

Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH/sida de la región Caribe – colombiano

Adherence to antiretroviral treatment among people with HIV/AIDS in the Colombian Caribbean region

Luz Ángela Reyes Ríos^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-2562-2466>

Etilvia Campo Torregroza¹ <https://orcid.org/0000-0003-0102-8382>

Aníbal Espinosa Aguilar² <https://orcid.org/0000-0003-3351-7623>

Angelica Granados Pérez³ <https://orcid.org/0000-0001-7405-1175>

Iván Darío Gil Ruiz⁴ <https://orcid.org/0000-0002-9445-6433>

¹Universidad Cooperativa de Colombia. Santa Marta, Colombia.

²Universidad Ciencias Médicas de la Habana. Cuba.

³Institución Prestadora de Salud de la Costa. Santa Marta, Colombia.

⁴Fundación Sharot. Santa Marta, Colombia.

* Autor para la correspondencia: luz.reyes@campusucc.edu.co

RESUMEN

Introducción. A mediados de 2017, estaban recibiendo terapia antirretrovírica 20,9 millones de personas en todo el mundo. Sin embargo, solo 53 % de los 36,7 millones de personas que vivían con el VIH estaba recibiendo el tratamiento en 2016 a nivel mundial.

Objetivo: Determinar adherencia al tratamiento antirretroviral de personas que conviven con VIH/sida.

Métodos: Estudio cuantitativo, correlacional de corte transversal, en los meses de julio a octubre de 2019 en una muestra intencional de 166 personas con VIH/sida atendidas en institución de salud, Santa Marta, Colombia. Para determinar adherencia se adaptó el instrumento Morisky-Green. Investigación sin riesgo según resolución 84 30 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

Resultados: De 166 personas que conviven con VIH/sida, 74,7 % son hombres y 25,3 % son mujeres; la edad fluctúa entre una mínima 16 años y máxima 73 años, con media de 39,3 años. El tiempo del tratamiento antirretroviral fue 6 años en promedio; 51,2 % utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar los medicamentos; 68,1 % no fueron adherentes al tratamiento antirretroviral, 49,4 % hombres y 18,7 % mujeres. Se identificó que la relación médico-paciente es negativa (-0,005) y no está relacionada con la no adherencia.

Conclusiones: La no adherencia al tratamiento antirretroviral estuvo representada por 68,1 % de la población en estudio y es mayor en los hombres.

Palabras clave: cumplimiento y adherencia al tratamiento; antirretrovirales; VIH; síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

ABSTRACT

Introduction: By mid-2017, 20.9 million people were under antiretroviral therapy worldwide. In 2016, only 53 % of the 36.7 million people living with HIV worldwide were under treatment.

Objective: Determine adherence to antiretroviral treatment among people living with HIV/AIDS.

Methods: A quantitative cross-sectional correlational study was conducted from July to October 2019 of an intentional sample of 166 people with HIV/AIDS attending Santa Marta health center in Colombia. The Morisky-Green tool was adapted to determine adherence. The study was non-risk according to Resolution 84 30 / 1993 of the Ministry of Health and Social Protection of Colombia.

Results: Of the total 166 people living with HIV/AIDS, 74.7 % are men and 25.3 % are women; mean age is 39.3 years (range 16-73). Average antiretroviral treatment duration is 6 years. 51.2 % make use of some strategy to remember taking their medication; 68.1 % are not adherent to antiretroviral treatment, 49.4 % are men and 18.7 % are women. The doctor-patient relationship was found to be negative ($p = -0.005$) and not related to non-adherence.

Conclusions: Non-adherence to antiretroviral treatment was represented by 68.1 % of the study population and is higher in men.

Keywords: compliance with and adherence to treatment; antiretrovirals; HIV; acquired immune deficiency syndrome.

