calidad (25 - 27). Sin embargo, sólo algunas cosas se han logrado al respecto en países vías de desarrollo, por lo tanto, es necesario promover el estudio de los factores que influyen en la no adherencia del tratamiento para aumentar el cumplimiento de los pacientes hacia el tratamiento y evitar sus consecuencias adversas.

4.1.2 Conceptos de adherencia y no adherencia

El objetivo terapéutico del tratamiento es alcanzado cuando el paciente se adhiere a su régimen de tratamiento. La adherencia a la terapia médica se puede definir como la medida de la coincidencia de comportamiento de un paciente a los regímenes con y sin medicación (28).

El comportamiento de un paciente puede desviarse de las instrucciones o las demandas de la terapia, por ejemplo, faltan las dosis, la pérdida de la atención médica, pasando por alto las citas, y así

sucesivamente. Esto puede dar lugar en forma deliberada o sin intención a la no adhesión. La no adherencia, por lo tanto, es la resistencia o rechazo de un paciente a adherirse adecuadamente a cualquier tratamiento médico o régimen (28).

Los datos disponibles han demostrado que la adhesión a una terapia a largo plazo de pacientes crónicos en los países desarrollados puede ser incluso menos de 50% (29). Esto muestra que el problema de la falta de adherencia está creciendo a altas magnitudes, a nivel mundial. La no adherencia finalmente afecta a los resultados terapéuticos y una mala adherencia atenúa los beneficios óptimos que se desea por cualquier tratamiento (23, 29).

4.1.3 Cumplimiento y concordancia paciente

En los últimos años, la adherencia, el cumplimiento y la concordancia se han discutido con frecuencia. El cumplimiento y concordancia son dos modelos diferentes de la adherencia del paciente a la terapia.

En un modelo de cumplimiento, el papel principal de un médico es decidir el tratamiento adecuado y dar instrucciones apropiadas para el paciente. El fracaso del paciente a adherirse a la terapia se considera únicamente como conducta desviada del paciente, y podría ser interpretado como incompetencia del paciente (30, 31). Así, este modelo ha sido criticado en muchos lugares debido a la desfavorable relación médico-paciente (30).

Sin embargo, actualmente, donde los pacientes tienen más autonomía sobre su salud, ha surgido el concepto de concordancia. La concordancia intenta medir el grado de adherencia de los pacientes a una terapia, que fue de mutuo acuerdo entre el paciente y los médicos, conseguido de la mejor manera posible, para el bienestar de los pacientes (31-34).

4.1.4 Causas de no adhesión

Es muy necesario identificar las causas de los pacientes a la falta de adherencia al tratamiento, para disminuir la magnitud de este problema. Los factores que causan la falta de adherencia se han clasificado en diversas formas y clases. Sin embargo se podrían clasificar en cuatro factores principales, los factores relacionados con el paciente, los factores relacionados con los trabajadores de la salud, los factores relacionados con la enfermedad y los medicamentos y los factores externos (35).

Factores relacionados con el paciente

Los factores relacionados con el paciente consisten en el conjunto de causas que se asocian con el individuo, y que resulta directamente en situación de incumplimiento de hacia la terapia. La edad de los pacientes y el estado socioeconómico se asocia directamente con la incidencia de la no satisfacción (29-31). Los pacientes pediátricos y geriátricos se sabe que tienen una mayor incidencia de incumplimiento en comparación con el resto de la población (31).

Del mismo modo, las condiciones socio- económicas, así como las creencias de los pacientes sobre la enfermedad y el tratamiento, la poca accesibilidad de los pacientes al tratamiento, también se asocian a los casos de no satisfacción, la dependencia y el abuso de sustancias como drogas ilegales o el alcohol, constituyen una barrera importante en la obtención de una buena adherencia al tratamiento. (22, 30).

El incumplimiento prevalece si el paciente no está consciente de su estado de salud, los beneficios de la terapia de prescripción, así como las consecuencias del incumplimiento (27, 28). Al lado de éstos, algunas investigaciones conductuales han demostrado que factores como el olvido a las indicaciones del uso de los medicamentos y las experiencias de los efectos secundarios dan mal resultado en el cumplimiento con el tratamiento (32, 33).

Factores relacionados con los trabajadores de la salud

Algunos de los factores que se asocian con los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud afectan directamente a la adherencia de los pacientes respecto a sus tratamientos. Las actitudes de los trabajadores de la salud hacia los pacientes y su enfermedad tienen un impacto directo en los servicios que son proporcionados por ellos (25).

Las conductas de prescripción, el tiempo que se toma por paciente en el consultorio médico también se han asociado con los casos de insatisfacción (36).

Son factores importantes la provisión de información detallada y comprensible, acorde al nivel cultural del paciente y la toma de decisiones conjuntas en un marco de confidencialidad, otros factores relacionados con el sistema de salud como la inexistencia de trámites burocráticos para el acceso a la medicación, la accesibilidad al hospital, disponibilidad de transporte y flexibilidad de horarios también pueden influir en la adherencia (25).

Factores relacionados con la polifarmacia y comorbilidades

Los estudios han mostrado que los pacientes que están en tratamiento crónico son más propensos al incumplimiento que los que toman medicamentos para una corta duración (31, 35). Del mismo modo, los pacientes con otras condiciones comórbidas, pueden tener menos cumplimiento debido a la polifarmacia (37).

Los casos de insatisfacción en situaciones crónicas y comorbilidades, pueden ser debido a la frecuencia de dosificación o la complejidad de los regímenes (37). Los pacientes que están en tratamiento antirretroviral y quimioterapia para el cáncer son más propensos a incumplimiento debido a la percepción de su bajo bienestar y los eventos frecuentes de reacciones adversas a los medicamentos (24, 36).

En algunos de los casos, el incumplimiento puede deberse a las

características específicas de los medicamentos prescritos. Los medicamentos se prescriben en formulaciones con sabor poco aceptable, la administración del medicamento se hace a través de rutas difíciles, la administración de medicación por vías inapropiadas (especialmente para la pediátrica y las poblaciones geriátricas), la aparición de efectos secundarios a las dosis terapéuticas y el diseño de los envases de medicamentos que dificulta su cerrado, apertura, etc., también pueden ser considerados como algunos de los factores relacionados con los medicamentos que conducen a la falta de cumplimiento con el tratamiento (38, 39).

Se asocian con mayor prevalencia de fallas en la adherencia las pautas de tratamiento dificultosamente adaptables al estilo de vida del paciente o que demanden requerimientos dietéticos (39)

Factores externos

En general, determinadas características sociodemográficas no han demostrado ser buenas predictoras del nivel de adherencia o han mostrado hallazgos contradictorios. Estos factores incluyen la pobreza, el analfabetismo, nivel cultural, falta de vivienda fija etc. (22, 30, 40, 41), dichos factores pueden afectar indirectamente al cumplimiento de un paciente hacia su tratamiento.

4.1.5 Consecuencias de la no adherencia

La falta de adherencia al tratamiento puede dar lugar a diferentes problemas y se pueden clasificar en cuatro diferentes niveles: individual, institucional, social y nacional.

Las consecuencias de la falta de adherencia a los distintos niveles, el índice elevado de analfabetismo existente y la falta de servicios de atención multidisciplinaria (incluido el asesoramiento y seguimiento del paciente), contribuyen de manera significativa a los problemas de falta de adherencia (24, 42).

Sólo un número limitado de hospitales tienen centros de asesoramiento de medicamentos para mejorar la adherencia del paciente a su tratamiento (43). En muchos hospitales, el enfoque del sistema de salud para lograr la adhesión de los pacientes a las terapias es muy desalentador.

Dirigir la atención de los sectores de salud y de todo el sistema para mejorar la adherencia de los pacientes es de suma importancia en los países en desarrollo.