Recibido: 07/05/2020

Acepado: 30/09/2020

Introducción

El término de adherencia al tratamiento con antirretrovirales (TARV) en el paciente con VIH/sida no es nuevo, ya que en 1999 se publicó por primera vez, una serie de recomendaciones para mejorar la adherencia al TARV en el adulto, se actualizó posteriormente en los años 2004, 2008 y 2012.⁽¹⁾ Estas recomendaciones son consideradas como oportunas por la importancia que el tema tiene para los profesionales de la salud e investigadores.⁽²⁾

Entendiendo el término de adherencia como una conducta favorecedora de la salud del individuo que requiere de un tratamiento farmacológico o no farmacológico por largo tiempo en el manejo de una enfermedad crónica.⁽³⁾ En el caso del VIH/sida la adherencia a los antirretrovirales tiene una serie de condiciones que son favorecedoras para su cumplimiento, como la oportunidad, la continuidad, accesibilidad al tratamiento, confidencialidad, atención integral, la no discriminación y tener una red de apoyo. Por lo tanto, se puede medir la adherencia TARV por el cumplimiento, si el paciente no se olvida o toma tardíamente más de 5 % del medicamento por mes, su adherencia será de 95 % que es considerado como un cumplimiento mínimo.^(4,5)

Entonces la no adherencia se entendería como el incumplimiento en la toma de los medicamentos antirretrovirales, en las dosis indicadas y en el horario establecido. A su vez, la no adherencia estará influenciada por otra serie de factores entre los que se encuentran la toma de más de una tableta, varias veces al día y los efectos indeseables del TARV.

Para la salud pública mundial, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), ha cobrado más de 35 millones de vidas. En el año 2016 en el mundo fallecieron más de un millón de personas infectadas; la población de África es la más afectada con 25,6 millones y en ella se registran casi dos tercios de las nuevas infecciones por el VIH en el mundo.⁽⁶⁾

Según informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a mediados de 2017, en el mundo había 20,9 millones de personas infectadas por el VIH en tratamiento antirretroviral. Por lo cual, para el Sistema General de seguridad social en Salud, el VIH/sida, son consideradas como enfermedades de alto impacto y de alto costo, que representan un porcentaje mayor del gasto en salud.⁽⁷⁾ Para inhibir el avance de la infección del VIH, existe

el tratamiento farmacológico en el que se combinan tres o más fármacos antirretrovirales, aunque no cura la infección, frena la replicación del virus en el organismo y permite que el sistema inmunitario recobre fortaleza y capacidad para combatir las infecciones. La OMS en el 2016 recomendó de por vida el TARV a todas las personas infectadas por este virus.⁽⁶⁾

Es así que entre los objetivos para minimizar los efectos de la epidemia del VIH en el mundo, propuesto por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (Onusida), que espera, para el 2030 que el 90 % de las personas que viven con VIH conozcan su estado serológico respecto a este virus, que el 90 % de las personas diagnosticadas con sida reciban terapia antirretroviral continua y el 90 % de las personas que reciben terapia antirretrovírica tengan supresión viral.⁽⁸⁾ Por lo que la supresión vírica se considera una herramienta fundamental en la prevención del avance de infección del VIH y está claramente relacionada con la adherencia al tratamiento.

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, estimó que para el 2016, 150.116 personas vivirían con el VIH y solo 72 % fueron diagnosticadas (n= 108 648), lo que indica que una tercera parte de las personas con el diagnóstico no han accedido a los servicios de salud.⁽⁹⁾

En Colombia, hasta el 31 de enero de 2018, se informaron al Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 95 745 personas diagnosticadas con VIH, de las cuales 10 426 fueron casos nuevos, la prevalencia para el sexo masculino fue de 75,1 % (n= 71 942). La relación hombre mujer con este diagnóstico fue 3:1 con una media de 40,5 años para hombres y 40,2 para las mujeres. El sexo masculino presentó mayor número de casos en el rango de 30 a 34 años y el sexo femenino en el rango de 35 a 39 años.⁽¹⁰⁾ Cundinamarca, Antioquia y Valle del Cauca, fueron los departamentos con mayor número de casos registrados.

En los departamentos de Amazonas y Choco, el sexo el femenino fue el de mayor proporción, mientras que en Bogotá y Antioquia la proporción más alta fue el masculino. En el departamento del Magdalena, cuya población proyectada al 2018 fue de 1 298 091 habitantes, se informaron un total de 2352 casos de VIH, de estos 848 mujeres y 1504 hombres.⁽¹⁰⁾ El mayor número de casos nuevos ocurrió en adultos de 25 a 49 años; sin embargo, el grupo de 15 a 24 años también tuvo alta incidencia comparado con los mayores de 50 años, para ambos sexos.

Una investigación realizada en el Perú,⁽¹¹⁾ en una muestra de 180 pacientes que viven con el VIH (PVVIH), 80 % hombres, con una media de edades entre 24 a 38,5 años; la media del

tiempo de vida con diagnóstico de VIH fue de dos años, 90 % informó satisfacción con la atención que recibió de su médico: 58,3 % de los pacientes no fueron adherentes a TARV y 43,3 % a veces olvidó tomar su TARV hasta por 9 días.

Otro estudio sobre cumplimiento al tratamiento antirretroviral de pacientes conviviendo con VIH/sida en 99 pacientes, plantea que 52,5 % presentaron cumplimiento bueno/adeecuado al tratamiento y 33,3% fue bajo/insuficiente, no hubo diferencias significativas entre mujeres y hombres, el tiempo de tratamiento fue de $7,55 \pm 5,97$ años, no hubo asociación entre el cumplimiento del tratamiento y el tiempo de tratamiento ($p= 0,77$; $OR= 0,160$), como tampoco encontraron diferencias significativas entre hombres o mujeres, sí hallaron asociaciones significativas en el ítem relacionado con: actualmente ¿recuerda que píldoras estás tomando? ($p = 0,025$), ha mejorado su salud desde que comenzó el tratamiento contra el VIH ($p= 0,006$) cómo evalúa la gravedad de los efectos secundarios del tratamiento? VIH ($p=0,000$).⁽¹²⁾

Similares resultados fueron encontrados en la investigación sobre efectos longitudinales de los síntomas en la no adherencia al TARV entre hombres de minorías sexuales, con una muestra de 390 participantes, donde 49,19 % de la no adherencia al tratamiento retroviral fue atribuible al individuo y la otra mitad fue atribuida al tiempo, el efecto de síntomas en la carga viral funciona a través de su efecto sobre la no adherencia.⁽¹³⁾

En un estudio sobre adherencia al tratamiento antirretroviral en el Quindío Colombia, la edad promedio fue de 38 años con una desviación estándar de 12 años; los hombres se encontraron en mayor proporción 64,5 % con respecto a las mujeres y 57,1 % de los pacientes no mostraron adherencia al tratamiento farmacológico.⁽¹⁴⁾

En una revisión sistemática y metaanálisis que incluyó a 53 estudios publicados entre 2005 y 2016, donde analizaron a 22.603 personas que viven con el VIH en 25 países de América Latina y el Caribe, encontraron una adherencia a TARV de 70 % (IC 95 %: 63-76; I2 = 98 %).⁽¹⁵⁾

En otra investigación con una muestra de 179 de participantes, 50,8 % de hombres y 49,1 % de mujeres, con edades promedio de 43,2 años, el tiempo de diagnóstico menos o igual a 5 años fue de 33,5 %, de 6 a 10 años de 38,0 % y más de 11 años 28,5 %; 83,2 % fueron no adherentes al tratamiento asociado a un nivel educativo bajo, dificultad con tener el tratamiento ambulatorio y cambios en los estilos de vida.⁽¹⁶⁾

Investigación realizada en Cali-Colombia sobre la adherencia al tratamiento VIH/sida, informa que 63 % de pacientes no fueron adherentes, en menores de 40 años; 57 % eran mujeres y el 43 % hombres, edades promedio de 40,7 años.⁽¹⁷⁾

En la investigación realizada en la costa caribe colombiana la adherencia al tratamiento antirretroviral para el VIH/sida notificó que 43 % eran mujeres y 47 % hombres; 89 % tuvieron menor oportunidad de estar adheridos al tratamiento farmacológico, en mayor proporción eran menores de 40 años.⁽⁴⁾

La comunicación efectiva hace parte del quehacer de las habilidades que debe poseer el médico⁽¹⁸⁾ y en especial aquellos que tratan a pacientes que conviven con el VIH/sida, ya que solo esta condición muchas veces hace que se sienten vulnerados; el tener buena comunicación con su médico, puede ser factor influyente en la adherencia a su tratamiento. El médico tratante de los pacientes que conviven con el VIH/sida juega un papel fundamental frente al proceso de su tratamiento y de recuperación y brindar amabilidad y el apoyo.⁽¹⁹⁾

Diversas investigaciones dan cuenta de la problemática que se presenta en relación con la no adherencia del tratamiento antirretroviral de pacientes convivientes con VIH/sida, por lo cual el objetivo de esta investigación fue correlacionar si existe adherencia por parte de las personas que conviven con el VIH/sida. Ya que la adherencia al TARV juega un papel fundamental para contener esta epidemia; con los resultados de esta investigación se busca crear acciones educativas que contribuyan a una mayor adherencia al tratamiento y de esta forma contribuir al ambicioso objetivo ONUSIDA 90-90-90.