4.1.6 La adherencia del paciente al tratamiento en países en vías en desarrollo

A pesar de los recursos circunscritos, se han hecho algunos esfuerzos para hacer frente a los problemas de falta de adherencia en varios países. En algunos de los hospitales han comenzado a proporcionar orientación sobre medicamentos a los pacientes, a mejorar la comprensión de sus regímenes de tratamiento para aumentar la adherencia de los pacientes (23). El Tratamiento de Observación Directa, de corta duración (TOD) para la tuberculosis, la implementación de los programas de tratamiento antirretroviral para pacientes con VIH y modelos de vacunación pediátrica son los ejemplos de algunos grandes esfuerzos que se han hecho en los casos de incumplimiento (24, 25). A pesar de estos esfuerzos, la falta de recursos, la relación médico - paciente inadecuado, la falta de profesionales, la falta de hábitos de asesoramiento adecuados, la falta de creencias sociales, las condiciones socioeconómicas bajas y la falta de conocimientos sobre la metodología de administración de medicamentos hace que persistan tasas altas (6, 23). Todos estos factores ponen a la población de pacientes con VIH en países en vías de desarrollo en un mayor riesgo de no adherencia a su tratamiento.

4.1.7 Intervenciones para promover la adherencia a los antiretrovirales

Existen múltiples estrategias publicadas, algunas basadas en teorías psicológicas, muchas dirigidas a atenuar los condicionantes sociales o

individuales de los pacientes. Entrevistas motivacionales, visitas domiciliarias, intervención con la pareja del paciente (39). Estrategias de soporte interpersonal estructurado, llevado a cabo por agentes de salud entrenados empleando intervenciones individualizadas trabajando en equipo parece ser la práctica más recomendada.

La participación comunitaria fue y es un actor importante en la lucha contra la discriminación y la estigmatización de las personas que viven con el VIH, en la lucha por la inclusión, el respeto de la diversidad y el acceso universal a los tratamientos médicos. La sociedad civil ha favorecido la implementación de acciones por parte de los Ministerios de Salud de los países de América Latina y el Caribe, como así también de los Gobiernos Regionales y locales, trabajando con poblaciones de difícil acceso para las instituciones de gobierno, tales como usuarios de drogas por vía intravenosa, población trans, personas en situación de encierro, trabajadoras sexuales, entre otras. (3).

El uso de las nuevas tecnologías, como los teléfonos móviles e internet ha aumentado ostensiblemente en los últimos años, los “Sistema de mensajes cortos” SMS, se ha demostrado que la asistencia clínica de los pacientes mejora con recordatorios de texto SMS (3).

También se han empleado otras nuevas formas de comunicación como el correo electrónico (3) o videoconferencias como estrategias para poder interactuar con los pacientes a distancia.

Son necesarios más estudios de investigación para poder determinar la aceptabilidad y viabilidad en diferentes contextos socioculturales sin dejar de tener en cuenta que el resguardo de la confidencialidad del diagnóstico es un punto crítico para su implementación.

4.3 Marco Legal

Las leyes y reglamentos que sirvieron de sustento legal para el desarrollo de este trabajo de investigación fueron los siguientes:

- **Artículo 350 de la Constitución de la República del Ecuador (Asamblea Constituyente)**
- **Artículo 8, inciso F de la Ley Orgánica de Educación Superior del año 2010 (Asamblea Nacional, 2010)**
- **Artículo 12, inciso D de la Ley Orgánica de Educación Superior del año 2010 (Asamblea Nacional, 2010)**
- **Artículo 138 de la Ley Orgánica de Educación Superior del año 2010 (Asamblea Nacional, 2010)**

5 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

“La no adherencia a la TARGA entre pacientes con VIH/SIDA Manejados en la Clínica de HIV del hospital Martín Icaza es de causa multifactorial”

6 METODO

6.1 Justificación de la elección del método

El estudio efectuado fue de tipo observacional prospectivo transversal de nivel descriptivo y diseño epidemiológico debido a que el estudio midió la prevalencia de factores a partir de una encuesta efectuada en un momento en el tiempo

6.2 Variables

6.2.1 Operacionalización

Tabla 6-1: Matriz de operacionalización

Variab les	Indicadores	Valor Final	Escala
<i>Independiente</i> <i>*Factores de riesgo de adherencia</i>			
*Edad	*años de vida	*20 – 90 años	*Cualitativa continua
*Sexo	*Características fenotípicas	*masculino *femenino	*Cuantitativa nominal dicotómica
*Orientación sexual	*Tipo de conducta sexual	*Heterosexual *Homosexual	*Cualitativa Nominal dicotómica
*Domicilio propio	*Existencia de un domicilio propio o alquilado	*Sí *No	*Cualitativa Nominal dicotómica
*Grado de calidad de vida relacionada a la salud	*Puntaje obtenido en un test de calidad de vida en salud	*Baja *Media *Alta	*Cuantitativa Ordinal
*Apoyo inexistente o deficiente	*Existencia de ayuda familiar y/o social para luchar por la enfermedad	*Sí *No	*Cualitativa Nominal dicotómica
*Presencia de morbilidad psiquiátrica	*Antecedentes de enfermedad psiquiátrica con diagnóstico por especialista	*Sí *No	*Cualitativa Nominal dicotómica

Variables	Indicadores	Valor Final	Escala
*Consumo de drogas	*Uso de sustancias ilícitas	*Sí *No	*Cualitativa Nominal dicotómica
*Consumo de drogas en los últimos 6 meses	*Uso de sustancias ilícitas en el espacio temporal de 6 meses	*Sí *No	*Cualitativa Nominal dicotómica
*Tiempo de tratamiento	*años completos de uso de TARGA	*0-∞	*Cuantitativa continua
*Promedio de tabletas ingeridas	*Cantidad media de tabletas ingeridas	*0-∞	*Cuantitativa continuo
*años de TARGA	*años transcurridos desde la toma del primer TARGA	*0-∞	*Cuantitativa continuo
*Efectos adversos a medicamentos	*Presencia de complicaciones asociadas al medicamento	*Sí *No	*Cualitativa Nominal dicotómica
*Tipo de tratamiento	*Sustancia activa.	*3CT *ABC *Efavirenz *AZT *IRTN *ITRNN *IP	*Cualitativa Nominal politómica
<i>Dependiente</i> *Tipo de adherencia a la Targa		*Adherencia *No adherencia	*Cualitativa Nominal dicotómica

6.3 Diseño de la investigación

6.3.1 Selección de la muestra

Se incluyeron pacientes de cualquier edad y sexo, que acudieron a consulta del hospital del Ministerio de Salud Pública del Ecuador Martin Icaza en la ciudad de Babahoyo entre el 16 de enero al 14 de marzo de 2013, Los *criterios de selección* cumplidos por la población de estudio fue:

- Criterios de Inclusión
 - Consentimiento informado
 - Por lo menos 4 meses de haber iniciado el tratamiento.

- Criterios de exclusión
 - Pacientes hemodinámicamente graves y/o en estadificación terminal.
 - Pacientes gestantes
 - Pacientes transeúntes que reciben esquema TARGA.
 - Pacientes que desees su alta del estudio de investigación

A partir de la población de estudio se eligieron una muestra de forma no aleatoria (por conveniencia) 131 pacientes que correspondió a toda la población de estudio

6.3.2 Recolección de información

Procedimiento

Una vez identificados los pacientes se procedió a la recolección de datos en relación al tratamiento, la enfermedad y la prestación de servicios médicos por parte del hospital. Se consideró que el paciente no presentaba adherencia al TARGA cuando se verificó que la dispensación de medicación a un paciente no había sido efectuado por el Servicio de Farmacia, suponiéndose en ese caso, que este no podía cumplir con la terapia.