El presente trabajo tiene como objetivo, determinar adherencia al tratamiento antirretroviral de personas que conviven con VIH/sida.

Métodos

Estudio cuantitativo, correlacional y de corte transversal, con una población que es la misma muestra constituida por 166 personas que conviven con el VIH/sida atendidas en una institución de salud de Santa Marta – Colombia. El procedimiento para la recolección de la información fue a través del Test de Morisky-Green⁽²⁰⁾ que tiene cuatro ítems principales formulados como preguntas, señalados a continuación:

1. ¿Ha dejado de tomar sus medicamentos en alguna ocasión?

2. ¿Si en alguna ocasión se ha sentido mejor, ha dejado de tomar sus medicamentos?
3. ¿Si en alguna ocasión después de tomar sus medicamentos se ha encontrado peor, ha dejado de tomarlo?
4. ¿Si en alguna ocasión después de tomar sus medicamentos se ha encontrado triste o deprimido, ha dejado de tomar los medicamentos?

Se incorporaron 17 preguntas relacionadas con la atención del médico, conocimiento y percepción del TARV, para un total de 21. La confiabilidad para este instrumento se identificó mediante el alfa de Cronbach para una seguridad aceptable de 66,3 %.

El instrumento se aplicó en los meses de julio a octubre de 2019 durante 15 minutos aproximadamente, en forma individual previa firma de consentimiento informado, y la aprobación por parte de los padres de los menores de edad.

Los criterios de inclusión fueron: participación voluntaria, mayores de 16 años y con tratamiento antirretroviral; dentro de los criterios de exclusión: pacientes con alteraciones del sensorio, discapacidad cognitiva y física que impidieran seguir un tratamiento.

Los pacientes que conformaron la muestra provenían de la institución prestadora de servicios de salud (IPS) donde asistían para el control del tratamiento antirretroviral y cumplían con los criterios de inclusión. Para evitar sesgos durante la recogida de los datos los auxiliares de investigación se entrenaron previamente en la aplicación del test y en guardar la confidencialidad y privacidad del participante.

Según la declaración de Helsinki y la resolución 8430/93 del Ministerio de Salud de Colombia, es una investigación sin riesgo, donde se tuvo en cuenta el criterio de respeto a la dignidad, la protección de los derechos y del bienestar, así como protección de la privacidad del individuo, sujeto de investigación.^(21,22)

Resultados

De las 166 personas que conviven con el VIH/sida, el mayor porcentaje correspondió al sexo masculino 74,7 % (124) y al femenino 25,3 % (42); con edades entre 16 y 73 y una media de 39,3 años. El análisis de la edad del paciente con el sexo arrojó mayor porcentaje para el femenino: edades de 40 a 47 años con 6,6 % (11) seguido por el rango de edades entre 16 a 23 años y un mínimo de 64 y más años 1,2 % (2), en el masculino, entre 40 a 47 años con 19,9 % (33) y con más de 72 años el 1,2 % (2). (Tabla 1).

Tabla 1 - Edad y sexo de los pacientes que conviven con VIH/sida

Edad del paciente	Sexo	Femenino	Masculino	Total
16- 23	Recuento	6	8	14
	% del total	3,6	4,8	8,4
24- 31	Recuento	8	23	31
	% del total	4,8	13,9	18,7
32 - 39	Recuento	10	32	42
	% del total	6,0	19,3	25,3
40 - 47	Recuento	11	33	44
	% del total	6,6	19,9	26,5
48 - 55	Recuento	4	10	14
	% del total	2,4	6,0	8,4
56 - 63	Recuento	1	10	11
	% del total	0,6	6,0	6,6
64 - 71	Recuento	1	3	4
	% del total	0,6	1,8	2,4
72 y más	Recuento	1	2	3
	% del total	0,6	1,2	1,8
Total	Recuento	43	123	166
	% del total	25,9	74,1	100,0

En cuanto a la variable sexo, cruzada con el año de haber sido diagnosticado con VIH/sida, 16,9 % (28) fue femenino, mientras que 34,9 % (58) masculino, con un rango de 0 y 4 años de diagnosticado. En relación con la pregunta: ¿ha dejado de tomar medicamentos en alguna ocasión?, se encontró que hay una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres –los hombres al compararlos con las mujeres abandonan el tratamiento– lo que indica que hay evidencia suficiente en esta muestra, para no rechazar la hipótesis nula *Ji*-cuadrada de Pearson de 0,041.

Otra variable adicional que se incluyó fue la percepción de la relación que tienen los pacientes con su médico, la cual se agrupó en una variable ordinal con los siguientes niveles: Mala, Algo mala, Regular, Mejorable y Buena, el 96,4 % (160) de los pacientes percibieron que tienen una relación buena con su médico, solo el 2,4 % (4) y 1,2 % (2) percibieron que tiene una relación mejorable y regular, respectivamente. Se evidencia que la relación es negativa $p = -0,005$.

En relación con la pregunta: ¿sí ha dejado de tomar medicamentos en alguna ocasión y por cuánto tiempo?, 68,1 % (113) lo habían dejado de tomar algunas veces; menos de una

semana 42,2 % (70) y 10,8 % (18) por más de cuatro semanas, al realizar el cruce de variables. (Tabla 2)

Tabla 2 - Tiempo en que ha dejado de tomar el tratamiento con antirretrovirales

Ha dejado de tomar sus medicamentos		Tiempo	Menos de una semana	Más de una semana	Más de tres semanas	Más de cuatro semanas	Nunca ha dejado de tomarlo	Total
Si	Recuento		70	14	11	18	0	113
	% del total		42,2	8,4	6,6	10,8	0,0	68,1
No	Recuento		0	0	0	0	53	53
	% del total		0,0	0,0	0,0	0,0	31,9	31,9
Total	Recuento		70	14	11	18	53	166
	% del total		42,2	8,4	6,6	10,8	31,9	100

Existe una asociación significativa entre tomar el medicamento, y el tiempo que lo ha dejado de tomar, con un nivel de significancia de 0,05, existe una evidencia de asociación entre estas dos variables (para Ji-cuadrada de Pearson valor de $p= 0,000 < 0,05$).

A la pregunta: Si en alguna ocasión después de tomar sus medicamentos se ha encontrado peor ¿ha dejado de tomarlos?, 25,3 % (42) respondieron que algunas veces, 70,5 % (117) en ninguna ocasión. En relación con: ¿si se ha encontrado triste o deprimido, ha dejado de tomar los medicamentos? el mayor porcentaje dijo que en ninguna ocasión con 84,3 % (140). Los resultados para ¿sí recuerda que medicamentos está tomando en este momento? 58,4 % (97) conoce que medicamentos está tomando, mientras que 14,4 % (24) indica que alguna vez o en ninguna ocasión recuerda que medicamentos está tomando. (Tabla 3)

Tabla 3 - Ingestión de medicamentos según estados de ánimos

Ha dejado de tomar medicamento		No. de veces	Más de la mitad de las veces	Aprox. la mitad de las veces	Algunas veces	En ninguna ocasión	Total
¿Si en alguna ocasión después de tomar sus medicamentos se ha encontrado peor, ha dejado de tomarlos?	Recuento		3	4	42	117	166
	% del total		1,8	2,4	25,3	70,5	100
¿Si se ha encontrado triste o deprimido, ha dejado de tomar los medicamentos?	Recuento		3	5	18	140	166
	% del total		1,8	3,0	1,8	84,3	100

Con respecto a ¿cuánto esfuerzo le cuesta seguir con el medicamento? 71,1% (118) manifestó que no le cuesta nada, mientras que 7,2 % (12) le cuesta mucho, 83,1% (138) evalúa que los antirretrovirales le traen mucho beneficio, mientras que 2,4 % (4) evalúa que le trae poco beneficio. (Tabla 4)

Tabla 4 - Esfuerzo y beneficio de seguir con el tratamiento de antirretrovirales

Cantidad de esfuerzo y beneficio por la toma de antirretrovirales		Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho	Total
¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir con el medicamento?	Recuento	118	22	8	6	12	166
	% del total	71,1	13,6	4,9	3,7	7,2	100
¿Recibe beneficios de la toma de antirretrovirales?	Recuento	4	4	2	22	134	166
	% del total	2,4	2,4	1,2	13,2	83,1	100