Instrumentos de recolección de información

- Formulario de recolección de información

Método de recolección de información

Tabla 6-2: Matriz de técnicas de recolección de información

Variable	Técnica de recolección de la información
*Orientación sexual	*Entrevista
*Grado de calidad de vida relacionada a la salud	*Entrevista
*Grado de apoyo social	*Entrevista
*Poseedor de domicilio propio	*Entrevista
*Presencia de morbilidad psiquiátrica	*Entrevista

Variable	Técnica de recolección de la información
*Tiempo de tratamiento *Tipo de tratamiento *Efectos adversos. *Tipo de fármaco *Número de pastillas ingeridas por día *Ocupación *Consumo de Drogas *consumo de drogas en los últimos 6 meses. *Grado de instrucción *Sexo *Estado civil. *Adherencia al tratamiento	*Documental *Documental *Entrevista *Documental *Documental *Entrevista *Entrevista *Entrevista *Entrevista *Entrevista *Entrevista *Entrevista

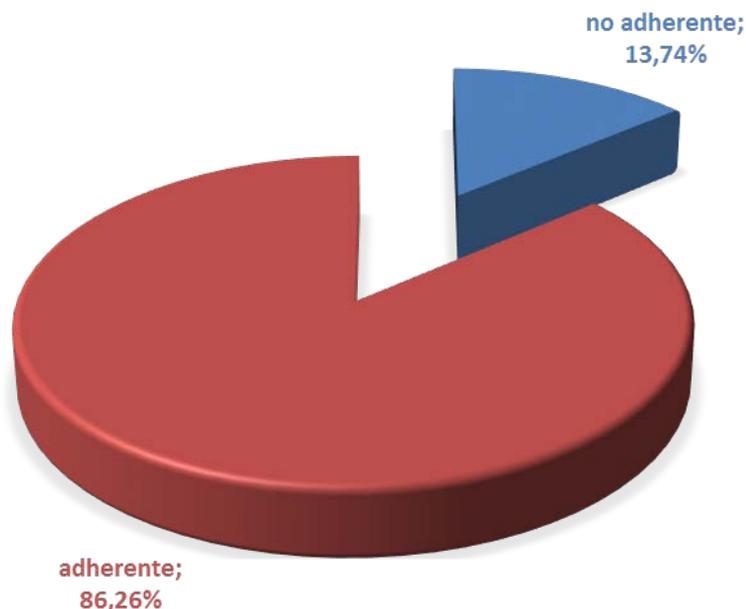
6.3.3 Técnicas de análisis de la información

El análisis de comparación se efectuó utilizando las pruebas de χ^2 y la prueba exacta de Fisher considerándose significativos valores de $P < 0,05$. En los casos en los que se verificó que la frecuencia de las variables tuvo una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos se procedió a realizar el cálculo de la razón de exceso.

7 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Al finalizar el estudio, 131 pacientes fueron seleccionados. De este grupo el 13,74% (n= 18) no se adhirieron a la TARGA (Gráfico 7-1).

Gráfico 7-1 Prevalencia de no adherencia a TARGA en pacientes con VIH-SIDA atendidos en el hospital Martín Icaza



Fuente: Hoja de recolección de información

Se estudiaron los factores de riesgo de falta de adherencia al TARGA atribuibles al paciente con VIH-SIDA atendidos en el hospital Martín Icaza. La edad fue algo superior entre los pacientes que si cumplían con su régimen, también en relación a apoyo inexistente o deficiente existió una tendencia a ser menor en pacientes adherentes al tratamiento, pero en situaciones como género sexual, orientación sexual, posesión de domicilio propio, calidad de vida, presencia de grado académico solamente primario o analfabetismo, pareja estable no existieron diferencias. En ninguna de las situaciones estudiadas existió diferencias estadísticamente

significativas ($P > 0.05$). (Tabla 7-1).

Tabla 7-1: Prevalencia de factores de riesgo de no adherencia al TARGA atribuibles a pacientes con VIH-SIDA atendidos en el hospital Martín Icaza

Factor	adherente	no adherente	Valor P
edad	38,25 ± 10,9	33,72 ± 10,02	> 005
sexo masculino	58,40%	61,11%	0,8286
heterosexual	92,20%	100%	1,5394
Analfabetismo o primaria	55,7%	50%	0,8410
Pareja estable	58,4%	55,5%	0,9765
domicilio propio	100%	100%	0,498
Mala calidad de vida	82,30%	83,33%	0,9151
apoyo inexistente o mal	44,24%	50%	0,648

Fuente: Formulario de recolección de información

También se estudiaron los factores inherentes al uso de drogas o enfermedades, y se encontró que el antecedente de consumo de drogas fue bajo en ambos grupos de estudio, y algo menor entre los pacientes adherentes. El consumo de droga en los últimos 6 meses no existió entre pacientes que si cumplían el tratamiento y entre los que eran no adherentes la proporción fue muy baja. Sin embargo en ningún caso se evidenció una diferencias estadísticamente significativa ($P > 0.05$) (Tabla 7-2)

Tabla 7-2 Prevalencia de factores de riesgo de no adherencia al TARGA atribuibles al uso de drogas o enfermedades concomitantes en pacientes con VIH-SIDA atendidos en el hospital Martín Icaza

Factor	adherente	no adherente	Valor P
consumo de drogas	2,65%	5,56%	0.9416
Consumo de drogas en los últimos 6 meses	0%	5,56%	0.2939

Fuente: Formulario de recolección de información

En relación a los factores relacionados con el medicamento que impiden la adherencia al TARGA, se observó que no existieron diferencias

en relación al promedio de tabletas ingeridas. Los años de tratamiento fueron similares. Cuando se estudió la proporción de efectos adversos se pudo observar que la frecuencia de efectos adversos fue 12 veces superior entre pacientes no adherentes (5/18 vs. 3/113) lo que fue configuró una diferencia estadísticamente significativo ($\chi^2= 12.99$; P 0.0003)

Tabla 7-3: Prevalencia de factores de riesgo de no adherencia al TARGA atribuibles al uso de drogas o enfermedades concomitantes en pacientes con VIH-SIDA atendidos en el hospital Martín Icaza

Factor	adherente	no adherente	Valor P
promedio de tabletas ingeridas	2,73 ± 0,8	2,71 ± 0,4	>0.05
años de tratamiento	3,59 ± 3,76	3,79 ± 2,78	>0.05
Efectos adversos	2,65%	27,77%	< 0.0005

Fuente: Formulario de recolección de información

Cuanto se analizó los esquemas específicos de tratamiento y el tipo de fármaco empleado entre los pacientes adherentes y no adherentes, se pudo observar que la proporción era similar, sin que se registraran por lo tanto diferencias estadísticamente significativas (P > 0.05) (Tabla 7-3).

Tabla 7-4: Prevalencia de tipo de antiretroviral y tipo de TARGA según tipo de adherencia al tratamiento en pacientes con VIH-SIDA atendidos en el hospital Martín Icaza

Fármaco	adherente	no adherente	Valor P
3CT	91,15%	94,40%	0,991
ABC	27,43%	27,77%	0,7996
Efavirenz	92,92%	100%	0,5253
AZT	64,60%	72,22%	0,7150
IRTN	100%	100%	0,8278
ITRNN	97,30%	100%	0,8816

Fuente: Formulario de recolección de información

Como efectos adversos fue el único factor que determinó una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de pacientes adherentes y no adherentes al TARGA, se calcularon para éste, índices de asociación de riesgo. La razón de exceso (OR) mostró que entre el grupo de pacientes efectos colaterales existen 14 casos de no adherencia en relación

en relación a un antecedentes de efectos colaterales entre los que si se adhirieron al tratamiento. De la misma manera el riesgo relativo (RR) señalo que el riesgo de no adherencia entre pacientes que tienen eventos adversos a los fármacos se incrementa 5 veces. Esto determina que el aumento del riesgo absoluto (ARA) de que un paciente con eventos adversos a los fármacos sea no adherente a este es del 25%. En todos los casos fue posible verificar que el cálculo de la dispersión de los valores centrales de los índices de riesgo se mantuvieron por encima de 1 en el caso de OR y RR y por encima de 0% en el caso del ARA, lo que confirma la fuerte asociación de la no adherencia a este factor (Tabla 7-4)

Tabla 7-5: Análisis de la asociación de riesgo de efectos adversos atribuibles a tratamiento y falta de adherencia

Efectos adversos	adherente	no adherente	Total
Si	3	5	8
No	110	13	123
Total	113	18	131

Factor	Media	IC 95%	
		inferior	Superior
Razón de exceso	14,1026	3,0158	65,9469
Riesgo relativo	5,9135	2,8123	12,4344
Aumento del riesgo absoluto	25,0505	4,1358	45,9653

Fuente: Formulario de recolección de información

8 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En el estudio que se acaba de presentar el sexo no fue un factor de riesgo de no adherencia al tratamiento, sin embargo un estudio de la BHI Writing Committee, señaló que este era mayor entre pacientes de sexo femenino (44).

Según Oelske, y colegas, (45) la no adherencia es más frecuentes en los ancianos ya que los procesos patológicos que se presentan generalmente a esa edad son muchos más graves, siendo necesario la utilización de terapias más agresivas lo que hace que se produzcan efectos adversos, favorecidos por los cambios en la farmacocinética de los procesos de absorción, distribución, metabolismo y excreción. Sin embargo en el estudio actual, la edad tampoco influyó en la no adherencia al tratamiento.