Al evaluar si considera que su salud ha mejorado desde que empezó a tomar los antirretrovirales el 84,9 % (141) indica que mucho, mientras que el 2,4 % (4) indica que poco o nada ha mejorado con el tratamiento; el 91,6 % se siente capaz de seguir con el tratamiento, mientras que el 2,4 % (4) poco o nada, en relación a la pregunta suele tomar los medicamentos a la hora correcta el 68,7 % (114) manifiesta que siempre, mientras el 8,4% (14) indica que algunas veces. (Tabla 5)

Tabla 5 - Mejoría del estado de salud con los antirretrovirales

Mejoria y capacidad a la toma de antirretrovirales		Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho	Total
¿Considera que su salud ha mejorado desde que toma antirretrovirales?	Recuento	1	3	4	17	141	166
	% del total	0,6	1,8	2,4	10,2	84,9	100
¿Hasta qué punto se siente capaz de seguir con el tratamiento con antirretrovirales?	Recuento	1	3	2	8	152	166
	% del total	0,6	1,8	1,2	4,8	91,6	100

En relación con la pregunta: ¿Cuándo los resultados en los análisis son buenos suele su médico utilizarlos para darle ánimos y seguir adelante? el 87,3 % (145) manifiesta que siempre.

A la pregunta ¿desde que ha empezado a tomar los antirretrovirales como se siente en general? 60,8 % (101) indica que muy satisfecho, seguido por 33,7 % (56) satisfecho.

¿Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios relacionados con la toma de antirretrovirales? 37,9 % (63) manifiesta que nada de intensos, seguido de poco intensos y el 34,6 % (56) y en menor proporción medianamente intensos, Intensos y muy intensos.

Con respecto a la pregunta: ¿cuánto tiempo cree que pierde ocupándose de tomar sus medicamentos? el mayor porcentaje dijo que muy poco tiempo con 74,7 % (124) y poco tiempo, regular y mucho tiempo el 25,3 % (42). El 78,9 % (131) menciona que no percibe ninguna dificultad al tomar el tratamiento, mientras que el 4,2 % (7) tiene bastante y regular dificultad en la toma de estos.

La evaluación que hace el paciente al contestar la pregunta: ¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto de la toma de antirretrovirales? 87,4 % (145) reporta que es muy cumplido. En relación con la pregunta de que, si utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar los medicamentos, el 51,2 % (85) menciona que sí.

Discusión

En la muestra estudiada, de 166 pacientes el sexo masculino tiene un mayor porcentaje de 74,7 % con una menor proporción el femenino 25,3 %, datos similares en el estudio realizado en el Perú donde se reportó en una muestra de 180 pacientes 80 % son hombres.⁽¹¹⁾ En Quindío (Colombia) de 70 adultos 64,5 % son hombres.⁽¹⁴⁾ En Bogotá, D. C. (Colombia) y en Antioquia (Colombia) la proporción más alta fue en el sexo masculino, al igual que en el departamento del Magdalena Colombia, 63,94 % pertenecen al sexo masculino⁽¹⁰⁾ y en Brasil el 50,8 % son hombres.⁽¹⁷⁾ A diferencia del estudio en Cali Colombia, el 57 % eran mujeres⁽¹⁸⁾ en los departamentos de Amazonas y Choco, el sexo femenino fue el de mayor proporción.⁽¹⁰⁾

La edad de los participantes tuvo un mínimo de 16, máximo de 73 y una media de 39,3 años, similar a los datos informados en Perú donde la media osciló entre 24 a 38,5 años y en Quindío (Colombia) con promedio de edad de 38 años,^(11,14) a diferencia de lo registrado en

Brasil dónde el promedio fue de 43,2 años⁽¹⁷⁾ y lo planteado en la Cuenta de Alto Costo, donde la media fue de 40,5 años para los hombres y 40,2 años para las mujeres.⁽¹⁰⁾ Se aprecia que las personas que conviven con el VIH/sida, están en la edad de más productividad del adulto.