Rodríguez y colegas, (46) ha señalado que la mayor proporción de pacientes que no se adhirieron al tratamiento por la presencia de efectos adversos al TARV tenían menos de 1 año con el tratamiento, representando el 45%, en los resultados presentados los años de promedio al tratamiento fueron 3,59 años y aunque hubieron pacientes que recién iniciaban la toma de los antirretrovirales estos no fueron la mayoría.

En un estudio realizado en Cienfuegos-Cuba se reportó un 80%, de toxicidad al TARV lo cual produjo no adherencia al tratamiento, como producto del uso simultáneo de varios fármacos lo que aumentó significativamente el riesgo de aparición de Reacciones adversas debido a que al recibir mayor cantidad de fármacos, aumenta la probabilidad de que aparezcan interacciones que puedan desencadenar estas reacciones (47). En la investigación sin embargo la polifarmacia no pareció ser un factor de no adherencia porque los fármacos empleados en cuanto a número y tipo fueron similares

Martín y colegas. (48), Dennehv y colegas, (49), Otero y colegas, (50) y Seeger y colegas, (51) señalan que la presencia de eventos adversos

es un factor de importancia para el desarrollo de falta de adherencia y que algunos casos de mortalidad y procesos mórbidos se deben a la idiosincrasia del paciente, considerándose que entre un 19% a un 70,4% son potencialmente evitables. Los hallazgos de estos investigadores son congruentes con lo informado en la actual investigación donde el factor de mayor importancia en la no adherencia fue la presencia de eventos adversos. Por otra parte los reportes de estos investigadores son congruentes al señalar que posiblemente pueden existir reacciones idiosincráticas de los pacientes pero que posiblemente son otros los factores ya que se pudo ver en este estudio que tanto los medicamentos así como los esquemas fueron similares y por lo tanto la posibilidad de que los eventos adversos se hayan debido al factor eminentemente farmacológico es poco probable.

9 CONCLUSIONES

Se logró comprobar que el único factor que presentó asociación con la no adherencia al TARGA fue la presencia de eventos adversos al tratamiento el mismo que no se debe a una reacción a medicamentos específicos ya que los fármacos se utilizaron en proporción similar en ambos grupo, lo que lleva a pensar que estas reacciones son el productos de respuestas individuales.

No se confirma la hipótesis planteada, ya que solo un factor demostró su asociación con la no adherencia al TARGA. Tampoco ninguno de los otros factores relacionados al paciente (edad, sexo, orientación sexual, domicilio propio, calidad de vida y tipo de apoyo) mostraron injerencia en la falta de cumplimiento con el régimen terapéutico. Tampoco lo hicieron los factores relacionados al uso de drogas o la presencia de enfermedades concomitantes. En relación a los factores relacionados con el medicamento mismo, los pacientes tanto del grupo adherente como no adherente emplearon con similar frecuencia los diversos tipos de medicamentos, esquemas, tuvieron una cantidad de años de tratamiento similar y el promedio de tabletas ingeridas fue similar.

En relación a los resultados que se han informado en la presente investigación, se recomiendan las siguientes acciones:

- Establecer una consulta sistemática o una línea telefónica de apoyo permanente para verificar la presencia de eventos adversos asociados a TARGA entre pacientes con VIH-SIDA atendidos en el hospital Martín Icaza de tal manera que sea posible actuar de manera temprana antes de que la presencia de los mismos pueda determinar un cuadro de no adherencia al manejo terapéutico farmacológico.
- Realizar un estudio para establecer entre los pacientes con VIH-SIDA atendidos en el hospital Martín Icaza indicados con antiretrovirales el tipo de eventos adversos asociados a la ingesta de fármacos y los factores de riesgo de presentar eventos adversos relacionados a TARGA.

10 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

El trabajo tiene una alta confiabilidad ya que se base en una encuesta realizada con la colaboración del personal que se encuentra a cargo del programa de TARG en el hospital Martín Icaza, lo que hizo que existiera una relación de familiaridad que facilitó la entrevista y por lo tanto en ese ambiente, la confiabilidad de las respuestas. Además para el análisis se han utilizados las pruebas estadísticas más idóneas lo que le confiere validez a los resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mocroft A, Ledergerber B, Katlama C, Kirk O, Reiss P, d'Arminio Monforte A, Knysz B, Dietrich M, Phillips AN, Lundgren JD, EuroSIDA study group. Decline in the AIDS and death rates in the EuroSIDA study: an observational study. *Lancet*. 2003; 362:22–9.
2. Santos E, Fuertes A. Efectos adversos de los fármacos antirretrovirales. Fisiopatología, manifestaciones clínicas y tratamiento. *An Med Intern*. 2006; 23:338–44.
3. Mills EJ, Nachega JB, Banqsborg DR, Singh S, Rachils B, Wu P, Wilson K, Buchan I, Gill CJ, Cooper C. Adherence to HAART: a systematic review of developed and developing nation patient-reported barriers and facilitators. *PLoS Med* 2006; 3: e43810.1371/journal.pmed.0030438
4. Carpenter CC, Cooper DA, Fischil MA, Gatell JM, Gazzard BG, Hammer SM, Hirsch MS, Jacobsen DM, Katzenstein DA, Montaner JS, Richman DD, Saaq MS, Schechter M, Schooley RT, Thompson MA, Vella S, Yeni PG, Volberding PA. Antiretroviral therapy in adults: updated recommendations of the International AIDS Society-USA Panel. *JAMA*. 2000; 283:381–90.
5. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C, Wagener MM, Singh N. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med*. 2000; 133:21–30.
6. Bangsberg DR, Acosta EP, Gupta R, Guzman D, Riley ED, Harrigan PR, Parkin N, Deeks SG. Adherence-resistance relationships for protease and non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors explained by virological fitness. *AIDS*. 2006; 20:223–31.
7. Bangsberg DR. Less than 95% adherence to nonnucleoside reverse-transcriptase inhibitor therapy can lead to viral suppression. *Clin Infect Dis*. 2006; 43:930–41.
8. Lima VD, Harrigan R, Murray M, Moore DM, Wood E, Hogg RS, Montaner JS. Differential impact of adherence on long-term treatment response among naive HIV-infected individuals. *AIDS*. 2008;

22:2371–80.

9. Martin M, Del Cacho E, Codina C, Tuset M, De Lazzari E, Mallolas J, Miró JM, Gatell JM, Ribas J. Relationship between adherence level, type of the antiretroviral regimen, and plasma HIV type 1 RNA viral load: a prospective cohort study. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2008; 24:1263–8.
10. Harrigan PR, Hogg RS, Dong WW, Yip B, Wynhoven B, Woodward J, Brumme CJ, Brumme ZL, Mo T, Alexander CS, Montaner JS. Predictors of HIV drug-resistance mutations in a large antiretroviral-naive cohort initiating triple antiretroviral therapy. *J Infect Dis*. 2005; 191:339–47
11. Lima VD, Harrigan R, Bangsberg DR, Hogg RS, Grss R, Yip B, Montaner JS. The combined effect of modern highly active antiretroviral therapy regimens and adherence on mortality over time. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2009; 50:529–36.
12. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Indicadores Básicos de Salud. Ecuador 2007. Quito
13. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Indicadores Básicos de Salud. Ecuador 2008. Quito.
14. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Indicadores Básicos de Salud. Ecuador 2009. Quito
15. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2010. Indicadores Básicos de Salud. Ecuador 2010. Quito.
16. Mills EJ, Bakanda C, Birungi J, Chan K, Ford N, Cooper CL, Nachega JB, Dybull M, Hogg RS. Life expectancy of persons receiving combination antiretroviral therapy in low-income countries: a cohort analysis from Uganda. *Ann Intern Med* 2011; 155: 209–216.
17. Reda AA, Biadgilign S Determinants of Adherence to Antiretroviral Therapy among HIV-Infected Patients in Africa. *AIDS Research and Treatment* 2012; 810
18. Joglekar N, Paranjape R, Jain R, Rahane G, Potdar R, Reddy KS, Sahay S. Barriers to ART adherence & follow ups among patients attending ART centres in Maharashtra, India. *Indian J Med Res* 2011; 134: 954–959

19. Sahay S, Reddy KS, Dhayarkar S. Optimizing adherence to antiretroviral therapy. *Indian J Med Res* 2011; 134: 835–849.
20. Falle TY, Mullany LC, Thatte N, Khatry SK, LeClerg SC, Darmstadt GL, Katz J, Tielsch Jm. Potential role of traditional birth attendants in neonatal healthcare in rural southern Nepal. *J Health Popul Nutr.* 2009; 27(1):53–61.
21. Jimba M, Poudyal AK, Wakai S. The need for linking healthcare-seeking behavior and health policy in rural Nepal. *Southeast Asian J Trop Med Public Health.* 2003; 34(2):462–63.
22. Mendis S, Fukino K, Cameron A, Laing R, Filipe A jr, Khatib O, Leowski J, Ewen M. The availability and affordability of selected essential medicines for chronic diseases in six low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ.* 2007; 85(4):279–88.
23. Khanal S, Poudel A, Sharan K, Palaian S. Oncology pharmacy practice in a teaching hospital in Nepal. *J Oncol Pharm Pract.* 2010; 16:75–79.
24. Palaian S, Poudel A, Alam K, Mohamed Ibrahim MI, Mishra P. Initiation of social pharmacy research in Nepal: our experiences. *Int J Clin Pharm.* 2011; 33(4):591–96.
25. Durham MJ, Goad JA, Neinstein LS, Lou M. A comparison of pharmacist travel-health specialists' versus primary care providers' recommendations for travel-related medications, vaccinations, and patient compliance in a college health setting. *J Travel Med.* 2011; 18(1):20–25.
26. Fletcher J, Hogg W, Farrell B, Woodend K, Dahrouge S, Lemelin J, Dalziel W. Effect of nurse practitioner and pharmacist counseling on inappropriate medication use in family practice. *Can Fam Physician.* 2012; 58(8):862–68.
27. Morgado MP, Morgado SR, Mendes LC, Pereira LJ, Castelo-Branco M. Pharmacist interventions to enhance blood pressure control and adherence to antihypertensive therapy: Review and meta-analysis. *Am J Health Syst Pharm.* 2011; 68(3):241–53.
28. Fenton WS, Blyler CR, Heinsen RK. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophr Bull.* 1997; 23(4):637–51.

29. van Dulmen S, Sluijs E, van Dijk L, de Ridder D, Heerdink R, Bensing J. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Serv Res.* 2007; 7:55.
30. NCCSDO. Concordance, adherence and compliance in medicine taking. Leeds. 2005
31. Shepherd M. From compliance to concordance. *Nurs Times.* Mar 2011; 1-7;107(8):18.
32. Harris AH, Reeder RN; Ellerbe LS, Bowe TR. Validation of the treatment identification strategy of the HEDIS addiction quality measures: concordance with medical record review. *BMC Health Serv Res.* 2011; 11:73.
33. Johnson W, Chumlea WC, Czerwinski SA, Demerath EM. Concordance of the recently published body adiposity index with measured body fat percent in European-American adults. *Obesity (Silver Spring)* 2012; 20(4):900–03.
34. Worrall P. Concordance focused practice: review of a simulated patient based workshop. *Educ Prim Care.* 2011; 22(6):425–29.
35. Sharaf F. Impact of health education on compliance among patients of chronic diseases in Al Qassim, Saudi Arabia. *Int J Health Sci (Qassim)* 2010; 4(2):139–48.
36. Davis MS. Variation in patients' compliance with doctors' orders: medical practice and doctor-patient interaction. *Psychiatry Med.* 1971; 2(1):31–54.
37. Franssen FM, Spruit MA, Wouters EF. Determinants of polypharmacy and compliance with GOLD guidelines in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2011; 6:493–501.
38. Lo JB, Appel LE, Herbig SM, MCCray SB, Thombre AG. Formulation design and pharmaceutical development of a novel controlled release form of azithromycin for single-dose therapy. *Drug Dev Ind Pharm.* 2009; 35(12):1522–29.
39. Donnelly LA, Morris AD, Pearson ER. Adherence in patients transferred from immediate release metformin to a sustained release formulation: a population-based study. *Diabetes Obes Metab.* 2009;

- 11(4):338–42.
40. Howell JV. Direct to consumer advertisement: The world of the market place. *BMJ*. 2007; 6;335(7622):683–84.
41. van Lierop T. Direct-to-consumer drug advertisement in Europe. *Lancet*. 2007; 26;369(9575):1790.
42. Subish P, Khanal S, Alam K, Paudel A. Introducing pharmacovigilance to postgraduate pharmacy students in Nepal. *Am J Pharm Educ*. 2009; 1;73(6):114.
43. Shankar PR, Humagain B, Piryani RM, Jha N, Osti B. Establishing and strengthening a medicine and therapeutics committee in a medical college in Nepal: initial experiences. *Pharm World Sci*. 2009; 31(2):241–45.
44. BHIV. Writing Committee on behalf of the BHIVA Executive Committee. British HIV Association (BHIV) guidelines for the treatment of HIV–infected adults with antiretroviral therapy. *HIV Med*. 2009; 2:276–313
45. Oleske J, Scott G. Working Group on Antiretroviral Therapy and Medical Management of HIV-Infected Children convened by the NPHRC, HRSA, NIH 2000. Disponible en: <http://www.hivatis.o>
46. Rodríguez J, Gandoy S, Zamora S. Reacciones adversas del tratamiento antirretroviral. *MEDICIEGO* 2012; 18.
47. Reyes Corcho A, Mosquera Fernández M, Bouza Jiménez Y, Pérez Ávila J, Hernández V, Jam Morales B, Álvarez Amador G, Bouza Jiménez Y. Impacto de la terapia antirretroviral de alta eficacia en la respuesta clínica e inmunoviológica en enfermos SIDA. *Rev Cubana Med Trop*; 2007; 59(2) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602007000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=
48. Martín MT, Codina C, Tuset M, Carne X, Nogué S Ribas J. Problemas relacionados con la medicación como causa del ingreso hospitalario. *Med Clin (Barc)*. 2010; 118(6):205–210.
49. Dennehy CE, Kishi DT, Louie C. Drug-related illness in emergency department patients. *Am J Health-Syst Pharm*. 2008; 53: 1422–1426.
50. Otero MJ, Bajo A, Maderuelo-Fernández JA, Domínguez-Gil H. Evitabilidad de los acontecimientos adversos inducidos por

medicamentos detectados en un Servicio de Urgencias. Rev Clin Esp. 2008; 199:796-805.

51. Seeger JD, Kong SX, Schumock GT. Characteristics associated with ability to prevent adverse drug reactions in hospitalized patients. Pharmacotherapy 1998; 18:1284-1289.

ANEXO

Anexo 1: Hoja de recolección de datos

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA DE GRADUADOS POSTGRADO DE MEDICINA INTERNA			
Factores que influyen en la no adherencia al Tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA. Hospital Martín Icaza. Babahoyo. Periodo 2013.			
1 Formulario	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
2 Historia clínica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CODIGO	<input type="checkbox"/>
3 Edad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	años	
4 Sexo	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino	<input type="checkbox"/>
5 Estado Civil:	Casado <input type="checkbox"/>	Unido <input type="checkbox"/>	Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>
6 Grado de instrucción académica	ninguno <input type="checkbox"/>	primaria <input type="checkbox"/>	
	secundaria <input type="checkbox"/>	superior <input type="checkbox"/>	
7 Ocupación :	trabajador independiente <input type="checkbox"/>	desocupado <input type="checkbox"/>	
	empleado <input type="checkbox"/>	obrero <input type="checkbox"/>	trabajadora del hogar <input type="checkbox"/>
	estudiante <input type="checkbox"/>	otra ocupación <input type="checkbox"/>	
8 Orientación sexual:	homosexual <input type="checkbox"/>	heterosexual	<input type="checkbox"/>
9 Consumo de drogas	Si <input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
10 Consumo de drogas en los últimos 6 meses		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
11 Grado de calidad de vida relacionado a la salud		alta <input type="checkbox"/>	media <input type="checkbox"/>
	baja <input type="checkbox"/>		
12 Grado de apoyo social:	Alto <input type="checkbox"/>	Medio <input type="checkbox"/>	Baja <input type="checkbox"/>
13 Poseedor de domicilio propio o fijo:	Si <input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
14 Presencia de morbilidad psiquiátrica	Si <input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
15 Presencia de otra patología:	Si <input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
16 Tipo de tratamiento:	ITRN <input type="checkbox"/>	ITRNN <input type="checkbox"/>	IP <input type="checkbox"/>
17 Tipo de fármacos:	3TC <input type="checkbox"/>	ABC <input type="checkbox"/>	TDF+FTC <input type="checkbox"/>
	Efavirens <input type="checkbox"/>	LPV/r <input type="checkbox"/>	DVR <input type="checkbox"/> AZT <input type="checkbox"/>
18 Número de tabletas promedio ingeridas por día:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
19 Tiempo tratamiento:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
20 Presencia de efectos adversos:		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
21 Adherente:	Si <input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