La no adherencia al tratamiento con TARV de los pacientes que conviven con VIH/sida encontrada fue de 68,1; 49,4 eran hombres y 18,7 mujeres; 10,8 % dejó de tomar el tratamiento antirretroviral por cuatro semanas, datos que contrastan con los resultados en Cali (Colombia) donde el 63,0 % de los pacientes que no fueron adherentes, 57 % eran mujeres y 43 % hombres,⁽¹⁸⁾ así mismo con el 57,1 % de los pacientes de Quindío, Colombia que no mostraron adherencia al tratamiento farmacológico.⁽¹⁴⁾ En Perú, 58,3 % de pacientes no eran adherentes al TARV y 43,3 % a veces olvidó tomar su TARV hasta por 9 días.⁽¹¹⁾ A diferencia de lo registrado en Brasil donde 83,2 % fueron no adherentes,⁽¹⁷⁾ e igual que en la costa caribe colombiana, 89 % con menor oportunidad de estar adheridos al tratamiento farmacológico.⁽¹⁹⁾ Se aprecia que la no adherencia al tratamiento con antirretrovirales de los pacientes que conviven con VIH/sida, mayor de 50 %, es similar en diferentes regiones de Colombia y de América Latina.

En este estudio, 96,4 % de los pacientes percibieron que tienen una relación buena con su médico, en otras investigaciones no se relacionó la no adherencia con las relaciones médico-paciente; pudiera ser que consideran que el médico de los pacientes que conviven con el VIH/sida juega un papel fundamental frente al proceso de su tratamiento y recuperación y se convierte en un factor influyente en la adherencia al TARV.⁽²⁰⁾ En los participantes en el estudio se demostró que la relación es negativa ($p = -0,005$) y que no es determinante para la adherencia. De igual manera llama la atención que 91,6 % de los participantes se sienten capaz de seguir con el tratamiento, este dato no concuerda con el número de no adherentes.

De las personas que conviven con el VIH/sida no adheridas al TARV, algunas han dejado de tomar el tratamiento antirretroviral por más de cuatro semanas, lo que indica un abandono por parte del paciente y un caso grave de salud pública.

Las limitaciones del estudio se fundamentaron en el diligenciamiento por el paciente del instrumento ya que algunos ítems quedaron en blanco, por lo que se disminuyó la muestra. Por lo se recomienda la aplicación del instrumento por los investigadores.

Se concluye que la no adherencia al tratamiento antirretroviral estuvo representada por 68,1 % de la población en estudio, siendo mayor en los hombres.

Referencias bibliográficas

1. Casado L, Codina C, Fernández J, Galindo M, Ibarra O, Llinás M, et al. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Enfermedades Infecciosas Microbiol Clín. 2008 [acceso 21/08/2019];23(4):221-31. Disponible: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-recomendaciones-gesida-sefh-pns-mejorar-adherencia-al-13073149>
2. Espinosa Aguilar A, Gibert Lamadrid Md, Ávila Sánchez M. El profesional de enfermería en el seguimiento a la adherencia al tratamiento antirretroviral. Rev Cubana Enferm. 2016 [acceso 12/10/2019];32(3): Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/969>
3. Fernández-Silva CA, Lopez-Andrade CI, Merino Jara C. Adherencia al tratamiento antirretroviral como conducta promotora de salud en adultos mayores. Rev Cuid. 2018 [acceso 12/10/2019];9(2):2201-14. Disponible en: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/522>
4. Suárez Villa M, Lastre Amell G, Rodríguez López J, Niebles Rada L, Rincón Navas S, Rincón Britt M. Adherencia a farmacoterapia antirretroviral para el tratamiento del VIH/SIDA en la costa caribe colombiana. Rev Latinoam Hiperten. 2018[acceso 20/08/2019];13(2):20-5 Disponible en: http://www.revhipertension.com/rlh_2_2018/4_adherencia_del_farmaco%20terapia.pdf
5. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Cuidar De Mí Es Cuidar De Ti. Guía de prevención secundaria y ruta de derechos, para personas que viven con VIH/SIDA. Bogotá: MinSalud; 2012 [acceso 20/08/2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Guia-prevencion-secundaria-personas-con-VIH.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud. VIH/sida. Ginebra: OMS; 2020 [acceso 30/11/2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
7. Ministerio de Salud de Colombia. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Guía para el manejo de VIH/SIDA basada en la evidencia. Bogotá: MinSalud; 2017 [acceso 20/08/2019]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/301676522_Guias_para_el_manejo_de_VIHSIDA_basada_en_la_evidencia_Colombia