Anexo 2: Base de datos

1	2	3	4	5					6			7					8	9	10	11	12	13	14	15	16	17					18	19	20	21						
Formulario	Historia Clínica	Codigo	Edad	Sexo	Estado Civil					Grado de instrucción académica			Ocupacion					Orientación	Consumo drogas	Consumo drogas en los últimos 6 meses	Grado de calidad de vida relacionado a la salud	Grado de apoyo social	Poseedor de domicilio propio o fijo	presencia de morbilidad psiquiátrica	presentación de otra patología	tipo de tratamiento	Tipo de farmacos					Numero de tabletas ingeridas por día	Años de tratamiento	Presencia de efectos adversos	Adherente					
					Cadao	Unido	Soltero	Divorciado	Viudo	Ninguno	Primaria	Secundaria	Superior	Trabajo independiente	desocupado	empleado	obrero	trabajo del hogar	estudiantes	otra ocupación	Homosexual	Heterosexual					IRTN	ITRN	IP	3CT	ABC	TDF+FTC	Efavirens	LPV/r	DVR	ACT				
1	233140	RACHRULE	28	M	X						X					X					X	N	N	B	B	N	N	N	N	X	X					X	3	3	N	S
2	219214	PAMAVIPA	25	F	X						X					X						X	N	N	M	B	N	N	N	X	X					X	3	3	N	S
3	230096	PAALSUIS	40	F	X						X					X						X	N	N	M	S	N	N	X	X					X	3	3	N	S	
4	285624	ALFUFEFO	37	M		X					X									X	X		N	N	M	M	S	N	N	X	X					X	3	1	N	S
5	260406	GACOFRRU	36	M		X					X						X					X	N	N	M	S	N	N	X	X					X	3	2	N	S	
6	039276	SAALALEM	27	M		X								X								X	N	N	M	M	S	N	N	X	X					X	2	6	N	S
7	284138	MEMOJOLU	29	M	X						X					X						X	N	N	M	S	N	N	X	X					X	2	2	N	N	
8	230866	ARCHANRO	43	F	X						X					X						X	N	N	M	B	S	N	N	X	X					X	3	3	N	S
9	117909	CHAVAIJOJA	28	F	X												X					X	N	N	M	B	S	N	N	X	X					X	3	3	N	S
10	014940	MUGOVEAZ	41	F	X						X						X					X	N	N	B	M	S	N	N	X	X					X	3	2	N	S
11	234874	MATAMAJA	25	M	X						X					X						X	N	N	M	A	S	N	N	X	X					X	3	5	N	N
12	320231	MOSAJAJU	44	M	X						X					X						X	N	N	M	S	N	N	X	X					X	2	4	N	S	
13	249410	CAMUFEMA	54	F		X					X						X					X	N	N	M	M	S	N	N	X	X					X	3	3	N	S
14	207665	SIGUNARO	33	F	X						X					X						X	N	N	M	B	S	N	N	X	X					X	2	2	N	S
15	255896	NACHUAN	65	M	X						X					X						X	N	N	M	M	S	N	N	X	X					X	3	2	N	S
16	318866	VAFASFR	27	M		X					X					X						X	N	N	M	B	S	N	N	X	X					X	2	7	N	N
17	266502	BULALOJO	50	M	X						X					X						X	N	N	M	M	S	N	N	X	X					X	3	2	N	S
18	252145	AMCEDADA	24	M		X					X				X							X	N	N	M	M	S	N	N	X	X					X	3	7	N	N
19	320621	CACAJSCR	38	F	X						X						X					N	N	M	B	S	N	N	X	X					X	1	4	N	S	
20	286433	ARFRKAMA	25	F	X						X						X					X	N	N	M	B	S	N	N	X	X					X	3	2	N	S

1	2	3	4	5					6			7					8	9	10	11	12	13	14	15	16	17					18	19	20	21							
Formulario	Historia Clínica	Codigo	Edad	Sexo	Estado Civil					Grado de instrucción académica			Ocupacion					Orientación	Consumo drogas	Consumo drogas en los últimos 6 meses	Grado de calidad de vida relacionado a la salud	Grado de apoyo social	Poseedor de domicilio propio o fijo	presencia de morbilidad psiquiátrica	presentación de otra patología	tipo de tratamiento	Tipo de farmacos					Numero de tabletas ingeridas por día	Años de tratamiento	Presencia de efectos adversos	Adherente						
					Cadao	Unido	Soltero	Divorciado	Viudo	Ninguno	Primaria	Secundaria	Superior	Trabajo independiente	desocupado	empleado	obrero	trabajo del hogar	estudiantes	otra ocupación	Homosexual	Heterosexual					IRTN	ITRN	IP	3CT	ABC	TDF+FTC	Efavirens	LPV/r	DVR	ACT					
21	286668	ROBUJUAN	33	M	X						X					X						X	N	N	M	M	S	N	N	X	X					X	3	2	N	S	
22	106335	CHGONAAZ	49	F	X						X						X						X	N	N	M	B	S	N	N	X	X					X	2	1	N	N
23	186258	VAPWLO	39	M	X						X						X					X	N	N	M	M	S	N	N	X	X					X	3	5	N	S	
24	244537	BOPIERJA	38	M		X					X					X							X	N	N	M	A	S	N	N	X	X					X	3	3	N	S
25	255629	ZAPAPEEN	45	M	X						X					X							X	N	N	M	B	S	N	N	X	X					X	2	4	N	S
26	219099	QUOMACA	30	F	X						X						X						X	N	N	M	B	S	N	N	X	X					X	3	4	N	S
27	254560	ROSACAAZ	35	M		X					X					X							X	N	N	M	M	S	N	N	X	X					X	2	3	N	S
28	207149	LOROVIEL	23	F	X						X						X						X	N	N	M	A	S	N	N	X	X					X	3	2	N	S
29	310079	VEMAMACE	36	F	X						X							X					X	N	N	M	S	N	N	X	X					X	3	1	N	S	
30	242729	RABATESA	55	M	X						X						X						X	N	N	M	M	S	N	N	X	X					X	3	1	N	S
31	225987	ALMOTENI	46	M		X					X						X						X	N	N	A	M	S	N	N	X	X					X	3	4	N	S
32	236966	AVEFEJA	33	M	X						X						X						X	N	N	M	A	S	N	N	X	X					X	3	2	N	S
33	216403	LIMOELNA	31	F	X						X						X						X	N	N	A	A	S	N	N	X	X					X	3	3	N	S
34	201305	VACEMAVI	22	F	X						X						X						X	N	N	M	M	S	N	N	X	X					X	3	9	N	S
35	295863	BUTRJORO	33	M	X						X						X						X	N	N	M	M	S	N	N	X	X					X	1	9	N	S
36	101996	VIVEISCA	31	F	X						X						X						X	N	N	A	B	S	N	N	X	X					X	3	4	N	S
37	305054	MOLEFEJH	44	M		X					X						X					X	S	N	M	B	S	N	N	X	X					X	5	1	N	S	
38	240970	ACGAJOLO	33	M		X					X					X							X	N	N	M	M	S	N	N	X	X					X	2	3	N	S
39	266786	CHCHWIOS	36	M	X						X						X						X	N	N	M	M	S	N	N	X	X					X	3	2	N	N
40	249957	LIVIANJO	24	M	X						X						X						X	N	N	M	M	S	N	N	X	X					X	2	3	N	S

1	2	3	4	5					6				7					8	9	10	11	12	13	14	15	16	17					18	19	20	21						
Formulario	Historia Clinica	Codiglo	Edad	Sexo	Estado Civil					Grado de instrucción academica				Ocupacion					Orientacion	Consumo drogas	Consumo drogas en los ultimos 6 meses	Grado de calidad de vida relacionado a la salud	Grado de apoyo social	Poseedor de domicilio propio o fijo	presencia de morbilidad psiquiatrica	presentacion de otra patologia	tipo de tratamiento	Tipo de farmacos					Numero de tabletas ingeridas por dia	Años de tratamiento	Presencia de efectos adversos	Adherente					
					Cadado	Unido	Soltero	Divorciado	Viudo	Ninguno	Primaria	Secundaria	Superior	Trabajo independiente	desocupado	empleado	obrero	trabajo del hogar	estudiantes	otra ocupacion	Homosexual	Heterosexual					IRTN	ITRN	IP	3CT	ABC	TDF+FTC	Efavirens	LPV/r	DVR	AZT					
41	304805	VECAVRI	37	M							X									X	X	N	N	M	M	S	N	N	X	X	X	X	X					1	1	N	S
42	316120	LOPACACE	21	F	X						X						X				X	N	N	M	B	S	N	N	X	X	X	X					1	4	N	S	
43	305838	CHACONEMA	22	F	X						X						X				X	N	N	M	B	S	N	N	X	X	X	X					2	1	N	S	
44	289485	VISACAEAN	41	M		X					X									X	X	N	N	M	B	S	N	N	X	X	X	X					2	22	N	S	
45	305839	ROZFREGE	32	M	X						X					X					X	N	N	M	B	S	N	N	X	X	X	X					3	1	N	S	
46	256562	GUOCNALE	24	F	X						X						X				X	N	N	M	B	S	N	N	X	X	X	X					2	2	N	S	
47	320622	FJSOANJO	35	M	X						X						X				X	N	N	M	M	S	N	N	X	X	X	X					2	7	N	S	
48	170648	DEPACAAZ	34	M		X					X						X				X	N	N	M	A	S	N	N	X	X	X	X					2	4	N	N	
49	132791	MUMEJARO	26	M		X					X									X	X	N	N	M	M	S	N	N	X	X	X	X					X	3	2	S	N
50	223345	MIGAPARI	61	M		X					X						X				X	N	N	M	A	S	N	N	X	X	X	X					3	4	N	S	
51	222248	SACADICA	26	F	X						X						X				X	N	N	M	B	S	N	N	X	X	X	X					3	3	N	N	
52	294642	LOESLICA	42	M		X					X			X							X	N	N	M	A	S	N	N	X	X	X	X					2	2	N	S	
53	246467	CEFEADMA	36	F		X					X						X				X	N	N	M	A	S	N	N	X	X	X	X					2	3	N	S	
54	163250	MASEJAEZ	32	F	X						X						X				X	N	N	A	A	S	N	N	X	X	X	X					1	2	N	S	
55	311123	DIFREREM	31	M	X						X						X				X	N	N	A	A	S	N	N	X	X	X	X					1	15	N	S	
56	309451	LOMADAAZ	31	F	X						X						X				X	N	N	M	A	S	N	N	X	X	X	X					3	1	N	S	
57	322643	CEVEROAN	27	M		X					X			X							X	N	N	M	A	S	N	N	X	X	X	X						6	N	S	
58	313600	PLCVIMA	33	M	X						X						X				X	N	N	M	M	S	N	N	X	X	X	X					1	1	N	S	
59	012467	CHABEZAVE	32	F			X				X						X				X	N	N	M	B	S	N	N	X	X	X	X					3	3	N	N	
60	239944	BACAVIPI	39	F	X						X						X				X	N	N	M	B	S	N	N	X	X	X	X					3	25	S	N	

1	2	3	4	5					6				7					8	9	10	11	12	13	14	15	16	17					18	19	20	21					
Formulario	Historia Clinica	Codiglo	Edad	Sexo	Cadado	Unido	Soltero	Divorciado	Viudo	Ninguno	Primaria	Secundaria	Superior	Trabajo independiente	desocupado	empleado	obrero	trabajo del hogar	estudiantes	otra ocupacion	Homosexual	Heterosexual					IRTN	ITRN	IP	3CT	ABC	TDF+FTC	Efavirens	LPV/r	DVR	AZT	Numero de tabletas ingeridas por dia	Años de tratamiento	Presencia de efectos adversos	Adherente
61	259805	DECAIVUMA	29	M		X					X									X	X	N	N	M	A	S	N	N	X	X	X	X					3	2/11	N	S
62	252062	ARMOJAJIO	32	F	X						X										X	N	N	M	A	S	N	N	X	X	X	X					5	0/27	N	S
63	256727	MUOEJUAN	54	M	X						X									X	X	N	N	M	M	S	N	N	X	X	X	X					2	0/7	N	S
64	296276	ZUYOISAI	36	F							X										X	N	N	M	A	S	N	N	X	X	X	X					2	2	N	S
65	296275	MEMOIJIM	38	M	X						X									X	X	N	N	M	A	S	N	N	X	X	X	X					3	2	N	S
66	184263	ASSAADPA	22	F	X						X										X	N	N	M	A	S	N	N	X	X	X	X					3	0/26	S	N
67	235573	CAMEROAZ	61	M		X					X									X	X	N	N	M	M	S	N	N	X	X	X	X					2	2/10	N	N
68	226962	FRVAPEEF	59	M		X					X			X							X	N	N	M	A	S	N	N	X	X	X	X					3	0/21	N	S
69	159943	RACEFZEZ	25	F	X						X										X	N	N	M	A	S	N	N	X	X	X	X					2	0/4	N	S
70	282692	CHVAJLSO	26	F	X						X			X							X	N	N	M	A	S	N	N	X	X	X	X					2	0/23	N	N
71	296695	AVMUCAIS	58	F	X						X										X	N	N	A	A	S	N	N	X	X	X	X					3	0/22	N	S
72	198761	CACASHMA	35	M	X						X										X	N	N	M	M	S	N	N	X	X	X	X					3	0/31	N	N
73	244207	HAIJIMAJU	42	F	X						X										X	N	N	M	A	S	N	N	X	X	X	X					3	0/35	S	S
74	162295	CHAOTELMO	25	F				X			X										X	N	N	M	M	S	N	N	X	X	X	X					3	0/16	A	A
75	229790	VIANFREN	30	M	X						X										X	N	N	M	M	S	N	N	X	X	X	X					3	0/43	N	S
76	099668	POESCAWI	42	M		X					X			X							X	N	N	N	M	S	N	N	X	X	X	X					3	0/33	S	S
77	088612	CAPISUA	28	F	X						X										X	N	N	M	A	S	N	N	X	X	X	X					3	0/21	N	S
78	218035	ASCADAYO	27	F	X						X										X	N	N	M	A	S	N	N	X	X	X	X					3	3	S	S
79	158268	BUSEJOIE	33	F	X						X										X	N	N	M	M	S	N	N	X	X	X	X					3	2/11	N	S
80	321005	GACAANAZ	45	F	X						X										X	N	N	A	B	S	N	N	X	X	X	X					2	0/5	N	S