8. Organización de las Naciones Unidas. Ginebra: ONUSIDA; 2019 [acceso 20/10/2019]. Estrategia ONUSIDA. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/goals/unaidsstrategy>
9. Ministerio de Salud y la Protección Social. Colombia. Boletín de Prensa. 2018 [acceso 12/10/2019];198. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-se-acerca-a-la-meta-de-diagnostico-en-VIH.aspx>
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia. Situación del VIH sida en Colombia. Bogotá: Fondo Colombiano de enfermedades de alto-coste; 2019 [acceso 20/09/2019]. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/images/Libro_Situacion_del_VIH_SIDA_en_Colombia_2018.pdf
11. Leyva Moral JM, Loayza Enriquez BK, Palmieri PA, Guevara Vazquez GM, Elías Bravo UE, Edwards JE, *et al.* Adherence to antiretroviral therapy and the associated factors among people living with HIV/AIDS in Northern Perú: a cross-sectional study. *AIDS Res Ther.* 2019 [acceso 20/09/2019];16(22). Disponible en: <https://aidsrestherapy.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12981-019-0238-y>
12. de Souza HC, Rabelo Mota M, Ribeiro Alves A, Dinato Lima F, Nobre Chaves S, Elias Dantas RA, *et al.* Analysis of compliance to antiretroviral treatment among patients with HIV/AIDS. *Rev Bras Enferm.* 2019 [acceso 25/08/2019];72(5):1295-1303. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000501295&lng=en.%20%20Epub%20Sep%202016,%202019.%20%20https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0115
13. Harkness A, Bainter SA, O'Cleirigh C, Mendez NA, Mayer KH, Safren SA. Longitudinal Effects of Syndemics on ART Non-adherence Among Sexual Minority Men. *AIDS Behav.* 2018 [acceso 25/08/2019];22(8):2564-74. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6628710/>
14. Cardona-Duque D., Medina-Pérez Óscar A., Herrera-Castaño S., Orozco-Gómez P. Adherence to antiretroviral treatment and associated factors in people living with HIV/AIDS in Quindío, Colombia. *Rev Fac Med.* 2017 [acceso 26/10/2019];65(3):403-10. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-
15. Costa JM, Torres TS, Coelho LE, Luz PM. Adherence to antiretroviral therapy for HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean: Systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc.* 2018 [acceso 26/10/2019];21(1):e25066. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29356390/>

16. Zuge S, Primeira M, Remor E, Magnago T, Paula C, Padoin S. Factores asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el VIH: estudio transversal. Rev Enferm UFSM. 2017 [acceso 24/07/2019];7(4):577-89. Disponible en: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/25657>
17. Varela M, Hoyos P. La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. Rev Salud Pública. 2015 [acceso 09/10/2019];17(4):528-40. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rsap/2015.v17n4/528-540/es>
18. Moore P, Gómez G, Kurtz S, Vargas A. La comunicación médico paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? Rev Méd Chile. 2010 [acceso 25/08/2019];138(8):1047-54. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000800016
19. Bermúdez V, Bran L, Palacios L, Posada I. Relación médico-paciente: impacto en las campañas de promoción y prevención para personas con VIH en Medellín. Rev Salud Pública. 2016 [acceso 25/08/2019];18(4):54-5. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642016000400004&script=sci_abstract&tlng=es
20. Nogués X, Sorli Redó ML, Villar García J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. An Med Interna (Madrid). 2007 [acceso 25/08/2019];24(3):138-41. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000300009&lng=es.
21. World Medical Association. Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Finlandia: Representación AMA; 2013 [acceso 25/08/2019]. Disponible en: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2013-JAMA.pdf>
22. Ministerio de Salud. Resolución Número 8430 DE 1993 (Octubre 4). Colombia: Ministerio de Salud; 1993 [acceso 20/08/2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses

Contribución de los autores

Luz Ángela Reyes Ríos: adquisición de los datos e información, análisis e interpretación de los datos, planeación del artículo y revisión de contenido intelectual; así como la aprobación final de la versión que va a ser publicada.

Etilvia Campo Torregroza: adquisición de los datos e información, análisis e interpretación de los datos, planeación del artículo y revisión de contenido intelectual; así como la aprobación final de la versión que va a ser publicada.

Aníbal Espinosa Aguilar: análisis de la información, así como la aprobación final de la versión que va a ser publicada.

Angélica Granados Pérez: aplicación de entrevistas, así como la aprobación final de la versión que va a ser publicada.

Iván Darío Gil Ruiz: realizó procesamiento de datos y análisis estadístico, así como la aprobación final de la versión que va a ser publicada.