1	2		3	4	5				6			7				8	9	10	11	12	13	14	15	16			17					18	19	20	21								
Formulario	Historia Clinica	Codigo	Edad	Sexo	Estado Civil				Grado de instrucción academica			Ocupacion				Orientacion									tipo de tratamiento			Tipo de farmacos					Numero de tabletas ingeridas por dia	Años de tratamiento	Presencia de efectos adversos	Adherente							
					Cadado	Unido	Soltero	Divorciado	Viudo	Ninguno	Primaria	Secundaria	Superior	Trabajo independiente	desocupado	empleado	obrero	trabajo del hogar	estudiantes	otra ocupacion	Homosexual	Heterosexual	Consumo drogas	Consumo drogas en los ultimos 6 meses	Grado de calidad de vida relacionado a la salud	Grado de apoyo social	Poseedor de domicilio propio o fijo	presencia de movilidad psiquiatrica	presentacion de otra patologia	IRTN	ITRNN	IP	3CT	ABC	TDF+FTC	Efavirens	LPV/r	DVR	AZT				
81	209066	MIESMAED	57	M			X					X							X	X	N	N	M	A	S	N	S	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	3	0/56	N	S		
82	035152	SARACAMA	33	F			X					X					X			X	N	N	M	M	S	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	3	3	N	S	
83	261694	LOROJOMA	49	M	X						X		X							X	S	N	M	A	S	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	3	2/2	N	S	
84	245820	ROGASEMA	48	M		X					X					X				X	N	N	M	A	S	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	5	0/26	N	S	
85	212761	ROBAFECR	35	M			X						X						X	X	N	N	M	A	S	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	3	4	N	S	
86	015404	QUMUWARA	44	M	X						X		X							X	N	N	M	M	S	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	3	4/11	N	S	
87	203980	RIMOJADZ	33	M	X						X					X				X	N	N	M	B	S	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	3	0/9	N	S	
88	320651	ROPELVAN	33	M	X						X						X		X	S	N	M	A	S	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	0/8	N	S		
89	322310	MESEOSGU	42	M		X					X						X	X		X	N	N	M	A	S	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	3	0-9	N	S	
90	048537	MEMALOIS	35	F				X			X						X		X	N	N	M	A	A	N	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	1/10	N	S		
91	157851	MOFUJAAN	65	M							X						X		X	N	N	M	A	S	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	3	4/11	N	S	
92	152614	BACAJUCA	35	M		X										X			X	N	N	M	A	S	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	3	0/25	N	S	
93	291624	QUCOIVJH	44	M	X						X						X		X	N	N	M	A	S	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	0/21	N	S		
94	265765	BRARCAAZ	56	M	X						X					X			X	N	N	M	A	A	S	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	3	2/11	N	S	
95	255629	ZAPAPEEN	45	M	X						X		X						X	N	N	M	M	S	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	0/6	N	S		
96	236966	AVVEFEJA	32	M	X						X					X			X	N	N	M	A	S	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	3	0/25	N	S		
97	310079	VEMAMACE	36	F	X						X					X			X	N	N	M	M	S	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	3	0/13	N	S		
98	264369	BEZASTBZ	26	M		X					X			X					X	N	N	M	M	S	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	5	0/28	N	S		
99	223366	PIOEMBA	40	M	X						X							X	X	N	N	M	M	S	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	3	2/11	N	S		
100	293579	ASPEWERA	37	M	X						X					X			X	N	N	M	M	S	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	3	0/14	N	S		

1	2		3	4	5				6			7				8	9	10	11	12	13	14	15	16			17					18	19	20	21								
Formulario	Historia Clinica	Codigo	Edad	Sexo	Estado Civil				Grado de instrucción academica			Ocupacion				Orientacion									tipo de tratamiento			Tipo de farmacos					Numero de tabletas ingeridas por dia	Años de tratamiento	Presencia de efectos adversos	Adherente							
					Cadado	Unido	Soltero	Divorciado	Viudo	Ninguno	Primaria	Secundaria	Superior	Trabajo independiente	desocupado	empleado	obrero	trabajo del hogar	estudiantes	otra ocupacion	Homosexual	Heterosexual	Consumo drogas	Consumo drogas en los ultimos 6 meses	Grado de calidad de vida relacionado a la salud	Grado de apoyo social	Poseedor de domicilio propio o fijo	presencia de movilidad psiquiatrica	presentacion de otra patologia	IRTN	ITRNN	IP	3CT	ABC	TDF+FTC	Efavirens	LPV/r	DVR	AZT				
101	215016	GRAYACEAN	51	M			X					X							X	X	N	N	M	A	A	S	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	4/11	N	S	
102	206761	BAJUOPAAZ	34	F							X					X				X	N	N	M	M	S	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	3	0/42	N	S
103	214906	MAOOGERO	46	M			X					X								X	N	N	M	M	S	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	0/48	N	S
104	214839	VASAANES	40	M	X							X							X	X	N	N	M	A	S	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	3	0/48	N	S
105	131286	CAQUJEAZ	36	F	X							X					X			X	N	N	M	A	S	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	3	0/49	N	S
106	217880	MEESTEAN	42	M		X					X								X	X	N	N	M	M	S	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	3	0/49	S	N
107	211361	ROCANAJE	31	F	X							X					X			X	N	N	M	A	S	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	3	3	N	S	
108	181354	SECALOCR	34	F				X			X						X			X	N	N	M	A	A	S	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	3	0/47	N	S
109	221324	TBAEMAN	38	M	X						X							X		X	S	S	M	M	S	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	3	0/46	N	X
110	226725	TORPJORO	72	M	X						X									X	N	N	M	M	S	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	3	0/47	N	S
111	087990	NASAMAAV	33	F	X							X							X	X	N	N	M	M	S	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	0/44	N	S	
112	231767	CUOZARAO	60	F	X						X						X			X	N	N	M	M	S	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	5	N	S
113	232026	MOGONIAN	38	F	X						X								X	X	N	N	M	A	S	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	3	0/43	N	S
114	228940	ANCALIZO	23	F							X							X		X	N	N	M	M	S	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	3	3	N	S	
115	233746	VEBRARHE	31								X								X	X	N	N	M	M	S	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	3	0/43	N	S
116	2333704	MOJILEWI	38	M		X						X				X				X	N	N	M	M	S	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	0/43	N	S	
117	221572	POGACRAL		M	X							X						X		X	N	N	M	M	S	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	0/34	N	S	
118	090180	YAVETRSI	55	F								X					X			X	N	N	M	M	S	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	3		N	S	
119	170662	GAGOJUWI	43	M		X						X		X					X	N	N	M	A	S	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	5	3/11	N	S	
120	088356	DUSIOLGE	40	F	X						X						X			X	N	N	M	M	S	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	5	3/11	N	S	

Anexo 3: Formulario para el repositorio nacional



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: Factores Que Influyen En La No Adherencia Al Tratamiento Antirretroviral En Pacientes Con VIH/ SIDA. Hospital Martin Icaza. Babahoyo. Periodo 2013		
AUTORA/ES: Dr. Freddy Eduardo Villacrés García	TUTOR: Dr. Stenio Cevallos Espinar	
	REVISORES: Dr. Xavier Landívar Varas	
INSTITUCIÓN: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil	FACULTAD: De Ciencias Médicas	
CARRERA: Postgrado de Medicina Interna		
FECHA DE PUBLICACIÓN : 05 – 11 - 2014	No. DE PÁGS: 43	
TÍTULO OBTENIDO: Especialista en Medicina Interna		
ÁREAS TEMÁTICAS: Terapéutica		
PALABRAS CLAVE: VIH. TARV, ADHERENCIA. TERAPÉUTICA.		
RESUMEN: Antecedentes: El manejo del VIH-SIDA ha sufrido un giro con la aparición de tratamiento antirretroviral (TARV), sin embargo para que este tratamiento tenga el éxito deseado es imperativo que su toma y dosificación se haga de manera correcta y continua. En tal virtud la adherencia al tratamiento es fundamental. En el hospital Martín Icaza de Babahoyo sin embargo en 2012 se observó una alta tasa de falta de adherencia a este manejo terapéutico, lo que tiene un efecto negativo en la evolución y pronóstico de los pacientes. Objetivo: Determinar los factores que influyen en la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/ SIDA atendidos en el Hospital Martín Icaza de Babahoyo. Metodología: Se desarrolló un estudio observacional en el que se incluyeron 131 pacientes con TARGA por VIH-SIDA en la institución en el año 2013. Análisis estadístico: El análisis estadístico se efectuó con la prueba de chi ² y la prueba exacta de Fisher, considerándose significativos valores de P < 0,05. En los casos de asociación estadística se calculó la razón de exceso con intervalos de confianza de 95% Resultados: De 131 pacientes incorporados, el 13,74% de pacientes tuvieron problemas de adherencia a la TARV. Los efectos adversos fue el único factor que fue significativamente mayor entre pacientes con falta de adherencia al tratamiento (2,65% vs 27,77) (P < 0.001). Los índices de riesgo reportados para el factor fueron: OR= 14,10 (IC95% 3,01-65,94), RR= 5,9 (IC 95% 2,8 – 12,4) y ARR= 25,05 (IC 95% 4,13 – 45,96). Conclusión: la calidad de vida es una de los factores que determinan la mayor falta de adherencia al tratamiento. Recomendación: Este debe ser el factor que debe modificarse en los pacientes con VIH. SIDA para su cumplimiento del TARGA y disminuir la morbimortalidad asociada a la falta de cumplimiento.		
No. DE REGISTRO:	No. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL:		
ADJUNTO PDF:	x SI	NO
CONTACTO CON AUTOR/ES Dr. Freddy Villacrés García	Teléfono: 0939570543	e-mail: drfreddy_villacres@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Secretaría de la Escuela de Graduados	
	Teléfono: 042209225 extensión: 1829	
	E-mail: posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec	